



המוסד לביטוח לאומי

מינהל המחקר והתכנון

שירות פסיכולוגי
בבתי אבות של משען

המוסד לביטוח לאומי
מינהל המחקר והתכנון

שירות פסיכולוגי
בבתי אבות של משען

שרית בליץ-מוראי

ירושלים, אדר תש"ן, מרץ 1990

ה ק ד מ ה

מינהל המחקר והתכנון שמח להגיש דוות המסכם מפעל מיוחד - פיתוח שירות פסיכולוגי כבתי אבות של משען.

פיתוח השירות הפסיכולוגי, הוא פרי יוזמה משותפת של אסתר יקוביץ, מנהלת אגף בתי אבות במרכז משען ופרופ' יעקב לומרנץ, מנהל היחידה לפסיכולוגיה של הבגרות והזיקנה באוניברסיטת תל-אביב.

היוזמים לניסוי זה, בשיתוף המוסד לביטוח לאומי, פעלו מתוך ראייה לטווח ארוך של טובת הדיירים וטובת האירגון ועשו רבות על מנת להגשים רעיון מקצועי חשוב של פיתוח והעמקת ההתמחות בפסיכולוגיה של הזיקנה בישראל.

התקופה הנסיונית של הפעלת הפרוייקט, מומנה ברובה על ידי המוסד לביטוח לאומי ולוותה במחקר הערכה בהתאם למדיניות יחידת המפעלים המיוחדים של המוסד לביטוח לאומי.

ברצוני להביע כאן הערכה רבה לצוות המחקר בראשותה של גב' שרית בייץ-מוראי אשר ליוותה את הפרוייקט, ואת תרומתה המקצועית של הגב' רבקה ורטמן שהיתה אחראית לראיון ולאיסוף הנתונים במהלך כל שלבי המחקר.

פיתוח השירות לווה על ידי ועדת היגוי משותפת, שחבריה התעמקו והתלכטו בנושאים וכקשיים אשר התעוררו ביישום המודל. ברצוני להודות במיוחד לשתי שותפות, אוהליה אלון מרכזת המפעלים המיוחדים באותה תקופה וגב' תאה נתן יועצת גרנטולוגית, אשר ליוו מקרוב ומתוך עניין מקצועי רב את הפרוייקט.

חובה נעימה היא להודות לצוות הפסיכולוגיים, ניצה אייל, רוזה ספוז'ניק, אניבה יהב, ואבי אדלשטיין - בראשותו של פרופ' יעקב לומרנץ - אשר נטלו חלק בפרוייקט בשלבי הניסוי השונים בחרו כיעוד מקצועי את התחום הגרנטולוגי ובכך התאפשר ביצוע הפרוייקט.

ולבסוף תודה מיוחדת לעובדי כתי האבות של משען, המנהלים וכל אנשי הצוות, וכן הדיירים אשר רק בזכות שיתוף פעולתם המלאה ניתן היה לערוך את המחקר.

בברכה,

ברנדה מורגנשטיין
מנהלת מח' מחקר גמלאות ארוכות מועד

תוכן ענינים

עמוד

	הקדמה
1	ממצאים עיקריים
3	עקרונות התוכנית ומטרותיה
5	סקירה ספרותית
7	ליווי מחקרי - מטרות, נושאים ומערך המחקר
	ממצאים
11	תאור כתי האבות
	תאור האוכלוסיה
12	א - הדיירים
17	ב - צוות העובדים
	עמדות
25	א - עמדות הדיירים
30	ב - עמדות צוות העובדים
	השירות הפסיכולוגי
37	א - תפיסת תפקידו של השירות הפסיכולוגי - הדיירים
39	ב - ציפיות ותפיסת תפקיד - צוות העובדים
41	ג - התערבות השירות הפסיכולוגי
47	ד - שילובו ותרומתו של השירות הפסיכולוגי
56	סיכום
	נספחים
	א - פרוט התוכנית
	ב - השירות הפסיכולוגי: דוח ביניים
	ג - סיכום הפרוייקט על ידי פרופ' לומרנץ
	כנליוגרפיה

ממצאים עיקריים

א. הערכות אנשי הצוות

מנתוני המחקר עולה שרוב רובם של העובדים ציפו שהשירות הפסיכולוגי יתרום רבות לדיירים ולאנשי הצוות: לדיירים - בתחומים של פתרון בעיות, הדימוי העצמי וקליטת דיירים חדשים, ולאנשי הצוות - בתחומי פתרון הבעיות הנפשיות של הדיירים - כסמכות מקצועית, המשמשת מקור תמיכה בצוות והמספקת לו הדרכה. געיני מחצית אנשי הצוות תפקיד הפסיכולוג בבית-האבות שונה לחלוטין מתפקיד העובד הסוציאלי. ההבדלים בין השניים נזקפים לכישורים, לתחומי העבודה ולאופן ההתערבות של כל אחד מהם. למחצית העובדים היה ברור באלו בעיות יש לפנות לפסיכולוג. בפועל, רק שליש מהעובדים היפנו דיירים לשירות הפסיכולוגי.

לשלושה רבעים מהעובדים היו קשרים מקצועיים כלשהם עם אנשי השירות הפסיכולוגי. 65% מהם היו מרוצים מאוד או מרוצים, והיתר לא כל כך או כלל לא מרוצים. בתשובה לשאלה האם העובדה שיש שירות פסיכולוגי תורמת ועוזרת להם בניצוע תפקידם, 40% מהעובדים ציינו שקיום השירות תורם להם באופן משמעותי, ואחוז דומה ציין שקיום השירות אינו תורם כלל. חלק ניכר מהעובדים גרס, שהיעדר התרומה הוא פועל יוצא מהיעדר הקשר המקצועי.

שביעות הרצון מהקשר עם הפסיכולוגים נזקפה במקרים רבים לכך, שקשר זה עונה לציפיות ונותן מענה לשאלות. כתרומה הוערכו האפשרות לקבל עצה, הגיבוי הניתן והידיעה שיש גורם שאפשר לשתפו בבעיות. תרומה עקיפה היתה תחושת השיפור במצבם הנפשי של הדיירים, אשר הקל על עבודת אנשי הצוות. 76% מאנשי הצוות ממליצים להקים שירות פסיכולוגי גם בבתי-אבות אחרים, 21% לא בטוחים בדבר, ו-3% בלבד אינם ממליצים על כך כלל.

ב. הערכות הדיירים

בדיקת עמדותיהם של הדיירים* כלפי השירות העלתה ממצאים דומים כדלהן:

כמחצית הדיירים בשני המוסדות שמעו על השירות הפסיכולוגי וידעו לזהות את העובדים. ל-67% מהם כבר היה קשר עם אנשי השירות הפסיכולוגי עד מועד הראיון. רק מחציתם השתתפו בקבוצות שהונחו על-ידי הפסיכולוגים, ל-30% היה קשר אישי בלבד עם הפסיכולוגים, והיתר (20%) השתתפו בקבוצות וגם נפגשו עם הפסיכולוגיים באופן אישי. נמצא, שהקשר האישי תרם לדיירים יותר מאשר השתתפות בקבוצה. הקשר עם הפסיכולוגים שיפר את מצב הרוח ויצר הרגשה טובה, הודות לכך שנוצר קשר עם אדם אחר ולכך שיש אוזן קשבת.

(* 188 הדיירים שראוינו מונים רבע מכלל דיירי המוסדות (800 במספר). שני שלישים נדגמו באופן מקרי, והשליש הנותר היו דיירים, אשר על פי דיווח הפסיכולוגים השתתפו בקבוצות המונחות. העיבודים מתבססים על עיבודים משוקללים של המדגם.

לדעת שני שלישים מכלל הדיירים חשוב, או חשוב מאוד, שיהיה פסיכולוג בתי-האבות. כמצופה, דיירים אשר השתתפו בקבוצות, ואלה שציינו שהקשר עם הפסיכולוג תרם להם, ייחסו חשיבות רבה יותר לקיומו של השירות בתי-האבות. 51% היו ממליצים לחבר או לדייר אחר לפנות לפסיכולוג כאשר יש להם בעיה, 2% היו ממליצים לעשות זאת אולם לא במסגרת בית-האבות, ו-47% לא היו ממליצים על כך.

מניתוח התשובות לשתי השאלות דלעיל עולה, שעמדות חיוביות יותר כלפי השירות קשורות למידת חשיפה רבה יותר לשירות ולמידת השימוש בו על ידי הדיירים. קשר דומה נמצא, כאמור, גם בקרב העובדים.

כמו כן, דיירים שהיה להם קשר לשירות הפסיכולוגי ביטאו לגבי מצבם בהווה ובעתיד אופטימיות רבה יותר מאלה שלא היו להם קשר דומה. יש להוסיף, כמובן, שמידת האופטימיות נמצאה קשורה גם לקיום קשרים אינטימיים עם אנשים, הן בבית-האבות עצמו והן מחוצה לו, למספר הילדים ולמידת המעורבות החברתית. ממצאים אלה אינם מפתיעים, והתוספת הרלוונטית מבחינתו היא תרומתו של השירות הפסיכולוגי לשיפור תחושת הרווחה והמורל של הדיירים.

עקרונות התוכנית ומטרותיה

יוזמה משותפת של אסתר יקוביץ - מנהלת אגף בתי אבות במרכז משען ושל פרופ' י. לומרנץ מנהל היחידה לפסיכולוגיה של הבגרות והזיקנה באוניברסיטת תל אביב, הביאה לגיבוש תוכנית חדשנית לפיתוח שרות פסיכולוגי בבתי האבות של משען. את השירות החדש הוצע להפעיל תחילה כמודל נסיוני בשני בתי אבות של משען. בית האבות הקולקטיבי ברמת אביב ודיוור מוגן (בית האבות האינדיבידואלי), אף הוא ברמת אביב.

ההצעה הוגשה ליחידה למפעלים מיוחדים כמוסד לביטוח לאומי, ואושרה כמפעל מיוחד. בספטמבר 1986 החלה התוכנית לפעול.

המטרה העיקרית בהכנסת השירות הפסיכולוגי לבית האבות הוא שיפור במערך השירותים הקיימים בבתי האבות. הצורך בשיפור זה זוהה הן על ידי עובדי משען והן על ידי אנשי היחידה לפסיכולוגיה באוניברסיטה, אשר היו מעורבים בנעשה בבתי האבות באמצעות סטודנטים לפסיכולוגיה שעשו חלק מהכשרתם המקצועית במסגרת בית האבות. הכנסת שירות פסיכולוגי נועד להביא לשפור ברווחה הנפשית של הדיירים בבתי האבות.

הפרויקט התבסס על הכנסת צוות של פסיכולוגים בעלי הכשרה ונסיון לכתי האבות. בצוות היו 4 פסיכולוגים; שניים מהם שמשו כפסיכולוגים של בתי האבות ושניים האחרים מלאו גם תפקידי ריכוז, יעוץ, הדרכה וניהול.

את עקרונות התוכנית ניתן לסכם בנקודות הבאות:

1. תפקיד הפסיכולוג: הפסיכולוג הקליני הוא אחד מחברי הצוות הרב מקצועי. הבסיס התאורטי להגדרת תפקידו הוא בפסיכולוגיה קהילתית והתפתחותית. התייחסותו המקצועית היא למערכת כולה, והוא איננו מוגבל לחדר טיפולים.

2. אוכלוסית היעד: מהגדרת תפקיד הפסיכולוג נובע שאוכלוסיית היעד היא קהילת בית האבות כולה - דיירים (ובני משפחה במקרה הצורך) ואנשי הצוות כמוסד.

3. רמות הפעילות: רמות הפעילות של הפסיכולוג הורחבו מעבר לטיפול האישי וכוללות התערבויות במצבי חיים שונים (כגון התאלמנות, מעבר למוסד, ירידה בתיפקוד) ועבודת מניעה, בעיקר באמצעות העלאת מודעות הצוות לתהליכים פסיכולוגיים בזיקנה.

4. אופן הפעלת התוכנית: הפעלת התוכנית מבוססת על עקרון של שימוש בשיטות רבות ומגוונות בהתאם למטרה, סוג האוכלוסייה והצרכים שאותרו. סוגי הפעילות כוללים: טיפול אישי וקבוצתי, יעוץ, הדרכה, מתן הרצאות, הצגות מקרה וכו'.²

-
- 1) לפרוט התוכנית, כולל יעדים ואמצעים, אשר הוגשה על ידי אנשי היחידה לפסיכולוגיה, ראה נספח א'.
 - 2) לפרוט תפקיד הפסיכולוג בבית האבות, ראה נספח ב'.

כתוכנית שהוגשה למוסד לביטוח לאומי, הוגדרו שתי אוכלוסיות היעד
העיקריות ומספר מטרות כלליות לעבודת השירות:

אוכלוסיית הדיירים

1. שיפור בתהליך ההסתגלות של דיירים חדשים.
2. מתן שירותי טיפול פסיכולוגי אישי וקבוצתי, ובעיקר מתן מענה למצבי משבר, הפרעה נפשית; קשיים ביחסים בין-אישיים ובין-משפחתיים.
3. מתן שירותי אבחון פסיכולוגי לדיירים בעת הצורך.

צוות כתי האכות

4. מתן שירותי יעוץ והדרכה לצוות כתי האכות.
5. העלאת מודעות ורגישות הצוות לתהליכים פסיכולוגיים נורמליים ופתולוגיים בקרב הדיירים.

סקירה ספרותית

התוכנית לפתח שירות פסיכולוגי בכתי אבות, באה כאמור לתרום לשיפור באיכות החיים של הדיירים, ובעיקר להביא לשיפור באיכות החיים הנפשית. הצורך לפתח שירות מסוג זה בא על רקע שכיחות גבוהה של הפרעות נפשיות בזיקנה, בקרב קשישים המתגוררים בקהילה ובמוסדות (BLASER, 1980). ריבוי הנפשות הנפשיות נמצא קשור לריבוי המחלות הפיזיות ולאובדנים בתפקודים האישיים המשפחתיים והחברתיים (BUTLER & LEWIS, 1982).

כנוסף לקשיים אלה, נמצא שלמעבר למוסד יש השפעות שליליות על המורל ומצב הרוח של הקשישים.

יש המצביעים, למשל (KAHANA & KAHANA, 1985), על שכיחות גבוהה של בדידות, ניכור ודחיה בקרב דיירים של בתי אבות. בסקירתם מדגישים המחברים את השכיחות הגבוהה של חרדה ורמת תמותה גבוהה מהרגיל, בעיקר בשנה הראשונה לאחר המעבר למוסד.

היבט נוסף, המוזכר תכופות בהקשר להשפעות השליליות של מגורים במוסדות, הוא תחלופה גבוהה בקרב צוות העובדים וטיפול לא אישי בדיירים (MORACCO, 1983). כאן יש להזכיר את תופעת השחיקה הנפשית, שלפי המחבר שכיחה בעיקר בקרב נעלי מקצוע כמו אחיות, רופאים, מורים וכו'. השחיקה הנפשית או העיפות הנפשית הוא מצב שבו לעובדים חסרים המשאבים הרגשיים לטפל באנשים שבאחריותם. מצב זה מתאפיין על ידי בלבול, מבוכה, קשיים לקבל החלטות, ירידה ביכולת ביצוע והתייחסות אל המטופל כמו אל חפץ. בספרות מצויינות סיבות רבות להתפתחות העייפות בקרב העובדים, לדוגמא: העדר שליטה על ארועים, קשר אינטימי - טיפולי עם אנשים הנמצאים במצב קשה, ותביעות רבות מצד המטופלים. על פי מורקו (1983), עובדים עם דיירים בכתי האבות חשופים לתנאים שבהם יכולה להתפתח שחיקה נפשית וכמובן יש לכך השלכות ישירות על סוג התייחסות והטיפול שהם יתנו לדיירים.

יש להוסיף כאן שחלק מהחוקרים בתחום ביטאו ביקורת והסתייגויות ממצאים המסבירים את השינויים במצב הנפשי בעצם המגורים בכתי האבות. KAHANA (1985), למשל, מבליט כסקירתו את הקשיים המתודולוגיים במחקרים על בתי האבות. לטענתו במחקרי אורך (מחקרים הנערכים לאורך תקופת זמן ארוכה על אותה אוכלוסייה) לא נמצאו הכדלים ברורים כתפקוד הקוגניטיבי ובמצב הרגשי של דיירים לפני ואחרי המעבר למוסד. נמצאו אמנם הבדלים בין דיירים במוסדות וקבוצות ביקורת בקהילה, אולם ממצאים אלה אינם מצביעים בהכרח על קשר סיבתי בין מצב הזקן ועצם השהיה במוסד. לדעתו הממצאים קשורים יותר להבדלים בין אוכלוסיות, או ההשפעה של עצם המעבר למוסד ולא השהיה בו. לטענתו, בנסיבות מסויימות המוסד יכול להוות מסגרת המאפשרת גדילה עצמית, הרחבה בקשרים חברתיים וכמובן שיפור במורל ובמצב הרוח.

מוצע הסבר אלטרנטיבי לתופעות השליליות הקשורות למוסדות. כגון עצם הציפיה למעבר, המתח המתלווה לכך, והמשבר המלווה את המעבר, גורם לירידה בתפקוד ובמורל ולא דווקא המגורים במוסד עצמו. חוקרים מצביעים גם על הסלקציה העצמית של האנשים העוברים לבתי אבות. טרם הגיעם למוסד סובלים אנשים אלה משכיחות גבוהה יותר של בעיות כריאות, העדר טיפול מתאים, או בדידות. אולם גם אם נתעלם מהסברים סיבתיים, ממצא שחוזר על עצמו הוא (HAREL 1978) שהמגורים במוסד הוא נושא בעיתי לאנשים זקנים ומעט אנשים בוחרים באורח חיים זה (5% מכלל הקשישים בישראל). מצד שני העדפה ברורה ובחירה רצונית לבית אבות במקום מגורים נמצא כאחד המנבאים החשובים למורל גבוה בקרב דיירי המוסד.

מכלל הממצאים עולה, שאוכלוסיית הקשישים בכלל, וכמידה רבה אנשים זקנים אשר עברו למוסדות נמצאים בסיכון ניכר לפתח בעיות בריאות נפשיות. ממחקרים אפידמיולוגיים מדווחים על קיום סימפטומים של זכאון בקרב 65% מאנשים מבוגרים, כן נמצא ששיעורי ההתאבדות עולים עם עלית הגיל.

אנשים קשישים נוטים לפנות פחות לשירותי בריאות נפש מאשר צעירים (LASOSKI & THELAR, 1987). לדעת המחקרים שימוש נמוך בשירותים פסיכולוגיים נובע מחוסר ידע, וחוסר הכרות עם המושגים והשירותים הפסיכולוגיים. נתונים מהארץ ומארצות אחרות מצביע על העדר שירותים ספציפיים לאוכלוסייה המבוגרת ומחסור באנשי מקצוע (פסיכיאטרים, פסיכולוגים) המוכנים לעבוד עם קשישים (LEWINSOHN, 1984). מחקרם של ד. שמוטקין ונ. אייל (1988) מאמת את תופעת המטפל "המסרב" כאשר 55% מהפסיכולוגים שרואיינו דווחו כי אינם רוצים לעבוד עם קשישים ו-69% מסרו כי מידת הידע שלהם בפסיכולוגיה של הזיקנה היא מועטה.

מהנתונים אשר הוצגו עד כה עולה, שבקרב האוכלוסייה המזדקנת קיימת סכנה משמעותית להתפתחות בעיות נפשיות. העדר שירותים והמנעות של המבוגרים מחד והמטפלים מאידך - לקבל עזרה - ולתת עזרה בהתאם - רק מחריפה את המצב. המעבר למוסד והמגורים בו, עלולים להחמיר עוד יותר את מצבם של חלק מהזקנים.

במצב דברים זה חשוב לזהות את המשתנים או הגורמים, אשר יכולים להביא לשיפור באיכות החיים הנפשית של הדיירים, ולהביא לפיתוח התנאים הנחוצים והשירותים המתאימים.

יש לציין שזיהוי הגורמים הוא מורכב, מאחר ומדובר כהיבטים שונים כגון: השפעת איכות הטיפול במוסדות על איכות החיים (תומר, פליישמן, 1984), יחסי הגומלין בין קשרים חברתיים ובין מורל ושביעות רצון של דיירים (HAREL, 1978). כמוכן שסגנון ניהולי, עמדות של עובדים, מאפייני דיירים וכו' משתלבים במסכת המורכבת של "איכות חיים".

אין נתונים רבים המדווחים על הקשר בין קיום שירותי בריאות נפש ואיכות חיים נפשית של הדיירים במוסדות. העדר הממצאים אינו מפליא אם זוכרים ששכיחות שירותים אלה היא נמוכה ביותר. יש לציין שבספרות המקצועית מופיעים נתונים על תרומה כללית של שירות פסיכולוגי לאנשים מבוגרים, תרומה שאינה פחותה מזו המושגת בקבוצות גיל צעירות יותר. (LURIE, 1987). תרומה משמעותית מדווחת בעיקר ביחס להתערבויות בתקופות משבר כמו: התאלמנות או מעבר למוסדות. LURIE (1987) אשר סקרה מספר רב של התערבויות בקרב אנשים מבוגרים, ממליצה על גישה מניעתית שמטרתה מניעת הופעת בעיות נפשיות או נסיון למנוע הדרדרות על רקע האובדנים המאפיינים את גיל ההזדקנות.

מודל השירות הפסיכולוגי אשר פותח כשני בתי אבות של משען הוא נסיון לתת מענה לקשיים של הדיירים והצוות המטפל בהם ואפשרות לפתח מאגר כח אדם מקצועי ומיומן למוסד זה ולמוסדות אחרים.

ליווי מחקרי - מטרות, נושאים ומערך המחקר

בשל חדשנותו, הפעלת שירות פסיכולוגי במוסדות לקשישים, עוררה שאלות מחקריות רבות, מתוכן הוחלט להתמקד בשני היבטים:

- שאלות הערכה לגבי השגת מטרות התוכנית ובעיקר, הערכת תרומת השירות לאוכלוסיית היעד בתחומים השונים.

- בחינת היבטים מנהליים ואירגוניים ובעיקר תיאור התפתחותו ושילובו של השירות במערכת בתי האבות.

הטבלה הבאה מציגה את מטרות הפרוייקט אשר נבחנו במחקר, ופרוט שאלות המחקר ככל תחום.

שאלות מחקריות

מטרות הפרוייקט

- | | |
|--|------------------------------------|
| - מהו הקף, סוג ואופן המעורבות של השירות במוסד. | (א) מתן טיפול פסיכולוגי לאוכלוסייה |
| - מיהם הפונים או המופנים לשירות הפסיכולוגי? | |
| - מהן סיבות הפנייה? | |
| - מהן תחומי התרומה של שירות פסיכולוגי לאוכלוסיית היעד. | |
| - מה היו תוצאות ההתערבות. | |
| - מהי מידת שביעות הרצון של הדיירים והצוות מהקשר עם השירות הפסיכולוגי. | |
| - הערכת נחיצותו של השירות הפסיכולוגי בבתי אבות על ידי הדיירים וצוות העובדים. | |

- (ב) העלאת מודעות ורגישות הצוות לתהליך ההזדקנות
- מהן הפעולות של השירות בתחום זה?
 - מהן מסגרות ההדרכה והיעוץ הקיימות במוסדות.
 - באיזו מידה תרם שירות לשיפור בתחום זה
 - באיזו מידה חל שינוי בעמדות העובדים ביחס לזיקה ועבודה עם זקנים.
- (ג) התפתחותו ושילובו של השירות הפסיכולוגי בנתי האבות
- מה היו דפוסי הקשר והמגע בין השירות לבין העובדים האחרים בצוות נתי האבות
 - כיצד נתפס תפקיד הפסיכולוג ע"י הדיירים והעובדים האחרים בצוות?
 - כיצד נתפס תפקיד הפסיכולוג, בהשוואה לעובדים אחרים בצוות הכללי, בעיקר בהשוואה לעובד סוציאלי?
 - באיזו מידה השירות היה מוכר לדיירים ולעובדים האחרים?
 - באיזו מידה הדיירים והעובדים השתמשו בשירות וראו אותו ככתובת לפתרון בעיות?

יש לציין שבתכנון הליווי המחקרי של השירות הפסיכולוגי, התעוררו מספר קשיים, שיש להם השלכות ביחס לממצאים ואפשרות הסקת מסקנות מהליווי. הקשיים קשורים לאופיו המיוחד של הפרוייקט ותנאי כיצועו. ראשית, מטרות הפרוייקט הן כלליות ומורכבות. לדוגמא שיפור ברווחה הנפשית של דיירים או עזרה בהסתגלות לבית האבות. בתוכנית אשר הוגשה לביטוח לאומי (ראה נספח א'), הושם דגש על הגדרת תחומי פעילותם של הפסיכולוגים ולא הוגדרו מטרות אופרטיביות. שנית, סביר להניח שלהתערבות מסוג השירות הפסיכולוגי אין השפעות מיידיות או קצרות טווח ומדובר בתהליך איטי וממושך הפועל בדרך כלל באמצעות קשר עם אנשים יחידים או באמצעות קבוצות קטנות. לכך יש גם להוסיף את ההקף המוגבל של השירות הן מבחינת כח האדם והן מבחינת היקף המשירות. בנוסף בד בבד עם כניסת השירות הארעו בנתי האבות (בעיקר הקולקטיבי) שינויים רבים. העיקרי שבהם היה חילופי מנהל המוסד. מלבד השינוי העקרוני הזה, המנהלת החדשה הכניסה שינויים רבים בתחומים כמו: כח אדם, במבנה הפיסי, נוהלי עבודה, ועוד.

כנסיבות אלה היה קשה מאוד לבדוד את ההשפעות והתרומות של השירות הפסיכולוגי לשפור באיכות החיים של הדיירים משאר השינויים שקרו. יש גם לזכור ששני בתי האבות שונים לחלוטין זה מזה והם נבחרו לפרוייקט מסיבות אירגוניות ולא על בסיס מיצג כלשהו. המחקר לא כלל קבוצת ביקורת, כך שאין גם אפשרות להשוות את מצב הדיירים והצוות לפני ואחרי כניסת השירות, ולשייך שינויים להתערבות השירות ולא למשתנים אחרים.

מגבלות אלה הקשו על הערכת המטרות הכלליות של התוכנית. מידת הצלחתה של התוכנית נבחנה בעיקר על ידי הצגת המרכיבים התאוריים, מעקב שוטף וקרוב לפעילות בשדה, ובדיקת תרומות השירות על פי דווח מהצוות ומהדיירים.

אוכלוסיית המחקר כללה:

1. צוות עובדי המוסדות
2. מדגם מאוכלוסיית הדיירים
3. צוות השירות הפסיכולוגי

מערך וכלי מחקר

על מנת לענות על מטרות המחקר ולקבל מידע מלא ככל האפשר על פעילות השירות נקבע המערך הבא:

ראיון I לצוות	קבלת דווח שוטף מהפסיכולוגים	ראיון II לצוות
ראיון עם חלק מכלל הדיירים (יולי-אוגוסט 1987)	ראיון אישי עם פסיכולוגים (יולי 1987)	(יולי-אוגוסט 1988)
(ספטמבר- אוקטובר 86)		

ראיון מובנה עם צוות העובדים - על פי מערך המחקר נערכו שני ראיונות עם צוות העובדים בנתי האבות, לפי שאלון חצי מובנה. הראיון הראשון התקיים עם כניסת השירות הפסיכולוגי לבתי האבות והראיון השני נערך כעבור 25 חודשים, כתום מעורבותו של המוסד לביטוח לאומי בפרוייקט.

בשני המועדים נערכו ראיונות עם 75% מכלל העובדים³. בראיון הראשון נטלו חלק 48 עובדים ובראיון השני 73 עובדים. 31 עובדים מלאו את השאלונים בשני המועדים.

ראיון מובנה עם הדיירים - ראיון יחיד עם מדגם של דיירים התקיים כשנה לאחר כניסת השירות הפסיכולוגי לבית האבות. בסה"כ רואיינו כ-25% מכלל הדיירים בשני בתי האבות שהם 188 דיירים - 75 מבית אבות אינדיבידואלי ו-113 מבית האבות הקולקטיבי.

דווח שוטף מהפסיכולוגים - כל פסיכולוגי בשירות התבקש למלא שאלון מיוחד לגבי כל התערבות וקשר מקצועי שהיה לו עם דייר, עובד במקום או בן משפחה. במהלך הליווי המחקרי התקבלו 68 שאלונים אלה.

