



המוסד לביטוח לאומי

מינהל המחקר והתכנון

**התמודדות של צוותים
רב-מקצועיים
עם משבר הזקנה**

סקר מס' 76

ירושלים, אלול התש"ן, ספטמבר 1990

ה מ ו ס ד ל ב י ט ו ח ל א ו ט י
מינהל המחקר והתכנון

התמודדות של צוותים רב-מקצועיים
עם משבר הזקנה

תמר הרון

ירושלים, אלול התש"ן, ספטמבר 1990

מינהל המחקר והתכנון שמח להגיש עבודת מחקר נוספת בתחום הטיפול בזקן בקהילה. המוקד הפעם ניתן לחקר האורגניזם האחראי על ההמלצה לתכנית הטיפול בקשיש ודרכי ביצועה, קרי הצוותים הבין-מקצועיים, הכוללים את הפונקציה הרפואית (אחות) ואת הפונקציה החברתית-אישית-סביבתית כפי שבאה לידי ביטוי בתפקיד העובד הסוציאלי. מטרת המחקר היתה לעמוד על הגורמים המשפיעים על טיב שיתוף הפעולה בין החוליות השונות בצוות, כגון ההסכמה ההדדית לתפקיד היחודי של כל אחת מהן והאמון ההדדי בין חבריו. שיתוף פעולה זה יביא את הצוות לפעול כיחידה אחת שרואה לנגד עיניה כמטרה עליונה מתן שירות אופטימלי לזקן. אכן המחקר חשף מספר בעיות קרדינליות, שאם יבואו על תיקונם יצא ציבור הקשישים נשכר מכד. המחקר מחזק ומאשש שוב את הידוע גם ממחקרים קודמים, שתנאי בסיסי להצלחת עבודת צוות, הוא הגדרת תפקידו של כל משתתף בצוות, חלוקת תחומי העבודה ויצירת אוירה של אמון הדדי בין כל מרכיביו.

אני סבור שעבודה זו תתרום לשיפור עבודת הועדות המקצועיות המקומיות שהוקמו ברחבי הארץ לקביעת תכנית השירותים לזכאים לגמלה עפ"י חוק ביטוח סיעוד, ועל ייעול הצוותים המקצועיים, המשותפים לקופת חולים ולרשויות המקומיות, שבוחנים את צרכיו של הקשיש בקהילה, וממליצים במשותף על מתכונת הטיפול המתאימה לו בהתאם למצב בריאותו, רמת תפקודו האישי, וסביבתו המשפחתית והחברתית.

המחקר נערך ע"י גב' תמר הרון, חוקרת בכירה במינהל המחקר והתכנון של המוסד לבטוח לאומי, וזכתה למלוא התמיכה והעידוד מראשי המינהל להגישו כעבודת גמר לקראת קבלת תואר מוסמך בעבודה סוציאלית מהאוניברסיטה העברית.

שילוב זה בין האקדמיה לבין המוסדות החברתיים במדינה הוא מבורך ומכניס אל תוך המחקר העיוני את המימד היישומי-מעשי, ובכך יצאו נשכרים שני הצדדים.

תודתי נתונה בראש ובראשונה לחוקרת תמר הרוו, על העבודה היפה והמועילה, לגבי' ברנדה מורגנשטיין, מנהלת המחלקה להערכת גמלאות ארוכות מועד, שסייעה לחוקרת בעצה והדרכה, ולכל עובדי מינהל המחקר האחרים שסייעו, כל אחד בתחומו, לביצוע המחקר.

שלמה כהן

מנהל אגף מחקר שוטף

ברצוני להודות מקרב לב לפרופ' זאב בן-סירא, שהשכיל בהבנה ובאורך רוח להביא לכתיבת עבודה זו, ואשר לולא הוא, לא היתה יוצאת אל הפועל.

ויעמדו על התודה והברכה האנשים שסייעו ותרמו להכנת עבודה זו:

לאנשי המוסד לביטוח לאומי ובראשם מר יוסי תמיר סמנכ"ל מחקר ותכנון, גב' ברנדה מורגנשטיין, מנהלת מחלקת מחלקת לגמלאות ארוכות-מועד ומר שלמה כהן מנהל אגף מחקר שוטף, על תמיכתם בניצוע המחקר במסגרת המוסד לביטוח לאומי. לאלכסנדר גאלה על הדרכתו ועזרתו בעיבודים הסטטיסטיים ובנוסף לרבקה ורטמן, לשרה אזרד לאתי שיריזלי ולשוש בן משה שעזרו בארגון המחקר עריכתו והדפסתו.

תודה על שיתוף הפעולה לאחיות קופת חולים הכללית בכל הדרגים ולעובדים הסוציאליים בלשכות ובהנהלות. ותודה מיוחדת למרכזת המחקר יפעת גדרון ולמראיינים יוחאי ינוביץ, לאה נודל ושרון מיבר על עבודתם המסורה.

המחברת

תוכן הענינים

<u>עמוד</u>	
2	מבוא
5	סקירת ספרות
5	<u>מרכיבי משבר הזיקנה</u>
8	<u>הגורמים המקשים על שיתוף פעולה שיוני</u>
11	<u>המחקר על בעיות השיתוף בצוות רב-מקצועי</u>
17	המסגרת המושגית
17	<u>תפקיד העו"ס ביחס לקשישים</u>
18	<u>התנאים לעבודת צוות</u>
21	שיטת המחקר
30	הממצאים
55	דיון
60	נספחים
	בבליוגרפיה

גיל הזיקנה מאופיין, אמנם במידה ובקצב אינדיכידואליים אך לעתים קרובות, בירידה בתפקודים הגופניים והמנטליים ובמחלות ממושכות. לכאורה, אם כך, משבר הזיקנה הוא רפואי בריאותי בעיקרו, ויש גם הטוענים כך (HANLON & PICKETTE, 1984:144). אולם התבוננות מקרוב בזקנים במצוקה, מגלה מכלול בעיות רב-מימדיות ברוב תחומי הקיום, בעיקר עוני ואובדן, המלוות במתח נפשי וחברתי רב (ROWLINGS, 1981:32).

על רקע ההכרה הגוברת לגבי הקשר בין גורמים פסיכו-חברתיים וחולי, ניתן לראות את החולי בזמן הזיקנה כביטוי להתמוטטות (BREAKDOWN), הנובעת מערעור ממושך של שיווי המשקל הפסיכולוגי (STRESS), שהוא תוצאה של קשיי התמודדות מתמשכים של הקשיש עם תביעות בתחומים שונים של החיים (ANTONOVSKY, 1979; BEN-SIRA, 1984).

בעקבות זאת, גוברת גם ההבנה שהטיפול בקשיש מחייב מספר מטפלים מדיסציפלינות שונות, מעבר לתחום הרפואי, אשר יתרמו כל אחד מתחומי המקצועי לצורך יצירת תמונה מקיפה של מצב הקשיש ולמתן פתרון משותף הולם ומתואם (BAO, 1977; CARLTON, 1984:132; SCHLESINGER, 1985:56-57; כרודסקי ואחרים, 1986:225-226).

ההשפעה ההרדית שיש לבעיות הזקנים, מחייבת שיתוף פעולה הרוק בין המטפלים השונים, ואכן מוקמים כיום צוותים בין-מקצועיים גם במסגרת הרפואה הראשונית, בנוסף לצוותים הקיימים כבר זמן רב בכתי-חולים ובמוסדות. הצוותים כוללים בעיקר אחיות ועובדות סוציאליות בקהילה, שהן המספלות העיקריות בקשיש הסובל, החי בביתו.

אחת ההגדרות של צוות בין-מקצועי, הנפוצה בשימוש נמצאת אצל KANE (1975:3). היא אומרת, בין השאר, "צוות בין-מקצועי הוא קבוצה קטנה ומאורגנת של אנשים, שכל אחד מהם הוכשר בדיסציפלינה מקצועית אחרת, בעלי כישורים ואוריינטציה ייחודיים, המקיימים ביניהם חלוקת עבודה מסודרת למען מטרה משותפת כשכל חבר בצוות תורם את כישוריו המיוחדים לו".

הגדרה נפוצה בארגונים רפואיים היא של ארגון הבריאות העולמי (WHO) האומרת: "צוות היא שותפות כלתי היררכית של בעלי רקע מקצועי שונה אך בעלי מטרה משותפת שהיא לספק, בכל מערכת נתונה, למטופלים ולמשפחותיהם, את הטיפול הרפואי המקיף והמעשי ביותר (WESTRIN, 1986:29).

צוותים כאלה, של מטפלים רפואיים ועובדים סוציאליים, למרות היותם הרב שנצבר, מלווים בעבודתם במתח רב, בעיות ואף כשלונות: המטפלים, כאנשי פרופסיה, רואים עצמם כבעלי אוטונומיה בגישה ובקבלת החלטות לגבי מילוי תפקידיהם, מה שמקשה על שיתוף הפעולה וגורם לאי רצף בטיפול, לפערים, חפיפות וסתירות (FURSTENBERG, 1984:28-29; ברודסקי ואחרים, 1986). המטפלים המרכיבים את הצוות הם בעלי סטטוס מקצועי שונה: היוקרה והדומיננטיות של הגישה הרפואית מעניקים סטטוס גבוה יותר למטפלים הרפואיים (FREIDSON, 1970). אלה עלולים לשים את הדגש על הגורמים הטיפולים הביו-רפואיים (PERETZ ET AL., 1984:151), ולהזניח את ההיבטים הפסיכו-סוציאליים, שהם חיוניים להמשך קיומו ורווחתו של הזקן (STRAUSS, 1979:98; 272: POLLIN & MCKINNY, 1984). בעיקר נגרם מצב זה עקב מעמדם הנחות יותר של העובדים הסוציאליים, הסובלים מביקורת מתמדת ומחוסר בסחון עצמי (CARLTON, 1984:130-131).

צורכי הזקן וטובתו מחייבים שילוב מטפלים רלוונטיים על בסיס שיוויוני, כך שתרומתם המקצועית לטיפול תינתן במלואה ובאופן חופשי (141: 1984 CARLTON). מצב זה אפשרי אם המטפלים חשים בחופש זה מתוך מעמד של שיוויון מלא ביניהם. מטרת עבודה זו היא לאתר את התנאים המאפשרים את שיתוף הפעולה השיוויוני בצוות, לפתרון הבעיות היוצרות את משבר הזיקנה, בצורה הטובה ביותר האפשרית.

מרכיבי משבר הזיקנה

כנקודת מוצא לדיון נסקור בקצרה את מיגוון הבעיות המאפיינות את הזקנים הפונים לשירותים בקהילה, ואת הדרכים המקובלות להתמודד איתן. נראה שאפשר לטווג את הבעיות לשלוש קטיגוריות עיקריות:

1. בעיות רפואיות. הרפואה כימינו האריכה את חיי האדם, אך כד כבד עשתה אותו לפגיע יותר למחלות אשר אינן קטלניות אך גם אינן ניתנות לריפוי. בנוסף, מחלות אשר היו בעבר קטלניות הפכו, בעקבות מכלול התרופות ואמצעי הטיפול למחלות שאפשר לחיות עימן עד לשיבה טובה. מכאן השכיחות הגבוהה של זקנים חולים כרוניים.

הטיפול בזקן החולה נתון בעיקר בידי רופאים ואחיות במרפאות. בשנים האחרונות, לאור הידע המצטבר על הקשר בין מרכיבים פסיכו-סוציאליים ובין-רפואיים, כגורמי מחלות וכנתונים להשפעתם, לא ניתן לראות את החולי כמנותק מהבעיות הפסיכו-סוציאליות הדורשות גם הן טיפול על ידי מטפל מתאים.

2. בעיות תפקודיות. בעיות אלה נובעות הן מהמחלות הממושכות והן מהתבלות הגוף הזקן, הגורמים למוגבלויות שונות ולאובדן עצמאות הזקן בתפקוד היומיומי עד כדי אי יכולת לנהל את משק-ביתו ולדאוג לטיפולו האישי, לפעמים הבסיסי ביותר (ROWLINGS, 1981:37).

הטיפול הישיר, שהוא בדרך כלל אינסטרומנטלי ומתבטא בעזרה בניידות, ברחצה, האכלה, סידורים וקניות, נתון בידי בני המשפחה. אם אין משפחה או שאינה

עומדת במעמסה, באים מטפלים פרה-מקצועיים לעזרה. ההדרכה והפיקוח עליהם נעשים על-ידי אחיות, בדרך כלל בעלות הסמכה בבריאות הציבור. כלומר, עוסקות פחות בטיפול רפואי ישיר ויותר באספקטים סביבתיים, פסיכו-חברתיים ומניעתיים.

כתוצאה מהטיפול הממושך, השינויים בתפקידי המשפחה והעומס הפיזי והכספי, נוצרים מתחים במישורים האישי והבין-אישי הדורשים טיפול (POLLIN & MCKINNY, 1984:262-263).

3. בעיות פסיכו-חברתיות. בנוסף למתחים כתוצאה מהמצב הגופני שתואר לעיל, ישנן בעיות הנובעות ישירות מהמישור האמוציונלי: האדם הזקן מתנסה, עם התארכות חייו, בשינויים שעיקרם אובדן, בתחומים הבאים: בתחום הכלכלי - עם הפסקת העבודה וירידה בהכנסות; בתחום המשפחתי - עם יציאת הילדים מן הבית, היווצרות הבדידות והעדר התמיכה הפיזית והנפשית; בתחום החברתי - עם הפגיעה בכושר הניידות ועם פטירת החברים; ובתחום האינטלקטואלי - עם הירידה בתפקודי החשיבה והזכרון (ROWLINGS, 1981:33-52; & PICKETTE, 1986:437; HANLON).

כל אלה מגבירים את אי-הבטחון ביכולת ההתמודדות עם הבעיות היומיומיות ואת החרדה מפני העתיד, ואלה, במעגל קסמים, מגבירים את פגיעותו הפיזית של הקשיש.

הכתובה לטיפול במכלול הבעיות בתחום הפסיכו-חברתי היא בבירור העובדים הסוציאליים, שהתמחותם היא בהקלת מצוקה בתחום זה וטיפול בגורמים למצוקה זו בורכים אינסטרומנטליות ואפקטיביות (KAYE, 1985:408-432). העו"ס הוא איש המקצוע המרחיב את הגישה הביו-רפואית לטיפול בפצינט, לגישה ביו-פסיכו-חברתית לטיפול בקליינט - באדם המעורב בטיפול. ההרחבה נעשית על-ידי התייחסות לכל הגורמים המשפיעים על מצבו של האדם מתוך מרכיביו

הפיזיולוגיים, הפסיכולוגיים והסביבתיים (ROWLINGS, 1981:27-52);
(SCHLESINGER, 1985:79-80).

העו"ס הוא גם המטפל המקצועי המכיר את מערכת השירותים והזכאויות העומדים לרשות הזקן ומשפחתו, ומנצל זאת למתן תמיכה אינסטרומנטלית, וגם מי שמכיר את מערכת ההרגשות והרגישויות האישית, המשפחתית והחברתית, ומפעיל ידע זה למתן תמיכה אפקטיבית (POLLIN & MCKINNEY, 1984:283-287; POLLIN & MCKINNEY, 1985:127-159; SCHLESINGER), כל אלה במטרה לבוא לעזרת הזקן ומשפחתו במאמצייהם להמשיך באורח חיים תקין עד כמה שאפשר בצל הבעיות המצטברות.

מן האמור עד כאן, אפשר לראות את הצורך בצוות רב-מקצועי לטיפול בבעיות המולטי-דיסציפלינריות של הזקנים ובחשיבות הטיפול בכל התחומים והאספקטים תוך הבנה שכשיויון בין אנשי הצוות למניעת מתח ותסכול (1985:225)
(SCHLESINGER), אולם המצבים בהם קיים שיתוף על בסיס שיויוני בין הצוות הרפואי לבין העו"ס נדירים (DINGWALL, 1982; POLLIN & MCKINNEY, 1984:289; PERETZ ET AL., 1984:151). לאי-שיויון זה עלולות להיות השלכות שליליות כתוצאה מהסיכון שבזניחת מימדים חשובים בתחום הפסיכו-חברתי: בצוות בו משתלט מטפל רפואי, הופך העו"ס למעין "משרת" הממלא אחר הוראות המטפל הרפואי ומאבד בכך את זכותו להשתתף בצוות כתורם ייחודי בתחום הבלעדי לו (SCHLESINGER, 1985:141; CARLTON, 1984:130). עו"ס הנכנע להוראות המטפל הרפואי, אם מתוך חוסר בטחון או רצון לקבל את הסכמת הצוות הרפואי, מונע מהזקן את תרומת האפשרויות הגלומות במקצועו ופוגע בו.

כאן נשאלת השאלה, מה הם הגורמים המקשים על שיתוף הפעולה על בסיס שיויוני.

בסיטואציה של עבודת הצוות עם הזקן, אפשר למצוא מספר קשיים הנוצרים על-ידי כל אחד מהמשתתפים בה. בבחינת הקשיים נראה שהם נובעים מהתפיסות השונות של התפקידים ושל דרכי הטיפול על-ידי כל אחד מהמשתתפים - הזקן, הרופא, האחות והעו"ס.

1. הזקן. הזקנים מרכיבים לפנות למטפלים רפואיים, גם כאשר הסיבה לבעיותיהם הסומטיות היא מתח נפשי מצטבר, בגלל הדומיננטיות של המודל הביו רפואי (SCHELSINER, 1985:77-96). מצד שני קיימות בעיות של נגישות למטפלים פסיכו-חברתיים, רתיעה מקבלת סטיגמה הניתנת למבקשי שירותים אלה וחוסר התמצאות במערכת השירותים, המכבידות על הזקנים דורשי השירותים (CLARY & CORNEY, 1982:5; ברודסקי ואחרים, 1986:2). הזקנים מכקשים אצל המטפלים הרפואיים תמיכה אפקטיבית, החשובה להם לא פעם יותר מהטיפול הרפואי, אלא שלרוב אינם זוכים לה (BEN-SIRA, 1984; STRAUSS, 1979:98). אפילו לא אצל הרופא המשפחתי שהוא בעל הכוונה לטיפול חברתי, שלא לדבר על הרופא המומחה שאינו מעוניין אלא בצד הרפואי (POLLIN & MCKINNEY, 1984:273), ובוודאי לא בבעיות הרב-מימדיות של הזקן (SCHLESINGER, 1985:100).

הפנמתה של האוריינטציה הביו-רפואית בציבור ההדיוטות, מקשה על התערבות מטפלים אחרים בטיפול בזקן באותם תחומים שמומחיותם המקצועית מכשירה אותם להיות מטפלים בלעדיים, כמו ארגון המשפחה ותמיכה בה, מה גם שהרופא רואה בטיפול הסוציאלי בזכוז זמן וכסף (POLLIN & MCKINNEY, 1984:273; 1985:226). (SCHLESINGER,

2. הרופא. הרופא אמור להביא לצוות את הידע על מצבו הרפואי של הזקן, בעיקר את הפרוגנוזה, כדי שהצוות יוכל להיערך לטיפול הכוללני. בהיותו בעל העמדה הדומיננטית בצוות (BEN-SIRA, 1987:2), בעקבות מעמדו היוקרתי בסולם ההיררכיה המקצועית (FREIDSON, 1970), ודומיננטיות המודל הביו-רפואי (ILLICH, 1976), הוא נוטה לזלזל בשותפיו לצוות ומערער את שיוויון העבודה בו (SCHLEISNGER, 1985:64). הרופאים רגילים לציות מצד המטפלים הרפואיים ודורשים זאת גם מהעובדים הסוציאליים, בכל מה שנוגע לקביעת דרכי הטיפול. בדרך זו נהרסים השיוויון ושיתוף הפעולה הפורה בין אנשי הצוות.

