

מגדר ורגשות בטיפול הסיעודי בזקנים*

חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה"

מאת יפית בלה כהן

הוגש לסנט האוניברסיטה העברית בירושלים

* עבודה זו נעשתה בהנחייתה של פרופסור מימי אייזנשטדט

אוגוסט 2019

שלמי תודה

תודה להוריי היקרים, אברהם ורינה כהן, ובייחוד לאימי, שרק בזכותם דוקטורט זה הושלם - על העידוד, התמיכה, הליווי והאהבה האינסופית לאורך כל הדרך. אין מספיק מילים להביע את אהבתי, הערכתי ותודתי.

תודה למנחה שלי, פרופ' מימי אייזנשטדט, על התמיכה, ההנחיה וההכוונה המקצועית והמסורה.

תודה לחברות הוועדה המלווה של הדוקטורט, פרופ' מיכל קרומר-נבו, פרופ' שרון שויביץ-עזרא וד"ר מיכל אלמוג-בר, על הקריאה הביקורתית והערותיהן המקצועיות והתורמות לאורך הדרך.

תודה לקרן על שם ברכה בן-צבי ולמר גדעון בן-צבי, לקרן הסיעוד של ביטוח לאומי ולאוניברסיטה העברית, על הענקת הפרסים והמלגות ועל התמיכה הנדיבה במחקר.

תודה למרואיינות במחקר זה, מטפלות בזקנים ומנהלות גם יחד, אשר פתחו את ליבן ונתנו בי את אמונן. עבודת הקודש המסורה והיומיומית שאתן עושות היא סמל ומופת לטיפול מיטיב ואיכותי לזקנים בישראל. בלעדיכן לא היה מתאפשר מחקר זה.

תקציר: "מגדר ורגשות בטיפול הסיעודי בזקנים"
Gender and Emotions in in caregiving for the elderly

עבודת הדוקטורט נכתבה על ידי יפית כהן.

בהנחיית: פרופ' מימי אייזנשטדט.

עבודת הדוקטורט מורכבת משלושה מאמרים, 1 פורסם ו-2 נמצאים בשיפוט בכתבי עת:

1. כהן, י. (2019). אינטליגנציה טיפולית: גישה חדשה להבנת הרכיבים של טיפול סיעוד איכותי". (התקבל לפרסום).
2. Cohen, Y. (2019). Multi-layered exclusion and Intersectionality: The Case of Home Paid caregivers in Israel. (In review)
3. כהן, י. (2019). ניהול טיפול סיעודי בעדשה מגדרית. *גרונטולוגיה וגריאטריה, מ"ו* (3), עמ' 57-76. (פורסם).

מבוא: השילוב בין תוחלת החיים העולה, לבין ההתגברות של עקרון ההזדקנות בקהילה (aging in place), מביא לביקוש הולך וגובר לטיפול סיעודי ביתי עבור זקנים. מציאות זו מעלה את הצורך לבחון את מרכיבי ומאפייני הטיפול הסיעודי ואת מבנה העומק שלו. מרכיב מרכזי בטיפול סיעודי הוא ההיבט האנושי שלו, קרי, המטפלות, כמו גם המנהלות שלהן בארגון המעסיק. עבודת הדוקטורט בחנה את חווית המטפלות מהיבטים רגשיים ומגדריים ואת תפיסות המנהלות לגבי המטפלות והעיסוק הטיפולי. המסגרת התיאורטית לעבודת הדוקטורט כללה תיאוריות סוציולוגיות העוסקות ברגשות במקום העבודה, תיאוריות העוסקות במגדר וטיפול ותיאוריות ניהוליות. כל אלו מוסיפים ידע חדש על עולם הטיפול הסיעודי ואתגריו ועל ההיבט האנושי שבו, כלומר, המטפלות והמנהלות המתכללות את הטיפול.

שיטה: במחקר זה נעשה שימוש בשיטת מחקר איכותנית. נערכו שלושים ראיונות עומק חצי-מובנים: עשרים ראיונות עם מטפלות סיעודיות ישראליות, בעלות וותק של לפחות חמש שנים בעבודת הטיפול הסיעודי בזקנים ועשר ראיונות עם מנהלות בארגון סיעוד וותיק בישראל, בעלות וותק של לפחות שנת ניהול אחת. לאחר ביצוע הראיונות, בוצע ניתוח תמתי שלהם.

ממצאים: ממצאי עבודת הדוקטורט מוצגים בשלושה מאמרים. המאמר הראשון חושף את ההיבטים הרגשיים בעולם הטיפול ומצביע על האמביוולנטיות הרגשית הטמונה בעיסוק הטיפולי. מצד אחד, רגשות חיוביים כלפי המטופלים ומצד שני רגשות שליליים כלפי מעטפת הטיפול הכוללת את מעמד הטיפול בחברה. המאמר מציע מושג תיאורטי חדש: "אינטליגנציה טיפולית", המורכבת מהשילוב הייחודי בין אינטליגנציה רגשית לבין אינטליגנציה חברתית. אינטליגנציה

ההכרחית לקיומו של טיפול סיעודי איכותי. המאמר אף חושף את אסטרטגיות ההתמודדות של המטפלות בהתמודדות עם מגוון הרגשות העולים במעשה הטיפול.

המאמר השני דן בהיבטים המגדריים בעולם הטיפול ובמעמד המטפלות כנגזרת של הצטלבות מיקומי השוליים של המטפלות. המאמר חושף כי המטפלות תופסות את העיסוק הטיפולי כנשי בעיקרו וכמתאים יותר לנשים. הממצאים מעלים כי ההצטלבות בין המעמד הנחות של העיסוק הטיפולי, לבין המגדר, מהווים מכפיל נחיתות. המטפלות תיארו הדרה רב שכבתית: הדרה על רקע מגדרי, הדרה תוך מגדרית והדרה של טיפול בזקנים בתוך מקצועות הטיפול. המאמר אף חושף את אסטרטגיות ההתמודדות של המטפלות בהתמודדות עם המעמד הנחות של הטיפול, אסטרטגיות הכוללות בידול ממטפלות אחרות, הענקת משמעות רבה למערכות היחסים עם המטופלים והסתרת העיסוק מהסביבה.

המאמר השלישי דן בתפיסות של מעסיקי המטפלות ומראה כי המנהלות מבטאות סגנון ניהול משימתי לעומת סגנון ניהול מכוון אנשים, למרות שהארגון הוא ארגון מכוון אנשים. בסגנון ניהולן בא לידי ביטוי עיוורון מגדרי דו-שכבתי, הן כלפי המשאבים הנשיים שלהן עצמן כמנהלות והן כלפי המשאבים הנשיים של המטפלות והן אינן מכירות במשאבים אלו כבעלי ערך. מציאות זו מדירה את המאפיינים והיכולות הנשיות שנמצאו כמקדמות טיפול איכותי.

דיון: הממצאים ממאמרי עבודת הדוקטורט מדגישים את חשיבות חקירת עולם הטיפול הסיעודי ואת חווית המטפלת הסיעודית. חקירת הרגשות של המטפלת, מעניקה לגיטימציה לשיח על רגשות והבעת רגשות על ידי המטפלות ומנכיחה את הרגשות כמרכיב משמעותי בטיפול. טביעת מושג תאורטי חדש: "אינטליגנציה טיפולית", לצד מושגים תאורטיים מוכרים כגון: "עבודת רגשות", "כלכלת רגשות", "אתיקה של אהבה", "אתיקה של דאגה" ו"הזהב החדש", תורמת להבנת מרכיבי הטיפול הסיעודי האיכותי ומאפשרת פיתוח הכשרת מטפלות שנותנת מקום להיבטים רגשיים בעבודת הטיפול. הממצאים גם תורמים להבנת ההיבטים המגדריים של עבודת הטיפול והשפעתם על מעמד העיסוק הטיפולי והבנת האסטרטגיות בהן נוקטות המטפלות על מנת להתמודד עם היבטים אלו. תפיסות המנהלות לגבי הטיפול נמצאו כמעצבות את חווית המטפלת ולכן המנהלות מהוות אוכלוסיית יעד בפני עצמה, אותה יש לטפח ולהדריך כיצד להעצים את המשאבים הנשיים של עצמן ושל המטפלות. כל אלו מספקים תמונה כוללת על מרכיבי ואתגרי הטיפול הסיעודי ועל הנתבים לשפר את איכותו.

מכתב תרומה בדבר פרקי הדוקטורט

אני מצהירה בזאת, כי אני, יפית כהן, ת"ז 052821311, הינה הכותבת היחידה והבלעדית של שלושת המאמרים המוצגים במחקר זה:

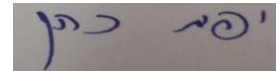
1. כהן, י. (2019). אינטליגנציה טיפולית: גישה חדשה להבנת הרכיבים של טיפול סיעוד איכותי". (התקבל לפרסום)

2. Cohen, Y. (2019). Multi-layered exclusion and Intersectionality: The Case of Home Paid caregivers in Israel. (In review)

3. כהן, י. (2019). ניהול טיפול סיעודי בעדשה מגדרית. גרונטולוגיה וגריאטריה, מו (3), עמ' 57-76. (פורסם)

כתיבת כל חלקי המאמרים, הכוללים סקירת ספרות, איסוף נתונים, ניתוח נתונים, הצגת הממצאים והדיון, נכתבו ובוצעו על ידי.

על החתום,



תוכן עניינים

1-27	.....	פרק 1 : מבוא.....
28-58	.....	פרק 2 : אינטליגנציה טיפולית : גישה חדשה להבנת הרכיבים של טיפול סיעוד איכותי... ..
		פרק 3 : Multi-layered exclusion and Intersectionality: The Case of Home Paid caregivers in Israel..... 59-85
86-107	.....	פרק 4 : ניהול טיפול סיעודי בעדשה מגדרית.....
108-117	.....	פרק 5 : דיון וסיכום.....
118	.....	נספחים.....

מבוא

עבודת הדוקטורט עוסקת בהיבטים המגדריים, הרגשיים והניהוליים של עבודת המטפלות הסיעודיות הישראליות. מטפלות אלה, המועסקות על ידי ארגון סיעוד גדול וותיק בישראל, מספקות טיפול סיעודי לזקנים בביתם במסגרת חוק סיעוד. היבטים אלו טרם נחקרו במידה מספקת בספרות התאורטית והמחקרית העוסקת בטיפול ביתי.

בישראל חיים כיום כמיליון איש בני 65 ויותר (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה [הלמ"ס], 2018). אחת התמורות הצפויות מגידול האוכלוסייה בשנים הבאות היא המשך הזדקנות האוכלוסייה, כלומר עלייה בחלקם של בני 65 ויותר באוכלוסייה (מ-6.11% בשנת 2017 ל-15.3% בשנת 2065) ועלייה בחלקם של בני 80 ויותר באוכלוסייה (מ-2.9% בשנת 2017 ל-6.0% בשנת 2065) (הלמ"ס, 2018).

כ-97.7% מן הזקנים בישראל חיים בקהילה (ברודסקי, שנור ובאר, 2018) וכ-87% מן הזקנים הנזקקים לטיפול סיעודי, חיים גם הם בקהילה (הרן-רוזן, כהן קובץ' ורמות ניסקה, 2018). חוק הסיעוד, (התשמ"ו-1986), חוק מתקדם וחלוצי, מאפשר לזקנים להישאר בביתם ולקבל בו סיוע על ידי מטפלות סיעודיות, על פי העיקרון של הזדקנות במקום (aging in place). כיום חיים בישראל 210,000 זכאים לחוק סיעוד המקבלים טיפול ביתי מכ-82,699 מטפלים ומטפלות ישראליות (75,261 נשים ו-7,438 גברים) (אסיסקוביץ, 2019) וכ-57,201 עובדות ועובדים זרים (רשות האוכלוסין וההגירה, 2019). נשים מהוות כ-91% מכלל המטפלים, כמחציתן בנות 50 ויותר וכשליש מהן בנות 60 ויותר. כ-40% מן המטפלות הישראליות הן עולות מברית המועצות שהגיעו לישראל מאז שנות התשעים ואילך וכמחציתן העניקו טיפול לזכאי אחד (אסיסקוביץ, 2019; חסון ודגן-בוזגלו, 2019). יותר ממחצית מהמטפלות עבדו 80 שעות בחודש, מכאן שהעבודה בתחום זה היא חלקית, אולי בגלל הקושי הפיזי והגיל הגבוה של רבות מהמטפלות (אסיסקוביץ, 2019). 93.2% (77,100) הועסקו בדצמבר 2017 על ידי חברת סיעוד אחת ו-6.8% (5,599) הועסקו בשתי חברות או יותר (אסיסקוביץ, 2019).

שירותי הטיפול הביתי מסופקים לזקנים זכאי חוק סיעוד (להלן, זקנים סיעודיים) באמצעות 116 חברות סיעוד ועמותות שזכו במכרזים של המוסד לביטוח לאומי (חסון ודגן-בוזגלו, 2019). מכרזי הסיעוד הביתי ותנאי ההעסקה והתגמול הנגזרים מהם, יצרו מחסור מתמיד במטפלות ישראליות וקושי של החברות המעסיקות אותן לספק מענה לצורכי הזקנים הסיעודיים. כל אלו מהווים היבט מרכזי בתפיסת "הגירעון הטיפולי" (חסון ודגן-בוזגלו, 2019). תפיסת הגירעון הטיפולי מצביעה על ירידה בהיצע המטפלות הפורמליות בשוק העבודה, על צמצום היכולת להישען על טיפול בלתי פורמלי של בני משפחה, בשל מגמות של עיור ויציאת נשים לשוק העבודה, וכן על מערכת טיפול פורמלי המתאפיינת בקצבאות סיעוד נמוכות, בסל שירותים מצומצם ובהישענות על כוח עבודה זול ובלתי מקצועי, כל זאת על אף העלייה בתוחלת החיים ובשיעור האוכלוסייה המבוגרת (חסון ודגן-בוזגלו, 2019).

בינואר 2018 יצאה לדרכה בישראל "רפורמת הסיעוד" אשר הגדילה במידה ניכרת את היקף שעות הטיפול המאושרות לזקן, בעיקר ברמות התלות הגבוהות. במסגרת רפורמת הסיעוד, ניתנת לזקנים האפשרות לבחור גמלה כספית או גמלת שירותים בעין. עם זאת, הרפורמה לא מספקת מענה לתנאי העבודה הבעייתיים של המטפלות הכוללים העסקה שעתית, חוסר יציבות תעסוקתית, חוסר תגמול על זמן מעבר ממטופל למטופל, חוסר אפשרויות קידום ושכר מינימום.

לפיכך, נראה כי כבר בשנים הקרובות ייווצר משבר טיפולי אקוטי (חסון ודגן-בוזגלו, 2019). מציאות זו מדגישה את הצורך החיוני בהבנת מהותו של הטיפול הסיעודי ובבחינת מבנה העומק שלו, כדי לאתר דרכים להגדיל את אוכלוסיית המטפלות ולזהות את מרכיבי האיכות של הטיפול הסיעודי. מכיוון שהמטפלות הן ליבת הטיפול הסיעודי, דרכן ובאמצעותן ניתן לאתר מרכיבים אלה. לשם כך יש לחקור את חוויותיהן, את רגשותיהן ואת מעמדן של מי שמעניקות טיפול זה – הנשים המטפלות. תוצאות בחינה זאת יאפשרו פיתוח תשתיות ראויות לקיום טיפול איכותי באמצעות פיתוח ההון האנושי הטיפולי.

מהות הטיפול הסיעודי היא מתן מענים מספקים לצרכים הפיזיים, המנטליים, הרגשיים והחברתיים של המטופל שהוא מתקשה למלא בכוחות עצמו. לטיפול הסיעודי היבטים רבים. לרוב, בחינת עבודת הטיפול מתמקדת בהיבטים הטכניים והפורמליים של הטיפול, הנראים לעין בפעילות ובהתנהגות של המטפלת. אך שורשי פעילות הטיפול נעוצים בעמדות, בתובנות, בתחושות וברגשות של המטפלת ואלה סמויים מן העין. הטיפול הסיעודי נעשה, רובו ככולו, על ידי נשים ונתפס כפעילות נשית במהותה. פעילות הטיפול עצמה נובעת מן התפיסות, מן הרגשות ומן התחושות של המטפלת. לשם כך נחקרו במחקר זה ההיבטים המגדריים והרגשיים של נותנת הטיפול, ונבחנו התפיסות של מעסיקי המטפלות בנוגע לעבודתן.

המחקרים, שנמצאו בספרות התאורטית בנושא מטפלות סיעודיות בישראל, עוסקים בשתי אוכלוסיות: מטפלות ישראליות ומהגרות עבודה מארצות שונות. המחקרים על אודות מטפלות ישראליות עסקו בעיקר באפיונים סוציו-דמוגרפיים של המטפלות, בתפיסת התפקיד ובדפוסי עבודה (כורזים, גורן ונירן, 2002); בקשר שבין שביעות הרצון של המטפלות מן התפקיד ומן העיסוק לבין תנאי השכר שלהן (שמיד ובורובסקי, 2000); כאהן-סטרבצינסקי וכורזים, 1996); בהערכת מטפלות הבית מהיבטים של תיאור התפקיד וניתוח המניעים לעבודה (שמיד וסבג, 1991); בהערכת תוכניות הכשרה למטפלות (כאהן-סטרבצינסקי וכורזים, 1995); בכלים לניבוי הצלחה של מטפלת בעבודה (יפה, 1993); בגורמים לשחיקה של מטפלות הבית (שחם, קושניר ובכנר, 2011); בגורמים להישארות מטפלות בעבודה לאחר גיל פרישה (דורון ופוליאקוב, 2016); חוויית המטפלת הסיעודית המועסקת במלכ"ר (כהן, 2012) ובחסמים לטיפול בזקנים (שנאן-אלטמן, סוסקולני ואיילון, 2018). המחקרים על מהגרות עבודה בישראל ויחסיהן עם מטופליהן כוללים, בין השאר, את עבודותיה של איילון (Ayalon, 2009; Ayalon & Ascenazi, 2016) שבחנו את מערכות היחסים בין מהגרות עבודה למעסיקהן ואת עבודתה של פורת (2017) שבחנה את מערכות היחסים בין מהגרות עבודה ובין מטופליהן בהיבטים משפטיים.

סקירת המחקרים הקיימים בתחום בישראל מצביעה על חסר תאורטי במיוחד בזיהוי הרכיבים הסמויים של עבודת הטיפול. טרם נחקרו ההיבטים המגדריים והרגשיים בעבודת המטפלות הישראליות, וטרם נחקרו תפיסות מעסיקי המטפלות בנוגע למטפלות ולעבודת הטיפול הסיעודי. החומר על היבטים אלה דל הן תאורטית והן מחקרית. כמו כן, מרבית המחקרים בתחום הטיפול הביתי בישראל עוסקים במהגרות עבודה ולא במטפלות ישראליות (פורת, 2017; איילון, 2009), אף על פי שאלו מהוות את מרבית כוח העבודה המספק טיפול ביתי.

מבחינת מחקרים בעולם בנושא היבטים מגדריים ורגשיים של נשים מטפלות, עולה שהמחקרים הקיימים עסקו בעיקר בחוויות העבודה של אחיות וצוותים רפואיים בבתי חולים/מוסדות ופחות במטפלות בית. כך למשל מחקר שעסק באסטרטגיות של אחיות להתמודדות עם לחץ ושחיקה (Delgado, Upton, Ransie, Furness & Foster, 2017). מחקרים

אלו מצאו כי פיתוח חוסן בקרב אחיות עשוי להוות גורם מגן מפני לחץ ושחיקה וכי כאשר נוקטים בהתערבויות שמטרתן לחזק את החוסן של האחיות, זה עשוי להפחית את ההשפעה השלילית של הלחצים במקום העבודה אך מחקרים אלו לא עסקו בעבודת הרגשות הכרוכה בעבודתן של האחיות ולא התמקדו בטיפול בזקנים (Delgado, Upton, Ransie, Furness & Foster, 2017).

מחקר אחר ערך סקירה שיטתית של 13 מחקרים איכותניים שנערכו בין השנים 1979-2014 בנושא עבודת הרגשות של צוותים רפואיים (רופאים, אחיות, כח עזר, סטודנטים לרפואה) המעניקים טיפול בבתי חולים או מוסדות סיעודיים (Riley & Weiss, 2015). מחקר זה מצא כי המחקרים מצאו ארבע תמות עיקריות: 1. היבטים מגדריים של עבודת רגשות (נמצא כי לנשים יש יותר לגיטימציה להבעת רגשות מאשר גברים ואחיות נתפסות כ'מטפלות טבעיות' יותר מאשר אחים גברים). 2. כיצד העובדים מתמודדים עם רגשות קשים בעבודה (למשל על ידי התעלמות מהיבטים פסיכולוגיים בעולמם של המטופלים או דיכוי של רגשות שליליים או שימוש בהומור). 3. חשיבות מקורות תמיכה ארגוניים לעבודת רגשות (אחיות אשר לא קיבלו תמיכה רגשית מהמנהלים שלהן, חשו בלתי נתמכות). 4. צרכי הדרכה ותמיכה לאנשי מקצוע בתחום תמיכה רגשית. סקירה זו מדגישה את החשיבות של ההכרה וההערכה לעבודת רגשות והצורך במתן תמיכה לעובדים להתמודד עם הרגשות המגוונים העולים במהלך עבודתם (Riley & Weiss, 2015). כאמור, מחקרים אלו לא עסקו במטפלות בית המעניקות טיפול סיעודי-ביתי, וגם לא באופן ייעודי בעבודת רגשות המאפיינת טיפול בזקנים, או פירוט סוגי הרגשות הנחווים במהלך עבודת הרגשות. המחקרים שנערכו בעולם על מהגרות עבודה המטפלות בעיקר בזקנים, התמקדו בהיבטים סביבתיים של עבודתן כגון איך לשפר את בריאותן בעבודה (Vainello, 2019). במחקרים שעסקו בטיפול ביתי (Stacy, 2011), דובר לרוב על תנאי ההעסקה של המטפלות והקשיים הפיזיים שהן חוות בעבודה, אך אין פירוט של סוגי הרגשות הנחווים בעבודת הטיפול ואין פירוט של אסטרטגיות ההתמודדות של המטפלות עם רגשות אלו.

מכאן מסתמן שקיים חסר בספרות המחקרית העולמית העוסקת בטיפול הסיעודי, בזיהוי הרכיבים הסמויים של עבודת הטיפול ובמעבר מהבנת רכיבי הטיפול הסיעודי להמשגה תיאורטית הממחישה את מרכיבי הטיפול האיכותי.

לכן, לשם הבנת רכיבי הטיפול הסיעודי, חשוב לחקור היבטים אלו ולהכיר אותם דרך עיניהן של מי שמעניקות אותן, הנשים המטפלות. הכרה, זיהוי וחקר של רגשות המטפלות יאפשרו שרטוט מפת פעילות להתייחסות לרגשות אלה ובכך עשויים להעלות את רמת הרווחה הנפשית (well-being) של המטפלות. עבודה בנושא תביא לסימון דרכים להעלאת איכות הטיפול הסיעודי. המטפלות הן הגורם המרכזי והחיוני במתן השירות הסיעודי. לתפיסתן העצמית של המטפלות ובה המגדר שלהן, מקום ומשמעות עמוקים בעיצוב חוויית הטיפול וההתנהגות הטיפולית. כמו כן, היבטים רגשיים בעבודה הם מאפיינים מרכזיים בטיפול אנושי בין-אישי בכלל, אך הם טרם נחקרו בהקשר של הטיפול הסיעודי ושל המטפלות הסיעודיות. על כן, ראוי וחשוב לחקור את עולמן הרגשי והמגדרי של הנשים המטפלות ולזהות סוגיות ונושאים רגשיים ומגדריים המשפיעים עליהן. נוסף על כך, ההיבטים הניהוליים בעבודת המטפלות משפיעים על חוויית העבודה שלהן, ובישראל נושא זה לא נחקר כלל.

ממחקרים שנעשו בישראל, עלה כי לרוב המטפלות מאפיינים סוציו-דמוגרפיים דומים מבחינת גיל, השכלה ומעמד סוציו-אקונומי. בעיסוקן, המטפלות סובלות מנחיתות תעסוקתית,

המתבטאת בתנאי שכר ירודים, בחוסר יציבות תעסוקתית ובדימוי ציבורי נמוך (חסון ודגן-בוזגלו, 2019; שחם ואחי', 2011; פורת, 2017), אך מה שמותיר אותן בעבודתן על אף תנאי ההעסקה הירודים, הן המשמעות ותחושת הסיפוק שהן מוצאות בעבודה (כהן, 2012; דורון ופוליאקוב, 2016). עוד נמצא כי מהגרות העבודה חשופות לניצול בשל עבודתן בביתו של המטופל, בספרה הפרטית המזמינה מצבים אינטימיים, ובשל זרותן ועמדתן הנחותה (פורת, 2017; אלבין, 2016). פורת (2017) מצאה כי מתכונת ההעסקה של מהגרות העבודה בישראל, המתבססת על הגיון ניאו ליברלי, מחלישה את העובדות באמצעות מערכת חוקים מחריגים, כגון חוסר תשלום על שעות נוספות, מחלישה את המטופלים הזקנים באמצעות סבסוד מצומצם של גמלת הסיעוד ובאמצעות מיעוט אלטרנטיבות טיפוליות ומחלישה את איכות עבודת הטיפול ככזו שאינה דורשת הכשרה ומזכה בשכר נמוך. דורון ופוליאקוב (2016) מצאו כי מסע גיבוש הזהות המקצועית של המטפלות הישראליות מתחיל מנקודת מוצא תעסוקתית ותדמיתית נמוכה מאוד, אך הן מצליחות למצוא משמעות לעיסוקן ולראות את הצדדים החיוביים והמתגמלים בעבודתן. ממצאים אלו דומים לאלו שמצאה כהן (2012) במחקרה, על פיהם המטפלות מגשרות על הפער בין תפיסתן החיובית את עצמן כמטפלות לבין הדימוי הציבורי השלילי של העיסוק הטיפולי באמצעות נרטיב של: "אני לא כמו כל המטפלות". נרטיב שמבדל אותן מן המטפלות האחרות ומאפשר להן להמשיך להישאר בעיסוק במשך שנים.

כל אלו מלמדים על עיסוק רב פנים ומורכב בעל מבנה עומק עשיר ומגוון, שרובו סמוי ואף אינו ידוע. מכאן עולה הצורך להעמיק את ההבנה של חווית העבודה של המטפלות על היבטיה השונים. כל זאת כדי להבין את מהות הטיפול הסיעודי לעומקו ואת חווית העבודה של המטפלות הסיעודית המופקדת עליו. הבנה זו תאפשר לפעול לעיצוב חווית טיפול טובה שתהווה תשתית למתן טיפול סיעודי איכותי.

מסגרת תאורטית

הרקע התאורטי למחקר הוא תאוריות סוציולוגיות פמיניסטיות העוסקות ברגשות בעולם העבודה (Emotion work), תאוריות פמיניסטיות העוסקות במגדר וטיפול (Care) ותאוריות ניהוליות, אשר התפתחו בשלושת העשורים האחרונים ומקבלות ייצוג בזרמים פמיניסטיים שונים. עיקרי תאוריות אלו ייסקרו בקצרה להלן.

סוציולוגיה של רגשות בעבודה

התפתחותה של הסוציולוגיה של הרגשות קשורה קשר הדוק למוקד המחקר הסוציולוגי המכוון למיקום תופעות חברתיות בהקשר מבני, תרבותי וזהותי/פעולתי (agency). בתוך תאוריות אלו מסתמנות כמה תאוריות מרכזיות מבחינת השפעתן על הבנת מקומם ומשמעותם של רגשות בעולם העבודה, כדוגמת התאוריות של הוכשילד, גולמן, אילוז, בנימין וסער.

להבנת רגשות בהקשר של מקום העבודה נודעת חשיבות רבה מכיוון שרגשות משפיעים במידה רבה על חווית העבודה ועל איכות החיים בעבודה (Fisher, Minbasian, Beckmann, & Wood, 2013). התנסויות רגשיות בעבודה מצטברות יחד לכדי השפעה על הרווחה המנטלית (being well) של העובד (Fisher et al., 2013). עוד נמצא כי האירועים המשפיעים ביותר מבחינה רגשית על עובדים קשורים לאינטראקציות שלהם עם אנשים אחרים (וסרמן וטנא-גזית, 2016).

הדיון ברגשות מן הזווית הסוציולוגית מסב את תשומת ליבנו לאופני ההבניה החברתית של רגשות. הנחת היסוד של גישה זו היא שלכל חברה יש תרבות רגשית הכוללת מערך של עמדות, של רגשות ושל תגובות רגשיות הולמות למגוון מצבים, אשר נלמד בתהליכי חברות והתבוננות באנשים אחרים (Stets & Turner, 2014).

הוכשילד (Hochschild, 1983), סוציולוגית פמיניסטית מבין המשפיעות ביותר בעשורים האחרונים, פיתחה את תאוריית "עבודת רגשות" (Emotion work). במסגרת תאוריה זו, היא מצביעה על כך שרוב מקומות העבודה דורשים מן העובדים תשומות רגשיות ופיתוח מערכות יחסים עם בני אדם. רגשות אלו הם חברתיים ומתפתחים בכל תרבות באופן אחר. כל תרבות מספקת אב-טיפוס של רגשות מקובלים לאותה תרבות ובהתאם לכך מכוונת את אופני ההכרה ברגשות. הוכשילד טבעה את המושג 'חוקי רגש', שהם תוצר תרבותי ולפיו אנו מנהלים את רגשותינו ומסיקים בנוגע להתאמה בין רגש לסיטואציה והקשר. ההבניה החברתית והתרבותית של רגשות מתקיימת גם במקומות עבודה.

על פי הוכשילד (Hochschild, 1983), הסוציולוגיה של הרגשות מצויה עמוק בלב המבנה החברתי ולכן עבודת רגשות, מסייעת להאיר את ה"פציעה הנסתרת", הנגרמת בכל המערכות והמבנים החברתיים וכוללת סקסזים, גזענות וקפיטליזם. הוכשילד בדקה את הקשר בין מגדר, רגשות ומעמד וכיצד אנשים ממגדר וממעמד שונה, חווים רגשות. העבודה הרגשית הנדרשת מנשים, דורשת מהן, על פי 'חוקי הרגש' הקיימים, להפעיל או להדחיק רגש רצוי כדי ליצור רושם מסוים אצל האחר. הוכשילד אינה מתייחסת לכל סוגי הרגש הקיימים במקצועות הטיפול והשירות, אלא בעיקר למקרים שבהם מתקיים ניצול של השכבה הנמוכה בחברה על ידי השכבה הגבוהה. בהקשר זה טבעה הוכשילד את המושג "עבודת הלב המנוהל", רגשות שהעובדים בעבודות שירות מצופים על ידי המעסיקים שלהם והלקוחות שלהם, להביע ולחוש. לטענתה, בכל עיסוק ישנם חוקי רגש או כללי הפגנת רגשות – סטנדרטים להפגנת רגשות שמצופה מן העובד להרגיש באופן ישיר או עקיף כמו חמלה, סבלנות ועוד. חוקי הרגש עלולים להביא למסחור ולהחפצה של רגשות. הוכשילד מגדירה את רגשות האהבה והדאגה שנשים מביעות כלפי מטופליהן במקצועות הטיפול והשירות, בתור ה"זהב החדש" ומעבירה ביקורת על מסחור רגשות אלו (שם).

חקר עולם הרגשות, קיבל תנופה נוספת עם עבודתו של גולמן (1995; 2007) ופיתוח תאוריית האינטליגנציה הרגשית ובהמשך האינטליגנציה החברתית. שני מושגים אלו תורמים רבות להבנת מהות הרגשות, תפקידם ותפקודם, גם בעולם העבודה. על פי גולמן אינטליגנציה רגשית היא יכולת או מיומנות של אדם לזהות, להעריך ולנהל את רגשותיו ולהתייחס לרגשות הזולת (גולמן, 1995). אינטליגנציה רגשית כוללת ארבעה מרכיבים (גולמן, 1995, עמ' 205-208):

- א. מודעות עצמית הכוללת: מודעות עצמית רגשית, הערכה עצמית מדויקת, ביטחון עצמי.
- ב. ניהול עצמי הכולל: שליטה עצמית, שקיפות, כושר הסתגלות, הישגיות, יזמה ואופטימיות.
- ג. מודעות חברתית הכולל: אמפתיה, מודעות ארגונית, שירות.
- ד. ניהול מערכות יחסים הכולל: השראה, השפעה, פיתוח אנשים אחרים, זרזי שינוי, ניהול חיכוכים, עבודת צוות ושיתוף פעולה.

בהמשך פיתח גולמן (2007) את המושג אינטליגנציה חברתית – המדע החדש של יחסי אנוש - שבאמצעותו הוא מאפיין ומנתח מערכות יחסים חברתיות. גולמן מציע לארגן את רכיבי האינטליגנציה החברתית בשתי קטגוריות רחבות: מודעות חברתית – מה שאנחנו חשים אצל

אחרים, ומיומנות חברתית - מה שאנחנו עושים במודעות הזאת. קטגוריות אלה כוללות ארבעה מרכיבים: (1) מודעות חברתית – אמפתיה ראשונית, (2) קשב (תשומת לב מלאה, פתיחות לזולת), (3) דייקנות אמפתית (הבנת מחשבותיו של הזולת, רגשותיו וכוונותיו), (4) תפיסה חברתית (הידיעה איך פועל העולם החברתי). מיומנות חברתית כוללת ארבעה מרכיבים: (1) סנכרון (אינטראקציה חלקה ברמה הבלתי מילולית), (2) יצירת רושם, (3) השפעה, (4) אכפתיות. מאחר וקונספט האינטליגנציה הרגשית והחברתית עוצב בספרות, נהוג לזהות, לבחון ולאפיין רגשות בתוך הממדים והמאפיינים אשר עוצבו במקור על ידי גולמן (1995). אינטליגנציה רגשית וחברתית הן חיוניות לפרט בארגון ולארגון עצמו. היא תורמת לעבודה מוצלחת בדרכים רבות: רמת המודעות של הפרט עולה, הוא מצליח לזהות, להבין ולנהל את הרגשות שלו ושל אחרים והקשרים שלו עם אחרים משתפרים. על אף שלשתי האינטליגנציות אלמנטים משותפים כגון מודעות חברתית, באינטליגנציה הרגשית יש דגש על רגשות ובאינטליגנציה החברתית הדגש הוא על יחסים, כאשר אינטליגנציה חברתית היא פיתוח של חלק היחסים המופיע גם באינטליגנציה רגשית.

סער (2007) מכנה את עבודת הרגש "אתיקה של אהבה". אתיקה זו כוללת ראייה רומנטית של חווית העבודה ומתוכה קיום של יחסי חליפין רגשיים הכוללים השקעה רגשית רבה, אשר יש לה היבטים חיוביים כגון תחושת ערך ומשמעות המתווספת לחוויית העבודה, אך גם היבטים שליליים כגון נטייה של העובדת להתנדב למלא מטלות מעבר לנדרש, היעדר קידום וחוזי העסקה גרועים. כל אלה מתקיימים בעבודתן של נשים מעוטות הכנסה בישראל ובכלל זה גם מטפלות בזקנים.

אילו (Illouz, 2007; 2017) מחזקת את טענותיהן של הוכשילד וסער בדבר היותם של רגשות עניין תרבותי, הן בספרה הציבורית, כמו מקום העבודה והן בספירה הפרטית, כמו המשפחה. לטענתה, יחסים כלכליים הפכו רגשיים, בעוד מערכות יחסים קרובות ואינטימיות הפכו יותר ויותר מוגדרות על ידי מודלים כלכליים ופוליטיים. אילו כינתה את התהליך הדואלי שבאמצעותו מערכות יחסים רגשיות וכלכליות מגדירות ומעצבות זו את זו כ"קפיטליזם רגשי". בתהליך זה התפתחה מודעות גבוהה מאוד לרגשות ומיומנות רגשית הפכה למצרך מבוקש בעולם העסקי. לא רק העובדים הם יעד לדרישה הרגשית, גם ממנהלים נדרשת מיומנות רגשית גבוהה ומצפים מהם לפתח מודעות לרגשות העובדים.

גם בנימין (Benjamin, 2016) אשר חקרה את מיקור החוץ של מקצועות הטיפול והשירות בישראל, קושרת את טיעוניה לתחום הסוציולוגיה של הרגשות ומתארת דרך ראיונות עם מטפלות את הפוליטיקה הרגשית הכרוכה בתהליך הדה-פרופסיונליזציה שאליו נדחפות עובדות במקצועות השירות והטיפול. בנימין מעלה את השאלות כיצד המטפלות מתמודדות עם הרגשות השליליים הכרוכים באי-ביטחון תעסוקתי, איך הן שומרות על הערכתן העצמית ואיך הן מתרצות לעצמן את עבודתן למרות היחס המבטל והמבזה אליהן. בנימין מתייחסת לפן עיקרי במקצועות השירות והטיפול – הדרישה למסירות, לאכפתיות, לנתינה ולקשר אנושי – וטוענת כי מיקור החוץ גורם לאובדן ההכרה המקצועית, לאובדן התגמולים ולאובדן הייצוג (Benjamin, 2016).

בהקשר של טיפול ביתי, המבוסס על פיתוח מערכת יחסים עם המטופל, ניתן לומר כי העיסוק במהותו הוא עיסוק המעורר רגשות. בייחוד כשמדובר בטיפול באנשים זקנים אשר לעיתים תלויים בסביבתם לצורך תפקוד יום-יומי.

דיון ברגשות העשויים להתעורר בטיפול, מחייב התייחסות למושג "אתיקה של טיפול". מושג זה מהווה בסיס לתפיסה של מה ראוי ומה מקובל במסגרת הטיפול. הוא כולל את מערכת היחסים בין המטפלת למטופלים, את היחס שהמטופל זכאי לו ואת היחס שהמטפלת זכאית לו. הוא מוגדר כאוסף של כישורים, מיומנויות ותפקידים שבאמצעותם נוצר ומשתמר קשר מתמשך עם אחרים משמעותיים (Walker, 1995). טבעו המיוחד של טיפול קשור למימד הקרבה בקשר ולכן גם נתפס לאורך השנים כקשור לספרה הפרטית. קיטאי ועמיתיה (Kittay, Jennings & Wasunna, 2005) מציעות בהקשר למהגרות עבודה, אתיקה גלובלית חדשה שיש לאמץ בהתייחס לטיפול ארוך טווח. הן גורסות כי אתיקה של טיפול אמורה לכוון לעבר טיפול במטפל ולכלול הדדיות והתייחסות תומכת של המטופל ובני משפחתו.

בנושא זה ראוי לציין את התאוריה שפיתחה נודינגס (Noddings, 2012) בנוגע לטיפול ואתיקה, תאוריה המוכרת כ"אתיקה של דאגה". נודינגס פיתחה תאוריה אתית המבוססת על גיבוש יחסי דאגה ואכפתיות אשר הציגה את החשיבות בהקשבה ותגובה לזולת. התאוריה שמה דגש על הערכים נדיבות, עזרה, שאיפה כנה לרווחת הזולת, טיפול, טיפוח קשרי זיקה וקבלת האחר. נודינגס הציגה שלוש דרישות העומדות בבסיס האכפתיות: (1) אימוץ גישה פתוחה, לא שיפוטית, ממוקדת ומתעניינת באמת ובתמים באדם השני; (2) התקה הנעתית (הנעה לעבר הצרכים של האדם השני); (3) פעולה למילוי הצורך והרצון של האדם האחר. מרכיבים אלו רלוונטיים גם לעולם הטיפול הסיעודי, שבו המטפלות מצופות לחוש דאגה ואכפתיות כלפי מטופליהן וזאת על ידי הקשבה ומתן מענה לצורכיהם.

לסיכום, התאוריות השונות בתחום רגשות בעבודה מדגישות, כל אחת בדרכה, את חשיבותם ומשמעותם של רגשות בעבודה בכלל ובעבודה שירותית המקיימת יחסים בין נותן השירות למקבל השירות, בפרט. בעבודת הטיפול הסיעודי יש לרגשות מקום והשפעה מרביים על טיב הטיפול ואיכותו. משום כך, חקירתם והבנתם חיונית. חמשת מושגי המפתח: "עבודת רגשות", "כלכלת רגשות", "אתיקה של אהבה", "אתיקה של דאגה" ו"הזהב החדש", הם הבסיס להבנת ההיבטים הרגשיים בעולם הטיפול הסיעודי. לצד היבטים אלו, יש חשיבות לחקירת ההיבטים המגדריים בעבודת הטיפול, אשר מרבית מבצעותיה, הן נשים.

מגדר וטיפול

תאוריות הדנות בטיפול (care) בהקשר של מגדר מצביעות על הבדלים באופן שבו נשים מטפלות בזקנים לעומת האופן שבו גברים מטפלים. בהקשר של טיפול בלתי פורמלי במשפחה, נמצא כי בנות מעניקות יותר טיפול להוריהן מבנים, ושהורים עם בנים צפויים לקבל טיפול פורמלי בשיעור של 34% יותר מהורים עם בנות (Jakobsson, Kotsadam, Syse & Øien, 2016). עוד נמצא כי נשים משקיעות בטיפול יותר שעות, מעניקות טיפול ישיר ומעורבות ביותר משימות טיפוליות מגברים (Calasanti & Bowen, 2006). סגנון הטיפול שמעניקים גברים לזקנים נמצא יותר אינסטרומנטלי, בעוד נשים משקיעות יותר אנרגיה רגשית בטיפול ובפיתוח מערכות יחסים (Carroll & Campbell, 2008). באשר לטיפול פורמלי, הפמיניזציה של העיסוק בטיפול והעובדה שמרבית העוסקות בו הן נשים, נעוצה בסוציאליזציה של נשים לתפקידים טיפוליים (Aronson,)

1992). מציאות זו מציבה את עבודת הטיפול כשייכת לשוק העבודה השניוני, והיא נחשבת עבודה "נשית" שכביכול אין צורך בהכשרה כדי לבצע אותה מאחר שהיא נתפסת כעבודה ה"נלמדת באופן טבעי" ובאה מן הלב (פורת, 2017). נשים מצופות להמשיך את תפקידיהן המסורתיות בבית, גם בספרה הציבורית ובמקומות העבודה שלהן. נשים אף מייחסות משמעות רגשית לטיפול וזאת מאחר שהן הפנימו את הציפייה החברתית מהן לטפל ולדאוג קודם כל לאחרים, הפנמה שהיא יסוד מרכזי בהבנת זהותן הנשית (Paun, 2003; Gilligan, 1993).

השילוב בין פרמטרים כמו מגדר, מוצא, עיסוק ועוד, יוצרים מצב של שוליות מרובה אשר יש לו השלכות רבות. בהקשר זה פותחה תאוריית הצטלבות מיקומי שוליים.

תאוריית הצטלבות מיקומי שוליים (intersectionality), פותחה על ידי קרנשו (Crenshaw, 1989) אשר עיצבה מסגרת אנליטית המנסה לזהות כיצד מערכות שליטה משולבות משפיעות על הנמצאים בשולי החברה. בתחילה שימשה התאוריה לחקירת הצטלבות מיקומי שוליים בקרב נשים שאינן לבנות, אך בהמשך שימשה לבחינה כוללת של הצטלבויות אלו בקרב נשים בכלל (Cooper, 2016). קרנשו אתגרה את התפיסה הרווחת על פיה קטגוריות כמו מגדר וגזע הן קטגוריות נפרדות לניתוח, ותיארה את החוויות של נשים שאינן לבנות בתור חוויה רב-ממדית. לטענתה, חוויות השוליות המרובה גדולה מסך חלקיה, כגון גזענות או סקסיזם, וכל ניתוח שאינו מביא בחשבון את הצטלבויות מיקומי השוליים אינו מספק הבנה מלאה של משמעות מרכיבי המציאות של נשים מוחלשות (Cooper, 2016). קרנשו טענה כי חוויותיה של אישה שאינה לבנה, אשר קיימות בהצטלבות של מגדר וגזע, יכולות להיות מובנות אך ורק כאשר חוקרים את הקשר שבין שתי הזהויות – הזוהות השחורה וזהותה כאישה. לא ניתן להתייחס לזהויות אלו באופן נפרד זו מזו, משום שהן קשורות זו בזו ולרוב מזינות זו את זו.

קרנשו (Crenshaw, 1991) הרחיבה בהמשך את התאוריה שלה, ובחנה את הצטלבויות מיקומי השוליים לאור המבנה החברתי והקשרים של זהות, מאבקי תרבות וזהויות פוליטיות. היא זיהתה שלושה היבטים של הצטלבות מיקומי השוליים: שוליות מובנית בחברה, שוליות פוליטית ושוליות ייצוגית. היא הבהירה כי שוליות מרובה לא אמורה להילקח כתאוריה כללית על זהויות, אלא כמביאה בחשבון מגוון זהויות בהתחשב במבנה של העולם החברתי. ככזו, התאוריה מתאימה לא רק לנשים שאינן לבנות אלא גם לנשים לבנות. קרנשו הבחינה בין הצטלבות מיקומי שוליים מובנת ובין הצטלבות מיקומי שוליים פוליטית. הצטלבות מיקומי שוליים מובנת מתייחסת להתכנסות של גזע, מגדר והמעמד השולט, שבהם התערבויות המכוונות להתמודד רק עם גזענות או רק עם עוני, אינן מספיקות כדי לסייע לנשים שאינן לבנות להתמודד עם הצטלבות של שלושת מעגלי הכוח הללו. למשל, בהתמודדות עם אלימות של בן הזוג בתוך המשפחה, התערבויות עם נשים שאין להן רקע זהה של גזע או מעמד יהיו שונות מהתערבויות בקרב נשים שמתמודדות עם מכשולים של גזע ומעמד. לעומת זאת, הצטלבות מיקומי שוליים פוליטית מדגישה כי נשים שאינן לבנות ממוקמות לפחות בתוך שתי קבוצות שסובלות לעיתים קרובות מרדיפות על רקע קונפליקטים פוליטיים.