בנוסף לכלים מובנים אלה התקיימו ראיונות פתוחים עם כל הפסיכולוגים בשירות, ונערכו פגישות קבועות בין צוות המחקר לצוות השירות הפסיכולוגי לקבל דיווח ועדכון על פעולות השירות.

3) הסיבות העיקריות לכך שהראיון לא התקיים היו; עובדי לילה או עובדי משמרות שלא היתה אפשרות לקבוע איתם פגישה; העובדים לא היו דוברי עברית, עובדים שהיו כחופשה או בשל העדרות אחרת.

4) אוכלוסיית הדיירים בשני בתי-האבות, כללה כ-800 קשישים (400 בכל בית אבות) ומתוכם הוחלט לראיין כ-25%. מאחר ותרומת השירות הפסיכולוגי לדיירים מהווה את אחד ממוקדי המחקר הוחלט לנסות ולכלול בין המרואיינים את מירב הדיירים שהיו בקשר מקצועי עם צוות הפסיכולוגים. מסיבות של סודיות מקצועית סרכו הפסיכולוגים למסור את שמות הדיירים שהיו בשיתות אישיות אתם, אולם הסכימו למסור את שמות הדיירים אשר השתתפו בקבוצות בהנחית הפסיכולוגים. רשימת הדיירים לראיון הורכבה אם כך משמות של 55 דיירים שנמסרו על ידי הפסיכולוגים ורשימה מקרית מיתר האוכלוסייה.

תאור אוכלוסיית דיירי בתי האבות מבוסס על שיקלול חלקם של הדיירים שנדגמו מכלל הדיירים.

תאור בתי האבות

התוכנית הנסיונית של הפעלת שירות פסיכולוגי בוצעה כאמור בשני בתי אבות של משען ברמת אביב, בית אבות קולקטיבי ובית אבות אינדיבידואלי המהווה למעשה דיור מוגן.

בית האבות האינדיבידואלי מיועד לאוכלוסייה עצמאית, יחידים וזוגות. הקשישים מתגוררים ביחידות דיור נפרדות הכוללות חדר או שניים, מטבח ושירותים. בית האבות פרוש על פני אזור נרחב ובו שני בניינים ועוד מספר בניינים נמוכים. השטחים בין הכנינים מטופחים ונקיים.

בעת כניסת השירות הפסיכולוגי צוות בית האבות כלל: מנהלה (מנהל ומזכירות), צוות רפואי הנמצא יומיום ובו רופא ומספר אחיות, צוות נקיון, צוות תחזוקה, עובדת סוציאלית, ושירותי שמירה.

יש לציין שמנהל בית האבות התגורר בבית האבות בזמן ביצוע המחקר, ונמסר שבמקרי חרום נהגו הדיירים לפנות אליו בעיקר בשעות שהמשרד היה סגור. בנוסף לכך קיים שירות אינטרקום בדירות הדיירים. באמצעות שירות זה הדיירים יכלו להתקשר למשרד, בשעת הצורך.

כבית האבות היה קיים ועד דיירים וכן פעלו מספר חוגים כמו יוגה, תנ"ך וקרמיקה. לדברי העובדת הסוציאלית השתתפות הדיירים בחוגים נמוכה ביותר, ועיקר הקשרים של הדיירים הם עם בני משפחתם וחברים מקודם. יש כמקום ספריה ואולם תרבות, שאינם מנוצלים בדרך כלל.

בית האבות הקולקטיבי מיועד לאוכלוסייה עצמאית, יחידים וזוגות. כל הדיירים מתגוררים בבנין אחד, ובו מרוכזים השירותים והמשרדים.

הדיירים מתגוררים בחדרים יחידים, לבד או עם שותף/ה.

השירותים העיקריים בבית האבות כללו: שירותי אדמיניסטרציה, שירותי בריאות (רופא ואחות) שירותי חדר אוכל (הכנת אוכל והגשתו) שירותים טיפוליים כגון: אמהות בית, מטפלות בחדר חולים, שירותי מכבסה שירותי חברה ותרבות כגון מדריכות בחוגים, מרפאות כעיסוק, מרפאה בריקוד. שירותי רווחה, שירות סוציאלי ופסיכיאטרי, שירותי חרום, שומר ותורן במשך הלילה.

בשנה השניה להפעלת הפרוייקט, הוקמה בבית האבות הקולקטיבי מחלקה לתשוישים, אליה הועברו דיירים מוגבלים בתפקודם היומיומי.

תאור האוכלוסייה

פרק זה מתאר את אוכלוסיית היעד של הפרוייקט: צוות העובדים כבתי האבות ודייריו.

כמהלך הליווי המחקרי נערכו כאמור 188 ראיונות מוכנים עם הדיירים בשני המוסדות - 75 ראיונות בבית האבות האינדיבידואלי, ו-113 ראיונות בבית האבות הקולקטיבי. מלבד נתונים דמוגרפיים ואישיים, נאסף מידע מפורט אודות היקף ועומק מפגשים ויחסים של הדיירים עם בני משפחה, חברים, דיירים אחרים ואנשי צוות. כן נשאלו הדיירים לסיבות כניסתם לבית האבות ואופן קבלת ההחלטה על כך. שני תחומים אלה (יחסים וסיבות כניסה) נבחנו בראיון בגלל הרלוונטיות והקשר שבין משתנים אלה למשתנים של שביעות רצון ומורל (לפרוט, ראה סקירה ספרותית).

כ ל י

שליש מאוכלוסיית הדיירים הם גברים והיתר נשים. שיעור הנשים בבית האבות הקולקטיבי גבוה משיעורן במוסד האינדיבידואלי (76% לעומת 58%). יחס זה בין גברים ונשים לפי סוג בית האבות משקף גם את ההבדל במצבם המשפחתי של הדיירים בשני המוסדות. 17% מהדיירים במוסד האינדיבידואלי הם נשואים, לעומת 10% בקולקטיבי, כאשר רב הבודדים במוסד האחרון הן נשים. אוכלוסיית הדיירים בשני מוסדות משען, הומוגנית מבחינת ארץ מוצא (81% מהדיירים נולדו במזרח אירופה), וותק בארץ (80% עלו עד שנות ה-50). מעניין לציין, ששיעור גבוה (70%) מבין הדיירים שייכים לקבוצת הגיל המבוגרת (בני 80 ויותר). שיעור גבוה של דיירים מבוגרים אופייני יותר למוסד הקולקטיבי מאשר לאינדיבידואלי (40% בני 80+ לעומת 24%). יש להניח שפתיחת מתלקה לתשושים במוסד הקולקטיבי מהווה מענה לקשיים המתעוררים בטיפול בדיירים מבוגרים ומוגבלים במוסד.

לשליש מדיירי המוסדות השכלה תיכונית ויותר. כשליש (31%) מדיירי המוסדות היו עקרות בית, שלישי נוסף עבדו בבנין, חקלאות, פועלים לא מקצועיים או עבדו במסחר זעיר. יתרם (שליש) עבדו בפקידות הוראה ומקצועות חופשיים.

מכלל הנתונים עולה שהדיירים בשני המוסדות הם בדרך כלל "ותיקים" שעלו ממזרח אירופה. בתוך אוכלוסייה הומוגנית זו ניתן למצוא הבדלים ניכרים בהשכלה וברקע התעסוקתי של הדיירים. במוסד האינדיבידואלי שהוא כאמור מסגרת של דיור מוגן, הדיירים צעירים יותר כהשוואה לקולקטיבי וכן יש בדיור המוגן שיעור קצת יותר גבוה של זוגות נשואים מאשר בקולקטיבי. במסגרת של הדיור המוגן הדיירים מתגוררים לבד או עם בן זוג ואילו בבית האבות הקולקטיבי רק לשליש מהדיירים מתאפשר להתגורר לבד, עוד 10% מתגוררים כאמור עם בן הזוג ו-55% מהדיירים מתגוררים עם שותף או שותפה.

שני בתי האבות קיימים משנות ה-60, ומספר מועט של דיירים אף מתגוררים במוסדות אלה 20 שנה ויותר. כרבע (261) מכלל הדיירים נכנסו לבתי האבות עד 1977. כרבע נוספים נכנסו בין השנים 78 עד 82. קבוצה גדולה מבין הדיירים (43%) מתגוררים בבתי האבות בין 3 ל-5 שנים. 7% הם החדשים שנכנסו לבית האבות משנת 1987.

5) בפרק זה מוצגים עיבודים משוקללים לגבי כלל אוכלוסיות הדיירים בשני המוסדות.

קשרים ויחסים בין-אישיים - לצורך איפיון קשרים ויחסים בין-אישיים של הדיירים נבחנו ההיבטים הבאים: קיום ותדירות מפגשים עם אנשים במוסד ומחוצה לו, השינויים שחלו בתדירות המפגשים מאז המעבר לבית האבות; הסיכות שהביאו לשינויים; קיום "איש אמונים" בבית האבות או מחוצה לו.

רוב רובם של הדיירים (94%) נפגשים גם עם אנשים מחוץ לבית האבות. כצפוי הקשר האינטנסיבי ביותר הוא עם ילדים ונכדים.

לוח מס. 1 - הדיירים הנפגשים לפחות פעם בשבוע עם אנשים לפי סוג קרבה (אחוזים)

סוג קרבה	שיעור הדיירים
ילדים, נכדים	*72
בני משפחה אחרים	13
חברים, שכנים מקודם	10
אנשים בחוג חברתי	18

* תושב רק לגבי דיירים שיש להם ילדים.

מלבד אינטנסיביות הקשר עם ילדים, חלק מהדיירים נפגשים עם אנשים אחרים, אולם לעיתים רחוקות בלבד. כ-60% מהדיירים כלל לא נפגשים עם חברים או שכנים מקודם ו-75% לא מעורבים כלל מבחינה חברתית בחוגים הנערכים בבתי האבות. ניתן להצביע על הבדל בדפוס הקשר החברתי של הדיירים באינדיבידואלי בהשוואה לזה של הקולקטיבי. הדיירים באינדיבידואלי נוטים להמשיך בקשרים ישנים ואילו בקולקטיבי יש יותר שינוי וניתוק מקשרים ישנים. נמצא שיעור הדיירים באינדיבידואלי המקיים קשרים תכופים עם חברים ושכנים מקודם, גבוה בהשוואה לדיירים בקולקטיבי (16% לעומת 4%), ולעומת זה שיעור ניכר מהדיירים בקולקטיבי (26%) נפגשים לעיתים קרובות עם דיירים אחרים במוסד במסגרת של חוגים חברתיים, וזאת בהשוואה ל-11% מהדיירים באינדיבידואלי הנוהגים כך.

כנוסף לבדיקת תדירות המפגשים, נבחנה בצורה ישירה שאלה של המשכיות הקשר של הדיירים, עם אנשים מחוץ לבית האבות, צמצומו או הרחבתו לאחר המעבר למוסד.

ההנחה אודות צמצום בקשרים, התאמתה בעיקר לגבי קשרים עם בני משפחה רחוקים וחברים ושכנים מקודם. לגבי הקשרים עם בני משפחה קרובה, נמצא שמחצית מהדיירים הרגישו שהמעבר לבית האבות לא שינה את היקף הקשרים, כשליש הרגישו צמצום ו-17% הרגישו שמאז המעבר למוסד יש יותר קשר עם בני משפחה קרובה.

6) השאלה היתה: האם יש אדם איתו ניתן לשוחח על בעיות או על דברים שמטרידים אותך?

לוח מס. 2 - התפלגות מידת הקשר של הדיירים עם אנשים - לפי סוג קרבה
(אחוזים)

סוג קרבה	אחוזים	לא היה קשר	נשאר אותו דבר	תל צמצום	תלה הרחבה
בני משפחה קרובה	100	4	49	30	
בני משפחה רחוקה	100	21	25	48	6
חברים וידידים	100	8	16	76	-

הלוח מורה על צמצום בולט של קשרי הדיירים עם הרשת החברתית הישנה. צמצום זה אופייני אף יותר לדיירים בקולקטיבי. כפי שצוין קודם, יותר דיירים מדיוור מוגן הצביעו על המשכיות בקשרים עם הרשת הישנה.

יש לציין שכיוון השינוי (צמצום או הרחבה) הוא פונקציה ישירה של תדירות המפגשים. תדירות נמוכה קשורה לצמצום בקשרים ואילו כאשר הקשר תכוף יש יותר נטיה להצביע על הרחבה בקשרים.

כאשר נשאלו הדיירים לסיבות לצמצום בקשרים, שיעור ניכר מהם (43%) הצביעו על הזדקנות - קרי העדר יכולת גופנית ונפשית לשמור על המשכיות כסיבה לצמצום.

לוח מס. 3 - סיבות עיקריות לצמצום הקשרים החברתיים של הדיירים

סיבה	שיעור הדיירים*
תהליך ההזדקנות	43
מרחק גיאוגרפי	38
מוות אנשים קרובים	19
האחרים עסוקים בעיניהם	12
תכונות המוסד מרתיע אחרים מלבוא	8

* כל אדם יכל לציין מספר סיבות, לכן הסה"כ לא מסתכם ל-100%.

מתוך כלל הנתונים, נראה שהצמצום בקשרים מוסבר רק בחלקו על ידי המעבר למוסד (מרחק גיאוגרפי ותכונות מוסד) ולגבי שיעור ניכר מהדיירים נראה שהצמצום משקף קשיים פיזיים, התנתקות וכמובן מצב אוביקטיבי של מוות האנשים הקרובים.

ל-7% מהדיירים יש יותר קשרים בגלל קרבה גיאוגרפית עקב המעבר לבית האבות ו-5% נוספים מרגישים שהמעבר למוסד הביא לשיפור כיחסים בינם לבני משפחתם. 2% מהדיירים מרגישים שהרחבה בקשר הוא רק ביטוי לאינטרס של בני המשפחה ולא מנטא קרבה אמיתית.

מבין אלה שציינו הרחבה בקשרים, נמצאו בשכיחות גבוהה יותר נשים ללא בן זוג, ודיירים אשר עברו לכית האבות זמן קצר לפני ביצוע הראיון. מעניין להזכיר כאן שמחקרים אחרים בתחום (HAREL, 1978) מצביעים על שכיחות נמוכה או אפילו היעדר קשרים של דיירים עם בני משפחה או עם חברים מחוץ למוסד. בו זמנית מצביעים הנתונים על כך שקשרים עם אנשים מחוץ למוסדות משמעותיים וקשורים למורל ולאיכות התיים של הדיירים.

מסקנתו של הראל (1978) היא שיש חשיבות רבה לחזק את קשרי הדיירים עם בני משפחה, חברים ואנשי מקצוע בקהילה שהיו בקשרים קודמים עם הדיירים. כפי שהודגש כבר, לא עצם הניקורים חשוב, אלא קיום ניקורים משמעותיים ומועזפים הם שתורמים לאיכות החיים. המחבר מציע ליצור תנאים נוחים לניקורים אלה כגון שעות ניקור גמישות, מקומות פרטיים להפגש, סידורי לינה לאורחים ומתן אפשרות לדיירים להתחלק בחייהם עם אחרים. איכות התיים של הדיירים במוסדות מושפעת רבות מקבלת תשומת לב. חשוב שלדייר תהיה אפשרות לבחור על מי להשען ושאותו אדם יהיה זמין ומוכן לתת את העזרה ותשומת הלב הדרושה.

על מנת לזהות האם יש לדיירים בבתי האבות קשר משמעותי וחשוב נשאלו הדיירים האם יש להם איש קרוב "איש אמונים" מבין הדיירים האחרים, מבין אנשי הצוות, ועם אדם מחוץ לבית האבות.

רוב רובם של הדיירים (88%) בשני המוסדות מציינים שלאחר הגיעם למעון מצאו חברים או ידידים מבין הדיירים האחרים. הרגשה זו נמצאה בשכיחות גבוהה יותר בקרב דיירים ללא ילדים מאשר בקרב אלה שיש להם ילדים. יותר ממחציתם (55%) מציינים שהם קרובים מספיק עם לפחות דייר אחד על מנת שיוכלו לספר לו על הבעיות שלהם. הרגשה זו רווחת יותר בקרב דיירים בקולקטיבי מאשר באינדיבידואלי. ממצא זה איננו מפתיע לאור הנתון שעיקר קשריהם התכרתיים של דיירים בקולקטיבי - מלבד קשרי משפחה, הם עם דיירים אחרים. 78% מהדיירים מציינים שיש להם גם "איש אמונים" מחוץ לבית האבות. בהתאם לדפוס הקשרים הייחודי שזוהה קודם ל-88% מדיירים אינדיבידואלי יש "איש אמונים" בחוץ לעומת 65% בקרב הדיירים בקולקטיבי. נמצא שלשיעור גבוה מבין הדיירים שמצאו חבר או ידיד בבית האבות, יש גם "איש אמונים" עם אדם מחוץ לבית האבות.

המשתנה האחרון שנבדק בתחום זה של קיום קרבה וקשר, היה קרבה לאיש צוות. הראל (1978) מצייין שהממצאים לגבי הקשרים עם אנשי צוות מצביעים על קיום קרבה פיסית ואינטראקציה תכופה אולם קרבה פיסית זו לא מלווה בהרגשת אינטימיות וקרבה. ממצאי הבדיקה שלנו מאמתים תמונה זו. רק 42% מכלל הדיירים (ואף פחות מזה באינדיבידואלי) מציינים שיש מישהו מבין אנשי הצוות שאיתם הם יכולים לשוחח על דברים שמטרידים אותם. בקרב נשים ודיירים שנכנסו זה עתה לבית האבות נמצאה שכיחות גבוהה יותר של קיום קרבה לאיש צוות.

לסיכום דיון זה, יש לציין שבניגוד לתמונה הפסימית אשר תוארה במחקרו של הראל (1978), שיעור ניכר מדיירי בתי האבות של משען מדווחים על קיום קשרים אינטנסיביים ושוטפים עם בני המשפחה הקרובה (ילדים, נכדים) וקיום אדם קרוב אחד או יותר, בתוך המסגרת המוסדית או מחוצה לה.

סיבות לכניסה לבית האבות - אחד המנבאים המשמעותיים ביותר לשביעות רצון גבוהה של דיירים בבתי-האבות הוא העדפה ובחירה ברורה באורח חיים זה לעומת האלטרנטיבה של השארות בקהילה. יש אם כן חשיבות רבה לכחינה של סיבות הכניסה לבית האבות ותהליך קבלת ההחלטה.

לוח מס. 4 - סיבות לכניסתם של הדיירים לבית האבות (אחוזים)

שיעור הדיירים אשר ציינו סיבה זו*	סיבה
60	נגלל בדידות, רצון להיות עם אנשים
54	פחד שמצב הכריאות ידרדר
44	קשיים לנהל לבד את משק הבית
42	מות בן/בת זוג
33	פחד מאלימות, מתקיפות
20	תנאי דיור לא נוחים
16	רצון לעזור לילדים להתכנס כלכלית
15	מות חברים ידידים
14	מצב כלכלי

* הדיירים נשאלו לגבי כל הסיבות ויכלו לציין סיבה אחת או מספר סיבות רלוונטיות.

במחקרה של ח. וייל (1978) אשר בדקה את סיבות הפניה למעונות לקשישים עצמאיים, זוהו 4 קבוצות עיקריות של סיבות פניה :

- סיבות הנובעות מן המצב הטיפקודי-פיזי (כמו קשיים לנהל משק בית).
- סיבות הנובעות מן המצב החברתי (בדידות)
- סיבות הנובעות מרצון המשפחה (ולפי רצון הילדים או בן הזוג).
- סיבות הנובעות ממצב הדיור של הקשיש.

הסיבה אשר צויינה כשכיחות הגבוהה ביותר במחקר הנ"ל היתה קשיים תפקודיים ופיזיים, והסיבה השניה היתה קשורה למצבו החברתי של הקשיש. בהתאם למחקר הנוכחי הסיבה אשר צויינה כשכיחות גבוהה ביותר היתה הרצון להיות עם אנשים או מחמת הרגשת בדידות והסיבה השניה העידה על קשיים פיזיים. חשוב להדגיש שבשני המחקרים, הקשישים נשאלו לסיבת ומעבר בשלבים שונים בחייהם. במחקרה של וייל (1978) רואיינו הממתינים למוסדות, קרי לפני הכניסה למעון, ואילו במחקר על בתי אבות של משען, הדיירים נשאלו לגבי הסיבות כאופן רטרוספקטיבי - וכמקרים רבים ממרחק של שנים רבות. למרות הבדל מהותי זה, יש דימיון רב בסיבות העיקריות וכמשקל היחסי שניתן לכל סיבה.

בסיכומה מציינת ח. וייל (1978) ששיעור ניכר של קשישים פונים למעונות לעצמאיים בגלל בעיות שאין המעון מיועד כלל לפתור, כגון נעיות נריאות וירידה כללית בתפקוד.

השאלה המתבקשת היא באיזו מידה, נענה הצורך החברתי אותו בטאו דיירים רבים כל כך במחקר. אמנם מנתונים אשר דווחו קודם עולה שקשריהם של רוב הדיירים עם בני המשפחה תכופים ויציבים. אולם מתברר שחל צמצום משמעותי ביותר (בעיקר בקולקטיבי) בקשרים עם הרשת החברתית הישנה ולא ברור באיזו מידה יש תחליף לקשרים הישנים ואם כן האם הוא מספק?

מתצית מהדיירים כיכלו את ההחלטה להכנס למעון לבד והיתר בהתייעצות עם בן הזוג, בני משפחה או עם אנשי מקצוע (4%). מעניין לציין שהמעבר לדיור המוגן היה במקרים רבים (65%) החלטה עצמאית ואילו המעבר למעון הקולקטיבי היה כרוך במקרים רבים (60%) בהתייעצות עם האחרים.

בשלב זה כדאי להזכיר שהשיפור העיקרי אותו רכישו מדיירי המעונות היו רוצים לראות כמוסד הוא הרחבת הפעילות החברתית והתרבותית במקום כגון: יותר הרצאות, סרטים או חוגים, פעילות המספקת תוכן ומפגש חברתי.

ב. צוות העובדים

בהתאם למערך המחקר⁷ רואיין צוות עובדי המעונות בפעם הראשונה בשלב של כניסת השירות הפסיכולוגי ובפעם השנייה כעבור כשנתיים. 48 עובדים רואיינו בשלב הראשון ו-73 בשלב השני. כתוצאה מתחלופת העובדים ובעיקר בגלל תוספת משמעותית במספר העובדים שהשתתפו בראיון ה-II ניתן לחלק את אוכלוסיית המחקר לקבוצות הבאות:

1. רואיינו בשלב I ובשלב ה-II 31 עובדים

2. רואיינו רק בשלב ה-I 16 עובדים

3. רואיינו רק בשלב ה-II 42 עובדים

89 עובדים כסה"כ רואיינו במהלך המחקר כאשר 35% מתוכם רואיינו פעמיים.

הממצאים אשר יוצגו להלן מתייחסים בעיקר לנתונים מהראיון ה-II. לצורך השוואה יוצגו גם נתונים מהראיון ה-I וכן ממצאים מושווים מתשובות של עובדים אשר רואיינו לגבי שאלות זהות בשני המועדים. 80% מהרואיינים בשלב ה-II (59 איש) הם עובדי המעון הקולקטיבי והיתר (15 עובדים) באינדיבידואלי (יחס דומה בין המרואיינים בשני המעונות היה גם בראיון ה-I).

במעונות עובדים בעלי תפקידים שונים המתחלקים לארבע קבוצות עיקריות. בשלב השני במחקר נכללו העובדים הבאים: הצוות הרפואי - רופאים ואחיות (14 עובדים), עובדים מנהליים - מנהלה ומזכירות (8 עובדים), הצוות הטיפולי - עובדים סוציאליים, אימהות כית, מטפלות, מרפאות בעיסוק, מרפאה בריקוד (24 עובדים) ועובדי משק תחזוקה ומטבח (27 עובדים).

7) פרוט לגבי מערך המחקר והאוכלוסייה ראה; ליווי מחקרי - מטרות, נושאים ומערך המחקר.

קבוצת העובדים הגדולה ביותר במעון הקולקטיבי כללה את עובדי המשק (36%) והכאה אחריה (31%) כללה עובדים טיפוליים. צוותים קטנים יותר כללו את המנהלה והצוות הרפואי.

יש לציין שכין שני מועדי הראיון חל גידול בצוות הטיפולי במעון הקולקטיבי עקב פתיחת מחלקת תשושים (מ-19% בראיון הראשון ל-31% בראיון ה-II). במעון האינדיבידואלי הצוותים פחות או יותר שווים כגודלם (כ-25% בכל תת צוות). כשליש מהעובדים עובדים במעונות פחות משנה, ועוד 16% שנתיים והיתר 3 שנים ויותר. מעניין לציין שאחד מהעובדים במעון האינדיבידואלי עובד במקום 26 שנה ו-8% עובדים 10 שנים ויותר במעון הקולקטיבי. מתברר שליותר ממחצית מהעובדים, העבודה בבית האבות היא עבודתם הראשונה עם קשישים.

הכשרה מקצועית: ישיבות צוות, השתלמויות והדרכה - מטרת הפרק לתאר את מאפייני העבודה במוסדות מבחינת ההכשרה המקצועית והאפשרויות שיש לעובדים להתייעץ ולקבל עזרה ותמיכה מקצועיים. מקומו ותרומתו של השירות הפסיכולוגי לתחום זה נבחן אף הוא, וזאת מאחר ואחת ממטרות פיתוח שירות פסיכולוגי היתה מתן הדרכה, העשרה והעלאת רגישותם של העובדים לבעיות דיירים.

הנתונים בפרק מוצגים בד"כ לפי השוואת ממצאים בין שני סוגי מוסד ולפי שני שלבי המחקר. היבט נוסף של ניתוח הוא השוואת הממצאים לפי תפקיד העובד.

א. ישיבות צוות - במעונות התקיימו בזמן ביצוע הראיונות ישיבות צוות מסוגים שונים.

ישיבת הצוות העיקרית היתה ישיבת הצוות הרב-מקצועית. מלבדה התקיימו ישיבות צוותיות כגון ישיבות של הצוות הרפואי בלבד, של השירות הסוציאלי, אנשי המשק וכו'. כן התקיימו ישיבות בין צוותיות (למשל מפגשים בין השירות הפסיכולוגי ואמהות הבית). בנוסף, השתתפו חלק מהעובדים בפגישות עם ועד הדיירים ועם גורמים מחוץ למוסד כמו קופ"ח, משען וכו'.

כשלב הראיון השני בלט ההבדל בדפוס של פגישות הצוות בשני המוסדות. במוסד האינדיבידואלי, המפגש העיקרי של חלק ניכר מהעובדים (כמחצית) היה בישיבה הרב-צוותית אשר התקיימה כפעם בשבוע, ומעט עובדים נטלו חלק בישיבות צוותיות. במוסד הקולקטיבי לעומת זה, 20% מהעובדים השתתפו באופן קבוע בישיבה רב-צוותית ואילו חלק ניכר מאוד מהעובדים (כ-50%) השתתפו בפגישות של הצוות המקצועי שלהם.

יש להניח שהסיבה העיקרית להבדל נעוצה במספר העובדים במוסד. יש לזכור שבמוסד הקולקטיבי מספר העובדים הוא פי שלוש ממספר העובדים באינדיבידואלי.

שני שלישי מהעובדים בשני המוסדות השתתפו בשלב ה-II בישיבה מסוג אחד או יותר. כמצופה, שיעור השתתפותם של עובדי המשק בישיבות היא הנמוכה ביותר (44%). הצוותים שבהן הישיבות המקצועיות הן הממוסדות ביותר (מבחינת מספר המשתתפים ומבחינת התדירות), הם הצוות הרפואי-סיעודי והצוות הטיפולי (עו"ס אמהות בית). אולם גם בצוותים אלה יש מספר עובדים (נמוך אמנם) שאינם משתתפים בישיבות.

הנימוקים העיקריים לאי השתתפות הם:

לוח מס. 5 - סיבות לאי השתתפות העובדים בישיבות

סיבה	שיעור העובדים*
לא מוזמן	22
מחוסר זמן	8
לא מעוניין	1
הצוות לא מקיים ישיבה	11
בגלל סידור העבודה	7

* כל עובד רשאי היה לציין מספר סיבות.