3. האחות. תפקיד האחות במערכת הטיפול עדיין נקבע פורמלית בהתאם לנוכחות הרופא. בקופת-חולים מוגדרת האחות כמטפלת בחולה או בפצוע לפי הידע המקצועי שלה, שיקוליה וסמכותה - בהעדר הרופא. כאשר הרופא נוכח, הטיפול הוא לפי הוראותיו (בלטוך, 1984).

עם זאת מאז עלו הדרישות בתחום ההכשרה של האחיות ונעשתה אקדמיזציה של המקצוע, הורחבו תחומי העיסוק והאחריות של האחיות (BULLOUGH, 1976; 1976; ABDELLAH, 1976). אלא שההרחבה נעשתה מעט מאוד בכיוון התחום הרפואי, כיוון שהוא חסום על-ידי שליטת הרופא, ויותר לעבר תחום הטיפול הפסיכולוגי והסוציאלי (BULLOUGH, 1976). אולם, האחיות ממשיכות לראות במרכיבים הרפואיים גורמים ראשוניים וקובעים באבחנה ובטיפול, והן רק נכונות להביא בחשבון, במידה מסוימת ולא באותה חשיבות שיש לגורמים הרפואיים, גם גורמים פסיכולוגיים, סוציולוגיים וסביבתיים. עם זאת, גישה זו מטילה על אחיות בריאות הציבור לדעתן, את האחריות הכוללת לשלום החברה (HANLON & PICKETTE, 1984:3).

העבודה הסוציאלית נתפסת בגישה זו כענף ששרשיו בתחום הבריאות והרפואה, והוא מהווה התמחות מסוימת בתחום הפסיכו-חברתי המקנה לעוסקים בה מעמד של מומחים יועצים כלכלי. הם מותרים בטיפול ישיר רק בהדרכת מטפלים רפואיים ולפי החלטותיהם ותכניותיהם (HANLON & PICKETTE, 1984:564), ללא אוטונומיה

בגישה כזו, כמו שמעידים BANTA & FOX (1972), נוצרות תחרות ועוינות בין האחיות והעובדים הסוציאליים העובדים יחד בצוות. שני המקצועות מבקשים לקבוע את דרכי הטיפול וסדרי העדיפויות בתחום הפסיכו-חברתי, אך מנקודות מבט שונות, כיוון שהאחות בכל זאת שמה את הדגש על התהליכים הרפואיים ומזניחה בדרך כלל את הגורמים הפסיכו-חברתיים, בהם קיבלה על עצמה להתחשב ולטפל. SCHLESINGER (1985:58) מצביעה על כך ששירותי הבריאות ניתנים לאוכלוסייה כקבוצה, וללא התייחסות לצורכי האדם וייחודו. כתוצאה מהחפיפה בתחומי הטיפול העובדים הסוציאליים רואים כאחות מסיגת גבול הפולשת לתחומם ללא ידע מספיק. התחרות ביניהן אף מעלה טענות אצל חלק מהעו"סים שהאחות אוטוריטיטיבית, ביורוקרטית וחסרת רגש (SCHLESINGER, 1985:66-67), כלומר דווקא את התמיכה הרגשית הנחוצה היא אינה מעניקה והאחות מצידה תראה את קצב עבודת העו"ס כנובע מבטלה. ZUCKERMAN (1979) תוסיף אף מקרים בהם האחות אף מגלה עוינות כלפי החולים הכרוניים. בטה"כ, זהו מצב שאינו מאפשר עבודה תוך שיוויון בצוות.

4. העובד הסוציאלי. לעומת בעלי המקצועות המטפלים הרפואיים שהם מקובלים ותפקידיהם מוגדרים, סובלים העו"סים מביקורת מתמדת לגבי מהות תרומתם המקצועית הייחודית. העבודה הסוציאלית נתפסת לעתים קרובות כעשייה טריוויאלית, שגם אנשים ללא כל הכשרה מקצועית או בהדרכה קצרה, מסוגלים לבצע (CROSBIE, 1981; ROWLINGS, 1981:9). SCHLESINGER (1985:225) מעידה על הרגשת התסכול של העו"סים, שתפקידיהם נתפסים בעיניהם כפחות ברורים ומוטכמים מאשר תפקידי המטפלים הרפואיים. בנוסף - מרבית בביקורת על העובדים הסוציאליים: מצד אחד, על התמקדות באספקט מסוים ממכלול תפקידיהם כטענת BREWER & LAIT (1980), ואז אפשר להחליפם בנושאי תפקידיהם אחרים מוגדרים, והם מאבדים את ייחודם כמטפלים בעלי גישה כוללנית. מצד שני, יטענו אחרים (SHANAS & SUSSMAN in ROWLINGS, 1981:36) שעל העו"סים

להתרכז בהקלת הקשר בין שירותי הרווחה לבין הקשיש ומשפחתו, ואילו ROWLINGS תיטען שעליהם דווקא להשאיר זאת לאנשי ארגון ולהתמסר למתן תמיכה אפקטיבית.

העובדה שגם הידע העומד לרשות העו"סים הוא אקלקטי ממקצועות רבים ואינו מגובש, יוצרת אצלם, יחד עם הביקורת המתמדת, מצב של התגוננות, הצטנעות יתר וחסר בטחון להגן (א) על גישתם ו-(ב) על זכותם כפרופסיה לפעול בשיפוט אוטונומי (FALCK, 1984:169).

יש צורך אם כן בתנאים מוקדמים הכרחיים לעבודת צוות כיוון שהמטפלים המרכיבים אותו באים עם נתונים המקשים על שיתוף הפעולה השיוויוני. בשלב זה כדאי לבדוק מה התרחש בצוותים שפעלו עד כה.

המחקר על בעיית שיתוף הפעולה בצוות רב-מקצועי

על אף העדויות על קיומם של צוותים של מטפלים רפואיים ועו"סים מאז תחילת המאה (ESTES, 1984:4), והעדויות המצטברות על הקונפליקטים והבעיות המאפיינים אותם (KANE, 1975:7-10), נראה המחקר השיטתי שנעשה בנושא דל למדי, וחסרה בדיקה של הגורמים המונחים ביסוד קונפליקטים אלה (59-61: CARLTON, 1984:124 ; KANE, 1975).

העבודות שנעשו בתחום זה יכולות להיות מסווגות לפי שלוש הקבוצות הבאות:

- (1) התרשמות אישית של אחד או יותר מחברי הצוותים.
- (2) התייחסות בדרך תיאורטית והבעת דעות על העבודה בצוות.
- (3) בדיקה אמפירית - בדרך כלל סקירה סטטיסטית של העבודה בצוות או ראיון שיטתי של כל חברי הצוות המתמקד בבחינת האספקטים של עבודת הצוות.

לסוג הראשון של עבודות שייך המאמר של LAMBERTH & RIPHAGEN (1975). זהו

דיווח של שני רופאים כלליים ממרפאה בהולנד על פעילות של צוות רופא-
עו"ס-אחות ופיזיותרפיסט, המצביע על מכשולים שעמדו, לדעתם, בדרך לעבודה
משותפת. הדיווח תיאורי כללי, לא כמותי וללא חיפוש קשר סטטיסטי בין
המשתנים.

בסוג השני נמנים מאמרים מסוג מאמרו של BOTTOM (1980) המצביע גם הוא
במסקנותיו על הגורמים לאי הצלחת צוות בהשגת מטרתו והם: (1) דבקות בבחירה
המסורתית של רופא לראש צוות בעוד שצורכי המטופל הם מעבר לצרכים הרפואיים
בלכד; (2) פלישה של אחד מחברי הצוות לתחום הנחשב בעיני חבר אחר כשלו
באופן בלעדי, או קיום פערים ברצף הטיפול כתוצאה מחלוקת תפקידים לא הולמת;
(3) נוקשות בגישה ובהצעת הפתרונות והעדר תקשורת כנה ופתוחה בין חברי
הצוות, היכולה להתרחש בפגישות מזומנות של הצוות לאישרור המטרות ודרכי
הפעולה.

בדומה למאמר זה, עוסק גם DINGWALL (1982) בבעיות המכשילות צוות רפואי
חברתי בשירותי רפואה ראשונית. בהמשך לסקירה היסטורית, פילוסופית
וסוציולוגית של מושג הצוות הבין-מקצועי, ומושגי העיסוק והמקצוע, הוא גם
מנמק את הצורך בעבודת צוות ואז עומד על המאפיינים המהותיים לצוות הרפואי
חברתי המפריעים לשיתוף פעולה. מאפיינים אלה הם תוצאה של דרך ההתפתחות של
העיסוקים המרכיבים את הצוות, שהתחומים ביניהם אינם ברורים ואשר למרות
האיריאולוגיה של שיויון שלאורה מתחנכים בעלי המקצוע, המציאות שונה
ומתסכלת.

WESTRIN (1986) מאוניברסיטת אופסלה בשוודיה ערך השוואה בין דוח"ות שהתקבלו
משש ארצות על שיתוף פעולה בין שרותי הבריאות והרווחה בארצותיהם. הוא

מצביע על מספר גורמים המסייעים או מכשילים את תהליך שיתוף הפעולה,
ובניהם:

- (1) תפיסת המקצוע האחר והיחס אליו; זהות מקצועית ומסגרת התייחסות.
- (2) הכרלים כתפקידים וכשאיפה המקצועית המביאים לגישה רחבה מדי או מצומצמת מדי של תחום העיסוק והאחריות המקצועיים.
- (3) גורמים כמו רמה מקצועית, חינוך והדרכה, גיל ניסיון ומעמד, גורמי אישיות ואופי של חברי הצוות.
- (4) התפתחות אמון הדדי ביחסים הבינאישיים.

הסוג השלישי מכיל נסיונות לעמוד על הגורמים להצלחה ולכשלון של הצוות ועל הקשר ביניהם באופן ניסיוני. הגורמים שנבדקו הם בעיקר הגדרת התפקידים וחלוקתם בין המטפלים.

בני הזוג OLSEN (1967), למשל, במחקר חלוצי בנושא זה, זיהו קונפליקטים בין הרופאים והעו"סים בצוותים בבית-חולים, כתוצאה מאי התאמה בין הציפיות והתפיסות של תפקידי העו"סים ותחומי אחריותם, אצל העו"סים ואצל הרופאים. אי הסכמה כזו מביאה למצבים של דחיקת חבר אחד בצוות מתחומי פעולה מסוימים על-ידי חבר אחר "הכובש" אותם לעצמו.

LISTER (1980) מצביע על הערפול והעיוותים בתפיסת תפקידי המשתתפים בצוות על-ידי המשתתפים עצמם. בין בעלי המקצועות ב-30 תחומי בריאות שונים, העובדים בכמה מוסדות רפואיים בהוואי, חולק שאלון שהכיל 36 מסלות המבוצעות על-ידי המטפלים בבית-החולים כמו הערכת הבעיות הפיזיות והאמוציונליות של הפציינט או קבלת החלטה לגבי סוג הטיפול לו זקוק החולה המשתחרר אם מיסוד, החלמה, טיפול בית וכו'. התוצאות גילו אי הסכמה לגבי זהות ממלא המטלות.

גם CARRIGAN (1978) מצביעה על ההבדלים בהגדרות, על אי הבנות כתוצאה מכך

לגבי תחום העבודה הסוציאלית מצד המטפלים הרפואיים ועל הצורך בקביעת הגדרות ותיאורים מוסכמים של תפקידי העו"סים. BANTA & FOX (1972) במחקר על התפקוד הפרופסיונלי של צוותי טיפול בריאות מדווחים על מתח בין אחריות בריאות הציבור ועו"סיות כתוצאה מהגדרות דיפוזיות של התפקידים ומחפיפה וגם מהבדלי סטטוס מקצועיים וחברתיים בין אנשי הצוות שמנעו יחסים ידידותיים בעבודה.

KANE (1975) במגמה לפתח את המחקר על עבודת צוות, מנסה לכנות את התשתית של המאפיינים והמשתנים של הצוותים לסוגיהם. לשם כך סקרה שלושים כתבי-עת של קבוצות מקצועיות שונות שהופיעו בארה"ב במשך העשור 1964-73. היא הוציאה מהם 229 מאמרים העוסקים בתיאור שירות הניתן על-ידי צוות בין-מקצועי רפואי-חברתי. רוב המאמרים אינם מכילים תיאור של תהליכי העבודה בצוות אך יכולים לספק שיטה לבחינת העבודה המעשית.

הצוותים המתוארים במאמרים הושו במשתנים הבאים: המטרה שהועמדה לפני הצוות, המקצועות המשתתפים בו, קיום מנהיג בצוות וזהותו המקצועית, פעילויות העו"ס וביצוע הערכה. רוב הצוותים מנו בין 6 ל-10 חברים וכללו תמיד עו"ס והיו ביניהם שכללו רופא, אחות וגם עובדים פרה-מקצועיים.

הממצא העיקרי של KANE הוא האבחנה בין שני סוגים עיקריים של צוותים: הראשון, הנפוץ, הוא צוות בעל מנהיג, בדרך כלל הרופא, המקבל החלטות, והוא פועל כתכנית של קואורדינציה. על סוג זה נמנו שני-שלישים מהצוותים. בעלי המקצועות בו מובחנים על-ידי תפקידים בלעדיים והדיווח נעשה על-ידי כל בעל מקצוע בבטאווו המקצועי. בסוג השני, הצוות מופעל במתכונת של אינטגרציה, אין בו מנהיג מוכר וההחלטות מתקבלות מתוך הסכמה כללית. בצוות כזה יש עירפול בתפקידים והחלפה בין החברים בתפקידים ובכיצוע משימות. KANE רואה בכך גמישות, יוזמה, חדשניות, יצירתיות ודינמיות, ורואה בחיוב את שיתוף המטופל במהלכי הטיפול על-ידי צוות זה. לעומת זאת, הסוג הראשון הוא,

לדעתה, נוקשה, נוטה לשיתוק וגורם לכילכול אצל הפציננט. אין ביסוס אמפירי להנחותיה ומסקנותיה אלה.

מתוך כל זאת נראה, שרוב העבודות עד כה בנושא של שיתוף פעולה לא עסקו במחקר שיטתי של התנאים המאפשרים את השותפות, ולמרות שמחברים רבים כמו DINGWALL (1982) ו-FALCK (1984), מצביעים על גורם התבדלים כסטטוס כמכשול רב עוצמה בדרך לשיתוף פעולה בין חברי הצוות עדיין לא נבדק גורם זה מבחינה אמפירית. LAMBERT & RIPHAGEN (1975) במעקבם אחרי עבודת הצוות אכן נוכחו לראות כי העבודה בצוות המרפאה בהולנד התאפשרה רק כאשר חברי הצוות תפסו את עצמם ואת האחרים בצוות במעמד שווה והתקשורת ביניהם היתה חופשית ולא באילוץ של מקשר אחד דומיננטי. KANE (1975: 17) מציינת את מגמת ההליכה לקראת עבודת צוות על בסיס יותר שוויוני בין המקצועות המשתתפים. בסימפוזיון באוניברסיטת WARWICK באנגליה הצביעה HUNT (1979) על גורמי הסטטוס, הכוח, האוטוריטה והמנהיגות בעבודת צוות כבעלי השפעה מכרעת על יכולת העבודה המשותפת וכך רבים אחרים.

מתחייב מכאן הצורך בבדיקה שיטתית נוספת של הגורמים המונחים ביסוד הקשיים בעבודת צוות והעלת השאלה באילו תנאים ניתן לצפות לשיתוף על בסיס שוויוני.

לאור זאת תהיה מטרת המחקר הנוכחי לאתר את הגורמים המנבאים שיתוף פעולה שיוויוני בין חברי הצוות המטפל בקשיש, בעיקר, תאחות והעו"ס. חשיבות המחקר היא בהתייחסותו לתחום שחשיבותו המעשית רבה לאור הגישה ההולכת ומשתלטת בטיפול. גישה זו מאחדת טיפול רפואי וטיפול פסיכו-חברתי, למתן מענים מקיפים והלימים לכל הצרכים והבעיות שמציג הזקן. המחקר יוכל לתרום להפגת המתחים והמשברים המלווים את הפעלת הצוותים ולסלול דרך לפעילות שוטפת ויעילה של המטפלים.

תפקיד העו"ס ביחס לקשישים

כנקודת מוצא לבחינת התנאים לקידום שיתוף הפעולה בין העו"ס והאחות על בסיס שיוויוני, יש לבחון מהם תפקידי העו"ס בטיפול בזקן. דרך יעילה לבחון שאלה זו היא על רקע המסגרת המושגית להגדרת העבודה הסוציאלית שנוסחה ב- 1981. לפי הגדרה זו תפקיד העו"ס הוא "לקדם או לשמר את האינטראקציה ההדדית הפוריה בין היחיד והחברה על-מנת לשפר את איכות החיים לכל אחד" (SOCIAL WORK, 1/1981, כרך 26).

הרחבת המודל הביורפואי, לאבחון ולטיפול בבריאות, למודל הכיו-פסיכו- חברתי על-ידי העבודה הסוציאלית (SCHLESINGER, 1985 : 79-80), פורשת את תחומי אחריות העו"ס, הן על המישור הנפשי-חברתי במתן טיפול בתמיכה אפקטיבית, והן על המישור החומרי במתן טיפול אינסטרומנטלי.

ניתן לסכם את הצרכים ותחומי הטיפול בקצרה בטבלה הבאה:

	אפקטיבי	אינסטרומנטלי
	טיפול	ארגוני
יחיד	דכאון, חרדות,	בעיות ב- ADL
	תשישות נפש	טיפול אישי
סביבה	התערערות של -	
	יחסים במשפחה	אחזקת משק-בית
	יחסים חברתיים	דיוור וציוד

דרכי הטיפול כוללים ייעוץ, הדרכה, תכנון, חינוך, הפעלה, האזנה, עידוד ותמיכה. כל אלה במישור האפקטיבי. במישור האינסטרומנטלי אנו יודעים על אדווקציה, תיווך, המלצה, הפנייה, ארגון והקצאת שירותים ומשאבים (ROWLINGS, 1982:53-64; CARLTON, 1984; ESTES, 1984; 127-159; GETZEL & MELLOR, 1985; SCHELSINGER, 1985).

התנאים לעבור צוות

1. קבלת הגישה ההוליסטית. ההנחה המונחת ביסוד המטלות של העו"ס היא שבעיותיו של הקשיש דורשות התערבות בו-זמנית למיגוון של בעיות רפואיות, פסיכולוגיות וחברתיות, הקשורות זו בזו. ההתמודדות עם בעיות אלה חייבת להיות מתוך קבלת העקרון של הגישה ההוליסטית על-ידי כל חברי הצוות. גישה זו, פירושה קבלת האדם כשלמות ביו-פסיכו-חברתית והתייחסות לכל רוכדי החיים. בלשונו של מרגוליצ (1984): "הגישה הטיפולית ההוליסטית טוענת שיש לטפל במכלול הבעיות של הקשישים, להתייחס לאדם הקשיש כהקשר של משפחתו ושל הסביבה הקרובה, וכתחשב עם צרכיו המרוכבים בתחום הסוציאלי ובתחום הבריאות".

