

אינטליגנציה טיפולית: גישה חדשה להבנת המרכיבים של טיפול סיעודי איכותי

יפית כהן

מאמר זה מציג מחקר שבחן את ההיבט הרגשי של עבודת הטיפול הסיעודי. במחקר השתתפו 20 מטפלות ישראליות בעלות ותק של חמש שנים לפחות בעבודת הסיעוד המטפלות, במסגרת חוק הסיעוד, תמורת תשלום בזקנים בביתם. נערכו עימן ראיונות עומק מובנים למחצה, שנותחו בשיטת ניתוח תוכן תמטי לצורך איתור המרכיבים הרגשיים של טיפול סיעודי איכותי, זיהויים, הגדרתם וניתוחם.

על פי רוב הביעו המטפלות כלפי מטופליהן רגשות חיוביים של אהבה, דאגה וחמלה, שזוהו כרגשות משפחתיים. הרגשות כלפי הטיפול הסיעודי כעיסוק היו אמביוולנטיים: תחושת ניצול, השפלה ובושה מזה ותחושת סיפוק ומשמעות מזה. המאמר מזהה ומציג אסטרטגיות שהמטפלות נוקטות כדי להתמודד עם הרגשות האמביוולנטיים והשליליים העולים בטיפול, ומציע מודל תיאורטי חדש לאיתור מרכיבי הטיפול הסיעודי ולזיהויים – **אינטליגנציה טיפולית**. אינטליגנציה טיפולית מורכבת משני סוגים שונים של אינטליגנציה – רגשית וחברתית – שתיהן חיוניות לטיפול סיעודי איכותי. הממצאים מדגישים את החשיבות שבמתן לגיטימציה ומקום לרגשות המתעוררים בטיפול ולהבעתם. לאור זאת מוצעות להלן לארגוני סיעוד דרכים שבהן יוכלו להנחות את המטפלות איך לפתח ולהעצים את ההיבט הרגשי של עבודת הטיפול, להתמודד עימו ולפתח את האינטליגנציה הטיפולית כמסד לטיפול סיעודי איכותי.

מילות מפתח: טיפול סיעודי, רגשות, מטפלות בזקנים, חוק סיעוד, אינטליגנציה טיפולית

1 בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים.

1. מבוא

השילוב בין תוחלת החיים העולה לבין ההעדפה ההולכת וגוברת של עקרון ההזדקנות בקהילה (aging in place) מביא לביקוש הולך וגובר לטיפול סיעודי ביתי בזקנים. מציאות זו מעלה את הצורך לבחון את מרכיביו ומאפייניו של הטיפול הסיעודי ואת מבנה העומק שלו, כמו גם דרכים להטבתו. תחילה ייבחנו ההתפתחויות הדמוגרפיות בישראל ובעולם, שהובילו לחקיקת חוק הסיעוד בישראל, ולאחר מכן ייסקרו אתגרי הטיפול הסיעודי.

התפתחויות דמוגרפיות בישראל ובעולם

בעשורים האחרונים חל גידול בולט בשיעור הזקנים בארץ ובעולם, וכן עלתה תוחלת החיים. בשנת 2017 חיו בישראל כמיליון איש בני 65 ויותר (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2018). אחת התמורות הצפויות באוכלוסייה בשנים הבאות היא המשך הזדקנותה, כלומר עליית שיעורם של בני 65 ויותר (מ-6.11% בשנת 2017 ל-15.3% בשנת 2065) ועליית שיעורם של בני 80 ויותר (מ-2.9% בשנת 2017 ל-6% בשנת 2065) (שם). משמעות שינויים אלה היא עומס טיפולי כבד ברמת הפרט והחברה, עומס המוטל בעיקר על כתפי בני המשפחה (ברודסקי, רוניצקי וסיטרון, 2011). עלייה תלולה זו מדגישה את הצורך בזיהוי הצרכים של אוכלוסיית הזקנים, בהם צורכי סיעוד המקבלים מענה דרך שירותי סיעוד ביתיים. נתונים סטטיסטיים מראים שכ-7% מן האוכלוסייה בישראל בני 65-74 מוגבלים בביצוע פעולות יומיומיות, כגון נייודות עצמאית והלבשה. שיעור זה עולה עם הגיל, כך שבקבוצת הגיל 75 ומעלה שיעור זה מגיע ל-24% בקירוב (ברודסקי, שנור, באר ונוויל, 2018).

המדיניות הנוהגת ברוב העולם המפותח, וגם בישראל, היא פיתוח שירותים בקהילה שיתמכו בזקנים בביתם (aging in place). מדיניות זו משקפת תפיסה הרואה בהזדקנות בבית את הדבר הנכון מנקודת מבט חברתית ומוסרית ומנקודת מבטם של רוב הזקנים (Iecovich, 2012; Roin, 2015; Languirand & Bronstein, 2013). מחקרים שונים תומכים בה ומראים שסיוע לזקן בביתו מעכב הידרדרות בתפקוד, מצמצם שימוש בשירותי רפואה ומוזיל למדינה את עלויות הטיפול (Kok, Berden, & Sadiraj, 2015).

המציאות בישראל, שבה מספר הזקנים גדל במהירות, משליכה על שירותי הבריאות (Dwolatzky et al., 2017), והיא שדחפה לחקיקת חוק ביטוח סיעוד.

חוק ביטוח סיעוד

חוק ביטוח סיעוד (התשמ"ו-1986) (להלן חוק הסיעוד) שנחקק בישראל מאפשר לזקנים להישאר בביתם ולחיות בכבוד, תוך שמירה על איכות חיים גבוהה (Ajzenstadt & Rosenhek, 2000; Borowski & Schmid, 2001; Schmid, 2003). חוק זה נחקק בשל עלייה

תלולה בשיעור הזקנים החיים לבדם ובשל תמיכה מקצועית רחבה יותר הניתנת לזקנים בביתם ובקהילתם (Cohen, Benish, & Shamriz-Ilouz, 2016; Iecovich, 2012). חוק הסיעוד נועד לסייע לזקנים המתגוררים בקהילה והמוגבלים בביצוע פעולות יומיום בסיסיות (ADL), כגון הלבשה, רחצה, אכילה, ניידות בבית וטיפול בהפרשות, או לזקנים הנזקקים להשגחה בשל הידרדרות קוגניטיבית ונפשית. גמלאות סיעוד נועדו לסייע לקשיש ולמשפחתו ולהקל עליהם מבחינה פיזית, נפשית וכלכלית. הן לא נועדו למלא את מקום המשפחה וגם לא לכסות את עלות כל הצרכים הסיעודיים של הקשיש הנזקק (אסיסקוביץ, 2017).

בשנת 2018 היו 220,000 מהזקנים בישראל (21%) זכאים לחוק הסיעוד (המוסד לביטוח לאומי, 2019). זקנים אלה קיבלו טיפול מ-82,699 מטפלות ומטפלים ישראלים, רובם המכריע נשים (אסיסקוביץ, 2019), ומ-57,201 עובדות ועובדים זרים (רשות האוכלוסין וההגירה, 2019). מטפלות ישראליות הן על פי רוב נשים, מחציתן בנות 50 ומעלה, המשתכרות שכר מינימום והמספקות טיפול סיעודי שעות אחדות ביום, ואילו מהגרות עבודה מועסקות 24 שעות ביממה. למרות הצורך ההולך וגובר במטפלות, יש מחסור בכוח עבודה טוב ומוסמך (שנאן-אלטמן, סוסקולני ואילון, 2018; Stacey, 2011). נתייחס כעת לאתגרים השונים שתחום הסיעוד ניצב לפניהם.

אתגרי הטיפול הסיעודי

בעבודת הטיפול הסיעודי יש אתגרים ייחודיים, הנובעים מאופייה ומסביבת התנהלותה. אתגרים אלה נובעים מסוגיות מספר: מחסור בכוח אדם, קשיים פיזיים ורגשיים הכרוכים בעבודה עצמה וידע חלקי אודות הקשיים שהמטפלות מתמודדות איתם (Wellin, 2007). המחסור בכוח אדם נובע מהמעמד הנמוך של עיסוק זה (שנאן-אלטמן, סוסקולני ואילון, 2018). אף שטיפול סיעודי בזקנים נחשב מעשה אינטימי ואינטנסיבי מטבעו, הדורש רגישות ומתן תמיכה (אלבין, 2016), תופסים את תפקיד המטפלת כתפקיד הדורש מיומנויות בסיסיות בלבד, ולכן משייכים אותו למעמד חברתי נמוך, משלמים עליו שכר דל, ולא דואגים להכשרה, להדרכה ולפיקוח יומיומי (Stacey, 2011). כשסביבת העבודה היא ביתו של המטופל, מטפלות מתקשות לקבוע גבולות ברורים של המטלות הנכללות עבודתן (Stacey, 2011). משום שהמטפלת חשופה למרחב האינטימי של המטופל, סביבה זו מעודדת התפתחות של יחסים קרובים (אלבין, 2016). יתרה מזאת, המצב הפיזי הירוד המאפיין את רוב המטופלים עלול להוביל לתלותו של המטופל במטפלת, מצב העלול לעורר אצל שני הצדדים מגוון רגשות. עם זאת, מטפלות מפתחות עם מטופליהן יחסים נושאי משמעות, ובעיסוק הנחשב נחות יחסים אלה מקנים להן תחושת כבוד וערך חברתי (Rodríguez, 2011). למרות תפקידן האינטנסיבי מבחינה רגשית, מטפלות מתמודדות עם בדידות תעסוקתית ועם הזדמנויות מעטות, אם יש כאלה בכלל, לחלוק את חוויותיהן עם מטפלות אחרות בפרט או עם אנשים אחרים בכלל (Folbre, 2001). מלבד זאת הן סובלות מפגיעה

בשכר ובזכויות מצטברות, ממיעוט משרות, מהעדר הכשרה מקצועית ואופק קידום, מאי-ביטחון תעסוקתי, הנובע ממצבם המשתנה של הזקנים המטופלים, מקושי לעמוד על זכויותיהן ואף מחסמים בהקמת התאגדות מסודרת של כלל המטפלות (בנימין, 2015). סוגיות אלה מחדדות את הצורך להבין לעומקה את חוויית המטפלת.

2. מסגרת תיאורטית

בפתח המסגרת התיאורטית של המחקר המובא במאמר זה מוצגת הגדרת המושג "טיפול" (Care), שהוא ליבת הטיפול הסיעודי. לאחר מכן מוצגים הגדרות שונות של רגש, סוגי הרגשות הרווחים והחלוקות המקובלות שלהם. בהמשך יוצגו רגשות הנוגעים לעולם העבודה, ובמסגרת זו תיסקר עבודתה החשובה של הוכציילד (Hochschild, 1983). עבודה זו החלה בתחילת שנות ה-80, ונמשכה על פני שלושה עשורים, עד לפיתוח התיאורטי של דניאל גולמן בנושא האינטליגנציה הרגשית והחברתית בסוף העשור הראשון של שנות ה-2000 (2007, 1995). פיתוח תיאורטי זה קידם את הבנת משמעותם ומקומם של הרגשות בהתנהגות האנושית בכלל, ובמחקר זה הוא תרם להבנת משמעותם ומקומם בטיפול הסיעודי בפרט.

המושג טיפול ומאפייניו

במסגרת טיפול סיעודי תופס המושג Care (להלן טיפול) מקום מרכזי. על פי ההגדרה המילונית, טיפול כולל פעולות שמטרתן לשמור על אדם אחר בריא ובטוח או חותרות למנוע נזק לאחר (Merriam-Webster, n.d.b). הגדרה אחרת רואה בטיפול מענה לצורך של קבוצה מסוימת באוכלוסייה, הסובלת מחולשה או ממגבלה, הדורשות סיוע מהחברה על פי המודל של צדק ושוויון חברתי (Zhang, 2016). החוקרים טוענים שאין הסכמה על הגדרה אחידה של טיפול, שניתן להחילה על כל המצבים (Shahgholian & Yousefi, 2018).

במדינת הרווחה הפך מתן הטיפול לפרט לעקרון מפתח של שירותי הבריאות וגם לאידיאולוגיה הדומיננטית המאפיינת שירותים המבוססים על צרכים או על טיפול ממוקד באדם. ואולם אף שרואים את החברה כמופקדת על מתן הטיפול לפרט, אין מסירים את האחריות מהמשפחה (Zhang, 2016).

נהוג לחלק את המושג טיפול לשלוש קטגוריות מרכזיות: טיפול שמעניקים אנשי סיעוד במוסדות או בבית; טיפול בלתי פורמלי שמעניקים בני משפחה בבית; טיפול סוציאלי (Shahgholian & Yousefi, 2018). מתן טיפול (caregiving), הן הפורמלי והן הבלתי פורמלי, עמד במרכזם של מחקרים רבים בתחום הגרונטולוגיה, אבל תשומת ליבם של החוקרים הופנתה ברובה להיבטיו השליליים. כך, עקב הדרישות הפיזיות והרגשיות הכרוכות בעבודת הטיפול, התייחסו רבים מהמחקרים להיבטים של שחיקה פיזית ורגשית (Cantor, 1991),

ורק מחקרים מאוחרים יותר בחנו גם את הצדדים החיוביים של העיסוק הטיפולי, כגון תחושת משמעות וערך (Bjerregaard, Haslam, Mewse, & Morton, 2017).

אינגלנד (England, 2005) הבחין בין חמש גישות תיאורטיות עיקריות המתייחסות לעבודת הטיפול תמורת תשלום, הנעשית בבית או במוסד: (1) הפחתת ערך עבודת הטיפול – גישה זו טוענת שבגלל היותה מקושרת לנשים, נשים שחורות בעיקר, אין עבודת הטיפול מתוגמלת כראוי. (2) טובת הציבור – גישה זו טוענת שמלבד הרווח של המטופל עצמו הטיפול משיא עוד רווחים ושהתגמול הנמוך הוא תעודת עניות לחברה כולה. (3) "אסירי האהבה" – הגישה שזכתה לכינוי זה טוענת שהקשר הרגשי הנוצר בין המטפלות למטופלים מאפשר למעסיקים לשלם להן פחות. (4) מסחור הרגשות – גישה זו מתמקדת בנוק הרגשי שנגרם למטפלות, כשהן נאלצות למכור שירותים הכוללים השקעה רגשית ואינטימית. (5) כסף ואהבה – גישה זו יוצאת כנגד ראייה דיכוטומית ולפיה שוק העבודה מנוגד לרגש כן של אהבה.

אף שהמחקר על המגזר המעניק טיפול נמצא עדיין בחיתוליו, מהמחקרים שכבר נערכו עולות מספר הכללות אמפיריות: חלה עלייה תלולה בטיפול המוענק תמורת תשלום (בניגוד לעבר, שבו היו נשים מעניקות טיפול ביתי ללא תשלום); מעניקי הטיפול מדווחים על מניעים פנימיים; השכר על עבודת הטיפול נמוך יחסית לכישורים שהיא דורשת (England, 2005).

רגשות

בעשורים האחרונים הולך וגובר העניין ברגשות, וגישה החוקרים לרגשות עשירה ומגוונת יותר מבעבר (וסרמן וטנא-גזית, 2014). פסיכולוגים החוקרים רגשות מתמקדים בהשפעת הרגש על חיי היומיום ועל פרקטיקות יומיומיות, ואולם בשל סוגיות של זיהוי רגשות, סיווגם, מיפויים ומדידתם, טרם הגיעו להסכמה גורפת על הגדרה אחת לרגשות (שם).