מהשוואה בין שתי תקופות המחקר עולה, ששיעור ההשתתפות של העובדים בישיבות צוות בשלב הראשון היה גבוה מזה של השלב השני (75% לעומת 66%). אולם, ההשוואה בין המעונות בשלב הראשון מראה ש-83% מהעובדים כמוסד הקולקטיבי לעומת 58% באינדיבידואלי נטלו חלק בישיבות צוות כתקופה הנדונה.

ממצאים אלה ניתן להסיק שכמעטון האינדיבידואלי חל גידול מסויים בשיעור השתתפות של עובדים בישיבות צוות, ואילו בקולקטיבי חל פיחות. כדאי להזכיר כאן שכאשר התבקשו העובדים בשלב הראשון, לציין את השינויים והמלצות שלהם לגבי ישיבות הצוות, הם ציינו את המלצות הכאות:

- להגדיל את מספר הישיבות
 - להגדיל את מספר הישיבות המקצועיות המצומצמות
 - לערב באופן מעמיק יותר את העובדים בישיבות
 - לשפר את האוירה בפגישות
- כאיזו מידה מרוצים העובדים מישיבות הצוות או שהן לדעתם "כזכוז זמן"?

לוח מס. 6 - הערכת חשיבות ישיבות הצוות, לפי שלב המחקר (כאחוזים)

ז ר ו ג	שלב I	שלב II
מספר עובדים	*33	**66
סה"כ באחוזים	100	100
חשוב מאוד	82	55
חשוב	9	36
לא כל כך חשוב	6	9
כלל לא חשוב	3	-

* 15 עובדים שלא נטלו חלק בישיבות לא ענו לשאלה
** 7 עובדים לא ענו לשאלה.

מעניין לציין, את הפער בדרוג חשיבות הישיבות בין השלב הראשון לשני במחקר. יש להוסיף שבמוסד האינדיבידואלי רק 36% מהעובדים דרגו את הישיבות כחשובות מאוד לעומת 58% בקולקטיבי.

למרות הפער בין שני השלבים, הרי רוב העובדים העריכו כאופן חיובי את חשיבות הישיבות וכאופן מיוחד ציינו מספר תרומות חשובות שיש לקיום הישיבות.

- בתמיכה נפשית והורדת מתחים

- פתרון בעיות כצוות

- אפשרות להחליף מידע

יתכן שהערכה נמוכה יותר בשלב השני מצביע על יכולת רכה יותר של העובדים לביקורת, תופעה המאפיינת בגרות וניסיון מקצועיים. יתכן גם שיש מקום לשיפורים בנושא של ישיבות צוות בכיוון שעליו הצביעו העובדים כבר בשלב הראשון במחקר. אישור מסויים לכך שהעובדים הפכו לביקורתיים יותר נמצא בהשוואת תשובות העובדים אשר רואיניו בשני השלבים. מההשוואה עולה, שמתוך 15 עובדים שדרגו את הישיבות כחשובות מאוד בשלב I, 10 נשארו באותו דרוג ו-5 דרגו את הישיבות כחשובות מצד שני 3 עובדים שפרו את דרוג הישיבות בשלב ה-II לעומת דרוגם הראשון. שינויים אלה התרחשו בכל הצוותים.

תרומתו של השירות הפסיכולוגי תוצג בהרחבה בפרק נפרד, כאן יש להזכיר, ש-10% מהעובדים בראיון ה-I ציינו שהתרומה של ישיבות הצוות היתה בעצם העובדה שאנשי השירות הפסיכולוגי משתתפים בהם. כן חשוב לציין, ש-10 עובדים השתתפו בפגישות עם השירות הפסיכולוגי בשלב ה-II במחקר. מתוך ה-10, 4 היו מהצוות הטיפולי, 5 מעובדי מנהל עובד אחד מהצוות הרפואי ואחד מתחזוקה.

כ. השתלמות וימי עיון - כמעט מחצית מעובדי המוסדות השתתפו בהשתלמות או ימי עיון מחוץ למוסד בשלב ה-II במחקר (87% כאינדיבידואלי ו-37% בקולקטיבי).

שיעור ההשתתפות הגבוה ביותר היה בקרב עובדי מנהלה, בצוות הרפואי והטיפולי. כמחצית מהעובדים השתלמו בתחום המקצועי שבו הם עובדים והיתר השתלמו בנושאי זיקנה בתחום תפקידם או בפסיכולוגיה של הזיקנה. בהשוואה לנתונים אלה, רק 27% מעובדי המוסדות בשלב ה-I השתתפו בהשתלמות מחוץ למוסד.

בשני המועדים, שלושה רבעים מהעובדים העריכו כצורה חיובית ביותר את תרומת ההשתלמות לעבודתם ובעיקר ציינו את התרומות הבאות:

- תוספת ידע כללי

- תוספת ידע בתחום של זיקנה

- תוספת ידע בתחום של טיפול באוכלוסיית הדיירים.

בבדיקת הציפיות בשלב ה-I התברר ש-60% מהעובדים גילו עניין רב להשתתף בהשתלמות. נראה שבתחום זה ציפיות העובדים לתוספת ידע כללי וספציפי אכן התמלאו.

בנוסף לימי עיון מחוץ למוסד, כמעט שליש מהעובדים (רובם בקולקטיבי) שמעו הרצאות או דיונים שהועברו על ידי הפסיכולוגים. בין העובדים ששמעו הרצאות מהפסיכולוגים, מחציתם היו מהצוות הטיפולי, והיתר

מהצוותים האחרים. למחצית מהעובדים הרצאות אלה תרמו כמידה רבה, כמעט לרבע תרמו כמידה מסויימת וליתר לא תרם. כולט ששיעור גבוה יותר של עובדים בצוות הטיפולי הרגישו שהרצאות של הפסיכולוגים תרמו להם, מאשר בצוותים האחרים.

את התרומה מההרצאות הרגישו העובדים כתחומים הנאים:

- ההרצאות היו חשובות ורלוונטיות לעבודתם.
- הגבירו את מודעותם לנושאים שונים.
- נתנו גיכוי מקצועי והגבירו את כטחונם העצמי.
- ההרצאות תרמו לפתרון בעיות בצוות.

לסיכום מעורבותו של השירות הפסיכולוגי כתחום של העברת ידע והעלאת רגישות העובדים לבעיות הדיירים, יש לציין ש-23 עובדים מכל הצוותים שמעו הרצאות או דיונים של הפסיכולוגים. (רק עובד אחד מאינדיבידואלי השתתף בהרצאה של פסיכולוג). שני שלישי מהעובדים הרגישו שההרצאות תרמו לפיתוח הידע והמודעות לכטחונם העצמי. כצפוי את התרומה הרבה ביותר הרגישו עובדים מהצוות הטיפולי, ממצא זה כאמור אינו מפתיע מאחר ולעובדים בצוות זה יש יותר הכשרה וכלים להבין וליישם את המידע הפסיכולוגי. אולם גם עובדים מצוותות אחרים (במידה פחותה אומנם), דווחו על תרומת ההרצאות לעבודתם.

ניתן להניח אם כן, שהרחבה בהיקף פעילות זו על ידי השירות הפסיכולוגי אכן יכולה להשיג את המטרה של העשרה והעלאת רגישותם של העובדים לנושא הזיקנה ולבעיות הדיירים.

ג. ה ד ר כ ה - השוואת ממצאים בקשר לקבלת הדרכה בעבודה בשני שלבי המחקר, מצביע על שיפור משמעותי בתחום, במהלך תקופת המחקר כמחצית מעובדי המוסדות קיבלו הדרכה בשלב השני, לעומת שלישי שקבלו הדרכה בשלב ה-I.

לוח מס. 7 - קבלת הדרכה בשלב ה-II, לפי סוג מוסד

תדירות ההדרכה	אינדיבידואלי	קולקטיבי
עובדים - סה"כ	15	59
אתוים - סה"כ	100	100
מקבל באופן קבוע	7	19
מקבל לפי הצורך	40	29
קיבל ונפסק	6	2
לא מקבל	47	50

יש לציין שבין מקבלי ההדרכה, רק שליש מקבלים אותה כאופן קבוע. קבוצת עובדים יוצאת דופן מבחינה זו היא קבוצת העובדים בצוות הטיפולי, מחצית מהם קיבלו הדרכה קבועה ומסודרת, שלושה רבעים מהעובדים מקבלים את ההדרכה מהממונה הישיר שלהם. מספר עובדים מקבלים את ההדרכה ממנהל המוסד או במרכז משען. 2 עובדים מקבלים את ההדרכה מהפסיכיאטר שעובד במקום ועובד אחד מקבל הדרכה מהפסיכולוג.

כללית, לשני שליש מהעובדים ההדרכה תורמת במידה רבה, ואילו בצוות הטיפולי הערכת ההדרכה חיובית אף יותר (88% ציינה שההדרכה תורמת מאד).

בשאלת סיכום נשאלו העובדים, האם הם מרגישים שמבחינה מקצועית הם מקבלים מספיק הכשרה וכלים לבצע את התפקיד?

לוח מס. 8 - שביעות רצון מההכשרה המקצועית, לפי סוג (אחוזים)

רמת שביעות רצון	אינדיבידואלי	קולקטיבי
עובדים - סה"כ	15	51
אחוזים - סה"כ	100	100
מספיק בהחלט	53	23
מספיק למדי	33	37
לא כל כך מספיק	14	26
כלל לא מספיק	-	14

שיעור שביעות הרצון גבוה יותר במוסד האינדיבידואלי, בהשוואה לקולקטיבי. כן נמצא שקבוצת העובדים הביקורתית ביותר ביחס להכשרה שהם מקבלים היא הקבוצה הטיפולית. הממצא האחרון הוא מעניין, מאחר והיקף ההשתתפות של עובדים מקבוצה זו כמסגרות ההכשרה השונות הוא הגבוה ביותר. יתכן שההסבר לממצא זה קשור לציפיות ולרמה המקצועית של כל קבוצת עובדים.

כאשר העובדים נשאלו מה חסר בתחום ההכשרה המקצועית, עלו הנושאים הבאים:

- חסרה הדרכה לעבודה בתחום מקצועי - כגון שיטות עבודה במרפאה, מטבח וכו'
- חסרה הדרכה בטיפול בדיירים ובני משפחותיהם
- חסרה הדרכה של פסיכולוג ופסיכיאטר
- חסר ידע בנושא זיקנה וגרנטולוגיה
- חסר גיבוי מקצועי
- חסרה עבודה רב-צוות
- הצוות איננו מקצועי די.

בולט שבתחומים לעיל, עולים נושאים ותחומים אשר בהם השירות הפסיכולוגי יכול לתרום לעובדים.

שביעות רצון ושחיקה בעבודה - מהנתונים אשר נאספו בשני שלבי המחקר, מתברר ששביעות הרצון הכללית של העובדים מעבודתם היא גבוהה מאד.

לוח מס. 9 - שביעות רצון העובדים מהעבודה, לפי שלב המחקר (אחוזים)

רמת שביעות רצון	שלב I	שלב II
מספר עובדים - סה"כ	48	73
אחוזים - סה"כ	100	100
מרוצה	85	85
לא מרוצה	15	15

כדיקת שביעות הרצון בתחומים ספציפיים; עניין בעבודה, יחסים בין עובדים ובתוך הצוות, יחס מהממונה, יחסים עם הדיירים ותנאי שכר, מצביעה על שביעות רצון גבוהה ברוב התחומים. התחומים בהם שביעות הרצון נמצאה גבוהה במיוחד היה עניין בעבודה והקשר עם הדיירים. חוסר שביעות רצון נמצא בשכיחות גבוהה יותר בתחומים של תנאי עבודה ושכר. יש להעיר ששיעור העובדים שהביעו שביעות רצון מיחסים בעבודה ומאווירה טובה בצוות, היה גבוה קצת יותר באינדיבידואלי מאשר בקולקטיבי. הנדל זה בין המעונות נמצא בשני שלבי המחקר. בקולקטיבי לעומת זה נמצאה שכיחות גבוהה יותר של שביעות רצון בתחום של קבלת גיבוי מהממונה, מהקשר עם הדיירים ומכך שהעבודה היא עם קשישים. יתכן שההסבר להבדל זה נעוץ בכך שבמוסד האינדיבידואלי הצוות הוא קטן ואינטימי ואילו במוסד הקולקטיבי מספר העובדים גדול הרבה יותר, ולכן הקשרים בין העובדים רופפים יותר. יש גם לזכור שהמוסד הקולקטיבי מנוסס על חיכוך קרוב בין דיירים ואנשי הצוות וקיימת מעורבות רבה יותר של אנשי הצוות והדיירים בחיי היומיום.

כבדיקת שביעות רצונם של עובדים אשר רואיניו בשני שלבי המחקר, התברר שכמחציתם נשארו באותה רמה של שביעות רצון (רובם היו מרוצים אז ונשארו כך גם היום). בקרב כרבע תל שיפור מסויים ברמת שביעות הרצון, ולגבי רבע נוספים חלה נסיגה מסויימת (בד"כ ההרעה היתה ממרוצה מאוד למרוצה).

כבדיקת ההבדלים ברמת שביעות הרצון לפי תפקיד נמצאו אמנם הבדלים מסויימים, אולם אי אפשר להצביע על סטיה משמעותית מהמגמות הכלליות שתוארו לעיל.

כאמור, הנתונים לגבי מידת העניין בעבודה אינם מצביעים על שחיקה במידת העניין וההתלהבות של מרבית העובדים בעבודתם. להיפך, מחצית מהעובדים דווחו שעם הזמן העניין שלהם בעבודה גדל ורק 16% דווחו על פחות במידת ההתלהבות שלהם. יש לציין שהשיפור הגבוה ביותר במידת העניין (64%) נמצא בקרב העובדים בצוות הרפואי סיעודי, ובקרב העובדים הטיפוליים נמצא השיעור הגבוה ביותר של שינוי שלילי (21%). התברר שהשינוי החיובי בהרגשה נגרם כתוצאה מניסיון שהצטבר, אוירה טובה בצוות, קשר עם הדיירים, ורמה מקצועית גבוהה יותר של הצוות. 10 עובדים (4 מתוכם מהצוות הטיפולי) דווחו שהשינוי לרעה נגרם כתוצאה

משחיקה בעבודה. מספר עובדים (7) בקולקטיבי מציינים שהעובדה שאוכלוסיית בית האבות מוגבלת יותר גורמת לשינוי שלילי בהרגשתם לגבי העבודה.

כשאלה מסכמת בשלב ה-I נתבקשו העובדים לציין באילו קשיים או בעיות הם נתקלים בעבודתם. רק כמחצית מהעובדים ציינו קיום בעיות. רבע מתוכם הזכירו בעיות טיפוליות עם דיירים ובעיקר התמודדות עם בעיות נפשיות והתאבדויות. שיעור נמוך יותר ציינו שהקשיים מתעוררים על רקע יחסי צוות גרועים או קשיים עם הממונה.

הנתונים מצביעים על שביעות רצון גבוה אולם נראה שהעובדים במוסדות מרגישים קשיים בשלושה תחומים - תנאי עבודה ושכר, בעיות ביחסי צוות וקשיים הנובעים ממצב הדיירים (מוגבלות פיסית ובעיקר קשיים להתמודד עם בעיות נפשיות). אולם בעוד שהבעיות בתחום הראשון והאחרון משותפות לעובדים בשני המוסדות, הבעיות ביחסי צוות צוינו בשכיחות קצת יותר גבוהה על ידי העובדים בבית-האבות הקולקטיבי.

א. עמדות הדיירים

שינויים כלליים והצעות לעתיד - בדיקת עמדות הדיירים לגבי השינויים שהתחוללו כמוסדות כחצי השנה שלפני ביצוע הראיונות, נועדה לספק מסגרת לבחינת מקומו של השירות הפסיכולוגי בתוך כלל השינויים האחרים שהתחוללו במקום ולזהות את התחומים שלדעת הדיירים עדיין דורשים שיפור, נבדל מאלה שבהם חלו שיפורים. שאלה לגבי הצעות לשיפורים ושינויים נועדה לזהות את השינויים החשובים בעיני הדיירים.

בדיקת העמדות נעשתה בשתי צורות. תחילה נתבקשו הדיירים באמצעות שאלה פתוחה להצביע על השינויים שהתרחשו לאחרונה בבית האבות ומתוכם לציין מה היה השינוי המשמעותי ביותר בשבילם. בשאלה השניה הוצגה בפני הדיירים רשימה סגורה של תחומים ולגבי כל אחד מהם התבקשו הדיירים לציין האם בתחום זה חלה לאחרונה הרעה, המצב יציב או חל שיפור.

כללית, כמעט מחצית מהדיירים לא יכלו להצביע על שינוי כלשהו שהתחולל במעון. 77% מדיירי קולקטיבי הרגישו בשינוי לעומת 47% מהדיירים במעון האינדיבידואלי. התפלגות זו משקפת מצב עובדתי, בתקופה שבו החל השירות הפסיכולוגי לפעול, התחוללו במעון הקולקטיבי שינויים אירגוניים ופרסונליים רבים (חילופי מנהלים, שיפוצים, תוספות בניה ושירותים וכו'). המעון האינדיבידואלי אופיין בתקופה זו בהמשכיות.

לוח מס. 10: עמדות כלליות של הדיירים לגבי שינויים במעונות, לפי סוג מוסד (אחוזים)

עמדה	קולקטיבי	אינדיבידואלי
לא הכינו בשינוי	100	100
מצביע על שיפורים	23	53
מצביע על השיפורים - קושר למנהלת החדשה	20	27
מצביע על הרעה כלכד	24	-
מצביע על שיפורים והרעה	11	14
מצביע על כך שיש צורך בשיפורים	10	1
לא יודע - דייר חדש	-	3
	12	3

השיפורים הבולטים שצוינו על ידי דיירי קולקטיבי היו שיפורים ושינויים בחזות החיצונית (12%) - תמונות, צמחים, כורסאות; שיפורים בתחום החברתי-תרבותי (6%) שיפור השירות הרפואי, שיפור בניקיון, שיפור בהגשה בחדר אוכל, שיפור בהתייחסות הצוות לדיירים הוזכרו על ידי דיירים מועטים. במעון האינדיבידואלי הודגש שיפור בתחום השירות הרפואי (4%) הוספת אחיות ויותר שעות שירות, וכשיפוצים החיצוניים (5%) - במשרדים מרפאה ובניקיון. רק 5 דיירים מהמעון האינדיבידואלי ציינו שיש שירות חדש של פסיכולוגית.

בתשובות לשאלות הסגורות, חוזר על עצמו הממצא כדבר שיפור משמעותי בתחום החברתי-תרבותי שהתחולל במעון הקולקטיבי ושיפור בשירות הרפואי במעון האינדיבידואלי. יש לציין שכאשר נשאלו הדיירים איזה שינויים ושיפורים יש לעשות, 20% מהדיירים במעון הקולקטיבי ביקשו לראות שיפור בכל מה שנוגע לשירות בחדר האוכל, טיב האוכל, הכלים, ויותר גמישות בשעות הארוחות. דיירים אחרים בקשו תיקוני מעלית ושיפור בניקיון. 13% מהדיירים טענו שיש להביא לשינוי בהתייחסות העובדים לדיירים - ובעיקר יותר תשומת לב ולפי הגדרתם "אוזן קשבת לבעיותיהם".

כללית, הצורך בשינויים צויין אמנם בתחומים רבים, אולם מספר הדיירים שכטאו את הצורך נמוך למדי. מגמה שניה שיש להצביע עליה היא, שהצורך בשיפורים בקולקטיבי צויין ביחס לפיתוח השירותים הקיימים בלבד. במעון האינדיבידואלי לעומת זה חלק מהצעות לשיפורים התייחסו לפיתוח שירותים שאינם קיימים (פתיחת חדר אוכל, מכולת, בית מרקחת). בנוסף לכך בקשו 6% מהדיירים שתהיה "אם בית" במקום ו-14% בקשו הרחבת שעות שירות רפואי כגון: חדר חולים, תורן כלילה ובלילות שבת.

בתחומים הנאים היתה דרישה לשיפור בשני המעונות: שיפור בתזוקת מעלית, שיפור בניקיון, ושיפור ביחס הצוות לדיירים ובעיקר הבקשה ליותר ביקורי בית בדירות.

הצורך בשיפור בחיי החברה והתרבות בא לביטוי משמעותי יותר באינדיבידואלי מאשר בקולקטיבי וממצא זה תואם את הנתונים שצויינו למעלה.

ממכלול הנתונים שהוצגו עד כה עולה ששילוב השירות הפסיכולוגי במעונות לא נתפס על ידי הדיירים כשינוי חשוב ומשמעותי בחייהם, או במערך הארועים שהתחוללו בבתי האבות.

ניתן לציין שצרכים לא מכוסים בלטו בתחומים הבסיסיים של הרגשת בטחון (מעלית, תזוקת בנין) טיב האוכל וסוג השירות בחדר האוכל, במעון האינדיבידואלי בלט מאוד הצורך בשירותים משלימים ותומכים, שאינם נמצאים בד"כ כדיור מוגן.

נוהלים כמעונות - אחד המאפיינים העיקריים של כל מוסד, כמו בית אבות, הוא קיום הגבלות ונוהלים המסדירים בצורה זו או אחרת היבטים שונים בחיי היומיום של הדיירים.

השאלה היא עד כמה הדיירים שבעי רצון ממיזת הפרטיות שיש להם במקום? עד כמה הנוהלים של קבלת דיירים חדשים או העברה לחדר (או לדירה אחרת) נראה להם או שהם היו רוצים שינויים בתחומים אלה ואם כן אילו?

לוח מס. 11 - עמדות דיירים לגבי נוהלים בבתי האבות, לפי תחום (חוזים)

תחום	אחוזים	אין צורך בשינוי	יש צורך במעט שינוי	יש צורך בשינויים רבים	יש צורך בשינויים רבים (קולקטיבי) (מתוך 100%)	יש צורך בשינויים רבים (אינדיבידואלי) (מתוך 100%)
קבלת דייר חדש	100	59	18	23	26	18
פרטיות של דיירים	100	82	7	11	17	4
חופש ועצמאות כיומיום	100	98	1	1	-	-
העברת דיירים לחדר אחר	100	66	10	24	30	16
העברה למוסד סיעודי	100	69	16	15	24	8

כללית, שיעור ניכר מאד מהדיירים שבעי רצון ממסגרת הנוהלים הקיימת במוסד בו הם מתגוררים. שיעור שביעות הרצון גבוה במיוחד בכל מה שנוגע להרגשת פרטיות ומידת החופש שיש להם. התחומים בהם כשליש ויותר מהדיירים ציינו שיש צורך בשינויים נוגעים ל-3 מעברים חשובים ומשעותיים בחיי דייר במוסד - המעבר לבית אבות, מעבר בתוך בית האבות - לחדר אחר או לדירה אחרת והיציאה מבית האבות - ובמקרה זה מעבר למוסד סיעודי. בשלושת התחומים, הצורך בשינויים הודגש בשכיחות רבה יותר על ידי דיירים מקולקטיבי מאשר באינדיבידואלי. יש להניח שהסיבה העיקרית להבדל הוא שבמסגרת מוסדית כמו המעון הקולקטיבי שינויים אלה (מעבר לחדר אחר או למוסד סיעודי) הם בעלי חשיבות רבה וההסתברות לקיומם היא רבה. לגבי ההצעות לשיפורים מעניין לציין את המגמות הבאות:

קבלת דייר חדש

17% מהדיירים טענו שיש להיות יותר סלקטיביים בקבלת דיירים חדשים, בעיקר יותר סלקטיביים מבחינת מצב הבריאות של המועמדים. 8% נוספים חשבו שיש לקצר את תקופת ההמתנה. תחום שיפור נוסף הוא שיפור בהתייחסות וביחס לחדשים - כגון לתת יותר הסברים, להתעניין ולעזור לחדשים.

פרטיות

בתחום זה, השיפור העיקרי אשר הוצע על ידי 9% מהדיירים היה בניית חדרים נפרדים.

העברה לחדר אחר

בתחום זה 13% מהדיירים טענו שיש לזרז וליעל את התהליך ועוד 5% חשבו שהדרך לשיפור המצב היא לבנות חדרים נוספים.

העברה למוסד סיעודי

מניתוח תשובות הדיירים עולה ש-8% מהדיירים מרגישים שהתהליך הוא מסורבל וארוך מדי, 6% נוספים מדגישים שיש להקפיד על העיתוי של המעבר, זאת אומרת לא לעשות זאת מאוחר מדי. 4% מהדיירים חושבים שיש להעביר למוסד יותר דיירים אשר אינם מתפקדים באופן עצמאי. רק 2% מהדיירים מרגישים שיש ליקויים בתהליך עצמו ויש להכין טוב יותר את המועמדים למעבר למוסד הסיעודי.

מעורבות במצבים בין אישיים בתוך המעון - בנוסף לבחינת עמדות דיירים בתחומים שונים של חיי היומיום, נשאלו הדיירים כיצד הם היו מגיבים במצבים בהם מעורבים דיירים אחרים. לשאלה זו מספר מטרות. המצבים שנבחרו כמצבי סימולציה, מייצגים בד"כ מצבי משבר (חוסר תיפקוד, רצון להתאבד) אולם הם לקוחים ממצאות חיים של הדיירים. בהצגת מצבים אלה נעשה ניסיון לזהות את דפוס התגובה של הדיירים ואת הגורמים במערכת אליהם פונים לשם קבלת עזרה במצבים הנ"ל. מטרה נוספת היא לזהות מתוך התשובות את מקומו של השירות הפסיכולוגי כמקור לעזרה ויעוץ בהשוואה לנותני שירותים אחרים.

המצבים אליהם הדיירים התבקשו להתייחס הם:

- אתה שם לב או נמסר לך שדייר שאתה מכיר איננו קם ממיטתו, איננו אוכל את ארוחותיו או איננו עורך קניות.
- מה היית עושה אם דייר שאתה בקשר איתו מאשים באופן קבוע אחרים שגונבים את כספו או גונבים דברים אחרים ששייכים לו.

- אתה שם לב שאחד הדיירים איננו מוצא את חדרו, טועה במסדרונות או נכנס לחדר/דירתך או לחדר/דירות של דיירים אחרים.

- אחד הדיירים מספר לך שיש לו רעיונות לפעילות משותפת או לחוג עבור הדיירים בשעות הערב.

- אחד הדיירים מספר לך שאין לו בשכיל מה לחיות, מספר לך שהוא מרגיש מדוכא ונמאס לו מהחיים.

- אחד הדיירים מתלונן בפניך באופן קבוע על אחד מאנשי הצוות.

לגבי כל אחד ממצבי הסימולציה הדיירים נשאלו:

- מה אתה היית עושה?

- למי היית מודיע?

- מי בעיקר יכול לעזור במצבים אלה?

התשובות הפתוחות של הדיירים סווגו לפי המאפיינים הבאים:

(1) באיזו רמת מעורבות נוקט הדייר? האם הדייר מטפל במצב בעצמו, מתערב וגם מערב אחרים, מעביר את כל הטיפול לאחרים או נוקט בעמדת המנעות - לא רוצה לשמוע לא רוצה להתערב או מרגיש שאינו יכול להתערב.

(2) באיזה סוג התערבות נוקט בד"כ הדייר? האם הוא עושה פעולה קונקרטיה כגון מוביל את הדייר לחדרו, קונה בשבילו במכלת וכו', או האם הוא בעיקר מיעץ, בעיקר מאזין או רק מפנה לגורם אחר?

(3) המאפיין השלישי בניתוח התגובות היה גורם העזרה העיקרי אליו פונים הדיירים בכל מצב.

לוח מס. 12 - הדיירים, לפי רמת המעורבות במצבים השונים (אחוזים)

המצב	סה"כ אחוזים*	מטפל בעצמו	מתערב וגם מערב	מעביר את הטיפול	נמנע
דייר לא קם	100	19	23	43	15
דייר מאשים בגנבה	100	29	6	15	50
דייר לא מוצא את חדרו	100	63	16	16	5
לדייר יש רעיון לחוג	100	38	6	5	51
לדייר נמאס מהחיים	100	51	20	12	17
דייר מתלונן על איש צוות	100	31	1	7	61

* ההתפלגות מיצגת את כלל דיירי המעונות: כ-800 דיירים.