לאור זה, תנאי ראשון לשיתוף פעולה יהיה ההכרה של כל חברי הצוות בחשיבות הטיפול במכלול הבעיות של הזקן, לקידום רווחתו ובריאותו. בעקבות זאת ניתן לשער כי:

I קיים קשר בין קבלת הגישה ההוליסטית על-ידי חברי הצוות לבין שיתוף פעולה שיווני בנייהם.

2. חשיבות התרומה הייחודית. קבלת העקרון ההוליסטי על-ידי כל המטפלים כשלעצמו איננו מספיק. כדי שיהיה שיתוף פעולה יש צורך בהכרה מצידם בחשיבות התרומה הייחודית של כל איש פרופסיה בצוות (MILLER & REHR, 1983). חשוב שלכל אחד תהיה האוטונומיה המקצועית הדרושה לביצוע תפקידו הפרופסיונלי, דבר שעמדו עליו CARLTON (1984), FALCK (1984) ו-SCHELSINGER (1985). הכרה בתרומה הייחודית ובאוטונומיה פרופסיונלית תיצור שיתוף פעולה ואפשרות לתרומת מלוא יכולתו המקצועית של כל משתתף. השערה שנייה תסען איפוא ש:

II קיים קשר בין ההכרה ההדדית של המשתתפים בצוות בתפקיד, בתחום הפעולה של כל אחד מהם ובאוטונומיה המקצועית שלהם, לבין שיתוף פעולה שיווני.

3. דומיננטיות בקבלת ההחלטות. הדמיון והחפיפה בין תחומי התפקודים של האחות והעו"ס, במיוחד מאז קיבלה האחות הכשרה בתחומי הפסיכולוגיה והסוציולוגיה, יוצרים סכנה של חדירת מטפל אחד לתחומו של השני ופגיעה באוטונומיה שלו. (במקרה זה, של האחות לתחום העו"ס, אבל ייתכן גם שהעו"ס תיפנה ישירות לרופא ותקיים איתו קשר מהסוג שהוא בתחום אחריות האחות). KANE (1975:30) אכן מצביעה על נטיית בעלי פרופסיה להתפשט אל תחומים חדשים, ול"כבוש" לעצמם טריטוריות חדשות, כמכשול בעבודת הצוות וכמקור לקונפליקטים. ההשערה השלישית תהיה:

III קיים קשר בין הדומיננטיות בקבלת ההחלטות ומידת הביצוע בפועל בתחומים המקצועיים המוכרים באוטונומיה המקצועית לבין שיתוף פעולה שיווני.

4. קיום סובלנות. תנאי רביעי לשיתוף פעולה הוא היכולת לתיקון במקרים בהם מתעוררות בעיות בצוות כמו, למשל, חריגות מהתחום המקצועי, היכולות לקרות במהלך העבודה גם אם יש הכרה בסמכות המקצועית. התכונה הנדרשת נקראת לעתים "היכולת ליצור תקשורת כנה בין אנשי הצוות" (BOTTON, 1980 ; KANE, 1975), לעתים "רצון טוב" (LAMBERT & RIPHAGEN, 1975), ואולי בעצם - סובלנות, ואז נוכל לשער:

VI קיים קשר בין קיום סובלנות בין אנשי הצוות לבין שיתוף פעולה שיוויוני.

האוכלוסייה

אוכלוסיית המחקר היא הצוותים הבנויים מעובדים סוציאליים מלשכות הרווחה המקומיות ואחיות מהמרפאות הקהילתיות של קופת חולים הכללית, אשר הוקמו בשנים האחרונות במקומות שונים בארץ במסגרות של תוכניות שונות, לצורך הטיפול בזקנים.

המ ד ג ם

מתוך רשימות העובדים הסוציאליים בלשכות הרווחה באזור המרכז*, אשר עובדים באופן קבוע עם אחיות קופ"ח לצורך הטיפול בזקנים, נבחרו כ-80 שמות. בשלב שני אותרו האחיות, החברות בצוות עם כל אחד מן העובדים הסוציאליים ברשימה. במקרים בהם שני עוס"ים עבדו בצוות עם אותה אחות, או שתי אחיות עבדו עם עובד סוציאלי אחד, הושמט שמו של אחד מהם מהרשימה. בנוסף הוצאו עובדים בחופשות או שהיו קשיים אחרים באיתורם. מספר הזוגות שרואינו היה 60, אך 3 זוגות נגרעו בגלל שאלונים לא שלמים, כך שהמדגם הסופי עומד על 57 זוגות של עובדים סוציאליים ואחיות.

(* בגלל אילוצי נגישות נערכו הראיונות באזור המרכז בלבד. עם זאת, ניתן להניח, במיוחד לאור התמריץ שנתן חוק ביטוח סיעוד ליצירת צוותים כאלה בליווי הדרכה והכוונה מרכזיים, כי רב הדמיון בין הצוותים בכל הארץ וכי המדגם מייצג את אוכלוסיית הצוותים בארץ.

כל עובד סוציאלי וכל אחת רואיננו בנפרד ע"י מראיין באמצעות שאלון סגור, זהה לשני בעלי המקצועות. הראיונות התבצעו במקומות העבודה - לאחיות במרפאות ולעובדים הסוציאליים כלשכות הרווחה, אחרי תאום מראש.

מ ד ד י ם

המחקר נועד לבחון כיצד תופס הצוות את שיתוף הפעולה. לפיכך נקבעו מדדים זהים למשתני המחקר הן עבור האחיות והן עבור העוס"ים. זאת כדי לאפשר השוואת העמדות ובנות מדדים זוגיים.

המדדים עשויים לשקף את תפיסת הנחקרים את המציאות ואת הרגשותיהם ולא בהכרח את המצב בפועל אולם ההנחה היא (בהתבסס על TOWNSEND & THOMAS , 1928) כי אם מצב מסויים נתפס כמציאות הוא עשוי להיות מציאותי בהשלכותיו.

1. שיתוף פעולה שוויוני. נבנה מדד מורכב מ-8 פריטים אשר נועד למדוד את מידת שיתוף הפעולה השוויוני כפי שהוא נתפס בעיני כל אחד מחברי הצוות. ארבעה פריטים התייחסו לתחומי הטיפול (בריאותי, תפקודי, חברתי ופסיכולוגי) וארבעה פריטים התייחסו למערכת יחסי העבודה - מהם שניים יותר אינסטרומנטליים (שיתוף פעולה והעברת מידע) ושניים יותר אפקטיביים (יחסי עבודה ואוירה כללית). המראיין התבקש לענות לגבי כל פריט לפי סולם בן 9 דרגות (לפרוט - ראה שאלות 21 - 28 חלק ה' בשאלון בנספח). מבחן ניתוח גורמים שנעשה הראה את השתייכותם של שמונה הפריטים לאותו עולם תוכן (ראה לוח מס' 1 בנספח). בשלב עיבוד הנתונים נבנה מדד זוגי (לשיטת הבניה - ראה ניתוח נתונים בהמשך).

2. הגורמים המסבירים את שיתוף הפעולה. במחקר זה סוכמו 19 מטרות טיפוליות שזוהו כמשימות מקצועיות עקריות אצל העובדים הסוציאליים והאחיות בהסתמך על עבודת שרה ועל הספרות: לגבי אחיות אפשר להזכיר את (BOLDOUGH 1976) ו (HANLON & PICKETT 1984). לגבי עובדים סוציאליים - (CARLTON 1984) ו (ESTES 1984), (GETZEL & MELLOR 1985), (SCHLESINGER 1985) ו (1985) ROWLINGS.

את 19 המטרות הטיפוליות ניתן לסווג לארבעה תחומי עבודה בדרך הבאה:

- I. תחום הבריאות הכולל: 1. עריכת בדיקות גופניות; 2. הבטחת תזונה נכונה; 3. הבטחת תפקוד תקין של החושים; 4. עידוד פעילות גופנית;
- II. תחום התפקוד היומיומי: 5. הבטחת טיפול אישי נאות; 6. הבטחת טיפול גופני; 7. הבטחת תנאי דיור נאותים; 8. אחזקת משק בית.
- III. התחום הפסיכוסוציאלי: 9. חפוש פתרונות לבעיות נפשיות; 10. חפוש פתרונות לבעיות במצב המנטלי; 11. חפוש פתרונות לבעיות ביחסי המשפחה; 12. הבטחת פעילות חברתית תקינה.
- IV. תחום הארגון והמינהל: 13. אספקת שירותים במרכז יום; 14. אספקת טיפולים באופן משולב ע"י מטפל יחיד; 15. מציאת שירותים זמינים; 16. חלוקה הולמת של שעות הטיפול; 17. התאמת נותן השירות לזקן ולמשפחתו; 18. ביצוע מעקב על צורכי הזקן; 19. ביצוע מעקב על אספקת השירותים.

כזכור, שערנו כי שיתוף הפעולה מותנה בהלימת גישותיהם של שני חברי הצוות לגבי 19 המטרות הטיפוליות ב-4 ממדים שונים:

א. הסכמה לחשיבות כל מגוון המטרות הטיפוליות לרווחת הקשיש - הגישה ההוליסטית. גישה זו פרושה קבלת האדם כשלמות כיו-פסיכו-סוציאלית והתייחסות לכל רובדי החיים (מרגולץ, 1984). בצורה אופרציונלית הוגדר התנאי במידה בה, לדעת חבר הצוות, מימוש מטרת הטיפול חשובה לרווחת הקשיש. התשובות דורגו על סולם מ-1 שפרושו היה "חיוני ביותר לרווחת הזקן" עד 6 שפרושו היה "לגמרי לא חיוני לרווחת הזקן". הסולם צומצם בשלב עיבוד הנתונים לסולם מ-1 עד 3 ע"י אחוד עמדות 3, 4, 5 ו-6 לעמדה אחת כיוון ש-5 ו-6 לא דורגו כלל ומספר התשובות של עמדה מס' 4 היה מועט.

ב. הסכמה על ייחודיות הידע המקצועי. תנאי זה הוא למעשה הסכמה הדדית לחלוקת התחומים והנושאים בצוות, כך שלכל חבר צוות ישנם התחומים עליהם הוא מופקד להחליט ולקבל אחריות לביצוע מכח הידע וההכשרה הספציפיים שיש לו (SCHLESINGER, 1985 ו-FALCK (1984) המרואיינים נשאלו לגבי כל מטרה טיפולית למי הידע וההכשרה להחליט בנושא². התשובות דורגו על סולם בן 5 שלבים כש-1 פרושו "לעו"ם בלבד". 4 - "לאחות בלבד" ו-2, 3 ו-5 "לשתיהן" עם הדגשים שונים. הסולם צומצם בשלב עיבוד הנתונים לסולם מ-1 עד 3 ע"י איחוד עמדות 2, 3 ו-5 ל-2 ו-4 הפכה ל-3.

-
- 1) השאלות לגבי תחום זה הינו בנוסח: "האם זה חיוני לרווחתו של הזקן" למשל - "להבטיח לו תזונה נכונה" (ראה שאלות 9-27 חלק א' בשאלון בנספח).
 - 2) השאלות בתחום זה היו בנוסח: "למי הידע והכשרה להחליט" למשל "להבטיח תנאי דיור נאותים" (ראה שאלות 28-46 חלק ב' בשאלון בנספח).

ג. דומיננטיות בקבלת ההחלטות. לעומת הבחינה הקודמת שהתייחסה לרצוי, מתייחסת בחינה זו למצוי לפי תפיסת אנשי הצוות, והיא שאלה מי קובע יותר בתהליך קבלת ההחלטות בביצוע הפעולה. התשובות דורגו על סולם בן 5 שלבים כש-1 פרושו "תמיד האחות" 4 פרושו "תמיד העו"ס" ו-2, 3 ו-5 פרושם "שתיהן" בהדגשים שונים. הסולם צומצם בשלב עבוד הנתונים לסולם 1 עד 3 ע"י איחוד עמדות 2, 3 ו-5 לעמדה 2 ו-4 הפכה ל-3.

ד. סובלנות לגבי חריגות מהתחום המקצועי - המדר לקיום סובלנות, הבנה ורצון טוב בצוות היה תפיסת חברי הצוות עד כמה זה עוזר (או מפריע) לאנשי הצוות ולעבודה, כאשר חבר לצוות מתערב בתחום שאינו באחריותו או בסמכותו. סולם התשובות היה בנוי מ-1 מאד עוזר עד 5 - מפריע מאד, כששלב 3 פרושו אינו משפיע. הסולם צומצם בשלב עבוד הנתונים ע"י איחוד 1 ו-2 ל-1, ו-4 ו-5 ל-3.

-
- (1) השאלות בתחום זה היו: "מי קובע יותר בתהליך קבלת ההחלטות בביצוע הפעולות הבאות" למשל "להבטיח טיפול אישי נאות". (ראה שאלות 47-65 חלק ג! בשאלון בנספח).
- (2) השאלות היו בנוסח: "באיזו מידה משפיעה התערבות חבר הצוות לגבי הפעולות הבאות כאשר הפעולות אינן בתחום עבודתו" למשל "לחפש פתרונות לבעיות נפשיות" (ראה שאלות 1-20 חלק ד' בשאלון בנספח).

ניתוח הנתונים נעשה בכמה תחומים המתפצלים למעשה לשתי נקודות ראות בשני מישורים נפרדים ובלתי תלויים:

1. בחינת עמדת שתי קבוצות בעלי המקצועות - אחיות ועובדים סוציאליים, והשוואה ביניהם, כלומר בחינת האוריינטציה של בעלי המקצועות.

2. בחינת הגורמים הפועלים בכל צוות הקובעים את ההלימה ואת תפיסת שיתוף הפעולה בתוך אותו הצוות, בלתי תלוי באוריינטציה של בעלי המקצועות.

כמישור הראשון נעשו הבדיקות ע"י עיבוד התשובות של כל חבר צוות לחוד כשהצבירה היא לפי ההשתייכות המקצועית והניתוח גם הוא לפי המקצועות.

כמישור השני התבססו הבדיקות על המשתנים הקובעים את ההלימה בצוות כשלכל צוות מחושב משתנה ההלימה שהיתקבל מהפערים בין תשובות שני חברי הצוות.

להלן בא פרוט בנית המדדים של המשתנים ועיבוד הנתונים, בהתאם לשתי נקודות ההתייחסות, לבדיקת הגורמים המשפיעים על שיתוף הפעולה בצוות של אחות ועובד סוציאלי.

1. בנית המדר של שיתוף פעולה ובדיקתו. כזכור, נמדד שיתוף הפעולה ע"י בדיקת עמדת כל אחד מחברי הצוות, לגבי מידת קיום שיתוף פעולה בצוות בשמונה תחומים שונים. לצורך בנית המדר המקובץ צומצם הסולם בן 9 השלבים ל-4 שלבים בלבד, כש-1 פרושו "שיתוף פעולה הדוק", ו-4 היא "עבודה במתח". תוצאות העמדות בשמונת התחומים נבדקו במבחן ניתוח גורמים ונמצאו שייכות לאותו עולם תוכן, מה שאיפשר חישוב מדר יחיד לכל חבר צוות כממוצע שמונה התשובות. כלומר נמצא גורם אחד המסביר חלק משמעותי משונות המשתנים (במקרה זה 72%).

גורם זה הוא בקירוב הממוצע, אך רק בקירוב כי מקדמי הגורמים אינם שווים זה לזה (ראה לוח מס. 1 בנספח). נבחנו המימצאים של תפיסת שיתוף הפעולה אצל כל המשתתפים, שהוא הממוצע הכללי, וכן, ממוצע תפיסת שיתוף הפעולה ע"י האחיות וממוצע תפיסת שיתוף הפעולה ע"י העובדים הסוציאליים. שני המדדים האלה הושוו ע"י מבחן T.

2. בנית מדד זוגי של שיתוף פעולה ובדיקתו. כאמור, בכל צוות ניתנו שני משתנים של תפיסת שיתוף הפעולה: אחד ע"י העו"ם והשני ע"י האחיות. על מנת ליצור משתנה שיבטא את תפיסת שיתוף הפעולה ע"י הצוות, הושוו שני המשתנים למציאת הרמה הגבוהה ביותר של שיתוף פעולה עליה מסכימים שני חברי הצוות, וזהו למעשה הציון הנמוך בין שתי העמדות. לדוגמא: אם המשתנה שהתקבל מחישוב ממוצע תשובות העו"ם, לגבי קיום שיתוף פעולה בצוות בשמונה התחומים עמד על 3 וזה של האחיות עמד על 2, (הסולם כאמור נע מ-1 שהוא שיתוף פעולה הדוק ל-4 שהוא חסר שיתוף פעולה), הצוות קיבל את הציון 3 כמבטא את תפיסתו את מידת שיתוף הפעולה. זאת כיוון שעל רמה של לפחות 3 - ישנה הסכמה בין שניהם, ומעבר לה אין הסכמה. חישוב הממוצע בין שתי התפיסות היה נותן ציון מלאכותי שאינו מבטא את הרגשת שני חברי הצוות. בנוסף, דוקא פער גדול בין עמדות שני חברי הצוות מראה למעשה על אי שיתוף פעולה בצוות.

3. בדיקת האוריינטציה של בעלי המקצוע. לבדיקת הכדלי הגישות באופן כללי בין העו"ם והאחיות חושבו הממוצעים לגבי כל אחת מ-19 המטרות הסיפוליס לפי המקצועות, ונעשה T-TEST לאיתור הנושאים לגביהם קיימים הכדלים משמעותיים בין גישות האחיות וגישות העובדים הסוציאליים. לחידוד ההשוואה בין עו"ם ואחיות נבדקו גם כיווני אי ההסכמה, באם היא תמיד בכיוון של "השתלטות" בעל מקצוע אחד, על תחומי עבודה ולקיחת אחריות על עצמו, או שיש גם השלכת אחריות ומשימות של אחד מחברי הצוות על משנהו.

4. בדיקת מידת ההלימה בצוותים. בלתי תלוי בנטיה של בעלי המקצועות, קיימת מידה מסוימת של הלימה בגישת כל צוות בודד לגבי הדרכים להשגת מטרה טיפולית מסוימת. ההלימה בצוותים מתקבלת מחישוב ממוצע הפערים בין עמדת כל שני חברי צוות לגבי כל מטרה טיפולית. כלומר בכל צוות יחושב מדד יחיד של זוג המשתתפים ע"י הפחתת תשובות חבר אחד של הצוות מתשובות חברו לגבי כל אחת מהמטרות הטיפוליות. ההלימה לגבי מטרה טיפולית מסוימת תתקבל ע"י חישוב הממוצע של הפרשים המתקבלים.

יש לזכור כי בציון הפרש אפשר להשתמש בשני אופנים :

1. בערכו המוחלט, ואז הוא מציין רק את עצם הפער בגישת שני הצדדים, וממוצע ציוני הצוותים מציין את רמת ההלימה המאפיינת את כל הצוותים לגבי כל אחת מן המטרות הטיפוליות.

2. אפשר להתייחס גם לסימן הציון, חיובי או שלילי, ואז אנו מקבלים מידע נוסף על כיוון העמדות של חברי הצוות בתאם לסולמות התשובות. האם כל בעל מקצוע מושך את המטרה לתחומו במטרה להשתלט עליו, או דוחף אותה לתחום חברו בכונה להתנער מהאחריות.