המושג הצטלבויות החל לבלוט בשנות התשעים של המאה העשרים, בעיקר בשל עבודתה של הסוציולוגית פטרישה היל קולינס (Collins, 2015). קולינס, שפיתחה את התאוריה של קרנשו, עברה להשתמש במושג שטבעה קרנשו על פי אידאולוגיית הפמיניזם השחור, והרחיבה את החלתו של המושג לכלל הנשים. בדומה לקרנשו, טענה קולינס כי תבניות דיכוי תרבותיות, מלבד

היותן קשורות זו בזו, מושפעות ממערכות הצטלבותיות בחברה כגון גזע, מגדר, מעמד ואתניות. קולינס תיארה זאת כמבנים חברתיים משולבים הנסמכים על אופנים שונים של אפליה המייצרים מצבים של אי-צדק.

תאוריה זו זכתה לביקורות מגוונות כאשר המרכזיות שבהן נוגעות לחוסר יכולתה של התאוריה להביא בחשבון את כל מגוון הרכיבים של הזהות כגון לאום, דת וגיל. עם זאת, לא ניתן להכחיש את החשיבות הפוליטית של פרדיגמה שמנכחה את התהליך האינטראקטיבי של מצבי שוליים (Cooper, 2016).

הצטלבויות מיקומי שוליים היא תאוריה ופרקטיקה שהפכה למרכזית בשיח הצדק החברתי בעשור השני של המאה ה-21, וכיום ישנה הסכמה רחבה בנוגע למשמעות של ההצטלבויות במרחבים השונים לפועלים במסגרתם.

תאוריה זו רלוונטית לנושא המטפלות, מאחר ורוב המטפלות הן נשים ממעמד סוציו-אקונומי בינוני-נמוך, העוסקות בעיסוק ממעמד נמוך שהוא טיפול בזקנים, שנחשבים אף הם לאוכלוסייה מוחלשת בחברה ומתוגמלות בשכר נמוך. לכן מתקיימות אצלן מספר הצטלבויות מיקומי שוליים. בהקשר זה חשוב לבחון את התהליך הייחודי של מגדור עבודת הטיפול.

מגדור עבודת הטיפול

סוגיית תנאי העסקה של נשים היא ביסודה סוגיה מגדרית, מאחר שבשוק העבודה מתקיימים הסדרים המביאים נשים לבחור בעבודות המאופיינות בשכר נמוך ובתנאי העסקה המשקפים פרקטיקה מוסדית אלימה כלפי נשים עובדות (בנימין, 2011).

עבודת הטיפול מוכרת זה מכבר בתור עבודה נשית, המתוגמלת בשכר נמוך ואף לא מוערכת (Kaine & Ravenswoos, 2014; Palmer & Eveline, 2012; דגן-בוזגלו וחסון, 2011, חסון ודגן-בוזגלו, 2019). עבודת הטיפול הביתי מזוהה ונחשבת לעבודה "שקופה", ובהגדרתה היא עבודה בלתי מוכרת ומתוגמלת כלכלית ברמה נמוכה (חסון ודגן-בוזגלו, 2019).

חוקרות פמיניסטיות שעסקו בעבודת הטיפול מצביעות על הפער שבין חיוניות המטפלות לחברה ולכלכלה לבין הערך הנמוך המיוחס לעבודתן. לעבודת הטיפול ערך כלכלי רב לחברה מאחר שהיא תומכת ומאפשרת פעילות יצרנית ויש לה השפעה מכרעת על בריאותה, על חינוכה ועל רווחתה של כלל האוכלוסייה (Albelda, Mignon, & Folbre, 2009).

הסבר אחד להמעטה בחשיבות של עבודת הטיפול נובע מהיותה מזוהה עם תכונות "נשיות". ראייה זו של עבודת הטיפול נעוצה בתפיסה דיכוטומית בין מאפייני עולם השוק והרווח (ספרה גברית) לבין מאפייני עולם הטיפול והיחסים החברתיים (ספרה נשית).

ארנרייך והוכשילד (2006) מדגישות כי ערכן הנמוך של עבודת הטיפול ושל עבודות שירות אחרות, אינו נעוץ בביקוש נמוך ולא בקלות או בפשטות הביצוע, אלא בפוליטיקה תרבותית וחברתית של אי-שוויון. ערכה הנמוך של עבודת הטיפול מקבע במקום נמוך את הסטטוס של הנשים העוסקות בו, ובסופו של דבר, של הנשים כולן. נשים נוטות להתרכז ב"מקצועות הסיוע", שבהם הן יכולות להרחיב את תפקידי הטיפול והטיפול שלהן. הטיפול הסיעודי שואב את מושגיו מן הספרה הפרטית של אהבה, אינטימיות, חברות ומשפחה, ובאופן מסורתי הוענק על ידי נשות המשפחה (פורת, 2017). גיליגן (Gilligan, 1982) ציינה כי האישה מגדירה את עצמה בהקשר של יחסי אנוש ומערכות יחסים ואף שופטת את עצמה על פי יכולתה לדאוג ולטפל באחר. ישנם כמה

מאפיינים משותפים לעבודת נשים: היא משחררת גברים מן הצורך לעסוק בעבודה זו, וכן מעצבת את המושגים הגבריים לצורות מנהליות של שליטה. ככל שנשים מבצעות עבודה קונקרטית ביתר הצלחה, כך הולכת עבודתן ונעלמת מעיני הגברים. הגברים מסתכלים על עבודת נשים כעל עבודה טבעית שמקורה באינסטינקטים או ברגש המתבצעת באהבה (Harding, 2007).

תופעות אלו הביאו לתופעה המכונה בספרות התאורטית: "מגדור" (Acker, 1990). המושג 'מגדור' מתייחס לפעולות מכוונות של אנשים שהתוצאה שלהן היא שתחום פעילות הופך לינשי או ליגברי. על פי תפיסה זו, שום תחום אינו גברי או נשי כשלעצמו או מטבעו, אלא בני אדם, מכוח תפיסותיהם הערכיות והסדר שהם מכתיבים, גורמים לפעולה או לתחום להפוך לינשי או ליגברי. אקר (Acker, 1990) הגדירה את המושג 'מגדור' כמכלול של חמישה תהליכים מוסדיים ארגוניים המשלבים יחד יתרונות, זכויות יתר, ניצול, שליטה, קיפוח, פעולה ורגש, משמעות וזהות, והמשעתיקים בארגונים את ההיררכיה המגדרית בין גברים לנשים ובין הגברי לנשי. בהקשר של מקצועות הטיפול, המגדור נראה קטגוריה אנליטית פורייה. כך, למשל, הרחיבו פינדלי ועמיתיה (Findlay, Findlay & Stewart, 2009) בהקשר זה את משמעויותיו של מגדור הטיפול, וקשרו את המושג לנטייתם של ארגונים, ובמיוחד ממסדים המסדירים שירותים חברתיים, להבין את עבודת הטיפול כפועל יוצא "טבעי" של נשיות נורמטיבית. כמו נסי פולברה (Folbre, 2006) לפנייה, התמקדו חוקרות אלה במאבק על שינוי הגישה של הממסד כלפי עבודת הטיפול של נשים לקראת מעבר מתפיסת הטיפול כעיסוק הבא מ"אהבה", אל תפיסת הטיפול כמיומנות המתפתחת לאורך זמן, הדורשת הכשרות מקצועיות, תהליכי עיבוד רפלקסיביים של התנסויות עם מקבלי השירות, ובמיוחד זמן עבודה המאפשר בניית יחסים משמעותיים עימם. היכולת לספק טיפול נתפסת בתור יכולת נשית אינטואיטיבית טבעית ("Doing Gender") ולא בתור מקצוע שנבנה על בסיס ניסיון נרכש, ידע והתמחות מקצועית מתמשכת (Benjamin, 2016). ניתן לומר כי נשים העוסקות במתן טיפול סיעודי סובלות מ"הדרה משולשת", באשר הן גם נשים, אוכלוסייה מוחלשת בחברה פטריארכלית, גם מטפלות באוכלוסייה מוחלשת בפני עצמה, קרי, הזקנים הסיעודיים וגם משתייכות לעולם העובדים המשתכרים שכר מינימום. היבטים מגדריים אלה באים לידי ביטוי גם בעולם העבודה ובכל השכבות בארגון, כפי שעולה ממחקר זה וכפי שיפורט להלן.

ניחול בהיבט מגדרי

בעשורים האחרונים חלו שינויים ניכרים בשוק העבודה העולמי. שינויים אלו כוללים מגמות של גלובליזציה, גמישות ופמיניזציה של שוק העבודה, שהביאה לפתיחת אפשרויות חדשות לתעסוקה לנשים (Rubery, 2015).

גם בישראל חלו שינויים בשוק העבודה. אחד מהם הוא עלייה עקבית במספרן של נשים עובדות בכלל ובמספרן של נשים מנהלות בפרט. אך עדיין מספר המנהלות בישראל הוא נמוך לעומת מספר הגברים, וחלקן של המנהלות מכלל המנהלים בישראל עמד בשנת 2018 על 34% בלבד (הלמ"ס, 2018). במקביל, יותר משליש מן הנשים בישראל מועסקות במשלחי יד "נשיים מסורתיים" (מטפלות, אחיות, מורות ופקידות), וברוב מוחלט מאותם מקצועות הן תופסות נתח של יותר מ-80% (הלמ"ס, 2018).

נשים בשוק העבודה עדיין מוצאות את עצמן כיום בעולם ממוגדר, המתנהל על פי תפיסות גבריות ועל פי אמות מידה גבריות. בלב ליבו של העולם הממוגדר הזה נשמרת ההבניה המוכרת של האישה העובדת כ"מפרנסת שנייה", שבו לנשים יש סיכוי גבוה יותר להיות מובטלות או מועסקות בתצורות עבודה פגיעות יותר (Kühn, Milasi, Horne & Yoon, 2018). מציאות זו מקשה על נשים להשתלב בעמדות בכירות בשוק העבודה ולאמץ סגנונות ניהול "נשיים".

ניהול נשי (Feminine style of management) הוא שם כולל לדפוס ניהול השונה מדפוס הניהול הגברי, והמשתמש ב"תכונות נשיות" מובהקות. למרות שמו, הוא אינו מאפיין רק מנהלות נשים, אלא מאפיין שיטת ניהול. יש מנהלים גברים המנהלים בדפוסי ניהול נשי ולהיפך, מנהלות המאמצות דפוסי ניהול גבריים. ניהול נשי מאופיין באינטליגנציה רגשית גבוהה, באסטרטגיות של שיתופיות, במכוונות כלפי אנשים, באכפתיות, דאגה וחמלה וביכולת לבצע מספר רב של משימות במקביל (נרדי, 2007).

בין סגנונות הניהול הכלליים ניתן למנות ניהול מוכוון אנשים ויחסים לעומת ניהול מוכוון משימה. ניהול מוכוון אנשים ויחסים מאופיין בהתנהגויות כגון מתן תמיכה לעובדים, הכרה בעובדים והעצמתם ומתן דגש לפיתוח עובדים (Yukl, 2012). לעומת זאת, ניהול מוכוון משימה מאופיין בהתנהגויות כגון דגש על תכנון, פתרון בעיות ומעקב אחר ביצועי העובדים (Yukl, 2012).

חקר ארגונים בהקשר המגדרי החל בסוף שנות השישים ובשנות השבעים המוקדמות, בעקבות ביקורות של חוקרות פמיניסטיות על התעלמות מחשיבות חקירת ההיבטים המגדריים בארגונים (Acker, 2012). עקב כך, בעשורים האחרונים התגברה התפיסה כי ארגונים מהווים זירה מרכזית לייצור ולשכפול מגדר ותהליכי מגדור ובכך מעצבים את החוויות, את ההזדמנויות ואת הזהויות של נשים וגברים. כזירה מרכזית, ארגונים הם אף המנגנונים לחולל את השינויים הדרושים לקידום נשים ולשיפור מעמדן.

מקצועות הטיפול מאופיינים בכמה מנגנונים הגורמים לפגיעה במעמדו ולכן ניתן לומר שארגוני הטיפול המעסיקים את המטפלות, הם הזירה המשפיעה על מעמדן ועל טיב עיסוקן ואיכותו. משום כך, לחקר ארגוני העסקה של נשים מטפלות יש חשיבות רבה.

נשים מטפלות בעולם – מעמד, העסקה ומאפיינים

אוכלוסיית הנשים המטפלות נידונה בספרות המקצועית בהקשר הרחב של טיפול בית (במובן של Home-Care), המתייחס לשירותים המסופקים בבית וכולל טיפול רפואי, טיפול סיעודי וטיפול סוציאלי (Nelson, 2015). שירות זה אינו מסופק רק לזקנים, אך הם הצרכנים העיקריים שלו. המטפלים הביתיים נמצאים בתחתית הסולם ההיררכי מבין נותני השירותים הפרה-פרופסיונליים – פיזיותרפיסטים, אחים ועובדים סוציאליים. יש לציין ששירותים שהוגדרו בעבר כפרה-פרופסיונליים מוגדרים כיום כפרופסיונליים ויש לשים לב לכיוון זה גם בהקשר של טיפול ביתי. טיפול ביתי ניתן לרוב על ידי אחיות או מטפלים ביתיים פורמליים ובעיקר על ידי מטפלות נשים שלא מוגדרות מטפלות בדרך פורמלית. למעשה, מטפלים בלתי פורמליים הם אלה שמספקים את עיקר הטיפול הביתי. על פי ההערכה, רק חמישית מכלל הטיפול הביתי ניתן על ידי מטפלים פורמליים בתשלום, אשר רובם נשים (Stacey, 2011).

הספרות התאורטית על טיפול בלתי פורמלי בתוך המשפחה מצביעה על יתרונות וחסרונות בהענקת טיפול, הן בעבור המטפלות והן בעבור המטופלים. היתרונות נוגעים לתחושת

מטרה ומשמעות בחיים ומילוי מחויבויות ותפקידים מסורתיים במשפחה. החסרונות נוגעים לתחושת לחץ ודיכאון, חוסר שליטה והוצאות כלכליות מרובות (Schatz & Seeley, 2015). בהקשר של טיפול פורמלי, מחקרים מצביעים על מגמות דומות מבחינת אפיוני המטפלות ותנאי העסקתן: מרבית העוסקים בטיפול ביתי הן נשים (90%), נתון אופייני לעיסוק עם דימוי נשי ובעל היבטים טיפוליים (Stacey, 2011). חלק גדול מן המטפלות הן בנות מיעוטים, גילן הממוצע נע בין 39-55, מחציתן אלמנות או גרושות ולרובן השכלה של עד 12 שנות לימוד. עיסוקה של המטפלת מאופיין בכישורים נמוכים, בשכר נמוך, בסטטוס נמוך, בהכשרה מועטה ובבידוד מהנחיה, מפיקוח ומהדרכה יום-יומיים (Stacey, 2011). מאפיין נוסף העשוי להקשות על המטפלת בעבודתה הוא אופי העבודה אשר מושתת על פיתוח מערכת יחסים עם המטופל. על פי קנטור (Cantor, 1991) ופורת (2017) היחסים בין המטפלת למטופל מאופיינים בתלות הדדית. מצב התלות ההדדית בין המטפלת למטופל עשוי להביא לשתי תוצאות: הראשונה היא שזקנים חולים לא יתלוננו על שירות שאינו משביע רצון מתוך פחד ותלות במטפלת, והשנייה היא שהעובדת מחויבת להיענות לדרישות המטופל, גם אם הן אינן סבירות. עוצמת התלות משתנה ממקרה למקרה אך היא קיימת תמיד (Cantor, 1991). על אף התלות, מערכת יחסים בין המטפלת למטופל היא קריטית להשגת טיפול ביתי איכותי, ולעיתים קרובות מתפתחת מערכת יחסים קרובה בין המטפלת למטופל. ספקי שירות, צרכנים ומחוקקים הדגישו את החשיבות של ההתאמה בין המטופל למטפל. כמו כן, המטופלים ציינו כי הם מעדיפים לקבל טיפול מעובדת שאיתה יש להם יחסים טובים (Eustis & Fischer, 1991). מאפייניהם של מטפלות בישראל דומים בחלקם לאלו של מטפלות בעולם ובחלקם שונים מהם, כפי שיפורט להלן.

מטפלות סיעודיות בישראל – הגדרה ומאפייני העבודה

תפקידה של המטפלת הסיעודית הוא תפקיד מפתח בביצוע חוק הסיעוד הלכה למעשה. מתכונת הפעלת חוק הסיעוד יצרה ענף תעסוקה חדש בשוק העבודה בישראל. בענף זה המוסד לביטוח לאומי מממן את השירות, אך אינו מעסיק את המטפלות ישירות, ורוכש שירותים מגופים פרטיים וציבוריים (Cohen, Benish, & Shamriz-Ilouz, 2016). חוק הסיעוד מספק עבודה ל-82,699 מטפלות ישראליות שזהו מקור מחייתן (אסיסקוביץ, 2019). המוסד לביטוח לאומי הגדיר את תפקידה של המטפלת הסיעודית: "מתן שירותי טיפול אישי הכוללים סיוע לזקן בלבישה, אכילה, רחצה, טיפול במצבי אי-שליטה, נידודת בבית ומחוצה לו, השגחה למניעת סכנה לזקן ו/או לאחרים בסביבתו. בנוסף, עזרה בניהול משק הבית, הכוללת ניקיון הבית וסידורו: סידור הבית, טאטוא, ניגוב אבק, שטיפת רצפות, בישול, כביסה קלה, גיהוץ, קניות וסידורים מחוץ לבית" (תדריך הביטוח הלאומי, 2007, עמ' 6-7). בישראל, בדומה לעולם כולו, כמעט כל המטפלות הסיעודיות הן נשים (92%). לצד הדמיון לשאר המטפלות בעולם, המטפלות בישראל שונות בכך שהן אינן מחויבות לעבור הכשרה פורמלית טרם תחילת העבודה (שחם ואח', 2011). לדוגמה, בארצות הברית, ביפן ובטייוואן, המטפלות מחויבות לעבור הכשרה מעשית טרם כניסתן לעבודה. נמצא כי מטפלות שעברו קורסי הכשרה מייחסות לעיסוק סטטוס גבוה יותר ממטפלות אשר לא עברו קורסי הכשרה (כורזים ואח', 2002).

המטפלות בישראל סובלות מתנאי העסקה ירודים הכוללים שכר מינימום, פגיעה בשכר מפגיעה בזכויות מצטברות (דגן-בוזגלו וחסון, 2011; בנימין, 2015). נוסף לכך, בישראל, שכר המטפלות אינו מביא בחשבון הבדלים במצב המטופלים. טיפול בזקנים במצב פיזי ונפשי קשה מתוגמל תגמול זהה לטיפול בזקנים במצב טוב יותר. הדבר יוצר תחושת חוסר הוגנות בקרב המטפלות ומרחיק מטפלות מן הנזקקים ביותר (חסון ודגן-בוזגלו, 2019). כמו כן בחלק מן המקרים המטפלות נדרשות לעסוק בעבודות ניקיון הבית, אף על פי שהדבר אינו חלק מהגדרת תפקידן (דגן-בוזגלו וחסון, 2011). המטפלות סובלות מצמצום משרות הנובע מן הצורך לבזבז זמן על מעבר ממטופל למטופל, מהיעדר הכשרה מקצועית הבולמת אפשרויות להתקדם, מאי-ביטחון תעסוקתי וקושי לתכנן עתיד כלכלי ומקושי בהתאגדות ובהסדרת תנאי העבודה בהסכם קיבוצי בשל יחידות התארגנות קטנות ומשינויים תכופים בזהות המעסיק (בנימין, 2015).

כאמור, בישראל נערכו מחקרים בודדים על אודות חוויית העבודה של מטפלות סיעודיות ישראליות (כהן, 2012; דורון ופוליאקוב, 2016). במחקרה של כהן נמצא כי מערכות היחסים של המטפלות עם המטופלים ועם אנשי הארגון, הן המשמעותיות ביותר והמשפיעות ביותר על חוויית העבודה. כלומר, המוטיב המרכזי המעצב את חוויית הטיפול הוא מוטיב היחסים הבין-אישיים (כהן, 2012). עוד נמצא כי מה שמאפשר למטפלות להמשיך לעבוד גם אחרי גיל הפרישה הוא נתינת משמעות לעבודתן וראיית ההיבטים החיוביים והמתגמלים בעבודת הטיפול (דורון ופוליאקוב, 2016). ממצאים אלו, לצד טענותיהן של ארנרייך והוכשילד (2006) בדבר אי-השוויון הנעוץ בעיסוק הטיפולי, וכן תפיסתם של בנימין וחסון ודגן-בוזגלו (Benjamin, 2016; חסון ודגן-בוזגלו, 2019) את סוגיית תנאי העסקתן של נשים במקצועות הטיפול, מדגישים את חשיבות חקירת ההיבטים הרגשיים, המגדריים והארגוניים בעבודת הטיפול.

הצדקת המחקר

הצדקת המחקר נובעת משילוב של שלושה גורמים אשר מאפיינים את המציאות המשתנה:

1. עלייה בדרישה לקבלת טיפול סיעודי הקשורה לעלייה התלולה והמתמשכת במספר הזקנים. מציאות זו מציבה בפני החברה והגופים המטפלים בזקנים, שורה של אתגרים וסוגיות חברתיות הקשורות לצורכי אוכלוסיית הזקנים, למענים הדרושים ולסימון האחראים להם. עלייה במספר הזקנים הזקוקים לשירותי סיעוד, מצדיקה בחינה של המעשה הטיפולי לעומקו וזיהוי הרכיבים החיוניים להבטחת טיפול סיעודי איכותי.
2. בשל העלייה בתוחלת החיים חלה גם עלייה במגוון הצרכים של הזקנים, והמטפלות נדרשות להתאים עצמן לצרכים משתנים אלו. לכן, יש חשיבות נוספת להבנת חוויית העבודה של המטפלות והאתגרים שעימם הן מתמודדות.
3. ההבנה כי המטפלות הן הגורם העיקרי שבאמצעותו מסופק הטיפול הסיעודי ועל כן, יש לחקור ולזהות את עמדותיהן ורגשותיהן בטיפול ואף את תפיסות מעסיקהן. תפיסות שנמצאו משפיעות על המטפלות ועל חוויית העבודה שלהן.

רציונל המחקר

1. מאחר שהמטפלות הן המעניקות את הטיפול הסיעודי, יש לתת את הדעת על המתרחש בקרבן ובתוכן (פורת ויקוביץ, 2010). לרוב, הנשים המטפלות נתפסות בתור אמצעי

למימוש ולקיום הפעילות שלה זקוק סובייקט אחר (בנג'מין, 2005). במקרה זה, הסובייקט הוא מקבל השירות הסיעודי. אך גם המטפלות הן סובייקטים כשלעצמן והן פועלות מתוך עולמן הרגשי, האישי והתפקידי שבו הן מצויות. עולם זה הוא הקובע במידה רבה את טיב הטיפול שמעניקה המטפלת למטופל.

2. השאיפה לקיום טיפול סיעודי איכותי מחייבת הבנה של הגורמים והרכיבים של טיפול זה, ומכאן נחיצות חקירתם לעומק. עליית המודעות לנושאי מגדר ובהם ליכולות ולכישורים מגדריים נשיים, הביאה לחשיבות הבנת יחסי הגומלין בין מגדר לרגשות בכלל ולהבנת השפעת קשר זה על טיב ההתנהגות הטיפולית ועל איכות הטיפול הסיעודי. נוסף על כך, לא ניתן להבין את התנסויותיהן או את חוויותיהן של נשים מבלי לבחון אותן בתוך ההקשר החברתי של יחסי אי-שוויון בין המינים (הקר, לביא-אגיא וקרומר-נבו, 2014). לכן המחקר שאף לחשוף ולזהות את ההיבטים המגדריים בעבודת המטפלת.
3. מאחר שהסביבה הניהולית של המטפלות משפיעה אף היא על עיצוב חוויית העבודה שלהן, חשוב לזהות את תפיסות מעסיקהן, הן בנוגע למטפלות והן בנוגע לעיסוק הטיפולי עצמו.

מטרת המחקר

מטרת המחקר היא לחשוף את ההיבטים המגדריים, הרגשיים והניהוליים בעולם העבודה של נשים מטפלות סיעודיות, ובכך להנכיח את המטפלות הסיעודיות כסובייקט שלם לעצמן, להביא את נקודת מבטן על השירות הסיעודי ועל תפקידיהן בו, וכן להבין את ההתמודדויות הרגשיות הכרוכות בעבודה זו. המחקר אף יזהה את התפיסות של מנהלות מארגון לשירותי סיעוד בנוגע למטפלות ולעבודת הטיפול הסיעודי. מחקר המתמקד בהיבטים הסמויים בעבודת הטיפול – היבטים מגדריים ורגשיים – עשוי לתרום להנכחת ההיבט הרגשי והמגדרי בשירות הטיפולי-סיעודי, שבמהותו הוא שירות הנשען על יחסים בין-אישיים לצד מתן שירות מקצועי.

מתודולוגיה

שאלות המחקר

אלו רגשות מעורר הטיפול הסייעודי אצל המטפלת הסייעודית?
כיצד באים לידי ביטוי היבטים מגדריים בעבודת הטיפול הסייעודי?
מהן תפיסות המנהלות בנוגע להיבטים הרגשיים והמגדריים בעבודת הטיפול?

מערך המחקר

במחקר זה נעשה שימוש בשיטת המחקר האיכותנית, זאת כדי לבחון לעומק את ההיבטים המגדריים והרגשיים בטיפול הסייעודי ולהבין את אופיים ומשמעותם. המחקר האיכותני עוסק בחקר האדם, החברה והתרבות באמצעות פירוש המבנים המבטאים אותם (קסן וקרומר-נבו, 2010). הנחת היסוד של הפרדיגמה האיכותנית היא שהמציאות החברתית היא תוצר של תהליכים פרשניים, המושפעים ממבנים חברתיים כגון מגדר, מעמד, שפה ומבנה תרבותי וממבנה אישי ואישיותי (קסן וקרומר-נבו, 2010). ההנחות בדבר אופייה הפרשני של המציאות קובעות את ההיגיון הלוגי והאינדוקטיבי של המחקר האיכותני. במחקר זה שיטת המחקר האיכותנית נראית השיטה האולטימטיבית והמתאימה ביותר, משום שהיא משתמשת בכלי בעל מאפיינים מגדריים נשיים כמו: הקשבה, הכלה, אמפתיה, מתן מקום לאישי ולסובייקטיבי, החוקר ובוחר היבטים מגדריים ורגשיים של התנהגות ופעילות.

שקדי (2004) מצא כי התפקיד העיקרי של המחקר האיכותני הוא לעזור לאנשים לספר את סיפורם ולהיות מודעים לסיפורים שלהם, באשר סיפורים ומילים הם סימן ההיכר של החקר האיכותני. אחת מהנחות היסוד של מחקר זה היא שלעולם יש אופי הבנייתי ושאינן אמת או מציאות אחת. אנשים עסוקים בפירוש ובמתן משמעות למציאות, אשר מורכבת ממנעד של קולות. הנחת היסוד השנייה קשורה לנושא של שוני: יש שוני עצום בין בני אדם וצריך להכיר בו ולתת מקום לפירוש שכל אדם נותן למציאות. מה שמוביל להנחות היסוד שלהלן: (1) מתן קול למי שלא נשמע בדרך כלל ומחויבות לפרטים השוליים לכאורה; (2) אי-קיומן של קטגוריות סגורות ורגישות להבנות ולפירושים נוספים או אחרים; (3) אין אובייקטיביות, החוקר הוא כלי בתוך המחקר, אך החוקר גם משפיע הן בבחירת הנושא, הן בדרך הפירוש של התוצאות והן בבחירת שיטת המחקר. נוסף על כך, לחוקר יש עניין בתהליך והוא מעוניין בו ולא דווקא בתוצאה (בן-יהושע, 1990; שקדי, 2004). הסיפור האישי הוא תמיד גם סיפור קולקטיבי, המספק נקודת מוצא לקישור בין האישי לפוליטי ומוביל למודעות ביקורתית ולפעולה חברתית (Ledwith, 2005). המחקר האיכותני דורש גמישות מן החוקר שאומנם מגיע לשטח עם ידע ו/או תאוריות מסוימות, אך גם עם פתיחות לקלוט דברים אחרים. שקדי (2004) ציין כי המחקר האיכותני הוא ניסיון לבחון את התופעה בשלמותה ולא לחלק אותה לחלקים, ולתת חשיבות לבדיקת ההקשר שבו התפתחה התופעה. במחקר איכותני החוקר רוצה להבין את הדברים מנקודת המבט של האנשים שאותם הוא חוקר (בן-יהושע, 1990; שקדי, 2004).

כאמור, שיטת המחקר האיכותנית מניחה כי יש ערך לניתוח ההתנסות הפנימית והאישית של האדם ומטרתה לחשוף את הפרשנויות הרבות הניתנות למציאות שהפרט חווה (Kavle,)

1996). באמצעות פירוש הסיפורים שהביאו המטפלות, ניתן היה לעמוד על עולם המושגים והתוכן שממנו הן יצרו את הסיפורים, ולערוך זיהוי ומיפוי של עולם החוויות, הרגשות והתפיסות המגדריות שלהן. מחקר איכותני מתאים במיוחד למחקרים העוסקים בנשים ובחוויותיהן של נשים. על פי וובר (Weber, 2004) הנחות המוצא של מחקרים העוסקים בחוויותיהן של נשים הן שמגדר, גזע ומעמד הן קטגוריות דינמיות, המושפעות מיחסי כוח היררכיים בזמן ובמקום מסוימים ואלה קשורות זו לזו ומשפיעות בכל סיטואציה חברתית. תאוריות פמיניסטיות מבקשות להיות קשובות לשדה, לכוון ידע הנובע מן המיקומים השונים של הנשים ולהציע נקודות מבט אחרות מאלה המגדרות ומייצרות היררכיות חברתיות ומיקומים שוליים (Oakley, 2000).

כלי המחקר

כלי המחקר התבסס על ראיון עומק חצי-מובנה (In depth semi-structured interview) אשר התנהל בסיוע מדריך ראיון והתגבש על פי סקירת הספרות ועל פי אוכלוסיית היעד – מטפלות ומנהלות. המחקר בחן היבטים מגדריים ורגשיים בעבודת המטפלות דרך ראיונות עומק עם אוכלוסייה מגוונת של נשים מטפלות (בעלות גיל, ותק ומוצא שונים) ומנהלות מארגון לשירותי סיעוד.

ראיון עומק חצי-מובנה מנוהל כשיחה שיש לה מבנה ומטרה אשר נועדה לספק תמונה מקיפה על אירועים, על פעילויות ועל מצבים חברתיים שלא ניתן לצפות בהם ישירות (Creswell, 1998). ראיון עומק מאפשר לשאול שאלות הבהרה ולראות שאכן התמות או תשובות המרואיינות ברורות ויש עקביות והבנה הדדית (בן-יהושע, 1990). הראיון נוהל באמצעות הסתייעות במדריך ראיון אשר מחד גיסא, נשא אופי תיאורי כללי, וכוון לתיאורים עשירים ופתוחים, ומאידך גיסא, היה ספציפי וממוקד, כלומר, מכוון להעמקה בתיאורים ובפרשנויות של מצבים ספציפיים. הראיון כלל שאלות כלליות ופתוחות המכוונות לרקע של המרואיינות ולפרטים אישיים ופרטים סוציו-דמוגרפיים. לאחר מכן, נשאלו שאלות הנוגעות לקשר של המטפלת לעיסוק וכיצד הגיעה אליו, למערכות היחסים בינה לבין מטופליה, לרגשות שעולים במהלך המפגש עם המטופלים, להתמודדויות המגדריות והרגשיות של המטפלת בעבודה ולאסטרטגיות שפיתחה כדי להתמודד עם רגשות שונים שעולים במהלך הטיפול. נוסף על כך, נשאלו שאלות הנוגעות לקונטקסט של עבודת המטפלת: קשרים עם מטפלות אחרות וסביבת העבודה בארגון. נעשה ניסיון להקיף את מכלול ההיבט הרגשי והמגדרי של הטיפול הסיעודי כפי שהוא נתפס על ידי המטפלות, תוך התמקדות ברגשות המטפלת ובהתמודדויות המגדריות והרגשיות הכרוכות בעבודת הטיפול.

כלי המחקר שבו נעשה שימוש עם המנהלות, היה אף הוא ראיון עומק חצי-מובנה. הראיון הסתמך על מדריך ראיון, וכלל שאלות על התפיסות של המנהלות בנוגע לתפקיד המטפלת ולרגשות שעשויים להתעורר במהלך הטיפול, על תפקידן במתן מקום לרגשות של המטפלת בטיפול, על הקשיים שעלולים להתעורר בעבודת המטפלת ועל הדרכים הארגוניות לנהל את המטפלות. הראיונות עם המנהלות אפשרו לבחון את חלקן בעיצוב חוויית המטפלת בעבודה. נראה כי ראיונות מסוג זה, המביאים את קולן הייחודי של המטפלות לצד קולם של האחראים לתפקודן ולהעסקתן, מספקים גישה עשירה למשמעות, לפרשנות ולהבנת התכנים המובאים. מלבד זאת, גמישות הראיון הפתוח למחצה, מאפשרת התאמה לכל מרואיינת, העמקה בדברי כל מרואיינת והבחנה טובה יותר בין הדמיון והשוני בחוויות, בתפיסות וברגשות שלהן.

הליך המחקר

אוכלוסיית המחקר כללה שלושים נדגמות: עשרים מטפלות ועשר מנהלות. מבחינת הנשים המטפלות, הקריטריון להשתתפות במחקר היה ותק של טיפול סיעודי בארגון מעל חמש שנים. קריטריון זה נקבע מאחר ובחמש שנים יש להניח שהמטפלות צוברות ניסיון מגוון ומפתחות אסטרטגיות להתנהלות בתוך העיסוק. הדגימה במחקר נעשתה על פי רשימות שהארגון סיפק והמלצות של עובדות מקצועיות בארגון המעסיק. בבחירת המטפלות נעשה ניסיון להשיג את מרב השונות כדי לקבל תמונה הטרוגנית ועשירה של ההתמודדויות המגדריות והרגשיות של המטפלות בעבודתן. השונות באה לידי ביטוי בבחירת מטפלות ממגוון גילים, מוצאים ומספר שנות ותק, ואפשרה לעמוד על הדומה והמבחין בין חוויות המטפלות השונות. כמו כן, רואיינו עשר מנהלות מארגון לשירותי סיעוד, המעסיק עשרות אלפי מטפלות סיעודיות. הקריטריון להשתתפות המנהלות במחקר היה ותק ניהולי של לפחות שנה אחת. בבחירת המנהלות נעשה ניסיון להשיג שונות על ידי בחירת מנהלות בעלות ותק ניהולי שונה ומאזורים שונים בארץ.

ניתוח הנתונים

במחקר איכותני מקובלות שלוש שיטות ניתוח עיקריות: פנומנולוגיה, ניתוח שיח ותאוריה מעוגנת בשדה, כאשר לכל אחת מהן עקרונות ומאפיינים מרכזיים (Starks & Trinidad, 2007). השיטה שנבחרה במחקר זה היא השיטה הפנומנולוגית. על פי שיטה זו מטרת המחקר הינה לתאר את המשמעות שאנשים מעניקים לחוויה מסוימת שהם חווים. שאלת המחקר במחקר פנומנולוגי הינה: "מה היא החוויה של התופעה הנבדקת?". המדגם כולל את אותם אנשים אשר חוו את התופעה הנחקרת, והאסטרטגיה של הראיון הינה או לערוך תצפיות על הנחקרים או לראיין אותם. במתודת הראיון, המרואיינים מתבקשים לתאר את החוויה, כאשר המראיין מבקש פרטים והבהרות לגבי התופעה הנחקרת. המתודה לניתוח הראיונות הינה לזהות את התיאור של החוויה, לתאר אותה באופן עשיר, לסווג אותה לקטגוריות, כאשר הקטגוריות יוצרות ביחד את תמצית החוויה/ליבת החוויה ואת המבנה של החוויה. קהל היעד של שיטת ניתוח זו היא אנשי מקצוע או כאלה שצריכים להבין את התופעה הנחקרת. התוצר של ניתוח מסוג זה הינו תאור תמתי של תמצית החוויה והמבנה של החוויה (Starks & Trinidad, 2007).

שיטה הניתוח הפנומנולוגית מתאימה למחקר זה מאחר ומטרת המחקר היא לעמוד על חוויות המטפלות במתן הטיפול הסיעודי מכמה היבטים: מה הם הרגשות הנמצאים בבסיס הטיפול, מה המשמעות של היות המטפלות נשים ברובן וכיצד המנהלות שלהן תופסות את עבודתן. המרואיינות במחקר זה הן המטפלות אשר חוות בעצמן, על בסיס קבוע, את התופעה של מתן טיפול סיעודי ולכן הן המתאימות ביותר להעיד על התופעה הנחקרת שהיא מתן טיפול סיעודי לזקנים בביתם. אוכלוסייה נוספת שנחקרה היא המנהלות, אשר נמצאות בקשר ישיר ויומיומי עם המטפלות ואחראיות על עבודתן והתנהלותן ולכן הן מתאימות לתאר את תפיסותיהן לגבי עבודת המטפלות. כלי המחקר שהינו ראיון עומק חצי-מובנה הוא כלי מחקר מקובל ומתאים בניתוח פנומנולוגי (Starks & Trinidad, 2007).

ניתוח הנתונים נעשה על פי השיטה התוכנית קטגוריאלית (Lieblich, 1998) אשר חוקרת מהם הנושאים המרכזיים, מי הן הדמויות המשמעותיות, מהם המסרים שמועברים והיכן מוקד החוויה. הגישה התוכנית נבחרה היות שניתן ללמוד ממנה על חוויות מעצבות, על דמויות משמעותיות, על אופן חשיבה, על התנהגות ורגשות ולהסיק ממנה על מתן משמעות ופרשנות

סובייקטיבית של המטפלות. יחד עם זאת, לא ניתן להפריד הפרדה מוחלטת בין ניתוח תוכן (thematic analysis) (שקדי, 2004) לבין ניתוח לפי שפה ומבנה, שהרי הם שלובים זה בזה ומשפיעים זה על זה (צבר בן-יהושע ודרגיש, 2006). למשל, שפה חזרתית או תמציתית, מבנה שמתאר חוויות חיוביות או שליליות, הרחבה וצמצום על נושאים מסוימים, עשויים ללמד על תפיסותיהן של המטפלות והמנהלות ולהעשיר את ניתוח הממצאים.

ניתוח הנתונים במחקר זה נעשה בשישה שלבים, כפי שמקובל בניתוח תמתי וכפי שמתואר במאמרם של קלארק ובראון (Clarke & Braun, 2013; 2006): הכרות עם הנתונים, קידוד, איתור התמות, הסתכלות מחודשת על התמות, הגדרה ומתן שמות לתמות (שיום), וכתובה חדשה אינטגרטיבית שיוצרת את הסיפור השלם. בשלב הראשון של הכרות עם הנתונים, כל הראיונות תומללו ונקראו בקפידה ברצף פעם אחת. לאחר מכן, כל ראיון נקרא בנפרד שוב ושוב עד אשר התגבשו מן הטקסט תמות ראשוניות. לאחר מכן, נערך קידוד ראשוני של התמות. הקידוד נערך בצורה ידנית. לאחר מכן נעשתה בחינה מחודשת של התמות על מנת לבדוק שאלו התמות המדויקות אשר עלולות מן הראיונות. התמות הוגדרו וניתן להם שם (למשל: תמת התייחסות לעיסוק הטיפול כעיסוק נשי, תמת). לאחר מכן, נעשתה כתיבה אינטגרטיבית של התמות יחדיו, על מנת ליצור אינטגרציה אשר תיצור את הסיפור השלם.

על פי טרייסי (Tracy, 2010), העקרונות של מחקר איכותני טוב כוללים שמונה מרכיבים, על פיהם פעלתי במסגרת מחקר זה: 1. נושא מחקרי ראוי- כלומר, נושא רלוונטי, עכשווי, משמעותי ומעניין. נושא טיפול סיעודי-ביתי נמצא על סדר היום החברתי והציבורי, הן בישראל והן בעולם, לאור תוחלת החיים העולה מחד והעלייה בביקוש לטיפול סיעודי ביתי מאידך והוא מוגדר כבעיה חברתית אקוטית, מאחר וקיים מחסור גובר בכח עבודה סיעודי. כמו כן, שיעורי הנשירה מהעיסוק והתחלופה בו הם גבוהים. על כן, נושא חוויות המטפלות בעבודה הינו נושא ראוי, חשוב, רלוונטי ודרוש לחקור אותו. בהיות המחקר מנגיש ידע, הוא עשוי לסייע לקובעי המדיניות ולמעסיקי המטפלות, בהבנת הרכיבים שעשויים למשוך מטפלות לתוך העיסוק הטיפולי ולשמר אותן בעיסוק ובכך לשפר הן את רווחתן ואת איכות הטיפול שהן מעניקות לזקנים.

2. קפדנות עשירה- מחקר איכותני טוב מאופיין בשפע וגודש, בניגוד למחקר כמותי שמאופיין יותר בדיוק. הבסיס התאורטי וההבניה התיאורטית, מקורות המידע והקונטקסט במחקר איכותני צריכים להיות עשירים ומגוונים, איסוף המידע ותהליך הניתוח של המחקר צריכים להיות מתאימים ומורכבים. כלי המחקר צריך להיות גמיש ומורכב, לפחות כמו התופעה הנחקרת. מרכיב זה גם מבטיח שלמחקר יהיה תוקף פנימי. שאלות שיש לבחון במימד זה הן האם יש מספיק מידע שתומך בטענות המחקר, האם המדגם מתאים למטרות המחקר והאם החוקר עשה שימוש בפרקטיקות מתאימות בראיון וניתוח הראיונות. במחקר זה נעשה נסיון להביא ממצאים הכוללים ציטוטים ותאורים עשירים במידע. הראיונות במחקר נהלו במבנה דינמי וגמיש וזאת על מנת לאפשר למרואיינות להביע את דעותיהן ואת תפיסותיהן האוטנטיות. כלומר, מצד אחד מדריך הראיון כלל שאלות בנושאים מגוונים ומקיפים ומצד שני, נעשה נסיון לתת מספיק מקום לנושאים חדשים לעלות, גם אם הם לא הופיעו בשאלון עצמו. הראיונות הופסקו כאשר הושג העקרון של "רוויה תאורטית" והמידע החל לחזור על עצמו.

3. כנות – מרכיב זה כולל שני אלמנטים: שקיפות ורפלקסיביות עצמית. שקיפות כוללת דיווח על התהליך בו בוצע המחקר, ורפלקסיביות עצמית כוללת מודעות לערכים של החוקר ולהטיות אפשריות. דיווח על התהליך של המחקר מופיע בתיאור תהליך איסוף הנתונים, קיום הראיונות,

וניתוח הנתונים. בהתייחס לרפלקסיביות עצמית - לאורך קיום הראיונות וניתוחם נעשה נסיון לבדוק את מקומי האישי כחוקרת, מתוך רגישות ותשומת לב לעקרונות והערכים שמנחים אותי. על מנת להיות ערה לדעות ותפיסות אישיות שלי ולמנוע מהם להשפיע על המחקר, נרשמו בצד תוך כדי ביצוע הראיונות וניתוחם, הערות שונות על מחשבות ודעות שלי שעלו על המידע הנאסף. למשל, כיצד היותי חוקרת אישה שמזדהה עם נשים וחשה אמפתיה כלפי נשים, וגם היותי עובדת סוציאלית הרגישה לסוגיות חברתיות, משפיעים על חקירת ההיבטים המגדריים בעבודת הטיפול ובכלל על חקירת נושא הנשים המטפלות. מצד שני, היותי אישה וגם עובדת סוציאלית היווה יתרון בגיוס המשתתפות וברכישת אמונן בי ועל כן היה נראה שהן חשו בנח להתראיין.