הלוח מורה על שונות רבה ברמת המעורבות של הדיירים במצבים השונים. רמת המעורבות הגבוהה ביותר של הדיירים היא במצבי משכר כאשר דייר לא מוצא את חדרו (63%) או מספר שנמאס לו מהחיים (51%). כצפוי שיעור ההמנעות במצבי

משבר אלה הוא הנמוך ביותר. רמת ההימנעות הגבוהה ביותר היא במצבים נייטרליים, כאשר אין סכנה לדייר האחר כגון: דייר מאשים בגנבה, לדייר יש רעיון לחוג או דייר מתלונן על איש צוות. מעניין לציין שבמצב שבו דייר לא מתפקד (לא קם, לא אוכל). רוב הדיירים נוטים לערב אנשי צוות אם על ידי הפניה (43%) או על ידי שיתופם בטיפול (23%).

סוג הפעילות חופף לרמת המעורבות, כאשר עזרה ממשית ויעוץ מאפיינים מעורבות אישית ואילו האזנה והפניה מאפיינים העברה והמנעות.

כהשוואה בין תגובות הדיירים בשני המעונות נמצא ששיעור גבוה יותר של דיירים בקולקטיבי נוטים למעורבות אישית במצבים השונים. ממצא זה ניתן להסביר על רקע המאפיינים הקהילתיים השיתופיים של המעון (דיור משותף, ארוחה משותפת, פעולות חברה וכו'). אורח חיים זה מחייב קשר שוטף וממושך בין הדיירים וכמובן מעורבות רבה של אחד בחיי השני.

לוח מס. 13: שיעורי פניה לעזרה לגורמים השונים, לפי מצב (אחוזים)

מ	צ	ב	צוות רפואי	הנהלה משרד	צוות טיפולי עו"ס, אם בית	פסיכולוג פסיכיאטר**	משפחה	דיירים אחרים לועד הדיירים	צוות טכני	גורם חוץ	לפי הענין
-	1	1	3	3	1	45	29	15	דייר לא קם ממטחו	-	
-	4	-	2	2	5	13	20	-	דייר מאשים אחרים	-	
-	3	1	2	1	3	11	20	3	דייר אינו מוצא חדר	-	
-	-	-	19	1	-	9	16	-	לדייר יש רעיון	-	
1	1	1	6	4	12	16	12	6	דייר נמאס	-	
3	-	-	5	-	2	12	15	-	דייר מתלונן	-	

* כל תא מציין את שיעור הדיירים אשר ציינו גורם מסויים. כל דייר יכול לציין מספר גורמים ולכן סה"כ לא מסתכם ל-100%.

** בעקבות דרישה של השירות הפסיכולוגי ובתמיכתה של הנהלת משעו, צורף במהלך השנה הראשונה לפרוייקט פסיכיאטר שעבד בשני המעונות. הפסיכיאטר קיבל הפניות מכל עובדי המעונות והשתתף באופן פעיל בפגישות והישיבות של השירות הפסיכולוגי.

בחינת הנתונים בלוח מורה שהצוות הטיפולי במעונות (עובדים סוציאליים ואמהות בית) והצוות המינהלי מהווה לדיירים רבים את הכתובת העיקרית לפנייתם.

השירות הפסיכולוגי נתפס ככתובת רלוונטית במצב שבו הדייר מבטא רצון לא להמשיך לחיות. אולם גם אז שיעור דומה מהדיירים מציינים את הצוות הטיפולי או ההנהלה ככתובת לפנייה או להפניה.

נתן לסכם, שדיירים רבים במעונות תופסים מצבים של כלבול או זכאון של האחרים, כמצבים שהם יכולים להתמודד עמם לבד. המצב היחידי שבו הם נוטים לערב גורמים אחרים הוא מצב של חוסר תיפקוד. בולט שבמצבים של תלונות (מאשים בגנבה, מתלונן) חלק גדול מהדיירים אינם מעוניינים ואינם נוטים להתערב. הצוות הטיפולי וההנהלה (כולל המזכירות) מהווים כתובת לכל המצבים. השירות הפסיכולוגי נתפס כרלוונטי בעיקר במצב של זכאון, אולם גם אז השירות איננו הכתובת היחידה או העיקרית.

ב. עמדות צוות העובדים

ביחס לזקנה, זקנים ועבודה עם זקנים - בפרק זה נבחנו תפיסות ועמדות העובדים כלפי זקנה, כאשר דגש מיוחד הושם על בדיקת השלכות אישיות ומקצועיות שיש לעבודה עם זקנים. העובדים התבקשו להביע את הסכמתם או אי הסכמתם עם מספר משפטים המבטאים גישות חיוביות ושליליות בנושא. מטרת הבדיקה, לנסות ולהקיש מעמדות להתנהגות ולהעריך את השינויים שחלו בין שתי תקופות המחקר, לבחון באופן עקיף את השפעתו של השירות הפסיכולוגי בתחום. חשוב כאן לציין שאחד התחומים הבעייתיים במדעי החברה הוא מידת הקשר בין עמדות מוצהרות והתנהגות. למרות חילוקי הדעות בדבר יכולת הניכוי מעמדות להתנהגות, בדיקה זו מקובלת עדיין במחקרים רבים. השאלה, האם התשובות מבטאות עמדות "אמיתיות" או את מה שהעובדים חשבו שהשואל רוצה לשמוע, אינה ברורה בשלב זה.

לוח מס. 14: שיעור העובדים אשר הסכימו עם עמדות שונות, לפי שלב המחקר*
(אחוזים)

שלב II	שלב I	ע מ ד ה
36	27	בעבודה עם קשישים העובדים מנצלים מעט מהכשרונות והיכולת שלהם
84	79	עבודה עם קשישים נחשבת כעבודה מכובדת
48	60	בעבודה עם קשישים קשה להבחין כתוצאות למאמץ הרב שמשקיעים
89	89	ללא עזרה קשישים רבים לא יוכלו להסתדר
80	89	נעים לעבוד עם קשישים
64	71	בעבודה עם קשישים יש תמורה רבה שקשה להבחין בה
41	39	לעיתים קרובות קשה לסכול את הקשישים
82	77	אסור לנו להזניח את הקשישים כי יש להם עדיין מה לתרום
82	86	עבודה עם קשישים יכולה להיות מרתקת ומענינת מאוד
67	67	עבודה עם קשישים יכולה להיות מאוד שוחקת ומעייפת
48	50	לקשישים קשה להחליט מה טוב בשבילם ומה לא

* לגבי כל משפט התבקשו העובדים לציין את מידת הסכמתם על סולם מ-1 עד 4. 1 = מסכים מאוד ו-4 כלל לא מסכים. האחוז בלוח הוא שיעור מסכימים ומסכימים מאד מתוך כל העובדים. המשפטים תורגמו ממחקרים שונים בנושא של בדיקת עמדות כלפי קשישים, והותאמו למחקר הנוכחי.

מהנתונים בלוח עולה שלגבי רוב העובדים, לעבודה עם זקנים יש צדדים אטרקטיביים כגון: העבודה מכובדת, מרתקת, מעניינת ונעימה. בתחושה חיובית זו לא נמצא הכדל בשני שלבי המחקר. לצד עמדות חיוביות אלה, באה לביטוי משמעותי גם התחושה שעבודה עם קשישים יכולה להיות שוחקת ומעיפת, וכ-40% מהעובדים גם מרגישים שלעיתים קרובות קשה לסכול את הקשישים. מעניין לציין שבהשוואה בין קבוצות העובדים יותר מעובדי תחזוקה ומטבח הביעו תחושות שליליות מאשר עובדים בקבוצות האחרות. עובדים רבים יותר בצוות הטיפולי (46%) מרגישים שבעבודה עם קשישים הם אינם מנצלים את היכולת שלהם, אולם שיעור ניכר מהם (77%) אינם מסכימים למשפט "שבעבודה עם קשישים קשה להבחין כתוצאות למאמץ הרב שמשקיעים".

אחד הביטויים המעניינים לתפיסה של צוות העובדים את האוכלוסייה שנטיפולם הוא, ש-90% מסכימים עם המשפט "ללא עזרה קשישים רבים לא יוכלו להסתדר". ביחס למשפט זה לא נמצא הכדל לפי שלבי המחקר ולפי תפקיד. כמחצית מהעובדים

גם מסכימים שלקשישים קשה להחליט מה טוב בשבילם ומה לא. כאן יש לציין, שכהשוואה בין שני המוסדות, יותר עובדים מהמוסד הקולקטיבי מאשר באינדיבידואלי בדעה שקשישים אינם יכולים להסתדר לבד, והם מוצאים את העבודה עם קשישים שוחקת ומעייפת הרבה יותר. יתכן שבאמצעות הדרכה ותמיכה יכול השירות הפסיכולוגי להפחית מתחושת השחיקה והעומס של העובדים.

לסיכום הנתונים יש לציין שבתפיסת העובדים את העבודה עם זקנים בולטת המגמה החיובית. בכחינה מדוקדקת יותר ניתן להבחין בשחיקה ועייפות כלליים, וכתסכול מסויים של העובדים המקצועיים. עובדים רבים מרגישים גם שהקשישים אינם יכולים להסתדר או לקבל החלטות לבד. גישה זו, האופיינית יותר למוסד הקולקטיבי, קשורה כנראה למידת המוגבלות האוטיקטיבית של האוכלוסייה.

בבדיקת תשובות העובדים אשר רואיינו בשני שלבי המחקר לא נמצאה מגמה ברורה של שינויים, ושיעור ניכר מהעובדים הכיעו עמדות זהות בתקופות השונות.

מצבי סימולציה - כמטרה לנסות ולעגן עמדות כלליות של עובדים במצבים קונקרטיים, הוצגו בפני העובדים מצבי סימולציה, דומים או זהים לאלה שהוצגו בפני הדיירים (ראה סעיף א בפרק זה). לגבי כל אחד מהמצבים התבקשו העובדים לציין האם נתקלו במצב זה ואם כן, האם טיפלו במצב זה לבד או עם עובדים אחרים? ומי הם העובדים האחרים שהיו מעורבים בטיפול?

(אחוזים)

סימולציה	סה"כ באחוזים	שלב המחקר	לא נתקל במצב כזה	1	2	3	4
			מטפל בעצמו ו גם משתף אחרים	מטפל בעצמו בבעיה	מטפל בעצמו	מטפל בעצמו וגם משתף אחרים	מעביר לאחרים לטיפול

א. אי-תיפקוד

25	38	10	27	I	100	אתה שם לב או נמסר לך שקשיש מסויים איננו קם ממיטתו, אינו אוכל את ארוחותיו, או איננו עורך קניות.
22	49	10	19	II	100	

ב. האשמה

21	29	21	29	I	100	קשיש איתו אתה בקשר, מאשים באופן קבוע דיירים אחרים שגונבים את כספו.
23	30	17	30	II	100	

ג. בלבול

13	31	46	10	I	100	אחד הדיירים איננו מוצא את חדרו ונכנס לחדרים של אחרים
17	17	44	22	II	100	

ד. אי שליטה

21	15	2	62	I	100	מתברר לך שאחד הדיירים שאתה בקשר איתו אינו שולט על הסוגרים
38	35	9	18	II	100	

ה. איום בהתאבדות

56	13	8	23	I	100	אחד הדיירים מאיים בהתאבדות
38	35	2	25	II	100	

בתחום זה חלה עליה מהשלב הראשון במחקר לשלב השני במספר העובדים שמטפלים בבעיה בשיתוף אחרים. בהשוואה בין קבוצות העובדים נמצא ששלושה רבעים מהעובדים בצוות הרפואי והטיפולי נוהגים כך ואילו בין עובדי מנהל-מזכירות וצוות התחזוקה הנטיה היא להעביר את הטיפול לאחרים. הצוות הרפואי הוא המקור העיקרי לקבלת הפניות מסוג זה, וגם אל הצוות הטיפולי פונים במקרים רבים. (כרבע מהפונים) 3 עובדים ציינו שהם פונים אל השירות הפסיכולוגי לשם טיפול בבעיה.

ב. האשמה

כאשר לעובדים מתברר שקשיש מאשים דיירים אחרים בגנבה, כמחציתם בוחרים להתערב באופן פעיל במצב. יש לציין שעובדים רבים מעובדי תחזוקה ומטבח לא נתקלים בסיטואציה מסוג זה והיתר מעדיפים להעביר את הטיפול לגורם אחר. לעומתם מעטים מהצוות הרפואי והטיפולי בוחרים להעביר את הבעיה לאחרים, ורבים מהם מטפלים בבעיה בשיתוף אחרים. מעניין לציין שבמקרים כאלה 11 העובדים בחרו לשתף עובדים מהצוות הרפואי. 14 עובדים בחרו לשתף את הצוות הטיפולי ו-19 עובדים ציינו שיפנו לשירות הפסיכולוגי על מנת לפתור את הבעיה.

ג. בלבול

כמצבים שבהם הדייר מגלה בלבול, כמעט מחצית מהעובדים בשתי התקופות, ציינו שיטפלו בבעיה לבד, וגישה זו מאמצים חלק ניכר מהעובדים בצוות הרפואי והטיפולי. מאחר וחלק גדול מהעובדים (מלבד תחזוקה ומטבח) מעדיפים לטפל במצב זה לבד, שיעור הפניה לגורמים אחרים הוא נמוך. אולם, גם במקרה זה מספר עובדים ניכר (10) פונים לצוות הרפואי והטיפול. 6 עובדים פונים גם לשירות הפסיכולוגי.

ד. אי-שליטה

מצב של אי שליטה על הסוגרים, הוא מצב ששני-שליש מהעובדים בקולקטיבי לא נתקלו בו בשלב הראשון במחקר. כמעט ולא נתקלו בו גם במוסד האינדיבידואלי. בשלב ה-II מעט מאוד עובדים יכולים להתמודד עמו לבד, ורובם מעדיפים לשתף אחרים או להעביר אותו לטיפולם של האחרים. כצפוי רב רובם של העובדים בצוות הרפואי (79%) ציינו שהם מטפלים במצבים אלה ומשתפים אחרים. עובדי הצוות הרפואי מהווים את האינסטנציה העיקרית לפניות של אחרים (40 עובדים פונים לצוות לעזרה). אין כמעט פניה לגורמים אחרים.

ה. איום בהתאבדות

ביחס להתערבות העובדים נמצא של איום בהתאבדות ניתן לציין שבהשוואה בין שתי התקופות כולטת המגמה שבה יותר עובדים בשלב ה-II מתערבים במצב (35% לעומת 13% בשלב ה-I) ורק 38% מעבירים את הטיפול לאחרים. מעניין לציין ששיעור גבוה (42%) מכין עובדי הצוות הטיפולי בוחרים להעביר את הטיפול באיום להתאבדות לאחרים. חשוב לציין שלשירות הפסיכולוגי פונה המספר הגבוה ביותר של עובדים. (30) ולשירות הרפואי פונים 19 עובדים. לצוות הטיפולי פונים פחות עובדים (11) מאשר לצוותים הנ"ל.

כהשוואה בין שתי התקופות בולטת בתשובות העובדים מגמה מסויימת ליתר מעורבות במצבי משבר עם דיירים, אם בהתערבות אישית או על ידי שיתופם של אחרים. יתכן שאחד ההסברים למגמה זו הוא שהעובדים מרגישים שיש להם את הכלים המקצועיים להתמודד עם מצבים אלה.

ממצא חשוב נוסף נוגע למעורבות השירות הפסיכולוגי במצבי משבר כתוך בית האבות. מהנתונים עולה שעובדים רבים רואים בשירות הפסיכולוגי (כולל הפסיכיאטר) כתובת לגיטימית ולעיתים העיקרית לפניה לשם טיפול בבעיה. שני המצבים שבהם שיעור הפניה לשירות נמצא גבוה במיוחד הוא כאשר יש איום בהתאבדות או יש חשש לפארנויה (דייר מאשים).

נוהלים בבית האבות - במטרה לזהות שינויים בעמדות העובדים בתחומים החשובים לחיי הדיירים (ראה סעיף א בפרק זה) נתבקשו העובדים לציין האם יש לשנות את הדפוסים והנוהלים הקיימים ואם כן כיצד?

לוח מס. 16 - העובדים בשלב II המציעים לעשות שינויים בנוהלים לפי סוג המוסד* (אחוזים)

אינדיבידואלי	הקולקטיבי	סה"כ	האם אתה חושב שיש צורך לעשות שינויים
47	19	24	בתהליך קבלת דיירים חדשים?
0	38	38	במידת הפרטיות של דיירים בבית האבות?
0	11	11	במידת החופש והעצמאות של דיירים בחיי היום-יום?
7	22	19	כאופן העברת דיירים לחדר אחר בבית אבות?
34	27	27	כאופן העברת דיירים למוסד סיעודי?
0	10	8	שיתוף דיירים בהחלטות העשויות להשפיע על חיי היום-יום

(* מבטא את אחוז העובדים הטוענים שיש צורך בשינויים כלשהם.)

שיעור ניכר מהעובדים בשני שלכי המחקר לא היה מודע לנוהלים ולדפוסים הקיימים כנתי האבות בתחומים המצויינים לעיל. עובדים לא רבים בשני השלבים ציינו את הצורך בשינויים כלשהם, ושיעור עוד יותר נמוך ציינו את הצורך בשינויים רבים.

כלוח בולטים הנדלים משמעותיים בעמדת העובדים בשני כתי האבות. חוסר שביעות רצון בולט מביעים העובדים מהמוסד האינדיבידואלי ביחס לאופן קבלת דיירים חדשים וביחס לאופן העברת דיירים למוסד סיעודי. יש לציין שבהשוואה לפי תפקיד, העובדים מהצוות הרפואי בטאו יותר מעובדים אחרים את הצורך בשינויים.

השינויים המוצעים בנוהלים לפי תחומים הם:

- קבלת דייר חדש - הכנה מוקדמת הכוללת סיור, דברי הסבר וכו'.
- הערכה פסיכולוגית לפני קבלה.
- ביצוע שינויים בטפסים, שאלונים באופן תאום.
- שילוב בני משפחה בתהליך.
- קבלת אנשים ברמת תיפקוד טובה.

- מידת הפרטיות - הפיכת חדרים זוגיים לבודדים.
- התחשבות בפרטיות, לדפוק כדלת, לתאם מראש, להזמין למרפאה.
- שינוי בגישת העובדים.

- מידת העצמאות - הגמשת המערכת; שעות ארוחה, שעת כיקורים, שעות רחצה.
- לאפשר יותר חופש החלטה.
- לפתוח חנות.

אופן העברה לחדר

- קניעת סדרי עדיפויות.
- קיום שיחות עם הדיירים.

העברה למוסד סיעודי

- להבין טוב יותר את הזקן ומשפחתו.
- לשתף את השירות הפסיכולוגי.
- לפשט את הסירבול הביורוקרטי.
- לכנות מחלקה סיעודית.

שיתוף דיירים בהחלטות

- לפתח יותר עזרה הדדית.
- לערב את הדיירים יותר על ידי קבוצות, ועדים, צוותים.
- לאפשר לעובדים ולדיירים לנהל את המקום.
- להתחשב יותר בדיירים וליישם את דעתם.

א. תפיסת תפקידו של השירות הפסיכולוגי בבית האבות - דיירים⁶

מקומו ותפקידו של השירות הפסיכולוגי הוגדר עד כה באמצעות בחינת תפיסות ועמדות כוללניות של הדיירים. בפרק זה נבחנת תפיסת תפקידו של הפסיכולוג בבית האבות, באמצעות שאלות ישירות. המטרה העיקרית בהצגת שאלות אלה בפני הדיירים היתה: לזהות ולתאר את יחס הדיירים כלפי השירות החדש, לאפיין את תחומי הטיפול של השירות הפסיכולוגי, כפי שהם נתפסים על ידי הדיירים.

את כלל הדיירים ניתן לחלק לשלוש קבוצות לפי ייחסן לשירות החדש.

דיירים שלא שמעו כלל על השירות הפסיכולוגי ואין להם עמדה בנושא.

דיירים בעלי גישה שלילית לגבי השירות ותפקידו בבית האבות.

דיירים בעלי גישה חיובית לגבי תפקיד השירות בבית האבות.

מחצית מכלל מהדיירים בשני המעונות שמעו על השירות הפסיכולוגי במוסד בו הם מתגוררים (44% באינדיבידואלי לעומת 62% בקולקטיבי). ל-12% מהם עמדה שלילית כלפי השירות הפסיכולוגי (כגון: אין בכך צורך, אינני רוצה לחשוב על כך, לא מאמין בפסיכולוג. ל-38% גישה חיובית, ולדעתם נמצאים הנאים כדאי לפנות לפסיכולוג.

לוח מס. 17 - הדיירים לפי בעיה איתה כדאי לפנות לפסיכולוג (אחוזים)

שיעור הדיירים*	בעיה
42	בעיות אישיות עקב זיקנה, קשיים בזיקנה
40	בעיות נפשיות, בדידות
17	בעיות משפחתיות
12	בעיות בזכרון
9	בעיות ביחסים בין אישיים
5	בעיות בתיפקוד של יום יום
4	בעיות הסתגלות לבית אבות

* כל דייר יכל לציין מספר בעיות שבהם כדאי לפנות לפסיכולוג, לכן סה"כ לא שווה ל-100. השעור בלוח הוא מתוך הדיירים ששמעו ומכירים את השירות הפסיכולוגי.

(8 הנתונים משוקללים לכלל הדיירים בבתי האבות.

בהגדרת תפקידו המצופה של פסיכולוג בבית האבות ייחסו חלק מהדיירים תכנים אקטיביים לתפקיד כגון: יוזמה לביקור בחדרים, ליצירת קשר, או ברור בעיות ובדיקת מצב הדיירים. מצופה גם שהפסיכולוג יגלה הבנה וקבלה ויתן תמיכה ועזרה.

לוח מס. 18: הדיירים, לפי אפיון תפקיד הפסיכולוג (אחוזים)

אפיון תפקוד	שיעור הדיירים
להיות אקטיבי - להתעניין, לבקר, ליזום	9
לכרר בעיות - תופעות חריגות	15
ללמד את הדיירים להתמודד	13
לעזור - להקשיב, לקבל, לספק חום	51

* כל דייר יכול לציין מספר תפקידים. השעור הוא מתוך כלל הדיירים.

בתפיסת הדיירים את תפקיד הפסיכולוג ביחס לצוות העובדים, בלטו המגמות הבאות: שיעור ניכר מהדיירים (20%) בטאו גישה שלילית לגבי קשר אפשרי בין הפסיכולוג לבין עובד אחר בצוות. חלקם מתוך הרגשה שפסיכולוג לא יכול לעזור וחלקם טענו. שאין קשר בין התחומים. כ-30% מהדיירים ציינו תפקידים ייחודיים של הפסיכולוג בהקשר לצוות העובדים. מנתונים אלה עולה הכתנה מעניינת שעשו הדיירים בין תפקידים שנועדו לעזור לדיירים עצמם (קבלת מידע על דיירים על מנת לעזור להם, שיפור היחסים בין הדיירים לצוות העובדים) לבין תפקידים שנועדו לעזור לעובדים עצמם כגון עזרה לצוות בשל מועקה והתמררות.

בתאור תפקידו המצופה של הפסיכולוג מבחינת בני המשפחה של הדיירים מתכרר ש-13% מרגישים שלפסיכולוג אין כל תפקיד בתחום זה, ושאינן צורך במעורבות כלשהי ו-1% מהדיירים בטאו אף חשש שקשר מסוג זה יכול להזיק, מאחר והוא יהווה עומס נוסף על בני המשפחה. 36% מהדיירים ציינו שיש לפסיכולוג תפקיד בתחום זה.

לוח מס. 19 - הדיירים, לפי אפיון תפקיד הפסיכולוג מבחינת בני המשפחה (אחוזים)

אפיון תפקוד	שיעור הדיירים*
לעזור בבעיות בין דיירים ובני משפחה	12
להדריך את בני המשפחה, בזכאון או בעיה אחרת	12
לקבל מהמשפחה מידע דרוש על הדייר	8
כללית, טוב ורצוי שיהיה קשר	6
להשפיע על המשפחה להרבות בביקורים	5

* ראה הערה ללוח מס. 18.

כ. ציפיות ותפיסת תפקיד - צוות העובדים

כניסת השירות הפסיכולוגי לבתי האבות היתה מלווה במפגשים עם צוותים אחרים כמעונות. כפגישות אלה הוגדרו ותוארו מטרות השירות ופורטו התחומים שבהם יעסקו הפסיכולוגים. יתכן, שלמפגשים אלה היתה השפעה על בנית ציפיות גבוהות של העובדים מהשירות החדש. מבדיקה ראשונית, אשר נערכה עם כניסת הפסיכולוגים לעבודה, התברר ש-88% מהעובדים ציפו לתרומה רבה של השירות לדיירים ו-73% ציפו לתרומה כזו גם לעובדים. את התרומה לדיירים הגדירו העובדים בתחומים הבאים:

- פתרון בעיות באופן מקצועי
- קליטה ועזרה לדיירים חדשים
- שינוי דימוי הדיירים בעיני עצמם
- מקור לתמיכה וקשב לדיירים

תפקידי השירות הפסיכולוגי ביחס לצוות תוארו באופן הבא;

- להוות את הסמכות המקצועית
- לעזור בפתרון בעיות בתוך הצוות
- להיות מקור תמיכה לצוות
- להיות מקור להדרכה ויעוץ בקשר לבעיות המתעוררות עם הדיירים.

הנתונים אשר יוצגו בפרק זה ובבאים אחריו נועדו לענות על השאלה מה קרה לציפיות אלה בפועל? עד כמה נבחן מקומו של השירות הפסיכולוגי בתוך מכלול של תחומים, ואילו בפרק זה שילובו ותרומתו של השירות נבדק באופן ישיר ומפורט.

רוב רובם של העובדים (88%) נשלב ה-II שמעו על קיומו של השירות הפסיכולוגי בבתי האבות. 20 עובדים (רובם מהקולקטיבי) לא הכירו את הפסיכולוגים עצמם. כאשר נשאלו העובדים מה לדעתם תפקיד הפסיכולוג בבית האבות רובם ציינו תפקידים הקשורים לטיפול בדיירים ומעטים יחסית הזכירו תפקידים הקשורים לצוות העובדים, וגם אז לא כתפקיד עיקרי, אלא משני.

לוח מס. 20 - העובדים, לפי תפקיד הפסיכולוג בבית האבות (מספרים)

מס' העובדים*	תפקיד
37	לפתור ולטפל בבעיות הדיירים
43	לעזור בבעיות ספציפיות של דיירים (דכאון, שכול, מעבר למוסד)
15	לעזור לצוות-יעוץ, הדרכה, תמיכה
9	לטפל בדיירים בקבוצה
7	לעזור בקליטת דיירים חדשים
4	להיות איש קשר עם צוותים אחרים

* כל עובד יכל להזכיר מספר תפקידים.

חשוב לציין ש-93% מהעובדים במוסד האינדיבידואלי ראו את התפקיד העיקרי של הפסיכולוג בטיפול בדיירים ועובדים ספורים, הזכירו תחומים נוספים הקשורים גם לצוות.
על מנת לנסות ולחדד את תפיסת תפקיד הפסיכולוג, נתבקשו העובדים להשוות בין תפקיד הפסיכולוג לתפקיד העובד הסוציאלי במעון.

44% מהעובדים טוענים שהתפקידים שונים במידה רבה ו-27% מרגישים שוני רק במידה מסוימת. מעניין שאבחנה ברורה יותר בין תפקידים נעשתה יותר על ידי עובדי הקולקטיבי מאשר עובדי המעון האינדיבידואלי. יש לציין ש-9 עובדים לא רואים הבדל בין תפקיד הפסיכולוג לתפקיד העו"ס בבית האבות. למחצית מהעובדים בשני המוסדות ברור מה תפקיד הפסיכולוג ואת מי להפנות לשירות, לרבע נוסף התפקיד ברור למדי וליתר העובדים (19) לא כל כך ברור או בכלל לא ברור להם באילו בעיות לפנות לשירות, או את מי להפנות. את אי הבהירות הרבה ביותר בין התפקידים בטאו עובדים בצוות הטיפולי הכולל עובדים סוציאליים ואילו רבים מצוות תחזוקה ומטבח ציינו שאינם יודעים באילו בעיות לפנות לשירות או אילו דיירים להפנות.