לכן להלן יובאו הגדרות אחדות מקובלות לרגש. גולמן (1996) טען, שרגש הוא דחף לפעול, הכולל תוכנית מיידית לטיפול במצבי חיים שהאבולוציה הטמיעה בנו. בכל רגש יש יסוד של נטייה לפעולה, ולכל רגש יש תפקיד ייחודי בהכנת הגוף לתגובה מסוג אחר; למשל: רגשות כעס ופחד מעוררים דריכות, בעוד רגשות אהבה מעוררים מצב כללי של רוגע וסיפוק (שם). על פי בן-זאב (2001, 2017), לכל רגש ארבעה מרכיבים בסיסיים: הכרה, הערכה, הנעה ותחושה. מרכיב ההכרה כולל מידע על הנסיבות, מרכיב ההערכה מעריך את משמעותו, מרכיב ההנעה מכוון אותנו לפעולה, ומרכיב התחושה הוא סוג של מודעות המבטא את מצב גופנו. רגשות הם תופעה מורכבת ורבת פנים, אך למרות חילוקי הדעות בדבר מהותם, איתרו החוקרים שישה רגשות בסיסיים: שמחה, פחד, עצב, כעס, גועל והפתעה. כיוון מחקר אחר בתחום הגדרת הרגשות מבקש לסווגם על ידי בחינת הקשרים בין רגשות שונים והשפעתם עלינו. החוקרים מסכימים שהרגשות הבסיסיים הם המקור למגוון הרגשות

הקיים. היו שטענו שהמגוון הזה נובע ממינונים שונים של הרגשות הבסיסיים (וסרמן וטנא-גזית, 2014). גישות מוקדמות מצביעות על ההיבט הסתגלני של רגשות, כלומר על כך שהם משרתים את תפקודנו היומיומי ועל היותם תגובות מותאמות לסביבה, הנובעות מהצרכים, מהמטרות, מהיכולות ומהאמונות של האדם (Smith & Lazarus, 1990).

מבחינת החלוקה לסוגי רגשות, בספרות מתנהל דיון אם רגשות נעימים ולא נעימים הם שני קטבים מנוגדים הנמצאים על אותו ציר, אך על פי מספר מודלים מקובלים נהוג לחלק רגשות לכאלה שהשפעתם על האדם חיובית ולכאלה שהשפעתם עליו שלילית (Tellegen, Watson, & Clark, 1999).

מודל PANAS (Positive and Negative Affect Schedule) הוא מודל מקובל בספרות לסיווג רגשות על פני שני צירים – חיובי ושלילי – כשמצבים רגשיים חיוביים ומצבים רגשיים שליליים הם שני צירים נפרדים ועצמאיים (Tellegen, Watson, & Clark, 1999). בין הרגשות החיוביים ניתן למנות אושר, גאווה, הכרת תודה ושמחה, אך הספרות עסקה ברגשות שליליים יותר מאשר בחיוביים. מחקרים מראים שאנשים גם נוטים יותר לזכור רגשות שליליים ולחוות אותם בעוצמה רבה יותר (Tugade, Shiota, & Kirby, 2014).

לסיכום, לרגשות יש תפקיד מרכזי בחיינו, והם חיוניים ומשרתים אותנו בשגרת היומיום שלנו (בן-זאב, 2017). אף שהרגשות מלווים כמעט כל אירוע חשוב בחיינו, טבעם, גורמיהם והשלכותיהם נמנים עם ההיבטים החידתיים יותר של החוויה האנושית. קל לחוש אותם, אך קשה לתארם ולהבין אותם. אף שהם גלויים לעין לכאורה, רגשות הם חוויות עדינות ומורכבות מאוד; ולכן כדי להבין אותם טוב יותר, יש להשתמש בכלים רעיוניים גמישים שאינם מוגדרים בנוקשות ובחדות. כמו חוויות מורכבות אחרות, חוויות רגשיות בנויות ממרכיבים רבים, שונים ודומים (שם).

רגשות בעולם העבודה

הוכזיילד (Hochschild, 1983) טבעה מושג בסיסי בהבנת רגשות במקצועות שירות כדוגמת סיעוד – "עבודת רגשות"; זה המאמץ המושקע בביטוי הרגשות המתאימים בעיסוק נתון ובשכנוע אחרים ברגשות האלה (למשל: דיילת המתבקשת לחייך תדיר תוך כדי עבודתה ועושה זאת מתוך אילוץ). כותבים רבים הדגים באתיקה של הטיפול תומכים בחשיבותם של רגשות בעבודות טיפול (Pulcini, 2017). עם זאת, ההתייחסות לרגשות נותרה גנרית (שם). מחקרים הראו שמתן טיפול סיעודי בהכרח כרוך באינטנסיביות רגשית, הן של המטפל והן של המטופל, ושפעמים רבות מטופלים רוקמים עם מטפליהם יחסים קרובים ואישיים (Rodríguez, 2011). על פי רוב אין ההיבטים הרגשיים הנוגעים לעיסוק הטיפולי מוצגים בהגדרות התפקיד או טרם הכניסה אליו, אך מטפלות משתמשות במפורש ברגשות ובפעולות הנובעות מרגש, כדי לטפל בצרכיו האישיים של המטופל (שנאן-אלטמן, סוסקולני

ואיילון, 2018; Love et al., 2017). לכן טיפול הוא לא רק פעולה טכנית, אלא גם פעולה רגשית ומוסרית, שמניעים אותה רגשות ותחושות (Pulcini, 2017).

בעשורים האחרונים הולך וגובר העניין ברגשות בכלל וברגשות בעבודה בפרט, והתפתחו גישות מחקר עשירות ומגוונות לבחינת רגשות (וסרמן וטנא-גזית, 2016). מתחילת המאה ה-21 החלו חוקרים מתחום הפסיכולוגיה הארגונית להטמיע את חקר הרגשות כמרכיב מחקר עיקרי (וסרמן וטנא-גזית, 2016). "מהפכה" רגשית זו העשירה את ההבנה בנוגע לתפקידים המרכזיים בחיי העבודה ולחויית העבודה. רגשות באים לידי ביטוי בעבודה עצמה, ביחסינו עם הזולת בסביבת העבודה ובתהליכים ארגוניים (וסרמן וטנא-גזית, 2016). רגשות משפיעים על ההתנהגות ועל המוטיבציה במקום העבודה (Fisher, Minbashian, Beckmann, & Wood, 2013), והם ממלאים תפקיד חשוב בהשפעה על איכות חיי העובדים ועל רווחתם. אף שכבר חקרו ומצאו שרגשות משפיעים מאוד על תפקוד עובדים, לא נחקרו כמעט המרכיבים הרגשיים של הטיפול הסיעודי.

חקר עולם הרגשות קיבל תנופה עם עבודתו של גולמן (1995), שטבע את המושגים אינטליגנציה רגשית ואינטליגנציה חברתית. שני מושגים אלה תורמים רבות להבנת מהות הרגשות, תפקידם ותפקודם. אינטליגנציה רגשית היא היכולת של אדם לזהות את רגשותיו, להעריך ולנהל אותם, כמו גם להתייחס לרגשות הזולת. היא בנויה מארבעה מרכיבים (שם, עמ' 205-208):

1. מודעות עצמית – מודעות רגשית של אדם לעצמו, הערכה עצמית מדויקת וביטחון עצמי;
2. ניהול עצמי – שליטה עצמית, שקיפות, כושר הסתגלות, הישגיות, יוזמה ואופטימיות;
3. מודעות חברתית – אמפתיה, מודעות ארגונית ותודעת שירות.
4. ניהול מערכות יחסים – מתן השראה, השפעה, תרומה להתפתחותם של אחרים, יצירת זרזי שינוי, ניהול חיכוכים, עבודת צוות ושיתוף פעולה.

בהמשך פיתח גולמן (2007) את המושג אינטליגנציה חברתית – המדע החדש של יחסי אנוש – שבאמצעותו הוא אפיין וניתח מערכות יחסים חברתיות. גולמן הציע לארגן את מרכיבי האינטליגנציה החברתית בשתי קטגוריות רחבות: מודעות חברתית – יכולת הקליטה שלנו את הזולת; מיומנות חברתית – דרך שימושנו במודעות זו. מודעות חברתית כוללת אמפתיה ראשונית, קשב (תשומת לב מלאה, פתיחות לזולת), דייקנות אמפתית (הבנת מחשבותיו של הזולת, רגשותיו וכוונותיו) ותפיסה חברתית (הידיעה איך העולם החברתי פועל). מיומנות חברתית כוללת סנכרון (אינטראקציה חלקה ברמה הלא מילולית), יצירת רושם, השפעה ואכפתיות.

מאז הוגדרו ופותחו בספרות המקצועית המושגים אינטליגנציה רגשית ואינטליגנציה חברתית, נהוג לזהות, לבחון ולאפיין רגשות תוך שימוש במושגים אלה שיעצב במקור גולמן

(1995). אינטליגנציה רגשית וחברתית חיוניות להתנהגותו ולהתנהלותו של הפרט בארגון ולארגון עצמו. הן תורמות בדרכים שונות לעבודה מוצלחת: רמת המודעות של הפרט עולה, הוא מצליח לזהות ולהבין את הרגשות שלו ושל האחרים, לנהל את רגשותיו ולשפר את מערכות היחסים שלו. אף ששתי האינטליגנציות חולקות יסודות משותפים, כגון מודעות חברתית, באינטליגנציה הרגשית הדגש הוא על רגשות ובאינטליגנציה החברתית – על יחסים; אינטליגנציה חברתית היא פיתוח של אותם יחסים שהאינטליגנציה הרגשית מדברת עליהם.

הידע המצוי על רגשות בעבודת הסייעוד

רק מחקרים ספורים בישראל התייחסו לחוויות העבודה של מטפלות המעניקות לזקנים טיפול סיעודי לנושא הרגשות בעבודת הסייעוד. אחד מהם (כהן, 2012) מצא שהעיסוק הטיפולי מורכב ואמביוולנטי, רצוף סתירות ומתחים. מחקרו הראה שמצד אחד תפיסת התפקיד של המטפלות חיובית, ומעוררת אצלן רגשות חיוביים כמו סיפוק ותחושת משמעות, הנובעים מעצם מהותה של עבודת הסייעוד. אבל מן הצד האחר מתעוררים אצלן רגשות שליליים, כמו בושה, לנוכח התדמית הציבורית והחברתית של סיעוד זקנים. מחקרם של פוליאקוב ודורון (2016) מצא שאף שמטפלות בישראל מגיעות לעיסוק זה כברירת מחדל, במרוצת השנים הן על פי רוב לומדות למצוא משמעות בעבודתן, ומחזקות את חשיבות הטיפול שהן מעניקות דרך טיפוח הנרטיב של מטפלת-על, כלומר מטפלת עם יכולות ומיומנויות ייחודיות. מחקר אחר (שנאן-אלטמן, סוסקולני ואיילון, 2018) חיזק את הממצאים ולפיהם הסיבה העיקרית לעיסוק בטיפול בזקנים היא לית ברירה (43%). ואילו המחקר של פורת (2017) על רגשותיהן של מהגרות עבודה בישראל מצא שהרגש העיקרי שהן חשות כלפי מטופליהן הוא אהבה. יקוביץ ויקוביץ-טישלר (2015) מצאו ששחיקתן של מטפלות הבית גבוהה בשל עבודה פיזית קשה והתמודדות נפשית ורגשית מורכבת, נוכח מצבו הירוד של הזקן ונוכח תביעותיו ותביעות בני המשפחה, שלעיתים אינן קשורות לתפקיד.

גם בספרות הבינלאומית אין התייחסות מפורטת לנושא הרגשות בטיפול ולסוגי הרגשות העולים בטיפול הביתי. רוב המחקרים עסקו במהגרות עבודה שהיגרו למדינה זרה כדי לטפל בזקנים ובהשפעת ההגירה על חוויות עבודתן (Baldassar, Ferrero & Portis, 2017). מחקר שנערך באנגליה על מטפלות בבתי אבות, שאינן מהגרות עבודה, זיהה שלוש תמות מרכזיות העומדות בבסיס המוטיבציה של מטפלות: סיפוק, שייכות וערכיות; שלושתן יחד תורמות לתחושה המרכזית שמהותה גאוות יחידה (Bjerregaard, Haslam, Mewse, & Morton, 2017). עם זאת, המחקר לא תיאר את הרגשות העומדים בבסיס מוטיבציה זו. עוד נמצא שבגלל אופי עבודתן מטפלות סיעודיות מועדות לחוות לחץ ושחיקה (Stacey, 2011). מחקרים אלה הצביעו, כאמור, על תחושות כלליות של המטפלות, אך לא התייחסו בפירוט לסוגי הרגשות או לאסטרטגיות שהמטפלות נוקטות כדי להתמודד עם רגשותיהן.

3. מטרת המחקר ושאלותיו

רציונל המחקר

מכיוון שהמטפלות הן המעניקות את הטיפול הסיעודי, יש לתת את הדעת על המתחולל אצלן (פורת ויקוביץ, 2010). על פי רוב, הנשים המטפלות נתפסות כאמצעי להתממשותה של הפעילות שסובייקט אחר זקוק לה (בנג'מין, 2005). במקרה זה הסובייקט הוא מקבל השירות הסיעודי. אך גם המטפלות כשלעצמן הן סובייקטים, והן פועלות מתוך עולמן הרגשי האישי ומתוך התפקיד שהן ממלאות. הם אלה הקובעים במידה רבה את טיב הטיפול שיעניקו.

המחקרים שעסקו עד כה בטיפול ובמטפלות לא נכנסו לעובי הקורה של סוגי הרגשות העולים בטיפול (Puclini, 2017). מחקר זה ביקש אפוא לבחון לעומק את ההיבטים הרגשיים בעבודת הטיפול ואת אסטרטגיות ההתמודדות של המטפלות עימם, כדי להגביר את שלומותן (well-being). מכיוון שמחקרים מצאו שרגשות תופסים מקום נכבד בעיצוב חוויית העבודה (פורת, 2017), ההנחה היא שכאשר ישוחחו המטפלות על רגשותיהן, יקבלו לגיטימציה ואף אישור לרגשות אלה, ייתכן שגם המטופלים יחוו לגיטימציה לשוחח על רגשותיהם, בבחינת מעגל הרגשות בטיפול ובמרחב הטיפולי. איתור הרגשות בטיפול, זיהויים והבנת מקומם בו מאפשרים גם לקדם את הכשרת המטפלות להסתייע ברגשותיהן, כדי להעניק טיפול סיעודי איכותי מיטיב ולחוש שלומות ואף סיפוק בעבודתן.

מטרת המחקר

בעוד הספרות בעולם מתארת את רגשות המטפלות באופן כללי (Pulcini, 2017), מטרת המחקר המתואר במאמר זה היא לאתר ולזהות את הרגשות השונים, המלווים את עבודת הסיעוד והמשפיעים עליה, להגדיר אותם ולהבחין ביניהם. מטרה אחרת היא לחלץ את אסטרטגיות ההתמודדות של המרואיינות עם הרגשות העולים בטיפול. זיהוי הרגשות של המרואיינות עשוי לסייע לחברה ולארגונים שונים לרכוש הבנה טובה יותר של הבעיות והקשיים שמטפלות מתמודדות איתם, וזו בתורה תוכל להוביל, בסופו של דבר, לשיפור איכות הטיפול. יתר על כן, מכיוון שיחסים ורגשות הנוצרים במהלך הטיפול קובעים את איכותו (פורת, 2017), החוסר הנוכחי בידע בנוגע לרגשות המטפלת מקשה על פיתוח פרקטיקות טיפול איכותיות ועל קביעת מדיניות רלוונטית (Stacey, 2011; Walsh & Shutes, 2013).