4. אחריותיות ואמינות – שני מרכיבים אלו מושגים על ידי תאורים עשירים ו"עבים" הכוללים פירוט קונקרטי של המידע שנאסף במחקר והסברים על "ידע שקט" שנצבר לאורך הדרך, שיכול להיות שהוא מובן מאליו עבור החוקר, אך לא עבור הקוראים. אחת האסטרטגיות לשמירה על מרכיב זה הינה שימוש בגיבוש ושילוש (crystallization and triangulation) – כלומר, רצוי ששני מקורות מידע או יותר יובילו לאותם ממצאים, וממצאים אלו צריכים גם להתגבש יחדיו. למשל כאשר גם המסגרת התאורטית, גם מתודות שונות לאיסוף מידע, ו/או מספר חוקרים שמגיעים לאותם מסקנות, אזי מסקנות המחקר יותר מהימנות. כלומר, מהימנות מחקרית מושגת כאשר מתודות מחקריות שונות מובילות לאותה תוצאה. מרכיב זה הושג במחקר זה על ידי מספר דרכים: הממצאים נבחנו דרך מספר מסגרות תיאורטיות בלתי תלויות, הראשונה בהן היא עבודת הרגשות הוכצילד (Hochschild, 1983) והשנייה היא עבודתו של גולמן (1995) בנושא אינטליגנציה רגשית. בנוסף, הראיונות נותחו על ידי חוקרת נוספה, אשר הגיעה לאותם ממצאים. כמו כן, שתי אוכלוסיות שונות של המחקר (מטפלות ומנהלות) העלו תכנים שהיו קוהרנטיים. למשל, שתי האוכלוסיות הסכימו שעבודת הטיפול מתאימה יותר לנשים מאשר לגברים, בשתי האוכלוסיות נושא הרגשות היה נושא לא מדובר, על אף שידוע מהספרות המחקרית (Hochschild, 1983) שלנושא הרגשות במקומות עבודה הדורשים הענקת שירות, ישנה משמעות רבה. כל אלה ביחד מתקפים את האמינות של הממצאים.

5. תהודה- מרכיב זה מתייחס לפוטנציאל של המחקר להשפיע ולעורר קוראים מסוימים או ציבור רחב יותר, גם אם אין להם קשר עם התופעה הנחקרת, לחוש יותר אמפתיה והזדהות כלפי התופעה המתוארת. מרכיב זה מכונה בספרות: "תוקף אמפתי". מרכיב נוסף הינו "הכללה נטורליסטית", כלומר, היכולת לקחת את המקרים הפרטיים ולהציב אותם בקונטקסט רחב יותר. לאור התכנים שהעלו המרואיינות, כגון האתגרים עימן הן מתמודדות בעבודה והכנות בהן תארו את מערכות היחסים המשמעותיות שהן יוצרות עם המטופלים שלהן, ניתן להניח שקוראי המחקר עשויים לחוש אמפתיה כלפי המרואיינות ואולי אף להזדהות עימן, גם אם אין להם נגיעה ישירה בנושא. מעבר לכך, נושא הטיפול בזקנים נוגע בצורה עקיפה או ישירה כמעט לכל אדם, אשר ייתכן שחווה מקרוב את הצורך במציאת טיפול להוריו, או מכיר אדם שמקבל/מעניק טיפול שכזה או רק שמע על נושא טיפול הזקנים אך לא מכיר את התופעה מקרוב. לכן סביר להניח שנושא זה עשוי לדבר אל קוראים רבים וליצור עניין, גם בקרב אלו שאינם נוגעים בדבר וגם בקרב מטפלות אחרות, אנשי מקצוע, מקבלי החלטות ומעסיקי מטפלות. מבחינת "הכללה נטורליסטית" נעשה נסיון לקחת את המקרים הפרטיים שנחקרו ולהציב אותם בקונטקסט חברתי רחב יותר וזאת על ידי המיסגור התיאורטי ובחינת הרבדים השונים של עבודת הטיפול בהקשר החברתי שלה, כפי שנעשה למשל במאמר השני.

6. תרומה משמעותית- עד כמה למחקר יש תרומה מבחינה קונספטואלית/תיאורטית ו/או תרומה פרקטית. למחקר זה תרומה הן ברמה הקונספטואלית והתיאורטית והן ברמה הפרקטית. ברמה הקונספטואלית המחקר מציע מודל תיאורטי חדש: "אינטליגנציה טיפולית" המסייע להבין את הרכיבים הרגשיים הדרושים לעבודת הטיפול. ברמה הפרקטית המחקר מציע אסטרטגיות פרקטיות ליישום עבור ארגונים המעסיקים מטפלות ועבור מקבלי החלטות וקובעי המדיניות, כגון מתן מקום והכרה לרגשות במסגרת הדרכות וקורסי הכשרה בארגוני סיעוד, הכרה בכישורים נשיים ופיתוח תרבות ארגונית רגישת מגדר, ותפיסת אוכלוסיית המנהלות כאוכלוסיית יעד אותה יש גם להעצים, על ידי מתן ליווי אישי למהלכות. על ידי כך, המחקר עשוי לתרום לשתי אוכלוסיות מוחלשות חברתית – אוכלוסיית הזקנים ואוכלוסיית המטפלות.

7. אתיקה- במחקר זה נלקחו בחשבון היבטים אתיים כפי שמפורט בחלק הבא: "סוגיות אתיות".
8. קוהרנטיות משמעותית- האם המחקר השיג את מטרותיו, האם נעשה שימוש במתודות מחקריות שתואמות את מטרותיו, האם נערכה אינטגרציה משמעותית של הספרות עם שאלות המחקר ועם ממצאי המחקר ופרשנויות של כל אחד מרכיבים אלו. כאמור, השיטה המחקרית שנבחרה למחקר זה היא השיטה האיכותנית והיא מתאימה למחקר בשל אופי וסוג שאלות המחקר שעוסקות בחוויה, מתן משמעות ופרשנות למציאות של המרואיינות, על חוויותיהן ורגשותיהן בעבודת הטיפול. שיטת הניתוח התמתי סייעה בחילוץ התמות המרכזיות. הממצאים אשר עלו נבחנו לאור הספרות התיאורטית ונערכה אינטגרציה בינם לבין הספרות. הממצאים והתובנות שעלו בעקבותיהם, סיפקו מענה לשאלות המחקר ולמטרותיו.

סוגיות אתיות

ההיבטים האתיים של המחקר קשורים למערכות היחסים של המרואיינות עם המטופלים שלהן ועם הארגון המעסיק. היחסים של המרואיינות עם המטופלים מחייבים אתיקה ושמירה על פרטיותם של המטפלות ושל המטופלים. היחסים של המרואיינות, הן המטפלות והן המנהלות, עם הארגון, מחייבים נאמנות ושמירת שמו הטוב של הארגון, המשמש מקור פרנסתן של המטפלות והמנהלות גם יחד. לכן, בתור חוקרת היה עליי להיות רגישה לקונפליקט הנאמנויות שעלול להיווצר אצל המרואיינות. כדי להתגבר על היבט זה, הובטחה למרואיינות שמירה על סודיות מלאה של פרטיהן האישיים ולכל אורך המחקר נשמרה האנונימיות של המרואיינות וזהותן לא נחשפה בשום שלב בביצוע המחקר. כמו כן, הובהר למרואיינות שהן אינן חייבות לענות על שאלות שאינן מרגישות בנוח לענות עליהן ושביכולתן להפסיק את הראיון בכל עת. כל המרואיינות חתמו על טופס הסכמה להשתתפות במחקר. המחקר אושר על ידי ועדת האתיקה של האוניברסיטה העברית ועל ידי הארגון המעסיק.

מתווה עבודת הדוקטורט

עבודת הדוקטורט מורכבת משלושה מאמרים. שניים מהם מתייחסים לאותה אוכלוסיית מחקר – המטפלות הסייעודיות, ואילו השלישי מתייחס לאוכלוסיית מחקר נוספת – המנהלות של המטפלות. כל אחד מן המאמרים מתייחס להיבט אחר בעבודת הטיפול הסייעודי ושלושתם יחדיו יוצרים תמונה כוללת ומקיפה של חוויית המטפלת הסייעודית.

מאמר 1 (מוצג בפרק 2): "אינטליגנציה טיפולית: גישה חדשה להבנת הרכיבים של טיפול סיעודי איכותי", התקבל לפרסום בכתב העת "בטחון סוציאלי".

מטרת המאמר הייתה להתמקד בהיבטים הרגשיים של עבודת הטיפול וברגשות המלווים את עבודת הטיפול. עשרים מטפלות רואיינו ראיונות עומק חצי-מובנים ונשאלו על אודות הרגשות המתעוררים בטיפול. המאמר חשף את האמביוולנטיות הרגשית הטמונה בעבודת הטיפול ואת אסטרטגיות ההתמודדות של המטפלות עם אמביוולנטיות זו. המאמר אף הציע מודל תאורטי חדש: "אינטליגנציה טיפולית", המורכבת משילוב תוספתי של שני סוגי אינטליגנציות מוכרות: רגשית וחברתית. מודל זה מאפשר לעמוד על רכיביו של טיפול סיעודי איכותי ואף לבנות הכשרה ייעודית, הנותנת לגיטימציה ומקום לשיח על רגשות ולעיבוד רגשות.

מאמר 2 (מוצג בפרק 3): "הדרה רב-שכבתית והצטלבות מיקומי שוליים: המקרה של מטפלות הבית בישראל", נמצא בשיפוט בכתב עת בין-לאומי.

מטרת המאמר הייתה לחשוף את ההיבטים המגדריים בעבודת הטיפול. עשרים מטפלות רואיינו ראיונות עומק חצי-מובנים על אודות ההיבטים המגדריים בעבודתן. מן הממצאים עלה כי המטפלות סובלות מהדרה רב-שכבתית ומהצטלבות מיקומי שוליים בין הנחיתות של העיסוק הטיפולי ובין המגדר שלהן. המאמר מזהה את אסטרטגיות ההתמודדות של המטפלות עם נחיתות זו ומציע דרכים לשיפור חוויית העבודה של המטפלות, למשל על ידי פיתוח תרבות ארגונית רגישת מגדר ועל ידי הכרה בכישורים ובמשאבים נשיים.

מאמר 3 (מוצג בפרק 4): "ניהול טיפול סיעודי בעדשה מגדרית". פורסם בכתב העת "גרונטולוגיה וגריאטריה".

מטרת המאמר הייתה לבחון את תפיסות המנהלות בנוגע למטפלות ולטיפול הסייעודי. המאמר בחן כיצד המנהלות תופסות את ההיבטים הרגשיים והמגדריים בעבודת הטיפול. עשר מנהלות רואיינו ראיונות עומק חצי-מובנים. מן המאמר עלה סגנון הניהול המרכזי של המנהלות שהוא סגנון ניהול משימתי. המאמר זיהה עיוורון מגדרי דו-שכבתי של המנהלות, הן בנוגע למשאבים הנשיים של המנהלות עצמן והן בנוגע למשאבים הנשיים של המטפלות. עיוורון זה מקשה על היכולת של המנהלות להשתמש שימוש מיטבי במשאבים אלו. המאמר מציע לסמן את אוכלוסיית המנהלות בתור אוכלוסיית יעד ארגונית בפני עצמה, שיש להכשיר ולטפח.

רשימת מקורות

- איילון, ל. ואשכנזי, א. (2016). המפגש הבין-תרבותי של מטפלים פיליפינים עם הזקנים ה-ה-ישראלים שבטיפולם ועם בני משפחותיהם. *מגמות*, 51(1), 1-28.
- אילוז, א. (2008). *אינטימיות קרה: עלייתו של הקפיטליזם הרגשי*. תל אביב: הקיבוץ המאוחד.
- אלבין, ע. (2016). בין אינטימיות נדרשת ובלתי מוגבלת לכפייה: המקרה של עובדות הבית. *עיוני משפט*, לט, 369-414.
- אסיסקוביץ, ש. (2019). *היבטים בביטוח הסיעוד 2017*. ירושלים: המוסד ביטוח לאומי.
- ארנרייך, ב. והוכשילד, ר. (2006). *האישה הגלובלית*. תל-אביב: בבל.
- בן-יהושע, נ. (1990). *המחקר האיכותי בהוראה ובלמידה*. גבעתיים: מסדה.
- בנימין, ג. (2005). *כבלי האהבה*. תל-אביב: דביר.
- בנימין, א. (2011). הדואליות ביחסים בין המדינה לנשים בישראל: המקרה של נשים המועסקות דרך חברות כח אדם במגזר הציבורי. *חברה ורווחה, כ"ב* (4), 455-480.
- בנימין, א. (2015). רכש שירותים חברתיים בישראל כממגדר תנאי העסקה: המשא ומתן בין המדינה למעסיקים זוכי המכרזים. *בטחון סוציאלי*, 98, 39-62.
- גולמן, ד. (1995). *אינטליגנציה רגשית*. ירושלים: מטר.
- גולמן, ד. (2007). *אינטליגנציה חברתית*. תל אביב: ידיעות אחרונות.
- דגן-בוזגלו, נ. וחסון, י. (2011). *מחיר הטיפול: דוח על נשים בעבודות הטיפול בישראל*. תל אביב: מרכז אדוה.
- דורון, י. ופוליאקוב, א. (2016). משמעות ההחלטה להמשיך לעבוד לאחר גיל פרישה בקרב מטפלות סיעודיות בעמותת מטב. *גרונטולוגיה וגריאטריה, מ"ג* (1), 69-91.
- הלמ"ס (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה). (2018). *שנתון סטטיסטי לישראל 2018*. ירושלים: המחבר.
- המוסד לביטוח לאומי. (2019). *דוח שנתי לשנת 2017*. ירושלים: המוסד.
- המוסד לביטוח לאומי. (2007). *תדריך ביטוח לאומי*. ירושלים: המחבר.
- הרצוג, ח. (2009). מהו הפוליטי-מבטים פמיניסטיים. *תיאוריה וביקורת*, 34, 155-163.
- הקר, ד., לביא-אגיא, מ. וקרומר-נבו, מ. (2014). הזמנה לדיון במתודולוגיות מחקר פמיניסטיות בתוך ח. הרצוג (עורכת), *מתודולוגיות מחקר פמיניסטיות*, (עמ' 7-31). תל-אביב: הקיבוץ המאוחד.

וסרמן, ו. וטנא-גזית, א. (2016). רגשות בארגונים - מדריך למידה. רעננה: האוניברסיטה הפתוחה.
חוק הסיעוד, (התשמ"ו-1986), ס"ח 1178.

חסון, י. ודגן-בוזגלו, נ. (2019). הגירעון הטיפולי בישראל. מי נושאות בנטל וכיצד ניתן לצמצמו?
דו"ח מחקר. תל-אביב: מרכז אדוה.

יפה, ר. (1993). בדיקת משתנים בעלי כושר ניבוי למטפלות-בית מצליחות: פיתוח כלי מיון
למועמדות לעבודה במטב. ירושלים: האוניברסיטה העברית.

כאהן-סטרבציינסקי, פ. וכורזים, מ. (1995). תכנית הכשרה למטפלות בית בזקן, הערכה של
תכנים, מבנה ותרומות. ירושלים: גיוינט-מכון ברוקדייל.

כאהן-סטרבציינסקי, פ. וכורזים, מ. (1996). הקשר בין איכות הטיפול בבית הזקן לבין שכר
המטפלת. ירושלים: מכון ברוקדייל.

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

כורזים, מ., גורן, ט. ונירן, ר. (2002). מטפלות סיעודיות בזקנים: מאפיינים, תפיסת תפקיד ודפוסי
עבודה והעסקה. ירושלים: גיוינט-מכון ברוקדייל.

נרדי, ר. (2007). נשים חסרות מנוח: שיח נשים על דרכן לשוויון. תל אביב: פרדס.

סער, ע. (2007). עסק משלך. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, האגף לפיתוח שירותים ומנהל
המחקר.

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

פורת, א. ויקוביץ, א. (2010). דפוסי היחסים בין מטפלת זרה לזקן מטופל והשפעתם על שביעות
רצונו מן היחסים ומן הטיפול. מגמות- כתב עת למדעי ההתנהגות, מ"ו (4), 575-597.

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

קסן, ל. וקרומר-נבו, מ. (2010). ניתוח נתונים במחקר איכותני. באר שבע: אוניברסיטת בן גוריון
בנגב.

רון, נ., הורביץ, פ., קידר, נ. וארבל אלון, ש. (2016). הבית כמרחב טיפול מועדף עבור קשישים -
מענה ראשוני לבעיה שלישונית. ירושלים: משרד הבריאות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.

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

שחם, ל., קושניר, ת. ובכנר, י. (2011). שחיקת מטפלות הבית: גורמי סיכון והמלצות למניעת התופעה. *גרונטולוגיה וגריאטריה, ל"ח* (1), 91-110.

שמיד, ה. ובורובסקי, א. (2000). סוגיות נבחרות בהספקת שרותי טיפול ביתי במלאות עשור להפעלת חוק ביטוח סיעוד. *בטחון סוציאלי*, 57, 59-81.

שמיד, ה. וסבג, ק. (1991). יעילות ואפקטיביות של ארגונים המספקים שרותי סיעוד לזקנים-הערכת מטפלים/ות הבית. ירושלים: האוניברסיטה העברית.

שקדי, א. (2004). מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני-תיאורי ויישום. תל-אביב: רמות-אוניברסיטת תל-אביב.

- Albelda, R., Mignon, D. & Folbre, N. (2009). *Counting in Care work: Human Infrastructures in Massachusetts*. U.S.A: University of Massachusetts.
- Aronson, J. (1992). Women's sense of responsibility for the care of old people: But who else is going to do it?. *Gender & Society*, 6, 8–29.
- Acker, J. (1990). Hierarchies, jobs, bodies: A theory of gendered organizations. *Gender and Society*, 4 (2), 139-158.
- Benjamin, O. (2016). *Gendering Israel's Outsourcing: Erasure of Employees' Caring Skills*. Palgrave Macmillan.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Calasanti, T., & Bowen, M. E. (2006). Spousal caregiving and crossing gender boundaries: Maintaining gender identities. *Journal of Aging Studies*, 20, 253–263.
- Cantor, M.H. (1991). Family and community: Changing roles in an aging society. *The Gerontologist*, 31 (3), 337-346.
- Carroll, M., & Campbell, L. (2008). Who now reads Parsons and Bales? Casting a critical eye on the “gendered styles of caregiver” literature. *Journal of Aging Studies*, 22, 24–31.
- Clarke, V., & Braun, V. (2013). Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The psychologist*, 26(2), 120-123.
- Collins, P. H. (2015). Intersectionality's definitional dilemmas. *Annual review of sociology*, 41, 1-20.
- Cooper, L. (2016). Intersectionality. In: L. Disch & M. Hawkesworth (Eds.). *The Oxford Handbook of Feminist Theory*. pp

- Crenshaw, K.W. (1989). *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory, and Antiracist Politics*. University of Chicago Legal Forum: Vol.
- Crenshaw, K. W. (1991). "Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color". *Stanford Law Review*, 43 (6), 1241–1299.
- Delgado, C., Upton, D., Ranse, K., Furness, T., & Foster, K. (2017). Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *International Journal of Nursing Studies*, 70, 71-88.
- Illouz, E. (2007). *Cold Intimacies: The Making of Emotional Capitalisms*. Cambridge: Polity Press.
- Illouz, E. (2017). Introduction: Emodities or the making of emotional commodities. In: E. Illouz (ed.). *Emotions as Commodities* (pp. 1-29). London: Routledge.
- Fisher, C.D., Minbasian, A., Beckmann, N. & Wood, R.E. (2013). Appraisals, emotions, and performance goal orientation. *Journal of Applied Psychology*, 98 (2), 364-373.
- Findlay, P., Findaly, J., & Stewart, R. (2009). The consequences of caring: Skills, regulation and rewards among early years' workers. *Work, Employment and Society*, 23 (3), 422-441.
- Folbre, N. (2006). Measuring care: Gender, empowerment, and the care economy. *Journal of Human Development*, 7 (2), 183-200.
- Gilligan, C. (1993). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Harding, S. (2007). Feminist standpoints. *Handbook of feminist research: Theory and praxis*, 45-70.
- Hochschild, A. R. (1983). Emotion work, feeling rules, and social structure. *American Journal of Sociology*, 85(3), 51-75.
- Hochschild, A. R. (2012). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Jakobsson, N., Kotsadam, A., Syse, A., & Øien, H. (2016). Gender bias in public long-term care? A survey experiment among care managers. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 131, 126-138.
- Kaine, S. & Ravenswood, K. (2014). Working in residential aged care: a Trans Tasman comparison. *New Zealand Journal of Employment*

- Relations*, 38 (2), 33-46.
- Kavle, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. London: Sage.
- Kittay, E.F., Jennings, B., & Wasunna, A.A. (2005). Dependency, difference and the global ethic of long term care. *Journal of Political Philosophy*, 13(4), 443-469.
- Kühn, S., Milasi, S., Horne, R., & Yoon, S. (2018). *Global employment and social trends*. Geneva: International Labour Office.
- Ledwith, M. (2005). *Community Development: A Critical Approach*. Bristol: The Policy Press.
- Lieblich, A. (1998). The holistic-content perspective. In A. Lieblich, R. Tuval-Mashiach & T. Zilber. (Eds.), *Narrative research: Reading, analysis and interpretation* (pp. 62-87). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mann, S. A., & Huffman, D. J. (2005). The decentering of second wave feminism and the rise of the third wave. *Science & Society*, 69 (1), 56–91.
- Moraga, C. & G. Anzaldúa (2015). *This bridge called my back: Writings by radical women of color*. Suny Press.
- Oakley, A. (2000). *Experiments in knowing: Gender and method in the social sciences*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Palmer, E., and Eveline, J. (2012) Sustaining low pay in aged care work. *Gender, Work and Organization*, 19(3), 254– 275.
- Paun, O. (2003). Older women caring for spouses with Alzheimer's disease at home; Making sense of the situation. *Health Care for women International*, 24, 292-312.
- Riley, R., & Weiss, M. C. (2016). A qualitative thematic review: emotional labour in healthcare settings. *Journal of advanced nursing*, 72(1), 6-17.
- Rubery, J. (2015). Change at work: feminisation, flexibilisation, fragmentation and financialisation. *Employee Relations*, 37(6), 633–644.
- Schatz, E. & Seeley, J. (2015). Gender, ageing and carework in East and Southern Africa: A review. *Global Public Health*, 10, 1185-1200.
- Starks, H., & Brown Trinidad, S. (2007). Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1372–1380.
- Stets, J. E., & Turner, J. H. (Eds.). (2014). *Handbook of the Sociology of Emotions* (Vol. 2). New York: Springer.

- Tracy, S. J. (2010). *Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research*. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837–851.
- Walker, M.U. (1995). Moral understanding. In Held, V. (Ed.). *Justice and Care*. New York: Teachers College Press.
- Weber, L. (2004). A conceptual framework for understanding race, class, gender, and sexuality. In: Sharlene Nagy Hesse-Biber & Michelle L. Yaiser (Eds.), *Feminist perspectives on social research* (pp. 121-139). New York: Oxford University Press.
- Yukl, G. (2012). Effective leadership behavior: What we know and what questions need more attention. *The Academy of Management Perspectives*, 26 (4), 66-85.
- Vianello, F. A. (2019). The Health of Migrant Women Working as Home Care Assistants in Italy: An Analysis of the Most Hazardous Factors of Home Care Work. Underserved and Socially Disadvantaged Groups and Linkages with Health and Health Care Differentials. *Research in the Sociology of Health Care*, 37, 239-258.

פרק 1 :
מחקר מקורי

”אינטליגנציה טיפולית: גישה חדשה להבנת הרכיבים של טיפול סיעודי איכותי”

יפית כהן

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

סטטוס: התקבל לפרסום

Sun, Mar 15,
2:34 PM

Maya Orev

to me, נוה

שלום יפית,

אני שמח לבשר לך כי התקבל לפרסום ב"ביטחון סוציאלי".

- מצ"ב הנחיות להתקנת המאמר לפני העברתו לעריכה הלשונית.
נא לשים לב - בסך הכל יש להחזיר שני קובצי מלל (עברית ואנגלית) ואקסל אם יש.

- תהליך העבודה לאחר שנקבל ממך את המאמר המותקן:
עריכה לשונית, בדיקה ואישור שלך מול העורכת, העברה לגרפיקאי לעיצוב ועימוד,
העלאה לאתר הביטוח הלאומי ופרסום בגרסה המודפסת.

את הקבצים המותקנים אנא החזירי אלינו לא יאוחר מיום 26.3.20,
עם העתק לחוה רימון, העורכת הלשונית, המכותבת במייל זה.

אנו מודים לך שהחלטת לפרסם ב"ביטחון סוציאלי" ומאחלים לך המשך עבודה וכתובה פורייה.

בברכה,
איסי דורון, עורך ראשי

אינטליגנציה טיפולית: גישה חדשה להבנת הרכיבים של טיפול סיעודי איכותי

תקציר

מטרות: מאמר זה מציג מחקר שמטרתו הייתה להגדיר ולנתח את הרכיבים הרגשיים של טיפול סיעודי איכותי, על ידי בחינת ניסיון האישי של מטפלות סיעודיות אשר מספקות טיפול ביתי לזקנים, במסגרת חוק הסיעוד.

שיטה: במחקר נערכו ראיונות עומק חצי-מובנים עם עשרים מטפלות ישראליות בעלות ותק של לפחות חמש שנים בעבודת הסיעוד, אשר מטפלות בזקנים בביתם תמורת תשלום במסגרת חוק הסיעוד. הראיונות נותחו בשיטת ניתוח תוכן תמתי.

ממצאים: רגשות המטפלות כלפי מטופליהן היו לרוב חיוביים וכללו אהבה, דאגה וחמלה, אשר זוהו כרגשות משפחתיים. הרגשות כלפי הטיפול הסיעודי כעיסוק היו אמביוולנטיים: תחושת ניצול, השפלה ובושה לצד תחושת סיפוק ומשמעות. המאמר מזהה ומציג אסטרטגיות שבהן המטפלות משתמשות כדי להתמודד עם הרגשות האמביוולנטיים והשליליים העולים בטיפול.

דיון ומסקנות: מאמר זה מציע מודל תאורטי חדש והוא "אינטליגנציה טיפולית". אינטליגנציה טיפולית היא אינטליגנציה המורכבת משני סוגים שונים של אינטליגנציה, רגשית וחברתית, אשר שתיהן חיוניות למתן טיפול סיעודי איכותי. הממצאים מדגישים את החשיבות שבמתן לגיטימציה ומקום לרגשות והבעתם במסגרות עבודה ארגוניות. לאור זאת, המאמר מציע דרכים יישומיות עבור ארגוני סיעוד לפיתוח ולהעצמה של הפן הרגשי בעבודת הטיפול ולהתמודדות עימו.

התפתחויות דמוגרפיות בישראל ובעולם

בעשורים האחרונים חלו גידול ניכר בשיעור הזקנים בארץ ובעולם וכן עלייה בתוחלת החיים. בשנת 2017 חיו בישראל כמיליון איש בני 65 ויותר (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה [הלמ"ס], 2018). אחת התמורות הצפויות באוכלוסייה בשנים הבאות היא המשך הזדקנותה, כלומר עליית חלקם של בני 65 ויותר באוכלוסייה (מ-6.11% בשנת 2017 ל-15.3% בשנת 2065) ועליית חלקם של בני 80 ויותר באוכלוסייה (מ-2.9% בשנת 2017 ל-6.0% בשנת 2065) (הלמ"ס, 2018). שינויים אלה כרוכים בעומס טיפולי כבד ברמת הפרט והחברה ובעיקר עומס המוטל על כתפי בני המשפחה (ברודסקי, רוניצקי וסיטרון, 2011). כמו כן, העלייה התלולה הזו מדגישה את הצורך בזיהוי הצרכים של אוכלוסיית הזקנים, בהם צורכי סיעוד המקבלים מענה משירותי סיעוד ביתיים. נתונים סטטיסטיים מראים כי כ-7% מן האוכלוסייה בישראל בין הגילים 65 עד 74 מוגבלים בביצוע פעולות יום-יומיות, כגון ניידות עצמאית והלבשה. שיעור זה עולה עם הגיל, כך שבקבוצת הגיל 75 ומעלה שיעור זה מגיע לכ-24% (ברודסקי, שנור, באר ונוויל, 2018). המדיניות הנוכחית ברוב העולם המפותח, כולל בישראל, היא לפתח שירותים בקהילה שיתמכו בזקנים בביתם (aging in place). מדיניות זו היא גישה אידיאולוגית מבוססת ערכים, אשר רואה הזדקנות בבית כרצויה מנקודת מבט חברתית ומוסרית ומייצגת את ההעדפה של רוב הזקנים (Roin, 2015; Iecovich, 2012; Languirand & Bronstein, 2013). מחקרים שונים תומכים במדיניות זו ומצביעים על כך שסיוע לזקן בביתו מעכב הידרדרות תפקודית, מצמצם שימוש בשירותי רפואה ומוזיל עלויות טיפול למדינה (Kok, Berden, & Sadiraj, 2015). המציאות בישראל, שבה המספר הכולל של הזקנים גדל במהירות, משליכה על שירותי הבריאות (Dwolatzky et al., 2017) והיותה את הרקע לחקיקת חוק ביטוח סיעוד.

חוק ביטוח סיעוד

חוק ביטוח סיעוד (התשמ"ו-1986) (להלן, חוק הסיעוד) שנחקק בישראל מאפשר לזקנים להישאר בביתם ולחיות בכבוד, תוך שמירה על איכות חיים גבוהה (Ajzenstadt & Rosenhek, 2000; Borowski & Schmid, 2001; Schmid, 2003). חוק זה נחקק בשל עלייה ניכרת באחוז הזקנים אשר חיים לבדם ובשל תמיכה מקצועית גדולה יותר הניתנת לזקנים בבתייהם ובקהילותיהם (Cohen, Benish, & Shamriz-Ilouz, 2016; Iecovich, 2012). חוק הסיעוד נועד לסייע לזקנים המתגוררים בקהילה והמוגבלים בביצוע פעולות יום-יום בסיסיות (ADL) כגון הלבשה, רחצה, אכילה, ניידות בבית וטיפול בהפרשות או הנזקקים להשגחה בשל הידרדרות קוגניטיבית, נפשית או פיזית. גמלאות סיעוד נועדו לסייע לקשיש ולמשפחתו ולהקל עליהם מבחינה פיזית, נפשית וכלכלית. הן לא נועדו להחליף את תפקיד המשפחה וגם לא לכסות את עלות כל הצרכים הסיעודיים של הקשיש הנזקק (אסיסקוביץ, 2017). בשנת 2018, 220,000 מן הזקנים בישראל (21% מן הזקנים הישראלים) היו זכאים לחוק הסיעוד (המוסד לביטוח לאומי, 2019). זקנים אלו קיבלו טיפול מ-82,699 מטפלות ומטפלים ישראליים, כאשר הרוב המכריע הן נשים (אסיסקוביץ, 2019) ומ-57,201 עובדות ועובדים זרים (רשות האוכלוסין וההגירה, 2019). מטפלות ישראליות הן לרוב נשים בגיל המעבר אשר מרוויחות שכר

מינימום ומספקות טיפול סיעודי לכמה שעות ביום, ואילו מהגרות עבודה עובדות מרבית שעות היממה.

אתגרי כוח האדם בתחום הסיעוד

כיום קיים צורך הולך וגובר במטפלות, אך יש מחסור בכוח עבודה טוב ומוסמך בתחום זה (שנאך-אלטמן, סוסקולני ואיילון, 2011; 2018; Stacey, 2011). אף על פי שטיפול סיעודי בזקנים ידוע בתור תהליך רגיש, אינטימי ואינטנסיבי מטבעו, הדורש מתן תמיכה (אלבין, 2016), תפקיד המטפלת מאופייין במיומנויות נמוכות, בשכר נמוך, במעמד חברתי נמוך, בחוסר הכשרה וחוסר הדרכה ובפיקוח יום-יומי (Stacey, 2011).

בעבודת הטיפול הסיעודי ישנם אתגרים וקשיים ייחודיים, הנובעים מאופי העבודה ומסביבת העבודה. מטפלות מתקשות בקביעת גבולות ברורים בעבודתן, כאשר סביבת העבודה שלהן היא ביתו של המטופל (Stacey, 2011). סביבה זו מעודדת התפתחות של קשרים קרובים, מאחר שהמטפלת חשופה למרחב האינטימי של המטופל (אלבין, 2016). יתרה מכך, המצב הפיזי הירוד אשר מאפיין לרוב את המטופלים, עלול להוביל להתפתחות של תלות המטופל במטפלת, מצב אשר עלול להעלות מגוון רגשות בקרב שני הצדדים. בספרות מצוין כי לרוב מטפלות מפתחות רגשות של מחויבות כלפי מטופליהן, רגשות אשר עלולים להתרגם למחויבות שחורגת מהגדרת התפקיד שלהן ולכן הן מוצאות את עצמן מעניקות מעבר לגבולות התפקיד. בד בבד עם תחושת מחויבות זו, מטפלות יוצרות קשרים משמעותיים עם מטופליהן וקשרים כאלו מספקים תחושת כבוד וערך חברתי בעיסוק שנחשב נחות מבחינה חברתית (Rodriquez, 2011; Stacey, 2011). למרות תפקידן האינטנסיבי מבחינה רגשית, מטפלות מתמודדות עם בדידות תעסוקתית ועם הזדמנויות מוגבלות, אם ישנן בכלל, לחלוק את חוויותיהן עם מטפלות אחרות בפרט או עם אנשים אחרים בכלל (Folbre, 2001). נוסף לכך, הן סובלות מפגיעה בשכר ובזכויות מצטברות, מצמצום משרות, מהיעדר הכשרה מקצועית ומחוסר יכולת להתקדם, מאי-ביטחון תעסוקתי הנובע ממצבם המשתנה של הזקנים המטופלים ומקושי להקים התאגדות מסודרת של כלל המטפלות (בנימין, 2015).

מסגרת תאורטית

המסגרת התאורטית של המחקר המתואר במאמר זה מתחילה בעבודה החשובה של הוכצ'ילד (Hochschild, 1983), בנושא רגשות בעבודה. עבודה זו החלה בתחילת שנות השמונים ונמשכה על פני שלושה עשורים, עד לפיתוח התאורטי של גולמן (1995) בנושא האינטליגנציה הרגשית והחברתית בסוף העשור הראשון של שנות ה-2000 (גולמן, 1995; 2007).

כיום, עבודתה של הוכצ'ילד (Hochschild, 1983) בנושא 'עבודת רגשות' היא מושג בסיסי בהבנת רגשות במקצועות שירות כדוגמת סיעוד. 'עבודת רגשות' היא המאמץ אשר מושקע בביטוי הרגשות המתאימים בעיסוק נתון ושכנוע אחרים ברגשות הללו (למשל, דיילת המתבקשת לחייך תדיר תוך כדי עבודתה ועושה זאת מתוך אילוץ). החשיבות של רגשות בעבודות טיפוליות נתמכת על ידי כותבים רבים הדנים באתיקה של הטיפול (Pulcini, 2017). עם זאת, ההתייחסות לרגשות נותרה גרנית (Pulcini, 2017). מחקרים מראים כי מתן טיפול סיעודי הוא בהכרח אינטנסיבי רגשית הן למטפל והן למטופל, וכי פעמים רבות מטופלים יוצרים קשרים קרובים ואישיים עם מטפליהם כגון מחקרו של רודריגז (Rodriquez, 2011). ההיבטים הרגשיים הקשורים לעיסוק

הטיפול, לרוב לא מפורטים בהגדרות התפקיד או טרם הכניסה לתפקיד, אך מטפלות משתמשות במפורש ברגשות ובפעולות מונעות רגש כדי לטפל בצרכיו האישיים של המטופל (שנאן-אלטמן, סוסקולני ואיילון, 2018; Love et al., 2017). לכן, טיפול הוא לא רק פעולה טכנית, אלא גם פעולה רגשית ומוסרית אשר מונעת על ידי רגשות ותחושות (Pulcini, 2017).

בעשורים האחרונים, העניין ברגשות בכלל וברגשות בעבודה בפרט הולך וגובר וגישות המחקר כיום לבחינת רגשות הן עשירות ומגוונות (וסרמן וטנא-גזית, 2016). מתחילת המאה ה-21, חוקרים מתחום הפסיכולוגיה הארגונית החלו להטמיע את חקר הרגשות כרכיב מחקר עיקרי (וסרמן וטנא-גזית, 2016). 'מהפכה רגשית' זו העשירה את ההבנה בנוגע לתפקיד המרכזי של הרגשות בחיי העבודה ולחויית העבודה. רגשות באים לידי ביטוי בעבודה עצמה, בקשרים שלנו עם אחרים בסביבת העבודה ובמצבים ותהליכים ארגוניים (וסרמן וטנא-גזית, 2016). רגשות משפיעים על ההתנהגות והמוטיבציה במקום העבודה (Fisher, Minbashian, Beckmann & Wood, 2013), וכן יש להם תפקיד חשוב בהשפעה על איכות חיי העובדים ורווחתם. אף על פי שכבר נחקר ונמצא כי רגשות משפיעים משמעותית על תפקוד עובדים, הרכיבים הרגשיים של הטיפול הסייעדי כמעט שלא נחקרו.

חקר עולם הרגשות, קיבל תנופה עם עבודתו של גולמן (1995) ופיתוח תאוריית האינטליגנציה הרגשית ובהמשך האינטליגנציה החברתית. שני מושגים אלו תורמים רבות להבנת מהות הרגשות, תפקידם ותפקודם. על פי גולמן, אינטליגנציה רגשית היא יכולת או מיומנות של אדם לזהות, להעריך ולנהל את רגשותיו ולהתייחס לרגשות הזולת (גולמן, 1995). אינטליגנציה רגשית כוללת ארבעה רכיבים (גולמן, 1995, עמ' 205-208):

- א. מודעות עצמית הכוללת: מודעות עצמית רגשית, הערכה עצמית מדויקת, ביטחון עצמי.
- ב. ניהול עצמי הכולל: שליטה עצמית, שקיפות, כושר הסתגלות, הישגיות, יוזמה ואופטימיות.
- ג. מודעות חברתית הכוללת: אמפתיה, מודעות ארגונית, שירות.
- ד. ניהול מערכות יחסים הכולל: השראה, השפעה, פיתוח אנשים אחרים, זרזי שינוי, ניהול חיכוכים, עבודת צוות ושיתוף פעולה.

בהמשך פיתח גולמן (2007) את המושג אינטליגנציה חברתית – המדע החדש של יחסי אנוש – שבאמצעותו הוא אפיין וניתח מערכות יחסים חברתיות. גולמן הציע לארגן את רכיבי האינטליגנציה החברתית בשתי קטגוריות רחבות: מודעות חברתית – מה שאנחנו חשים אצל אחרים, ומיומנות חברתית – מה שאנחנו עושים במודעות הזאת. מודעות חברתית כוללת ארבעה רכיבים: (1) אמפתיה ראשונית; (2) קשב (תשומת לב מלאה, פתיחות לזולת); (3) דייקנות אמפתית (הבנת מחשבותיו של הזולת, רגשותיו וכוונותיו); (4) תפיסה חברתית (הידיעה איך פועל העולם החברתי). מיומנות חברתית כוללת ארבעה רכיבים: (1) סנכרון (אינטראקציה חלקה ברמה הבלתי מילולית); (2) יצירת רושם; (3) השפעה; (4) אכפתיות.

מאחר שמושג האינטליגנציה הרגשית והחברתית עוצב בספרות, נהוג לזהות, לבחון ולאפיין רגשות בתוך הממדים והמאפיינים אשר עוצבו במקור על ידי גולמן (1995). אינטליגנציה רגשית וחברתית חיונית לפרט בארגון ולארגון עצמו. היא תורמת לעבודה מוצלחת בדרכים רבות: רמת המודעות של הפרט עולה, הוא מצליח לזהות, להבין ולנהל את הרגשות שלו ושל אחרים והקשרים שלו עם אחרים משתפרים. על אף שלשתי האינטליגנציות אלמנטים משותפים כגון מודעות חברתית, באינטליגנציה הרגשית יש דגש על רגשות ובאינטליגנציה החברתית הדגש הוא על

יחסים, כאשר אינטליגנציה חברתית היא פיתוח של חלק היחסים המופיע גם באינטליגנציה רגשית.

הידע הקיים בתחום רגשות ומטפלות סיעודיות

מעט מאוד מחקרים בישראל התייחסו לחוויות העבודה של מטפלות אשר מספקות טיפול סיעודי לזקנים בכלל ולנושא הרגשות בעבודת הסיעוד בפרט. אחד ממחקרים אלו, אשר נעשה על ידי כהן (2012), מצא כי העיסוק הטיפולי הוא מורכב ואמביוולנטי, רצוף בסתירות ובמתחים. המחקר הדגים כי מצד אחד, קיימים אצל המטפלות תפיסה עצמית תפקידית חיובית ורגשות חיוביים כדוגמת סיפוק ותחושת משמעות, העולים מעצם המהות של עבודת הסיעוד. מן הצד האחר, קיימים רגשות שליליים, כדוגמת בושה העולה מן התדמית הציבורית והחברתית של סיעוד זקנים. מחקר נוסף מצא כי אף על פי שמטפלות בישראל מגיעות לעיסוק זה כברירת מחדל, הן לרוב לומדות, במשך השנים, למצוא משמעות בעבודתן וחשיבות הטיפול שהם מספקות מודגשת על ידי שמירה על הנרטיב של 'סיפר' מטפלת, כלומר מטפלת עם יכולות ומיומנויות ייחודיות (פוליאקוב ודורון, 2016). מחקר אחר מחזק את הממצאים לפיהם הסיבה העיקרית לעיסוק בטיפול בזקנים היא חוסר ברירה (43%) (שנאן-אלטמן, סוסקולני ואילון, 2018). המחקר של פורת (2017) על רגשות מהגרות עבודה בישראל מצא כי הרגש העיקרי אשר מורגש על ידן כלפי המטופלים שלהן הוא אהבה. נמצא כי שחיקתן של מטפלות הבית היא גבוהה בשל עבודה פיזית קשה, התמודדות נפשית ורגשית מורכבת נוכח מצבו הירוד של הזקן ונוכח תביעות של הזקן ובני המשפחה, אשר לעיתים אינן קשורות לתפקיד (יקוביץ ויקוביץ-טישור, 2015).

גם בספרות הבין-לאומית אין התייחסות מפורטת לנושא רגשות בטיפול ולסוגי הרגשות העולים בטיפול הביתי. רוב המחקרים עסקו בחוויות של מהגרות עבודה שהיגרו למדינה זרה כדי לטפל בזקנים ובהשפעת ההגירה על חווית העבודה (Baldassar, Ferrero & Portis, 2017). מחקר שנערך באנגליה על מטפלות בבתי אבות שאינן מהגרות עבודה, זיהה שלוש תמות מרכזיות אשר עומדות בבסיס המוטיבציה של מטפלות: 'סיפוק', 'שייכות' ו'ערכיות', ויחד תורמות לתחושה המרכזית שהיא 'גאוות יחידה' (Bjerregaard, Haslam, Mewse, & Morton, 2017). המחקר לא תיאר את הרגשות העומדים בבסיס מוטיבציה זו. עוד נמצא כי המטפלות מועדות לחוות לחץ ושחיקה בעבודה בשל אופי עבודתן (Stacey, 2011). כאמור, מחקרים אלו מצביעים על תחושות כלליות של המטפלות, אך אינם מתייחסים בפירוט לסוגי הרגשות.

מטרת המחקר

בעוד הספרות בעולם מתארת את רגשות המטפלות באופן כללי (Pulcini, 2017), מטרת המחקר המתואר במאמר זה היא לאתר, לזהות, להגדיר ולהפריד בין הרגשות השונים אשר מלווים, נוכחים ומשפיעים על עבודת הסיעוד. המחקר יאפשר לזהות את הקשיים שיוכלו להוביל להתערבות מצד מקבלי החלטות ובכך לשפר את איכות הטיפול הסיעודי לקשישים. נוסף לכך, בהינתן העובדה שקשרים ורגשות אשר נוצרים במהלך הטיפול עומדים בבסיס איכות הטיפול (פורת, 2017), החוסר הנוכחי בידע בנוגע לרגשות המטפלת מהווה חסם בפני פיתוח פרקטיקות טיפול איכותיות וקביעת מדיניות רלוונטית (Stacey, 2011; Walsh & Shutes, 2013).

שיטת המחקר

המחקר משתמש בשיטת המחקר האיכותנית. שיטה זו נחשבת כמתאימה ביותר כדי לענות על שאלות מחקר אשר עוסקות במשמעות, במציאת הגיון ובחוויות סובייקטיביות (Lyons & Coyle, 2016). המחקר האיכותני עוסק בחקר האדם, החברה והתרבות באמצעות פירוש המבנים המבטאים אותם (קסן וקרומר-נבו, 2010). הנחת היסוד של הפרדיגמה האיכותנית היא שהמציאות החברתית היא תוצר של תהליכים פרשניים, המושפעים ממבנים חברתיים כגון מגדר, מעמד, שפה ומבנה תרבותי וממבנה אישי ואישיותי (קסן וקרומר נבו, 2010). שיטת המחקר האיכותנית מניחה כי יש ערך לניתוח ההתנסות הפנימית והאישית של האדם, ומטרתה לחשוף את הפרשנויות הרבות הניתנות למציאות שהפרט חווה (Kavle, 1996). מאחר והשאלות במחקר זה עוסקות בחוויה, פרשנות ומתן משמעות אשר המטפלות מעניקות לחווית הטיפול שלהן, השיטה האיכותנית מתאימה ביותר למחקר זה. באמצעות פירוש הסיפורים שיביאו המטפלות, ניתן יהיה לעמוד על עולם המושגים והתוכן שממנו הן יצרו את הסיפורים, ולערוך זיהוי ומיפוי של עולם הרגשות שלהן.