בעיבוד הנתונים נעשה שימוש בשני האופנים לפי העניין.

5. בדיקת תרומת ההלימה לשיתוף פעולה. כזכור, במרכז המחקר עומדת ההשערה כי שיתוף פעולה מותנה בקיום הלימה בין שני חברי הצוות ב-4 ממדים של השגת מטרות טיפוליות. על כן נראה כדרך יעילה לבחון קשר זה בעזרת רגרסיה מרובה, אשר עשויה לסייע בהבנת המידה שההלימה (בכל אחד מארבעת הממדים של השגת המטרות הטיפוליות) מסבירה את השונות של שיתוף הפעולה.

המבחן נעשה בשלושה מישורים:

1. בין התלימה בצוות לבין תפיסת שיתוף הפעולה בפועל בצוות.
2. בין התלימה בצוות לבין תפיסת שיתוף הפעולה בעיני האחיות.
3. בין התלימה בצוות לבין תפיסת שיתוף הפעולה בעיני העוס"ים.

תאור הנחקרים

כבסיס להכנת ההבדלים בין האחיות והעובדים הסוציאליים סוכמו מספר נתונים ביוגרפיים הקשורים בעבודתם. חברי הצוותים נשאלו לגבי הותק שלהם בעבודה באופן כללי, בעבודה עם קשישים, בעבודת צוות ובעבודה בצוות הנוכחי (ראה שאלות 5-8 חלק א' בשאלון בנספח). לוחות מס' 1 ו-2 מסכמים את נתוני האחיות והעוס"ים בתחומים של ותק בעבודה בכלל ובעבודת צוות בפרט.

לוח מס' 1: רמת הותק בעבודה של האחיות והעוס"ים

	בין 2-1	בין 3-5	בין 5-10	20 שנה ויותר
אחיות	0%	2%	3%	30%
עוס"ים	12%	16%	30%	33%

מלוח זה נראה בברור ההבדל בותק בין שני בעלי המקצועות: בעוד ש-90% מקרב האחיות הן בעלות ותק של למעלה מ-10 שנים, ו-65% מן האחיות הן בעלות ותק של למעלה מ-20 שנה, רק ל-42% מהעוס"ים יותר מ-10 שנות ותק ורק 9% מגיעות לותק של למעלה מ-20 שנה. אפשר להבין כי קיימת נשירה רבה בקרב העוס"ים הגורמת למילוי מקומן בעובדות צעירות ובלתי מנוסות.

לוח מס' 2: רמת הותק בעבודת צוות אצל האחיות והעוס"ים

	עד 3	כין 6-3	כין 12-6	כין 3-1	כין 5-3	
	חודשים	חודשים	חודשים	שנים	שנים	
אחיות	0	2%	3%	25%	70%	
עוס"ים	4%	2%	14%	33%	47%	

מלוח מס' 2 נוכחים שתאחיות הן גם בעלות ותק רב יותר בעבודת צוות אך לא בהבדלים כה גדולים: 70% ביניהן עובדות למעלה מ-3 שנים לעומת 47% בלבד בקרב העוס"ים. אך 80% מקרב העוס"ים עובדים כבר למעלה משנה - (95% בקרב האחיות), פרק זמן הנחשב כדרוש לגבוש העבודה בצוות.

שיתוף פעולה שוויוני

כנקודת מוצא נבחן את רמת "שיתוף הפעולה בצוות" כפי שהוא נתפס בעיני העובדים הסוציאליים ותאחיות. לוח מס' 3 מציג את דרוג התשובות לשאלות על קיום שיתוף פעולה שוויוני בצוותי.

(1) דרוג זה משקף את הממוצעים שהתקבלו מהתשובות לשמונה השאלות על קיום שיתוף פעולה בשמונה תחומי עבודה של הצוות, ואשר קובצו למדר אחד של שיתוף פעולה ע"י חישוב הממוצע לכל חבר צוות.

	בעיני	בעיני	
	העוסקים	האחיות	משותף
שיתוף פעולה הדוק	30%	5%	2%
1-2	47%	47%	37%
2-3	16%	37%	46%
עבודה במתח 3-4	7%	11%	16%
ממוצע ¹	1.68	2.12	2.38
סטית תקן	0.78	0.71	0.74

כללית נראה ששיתוף הפעולה דרוג בציונים נמוכים. עם זאת אחיות נוטות הרבה יותר מן העובדים הסוציאליים לראות את העבודה בצורת כשיתוף פעולה: 30% מהאחיות דרגו את "מידת שיתוף הפעולה השוויוני בצוות" כשיתוף פעולה הדוק בהשוואה ל-5% בלבד מקרב העובדים הסוציאליים. אומנם 47% בשתי הקבוצות דרגו את שיתוף הפעולה בציון ברמה הבינונית, אך בעוד שרק 23% מהאחיות דרגו את

(1) ממוצע זה הוא ממוצע הדרוגים. ממוצע האחיות שונה באופן מובהק מממוצע

העובדים הסוציאליים ברמת מובהקות של $P = 0.002$.

שיתוף הפעולה בשתי הרמות הנמוכות שלו, 48% מקרב העוס"ים דרגו כך את רמת שיתוף הפעולה. עיון במדד המשותף (בטור השמאלי של הלוח) מראה שרק כ-2% מהצוותים, שהם צוות אחד בלבד, נמצאה תמימות דעים לגבי הרמה הגבוהה של שיתוף פעולה, ואילו 62% מהצוותים דרגו את שיתוף הפעולה בשתי הרמות הנמוכות. בסך הכל, נמצא במבחן שיש הבדל מובהק בין הממוצעים של האחיות ושל העוס"ים ברמת הסתברות של $P = 0.002$.

אוריינטציה כללית של האחיות והעובדים הסוציאליים

לאחר בחינת גורם שיתוף הפעולה בעיני שתי קבוצות הנחקרים - אחיות ועובדים סוציאליים, ניבחנו האוריינטציות המאפיינות את שתי הקבוצות המקצועיות. הרכב האוריינטציות ומידת דמיוןן עשוי להצביע על קיומם של תנאים מוקדמים לשיתוף פעולה. בשלב שני נבחנה מידת ההלימה של האוריינטציה בתוך הצוותים עצמם. ההשוואה נעשתה בין עמדות חברי הצוות לפי מקצועותיהם לגבי ארבע המימדים בתהליכי העבודה בהשגת 19 מטרות טיפוליות. הלוחות הבאים מציגים את ממוצעי התשובות ואת רמת המובהקות של ההבדלים בין הממוצעים לגבי כל מטרה טיפולית.

1. ממד ראשון: קבלת הגישה ההוליסטית. בהשוואת עמדת האחיות והעוס"ים לגבי מידת החיוניות שבהשגת המטרות הטיפוליות (לוח מס' 4), אנו מוצאים דמיון ברוב תחומי הטיפול בזקן, כשהנטיה הכללית היא הדגשה קלה יותר ע"י האחיות מאשר ע"י העוס"ים, של החיוניות בהשגת המטרות. אולם בתחום הארגון והמינהל נמצאו הבדלים מובהקים בעמדות הנוגעים לחיוניות השגת ארבע מטרות טיפוליות שהן: 1. אספקת שירותים במרכז יום במקום בבית; 2. אספקת טיפולים משולמים ע"י מספל יחיד; 3. מציאת שירותים במטרה למנוע מתן גמלה כספית; 4. ביצוע מעקב על צרכי הזקן ומשפחתו. האחיות טענו יותר מהעוס"ים לחיוניות השגת מטרות אלה. לעומת זאת מטרות כמו עריכת בדיקות גופניות תקופתיות, הבטחת תזונה נכונה וחיפוש פתרונות לבעיות מנטליות זוכות להערכה כחיונית יותר בעיני העוס"ים מאשר בעיני האחיות אם כי לא בהבדלים מובהקים.

לוח מס. 4: אוריינטציות של אחיות ועוס"ים לגבי חשיבות הגישה התוליסטית ממוצעי התשובות ומבחן T'

רמת מובהקות	עוס"ים	אחיות	המטרות הטיפוליות	רמת מובהקות	עוס"ים	אחיות	המטרות הטיפוליות
			<u>פסיכוסוציאלי</u>				<u>תחום הבריאות</u>
0.58	1.74	1.66	בעיות נפשיות	0.08	1.5	1.73	בדיקות גופניות
0.22	1.87	2.05	בעיות מנטליות	0.61	1.39	1.44	תזונה נכונה
0.15	2.05	1.86	בעיות משפחתיות	0.74	1.44	1.40	תפקוד חושים
0.68	1.84	1.78	פעילות חברתית	0.4	2.09	1.98	פעילות גופנית
			<u>ארגון ומינהל</u>				<u>תפקוד יומיומי</u>
*0.019	2.49	2.14	מרכז יום	0.60	1.37	1.32	טיפול אישי
*0.008	2.14	1.72	טיפול משולב	0.41	2.21	2.08	טיפול גופני
*0.004	2.33	1.91	שרותים זמינים	0.47	1.68	1.59	תנאי דיור
0.54	1.191	1.82	חלוקת שעות	0.43	1.65	1.56	אחזקת משק בית
0.25	1.57	1.43	התאמת המטפל				
*0.02	1.86	1.61	מעקב על צרכים				
0.32	1.75	1.63	מעקב על שרותים				

(1) הטוח הנוכחי הוא מ-1.00 שפרושו חיוני ביותר לרווחת הזקן עד 3.00 שפרושו די חיוני (ראה בפרק על המודים).
 (*) הבדל מובהק בין הממוצעים.

2. ממד שני: הסכמה לגבי הייחוד המקצועי. הדמיון בין האורנינטציות של העוס"ים והאחיות מצטמצם כאשר עובדים לשאלת הייחוד המקצועי (לוח מס. 5). ב-10 מתוך 19 המטרות הטיפוליות קיימים הבדלים מובהקים בין האורנינטציות של האחות לבין אילו של העוס"ים. הדפוס הכללי המסתמן מהנתונים הוא שגם עוס"ים וגם האחיות דרגו ברוב המקרים את התחומים כשייכים אליהם, כלומר ראו את עצמם כבעלי ידע והכשרה להחליט או ליעץ בהחלטות לגבי השגת המטרות הטיפוליות. הבדלים משמעותיים נמצאו לגבי מטרות טיפוליות בכל התחומים: הבטחת תזונה נכונה ועידוד פעילות גופנית השייכים לתחום הבריאות - ובמקרה זה הממוצעים של שני בעלי המקצוע מראים בברור על עדיפות לאחות; הבטחת טיפול אישי והבטחת תנאי דיור השייכים לתחום התפקוד היומיומי, כשלגבי הראשון ישנה עדיפות לאחות ולגבי השני עדיפות לעו"ס; בתחום הארגון והמינהל ישנם הבדלים מובהקים בנושאים של התאמת המטפל לזקן ומשפחתו, ביצוע מעקב על צורכי הזקן וביצוע מעקב על אספקת השרותים. בתחום הפסיכוסוציאלי ישנו דמיון רק לגבי עדיפות העו"ס בקבלת החלטות לגבי "הבטחת פעילות חברתית" והבדלים מובהקים בשאר שלשת מטרות הטיפוליות המרכיבות את התחום.

מעניין לציון כי ההבדל המובהק אינו משקף את כל השוני בין עמדות שני בעלי המקצועות: העוס"ים נוטים לומר כי להם וגם לאחיות ישנם ידע והכשרה לטפל בתחומים של בעיות נפשיות ובעיות מנטליות (זכרון, הימצאות וכו') (הממוצעים שלה עומדים על 1.95 ו-2.18). לעומת זאת, האחיות רואות את עצמן בלבד כבעלות ייחוד מקצועי בתחומים אלה (הממוצעים עומדים על 2.9 ו-2.44).

מטרה טיפולית אחת בלטה עקב התוצאות הפוכות שהתקבלו לגביה: האחיות ראו את העוס"ים כבעלי ייחוד מקצועי של ידע והכשרה להחליט בנושא הבטחת תנאי דיור נאותים ואילו העוס"ים ראו את האחיות כבעלות הייחוד המקצועי להחליט לגבי מטרה טיפולית זו.

כדי לאפשר התרשמות כללית של האורנינטציה, ראה הצגה סכמטית בלוח 8.

לוח מס. 5: ייחוד מקצועי להתמודדות עם מטרות טיפוליות, בעיני אחיות ועו"סים
 ממוצע התשובות ומבחן T'

רמת מובהקות	עו"סים	אחיות	המטרות הטיפוליות	רמת מובהקות	עו"סים	אחיות	המטרות הטיפוליות
			<u>פסיכוסוציאלי</u>				<u>תחום הבריאות</u>
*0.0001	1.95	2.9	בעיות נפשיות	0.63	2.80	2.84	בדיקות גופניות
*0.004	2.18	2.44	בעיות מנטליות	*0.02	2.42	2.60	תזונה נכונה
*0.0001	1.24	1.70	בעיות משפחתיות	1.	2.28	2.28	תפקוד חושים
0.47	1.44	1.51	פעילות חברתית	*0.009	2.18	2.42	פעילות גופנית
			<u>ארגון ומינהל</u>				<u>תפקוד יומיומי</u>
0.46	1.58	1.65	מרכז יום	*0.01	2.05	2.24	טיפול אישי
0.93	1.78	1.79	טיפול משולב	1.	2.89	2.89	טיפול גופני
0.77	1.48	1.51	שרותים זמינים	*0.004	1.68	1.43	תנאי דיור
0.15	1.66	1.78	חלוקת שעות	0.91	1.55	1.54	אחזקת משק בית
*0.05	1.45	1.64	התאמת מטפל				
*0.05	1.86	1.98	מעקב על צרכים				
*0.006	1.65	1.88	מעקב על שרותים				

1) הטווח הנוכחי הוא מ-1.00 שפרושו לעו"ס בלבד
 דרך 2.00 שפרושו לעו"ס ולאחות ביחד
 עד 3.00 שפרושו לאחות בלבד.
 (* ההבדל מובהק בין הממוצעים.)

3. דומיננטיות בקבלת החלטות. מהנתונים בלוח מס' 6 עולים דפוסים דומים לאלה של לוח מס' 5, כאשר כל בעל מקצוע מדגיש את הדומיננטיות של מקצועו. הבדלים מובהקים ישנם כמעט בכל אותם תחומים לגביהם היו הבדלים בעמדות לגבי הייחוד המקצועי. הבדל ניכר מובהק ישנו לגבי זהות בעל המקצוע הדומיננטי בנושאים של חיפוש פתרונות לבעיות מנטליות, לבעיות נפשיות ולבעיות משפחתיות, שהם שלושה מתוך ארבעת המרכיבים של התחום הפסיכוסוציאלי. שוב, האחיות רואות עצמן דומיננטיות ביותר מקרים, בעוד העובדים הסוציאליים רואים עצמם כדומיננטיים יותר. גם לגבי מעקב על צרכי הזקן ומשפחתו התקבל דפוס זה של הבדל מובהק. ושוב רק לגבי הבטחת תנאי דיור הדפוס הוא הפוך והפעם לא בהבדל מובהק: האחיות חושבות שהעובדים הסוציאליים דומיננטיים יותר והעוס"ים חושבות שהאחיות יותר דומיננטיות. גם כאן ראה לוח מס' 8, של הצגה סכמטית של האוריינטציה.

4. סובלנות. על מימד הסובלנות בצוות, נראה במבט כללי מלוח מס. 7, כי ברוב התחומים (פרט לשנים) קיים דמיון באוריינטציות של העוס"ים ושל האחיות, ושתייהן רואות את ההתערבות יותר כעוזרת או לא משפיעה אבל אף פעם לא כמפריעה. מתוך הלוח (מס' 7) אפשר לראות שלגבי שני התחומים הראשונים - תחום הבריאות ותחום התפקוד היומיומי מסתמן דפוס כללי (אף כי לא מובהק) בו העוס"ים רואים את ההתערבות כעוזרת יותר מאשר רואות כך האחיות. אולם בשני התחומים האחרים, התחום הפסיכוסוציאלי ותחום הארגון והמינהל, האחיות הן שרואות את ההתערבות כעזרה יותר מאשר העוס"ים. אלא שרק לגבי שלש מטרות טיפוליות, ההבדלים מובהקים. שלש המטרות הן חיפוש פתרונות לבעיות משפחתיות, חיפוש שרותים זמינים והבטחת תנאי דיור, שלגביו מתהפך דפוס ההתייחסות של אותו תחום, והאחיות "שמחות" על ההתערבות באותו תחום שכנראה אינו חביב על אף אחד מהמטפלים.

**לוח מס. 6: דומיננטיות בקבלת החלטות טיפוליות בעיני
האחיות והעוס"ים (ממוצעי התשובות ומבחן T')**

רמת מובהקו	עוס"ים	אחיות	המטרות הטיפוליות	רמת מובהקות	עוס"ים	אחיות	המטרות הטיפוליות
			<u>פסיכוסוציאלי</u>				<u>תחום הבריאות</u>
0.0001	1.91	2.31	בעיות נפשיות	*0.001	2.33	2.7	בדיקות גופניות
0.0001	1.98	2.33	בעיות מנטליות	*0.011	2.15	2.4	תזונה נכונה
0.0006	1.5	1.82	בעיות משפחתיות	0.116	2.07	2.28	תפקוד חושים
0.31	1.52	1.61	פעילות חברתית	*0.02	2.07	2.24	פעילות גופנית
			<u>ארגון ומינהל</u>				<u>תפקוד גומיומי</u>
0.06	1.59	1.73	מרכז יום	*0.03	2.01	2.19	טיפול אישי
0.39	1.66	1.74	טיפול משולב	0.72	2.77	2.96	טיפול גופני
0.13	1.49	1.64	שרותים זמינים	0.14	1.57	1.44	תנאי דיור
0.22	1.78	1.88	חלוקת שעות	0.47	1.60	1.53	אחזקת משק בית
0.06	1.56	1.73	התאמת המטפל				
0.004	1.84	2.05	מעקב על צרכים				
0.09	1.68	1.84	מעקב על שרותים				

(1) הטורח הנוכחי הוא מ-1.00 שפרושו תמיד העו"ם
דרך 2.00 שפרושו לפעמים העו"ם ולפעמים האחות
עד 3.00 פרושו תמיד האחות.
* הכדל מובהק בין הממוצעים.

לוח מס. 7: קיום סובלנות בעבודת הצוות בעיני העוס"ים והאחיות
ממוצע התשובות ומבחן T'

רמת מובהקות	עוס"ים	אחיות	המטרות הטיפוליות	רמת מובהקות	עוס"ים	אחיות	המטרות הטיפוליות
			<u>פסיכוסוציאלי</u>				<u>תחום הכריאות</u>
0.29	1.22	1.12	בעיות נפשיות	0.14	1.35	1.54	כריקות גופניות
0.84	1.92	1.21	בעיות מנטליות	0.35	1.24	1.57	תזונה נכונה
0.0001	1.49	1.10	בעיות משפחתיות	0.54	1.14	1.19	תפקוד חושים
0.15	1.14	1.05	פעילות חברתית	0.65	1.14	1.17	פעילות גופנית
			<u>ארגון ומינהל</u>				<u>תפקוד גומיומי</u>
0.12	1.36	1.19	מרכז יום	0.79	1.08	1.10	טיפול אישי
0.15	1.28	1.14	טיפול משולב	0.61	1.31	1.26	טיפול גופני
0.03	1.346	1.14	שרותים זמינים	*0.05	1.40	1.19	תנאי דיור
0.17	1.21	1.08	חלוקת שעות	0.12	1.21	1.08	אחזקת משק בית
0.09	1.28	1.12	התאמת המטפל				

(1) הטווח הנוכחי הוא מ-1.00 פרושו עוזרת
2.00 פרושו לא משפיעה
עד 3.00 פרושו מפריעה.
(* הכדל מובהק בין הממוצעים.)