שיעור ניכר מהעובדים (40%) מגדירים את ההבדל בין שתי הפרופסיות בתחום העיסוק ובאופן ההתערבות. העובד הסוציאלי נתפס יותר כמי שמטפל בצד האירגוני והכספי, ואילו הפסיכולוג כמי שמתערב בצד האישי והנפשי. כרבע מהעובדים רואים את ההבדל בכישורים השונים (פסיכולוג יותר מעו"ס) ומכאן נובע ההבדל בחומרת ובקושי הבעיות ששניהם מטפלים. מספר עובדים נוספים הדגישו יותר הבדלי אישיות והאחרים את מקומו של הפסיכולוג במוסד, קרי, העובד הסוציאלי יותר מעורב והפסיכולוג נמצא יותר בחוץ.

לסיכום, כמחצית מהדיירים נבתי-האנות מודעים לקיומו של השירות הפסיכולוגי במוסד, שלושה רבעים מהם מאבחנים מצבים שבהם כדאי לפנות לפסיכולוג. בקרב צוות העובדים קיימת מודעות רחבה יותר לקיומו של השירות וליותר ממחציתם ברור מה תפקידו של הפסיכולוג ואת מי להפנות לשירות.

ג. התערבות השירות הפסיכולוגי

כמסגרת מערך המחקר נתבקשו הפסיכולוגים לסכם כל התערבות אישית שנעשתה על ידם. ההתערבות האישיות כללו פניות עצמיות, הפניות של דיירים על ידי אנשי צוות או התערבות יזומה של הפסיכולוגים.

כפרק זה מובאים נתונים אשר נאספו מ-68 טפסי מעקב המסכמים התערבות אישיות של השירות הפסיכולוגי מספטמבר 1986 עד פברואר 1988. יש לציין שלא כל הפסיכולוגים העבירו את המידע עליו סוכם איתם במהלך הליווי המחקרי. משיחות וראיונות עם הפסיכולוגים עולה, שהתערבות רבות וחשובות, בעלות אופי לא פורמלי (פגישות עם דיירים ואנשי צוות במסדרון, בגינה וכו') לא מצאו את ביטויים בדיווח הפורמלי. מסיבות אלה המידע על היקף, מהות ותוכן פעילות השירות בתחום הוא חלקי ביותר. למרות חלקיותו של המידע ניתן ללמוד על מאפיינים חשובים של עבודת הפסיכולוגים בשני המוסדות מהנתונים הקיימים⁹.

מסיבות של סודיות מקצועית, לא כלולים בשאלונים פרטים אישיים של האנשים שהיו בקשר עם השירות הפסיכולוגי, אלא מאפיינים כלליים של ההתערבות.

השאלון בנוי משלושה חלקים והם:

1. נתונים על הפניה או ההפניה לשירות.
 2. נתונים על ההחלטה הטיפולית של השירות הפסיכולוגי.
 3. פרטים כלליים על ההתערבות, הנעיות וההישגים, כפי שרואה אותם הפסיכולוג.
- הנתונים מתבססים על 32 שאלונים מהמוסד האינדיבידואלי ו-36 שאלונים מהמעון הקולקטיבי.

מקורות הפנייה - רוב רובן של הפניות וההפניות לשירות הפסיכולוגי, התייחסו לדיירי המוסדות. התערבות אחת נעשתה עם איש צוות במוסד, וקשר נוסף נוצר עם בן משפחה של מועמד לבית האבות.

הקשר עם השירות הפסיכולוגי נעשה על ידי פנייה עצמית, או על ידי הפנייה של גורם אחר. ההנחה היתה שעקב חדשנותו של השירות, ורתיעה מקשר עם פסיכולוג, שיעור הפנייה העצמית יהיה נמוך ביותר. בניגוד לצפוי שליש מהפניות לשירות היו פניות עצמיות ושני שליש היו הפניות על ידי גורם אחר (לוח מס. 21).

9) על פי דווח ביניים של מנהל השירות, פרופ' לומרנץ, המסכם את תשעת חודשי הפעילות הראשונים, טיפל השירות ב-251 דיירים (מתוכם 73 מועמדים לבית-האבות). פרוט הדווח ראה בנספח ב'.

לוח מס. 21 - מקורות הפנייה לשירות לפי סוג מוסד (מספרים)*

סה"כ פניות	פניה עצמית	הפנייה על-ידי					
		דין בישיבות צוות	דיירים אחרים	בני משפחה	פסיכולוג	איש צוות אחר	
קולקטיבי	13	5	3	3	11	14	2
אינדיבידואלי	10	10	1	-	2	11	-
סה"כ	23	15	4	3	13	25	2

* במספר מקרים ההפנייה לשירות נעשתה על ידי יותר מגורם אחד.

מקורות הפנייה העיקריים הם: פנייה עצמית (34%), מאנשי צוות (35%), מישיבות צוות (22%), פסיכולוג בעצמו (19%).

בחלק ניכר מהמקרים (51%) הפנייה לשירות הפסיכולוגי היתה לשם התייעצות וקבלת חוות דעת. בשליש מהמקרים הקשר נוצר לשם קבלת טיפול.

לוח מס. 22 - מטרת הפניות האישיות לשירות הפסיכולוגי לפי סוג מוסד (מספרים)*

לשם קבלת טיפול	לשם קבלת הדרכה	לשם התייעצות	אחר**
----------------	----------------	--------------	-------

קולקטיבי	11	14	2	6
אינדיבידואלי	10	21	4	1
סה"כ	21	35	6	7

* ניתן היה לציין יותר ממטרה אחת.
** מעקב בדיקה פסיכולוגית, התאמה לקבוצה, ברור מועמדות.

מעניין לציין את השיעור הגבוה של הפנייה לשירות לשם התייעצות במוסד האינדיבידואלי (66%) לעומת בית האבות הקולקטיבי (39%).

תאור הבעיות שהביאו לפניה - הפסיכולוגים התבקשו לתאר את הבעיה או הבעיות שהביאו לפניה לשירות הפסיכולוגי תוך התייחסות לבעיות כפי שהוצגו על ידי הפונים או המפנים עצמם. יש לציין שלגבי חלק מהאנשים צויינה בעיה אחת, ולגבי אחרים יותר מבעיה אחת.

הבעיה	סה"כ	קולקטיבי	אינדיבידואלי
בעיות ביחסים עם בני משפחה	2	1	1
בעיות ביחסים בין אישיים ובעיקר עם דיירים אחרים	12	10	2
בעיות על רקע ירידה קוגניטיבית ומנטלית	4	1	3
תופעות של זכאון, חרדה, מועקה, חוסר טעם בחיים	18	10	8
איומים או נסיונות התאבדות	3	2	1
קשיי הסתגלות למוסד, למסגרת לדיירים	7	6	1
כדידות קשה, קושי ליצור קשר	11	6	5
תלונות בדבר רדיפות, מזימות, סמני פארנויה	10	4	6
תגובה לאבל או לאובדנים אחרים	3	1	2
התנהגות מוזרה חריגה	1	-	1
אחר(שאלת אפוטרופוסות, אדם לא קונפורמי)	2	1	1

* במספר מקרים ההפנייה לשירות נעשתה על ידי יותר מגורם אחד.
** ניתן היה לציין יותר ממטרה אחת.

כללית, הקושי שאותו ציינו פונים או מפנים כשיעור הגבוה ביותר משני המוסדות היו על רגשות של זכאון, חוסר טעם בחיים, ומצבי רוח רעים. במקרים רבים בדיווח על זכאון הוזכרה בעיה של כדידות וקושי ליצור קשר. כהשוואה בין המוסדות בולט שבעיות ביחסים בין דיירים מאפיינים יותר את מוסד הקולקטיבי, וגם קשיי הסתגלות למוסד צוינו במידה רבה יותר על ידי פונים במוסד הקולקטיבי. מלבד שני הבדלים אלה, סוגי הבעיות דומה מאוד בשני המוסדות.

משך הזמן שהבעיה קיימת - הבט נוסף שנבחן בשאלון היה משך הזמן שהבעיה קיימת. לגבי חלק מהבעיות צויין שהבעיה קיימת מאז המעבר לבית האבות ללא ציון זמן.

הנתונים מתייחסים ל-48 שאלונים בלבד (באחרים הנתון לא צויין) בולט שבשני המוסדות, לפחות לגבי מחצית מהדיירים הבעיה קיימת זמן קצר יחסית (שנה או פחות) ורק לגבי חלקם מדובר בקשיים ארוכי טווח (יש להניח שלגבי חלק מהדיירים מדובר בקשיים שהתחילו עד לפני המעבר למוסד).

משך זמן	סה"כ	קולקטיבי	אינדיבידואלי
כל החיים, שנים רבות	12	3	9
שנה שנתיים אחרונות	4	-	4
מספר חודשים או שבועות	21	14	7
מאז המעבר לבית אבות או מאורע חיצוני אחר (מחלה, שכנה חדשה וכו')	8	4	4
לא ברור	3	3	-
סה"כ	48	24	24

התערבות השירות הפסיכולוגי בפניות התבצעה במספר שלבים. בשלב הראשון התקיימה בדרך כלל פגישה שכללה ראיון בלבד, בחלק קטן של פניות (שלוש פניות) הועברו מבחנים פסיכולוגיים ולגבי ארבע מקרים התבצע אבחון לצורך קבלת דייר חדש. לאחר הראיון, האבחון, והעברת המבחנים, השירות הפסיכולוגי קיבל אחת מהחלטות הבאות:

- א. יש צורך בהמשך התערבות לגבי מקרה זה.
- ב. השירות הפסיכולוגי יהיה מעורב בטיפול.
- ג. אין צורך בהתערבות טיפולית במקרה זה.

לגבי שני שליש מהפניות (47 פניות) התקבלה החלטה שיש צורך בהתערבות השירות הפסיכולוגי. לגבי 6 פניות נוספות הוחלט שהצורך קיים אולם ההתערבות לא תתבצע. מתוכם, בשני מקרים האנשים לא היו מעוניינים בשני מקרים נוספים הפנייה נכנסה לרשימת המתנה ובאחרים לא היתה אפשרות להתערב בגלל בעיה של כוח אדם.

לגבי האחרים הוחלט שאין צורך בהתערבות מהסיבות הבאות:

- כהתאם להערכה ניתן היה לקבל החלטה טיפולית או מנהלית.
- פגישה אחת הספיקה מבחינת הדייר
- לא אובחנה בעיה נפשית
- היה צורך בטיפול תרופתי
- הדייר עבר למוסד אחר

ההחלטה לגבי התערבות השירות הפסיכולוגי, כללה מגוון של פעולות והן:

- א. מתן יעוץ וחוות דעת לאנשי צוות ולבני משפחה
- ב. מתן טיפול אישי וקבוצתי
- ג. ביצוע אבחון (אישיות ואינטלגנציה)
- ד. הפנייה לגורם מטפל אחר
- ה. עבודה רב צוותית
- ו. ביצוע מעקב לא סדיר אחר הפניות.

מאחר וכחלק מהפניות, ההתערבות כללה מספר פעולות, הלוח הבא מסכם את סה"כ הפעולות ולא סה"כ הפונים. חשוב לציין שבדוח האישי לא הובאו נתונים על התערבות קבוצתית של השירות הפסיכולוגי ובדרך כלל הטיפול הקבוצתי הוא בנוסף לטיפול האישי.

לוח מס. 25 - סוגי הפעולות בתערבות השירות הפסיכולוגי, לפי סוג מוסד

הפעולה	קולקטיבי	אינדיבידואלי
מתן יעוץ וחוות דעת	7	3
מתן טיפול קבוצתי בנוסף לאישי	3	3
מתן טיפול אישי	18	20
אחר (הפניה, איבחון, מעקב וכו')	9	6

השירות הפסיכולוגי שילב אנשים נוספים בתוכנית הטיפולית. בתחום זה נא לידי ביטוי הבדל ניכר בין הגישות המקצועיות הנקוטות בשני המוסדות. במוסד האינדיבידואלי רק בשמונה מקרים מתוך 32 היה מעורב גורם נוסף בטיפול. ב-5 היו אלה סטודנטים לפסיכולוגיה, ב-2 מקרים נוספים בני משפחה של דייר, ובמקרה אחד איש צוות היה קשור לטיפול בדייר. במוסד הקולקטיבי בכל המקרים היה מעורב לפחות איש צוות נוסף. בד"כ העובדים שהיו מעורבים בטיפול היו עובדים סוציאליים, עובדי הצוות הרפואי ובמקרים רבים מאוד אמהות בית. במקרים בודדים היתה מעורבת בטיפול מזכירות המוסד ועובדת תעסוקה. הבדל זה מדגיש את האופי השונה של עבודת הפסיכולוג בשני המוסדות. במוסד האינדיבידואלי התפתח דפוס של טיפול אישי מבוסס במידה רבה על הקשר שבין הפסיכולוג לדייר ואילו במוסד הקולקטיבי, ההתערבות של השירות הפסיכולוגי בכל המקרים היתה התערבות ברמה של צוות וקהילה כולה.

כמעט בשליש מהמקרים, הוחלט בשירות הפסיכולוגי שיש צורך לערב גורמים מקצועיים מחוץ למוסדות. ברוב המקרים ההחלטה נקבעה עקב הצורך בטיפול תרופתי בנוסף לטיפול הפסיכולוגי. רק לגבי חלק מהפניות (31 פניות) ציינו הפסיכולוגים את משך ההתערבות המשוער. לגבי רוב ההתערבויות הערכה היתה שהקשר הטיפולי יהיה לטווח קצר מאוד (מספר פגישות) או לטווח בינוני (מספר חודשים).

סכום ההתערבות - בתום ההתערבות או לאחר שלושה חודשים התבקשו הפסיכולוגים לסכם את סוגי הפעולות שנעשו בקשר לכל פניה ופניה, ולהעריך את הקשיים והתרומות של הקשר הטיפולי לדיירים ולמערכת כולה. מספר השאלונים לגביהם דווח על סכום ההתערבות היה קטן ממספר הפניות.

מתוך 30 שאלונים לגביהם יש לנו פרטים מסכמים, לגבי 20 דווח שהמפגשים עם הדיירים היו קבועים ויציבים ו-10 קשרים היו בעלי אופי קטוע ולא יציב.

פעולה	קולקטיבי	אינדיבידואלי
ביצוע אבחון כוללני	11	5
דיון והתייעצות בצוות הפסיכולוגי	17	13
התייעצות עם אנשי צוות אחרים כמוסד	16	11
קשר עם בני משפחה לגבי הפונה	6	1
קבלת הדרכה אישית לגבי הפונה	15	17
פנייה לאיש מקצוע מחוץ למוסד בקשר לפניה	4	3
מתן טיפול אישי	11	11
מתן טיפול קבוצתי ואישי	1	2
מתן חוות דעת ויעוץ לעובד אחר מהצוות	4	3

* לגבי כל פנייה היה צורך לציין את כל הפעולות שנעשו, ולכן הסה"כ איננו שווה למספר השאלונים שמולאו.

בחלק ניכר מהתערבויות, השירות הפסיכולוגי נקט כפעולות הבאות: בוצע אבחון כוללני בפנייה, התקיימה התייעצות עם אנשי צוות נוספים, וניתן טיפול אישי. רק במקרים בודדים נוצר קשר עם בן משפחה של הדייר או עם איש מקצוע מחוץ למוסד. יש לציין שבשירות הפסיכולוגי התקיימו התייעצויות מקצועיות ונתנה הדרכה אישית לגבי שיעור ניכר ממהדיירים. כמתצית מכלל הפעולות היו מתן שירות (טיפול, אבחון, חוות דעת) והיתר היו פעולות של העמקה וביסוס ההכשרה המקצועית של הצוות הפסיכולוגי.

גורמים אשר עזרו ו/או הפריעו להתערבות - הפסיכולוגים דווחו גם על הגורמים אשר הפריעו להתערבות. הדיווח היה בהתאם למקרה ולכן מספר הגורמים המפריעים שונה ממקרה למקרה.

- גורמים חיצוניים כגון מעבר דייר למוסד אחר, בי"ת או ירידה פיזית ונפשית.

- העדר מוטיבציה, או התנגדות וחוסר שיתוף פעולה של הפונה.

- קשיים הנובעים מסוג הפרעה שהביאה לפנייה, או סגנון אישיות נוקשה.

גורמים אשר עזרו להתערבות

- מוטיבציה ונכונות של הפונה להתמודד עם הקשיים

- שיתוף פעולה, מעורבות ונכונות אנשי צוות לעזור בפתרון הקשיים

- שיתוף פעולה של בני המשפחה בפתרון בעיות

- גישה מקצועית מתאימה של המטפל.

יש להדגיש שמשנתנים של מוטיבציה ואיכות הקשר שנוצר במפגש הטיפולי, הם משתנים התורמים להצלחה בכל טיפול, בכל קבוצת גיל ובכל תנאי מגורים המשתנה הנוסף אשר הוזכר רבות כתורם להצלחה בהתערבות בבית האבות היה שיתוף פעולה של אנשי הצוות ובני המשפחה בטיפול.

ד. שילובו ותרומתו של השירות הפסיכולוגי

תרומת השירות לדיירים - לאחר כעשרה חודשי הפעלה, כמחצית מדיירי המעונות שמעו על קיומו של השירות הפסיכולוגי ואותו שיעור מהדיירים ציינו שהם שמעו או מכירים את שמות הפסיכולוגים. 29% מאלה שהכירו את השם זיהו נכון את תפקידם והיתר חשבו שמדובר בעובדים סוציאליים. יש להעיר שבדרך מקרה התברר שבמעון האינדיבידואלי, עבדה לפני שנים מספר עובדת-סוציאלית בשם זהה לשם הפסיכולוגית, ונראה שחלק ניכר מהדיירים התייחסו אליה בזיהוי. במעון הקולקטיבי לעומת זה, 39% מהדיירים ידעו שמדובר בפסיכולוגים ורק 14% טעו לחשוב שמדובר בעו"ס.

רוב רובם של הדיירים שמעו על הפסיכולוגים או על השירות מדיירים אחרים, מאנשי צוות או פשוט מהתענינות עצמית (ראו אותם ושאלו מי הם). ב-8% מההכרזות, היוזמה באה מצידם של הפסיכולוגים אשר הציגו את עצמם בפני הדיירים. בין הדיירים אשר שמעו על השירות נמצאו יותר נשים מגברים וזאת בהשוואה לקבוצה שלא שמעה כלל על השירות. בקבוצה הראשונה נמצאו גם יותר אנשים העוסקים בהתנדבות, בעלי הצעות ויוזמות לשינויים ויותר דיירים שנכנסו לבית האבות בתקופה האחרונה.

המפגש בין אנשי השירות הפסיכולוגי והדיירים במעונות נעשה במסגרת ההתערבות המקצועית; ראיון קבלה לבית האבות, טיפול אישי, טיפול קבוצתי או במפגש לא פורמלי; כמקומות הציבוריים אולם כניסה, מעלית או בהרצאה.

מתוך 188 דיירים, 33 דיירים ציינו בראיון שנפגשו לשיחות אישיות, 47 דיירים ספרו על השתתפותם בקבוצה ו-16 דיירים דווחו שהיו בראיון קבלה אצל הפסיכולוגים. חלק מהדיירים השתתפו הן בקבוצה והן נפגשו לשיחות אישיות עם הפסיכולוגים, לפי החלוקה הבאה;

- נפגשו רק לשיחות אישיות - 20 דיירים
- נפגשו רק בקבוצה - 34 דיירים
- נפגשו לשיחות אישיות ובקבוצה - 13 דיירים

מתוך 72 תשובות ביחס לתרומת השירות, 40% מהדיירים ציינו שהקשר לא תרם להם כלל, 25% דווחו על תרומה מסוימת ו-35% ציינו שלמפגש היתה תרומה משמעותית לאיכות חייהם.

10) יש לזכור שכתוך המדגם נכללו 55 דיירים אשר השתתפו בקבוצות השונות כהנחית הפסיכולוגים. הנתונים אשר מוצגים בפרק משקפים את תשובות הדיירים עצמם בראיון.

לוח מס. 27 - הערכת הדיירים את תרומת השירות, לפי סוג מוסד (באחוזים)

קולקטיבי	אינדיבידואלי	הערכת התרומה
54	18	מספר הדיירים - סה"כ
100	100	אחוזים - סה"כ
37	50	אין תרומה
28	16	תרומה מסויימת
35	34	תרומה משמעותית

את התרומה המשמעותית ביותר הרגישו דיירים אשר נפגשו כאופן אישי עם הפסיכולוגים. נראה שראיון הקבלה למעון תרם אף לדיירים רבים. מעניין לציין שבניגוד למצופה, שיעור הדיירים אשר הרגישו תרומה כלשהי ממפגש קבוצתי היה הנמוך ביותר (ראה לוח מס. 28). ממצאים אלה יש לבחון לאור ההמלצה החוזרת ונשנית בספרות להרכות בהתערבות קבוצתית בקרב אוכלוסיית הקשישים.

לוח מס. 28 - הערכת הדיירים את השירות לפי סוג הקשר המקצועי (אחוזים)

קבלה ראיון	טיפול קבוצתי	טיפול אישי	הערכת תרומה
16	47	33	מספר דיירים - סה"כ
100	100	100	אחוזים - סה"כ
29	43	30	אין תרומה
29	25	18	תרומה מסויימת
42	32	52	תרומה משמעותית

כאשר נשאלו הדיירים להסביר כמה הקשר תרם, אובחנו התחומים הבאים:

- בשיפור בזכרון
- בשיפור במצב הרוח
- בהסתגלות לבית האבות
- בעזרה כבעיות מעשיות (כמו החלפת חדר)
- כיצירת קרבה בין דיירים
- בעובדה שיש מי שמקשיב ומאזין

חלק מהתחומים אשר צוינו ע"י הדיירים כוללים מרכיבים של תמיכה וקשר, אולם ציון שיפורים ספציפיים, מעיד על תרומה מקצועית, שהוא מעבר למפגש חברתי.

רצון להמשיך בקשר עם הפסיכולוג בוטא על ידי 45% מהדיירים (31 איש), ושיעור דומה לא היה מעוניין בכך כלל. כמצופה דיירים אשר העריכו שהקשר עם השירות תרם להם בטאו גם רצון להמשיך בקשר.

לצורך אפיון דיירים אשר היו בקשר עם השירות הפסיכולוגי, נעשתה השוואה בין קבוצת הדיירים אשר השתתפו בקבוצות בהנחית הפסיכולוגים וזוהו על ידם כמשתתפים, לבין דיירים אשר נדגמו באופן מקרי מכלל הדיירים. לחלק מהדיירים נשתי הקבוצות היו גם קשרים אישיים עם הפסיכולוגים, ולכן ההשוואה כאן היא בין משתתפים בקבוצות לבין לא משתתפים¹¹.

בקבוצת דיירים משתתפים שיעור הדיירים החדשים היה גבוה באופן מובהק מאשר בקרב לא משתתפים. הבדל זה משקף למעשה את העובדה שחלק גדול מהקבוצות שהועברו בתקופה זו על ידי השירות הפסיכולוגי היו קבוצות הסתגלות לדיירים החדשים. משתתפים דווחו על שכיתות גבוהה יותר של מפגשים חברתיים ובקיטומו של דייר אתו יכלו להתחלק בבעיותיהם. מעניין לציין שלדיירים שהשתתפו בקבוצות היו יותר הצעות לשינויים ולשיפורים בנוהלים, ובעיקר בנוהלי העברת דייר למוסד סיעודי. דיירים אשר השתתפו בקבוצה העריכו את תרומתו וחשיבותו של השירות הפסיכולוגי יותר מאשר לא משתתפים. כן נמצא שדיירים אשר השתתפו בקבוצות נטו לדרג באופן חיובי יותר את חייהם בהווה ובעתיד מאשר לא משתתפים.

הערכת חשיבותו של השירות על ידי הדיירים - בנוסף לבחינת ההיבטים של זיהוי, מידת המוכרות ואפיון משתמשים ולא משתמשים, נבחנה מידת חשיבותו של השירות בעיני כלל הדיירים.

תחילה נשאלו הדיירים האם הם ימליצו בפני חבר או דייר אחר לפנות לפסיכולוג במעון כאשר יש צורך בכך. כמחצית מהדיירים היו מציעים לתכר או לדייר לפנות לפסיכולוג (במעון האינדיבידואלי שיעור המחייבים פניה הוא 41%) רק 2% היו מציעים לפנות לטיפול במקום אחר והיתר לא היו ממליצים פניה לפסיכולוג. בין הדיירים אשר המליצו על פנייה לפסיכולוג היה שיעור גבוה יותר של משתתפים בקבוצות בהנחית הפסיכולוגים, וכצפוי, דיירים שהרגישו שהקשר עם הפסיכולוגים תרם להם נטו באופן משמעותי יותר להמליץ על פנייה לפסיכולוג מאשר אלה שהקשר לא תרם להם. מעניין לציין שבין דיירים הממליצים על פניה לפסיכולוג יש יותר דיירים המעורבים מבחינה חברתית בסכינתם וכאלה שיש להם קשרים קרובים עם אנשים אחרים. דיירים אשר דרגו את מצבם הכללי בחיים באופן אופטימי וחיובי יותר, נטו גם להמליץ על פנייה לפסיכולוג במקרה הצורך.

דיירים המבטאים מודל נמוך יותר ופסימיות לגבי חייהם בהווה ובעתיד, נמנעים מלבטא אף בצורה עקיפה (המלצה לאחר) את הצורך בעזרה מקצועית.

כשאלת סיכום, נשאלו הדיירים האם לדעתם חשוב שיהיה פסיכולוג בבית אכות? שיעור התגובה החיובי היה גבוה מהמצופה.

11. ההשוואה בין שתי הקבוצות נעשתה באמצעות מבחן T.

סה"כ	חשוב מאד	חשוב	לא כל כך חשוב	לא חשוב בכלל
100	27	43	13	17

* נתונים משוקללים לכלל הדיירים.

מעניין ש-70% מהדיירים העריכו שהשירות הפסיכולוגי הוא חשוב (רק 50% מהדיירים באינדיבידואלי חשוב כך) ואילו רק מחצית מהדיירים היו ממליצים לפנות לשירות זה. אם ניקח את שני הנתונים בחשבון נוכל להסיק שלפחות למחצית מהדיירים עמדה חיובית לגבי שילובו של השירות הפסיכולוגי בבתי האבות.

הנתונים מורים בברור שלהכרות וקשר עם השירות הפסיכולוגי יש השפעה משמעותית לגבי פיתוח עמדות חיוביות, והערכה את נחיצותו וחשיבותו של השירות.

נתונים אלה תומכים בטענה של חוקרים אחרים (LASOSKI, 87) בדבר הקשר בין עמדות קשישים לפנייה לפסיכולוג, ומידת החשיפה לשירות ולמושגים הפסיכולוגיים.

לסיכום פרק זה יש להעיר שאמנם דיירים אשר היו בקשר עם השירות הפסיכולוגי בטאו אופטימיות רבה יותר לגבי מצבם בהווה ובעתיד מאשר אלה שלא היו בקשר עם השירות. יש להוסיף שמידת האופטימיות נמצאה קשורה למשתנים אחרים כגון קיום קשרים אינטימיים עם אנשים במעון ומחוצה לו, האם לדייר יש ילדים ולמידת המעורבות החברתית. ממצאים אלה אינם מפתיעים, (ראה סקירה ספרותית), והתוספת הרלוונטית של המחקר הנוכחי היא תרומתו היחסית של השירות הפסיכולוגי לשיפור ברווחה ובמורל של הדיירים.