מדגם המחקר

במחקר השתתפו 20 ($N=20$) מטפלות ישראליות אשר על בסיס יום-יומי, העניקו טיפול סיעודי ישיר לזקנים. למחקר נבחרו מטפלות ישראליות ולא מטפלות זרות מכיוון שכוח העבודה המשמעותי והגדול המעניק את הטיפול הסיעודי הן מטפלות ישראליות, ולכן חשוב להבין את הרגשות העולים בקרבן. המשתתפות במחקר נבחרו למדגם בשתי דרכים: (1) באופן אקראי מתוך רשימות כלליות של כלל המטפלות בארגון הסיעוד הגדול והוותיק ביותר בישראל, ועל פי קריטריון ההכללה היחיד שהיה לפחות חמש שנות ניסיון בסיעוד; (2) מתוך המלצות של עובדות הארגון על מטפלות בעלות ותק של חמש שנים לפחות. לאחר איתור השמות, נעשתה פנייה טלפונית למטפלות על ידי החוקרת, הוסבר להן הרקע למחקר וניתנה להן אפשרות הבחירה האם להשתתף במחקר או לא, על פי רצונן. יש לציין כי סך הכל נעשו 21 פניות למטפלות ומתוכן 20 מטפלות הסכימו להתראיין (מטפלת אחת סרבה להתראיין מפאת חוסר זמן).

כאמור, הקריטריון להשתתפות במחקר היה ותק של לפחות חמש שנות ניסיון בסיעוד. קריטריון זה נקבע מאחר שנראה כי חמש שנים הן זמן מספק לרכישת ניסיון עשיר ומגוון בעבודת הטיפול ולפיתוח מיומנויות טיפול פרקטיות ורגשיות עם פרספקטיבה עשירה. כמו כן, סביר להניח שמטפלת שנותרה בעיסוק חמש שנים צפויה פחות לנשור מן העיסוק וכי במשך השנים היא למדה כיצד להתנהל במרחב הטיפולי, ופיתחה אסטרטגיות התמודדות ופעולה המאפשרות לה להתמיד בעיסוק.

המדגם נבחר באופן מכוון כך שיכלול מגוון רחב מבחינת הגיל והוותק של המשתתפות. מדגם מכוון וממוקד קריטריונים במחקר איכותני הוא חשוב לזיהוי מרואיינים עשירים במידע אשר יכולים להציע תובנות עמוקות בנוגע לנושא המחקר (Patton, 2002). המדגם הושלם בנקודת "הרוויה התאורטית", כלומר כאשר הממצאים החלו לחזור על עצמם ונעשה שימוש מלא בכל הנתונים (Glaser & Strauss, 1967).

מאפיינים דמוגרפיים: גיל המטפלות נע בין 43 ל-71, עם ממוצע של 57.85 וסטיית תקן של 5 שנים. רמת ההשכלה הפורמלית הממוצעת שלהן הייתה 11.5 שנים. מבחינת הוותק בארגון, הממוצע היה 14 שנים.

טבלה 1 מסכמת את משתני הרקע האישי של משתתפות המחקר (כל השמות הם שמות בדויים).

טבלה 1: פרטי המרואיינות

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

הריאיון

ראיונות עומק חצי-מובנים נערכו פנים מול פנים, הוקלטו ותומללו; הריאיון כלל שאלות בכמה נושאים: שאלות כלליות בנוגע לחוויית מתן הטיפול הסיעודי כגון "מהי עבודת הטיפול בשבילך?", "מה את אוהבת בעבודת הטיפול?", "מה קשה לך בעבודת הטיפול?", "מה את נותנת למטופל ומה את מקבלת?", "האם לדעתך המטופל ומשפחתו מעריכים את עבודתך והשקעתך?"; שאלות בנושא רגשות בעבודת הטיפול כגון "אלו רגשות מתעוררים בך במהלך הטיפול? תארי אותם", "מהו הרגש הדומיננטי המאפיין את עבודתך?", "תארי את מערכת היחסים בינך לבין המטופלים", "כיצד מתבטאים הרגשות שאת חשה, במהלך הטיפול?"; שאלות בנושא הכשרה מקצועית וחויית העבודה בארגון כגון "האם לדעתך דרושה הכשרה לעבודה הטיפולית?", "האם יש לך עם מי לדבר על בעיות וסוגיות המתעוררות בטיפול?", "האם יש לך עם מי לדבר על רגשות המתעוררים בטיפול?", "האם היית ממליצה למטפלות אחרות לעבוד כמטפלות בית?", "אלו עצות את יכולה לתת למטפלת מתחילה?", "תני מטאפורה לעבודת הטיפול", (ראו נוסח מלא של השאלון בנספחים).

כל ריאיון ארך בין שעה אחת לשלוש שעות והתקיים בבית המרואיינת או בבית קפה, על פי העדפת המרואיינת. כל ריאיון נערך כשיחה מובנית אשר מטרתה לספק תמונה כוללת של האירועים, הפעילויות והמצבים החברתיים בהן מצויות המטפלות, אשר קשה לעמוד עליהם בצורה אחרת, שאינה כוללת שיחה מובנית (Creswell, 1998).

במחקר איכותני מקובלות שלוש שיטות ניתוח עיקריות: פנומנולוגיה, ניתוח שיח ותאוריה מעוגנת בשדה, כאשר לכל אחת מהן עקרונות ומאפיינים מרכזיים (Starks & Trinidad, 2007). השיטה שנבחרה במחקר זה היא השיטה הפנומנולוגית. שיטה זו מתאימה למחקר זה מאחר והיא עוסקת בניית תחושת המשמעות ובפרשנות שאנשים מעניקים לחוויות שהם עוברים. שאלת המחקר במחקר פנומנולוגי הינה: "מה היא החוויה של התופעה הנבדקת?". המדגם כולל את אותם אנשים אשר חוו את התופעה הנחקרת, והאסטרטגיה של הראיון הינה או לערוך תצפיות על הנחקרים או לראיין אותם. במתודת הראיון, המראיינים מתבקשים לתאר את החוויה, כאשר המראיין מבקש פרטים והבהרות לגבי התופעה הנחקרת. מאחר ומטרת המחקר הייתה להבין את החוויה של המטפלת בעבודה בהיבטים הרגשיים שלה והמטפלות הן אלו שחוו את התופעה הנחקרת, השיטה הפנומנולוגית היא המתאימה ביותר לניתוח הראיונות.

הראיונות נותחו בשיטה של ניתוח תוכן (content analysis). הולסטי (Holsti, 1969) הגדיר את ניתוח התוכן כשיטה וטכניקה מחקרית להפקת היסקים, המזהה בשיטתיות ובאובייקטיביות מאפיינים של מסרים בתוכן מסוים שנחקר. בן-יהושע (1990) מגדירה ניתוח תוכן כ"טכניקה מחקרית להפקה שיטתית של היסקים תקפים, שניתן לחזור עליהם, מתוך מסרים המוצגים בתוכן כל שהוא בהקשר מסוים" (עמוד 89).

שיטה זו מתאימה לשאלת המחקר מאחר שהיא אפשרה לעמוד על המשותף ועל המפריד בדברי המראיינות וכן לעמוד על החוויה הסובייקטיבית של מתן הטיפול הסיעודי ונתנה מקום למגוון דעות, תפיסות ורגשות המתעוררים בטיפול.

תהליך הניתוח הוא תהליך שיטתי, ולפיו אוסף מסוים של קטגוריות ניתוח נבנה כך שהכללתם של תכנים (או קטגוריות) נעשה באופן עקיב, ועל סמך חוקיות שנקבעה ויושמה לצורך זה. הניתוח עוסק בתכנים מסוימים בשתי רמות של פירוש: רמה א' – רמת הניתוח ופירוש הממצאים הגלויים והישרים, ניסוח קטגוריות למיון, בחירת יחידות ניתוח והסקת היסקים; רמה ב' – פירוש ההיסקים שאליהם הגיע החוקר והצבעה על ההשתמעויות שלהם. קטגוריות לניתוח תוכן הם רכיבים בולטים וחשובים, החוזרים על עצמם בנתונים שנאספו; הם נבחרים בהתאם לשאלת המחקר (בן-יהושע, 1990).

ניתוח הראיונות במחקר זה כלל שישה שלבים כפי שמקובל בניתוח תמתי וכפי שמתואר במאמרם של בראון וקלארק (Braun & Clarke, 2013; 2006): היכרות עם הנתונים, קידוד, איתור התמות, הסתכלות מחודשת על התמות, הגדרה ומתן שמות לתמות (שיום), כתיבה חדשה אינטגרטיבית שיוצרת את הסיפור השלם. בשלב הראשון של ההיכרות עם הנתונים, נקראו תמלילי הראיונות בקפידה פעם אחת כיחידה אחת ולאחר מכן כל ראיון נקרא שוב ושוב עד אשר התגבשו מן הטקסט תמות ראשוניות. כדי לתפוס את הנרטיב טוב יותר, נעשה ניתוח של כל ראיון בנפרד, תוך זיהוי המשתתפת וייחוס קוד לכל אחת מהן. לאחר מכן, נערך קידוד ראשוני של התמות. תמה היא דפוס קוהרנטי ומשמעותי במידע אשר רלוונטי לשאלת המחקר (Braun & Clarke, 2006). הקידוד נערך באופן ידני. תהליך מיון, ארגון מחדש והרכבה מחדש של הקידודים הראשוניים מן הראיונות הפרטניים נעשה על ידי בניית יחידות של משמעות ונתינת שמות לתמות (למשל: קושי לשוחח על רגשות). בהגדרת התמות נעשה ניסיון לשקף את המהות של כל תמה. לאחר מכן נעשתה

בחינה מחודשת של התמות כדי לבדוק שאלו התמות המדויקות אשר עולות מן הראיונות. לבסוף נערכה כתיבה אינטגרטיבית של התמות. המטרה הייתה לתפוס את הטווח השלם של הרגשות שעלו מן המראיינות ואת דרכי ההתמודדות שלהן עימן.

על פי טרייסי (Tracy, 2010), העקרונות של מחקר איכותני טוב כוללים שמונה מרכיבים, אשר יושמו במחקר זה: 1. נושא ראוי – נושא חווית המטפלות הסיעודיות ורגשות בטיפול הינו נושא רלוונטי ועכשווי, וזאת בשל מגמות, הן בישראל והן בעולם, של עלייה בביקוש לכח אדם סיעודי, ומחסור בכח אדם מסוג זה. הבנת החוויה של המטפלות והרגשות העומדים בבסיס הטיפול, עשויים לסייע במשיכה ושימור כח אדם בעיסוק. 2. קפדנות עשירה – המחקר מביא מקורות מידע מגוונים (למשל, מסגרת תיאורטית עשירה), כלי המחקר היה גמיש ודינמי והכיל גם שאלות המכוונות לנושאים מסוימים וגם מקום להעלות נושאים חדשים. נעשה נסיון להביא ציטוטים ותאורים עשירים בפרק הממצאים הממחישים את התמות אשר עלו מן הראיונות. 3. כנות- זו כוללת שקיפות ורפלקסיביות עצמית. שקיפות המחקר מתבטאת בתיאור הליך המחקר, כלי המחקר וניתוח הראיונות. כמו כן, נעשה נסיון מצד החוקרת להיות כמה שיותר ערה לדעות ותפיסות אישיות שלה העלולות להשפיע על ניתוח הממצאים. לשם כך, נרשמו הערות של החוקרת בצד בזמן ביצוע הראיונות וניתוחם, אשר העלו את המודעות לדעות אישיות של החוקרת, העלולות להשפיע על ניתוח דברי המראיינות. 4. אחריותיות ואמינות – אחת האסטרטגיות להשגת עקרון זה הינה שימוש בגיבוש ושילוש (crystallization and triangulation). כלומר, למשל השענות על שני מקורות מידע או יותר. במחקר זה הממצאים נבחנו דרך כמה מסגרות תאורטיות בלתי תלויות. הראשונה בהן היא עבודת הרגשות שפיתחה הוכצילד (Hochschild, 1983) והשנייה היא עבודתו של גולמן (1995) בנושא אינטליגנציה רגשית. כמו כן, היו ממצאים זהים בשתי אוכלוסיות חקר שונות, מטפלות ומנהלות, למשל, סביב הנושא של הקושי לשוחח על רגשות. בנוסף לכך, הראיונות נקראו ונותחו על ידי חוקרת נוספת, אשר הגיעה לממצאים זהים. שיטות אלו חיזקו את מהימנות הממצאים. 5. תהודה- למחקר זה יש הפוטנציאל לעורר אצל קוראיו אמפתיה והזדהות, גם אם הם אינם קשורים באופן ישיר לתופעה הנחקרת. זאת מאחר והמראיינות תארו באופן כנה את הקשיים והאתגרים עימם הן מתמודדות באופן יומיומי בעבודה. 6. תרומה משמעותית – מחקר זה עשוי לתרום תרומה משמעותית למטפלות, מטופלים ובני משפחתם, אנשי מקצוע, ארגוני סיעוד וקובעי מדיניות, מאחר והוא מקדם את ההבנה על המרכיבים הרגשיים בחוויית המטפלת ועל רכיבי הטיפול הסיעודי האיכותני. המחקר עוסק בנושא רלוונטי ודרוש, מנגיש ידע חדש על הרכיבים הסמויים של עבודת הטיפול, ומכוון לשיפור מצבן של מטפלות וזקנים גם יחד- שתי אוכלוסיות מוחלשות בחברה. 7. אתיקה- במחקר זה נלקחו בחשבון היבטים אתיים כפי שמפורט בפסקה להלן. 8. קוהרנטיות משמעותית- הממצאים אשר עלו נבחנו לאור הספרות התיאורטית ונערכה אינטגרציה בינם לבין הספרות. הממצאים והתובנות שעלו בעקבותיהם, סיפקו מענה לשאלות המחקר ולמטרותיו.

היבטים אתיים

כדי לשמור על סודיות זהות המשתתפות, ננקטו כמה צעדים: לפני קיום כל ריאיון, התבקשו המשתתפות לחתום על טופס הסכמה מדעת, אשר סיפק מידע בנוגע למחקר, לחוקרת ולמטרת המחקר. הודגשה זכותן של המשתתפות לעצור את השתתפותן במחקר בכל עת וללא השפעה

כלשהי על מקום עבודתן. כמו כן, הוסבר להן כי הן אינן חייבות לענות על שאלות שאינן נוחות להן. הובטחה להן פרטיות וסודיות מלאה, כך שכל המידע האישי שעלול לזהותן הוסתר והוצפן. כל מידע מזהה הוסר מן התמלולים. תמלילי הראיונות נשמרו במחשב האישי של החוקרת ותומללו על ידה בלבד. מחקר זה אושר על ידי ועדת האתיקה של האוניברסיטה העברית בירושלים ועל ידי הארגון המעסיק את המרואיינות.

ממצאים

ממצאי מחקר זה מוצגים בשני חלקים מרכזיים. החלק הראשון מציג את סוגי הרגשות אשר עולים בעת הטיפול הסיעודי והחלק השני מציג את האסטרטגיות אשר משמשות את המטפלות בהתמודדותן עם רגשות אלו. לפני הפירוט על הרגשות אשר זוהו כמרכזיים בעיסוק הטיפולי, יוצג ממצא מעניין בנוגע לשיח על רגשות – ובאופן ספציפי, היעדר שיח כזה.

שיח על רגשות אינו שכיח בקרב מטפלות

כאשר המטפלות נשאלו ישירות על רגשותיהן, ניכר היה שהן לא רגילות להישאל על רגשותיהן ובייחוד לא בהקשר של עבודה. למשל, מרואיינת, אשר נשאלה על רגשותיה, אמרה בתגובה:

"מה זאת אומרת, מה אני יכולה כבר להרגיש?"

היה ניתן לזהות על פי התגובות לשאלה זו, שבקרב המרואיינות מתקיים תהליך של דיון עצמי בנוגע לנוכחות של רגש, תוצאה ישירה של מודעות ראשונה לנושא הרגשות. לדוגמה, כאשר יעל נשאלה על רגשותיה, תגובתה הראשונה הייתה הבעת חוסר רגש כלפי מטופליה, אף על פי שלאחר מכן היא הודתה שיש מטופלים שהיא אוהבת יותר ומטופלים שהיא אוהבת פחות. כלומר, המטופלים אכן מעלים רגש ביעל, אך היא הכירה בכך רק בהמשך השיחה ותיארה אותם כרגשות לגיטימיים, כדוגמת אהבה בתור רגש חיובי ומקובל:

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

כאשר ריקי נשאלה על רגשותיה כלפי מטופליה, היא ענתה תשובה כללית ומעורפלת על חוויות שהיא חוותה בעבודה. לדוגמה, כאשר המטופלת צעקה עליה זו לא הייתה חוויה חיובית אבל כאשר היא הרגישה מוערכת זוהי חוויה חיובית:

"יש דברים חיוביים ויש דברים לא חיוביים, אם האישה כל הזמן צועקת שהיא רוצה שאנקה... והאישה האחרת כל הזמן חיובית, כל דבר שאני עושה היא אומרת תודה רבה..."

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

רגשות דומיננטיים אשר נחווים על ידי מטפלות בזקנים

הממצאים בנוגע לרגשות של המטפלות מוצגים בהתאם לתמות אשר עלו מן הראיונות. הספרות אשר עוסקת ברגשות נוהגת לחלק את הרגשות למגוון סוגים (וסרמן וטנא-גזית, 2016). מאמר זה

מתייחס לחלוקה המרכזית בין רגשות חיוביים לשליליים. הרגשות החיוביים אשר עלו מן הראיונות הם אהבה, דאגה וחמלה יחד עם סיפוק ומשמעות בעבודה והרגשות השליליים כוללים רגשות של ניצול, השפלה ובושה.

רגשות חיוביים כלפי מטופלים

במחקר זה עלה כי הרגשות החיוביים מזוהים עם רגשות משפחתיים, כאשר המרכזיים שבהם הם: אהבה, דאגה וחמלה. המטפלות השתמשו גם במטאפורות משפחתיות, כדוגמת הורות, אבהות ואימהות, כדי לתאר את רגשותיהן.

רוב המרואיינות ביטאו רגשות אהבה למטופליהן ופיתחו קשרים משפחתיים עימם. נמצא כי רגש האהבה עודד את המטפלות לחשוב על מטופליהן ולדאוג להם אפילו מחוץ לשעות העבודה. כאשר המטפלות נשאלו: "מה את מרגישה כלפי המטופל שלך?" הן ציינו כי הן מרגישות רגשות משפחתיים כלפי המטופלים ופעמים רבות דימו את המטופל להורה שלהן. לדוגמה, גלית אמרה כי כל מטופל שטיפלה בו הזכיר לה את אביה, אשר אליו הייתה קשורה מאוד ולכן היא נקשרת לכל מטופל. גלית ציינה כי ללא רגשות ובייחוד אהבה, אי אפשר לעבוד:

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

בדוגמה נוספת, ריקי תיארה כיצד, מתוך אהבה, היא דואגת למטופלת שלה ומביאה לה אוכל בהתנדבות מחוץ לשעות העבודה שלה. ריקי מבקרת אותה בסופי שבוע כי משפחתה של המטופלת גרה רחוק:

"אני אוהבת אותה מאוד. בשבת אני מבקרת אותה בגלל שאף אחד אחר לא יכול להיות איתה ואני מטפלת בה בשבת בחינם... אני הולכת מהבית שלי עד לבית שלה, ברגל ואני גם מביאה לה אוכל".

ריקי גם מתארת כיצד היא הצליחה לשקם זקנה במצב בריאותי קשה, עם סבלנות ועקשנות, עד לרמה שהרופאים אמרו לה שהיא יותר מבת בשבילה:

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

ממצא מעניין נוסף עלה כאשר המרואיינות התבקשו להשלים את המשפט: "להיות מטפלת זה כמו...", שכן רובן השתמשו במטאפורות חיוביות ומשפחתיות, כמו: אימא, בת, אחות. מטאפורות אלו מחזקות את הממצא כי רגשות המטפלות כלפי המטופלים שלהן הם משפחתיים.

תחושת אהבה ורגשות משפחתיים כלפי המטופלים גורמת למטפלות לבטא גם דאגה כלפיהם. המטפלות תיארו פעולות שעשו אשר מדגימות רגש משפחתי כלפי המטופלים, כדוגמת מחשבה עליהם או דאגה להם מחוץ לשעות העבודה. לדוגמה, רות אמרה שהיא עשתה דברים שמשפחת המטופל אמורה לעשות:

"אם הם לא מרגישים טוב, גם אני לא מרגישה טוב בפנים. אני נקשרת לכל מטופל שאני עובדת איתו. אני עובדת איתם המון שנים... אני ממש נהנית לעזור להם. אני הולכת איתה לרופא... למטפל יש תפקיד יותר חשוב מלמשפחה".

חלק מן המרואיינות ביטאו חמלה כלפי המטופלים שלהן. חשוב לציין כי חלקן השתמשו במונח 'חמלה' וחלקן השתמשו במונח 'רחמים', אך הן התייחסו לשני המונחים כשווים. חמלה לרוב בוטאה בנוגע למצב המנטלי או הפיזי המוגבל או המידרדר של המטופלים הזקנים. לדוגמה, רחל דיברה על מטופלת שלה אשר מתקשה להסתגל לתפקוד המידרדר שלה:

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

אילנה גם היא מתארת את החמלה שלה כלפי מטופלת שלה, אישה שפעם הייתה פעילה וקורנת וכיום מתמודדת עם קשיים פיזיים ועם חוסר היכולת שלה לממש את רצונותיה:

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

הרגשות החיוביים של אהבה, דאגה וחמלה שזורים זה בזה ועוזרים למטפלות לבנות ולשמר קשרים טובים עם מטופליהן. קשרים אלה מחזקים את תחושת המטפלת כי היא משמעותית בעיני מטופליה ובעקבות כך, גורמים לה סיפוק מעבודתה.

סיפוק ומשמעות בעבודה

כמעט כל המרואיינות ביטאו תחושת סיפוק מן העיסוק הטיפולי. רחל תיארה כמה היא נהנית לספר למטופליה סיפורים וללמוד מהם וכמה היא מרגישה מסופקת כאשר היא משמחת אותם:

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

עוד מרואיינת אמרה כי על אף שהחברה תופסת את המקצוע שלה כפחות, היא רואה את העבודה כמספקת:

"אדם שיש לו עבודה טובה מסתכל על העבודה שלי כעבודה מלכלכת. שישתכל על זה איך שהוא רוצה, אני מרגישה סיפוק".

רגשות שליליים אשר עולים מן העיסוק הטיפולי

הראיונות הדגימו רגשות מעורבים כלפי העיסוק הטיפולי. לצד האהבה, הדאגה, החמלה ותחושת הסיפוק שהמטפלות חוות, עלו גם רגשות שליליים של ניצול, בושה ותחושת השפלה.

ניצול, השפלה ובושה

חלק מן המטפלות תיארו תחושה של ניצול והשפלה בעבודתן כמטפלות. תחושה זו עולה כאשר המטופלים דרשו מן המטפלת לבצע פעולות שאינן חלק מהגדרת תפקידה. דרישות אלו כללו מטלות פיזיות קשות, בעיקר ניקיון הבית. מיכל הסבירה שכאשר התחילה את עבודתה כמטפלת, היא לא הכירה את חוקי הביטוח הלאומי והיא לא קיבלה תיאור ברור של עבודתה כמטפלת. חוסר זה במידע נתן למטופלים שלה את ההזדמנות לתת לה משימות פיזיות קשות כדוגמת ניקיון הבית, כפי שתיארה מיכל:

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

עליזה תיארה את שגרת העבודה שלה, אשר כללה מטלות בית קשות ואת הכעס שלה על חוסר היכולת שלה לשנות את המצב מתוך פחד שתאבד את עבודתה:

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

היקשרות רגשית למטופלים יכולה להוביל למצבים שבהם המטפלת מרגישה לא נוח לסרב לדרישות המטופל (אולי בדומה לניצול בתוך קשרים משפחתיים), כפי שעליזה מסבירה:

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

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

נראה כי תחושת ניצול פוגעת בתחושות ההוגנות והאמון ומובילה לרגשות אמביוולנטיים כלפי עבודת הסייעוד. לדוגמה, חלק מן המטפלות תיארו במפורש בושה בעבודה שלהן, או בתדמית החברתית של העבודה שלהן, או בושה בשל המטלות הנדרשות מהן. אך עם זאת בושה זו מאוזנת על ידי הסיפוק שמגיע ממתן העזרה למטופל, כפי שמתואר לעיל.

יעל תיארה את הבושה שלה ואת תחושת הבושה של בתה, בעבודות הסייעוד שלה. תחושה שהביאה אותה למצב של הסתרת עבודתה ממשפחתה במשך שנים:

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

אף על פי שרק חלק מן המטפלות הודו בפתיחות שהן מתביישות בעבודה שלהן, היה ברור כי האחרות מתביישות מדי להודות כי הן מתביישות בעבודה שלהן – כלומר בושה מן הבושה – או שהבושה שלהן הייתה מעורבת בתחושת סיפוק. לעיתים, הן תיארו את המבוכה של קרובי המשפחה שלהן מכך שהן עובדות בתחום הסיעוד. לדוגמה, שרה ציינה כי בעוד היא מסכימה עם הדעה של בנותיה כי היא יכולה לעבוד בעבודה מכובדת יותר, היא נהנית מעבודתה:

"הבנות שלי אומרות: 'חבל שאת עובדת עם זקנים'. הן אומרות שאני יכולה למצוא עבודה יותר מכובדת. זה נכון, אני יכולה, אבל אני חושבת שזה טוב לי. אני נהנית מזה".

דוגמה נוספת לתחושות בושה אשר מבוטאות על ידי חברי המשפחה עולה מדבריה של אילנה בנוגע לתגובות שהיא מקבלת מן הסובבים אותה:

"הילדים שלי לא אוהבים את זה (שאני מטפלת). הם מתביישים... כשאני אומרת לאנשים: 'אני מטפלת', אתה רואה שהם חושבים: 'ציפיתי ממך ליותר', הם מסתירים את זה אבל רואים את זה".

כדי להבין האם מטפלות הרגישו נוח לחלוק את הרגשות שלהם עם הסביבה, הן נשאלו עם מי הן נוטות לדון בבעיות בעבודה. רובן ענו כי הן לא נוטות לדבר על העבודה בכלל עם סביבתן. לדוגמה, יעל אמרה שהיא לא מספרת דברים על העבודה אפילו לחברתה הטובה ביותר כי חברתה עובדת בעבודה טובה והיא לא הייתה מבינה אותה:

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

היבט נוסף של רגשות שהעיסוק מעלה עלה מתשובות המטפלות לשאלה האם היו ממליצות לנשים אחרות לעבוד כמטפלות. חלקן אמרו שהיו ממליצות רק אם יש לאותה אישה תכונות מסוימות כגון סבלנות, כפי שתיארה יעל כשהיא נשאלת אם הייתה ממליצה לנשים אחרות לעסוק בטיפול: "זה מאד תלוי, זה מאד מורכב. זה תלוי באישיות שעומדת מולך... צריך להיות סבלנית ולא לקחת ללב". וחלקן אמרו שהיו ממליצות ללא הסתייגות, כפי שאומרת ריקי: "כן, למה לא? כן, הצעתי כמה פעמים". כלומר, הן ביטאו אמביוולנטיות כלפי העיסוק, מה שעשוי להצביע גם על האמביוולנטיות הרגשית שלהן.

לסיכום, המרואיינות בחרו להדגיש יותר רגשות חיוביים מאשר רגשות שליליים ונראה כי היה למטפלות קל יותר לדבר עליהם ישירות. ההתמודדות עם הרגשות האמביוולנטיים אשר עולים מן הטיפול הסיעודי דורשת מן המטפלות פיתוח אסטרטגיות התמודדות.

אסטרטגיות להתמודדות עם רגשות מעורבים אשר עולים מן הטיפול הסיעודי

כפי שמורים ממצאי המחקר, הטיפול הסיעודי מעורר רגשות רבים ומגוונים, המעלים צרכים רגשיים בקרב המטפלות. איכות הטיפול הסיעודי מותנית במידה רבה בהשקעה הרגשית המתלווה אליו, ומשום שהטיפול הסיעודי מערב רגשות חיוביים ושלייליים גם יחד, מתעורר כאן למעשה דיסוננס רגשי שמחייב את המטפלת לנהל אותו. כדי להתמודד עם דיסוננס זה, פיתחו המטפלות על פי עדותן, שלוש אסטרטגיות התמודדות. אסטרטגיית התמודדות היא דרך התנהלות והתנהגות בסיטואציה מורכבת. לאזרוס ופולקמן (Lazarus & Folkman, 1987) טוענים, על בסיס מחקרים, שיש שתי אסטרטגיות התמודדות עיקריות: אסטרטגיה המתייחסת לבעיה ולפתרונה ואסטרטגיה המתייחסת לרגשות שמתעוררים בסיטואציה. לאור הממצאים העולים ממחקר זה, מסתמן שאסטרטגיות ההתמודדות שבהן נקטו המטפלות כדי לספק מענים לצורכיהן הרגשיים הן מתחום הרגשות והן כוללות:

1. **התייחסות למטופל כאילו היה בן משפחה.** רוב המרואיינות מחשיבות את המטופל כבן משפחה ולרוב מתייחסות אליו כמו אל הורה. נראה כי התייחסות למטופלים כבני משפחה עוזרת למרואיינות להפוך את העבודה שלהן כמטפלות ללגיטימית, שהרי בבני משפחה מקובל ולגיטימי לטפל. תחושות בושה או ניצול נתפסות כהגיוניות יותר בתוך קשרים אשר דומים לקשרי משפחה, מאחר שלבני משפחה קשה לסרב. דוגמה לכך ניתן למצוא בדבריה של שירה שתיארה את הקשרים הקרובים עם המטופלת שלה, שהם חזקים יותר אפילו מן הקשרים של המטופלת עם הבנות שלה ובעצם גורמים לה לראות במטופלת אימא לכל דבר: "היא (המטופלת) מספרת לי הכול, הן (הבנות) לא יודעות שום דבר, זה רק אני יודעת. היא כל דבר מספרת לי, היא כמו אימא בשבילי".

רחל תיארה שהטיפול בזקנים וגם אובדן שלהם, מזכירים לה את הוריה ואת הקשרים שהיו לה עימם, וזה מה שמעניק לה את הכוח ואת המוטיבציה להמשיך להיות מטפלת: "הייתה קשישה שקיבלה עובדת זרה וחודש אחרי שעזבתי היא נפטרה. קשה קשה, אני רואה את ההורים שלי לנגד עיניי. הייתי מאוד קשורה לאבא שלי".

גלית תיארה כיצד ההתייחסות לכל מטופל כאל אבא שלה, גרמה לה לחוש סיפוק ולהתרגל לעבודה וככה גם להישאר בה, לא רק בגלל התשלום שהיא מקבלת, אלא כעבודה מכל הלב: "אני אהבתי את העבודה כי אהבתי את אבא שלי וכל זקן היה כמו אבא שלי... הייתי אוהבת אותו, כאילו זה שלי. זה לא שאני עושה את זה בשביל הכסף. אני הייתי עושה את העבודה מכל הלב, מכל הלב כי הייתי מרחמת. וככה התרגלתי, היה לי סיפוק".

כלומר, להתייחסות למטופלים כאל בני משפחה יש תועלת כפולה: היא גם מסייעת למטפלות להרגיש טוב עם העבודה שלהן וגם מאפשרת להם להמשיך לעבוד כמטפלות.

2. **מיקום הרגשות החיוביים במרכז והסטת הרגשות השליליים לשוליים** – המרואיינות תיארו יחסית בהרחבה את הרגשות החיוביים שלהן כלפי המטופלים או חוויות חיוביות שחוו עם המטופלים ותיארו פחות אירועים שליליים ורגשות שליליים. כלומר, החוויות החיוביות תפסו נפח גדול יותר בריאיון על אף שבשולי דבריהן עלו גם רגשות שליליים, כגון בושה, השפלה ותחושת ניצול. היה נראה כי קל להן יותר לדבר על חוויות חיוביות בעבודה ועל רגשות חיוביים ואפשר שההתמקדות ברגשות החיוביים עוזרת להן בהתמודדות עם רגשות שליליים. דוגמה לכך ניתן למצוא בדבריה של יעל, שדיברה ראשית על הרגשות החיוביים (אהבה) שמתעוררים בה במהלך הטיפול ורק לאחר מכן במהלך הריאיון דיברה (בעקיפין) על רגשות

שליליים, כגון מקרה שבו נפגעה מזקנה שבה טיפלה: "יש כאלה שאני אוהבת, וכאלה שפחות... אני אגיד לך את האמת, כולם אוהבים אותי. באמת, זה נותן הרגשה מאוד טובה. מבטאים את זה במילים... המטופלות שלי מאוד אוהבות אותי, אני מרגישה גם, את רואה שכן אדם אוהב אותך, באים לקראתי. תראי, אני מאוד נוחה. שעה זה שעה... אני מאוד אחראית. יש לי מוסר עבודה חבל על הזמן...". בשלב מאוחר יותר ולקראת סוף הריאיון יעל תיארה מקרה שבו היא נפגעה ממטופלת שלה, אך היא לא מרחיבה עליו את הדיבור ואף מציינת כי מאז התחסנה והיא לא מתייחסת לארועים שליליים שכאלה: "קרה מקרה שנפגעתי ובכיתי ומאז התחסנתי... אני לא אריב ולא אצעק, לא מתייחסת".

גם רות סיפרה בתחילת הריאיון רק על רגשות חיוביים בהקשר לעבודת הטיפול: "אני אוהבת הכול בעבודה... הקשר לקשיש, לדאוג לו... יש לי סיפוק... אם הם לא מרגישים טוב אז אני גם בתוכי לא מרגישה טוב. אני נקשרת, וכל אחת שאני עובדת איתה זה המון שנים". אך בהמשך הריאיון היא סיפרה על אירועים שבהם מנצלים מטפלות: "יש לי חברה שהיא בכלל מאוד מתביישת בעבודה שלה, מאוד. זה חלק מעניין של ניצול, לכי תסבירי לאנשים... אני נתקלתי בדברים הזויים. אחת שהלכה איתו (עם המטופל) לשוק, וסחבה הכול. ראיתי אותה, קיבלתי חום. למה מה קרה? הן לא מבינות שזה ניצול, הן תמימות. מפגרות. את תשמעי את הסיפור של חברה שלי, את תצטררי... האישה הזאת מנצלת אותה לשלוש משפחות לבשל... ואין לה ביטחון ללכת מול האנשים האלה, היא תפסיד עבודה והיא צריכה כסף". כמו כן, כשהיא כבר כן ציינה רגש שלילי שהיא חשה ולכן נשאלה בפירוט מה היא חשה יותר, רגשות חיוביים או רגשות שליליים, היא ענתה שחיוביים ומיסכה את הרגשות השליליים עם רגש החמלה: "למשל היום התעוררו בי עצבים אבל אני יודעת למתן את עצמי, אני קיבלתי חום... אבל יש לי יותר חמלה כלפיה כי היא חולה...". מדברים אלו עולה כי המרואינת אינה חשה לגיטימציה להביע רגשות שליליים שהרי המטופלת חולה וזקוקה לחמלה.

כאשר תמר נשאלה אם יש לה קשיים כלשהם בעבודה היא השיבה: "לא, אין קשה. לא היו לי קשיים, בכל עבודה הסתדרתי". אך בהמשך הריאיון היא סיפרה על מקרה שבו נפגעה ממטופלת ואף שקלה לעזוב אותה: "הייתה לי אחת שעבדתי אצלה חודשיים... היה מרתון, יום שישי הייתי הולכת, פתאום לא היה אוטובוסים, ולא הספקתי, נלחצתי, ובאתי אליה, אז היא אומרת לי: 'למה באת עכשיו?' אמרתי לה: 'מרתון'. אז היא אומרת: 'את שקרנית, לכי לעזאזל, לא רוצה', אז זה פוגע... ברגע שלא מעריכים אותי, אני לא הולכת לעבוד".

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

נוסף לכך, כשהמרואינות נשאלו מה הרגש הדומיננטי שמאפיין את עבודתן, כולן ציינו רגשות חיוביים או תכונות חיוביות, כגון "טוב לב" ו"נתינה" ולא בחרו לציין רגשות שליליים.

3. **הסתרת העיסוק הטיפולי ו/או הסתרת רגשות שליליים** – אסטרטגיה נוספת כוללת שני מנגנונים שונים של הסתרה: הסתרת העיסוק הטיפולי ו/או הסתרת הרגשות השליליים

הכרוכים בעבודת הטיפול מהסביבה של המטפלות. חלק מן המרואיינות הסתירו את העיסוק שלהן ממשפחתן ומחבריהן, בעוד אחרות נמנעו לחלוטין מדבר על הרגשות השליליים שלהן.

המנגנון של הסתרת רגשות שליליים, בא לידי ביטוי בדבריה של שרה. כאשר נשאלה שרה האם עולים גם רגשות שליליים בטיפול, היא שללה זאת מכל וכל: "לא, לא, אמרתי לך. היו לי אנשים שבאמת כל כך ריחמתי עליהם, שהייתי מוכנה למצוא דירה על ידם... מתי שהייתה לי אפשרות להגיע, הגעתי. הייתי קונה לה מהשוק, כאילו ריחמתי עליה, מתוך רחמנות, אמרתי: המסכנה הזאת!". בהמשך הריאיון שרה תיארה תקריות שמשמע מהן שהיא חשה רגשות שליליים של ניצול כלפיה על ידי המטופלים, בעיקר על רקע דרישות לביצוע עבודות שאינן במסגרת תפקידה הפורמלי. כפי שהיא מתארת: "כשבאתי למטופלים, דבר ראשון הם אומרים: 'בוקר טוב, תעשי לי את המגירות', כמה שאת מסבירה שאת לא באת כמנקה ולא כעוזרת, את באת כמטפלת, היא אומרת: 'לא, הבת שלי עושה לי מקלחת', אז בשביל מה את צריכה אותי, בשביל ניקיון?". למרות תקריות אלו, שרה בחרה לענות שאין לה רגשות שליליים כלפי המטופלים.

המנגנון של הסתרת העיסוק מן הסביבה בא לידי ביטוי אצל חלק מן המרואיינות. דוגמה לכך היו דבריה של יעל, שתיארה תהליך של מעבר מהסתרה מלאה של העיסוק להסתרה חלקית: "בשנים הראשונות שעבדתי לא אמרתי לאנשים שאני מטפלת... מהמשפחה של בעלי אני הסתרת את זה שנים. והיום הם יודעים. היום כבר אני מרגישה עם זה יותר נוח להגיד, עם מי שנוח לי אני אומרת. כשלא נוח לי, אני לא אומרת. לשכנים לא, אני מתביישת... גם למורים לא הייתי אומרת". כשאפרת נשאלה האם הילדים שלה מספרים לחבריהם על העיסוק שלה, היא ענתה שילדיה נמנעים מלספר ושידוע לה שיש הרבה מטפלות שלא מספרות לסביבתן שהן עובדות כמטפלות: "לא, הם (הילדים) נמנעים בואי נגיד... אני יודעת שהרבה לא מספרות, הילדים מתביישים".

גם רות סיפרה כי יש לה מכרה העובדת כמטפלת וגם בעלה של המכרה עובד כמטפל ושניהם מתביישים בעיסוק שלהם, עד כדי כך שהמטפל ביקש לא לעבוד עם זקנים בשכונת מגוריו, כדי לא להיתקל במכרים מהשכונה: "שושי למשל תעשה פרצופים (אם ישאלו אותה איפה היא עובדת), גם בעלה עובד (כמטפל) אבל בעלה לא עובד בשכונה, הוא מתבייש, עד כדי כך. למה, למה? היא מתביישת שהיא עובדת עם יפה והיא מנצלת אותה והיא שותקת, היא אוכלת את הלב והיא שותקת".

נראה שכאשר המטפלות מסתירות מן הסביבה את עיסוקן או לא מדברות עליו ובכך מעלימות אותו מן הסביבה, הן מצליחה להתמודד באופן טוב יותר עם הרגשות הכרוכים בעיסוק.

דין

מטרות מחקר זה הן לאתר, לזהות ולחשוף את הרגשות אשר עומדים בבסיס עבודת הסיעוד; לזהות את אסטרטגיות ההתמודדות איתם; ולבחון את מקומם וחשיבותם בעבודת הטיפול. הספרות המקצועית בתחומי העבודה מורה בבירור על השפעתם של רגשות על פעילות עובדים המועסקים בעבודות טיפול (Hochschild, 1983; 2007).

עבודת הסיעוד מאופיינת באינטימיות ומבוססת על קשרים ומערכות יחסים (אלבין, 2016, Stacey, 2011). מחקרים הראו כי קשרי מטפלת-מטופל טובים הם קריטיים להשגת טיפול

איכותי וכי אכן, קשרים קרובים לרוב מתפתחים בין המטפלת לבין המטופל (Eustis & Fischer, 1991; Kane, Kane, Illston, & Eustis, 1994; Woodruff & Applebaum, 1996). עוד נמצא כי זקנים מצפים לקבל תמיכה רגשית מן המטפלת (Eustis & Fischer, 1991). מכאן, שכדי שהמטפלת תוכל לתפקד היטב ולהעניק טיפול איכותי, יש לזהות את רגשותיה, להכיר בהם ולתת תמיכה ולגיטימציה להתנהלותה הרגשית ולדרכי התמודדותה. מסיבות אלו, חשוב לבחון את סוגי הרגשות אשר עולים כחלק מעבודת הסיעוד.

הממצאים העולים ממחקר זה, העוסק בעבודת הטיפול הסיעודי, מזהים את הרגשות המעורבים בעבודת הטיפול וכן מבהירים ומגדירים אותם. הממצאים מורים על חשיבותם ומשמעותם של הרגשות שחוה המטפלת הסיעודית בעבודתה. יחד איתם מסתמן במחקר, בבירור, ההקשר החברתי הבין-אישי כמרחב אנושי המשפיע על הרגשות המעורבים בעבודת הסיעוד ועל איכות הטיפול הניתן למטופל.

המטפלות אשר רואיינו במחקר זה ביטאו הן רגשות חיוביים והן רגשות שליליים. הרגשות החיוביים כללו: אהבה, דאגה וחמלה כלפי המטופלים. ממצא זה תואם לממצאי מחקרים קודמים. במחקר של פורת (2017) על רגשותיהן של מטפלות זרות בישראל, נמצא כי האהבה נחשבת להיבט הבסיסי והחשוב ביותר של הטיפול ושניתן להשתמש בביטויי אהבה כדי לקדם טיפול איכותי. מטופלים ומשפחותיהם גם חיפשו אהבה בתור דרישה בסיסית מן העובדות הזרות. יתרה מכך, המטפלות עצמן רצו שהמטופלים יאהבו אותן.

החמלה גם היא נמצאה כרגש דומיננטי בסיעוד. חמלה מוגדרת בתור תחושת כאב הנגרם עקב מודעות לכאב של אחר (Nussbaum, 2001). מקובל לחשוב שאלו אשר מספקים טיפול בעת צרה, מונעים על ידי חמלה (Pulcini, 2017). מחקרים אשר עוסקים בקשר בין עבודת הסיעוד לבין חמלה מצאו כי חמלה היא רגש מרכזי וחשוב לטיפול סיעודי (Leger, Gastmans, & Verkerk, 2011). חלק מן המטפלות במחקר זה ציינו כי החמלה שהרגישו כלפי מטופליהן עלתה מן הפחד שלהן להגיע למצב של המטופלים שלהן. יכול להיות שהחמלה אשר מבוטאת כלפי המטופלים היא גם ביטוי מסוים של חמלה-עצמית. זקנים אשר דורשים טיפול מידי מצליחים להבדיל בין טיפול המלווה בחמלה לבין טיפול נטול חמלה, והאיכות הנתפסת של הטיפול מושפעת מנוכחות החמלה או מחסרונה (פרילוצקי וכץ, 2014).

במחקר זה זוהו גם רגשות שליליים של המטפלת כגון בושה וניצול. תחושות הבושה אשר נחשפו במחקר תואמות את הממצאים שעלו ממחקר שנערך בקרב מטפלות פיליפיניות בסינגפור. שם נמצא כי רגשות הבושה והניצול בעבודתן הובילו את המטפלות לנסות ולהרחיק את עצמן מן התדמית של העבד הפיליפיני (Amrith, 2010). המרואיינות במחקר הנוכחי תיארו גם הן תחושות של ניצול. ממצאים אלו תואמים את הממצאים של מחקר אחר אשר מצא כי האינטימיות שבסיעוד יכולה להוביל לציפיות שהן מעבר לדרישות התפקיד ולניצול המטפלות על ידי המטופלים (אלבין, 2016; פורת, 2017; Aronson & Neysmith, 1996).

מלבד זיהוי הרגשות השליליים אשר מעורבים בסיעוד, מחקר זה חשף את מנגנוני ההתמודדות עם רגשות שליליים אלו. אחד מן המנגנונים הבולטים ביותר היה התייחסות למטופל כאל בן משפחה. רוב המרואיינות הגדירו את הקשר הטיפולי בתור קשר משפחתי קרוב, אשר בו המטפלת מגלמת את תפקיד בן המשפחה, ובחלק מן המקרים המטפלות החשיבו את עצמן כמשמעותיות יותר

בעיניי המטופל מאשר בני המשפחה האמיתיים שלו. ממצאים אלו נמצאו בהלימה לממצאי מחקרים אחרים אשר מצאו כי מטפלות יוצרות קשרים משפחתיים עם מטופליהן ולכן מתפקדות גם מעבר לדרישות התפקיד שלהן (פורת, 2017; Eustis & Aronson & Neysmith, 1996; Fischer, 1991; Piercy, 2000). במחקרים אחרים גם נמצא כי מטפלות בבתי אבות משתמשות במטאפורות משפחתיות כדי לתאר את הקשרים ואת החיבור שלהן למטופלים וגם כדי לתאר את הטיפול שהן נותנות למטופלים. בדרך זו הן בעצם מממשות את ערך הטיפול בייחוד בקרב משפחות אשר אינן מטפלות בהוריהן בעצמן (Berdes & Eckert, 2007).