לוח מס. 8: הצגה סמכתית על אורנינטציות האחיות ואורנינטציות העוס"ים לגבי הייחוד המקצועי והדומיננטיות בקבלת החלטות (מבוסס על לוחות 5 ו-6)

הכרה בדומיננטיות מקבלי החלטות				הסכמה הדדית על הייחוד המקצועי				מקצוע	מטרות טיפוליות
תמיד האחות	לרוב האחות	לרוב העו"ם	תמיד העו"ם	אחות כלכד	אחות בהתיעצות העו"ם	עו"ם בהתיעצות האחות	עו"ם כלכד		
*	*			*				אחיות עוס"ים	בדיקות גופניות
	*			*	*			אחיות עוס"ים	תזונה נכונה
	*				*			אחיות עוס"ים	תפקוד חושים
	*				*			אחיות עוס"ים	פעילות גופנית
	*				*			אחיות עוס"ים	טיפול אישי
*				*				אחיות עוס"ים	טיפול גופני
*			*			*		אחיות עוס"ים	תנאי דיור
		*				*		אחיות עוס"ים	אחזקת משק בית
	*	*		*		*		אחיות עוס"ים	בעיות נפשיות
	*	*			*	*		אחיות עוס"ים	בעיות מנטליות
		*				*	*	אחיות עוס"ים	בעיות משפחתיות
		*				*	*	אחיות עוס"ים	פעילות חברתית
			*			*		אחיות עוס"ים	מרכז יום
			*		*	*		אחיות עוס"ים	טיפול משולב

הכרה בדומיננטיות מקבלי ההחלטות				הסכמה הודית על הייחוד המקצועי				מטרות טיפוליות	מקצוע
תמיד האחות	לרוב האחות	לרוב העו"ס	תמיד העו"ס	אחות כלבד	אחות בהתייעצות העו"ס	עו"ס בהתייעצות האחות	עו"ס כלבד		
		*	*			*	*	אחיות עו"ס"ים	שרותים זמינים
		*				*		אחיות עו"ס"ים	חלוקת שעות
		*				*	*	אחיות עו"ס"ים	התאמת מטפל
	*					*		אחיות עו"ס"ים	מעקב על צרכים
		*				*		אחיות עו"ס"ים	מעקב על שרותים

1) הקטגוריות מייצגות את הטווחים הבאים:

ייחוד מקצועי דומיננטיות

תמיד העו"ס	לעו"ס כלבד	1.00 - 1.49
לרוב העו"ס	לעו"ס בהתייעצות עם האחות	1.50 - 1.99
לרוב האחות	לאחות בהתייעצות עם העו"ס	2.00 - 2.49
תמיד האחות	לאחות כלבד	2.50 - 3.00

יש לזכור שהחלוקה היא שרירותית: היא מאפשרת לשתי עמדות של אחות ועו"ס להיות באותה קטגוריה למרות הבדלים מובהקים ובמקרים אחרים, למרות חלוקת העמדות לשתי קטגוריות - ההבדלים אינם מובהקים.

לוח מס. 8 מציג את כווני האוריינטציות של בעלי המקצועות לגבי ממלאי התפקידים בעבודת הצוות. רוב האוריינטציות נוטות לכוון עבודה בהתייעצות, ולא לכוון בלעדיות של בעל מקצוע מסויים. תחומי הבריאות והתיפקוד היומיומי הם בדרך כלל תחומן של האחיות בהתייעצות עם העו"ס, והתחומים הפסיכו-חברתי והאירגוני-ניהולי מקובלים כתחומי העו"ס בהתייעצות עם האחות. דמיון בעמדות על בלעדיות אחד מבעלי המקצוע ישנו רק לגבי הייחוד המקצועי והדומיננטיות

של האחות בעריכת בדיקות גופניות והכטחת טיפול גופני. אין דמיון בעמדת שתי הקבוצות על בלעדיות של עו"ס בתחום או לגבי מטרה טיפולית כלשהי, ובעוד האחיות רואות בתחום הראגה לתנאי הדיור תחום בלעדי של העו"ס, העובדות הסוציאליות עצמן אינן מסכימות לכך.

מידת ההלימה בצוותים

עד כה עמדנו על דמיון באוריינטציות אשר משקף באופן כללי את דפוסי הנטיות המקצועיות אשר עשויות לרמז על התנאים המוקדמים לשיתוף פעולה. אולם כדי לאתר את הגורמים אשר עשויים להסביר את שיתוף הפעולה בתוך הצוות, יש לבחון את מידת ההלימה בין גישות שני חברי הצוות אשר לא בהכרח קשורה בעמדות בעלי המקצועות באופן כללי.

מידת ההלימה בתוך הצוות מבטאת את ההסכמה או את הפער בין עמדת האחות לעמדת העו"ס החברים בצוות אחד, לגבי השגת כל מטרה טיפולית על פני ארבעת הממדים של תהליכי העבודה. בעיבוד הנתונים אנו מקבלים את רמת ההלימה המאפיינת את כל הצוותים לגבי כל אחת מן המטרות.

כידוע שיערנו שההלימה בארבעת הממדים הוא שתסביר את השונות של שיתוף הפעולה בתוך הצוות.

לכן, בשלב ראשון, נבדוק את מידת ההלימה בתוך הצוותים לגבי השגתן של המטרות הטיפוליות השונות. לגבי כל צוות חושב הפער בין עמדת העו"ס ועמדת האחות (ציון האחות פחות ציון העו"ס) פעם כערך מוחלט ופעם בלווית הסימן האלגברי. בהמשך הוא נצבר לסך כל הפרשים ממנו חושב הממוצע לגבי כל מטרה טיפולית על פני כל ממד. התוצאות שהתקבלו אורגנו בלוח מס. 9 להלימה בערך מוחלט ובלוח מס. 10 להלימה עם כיוון. הסדר הוא בסדר יורד, מהמטרות הטיפוליות לגביהן ההלימה היא הגבוהה ביותר (ממוצע הפער בתוך הצוותים הוא

הקטן ביותר, עד למטרות הטיפוליות לגביהן ההלימה היא הקטנה ביותר (הפער הוא הגדול ביותר). המטרות קובצו לששיונים.

אפשר לראות שההלימה בחשוב ערך מוחלט קיימת במידה רבה יותר בקיום תנאי הסובלנות וההכרה בדומיננטיות ופחות לגבי תנאי קבלת הגישה ההוליסטית. 7 מטרות טפוליות על ממד סובלני ו-3 על ממד הדומיננטיות היו בששיון הראשון.

בחינת מידת ההלימה בערך מוחלט לפי המטרות הטיפוליות מצביעה על כך שמידת ההלימה בכל צוות אינה קשורה למידת הדמיון בין האוריינטציות של האחיות והעוס"ים. לדוגמא, ישנו הכדל מובהק בין עמדות העוס"ים והאחיות באשר ליחוד המקצועי במטרה הטיפולית של חיפוש פתרון לבעיות נפשיות, אך מידת ההלימה לגבי מטרה זו היא גבוהה יחסית. כך שמידת ההלימה היא נתון הקשור לצוות הספציפי בו מתהווה ההלימה.

המטרה הטיפולי	ה מ ל מ ד	רמת ההלימה	המטרה הטיפולית	ה מ ל מ ד	רמת ההלימה
טיפול משולב	יחוד מקצועי		פעילות חברתית	סובלנות	0.193
פעילות חברתי		0.407	טיפול אישי		
בעיות מנטליו	דומיננטיות	0.421	מעקב על צרכים	יחודיות מקצועית	0.228
פעילות גופני	מחוז מקצועי	0.429	חלוקת שעות	סובלנות	0.263
מעקב על שרותי		0.439	אחזקת משק בית		
שרותים זמיני	סובלנות		פעילות גופנית		0.281
בעיות נפשיו	דומיננטיות	0.446	יחודיות מקצועית בדיקות גופניות		
מעקב על שרותי		0.474	תפקוד חושים	סובלנות	0.298
טיפול גופני	סובלנות		מעקב על צרכים	דומיננטיות	0.316
תנאי דיור		0.491	פעילות גופנית		
התאמת מטפל	דומיננטיות		בעיות מנטליות	סובלנות	0.333
תפקוד חושים	דומיננטיות	0.509	טיפול משולב	דומיננטיות	0.346
תזונה נכונה	גישה הוליסטית		בעיות נפשיות	סובלנות	0.351
יחודיות מקצועית בעיות מנטליו			טיפול אישי	דומיננטיות	
טיפול גופני			יחודיות מקצועית חלוקת שעות		0.364
תפקוד חושים		0.526	טיפול אישי		0.368
תנאי דיור			התאמת מטפל	סובלנות	
מרכז יום	סובלנות		תזונה נכונה		
תנאי דיור	דומיננטיות		חלוקת שעות	דומיננטיות	0.375
התאמת מטפל	יחוד מקצועי	0.536	טיפול משולב	סובלנות	
אחזקת משק ב	גישה הוליסטית	0.544	מרכז יום	יחודיות	
בדיקות גופני	דומיננטיות		בעיות נפשיות		0.386
פעילות חברתי		0.554	מרכז יום	דומיננטיות	
			טיפול אישי	גישה הוליסטית	0.404
			שרותים זמינים	יחודית	

המטרה הטיפולית	ה מ י מ ד	רמת ההלימה	המטרה הטיפולית	ה מ י מ ד	רמת ההלימה
פעילות גופנית	גישה הוליסטית	0.702	תזונה נכונה	דומיננטיות	0.561
בדיקה גופנית		0.719	טיפול גופני		
בעיות משפחתיות			גישה הוליסטית	בעיות נפשיות	
בדיקות גופניות	סובלנות		תפקוד חושים		
מעקב על שרותים	גישה הוליסטית	0.789	שרותים זמינים	דומיננטיות	0.564
תנאי דיור			מעקב על צרכים	גישה הוליסטית	0.596
פעילות חברתית			בעיות משפחתיות	סובלנות	0.596
בעיות מנטליות		0.807	אחזקת משק בית	ייחוד מקצועי	0.607
שרותים זמינים		0.877	התאמת מטפל	גישה הוליסטית	0.632
חלוקת שעות		0.893	תזונה נכונה	ייחוד מקצועי	
טיפול משולב		0.912	בעיות משפחתיות		
מרכז יום			בעיות משפחתיות	דומיננטיות	0.661
טיפול גופני		0.930	אחזקת משק בית		0.667

(1) ההלימה חושבה לגבי כל צוות ע"י חשוב ההפרש בין עמדות האחיות והעו"ס באותו צו לגבי כל מטרה טפולית וקבלת התוצאה בערך מוחלט. בלוח מופיעים מוצעי הצוותי ככל שהפער נמוך יותר ההלימה בצוות גבוהה יותר.

המטרה הטיפולית	ה מ י מ ד	רמת ההלימה	המטרה הטיפולית	ה מ י מ ד	רמת ההלימה
בעיות נפשיות	גישת הוליסטית	-0.070	טיפול משולב	גישת הוליסטית	-0.421
אחזקת משק ב'	דומיננטיות		שרותים זמינים		
פעילות חברתית	גישת הוליסטית	-0.053	בעיות משפחתיות	סובלנות	-0.386
טיפול אישי			מרכז יום	גישת הוליסטית	-0.351
טיפול גופני	סובלנות		מעקב על צרכים		-0.246
תפקוד חושים	גישת הוליסטית	-0.035	תנאי דיור	ליחודיות	
טיפול גופני	ליחוד מקצועי	-0.018	שרותים זמינים	סובלנות	0.228
תפקוד חושים		0.0	תנאי דיור		-0.211
אחזקת משק ב'		0.0	בעיות משפחתיות	גישת הוליסטית	-0.193
טיפול משולב		0.0	מרכז יום	סובלנות	-0.175
טיפול אישי	סובלנות	0.018	התאמת המטפל		-0.158
בעיות מנטליות			התאמת המטפל	גישת הוליסטית	-0.140
בדיקות גופניות	ליחוד מקצועי	0.035	תנאי דיור	דומיננטיות	
טיפול גופני	דומיננטיות		טיפול משולב	סובלנות	
פעילות גופנית	סובלנות				
טיפול משולב	דומיננטיות	0.038	טיפול גופני	גישת הוליסטית	-0.123
תזונה נכונה	גישת הוליסטית	0.053	מעקב על שרותים		
תפקוד חושים	סובלנות		אחזקת משק בית	סובלנות	
שרותים זמינים	ליחוד מקצועי	0.038	חלוקת שעות		
פעילות חברתית		0.070	פעילות גופנית	גישת הוליסטית	-0.105
מרכז יום			בעיות נפשיות	סובלנות	
פעילות חברתית	דומיננטיות	0.089	אחזקת משק בית	גישת הוליסטית	-0.088
חלוקת שעות			תנאי דיור		
			תזונה נכונה	סובלנות	
			חלוקת שעות	גישת הוליסטית	-0.071

המטרה הטיפולית	ה מ י מ ד	רמת ההלימה	המטרה הטיפולית	ה מ י מ ד	רמת ההלימה
תזונה נכונה	ייחוד מקצועי	0.211	חלוקת שעות	ייחוד מקצועי	0.109
מעקב צרכים	דומיננטיות		מעקב על צרכים		0.123
בדיקות גופניות מעקב על שירותים	גישה הוליסטית ייחוד מקצועי	0.228	תפקוד חושים מעקב על שירותים	דומיננטיות	0.158
תזונה נכונה	דומיננטיות	0.246			
מעקב על שירותים					
פעילות גופנית	ייחוד מקצועי	0.250	שרותים זמינים	דומיננטיות	0.164
בעיות מנטליות		0.263	גישה הוליסטית בעיות מנטליות		0.175
בעיות משפחתיות	דומיננטיות	0.339	טיפול אישי	דומיננטיות	
בעיות נפשיות	ייחוד מקצועי	0.351	פעילות גופנית		
בעיות מנטליות	דומיננטיות		התאמת מטפל		
בדיקות גופניות		0.368	התאמת מטפל	ייחוד מקצועי	0.179
בעיות נפשיות		0.411			
בעיות משפחתיות	ייחוד מקצועי	0.456	טיפול אישי	ייחוד מקצועי	0.193
			מרכז יום	דומיננטיות	
			בדיקות גופניות	סובלנות	

(1) ההלימה חושבה לגבי כל צוות ע"י הפחתת ציון העו"ס מציון עמדת האחות באותו צו לגבי כל מטרה טיפולית. בלוח מופיעים ממוצעי הצוותים. כזכור הציון הגבוה יו בממדים של ייחוד מקצועי ודומיננטיות היה "עדיפות לאחות", ומכאן שהפרש חיו מעיד שאכן האחות מצדדת בשליטת האחיות, והעו"סים בשליטה שלהם. כלומר כל מושכת את המטרה לתחום שלה. הפרש שלילי מצביע על צירוד האחיות בשליטת העובד הסוציאליים בעוד העובדים הסוציאליים נוטים לתת עדיפות לאחיות, כלומר כל מקצוע דוחף את המטרה לתחום חברו לצוות.

התרומה היחסית של ההלימה בכל אחד מהממדים לתפיסת שיתוף הפעולה

עתה אפשר להגיע למטרה העקרית של המחקר שנושאו לבחון גורמים המשפיעים על שיתוף הפעולה השוויוני בצוות.

לצורך זה נבחנו הקשרים בין ההלימה בערך מוחלט הקיימת בצוות לבין שלשה ביטויים של שיתוף הפעולה בצוות:

1. שיתוף הפעולה כפי שהוא נתפס במשותף ע"י שני חברי הצוות ואז הוא מבטא את שיתוף הפעולה בפועל בצוות.
2. שיתוף הפעולה בצוות כפי שהוא נתפס ע"י האחיות.
3. שיתוף הפעולה בצוות כפי שהוא נתפס ע"י העוס"ים.

החשיבות שבבדיקת שלושת הביטויים האלה שכל שיתוף פעולה, הוא בהרחבת היקף הממצאים שבידינו על הדינמיקה בעבודת הצוות והקשר בין המרכיבים השונים המשתתפים בכנית עבודת הצוות.

כוצעו שלושה סוגי מבחנים על הנתונים. ראשית נערכה רגרסיה רבת ממדים של ההלימה בין שני חברי הצוות על מידת שיתוף הפעולה בפועל בצוות כפי שהתקבלה מעיבוד עמדת שני חברי הצוות. ניתוח זה מאפשר לבדוק מה היו הגורמים שהשתתפו בתהליך העבודה בצוות כעבודה משותפת, כלומר את מידת ההסכמה בין חברי הצוות ואת המידה שהם מסבירים שיתוף פעולה. מבחן שני היה רגרסיה רבת ממדים של ההלימה על מידת שיתוף הפעולה בעיני האחות, ומבחן שלישי היה רגרסיה של ההלימה על מידת שיתוף הפעולה בעיני העוס"ים. התוצאות המובאות בלוחות הבאים מכילים את אחוז השונות המוסברת ע"י כל מטרה טיפולית ברמת הסתברות נמוכה מ-0.15. מעל רמה זו אחוז התרומה הוא קטן וזניח. אחוזי השונות המוסברת מצטברים לגבי כל מימד בעבודת הצוות. כמו כן מובאות בלוחות מידת ההלימה הקיימת לגבי אותה מטרה טיפולית (כפי שהיא מופיעה בלוח מס. (10).

1. תפיסת שיתוף הפעולה של הצוות (מדד זוגי). ההלימה בהכרת הדומיננטיות בקבלת החלטות, מסבירה יותר מכל השאר את שיתוף הפעולה הנתפס ע"י הצוות: 56% מהשונות של שיתוף הפעולה מוסברים על ידי תשעה פריטים הנראים מרכזיים. (לוח מס. 11 חלק ג').

מטרת הטיפול של "הבטחת טיפול גופני" לכרה תורמת כ-13% משונות שיתוף הפעולה, ברמת הסתברות של $P = 0.011$. אחריה - "חלוקת שעות הטיפול" התורמת כ-9% ברמת מובהקות של $P = 0.02$. כלוח זה כלולים 3 מתוך 4 המטרות הטיפוליות השייכות לתחום התפקוד היומיומי ו-3 מתוך 4 המטרות הטיפוליות השייכות לתחום הבריאות. רק מטרה טיפולית אחת מתוך 4 המרכיבים את התחום הפסיכוסוציאלי ורק 2 מתוך 7 המטרות הטיפוליות בתחום הארגון והמינהל. רמת ההלימה נעה במימד זה מפער של 0.246 שהוא הגבוה ביותר ומתיחס ל"הבטחת תזונה נכונה" עד -0.140 לגבי "הבטחת תנאי דיור".

ממד שני בסדר הסברת השונות הוא ממד הסובלנות המסביר 34% משונות שיתוף הפעולה בפועל בצוות (לוח 11 חלק ד'). חמש מטרות טיפוליות כלולות כאן, אין בהם אף מטרה טיפולית מהתחום הפסיכוסוציאלי. כאן נעה רמת ההלימה מ-0.123 שהיא הרמה הנמוכה ביותר והיא מתקבלת לגבי "חלוקת שעות טיפול", עד 0.018, ההלימה לגבי הבטחת טיפול אישי.