שאלות המחקר

שאלת על: מה הם הרגשות המתעוררים אצל המטפלת במהלך הטיפול הסיעודי?

שאלות משנה: (א) אילו אסטרטגיות המטפלות נוקטות כדי להתמודד עם סוגי הרגשות שעולים? (ב) מה הם המרכיבים הרגשיים של טיפול סיעודי איכותי?

4. מערך המחקר

שיטת המחקר

המחקר הוא מחקר איכותני. שיטה זו מאפשרת לתת את המענה הטוב ביותר על שאלות מחקר העוסקות במשמעות, במציאת היגיון ובחוויות סובייקטיביות (Lyons & Coyle, 2016). המחקר האיכותני עוסק בחקר האדם, החברה והתרבות באמצעות פירוש המבנים המבטאים אותם (קסן וקרומר-נבו, 2010). הנחת היסוד של הפרדיגמה האיכותנית היא שהמציאות החברתית היא תוצר של תהליכים פרשניים המושפעים ממבנים חברתיים, כגון מגדר, מעמד, שפה ותרבות, וממבנה אישי ואישיותי (קסן וקרומר נבו, 2010). שיטת המחקר האיכותנית מניחה שיש ערך לניתוח החוויה וההתנסות הפנימית והאישית של האדם, ומטרתה לחשוף את הפרשנויות הרבות הניתנות למציאות שהפרט חווה (Kvale, 1996). מכיוון שהשאלות במחקר זה עוסקות בחוויה של המטפלות ובפרשנות ובמשמעות שהן מעניקות לה, השיטה האיכותנית מתאימה לו ביותר. באמצעות ניתוח הסיפורים שהן הביאו ניתן לעמוד על עולם המושגים והתוכן שממנו הן טוו אותם, לזהות ולמפות את עולמן הרגשי.

מדגם המחקר

במחקר השתתפו 20 (N=20) מטפלות ישראליות שהעניקו לזקנים טיפול סיעודי יומיומי. לא שולבו בו מטפלות זרות, מכיוון שכוח העבודה העיקרי המעניק את הטיפול הסיעודי הוא מטפלות ישראליות, ולכן חשוב להבין את רגשותיהן ואת חוויית העבודה שלהן. המשתתפות במחקר נבחרו בשתי דרכים: (1) באקראי, מתוך רשימות של כלל המטפלות בארגון הסיעוד הגדול והוותיק ביותר בישראל, כשקריטריון ההכללה היחיד היה חמש שנות ניסיון לפחות בסיעוד; (2) מתוך המלצות של עובדות הארגון על מטפלות בעלות ותק של חמש שנים לפחות.

הליך המחקר

לאחר שנאספה הרשימה, פניתי למטפלות בטלפון, הסברתי להן את הרקע למחקר והבהרתי שהן יכולות להיענות ולהשתתף או לסרב, ותשובתן, חיובית או שלילית, לא תועבר הלאה לגורם ארגוני כלשהו.

מכיוון שהמרואיינות נבחרו מארגון סיעוד אחד, התעורר החשש שהן יסכימו להתראיין רק בשל ריצוי חברתי ובשל חששן שאם יסרבו, יהיו לכך השלכות כלשהן. לכן יש להדגיש שלא הפעלתי כל לחץ על המרואיינות. איני עובדת בארגון, ולא דיווחתי לגורמים בו על תשובתן של העובדות שפניתי אליהן. מסך הפניות למטפלות, סירבה להתראיין מטפלת אחת בלבד בתואנה שהיא לא פנויה. השאר נענו ברצון, ושמחו על האפשרות ועל ההזדמנות להתראיין ולומר את אשר על ליבן.

לוח 1: פרטי המרואיינות

שם בדוי	גיל	מוצא	מצב משפחתי	מספר שנות השכלה	מספר שנות ותק בארגון
יעל	43	ישראל	נשואה+3	13	9
שרה	71	מרוקו	גרושה+2	12	28
ליזה	57	צרפת	נשואה+3	14	6
רות	56	ישראל	גרושה+6	12	6
מרים	48	ישראל	נשואה+4	12	8
רחל	64	ישראל	נשואה+5	8	6
דבי	58	ישראל	נשואה+6	12	5
אילנה	51	ישראל	גרושה+8	12	10
ריקי	56	ישראל	נשואה+7	12	6
ליאת	59	ישראל	נשואה+4	12	5
גלית	64	פרס	נשואה+3	10	30
שירה	56	ישראל	נשואה+3	14	30
אפרת	57	ישראל	נשואה+8	13	10
עליזה	59	ישראל	נשואה+4	10	20
תמר	65	ישראל	אלמנה+4	12	27
בטיה	57	אוזבקיסטן	נשואה+5	10	25
מיכל	57	ישראל	נשואה+11	10	11
חדס	69	ישראל	נשואה+4	8	17
סיגל	55	ישראל	נשואה+3	11	10
אנה	55	רוסיה	אלמנה+2	14	12

כאמור, הקריטריון להשתתפות במחקר היה ותק של חמש שנות ניסיון לפחות בסייעוד. קריטריון זה נקבע, משום שנראה שלאורך חמש שנים ניתן לרכוש ניסיון עשיר ומגוון בעבודת הטיפול ולפתח מיומנויות טיפול פרקטיות ורגשיות עם פרספקטיבה רחבה. כמו כן סביר להניח שמטפלת המתמדה חמש שנים צפויה פחות לנשור מהעיסוק בטיפול ושלמדה במשך השנים איך להתנהל במרחב הטיפולי, ופיתחה אסטרטגיות התמודדות ופעולה המאפשרות לה להתמיד בעבודתה.

המדגם נבחר כך שיכלול מגוון רחב מבחינת גיל המשתתפות והוותק שלהן. מדגם מכוון וממוקד קריטריונים במחקר איכותני חיוני ליצירת מגוון מרואיינים עשירים במידע, היכולים להציע תובנות עמוקות בנוגע לנושא המחקר (Patton, 2002). המדגם הושלם בנקודת הרווייה התיאורטית, כלומר כשהחלו הממצאים לחזור על עצמם ומוצה השימוש בכל הנתונים (Glaser & Strauss, 1967).

גיל המטפלות המשתתפות במחקר נע בין 43 ל-71, עם ממוצע של 57.8 וסטיית תקן של חמש שנים. רמת ההשכלה הפורמלית הממוצעת שלהן הייתה 11.5 שנים. מבחינת הוותק בארגון עמד הממוצע על 14 שנים. לוח 1 להלן מסכם את משתני הרקע האישי של משתתפות המחקר (כל השמות בדויים).

הריאיון

ראיונות עומק מובנים למחצה נערכו פנים אל פנים, הוקלטו ותומללו. הריאיון כלל סוגים שונים של שאלות (ראו בנספחים נוסח מלא של השאלון): שאלות כלליות בנוגע לחוויית מתן הטיפול הסייעודי (למשל: מהי עבודת הטיפול בשבילך? מה את אוהבת בה? מה קשה לך בה? מה את נותנת למטופל ומה את מקבלת? האם לדעתך המטופל ומשפחתו מעריכים את עבודתך ואת השקעתך?); שאלות על רגשות בעבודת הטיפול (למשל: אילו רגשות מתעוררים בך במהלך הטיפול? תארי אותם, מהו הרגש הדומיננטי המאפיין את עבודתך? תארי את מערכת היחסים בינך לבין המטופלים, כיצד מתבטאים הרגשות שאת חשה במהלך הטיפול?); שאלות על ההכשרה המקצועית ועל חוויית העבודה בארגון (למשל: האם לדעתך דרושה הכשרה לעבודה הטיפולית? האם יש לך עם מי לדבר על בעיות וסוגיות המתעוררות בטיפול? האם יש לך עם מי לדבר על רגשות המתעוררים בטיפול? האם היית ממליצה למטפלות אחרות לעבוד כמטפלות בית? אילו עצות את יכולה לתת למטפלת מתחילה? תני מטאפורה לעבודת הטיפול).

כל ריאיון ארך בין שעה אחת לשלוש שעות ונערך בבית המרואיינת או בבית קפה, על פי העדפתה, במתכונת של שיחה מובנית שמטרתה לספק תמונה כוללת של האירועים, הפעילויות והמצבים החברתיים שהמטפלות נתונות בהם, ואשר קשה לעמוד על קנקנם במתכונת שיחה אחרת (Creswell, 1998).

ניתוח הנתונים

במחקר איכותני מקובלות שלוש שיטות ניתוח עיקריות: פנומנולוגיה, ניתוח שיח ותיאוריה מעוגנת בשדה. לכל אחת מהן עקרונות ומאפיינים מרכזיים (Starks & Trinidad, 2007). מכיוון שמטרתו של מחקר זה הייתה להבין את חוויית המטפלת בעבודה על היבטיה הרגשיים, נבחרה השיטה הפנומנולוגית, שעניינה ניתוח המשמעות והפרשנות שאנשים מעניקים לחוויות שהם עוברים. במחקר פנומנולוגי שואלים מהי החוויה הכרוכה בתופעה הנחקרת. המדגם כולל אנשים שחוו את התופעה הנחקרת, והאסטרטגיה של הריאיון היא לערוך תצפיות על הנחקרים או לראיין אותם. המרואיינים מתבקשים לתאר את החוויה, והמראיין מבקש פרטים והבהרות בנוגע לתופעה הנחקרת.

הראיונות נותחו באמצעות ניתוח תוכן (content analysis). הולסטי (Holsti, 1969) הגדיר את ניתוח התוכן כטכניקת מחקר, המזהה בשיטתיות ובאובייקטיביות מאפיינים של מסרים בתוכן מסוים שנחקר. שיטה זו התאימה לשאלת המחקר, משום שאפשרה לאתר ולזהות את הרגשות המתלווים לטיפול סיעודי, כמו גם לעמוד על המשותף ועל השונה בדברי המרואיינות ועל החוויה הסובייקטיבית של מתן הטיפול הסיעודי. כך היא נתנה מקום למגוון דעות, תפיסות ורגשות המתעוררים בטיפול.

לא ניתן להפריד לגמרי בין ניתוח תוכן (content analysis) (שקדי, 2003) לבין ניתוח לפי שפה ומבנה, שהרי הם שלובים זה בזה ומשפיעים זה על זה (צבר בן-יהושע ודרגיש, 2006); כך, למשל, שפה חזרתית או תמציתית ושימוש במילים המבטאות רגשות או פעולות עשויים להעשיר את ניתוח הממצאים. לכן הם ינותחו גם בהיבטים אלה.

תהליך הניתוח התמטי הוא תהליך שיטתי, שבו נבנה אוסף מסוים של קטגוריות ניתוח, כל אחת מהן כוללת תכנים על סמך קריטריונים שנקבעו מראש לכל קטגוריה. הניתוח עוסק בתכנים מסוימים בשתי רמות של פירוש: (1) רמת הניתוח ופירוש הממצאים הגלויים והישירים, ניסוח קטגוריות למיון, בחירת יחידות ניתוח והסקת מסקנות; (2) פירוש ההיסקים שאליהם הגיע החוקר והצבעה על השתמעויותיהם. קטגוריות לניתוח תוכן הן מרכיבים בולטים וחשובים, החוזרים על עצמם בנתונים שנאספו; הן נבחרות בהתאם לשאלת המחקר (צבר בן-יהושע, 1990).

כמקובל בניתוח תמטי, וכפי שהציגו במאמרם בראון וקלארק (Braun & Clarke, 2006), חולק ניתוח הראיונות במחקר זה לשישה שלבים: היכרות עם הנתונים, קידוד, איתור התמות, הגדרה ומתן שמות לתמות (שיום), בחינה מחודשת שלהן וכתובה חדשה אינטגרטיבית שיוצרת את הסיפור השלם.

בשלב הראשון, ההיכרות עם הנתונים, נקראו תמלילי הראיונות בקפידה – פעם אחת ברצף, ולאחר מכן נקרא כל ריאיון שוב ושוב, עד שחולצו מהטקסט התמות הראשוניות. כדי לתפוס את הנרטיב טוב יותר, נותח כל ריאיון בנפרד. בשלב השני נערך ידנית קידוד ראשוני של התמות. השלבים השלישי והרביעי כללו תהליך מיון, ארגון מחדש והרכבה מחדש של

הקידודים הראשוניים מן הראיונות הפרטניים נעשה על ידי בניית יחידות משמעות ומתן שמות לתמות (למשל: קושי לשוחח על רגשות). בהגדרת התמות נעשה ניסיון לשקף את המהות של כל תמה. תמה היא דפוס לכיד המספק לשאלת המחקר מידע רלוונטי (Braun & Clarke, 2006). בשלב החמישי נעשתה בחינה מחודשת של התמות כדי לוודא שאלה התמות המדויקות העולות מן הראיונות. לבסוף נערכה כתיבה אינטגרטיבית של התמות. המטרה הייתה לתפוס את הטווח השלם של הרגשות שהתעוררו אצל המראיינות ואת דרכי ההתמודדות שלהן עימם. תחילה ניתחתי את הנתונים לבדי, ובהמשך הועברו הראיונות גם לחוקרת אחרת, כדי לוודא את מהימנות הממצאים.

טרייסי (Tracy, 2010) מנה שמונה עקרונות של מחקר איכותני טוב, ובהם בחירת נושא ראוי ועכשווי, כנות מחקרית הכוללת שקיפות ורפלקסיביות עצמית, תרומה נושאת משמעות ושמירה על אתיקה. הטיפול הסיעודי נמצא על סדר היום החברתי והפוליטי, ועל כן הוא נושא ראוי ועכשווי. למחקר יש פוטנציאל לתרום תרומה של ממש למטפלות, למטופלים, לאנשי מקצוע ולקובעי מדיניות, משום שהוא מנגיש ידע שהיה סמוי בחלקו ומציע מודל תיאורטי חדש. ארחיב על נושא הרפלקסיביות העצמית. ג'וסלסון (Josselson, 2004) עמדה על הקושי לברר מה מעצמותו של החוקר ומעולמותיו הפרטיים רלוונטי למחקר ולפרשנות. יתרה מזאת, היא טענה שקשה לדעת איך אכן השפיעו על הפרשנות ההיבטים הרלוונטיים. עם זאת, במחקר איכותני על החוקר להקפיד על תהליך רפלקסיבי, שיצמצם את השפעתו על פרשנות הממצאים. מעצם היותי חוקרת אישה, שהיא גם עובדת סוציאלית, הזדהיתי עם המראיינות, חשתי כלפיהן אמפתיה ורציני לסייע להן. בה בעת נראה היה שאיכויות אלה הגבירו וחיזקו את מידת האמון של המראיינות בי ולתחושותי הניעו אותן להשיב בכנות על השאלות שהעליתי ולהיפתח בריאיון. הייתי ערה גם ליחסי הכוחות בינינו, שעלולים היו לעורר אצלן חשש שמא יועברו דבריהן לגורמים בתוך הארגון. לכן ביקשתי להפיג חשש זה באמצעות הבטחת סודיותן. כמו כן, כדי להיות ערה ומודעת להטיות אפשריות הנובעות מתפיסות ומדעות אישיות שלי, בזמן עריכת הראיונות רשמתי הערות בצד, שימנעו ככל האפשר את ההטיות העלולות להשפיע על ניתוח דברי המראיינות. למשל: כאשר התקשו המראיינות לאורך הריאיון להגדיר את רגשותיהן במדויק, רשמתי לי בצד הערה לבחון עד כמה לי כאדם קל או קשה להגדיר רגשות והיכן אני פוגשת את נושא הרגשות ביומיום. נראה שצעדים אלה סייעו לצמצם את מידת השפעתני על פרשנות הממצאים.