קרנר (Kerner, 1998) זיהתה דפוס קשר אשר לו קראה 'בני משפחה פיקטיביים'. בתהליך זה, כניסת המטפלות אל מרחב הבית האינטימי של המטופלים, מעודדת יצירת קשרים אינטימיים. המטפלת מאומצת כבן משפחה, נהנית מחיבה ונחשבת לבת משפחה אמיתית. פירסי (Piercy, 2000) מצאה כי כאשר קשרים טיפוליים הופכים לקשרי חברויות, הזקנים מסופקים מן הטיפול והמטפלות מרגישות מוערכות כבני אדם. נמצא כי החילופין הרגשיים בין המטפלת למטופל הם חיוניים לטיפול איכותי (Olsson & Ingvad, 2001).

במחקר אשר נערך בקרב מטפלות בבתי אבות נמצא כי מעסיקים מעודדים מטפלות לבטא רגשות משפחתיים כלפי המטופלים שלהן, כדי להגיע לטיפול איכותי (Berdes & Eckert, 2007; Nelson, 2015). איילון (Ayalon, 2009) מצאה כי מטפלות פיליפיניות בישראל מצהירות כי הן אוהבות את המטופלות שלהן כמו שהן אוהבות את האימהות שלהן ומגדירות את האהבה בתור חלק אינטגרלי מעבודתן.

בחברות מסורתיות כדוגמת החברה בישראל, ערך המשפחה והטיפול במשפחה הם ערכים עליונים (Fogiel-Bijaoui, 2013). דוגמה לכך הוא חוק הסיעוד הישראלי, אשר מושתת על ההנחה שזקנים צריכים להישאר בתוך הקהילה, דבר אשר מושג על ידי טיפול ותמיכה של המשפחה. נראה כי המטפלות יוצרות קשרים משפחתיים עם המטופלים כדי להצדיק את העבודה כמכובדת, משמעותית וחשובה, בדומה לתפיסת הטיפול במשפחה. השימושים של התייחסות למטופלים כאל בני משפחה הם רבים וכוללים יצירת דימוי עצמי ודימוי עבודה חיוביים, יצירת מנגנון התמודדות אשר יאפשר למטפלות לתפקד במשך שנים בעבודה תובענית וחיזוק הערכים המשפחתיים שהמטפלות והחברה מאמינים בהם.

פיתוח קשרים משפחתיים משרת את שני הצדדים: המטופלים מרגישים שיש להם לגיטימציה לדרוש שירות שהוא מעבר לתיאור תפקיד המטפלת והמטפלות מרגישות תחושת קשר קרוב ושייכות (פורת, 2017). הסבר נוסף לפיתוח קשרים משפחתיים הוא הצורך בקביעה ובהעמקה של המושג המשפחתי אשר עומד בבסיס הטיפול. מהלך זה עשוי להעניק למטפלת לגיטימציה פנימית לכך שהיא עובדת בעבודת הטיפול (עבודה שנחשבת נחותה בחברה) ולגיטימציה חיצונית חברתית לעסוק בעבודה זו. פיתוח קשרים משפחתיים אף מסייע להפחית את תחושת הבושה ואת המעמד הנחות חברתית המקושר לטיפול סיעודי. טיפול סיעודי מושווה פעמים רבות לגרסה האידיאלית של המשפחה, אשר בה הקשרים מבוססים על אהבה ומרכיבים את הבסיס הטיפול אשר מבוסס על גישה ממוקדת אדם (Mignon, 2015).

כאשר אנו באים לבחון את מורכבות הרגשות שהטיפול הסיעודי יוצר, נראה כי יש פרדוקס מובנה בעיסוק. עבודת הסיעוד מעלה רגשות מסוגים שונים, אך אין הכרה בהם, ואין מקום או

לגיטימציה לביטוי רגשות, או לדיון וניתוח סוגיות רגשיות. נראה כי מציאות זו מקשה על המטפלות בהגדרתן את רגשותיהן בנוגע לעבודה. נראה כי חלק מן המרואיינות אף התקשו בהגדרת רגשות, אולי בשל פחד מהעלאת רגשות שליליים, כדוגמת בושה וניצול, אשר איתם קשה להתמודד. דה-וולט (DeVault, 1999) דן בקשיים שבהגדרת רגשות ומציין כי הנושאים והסוגיות שהמרואיינות מתקשות לדבר עליהם הם לרוב חשובים ואינפורמטיביים במיוחד.

בחינת ממצאי המחקר לאור המושגים שהטביע ופיתח גולמן (1995) מבהירה את חיוניותם ומשמעותם בנוגע לטיפול הסיעודי ולמטפלת הסיעודית. מן השילוב בין שתי האינטליגנציות ומהנגשתן לעולם הטיפול הסיעודי עולה ומתבהרת הימצאותה של אינטליגנציה ייחודית הרלוונטית וחיונית לטיפול סיעודי, אשר מובאת לראשונה במחקר זה והיא 'אינטליגנציה טיפולית'.

אינטליגנציה טיפולית – מודל תאורטי חדש

על בסיס ממצאי המחקר והספרות המקצועית בתחום, מאמר זה מציע את המושג 'אינטליגנציה טיפולית'. מושג תאורטי חדש זה ישים לתחום הסיעוד וחיוני להבנת רכיבי הסיעוד האיכותי. 'אינטליגנציה טיפולית' מתייחסת לרכיבי הטיפול הסיעודי האיכותי והיא מתעצבת משילוב של שתי אינטליגנציות מוכרות: אינטליגנציה רגשית ואינטליגנציה חברתית.

אינטליגנציה רגשית מתארת את היכולת, את המיומנות, או את התפיסה העצמית של היכולת לזהות, להעריך ולנהל את הרגשות של האדם עצמו, של אחרים ו/או של קבוצות. האינטליגנציה הרגשית כוללת ארבעה רכיבים: מודעת עצמית, ניהול עצמי, מודעות חברתית וניהול מערכות יחסים. אינטליגנציה חברתית כוללת ארבעה רכיבים: מודעות חברתית, מיומנויות חברתיות, אמפתיה והקשבה. היא מוגדרת בתור היכולת להיות מודע להקשר החברתי הסביבתי הרלוונטי של האדם, להבין רגשות ומצבים רגשיים של אחרים ולבנות ולשמר קשרים חיוביים עם אחרים (גולמן, 1995; Rahim, 2017).

מרכיבי האינטליגנציה הטיפולית

אינטליגנציה טיפולית מתהווה ומתקיימת משילוב של רכיבים ספציפיים של אינטליגנציה חברתית ואינטליגנציה רגשית. מאינטליגנציה רגשית היא שואבת שני רכיבים: (1) מודעות עצמית; (2) ניהול עצמי. מאינטליגנציה חברתית היא שואבת ארבעה רכיבים: (1) אמפתיה; (2) הקשבה; (3) מודעות עצמית; (4) ניהול עצמי. מאמר זה מציע להגדיר אינטליגנציה טיפולית ככוללת ארבעה רכיבים: (1) מודעות עצמית - זיהוי הרגשות אשר עולים מן העיסוק הטיפולי (בתרשים "זיהוי רגשות"; (2) ניהול רגשות חיוביים ושליליים; (3) ביטוי אמפתיה וחמלה (כלפי המטופל); (4) זיהוי צורכי המטופל. השילוב בין הרכיבים האלה יוצר את האינטליגנציה הטיפולית שהיא בבחינת השלם הגדול מסך כל רכיביו (איור 1).

ביטויי האינטליגנציה הטיפולית

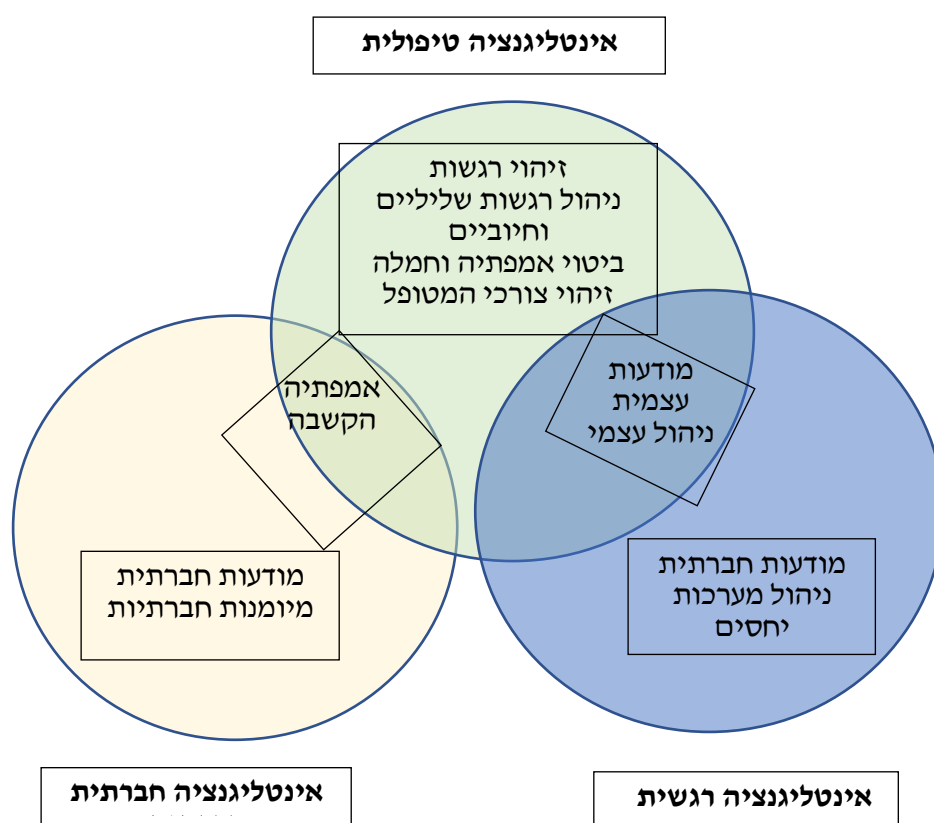
האינטליגנציה הטיפולית באה לידי ביטוי בשני משוורים: (א) כאשר המטפלת מודעת לרגשותיה ויודעת לנהל אותם; (ב) כאשר המטפלת מצליחה לזהות את רגשות המטופלים שלה ואת צורכיהם ומגלה אמפתיה כלפיהם.

האינטליגנציה הטיפולית מאפשרת למטפלת לפתח מיומנויות, כלים ויכולות למתן טיפול איכותי למטופל שלה, כולל מתן טיפול אשר מתאים לצרכים הייחודיים שלו. מן המחקר עלה

שאינטליגנציה טיפולית מבוטאת גם על ידי יכולת הניהול העצמי של השילוב הייחודי של הרגשות אשר מלווים את עבודת הסיעוד; בעיקר בוושה וניצול לצד אהבה, חמלה ודאגה. יכולת זו מאפשרת למטפלות לנהל את הקשרים שלהן עם מטופליהן ולהפריד בין התדמית של העיסוק הטיפולי ובין הטיפול עצמו. אינטליגנציה טיפולית מאפשרת לזהות רגשות ולנהל אותם כדי להתמקד ברגשות החיוביים ולהסיט לשוליים את הרגשות השליליים. כלומר, האינטליגנציה הטיפולית היא גם מנגנון אשר עוזר למטפלות להתמודד עם הדיסוננס הקוגניטיבי אשר נוצר על ידי המתח בין פעולת הטיפול עצמה ובין התדמית החברתית של עבודת הסיעוד.

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

איור 1: מודל האינטליגנציה הטיפולית



לסיכום, מחקר זה בוחן ומנתח את הרגשות המעורבים בסיעוד וגוזר מהם את מושג האינטליגנציה הטיפולית בתור מושג בסיסי בעבודה טיפולית. אינטליגנציה טיפולית בנויה משילוב אינטליגנציה רגשית וחברתית היוצר אינטליגנציה חדשה החיונית למתן טיפול סיעודי איכותי.

אף על פי שהפוטנציאל לאינטליגנציה טיפולית גבוהה נמצא בכל אדם, יש לגלות ולטפח אותה במסגרת עבודה ארגונית. מושג האינטליגנציה הטיפולית מקדם את ההכרה בעיסוק הטיפולי כמקצוע משום שברור כי אינטליגנציה טיפולית דורשת מיומנויות שיש לרכוש, ללמוד ולפתח. כדי שהמטפלת תוכל לבטא את האינטליגנציה הטיפולית שלה, על הארגון לטפח את מושג האינטליגנציה הטיפולית ולגרום למטפלות להתגאות בכך שהן ניחנו בה. ניתן להגיע לכך על ידי

מתן מרחב לביטוי רגשות, העלאת נוכחות מיומנויות הסיעוד בספרה הציבורית ומתן תגמול על מיומנויות סיעוד על ידי שיפור תנאי השכר.

ממצאי מחקר זה מציעים כי איכות הסיעוד מקושרת ומעוצבת על ידי האינטליגנציה הטיפולית והיכולת של המטפלת ליצור קשרים טובים עם המטופלים שלה. עם זאת, מושג האינטליגנציה הטיפולית הוא מושג חדש שיש להמשיך ולפתח על בסיס המחקר בתחום. פיתוח המושג ובחינת הממדים והמאפיינים שלו יספקו מסגרת עבודה לקידום העיסוק הטיפולי ויאפשרו עיצוב של הדרכה מקצועית בתחום הסיעוד.

מגבלות המחקר

למחקר זה שלוש מגבלות עיקריות הנוגעות לאוכלוסיית המדגם שלו. ראשית, המרוויינות במחקר זה הן כולן מטפלות השייכות לאותו ארגון. ייתכן שריאיון עם מטפלות מארגונים אחרים היה מוביל לממצאים שונים ו/או נוספים. שנית, ייתכן שריאיון עם מטפלים גברים על אודות הרגשות שהם חווים בטיפול, היה מוביל לממצאים נוספים, אך מאחר שרוב אוכלוסיית המטפלים הן מטפלות (92%), רואיינו במחקר זה רק נשים. שלישית, לא רואיינו זקנים בנוגע לחוויית הטיפול בהם וכיצד הם חווים את קיום האינטליגנציה הטיפולית או היעדרה, וזהו נושא למחקר אחר. נוסף לכך, דרוש מחקר המשך על המושג החדש 'אינטליגנציה טיפולית' וזאת כדי לפתח תכנית הדרכה רלוונטית לפיתוח אינטליגנציה טיפולית, להקים צוותי הדרכה ייחודיים לפיתוחה ולהרחיב את המחקר על זיהוי רכיביה.

חידוש המחקר ותרומתו

חידוש המחקר

חידושי מחקר זה הם במישור התאורטי ובמישור האמפירי והיישומי. במישור התאורטי, המחקר מציע מודל תאורטי חדש להבנת מהות הטיפול הסיעודי – 'אינטליגנציה טיפולית', אשר מאפשר להבין את רכיבי הטיפול האיכותי. המודל של אינטליגנציה טיפולית עשוי לסייע בקידום העיסוק הטיפולי מעיסוק נחות אל מקצוע בעל ערך אשר דורש מיומנויות והדרכה ומנכיח את חשיבותן של מיומנויות רגשיות בטיפול. אף על פי שהפוטנציאל לאינטליגנציה טיפולית מצוי בכל אדם, הוא צריך להיות מוגדר, מוערך ומטופח. מאחר שמטפלות מעניקות טיפול ביתי ומוסדי בכל העולם, ולא רק בישראל, ניתן ליישם מודל זה גם עבור כלל המטפלות המעניקות טיפול לזקנים בכל מסגרת שהיא.

במישור האמפירי והיישומי, החידוש המחקרי הוא בכך שעד כה ספרות המחקר לא זיהתה קשר בין הרגשות העולים בטיפול ובין אסטרטגיות התמודדות של המטפלות הנותנות מענה לצרכים הרגשיים שלהן. המחקר נותן מקום מובהק וברור לפרספקטיבה ולמשמעות של רגשות המטפלת על החוויה הטיפולית ומכאן על איכות הטיפול שהיא מעניקה. המודל מנכיח את חשיבותן של מיומנויות רגשיות בעבודת הטיפול ובכך הוא עשוי לתרום להעלאת הערך של העיסוק הטיפולי, וכן לפיתוח הכשרה רלוונטית המעצימה את מיומנויות הטיפול הפרקטיות והרגשיות גם יחד. המחקר מדגיש את חשיבות פיתוחן של תוכניות הכשרה העוסקות ברגשות ומיעדות למטפלות, את החשיבות שבמתן תמיכה והדרכה למטפלות ואת החשיבות שבקידום עיסוק הסיעוד אל מקצוע בעל ערך. נוסף על כך, המחקר מחדד את החשיבות והנחיצות של פיתוח תרבות ארגונית

שנותנת מקום לרגשות ולהבעת רגשות. כאשר המטפלות יחושו לגיטימציה להביע רגשות, ייתכן שגם המטופלים יחושו לגיטימציה לשוחח על רגשותיהם, בבחינת מעגל הרגשות בטיפול ובמרחב הטיפולי, כל אלה עשויים להעלות את רווחתה של המטפלת ואת איכות הטיפול הסיעודי.

תרומת המחקר

תרומת המחקר באה לידי ביטוי הן בהבנת הרכיבים הרגשיים של הטיפול הסיעודי ובהצעת מודל תאורטי חדש המאפשר להבין אותם – אינטליגנציה טיפולית והן בהצעת אסטרטגיות לפיתוח אינטליגנציה זו במסגרת ארגוני סיעוד. להלן יובאו אסטרטגיות אפשריות לפיתוח נושא אינטליגנציה טיפולית בארגוני סיעוד.

אסטרטגיות לפיתוח אינטליגנציה טיפולית בארגוני סיעוד

זיהוי הרכיבים של אינטליגנציה טיפולית עשוי לסייע לארגוני סיעוד או למעסיקי מטפלות במוסדות לטפח את האינטליגנציה הייחודית הזו ובכך לשפר את הרווחה הנפשית (well-being) של המטפלות ואת איכות הטיפול שהן מעניקות לזקנים. ניתן להגיע לכך על ידי שימוש בכמה אסטרטגיות:

1. יצירת מסלולי קידום למטפלות, העלאת ההוקרה כלפי מיומנויות סיעוד בספרה הציבורית ומתן תגמול על מיומנויות סיעוד על ידי שיפור תנאי השכר של המטפלות.
2. פיתוח פרקטיקות מקצועיות שתומכות באינטליגנציה טיפולית: מוצע כי ארגוני סיעוד יפתחו קורסי הדרכה בתחום האינטליגנציה הטיפולית. בקורסי הדרכה אלו ניתן להשתמש במתודות של חקרי מקרה, ניתוח אירועים, משחקי תפקידים, ניתוח תצפיות על טיפול באמצעות סרטונים, יצירת סרטונים על טיפול וניתוח מוטיבים רגשיים של אינטליגנציה טיפולית בעבודת הסיעוד וכיצד היא באה לידי ביטוי מעשי בטיפול עצמו.
3. העברת קורסי הדרכה למנהלי המטפלות על אינטליגנציה טיפולית, שכן הם אוכלוסיית מטרה נוספת ללמידה עליה. אם המנהלים ילמדו על אינטליגנציה טיפולית, יוכלו גם הם לזהות ולטפח אותה בקרב המטפלות. במילים אחרות, המשימה המרכזית היא להטמיע את האינטליגנציה הטיפולית בתרבות הארגונית.
4. מוצע ליצור בארגוני סיעוד 'שפת טיפול' אשר כוללת ביטוי רגשות, סיפוק מרחב לביטוי ועיבוד של רגשות ויצירת תוכניות הדרכה אשר מטרתן להתייחס לרכיבים הרגשיים של עבודת הסיעוד.

מסקנות והמלצות

הביקוש לטיפול ביתי-סיעודי צפוי להמשיך לעלות עם הזדקנות האוכלוסייה. משיכת הון אנושי, שמירה על כוח עבודה סיעודי איכותי וניהולו יהיו קריטיים למילוי צורכי הטיפול של זקנים בעתיד (Clarke, 2015). מחקר זה חשף את הרגשות אשר עומדים בבסיס הטיפול הסיעודי ואת האמביוולנטיות המהותית הטמונה בעיסוק הסיעודי. המחקר זיהה את האסטרטגיות אשר משמשות את המטפלות בהתמודדותן עם רגשות אלו ואף הציע מודל תאורטי 'אינטליגנציה טיפולית' אשר מסכם את המיומנויות הרגשיות הדרושות למתן טיפול סיעודי. המחקר הדגיש את החשיבות שבפיתוח קשרים ורגשות משפחתיים של המטפלת כלפי המטופלים שלה, שכן הם קריטיים לאיכות הטיפול, אך גם יוצרים פתח וסיכון לניצולה. כמו כן, המחקר מצא כי התמקדות ברגשות חיוביים ומתן מקום שולי יותר לרגשות שליליים, מאפשרת למטפלות להישאר בעיסוק.

לבסוף, ניתנו המלצות לאסטרטגיות ארגוניות לפיתוח המודל של 'אינטליגנציה טיפולית'. שימוש באסטרטגיות אלו, לצד הנכחה וזיהוי של אינטליגנציה ייחודית זו בתחום הסיעוד, יאפשרו הסתכלות רחבה על הטיפול הסיעודי כעל מקצוע שאפשר לפתח, לחקור ולמקצע. צעדים אלו עשויים לסייע במשיכת כוח אדם סיעודי ובשימורו לאורך שנים.

רשימת מקורות

- אלבין, ע. (2016). בין אינטימיות נדרשת ובתי מוגבלת לכפייה. עיוני משפט, 39, 396-414.
- אסיסקוביץ, ש. (2019). היבטים בביטוח הסיעוד 2017. ירושלים: המוסד ביטוח לאומי.
- בן-יהושע, נ. (1990). המחקר האיכותי בהוראה ובלמידה. גבעתיים: מסדה.
- בנימין, א. (2015). רכש שירותים חברתיים בישראל כמגדר תנאי העסקה: המשא ומתן בין המדינה למעסיקים זוכי המכרזים. ביטחון סוציאלי, 98, 39-62.
- ברודסקי, ג'., שנור, י., באר, ש. ונוויל, א. (2018). זקנים בישראל 2017. ירושלים: מכון מאירס-גיוינט-ברוקדייל.
- ברודסקי, ג'., רזניצקי, ש. וסיטרון, ד. (2011). בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים: מאפייני הטיפול, עומס ותכניות לסיוע ולתמיכה. דמ-508-11. ירושלים: מכון מאירס-גיוינט-ברוקדייל.
- גולמן, ד. (1995). אינטליגנציה רגשית. תל אביב: מטר.
- גולמן, ד. (2007). אינטליגנציה חברתית: המדע החדש של יחסי אנוש. ידיעות ספרים.
- הלמ"ס (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה). (2018). שנתון סטטיסטי לישראל 2018. ירושלים: המחבר.
- המוסד לביטוח לאומי. (2019). דוח שנתי לשנת 2017. ירושלים: המוסד.
- וסרמן, ו. וטנא-גזית, א. (2016). רגשות בארגונים - מדריך למידה. ירושלים: האוניברסיטה הפתוחה.
- חוק הסיעוד, (התשמ"ו-1986), ס"ח 1178.
- יקוביץ, א. ויקוביץ-טישור, ו. (2015). תמיכה במטפלים פורמליים בזקנים. בתוך: ד. פרילוצקי ומ. כהן (עורכות), גרונטולוגיה מעשית, מבט רב מקצועי לעבודה עם אנשים זקנים, כרך ב', (עמ' 319-354). ירושלים: גיוינט אשל.
- כהן, י. (2012). להיות מטפלת סיעודית: חווית הטיפול של מטפלות סיעודיות במלכ"ר. (חיבור לשם קבלת תואר מוסמך בעבודה סוציאלית). ירושלים: האוניברסיטה העברית.
- פוליאקוב, א. ודורון, א. (2016). משמעות החלטה להמשיך לעבוד לאחר גיל הפרישה בקרב

- מטפלות סיעודיות בזקנים בעמותת מטב. *גרונטולוגיה וגריאטריה*, 43(1), 69-91.
- פורת, א. (2017). *זקנים סיעודיים ומהגרות עבודה - "עבודת גבולות" בבית בהשראת המדינה ומוסדותיה*. (חיבור לשם קבלת תואר דוקטור בפילוסופיה), רמת גן: אוניברסיטת בר אילן.
- פרילוצקי, ד. וכץ, ר. (2014). דבר העורכות לגליון מיוחד בנושא חמלה בטיפול. בתוך ד. פרילוצקי ור. כץ (עורכות), *גרונטולוגיה וגריאטריה, מ"א*, 1(1), 9-11.
- פרילוצקי, ד., כץ, ג., קסן, ל. וקרומר-נבו, מ. (2010). *ניתוח נתונים במחקר איכותני*. באר שבע: אוניברסיטת בן גוריון בנגב.
- רשות האוכלוסין וההגירה (2019). נתוני זרים בישראל - דוח רבעוני. ירושלים: אגף תכנון מדיניות ואסטרטגיה.
- שנאן-אלטמן, ש., סוסקולני, ו. ואילון, ל. (2018). *חסמים לטיפול בזקנים על פי חוק סיעוד בקרב מחפשי עבודה*. דוח מחקר מסכם. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- שקדי, א. (2004). *מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני, תאוריה ופרקטיקה*. תל אביב: רמות, אוניברסיטת תל אביב.
- Ajzenstadt, M., & Rosenhek, Z. (2000). Privatisation and new modes of state intervention: The long-term care programme in Israel. *Journal of Social Policy*, 29(2), 247-262.
- Amrith, M. (2010). 'They think we are just paid caregivers': the ambivalence of care in the lives of Filipino Medical workers in Singapore. *The Asia Pacific Journal of Anthropology*, 11(3-4), 410-427.
- Aronson, J., & Neysmith, S. M. (1996). "You're not just in there to do the work" Depersonalizing Policies and the Exploitation of Home Care Workers' Labor. *Gender & Society*, 10(1), 59-77.
- Ayalon, L. (2009). Family and family-like interactions in households with round-the-clock paid foreign carers in Israel. *Ageing & Society*, 29(5), 671-686.
- Baldassar, L., Ferrero, L., & Portis, L. (2017). "More like a daughter than an employee": the kinning process between migrant care workers, elderly care receivers and their extended families. *Identities*, 24(5), 524-541.
- Barnhart, M., Huff, A. D., & Cotte, J. (2014). Like a member of the family: including and excluding paid paid caregivers in performances of family. *Journal of Marketing Management*, 30(15-16), 1680-1702.

- Berdes, C., & Eckert, J. M. (2007). The language of caring: Nurse's aides' use of family metaphors conveys affective care. *The Gerontologist*, 47(3), 340-349.
- Bjerregaard, K., Haslam, S. A., Mewse, A., & Morton, T. (2017). The shared experience of caring: a study of care-workers' motivations and identifications at work. *Ageing & Society*, 37(1), 113-138.
- Borowski, A., & Schmid, H. (2001). Israel's Long-Term Care Insurance Law after a decade of implementation. *Journal of aging & social policy*, 12(1), 49-71.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Cantor, M.H. (1991). Family and community: Changing roles in an aging society. *The Gerontologist* 31 (3), 337-346.
- Clarke, M. (2015). To what extent a “bad” job? Employee perceptions of job quality in community aged care. *Employee Relations*, 37(2), 192-208.
- Clarke, V., & Braun, V. (2013). Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The psychologist*, 26(2), 120-123.
- Cohen, N., Benish, A., & Shamriz-Ilouz, A. (2016). When the Clients Can Choose: Dilemmas of Street-Level Workers in Choice-Based Social Services. *Social Service Review*, 90(4), 620-646.
- Creswell, J. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Sage Publications.
- DeVault, M. L. (1999). *Liberating method: Feminism and social research*. Temple University Press.
- Dwolatzky, T., Brodsky, J., Azaiza, F., Clarfield, A. M., Jacobs, J. M., & Litwin, H. (2017). Coming of age: health-care challenges of an ageing population in Israel. *The Lancet*, 389(10088), 2542-2550.
- Eustis, N. N., & Fischer, L. R. (1991). Relationships between home care clients and their workers: Implications for quality of care. *The Gerontologist*, 31(4), 447-456.

- Fogiel-Bijaoui, S. (2013). The spousal covenant (Brit Hazugiut), or the covenant with the status quo. *Israel Studies Review*, 28(2), 210-227.
- Folbre, N. (2001). *The invisible heart: Economics and family values*. New Press.
- Glaser, B. G. & Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. Bantam.
- Hochschild, A. R. (1983). *The Managed Heart*. Berkeley: University of California Press.
- Holsti, O. (1969). *Content analysis for the social sciences and humanities*. Don Mills, ON: Addison-Wesley.
- Iecovich, E. (2012). The long-term care insurance law in Israel: Present and future. *Journal of aging & social policy*, 24(1), 77-92.
- Kane, R. A., Kane, R. L., Illston, L. H., & Eustis, N. N. (1994). Perspectives on home care quality. *Health care financing review*, 16(1), 69.
- Kavle, S. (1996). *Interviews : An introduction to qualitative research interviewing*. London : Sage.
- Karner, T. X. (1998). Professional caring: Homecare workers as fictive kin. *Journal of Aging Studies*, 12(1), 69-82.
- Languirand, M. A., & Bronstein, R. F. (2013). *How to age in place: Planning for a happy, independent, and financially secure retirement*. Berkeley, CA: Ten Spees Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of personality*, 1(3), 141-169.
- Lavee, Y., & Katz, R. (2003). The family in Israel: Between tradition and modernity. *Marriage & Family Review*, 35(1-2), 193-217.
- Leger, C., Gastmans, C., & Verkerk, M. (2011). *Care, compassion and recognition: An ethical discussion*. Leuven, Belgium: Peeters.
- Love, M., Tendick-Matesanz, F., Thomason, J., Carter, D., Glassman, M., & Zaroni, J. (2017). "Then They Trust You..." Managing Ergonomics in Home Care.

NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy, 27(2), 225-245.

Lyons, E., & Coyle, A. (Eds.). (2016). *Analysing qualitative data in psychology*. Sage.

Kok, L., Berden, C., & Sadiraj, K. (2015). Costs and benefits of home care for the elderly versus residential care: a comparison using propensity scores. *The European Journal of Health Economics*, 16(2), 119-131.

Mayer, J.D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In: P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence : Educational Implications* (pp. 3-31). New York: Basic Books.

Mignon, D. (2015). Beyond Outsourcing. In D. Mignon, A. Armenia & C. L. Stacey (Eds.), *Caring on the Clock* (pp. 14-29). Rutgers University Press.

Moyle, W. (2003). Nurse–patient relationship: A dichotomy of expectations. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(2), 103-109.

Nelson, M. (2015). *Caring on the clock: The complexities and contradictions of paid care work*. Rutgers University Press.

Nussbaum, M. (2001). *Upheavals of thought: The intelligence of emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.

Olsson, E., & Ingvad, B. (2001). The emotional climate of care-giving in home-care services. *Health & social care in the community*, 9(6), 454-463.

Patton, M. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Piercy, K. W. (2000). When it is more than a job: Close relationships between home health aides and older clients. *Journal of Aging and Health*, 12(3), 362-387.

Pulcini, E. (2017). What Emotions Motivate Care? *Emotion Review*, 9(1), 64-71.

Rahim, M. A. (2017). *Social Intelligence, Leadership, and Problem Solving*. Routledge.

Roin, A. (2015). The multifaceted notion of home: Exploring the meaning of home among elderly people living in the Faroe Islands. *Journal of Rural Studies*, 39, 22-31.

- Rodriquez, J. (2011). "It is a Dignity Thing": Nursing Home Care Workers' Use of Emotions. In *Sociological Forum* 26, (2), 265-286. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.
- Schmid, H. (2003). Rethinking the policy of contracting out social services to non-governmental organizations: Lessons and dilemmas. *Public Management Review*, 5(3), 307-323.
- Serrat, O. (2017). *Understanding and developing emotional intelligence Knowledge Solutions* (pp. 329-339). Singapore: Springer.
- Stacey, C. L. (2011). *The caring self: The work experiences of home care aides*. Cornell University Press.
- Starks, H., & Brown Trinidad, S. (2007). Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1372–1380.
- Tracy, S. J. (2010). *Qualitative Quality: Eight "Big-Tent" Criteria for Excellent Qualitative Research*. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837–851
- Walsh, K., & Shutes, I. (2013). Care relationships, quality of care and migrant workers caring for older people. *Ageing & Society*, 33(3), 393-420.
- Wilson, C. B., & Davies, S. (2009). Developing relationships in long term care environments: the contribution of staff. *Journal of clinical nursing*, 18(12), 1746-1755.
- Woodruff, L., & Applebaum, R. (1996). Assuring the quality of in-home supportive services: a consumer perspective. *Journal of Aging Studies*, 10(2), 157-169.

פרק 2 :

Original Paper

**Multi-layered exclusion and Intersectionality:
The Case of Home Paid caregivers in Israel**

Yafit Cohen

Paul Baerwald School of Social Work and Social Welfare, Hebrew University of
Jerusalem, Israel

Status: submitted

**Multi-layered exclusion and Intersectionality:
The Case of Home Paid caregivers in Israel**

Abstract

This article analyses the implications of gender on Israeli paid caregivers who provide home care to elders under the LTC law in Israel. Currently, the care work field is facing a global crisis as the international growing need for paid caregivers expands across the world and the difficulty to preserve a quality work force in the field of care is even more difficult (Stacy, 2011). Since the care giving work is mostly provided by women, it is critical to identify what are the gender implications of the care giving occupation.

The Methodology used to carry out this analysis involved the conduction of in-depth semi-structured interviews with 20 Israeli paid caregivers, and using thematic analyses.

The study's findings show that the inferior state of the caregiving is caused by a Multi-layered exclusion: in the first layer, gender based exclusion, in the second layer, senior women excluding low class women and in the third layer, excluding elders treatment in the caregiving field. The 4th exclusion cross the three exclusion-exclusion of feminine skills.

Conclusions: caregiving is inferior due to its associated feminine properties and the intersectionality. Therefore, the employing organizations should develop a gender sensitive culture and acknowledge the feminine skills as reward and required skills.

Keywords: Gender, Caregiving, LTC law, Qualitative research, Home Care

Introduction

In view of the continuous increase in life expectancy worldwide, the demand for home paid caregivers is rising and is expected to continue to rise. However, the paid caregivers sector suffers from a global crisis, which is reflected in a severe shortage of paid caregivers and a difficulty in maintaining and stabilizing care work filed (Palesy, Jakimowicz, Saunders, & Lewis, 2018; Stacey, 2011)

This reality obliges us to recognize the challenges faced by paid caregivers - majority of women, to raise the main issues with which they are grappling with and to find ways to attract potential paid caregivers to participate in care work (Stacey, 2011).

Feminist scholars have long high-lighted the importance of care, as well as gender inequalities in the provision of care (Misra, 2003). The care deficit- created by an increasing demand for care and a diminishing supply – has placed care work more centrally on the political agenda.

Paid care work is based on work relations between a private employer and an employee's highly stratified along divisions of gender, class, ethnicity, and religion (Scrinzi, 2018). This internal stratification of the sector draws on gendered and racialized assumptions that make the workers' emotional labor invisible, based on the idea of an essentialized "cultural" predisposition for caring among women of certain nationalities (Gallo & Scrinzi, 2016; Scrinzi, 2013). This matches notions of care as "women's work"—work that any woman could do—relying on essentialist assumptions about supposedly "naturally feminine" caring and domestic skills.

The feminist literature has shift from recognizing the gendered division of care to developing a nuanced understanding of how care work reinforces inequalities for paid caregivers and care recipient, including devaluation of the care work (Misra, 2003). This study seeks to examine the ways in which female paid caregivers who provide home care to elderly people describe their experiences, particularly concerning how the occupation and the relationships that constitute it are gendered.

Characteristics of Home care

Home-based care affords social support and assistance for elderly with various health care needs to live as independently as possible in their own homes and communities (Clarke, 2015). The paid caregivers role typically comprises personal care, domestic duties, dependent upon the skills of the caregiver, the ambition of the home care organization, and the needs of the consumer (Meagher, Szebehely & Mears, 2016).

The work of caregiving of the elderly is characterized by intimate aspects, since it is carried out in the domestic sphere and leaves the relationship between the worker and the employer in the interpersonal sphere, while reinforcing the dependence and the connection between the two (Albin, 2016). Intimate work has four main advantages: It enables the creation of meaningful relationships. Significant relationships provide great satisfaction and meaningful work to the paid caregivers. Thus, paid caregivers emphasized the significant relationships that developed between them and their patient, and the patients report the formation of a strong and genuine bond with these paid caregivers. The second advantage is sense of altruism, which many people are interested in. The third advantage is information sharing and emotional closeness and the fourth advantage is the investment in intimate relationships in general, and in those that occur in intimate work in particular. Studies have shown that the intimacy that a person experiences in the workplace reduces stress and improves his mental and physical health. In the context of paid caregivers, the provided intimacy allows older people to stay at home and live in the community and paid caregivers feel a sense of value and satisfaction (Albin, 2016).

However, this intimacy also has drawbacks. Women face contradictory expectations of being intensely involved in emotion work on the one hand and in the efficient performance of tasks on the other, which creates a clash between their habitus and the field of care work. The clash produces social suffering that is difficult to recognize because the practices in the field reproduce and reaffirm the differences in the emotional habitus of men and women (Husso & Hirvonen, 2012).

Care work are considered to be objectively poor because of the meager wages and the few advantages: there is no demand for training, there is no job security, and there is no possibility of progress or development at work (Cooper, 2008).

One of the main difficulties in care work is the solitude of the caregiver. Care work takes place at the patient's home and the caregiver cannot consult with colleagues (Porat, 2017). For paid caregivers, role ambiguity and poor preparation may lead to poor psychosocial health and worker burnout (Vassos, Nankervis, Skerry, & Lante, 2013) along with less good treatment.

Care Work as feminine work

Feminist trends share the ontological premise that it is impossible to understand women's experiences without examining them within the social context of gender inequality (Haker, Lavi-Hagag & Kromer-Nevo, 2014).

Gender helps define how care is framed, who provides it and how it is experienced as a giver and recipient (Abel & Nelson, 1990; Cancian & Oliker, 2000; Talley & Crews, 2007).

Caregiving most often is women's work, regardless whether the care is provided to children or to elders, whether the labor is paid or unpaid, whether the care is delivered in home or in institutions (Rutman, 1996). There is many invisible aspects of caregiving as a form of women's labor. Care work is often discusses as gendered and emotional work and as a space in which different types of relationships can develop, including dependency relationships (Husso & Hirvonen, 2012).

Hatton (2017) argues that invisible work is a work that is not economically appreciated under the auspices of the intersection of three sociological mechanisms: cultural, legal and spatial. This conceptualization demonstrates that invisible work can be done in private households or in the labor market. This model allow to identify multiple-invisible works according to the tradition of cross-sectional theoretic.

The caregiver and the patients have power relations. Public policy and discourse shape and maintain power relations, as Giddens (1991) points out, the apparent arrangement conceals the remote relations that determine its character. The visible arrangement in which paid caregivers serve patients conceals inequality in the public arena. Radical feminism argued that social oppression is deeply rooted in concepts that have been rooted, so that they are taken for granted (Porat, 2017).

Because care is provided in the private sphere- the patient's home, it is considered to be a direct continuation of the woman's roles in her private home - caring for others (Phillips and Austin, 1995; Porat, 2017). Gilligan (1982) notes that a woman defines herself in the context of human relations and relationships, and even judges herself according to her ability to care for the other. There are several common characteristics of women's work: it frees men from the need to engage in this work, and also shapes the masculine concepts into administrative forms of domination. The more women succeed in their work, the more their work goes and disappears from the eyes of men (Harding, 2007). However, the low value of care work and other service work does not lie on low demand, nor to easy or simple implementation, but rather to cultural and social politics of inequality (Ehrenreich & Hochschild, 2003). The low market value of care work lowers the status of the women engaged in it, and ultimately, of all the women. The issue of women's employment conditions is mainly a gender issue, since there are arrangements in the labor market that lead women to

choose jobs characterized by low wages and conditions of employment that reflect violent institutional practices towards working women (Benjamin, 2016).

Because women learn how to care at a young age and often in their homes rather than in educational or work settings, caring is often considered an intrinsic feminine capacity and is disregarded as learned, skilled labor (Palmer & Eveline, 2012). The social and organizational skills necessary to give care are considered “soft skills” (Palmer & Eveline, 2012) that require little formal training and deserve little remuneration. This perpetuates the devaluation of work often performed by women. To counter the image of care work as “low skilled,” previous research has made visible the relational skills paid caregivers use in their everyday work. These include sensitivity, social skills, ingenuity, patience, judgment, and ability to problem solve (Sims-Gould & Martin-Matthews, 2010). Beyond performing mandated tasks laid out in a client’s care plan, paid caregivers spend much time directly interacting and negotiating relationships with clients, their family members, and other health-care providers (Sims-Gould & Martin-Matthews, 2010). Hochschild’s (2000) important concept of ‘global care chains’ brings into view the complex relations generated by women’s migration as others step in to provide care -paid and unpaid - for those left behind.

It seems that paid caregivers might find their work rewarding and meaningful, but their labor is still exploited as they gain skills and work responsibilities without commensurate remuneration.

The Case of Israel

The current policy in most of the developed world, including in Israel, is to develop services in the community so that people can grow old in their own homes (aging in place). At the basis of this policy is a value-based ideological approach that sees in aging in place desirable approach from a moral and social point of view, and this is also the preference of most elderly people (Iecovich, 2012; Languirand & Bronstein, 2013).

Israel population is ageing rapidly and the absolute number of older citizens is growing quickly, with implications for the health services (Dwolatzky et al., 2017). Israel offers a unique perspective on the care of older adults. Israeli LTC law, allows elderly people to remain in their home and live with dignity, while maintaining the highest quality of life (Ajzenstadt & Rosenhek, 2000; Borowski & Schmid, 2001;

Schmid, 2003). It was enacted in response to a substantial growth in the percentage of elderly persons living alone and increased professional support for treating older people in their own homes and communities (Cohen et al., 2016; Iecovich, 2012). Currently, there is 210,000 elderly in Israel (21% of all older Israelis) who are eligible to the LTC law and 82,699 Israeli care-givers along with 57,201 foreign workers who provides this service (Asiskovitch, 2019). It should be noted that there are about 13,000 additional undocumented migrant workers employed as paid caregivers. Eligibility for home care is a function of age, financial status, and functional impairment.

Ajzenstadt and Rozenhack (2001) noted that when manpower is employed by profit and non-profit organizations, the employment conditions, the employment security, and the benefits to which the workers are entitled is lower / worse than those of civil servants.

When examining the status of women in Israel in the labor market, it appears that the organizing principles are the principle of "the second breadwinner" and the principle of concentrating on women's professions. About 60% of the minimum wage earners are women. Three factors in Israeli policy have a particular impact on women: employment, employment through manpower companies, weak enforcement of some of the laws, and the commercialization of social services (Porat, 2017).

In Israel, paid caregivers are primarily Israeli citizen, mostly women, with a substantial portion of the workers coming from the former Soviet Union as part of the large immigration wave of Jews in the early 1990s (Ayalon & Green, 2015). There are three unique characteristics of paid caregivers in Israel: half of the paid caregivers have tertiary education, compared to only 25% in the United States. Second, most of them work part-time, compared to Japanese full-time paid caregivers. Third, in Israel, there is no obligation for paid caregivers to get formal training, compared with the United States and Japan, where paid caregivers are required to take a course before entering the workplace (Saham, 2011). Caregiving job has become to be defined in Israel, as in many other countries, as a "foreign worker job". This has significant effects on the ways in which the relationships of Israeli paid caregivers and their experiences are formed.

None of the studies about paid caregivers in Israel have addressed the gender aspects of care work, including Cohen's (2012) study, which shows that the experience of paid caregivers is complex and ambivalent, fraught with contradictions and tensions.

On the one hand, positive feelings such as satisfaction and a sense of meaning arose from the provision of caregiving, as well as positive self-perception, and negative feelings, such as shame on the social and public image of caring for the elderly.

Another study strengthens these findings and highlights that paid caregivers in Israel come to this occupation by default, but over the years have found meaning in their work and emphasized the importance of the treatment they provide by holding the narrative of "super" paid caregivers (Poliakov & Doron, 2016).

This study serves to advance and highlight the importance of Armstrong's (2013) feminist political economy approach to skills. Armstrong (2013) encourages researchers to think beyond "the labor processes that deskill and limit control" (p. 258), and to devote more attention to the conditions and contexts of work.

Design and Methods

This study employs the qualitative research method. As qualitative methods are considered suitable to answer research questions concerned with meaning, sense-making, and subjective experience (Lyons & Coyle, 2016). The objective of the qualitative research is to expose the many different individual interpretations of reality (Kavle, 1996). This study uses feminist research methods, because when we focus on the experiences of women, it is impossible to ignore the analysis of the social and ideological structures that affect these experiences. Institutional ethnography must therefore be used as a sociological-feminist method, which enables the connection between individual experiences and social constructs (Hecker, Lavie-Ajay & Krumer-Nevo, 2014).