הממד השלישי הוא הסכמה על היחודיות המקצועית התורם 15% להסבר השונות בשתי מטרות טיפוליות בלבד (לוח מס' 11 חלק ב') ואחריו ממד הגישה ההוליסטית בתרומה של 15% גם הוא עם שלש מטרות טיפוליות (לוח 11 חלק א). ההלימה לגבי שני הממדים היא די גבוהה ונעה מ-0.421 עד 0.058.

לוח מס. 11: רגרסיה מרובה של ההלימה בצורותים לגבי השגת מטרת הפעולה הנתפס ע"י
הצוות לפי ההיבטים של עבודת הצוות

מטרת הטיפול	R2	התוספת	מובהקות	ההלימה מתוך לוח נ
<u>א. קבלת הגישה ההוליסטית</u>				
אספקת טיפול משולב	0.0544	0.0544	0.0836	-0.421
הבטחת טיפול גופני	0.1044	0.0519	0.0850	-0.123
הבטחת תזונה נכונה	0.1489	0.0425	0.1132	0.053
<u>ב. הסכמה על היחודיות המקצועית</u>				
עריכת בדיקות גופניות	0.0984	0.0984	0.1032	0.035
מציאת שרותים זמינים	0.1507	0.0522	0.0111	0.058
<u>ג. הכרה בדומיננטיות מקבל החלטות</u>				
הבטחת טיפול גופני	0.1295	0.1295	0.0111	0.035
חלוקת שעת טיפול	0.2189	0.0894	0.0264	0.089
הבטחת פעילות חברתית	0.2816	0.0627	0.0536	0.089
עידוד פעילות גופנית	0.3256	0.0440	0.0973	0.175
הבטחת תפקוד החושים	0.3861	0.0605	0.0456	0.158
אספקת טיפול משולב	0.4696	0.0835	0.0138	0.038
הבטחת תזונה נכונה	0.5011	0.0315	0.1125	0.246
הבטחת תנאי דיור	0.5336	0.0325	0.1029	-0.140
הבטחת אחזקת משק בית	0.5627	0.0291	0.1152	-0.070
<u>ד. סובלנות</u>				
עידוד פעילות גופנית	0.0606	0.0606	0.065	0.035
חלוקת שעות טיפול	0.2001	0.1395	0.0034	0.123
הבטחת טיפול אישי	0.2811	0.0810	0.0179	0.018
אספקת טיפול משולב	0.3101	0.0290	0.1452	0.140
הבטחת תפקוד חושים	0.3417	0.0311	0.1271	0.053

2. תפיסת שיתוף הפעולה בעיני האחיות. בהסכרת השונות של שיתוף הפעולה כפי שהוא נתפס ע"י האחיות לא נכנס ממד קבלת הגישה ההוליסטית כלל (ראה לוח מס' 12). הממד המסביר במידה הרבה ביותר היא הדומיננטיות בקבלת ההחלטות המסביר 50% מן השונות (לוח מס' 12 חלק ג'). אחריו הפעם ההסכמה על היחודיות המקצועית - 37% מן השונות (לוח מס. 12 חלק ב') ואחרון - ממד הסובלנות המסביר 23% משונות משתנה שיתוף הפעולה (לוח מס. 9 חלק ד'). סדר המטרות הטיפוליות ומספרן בתוך התחומים שונה הפעם מאשר לגבי תפיסת שיתוף הפעולה בצוות:

כממד הדומיננטיות "הבטחת פעילות חברתית" לבדה מסבירה 21% מן השוני ברמת הסתברות של $P = 0.0009$. רמת ההלימה היא בסה"כ 5 מטרות טפוליות כשהארבע הנוספות לקוחות מתחומי הבריאות והתפקוד היומיומי, שהוא קרוב למעשה לתחום הבריאות.

לוח מס. 12: רגרסיה מרובה של ההלימה על שיתוף הפעולה כפי שהוא נתפס ע"י האחיות

ההלימה מתוך לוח 10	מובהקות	התוספת	R2	מטרות הטיפול
<u>ב. הסכמה על ייחודיות מקצועית</u>				
-0.246	0.0114	0.1312	0.1312	הבטחת תנאי דיור
0.035	0.0171	0.1041	0.2353	עריכת בדיקות גופניות
0.211	0.0155	0.0964	0.3317	הבטחת תזונה נכונה
0.109	0.1125	0.0385	0.3701	חלוקת שעת הטיפול
<u>ג. דומיננטיות בקבלת ההחלטות</u>				
0.089	0.0009	0.2117	0.2117	הבטחת פעילות חברתית
0.0	0.0014	0.1576	0.3693	הבטחת תפקוד החושים
0.175	0.0948	0.0383	0.4076	עידוד פעילות גופנית
0.246	0.0284	0.0619	0.4695	הבטחת תזונה נכונה
0.035	0.0926	0.0342	0.5037	הבטחת טיפול גופני
<u>ד. סובלנות</u>				
-0.088	0.1089	0.0461	0.0461	הבטחת פעילות חברתית
-0.105	0.0972	0.0478	0.0939	חיפוש פתרונות לבעיות נפשיות
-0.035	0.1392	0.0370	0.1308	עידוד פעילות גופנית
-0.123	0.0674	0.0547	0.1855	חלוקת שעת הטיפול
0.018	0.1119	0.0398	0.2253	הבטחת טיפול אישי

3. תפיסת שיתוף הפעולה בעיני העוס"ים. גם לגבי תפיסת שיתוף הפעולה בעיני העוס"ים ממד הדומיננטיות מסביר במידה הרבה ביותר את השונות הפעם רק 46% (לוח מס. 13 חלק ג'), בעזרת 7 מטרות טיפוליות, 3 מתוכן באות מתחום התפקוד היומיומי ושתיים מתחום הארגון והמינהל. "חלוקת שעת הטיפול" תרמה 15% להסבר השונות ברמת הסתברות של $P = 0.0066$. רק מטרה אחת של "ערוד פעילות גופנית" שיכת לתחום הבריאות והיא תרמה את התרומה הקטנה ביותר של 3% ברמת הסתברות של $P = 0.109$.

הממד השני בסדר התרומות הוא הסובלנות המסביר 31% מן השונות ב-6 מטרות טיפוליות, שתיים מהן מתחום הפסיכוסוציאלי ושתיים מתחום הארגון והמינהל. (לוח מס. 13 חלק ד').

מתוך ממד ההסכמה לייחודיות המקצועית נכנסה רק מטרה טיפולית אחת שמסבירה 8% בסה"כ ברמת מובהקות $P = 0.04$ (לוח מס. 13 חלק כ'). הקדים אותה ממד קבלת הגישה ההוליסטית בהסברת 24% מן השונות.

באופן כללי בכל מבחני הרגרסיה, אפשר לראות שרמת ההלימה לגבי המטרות הטיפוליות התורמות להסבר השונות בשיתוף הפעולה; היא גבוהה למדי (פער נמוך) מלבד לגבי חריגים מעטים. אבל אפשר גם לראות שמטרות אלו הן גם הפרובלמטיות מבחינה שיכותן לתחום העיסוק של בעלי המקצועות, כשמוצעי התשובות של בעלי המקצועות שונים באופן מובהק אלה מאלה.

לוח מס. 13: רגרסיה מרובה של ההלימה על שיתוף הפעולה כפי שהוא נתפס ע"י העוס"ים

מטרות הטיפול	R2	התוספת	מובהקות	ההלימה מתוך לוח נ
<u>א. קבלת גישה הוליסטית</u>				
הבטחת תזונה נכונה	0.0904	0.0904	0.0243	0.053
הבטחת תנאי דיור	0.1448	0.0544	0.0719	-0.088
הבטחת טיפול גופני	0.1947	0.0499	0.0789	-0.123
התאמת המטפל	0.2399	0.0452	0.0877	-0.140
<u>ב. הסכמה לייחודיות המקצועית</u>				
חלוקת שעות הטיפול	0.0883	0.0883	0.0402	0.109
<u>ג. הכרה בדומיננטיות מקבל ההחלטות</u>				
חלוקת שעות הטיפול	0.1469	0.1469	0.0066	0.089
הבטחת טיפול גופני	0.2341	0.0872	0.0268	0.035
הבטחת טיפול אישי	0.2797	0.0456	0.0985	0.175
אספקת טיפול משולב	0.3285	0.0488	0.0806	0.038
הבטחת תנאי דיור	0.3863	0.0578	0.0505	-0.140
חיפוש פתרונות לבעיות מנטליות	0.4253	0.0390	0.0988	0.351
עידוד פעילות גופנית	0.4605	0.0352	0.1097	0.175
<u>ד. סובלנות</u>				
עידוד פעילות גופנית	0.0510	0.0510	0.0912	0.035
חלוקת שעות טיפול	0.1428	0.0918	0.0996	-0.123
הבטחת טיפול אישי	0.2096	0.0577	0.0557	0.018
אספקת טיפול משולב	0.2378	0.0373	0.1169	-0.140
חיפוש פתרונות לבעיות מנטליות	0.2717	0.0338	0.1299	0.018
חיפוש פתרונות לבעיות נפשיות	0.3056	0.0339	0.1244	-0.105

המטרה המרכזית של המחקר היתה לאתר את הגורמים המנבאים שיתוף פעולה שוויוני בין האחות והעו"ס החברים בצוות המטפל בקשיש. ההתייחסות היא לשיתוף פעולה שוויוני מתוך הסכמה שרק עבודה כזאת מאפשרת את מלוא התרומה המקצועית של כל אחד מחברי הצוות ומצדיקה את עצם העבודה בצוות.

לצורך זה נחקרו 57 צוותים של אחיות ועובדים סוציאליים המטפלים בקשישים לעמדותיהם לגבי 19 מטרות טיפוליות בכל אחד מ-4 ממדים של העבודה שהם:

1. קבלת הגישה ההוליסטית.
2. היחוד המקצועי להתמודדות עם השגת המטרה.
3. דומיננטיות בקבלת ההחלטות.
4. סובלנות בעבודת הצוות.

בהמשך נבחן הקשר בין הממדים לבין תפיסת שיתוף הפעולה משלוש נקודות מבט:

1. של הצוות
2. של האחיות
3. של העובדים הסוציאליים.

ראשית, נמצא ששיתוף הפעולה בצוות נתפס באופן כללי ברמה לא גבוהה. האחיות תופסות אותן ברמה גבוהה יחסית לעובדים הסוציאליים התופסים אותו ברמה נמוכה יותר. במשותף ע"י חברי הצוות הוא נתפס במידה עוד יותר נמוכה. ממצא זה מראה על הבעיתיות של העבודה המשותפת.

בכחינת הגורמים המנבאים את קיומו של שיתוף הפעולה, נמצא באופן כללי כיסוס להשערה על קיום קשר בין ההלימה בין חברי הצוות כ-4 הממדים של העבודה לבין שיתוף הפעולה בשלוש התפיסות השונות שלו.

בשלושת התפיסות של שיתוף פעולה היה לממד "ההסכמה לדומיננטיות מקבל ההחלטות" התרומה הגבוהה ביותר להסבר השונות. ממד זה מהווה כנראה את מוקד הבעייתיות: מי ישלוט בתחום החדש המתהווה משלוב דיסיפלינות אחדות כאשר הגבולות בין הדיסיפלינות אינם מוגדרים ומובחנים וישנה חפיפה ופערים ביניהם. הסכמה בממד זה, של הדומיננטיות בקבלת החלטות לגבי השגת מטרות טיפוליות, מהווה הסרת מכשלה מעבודת הצוות כפי שאכן טוען FALCK (IN CARLTON, 1984:135). בעלי מקצועות נוטים מטבעם לכבוש טריטוריות ולהתחרות על הדומיננטיות כפי שטוענת KANE (13-18: 1975), והסכמה על זהות ממלאי התפקידים מביאה ל"שביתת נשק" ואפשרות של שיתוף פעולה.

תוך כדי כך מתעוררת השאלה כיצד הושגה הסכמה זו? האם על ידי הבנה ופשרה המקובלת על שני בעלי המקצועות כפי שמיעצת CARRIGAN (1978) או על ידי ויתור וכניעה כפי שטוענים BEN-SIRA ו-CARLTON (130: 1984).

אפשר לברר זאת ע"י בחינת התכדלים בין העמדות לגבי הייחוד המקצועי לבין העמדות לגבי הדומיננטיות. אם עובד סוציאלי טוען לייחוד של מקצועו בהשגת מטרה טיפולית מסוימת, אבל מצביע על האחות כדומיננטית בקבלת ההחלטות תמיד או לרוב, כי אז העו"ס ודאי מתוסכל מכך שאינו תורם את תרומתו המקצועית להשגת המטרה. הוא ודאי לא יראה כאן עבודה כשיתוף פעולה שוויוני. מצב כזה קיים לגבי מטרות טיפוליות של מתן פתרון לבעיות משפחתיות ו"עידוד פעילות חברתית" (ראה לוח מס. 8) המהוות את עיקר עבודת העו"ס. יתכן וזה יכול להסביר את הרמה הנמוכה שבה רואים

העוס"ים את שיתוף הפעולה, לעומת ההרמוניה בין תפיסת הייחוד המקצועי והדומיננטיות אצל האחיות הבאה עם תפיסת שיתוף הפעולה ברמה גבוהה יותר. מצב זה אינו קיים בתחום הכריאות עליו ישנה הסכמה של שילכות לאחות, כמו שהוא קיים בתחום הפסיכוסוציאלי עליו מתמודדים שני המקצועות. לעומת זאת האחיות מותרות על התחום המינהלי-ארגוני ומשאירות לעובדים הסוציאליים את התיווך והאדווקציה שהעובדים הסוציאליים רואים בו נטל ועומס. לדעתם גם לאחות ישנם הידע וההכשרה לקבל החלטות בתחום כמו התאמת מטפל או דאגה לתנאי הדיור, אבל העו"ם הוא שצריך לבצע את המטלות האלה הכרוכות בהתרוצצות והשקעה פיזית לא קטנה. (WESTRIN, 1986:30-32).

ממד הסובלנות תרם את התרומה השניה בגובהה להסבר השונות של תפיסת שיתוף הפעולה על ידי הצוות ועל ידי העובדים הסוציאליים. ואילו לתפיסת שיתוף פעולה על ידי האחיות תרם ממד ההסכמה על הייחודיות המקצועית את התרומה השניה בגובהה, ולמד הסובלנות היה מקום שלישי ואחרון. ממד קבלת הגישה ההוליסטית לא תרם בצורה משמעותית להסבר שיתוף הפעולה אצל האחיות, ולעומת זאת העוס"ים רואים בקבלת הגישה ההוליסטית את אחד מאושיות המקצוע שלהם ואת תרומתם לטיפול בקליינט (לא פציינט לפי ברוך עובדיה, 1988; CARTON 1984:132). מאידך, העוסים אינם רואים בממד "ההסכמה לייחוד המקצועי" ממד הכרחי לשיתוף פעולה בצוות - אולי מראש אינם רוצים להתמודד בנושא זה שהוא בעייתי לגביהם.

ככחינת עמדת האחיות והעו"ם כבעלי מקצוע ולא כחברים בצוות לגבי כל אחת מהמטרות הטיפוליות אפשר לראות כי ההבדלים ביניהם אינם משמעותיים כשני שלישים לערך מן המטרות. ההלימה הרבה ביותר נמצאת לגבי ממד ההוליסטיות ואילו לגבי ממד הדומיננטיות ההלימה היא הנמוכה ביותר. אנו גם רואים כי ברוב המקרים שהאחיות רואות את עצמן יותר דומיננטיות בקבלת החלטות מאשר העוס"ים. מה שמתאים לידוע לנו על מעמד המטפלים הרפואיים בנוסף

לנתונים על נחיתות העובדים הסוציאליים הן מבחינת האוטונומיה המקצועית והן מבחינת הנתונים האישיים של הגיל, הותק והניסיון או הנתונים של ערכים, רמת הכשרה ומסגרת התייחסות (WESTRIN, 1986:39-40).

השילוב של שני משתני ההלימה, האחד בערכים מוחלטים המבטא את הפערים בתוך הצוותים, והשני בערכים אמיתיים - המבטא את הפערים עם הכוון המקצועי ועם המגמות של השתלטות על תחומים או של בריחה מאחריות, מצביע למעשה על כך שיש לבחון כל צוות כשלעצמו: כיוון שאין הגדרות מוחלטות אילו תחומים שייכים לעובדים סוציאליים ואילו לאחיות, חשוב להשיג הסכמה בתוך כל צוות לגבי חלוקת התפקידים, לפי התאמה ובחירה של חברי הצוות. אל ההסכמה אפשר לכוון בהדרגה והנחיה שעובדים הצוותים במסגרת הכנה הכרחית לעבודת הצוות. בדרך זו משיגים הסכמה מלאה שבשוויון בהתאמה לתפיסת חברי הצוות את הידע וההכשרה המקצועיים שלהם וזה מונע מתח ותיסכול. כיוון שכל בעל מקצוע מביא לצוות את אופיו יחד עם הותק והניסיון בעבודה וזה יכול להיות שונה מאשר המאפיינים של בעלי המקצועיות בצוות אחר, חשוב להשיג בכל צוות את ה"מודוס ויונדי" שלו.

יתכן והיה צורך לבדוק את תרומת כל המטרות הטיפוליות בכל ארבעת הממדים להסבר השונות של שיתוף הפעולה. אפשרות כזו לא קלימת בעבודה זו בגלל ההיקף הקטן של המדגם, שאינו מאפשר בדיקת מספר רב כזה של משתנים (76 = 19 X 4) לעומת 57 תצפיות בסך הכל. בחישוב מבחן סטטיסטי מספר דרגת החופש הוא פועל יוצא של מספר התצפיות. בחישוב הרגרסיה למציאת תרומת כל אחד מהמשתנים להסבר השונות - כל משתנה נוסף שנכנס לחישוב מוריד ממספר דרגת החופש, ואז הן נגמרות לפני חישוב כל המשתנים והנתונים המתקבלים אינם הגיוניים.

עם זאת, יש לעבודה הנוכחית תרומה לקידום הכנת הגורמים המשתתפים בגיבוש עבודת צוות של עובדים סוציאליים ואחיות ההופכים להיות מודל בסיסי בטיפול ברווחת האוכלוסייה בכלל ובאוכלוסיית קשישים תשושים

וסיעודיים בפרט בכל מדינה מתקדמת, ואשר למרות הזמן הרב מאז הוא אומץ עדיין הוא ניתקל בקשיים מעשיים בעבודת השדה. הורכת הצוותים לחלוקה מוקדמת של התפקידים והמטלות כמיוחד בתחום הפסיכוסוציאלי, והסכמה מראש למתן דומיננטיות של אחד מחברי הצוות בקבלת החלטות בהשגת מטרות טיפוליות ספציפיות עשויה לקדם את העבודה השוטפת של הצוות ולהסיר את המכשולים ומוקדי המתח. נתינת הדעת לאינטראקציה התוך-צוותית תוך התמקדות באותם תחומים בעייתיים מעוררי מתח, יכולים, בהדרכה מתאימה, להביא לעבודת צוות יעילה ופוריה יותר.