הערכתו ותרומתו של השירות לצוות העובדים - כפרק זה יוצגו נתונים על תרומת הקשרים המקצועיים של העובדים עם השירות הפסיכולוגי במעונות. מתברר ש-30% מהעובדים הפנו דייר או דיירים לשירות הפסיכולוגי. המפנים העיקריים לשירות היו מהצוות הרפואי ומהמזכירות. פחות מהצוות הטיפולי, ובכלל לא מתחזוקה ומטבח. שיעור ההפניה במוסד האינדיבידואלי היה גבוה מהקולקטיבי. מכלל הנתונים על הקשרים המקצועיים בין העובדים לשירות הפסיכולוגי מתברר, שמגוון והיקף קשרים אלה היה אינטנסיבי יותר במעון האינדיבידואלי מאשר בקולקטיבי. יש להניח שההסבר העיקרי לכך הוא שבמוסד האינדיבידואלי הצוות הוא קטן ולעובדים היו הזדמנויות רבות יותר ליצור קשר עם הפסיכולוגים. נמצאו גם הכדלים גדולים נקיום הקשרים השונים עם השירות לפי תפקיד שממלאים כבית האבות, כפי שמראה הלוח הבא:

לוח מס. 30 - קיום קשר מקצועי עם השירות, לפי תפקיד* (אחוזים)

סוג הקשר	שיעור מסה"כ העובדים	צוות רפואי	מזכירות, מינהלה	צוות טיפול	אחזקה מטבת
התייעץ עם הפסיכולוג	37	50	71	36	17
השתתף בישיבת צוות ביחד	58	67	71	59	38
השתתף בקבוצה שהפסיכולוג הנחה	34	42	43	36	25
השתתף בהרצאה של הפסיכולוג	47	58	43	55	25
הנחה קבוצה עם פסיכולוג	14	17	43	14	4
פנה לפסיכולוג בקשר לבעיה בצוות	26	25	71	9	21
פנה בקשר לבעיות כלליות בצוות	22	33	43	14	17
פנה בקשר לבעיות אישיות	15	17	43	9	13
שוחח בקשר לדיירים	40	58	71	36	21

* העובדים התבקשו לציין האם היה להם קשר או מפגש, אפילו בודד, בתחומים הנ"ל עם הפסיכולוגים.

בלוח בולט שיעור הפניה הגבוה של עובדי מזכירות והמינהלה לשירות הפסיכולוגי (יש לזכור שמדובר ב-8 עובדים בלבד) בניגוד למצופה שיעור הפניה (פניה ליעוץ, בקשר לדיירים, בקשר לעבודה) של עובדים מהצוות הטיפולי נמוך מסה"כ הכללי, ונמוך מרמת הפניה של הצוות הרפואי.

42 עובדים מהמעון הקולקטיבי ו-13 עובדים מהמוסד האינדיבידואלי דרגו כאופן הבא את שביעות רצונם מהקשר שהיה להם עם השירות הפסיכולוגי.

לוח מס. 31 - שביעות רצון של העובדים מהקשר עם השירות הפסיכולוגי; לפי מוסד (אחוזים)

דרוג	קולקטיבי	אינדיבידואלי
סה"כ עובדים - סה"כ באחוזים - סה"כ	42 100	13 100
מרוצה מאוד	24	23
מרוצה	45	23
לא כל כך מרוצה	24	46
לא מרוצה	7	8

* רק עובדים שהיה להם קשר ענו על השאלה.

כממוצע שני שלישי מהעובדים מרוצים מהקשר עם השירות הפסיכולוגי. בין עובדי מזכירות-מינהלה שיעור שביעות הרצון הגיע ל-85%. נמצא הבדל כשביעות הרצון בין שני המוסדות. כ-70% מהעובדים בקולקטיבי מרוצים לעומת 46% באינדיבידואלי. הסיבה העיקרית לשביעות רצון אותה ציינו כמעט מחצית מהעובדים היתה מתוצאות הקשר (התקבלו תשובות לשאלות, דברים הובהרו), הציפיות התמלאו, סיבות נוספות אותן ציינו מספר עובדים היו:

- קבלת חוות דעת מקצועית (7 עובדים)
- תרם לשחרור ממועקה ומתח (5 עובדים)
- ההרצאות תרמו לעבודה (3 עובדים)
- מרוצה מהאישיות ומאירה (9 עובדים)
- מרוצה מהעזרה האישית שקבל (4 עובדים)

12 עובדים הניעו אי שביעות רצון מאופן ההתערבות והטיפול של הפסיכולוגים. מתוכם 5 עובדים הרגישו שהשירות לא ענה לציפיות או שהציפיות היו גבוהות מדי. מספר עובדים הדגישו שאי שביעות רצונם נבעה מכך שבשירות היתה תחלופה של עובדים ומגילם הצעיר.

בבדיקה מזוית שונה, נתבקשו העובדים לציין האם העובדה שיש שירות פסיכולוגי, עוזרת ותורמת לביצוע תפקידם?

לוח מס. 32 - הערכת העובדים את תרומת השירות לביצוע התפקיד, לפי סוג מוסד (אחוזים)

זרוג	סה"כ	קולקטיבי	אינדיבידואלי
מספר עובדים - סה"כ	73	59	14
אחוזים - סה"כ	100	100	100
תורם מאוד	16	17	13
תורם למדי	23	22	33
לא כ"כ תורם	18	17	20
נכלל לא תורם	36	37	27
לא ענו	7	7	7

40% מהעובדים הרגישו שקיומו של שירות פסיכולוגי משמעותי לביצוע תפקידם. את התרומה הרבה ביותר הרגישו עובדים מהצוות הרפואי ומהמזכירות, ואילו התרומה לעובדי תחזוקה ומטבח היא הנמוכה ביותר. עדיין, 5 עובדים בצוות זה הרגישו תרומה משמעותית. חשוב לציין ש-18 עובדים הרגישו שתרומתו של השירות הפסיכולוגי לעבודתם היה בכך שהוא היווה לגביהם גורם מיעץ, מדריך, סמכות מקצועית, מקור לגיבוי וכתובת להתחלק בקשיים. 10 עובדים הרגישו שלטיפול הנפשי בזיירים היתה השפעה חיובית על יכולת הצוות לתפקד.

עובדים נוספים הזכירו שקיומו של השירות מוריד מהעומס והלחץ בעבודתם ותרם לפתרון בעיות.

לגבי יותר ממחצית העובדים קיומו של השירות הפסיכולוגי במוסד לא תרם או עזר לעבודתם. שיעור ניכר מתוכם הם עובדי תחזוקה ומטבח אולם כמעט מחצית מעובדים בצוות הטיפולי דווחו שלא נתרמו מקיומו של השירות.

חשוב לציין שלמעשה אחד ההסברים העיקריים שהעובדים נתנו לכך שלא הרגישו תרומה הוא העדר קשר מקצועי עם השירות או העובדה שהפסיכולוגים לא נמצאים מספיק זמן ובהיקף הנדש על מנת להיות אפקטיביים.

למספר מצומצם של עובדים היתה ביקורת נוקבת על תיפקודו של השירות הפסיכולוגי והיא כללה את הנקודות הבאות:

- בעיה של כפילות עם שירותים אחרים (כמו השירות הסוציאלי)

- בעיה בתאום ובנוהלי עבודה משותפים עם השירות הפסיכולוגי

- לא ניתנה הדרכה לצוות

- לא מלאו את תפקידם, התנערו מהמוטל עליהם

- במצב הקיים השירות איננו תורם ואין צורך בשירות.

בנוסף להערכה כללית של תרומה ועזרה, נתבקשו העובדים להעריך את תרומת השירות בתחומים השונים. התחומים נבחרו בהתאם למטרות המוצהרות בתוכנית של השירות הפסיכולוגי.

*
 לוח מס. 33 - הערכת העובדים את תרומת השירות הפסיכולוגי, תפקיד וסוג
 מוסד (אחוזים)

צו ת				מוסד		תחום תרומה
תחזוקה**	טיפול	מינהלה	רפואי	אינדיבידואלי	קולקטיבי	
100	60	88	75	55	85	לשיפור בתהליך קליטת דיירים חדשים
88	47	88	63	54	82	לרמה הכללית של בית האבות
93	65	75	69	69	76	לאיכות התיים של הדיירים
93	88	88	77	77	90	לטיפול בבעיות נפשיות של דיירים
75	65	88	66	31	85	לשיפור רגישות ומודעות של אנשי צוות לבעיות דיירים
75	62	67	64	73	63	לשיפור בתחום של ישיבות צוות
88	67	57	45	42	70	לשיפור ביחסים בין אישיים בין דיירים לכני משפחה
100	36	57	50	27	63	לשיפור בפעולות למען בני משפחה
86	44	43	20	10	64	לשיפור ביחסי צוות ואווירה בצוות
88	65	75	38	31	76	לשיפור הטיפול של אנשי צוות בדיירים
75	31	43	42	20	64	לשיפור ביחסים בין ההנהלה לעובדים
69	71	57	69	46	74	לשיפור הידע של העובדים בנושא זיקנה וטיפול בזקנים
71	75	66	56	55	73	לפיתוח טיפול קבוצתי

* האחוז כולל את העובדים שענו שהשירות תרם הרבה או תרם למדי. יש לזכור שכרבע מהעובדים לא הכירו את פעולת השירות ולכן לא התייחסו לשאלות הנ"ל.
 ** בקרב קבוצה זו, רק כמחצית מהעובדים ענו לשאלות.

הלוח מורה שהערכת התרומה הספציפית של השירות הפסיכולוגי חיובית באופן משמעותי יותר בבית האבות הקולקטיבי מאשר באינדיבידואלי. למעשה, לפחות שני שלישי מהעובדים במוסד הקולקטיבי העריכו שלשירות היתה תרומה בכל תחום ותחום ואילו במוסד האינדיבידואלי, עובדים רבים לא הרגישו תרומה בחלק ניכר מהתחומים. יש לציין שהערכה חיובית במיוחד נתנו עובדים מצוות תחזוקה ומטבח, העובדים ברובם בבית האבות הקולקטיבי. דרוג זה תרם אם כן להעלאה כללית בדרוג התרומה במוסד הקולקטיבי.

בדיקה של הערכת התרומה מעבר לסוג מוסד וסוג תפקיד שהעובד ממלא, מבהירה שהתחום עליו יש הסכמה כללית הוא בתרומה כטיפול בבעיות נפשיות של דיירים. תחום נוסף עליו יש הסכמה ניכרת בין העובדים הוא תרומה לפיתוח ישיבת צוות. תחום זה הוערך באופן חיובי יותר באינדיבידואלי מאשר בקולקטיבי. שני התחומים שבהם התרומה היתה יחסית נמוכה היו בנושא של משפחות הדיירים ויחסי עובדים.

יש להדגיש שלמרות השוני שהתגלה בהערכת השירות לפי סוג מוסד ובהערכת הצוותים השונים, נראה שהשירות הפסיכולוגי השיג חלק ניכר מהמטרות שהציב לעצמו בתחילת הדרך, ובעיקר בפעילותו למען שיפור באיכות החיים הנפשית של הדיירים, ושיפור הרגישות והידע של העובדים בנושא של זיקנה.

לאור הדברים החיוביים שנאמרו עד כה, לא מפתיע שרק שני עובדים (אחד מתחזוקה ואחד מהצוות הטיפולי), ציינו שלא היו ממליצים לשלב פסיכולוגים בכתי אבות אחרים, ואילו 50 (68%) עובדים היו בהחלט ממליצים (היתר טענו שאינם בטוחים אם להמליץ או לא). יש לציין שהנטייה להמליץ על פיתוח שירות פסיכולוגי משותפת לעובדים בכל הצוותים, אולם 40% מעובדים באינדיבידואלי מביעים ספקות לגבי הצורך להכניס שירות פסיכולוגי לעומת 17% בצוות הקולקטיבי.

כצפוי, בין עובדים שהיו בקשר עם השירות, שיעור שביעות הרצון גבוה יותר מאשר בין עובדים שלא היו בקשר. אולם, שביעות הרצון לא נמצאה קשורה לעצם הפניית דיירים לשירות. מידת שביעות הרצון מהקשר נמצאה קשורה באופן מובהק להערכה שקימו של שירות פסיכולוגי תורם ועוזר לביצוע התפקיד. ההחלטה האם להמליץ או לא על שירות פסיכולוגי גם בכתי האבות האחרים קשורה כמובן לשביעות הרצון מהקשר המקצועי שהיה עם הפסיכולוגים.

יש לציין שכמחצית מהעובדים הציעו לעשות מספר שינויים או שיפורים בשירות הפסיכולוגי בתחומים הבאים:

- להביא לשירות פסיכולוגים מכוונים יותר, או עם נסיון מקצועי רב יותר
- להגדיל את היקף השירות מבחינת: מספר הפסיכולוגים, התדירות והיקף השעות שלהם במוסדות, ובעיקר שמירה על רציפות ועקביות כמתן שירות.
- להגדיר באופן ברור יותר את התפקיד, ולתחום את התפקיד למבחנים ומקרים קשים או להביא פסיכולוג רק למקרים ספציפיים.
- לשפר ולהדק את הקשר בין השירות לצוותים האחרים.
- להפוך את השירות לחלק מהצוות, לקיים יותר ישיבות צוות.
- להדגיש את חשיבות השירות הפסיכיאטרי.

ניתן לסכם שהצעות אלה מכילות מצד אחד בקשות להרחבה בשירות ומצד שני קיימת גם מגמה להגביל ולתחום את השירות הפסיכולוגי לתוך מסגרת מצומצמת. יש להוסיף שמספר העובדים התומכים בהרחבה וכיתר המעורבות, עולה על מספר העובדים הדוגלים בצמצום והגבלה.

המעקב המחקרי אחר התפתחותו של השירות הפסיכולוגי בשני בתי-האבות של משען, משקף את ההשגים והקשיים של השירות בתוך המערכת המוסדית, וביחס לשירותים האחרים הקיימים כבר.

ממכלול הנתונים מתברר שהשירות הפסיכולוגי הפך לכתובת לגיטימית אם כי לא היחידה לפניות של דיירים ושל חלק ניכר מהעובדים לשם קבלת טיפול, יעוץ והדרכה. השירות נתפס כבעל תפקיד ייחודי מבחינת התחומים ואופן ההתערבות במוסדות, שונה נמידה רבה משירותים אחרים.

תרומתו של השירות הפסיכולוגי, לטיפול בבעיות הנפשיות של הדיירים ולשיפור באיכות חייהם, מקובלת על מרבית העובדים במוסדות. בצד ההשגים, הוצגה בדוח גם הביקורת אותה מתחו חלק מהעובדים. הפסיכולוגים עצמם העריכו ששילובו של שירות חדשני כמו השירות שלהם בתוך ארגון ממוסד, הוא תהליך המלווה במאבקי כח, ביטויי ספקנות, חשדנות ונסיון לתחום גבולות ולהגדיר תפקידים. לדוגמא, הפסיכולוגית בבית האבות האינדיבידואלי הרגישה שכמהלך עבודתה במקום, חל שינוי יסודי בעמדות הצוות בקשר לחיוניות השירות במקום. הצוות נוכח לדעת שיכול להיות שינוי מבחינת הכנסת נוהלים ושיטות חדשות (ישיבות צוות, טיפול קבוצתי) והשינויים אף יכולים להצליח. ביטוי קיצוני לשינוי זה היה בעובדה שכאשר הפסיכולוגית עמדה לסיים את תפקידה מנהל המוסד ביקש ממנה שתמשיך להגיע לישיבות צוות לצורך מתן יעוץ. בבית האבות הקולקטיבי נעשתה עבודה תוך צוותית רבה (עם אמהות-בית, עובדי תחזוקה ומטבח ועם הצוות הרפואי) וכן נעשתה עבודת "מסדרונות" רבה, קרי, במגעים לא פורמליים ושיחות בגינת המוסד או במסדרון.

לדעת הפסיכולוגים בעבודה עם הצוות יש פוטנציאל רב. היא מאפשרת התייעצות, ברור קשיים, התחלקות והתארגנות מחדש. לצד ההרגשה שקשה לשנות מסגרות קיימות, הרגישו הפסיכולוגים גם פתיחות, גמישות והכנה מצד המערכת. ביחס לסוגי המעורבות וסוגי הפעילות של אנשי השירות הפסיכולוגי, הובעה הערכה שנעשתה עבודה חשובה בנושאי קליטת דיירים חדשים, פיתוח טיפול קבוצתי, הדרכת סטודנטים, ומתן טיפול אישי במסגרת האינדיבידואלית. תחומים אחרים (אבחון אוכלוסייה בסיכון, פיתוח כלים למעקב והערכה, טיפול אישי במוסד הקולקטיבי, עבודה עם בני משפחה) הוזנחו או לא קודמו מספיק. לגבי כל התחומים הודגשה בעיה של משאבים מוגבלים שיש לשירות (תקן מוגבל של כח אדם ולא מספיק שעות שהות) וזאת לעומת הצרכים הרבים. להערכת הפסיכולוגים חשוב שפסיכולוג ימצא במוסד יום יום על מנת להשתלב במערכת ולענות לצרכים.

לסיכום יש להדגיש שהשירות הפסיכולוגי במוסדות משען הוכר על ידי משרד הבריאות כמקום מאושר להתמחות פסיכולוגים קליניים כתחום של גריאטריה. החלטה זו היא, ללא ספק, הישג לשירות הפסיכולוגי ולרמתו המקצועית, ויש לקוות שתהיינה לדבר השלכות חיוביות כאשר לפיתוח מאגר אנשי המקצוע בתחום זה.

ב ב ל י ו ג ר פ י ה

1. ח. וייל וא. ביבר, א. "סיבות פניה למעונות לקשישים עצמאיים" מכון ברוקדייל, מס' 24-78, 1978.
2. תומר, א. פליישמן, שוורץ, ר' "איכות הטיפול במוסדות: היבטים נפשיים וחברתיים" מכון ברוקדייל לגרנטולוגיה, יוני 1986.
3. שמוטקין ד ואייל נ. "מוטיבציות ועמדות של פסיכולוגיים קליניים כלפי טיפול נפשי לקשישים" תל-אביב, 1988.
4. Butler, R. and Lewis, M., "Aging and Mental Health", St. Louis, Mo.: C.V. Mosby, 1982.
5. Harel, J., "The Impact of Social Integration on the Well-Being and Survival of Institutionalized", paper presented at the annual meeting of the Gerontological Society, Dallas 1978.
6. Kahana G. and Kahana B., "Social Factors in Institutional Living" in Peterson W. and Quadagoo W., Social Bonds in Later Life, 1985, Beverly Hills, California.
7. Lasoski, M. and Milt Thelen, "Attitudes of Older and Middle-Aged Persons Toward Mental Health Intervention", The Gerontologist, Vol. 27, No. 3, 1987.
8. Levinsohn, P., "Clinical Geropsychology: New Directions in Assessment and Treatment", Pergamon Press, New York, 1983.
9. Liberman, M.A., "Institutionalization of the Aged: Effects on Behavior", Journal of Gerontology, 1969, 24: 330 - 340.
10. Lurie, E. and Swan, J., Serving the Mentally Ill Elderly: Problems and Perspectives, Lexington, M.A., 1987.
11. Moracco J. C., "Managing Stress Burnout in Clinical Gerontology", Clinical Gerontologist, 1983, Vol. 2 (2): 39 - 51.
11. Reed W. and Washington B., "Social Wellbeing of Institutionalized Elderly Person", Aging and Human Development, 1984.

נספח א'

פרוט התוכנית*

אינטראקציה הדוקה בין תופעות גופניות, חברתיות ונפשיות בזיקנה מחייבת גישה אינטרדיסציפלינרית והקמת מערכי תקשורת ועבודה הדדיים בין כל בעלי התפקידים המטפלים בקשישים.

אנו מתייחסים לתפקיד הפסיכולוג בבית האבות כאל חוליה אחת בשדרת של צוות רב מקצועי הכולל הנהלה, עובד סוציאלי, רופא, פסיכיאטר, אחות, מרפא בעיסוק, אם בית אנשי שירותים ועוד. הפסיכולוג בבית האבות יחרוג מחדר הטיפולים הקלסי אל האדם הקשיש, הצוות המטפל בו ומסגרת החיים המיוחדת בבית האבות. נקודת המוצא של התפקיד היא מהזווית של הפסיכולוגיה הקהילתית מצד אחד והפסיכולוגיה ההתפתחותית של טווח החיים מצד שני. לפי גישות אלו אוכלוסיות היעד של הפסיכולוג היא הקהילה כולה. (במקרה שלנו - בית האבות על דייריו וצוותו). תוך התייחסות לתהליכים נפשיים נורמליים של שינויים ומעברים בתקופת זיקנה כמו גם לתהליכים פתולוגיים.

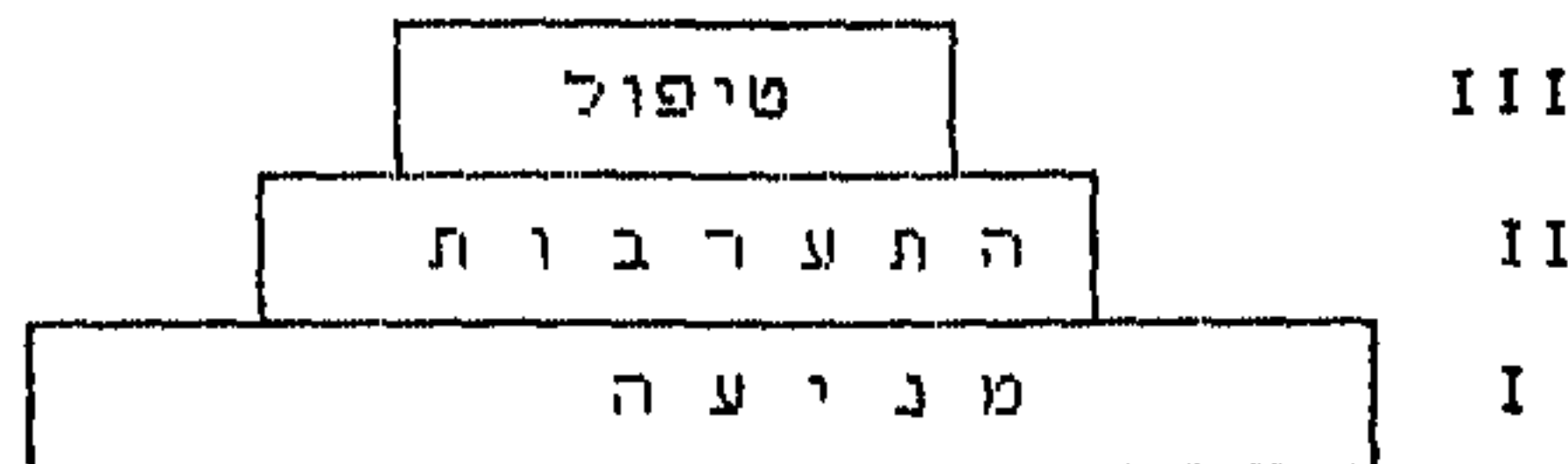
באופן ספציפי ניתן להגדיר שתי אוכלוסיות יעד בסיסיות בעבודת הפסיכולוג:

א. אוכלוסית הדיירים הקשישים - טיפול בהפרעות נפשיות ובמצוקה נפשית, התערבות בשעת משבר ומניעה כללית במטרה לשפר את איכות הקיום הנפשי (PSYCHOLOGICAL WELL BEING) של האדם הקשיש ולספק לו כלים יעילים להתמודדות עם מצוקות הגיל והחיים במסגרת מוסדית.

ב. צוות המוסד - יעוץ והדרכה של הצוות המקצועי והלא מקצועי לגבי תהליכים נפשיים, נורמליים ופתולוגיים בזיקנה, כמו כן מתן יעוץ ותמיכה אישיים לצוות, המצוי בחשיפה מתמדת ושוחקת לאוכלוסית מצוקה ולמצבי פרידה ומוות רבים.

התרשים הבא מציג באופן סכמטי את תפקיד הפסיכולוג בבית האבות על רמותיו השונות.

בהמשך נתייחס בפירוט לתוכן התפקיד בכל אחת מהרמות. ראוי לציין שהתרשים מספק רק את המסגרת בעוד שבכל אחת מהרמות ניתן לטפל לפי גישות שונות (למשל, אקזיסטנציאלית קוגניטיבית דינמית וכו') ולפי שיטות שונות (למשל, פרטנית, קבוצתית וכו').



* תוכנית זו הוגשה למוסד לביטוח לאומי ב-1986 על ידי אנשי היחידה לפסיכולוגיה של הבגרות והזיקנה בפקולטה לפסיכולוגיה - אוניברסיטת תל-אביב, בראשותו של פרופ' י. לומרנץ.

1. ברמת מניעה -

שיפור איכות הקיום הנפשי של אוכלוסית הקשישים, תפקיד הפסיכולוג ברמה זו יהיה בעיקר דרך עבודה אישית וקבוצתית עם הצוות המקצועי והלא מקצועי. העלאת מודעות הצוות לתהליכים פסיכולוגיים בזיקנה, להבנת דפוסי התמודדות שונים, לדגמי התנהגות "נורמליים" ופתולוגיים, למצבים בהם עלול הקשיש להיות פגיע יותר מבחינה נפשית (למשל, בעת המעבר לבית האבות) ולאוכלוסיות המוגדרות כבנות סיכון מבחינה נפשית (למשל, אלמנים).

פסיכולוג ישתתף בישיבות הצוות הקבועות במוסד, ייזום מפגשים עם מגזרים שונים של הצוות ויהא אחראי לאירגון מערך של הדרכה בנושאים פסיכולוגיים.

2. ברמת התערבות -

עבודה אישית או קבוצתית עם דיירים קשישים אשר נמצאים במצבי מעבר או משבר. קשישים אלה עשויים לפנות ביוזמתם לפסיכולוג או להיות מופנים ע"י הצוות.

ברמה זו ניתן להפעיל אינטרבנציות טיפוליות בתחומים הבאים:

א. בעיות הקשורות למעגל החיים בכלל (הסתגלות לשינויים בזיקנה קשרים במשפחה הרב-דורית).

ב. בעיות הקשורות לאבדן ספציפי (התאלמות).

ג. בעיות הקשורות לסיטואציה ספציפית (מעבר לבית אבות).

ד. בעיות הקשורות להתמודדות עם ליקויים בתפקוד (מנטלי, פיזי) אקוטיים או כרוניים.

3. ברמת טיפול -

עבודה אישית או קבוצתית עם דיירים קשישים הנמצאים במצוקה נפשית קשה או הסובלים מהפרעה נפשית, קשישים אלה עשויים לפנות ביוזמתם לפסיכולוג, או להיות מופנים ע"י הצוות. ברמה זו הכרחיים תאום ושיתוף פעולה הדוק עם שרותים גרופסיכיאטריים.

השלב הראשון של הטיפול הנפשי הוא תהליך של אבחון אשר יאפשר אבחנה מבדלת ומדויקת יותר של ההפרעה, תיאור התהליכים הנפשיים הקשורים בה וציון מקורות החוזק והחולשה של המטופל.

לא יועשו אבחונים כלליים ולא ראיונות כלליים בבית האבות אלא במקרים שיהיה צורך בכך.

לטיפול נפשי בזיקנה מספר מטרות, אשר מוגדרות באופן שונה בהתאם לגישות הטיפוליות השונות.

א. פתרון קונפליקט פנימי או חיצוני (גישות דינמיות).

ב. שיפור מערכות קשרים בין אישיים, משפחתיים וחברתיים (גישות חברתיות-משפחתיות).

ג. העלאת תחושת שליטה, ערך עצמי ומציאת משמעות בחיים (גישות אקזיסטנציאליות).

ד. הבניה (פרוש מחודש של ניסיונות חיים ומצבי חיים של האדם הקשיש (גישות קוגניטיביות).

ה. ביטול התנהגויות שנלמדו בצורה בלתי מותאמת ולימוד מחודש של התנהגויות יעילות יותר (גישות התנהגותיות).

בתת הפרק הבא נדווח על מספר שיטות טיפול אשר בהתאם לספרות המקצועית נמצאו מתאימות לאוכלוסיות קשישות. כמובן ששיטת הטיפול הספציפית תקבע לפי הצרכים. היכולת והבעיות הנפשיות של המטופלים ובהתאם לשיקוליו המקצועיים ונטייתו האישיות של המטפל.

שיטות טיפול

להלן תיאור של מספר שיטות אשר נמצאות בשימוש יחסי רב עם אוכלוסיות קשישים.

א. פסיכותרפיה אינדיבידואלית

1. גישה קוגניטיבית - מתמקדת על הבנה ופרוש מחודשים של מצבי חיים. גישה זו מעודדת תפקוד יעיל והגיוני יותר, משפרת אורנטציה מציאות, עוזרת בפתרון בעיות מעשיות ומקדמת הסתגלות. המטפל ממלא תפקיד אקטיבי ופועל לכוון שיפור תחושת הרווחה והערך של המטופל.

2. גישה אקזיסטנציאלית - גישה דינמית המתמקדת על הקונפליקט שיש לאדם בהתמודדות עם נתוני הקיום שלו. התכנים המרכזיים של ההתמודדות הם זקנה ומוות, בחירה וחופש, בידוד וחוסר משמעות. הטיפול מכוון לעסוק בהווה (הכולל גם עבר ועתיד) ל"כאן ועכשיו", להתמודדות והתפתחות ולתהליך המתמיד של חיפוש משמעות בסביבה הקיומית.