היבטים אתיים

ההיבטים האתיים במחקר זה נוגעים לשמירה על סודיותם של פרטי המשתתפות. לשם כך ננקטו הצעדים האלה: לפני כל ריאיון התבקשו המשתתפות לחתום על טופס הסכמה מדעת, שסיפק מידע בנוגע למחקר, לחוקרת ולמטרת המחקר. הודגשה זכותן לעצור את השתתפותן במחקר בכל עת וללא השפעה כלשהי על מקום עבודתן. כמו כן הוסבר להן שאין

הן חייבות לענות על שאלות שאינן נוחות להן. הובטח להן שפרטיותן וסודיותן יישמרו במלואן ושכל המידע האישי שעלול לזהותן יוסתר ויוצפן. כל מידע מזהה הוסר מן התמלולים. תמלילי הראיונות נשמרו במחשבי האישי, ורק אני תמלילתי אותם. מחקר זה אושר בידי ועדת האתיקה של האוניברסיטה העברית בירושלים ובידי הארגון המעסיק את המרואיינות.

5. ממצאים

ממצאי המחקר מוצגים בשני חלקים מרכזיים: החלק הראשון מציג את סוגי הרגשות המתעוררים בעת הטיפול הסיעודי, והחלק השני מציג את האסטרטגיות המשמשות את המטפלות בהתמודדותן עם רגשות אלה. לפני שארחיב על הרגשות שזוהו כמרכזיים בעיסוק הטיפולי, אציג ממצא מעניין בנוגע לשיח על רגשות, ובאופן ספציפי על היעדרו של שיח כזה.

שיח על רגשות אינו שכיח בקרב מטפלות

כשנשאלו המטפלות ישירות על רגשותיהן, ניכר היה שאין הן רגילות בכך, ובייחוד לא בהקשר של עבודה. כך, למשל, ענתה אחת המרואיינות: "מה זאת אומרת, מה אני יכולה כבר להרגיש?"

על פי התגובות לשאלה זו היה ניתן לזהות שאצל המרואיינות מתנהל תהליך של דיון פנימי בנוגע לנוכחות של רגש, דיון שנבע במישרין מהתעוררות פתאומית של מודעות לנושא הרגשות. לדוגמה: כשנשאלה יעל על רגשותיה, הייתה תגובתה המיידית הבעת חוסר רגש כלפי מטופליה. רק לאחר מכן היא הודתה שיש מטופלים שהיא אוהבת יותר וכאלה שהיא אוהבת פחות. כלומר: המטופלים אכן מעוררים אצל יעל רגשות, אבל היא הכירה בהם רק בהמשך השיחה ותיארה אותם כרגשות לגיטימיים:

אני אגיד לך את האמת: אני לא מרגישה כלום. אני מרגישה שהם בני אדם כמוני וכמוך. אני מתייחסת אליהם בדיוק כמו שאני אפגוש את השכנה או את חברה שלי בחוץ או את אחותי. הגישה שלי אליהם היא שהם בני אדם, בראש ובראשונה. [...] יש מטופלים שאני אוהבת יותר ומטופלים שאני אוהבת פחות.

כשריקי נשאלה על רגשותיה, היא ענתה תשובה כללית ומעורפלת על חוויות שהיא חוותה בעבודה, והשתמשה במילה "דברים" ולא "רגשות". לדוגמה: כשהמטופלת צעקה עליה, זו הייתה חוויה שלילית, אבל כאשר חשה הערכה, חוותה חוויה חיובית: "יש דברים חיוביים ויש דברים לא חיוביים. אם האישה כל הזמן צועקת שהיא רוצה שאנקה, [...] והאישה האחרת כל הזמן חיובית, כל דבר שאני עושה היא אומרת תודה רבה."

למרות הקושי הטמון בשיח על רגשות, בהמשך הראיונות ניתן היה לזהות רגשות מפתח, שהעיסוק הטיפולי מעלה.

רגשות דומיננטיים הרווחים אצל מטפלות בזקנים

הממצאים בנוגע לרגשות של המטפלות מוצגים בהתאם לתמות שחולצו מן הראיונות. הספרות העוסקת ברגשות נוהגת לחלקם למגוון סוגים (וסרמן וטנא-גזית, 2016). מאמר זה מתייחס לחלוקה המקובלת בין רגשות חיוביים לשליליים. הרגשות החיוביים שעלו בראיונות הם אהבה, דאגה וחמלה לצד סיפוק ומשמעות בעבודה, והרגשות השליליים הם ניצול, השפלה ובושה.

רגשות חיוביים כלפי מטופלים

במחקר זה נמצא שהרגשות החיוביים מזוהים עם רגשות משפחתיים, והמרכזיים שבהם הם אהבה, דאגה וחמלה. המטפלות השתמשו בדימויים מעולם המשפחה, כדוגמת הורות, אבהות ואימהות, כדי לתאר את רגשותיהן.

רוב המרואיינות ביטאו כלפי מטופליהן רגשות אהבה, ופיתחו עימם יחסים משפחתיים. נמצא שרגש האהבה עודד את המטפלות לחשוב על מטופליהן ולדאוג להם אפילו מחוץ לשעות העבודה. כשהן נשאלו "מה את מרגישה כלפי המטופל שלך?", פעמים רבות דימו את המטופל להורה שלהן, כלומר רגשות משפחתיים. לדוגמה: גלית אמרה שכל מטופל שטיפלה בו הזכיר לה את אביה, שאליו הייתה קשורה מאוד, ולכן היא נקשרת לכל אחד מהם. ללא רגשות, ובייחוד אהבה, אי אפשר לעבוד, היא אמרה:

אני אוהבת את העבודה הזאת. [...] יש בה סיפוק. אהבתי את אבא שלי, והמטופלים מספרים לי כל מיני סיפורים מעניינים, כמו שאבא שלי היה מספר. [...] אני אוהבת את העבודה, כי אהבתי את אבא שלי, וכל מטופל מזכיר לי את אבא שלי. [...] אם אין לך רגשות, אף אחד לא יכול לעבוד.

בציטוט זה ניתן לראות שהמרואיינת מחילה על מטופליה את רגשותיה לאביה. מהלך זה מקל עליה את עבודת הטיפול, כי ללא רגשות לא ניתן לעבוד, לדבריה, וכלפי בני משפחה על פי רוב יש רגשות.

בדוגמה אחרת תיארה ריקי איך היא דואגת למטופלת שלה ומביאה לה אוכל בהתנדבות מחוץ לשעות העבודה. ריקי מבקרת אותה בסופי שבוע, כי משפחתה של המטופלת גרה רחוק: "אני אוהבת אותה מאוד. בשבת אני מבקרת אותה בגלל שאף אחד אחר לא יכול להיות איתה, ואני מטפלת בה בשבת בחינם. [...] אני הולכת מהבית שלי עד לבית שלה ברגל, ואני גם מביאה לה אוכל."

עוד סיפרה ריקי כיצד הצליחה בסבלנות ובעקשנות לשקם את מצב בריאותה החמור של זקנה שטיפלה בה:

האמת שאני שיקמתי אותה. היא הייתה בתת משקל. הייתה לה בעיית מעיים. [...] המשפחה כבר ויתרה. אמרתי "למה לוותר?". הרופאים אמרו: "את יותר מהבת שלה!" לקחתי אותה לתזונאית והיא הציעה לה תפריט. [...] הכנתי לה אוכל שהיא ביקשה, וזה ממש עזר לה.

ממצא מעניין עלה כשהתבקשו המרואיינות להשלים את המשפט "להיות מטפלת זה כמו...". רובן הביאו דימויים חיוביים ומשפחתיים, כמו אימא, בת, אחות. דימויים אלה מחזקים את הממצא ולפיו רגשות המטפלות כלפי מטופליהן משפחתיים.

חלק מהמרואיינות ביטאו חמלה כלפי מטופליהן. חשוב לציין שחלקן השתמשו במילה "חמלה" וחלקן במילה "רחמים", אבל הייתה להן משמעות זהה. על פי רוב הובעו ביטויי החמלה בנוגע למצב המנטלי או הפיזי המוגבל או המידרדר של המטופלים הזקנים:

כואב לראות אותם, [...] שיש כזאת הידרדרות דרסטית, [...] במיוחד כשהם אומרים לך: "מה הייתי ומה אני היום? את יודעת מה הידיים האלו עשו? 41 שנים הן תפרו. [...] היום הן לא יכולות לעשות כלום." (רחל)

הדבר הראשון הוא חמלה, [...] המון חמלה. כי עכשיו שאני רואה את ההידרדרות, אני מרגישה רק רחמים כלפיה. הפער בין הגוף לנפש הוא עצום. היא חושבת שהיא יכולה לבנות ערים ולטפס על הרים, אבל קשה לה לקום בגלל הרגליים שלה. [...] אישה שפעם הייתה עצמאית, [...] פתאום היא מידרדרת ממש מול העיניים שלך. כואב לי לראות את זה. (אילנה)

הרגשות החיוביים של אהבה, דאגה וחמלה שזורים זה בזה, ועוזרים למטפלות לבנות עם מטופליהן יחסים טובים ולשמר אותם. יחסים אלה מחזקים את תחושת המטפלת שהיא חשובה למטופליה, ומסיבים לה סיפוק מעבודתה.

סיפוק ומשמעות בעבודה

כמעט כל המרואיינות ביטאו תחושת סיפוק מהעיסוק הטיפולי ואת המשמעות שהן מוצאות בו, המסייעות להן להתמיד בו:

אני עם הזקנים מאז ומתמיד, מאז שנהיו לי ילדים. אני אוהבת ללכת אליהם ולראות שהם עייפים ופתאום לספר להם סיפור ופתאום הם מחייכים. יש לי סיפוק מזה, אני ממש אוהבת את זה. לשמוע את סיפור החיים שלהם זה גם מאוד מעניין, [...] כל מטופל עם הסיפור שלו. לומדים גם מזה המון. (רחל)

בדבריה של רחל, המציגים את ההיבט החיובי של עבודת הטיפול, נראה שהשיח קולח יותר. יש שימוש בכמה מילות רגש המדייקות את הרגשת המרואיינת ("אוהבת" חוזרת פעמיים) ומתארות את תחושתה: סיפוק. המילים שהיא בוחרת להשתמש בהן, כגון המון, ממש, מאז ומתמיד, מדגישות את הנאתה ממתן הטיפול ומהקשר עם מטופליה.

גם אפרת ציינה שאף שהיא ערה לכך שהחברה תופסת את המקצוע שלה כפחות ערך, היא רואה סיפוק בעבודתה, ותחושת סיפוק זו מאפילה על נחיתותה החברתית: "אדם שיש לו עבודה טובה מסתכל על העבודה שלי כעבודה מלוכלכת. שיסתכל על זה איך שהוא רוצה; אני מרגישה סיפוק."

רגשות שליליים כלפי מטופלים

הראיונות הראו שלצד האהבה, הדאגה, החמלה ותחושת הסיפוק שתיארו המרואיינות עלו גם רגשות שליליים של ניצול, השפלה ותחושת בושה בעיסוק הטיפולי.

ניצול והשפלה

חלק מהמטפלות תיארו תחושות של ניצול והשפלה בעבודתן. תחושות אלה התעוררו כשהמטופלים דרשו מהן לבצע פעולות שאינן חלק מהגדרת תפקידן, ובהן מטלות פיזיות קשות, בעיקר ניקיון הבית. מיכל הסבירה שכאשר החלה לעבוד כמטפלת, לא הכירה את חוקי הביטוח הלאומי ולא קיבלה הגדרת תפקיד ברורה. עמימות זו אפשרה למטופליה להטיל עליה מטלות שלא היו במסגרת עבודתה:

ההתנחגות שלהם לא הייתה טובה. הם פשוט ניצלו אותי [...]: "בואי לפה, תנקי את החלון הזה, תשטפי את זה, תעלי על הסולם הזה ותנקי משם, תטפלי בגינה, העלים האלה מציקים לי." הלכתי ועשיתי את כל מה שהם ביקשו ממני, ולא ידעתי מה הדרישות האמיתיות, מה באמת צריך לעשות ומה לא. היא ממש שלטה בי.

בציטוט זה אנו רואים שימוש רב בפעלים ופעולות, ורק מילה אחת המתארת את המצב – ניצול. אף שחסר ביטוי רגשי כלפי מצב הניצול, המטפלת מתארת את הרגשות שחוותה דרך פירוט המטלות שנדרשה לבצע. נראה שתיאור האירוע דרך הפעולות נגיש וזמין לה הרבה יותר מתיאור דרך רגשות ותחושות, אך אלה הראשונות משקפות את מצבה הרגשי ועשויות לעורר אצל הקורא הזדהות.

עליזה תיארה את שגרת עבודתה, שכללה מטלות בית מפורכות. אף שלא השתמשה במילות רגש מפורשות, חידד תיאורה המפורט את הקושי, ושיקף את כעסה ואת תסכולה על אי יכולתה לשנות את המצב מהחשש שמא תאבד את עבודתה:

יש לי אישה מאוד קשה. אמנם אני מאוד קשורה אליה והיא קשורה אליי, חבל על הזמן. אבל היא יש לה בעיה, היא לא מבשלת, היא [...] הילדים באים פעם בשבוע, הם גם, לא שמבשלים ואוכלים וזה. הבית נשאר נקי. היום סתם דוגמה ניקיתי את החדר. זה כולל מנורות, ארון, חלון, דלת, הכול; שטיפה טובה. היום זה החדר הזה, מחר זה הסלון, מחרתיים זה המטבח; כל יום אצלה יש תוכנית עבודה לכל השבוע, וכל שבוע מחדש. הכול נשאר אותו דבר. עכשיו ניקיתי את החדר הזה, שבוע הבא עוד פעם. [...] אני לא אומרת מילה. איזו ברירה יש לי?

היקשרות רגשית למטופלים עלולה להוביל למצבים שבהם המטפלת חשה שלא בנוח לסרב לדרישות המטופל (אולי בדומה לניצול בתוך יחסים משפחתיים), כפי שהסבירה עליזה:

אני מאוד קשורה אליהם. ממש כמו... אני לא יודעת איך להסביר את זה, כמו אימא ובת. אין דבר שהם יבקשו ממני ואגיד להם "לא", אין דבר כזה. רוב הזמן אני מנקה. יש לי שני בתים. זה ממש קשה לי, ממש קשה לי, אבל אין לי ברירה.