לוח מס. 1: נתוח גורמים למשתני שיתוף הפעולה

מקדמי הגורמים	תחום שיתוף הפעולה
0.78689	התחום הכריאתי
0.84686	התחום התיפקודי
0.79348	התחום החברתי
0.82691	התחום הפסיכולוגי
0.91230	באופן כללי
0.80219	העברת מידע
0.90245	יחסי עבודה
0.89642	אווירה כללית

מחקר על צורכי אוכלוסיית הזקנים והטיפול המתאים בה

שאלון למטפל

גיל הזיקנה מלווה כידוע בבעיות שונות כתוצאה מירידת התפקוד הגופני ומשינויים במצבו המשפחתי, הכלכלי, החברתי והפסיכולוגי של הזקן. על-מנת שהזקן ימשיך לחיות ברווחה יש לענות על צרכיו המורכבים בפתרונות וטיפולים בתחומים מגוונים ועל-ידי מטפלים בעלי מקצועות שונים. מחקר זה מבקש להבהיר את צורכי הזקן ודרכי הטיפול בו.

תאריך הראיון: / /

שעת ההתחלה: _____

1-3. מספר סידורי

--	--	--

4. מהו תפקידך?

לעו"ס:	לאחות:
2. עו"ס קשישים	1. אחות מרפאה
4. מרכז צוות	3. אחות אחראית
6. אחר. פרט	5. אחר. פרט

5. כמה שנות ותק עבודה יש לך במקצועך?

- 1-2 שנים
- 3-5 שנים
- 6-10 שנים
- 11-20 שנים
- 21 שנה ויותר

6. כמה שנים את(ה) עוסק(ת) בתחום הקשישים?

- 1-2 שנים
- 3-5 שנים
- 6-10 שנים
- 11-20 שנים
- 21 שנה ויותר

7. כמה זמן את(ה) עובד(ת) בעבודת צוות?

1. פחות מ-3 חודשים
2. בין 3-6 חודשים
3. בין 7-11 חודשים
4. בין 1-3 שנים
5. 4 שנים ויותר

8. כמה זמן את(ה) עובד(ת) במסגרת הצוות הנוכחי? (עם בן הזוג הנוכחי)

1. פחות מ-3 חודשים
2. בין 3-6 חודשים
3. בין 7-11 חודשים
4. בין 1-3 שנים
5. 4 שנים ויותר

א. ישנם טיפולים הנחשבים בדרך כלל לחיוניים לרווחת הזקן ואחרים שהם פחות או בכלל לא חיוניים. לפניך רשימת שירותים וטיפולים הניתנים לזקנים, והינך מתבקש לדרג כל אחד מהם על הסולם המצורף, לפי מידת החיוניות לרווחתו של הזקן

לגמרי לא חיוני לרווחת הזקן	לא חיוני	לא כל כך חיוני	די חיוני	חיוני	חיוני ביותר לרווחת הזקן	האם זה חיוני לרווחתו של הזקן?
6	5	4	3	2	1	9. לערוך בדיקות גופניות תקופתיות
6	5	4	3	2	1	10. להבטיח לו תזונה נכונה 11. להבטיח את התפקוד התקין של החושים (על-ידי בדיקות ואספקת אבזרי עזר לפי הצורך - מכשירי שמיעה, משקפיים, תותבות)
6	5	4	3	2	1	12. להבטיח פעילות חברתית תקינה (ביקור חברים, חברות במועדון, בידור)
6	5	4	3	2	1	13. להבטיח טיפול אישי נאות (באופן עצמאי או במתן עזרה ברחיצה, הלבשה, ניקיון אישי, האכלה וכו')
6	5	4	3	2	1	14. להבטיח אחזקה נאותה של משק-הבית (מתן הדרכה ועזרה לניקיון, כביסה, סידורים, קניות, בישול וכו')
6	5	4	3	2	1	15. להבטיח תנאי דיור נאותים (חימום, מדרגות, תמיכות, שירותים)
6	5	4	3	2	1	16. לעודד פעילות גופנית (הליכה, התעמלות, טיול באוויר צח)
6	5	4	3	2	1	17. לחפש פתרונות לבעיות ביחסי המשפחה (יחסי בני הזוג, קשר עם הילדים)
6	5	4	3	2	1	18. לחפש פתרונות לבעיות נפשיות (דכאון, חרדות, מרירות, תוקפנות)
6	5	4	3	2	1	19. לחפש פתרונות לבעיות במצב המנטלי (זכרון, התמצאות, הבנה)
6	5	4	3	2	1	20. להבטיח טיפול גופני (כירופודיה, תספורת, מניקור, גילוח)
6	5	4	3	2	1	21. לספק שירותים במרכז יום במקום לספק שירותים בבית
6	5	4	3	2	1	22. לספק טיפולים באופן משולב על-ידי מטפל אחד במקום על-ידי מטפלים נפרדים לכל שירות
6	5	4	3	2	1	23. להתאמץ ולמצוא שירותים זמינים כדי למנוע אפשרות של הענקת גימלה כספית
6	5	4	3	2	1	24. לחלק את שעות הטיפול בין השירותים השונים באופן הולם

לגמרי לא חיוני לרווחת הזקן	לא חיוני	לא כל כך חיוני	די חיוני	חיוני	חיוני ביותר לרווחת הזקן	האם זה חיוני לרווחתו של הזקן?
6	5	4	3	2	1	25. לבחור את נותן השירות המתאים לזקן ולמשפחתו (מבחינת השפה, המנטליות וכו')
6	5	4	3	2	1	26. לבצע מעקב על צורכי הזקן ובני משפחתו
6	5	4	3	2	1	27. לבצע מעקב על אספקת השירותים ברמה נאותה

ב. הטיפול בזקן נעשה בדרך כלל על-ידי בעלי מקצועות שונים כמו רופא, אחות, פיזיותרפיסט, מרפא בעיסוק וכו'. אנו מתמקדים הפעם במקצועות האחות והעו"ס, העובדים יחד בצוות. הינך מתבקשת לציין לגבי כל פעולה מהפעולות המתוארות להלן למי ישנם בצוות הידע וההכשרה להחליט על ביצוע הפעולה?

לשתייהן בהסכמה הדדית	לאחות בלבד	לאחות בהתייעצות עם העו"ס	לעו"ס בהתייעצות עם האחות	לעו"ס בלבד	למי הידע וההכשרה להחליט?
5	4	3	2	1	28. לערוך בדיקות גופניות תקופתיות
5	4	3	2	1	29. להבטיח לו תזונה נכונה 30. להבטיח את התפקוד התקין של החושים (על-ידי בדיקות ואספקת אבזרי עזר לפי הצורך - מכשירי שמיעה, משקפיים, תותבות)
5	4	3	2	1	31. להבטיח פעילות חברתית תקינה (ביקור חברים, חברות במועדון, צידור)
5	4	3	2	1	32. להבטיח טיפול אישי נאות (באופן עצמאי או במתן עזרה ברחיצה, הלבשה, ניקיון אישי, האכלה וכו')
5	4	3	2	1	33. להבטיח אחזקה נאותה של משק-הבית (מתן הדרכה ועזרה לניקיון, כביסה, סידורים, קניות, בישול וכו')
5	4	3	2	1	34. להבטיח תנאי דיור נאותים (חימום, מדרגות, תמיכות, שירותים)
5	4	3	2	1	35. לעודד פעילות גופנית (הליכה, התעמלות, טיול באוויר צח)
5	4	3	2	1	36. לחפש פתרונות לבעיות ביחסי המשפחה (יחסי בני הזוג, קשר עם הילדים)

לשתי הן בהסכמה הדדית	לאחות בלבד	לאחות בהתייעצות עם העו"ס	לעו"ס בהתייעצות עם האחות	לעו"ס בלבד	למי הידע וההכשרה להחליט?
5	4	3	2	1	37. לחפש פתרונות לבעיות נפשיות (דכאון, חרדות, מרירות, תוקפנות)
5	4	3	2	1	38. לחפש פתרונות לבעיות במצב המנטלי (זכרון, התמצאות, הבנה)
5	4	3	2	1	39. להבטיח טיפול גופני (כירופודיה, תספורת, מניקור, גילוח)
5	4	3	2	1	40. לספק שירותים במרכז יום במקום לספק שירותים בבית
5	4	3	2	1	41. לספק טיפולים באופן משולב על-ידי מטפל אחד במקום על-ידי מטפלים נפרדים לכל שירות
5	4	3	2	1	42. להתאמץ ולמצוא שירותים זמינים כדי למנוע אפשרות של הענקת גימלה כספית
5	4	3	2	1	43. לחלק את שעות הטיפול בין השירותים השונים באופן הולם
5	4	3	2	1	44. לבחור את נותן השירות המתאים לזקן ולמשפחתו (מבחינת השפה, המנטליות וכו')
5	4	3	2	1	45. לבצע מעקב על צורכי הזקן ובני משפחתו
5	4	3	2	1	46. לבצע מעקב על אספקת השירותים ברמה נאותה

ג. כשאת חושבת על הדיון בצוות בבניית תכנית הטיפול לקשיש, דעתה של מי קובעת יותר בתהליך קבלת ההחלטות לגבי הפעולות הנאות ובאיזו תדירות?

לפעמים העו"ס ולפעמים האחות	תמיד האחות	לרוב האחות	לרוב העו"ס	תמיד העו"ס	מי קובעת יותר בתהליך קבלת ההחלטות בביצוע הפעולות הנאות:
5	4	3	2	1	47. לערוך בדיקות גופניות תקופתיות
5	4	3	2	1	48. להבטיח לו תזונה נכונה
5	4	3	2	1	49. להבטיח את התפקוד התקין של החושים (על-ידי בדיקות ואספקת אבזרי עזר לפי הצורך - מכשירי שמיעה, משקפיים, תותבות)
5	4	3	2	1	50. להבטיח פעילות חברתית תקינה (ביקור חברים, חברות במועדון, בידור)
5	4	3	2	1	51. להבטיח טיפול אישי נאות (באופן עצמאי או במתן עזרה ברחיצה, הלבשה, ניקיון אישי, האכלה וכו')
5	4	3	2	1	52. להבטיח אחזקה נאותה של משק-הבית (מתן הדרכה ועזרה לניקיון, כביסה, סידורים, קניות, ביטוח וכו')

לפעמים העו"ס ולפעמים האחות	תמיד האחות	לרוב האחות	לרוב העו"ס	תמיד העו"ס	מי קובעת יותר בתהליך קבלת ההחלטות בביצוע הפעולות הבאות:
5	4	3	2	1	53. להבטיח תנאי דיוור נאותים (חימום, מדרגות, תמיכות, שירותים)
5	4	3	2	1	54. לעודד פעילות גופנית (הליכה, התעמלות, טיול באוויר צח)
5	4	3	2	1	55. לחפש פתרונות לבעיות ביחסי המשפחה (יחסי בני הזוג, קשר עם הילדים)
5	4	3	2	1	56. לחפש פתרונות לבעיות נפשיות (דכאון, חרדות, מרידות, תוקפנות)
5	4	3	2	1	57. לחפש פתרונות לבעיות במצב המנטלי (זכרון, התמצאות, הבנה)
5	4	3	2	1	58. להבטיח טיפול גופני (כירופודיה, תספורת, מניקור, גילוח)
5	4	3	2	1	59. לספק שירותים במרכז יום במקום לספק שירותים בבית
5	4	3	2	1	60. לספק טיפולים באופן משולב על-ידי מטפל אחד במקום על-ידי מטפלים נפרדים לכל שירות
5	4	3	2	1	61. להתאמץ ולמצוא שירותים זמינים כדי למנוע אפשרות של הענקת גימלה כספית
5	4	3	2	1	62. לחלק את שעות הטיפול בין השירותים השונים באופן הולם
5	4	3	2	1	63. לבחור את נותן השירות המתאים לזקן ולמשפחתו (מבחינת השפה, המנטליות וכו')
5	4	3	2	1	64. לבצע מעקב על צורכי הזקן ובני משפחתו
5	4	3	2	1	65. לבצע מעקב על אספקת השירותים ברמה נאותה

80 | 1 |

1-3 | | |

ד. במהלך העבודה תיתכן כאמור חפיפה או התערבות של חבר צוות אחד בתחום העבודה של חברו. אנו מבקשים לדעת באיזו מידה פעולה כזו עוזרת לעבודה המשותפת (למשל בקיצוע התהליכים וזירוזם), אינה משפיעה או אולי פוגעת במהלך העבודה (בשיבוש דרך קבלת ההחלטות, בהפרעה בריכוז או פגיעה ביחסי העבודה).

מפריעה מאוד	מפריעה	אינה משפיעה	עוזרת	מאוד עוזרת	באיזו מידה משפיעה התערבות חבר הצוות לגבי הפעולות הבאות כאשר הפעולה אינה בתחום עבודתו שלו
5	4	3	2	1	4. לערוך בדיקות גופניות תקופתיות
5	4	3	2	1	5. להבטיח לו תזונה נכונה
5	4	3	2	1	6. להבטיח את התפקוד התקין של החושים (על-ידי בדיקות ואספקת אבזרי עזר לפי הצורך - מכשירי שמיעה, משקפיים, תותבות)

מפריעה מאוד	מפריעה	אינה משפיעה	עוזרת	מאוד עוזרת	באיזו מידה משפיעה התערבות חבר הצוות לגבי הפעולות הבאות כאשר הפעולה אינה בתחום עבודתו שלו
5	4	3	2	1	7. להבטיח פעילות חברתית תקינה (ביקור חברים, חברות במועדון, בידור)
5	4	3	2	1	8. להבטיח טיפול אישי נאות (באופן עצמאי או במתן עזרה ברחיצה, הלבשה, ניקיון אישי, האכלה וכו')
5	4	3	2	1	9. להבטיח אחזקה נאותה של משק-הבית (מתן הדרכה ועזרה לניקיון, כביסה, סידורים, קניות, בישול וכו')
5	4	3	2	1	10. להבטיח תנאי דיור נאותים (חימום, מדרגות, תמיכות, שירותים)
5	4	3	2	1	11. לעודד פעילות גופנית (הליכה, התעמלות, טיול באוויר צח)
5	4	3	2	1	12. לחפש פתרונות לבעיות ביחסי המשפחה (יחסי בני הזוג, קשר עם הילדים)
5	4	3	2	1	13. לחפש פתרונות לבעיות נפשיות (דכאון, חרדות, מרידות, תוקפנות)
5	4	3	2	1	14. לחפש פתרונות לבעיות במצב המנטלי (זכרון, התמצאות, הבנה)
5	4	3	2	1	15. להבטיח טיפול גופני (כירופודיה; תספורת, מניקור, גילוח)
5	4	3	2	1	16. לספק שירותים במרכז יום במקום לספק שירותים בבית
5	4	3	2	1	17. לספק טיפולים באופן משולב על-ידי מטפל אחד במקום על-ידי מטפלים נפרדים לכל שירות
5	4	3	2	1	18. להתאמץ ולמצוא שירותים זמינים כדי למנוע אפשרות של הענקת גימלה כספית
5	4	3	2	1	19. לחלק את שעות הטיפול בין השירותים השונים באופן הולם
5	4	3	2	1	20. לבחור את המטפל המתאים לזקן ולמשפחתו (מבחינת שפה, מנטליות, וכו')

ה. לסיכום אנו מבקשים לשמוע את חוות דעתך על העבודה המשותפת, בצוות בו חברה. דרגי בבקשה את תשובותיך על הסולם מ-1 עד 9 לפי הפירוט המצ' לגבי כל תחום המתואר לעיל:

9
8
7
6
5
4
3
2
1

עבודה בשיתוף פעולה הדוק

אדישות, חוסר שיתוף פעולה

עבודה במתח ועויינות

21. אם תחשבי על שיתוף הפעולה השוויוני בצוות בתחום הבריאותי דירוגו יהיה
22. אם תחשבי על שיתוף הפעולה השוויוני בצוות בתחום התפקודי דירוגו יהיה
23. אם תחשבי על שיתוף הפעולה השוויוני בצוות בתחום החברתי
24. אם תחשבי על שיתוף הפעולה השוויוני בצוות בתחום הפסיכולוגי
25. אם תחשבי על שיתוף הפעולה השוויוני בכל התחומים באופן כללי

דרגי בבקשה את תשובותיך על הסולם מ-1 עד 9 לפי הפירוט המצורף לגבי הנוש' הבאים:

9
8
7
6
5
4
3
2
1

טוב מאוד

אדיש

קשה מאוד

26. אם את חושבת על העברת המידע כפי שהיא נעשית בצוות היית אומרת שזה נעשה באופן
27. אם את חושבת על יחסי העבודה בצוות היית אומרת שהם במצב
28. אם את חושבת על האווירה הכללית בצוות היית אומרת שהיא במצב

80 | 2 |

30. שם המראיין: _____ מסי המראיין: _____

שעת סיום: _____

כיכלי וגרפיה

- כלטוד, ל., (1984). הוראת קבע לאחות. קופת-חולים של ההסתדרות, האגף הרפואי, האגף לשירותי עזר בריאותיים, תל-אביב.
- ברודסקי, ג., מ., חביב ג., הרון ת. (1986). ניהול הטיפול בשירותים לקשישים, מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה, יולי 1986, ד-143-86.
- מרגולץ, י., (1984). הליכים ארגוניים. ב: ש. ברגמן וי. מרגולץ (עורכים) הזדקנות וזיקנה בישראל, עם עובד, עמ' 164-199.
- מורגנשטיין, ב., בייץ-מוראי, ש., הרון, ת. (1989) ההפעלה נסיונית של חוק ביטוח סיעוד, המוסד לביטוח לאומי, מפעלים מיוחדים מס. 33, 1989.
- עובדיה, ב., (1988). הכינוס הגרונטולוגי המדעי הארצי השמיני.
- שימוש בשירותי רפואה, 1977. פרסומי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 1980.

Antonovsky, A. (1979). Health, Stress and Coping. San-Francisco: Josey-Bass.

Abdellah, F.G. (1976). "Nurse Practitioners of Nursing Practice." American Journal of Public Health. 66, No. 1, 245-256.

Banta and Fox.(1972). "Role Strains of a Health Care Team in a Poverty Community". Social Science & Medicine. 1972. Vol 6, pp. 696-722.

Ben-Sira, Z. (1984). "Chronic Illness Stress and Coping". Social Science & Medicine. Vol. 18, No. 9, pp. 725-736.

Ben-Sira, Z. (1987). "Social Work in Health Care: Needs, Challenges and Implications for Structuring Practice." Social Work in Health Care. Vol 13, No 1, pp. 79-100.

Bottom, W.D. (1980). "Teaming up in Geriatrics". Geriatrics, October, (106-110).

Bullough, B. (1976). "The Law and the Expanding Nursing Role." American Journal of Public Health, Vol. 66, No. 1, p. 249.

Brewer, C. & Lait, J. (1980). Can Social Work Survive? London: Temple-Smith.

Carlton, T.O. (1984). Clinical Social Work in Health Settings. New York : Springer.

Carrigan, Z.H. (1978). "Social Worker in Medical Settings - Who Defines Us?" Social Work in Health Care, 4, 149-163.

Clare, A. & Corney, R. (eds.) (1982). Social Work and Primary Health Care. Academic Press.

Crosbie, D. (1981). A Role for Anyone?

Dingwall, R. (1982). "Problems of Teamwork." in: Clare, A. & Corney (eds.) Social Work and Primary Health Care. Academic Press.