Study Sample

Focused criteria sampling in qualitative research is important for identifying information-rich participants who can offer deep insights into the subject under scrutiny (Patton, 2002). In this respect, the present study's sample consisted of caregivers who, on a daily basis, provide direct care for the elderly. The Israeli paid caregivers were chosen from the largest and the oldest nursing organizations in Israel. The sample was purposively selected to include as much diversity as possible among the participants, such as a range in their ages and Seniority in the Organization.

For the purpose of this study, the criteria for participation was defined as those who work at least 5 years as care-givers. This criterion was determined since it appears that five years is a sufficient time to acquire rich and varied experience in the care work and to develop practical and emotional care skills with a rich perspective. It is also likely that a therapist who remains in the occupation for five years is less likely to drop out of the occupation and that over the years she learned how to manage in the therapeutic area, since over the course of five years of experience, coping strategies and some action usually develop.

The care-givers were recruited from lists that were provided to the researcher.

This study included 20 care-givers (N=20). 15 of the interviewees were born in Israel. At the time of sampling, the care-givers' ages ranged from 43 to 71, with an average of 57.85 years. Their average formal education was 11.5 years. In terms of organizational seniority, the average was 14 years.

Table 1 below summarizes the personal background variables of the study's participants (all names are pseudonyms).

Table 1: Participants' details

Seniority in the Organization	Education Number of Years	Marital status	Origin	Age	Pseudonym
9	13	Married + 3	Israel	43	Yael
28	12	Divorce + 2	Morocco	71	Sara
6	14	Married + 3	France	57	Liza
6	12	Divorce + 6	Israel	56	Ruth
8	12	Married + 4	Israel	48	Miriam
6	8	Married + 5	Israel	64	Rachel
5	12	Married + 6	Israel	58	Debbi
10	12	Divorce + 8	Israel	51	Ilana
6	12	Married + 7	Israel	56	Riki
5	12	Married + 4	Israel	59	Liat
30	10	Married + 3	Persia	64	Galit
30	14	Married + 3	Israel	56	Shira
10	13	Married + 8	Israel	57	Efrat
20	10	Married + 4	Israel	59	Aliza
27	12	Widow +4	Israel	65	Tamar
25	10	Married + 5	Uzbekistan	57	Batya
11	10	Married + 11	Israel	57	Michal
17	8	Married + 4	Israel	69	Hadas
10	11	Married + 3	Israel	55	Sigal
12	14	Widow + 2	Russia	55	Anna

The Interview

The interview included questions on several topics: General questions about the experience of providing nursing care such as: "What is the care work for you?", "What do you like about the work of care?", "What is hard for you in the care work?" "Do you think your patient and his family appreciate your work and investment? ". Questions about gender aspects in the care work such as: "Who do you think is more suitable for care work? Women / men?", "Do you think men can take care of the elderly?", "Are there any feminine traits / characteristics that help a woman to provide good care?", "Does The organization is a feminist organization?", Questions about vocational training and work experience in the organization such as: "Do you think training for care work is needed? ", "Do you have anyone to talk to about problems and issues that arise in your work? ", "Do you have anyone to talk to about emotions Emerging in Care?" , "Would you recommend other women to work as home caregivers?" , "What advice can you give to a beginning care giver?" , "Provide a metaphor for the care work" (see full version of the questionnaire in the appendices). Interviews were face-to-face and were recorded and transcribed by the researcher. Each interview lasted from one hour to three hours and was conducted at the caregiver's home or coffee shop of her choice.

Data analysis

In qualitative research, three approaches of analysis can be used: phenomenology, discourse analysis, and grounded theory, each with key principles and characteristics (Starks & Trinidad, 2007). The method chosen in this study is the phenomenological method. According to this method, the purpose of the study is to describe and analyze the lived experience of individual by exposing the meaning and common features of an experience (Starks & Trinidad, 2007). Because the research question deals with interpretation and giving meaning to the gendered aspects of care work, the phenomenological method is appropriate.

In keeping with thematic analysis, the analyzing of the interviews included six steps as mention at Bruan & Clarke (2006): First, Familiarity with the data: the interviews were read sequentially as one unit and then each interview was carefully read separately aimed at creating a complete and balanced picture of the data received, moving beyond the initial impression obtained during his interview (Hsieh & Shannon, 2005). Second, coding was done on each interview. Analysis involved line-

by-line coding and was inductive, with codes and categories emerging from participants' narratives. A process of sorting, reorganizing, and reassembling the initial encodings from the individual interviews into units of meaning then took place. Coding was performed manually. Third, the main themes have been identified (For example, seeing care work as more suitable for women). Then the themes were re-examined in order to see if these are the exact themes emerging from the interviews. Each theme got a definition and name. Finally, re-integrative writing was conducted in order to create the complete story.

Each interview lasted for one to three hours and took place in the caregiver's home or in a café. Each interview was managed as a structural-targeted conversation, aiming to provide a full image of events and social situations that cannot otherwise be seen (Creswell, 1998).

In order to maintain the eight principles of good qualitative research (Tracy, 2010), a few steps has been taken. Worthy topic: The topic of nursing care and the shortage of manpower in this field is on the social agenda, in Israel and throughout the world. Therefore, it's relevant, timely and significant topic. The gender aspect of care work are especially important because the majority of the caregivers are women. Rich rigor: an attempt was made to bring rich and "thick" descriptions of the themes along with appropriate quotes. Sincerity: self-reflexivity was made throughout this study. While conducting the interviews and analyzing them, an attempt was made to be aware of my personal opinions and possible biases. For example, how me being a woman and social worker influences the examination of the gendered aspects of care work. Credibility: an attempt was made to bring thick description and showing rather than telling. process of crystallization and triangulation was made. Triangulation in qualitative research assumes that if two or more sources of data, theoretical frameworks, types of data collected, or researchers converge on the same conclusion, then the conclusion is more credible. Crystallization means that these findings should also come together. In this research, the findings were examined in light of the theoretical framework and the interview's was given to another reader which came to the same findings. Resonance: the ability to influence readers through, for example, naturalistic generalization That is, the ability to take the individual cases and place them in a wider context. An examination of the gendered aspects of care work in a wider social context was undertaken in this study. Significant contribution: This research has the potential to contribute to two disadvantaged populations: the elderly

and the caregivers, and the finding of this research has practical implication for nursing organization and policy makers. Ethical aspects has been taken into account, as detailed below. Meaningful coherence was achieved by using qualitative methods that fit this research question and the stated goals of this research, as explained before.

Study Procedure

The sampling in this study is not statistical, but theoretical and targeted (Shkedi, 2004). The interviewees were recruited in two ways: through lists provided by the organization of all caregivers, and then the researcher randomly selected caregivers working over five years, and through recommendations from employees in the organization on caregivers over five years. The interviewed care-givers were chosen in order to maximize variance. Variance was important in order to provide a heterogenic picture of opinions, thoughts, and feelings that the care-givers see as shaping their care giving experience. The sampling was completed at the point of “theoretical saturation”, that is when the findings began to repeat themselves, the data had been fully utilized and there was no need for additional interviews (Glaser, 1967).

Ethical aspects

Participants were asked to sign a consent form, which provided information about the research, the researcher and the purpose of the research. Emphasis was placed on the respondents' right to halt their participation in the research whenever they wished and their right not to answer questions they do not want to answer.

Privacy and confidentiality was guaranteed, promising that all personal information would be protected and hidden. The study was approved by the Ethics Committee of the Hebrew University in Jerusalem, Israel, and by the organization that employs the caregivers.

Findings

The analysis of the interviews shows three main themes: Perception of the caregiving work as a feminine job that require feminine skills. Second, 3 circles of exclusion described by the interviewees: general gender based exclusion of women by men, exclusion within gender - high-class women (managers in the organization, family members of patients) exclude low-class women and three, the exclusion of elderly care in the treatment professions. The third theme was coping strategies with the inferior status of the occupation, as will be detailed below.

Perceptions of the caregiving work as a feminine job

Most of the interviewees perceived the caregiving work as a feminine job. Therefore, it is more suitable for women rather than men. The interviewees pointed out that a man is better as a caregiver, only when intimate care is needed, such as bathing, or in a case that the elderly may sexually harass a caregiver who is a woman . The interviewees noted that women have unique traits and abilities that make them more suitable for care work. For example, Liza explains that women are more suitable for the caregiving work, because of their nature:

"Women have a flexible thing. Their flexibility applies on getting fat, losing weight, pregnancy, giving birth, keeping everything organized... women are flexible with their kids, so they can treat elders better... feminine characteristics... listening, being patient... I think women are smarter... women are running the world".

Yael is also explaining that since the caregiver duties are in any case feminine duties and every woman do them regularly on a daily basis, caregiving work is just an installment of the everyday work at home for women:

"Of course a woman is more suitable... Because the job is mostly about feminine work. The basic cleaning, the medicines thing, the grocery store thing, it is a feminine work".

Batya describes the special abilities of women, that is different than the abilities that men have, that mostly end up in that line of work because they ran out of options and not because they are suitable for work:

"Women can give more than men. Clothing, showering, men wouldn't shower the patient the way women will... it is not the same. Men do not have the patient that women have... it is obvious that they won't wash the dishes like women; they won't cook the way women will... that's the way I see it. That is for sure. Men are working

this job because they do not have any other option, either they retired and do not have a job, or they can't find anything to do with themselves so they are looking for something to do and get out of their house". Another reason the paid caregivers noted that the treatment work is more suitable for women is because men cannot make a living from the treatment, and women are not expected to bring a high salary home. It seems that the interviewees perceived automatically care work as suitable mostly to women. As part of the perception that the caregiving work is feminine, the interviewees also used some metaphors of treating and femininity for the caregiving work. When the interviewees were asked to complete the sentence "being a caregiver is like...", most of them came up with positive associations. For example Aliza notes that being a caregiver is like "being merciful, loving, to love them, to have mercy on them. I feel pity for them".

Ilana adds as a metaphor the measurements of the familial relationship between the caregiver and her patients; she is like a mother for them:

"Being a caregiver is being a mother, by all means... because you care, you can really get attached, you feel responsible for them in some way". Although the perceptions of the paid caregivers about the care work itself are positive, the caregiving image is being perceived as inferior. Reality manifested in 3 circles of exclusion. Another interesting finding was that in terms of ethnicity, although paid caregivers came from different backgrounds and countries of origin, there were no differences in their employment experience and perception of work.

Multi layered exclusion

Between the lines of the paid caregivers words, three circles of exclusion arose:

Gender based exclusion: The interviewees claimed that care work was more appropriate for women because men were supposed to be the main breadwinners of the family. It seems that these perceptions were rooted in them from within the patriarchal social structure, as Batya noted: "A man can't work in this job, is the breadwinner at home, he has to bring the salary. A woman can work part-time, a man can not support a family from the salary of the treatment work".

One of the expressions of gender based exclusion is the low wages paid to paid caregivers. All the paid caregivers noted that the salary they get is offensive and not rewarding. Sigal describes that despite the importance of the paid caregivers in the elders' life, they aren't rewarded as they should be:

"That salary is good for starving, we put so much of ourselves into it, and that's really hurts because if not for us the paid caregivers, what would the elders do?"

That stands out especially because that the senior paid caregivers earn the same as a new paid caregivers, Like Sarah explains:

"The salary is very miserable... I work as a caregiver for almost 30 years... I told them in the office that my salary is miserable... they said they will give me a raise of one shekel... Its miserable... if you will start working today as a caregiver, you will get the salary I get today, and I never talked about the salary".

A second circle is the exclusion of low-class women by high-class women. The interviewees described situations in which they were not treated good by women of a higher class, such as family members of their patient. Galit described a reality in which even though the patient's daughter lives close to her, she never offers her a lift and does not say hello to her:

"She will never call, and say, "Listen, we're going up, wait downstairs now, and they go from my house... yesterday She came to me from the car, her daughter ... You know what, I'm here, she's here, as if she's at an angle, she did not even say good morning".

Third circle is the exclusion of elderly care in care work - when the interviewees were asked if treating other population, such as kids, is harder than treating elders, most of the paid caregivers said that treating kids is harder. Yet, some of the paid caregivers noted that even though treating elders is easier, it is considered social- imagelly inferior than treating kids. As Liza explains:

"Kindergarten teacher is considered more senior, for sure... I feel that the kids give life, and the elders are taking it".

Rachel describing the differences between treating elders and treating kids, quoting her sister's comment when she offered her to treat elders:

"Treating kids is a different world. Totally different. My sister for example, she works with kids. I told her 'Enough with the kids, come and work as a caregiver for a few hours", and she tells me "Me treating elders? No way! I can't touch them; it is only kids for me". It seems that the social image of treating elders is very low and negative.

Sigal explains that the difference between treating elders and treating kids is the level of sensitivity: "Kids you love, elders- you feel sorry for them, it is more pity... I do it out of love, but also out of pity". The combination of the three exclusion circles together with the intersection of marginal locations of care work, multiplies the

inferior that the caregivers experience. The inferiority experience is a complex experience for the caregivers and require them to invest deep emotions, as well as physical and instrumental functional investment. It seems that the quality of care is largely dependent on the emotional investment that goes with it. That can create an emotional dissonance that requires the caregivers to develop coping strategies.

Coping strategies with the low class of care work

The interviewees described three main coping strategies. The first one is differentiation and distancing themselves from other paid caregivers in the organization, to keep a sense of worthiness in the inferior job. Most of the interviewees noted that they are different than other 'regular' paid caregivers in the organization, which they keep distance from and not making social contact with. So for example, Yael explains the difference between her and other paid caregivers:

"There's not a lot of paid caregivers like me, I'm an asset... by personality, by style, by the family status, it is all so different... One is divorced, one is a single parent, another one do not have a place to eat... and most of the paid caregivers are older, there isn't a lot of them who have my style... I have a functional family... I do not want it to sound like I'm bragging, but I'm not like all the other paid caregivers".

Ruth notes that she noticed the low quality of other paid caregivers when she took the course and was poorly impressed:

"Retarded women came there (the course), retarded, without any brain... There were all the substitute paid caregivers you see, what are those creatures? What is that stupidity?... When you take a course and you see who is sitting next to you, it is not pleasant to me too, sorry, but that's not right... You need some brain for this job".

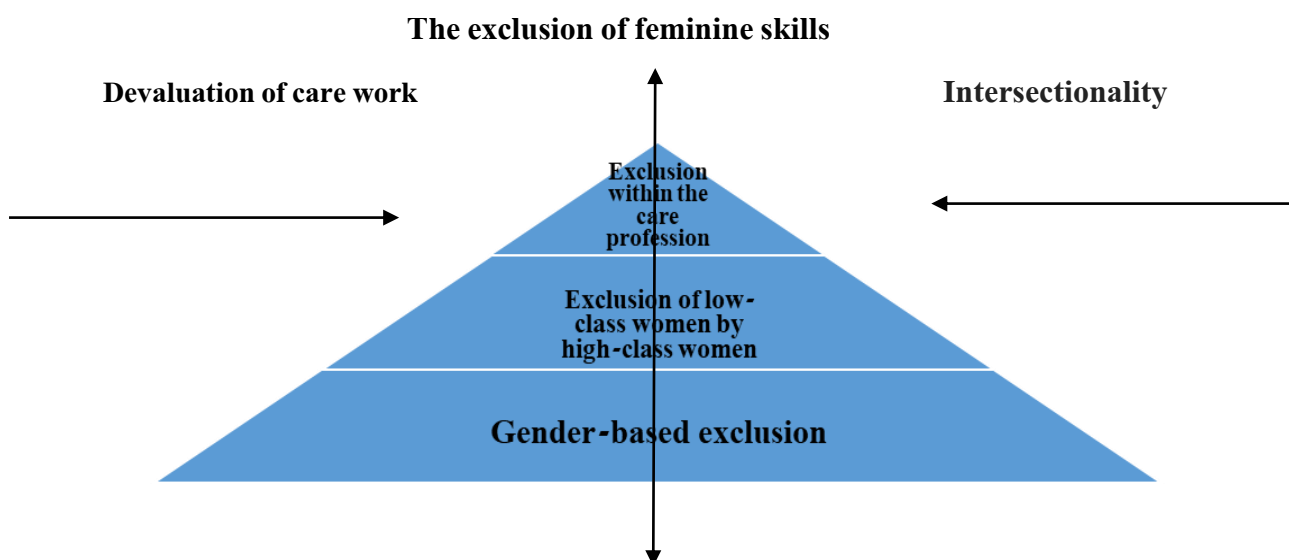
It seems that the interviewees are distancing themselves from the paid caregivers' community and by that they manage to survive in that job. The second strategy is Giving extra meaning to their job. Most of the interviewees consider their work as meaningful. They redesigning their work by giving their patients more than the job require, develop meaningful relationships with their patients and perceived that job as a public service. That mechanism helps them to stay in that job for many years and persist it.

The third strategy is hiding caregiving occupation from society. It seems that the inferiority of caregiving work, causing most of the interviewees to accept the low society image of treating elders, and so some of the paid caregivers are hiding their

job or aren't talking about it much in front of people. For example Yael tells how she was ashamed to tell her surroundings about her work as a caregiver:

"I didn't tell anybody that I'm a caregiver... there is a label on this job. That paid caregivers are second rated people... I even got comments from the elders: "how is it possible you are a caregiver?" it is like it doesn't fit. There's a negative label paid caregivers... that they should have a horrible economic background, divorced or widowed... there is no dignity in that job. Telling someone you are a caregiver doesn't make a good impression... so my daughters won't tell their friends... I didn't tell their teachers either... it is not a job to be proud of". Ilana also notes that the caregiving work is an "invisible" job in the eyes of society, and her kids are ashamed of her work: "That kind of work is being done by the "invisible" people... that's the way it is, that's how people see us... my kids do not like that. They are ashamed... I do not think I'm a thief, I'm earning a decent living and I do not think I have something to be ashamed of. I'm saying : "I'm a caregiver, yes, that's the way it is", not proudly as a doctor, but I do say that... so there are some people like... 'We expected more of you', but they are trying to hide it". The need for these coping strategies appears to be due to multi-layered exclusion that the paid caregivers experience. In conclusion, the interviewees perceiving the caregiving work as a feminine and low status job. As a coping strategies they distances themselves from other paid caregivers and creates value in their work by developing significant relationships. They describes three types of exclusion while the fourth exclusion emerge from the three exclusion and crosses all of them, as detailed in Figure 2:

Figure 2: Multi-layered exclusion



The exclusion of feminine skills

Discussion

The background for understanding the findings is on one hand, the class of the working women at all and paid caregivers in particular, and the mechanisms of repression in the social structure, and on the other hand the low value of the care work.

To deeply understand the situation of women who are dealing with hard working conditions, like the paid caregivers do, which operate in a capitalist and patriarchal space, we need to test their intersectionality, and to analyze their connections inside the social structure (Mohanti, 2006). The dominant perception of care work is as “nonskilled” and “feminine” work. The social characteristics of gender, class, age and more, might be used as ingredients in the oppression mechanisms in the capitalistic and women excluding social structures. Furthermore, it was found that in many social structures those ingredients are not parallel, but intersectional and can create unique margin states, that their effect is bigger than the effect of the amount of the oppression modes (Krumer- Nevo, 2006). These mechanisms determine the class of the paid caregivers and the class of the caregiving work. These mechanisms creates situations of "margins" and "others" of women in the society.

"Margins" and "others" as doubling inferiority mechanisms

The concept of intersectionality intended to illuminate dynamics that have often been overlooked by feminist movements and theory (Thompson, 2002). As articulated by Hooks (2014), the emergence of intersectionality "challenged the notion that 'gender' was the primary factor determining a woman's fate". The assumptions of the feminist research about gender, sexuality, race and class, are that this is dynamical categories, which are affected by hierarchical power relations in a specific time and place, and are connected to each other (Krumer- Nevo et al. , 2014).

The benefit in using intersectional theory is that it moves away from a strictly gendered analysis to one that accounts for the multiple marginalized locations occupied by women from different class and ethnic backgrounds (Flippen, 2014).

It seems that the interviewees do not criticize or recognize the current social order, but accept the social order that women are more suitable for low class jobs as. The interviewees didn't note that because they are women, they are suffering from

working inferiority. It seems like they accepted the gender oppression in which woman is more suitable than man to low class jobs, and she is even skilled to fulfill that job as an installment to her motherly duties at home. Here, the private sphere (home) is being expanded to public sphere (care work) in what is being perceived as natural. Because the private familial sphere is classless, the classlessness of it is copied to the public sphere too.

The term "others" helps us to understand the class of the paid caregivers and the caregiving work. "Others" means denial of humanity from women in certain groups to the point of ignoring their feelings. Patriarchal social structure is characterized by processes which create connection between "margins" and "others", so the opportunity to pay a low pay grade for a hard work that is being done through "margins" and "others" is being based (Benjamin, 2017). In that way obscurity is made between "margins" and "others" to inferiority, and occupational vulnerability is formed. That vulnerability entrenched by processes which tie together feminine and inferiority and minimizing rewarding mechanisms in the labor market which called: disposition of array. That situation is characterized by the jobs that organized according to the temporal, partial and hourly principles. Videlicet, women get a low pay grade in relation to the actual value of their work and its quality (Benjamin, 2017). Dispossession of skill is taking a part when employers refuse to acknowledge the economic value of knowledge, experience, and skills that the employee put unto her work, and more importantly, they refuse to give her a raise in a way that show recognition in these components of her work. Different processes are promoting disposition of skill and that phenomenon is turned mostly toward "feminine" jobs, like paid caregivers (Benjamin, 2017).

Multi layered exclusion

It seems that the paid caregivers experience exclusion in 3 different circles:

1. Gender exclusion of men regarding women, in a society in which women are discriminated against and their starting point is lower compared to the starting point of men. Care work, which is considered to be boundary work is also done between economics and paid labor as a male sphere and the world of care and the house as counting and work done without material compensation. In recent decades, some of the tasks of treatment have become a part of the market economy, but the dichotomous perception affects the material compensation paid to paid caregivers.

Emotional labour can be seen as gendered at several levels. Firstly, it is associated with the sexual division of labour whereby men have traditionally been located within the world of (rational) production while women have been assigned to caring and nurturance in the private sphere of the home (Taylor and Tyler, 2000; Sturdy, 2002).

2. Exclusion within the women themselves, by higher class senior women regarding low class women, as Hooks describes (Hooks, 1986) about women from low class oppression by high class women.

3. Excluding elders' caregiving work in the caregiving field of work. As the paid caregivers themselves testify, the status and social class of children's paid caregivers, for example, is higher than the elders' paid caregivers' class and status.

The class of the paid caregivers in the society is derived directly from the class of their patients' population. While some of the researchers claim that the elders' population is an inferior population by itself (Porat, 2017; Ayalon & Ashkenazi, 2016), and its paid caregivers are even more (Stacy, 2011). The interviewees express "double margins" in their answers: margins because they are women (the caregiving work is suitable only for women), and margins because they are treating elders, which is excluded population itself. The interviewees used different coping strategies to deal with that situation, such as: keeping distance from other paid caregivers and redesigning the job by finding meaning in relationships with the patients. This strategy is known in the literature as "redesigning work" mechanism (Wrzesniewski, 2013). It was found that the way people experiencing their job is mainly a matter of choice and perspective, and is not very attached to the nature of the work itself. They called this phenomenon 'job crafting' which means's redesigning of the job in a way that increase the satisfaction, the sturdiness and the prosperity. Part of this is redesigning relationships- people change the relationships they have at work, so the perception of the meaning of work changes.

The 4th exclusion rose implicitly from the three other exclusion and that is the exclusion of feminine skills from the public space. These skills including the skills of caregiving, that requires emotional intelligence, and even though these are not simple skills, they do not get any recognition or reward.

The exclusion circles are expressed in a few ways. First of all, the professional level. To be a caregiver, in most of the countries there is no training before entering the job, and if there is, it is partial and limited training (Stacy, 2011). In Israel there is no demand for training before entering the caregiving job (Porat, 2017).

Second, there are no professional promoting courses for the paid caregivers, and so, the reality in which senior caregiver has the same pay and class as new caregiver have, is created. Additionally, the work conditions of the paid caregivers includes low pay, mostly the minimum pay that is possible to give, and hourly employment in part-time jobs, that express the offensive work conditions, that keep the paid caregivers in a low economic level. These conditions keep women in inferior class.

Devaluation of care work and Exclusion of feminine skills set the class of caregiving

Value degradation of care work and Exclusion of skills are occupation dimensions that intersect and set together the inferior class of caregiving. The caregiving is an occupation that is based, mostly if not entirely, as the findings show, on soft skills. Soft skills are interpersonal communication, listening, flexibility, emotional intelligence and caring (Fisher, 1999). Observing the caregiving work shows that feminine characteristics of soft skills, which usually perceived as inferior, are playing a mainly part in the caregiving work. In care work, capacities considered innate, rather than learned, are rarely valued as skills. Hard skills have clearly measurable, productive outputs such as those associated with transferring a client from a bed to a chair or inserting a catheter. Soft skills, by contrast, entail developing and maintaining interpersonal relationships and sometimes involve emotional labor (Hochschild, 2012). Visible skills are typically easy to see and may often be taught and learned in specific ways, while invisible skills may not always be learned through a clear process and may not be readily apparent to those who are outside of direct work processes (Barken et al., 2015).

Although care work does not required degree, diploma or license it requires soft skills. it is difficult to measure the time required to do work well, especially when the work requires soft or invisible skills that are difficult to measure (Armstrong, 2013). The findings presented in this article advance Armstrong's theoretical argument because they problematize assumptions that lower skilled, marginalized workers have little sense of control over work processes (Barken et al., 2015).

Some participants felt paid caregivers were especially well positioned to perform transferred tasks because of these interpersonal or emotional skills.

The Care paradox- the high responsibility and the low class

The care paradox is a new term used in this research which means that the women, who do the most essential work in the society such as elders' caregiving, rewarded poorly and have the most inferior class. These women are responsible for the quality of life of many elders and sometimes their caregiving can extend the life span of the elders and on the other hand, alienated treatment can worsen the state of the elder. Good treatment for elders should be the society interest, but that job is mocked, excluded and not rewarding.

Summary and recommendations

This article reviles gender aspect in care work. The interviewees perceiving the job as a feminine job, inferior than other jobs. They recognize that inferiority and so they develop coping strategies of differentiation from other paid caregivers and redesigning their work by giving it meaning. It seems that the interviewees is suffering from multi-layered exclusion in 3 different circles. The contribution of this article is the identification of the cause to the inferiority of the care giving work- the combination of the three exclusion. Those two elements combined together, double the inferiority of the care giving work.

These findings have implications for regulating bodies and employers as they develop training to ensure that paid caregivers have the appropriate skills for care work, and that soft skills get their proper place (Barken et al., 2015).

In the policy level, it is necessary to take action for raising the class of the paid caregivers and acknowledge the need of the feminine skills for treating elders, and for raising the quality of the treatment. It is suggested that the nursing organization will create gender aware treatment and pay attention specifically to the feminine skills, that didn't get, so far, recognition in the public sphere.

This steps may help us improve working conditions for caregivers, protect workers, attract and retain new workers to meet the rising home care needs created by the historic ongoing shift in population demographics.

Research Limitations

The limitations of this study relate to the sample population. The interviewees in this study worked for the same organization, and it is possible that interviewing paid caregivers from other organizations would lead to different findings. Another limitation is that only Israeli caregivers were interviewed and not foreign workers, and that because the majority of the caregivers in Israel are Israeli. In Addition, male

caregivers were not interviewed to determine the differences between the experiences of female caregivers and male caregivers (That's because most caregivers are women) and elderly were not interviewed to see if they experienced a difference in the treatment they receive from women versus the treatment they receive from men.

References

- Asiskovitch, S. (2019). *Aspects of Nursing Insurance 2017*. Jerusalem: National Insurance Institute. [In Hebrew]
- Ajzenstadt, M., & Rosenhek, Z. (2000). Privatisation and new modes of state intervention: The long-term care program in Israel. *Journal of Social Policy*, 29(2), 247-262.
- Albin, E. (2016). Between intimacy required and unlimited coercion: the case of domestic workers. *Iyunei Mishpat*, 39, 369-414. [In Hebrew]
- Armstrong, P. (2013). Puzzling skills: Feminist political economy approaches. *Canadian Review of Sociology*, 50(3), 256-283.
- Aronson, J., & Neysmith, S. M. (1996). "You're not just in there to do the work" Depersonalizing Policies and the Exploitation of Home Care Workers' Labor. *Gender & Society*, 10(1), 59-77.
- Ayalon, L., & Ascenazi, O. (2016). Inter - cultural encounter of Filipino paid caregivers with The elderly in their care and with their families. *Megamot*, 51(1), 1-28. [In Hebrew]
- Ayalon, L., & Green, O. (2015). Live-in versus live-out home care in Israel: satisfaction with services and paid caregivers' outcomes. *The Gerontologist*, 55(4), 628-642.
- Barken, R., Denton, M., Plenderleith, J., Zeytinoglu, I. U. & Brookman, C. (2015). Home care workers' skills in the context of task shifting: complexities in care work. *Canadian Review of Sociology*, 52(3), 289-309.
- Benjamin, O. (2016). *Gendering Israel 's Outsourcing: The Erasure of Employees' Caring Skills*. Palgrave Macmillan.
- Benjamin, O. (2017). Capitalism, cross locations and the welfare state. In R. Brayer-Grab, O. Coussin. & Y. Tirosh (Eds.), *Capitalism and Gender* (pp. 45-63). Tel-Aviv: Van Leer Institute Press.
- Borowski, A., & Schmid, H. (2001). Israel's Long-Term Care Insurance Law after a Decade of implementation. *Journal of aging & social policy*, 12(1), 49-71.

- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Camfield, D. (2002). Beyond adding on gender and class: Revisiting feminism and Marxism. *Studies in Political Economy*, 68(1), 37-54.
- Clarke, M. (2015). To what extent a “bad” job? Employee perceptions of job quality in community aged care. *Employee Relations*, 37(2), 192-208.
- Clarke, V., & Braun, V. (2013). Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The psychologist*, 26(2), 120-123.
- Cohen, N., Benish, A., & Shamriz-Ilouz, A. (2016). When the Clients Can Choose: Dilemmas of Street-Level Workers in Choice-Based Social Services. *Social Service Review*, 90(4), 620-646.
- Cooper, M. (2008). The inequality of security: Winners and losers in the risk society. *Human relations*, 61(9), 1229-1258.
- Creswell, J. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five Traditions*. Sage Publications.
- Dwolatzky, T., Brodsky, J., Azaiza, F., Clarfield, A. M., Jacobs, J. M., & Litwin, H. (2017). Coming of age: health-care challenges of an ageing population in Israel. *The Lancet*, 389(10088), 2542-2550.
- Ehrenreich, B., & Hochschild, A. R. (2003). *Global women. Nannies, Maids, and Sex Workers in the New Economy*. New York: Macmillan.
- Flippen, C. (2014). Intersectionality at work: Determinants of labour supply among immigrant Latinas. *Gender & Society*, 28, 404–434.
- Gallo, E., & Scrinzi, F. (2016). *Migration, Masculinities and Reproductive Labour. Men of the Home*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's dependence*. Cambridge: Harvard University Press.
- Giddens, A. (1991). *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Glaser, B. G. & Strauss A.L. (1967). *The Discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.
- Graham, H. (1993). *Social divisions in caring*. Paper presented at the Women's Studies International Forum.
- Hatton, E. (2017). Mechanisms of Invisibility: Rethinking the Concept of Invisible

- Work", *Work, Employment and Society*, 31(2), 1-16.
- Hochschild, A. R. (2000). 'Global care chains and emotional surplus value' in W. Hutton & A. Giddens (eds), *Global capitalism*. London: Zed.
- Hochschild, A. R. (2012). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. University of California Press.
- Hooks, B. (1986). Sisterhood: Political solidarity between women. *Feminist Review*, 23(1), 125-138.
- Hooks, B. (2014). [1984]. *Feminist Theory: from margin to center*. New York: Routledge.
- Hsieh, H.F. & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- Husso, M., & Hirvonen, H. (2012). Gendered agency and emotions in the field of care work. *Gender, Work & Organization*, 19(1), 29-51.
- Iecovich, E. (2012). The long-term care insurance law in Israel: Present and future. *Journal of aging & social policy*, 24(1), 77-92.
- James, N. (1992). Care= organisation+ physical labour+ emotional labour. *Sociology of health & illness*, 14(4), 488-509.
- Kavle, S. (1996). *Interviews : An introduction to qualitative research interviewing*. London: Sage.
- Kittay, E. F. (2001). When caring is just and justice is caring: Justice and mental retardation. *Public Culture* 13(3), 557–579.
- Krumer-Nevo, M. (2006). *Women in poverty: stories of life - gender, pain, resistance*. Tel-Aviv: Hakibbutz Hameuhad. [In Hebrew]
- Krumer-Nevo, M., Lavie-Ajayi, M., & Hacker, D. (2014). Invitation to a discussion of feminist research methodologies. In M. Krumer-Nevo, M. Lavie-Ajayi & D. Hacker (Eds.), *Feminist Research Methodologies* (pp. 7-31). Tel-Aviv: Hakibbutz Hameuhad Publishing House. [In Hebrew]
- Languirand, M. A., & Bronstein, R. F. (2013). *How to age in place: Planning for a happy, independent, and financially secure retirement*. Berkeley, CA: Ten Spees Press.
- Lavee, Y., & Katz, R. (2003). The family in Israel: Between tradition and modernity. *Marriage & Family Review*, 35(1-2), 193-217.
- Lyons, E., & Coyle, A. (Eds.). (2016). *Analyzing qualitative data in psychology*. Sage.

- Meagher, G., Szebehely, M., & Mears, J. (2016). How institutions matter for job characteristics, quality and experiences: a comparison of home care work for older people in Australia and Sweden. *Work, employment and society*, 30(5), 731-749.
- Noddings, N. (2012). The caring relation in teaching. *Oxford Review of Education*, 38(6), 771-781.
- Palesy, D., Jakimowicz, S., Saunders, C., & Lewis, J. (2018). Australian home care work: an integrative review. *Home health care services quarterly*.
- Palmer, E., & Eveline, J. (2012). Sustaining low pay in aged care work. *Gender, Work & Organization*, 19(3), 254-275.
- Patton, M. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Poliakov, E., & Doron, I. (2016). The meaning of the decision to continue working in old age among home care workers at matav. *Gerontology and geriatrics*, 43(1), 69-91. [In Hebrew]
- Porat, I. (2017). *Disabled Elders and Their Foreign Paid caregivers- 'Boundary work' Inspired by the State* (Doctoral dissertation). Bar ilan Ramat Gan. [In Hebrew]
- Rutman, D. (1996). Caregiving as women's work: Women's experiences of powerfulness and powerlessness as paid caregivers. *Qualitative Health Research*, 6(1), 90-111.
- Saham, L., Koshnir, T & Bachner, Y. (2011). Burden in the Home Paid caregivers role: Risk Factors and Recommendations for Preventing the Phenomenon. *Gerontology and geriatrics*, 38(1), 91-110. [In Hebrew]
- Schmid, H. (2003). Rethinking the policy of contracting out social services to non-governmental organizations: Lessons and dilemmas. *Public Management Review*, 5(3), 307-323.
- Scrinzi, F. (2013). *Genre, migrations et emplois domestiques en France et en Italie* (Gender, Migration and Domestic Labour in France and Italy). Paris: Editions Petra.
- Scrinzi, F. (2018). Beyond “Women’s Work”: Gender, Ethnicity, and the Management of Paid Care Work in Nonprofit Domiciliary Services in Italy, *Journal of Immigrant & Refugee Studies*.
- Shkedi, A. (2004). *Words that Try to Touch: Qualitative Research – Theory and Practice*. Tel Aviv: Ramot – Tel Aviv University. [In Hebrew]

- Sims-Gould, J., & Martin-Matthews, A. (2010). Strategies used by home support workers in the delivery of care to elderly clients. *Canadian Journal on Aging*, 29(1), 97-107.
- Stacey, C. L. (2005). Finding dignity in dirty work: The constraints and rewards of low-wage home care labor. *Sociology of health & illness*, 27(6), 831-854.
- Stacey, C. L. (2011). *The caring self: The work experiences of home care aides*: Cornell University Press.
- Stone, R. (2004). The direct care worker: A key dimension of home care policy. *Home Health Care Management & Practice*, 16(5), 339-349.
- Sugawara, S., & Nakamura, J. (2014). Can formal elderly care stimulate female labor supply? The Japanese experience. *Journal of the Japanese and International Economies*, 34, 98-115.
- Thompson, B. (2002). Multiracial feminism: recasting the chronology of Second Wave Feminism. *Feminist Studies*, 28 (2), 337–360.
- Tracy, S. J. (2010). *Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research*. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837–851
- Tronto, J.C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.
- Vassos, M., Nankervis, K., Skerry, T., & Lante, K. (2013). Work engagement and job burnout within the disability support worker population. *Research in developmental disabilities*, 34(11), 3884-3895.
- Vogel, L. (2013). *Marxism and the oppression of women: Toward a unitary theory*. Brill.
- Kalleberg, A. (2011). *Good Jobs, Bad Jobs: The Rise of Polarized and Precarious Employment Systems in the United States, 1970s to 2000s*. New York: Russell Sage Foundation.

פרק 3 :
מחקר מקורי

ניהול טיפול סיעודי בעדשה מגדרית

יפית כהן

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

סטטוס: פורסם

כהן, י. (2019). ניהול טיפול סיעודי בעדשה מגדרית. *גרונטולוגיה וגריאטריה, מו (3)*, עמ' 76-57.

ניהול טיפול סיעודי בעדשה מגדרית

יפית בלה כהן

בית הספר לעבודה סוציאלית ורווחה חברתית, האוניברסיטה העברית בירושלים

מחקר זה בוחן לראשונה את תפיסותיהן של מנהלות בארגון סיעוד גדול בישראל לגבי מטפלות ישראליות המעניקות טיפול סיעודי לזקנים ולגבי עבודת הטיפול הסיעודי-בית. ייחודיותו של המחקר היא בכך, שהוא חושף לראשונה היבטים ניהוליים במערכת הטיפול הסיעודי, שלא נחקרו עד כה ונמצאו מעצבים את עבודת המטפלות ואת איכות הטיפול הסיעודי (כהן, 2012; Matthews et al., 2018).

במחקר נעשה שימוש בשיטת מחקר איכותנית. נערכו 10 ראיונות עומק חצי-מובנים עם מנהלות סניפי סיעוד באזורים שונים בארץ, בעלות ותק של יותר משנה בארגון סיעוד ותיק.

מן הממצאים עלה, כי המנהלות מחזיקות ביחס מורכב כלפי הטיפול, כלפי המטפלות וכלפי מעטפת הטיפול. מחד גיסא, הן תופסות את הטיפול שהמטפלות מעניקות כליבת הארגון וכבעל ערך וחשיבות, אך מאידך גיסא, את מעטפת הטיפול הן תופסות ככוללת מאפיינים של עיסוק בעל מעמד נחות ונטול הכשרה, שאינו מתוגמל ואינו נחשב. המנהלות מייחסות את הנחיתות של העיסוק הטיפולי כקשורה לאוכלוסיית הזקנים, הנחשבת נחותה בחברה. המנהלות ביטאו בעיקר סגנון ניהול משימתי, עם התייחסות מועטה לממדים רגשיים ומגדריים בעבודת הטיפול, הן ביחס לעצמן כמנהלות נשים ולסגנון הניהול שלהן, והן ביחס למטפלות, רובן ככולן, נשים. החידוש במחקר מתבטא בהפניית זרקור כלפי רכיב קריטי בעבודת הטיפול והוא – ההשפעה של סגנון הניהול של מנהלות בארגון על המטפלות ועל איכות הטיפול המוענק לזקנים. ממצאי המחקר מצביעים על הצורך לקדם אתיקה חדשה של טיפול ושל ניהול טיפול, המכירה בכישורים נשיים ומנכיחה אותם כמשאב להעלאת איכות הטיפול הסיעודי. הכרה במשאבים הנשיים כמקור לעוצמה, הן של המנהלות והן של המטפלות, עשויה לסייע להכרה בעיסוק הטיפולי כמקצוע בעל מעמד נדרש ומשמעותי, המחייב הכשרה מקצועית ובכך להביא לשיפור רווחתן של מטפלות, מטופלים ובני משפחה.

מבוא

מאמר זה עוסק במפגש הקריטי שבין ניהול בארגוני סיעוד לבין איכות הטיפול בזקנים. הצדקת המחקר נובעת ממצאי מחקרים המראים שמערכות היחסים בין מנהלות בארגון סיעוד לבין המטפלות משפיעות על המטפלות ועל הטיפול שהן מעניקות למטופלים (כהן, 2012; Matthews et al., 2018).

העלייה התלולה בתוחלת החיים ובמספר הזקנים בישראל מעלה ביתר שאת את הצורך בזיהוי צורכי אוכלוסיית הזקנים והמענים ההולמים להם וכן בגיבוש עמדת המדינה לגבי אחריותה לסיפוק מענים אלה. סוגיות אלו הביאו לחקיקת חוק הסיעוד בישראל בשנת 1986. מטרת החוק היא לסייע לזקן להישאר לגור בביתו (Aging in place) ולהמשיך לחיות בכבוד, תוך שמירה על איכות חיים מיטיבה. כיום, כ־184,000 זקנים זכאים לטיפול סיעודי ביתי וזאת באמצעות כ־80,005 מטפלות ישראליות ו־50,000 עובדות זרות (המוסד לביטוח לאומי, 2018). עם זאת, ענף הסיעוד סובל כיום ממשבר עולמי, הקיים גם בישראל, בשל חוסר כוח אדם איכותי וקושי לשמר מטפלות העוסקות בסיעוד (Stacey, 2011). מאחר שרוב המטפלות מועסקות באמצעות ארגוני סיעוד, יש חשיבות לחקירת ההיבטים הניהוליים בארגונים אלו. שאלת המחקר הייתה: מהן תפיסות המנהלות לגבי ההיבטים הרגשיים והמגדריים בעבודת הטיפול. נושאים אלו לא נחקרו עד כה וקיים בהם חסר תיאורטי ומחקרי. מחקר זה בא לענות על מעט מחסר זה. במחקר נעשה שימוש בשיטה איכותנית, המסייעת בהבנת התפיסות של המנהלות את המטפלות ואת העיסוק הטיפולי. כל אלה עשויים לסייע למדינה ולארגונים המעסיקים מטפלות להבין לעומק את סביבת העבודה שלהן וכן להציע דרכים לשיפור חוויית המטפלת, להקטנת המצוקה הקיימת בענף הסיעוד בישראל ולהטבת הטיפול המוענק לזקנים.

סקירת ספרות

טיפול סיעודי בישראל

טיפול סיעודי מוענק, רובו ככולו, לאוכלוסיית הזקנים בישראל. בסוף 2016 מנתה האוכלוסייה בישראל 8.63 מיליון נפש, מתוכם 978,400 בני 65+. קצב הגידול של הזקנים (+65) בתקופה 1955–2016 היה פי 2.4 מזה של האוכלוסייה הכללית. כמו כן, שיעור הזקנים מכלל האוכלוסייה גדל בהתמדה: 4.8% בשנת 1955 לעומת 11.3% בשנת 2016 (ברודסקי, שנור, ובאר, 2018). המדיניות הרווחת כיום במדינות המפותחות ובכלל זה בישראל בנוגע לטיפול בזקנים, היא לאפשר לזקן להישאר בקהילה לאורך זמן וזאת מתוך תפיסה ערכית של שמירה על ערכי אוטונומיה, פרטיות וכבוד (Languirand, & Bornstein, 2013). תפיסה ערכית זו מצריכה פיתוח מענים הולמים בקהילה וקביעת האחראים למתן שירותים שיאפשרו את הישארות הזקן בקהילה.

המדיניות הנהוגה בישראל היא, כי האחריות לטיפול בזקן משותפת למדינה ולבני המשפחה (Iecovich, 2012). על רקע זה נחקק בישראל, בשנת 1986, חוק הסיעוד, המאפשר לזקנים לקבל טיפול סיעודי בביתם, בהיקף שעות משתנה, על פי קריטריונים שנקבעו במוסד לביטוח לאומי ובהתאם לצרכיהם.

כדי להקל על בני המשפחה הוקמה מערכת טיפול פורמלית המשלימה את המערכת הבלתי פורמלית המשפחתית בביצוע חלק ממשימות התמיכה והטיפול (שחם, קושניר, ובכנר, 2011). מערכת הטיפול הפורמלית כוללת ארגוני סיעוד, המעסיקים מטפלות שנוספו לשוק העבודה לאחר הפעלת חוק הסיעוד. ענף הסיעוד מורכב מארגונים למטרות רווח

ושלא למטרות רווח, והם אלה המעסיקים מטפלות סיעודיות (Cohen, Benish & Shamriz, 2016).

על פי יקוביץ (2011), המדיניות הישראלית לטיפול בזקנים היא מסורתית ומציעה מגוון מצומצם של שירותים סטנדרטיים ואחידים. ישראל סומכת ידיה על משפחתו של הזקן ורואה בה את האחראית לשלומו, לביטחו ולכלכלתו. בכך, למעשה, המדיניות הישראלית נשענת על תפיסות מסורתיות של המשפחה ושל תפקידי הנשים במשפחה (ברודסקי, רוניצקי, וסיטרון, 2011).