ציטוט זה מדגים את האמביוולנטיות המהותית של עליזה. מצד אחד היא אוהבת את המטופלים שלה, אבל רגשות אלה מובילים לתחושת ניצול, מכיוון שההיקשרות הרגשית יוצרת מצב שבו היא לא יכולה לסרב לאף בקשה. גם מרים סיפרה שהקשרים הרגשיים שנוצרו עם המטופלת הקשו עליה לסרב לבקשות שהן גם לא במסגרת התפקיד: "כשאני נכנסתי אליה, היא הייתה מה זה בסדר; נתנה לי דברים שהם לפי התפקיד. לאט לאט נוצר קשר, ויש גם קשר רגשי ואת לא יכולה להגיד לא; לאט לאט היא מוסיפה."

תחושת הניצול מלווה לעיתים בתחושת השפלה. רות, למשל, סיפרה שלמרות השקעתה הרבה במטופלת הפסיקה משפחתה את עבודתה ללא הודעה מראש, מעשה שגרם לה להרגיש שקופה:

הלכתי איתה לרופא. [...] הרופאים, בית מרקחת, כולם מכירים אותי, [...] וגם בעלה מאוד אוהב אותי. חבל שלקחו אותי ממנה, זה עוול, זה פוגע. [...] תגידו לי "תודה רבה שטיפלת באימא שלי חמש שנים". תעשו את ההצגה. המשפחה בדרך כלל לא מעריכה, כאילו אנחנו אוויר, בואי נקרא לזה "אנחנו שקופות".

בהקשר זה תיארה מרים חוויית השפלה ושקיפות במפגש עם בת של מטופלת: "ירדתי אליה במדרגות, היא באה אליי מהאוטו. [...] הבת שלה, את יודעת, אני פה, היא פה, כאילו בזווית. אפילו לא אמרה בוקר טוב."

נראה שתחושות ניצול והשפלה אלה פוגעות בתחושות ההוגנות והאמון ומובילות לרגשות מעורבים כלפי עבודת הסיעוד. לדוגמה: חלק מהמטפלות הודו במפורש שהן מתביישות בעבודתן או בתדמיתה החברתית או במטלות הנדרשות מהן. ואולם בוושה זו מתאזנת עם הסיפוק על מתן העזרה למטופל, כפי שמתואר להלן.

בושה

יעל תיארה את תחושות הבושה שלה ושל בנותיה עקב עבודתה בסיעוד. בעקבותיהן הסתירה במשך שנים את עבודתה ממשפחתה וגם בנותיה הסתירו אותה מפני חברותיהן:

בהתחלה ממש התביישתי בעבודה הזאת, אם לומר את האמת. [...] הסתרתי אותה מהמשפחה של בעלי במשך שנים, [...] לא סיפרתי לשכנים; התביישתי מדי. [...] אז הבנות שלי לא סיפרו לחברות שלהן. [...] לא סיפרתי גם למורים. בסדר, זה מעשה טוב, אבל זו לא ממש עבודה שאפשר להתגאות בה.

ניתוח השיח מהיבט מבני מסמן שהמטפלת יודעת לקרוא לרגש שלה בשם, "בושה", ואף להציב מולו את הרגש ההפוך, "גאווה". אף שקוגניטיבית היא מכירה בערכה של עבודת הטיפול ואף מגדירה אותה "מעשה טוב", מבנה השיח מבהיר לנו שהבושה היא הרגש הדומיננטי, ובמשפט הקצר הוא מופיע פעמיים, מה שמדגיש את נוכחותו בעולם הרגשות של המטפלת.

אף שרק חלק מהמראיינות הודו בפתיחות שהן מתביישות בעבודתן, נראה היה שהאחרות מתביישות מכדי להודות שהן מתביישות בעבודתן, כלומר בושות בבושתן, או שהבושה שלהן הייתה מעורבת בתחושת סיפוק. שרה, למשל, ציינה שבעוד היא מסכימה עם הדעה של בנותיה שהיא יכולה לעבוד בעבודה מכובדת יותר, היא נהנית מעבודתה: "הבנות שלי אומרות 'חבל שאת עובדת עם זקנים'. הן אומרות שאני יכולה למצוא עבודה יותר מכובדת. זה נכון, אני יכולה, אבל אני חושבת שזה טוב לי. אני נהנית מזה."

דוגמה אחרת להסתייגות של בני משפחה עולה מדבריה של אילנה: "הילדים שלי לא אוהבים את זה. הם מתביישים. [...] כשאני אומרת לאנשים 'אני מטפלת', אתה רואה שהם חושבים 'ציפיתי ממך ליותר'; הם מסתירים את זה, אבל רואים את זה."

כדי להבין אם מטפלות חשו בנוח לחלוק את רגשותיהן עם הסביבה, הן נשאלו עם מי הן נוטות לדון בבעיות בעבודה. רובן ענו שהן נוטות לא לדבר עם סביבתן על העבודה. יעל אמרה שהיא לא מספרת על העבודה אפילו לחברתה הטובה ביותר:

יש לי חברה שהיא עולם אחר; היא מאמנת כושר [...] חברה ממש טובה, היא יודעת עליי הכול. אבל אני לא משתפת אותה בסיפורים [על העבודה]. זה לא הסגנון. [...] אז היא יודעת שאני עובדת כמטפלת, אבל אני לא מספרת לה סיפורים.

שיקוף אחר של הרגשות המתעוררים בעבודת הטיפול – לעיתים מעורבים לעיתים חד משמעיים – עלה מתשובות המטפלות לשאלה אם היו ממליצות לנשים אחרות לעבוד כמטפלות. חלקן אמרו שהיו ממליצות, רק אם הן מצוידות בתכונות מסוימות כגון סבלנות; יעל אמרה, למשל, ש"זה מאוד תלוי, זה מאוד מורכב. זה תלוי באישיות שעומדת מולך. [...] צריך להיות סבלנית ולא לקחת ללב". והיו, כמו ריקי למשל, שאמרו שהיו ממליצות ללא הסתייגות: "כן, למה לא? כן, הצעתי כמה פעמים."

אם כן, המרואיינות בחרו להדגיש רגשות חיוביים יותר מאשר רגשות שליליים, ונראה שקל היה להן יותר לדבר עליהם ישירות. ואולם ההתמודדות עם רגשות מעורבים דרשה מהן לפתח אסטרטגיות התמודדות.

אסטרטגיות להתמודדות עם רגשות מעורבים

כפי שמורים ממצאי המחקר, הטיפול הסיעודי מעורר אצל המטפלות רגשות רבים ומגוונים, ואליהם מתלווים צרכים רגשיים. איכות הטיפול הסיעודי מותנית במידה רבה בהשקעה הרגשית המתלווה אליו, ומשום שהטיפול הסיעודי מערב רגשות חיוביים ושליליים גם יחד, נוצרת כאן למעשה צרימה רגשית שמחייבת את המטפלת לנהל אותה. כדי להתמודד עם צרימה זו, פיתחו המטפלות על פי עדותן שלוש דרכי התמודדות. דרך התמודדות היא דרך התנהלות והתנהגות במצב מורכב. לזרוס ופולקמן (Lazarus & Folkman, 1987) טענו, על בסיס מחקרים, שיש שתי אסטרטגיות התמודדות עיקריות: אסטרטגיה המתייחסת לבעיה ולפתרונה ואסטרטגיה המתייחסת לרגשות המתעוררים במצב כלשהו. לאור הממצאים העולים ממחקר זה מסתמן שהמטפלות נקטו את האסטרטגיה המתייחסת לרגשות ועשו זאת בשלוש דרכים:

1. **התייחסות למטופל כאילו היה בן משפחה** – רוב המרואיינות מחשיבות את המטופל כבן משפחה ועל פי רוב מתייחסות אליו כמו אל הורה. נראה שהתייחסות כזאת עוזרת להן להפוך את העבודה שלהן כמטפלות לגייטימית, שהרי מקובל ולגיטימי לטפל בבני משפחה. בתוך יחסים הדומים ליחסי משפחה קל יותר להכיל תחושות בושה או ניצול, משום שקשה לסרב לבני משפחה. דוגמה לכך ניתן למצוא בדבריה של שירה שתיארה את יחסיה הקרובים עם המטופלת שלה, שהם חזקים אף יותר מהיחסים של המטופלת עם בנותיה, ובעצם גורמים לה לראות במטופלת אימא לכל דבר: "היא מספרת לי הכול; הן [הבנות של המטופלת] לא יודעות שום דבר; זה רק אני יודעת. היא כל דבר מספרת לי, היא כמו אימא בשבילי."

רחל סיפרה שהטיפול בזקנים וגם מותם מזכירים לה את הוריה ואת יחסיה עימם, וזה מה שמעניק לה את הכוח ואת המוטיבציה להמשיך להיות מטפלת: "הייתה קשישה שקיבלה עובדת זרה, וחודש אחרי שעזבתי היא נפטרה. קשה קשה. אני רואה את ההורים שלי לנגד עיניי. הייתי מאוד קשורה לאבא שלי." דברים אלה מלמדים שבאמצעות המטופלים רחל חשה שהיא ממשיכה את הטיפול ואת הקשר הקרוב שהיה לה עם הוריה, וזה עוזר לה לפתח כלפי המטופלים רגשות קרבה.

גלית תיארה כיצד ההתייחסות לכל מטופל כאל אבא שלה גרמה לה לחוש סיפוק ולהתרגל לעבודה ואף להתמיד בה, לא רק בשל השכר שהיא מקבלת, אלא כעבודה מכל הלב:

אני אהבתי את העבודה, כי אהבתי את אבא שלי, וכל זקן היה כמו אבא שלי. [...] הייתי אוהבת אותו, כאילו זה שלי. זה לא שאני עושה את זה בשביל הכסף. אני הייתי עושה את העבודה מכל הלב, מכל הלב, כי הייתי מרחמת. וככה התרגלתי; היה לי סיפוק.

כלומר: להתייחסות למטופלים כאל בני משפחה יש תועלת כפולה: היא גם מסייעת למטפלות להרגיש טוב בעבודתן ושהן ממשיכות את תפקידן כמטפלות בהורים הפרטיים שלהן, וגם מאפשרת להם להמשיך לעבוד כמטפלות.

2. **הצבת הרגשות החיוביים במרכז והסתת הרגשות השליליים לשוליים** – המרואיינות תיארו בהרחבה יחסית את הרגשות החיוביים שלהן כלפי המטופלים או חוויות חיוביות שחוו עם המטופלים ובצמצום רב יותר אירועים ורגשות שליליים. כלומר: החוויות החיוביות תפסו בריאיון נפח גדול יותר, אף שבשולי דבריהן עלו גם רגשות שליליים, כגון בושה, השפלה ותחושת ניצול. נראה שקל להן יותר לדבר על חוויות חיוביות ועל רגשות חיוביים, ואפשר שההתמקדות באלה עוזרת להן להתמודד עם רגשות שליליים. דוגמה לכך ניתן למצוא בדבריה של יעל, שדיברה תחילה על הרגשות החיוביים (אהבה) שמתעוררים בה במהלך הטיפול, ורק לאחר מכן בהמשך הריאיון דיברה (בעקיפין) על רגשות שליליים:

יש כאלה שאני אוהבת, וכאלה שפחות. [...] אני אגיד לך את האמת: כולם אוהבים אותי. באמת, זה נותן הרגשה מאוד טובה. מבטאים את זה במילים. [...] המטופלות שלי מאוד אוהבות אותי. אני מרגישה גם, את רואה שבן אדם אוהב אותך, באים לקראתי. תראי, אני מאוד נוחה. שעה זה שעה. [...] אני מאוד אחראית. יש לי מוסר עבודה חבל על הזמן.

רק לקראת סוף הריאיון תיארה יעל מקרה שבו נפגעה ממטופלת שלה, אבל לא הרחיבה עליו את הדיבור, ורק סיפרה ש"נפגעתי ובכיתי ומאז התחסנתי. [...] אני לא אריב ולא אצעק, לא מתייחסת".

גם רות סיפרה בתחילת הריאיון רק על רגשות חיוביים: "אני אוהבת הכול בעבודה, [...] הקשר לקשיש, לדאוג לו. [...] יש לי סיפוק. [...] אם הם לא מרגישים טוב, אז אני גם בתוכי לא מרגישה טוב. אני נקשרת, וכל אחת שאני עובדת איתה זה המון שנים." אבל בהמשך הריאיון היא סיפרה על אירועים שבהם מנצלים מטפלות:

יש לי חברה שהיא בכלל מאוד מתביישת בעבודה שלה, מאוד. זה חלק מעניין של ניצול; לכי תסבירי לאנשים. [...] אני נתקלתי בדברים הזויים. אחת שהלכה איתו [עם המטופל] לשוק, וסחבה הכול. ראיתי אותה, קיבלתי חוס. למה מה קרה? הן לא מבינות שזה ניצול; הן תמימות, מפגרות. את תשמעי את הסיפור של חברה שלי, את תצטררי. [...] האישה הזאת מנצלת אותה לשלוש משפחות לבשל, [...] ואין לה ביטחון ללכת מול האנשים האלה. היא תפסיד עבודה, והיא צריכה כסף.

כאשר בסופו של דבר ציינה רגש שלילי שהיא חווה בעבודתה שלה, אז נשאלה במפורש מה היא חשה יותר, רגשות חיוביים או שליליים. היא ענתה שרגשות חיוביים ותיארה ריכוך של הרגשות השליליים באמצעות רגש החמלה: "למשל היום התעוררו בי עצבים, אבל אני יודעת למתן את עצמי. אני קיבלתי חום, [...] אבל יש לי יותר חמלה כלפיה, כי היא חולה." דברים אלה מלמדים שהמרוויינת חשה שאין לה לגיטימציה להביע רגשות שליליים, שהרי המטופלת חולה וזקוקה לחמלה.

כשתמר נשאלה אם יש לה קשיים כלשהם בעבודה היא השיבה: "לא, אין קשה. לא היו לי קשיים. בכל עבודה הסתדרתי." אך בהמשך הריאיון היא סיפרה על מקרה שבו נפגעה ממטופלת ואף שקלה לעזוב אותה:

הייתה לי אחת שעבדתי אצלה חודשיים. [...] היה מרתון. יום שישי הייתי הולכת, פתאום לא היה אוטובוסים, ולא הספקתי. נלחצתי, ובאתי אליה. אז היא אומרת לי: "למה באת עכשיו?" אמרתי לה: "מרתון." אז היא אומרת: "את שקרנית, לכו לעזאזל, לא רוצה." אז זה פוגע. [...] ברגע שלא מעריכים אותי, אני לא הולכת לעבוד.

נראה אפוא שלתמר קל יותר שלא להציף את הקשיים בעבודה, אלא כשהיא נפגעת אישית ומרגישה שלא מעריכים אותה.

כשאפרת נשאלה אילו רגשות עולים בה במהלך הטיפול, היא ענתה: "מרגישה שאני תורמת להם, מועילה, [...] משתדלת לתת להם מה שהם רוצים." כשנשאלה אם מתעוררים אצלה גם רגשות שליליים, השיבה: "מה ז'יתומרת?" ובהמשך הריאיון אמרה: "כן, בטח. על אותה אחת כן, ממש מתישה. אני כל פעם באה הביתה, מתייעצת עם בעלי, אומרת לו: 'מה אתה אומר?' הוא אומר לי: 'תראי, זה מצווה, תחזיקי מעמד. תראי, היא בסך הכול מסכנה; אין לה אף אחד.'"