Estes, R.J. (1984). "Social Workers in Health Care." In: R.J. Estes (ed.) Health Care and Social Services. St. Louis: Green, pp. 3-22.

Falck, H.S. (1984). "Social Work in Health Settings." In: T.O. Carlton (ed.) Clinical Social Work in Health Settings. New York: Springer, pp. 167-175.

Freidson, E. (1970). Professional Dominance. Atherton Press, New York.

Furstenberg, A.L. (1984). "Social Work in Medical Care Settings." In: R.J. Estes (ed.) Health Care and the Social Services. St. Louis: Green, pp. 23-77.

Getzel, G.S. and Mellor, M.J.(eds.) (1985). Gerontological Social Work Practice in the Community. New York: Haworth Press.

Hanlon, J.J. and Pickette, G.E. (1984). Public Health Administration and Practice (87th). Times Mirror / Mosby College Publishing.

Hunt, M. (1979). "Possibilities and Problems of Interdisciplinary Teamwork." In Teamwork: For and Against, E. Mortimer, ed. British Association of Social Publication, London.

Illich, I. (1976). Medical Nemesis. New York: Pantheon Books.

Kane, R.A. (1975). Interprofessional Teamwork Manpower. Monograph number eight.

Kaye, L.W. (1985). Home Care. In: Monk, A. (ed) Handbook of Gerontological Services. Van Nostrand Reinhold Company, N.Y.

Lamberth, H. and Riphagen, F.E. (1975). "Working Together in a Team for Primary Health Care." Journal of the Royal College of General Practitioners, 25. pp. 745-752.

Lister, L. (1980). "Role Expectations of Social Worker and other Health Professionals." Health and Social Work, Vol. 5, No. 2, May 1980.

Lurie A., Rosenberg G., (1984). Social Work Administration in Health Care. The Haworth Press New York.

Marshal, M. et al. (ed) (1979). Teamwork For and Against. BASW Publications.

Miller R.S., & Rehr H., (1983). Social Work Issues in Health

Care. Englewood Cliffs. N.J.: Prentice Hall.

Olsen, K.M. & Olsen, M.E. (1967). "Role Expectations and Perceptions for Social Workers in Medical Settings." Social Work No. 12, July 1967, (70-78).

Peretz, E.A. et al. (1984). "Social Work in Medical Health Settings." In: R.J. Estes (ed) Health Care and the Social Services. St. Louis: Green, pp. 79-163.

Pollin, I.S. & McKinney-Cashiow, M. (1984). "Community Based Social Work with Chronically Ill." In: R.J. Estes (ed.) Health Care and the Social Services. St. Louis: Green, pp. 261-298.

Raw, D.B. (1977). "The Team Approach to Integrated Care of the Elderly." Geriatrics, February 1977, pp. 88-96.

Rosenberg G., Rehr H., (1983). Advancing Social Work Practice in the Health Care Field. New York, Haworth Press.

Rowlings, C. (1981). Social Work with Elderly People. London: George Allen and Unwin.

Schlesinger, E.G. (1985). Health Care and Social Work Practice. Time Mirror/Mosby. College Publishing.

Strauss, A. (1984). Introduction. In: A. Strauss (ed.) Where Medicine Fails (4th ed.) New Brunswick: Transactions 3-9.

Townsend & Thomas (1928).

Westrin, C.G. (1986). Primary Health Care: Co-Operation Between Health and Welfare Personal. Department of Social Medicine. Uppsala, Sweden.

Zuckerman, I.G. (1984). "Pathology Advertizing and Nursing." In: A.L. Strauss (ed.) Where Medicine Fails (4th ed.). New Brunswick: transactions 203-210.

השפעת חוק ביטוח סיעוד על הצוותים הכינמקצועיים

כאמור, חוק ביטוח סיעוד, אשר אושר בכנסת כחוק מסגרת כבר ב-1980, נתן תנופה לשיתוף הפעולה בין עובדים סוציאליים ואחיות המטפלים בזקנים. שיתוף פעולה כזה היה קיים כבר במסגרות ובתוכניות שונות כמספר רב של מקומות בארץ (ועדות אש"ל, ועדות הערכה כינמקצועיות, עובדים סוציאליים במרפאות ואחיות במועדונים חברתיים, התע"ס וההסכס בין משרד הרווחה וקופת חולים הכללית), אך רק עם הפעלת החוק והקמת הועדות המקצועיות המקומיות הפך שיתוף הפעולה לממוסד ומחייב.

בנית תוכנית הטיפול בזקן נעשית, לפי תקנות החוק, בועדה המקצועית המקומית המורכבת ממרכז הועדה שהוא עו"ס בכיר מלשכת הרווחה המקומית, אחות בכירה מקופת חולים הכללית, ופקיד תביעות מהמוסד לביטוח לאומי. במקומות ישוב גדולים, שבהם היקף האוכלוסייה רחב מכדי שהועדה המקומית תכיר ותטפל בכל תובע, נעזרת הועדה בעובדים הסוציאליים מהלשכה המקומית ואחיות המרפאות המטפלים ישירות באוכלוסיית הקשישים. במקומות רבים המטפלים האלה עובדים במתכונת של צוות הנקרא צומ"ת והמעקב במחקר זה נערך על צוותים כאלה, מתוך הכרת החשיבות של השפעת החוק על עבודת האחיות והעובדים הסוציאליים בשדה.

בלווי המחקרי של הניסוי בהפעלת חוק ביטוח סיעוד נמצא כי 96% מתוכניות הטיפול שאושרו בועדות המקומיות זהות לתוכניות שהוגשו למרכזי הועדות ע"י הצוותים של המטפלים הישירים (מורגנשטיין ואחרים 1989; 59). העובדים הסוציאליים חברי הצוותים ציינו את חשיבות השותפות באחריות ובנשיאת נטל העבודה ואת ההקלה של העבודה ביחד. הם גם העידו שהאות תרמה להם בעיקר בשני מישורים:

- א. במתן מידע נוסף בתחומים שונים של חיי הזקן, בהרחיבה בכך את תמונת המצב לצורך בנית תוכנית טיפול כוללנית ומקיפה.
- ב. בעזרה בשטחי פעולה שונים מעבר להפעלת השירותים הרפואיים הכלולים בהגדרת תפקידה (מורגנשטיין ואחרים 1989; 62).

אלא שהמחקר הצביע גם על בעיות המתעוררות תוך כדי העבודה המשותפת ובעיקר על טשטוש הגבולות בין תחומי התפקידים של האחיות ושל העו"ס. הצורך בהדרכה מתאימה וגיבוש הצוותים הצריך בדיקה יסודית של דפוסי העבודה המשותפת של הצוותים על מנת לייעל ולשפר את תהליכי העבודה ובדיקת השפעת החוק על עבודת המטפלים ביחד וכל אחד לחוד.

כשלושה חודשים לאחר הפעלת חוק ביטוח סיעוד נבדקה השפעה ראשונית של החוק על עבודת המטפלים המקצועיים: העובדים הסוציאליים והאחיות נשאלו למידת השפעת החוק על 16 היבטים שונים של עבודתם. בנוסף הם התבקשו לציין את התחומים בהם היתה לחוק השפעה חיובית, את התחומים בהם היתה לחוק השפעה שלילית ולציין את הגורמים לכך. ניתנה להם גם אפשרות להערכות כלליות של השפעת החוק.

לוח מס. 1 מסכם את התפלגות התשובות לפי התחומים והמקצועות. אנו רואים כי עיקר תרומת החוק בעיני המטפלים המקצועיים הישירים היא בהזרמת משאבים למתן שירותים: 66% בקרב האחיות ו-76% בקרב העובדים הסוציאליים הצביעו על השפעה חיובית של החוק ביכולת לספק שירותים בעין לזקן ולמשפחתו. מעל למחצית האחיות והעובדים הסוציאליים מצאו השפעה חיובית של הפעלת החוק על פיתוח שירותי טיפול אישי ועזרה ביתית בקהילה, ועל מימון השירותים לזקנים בטיפול. תחום נוסף שבו תרם החוק הוא בשיפור תהליכי העבודה באירגונים עצמם ובקשרים הבינארגוניים. כמחצית כל העובדים מצביעים על השפעה חיובית על היכולת לתכנן ולבצע שינויים בתוכניות הטיפול לטווח ארוך, וכן על הקשרים עם עובדים מקצועיים בארגונים אחרים.

לעומת ההסכמה בין האחיות והעובדים הסוציאליים בנושאים הנ"ל, נחלקות דעותיהם בנושאים של שיקול דעת מקצועי ועומס עבודה באופן בולט: 50% מקרב האחיות ראו השפעה חיובית של החוק על השימוש בשיקול דעת מקצועי ורק 11% מביניהן מצאו השפעה שלילית, לעומת 38% מהעובדים הסוציאליים שמצאו השפעה חיובית ו-24% שראו השפעה שלילית. לגבי עומס העבודה - 60% מהעובדים הסוציאליים מצאו השפעה שלילית של החוק בתחום זה לעומת 21% בקרב האחיות. שני הנושאים האלה קשורים לדברי העובדים הסוציאליים, זה בזה, כיוון שעם גידול היקף האוכלוסייה בטיפול העוס"ים כתוצאה מהפניה גם של אוכלוסייה קשישה סעודית במצב כלכלי טוב, גדלו העומס והלחץ וקטנה האפשרות להשתמש בשיקול דעת מקצועי. אצל האחיות לא גדל היקף האוכלוסייה המטופלת. עם זאת השנוי בסוג האוכלוסייה שהיא במעמד סוציוכלכלי גבוה יותר צויין ע"י 64% מהעובדים הסוציאליים כהשפעה חיובית של החוק. האחיות ברובן, לא הרגישו בשנוי בסוג האוכלוסייה המטופלת.

לגבי השפעת החוק על נוהלי העבודה בלשכה או במרפאה הדעות מעורבות: מתוך שיחות עם המטפלים עולה כי נוהלי העבודה הפכו להיות נוקשים יותר: יש לעמוד בלוח זמנים במלוי והגשה של הניירת המתאימה - ויש ליצור קשר עם ארגונים שונים בדרכים פורמליות, ואלה מכבידים על המטפלים, ביחוד על העובדים הסוציאליים, שהיו רגילים לנהלי עבודה גמישים ובלתי פורמליים: כסך הכל חלק הארי מבין האחיות (49%) לא מצא השפעה כלשהי של החוק על נהלי העבודה אך בין העובדים הסוציאליים, 43% מצאו השפעה חיובית ואילו 26% אחרים מצאו השפעה שלילית.

הטיפול באוכלוסייה שאינה זכאים לפי חוק סיעוד הוא נושא בעייתי הגורם להשפעה שלילית. בגלל עומס הזמן, אוכלוסייה זו של זקנים תשושים שהיו היעד העיקרי של שירותי הרווחה, נדחית ואינה מקבלת שירותים: 60% מקרב העובדים הסוציאליים הצביעו על בעיה זו בעוד האחיות אינן מצביעות עליה.

לוח מס. 1 - השפעת החוק על תחומי העבודה בעיני האחיות והעובדות הסוציאליות
(באחוזים)

ע ו " ס			א ח י ו ת			ח ת ו מ י ה ע ב ו ד ה
השפעה שלילית	ללא השפעה	השפעה חיובית	השפעה שלילית	ללא השפעה	השפעה חיובית	
16	8	76	17	17	66	1. היכולת לספק שירותים בעין לזקן ולמשפחתו
17	29	54	6	36	58	2. פתוח שירותי טיפול אישי ועזרה ביתית בקהילה
19	21	60	8	37	55	3. אפשרויות מימון של שרותים לזקנים בטיפול
24	37	38	11	40	50	4. השמוש בשיקול דעת מקצועי
6	46	48	3	47	49	5. קיום קשרים תקינים עם עובדים מקצועיים בארגונים אחרים
6	29	58	15	36	47	6. בצוע שינויים בתוכנית הטיפול
29	19	52	11	42	47	7. היכולת לתכנן תוכניות טיפול לטווח ארוך
48	20	31	8	49	43	8. עריכת מעקבים אחרי הזקנים בטיפול
15	44	41	9	48	43	9. הטיפול המקצועי בבעיות הקשורות לקשיש ומשפחתו
60	10	30	21	42	38	10. היקף האוכלוסייה המטופלת ועומס הטיפול
18	48	33	-	65	35	11. פיתוח שירותים אחרים לזקנים בקהילה
6	29	64	-	65	34	12. סוג האוכלוסייה המטופלת, אנשים במעמד אמיד יותר
26	30	43	17	49	34	13. נוהלי עבודה בלשכה או במרפאה
31	23	46	2	68	30	14. הרמת המקצועית של העבודה
46	24	28	29	44	27	15. היכולת להקציב כספים רבים יותר באמצעות המשפחה
40	19	21	17	61	21	16. הטיפול באוכלוסייה שאינה זכאים לפי חוק סיעוד

המטפלים בשני המקצועות חלוקים לגבי ההשפעה חיובית של החוק על הרמה המקצועית של העבודה: לדעת רוב האחיות החוק לא השפיע ואילו בקרב העובדים הסוציאליים 31% מוצאים השפעה שלילית בגלל גידול העומס המונע טיפול אינדיבידואלי יסודי ומקיף בזמן.

לוח מס. 2 מסכם את הגורמים שהביאו להשפעה חיובית של החוק על העבודה עם הזקנים ולוח מס. 3 מסכם את הגורמים שהביאו להשפעה שלילית. העובדה שהחוק הוא אוניברסלי ומגביר בכך את השוויוניות, את המודעות לבעיות הזקנים ואת כבוד המקבלים בזכות ולא בחסד, צויינה על ידי השיעור הגבוה ביותר מבין האחיות כגורם להשפעה חיובית (28%). העובדים הסוציאליים (35% מקרבם) ציינו את העובדה שהחוק הביא ליצירת קשר עם אוכלוסייה שלא היתה מוכרת כמרכיבם העיקרי של החוק שהביא להשפעה חיובית, מרכיבים נוספים של החוק שהביאו לתוצאות חיוביות בעבודה הם הגדלת המשאבים והשירותים (31% מבין העובדים הסוציאליים ו-24% מבין האחיות), ואפשרות בנית תוכנית מקצועית יעילה (11% מבין האחיות ו-12% מבין העובדים הסוציאליים).

לוח מס. 2 - הגורמים שהביאו להשפעה חיובית של חוק ביטוח סיעוד על עבודת

המטפלים המקצועיים הישירים*

תחומי העבודה	אחיות	עוס"יות
--------------	-------	---------

1. הגדלת המודעות לבעיות הקשיש, חוק אוניברסלי, הדגשת האחידות השוויונית, קבלת עזרה בזכות ולא בחסד	28%	21%
2. הגדלת המשאבים והשירותים	24%	31%
3. יצירת קשר עם אוכלוסייה שלא היתה מוכרת	17%	35%
4. מתן שירותים עדיף על מתן כסף	16%	2%
5. תוכנית מקצועית הלימה ומקיפה, אפשרות ביצוע, פיקוח ומעקב אינטנסיביים	11%	12%
6. ירידה בעומס	7%	-
7. שיתוף פעולה בינארגוני חלוקה בנטל העבודה והאחריות	5%	2%
8. פיתוח שירותים	-	3%
9. יותר משאבים לאוכלוסייה לא זכאית	-	5%
10. לא ענו כלל	19%	33%

(* הסיכום אינו מצטבר ל-100% כיוון שאפשר היה להצביע על יותר ממרכיב אחד של העבודה.)

חלק קטן מן העובדים הסוציאליים (9%) חש שעיקר הנטל בעבודה מונח עליהם ללא שיתוף פעולה וללא סמכויות הכרעה.

העובדים הסוציאליים (14%) וגם האחיות (17%) מצביעים על הפגיעה בחלק מהזקנים בקיצוץ או בשלילה המוחלטת בהיקף השירותים כפי שהיה לפני החלת החוק. במקרה הזה הם אינם ערים לעובדה שזו אינה תוצאה של הפעלת החוק אלא תגובה של אירגונים אחרים בקהילה, אשר הפסיקו את מתן שירותיהם.

לוח מס. 3 - הגורמים שהביאו להשפעה שלילית של חוק ביטוח סיעוד על עבודת

המטפלים המקצועיים הישירים*

תחומי העבודה	אחות	עו"ס
--------------	------	------

1. ירידה בטיפול המקצועי של העו"ס, גידול העומס והלחץ והעבודה הפקידותית	-	33%
2. קצוץ בשירותים לחלק מהזקנים בהשוואה למה שקיבלו לפני החוק	17%	14%
3. קשישים הנופלים בין הכסאות, קשישים שאינם זכאים נפגעים	16%	7%
4. פגיעה בעבודת האחות, קצוץ במשאבים והגדלת העומס	10%	-
5. המערכת אינה ערוכה לאספקת שירותים לבקרה מחוסר במטפלים וירידה ברמת הטיפול	9%	2%
6. כפיית מטפלים מסויימים על המשפחות	7%	7%
7. ירידה בטיפול המקצועי של האחות. אחות המרפאה צריכה לבצע את ההערכה	5%	-
8. אטיות בהערכת הזקנים במצב קשה ואספקת השירותים	5%	-
9. אין שיתוף פעולה. זריקת העומס והאחריות על העו"ס	-	9%
10. הוצאת כסף מיותר לתווך ולסוכנות המארגנת, השכר הנמוך של המטפלים מרתיע	2%	3%
11. אבדן הקשר הישיר האישי עם הזקן	3%	-
12. לא ענו כלל	43%	40%

כיוון שהשאלות היו פתוחות והמטפלים הצביעו על הנושאים שעלו בעבודתם, כדאי לשים לב להערות גם אם הצביעו עליהן אחוזים נמוכים. למשל, 7% מהמטפלים המקצועיים הצביעו על תופעה שלילית של כפית מטפלים פרה מקצועיים (מטב"ים) על משפחות שטופלו ע"י מטב"ים אחרים לשביעות רצונן. נקודה נוספת היא הכסף המשולם לתיווך לסוכנויות ולארגונים הפוגעים ברמתם ובנכונותם לעבוד. בשלב עריכת המחקר היתה הפעלת החוק עוד בתחילתה ורק 2% בקרב האחיות ו-3% בקרב העובדים הסוציאליים הצביעו על נקודה זו שהפכה להיות היום אחת הסוגיות העקריות בבקורת על החוק.

לסיכום

מניתוח השאלות הפתוחות נראה שיותר מטפלים יכלו לציין השפעה חיובית של החוק מאשר השפעה שלילית. מלוחות מס' 2 ו-3 אנו רואים כי 81% מקרב האחיות ראו לפחות היבט אחד שהביא להשפעה חיובית של החוק וכמוהן 67% מקרב העובדים הסוציאליים. לעומת זאת 57% בקרב האחיות ראו לפחות היבט אחד שהביא להשפעה שלילית של החוק על עבודתם וכמוהן 60% בקרב העובדים הסוציאליים.

בשלב זה קשה להצביע על מגמה מסויימת בקרב המטפלים המקצועיים כציון גורמים מסויימים כחיוביים או שליליים. מגוון הדעות שהעלו העובדים ואפילו דעות סותרות, כאשר השאלות היו סגורות לעומת השאלות הפתוחות משקף אולי הבדלים אינדיבידואליים בגישות המטפלים המקצועיים. אך יש גם לזכור שנסיון העבודה במסגרת החוק שצברו עד לעריכת המחקר היה קצר ולא מספיק לגבוש דעות מקיפות.