3. גישה התנהגותית - מתמקדת על ביטול דפוסי למידה מוטעים אשר אחראיים ליצירת התנהגויות לא אדפטיביות. גישה זו ממוקדת במישור ההתנהגותי הגלוי וכוללת מספר טכניקות: התנייה חיובית, דסנסטיזציה, פרוצדורות אורסיביות, הדגמה ועוד.

ב. פסיכותרפיה קבוצתית

לפסיכותרפיה קבוצתית עם קשישים מספר מטרות:

1. הקבוצה משמשת כסוכן סוציאליזציה, המסגרת של העבודה בקבוצה עודדת תקשורת בין המשתתפים, מעוררת התענינות חברתית ומגבירה את האינטראקציות הבין אישיות.

2. הקבוצה מספקת למשתתפים תפקיד מזוהה ומסיעת ע"י התענינות, הקשבה ותשומת לב להעלאת תחושת הערך של משתתפים.

3. הקבוצה מדרבנת ומעלה מוטיבציות בתחומים המילולי, הקוגניטיבי והאמוציונלי.

4. בקבוצה מתאפשר פורקן של רגשות אשר נתפסים כבלתי לגיטימיים במסגרות אחרות.

5. הקבוצה משמשת כאמצעי להתמצאות ולהסתכלות, מדגישה את גבולות המציאות, משקפת לפרט תגובות לא מותאמות ופותחת בפניו מרחב אלטרנטיבות.

6. דרך ההשתתפות בקבוצה מהטאים אספקטיוס שווים של האדם שלא ניתן להם ביטוי בקשר פרטני. למטפל זו הזדמנות לקבלת אינפורמציה דיאגנוסטית משלימה על האדם.

נראה כי הפסיכותרפיה הקבוצתית עם קשישים נמצאת בשימוש יותר משיטות טיפול אחרות ובספרות המקצועית מדווח על התנסויות שנמצאו יעילות ומשפיעות (שיפור בתחושת שביעות הרצון העצמית, בתקשורת החברתית, בהתנהגות ואף בצריכת תרופות).

מעבר לסוגי הקבוצות השונות (כגון קבוצות דינמיות, קבוצות מטלה ועוד) נמצא שמשתני מפתח בהפעלת קבוצות קשישים הם גמישות, חום, התמדה, סבלנות והיכולת להאזין.

נושאי הדיון המרכזיים הם תחושות בדידות, ניכור, חוסר ערך ובעיות סומטיות. יש אפשרות להתמקד ב"כאן ועכשיו" (גישה אקזיסטנציאלית למשל) או ב"שם ואז" (הגישה של סקר החיים).

שיטת הטיפול הקבוצתי נחשבת יעילה וחסכונית וניתן באמצעותה להגיע למספר ניכר של מטופלים באותו זמן. בהתיעצות עם אנשי הצוות במוסד יקבע הפסיכולוג את סוג הקבוצות הטיפוליות, הרכבן, ותדירות פעילותן.

ג. פסיכותרפיה סביבתית (MILIEU THERAPY)

קטיגוריה טיפולית זו כוללת תכניות טיפוליות לקשישים באמצעות מעורבות הצוות כולו כפרסונל תרפויטי. שיטות אלו נמצאו יעילות לשיפור הרגשה ותפקוד בקרב אוכלוסיה קשישה לדוגמא:

1. תרפית הסביבה (אקטיביות) : מטרתה פיתוח כישורים חברתיים ואינסטרומנטליים אצל קשישים. במסגרת תכנית טיפולית זו מאפשרים לקשישים מצבי החלטה רבים ככל האפשר, מעודדים השגחה וטיפול עצמיים ומקיימים מסגרות פעילויות מגוונות.

2. תרפית אנריינטצית המציאות : מטרתה שמירה וקידום של תפקודים קוגניטיביים. במסגרת תכנית טיפולית זו מוצגת אינפורמציה אישית וסביבתית בפני הקשיש על ידי אנשי הצוות באופן שוטף במשך 24 שעות ביום. שיטה זו נבנתה עבור אוכלוסיה ספציפית של פגיעות מוחיות אך ניתנת להתאמה גם לאוכלוסיות אחרות.

2. תכנית יעוץ והדרכה לצוות בית האבות

מסגרת ההדרכה והיעוץ תכלול שלושה מסלולים מקבילים:

- הדרכה מתוכננת בדרך של מפגשי הרצאות ודיונים אשר יתמקדו בהצגת מידע תאורטי, מחקר וקליני לגבי אספקטים פסיכולוגיים של תקופת הזיקנה (נושא ההרצאות ותוכנו מפורטים בהמשך). סדרת הרצאות זו תנתן אחת לשבועיים במשך שנה.

- הדרכה קבוצתית שוטפת של אנשי הצוות, אשר תתמקד במפגשים היומיומיים שלהם עם הקשישים. העבודה בקבוצה מיועדת לעיבוד הקשרים עם הקשישים ברמה התנסותית, אמוציונלית ואישית. ההנחיה של הקבוצות תעשה בשיתוף פעולה עם העובדים הסוציאליים במוסד.

יעוץ והדרכה לאנשי הצוות על רקע תהליכים וארועים ספציפיים וחריגים המתרחשים בבית האבות (כגון: התמודדות עם המוות, התאבדויות, תופעות נפשיות חריגות, מעבר למוסד סיעודי, קשרים בין אישיים ועוד). היעוץ ינתן לכל פונה מאנשי הצוות, בהתאם לצרכים, בצורה פרטנית, או, אם יתבקש, במפגש קבוצתי.

ברצוננו לשוב ולהדגיש שתכנית היעוץ וההדרכה, כשם שיתר השרותים ינתנו במסגרת השרות הפסיכולוגי בבית האבות, תתוכנן, תתואם ותנתן בשיתוף פעולה מלא ושוטף עם צוות העובדים הסוציאליים במקום. כבר צויין במסמך הקודם כי הפסיכולוג יהי חלק בלתי נפרד מהקהילה של בית האבות ויעבוד בשיתוף פעולה מירבי עם הפונקציונרים השונים במטרה משותפת לשפר את הרווחה הנפשית של הקשישים.

רשימת נושאי ההרצאות

להלן מוצגת רשימת הנושאים של מפגשי ההרצאות. לכל נושא מתוכננות שתי פגישות לפחות.

פסיכולוגיה התפתחותית של טווח החיים

הצגת גישות תיאורטיות שונות (יונג, ביהלר, אריקסון, לוינסון, גולה, נויגארטן, ריגל) לגבי הפסיכולוגיה ההתפתחותית של הבגרות, תוך הבחנה בין גישות המצדדות בהתפתחות בשלבים לבין גישות המצדדות בהתפתחות ברצף. התמקדות על גישת הפסיכולוגיה ההתפתחותית של טווח החיים (באלטס) תוך הצגת תקופת הזיקנה כחלק בלתי נפרד והמשכי ממהלך חי האדם.

שינויים גופניים וחושיים המתחוללים בזיקנה והשפעתם הנפשית

הדגשת האינטראקציה גוף-נפש בתקופת הזיקנה. חשיבות הדימוי העצמי הגופני עבור האדם הקשיש, התמודדות נפשית של שינויים גופניים וחושיים וקשרם לתופעות של חסך חושי וחברתי ולסגנונות התנהגות שונים בזיקנה.

שינויים קוגניטיביים בזיקנה

הצגת דפוס השינויים בתהליכים קוגניטיביים שונים המתרחשים בתקופת הזיקנה. התמקדות בשינויים בתחומים הבאים: אינטליגנציה, זכירה, למידה, חשיבה ויצירתיות.

שינויים אישיותיים בזיקנה

הצגת שאלת רצף - שינוי לגבי מימדים אישיותיים לאורך טווח החיים. דיון בגישה הקוגניטיבית לעומת הגישה ההתנהגותית. הצגת ממצאי מחקרים לגבי תחומים משתנים (תהליכי אישיות) לעומת תחומים יציבים (תכני אישיות).

שינויים אמוציונליים בזיקנה

הצגת שאלת רצף - שינוי לגבי תהליכים אמוציונליים לאורך טווח החיים. הדגשת אמוציות בסיסיות ומרכזיות בתקופת הזיקנה והקשר שלהן למשתנים אחרים (דמוגרפיים, סביבתיים, אישיותיים) כמו: תחושת שביעות רצון מהחיים בזיקנה, תחושת שליטה ויכולת, מצב רוח דפרסיבי.

תפיסת זמן בזיקנה

פרספקטיבת זמן (תפיסת עבר, הווה, עתיד) ומשמעות הזמן בתקופת הזיקנה. תהליך סקר החיים (באטלר).

תופעות פסיכופתולוגיות בזיקנה

הצגת ההפרעות השכיחות בזיקנה: כגון, דפרסיה, פאראנויה, היפוכנודריה, תגובות חרדה והפרעות מוחיות שונות. אתיולוגיה ושיטות טיפול.

המעבר לבית אבות

המשמעות הפסיכולוגית של המעבר לבית האבות עבור הקשיש, שלבי ההסתגלות, דפוסי התמודדות שונים, חשיבות הטריטוריה והמרחב האישי, קשרים בין אישיים - צוות ודוירים.

שכול, אבל ומוות

שינויים פסיכולוגיים החלים עם הקירבה למוות, שלבים במעבר למוות, התמודדות אישית עם השלב האחרון של החיים, התאלמנות, אבל והתאבלות, הנצחה ומורשת, מושג ההוספיס.

הספרות המקצועית מתיחסת לאוכלוסית הקשישים כאל קבוצה בת סיכון בתחום בריאות הנפש, תגובות חרדה, הערכה עצמית שלילית, דפרסיה וסומטיזציה הם סימפטומים שכיחים בקבוצה זו כתגובה למצבים של מחלה פיזית ולאבדנים שונים (אישיים, משפחתיים וחברתיים) השכיחים בשנות החיים המאוחרות. סטטיסטיקות לגבי שעור התאבדות, למשל, מצביעות על עליה בשכיחות ההתאבדות עם הגיל, בפרט לגבי גברים. על קשישים החיים במסגרת בית אבות להתמודד, בנוסף לשינויים השונים (פיזיים, נפשיים וחברתיים) החלים עם הגיל, גם עם המעבר למסגרת מוסדית, עם ראורגניזציה של דפוסי חיים מבוססים והתאמה לצורת חיים חדשה.

למרות שהצורך של האוכלוסיה הקשישה בתמיכה נפשית הוא מובן ובולט הרי שאנשים קשישים כמעט ולא נעזרים בשרותי בריאות הנפש. מן הראוי לציון שתמונת מצב זו נובעת הן מהעדרם של שרותים מתאימים לקשישים והן מחוסר מודעות ולפעמים אף התנגדות של אנשים מבוגרים לקבלת עזרה נפשית. התנגדות זו נובעת מדפוסי סוציאליזציה תרבותיים ודוריים לפיהם נתפסת הפניה לטיפול נפשי כסטיגמה וכן מהחרדה מפני עימות עם הפגיעה הקוגניטיבית והנפשית, העלולה לקרות עם הגיל המתקדם.

מן הראוי לציון שמסמך זה מתבסס על ספרות מקצועית בתחום אך עם זאת מהווה ניסיון ראשון מסוגו בארץ להגדיר ולתאר תפקיד שאיננו מצוי במסגרות הקיימות המטפלות בקשישים.

פרופ. י. לומרניץ
היחידה לפסיכולוגיה של
הבגרות והזיקנה.
אוניברסיטת תל אביב.
"משען": השרוח הפסיכולוגי.

21.6.1988

השרוח הפסיכולוגי בבתי אבות של "משען": דוח ביניים, שלב ז.

בתחילת ספטמבר 1986, לאחר תקופת תכנון והכנה שנמשכה כשנה, החל בפעולתו השרוח הפסיכולוגי בשוני בתי זובות של משען, האינדובידואלי והקולקטיבי, ברמת אביב, תל אביב. השרוח נמצא בפיקוח מקצועי של היחידה לפסיכולוגיה של הבגרות והזיקנה, שליז החוג לפסיכולוגיה באוניברסיטת תל אביב ופועל בשיתוף פעולה עם היחידה במישורים שונים.

השרוח נתמך על ידי המוסד לביטוח לאומי, היחידה למפעלים מיוחדים. דוח זה מהווה המשך, ומתיחס למסמך היחידה לפסיכולוגיה של הבגרות והזיקנה מיום 29.10.1985 המפרט את עקרונות השרוח ומסגרתו וכן למסמך הגדרת השרוח (ראה נספחים א" ו-ב"). לאור יחודיות הפרויקט הוא מלווה על ידי ועדת היגוי המורכבת מנציגי "משען", המוסד לביטוח לאומי והיחידה לפסיכולוגיה של הבגרות והזיקנה שבחוג לפסיכולוגיה באוניברסיטת תל אביב. כמו כן זוכה הפרויקט לבדיקה פנימית על ידי היחידה והשרוח עצמו ולבדיקה מקיפה חיצונית ושיטתית על ידי מחלקת המחקר של המוסד לביטוח לאומי.

השרוח הוא חדשני, ראשון מסוגו בארץ ואף בעולם אין רכים כמותו. יחודו בהבאת הדיסצפלינה הפסיכולוגית לשרוח בתי האבות ובשילוב של שרות קליני בשדה עם גוף אקדמאי. מטרת כל הגורמים להפוך את השרוח למודל שניתן יהיה ליישמו בבתי אבות נוספים. הנהלת "משען", המוסד לביטוח לאומי ואוניברסיטת תל אביב ראויים לכל השבחים על הקמת השרוח האמור לקדם את הבריאות, הריווחה הנפשית ואיכות החיים של הקשישים הדורים בבתי האבות,

תחומים בסיסיים והכרחיים אשר לזו הושקעו בהם לצערינו, עד כה, המשאבים הנחוצים. השגינו בשדה עד כה התאפשרו תודות לתמיכתם ושיתוף פעולתם של מרכז משען, מנהלי בתי האבות בהם פועל השרות, והצוותות השונים אשר בהם. תודתינו נתונה להם על כך.

הדוח ינסה להלן לתאר את פעילות השרות, השגיו וקשייו גם יחד. הדוח יסקור ויעריך את שלב א. של עבודת השרות על פי פעילותו בתחומים השונים. שלב זה מכסה את תקופת תיכנון השרות והפעלתו בשטח מאז ספטמבר 1986 ועד ליוני 1987. עשרה חודשים הם תקופה קצרה יחסית למפעל חלוצי כזה וזך ארשה לעצמי לציין מראש שלאור פעילותו המגוונת והרכה של השרות, השפעתו, ההדירים, והתוצאות בשטח, ולמרות הקשיים, ניתן לסכם ולומר שפעולתו של השרות הפסיכולוגי, עד כה, זוכה להצלחה ראויה לשבח ואני מקוה להעמקתו, הרחבתו ההכרחית והמשך פיתוחו של שרות חיוני זה.

רקע וקונצפציה. =====

במסמך "שרות פסיכולוגי לקשישים בבית אבות" מיום 29.10.85 הוגדרה המסגרת התיאורטית והיישומית של השרות. צויין שהשרות יפעל במסגרת אינטרדיסציפלינארית מבחינה עיונית ומעשית גם יחד, שמיסגרתו היא זו של הפסיכולוגיה ההתפתחותית של טווח החיים, ובתוכה גישה אקלקטית מבוקרת השואבת מהפסיכולוגיה הקלינית הדינמית, הקוגניטיבית והקהילתית. אוכלוסיות היעד של השרות הוגדרו כשתיים: אוכלוסיית דיירי המוסד וצוות המוסד, והיינו המערכת.

עקרונות הפעילות של השרות הוגדרו על פי שלוש קטיגוריות של 1. טיפול 2. התערבות 3. מניעה. הגישות והשיטות נקבעו כפרטנית, משפחתית, קבוצתית, קהילתית ומערכתית. את עקרונות הפעילות אנו מגדירים כדלקמן: "טיפול" הכוונה לפעילות פסיכותרפויטית, ישירה, באמצעות גישה מתאימה, בדיירים הנמצאים במצוקה נפשית או במצב פסיכופתולוגי. "התערבות" ויעוץ מוגדרות על ידנו כטיפול במצבי מעבר או משבר, לרוב

נורמטיביים יותר, שעשויות להיות עקיפיות כלפי הנצרך. למשל באמצעות אנשי צוות אחרים, או בני משפחה או התערבות חד פעמיות או קונסולטטיות. ב"מניעה" הכוונה לפעילות של העשרה ו"חיטון" כמו למשל, העלאת תכנים מקצועיים למודעות (ביחס לאנשי צוות) או פעילות יזומה כלפי קבוצות סיכון (ביחס לדיירים חדשים למשל) והעשרה הינוכית לדיירים וצוות גם יחד. פרוט נוסף לגבי נושאי הטיפול והאיבחון ימצא הקורא בנספח מ"ס 1.

תקופת הכנה שנושכה כועט שנהתקדמה להפעלת השרות בפועל. בחקופה זו סקרנו את הספרות הרלבנטית בנושא, בדקנו כלי חיעוד וכלים דיאגנוסטיים והמנהל המיועד של השרות השתלם בארה"ב ביחידות גרופטיכולוגיות בכתי אבות. השרות החל לפעול ממש על פי חמשת מטרותיו כפי שנוסחו, באפריל 1986, במסמך "הגדרות המטרות" (רואה נספח ב.). שהם : 1. מתן שרות טיפול פסיכולוגי. 2. מתן שרותי אבחון פסיכולוגי, כולל הערכה ומעקב. 3. שיפור תהליך ההסתגלות של הדיירים. 4. שיפור עבודת הסגל הרב-מקצועי והעבודה במערכת. 5. תיאום, הפעלה ופיקוח של סטודנטים לפסיכולוגיה. הדוח להלן מאורגן על פי מטרות-פרקים אלה בתוספת הנושאים הנובעים מהעבודה בשטח. הדוח לכן יסקור את הנעשה עד כה וימליץ על הצעות לשיפור על בסיס הניסיון שנרכש עד כה.

מיפוי תפקידו ומעורבותו של הפסיכולוג בבית האבות.
=====

כל דוח מעין זה אינו יכול להתיימר לכסות את כל הפעילות הענפה המתקיימת, במקרה שלנו בין הפסיכולוג לבין אוכלוסיית יעדיו, במוסד תוסס בעל ציביון קהילתי. כאשר אנו באים לסכם פעילות ומעורבות, קשה לכסות את אותה הפעילות הבלתי פורמלית והאקראית, אך ההכרחית והקונסטרוקטיבית, המתקיימת כל הזמן, פעילות אשר היא לפי הגדרתינו חלק אימננטי מפעילותו של פסיכולוג במסגרת קהילתית. יש לקחת זאת בחשבון כאשר אנו מביאים בהמשך את תפקידיהם ופעילותיהם של עובדי השרות הפסיכולוגי, על פי 4 קטיגוריות שכמובן אינן אקסקלוסיביות.

מיפוי תפקידי הפסיכולוג לבית אבות ויעדיהם.
 =====

איבחון, טיפול מניעה ויעוץ
 לדיירים ומשפחותיהם.

איבחון מעומדים לבית האבות.

" " לצורך טיפול.

" " יעוץ חד פעמי.

" " לקבוצות משימה.

איבחון דיירים

טיפול משפחתי.

יעוץ אישי.

טיפול קבוצתי.

קבוצות משימה.

קבוצות מניעה.

הדרכה והעשרה.

הדרכה אישית של הפסיכולוגים.

הדרכה קבוצתית של השרות.

הדרכה למנחי סטודנטים.

מתן הרצאות לצוות.

מתן הרצאות לדיירים.

יצירת מאגר ידע תיאורטי.

יצירת והרחבת טסטים.

בניית שאלונים, ספריה.

מעורבות במערכת, בעוונות, בישיבות.

מתוכננת ופורמלית. / לא פורמלית.

צוות רב מקצועי.

צוות רפואי.

צוות פרה-רפואי.

עובדות סוציאליות.

מתן היזון
 לעובדים.

טיפול אישי
 "עבודת

מסדוונות"

ועדת קבלה.

צוות תחזוקה.

צוות מטבח.

ועדת קבלה.

צוות פסיכולוגי.

מעורבות נוספות.

עם סטודנטים מהאוניברסיטה.

עם מוסדות חוץ (קופ"ח וכ"ו)

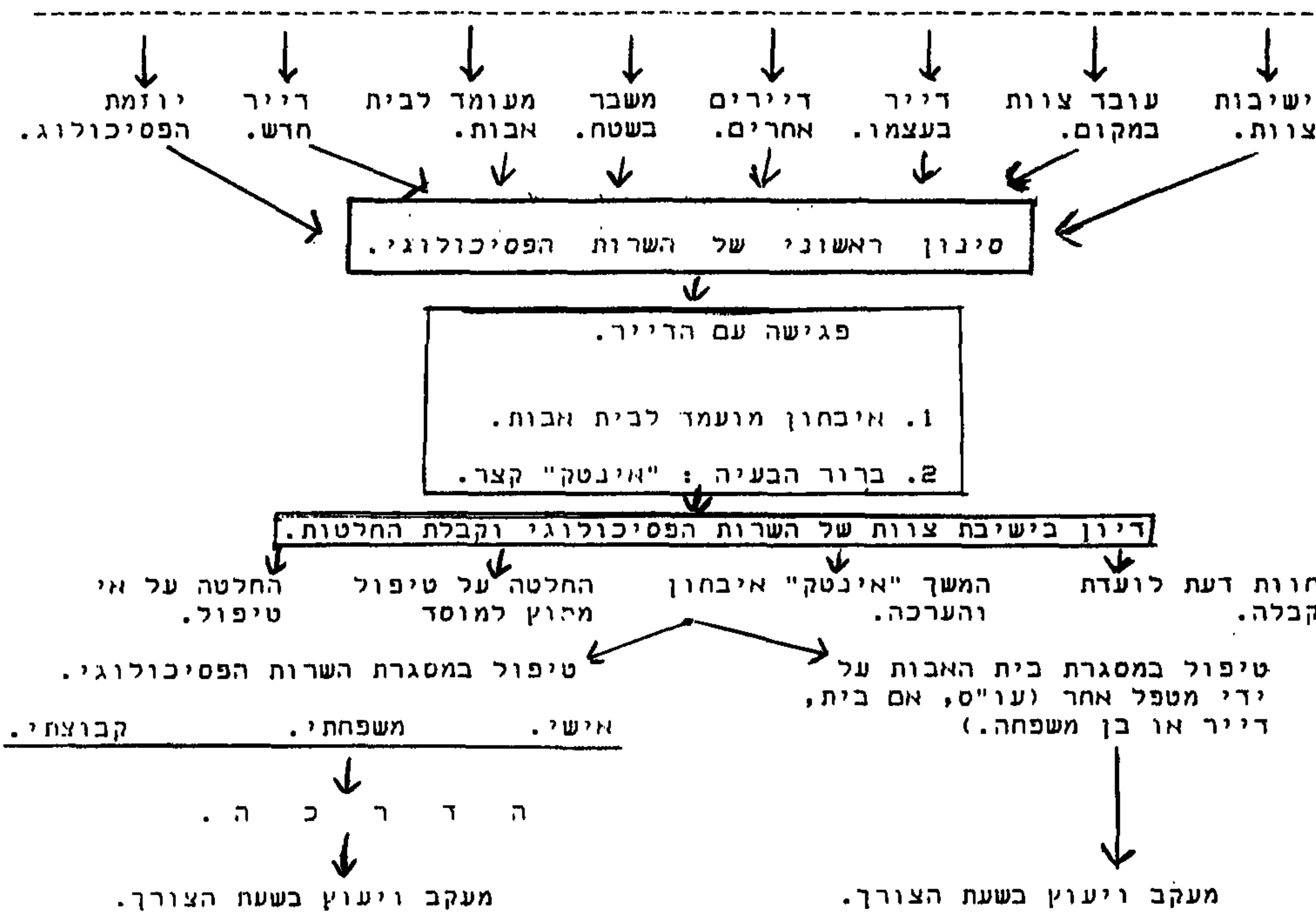
עם היחידה באוניברסיטה.

עם ועדי הדיירים.

מיפוי של קשר יעוצי וטיפולי עם הדיירים.

=====

מקורות הפניה לפסיכולוג.



המיפוי לעיל מציג את המבנה ואת התהליך שעל פיו ניסה השרות לעבוד עם דיירים וצוות. כלומר, ביחס לדיירים, לאחר קבלת פניה מאחד המקורות איסוף האינפורמציה האפשרית ממקורות שונים בצוות הרב-תחומי, מתקיים ברוו וסף ודיון בשרות לגבי המשך הטיפול (למשל השגת אינפורמציה נוספת, או יאיון, וכ"ו). בדרך כלל מוזמן אז הדייר לריאיון פסיכולוגי, אינטק, קצר.

לאחריו מתקיימת ישיבת צוות של השרות ומתקבלת החלטה לגבי המשך הטיפול (כגון: טיפול פסיכולוגי, פסיכיאטרי, או טיפול באמצעות צוות אחר, וכ"ו). בדרך כלל מתבקש אינטק מורחב יותר ובהמשכו, במידה והדייר יטופל בשרות, מתקבלת החלטה על סוג הטיפול (אישי, או משפחתי, או קבוצתי וכ"ו). בהמשך יוסבר שלא יכולנו למלא את כל הדרישות לטיפול ואיבחון של הדיירים. אך ברצוני להדגיש כבר כאן שבקושי רב יכולנו לעבוד על פי המיפוי הנ"ל. מפאת הלחץ לא התקיימו דיונים מספיקים בשרות על הפצאנטים ויתר על כן לא הספקנו לתת לעובדי השרות את זמן ההדרכה הנדרש. לאור המיבניות שנמסרה עד כה, נוכל לעבור עתה ולמסור על העבודה השוטפת של השרות כפי שהיא מתיחסת, בין השאר למטרות שהוגדרו לעיל.

השרות בפעולה.

=====

בתשעה חודשי פעילותו טיפל השרות כפועל, ברמות השונות, ב 251

דיירים (מתוכם 73 מעומדים לבית האבות). כמו כן הגיע השרות לעבודה מתוכננת כמעט עם כל הצוותים המקצועיים והפרה-מקצועיים שבשתי בתי הזכות. כאשר אנו "שוברים" את המספר הכולל לתחומי השונים מתקבלת התמונה הבאה, אותה נביא תוך כדי ציון החסר.

1. מתן שרותי אבחון וטיפול פסיכולוגי: הטיפול כאמור, נעשה ברמה

פרטנית קבוצתית, משפחתית וסביבתית. צינורות ההפניה היו הצוותות השונים, הפניו עצמיות והפניות על ידי דיירים אחרים. סוגי הבעיות נעו ממצבי משבר סיטואציוניים ועד למצבי פסיכופתולוגיים בעיקר בתחום הדפרסיה, הפרנויה והפרעות קוגניטיביות. לטיפול ישיר, בקשר פרטני, בבית האבות הקולקטיבי (שאינו כולל את העבודה עם מועמדים ודיירים חדשים המסתגלים לבית האבות), זכו עד כה 25 דיירים על פי הפרוט הבא: 8 דיירים מטופלים באופן שבועי קבוע, 10 דיירים מטופלים על פי הדרישות והמעקב, ו 7 דיירים זכו לאבחון לטיפול שיטתי חד פעמי. עד כאן מדובר בטיפול פרטני.

ביחס לעבודה קבוצתית : 62 דיירים השתתפו בהם לפי הפרוט הכא: ב 2 קבוצות - שהתמקדו בבעיות זיכרון - היו 23 דיירים, ובקבוצת הסתגלות, בה משתתף, לזמן מוגבל, כל דייר חדש, השתתפו 39 דיירים. בנוסף לכך, 73 מעומדים לבית האבות רואיינו והוערכו על ידי השרות.

בבית האבות האינדבידואלי טופלו כ 91 דיירים. הפרוט: 6 דיירים זכו לטיפול פרטני "קצר מועד" יחסית (שנמשך בין 3 ל 6 חודשים), 5 דיירים נמצאים בטיפול שבועי מתמשך (מעל ל 6 חודשים). 13 דיירים זכו לאיבחון וליעוץ (שנמשך בין 2 לבין 8 פגישות), 20 דיירים קיבלו יעוץ עקיף. נבדק מועמד אחד ו 20 דיירים נבדקו מבחינה קוגניטיבית כמועמדים לקבוצות זיכרון. עד כאן המגע הפרטני. ביחס לקבוצות : 11 דיירים השתתפו בקבוצה שהיתה ממוקדת בנושא המשפחה, 7 דיירים השתתפו בקבוצת פסיכוטרפיה. 8 דיירים קיימו פגישות במסגרת פסיכוטרפיה משפחתית.