ועוד עניין אחד: כשנשאלו המרוויינות מה הרגש הדומיננטי שמאפיין את עבודתן, ציינו כולן רגשות חיוביים או תכונות חיוביות, כגון טוב לב ונתינה, ונמנעו מלציין רגשות שליליים.

3. **הסתרת העיסוק הטיפולי או הסתרת רגשות שליליים** – היו מטפלות שנקטו אחד משני מנגנונים שונים של הסתרה: הסתרת עיסוקן או הסתרת הרגשות השליליים הכרוכים בעבודת הטיפול. חלק מהמרוויינות הסתירו ממשפחתן ומחבריהן את עיסוקן, בעוד אחרות נמנעו לחלוטין מלדבר על הרגשות השליליים שלהן.

המנגנון של הסתרת רגשות שליליים בא לידי ביטוי בדבריה של שרה. כשנשאלה אם עולים אצלה בעבודת הטיפול גם רגשות שליליים, היא השיבה בשלילה מוחלטת:

לא לא, אמרתי לך. היו לי אנשים שבאמת כל כך ריחמתי עליהם, שהייתי מוכנה למצוא דירה על ידם. [...] מתי שהייתה לי אפשרות להגיע, הגעתי. הייתי קונה לה מהשוק, כאילו ריחמתי עליה, מתוך רחמנות. אמרתי: "המסכנה הזאתי."

בהמשך הריאיון תיארה שרה תקריות כמו זאת:

כשבאתי למטופלים, דבר ראשון הם אומרים: "בוקר טוב, תעשי לי את המגירות." כמה שאת מסבירה שאת לא באת כמנקה ולא כעוזרת, את באת כמטפלת, היא אומרת: "לא, הבת שלי עושה לי מקלחת." אז בשביל מה את צריכה אותי, בשביל ניקיון?

למרות תקריות אלה, שהעידו על כך שהיא רואה ניצול בדרישה ממנה לבצע עבודות שאינן במסגרת תפקידה הפורמלי, בחרה שרה לענות שאין לה רגשות שליליים כלפי המטופלים.

המנגנון של הסתרת העיסוק מן הסביבה בא לידי ביטוי אצל חלק מהמראיינות. דוגמה לכך היו דבריה של יעל, שתיארה תהליך של מעבר מהסתרה מלאה של העיסוק להסתרה חלקית:

בשנים הראשונות שעבדתי לא אמרתי לאנשים שאני מטפלת. [...] מהמשפחה של בעלי אני הסתרת את זה שנים. והיום הם יודעים. היום כבר אני מרגישה עם זה יותר נוח להגיד, עם מי שנוח לי אני אומרת. כשלא נוח לי, אני לא אומרת. לשכנים לא; אני מתביישת. [...] גם למורים לא הייתי אומרת.

כשאפרת נשאלה אם ילדיה מספרים לחבריהם על עיסוקה, היא ענתה: "לא. הם [הילדים] נמנעים, בואי נגיד. [...] אני יודעת שהרבה [מטפלות] לא מספרות. הילדים מתביישים."

גם רות סיפרה על מכרה שהיא ובעלה עובדים כמטפלים, ושניהם מתביישים בעיסוקם, עד כדי כך שהבעל ביקש לא לעבוד עם זקנים בשכונת מגוריו, כדי לא להיתקל במכרים מהשכונה:

שושי למשל תעשה פרצופים [אם ישאלו אותה איפה היא עובדת]. גם בעלה עובד, אבל בעלה לא עובד בשכונה; הוא מתבייש, עד כדי כך. למה? למה? היא מתביישת שהיא עובדת עם יפה, והיא מנצלת אותה והיא שותקת; היא אוכלת את הלב, והיא שותקת.

נראה שכאשר המטפלות מסתירות מן הסביבה את עיסוקן או לא מדברות עליו, הן מצליחות להתמודד טוב יותר עם הרגשות הכרוכים בו.

6. דיון

מטרות מחקר זה היו לאתר, לזהות ולחשוף את הרגשות הניצבים בבסיס עבודת הטיפול הסיעודי, לזהות את אסטרטגיות ההתמודדות איתם ולבחון את מקומם ואת חשיבותם בעבודת הטיפול. הספרות המקצועית בתחומי העבודה מורה בבירור על השפעתם של רגשות על איכות התנהלותם של עובדים המועסקים בעבודות טיפול (Hochschild, 1983, 2007).

עבודת הסיעוד אינטימית באופייה ומבוססת על קשרים ועל מערכות יחסים (אלבין, 2016; Stacey, 2011). מחקרים הראו שיחסים קרובים בין מטפלת למטופל הכרחיים, כדי שהטיפול יהיה איכותי, ושעל פי רוב מתפתחים יחסים כאלה (Eustis & Fischer, 1991; Woodruff & Applebaum, 1996; Kane, Kane, Illston, & Eustis, 1994). עוד נמצא שזקנים מצפים מהמטפלת לתמיכה רגשית (Eustis & Fischer, 1991). לכן כדי שתוכל לתפקד היטב ולהעניק טיפול איכותי, יש לזהות את רגשותיה, להכיר בהם ולתת תמיכה ולגיטימציה להתנהלותה הרגשית ולדרכי התמודדותה. בטיפול סיעודי ההיבט הרגשי הוא ההיבט הסמוי של הטיפול, והוא המעניק לו את איכותו. בהגדרת התפקיד של המטפלת הסיעודית מופיעים היבטי התפקוד והעשייה, אך איכותם מותנית בתחושותיה וברגשותיה ובטיב יחסיה עם המטופל. לכן חשוב לבחון את סוגי הרגשות המתעוררים בעבודת הסיעוד.

ממצאי המחקר המתואר במאמר זה מזהים את הרגשות הכרוכים בעבודת הטיפול, מבהירים ומגדירים אותם. הממצאים מורים על חשיבות הרגשות שהמטפלת הסיעודית חווה בעבודתה ועל משמעותם, כמו גם על השפעת ההקשר החברתי הבין-אישי עליהם ועל איכות הטיפול.

משתתפות המחקר ביטאו כלפי המטופלים הן רגשות חיוביים והן רגשות שליליים. הרגשות החיוביים היו אהבה, דאגה וחמלה, ורגשות אלה מעצבים את טיבו של הטיפול הסיעודי. ממצא זה תואם את ממצאיהם של מחקרים קודמים. במחקר של פורת (2017) על רגשותיהן של מטפלות זרות בישראל נמצא, שהאהבה נחשבת ההיבט הבסיסי והחשוב ביותר של הטיפול ושניתן להשתמש בביטויי אהבה כדי לקדם טיפול איכותי. מטופלים ובני משפחותיהם גם ציפו שהעובדות הזרות יפגינו אהבה כלפי אלה הראשונים. יתרה מזאת, המטפלות עצמן רצו שהמטופלים יאהבו אותן.

גם החמלה נמצאה כרגש דומיננטי בסיעוד. חמלה מוגדרת כתחושת כאב הנגרם עקב מודעות לכאב של אחר (Nussbaum, 2001). מקובל לחשוב שאלה המספקים טיפול בעת צרה מונעים מחמלה (Pulcini, 2017). מחקרים שעסקו בקשר בין עבודת הסיעוד לבין חמלה מצאו שהיא רגש מרכזי וחיוני בטיפול סיעודי (Leger, Gastmans, & Verkerk, 2011). חלק מהמטפלות במחקר זה ציינו שהחמלה שחשו כלפי מטופליהן עלתה מתוך פחדן להגיע למצבם של אלה האחרונים. חמלה היא רגש חשוב בעבודת הטיפול הסיעודי, כי זקנים מצליחים להבדיל בין טיפול מתוך חמלה לטיפול נטול חמלה, והאיכות הנתפסת של הטיפול מושפעת מנוכחות החמלה או מהיעדרה (פרילוצקי וכץ, 2014).

במחקר זה זוהו גם רגשות שליליים של המטפלת, כגון תחושות בושה, ניצול והשפלה. ייתכן שתחושת הבושה נובעת מהפנמת דימוי חברתי שלילי של העיסוק הטיפולי. ניתן לומר שהמטפלות סובלות מהדרה חברתית כפולה: הדרה בשל היותן נשים העוסקות בעבודה שאין מעריכים אותה חברתית ומתגמלים עליה בשכר מינימום והדרה בשל היותן מטפלות בזקנים, הנחשבים אוכלוסייה מוחלשת כשלעצמה. ארנרייך והוכשילד (2006) הדגישו שערכה הנמוך של עבודת הטיפול ועבודות שירות אחרות טמון, לא בביקוש נמוך ולא בקלות או בפשטות ביצוען, אלא בפוליטיקה תרבותית וחברתית של אי-שוויון. ערך השוק הנמוך של הטיפול מקבע את הנשים העוסקות בו, ובסופו של דבר, את הנשים כולן, במעמד נמוך.

תחושות הניצול שנחשפו במחקר תואמות את הממצאים שעלו במחקר שנערך בקרב מטפלות פיליפיניות בסינגפור. שם נמצא שרגשות הניצול בעבודתן הובילו את המטפלות לנסות ולהרחיק את עצמן מהתדמית של העבד הפיליפיני (Amrith, 2010). מחקר תיאורטי אחר מצא שהאינטימיות שמחייב הטיפול הסיעודי עלולה להוביל לציפיות שהן מעבר לדרישות התפקיד ולניצולן של המטפלות (אלבין, 2016), אך מחקר זה לא התבסס על עדויות מהשטח. המרואיינות במחקר הנוכחי תיארו גם הן תחושות של בושה והשפלה.

מלבד זיהוי הרגשות השליליים המתעוררים בסיעוד חשף מחקר זה את מנגנוני ההתמודדות עם רגשות שליליים אלה. אחד המנגנונים הבולטים ביותר היה התייחסות למטופל כאל בן משפחה. רוב המרואיינות הגדירו את הקשר הטיפולי כקשר משפחתי קרוב, שהמטפלת מגלמת בו את תפקיד בן המשפחה, ובחלק מהמקרים חשבו המטפלות שהמשמעות שהמטופל מייחס להן עולה על זו שהוא מייחס לבני משפחתו. ממצאים אלה תאמו ממצאי מחקרים אחרים שמצאו שמטפלות רוקמות עם מטופליהן יחסים משפחתיים, ולכן עושות גם מעבר לדרישות תפקידן (פורת, 2017; Eustis & Fischer, 1996; Aronson & Neysmith, 2000; Piercy, 1991). במחקרים אחרים גם נמצא שמטפלות בבתי אבות משתמשות בדימויים משפחתיים, כדי לתאר את החיבור שלהן למטופלים, את יחסייהן עימם ואת הטיפול שהן מעניקות להם. בדרך זו הן בעצם מממשות את ערך הטיפול, בייחוד בקרב משפחות שאינן מטפלות בהוריהן בעצמן (Berdes & Eckert, 2007).

קרנר (Kerner, 1998) זיהתה דפוס התקשרות שכינתה "בני משפחה פיקטיביים" – כניסת המטפלות אל מרחב הבית האינטימי של המטופלים המעודדת התפתחות יחסי קרבה. המטפלת מאומצת לחיק המשפחה, נהנית מחיבה ונחשבת בת משפחה אמיתית. פירסי (Piercy, 2000) מצאה שכאשר יחסי טיפול הופכים לחברויות, הזקנים חשים סיפוק מהטיפול והמטפלות חשות שמעריכים אותן כבני אדם. נמצא שהחילופים הרגשיים בין המטפלת למטופל חיוניים לטיפול איכותי (Olsson & Ingvad, 2001).

במחקר שנערך בקרב מטפלות בבתי אבות נמצא שמעסיקים מעודדים אותן לבטא כלפי מטופליהן רגשות משפחתיים, כדי להגיע לטיפול איכותי (Nelson, Berdes & Eckert, 2007; Ayalon, 2009). איילון (2015) מצאה שמטפלות פיליפיניות בישראל מצהירות שהן אוהבות

את המטופלות שלהן כמו שהן אוהבות את האימהות שלהן, ורואות באהבה חלק אינטגרלי מעבודתן.

בחברות מסורתיות, כמו החברה בישראל, ערך המשפחה והטיפול במשפחה הם ערכים עליונים (Fogiel-Bijaoui, 2013). דוגמה לכך היא חוק הסייעוד הישראלי, המושתת על העיקרון האומר שיש להשאיר את הזקנים בתוך הקהילה, מה שמושג על ידי טיפול ותמיכה של המשפחה. נראה שהמטפלות רוקמות עם המטופלים יחסים משפחתיים, כדי למצב את העבודה כמכובדת, משמעותית וחשובה, בדומה לתפיסת הטיפול במשפחה. השימושים של התייחסות למטופלים כאל בני משפחה רבים וכוללים יצירת דימוי עצמי ודימוי עבודה חיוביים כמנגנון התמודדות. מנגנון זה מאפשר למטפלות לתפקד במשך שנים בעבודה תובענית, נטולת יוקרה ובשכר מינימום, כשחלק מהתמורה הוא חיזוק הערכים המשפחתיים שהמטפלות והחברה מאמינים בהם. טוויית יחסים משפחתיים בעבודת הטיפול הסיעודי משרתת את שני הצדדים: המטופלים חשים שיש להם לגיטימציה לדרוש שירות שהוא מעבר לתיאור תפקיד המטפלת, והמטפלות חשות קרבה ושייכות, המעניקות להן משמעות והעצמה (פורת, 2017). הסבר נוסף לטוויית יחסים משפחתיים הוא הצורך בקביעה ובהעמקה של המושג המשפחתי העומד בבסיס הטיפול. מהלך זה עשוי להעניק למטפלת לגיטימציה פנימית לכך שהיא עובדת בעבודת הטיפול (עבודה שנחשבת נחותה בחברה) ולגיטימציה חיצונית חברתית לעסוק בעבודה זו. טוויית יחסים משפחתיים אף מסייעת לשכך את תחושת הבושה והנחיתות החברתית המקושרת לטיפול סיעודי. טיפול סיעודי מושווה פעמים רבות לגרסה האידיאלית של משפחה, שבה שוררים יחסי אהבה המניחים את התשתית לטיפול המבוסס על הגישה המציבה את האדם במרכז (Mignon, 2015).

כשאנו באים לבחון את הרגשות המורכבים שהטיפול הסיעודי יוצר, נראה שהשיח עליהם מגלה פרדוקס מובנה בעיסוק. עבודת הסייעוד מעלה רגשות מסוגים שונים, אך בפועל אין הכרה בהם, ואין מקום או לגיטימציה לביטויים או לניתוח סוגיות רגשיות ודיון בהן. מציאות זו מקשה על המטפלות להגדיר את רגשותיהן בנוגע לעבודה. דה-וולט (DeVault, 1999) דן בקשיים שבהגדרת רגשות ומציין שעל פי רוב הנושאים שהמרוויינות מתקשות לדבר עליהם הם חשובים ואינפורמטיביים במיוחד.

לאור קביעה כבדת משקל זו והתמיכה שהיא זוכה לה אצל חוקרי שיח ושפה (שקדי, 2014) מצאנו מקום וחשיבות להוסיף לבחינת ממצאי המחקר מההיבט התוכני את חקר השיח. להבדיל מניתוח השיח התוכני, חקר השיח עוסק בניתוח המבנה שלו – מבנה השפה שמשמשים בה, העושר הלשוני, זרימת ההבעה, המעצורים והחסמים, המוסתר והמוכחש, הדגשים הלשוניים ומה שנחבא מאחורי המילים הדבורות והמילים המושקקות. הניתוח המבני של ממצאי המחקר מעלה ממצאים חשובים בנוגע לרגשות בטיפול.