המטפלות הסיעודיות בישראל

בישראל מועסקות כיום כ-80,500 מטפלות ישראליות וכ-50,000 עובדים זרים, המעניקים טיפול לכ-174,000 זקנים במסגרת חוק הסיעוד (המוסד לביטוח לאומי, 2018). המטפלות הסיעודיות מאורגנות רובן ככולן במסגרות של ארגוני סיעוד, המקשרים בינן לבין המטופלים ודואגים לתנאי ההעסקה שהן זכאיות להם. ב-2014 פעלו בישראל 120 ארגוני סיעוד הן ללא כוונת רווח והן למטרות רווח. בתחילת הפעלתו של חוק הסיעוד פעלו כמעט באופן בלעדי ארגונים שאינם למטרות רווח, בעוד שכיום 73% מהזקנים הזכאים לחוק סיעוד מטופלים על ידי ארגונים למטרות רווח (Asiskovich, 2015). ארגונים אלו מחויבים להעסיק עובדות סוציאליות ולפקח על תכנית הטיפול של כל זקן, כאשר הביטוח הלאומי משמש הן הגורם המממן והן הגורם המפקח על הפעילות של ארגוני הסיעוד (Cohen et al., 2016). המטפלות הסיעודיות מפעילה הלכה למעשה את חוק הסיעוד ותפקידה כולל שני תחומים עיקריים: מתן טיפול אישי לזקן, כגון סיוע ברחצה, הלבשה והאכלה ומתן טיפול סביבתי, הכולל קניות, בישולים, ניקיון קל ולייווי לרופאים. כמו כן, לטיפול הסיעודי יש גם פן רווחתי וחברתי, הכולל לספק חברה, השגחה ולייווי (כורזים, גורן, ונירן, 2002). מחקרים מצביעים על כך, שעבודת המטפלות מאופיינת בעומסים גופניים ונפשיים רבים, שעלולים לגרום לשחיקה (שחם, קושניר, ובכנר, 2011). כתוצאה מכך קיימת תחלופה רבה של עובדות בתחום ובמקביל בולט מחסור גובר במטפלות. תפיסה זו מכונה בספרות המקצועית "גרעון טיפולי" והיא מבטאת את הפער ההולך וגובר בין הביקוש למטפלות לבין היצע המטפלות בפועל (חסון ודגן-בוזגלו, 2019). ההנחה היא, שהבנה טובה ומקיפה יותר של המאפיינים הייחודיים של התפקיד, סביבת העבודה והמטפלות עצמן תסייע לבנייתן של תוכניות התערבות המיועדות לסייע למטפלות להתמודד עם העומס הגופני והנפשי המוטל עליהן, לצמצם את השחיקה שהן חוות בעבודתן, וכן להפיכת העיסוק לאטרקטיבי יותר (שחם, קושניר, ובכנר, 2011). עם זאת, יש לציין שהעיסוק הטיפולי סובל מדימוי שלילי, גם מאחר שאין בו אפשרויות קידום, אין שכר הולם ואין חיוב לקבלת הכשרה מקצועית לעסוק בו (Stacey, 2011).

מעמד הטיפול הסיעודי

נהוג לבחון מעמד של עיסוק/מקצוע על ידי מדדים אובייקטיביים וסובייקטיביים. מבחינה אובייקטיבית, בעבודת הטיפול השכר נמוך והיתרונות הכלכליים-חברתיים מועטים: אין

ביטחון תעסוקתי, אין דרישה להכשרה מקצועית ואין אפשרות להתקדם (Kalleberg, 2011). לעומת התנאים האובייקטיביים הקשים, העבודה דווקא עשויה לענות על ציפיותיהן של המועסקות בה. למשל, ציפייה למציאת סיפוק ומשמעות בעבודה, שהם ההיבטים הסובייקטיביים של איכות העבודה (Decker et al., 2009). עבודת הטיפול שייכת לשוק העבודה השניוני ונחשבת עבודה "נשית", שכביכול אין צורך בהכשרה מיוחדת כדי לבצע מאחר שהיא נתפסת כעבודה ה"נלמדת באופן טבעי" ובאה מהלב (פורת, 2017). בנוסף לכך, צורת ההעסקה, שהיא על ידי חברות כוח אדם, יצרה קבוצה של עובדים לא מאוגדים, שאינם זוכים לתנאים סוציאליים, שהתמריץ להעסקתם הוא המחיר הזול של העבודה ולכן אין התייחסות לאיכות או למומחיות (פורת, 2017). פרקטיקה זו מכונה "המרץ לתחתית" והיא מספקת תנאי העסקה ירודים (רובינשטיין, בנימין, וגולן, 2008). במחקר שנערך על ידי כורזים, גורן ונירן (2002) נמצא, כי רוב המטפלות (73% סבורות, שאין צורך במיומנויות מקצועיות כדי להיות מטפלת טובה. נתון זה מצביע על סתירה פנימית, מאחר שמצד אחד קיימת תביעה שהטיפול יוערך כמקצוע שיש ללמוד את יסודותיו ויש להכשיר לקראתו וגם נטען ששילוב נשים שלא הוכשרו לעבודה מעין זו עלול לפגוע באיכות הטיפול, אך מצד שני, דרישה להכשרה כזאת עלולה להוות חרב פיפיות עבור חלק מהנשים. על פי באך (Bach, 2011), דרישה זו חוסמת את דרכן של נשים חסרות הכשרה להשתלב בשוק העבודה ולהשתמש באינטואיציה שלהן בתור עובדות המשמשות עוזרות לאחיות, לעובדות סוציאליות ולמורות. נראה כי ההעדפה של השירות הציבורי להעסיק נשים אלה הוא בעבודה שזהו אמצעי להוזלת השירות. אפשר להתמודד עם הקונפליקט על ידי שילוב נשים אלה בעבודה, בד בבד עם דאגה להכשרתן (פורת, 2017). עבודת הטיפול בוקנים נמנית עם עבודות שירות הכרוכות בעומסים רגשיים ופיזיים. הדרישה והציפייה לגלות ולבטא רגשות כלפי המטופלים, הנחשבים "רגשות נכונים" בחברה, כחלק משגרת הטיפול, המשיגה הוכשילד (Hochschild, 1983) כ"עבודת רגשות", המתייחסת לעבודתן של נשים בארגוני שירות, הנדרשות לגלות רגשות כלפי מטופליהן. הנשים המועסקות בעבודות אלו סובלות מנחיתות תעסוקתית במערכת חברתית פטריארכלית גברית, המדירה כישורים נשיים ותשומות רגשיות. חלק מהנחיתות הזו מתעצבת מהדימוי החברתי של העיסוק הטיפולי ומתנאי ההעסקה הנהוגים בארגוני הסיעוד המעסיקים מטפלות. עבודת הטיפול היא עבודה רוויית רגשות ויחסים. ככזו, היא תלויה במידה רבה בתרבות, ביחסים ובאווירה הקיימים בארגון. לכן חשוב לחקור ולהבין את הפרקטיקה של היחסים המתקיימים בארגון.

יחסי מנהלים-מטפלות בארגוני סיעוד

תפיסות מנהלים בארגוני סיעוד לגבי עבודת הטיפול הסיעודי ויחסי מנהלים-מטפלות לא נחקרו בישראל כלל, ובעולם כולו נושאים אלה נחקרו באופן מועט וחלקי. ישנם מספר מחקרים המנבאים נשירה מהעיסוק הטיפולי, שהתייחסו למגוון משתנים, כגון מבנה ארגוני, תרבות ארגונית ותנאי עבודה (Matthews et al., 2018). קיימים גם מחקרים רבים המדגישים את חשיבות הנהגת פרקטיקה של מנהיגות כדי להתמודד עם נשירה מארגוני סיעוד, אך רוב המחקרים מתמקדים בסגנונות ניהול ייחודיים, כגון סגנון ניהולי תומך וסגנון

ניהולי סמכותי (Matthews et al., 2018). מחקרים אלו מצאו, כי לסגנון ניהולי תומך יש השפעה על שביעות הרצון של העובדים והוא עשוי גם להפחית תחושות לחץ ובעקבותיהן נשירה מהעיסוק. עם זאת, מחקרים אלו לא עסקו בניתוח סוגי מערכות היחסים בין מנהלים לעובדים, אך נמצא, כי באופן כללי היחסים בין עובדים למנהלים נעים בין יחסים ידידותיים לפורמליים (Matthews et al., 2018). מהספרות התיאורטית עולה, כי יש חשיבות לחקור את תפקיד המנהל והשפעתו על העובדים (Matthews et al., 2018). עוד נמצא, כי הסביבה הארגונית מעצבת את רגשות העובדים ומציבה מכשולים בפניהם, אך ב־זמנית מציעה גם הזדמנויות שונות (Rodríguez, 2011). במחקר שבדק כיצד מערכות יחסים בין מנהלים לעובדים בארגוני סיעוד משפיעות על הנשירה מהעיסוק, נעשה שימוש בתיאוריית החליפין החברתי בעולם העבודה. על פי תיאוריה זו, מנהלים ועובדים מייצרים סוגים שונים של מערכות יחסים באמצעות חליפין חברתי, כגון יחסים המבוססים על משימות או יחסים המבוססים על רגשות. במחקר זה נמצא, כי כדי למנוע נשירה על המנהלים לפתח מערכות יחסים עם העובדים המבוססות על אמון וממוקדות יותר בפן הרגשי ולא בפן המשימתי (Anderson, Corazzini, & McDaniel, 2004). כמו כן, נמצא, כי רצוי שמנהלים יעברו הכשרה והדרכה כדי שיבינו את התפקיד שהם ממלאים ביצירת מערכות היחסים עם עובדיהם וכך יוכלו לטפח יחסים אלו (Matthews et al., 2018). כל אלה מדגישים את חשיבות חקירת ההיבטים הניהוליים בעבודת הטיפול הסיעודי.

המחקר

מטרת המחקר

מטרת המחקר הייתה לזהות את תפיסות המנהלות ביחס למטפלות, לטיפול ולמעטפת הטיפול ולבחון את השלכות פרקטיקות הניהול על שרשרת הטיפול ועל איכות הטיפול המוענק לזקנים.

מול הצורך הגובר והולך במטפלות סיעודיות חלה למעשה ירידה במספר הנשים הפונות לעיסוק זה בישראל ובעולם כולו. מכאן, שגובר הקושי לשמר מטפלות איכותיות בתוך העיסוק הטיפולי (Stacey, 2011). חלק מהגורמים המשפיעים על המטפלות להישאר או לנטוש את עיסוקן הוא סביבת העבודה שלהן ומערכות היחסים שהן יוצרות בעבודה עם הממונים עליהן (כהן, 2012). מחקר זה מבקש להוסיף ידע על תפיסות המנהלים בארגוני הטיפול בנוגע למטפלות ולטיפול, מתוך הנחה, שתפיסות ועמדות אלו משפיעות על פרקטיקת הניהול ומכאן על שימור מטפלות ועל איכות הטיפול הסיעודי שהן מעניקות למטופל. זאת, מתוך מטרה לסייע לארגונים לשמר מטפלות בעיסוקן לאורך שנים ובכך להקטין את המצוקה הקיימת בענף הסיעוד, להעלות את איכות הטיפול ולהיטיב את רווחת המטפלות.

שיטת המחקר

איסוף הנתונים נעשה בשיטת מחקר איכותנית. מטרתו של מחקר איכותני היא לחשוף את הפרשנויות הרבות והשונות הניתנות למציאות על ידי פרטים בחברה (Kavle, 1966) והוא

מתאים לענות על שאלות העוסקות במשמעויות סובייקטיביות ובצורות חשיבה שונות (Coyle, 2007). על פי גישה זו, השאלה הבסיסית היא מהי מהות החוויה של המרואיינים ומהו סיפורם מנקודת מבטם (שקדי, 2004). המחקר תר אחר מגוון של תפיסות, עמדות ודעות של המרואיינים בנושא הנחקר.

מדגם ואוכלוסייה

במחקר זה רואיינו 10 מנהלות מארגון סיעוד גדול, אשר מנהלות סניפים בחלקים שונים של הארץ. עשר המנהלות נבחרו מתוך קבוצה של 50 מנהלות מרחבי הארץ (20%). כל המרואיינות ענו על קריטריונים מובנים מראש, כדי ליצור מנחה משותף בסיסי (Patton, 2002). הקריטריון הראשון היה ותק של שנה לפחות בניהול, כאשר הראיונות כללו הן מנהלות צעירות והן מנהלות ותיקות. התקיים איזון בבחירת מנהלות עם ותק מועט לעומת כאלה עם ותק ארוך שנים וזאת כדי לקבל מבט רענן על תחום הסיעוד, לצד מבט של ניסיון רב שנים. הקריטריון השני היה שונות מבחינת אזור הניהול בארץ, כדי להבטיח ייצוגיות ושונות בין המרואיינות.

מאפייני הנדגמות מבחינת גיל, ותק, השכלה: הגיל הממוצע של הנדגמות היה 45, הוותק הממוצע בניהול היה 4.5 שנים. רוב המנהלות הן בעלות תואר שני בתחומי הטיפול והניהול.

כלי המחקר

כלי המחקר היה ריאיון עומק חצי מובנה, שכלל שאלות מובנות ומנוסחות מראש. הריאיון התבסס על מדריך ריאיון, שכלל את הנושאים הבאים: תפיסות המנהלות את תפקיד המטפלות, את ההיבטים הרגשיים והמגדריים בעבודת הטיפול, את ההכשרה המקצועית הניתנת למטפלות בארגון, את הדימוי הציבורי של עבודת הטיפול ואת היחסים בין הצוות בארגון לבין העובדים והמנהלות. הראיונות כללו שאלות, כגון: מהו לדעתך תפקיד המטפלת? היכן היא עשויה להיתקל בקשיים? כיצד לדעתך הארגון תופס את המטפלות? מה דעתך על ההכשרה המקצועית הניתנת למטפלות? אלו רגשות עשויים להתעורר אצל המטפלת במהלך הטיפול? מי מתאים יותר לעבודת הטיפול, נשים או גברים? האם היית ממליצה לנשים לעסוק בטיפול? האם למטפלות יש כתובת בארגון לפנות אליה?

הליך המחקר

לאחר קבלת אישור מוועדת האתיקה של האוניברסיטה העברית ומהארגון המעסיק, התקבלו פרטי כל המנהלות בארגון ומתוכם נבחרו 10 מנהלות מאזורים שונים בארץ, על פי קריטריון סינון של שנת ותק אחת לפחות. לאחר מכן נעשתה פנייה למנהלות, שבה הוסבר נושא המחקר ומטרתו והן התבקשו להביע הסכמתן להתראיין. כל המנהלות חתמו על טופס הסכמה להשתתפות במחקר. הראיונות התקיימו פנים אל פנים וארכו בין שעה לשעתיים. מרבית הראיונות עם המנהלות התקיימו במקומות ציבוריים, ריאיון אחד התקיים בבית המרואיינת ואחד במשרדי הארגון, בחדר נפרד, על פי בקשת המרואיינת. כל הראיונות

הוקלטו לאחר קבלת הסכמה מצד המנהלות. הראיונות תומללו מיד לאחר שנערכו, כדי לשמור על הקרבה לראיון עצמו, ונותחו ניתוח תמתי. תהליך זה כלל קטגוריזציה של תוכן הראיונות, יצירת היררכיה בין הקטגוריות ואיתור קטגוריית הגרעין. באמצעות תהליך הקיבוץ לקטגוריות נעשה מעבר מטקסט גולמי לרמות גבוהות יותר של המשגה, ולבסוף נערכה אינטגרציה של התמות השונות לנרטיב, המנסה לעמוד על הקשרים שבין המושגים השונים ועל מכלול התפיסות והדעות שהמנהלות תיארו.

היבטים אתיים

בנוסף להיבטים האתיים הרגילים של המחקר, כגון קבלת אישור מועדת האתיקה של האוניברסיטה העברית ושל הארגון המעסיק, וחתימה על טופסי הסכמה מדעת של המנהלות, עלה היבט אתי ייחודי למחקר זה. המנהלות המרואיינות משתייכות לארגון המעסיק קבוצה של כמה עשרות מנהלות בלבד, ולכן ציון הפרטים הדמוגרפיים שלהן, כגון גילן או מקום מגוריהן, עשוי היה לחשוף את זהותן. לפיכך לא צורפה טבלת פרטים דמוגרפיים מפורטת של המרואיינות, אלא ניתנו מאפיינים כלליים. יש לציין, כי המנהלות הסכימו להשתתף במחקר ברצון ולא הורגש חשש או רתיעה מצידן להביע דעות ותפיסות. הראיונות היו פתוחים, כנים וקולחים ולא נדרש מאמץ לדובב את המרואיינות. בכל הראיונות היה שיתוף פעולה מלא.

מגבלות המחקר

מגבלות מחקר בשיטות איכותניות נוגעות למהימנות של הממצאים וליכולת להכליל לגבי האוכלוסייה הנחקרת. עם זאת, מטרתו של מחקר איכותני אינה להכליל, אלא לספק תמונה רבת עומק ופרשנויות על התופעה הנחקרת. בנוסף לכך, מהימנות הושגה במחקר זה על ידי נתינת החומר למספר חוקרים לשם קריאה וגיבוש ממצאים. הממצאים היו זהים גם בניתוח של מספר חוקרים שונים, מה שמצביע על חוזקם. מגבלה נוספת נוגעת להיות המנהלות שייכות לארגון סיעוד אחד. ייתכן שראיונות עם מנהלות מארגוני סיעוד שונים היו מניבים ממצאים שונים ו/או נוספים.

ממצאים

ניתוח הראיונות עם המנהלות העלה מספר תמות מרכזיות: (1) יחס מורכב למטפלות ולעיסוק הטיפולי; (2) תפיסות המנהלות לגבי ההיבטים הרגשיים והמגדריים בעבודת הטיפול הסיעודי; (3) סגנון הניהול; ניהול משימתי לעומת ניהול מוכוון אנשים; (4) תפיסת המנהלות את הארגון המעסיק.

יחס מורכב כלפי המטפלות והעיסוק הטיפולי

המנהלות ביטאו יחס מורכב כלפי המטפלות וכלפי העיסוק הטיפולי. מחד גיסא, הן תופסות את עיסוק הטיפול הסיעודי כנחות, לא מתגמל ולא מומלץ, ומאידך גיסא, עבודת המטפלות

צוינה כראויה להערכה והמטפלות עצמן מזוהות כמוקד הארגון וכגורם שבו תלוי קיומו של הארגון. כשהמנהלות נשאלו האם היו ממליצות לנשים לעבוד כמטפלות בזקנים, כולן ענו תשובה שלילית, זאת בגלל הקשיים הפיזיים והרגשיים הכרוכים בעיסוק זה והשכר הנמוך. כך, למשל, ציינה אחת המנהלות, כי אם הייתה ממליצה לנשים לעסוק בטיפול בזקנים, היה זה רק לנשים שאינן משכילות או לעולות חדשות, בעלות פרופיל מסוים, וזאת בליט ברירה:

אם זאת אישה שאני רואה שאין לה מקצוע או אין לה שפה או כן יש לה שפה, והיא כרגע כמעבר, מלומדת, אבל היא כרגע לא מועסקת, היא מחפשת עבודה... אימא לילדים קטנים, היא לא יכולה להיות פנויה לשמונה שעות בעבודה כלשהי, כן, בטח. מה לעשות, זה המצב.

כלומר, העיסוק הטיפולי נתפס כאילוץ עקב נסיבות חיים, שאינן מאפשרות עבודה אחרת. כאשר לאישה אין מקצוע או שהיא אם צעירה או שהיא כמעבר בין עבודות, היא יכולה להגיע לעיסוק הטיפולי כברירת מחדל.

בנוסף לכך, העבודה הטיפולית נתפסת ככרוכה בקשיים ולכן מומלצת רק לנשים בעלות סממנים מסוימים, כגון גיל מבוגר ואופי מסוים. מכל מקום, לפני שהן פונות לעבודת הטיפול מוצע להן לבחון עבודות אחרות, כפי שמציינת אחת המנהלות:

אני חושבת שהעבודה הזאת מאוד מאוד קשה וכסופו של דבר לא מתגמלת. זה תלוי נורא באיזה שלב אתה נמצא בחיים... למטפלות שרוצות תעסוקה, זה יכול להיות מתאים. אבל נשים צעירות לא כל כך. העבודה היא מאוד מאוד קשה, גם מבחינה פיזית, גם מבחינה רגשית... לא לכל אחד גם יש את יכולת הספיגה הזאת. צריך להיות בן אדם מיוחד... אבל באינסטינקט לא כהמלצה ראשונה, ממש לא. אולי מחוסר ברירה. עדיף אולי שתהיה קופאית בסופר. כי יש חסרונות, אתה צריך להתאים את עצמך לרצונות ולשיגעונות של כל בן אדם, זה לא פשוט.

אחת המנהלות אף ציינה, שהחיסרון העיקרי של העיסוק הטיפולי הוא שאיננו מוכר כעיסוק המצריך מקצועיות, ולכן המטפלות מגיעות אליו מחוסר ברירה ובדיעבד מוצאות צידוקים להישאר בו לאורך זמן:

אם זה היה מוכר כמקצוע והיה נותן... המטפלת הייתה מקבלת את ההכרה שהיא זכאית לקבל, אז הן היו מגיעות מתוך ההכרה, ובתגמול הולם, בתנאי שכר הולמים. מאחר שזה לא כך, אז הן מגיעות דווקא בדרך הזאת, הלא נכונה. כמו למשל, חוסר מקצועיות. אין להן מקצוע או שהן הגיעו ממקצוע מחבר העמים, שכרגע הן לא מוצאות בו עבודה... אז העבודה הזאת מבחינתן הרבה יותר טובה מאשר במפעל. עבודה גמישה... נדיר שבאות מטפלות ואומרות: "אני הגעתי לזה מתוך הכנה שאני תורמת". על הדרך, אחרי שהן קיבלו את העבודה ובלית ברירה הן מוצאות את הלגיטימציה, את הרציונליזציה, למה הן נמצאות בעיסוק הזה.

מנהלת אחרת ציינה את הבחירה בעיסוק הטיפולי כנובעת ממאפייני העיסוק הכוללים גמישות, נוחות וצורך בפרנסה כלשהי (גם אם נמוכה) ולא מתוך מניעים אלטרואיסטיים:

היום פחות ופחות רואים מטפלות שמגיעות בעצם בגלל שהן רוצות לעשות עבודת קודש, בעבר היית רואה את זה יותר, מטפלות שממש גם מסופקות מהעבודה הזאת. הן מבינות שהן עושות פה דבר ענק וגדול. לצערי, היום פחות ופחות, המניעים יותר כלכליים, למרות שהתגמול לא מי יודע מה. העניין של הגמישות, של תקופת חיים מסוימת שיש ילדים, זה מאוד נוח. נוחות הרבה פעמים. אני כן מאמינה שעדיין יש כאלה שבאות כן בגלל הרצון שלהם לתת, אבל פחות מפעם.

לסיכום תמה זו אפשר לומר, כי המנהלות תופסות את העיסוק הטיפולי כנחות, לא כדאי, לא מתגמל, שוחק ומצוי בתחתית העיסוקים. כנראה הוא טומן בחובו קשיים ואתגרים שונים.

התמודדות עם התנהגויות חריגות ובעייתיות של מטפלות וכלפיהן

על אף שכל המנהלות ביטאו הערכה כלפי עבודת המטפלות הן גם תיארו את הקשיים שהן והעובדות הסוציאליות מתמודדות עימם בניהול המטפלות. הקשיים סובבים בעיקר סביב הצורך לגשר בין המטפלות למטופלים, על רקע חוסר עמידה בלוחות זמנים מצד המטפלות ו/או חוסר עמידה של המטפלות בדרישות המטופלים. במקרים שמתעוררים קשיים ותלונות מצד המטופלים והמטפלות, המנהלות והעובדות הסוציאליות נוהגות להזמין את המטפלות לשיחות ברור ובמקרים קיצוניים אף לפטרן. המצוקה בכוח האדם מביאה לעיתים את העובדות הסוציאליות לשמר מטפלות גם אם תפקודן אינו משביע רצון. כפי שמתארת אחת המנהלות:

כשמטפלת לא ממושמעת, יש הרבה פעמים שיחות עם המטפלות שגורמות לאכזבות. ישבתי איתך שעות ולמה, ואז מתחיל איזה משהו של: 'נו, אני משקיעה כן' ואז יש איזה פנצ'ר שקורה עם המטופלת והעו"ס גמורה מזה. אני מרגישה כמו בגישור של בני זוג... את שומעת גם בשיחות לפעמים, שמטפלת היא נהדרת ומצד שני, את יכולה לשמוע: 'מה היא עושה לי? נמאס לי ממנה'. את שומעת את השיח הזה כל הזמן במשרד... יש מטפלות שבאות ולא מרוצות, עשו להן פשלה במשכורת... ישר צורחות. העו"ס יכולה מאוד להיפגע... יש בנות שלפעמים יושבות לי בחדר ובוכות אחרי שיחות עם מטפלות... אני צריכה להחזיק בשיניים כל מטפלת... יש לי קאדר של אנשים שאני לא תמיד מרוצה ממנו. אם הייתי יכולה, חצי הייתי מעיפה... זו עבודה סיופית עם המטפלות.

כאמור, במצבים קיצוניים של חוסר תפקוד המטפלות, נהוג להזמין אותן לשיחות ולעיתים אף לפטרן:

מטפלת שהיא מספיק גרועה בשביל לעשות לי נזק תדמיתי היא לא תהיה אצלי. אם היא כל יומיים קמה מאוחר ומגיעה פעם ב-8 ופעם ב-11 והיא לא תתקשר אף פעם להודיע... את קוראת לה לשיחה. פעם ראשונה זה לא עוזר, פעם שנייה זה להוציא מהמערכת. כי אם יש לי בתיק האישי שכולם התלוננו עליה, די... לפעמים הן מאוד נמוכות אבל הן מסוגלות לעשות בהנחיה מאוד ברורה את העבודה ואז זה מסתדר יופי ויש סיפור אהבה עם הקשישה.

כאשר המטפלות עצמן חוות התנהגויות לא ראויות מצד המטופלים, על המנהלות והעובדות הסוציאליות לגשר בין הצדדים. במקרים כאלה הן חשות לעיתים אזלת יד מול דרישות המטופלים וחוסר היכולת להיענות לדרישותיהם:

הייתה מטפלת שעזבה אחרי דלקת ריאות קשה, אחרי חודש וחצי עבודה. למה? היה חורף והמטופלים ביקשו שהיא תעשה חלונות באמצע של סערה בחורף... היא חלתה בדלקת ריאות קשה, היא הייתה איזה שבועיים בבית. אני כמובן דיברתי ואמרתי לה: "מה קרה שם?", אמרתי לה: "למה עשית?", היא אמרה לי: "מה, אני אגיד להם לא? את יודעת איך הם צעקו עלי?".

כל המנהלות ציינו, שלמטפלות יש כתובת בארגון לבוא ולהשיח את בעיותיהן ואת הקשיים שבהם הן נתקלות בעבודה ושהן זמינות למטפלות:

ככל שיש קשר יותר טוב עם העו"ס... יש בנות שמגיעות רק אלי, ישר אלי. יש בנות שיש להן קשר עם עובדת. אין דבר כזה שעובדת נמצאת במסדרון והיא לא יודעת אל מי לפנות. אני חושבת שהן מרגישות שהן יכולות לפנות בכל שלב.

תפיסות המנהלת לגבי ההיבטים הרגשיים והמגדריים בעבודת הטיפול הסייעודי
המנהלות נשאלו על תפיסותיהן בנוגע להיבטים שונים בעבודת הטיפול: היבטים רגשיים והיבטים מגדריים. תפיסות אלו שזורות את תמונת הטיפול, כפי שהיא נתפסת בעיני המנהלות ומבהירות את עמדותיהן לגבי הטיפול והמטפלות.

כדי לחשוף את דעתן באופן כללי לגבי הטיפול והמטפלת, המנהלות נתבקשו להשלים את המשפט: "להיות מטפלת סיעודית זה כמו להיות...". רובן השתמשו בדימויים חיוביים, כגון: "מלאך", "קרן אור" ומיעוטן השתמשו בדימויים הנתפסים כשליליים, כגון "מנקה". כלומר, התפיסה לגבי הטיפול עצמו היא חיובית ואילו התפיסה לגבי מעטפת הטיפול הסייעודי מעמד העיסוק הטיפולי בחברה, מתן הכרה ותגמול, היא שלילית. לגבי חשיבות המעשה הטיפולי והטיפול שהמטפלות מעניקות לזקנים, המנהלות סבורות שאלה משמעותיים ומשפיעים על איכות החיים של המטופל. הדבר בא לידי ביטוי בדברי אחת המנהלות:

אני באמת חושבת שהמטפלות שלנו, זה הכשר שלנו. כלי המטפלות אנחנו באמת יכולים לסגור את הדלתות וללכת הביתה. אני מאמינה בזה מאוד.

היבטים רגשיים בעבודת הטיפול על פי תפיסת המנהלת

כשהמנהלות נשאלו: "אלו רגשות המטפלות עשויות לחוש במהלך העבודה?", או: "עם מי היא יכולה לדון ברגשות אלו?", רובן לא ציינו רגשות ייחודיים, אלא ענו באופן כללי או עברו לדון בהיבטים המעשיים של עבודת הטיפול, כגון הגדרת תפקיד המטפלת. למשל, כאשר דורשים מהמטפלת לבצע עבודות ניקיון רבות היא עלולה להרגיש לא טוב בעבודה. כמו כן, כשהמנהלות ציינו באילו רגשות מדובר, הן נתנו משקל גדול יותר לרגשות שליליים שעשויים להתעורר. ממצאים אלו יכולים להעיד, מחד גיסא, על דלות השיח בנושא רגשות

בסכיבה הארגונית ו/או על חוסר מודעות להיבטים הרגשיים המגוונים בעבודת המטפלת, ומאידך גיסא, על קונטציות שליליות בעבודת הטיפול. כך למשל, אחת המנהלות ציינה בתחילה רגשות שליליים, כגון השפלה ועלבון שעשויים לעלות בקרב המטפלות, ורק לאחר מכן הזכירה רגשות חיוביים של אהבה והערכה:

מה שהמטפלות מרגישות זה עלבון הרבה פעמים, תחושות של מטפלות שהן עושות מעל ומעבר ועדיין לא צריכים אותן... חוסר הערכה, כעס כמוכן, לפעמים על הזקנים, שהם לא מוכנים להתגמש איתן, שהן עושות יותר ממה שהן צריכות לעשות. תחושה של השפלה גם לפעמים ממה שהזקן דורש מהן. קוראים להן לפעמים "פועלות, מנקה, עובדת, עוזרת". זה נורא מעליב... לצד זה, כמוכן, תחושה של הרבה טיפוק מהעבודה. תחושת הערכה, שהזקן מעריך אותן מאוד על העבודה, שבני המשפחה מעריכים אותן... תחושות של אהבה לזקן.

מנהלת אחרת, שנשאלת אלו רגשות עשויים להתעורר אצל המטפלת בעבודתה, ענתה באופן כללי, ללא ציון רגשות ייחודיים:

גם חיוביים וגם שליליים. כשהכול הולך למישרין ומערכת היחסים מול הזקן טובה והוא מודה לה והוא יודע להעריך את העבודה שלה ובני המשפחה בסדר והם באמת מעריכים גם כן, או היא מרגישה, הרגשות שלה הם באמת חיוביים מאוד. היא מרגישה שהיא עושה מצוה, שליחות... בקצה השני של הקשת, זה בדיוק שלא יודעים להעריך אותה, כשפתאום משהו מתפוצץ, אז היא מרגישה כל כך פגועה, ואני כל כך תרמתי וכל כך עשיתי והוא היה כמו אבא בשבילי וכמו סבא בשבילי, ופתאום ככה הם מתייחסים אלי, ככה הם פגעו בי, זה השלילי.

מדברי המנהלות עלה, כי הן לא הקדישו מחשבה רבה לנושא הרגשות שעשויים לעלות בטיפול, ולכן הן מציינות רגשות באופן כללי, תוך חלוקתם לקטגוריות של חיובי ושלילי. נראה כי קיומו של שיח רגשות סביב עבודת הטיפול, שנתפסת ברובה כאינסטרומנטלית, הוא שיח לא מוכר ולא מדובר ואינו שכיח בארגון. זהו היבט נעלם ונאלם ברמת המנהלות בארגון.

היבטים מגדריים בעבודת הטיפול

המנהלות נשאלו למי מתאימה עבודת הטיפול, לנשים או לגברים, והאם לנשים יש תכונות מיוחדות המאפשרות להן להיות מטפלות טובות יותר מגברים. רוב המנהלות ציינו, כי עבודת הטיפול מתאימה בעיקר לנשים, וזאת משתי סיבות עיקריות: רכיב אישיותי ומסוגלות נשית. כלומר, בשל התכונות הייחודיות שיש לנשים הן מסוגלות להעניק טיפול טוב יותר. מתוסף לכך, רכיב חברתי/מגדרי – העובדה שרוב הנשים הן מפרנסות משניות בבית ואינן נדרשות או מצופות להביא משכורת גבוהה מושכת יותר נשים מגברים לעיסוק הטיפולי והופכת אותו למתאים יותר עבורן. כך למשל, אחת המנהלות מתארת, כי נשים מתאימות יותר לעבודת הטיפול מאחר שהן טובות יותר בעבודות משק הבית, יכולות לבצע מספר משימות ברזומנית וגם לא מצופות להביא משכורת גבוהה הביתה:

מן הסתם נשים. יש כאן הרבה מאוד לנהל את משק הבית, גברים גם יכולים, אבל כמה הם יכולים? את חושבת שגבר יכול להחזיק בית, לכלכל משפחה בתנאי שכר של מינימום?... בדרך כלל האישה היא המפרנסת המשנית, לא הראשית. וגם בגלל המיומנויות של אישה, מה לעשות? עדיין אנחנו מחולקים, עדיין זה גברים ועדיין זה נשים. אלף, המיומנויות של משק בית, בישול וכאלה ובית, בגלל תנאי השכר... אישה יותר מכילה, אישה יותר מולטי-טסקינג.

מנהלת נוספת מציינת יכולות מעשיות של נשים, כגון עבודות ניקיון ובנוסף מדגישה, כי נושא הפרנסה המוטלת על גברים מהווה חסם בפני כניסתם לעיסוק הטיפולי:

איפה שיש הרבה ניקיון אני אגיד לך נשים... זה פשוט עבודה שגבר לא יכול לעבוד בה מבחינת שכר, הוא לא משתכר מספיק. זה שכר מינימום, אז אלף אני צריכה להעלות לו את השכר ואת השעות, כדי שהוא יוכל להביא שכר מכובד הביתה... זו הגישה בגלל שהיא ממילא שומרת על הילדים....

גם תכונות שנתפסות אימהיות, כגון יכולת הקשבה ומתן תמיכה, עולות כסיבה להתאמה של נשים לעבודת הטיפול:

לאישה יש תכונות שאין לגבר ולהיפך. יותר רגש אימהי, יכולת לתמוך, יותר יכולת לרדת לפרטים, להבין יותר, להיות קשובה יותר... אבל זה לא אומר שאין גברים שיש להם את זה. יש יותר נשים, זה משהו שמאפיין יותר נשים.

לסיכום תמה זו, עבודת הטיפול נתפסת אצל המנהלות כמתאימה יותר לנשים, הן בשל חלוקת תפקידים מגדרית בין גבר לאישה והן בשל תכונות הנתפסות כמאפיינות נשים, המתאימות יותר לעבודת הטיפול. נראה כי המנהלות ערות ליתרונות הנשיים של המטפלות בעבודת הטיפול, אך אינן מייחסות להן ערך שבפני עצמו מצדיק תגמול והכרה.

סגנון הניהול: ניהול משימתי לעומת ניהול מוכוון רגשות

נושא נוסף שנבחן במחקר הוא סגנון הניהול של המנהלות. זאת, באמצעות ממדים של קביעת סדרי עדיפויות בעבודה (ניהול משימתי לעומת ניהול אנשים ורגשות) ותפיסות המנהלות לגבי מידת אחריותן על המטפלות לעומת העברת האחריות להנהלת הארגון. נראה כי המנהלות נותנות עדיפות למשימות הבירוקרטיות של הארגון על פני השקעה בהון האנושי וברגשות העולים בעבודת הטיפול. למשל, הן תיארו כי אין להן ו/או לעובדות שלהן זמן להשקיע במטפלות מבחינת פעילויות חברתיות, קבוצות תמיכה ומפגשים, וזאת בשל ריבוי משימות הכלולות בהגדרת תפקידן. מתארת אחת המנהלות:

חלק מהתפקיד של עו"ס לעשות פעם ברבעון איזושהי קבוצה... אז אלף המטפלות, מאוד קשה להביא אותן, אוקיי?... יש גרעין של 15 שבאות, זה לא שווה כלום. אבל כשהן מגיעות, הן נהנות נורא ומאוד מאוד אהבות את זה. הבעיה השנייה היא, שהעובדות הסוציאליות כמעט לא מוצאות לזה זמן. וגם, עד שהן כבר מייצרות איזושהי קבוצה, זה לדחוף אותן. כשהן כבר בתוך הקבוצה הן מאוד

*נהנות... ואני חושבת שזה משהו שצריך לחשוב איך עושים את זה יותר טוב...
האחריות של הארגון היא לאפשר לי מספיק פניות, כדי שלעובדים תהיה היכולת
לעשות את זה. כי לעובדים הסוציאליים זה נורא נורא קשה.*

אחת המנהלות ציינה לטובה את השינוי התפיסתי כלפי המטפלות שחל בשנים האחרונות בארגון ואת השינוי בתפיסת ההנהלה לגבי הצורך להשקיע במטפלות ובייחוד בפלח המטפלות "השקופות" אשר אינן מגיעות באופן שוטף לסניף ואינן בקשר עם העובדות:

*כל הנושא של חיבור מטפלות לסניף, זה משהו שלא היה על סדר היום בעבר...
התייחסות גם למטפלות שהן שקופות וכל הפילוח הזה, ששוק הטיפול מכיל
מטפלות שקופות ומטפלות שהן לא מחוברות, שקופות זה בעצם אותן מטפלות
שעובדות במקרה אחד, שניים, אבל הן מתפססות איכשהו ורק מביאות את היומן
עבודה וגמרנו. איך אנחנו בעצם מחברים אותן? המודעות לנושא מאוד עלתה
בשנים האחרונות... ברור שזה תהליך של שנים לעשות דבר כזה.*

מדברים אלה עולה, כי המנהלות לא רואות כחלק מאחריותן התפקידית לטפח את המטפלות ולהקדיש להן תשומות זמן במסגרת הארגונית, כל עוד עומדות בפניהן משימות אחרות הנתפסות דחופות. הן ערות לחשיבות הנושא, אך מתקשות למצוא לכך את הזמן. תפיסות אלו קשורות גם לתפיסות של המנהלות כלפי הארגון כולו.

תפיסת המנהלות את הארגון המעסיק

המנהלות ביטאו יחס מורכב כלפי הארגון שהן משתייכות אליו. נראה שהן מפרידות בין שכבת הניהול שלהן לבין שכבת ההנהלה הראשית. מבחינתן, האחריות על המשאבים המושקעים במטפלות מצויה ברמת ההנהלה הראשית והיא זו שאמורה לאפשר להן להשקיע זמן במטפלות. כשהמנהלות נשאלו כיצד לדעתן הארגון תופס את המטפלות, חלקן ענו שהארגון משקיע רבות בהיבטים של מתן הטבות כספיות למטפלות, אך לא השקעה של הכשרה או פיתוח והעצמה אישיים.

אחת המנהלות מבטאת את היחס המורכב כלפי הנהלת הארגון בכך, שהיא מעלה את סוגיית ההטבות הכספיות שהארגון מעניק למטפלות, אשר נוגעות לשכבה מסוימת ומצומצמת בתוך כלל המטפלות ולכן רוב המטפלות אינן מפיקות מכך תועלת:

*יש המון עיסוק בארגון במעטפת השכר של המטפלות. מעטפת שכר, רווחה, אז
חלק מהראייה של המטפלת כעיקר הארגון, אבל יש המון התעסקות עם כספים,
שמחזירים בבונוסים והטבות נוספות... אני עדיין חושבת שאנחנו נוגעים בחלק קטן
מאוד מהמטפלות, המון כסף מושקע במעט מאוד מטפלות שמקבלות את הדברים
האלה... והחלק הגדול של המטפלות לא יודע באמת מה תנאי המעטפת שלו ולא
מרגיש אותם ולא מרווח מזה.*

מנהלת אחרת ציינה את היתרונות הבולטים של הארגון, שהם היחס והתנאים ואת החשיבות שהיא רואה במתן תשומת-לב למטפלות:

הארגון שלנו זה דוגמה למופת... זה כל מיני תנאים שיש רק אצלנו. כאמת יש התייחסות שהולכת ועולה למטפלת... יש הרבה מאוד נקודות ציון שמתייחסים למטפלת, ולא רק תעבדי, תלכי. ואני שומעת מטפלות שאומרות לי: 'זואי, ביחס לחברות אחרות, אתן יותר'. הארגון משקיע הרבה כסף... זה לא רק הקטע הזה, זה גם היחס. זה לעשות להן קורסים, זה להביא אותן, לקבל אותן יפה שהן מביאות יומנים, זה לא... יש מקומות שהן אומרות לי, אני באה, אפילו מים לא שמים לי. אצלנו יש שולחן ערוך... זה חלק מהתקציב ואנחנו עושים את זה, כי זה חשוב לנו.

בנוגע לסוגיית השכר, כל המנהלות הסכימו שהשכר אינו הולם ושמתפללות צריכות להיות מתוגמלות על פי התנהלות, ותק ואופי המטופלים:

השכר היה צריך להיות גבוה יותר. המטפלות הטובות ביניהן, זה לא תגמול הולם. זה גם סוג של מסר, של אתה מקבל שכר מינימום, מייצב בשוק איזה מקצוע לא אטרקטיבי, לא מבוקש, לא יוקרתי. אני חושבת ששינוי במקצוע זה דרך השכר שלהן. בד בבד, עם הצבת דרישות. לא רק להעלות שכר, את רוצה לקבל שכר יותר גבוה? מעולה, אבל הגעה ויציאה בשעות, את חייבת לעשות שלושה קורסים בשנה. חייבים לעבוד כדי לקבל את השכר הזה.

מצוקת כוח האדם בענף הסיעוד והשלכותיה

ענף הסיעוד בישראל ובעולם כולו סובל ממשבר חמור בשל מחסור משמעותי בכוח אדם. המחסור כפול: הן במטפלות והן באנשי מקצוע בחברות הסיעוד. המנהלות ביטאו את מצוקתן מול מחסור כפול זה. על פי תפיסתן, המחסור במטפלות נובע הן מנשירה של מטפלות בעקבות שחיקה הנובעת מאופי העבודה, והם מנשירה של מטפלות בעקבות תנאי העסקה ירודים. העומס הפיזי והרגשי הכרוך בעיסוק הטיפולי מביא חלק מהמטפלות לשחיקה ואף לביצוע העבודה באופן אוטומטי וטכני, כפי שמתארת אחת המנהלות:

לצערי גם נתקלתי במטפלות שעושות את העבודה הסיעודית, הן הופכות להיות קצת מכניות. יש בהן משהו שקשה, משהו מאוד טכני. מגיעות, הולכות. יש מטפלות שאני קוראת להן על כל מיני אירועים שקורים בבתים: "מה, את לא רואה? מה, את לא שמה לב? לא תישארי עוד דקה?"... מאוד קשה למצוא את מי שמסוגלת לבוא למטופל ולראות בן אדם. את לוקחת מטפלת מ-17:00 עד 17:00, והיא הולכת מאחד לאחד... היא גם אומרת: "אני באה רק להחליף חיתול ומקלחת"... איך היא לא תישחק?

המנהלת ממשיכה ומתארת את גורמי השחיקה, הנובעים גם מעומס פיזי על המטפלות:

יש לי, למשל, מטפלת מדהימה, שכלית ברירה הופכת להיות מטפלת של ניקיונות והיא הכי לא. היא יודעת לעשות עבודה סיעודית, היא מטפלת מדהימה, אינטליגנטית וכל מה שמבקשים ממנה זה ניקיון והיא מתכזבת לי ואני מרגישה שהיא הולכת ונשחקת לי.

מנהלת אחרת מתארת כיצד המחסור במטפלות מאלץ אותן לשמר במערכת גם מטפלות שאינן מתאימות:

אנחנו משוועים למטפלות, משוועים. אז ככה שבאמת אם אין איזושהי בעייתיות, אז אנחנו בהחלט ממשיכים, אין לנו ברירה. מעסיקים. אם היא עוברת את הסף של הארגון ושל הביטוח הלאומי, ממשיכים להעסיק. המטפלת מצביעה ברגליים ברגע שהעבודה לא מתאימה לה. היא עוזבת לבד. אם אין משהו קיצוני אנחנו לא מעזיבים, לצערנו הרב, בגלל המצוקה.

מצוקת כוח האדם מביאה לתחרות בין ארגוני הסיעוד על משיכת מטפלות לארגון. כפי שמתארת אחת המנהלות:

חוק הסיעוד הולך לכיוון לא טוב... מדובר הרבה יותר על ניקיון והרבה פחות על סיעוד פרופר. מטפלות הופכות להיות מנקות, התחרות בשוק הופכת להיות זולה ומגעילה עם איומים וצרחות... שוק מה שקורה שם, שוק. יש לי מקרה שעבר חברה לא מזמן, בצרחות. המטפלת עוברת שם ראשון, שלישי וחמישי. היא אמרה שהיא תבוא ברביעי במקום שלישי, הבן לא הבין, הייתה שם איזו איי-הבנה, על זה הוא עבר חברה וצרחות.