בשני בתי האבות גם יחד התקיימו מפגשים רבים עם הדיירים ב"מקומות ציבוריים" כמו אולם הכניסה, חדרי חולים, מעליות וכ"ו בהם הוחלפו דברים, נעשה מעקב וניתן יעוץ. לא קויים רישום על מפגשים רבים אלה. יש לציין שהדרישות לטיפולים הם רבים הרבה יותר ועקב כח האדם המועט (1/3 משרה בכל בית אבות) אי אפשר לענות על הצרכים. כמו כן צריך להעיר שיש רק אפשרות מעטה לעבוד באופן פרטני, הטיפול הוא לרוב קצר מועד ולעיתים קרובות אינו מספק. כמו כן רוב העבודה נעשת במסגרות קבוצתיות ולעבודה שיטטית בהתאם לגישה מערכתית עם המשפחות אין השרות מגיע.

תהליך ההסתגלות של דיירים חדשים. =====

מוכרת התקופה הקריטית, ההסתגלותית של המעבר לבית אבות. תקופה זו קובעת לא פעם את טיב ההתארגנות ואיכות החיים בהמשך השהייה בבית האבות. לכן השקיע השרות מאמץ יחסי רב בתקופה זו על מנת לשפר את תהליך ההסתגלות מועמד מרואיין גם על ידי פסיכולוג ובכך נוצר אצלו הקשר עם השרות. כל דייר חדש מוכר לכן טוב יותר לשרות ולצוות בית האבות כולו, לזוור דיווחו של

הפסיכולוג בוועדת הקבלה. מרכיב מרכזי בנושא זה, לאחר שהממונה התקבל ומגיע בדיר לבית, הוא קיומה הקבוע והמתמשך של קבוצת הדיירים החדשים. זוהי קבוצה, המנוהלת עתה ע"י פסיכולוגית ועו"ס, (כבית האבות הקולקטיבי בלבד) בה משתתף כל דייר חדש למשך 8 פגישות לפחות. אופיה המורכב של הקבוצה נובע מהיותה קבוצה פתוחה ועם הרכבי דיירים משתנים מבחינת זהותם ומספרם. יש להדגיש את חשיבותה המרכזית של קבוצת ההסתגלות הזו. מסגרת קולטת כזאת מאפשרת לדייר עיבוד תהליכי הסתגלות בעיתיים ועשויה לפתח תחושת שייכות. עד כה השתתפו 39 דיירים בקבוצת ההסתגלות.

העבודה הצוותית והרב-תחומית בצוותות.
=====

כפי שהוצג בתרשים המיפוי מתבצעת ומתקיימת עבודה מרובה ורב גונית. עבודה זו מייצגת את עבודתו של הפסיכולוג כמפעיל אינטרבנציות בשרותים שונים והשתלכותו של השרות עם שאר השרותים גם יחד. השרות משקיע, רבות יחסית, בעבודה המערכתית התוך- והבין צוותית. יש לציין את הפעילות השיטטית הבאה :

1. עם צוות העובדות הסוצאליות מתקיים שיתוף פעולה שוטף בלתי פורמלי וממוסד גם יחד. ומתקיימים עתה ישיבות צוות משותפות וקבועות בהם מתקיים דיון על המקרים הקליניים והטיפול המגוון.
2. עם צוות אימהות הבית מתקיימים פגישות קבועות ומסודרות בהם משתתפת פסיכולוגית הבית עם אימהות הבית במטרה לדון במקרים ולתת יעוץ. במתן שרותי יעוץ, הדרכה, יחסי אנוש הסברה ומניעת שחיקה התקיימו פגישות סדירות עם הצוותות הבאים :
3. הצוות הרפואי והפר-רפואי. התקיימו כ 7 פגישות קבוצתיות.
4. צוות עובדי המטבח. התקיימו 5 פגישות קבוצתיות.
5. צוות עובדי תחזוקה. התקיימו 5 פגישות קבוצתיות.
6. פגישות צוות רב מקצועי. לישיבות רב צוותיות במידה נהם

מתקיימות)

7. הצוות הפסיכולוגי מקיים פגישה שבועית על תכני עבודתו

המגוונים. זוהי ישיבה שמשתתפים בה עובדי הבית הקולקטיבי והזינדבידואלי גם יחד.

כמובן שמתקיימות גם שיחות ויעוץ בין הפסיכולוגים לבין אנשי צוות שונים על בסיס אינדבידואלי ולא דוקו קבוצתי-צוותי.

אנו מציינים כסיפוק את העבודה המגוונת שנעשתה עם הצוותות השונים והמיסוד של פגישות אינטרדיסציפלינאריות. לדעתנו, כפי שתכננו מראש, צריכה עבודתו של פסיכולוג השרות לכלול באופן שוטף עיסוק זה. המורכבות והשחיקה של עובדים בכתי אכות, הנתונים כלחץ מתמיד, מצריכה עבודה שיטתית עם הסגלים השונים. לדעתנו יש להרחיב פעילות זו. יש גם לציין את הקושי, המתבטא בפועל, שבמיסוד ישיבות אינטרדיסציפלינאריות כאשר העבודה השוטפת מאוד לוחצת ובמקום שאין לכך תקדימים ומסורת.

מניעה והעשרה.

=====

העבודה בתחום זה מתוכננת לצוותות ולדיירים גם יחד אך עקב חוסר כח אדם הושקע בה עד כה בעיקר לצוותות והיא נופלת בעיקרה בין פעילותינו בתחום הבין-מקצועי.

פעם בחודש ניתנות לסגל הבכיר יותר הרצאות מתחום הפסיכולוגיה של הזיקנה. בין נושאי ההרצאות שניתנו עד כה עד היו : הרצאות על מעבר ומצע החיים / פסיכולוגיה התפתחותית של הזיקנה / שינויים גופניים וחושיים והשפעתם הנפשית / תהליכים אישיותיים ואמוציונליים בזיקנה / תהליכים קוגניטיביים בזיקנה / הפרעות נפשיות בזיקנה. כמו כן ניתנה הדרכה והתקיימו מפגשים ודיונים, במסגרת רחבה של צוותות שונים, בנושאים שהיו בעלי אופי אקטואלי לצוותות. מפגשים

אלה התייחסו עד כה לנושא המות וההתאבדות וכן לנושא הפרנויה המאפיינת קשישים רבים בשני הבתים.

קיימנו גם פעילות זו עם דיירי הבית : קויימה פגישה עם סרט דידקטי בנושא הזיקנה שעל בסיסו הינחתה אחר כך הפסיכולוגית דיון בין הדיירים. שוב יש לציין שלדעתינו מדובר בפעילות חשובה ביותר וזוהי יש להרחיב ולהעמיק.

הדרכה והפעלה של סטודנטים.
=====

זאת הפעילויות החשובות המתקיימות עתה בשני בתי האבות של משען היא פעילותם של הסטודנטים מהחוג לפסיכולוגיה, עבודתם של הסטודנטים הבאים מתוכנית המעורבות החברתית, שניהם מאוניברסיטת תל אביב, וסטודנטים המגיעים מבית הספר לעבודה סוצאלית באוניברסיטת בר אילן. דוח זה יתייחס רק לסטודנטים המגיעים מאוניברסיטת תל אביב שהשרות הפסיכולוגי מעורב בהפעלתם.

בפועל מדובר ב 23 סטודנטים מהחוג לפסיכולוגיה ו 5 סטודנטים מתוכנית "פר"ח לקשישים". הסטודנטים מגיעים פעם בשבוע לבתי האבות. הסטודנטים לפסיכולוגיה הפעילו בבית האבות הקולקטיבי קבוצה אחת בה השתתפו 8 דיירים וקיימו 12 קשרים פרטניים עם דיירים. בבית האבות האינדבידואלי ניתנה קבוצת תנועה ל 15 קשישים וקיימו 8 קשרים פרטניים. יש לציין שסטודנטים אלה מקבלים הדרכה שיטטית פעם בשבוע תכותבים דוח על הקשר ומצויים במסגרת אקדמאית בחוג לפסיכולוגיה. מכין 5 הסדונטים המגיעים מתוכנית "פר"ח לקשישים" אחד משמש כמלווה לסיורים וטיולים שונים והשאר מקיימים קשר פרטני. סטודנטים אלה אינם נמצאים במסגרת אקדמאית הדרכתית והפיקוח עליהם, שנעשה פעם בחודש על ידי פסיכולוגית ועובדת סוצאלית בבית האבות הקולקטיבי, הוא רופף יותר.

ברצוננו להדגיש שעבודת הסטודנטים, שבמצב הנוכחי הפעילו יותר מ-50 דיירים בצורה משמעותית, היא בעינינו בעלת חשיבות רבה מאוד שלעיתים לא מוערכת כראוי. יש להדגיש שלקשישים רבים זהו מקור תמיכה מקצועי יחידי. הפרויקט כולו כבר השתרש היטב ובתחילת השנה האקדמאית פונים כבר קשישים

ביוזמתם ומבקשים את הקשר עם הסטודנט. כניהול הפרוייקט מתקיים שיחוף פעולה מבורך בין העובדת הסוציאלית והפסיכולוגית. עם זאת יש לציין את היתרונות הנובעים מהקשר הישיר שיש לסטודנטים עם המחלקה לפסיכולוגיה. כזו מתבטאת פעם נוספת המעורבות של החוג והיחידה לפסיכולוגיה של הבגרות והזיקנה: הסטודנטים באים מהחוג, מוכרים לעובדי היחידה שמהם גם מגיעים עובדי השרות ומקיימים גם את עבודת ההדרכה באוניברסיטה כאשר הפיקוח השוטף ניתן על ידי סטודנטים מתקדמים מהחוג והיחידה. כל אלה תורמים להכוונה יעילה יותר של הסטודנטים ולמתן פיקוח ברמה גבוה יותר. בהזדמנות זו ברצוננו לציין שמעורבות של סטודנטים בתוכניות שונות עם קשישים כאשר אין מאזוריו פיקוח נאות עשוי לדעתינו להיות לא יעיל ואף מסוכן.

כלי הערכה ועבודת מעקב.
=====

כל דייר הבא בקשר משמעותי עם השרות הפסיכולוגי זוכה לתיק שהאיבחון, הטיפול וההחלטות לגבי הדייר רשומות בו. הללו שמורים בתיקיית השרות. השרות גם פעל למען יצירת כלי איבחון מתאימים, אם ע"י רכישתם, בנייתם או התאמתם לאוכלוסיית בית האבות. כיום מצויים בשרות כלי האיבחון הפסיכודיאגנוסטיים והקוגניטיביים הבאים:

טסטים השלכתיים: 1. בנדר גשטלט. 2. רורשאך. 3. טי.אי.טי. 4. אס. אי טי. 5. גי.אי.טי. כמו כן נמצאים גירסאות מותאמות של: 6. מיני מנטל לבדיקה קוגניטיבית. 7. מבחן זונג לבדיקת דפרסיה. 8. מבחן בק לבדיקת דפרסיה. 9. שאלון הרת"ד לבדיקת מצב רוח דפרסיבי. 10. מבחן קנטריל לבדיקת ריווחה נפשית. 11. שאלון איבחון בגירסא קצרה. 12. שאלון איבחון ו"אינטק" נרחב. אנו מתחילים לרכוש כאן. ניסיון מצטבר שעשוי לתרום רבות לתחום האיבחון והפסיכודיאגנוסטיקה של הזיקנה. יש לציין שביחידה לפסיכולוגיה של הבגרות והזיקנה קיים מאגר של כלים בתחום התורט רבות לבניית מאגר הטסטים בשרות. עם זאת, בו בזמן שלעיתים אין אנו מספיקים לנצל את הטסטים הקיימים עקב חוסר זמן, יש גם לציין שבולט מחסור חמור

בטסטים בתחום הקוגנטיבי המסועף.

ביחס לשירותי איבחון, יש לציין שלרוב איננו מספיקים עקב חוסר בכח אדם וזמן לבצע איבחון והערכה רצינית יותר, כמו למשל במקרים שמתבקשים אבחנות מبدלות. כמו כן לא יכולנו בשום פנים להתפנות לעבודת איתור של אוכלוסיות בעלות סיכון גבוה המועדים לתופעות של דיכאון, התאבדות, ירידה קוגנטיבית ומשברים נפשיים. גם עבודת המעקב סבלה לא פעם עקב מחסור בכח אדם. אין באפשרותינו, פעמים רבות, לעקוב אחרי המגעים שעשינו עם דיירים שונים בנושא בריאות נפשם. כמו כן לא קיים מעקב מסודר אחרי הדיירים החדשים בשנה הראשונה להתקבלותם, כפי שתיכננו. לבסוף יש לציין שתנאי הכרחי לטיפול נאות, למעקב הכרחי ולאיגרת ירע טמון טמון בסיכומים, חוות דעת ודוחות בנושאי האיבחון והטיפול. במצב הנוכחי אין עובדי השרות מסוגלים למלא חובה זו כראוי.

הסגל השרות.
=====

סגל השרות כיום הוא על בסיס משרה ורבע והוא מורכב מ: פרופ. יעקב לומרניץ (מנהל השרות ומדריך מוסמך, ב 1/3 משרה), ד"ר אביבה יהב (מדריכה מוסמכת ב 1/4 משרה), ג"ב ניצה איל (פסיכולוגית קלינית ב 1/3 משרה), ג"ב רוזה ספוסניק (פסיכולוגית קלינית ב 1/3 משרה). הג"ב איל היא הפסיכולוגית בבית האבות הקולקטיבי. והג"ב ספוסניק של בית האבות האינדבידואלי. לאור הראשונות, האינטרדיסציפלינאריות והצרכים בפועל עסקו כל הארבעה, ברמות מעורבות שונות, בשני אוכלוסיות היעד גם יחד. אך מוקד פעילותם של פרופ. לומרניץ וד"ר יהב היה בעבודה עם המערכת ובהדרכה.

רוב עובדי השרות השקיעו ועבדו מעל ומעבר לזמן הפורמלי הנדרש בהתאם לחקיקות המשרה. הדבר נובע מחלוציות המפעל מראית המטרה הנעלה שבו ומהעובדה שהצוות מורכב מאנשים מעולים אישית ומקצועית. אך בשום פנים לא ניתן לבסס לטווח ארוך את עבודת השרות על כך.

השרות כמודל לשרות וכמקור למאגר ידע.

=====

במטרה המרכזית של נתינת שרות, משתלבת המטרה של העשרת הידע הגרונטולוגי. על השירות לשמש כמקור להעשרת הגרונטולוגיה וכמאגר של ידע לשני כיוונים.

א. רכישת ידע חדש בתחום הגרונטולוגי. כידוע אנו דלים בתיאוריות ובטכניקות טיפוליות באוכלוסיה של קשישים. הניסיון הרציני הגלום בשרות ושיצטבר בו, במידה והוא יעובד כראוי, עשוי לתרום תרומה משמעותית להעשרת הידע התיאורטי והיישומי לגרונטולוגיה בכלל. ב. כמודל של שרות. ניתן לקוות שההבניה המיוחדת של שרות ראשוני זה יספק ידע וישמש כמודל להכנסת שרותים, לאור מודל זה, בבתי אבות נוספים בארץ ובעולם. לקידומה והשגתה של מטרה זו חשובים מספר מרכיבים. 1. הקשר עם האוניברסיטה, במקרה שלנו עם היחידה לפסיכולוגיה של הבגרות והזיקנה. 2. הפיכת השרות הפסיכולוגי למקום מוכר על ידי החוק להתמחות עבור פסיכולוגים מתמחים. מדובר בתחום התמחות ספציפי שאינו קיים, לצערינו, כיום בארץ אך המסגרת הנדונה תוכל להכין קדר של גרונטולוגים לעתיד. 3. הפיכת כל בית האבות ל "בית אבות מוכר אוניברסיטאי", מעין "ניף אוניברסיטאי". כלומר בית האבות כולו יהיה מקום שמתקיימת בו הוראה, הדרכה ומחקר ברמות אקדמאיות, דבר אשר ללא כל ספק תעלה זאת רמתו של בית האבות. על בית האבות, וזוהי נקודה מרכזית, להערך למען השגת מטרה זו. הערכות לצורך זה כוללת, בין השאר, פיתוח מסגרות מתאימות ונחוצות כמו: קיום פגישות צוות אינטרדיסציפלינארי בצורה קבועה, הדרכה מקצועית, כתיבת דוחות ורישומים מתאימים, קיום ספריה מקצועית ועוד.

סיכום: השגים, צרכים והמלצות.

=====

אנו מסכמים בהרגשת השג את עבודת השרות הפסיכולוגי עד כה. כמסגרת חזונית במקום חסר ניסיון עם מסגרות כאלה, וכלי תקדימים בארץ, אנו מרגישים שהצלחנו להניח זאת היסודות ולסלול את הדרכים שעליהם צריך שרות פסיכולוגי לפעול

ולתקדם. עיצבנו את צורת פעולתו של השרות ואת צורת עבודתו ובנינו את תחילתו של שרות שמסוגל להיות אב טיפוס לשרותים פסיכולוגיים בבתי אבות בקהילה. בפועל הספיק השרות לתת מגוון של טיפולים לאוכלוסיית הדיירים, עסק באיבחון, יעוץ, העשרה ומניעה ותרם להשתלבות יעילה של סטודנטים בעבודת בית האבות. פרק חשוב במיוחד אנו רואים בעבודתנו במערכת, במיסוד מסגרות אירגוניות אינטרדיסציפלינאריות ובעבודה עם תת מערכות עצמם.

בתחילת דרכנו עמדנו בפני ההחלטה אם להתפרש ולטפל בתחומים ומגזרים שונים או להצטמצם, על פי סדר העדפות, ולהשקיע בנושאים מובחרים ומצומצמים. בחרנו בדרך הראשונה וזאת לאור מטרתנו לבנות מסגרת של שרות פסיכולוגי שלמה וכוללת. מסגרת שבה מהווה השרות חלק אינטגרלי מכלל הצוותות בבית אבות ואינו בבחינת "יועץ חוץ" הנקרא לטפל בבעיה רק כאשר כלו כל הקיצים. ברמיה פרספקטיבית אנו מרגישים שהחלטנו על הגישה הנכונה, גישה אשר תואמת גם, לאור תכנון השרות, את מרכז משען וזאת הביטוח הלאומי. יתרונה, במובן פרדוכסלי, של גישה זו גם התבטא בקשיים שהיא מציבה, כלומר לאורה חווינו את המורכבות והקשיים המרובים שעליהם ברצוני לעמוד להלן.

נוהל תקין דורש שדוח מעין זה יעמוד גם על הקשיים, החסרונות ויגיש המלצות בהתאם. לאור עבודתנו בשטח, הניסיון שהצטבר, ההיזון החוזר והבדיקה העצמית שלנו, נהירים לנו יותר כעת הקשיים, הצרכים וצעדים הנדרשים בכדי למלא אותן. נדגיש אותם ונביא, ביחס אליהם את המלצותינו כשרות.

הקשיים והחסרונות צוינו בכל קטיגוריה של דוח זה ונדגישם שוב בקצרה: למרות ההשקעה הרבה בהשגת פסיכיאטר שיגיע לבית, חסרון שקיבל בולטות עקב קיומו של השרות הפסיכולוגי, לא הושגה עדיין מטרה זו. עדיין אין לשרות מיקום ומקום נאות מבחינת החדרים. אנשי השרות עמדו בלחץ מתמיד ולא הספיקו, במסגרת הנתונה, להגיע לכל האוכלוסייה הנצרכת ולעסוק מספיק בטיפול פרטני. לא ביצענו מספיק עבודה דיאגנוסטית, לא הספקנו לקיים את המעקב הנאות ולא נעשתה מספיק עבודה קהילתית מניעתית עם הדיירים. הבעיות שבהם טופלו לעיתים לא טופלו בהיקף ובעומק הנדרש, הן מבחינת הזמן והן מבחינת קשר עם גורמים משמעותיים אחרים של הפאציינט וכמו בני משפחה או

שכנים). לא התקיימו מספיק דיונים וישיבות של השרות עצמו ועם שרותים
אחרים. לא התנהלה מספיק עבודה בין צוותית ויש
לשפר את שיתוף הפעולה בין הצוותות. לא גובשו במידה מספקת, עם אנשי הצוות
האחרים, נוהלי עבודה מסודרים לגבי הפניות פצאנטים, חילופי מידע ומעקבלא
ניתנה מספיק הדרכה למטפלים. לא היה זמן מספיק לעבודות סיכום וכתובת
דוחות. לא גובשו מספיק הידע החדש ולא פותחו מספיק כלים דיאגנוסטיים
וגישות וטכניקות טיפוליות מתאימות. בית האבות הוא מוסד קהילתי פעיל
ודינמי וכך גם דייריו, הדברים מתרחשים במהירות והעובדה שפסיכולוג אינו
נמצא יום יום בבית האבות, וזו נקודה מרכזית ביותר, פגעה הן ביכולת הטיפול
הרצוף והן באינטגרציה שלו בבית האבות.

מספר גורמים בודאי חוברו יחד שהביאו לקשיים הנזכרים. חשוב כמובן
לפעול למניעת הקשיים אחרת אנו לא רק נחטיא את מטרתינו אלא ניצור עמדות
שליליות כלפי השרות וזאת לאור הידע שציפיות גבוהות במערכת שאינן מתמלאות
גוררות תסכול ועמדות שלליות. את הגורמים המרכזיים לקשיים אנו רואים הן
בחדשנות וראשונותו של השרות והן בהיקף משרות השרות. על האספקטים
השונים הנובעים מהמכשול הראשון ניתן יהיה להתגבר עם הזמן, ההמשכיות עקב
הניסיון המצטבר, לגבי המכשול השני יש לנקוט בפעולה אקטיבית. אין להניח
ששרות פסיכולוגי אינטרדיסציפלינארי ואינטגרטיבי בבתי אבות יוכל למלא את
מטרותיו במסגרת התקנית הקיימת. על חלק מהבעיות הנזכרות נוכל להתגבר כאשר
השרות יוכר כמקום מוכר להתמחות לפסיכולוגים ויזכה על ידי כך בתוספת
ניכרת של כח אדם. צעדים ראשונים כבר להשגת הכרה כבר ננקטו אלא שקבלת
ההכרה דורשת הדרכה שוטפת ותנאים אחרים שאין אנו כרגע עומדים בהם. המסקנה
המתבקשת היא בהגדלת השרות כך שיקיף לפחות 2 ו-2/3 משרות לשני בתי האבות.
היקף זה מבוסס על החלוקה הבאה: מנהל השרות, 1/3 משרה. מדריך מוסמך 1/2
משרה. פסיכולוג מדריך ובעל מומחיות 1/3 משרה. 1 משרה של פסיכולוג קליני
(לכית האבות הקולקטיבי). 1/2 משרה של פסיכולוג קליני (לכית האבות

היקף זה יאפשר טיפול נאות יותר, יעלה את רמת השרות ואת הבית כולו, יאפשר נוכחות יום יומית של פסיכולוג בשרות, יספק מסגרת להדרכה ולדיון, יגביר את הקשר עם האוניברסיטה ויהפוך את השרות למקום אטרקטיבי למתמחים בפסיכולוגיה בתחום הגרופפסיכולוגי.

יש לציין שמוכן מאליו שהיקף כזה לא יענה על כל הצרכים אך את

ההשלמה הנדרשת בכח עבודה, לטיפול ולמחקר, ניתן יהיה לקבל ביד רחבה באמצעות מתמחים. כמו כן ממולץ למצוא מקורות של מלגות לפסיכולוגים שיעבדו בבתי האבות של משען. על ידי מציאת קרן מחקר ניתן יהיה גם לקדם את נושא פיתוח הכלים הדיאגנוסטיים, בדיקת שיטות טיפול והמעקב. ממולץ למצוא גם מסגרת פורמלית ומחייבת בין השרות לבין היחידה לפסיכולוגיה של הבגרות והזיקנה שבאוניברסיטה. עם זאת יש לציין שמוכן מאליו שהיקף המשרות המומלץ יענה על צרכים רבים ויתרום הן בתחום הספקת השרותים הפסיכולוגיים לדיירים, בני משפחותיהם, לצוותות ולמערכת והן להפיכת בתי האבות של משען למקומות בעלי רמה אוניברסיטאית שתשפר לאין ערוך את כמות ואיכות פעילותן.

נספח ג' - סיכום הפרוייקט על ידי פרופ' לומרנץ

מאז סיום איסוף החומר לדוח וכתיבתו עבר זמן ויש להביא כמה איפיונים ומספר התפתחויות בשרות שרצוי לצייןם.

1. חל שינוי מסויים בקונספציה המסגרתית והאירגונית של השרות. מוקד השרות הוא עתה בבית האבות הקולקטיבי ברמת אביב, שם מתקיימת העבודה המקצועית של השרות מעבר לעבודה עם הדיירים (הדרכה, ישיבות צוות, הצגות מקרים, הערכת העבודה, וכו'). מוקד זה מוציא שלוחות לעבודה בכתי אבות אחרים (למשל בית האבות האינדבידואלי ברמת אביב) או בפרוייקטים אחרים של משען (למשל תוכנית "לכ זהב" הפועלת בחולון) בהם האספקט הפסיכולוגי הוא מרכזי.

2. השרות עובד עתה בהיקף נרחב התחומים שהציב לעצמו (ראה נספח מטרות). לשם הדגמה; ניתן לומר שעבודה אופיינית וממוצעת של השרות, במשך חודש אחד (דצמבר, 1989), מכסה את ההיקף הבא:

התקיימו 81 פגישות וטיפולים פרטניים עם דיירים. בוצעו 44 ראיונות הערכה ונעשו 17 איבחונים רחבים יותר. התקיימו 6 פגישות יעוץ ו-5 פגישות בעבודה קבוצתית.

3. אגירת ידע ופיתוחו: בד בבד עם העבודה השוטפת מנסה השרות לאגור ידע ולקדם שיטות דיאגנוסטיות וטיפוליות המתאימות לאוכלוסיה קשישה. בהקשר זה יש לציין את הדוחות הנכתבים ואת פיתוחם של כלים דיאגנוסטיים מתאימים.

4. הבט אקדמאי - יישומי: השרות נולד וקשור רעיונית לאקדמיה, קרי החוג לפסיכולוגיה באוניברסיטת תל-אביב. למותר לציין את העובדה הידועה שהפיכתו של מוסד, בכל מקום בעולם, למקום הדרכה מעלה את איכותו ורמתו של אותו מוסד לבלי הכר. באפריל 1989 עמד השרות בכל הקריטריונים הנדרשים על ידי מועצת הפסיכולוגיים ומשרד הבריאות בכדי להיפך למקום מוכר להתמחות בפסיכולוגיה קלינית וקיבל הכרה רשמית לכך. הנהלת משען הכירה בחשיבות זו והעמידה 3 מילגות למתמחים לשרות הפסיכולוגי. יש לציין שמתמחה בפסיכולוגיה הוא אדם שסיים את התואר השני ועם ניסיון טיפול מאתרו. השירות הפסיכולוגי במשען מוכר כמקום התמחות מרפאתי לסטודנטים בפסיכולוגיה קלינית (המחוייבים, על פי החוק, לעבוד שנתיים במרפאה). בשרות עובדים עתה שלושה מתמחים. חלקם כבר הביעו את רצונם להמשיך שנה נוספת בשרות הקליני של משען (דבר המעיד על איכותו המקצועית של השרות).

חשוב להדגיש את העבודה הרבה וההשקעה הרבה שנעשת על ידי המתמחים הפסיכולוגיים. אנו למדים שנסך הכל היקף העבודה עם הדיירים, תודות לעבודתם של המתמחים, גדלה ומצויה בתנופה יחסית (לכח העבודה העומד לרשות השרות). יחד עם זאת חלה האטה בעבודתו של השרות עם סגל בית האבות.

לסיום, יש לציין שהשרות הפסיכולוגי בבית האבות של משען - רמת אביב תוכנן כמודל (DEMONSTRATION CLINIC) ואנשי השרות מקווים שהוא ימלא פונקציה זו שתבטא בהקמת שרותים דומים נוספים