מתחילתו השיח בעניין רגשות בקרב המרוויינות הוא שיח מהוסס ואף שיח מכחיש ותוהה על רגשות. התהייה וההכחשה המובעות כשאלה מערערת – "מה ז'יתומרת, מה אני יכולה

כבר להרגיש? – מצביעות על הקושי לשוחח על רגשות. בעקבות שאלות אחרות בנושא אף נאמר: "אני אגיד לך את האמת, אני לא מרגישה כלום...". כלומר: רגשות בכלל ורגשות בטיפול בפרט הם נושא מושתק כמעט לגמרי בשיח של המטפלות עצמן וגם בשיח של אלה הסובבים אותן ואת הטיפול. העדר שיח בנושא רגשות בטיפול או שיח דל ומוסתר משקפים את מעמדם הנמוך של הטיפול הסיעודי והמטפלת הסיעודית. הפער הגדול בין חשיבותם ומשמעותם של הרגשות בעבודת הטיפול לבין העדר כל שיח עליהם, כפי שעולה מממצאי המחקר, הוא בעוכרי הטיפול ובעוכרי המטפלת.

הצורך והרצון לשנות את מצב הטיפול ואת מצבן של המטפלות מחייבים השקעה מקצועית בפיתוח השיח על הרגשות בטיפול ובהנחלת שפת שיח רלוונטית שתאפשר למטפלות ולאנשי הטיפול לתת מקום ולגיטימציה לעולם הרגשי בטיפול הסיעודי.

לכן התבסס מחקר זה על המושגים שטבע ופיתח דניאל גולמן (1995, 2007), קודם האינטליגנציה הרגשית ובהמשך האינטליגנציה החברתית. מהשילוב בין שתי האינטליגנציות והנגשתן לעולם הטיפול הסיעודי עולה ומתבהרת הימצאותה ונחיצותה של אינטליגנציה ייחודית רלוונטית החיונית לטיפול סיעודי איכותי ומיטיב – "אינטליגנציה טיפולית", המובאת לראשונה במחקר זה.

אינטליגנציה טיפולית – מודל תיאורטי חדש

על בסיס ממצאי המחקר והספרות המקצועית בתחום, מאמר זה מציע את המושג "אינטליגנציה טיפולית". מושג תיאורטי חדש זה משרת את תחום הסיעוד וחיוני להבנת מרכיבי הסיעוד האיכותי. אינטליגנציה טיפולית מתייחסת למרכיבי הטיפול הסיעודי האיכותי, והיא נבנית משילוב של שתי אינטליגנציות מוכרות: אינטליגנציה רגשית ואינטליגנציה חברתית.

אינטליגנציה רגשית מתארת את היכולת, את המיומנות או את התפיסה העצמית של היכולת לזהות, להעריך ולנהל את הרגשות של האדם עצמו, של אחרים או של קבוצות. האינטליגנציה הרגשית כוללת ארבעה מרכיבים: מודעת עצמית, ניהול עצמי, מודעות חברתית וניהול מערכות יחסים. אינטליגנציה חברתית כוללת ארבעה מרכיבים: מודעות חברתית, מיומנויות חברתיות, אמפתיה והקשבה. הגדרתה היא היכולת להיות מודע להקשר החברתי הסביבתי הרלוונטי לאדם, להבין רגשות ומצבים רגשיים של אחרים, לבנות עימם יחסים חיוביים ולטפח אותם (גולמן, 1995; Rahim, 2017).

מרכיבי האינטליגנציה הטיפולית

אינטליגנציה טיפולית מתהווה ומוזנת משילוב של מרכיבים ספציפיים של אינטליגנציה חברתית ואינטליגנציה רגשית. מאינטליגנציה רגשית היא שואבת שני מרכיבים: (1) מודעות עצמית; (2) ניהול עצמי. מאינטליגנציה חברתית היא שואבת ארבעה מרכיבים: (1) אמפתיה; (2) הקשבה; (3) מודעות עצמית; (4) ניהול עצמי. מאמר זה מציע להעמיד אינטליגנציה טיפולית על ארבעה מרכיבים: (1) מודעות עצמית – זיהוי הרגשות המתעוררים בעיסוק הטיפולי (בתרשים: זיהוי רגשות); (2) ניהול רגשות חיוביים ושליילים; (3) ביטוי אמפתיה וחמלה (כלפי המטופל); (4) זיהוי צורכי המטופל. השילוב בין המרכיבים האלה יוצר את האינטליגנציה הטיפולית שהיא בבחינת השלם הגדול מסך חלקיו (תרשים 1 להלן).

ביטויי האינטליגנציה הטיפולית

בהקשר של מאמר זה האינטליגנציה הטיפולית באה לידי ביטוי בשני מישורים: (א) כשהמטפלת מודעת לרגשותיה ויודעת לנהל אותם; (ב) כשהמטפלת מצליחה לזהות את רגשות מטופליה ואת צורכיהם ומפגינה כלפיהם אמפתיה.

בכוח האינטליגנציה הטיפולית היא מפתחת מיומנויות, כלים ויכולות המאפשרים לה להעניק למטופל שלה טיפול איכותי, שיתאים לצרכיו הייחודיים. מן המחקר עלה שאינטליגנציה טיפולית מתבטאת גם ביכולתה של המטפלת לנהל את השילוב הייחודי של הרגשות המלווים את עבודת הסיעוד, בעיקר בוושה וניצול לצד אהבה, חמלה ודאגה. יכולת זו מאפשרת לה לנהל את יחסיה עם מטופליה ולהבחין בין תדמית העיסוק הטיפולי לטיפול עצמו. אינטליגנציה טיפולית מאפשרת לזהות רגשות ולנהל אותם, כדי להתמקד ברגשות החיוביים ולהסיט לשוליים את הרגשות השליליים. כלומר: האינטליגנציה הטיפולית היא גם מנגנון המסייע למטפלות להתמודד עם הצרימה הקוגניטיבית הנוצרת עקב המתח בין פעולת הטיפול עצמה לבין התדמית החברתית של עבודת הסיעוד.

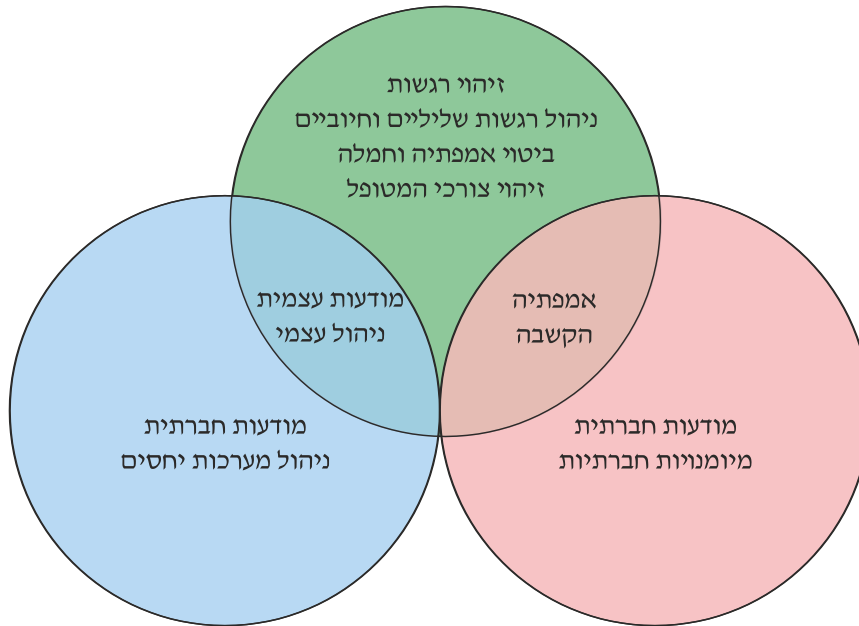
תרשים 1 להלן מציג את מודל האינטליגנציה הטיפולית ומדגים את החלקים המשותפים לה ולאינטליגנציה הרגשית והחברתית.

לסיכום, מחקר זה בחן וניתח את הרגשות המעורבים בסיעוד וגזר מהם את המושג "אינטליגנציה טיפולית" כמושג בסיסי בעבודת טיפול. אף שהפוטנציאל של אינטליגנציה טיפולית גבוהה נמצא בכל אדם, יש גלגול ולטפח אותה במסגרת עבודה ארגונית. המושג אינטליגנציה טיפולית מקדם את ההכרה בעיסוק הטיפולי כמקצוע, משום שברור שאינטליגנציה טיפולית דורשת מיומנויות שיש לרכוש, ללמוד ולפתח. כדי שהמטפלת תוכל לבטא את האינטליגנציה הטיפולית שלה, על הארגון לטפח מושג זה ולגרום למטפלות להתגאות בכך שהן ניחנו בה. ניתן להגיע לכך על ידי מתן מרחב לביטוי רגשות, מתן הכרה

בחיבות מיומנויות הטיפול הסיעודי בזירה הציבורית ומתן תגמול על מיומנויות סיעוד על ידי שיפור תנאי השכר.

תרשים 1: מודל האינטליגנציה הטיפולית

אינטליגנציה טיפולית



אינטליגנציה רגשית

אינטליגנציה חברתית

ממצאי מחקר זה אומרים שאיכות הסיעוד מותנית באינטליגנציה הטיפולית וביכולת של המטפלת לרקום עם מטופליה יחסים מיטיבים. עם זאת, אינטליגנציה טיפולית היא מושג חדש שיש להמשיך ולפתח על בסיס המחקר בתחום. פיתוח המושג ובחינת היבטיו ומאפייניו יספקו מסגרת עבודה לקידום העיסוק הטיפולי ויאפשרו לעצב הדרכה מקצועית בתחום הסיעוד.

מגבלות המחקר

למחקר זה שלוש מגבלות עיקריות הנוגעות לאוכלוסיית המדגם שלו: (1) המרואיינות הן מטפלות השייכות לאותו ארגון. ייתכן שריאיון עם מטפלות מארגונים אחרים היה מוביל לממצאים שונים ונוספים. (2) ייתכן שריאיון עם מטפלים גברים אודות הרגשות שהם חווים בטיפול היה מוביל לממצאים נוספים, אבל משום שרוב אוכלוסיית המטפלים הוא מטפלות (92%), רואיינו במחקר זה רק נשים. (3) לא רואיינו זקנים בנוגע לחוויית הטיפול

בהם ולדרך שהם חווים בה את נוכחות האינטליגנציה הטיפולית או היעדרה, וזהו נושא למחקר אחר. מלבד זאת, דרוש מחקר המשך על המושג החדש "אינטליגנציה טיפולית", שיאפשר לפתח בעקבותיו תוכנית הדרכה רלוונטית לפיתוח אינטליגנציה טיפולית, להקים צוותי הדרכה ייחודיים לפיתוחה ולהרחיב את המחקר על זיהוי מרכיביה.

חידוש המחקר ותרומו

חידוש המחקר

חידושי מחקר זה הם במישור התיאורטי ובמישור האמפירי והיישומי. במישור התיאורטי המחקר מציע מודל תיאורטי חדש – אינטליגנציה טיפולית – המאפשר להבין את מרכיבי הטיפול הסיעודי האיכותי. מודל האינטליגנציה הטיפולית עשוי לתרום לקידום העיסוק הטיפולי מעיסוק נחות למקצוע בעל ערך, הדורש מיומנויות והדרכה והמנכיח את חשיבותן של מיומנויות רגשיות בטיפול. אף על פי שהפוטנציאל לאינטליגנציה טיפולית מצוי בכל אדם, יש להגדירו, להעריכו ולטפחו. מכיוון שמטפלות מעניקות טיפול ביתי ומוסדי בכל העולם, ולא רק בישראל, ניתן להחיל מודל זה גם על כלל המטפלות המעניקות טיפול לזקנים בכל מסגרת שהיא.

במישור האמפירי והיישומי החידוש המחקרי הוא בכך שעד כה לא זיהתה ספרות המחקר קשר בין הרגשות העולים בטיפול לבין אסטרטגיות התמודדות של המטפלות, הנותנות מענה לצורכיהן הרגשיים. המחקר נותן מקום מובהק וברור לפרספקטיבה ולהשפעת רגשות המטפלת על החוויה הטיפולית ומכאן על איכות הטיפול שהיא מעניקה. המודל מנכיח את חשיבותן של מיומנויות רגשיות בעבודת הטיפול, ובכך הוא עשוי לתרום להעלאת הערך של העיסוק הטיפולי, וכן לפיתוח הכשרה רלוונטית המעצימה את מיומנויות הטיפול המעשיות והרגשיות גם יחד. המחקר מדגיש את חשיבות פיתוחן של תוכניות הכשרה העוסקות ברגשות והמיועדות למטפלות, את החשיבות שבמתן תמיכה והדרכה למטפלות ואת החשיבות שבקידום עיסוק הטיפול הסיעודי והפיכתו למקצוע בעל ערך. מלבד זאת, המחקר מחדד את החשיבות ואת הנחיצות של פיתוח תרבות ארגונית שנותנת מקום לרגשות ולהבעתם. כשיחוש המטפלות לגיטימציה להביע רגשות, ייתכן שגם המטופלים יחוו לגיטימציה לשוחח על רגשותיהם, בבחינת מעגל הרגשות בטיפול ובמרחב הטיפולי. כל אלה עשויים להעלות את שלמותה של המטפלת ואת איכות הטיפול הסיעודי.

תרומת המחקר

תרומת המחקר באה לידי ביטוי הן בהבנת המרכיבים הרגשיים של הטיפול הסיעודי ובהצעת מודל תיאורטי חדש המאפשר להבין אותם, אינטליגנציה טיפולית, והן בהצעת אסטרטגיות לפיתוח אינטליגנציה זו במסגרת ארגונית סיעוד שיובאו להלן.

אסטרטגיות לפיתוח אינטליגנציה טיפולית בארגוני סיעוד – זיהוי המרכיבים של אינטליגנציה טיפולית עשוי לסייע לארגוני סיעוד או למעסיקי מטפלות במוסדות לטפח את האינטליגנציה הייחודית הזו ובכך לשפר את שלומותן (well-being) של המטפלות ואת איכות הטיפול שהן מעניקות לזקנים. ניתן להגיע לכך על ידי שימוש באסטרטגיות שונות:

1. יצירת מסלולי קידום למטפלות, העלאת ההוקרה כלפי מיומנויות סיעוד בזירה הציבורית ומתן תגמול על מיומנויות סיעוד על ידי שיפור תנאי השכר של המטפלות.
2. פיתוח פרקטיקות מקצועיות התומכות באינטליגנציה טיפולית – מוצע שארגוני סיעודי יפתחו קורסי הדרכה בתחום זה. בקורסי הדרכה אלה ניתן להשתמש בשיטות של חקר מקרה, ניתוח אירועים, משחקי תפקידים, ניתוח תצפיות על טיפול באמצעות סרטונים, יצירת סרטונים על טיפול וניתוח מוטיבים רגשיים של אינטליגנציה טיפולית בעבודת הסיעוד והדרך שבה היא באה לידי ביטוי מעשי בטיפול עצמו.
3. העברת קורסי הדרכה על אינטליגנציה טיפולית למנהלי המטפלות, גם הם אוכלוסייה מטרה ללמידה עליה. אם המנהלים ילמדו על אינטליגנציה טיפולית, יוכלו גם הם לזהות ולטפח אותה בקרב המטפלות. במילים אחרות, המשימה המרכזית היא להטמיע את האינטליגנציה הטיפולית בתרבות הארגונית.
4. מוצע ליצור בארגוני סיעוד "שפת טיפול" הכוללת ביטוי רגשות, מתן מרחב לביטוי ולעבוד של רגשות ויצירת תוכניות הדרכה שמטרתן להתייחס למרכיבים הרגשיים של עבודת הסיעוד.

מסקנות

הביקוש לטיפול ביתי-סיעודי צפוי להמשיך לעלות עם הזדקנות האוכלוסייה. משיכת הון אנושי, שמירה על כוח עבודה סיעודי איכותי וניהולו יהיו קריטיים למתן מענה לצורכי הטיפול של זקנים בעתיד (Clarke, 2015). מחקר זה חשף את הרגשות הניצבים בבסיס הטיפול הסיעודי ואת האמביוולנטיות המהותית הטמונה בעיסוק הסיעודי. המחקר זיהה את האסטרטגיות המשמשות את המטפלות בהתמודדותן עם רגשות אלה ואף הציע מודל תיאורטי, **אינטליגנציה טיפולית**, המסכם את המיומנויות הרגשיות הדרושות למתן טיפול סיעודי. המחקר הדגיש את החשיבות שבפיתוח רגשות משפחתיים של המטפלת כלפי המטופלים שלה, שכן הם קריטיים לאיכות הטיפול, אך גם יוצרים פתח וסיכון לניצולה. כמו כן מצא המחקר שהתמקדות ברגשות חיוביים ומתן מקום שולי יותר לרגשות שליליים

מאפשרים למטפלות להתמיד בעבודתן. לבסוף ניתנו המלצות לאסטרטגיות ארגוניות לפיתוח המודל של אינטליגנציה טיפולית. שימוש באסטרטגיות אלה, לצד הנכחה וזיהוי של אינטליגנציה ייחודית זו בתחום הסיעוד, יאפשרו לראות בטיפול הסיעודי מקצוע שאפשר לפתח, לחקור ולמקצע. צעדים אלה עשויים לסייע במשיכת כוח אדם סיעודי ובשימורו לאורך שנים.

מקורות

- אלבין, עי' (2016). בין אינטימיות נדרשת ובלתי מוגבלת לכפייה. **עיוני משפט**, 39, 396-414.
- אסיסקוביץ, שי' (2019). **היבטים בביטוח הסיעוד**, 2017. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- ארנרייך, ב' והוכשילד, ר' (2006). **האישה הגלובלית**. תל אביב: בבל.
- בן-זאב, א' (2001). **בסוד הרגשות**. תל אביב: זמורה ביתן.
- בן-זאב, א' (2017). **אהבה זה כל הסיפור**. תל אביב: זמורה ביתן.
- בנימין, א' (2015). רכש שירותים חברתיים בישראל כממגדר תנאי העסקה: המשא ומתן בין המדינה למעסיקים זוכי המכרזים. **ביטחון סוציאלי**, 98, 39-62.
- ברודסקי, ג', שנור, י', באר, ש' ונוויל, א' (2018). **זקנים בישראל**, 2017. ירושלים: מכון מאיירס-גיוינט-ברוקדייל.
- ברודסקי, ג', רזניצקי, ש' וסיטרון, ד' (2011). **בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים: מאפייני הטיפול, עומס ותכניות לסיוע ולתמיכה**. ירושלים: מכון מאיירס-גיוינט-ברוקדייל.
- גולמן, ד' (1995). **אינטליגנציה רגשית**. תל אביב: מטר.
- גולמן, ד' (2007). **אינטליגנציה חברתית: המדע החדש של יחסי אנוש**. תל אביב: ידיעות ספרים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2018). **שנתון סטטיסטי לישראל 2018**. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- המוסד לביטוח לאומי (2019). **דוח שנתי לשנת 2017**. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- וסרמן, ו' וטנא-גזית, א' (2016). **רגשות בארגונים – מדריך למידה**. ירושלים: האוניברסיטה הפתוחה.
- חוק הסיעוד** (התשמ"ו-1986), ס"ח 1178. ירושלים: הכנסת.

יקוביץ, א' ויקוביץ-טישלי, ו' (2015). תמיכה במטפלים פורמליים בזקנים. בתוך ד' פרילוצקי ומ' כהן (עורכות), **גרונטולוגיה מעשית, מבט רב מקצועי על עבודה עם אנשים זקנים**, כרך ב (עמ' 319-354). ירושלים: גוינט אשל.

כהן, י' (2012). **להיות מטפלת סיעודית: חוויית הטיפול של מטפלות סיעודיות במלכ"ר** (חיבור לשם קבלת תואר מוסמך בעבודה סוציאלית). ירושלים: האוניברסיטה העברית.

פוליאקוב, א' ודורון, א' (2016). משמעות ההחלטה להמשיך לעבוד לאחר גיל הפרישה בקרב מטפלות סיעודיות בזקנים בעמותת מטב. **גרונטולוגיה וגריאטריה**, 43(1), 91-69.

פורת, א' (2017). **זקנים סיעודיים ומהגרות עבודה – "עבודת גבולות" בבית בהשראת המדינה ומוסדותיה** (חיבור לשם קבלת תואר דוקטור בפילוסופיה). רמת גן: אוניברסיטת בר אילן.

פרילוצקי, ד' וכץ, ר' (2014). דבר העורכות לגיליון מיוחד בנושא חמלה בטיפול. בתוך ד' פרילוצקי ור' כץ (עורכות), **גרונטולוגיה וגריאטריה**, 41(1), 9-11.

פרילוצקי, ד', כץ, ג', קסן, ל' וקרומר-נבו, מ' (2010). **ניתוח נתונים במחקר איכותני**. באר שבע: אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

צבר בן-יהושע, נ' (1990). **המחקר האיכותי בהוראה ובלמידה**. גבעתיים: מסדה.

צבר בן-יהושע, נ' ודרגיש, ר' (2006). מחקר סיפר. בתוך נ' צבר בן-יהושע (עורכת), **מסורות וזרמים במחקר איכותני** (עמ' 167-194). לוד: זמורה ביתן.

רשות האוכלוסין וההגירה (2019). **נתוני זרים בישראל – דוח רבעוני**. ירושלים: אגף תכנון מדיניות ואסטרטגיה.

שנאן-אלטמן, ש', סוסקולני ו' ואילון, ל' (2018). **חסמים לטיפול בזקנים על פי חוק סיעוד בקרב מחפשי עבודה – דוח מחקר מסכם**. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.

שקדי, א' (2004). **מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני, תאוריה ופרקטיקה**. תל אביב: רמות, אוניברסיטת תל אביב.

Ajzenstadt, M. & Rosenhek, Z. (2000). Privatisation and new modes of state intervention: The long-term care programme in Israel. *Journal of Social Policy*, 29(2), 247-262.

Amrith, M. (2010). 'They think we are just paid caregivers': The ambivalence of care in the lives of Filipino medical workers in Singapore. *The Asia Pacific Journal of Anthropology*, 11(3-4), 410-427.

- Aronson, J. & Neysmith, S. M. (1996). 'You're not just in there to do the work' – Depersonalizing policies and the exploitation of home care workers' labor. *Gender & Society, 10*(1), 59-77.
- Ayalon, L. (2009). Family and family-like interactions in households with round-the-clock paid foreign carers in Israel. *Ageing & Society, 29*(5), 671-686.
- Baldassar, L., Ferrero, L., & Portis, L. (2017). 'More like a daughter than an employee': The kinning process between migrant care workers, elderly care receivers and their extended families. *Identities, 24*(5), 524-541.
- Barnhart, M., Huff, A. D., & Cotte, J. (2014). Like a member of the family: Including and excluding paid care givers in performances of family. *Journal of Marketing Management, 30*(15), 1680-1702.
- Berdes, C. & Eckert, J. M. (2007). The language of caring: Nurse's aides' use of family metaphors conveys affective care. *The Gerontologist, 47*(3), 340-349.
- Bjerregaard, K., Haslam, S. A., Mewse, A., & Morton, T. (2017). The shared experience of caring: A study of care-workers' motivations and identifications at work. *Ageing & Society, 37*(1), 113-138.
- Borowski, A. & Schmid, H. (2001). Israel's Long-Term Care Insurance Law after a decade of implementation. *Journal of Aging & Social Policy, 12*(1), 49-71.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*, 77-101.
- Cantor, M. H. (1991). Family and community: Changing roles in an aging society. *The Gerontologist, 31* (3), 337-346.
- Clarke, M. (2015). To what extent a 'bad' job? Employee perceptions of job quality in community aged care. *Employee Relations, 37*(2), 192-208.
- Clarke, V. & Braun, V. (2013). Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The Psychologist, 26*(2), 120-123.
- Cohen, N., Benish, A., & Shamriz-Ilouz, A. (2016). When the clients can choose: Dilemmas of street-level workers in choice-based social services. *Social Service Review, 90*(4), 620-646.
- Creswell, J. (1988). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. New York: Sage Publications.

- DeVault, M. L. (1999). *Liberating method: Feminism and social research*. Philadelphia: Temple University Press.
- Dwolatzky, T., Brodsky, J., Azaiza, F., Clarfield, A. M., Jacobs, J. M., & Litwin, H. (2017). Coming of age: Health-care challenges of an ageing population in Israel. *The Lancet*, 389(10088), 2542-2550.
- England, P. (2005). Emerging theories of care work. *Annual Review of Sociology*, 31, 381-399.
- Eustis, N. N. & Fischer, L. R. (1991). Relationships between home care clients and their workers: Implications for quality of care. *The Gerontologist*, 31(4), 447-456.
- Fogiel-Bijaoui, S. (2013). The spousal covenant (Brit Hazugiut) or the covenant with the status quo. *Israel Studies Review*, 28(2), 210-227.
- Folbre, N. (2001). *The invisible heart: Economics and family values*. New York: New Press.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. London: Bantam.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart*. Berkeley: University of California Press.
- Holsti, O. (1969). *Content analysis for the social sciences and humanities*. Don Mills, ON: Addison-Wesley.
- Iecovich, E. (2012). The long-term care insurance law in Israel: Present and future. *Journal of Aging & Social Policy*, 24(1), 77-92.
- Josselson, R. (2004). The hermeneutics of faith and the hermeneutics of suspicion. *Narrative Inquiry*, 14(1), 1-28.
- Kane, R. A., Kane, R. L., Illston, L. H., & Eustis, N. N. (1994). Perspectives on home care quality. *Health Care Financing Review*, 16(1), 69-89.
- Kavle, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. London: Sage.
- Karner, T. X. (1998). Professional caring: Homecare workers as fictive kin. *Journal of Aging Studies*, 12(1), 69-82.

- Languirand, M. A. & Bronstein, R. F. (2013). *How to age in place: Planning for a happy, independent, and financially secure retirement*. Berkeley, CA: Ten Spees Press.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1(3), 141-169.
- Lavee, Y. & Katz, R. (2003). The family in Israel: Between tradition and modernity. *Marriage & Family Review*, 35(1-2), 193-217.
- Leger, C., Gastmans, C., & Verkerk, M. (2011). *Care, compassion and recognition: An ethical discussion*. Leuven, Belgium: Peeters.
- Love, M., Tendick-Matesanz, F., Thomason, J., Carter, D., Glassman, M., & Zaroni, J. (2017). 'Then they trust you...' – Managing *Ergonomics in Home Care*. *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 27(2), 225-245.
- Lyons, E. & Coyle, A. (Eds.). (2016). *Analysing qualitative data in psychology*. London: Sage.
- Kok, L., Berden, C., & Sadiraj, K. (2015). Costs and benefits of home care for the elderly versus residential care: A comparison using propensity scores. *The European Journal of Health Economics*, 16(2), 119-131.
- Mayer, J. D. & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- KMerriam-Webster (n.d.c) Care. www.merriam-webster.com/dictionary/care.
- Mignon, D. (2015). Beyond outsourcing. In D. Mignon, A. Armenia, & C. L. Stacey (Eds.), *Caring on the clock* (pp. 14-29). New Brunswick, New Jersey and London: Rutgers University Press.
- Moyle, W. (2003). Nurse-patient relationship: A dichotomy of expectations. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(2), 103-109.
- Nelson, M. (2015). *Caring on the clock: The complexities and contradictions of paid care work*. New Brunswick, New Jersey and London: Rutgers University Press.
- Nussbaum, M. (2001). *Upheavals of thought: The intelligence of emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Olsson, E. & Ingvad, B. (2001). The emotional climate of care-giving in home-care services. *Health & Social Care in the Community*, 9(6), 454-463.
- Patton, M. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Piercy, K. W. (2000). When it is more than a job: Close relationships between home health aides and older clients. *Journal of Aging and Health*, 12(3), 362-387.
- Pulcini, E. (2017). What emotions motivate care? *Emotion Review*, 9(1), 64-71.
- Rahim, M. A. (2017). *Social intelligence, leadership, and problem solving*. New York: Routledge.
- Roin, A. (2015). The multifaceted notion of home: Exploring the meaning of home among elderly people living in the Faroe Islands. *Journal of Rural Studies*, 39, 22-31.
- Rodriguez, J. (2011). 'It is a dignity thing': Nursing home care workers' use of emotions. *Sociological Forum*, 26(2), 265-286.
- Schmid, H. (2003). Rethinking the policy of contracting out social services to non-governmental organizations: Lessons and dilemmas. *Public Management Review*, 5(3), 307-323.
- Serrat, O. (2017). *Knowledge solutions*. Singapore: Springer.
- Shahgholian, N. & Yousefi, H. (2018). The lived experiences of patients undergoing hemodialysis with the concept of care: A phenomenological study. *BMC Nephrol*, 19, 338.
- Stacey, C. L. (2011). *The caring self: The work experiences of home care aides*. Ithaca NY: Cornell University Press.
- Starks, H. & Brown Trinidad, S. (2007). Choose your method: A comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1372-1380.
- Tellegen, A., Watson, D., & Clark, L. A. (1999). On the dimensional and hierarchical structure of affect. *Psychological Science*, 10(4), 297-303.
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight 'Big-Tent' criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851.

- Tugade, M. M., Shiota, M. N., & Kirby, L. D. (Eds.). (2014). *Handbook of positive emotions*. New York: Guilford Publications.
- Walsh, K. & Shutes, I. (2013). Care relationships, quality of care and migrant workers caring for older people. *Ageing & Society*, 33(3), 393-420.
- Wellin, C. (2007). Paid care-giving for older adults with serious or chronic illness: Ethnographic perspectives, evidence, and implications for training. Paper presented at the National Academies Workshop on research evidence related to future skill demands. Retrieved September, 2018.
- Wilson, C. B. & Davies, S. (2009). Developing relationships in long term care environments: The contribution of staff. *Journal of Clinical Nursing*, 18(12), 1746-1755.
- Woodruff, L. & Applebaum, R. (1996). Assuring the quality of in-home supportive services: A consumer perspective. *Journal of Aging Studies*, 10(2), 157-169.
- Zhang, H. (2016). Rethinking the concept of care – The ethics of care: Moral knowledge, communication, and the art of caregiving. New York: Routledge.