יש לציין, שהקושי בניהול המטפלות והתחרות על המטופלים מביאה גם למחסור ולתחלופה של עובדים מקצועיים, כפי שמתארת אחת המנהלות:

יש לי גרעין של שתי עובדות סוציאליות שמחזיקות, כל השלוש מסביב כל הזמן תחלופה... היום נכנסה מישהי אמרה לי שהיא עוזבת... וגם כל הזמן קורים לי דברים, אין רגע דל. הן גומרות עם הלשון בחוץ... אני רואה עו"סיות... הן כבר לא זוכרות מה זה ליהנות מהעבודה הזאת.

לסיכום פרק הממצאים, המנהלות תופסות את העיסוק הטיפולי כבעל מעמד נמוך, אשר מגיעים אליו מתוך אילוץ. רובן לא היו ממליצות לנשים אחרות לעבוד בתחום, אלא בלית ברירה. בנוסף לכך, הן תופסות את עבודת הטיפול כמתאימה יותר לנשים מאשר לגברים, הן בשל התכונות הנשיות והן בשל היותן, על פי תפיסתן, מפרנסות משניות שמצופות לעבוד בעבודות חלקיות. מצוקת כוח האדם בענף הסיעוד גורמת להן לעיתים להעסיק מטפלות שאינן מתאימות ולהתמודד עם תלונות של מטופלים ותחרות מול חברות אחרות. למרות זאת, המנהלות תופסות את עבודת המטפלת כעבודה משמעותית ורובן סבורות שיש לשנות את אורך ההכשרה ולהעלות את שכר המטפלות.

דיון

רגשות, מגדר, יחסים וניהול

הרקע להבנת הממצאים נעוץ בתיאוריות הקושרות בין מגדר, עבודה ומאפייני ניהול נשי. חקר ארגונים בהקשר המגדרי החל בסוף שנות ה-60 ושנות ה-70 המוקדמות של המאה

הקודמת, בעקבות ביקורות מצד חוקרות פמיניסטיות על התעלמות מחשיבות חקירת ההיבטים המגדריים בארגונים (Acker, 2012).

על אף שנערכו מחקרים רבים אודות היבטים מגדריים בארגונים, נושאים כגון מורכבות של היבטים מגדריים עם הצטלבות מיקומי שוליים לא נחקרו. כדי להבין לעומק את מצבן של נשים המתמודדות עם תנאי עבודה קשים, כמו אלו של המטפלות הסיעודיות, הפועלות במרחב קפיטליסטי ופטריארכאלי, יש לבחון את הצטלבות מיקומי השוליים שלהן (intersectionality) ולנתח את הקשרים שלהם בתוך המבנה החברתי (Mohanty, 1988). כלומר, מאפיינים חברתיים של מגדר, מעמד, גיל, ועוד עלולים לשמש רכיבים במנגנוני דיכוי במבנים חברתיים קפיטליסטיים ומדיירי נשים. יתר על כן, נמצא כי במבנים חברתיים רבים מאפיינים אלה אינם מקבילים אלא מצטלבים ויוצרים מצבי שוליות ייחודיים, שהשפעתם גדולה יותר מהשפעתם של מצבי הדיכוי (קרומר-נבו, 2006).

בארגונים רבים, המעסיקים מאמינים כי אי שוויון מגדרי מתקיים רק כאשר מדדים של שכר מצביעים על כך. נמצא כי גם תרבות ארגונית של הכחשה ואי-נראות של אי השוויון מנציחה את אי השוויון המגדרי (Acker, 2012). יש לציין, כי עדיין עבודת הטיפול הסיעודי נחשבת במידה רבה כ"עבודה שקופה": עבודה הנעשית במרחב הפרטי, שהמיומנויות הנדרשות לבצעה אינן מצריכות הכשרה וכל מי שרוצה יכול לעסוק בה. כדי שעבודת הטיפול תקבל מעמד ראוי ומוערך, יש לתת מקום וערך הן לממדים הרגשיים והן לממדים המגדריים שלה. הכרה ומתן ערך תלויים במידה רבה במנהלות, שהן הקרובות והמשפיעות ביותר על המטפלת עצמה ועל הטיפול. עם זאת, המנהלות עצמן עדיין מתייחסות לטיפול כעבודה שקופה, כפי שעולה מהממצאים. שוק העבודה נמצא כיום בתהליך של מעבר משוק עבודה גברי לשוק שבו עולה הביקוש למיומנויות נשיות, המושתתות על מתן טיפול ויצירת מערכות יחסים. בהתאם לכך, ארגונים המבוססים על קשרים ויחסים יהיו הארגונים המובילים בעתיד.

המנהלות אינן מזהות את הפן המגדרי כגורם התורם לנחיתות ולשוליות של המטפלות ואינן מזהות את הפוטנציאל לשימוש במשאבים הנשיים כיתרון ארגוני. ההיבטים המגדריים בעבודת הטיפול נותרים נסתרים מעיני המנהלות. עוורון מגדרי זה מופיע ומתבטא במספר שכבות של עולם העבודה, כפי שיפורט להלן.

עוורון מגדרי דו-שכבתי

מהממצאים עולה, כי המנהלות מבטאות עוורון מגדרי בשתי שכבות: בהיבטים המגדריים של תפיסתן את עבודת המטפלות ובהיבטים המגדריים של הניהול שלהן.

עוורון להיבטים המגדריים בעבודת המטפלות

בשל היות המטפלות רובן ככולן נשים, למגדר שלהן יש קשר ישיר עם עבודת הטיפול. למרות זאת, מהראיונות עולה, כי המנהלות אינן ערות להשפעת ההיבטים המגדריים של עבודת הטיפול על עבודת המטפלות. הן אמנם מודעות ליתרונות הנשיים של המטפלות, אך בד בבד הן מבינות שיתרונות אלו אינם מתוגמלים ואינם נחשבים ואולי לכן גם הן אינן

משתמשות ביכולות הנשיות שלהן עצמן. המנהלות ציינו, כי עבודת הטיפול מתאימה יותר לנשים מאחר שהיכולות שלהן ותכונות האופי שלהן מתאימות לעבודה כזו, כגון יכולת הכלה ואמפתיה, אך הן לא זיהו את ההקשר המגדרי. מאחר שהמטפלות הן נשים הן זוכות לתגמול נמוך יותר, או שמעמד הטיפול הסיעודי נמוך בחברה משום שמדובר בעבודה שהמועסקות העיקריות בה הן נשים. ייתכן כי מודעות להיבטים המגדריים בעבודת הטיפול הייתה מסייעת למנהלות לעצב סגנון ניהול שונה או להשתמש במשאבים הנשיים שלהן כמקור לעוצמה ולהעצמה ולא לנחיתות.

חלק מהמנהלות אף אינן ערות לפגיעות התעסוקתית של המטפלות. פגיעות זו מתבטאת בהעסקה שעתיית, זמנית ולא יציבה והיא מתמסדת באמצעות תהליכים הכורכים יחד נשיות עם פחיתות ערך ומנגנונים מצמצמי תגמולים בשוק העבודה, המכונים: "נישול מערך". מצב זה מאפיין במשרות המאורגנות על פי עקרונות הזמניות, החלקיות והשעתיית. כלומר, נשים מקבלות שכר נמוך ביחס לערכה הממשי של העבודה ושל איכותה (Benjamin, 2017). נישול ממיומנות מתרחש כאשר מעסיקים מסרבים להכיר בערכם הכלכלי של הידע, הניסיון והמיומנויות שהמועסקת מביאה למקום העבודה. יתרה מזאת, מעסיקים מסרבים להגדיל את שכרה של המטפלת באופן המבטא הכרה בהיבטים אלו של עבודתה. תהליכים שונים מקדמים נישול ממיומנות ותופעה זו מופנית לרוב כלפי עיסוקים "נשיים", כמו למשל מטפלות בזקנים (Benjamin, 2017).

בארגון המורכב רובו ככולו מנשים, בכל השכבות (ניהול ועובדים), אפשר לומר שחלק משמעותי מכוחו נמצא במשאבים הנשיים שלו, שהם מצויים, זמינים ואף נדרשים. במציאות העכשווית, אך נראה כי משאבים אלו סמויים מן העין ואין להם נראות במרחב הציבורי והארגוני. אי השימוש במשאבים אלו מקבע את מעמדו הנחות של העיסוק הטיפולי. ארנרייך והוכשילד (2006) מדגישות, כי ערכה הנמוך של עבודת הטיפול לא נובע מביקוש נמוך או מפשטות הביצוע, אלא מפוליטיקה תרבותית וחברתית של אי-שוויון. ערך השוק הנמוך של הטיפול מקבע במקום נמוך את הסטטוס של הנשים העוסקות בו ובסופו של דבר, של הנשים כולן.

עוורון להיבטים המגדריים בניהול

היות ורוב המנהלות בארגוני סיעוד הן נשים, יש להתייחס להיבטים המגדריים של סגנון הניהול שלהן. מניתוח הראיונות עלה, כי המנהלות מתייחסות בעיקר להיבטים האדמיניסטרטיביים והבירוקרטיים בעבודתן מבחינה ניהולית. נראה כי היבטים אלו תופסים את מירב הזמן והמשאבים של המנהלות. כתוצאה מכך, הן פחות מודעות להיבטים הנשיים בעבודתן ולמשאבים הנשיים שלהן. מציאות זו מביאה לשימור המצב הקיים, שבו העיסוק הטיפולי נתפס כנחות. בנוסף לכך, נראה כי הצטלבות מיקומי השוליים של המטפלות אינה מתקיימת רק מחוץ לארגון, אלא גם בתוך הארגון. המנהלות עצמן הן גורם ארגוני שמצוי בהצטלבות מיקומי השוליים. בגלל יכולת השפעה שלהן על המטפלות והיותן קבוצה ברורה ומובחנת שניתן לעבוד מולה, הן יכולות להוות מפתח לפרימת ההצטלבות של מיקומי השוליים. כלומר, המנהלות עצמן הן אוכלוסייה קריטית לשינוי

מעמדו של העיסוק הטיפולי, מאחר שגם היא מצויה בתוך ההצטלבות של מיקומי השוליים. על המנהלות להיות מודעות לכך ועל הנהלת הארגון לתפוס אותן כאוכלוסיית יעד בפני עצמה, שאותה יש להדריך ולכוון בנושא ניהול רגשות המטפלות ובחשיבות הנכחה והכרה בכישורים הנשיים של המטפלות.

פרדוקס ניהול הטיפול: נשים מנהלות בעדשה גברית

טיפול (care) מוכר בספרות כפרקטיקה שנשים מפעילות וכמיומנות נשית. על כן, אפשר היה לצפות כי בעיסוק טפולי, כגון טיפול בזקנים, יטופחו ויועצמו הכישורים הנשיים והמשאבים הנשיים במסגרת הארגונית. עם זאת, מאחר שהניהול מתקיים בהקשר החברתי של התרבות הניהולית הגברית השלטת בשוק, כישורים אלו אינם מוערכים דיים. נראה כי המנהלות מנהלות את המטפלות ממבט המזוהה יותר עם מאפיינים גבריים. כלומר, הן מפעילות לרוב פרקטיקות גבריות בניהולן היום-יומי של המטפלות, כגון שליטה וניהול מכון של משימה ורק מעט פרקטיקות נשיות, כגון ניהול מכון רגשות ואנשים. מציאות זו יוצרת החלשה של המשאבים הנשיים ופוגעת, בסופו של דבר, באיכות הטיפול.

המלצות ברמת הפרקטיקה הארגונית

כדי לשפר את חוויית העבודה של מטפלות בארגוני סיעוד, מוצע לארגוני סיעוד לנקוט במספר צעדים:

1. לפתח תרבות ארגונית רגישת מגדר, במובן של מודעות למאפייני מגדר ולצרכיו.
2. על הארגון להכיר ולהנכיח את הכישורים הנשיים, הן של המטפלות והן של המנהלות, וזאת באמצעות קורסי הכשרה ייחודיים. המנהלות עצמן צריכות להימצא בתהליך למידה מעצים, שבאמצעותו הן מאתרות ומזהות את המיומנויות הנשיות שיכולות לקדם את הארגון ואת הטיפול. תהליך הלמידה יוכל לסייע להן לסמן "מפת דרכים" רלוונטית עבורן, שהן יוכלו לפעול על פיה כדי להעצים את המטפלות ואת המיומנויות הנדרשות לטיפול.
3. לספק לכל מנהלת מנטור אשר ילווה אותה בתהליכי הניהול.
4. ליצור מדריך כתוב עם הגדרת תפקיד המנהלת, הגדרת המיומנויות הנדרשות בטיפול והדרך לטפחן, ותוכניות לפעילויות של המנהלת מול המטפלות.

העצמת המשאבים הנשיים של המנהלות עשויה להביא להעצמה ולהנכחה של הכישורים הנשיים של המטפלות, ואלו עשויות להעניק טיפול סיעודי איכותי יותר למטופלים. כל זאת בבחינת שרשרת ההשפעה הארגונית: מנהלות-מטפלות-מטופלים.

סיכום והמלצות

מחקר זה עסק בתפיסות מנהלות בארגון סיעוד את המטפלות, את הטיפול ואת מעטפת הטיפול. נמצא כי המנהלות תופסות את העיסוק הטיפולי כבעל מעמד נמוך, שהבחירה

לעסוק בו נעשית בלית ברירה. הממצא העיקרי והמשמעותי העולה במחקר הוא העיוורון המגדרי המאפיין את סגנון הניהול של המנהלות בשכבת הביניים של הארגון. העיוורון המגדרי הוא רב-שכבתי בהתייחס להיבטים המגדריים בעבודתן ובעבודת המטפלות. לפיכך, הן אינן עושות שימוש מיטבי במשאבים הנשיים שלהן ושל המטפלות. מכאן עולה, שקיים מפתח משמעותי לקידומו של טיפול סיעודי איכותי, שאינו מצריך כמעט השקעה תקציבית. המשאבים הנשיים קיימים ומצויים, אך יש לזהותם ולעשות בהם שימוש להעצמת המטפלות ולמתן תחושת ערך ליכולותיהן הטיפוליות. לסיכום, המחקר מציע אתיקה חדשה של טיפול סיעודי, המבוססת על ההנחה, שקידום ההכרה בכישורים נשיים יתמוך בהעלאת איכותו של הטיפול, ברווחת המטפלת ובשיפור תנאי החיים של הזקן ומשפחתו. למנהלות בארגון יש בכך תפקיד משמעותי ואפילו קריטי. ניהול נשי, העושה שימוש במשאבים נשיים, הוא המהלך שעשוי להנכיח ולהעצים את המשאבים הנשיים של המטפלות ובכך להפעיל מעגלי השפעה רבת-תחומיים למטפלות ולמטופלים גם יחד.

מקורות

- ארנויך, ב', והוכשילד, א'. (2006). *האישה הגלובלית*. תל אביב: כבל.
- ברודסקי, ג', רוניצקי, ש', וסיטרון, ד'. (2011). *בחירת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים: מאפייני הטיפול, עומס ותוכניות לסיוע ולתמיכה*. דוח מחקר. ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- ברודסקי, ג', שוור, י', ובאר, ש'. (2018). *קשישים בישראל – שנתון סטטיסטי 2016*. ירושלים: מאירס-ג'וינט-ברוקדייל-אשל.
- המוסד לביטוח לאומי. (2018). *דוח שנתי לשנת 2017*. ירושלים: המוסד.
- חוק הסיעוד, (התשמ"ו-1986), ס"ח 1178.
- חסון, י', ודגן-בוזגלו, נ. (2019). *הגידעון הטיפולי בישראל. מי נושאות בנטל וכיצד ניתן לצמצמו? דו"ח מחקר*. תל אביב: מרכז אדוה.
- יקוביץ, א'. (2011). *תוכניות חדשניות לטיפול בזקנים המוגבלים בתפקודם: סקירת ספרות*. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי: מינהל המחקר והתכנון, האגף לפיתוח שירותים, הקרן לקידום תוכניות סיעוד.
- כהן, י'. (2012). *להיות מטפלת סיעודית: חוויית הטיפול של מטפלות סיעודיות במלכ"ד* (חיבור לשם קבלת תואר שני בניהול מלכ"רים). האוניברסיטה העברית בירושלים, ירושלים.
- כורזים, מ', גורן, ט', ונירן, ר'. (2002). *מטפלות סיעודיות בזקנים: מאפיינים, תפיסת תפקיד ודפוסי עבודה והעסקה*. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- פורת, א'. (2017). *זקנים סיעודיים ומהגרות עבודה – "עבודת גבולות" בבית בהשראת המדינה ומוסדותיה* (חיבור לשם קבלת תואר דוקטור בפילוסופיה). אוניברסיטת בר אילן, רמת-גן.
- קרומר-נבו, מ'. (2006). *נשים בעוני: סיפורי חיים*. תל אביב: הקיבוץ המאוחד.
- רובינשטיין, ד', בנימין, א', וגולן, ע'. (2008). *"דרך המלך": העצמה פוליטית של עובדים עניים בצל תרבות המכרזים*. בתוך ג' מונדלק, ומ' אייזנשטדט. (עורכים): *משפט, חברה ותרבות: העצמה במשפט*. תל אביב: אוניברסיטת תל אביב, הפקולטה למשפטים.
- שחם, ל', קושניר, ת', ובכנר, י'. (2011). *שחיקת מטפלות הבית: גורמי סיכון והמלצות למניעת התופעה*. *גרונטולוגיה וגריאטריה, ל"ח* (1), 91-110.
- שקדי, א' (2004). *מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני – תיאוריה ויישום*. תל-אביב: רמות – אוניברסיטת תל-אביב.

- Acker, J. (2012). Gendered organizations and intersectionality: Problems and Possibilities. *Equality, Diversity and Inclusion: An International Journal*, 31(3), 214–224.
- Anderson, R.A., Corazzini, K., & McDaniel, R. Jr. (2004). Complexity science and the dynamics of climate and communication: Reducing nursing home turnover. *Gerontologist*, 44, 378–388.
- Asiskovitch, S. (2015). *Aspects of long-term care insurance 2014*. National Insurance Institute, Jerusalem, Israel.
- Bach, S. (2011). Assistant roles in a modernized public service: Towards a new professionalism? In S. Graham, & S. Corby (Eds.), *Working for the state: Employment relations in the public services* (pp. 129–146). London: Palgrave-Macmillan.
- Benjamin, O. (2017). Capitalism, cross locations and the welfare state. In D.O.R. Brayer-Grab, O. Coussin, Y. Tirosh (Ed.), *Capitalism and gender* (pp. 45-63). Tel-Aviv: Van Leer Institute Press.
- Cohen, N., Benish, A., & Shamriz-Ilouz, A. (2016). When the clients can choose: Dilemmas of street-level workers in choice-based social services. *Social Service Review*, 90(4), 620–646.
- Coyle, A. (2007). Introduction to qualitative psychological research. *Analysing Qualitative Data in Psychology*, 9–29.
- Hochschild, A.R. (1983). *The Managed Heart*. Berkeley and Los Angeles, CA: University of California Press.
- Languirand, M.A. & Bronstein, R.F. (2013). *How to age in place: Planning for a happy, independent, and financially secure retirement*. Berkeley, CA: Ten Spees Press.
- Iecovich, E. (2012). The long-term care insurance law in Israel: Present and future. *Journal of Aging & Social Policy*, 24(1), 77–92.
- Kalleberg, A. (2011). *Good Jobs, Bad Jobs: The Rise of Polarized and Precarious Employment Systems in the United States, 1970s to 2000s*. New York: Russell Sage Foundation.
- Kavle, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. London: Sage.
- Matthews, M., Carsten, M. K., Ayers, D. J., & Menachemi, N. (2018). Determinants of turnover among low wage earners in long term care: The role of manager-employee relationships. *Geriatric Nursing*, 29(4), 407–413.
- Mohanty, C, T. (1988). Under Western eyes: Feminist scholarship and colonial discourses. *Feminist Review* 30, 61–88.
- Patton, M. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Rodriquez, J. (2011). *Itsa dignity thing: Nursing home care workers use of emotions*. Paper presented at the Sociological forum.
- Stacey, C. L. (2011). *The caring self: The work experiences of home care aides*. New-York: Cornell University Press.

MANAGING NURSING CARE IN A GENDER LENS

Yafit Bella Cohen

The School of Social Work and Social Welfare, The Hebrew University of Jerusalem

This study examines for the first time the perceptions of managers of a large nursing organization in Israel, regarding caregivers and the treatment work. The uniqueness of the study lies in the fact that it reveals for the first time management aspects of nursing care work that have not been studied to date and have been found to shape caregivers' work and the quality of long-term care for the elderly (Cohen, 2012; Matthews et al., 2018).

The research uses a qualitative research method. 10 in-depth, semi-structured interviews were conducted with managers of nursing branches in various regions of Israel and at a seniority of more than one year in a long-term care organization in Israel.

The findings revealed that the managers maintain a complex relationship to the treatment itself and to the treatment image. On the one hand, they perceive the care given by the caregivers as a value and importance role, and on the other hand, the image of the treatment as containing characteristics of occupation of an inferior and uneducated status that is neither rewarded nor considered. The managers attribute the inferiority of the caregiving to the elderly population, which is perceived as inferior in society. The managers expressed mainly a task management style, with little reference to emotional and gender dimensions in the caregiving work, both as women's managers and their management style, and in relation to caregivers, most of them women. The innovation of the research is reflected in a spotlight on a critical component of the caregiving process, and it is the impact of the management style on the caregivers and on the quality of care given to the elderly.

The findings of the study point to the need to promote a new ethic of care and management of the caregiving that recognizes women's skills and to present them as a resource for raising the quality of caregiving. Recognition of female resources as a source of power, both for the managers and the caregivers, may help to recognize the caregiving occupation as a profession requiring professional training and improving the well-being of caregivers, patients and family members.

דיון וסיכום

מחקר זה בחן את ההיבטים הרגשיים, המגדריים והארגוניים בעבודת הטיפול, כדי להבין לעומק את מהותו של הטיפול הסיעודי ואת חוויית המטפלת. שלושה היבטים אלו נחקרו באמצעות שימוש בשיטת מחקר איכותנית. נערכו שלושים ראיונות עומק חצי-מובנים: עשרים ראיונות עם מטפלות סיעודיות ועשרה ראיונות עם מנהלות בארגון שירותי סיעוד. הראיונות נותחו בשיטה איכותנית של ניתוח תמתי (שקדי, 2004). הממצאים מוצגים בשלושה מאמרים: אחד התקבל לפרסום ושני מאמרים נמצאים בשיפוט בכתבי עת בין-לאומיים.

המסגרת התאורטית של מחקר זה כללה תאוריות סוציולוגיות פמיניסטיות שעוסקות במסחר של רגשות (Hochschild, 1983; Lilouz, 2017), תאוריות פמיניסטיות שעוסקות במגדר וטיפול כגון תאוריית הצטלבות מיקומי שוליים (Crenshaw, 1989; Cho, Crenshaw, & ; McCall, 2013) ותאוריות ניהוליות.

סיכום הממצאים

המאמר הראשון בחן את ההיבטים הרגשיים בעבודת הטיפול הסיעודי ונשען על תאוריות מתחום הסוציולוגיה של הרגשות. מתחום זה סומנו במחקר תאוריות אחדות שהגדירו מושגים מרכזיים להבנת התחום, כגון "עבודת הרגשות" שפיתחה הוכשילד (Hochschild, 1983). במחקר רואיינו עשרים מטפלות סיעודיות, בעלות ותק של לפחות חמש שנים בעבודת הטיפול. ממצא ראשון ומעניין שעלה הוא עצם קיום השיח על רגשות או למעשה היעדר שיח כזה. לחלק מן המרואיינות היה קושי בסיסי להשיב על השאלה: "אלו רגשות מעורר בך הטיפול הסיעודי?" והיה נראה שהן לא מורגלות בשיח על רגשות. חלקן אף ביקשו הסבר למה כוונת השאלה והתקשו לנקוב ברגשות מדויקים. מעיון בספרות המחקר עולה כי הנושא של רגשות בטיפול הסיעודי נחקר באופן כללי בלבד, ולא פורטו סוגי הרגשות העולים בטיפול (Pulcini, 2017). מאחר שרגשות הם רכיב חשוב בכל עבודה שהיא ונמצאו משפיעים על איכות העבודה הטיפולית, יש חשיבות לחקירתם (Pulcini, 2017).

הממצאים העלו כי המטפלות חשות רגשות אמביוולנטיים כלפי המטופלים וכלפי הטיפול הסיעודי: רגשות חיוביים כלפי המטופלים ורגשות שליליים כלפי העיסוק הטיפולי. הרגשות החיוביים המתעוררים בקרב המטפלות כלפי המטופלים כוללים אהבה, חמלה ודאגה, המתבטאים בהפגנת רגשות משפחתיים כלפי המטופלים. הרגשות השליליים הוצגו כלפי העיסוק הטיפולי וכללו תחושת ניצול מצד המטופלים ותחושת בושה מעצם היותן מטפלות. ממצא נוסף שעלה הוא אסטרטגיות שפיתחו המטפלות כדי להתמודד עם האמביוולנטיות הרגשית שהן חוות. הן תיארו שלוש אסטרטגיות התמודדות עיקריות:

1. התייחסות למטופלים כאל בני משפחה: נתינת יחס משפחתי למטופלים והחשבתם כבני משפחה. יחס זה מעניק לגיטימציה לעבודת הטיפול ותחושה של משמעות בעבודה. באמצעות אסטרטגיה זו המטפלת מרגישה שעבודתה היא המשך ישיר של תפקידה הטבעי בטיפול בבני משפחתה, ועל כן היא מצליחה להתגבר על האמביוולנטיות הרגשית הטמונה בעבודת הטיפול.

2. שימת הרגשות החיוביים במרכזו והסטת הרגשות השליליים לשוליים: המטפלות מצליחות לפתח דימוי עצמי מקצועי חיובי על ידי נתינת מקום מרכזי יותר בשיח לרגשות החיוביים בטיפול ודחיקת הרגשות השליליים לשוליים תוך התעלמות מהם.
3. הסתרה העיסוק הטיפולי ו/או הסתרת רגשות שליליים: באמצעות הסתרת העיסוק ו/או הסתרה של הרגשות השליליים, המטפלות יכולות להתמודד בדרך טובה יותר עם הרגשות השליליים שעולים בעבודת הטיפול, ולהישאר בעיסוק לאורך זמן.

השימוש באסטרטגיות ההתמודדות מאפשר להצביע על מודל תאורטי חדש שאף מוצע במאמר זה והוא: "אינטליגנציה טיפולית". אינטליגנציה טיפולית משמעותה היכולת לקיים ולהפעיל טיפול סיעודי איכותי. אינטליגנציה טיפולית מתייחסת לרכיבים של טיפול איכותי ומורכבת משני סוגי אינטליגנציות המוכרות בספרות המקצועית: אינטליגנציה רגשית ואינטליגנציה חברתית. מן המחקר עלה שאינטליגנציה טיפולית כוללת ארבעה רכיבים: (1) יכולת המטפלת לזהות את רגשותיה ואת רגשות המטופל ולהיות מודעת להם; (2) יכולת המטפלת לנהל רגשות חיוביים ושליליים העולים בטיפול; (3) יכולת להביע חמלה ואמפתיה כלפי המטופל; (4) זיהוי הצרכים של המטופל והמענים הרלוונטיים להם המותאמים למטופל. הנחת הבסיס היא שהיכולת לאינטליגנציה טיפולית היא יכולת אנושית בסיסית המצויה בכל אדם, אך יש לפתח אותה כדי שתוכל לבוא לידי ביטוי. קיומה או היעדרה של האינטליגנציה הטיפולית, כמו גם רמת פיתוחה הם גורם מפתח במתן טיפול סיעודי איכותי. נראה כי העלאת המודעות של ארגוני סיעוד לקיומה של אינטליגנציה זו, עשויה לתרום להבנת תפקידם בהכשרה ובהדרכה של מטפלות ובכך לתרום לשימור מטפלות בעיסוק ולהעלאת רמתן ואיכותן של הטיפולים הסיעודיים.

במאמר השני מובאת בחינה של ההיבטים המגדריים בעבודת הטיפול. מאחר שמי שמעניקות את הטיפול הסיעודי הן, רובן ככולן, נשים, יש חשיבות לחקור את ההיבטים המגדריים בעבודת הטיפול, ולבחון את הביטויים המגדריים בעבודת הטיפול ואת השפעתם עליו כדי להבין לאשורו את אופיו ומהותו של הטיפול הסיעודי ואת ההקשר החברתי שבו הוא מתקיים. בשנים האחרונות מדד אי-השוויון המגדרי בישראל נותר בעינו והפערים לא הצטמצמו כמעט (חזן, הרצוג, ברייר-גארב ובן אליהו, 2017). הפערים בשוק העבודה קשורים קשר הדוק לחלוקת העבודה המסורתית בין גברים לנשים, שבה נשים ממשיכות להיות האחראיות העיקריות ל"עבודות השקופות" של הטיפול בבית ובמשפחה, עבודות שעליהן הן לא מקבלות תגמול בשכר ולא זוכות להכרה חברתית או כלכלית. ההסבר לכך נעוץ בשני סוגי גורמים: גורמים מבניים מוסדיים – החברה הישראלית ומערך קבלת החלטות והקצאת המשאבים בישראל נושאים אופי ממוגדר. ללא התערבות ישירה המבוססת על תפיסת השוויון המגדרי כערך אוניברסלי; גורמים תרבותיים – נשים בשוק העבודה, גם בתפקידים בכירים, נתפסות לעיתים קרובות קודם כל בתור "אימהות" ולכן כמשניות בשוק העבודה (חזן, הרצוג, ברייר-גארב ובן אליהו, 2017).

עבודת הטיפול הביתי מזוהה ונחשבת לעבודה "שקופה" שהיא בהגדרה עבודה בלתי מוכרת ומתוגמלת כלכלית ברמה נמוכה (חסון ודגן-בוזגלו, 2019). פעילויות המזוהות כעבודות שקופות כגון אחריות למשק בית, טיפול בילדים וטיפול בבני משפחה נוספים, הן עבודות המבוצעות בדרך כלל על ידי נשים. החלוקה הממוגדרת והלא שוויונית של העבודות השקופות

חוצה גבולות אתניים, מעמדיים ולאומיים. זאת ועוד, הביצוע של עבודות שקופות הוא רכיב מרכזי בכינון הזהות המגדרית (קפלן וסבאח, 2017).

על רקע זה, נמצא במחקר כי המטפלות תופסות את העיסוק הטיפול כעיסוק נשי מיסודו, המכיל מאפיינים וסממנים נשיים. המטפלות תיארו שהן חוות הדרה רב-שכבתית: הדרה על בסיס מגדרי בין גברים לנשים, הדרה תוך-מגדרית של נשים ממעמד גבוה כלפי נשים ממעמד נמוך והדרה בתוך עולם העיסוקים הטיפולים, המתבטאת בכך שלתפיסתן טיפול בזקנים נחשב לנחות יותר מטיפול באוכלוסיות אחרות, כגון טיפול בילדים.

שילוב שלושת מעגלי ההדרה יחד עם הצטלבות מיקומי שוליים ו"נישול מערך" של עבודת הטיפול, מכפיל את הנחיתות שהמטפלות חוות. חוויית הנחיתות היא חוויה מורכבת למטפלות הנדרשת מתוקף תפקידה הטיפולי להשקיע בעבודתה השקעה רגשית עמוקה, בצד השקעה פיזית והשקעה תיפקודית אינסטרומנטלית. למעשה, איכות הטיפול הסיעודי מותנית במידה רבה בהשקעה הרגשית המתלווה אליו. מתעוררת כאן למעשה צרימה (דיסוננס) רגשית שמחייבת את המטפלת לנהל אותו. כדי להתמודד עם צרימה זו, פיתחו המטפלות שלוש אסטרטגיות עיקריות:

1. בידול ממטפלות אחרות בארגון ויצירת נרטיב של "אני מטפלת אחרת". כדי להרחיק מעצמן שיוך לקהילת המטפלות, המטפלות מרחיקות ומבדלות את עצמן ממטפלות אחרות בארגון. הבידול הוא רגשי והתנהגותי: לרוב הן אינן מתחברות בינן לבין עצמן וחלקן אף נמנעות מלהשתתף בפעילויות משותפות שהארגון יוזם.

2. נתינת משמעות רבה למערכות היחסים עם המטופלים. נראה כי המטפלות מייחסות חשיבות רבה למערכות היחסים שלהן עם המטופלים, וחשיבות זו יוצרת בקרבן תחושת סיפוק ומשמעות בעבודת הטיפול. בדרך זו המטפלות מנתקות את עצמן מתפיסת הטיפול כעבודה שעליה הן מקבלות תגמול ומדגישות את ממד ה"משפחתיות" בעיסוק – ממד שהוא בעל ערך גבוה, מוכר ומקובל בתרבות החברתית בישראל. בכך הן זוכות לתחושתן להילת המשפחתיות הראויה והמכובדת.

3. הסתרת העיסוק הטיפולי מן הסביבה. חלק מן המטפלות תיארו שהן לא מדברות על העבודה שלהן באופן פומבי וחלקן גם הסתירו מן המשפחה הרחוקה, משכנים ומחברים את עובדת היותן מטפלות בזקנים.

השימוש באסטרטגיות אלו מסייע למטפלות לשמר דימוי תעסוקתי חיובי ולהישאר בעבודת הטיפול לאורך שנים.

המאמר השלישי עוסק בתפיסות של מנהלות בארגון שירותי סיעוד, בנוגע למטפלות ובנוגע לעיסוק הטיפולי. תפיסות של מנהלים בארגוני סיעוד לא נחקרו כלל בישראל וכמעט שלא נחקרו גם בעולם. במחקר זה רואיינו עשר מנהלות בעלות ותק של לפחות שנה בעבודת הניהול, המועסקות בארגון סיעוד גדול וותיק בישראל. נעשה שימוש בראיונות עומק חצי-מובנים ובניתוח תמתי של הראיונות.

מניתוח הראיונות עלה כי המנהלות מבטאות יחס מורכב כלפי המטפלות וכלפי עבודת הטיפול. מצד אחד הן תופסות את העיסוק הטיפולי כנחות ובעל דימוי חברתי נחות, ומצד שני הן תופסות את העבודה הטיפולית עצמה כמשמעותית ובעלת ערך והן מכירות בתלות של הארגון בעבודת המטפלות.

עוד עלה בהקשר המגדרי, כי המנהלות ביטאו עוורון מגדרי כפול: כלפי עצמן בתור מנהלות נשים, וכלפי המטפלות, שהן רובן ככולן נשים. עוורון מגדרי זה בא לידי ביטוי בכך שהמנהלות אינן מזהות את המשאבים ואת האיכויות הנשיות, לא שלהן בתור מנהלות ולא של המטפלות בתור נכס שניתן ורצוי להשתמש בו במסגרת העבודה. הן אף אינן תופסות כחלק מאחריותן הניהולית, הנכחה וקידום של הכישורים הנשיים שלהן כמנהלות ושל המטפלות כעובדות. יש לציין כי העוורון המגדרי שונה מהדרה מכוונת של אוכלוסיית הנשים, אך גם כאשר הוא נעשה שלא במודע, יש לו השלכות על חווית העבודה של המטפלות ועל סגנון הניהול של המנהלות. בהקשר זה עולה כי העוורון, השקיפות וההדרה של אוכלוסיות מסוימות בחברה, אינם רק בינריים ושוררים מצד ההגמוניה כלפי קבוצות שוליים. תופעות של עוורון ושקיפות שוררות גם בין קבוצות שאינן הגמוניות ובתוכן. למשל, קבוצות מופלות ומדוכאות (כגון נשים בכללותן) אינן חפות מן הסכנה של היותן מפלות בעצמן (למשל נשים מנהלות כלפי נשים מטפלות). מציאות זו תורמת לשימורן של המטפלות במעמדן הנמוך ולשימור הדימוי הציבורי הנחות של עבודת הטיפול.

שלושת המאמרים מציגים היבטים וזוויות שונות בעבודת המטפלת: היבטים רגשיים, היבטים מגדריים והיבטים ניהוליים הכוללים את תפיסת המנהלות את המטפלות ואת העיסוק הטיפולי. בחינת ההיבטים הללו מוסיפה ידע חדש על חווית עבודת המטפלות הסיעודיות ועל רכיביו המשמעותיים של טיפול סיעודי איכותי.

המציאות הנוכחית של הטיפול הסיעודי ושל המטפלת הסיעודית

הסוציולוגית אורלי בנימין (2015) הצביעה על כמה מנגנונים עיקריים הגורמים לפגיעה במעמדו של הטיפול הסיעודי ובמעמדן של המטפלות: פגיעה בשכר ובזכויות מצטברות, צמצום משרות, היעדר הכשרה מקצועית וחוסר יכולת להתקדם, אי-בטחון תעסוקתי הנובע ממצבם המשתנה של הזקנים המטופלים וקושי בהתאגדות מסודרת של כלל המטפלות (בנימין, 2015). נוסף על כך, מדוחות בנק ישראל והמוסד לביטוח לאומי, ומדיונים בוועדת העבודה והרווחה בכנסת, עלו בעיות אחדות הנוגעות להעסקת מטפלות: כ-30% מן הזכאים לחוק סיעוד הם גברים, אך רוב המטפלות הן נשים. מציאות זו עלולה ליצור מצבי אי-נוחות הן למטפלות והן למטופלים. תנאי העבודה והשכר מרחיקים גברים מן התחום ואינם מאפשרים מענים הולמים מבחינה מגדרית למטופלים גברים. הגדרת תפקיד המטפלות לוקה בחסר ויוצרת פתח לניצול ולמשא ומתן תמידי בין המטפלות למטופלים. ישנם קשיים לבקר ולפקח על עבודת המטפלות, הנובעים הן מקושי לגייס עובדים סוציאליים לעבודה בחברות סיעוד והן בשל כישלוננו של הפיילוט להכנסת שעון נוכחות לבתי הזקנים. כל אלו מביאים לתחלופה גבוהה של מטפלות ולירידה באיכות הטיפול (חסון ודגן-בוזגלו, 2019).

ועדות שעסקו בנושא מעמדן של המטפלות המליצו על מיסוד והעמקה של ההכשרה המקצועית, על יצירת דירוג פנימי על פי קושי העבודה, על יצירת סולם שכר ואופק לקידום ועל הבניית משרות טיפול במקום העסקה שעתית. המלצות אלו נותרו על הנייר (חסון ודגן-בוזגלו, 2019). למשל, בנושא ההכשרה למטפלות, דרישת הביטוח הלאומי היא כי רק 30% מן המטפלות יעברו הכשרה. על פי דוח בנק ישראל (הרן-רוזן ואח', 2018) דרישות ההכשרה בישראל למטפלות הן מן הנמוכות במדינות ה-OECD שברבות מהן נדרשת הכשרה ארוכה יותר, עיונית ומעשית,

אשר ניתנת על פני 200 שעות ויותר ונמשכת בדרך כלל מעל לחצי שנה. הרפורמה בסייעוד שיצאה לדרכה בשנת 2018 אינה כוללת התייחסות מספקת לעבודת הטיפול הביתי, על הנטל הפיזי והנפשי הכרוך בה ועל מורכבות היחסים בין המטפלות למטופלים ומשפחותיהם. למעשה, למעט עיבוי ההכשרה המקצועית והליווי למטפלות הבית, הישראליות והזרות, הרפורמה מתעלמת מבעיות מהותיות כגון שכרן הנמוך מאוד של המטפלות, היעדר תגמול דיפרנציאלי מותאם לקושי העבודה, היעדר תגמול על זמן המעבר מבית לבית והמחסור במטפלות הנובע מתנאי העבודה והשכר. הרפורמה כוללת הגדלת הזכאות לשעות סיעוד, אך מבוססת על התחשיב הנוכחי של עלות שעת סיעוד. המשמעות היא ככל הנראה המשך השימוש בתעריפים נמוכים במכרזי הסיעוד, כאלה שאינם מאפשרים לשפר את מצב המטפלות (החלטת ממשלה 3379 מיום 11.1.2018; הרן-רוזן ואח', 2018). כמו כן, נראה כי הרפורמה לא כללה במתווה שלה היבטים מקצועיים בעיסוק הטיפולי. הרפורמה אינה עוסקת בקידום המעמד של המטפלות ובהכשרתן, אמצעים שהיו עשויים לשדרג את הטיפול ואת המטפלות ולחלץ אותן מן השוליות ומן ההדרה, כמו גם לתת מעמד מכובד ומכבד לטיפול הסיעודי.

בשנים האחרונות התפתחו כמה מודלים פמיניסטיים לשילוב עבודת הטיפול במדיניות הכללית בעולם, כמו למשל מודל ה"כלכלה הסגולה" (Ilkkaracan, 2016). הכלכלה הסגולה מכירה בתלות בטיפול כרכיב הכרחי וחיוני לרווחה ולפיכך בצורך של הכלכלה להביא בחשבון את ערכו של הטיפול ולאפשר את אספקתו מבלי להשתמש במנגנונים שמייצרים אי-שוויון. כלומר, מדיניות חברתית וכלכלית שתערוך חלוקה מחדש של עלויות הטיפול בין משקי הבית, המדינה והשוק, ותייצר תשתיות טיפול בקהילות בפריפריה ותמריצים שווים לגברים ולנשים שייקחו חלק בנטל הטיפול. מודל זה יכול להוות מסד לפעילות בישראל אשר תתרום לשינוי מעמדו של העיסוק הטיפולי.

במחקר זה נוצרו והתגלו כמה מפגשים המספרים את סיפור הטיפול הסיעודי ואת סיפורן של המטפלות הסיעודיות כתוצרים וכנגזרות של המציאות הכלכלית, החברתית והתרבותית של החברה הישראלית:

1. המפגש בין שפה לחוויה – מפגש שמתקיים לכל אורך המחקר. במחקר זה עולה כי בהתאם להקשר החברתי בנושא רגשות והבעתם במרחב הציבורי, הנשים המטפלות חוות קושי בביטוי רגשות סביב עבודת הטיפול. הקושי המובנה להביע רגשות ולדון ברגשות, הן של המטפלות והן של המנהלות, מצביע על חוסר לגיטימציה לשיח רגשות במרחב הציבורי ובארגונים ולמנגנוני הסתרה והדחקה של רגשות המתעוררים בעבודת הטיפול. למציאות זו השלכות עמוקות על עבודת הטיפול, שהרי בבסיס הטיפול מצויים רגשות, הקובעים במידה רבה את טיבו ואת איכותו.
2. מפגש בין תאוריות המקשרות בין שלושת הפרקים בהיבט תאורטי פמיניסטי, כגון תאוריית עבודת רגשות שפיתחה הוכשילד (Hochschils, 1983), תאוריית הקפיטליזם הרגשי שפיתחה אילוז (Illuz, 2007) ואתיקה של אהבה (סער, 2007), מיקור החוץ של עבודות הטיפול והשירות (בנימין, 2016) ותאוריית הצטלבויות מיקומי שוליים (Cho et al., 2013; Crenshaw, 1989). נראה כי המשותף לתאוריות אלו היא התפיסה כי קטגוריות חברתיות ותרבותיות כמו מגדר, מעמד, עיסוק ואתניות וצירי זהות נוספים מקיימים ביניהם קשרים רבים, המשפיעים על האופן שבו מערכות כוח חברתיות פועלות.

בהקשר למחקר זה, ההצטלבות המשולשת בין המעמד הנחות של העיסוק הטיפולי, היות המטפלות נשים וטיפולן באוכלוסייה מוחלשת ומודרת בפני עצמה – אוכלוסיית הזקנים, מהווה מכפיל נחיתות משמעותי המקבע את הטיפול הסיעודי ואת המטפלת במקומם השולי במרחב התעסוקתי והחברתי.

3. מפגש בין ספרה פרטית לבין ספרה ציבורית. הקו המפריד בין הספרה הפרטית לבין הספרה הציבורית הולך ומטשטש בכל מערכות החיים. לתהליך כללי זה ביטוי מיוחד ומשמעותי בתחום הטיפול הסיעודי. טיפול במהותו הוא אישי ואף אינטימי ומקומו הטבעי בתוך הספרה הפרטית. הטיפול הסיעודי בתור שירות הניתן על ידי המדינה על פי חוק סיעוד, בהכרח גורם לו לעבור לספרה הציבורית. המפגש בין הפרטי לבין הציבורי, בין האישי-אינטימי לבין השירותי-עיסוקי, מחייב עיצוב ייחודי של יחסים ושל קשרים וזיקות. מפגש זה מאתגר את הטיפול ואת המטפלות ומחייב אותן למצוא אסטרטגיות התנהלות והתמודדות. מממצאי המחקר עלה שהמטפלות אכן מפתחות אסטרטגיות התמודדות עם המפגש בין שתי הספרות וטשטוש הגבול ביניהן. מציאות זו מעמידה אתגרים בפני כל השותפים במרחב הטיפול. ההתמודדות עם אתגרי הטיפול הסיעודי, הן מבחינת המטפלות והן מבחינת המטופלים, המשפחות וארגוני הסיעוד, נמצאת במידה רבה בתחילתה, כפי שעולה מממצאי המחקר.

מגמות השינוי לקראת העתיד

על אף המציאות הנוכחית של הטיפול הסיעודי ושל המטפלת הסיעודית, נראה שכיום העיסוק הטיפולי מצוי בכמה מעברים הנובעים מכורח הנסיבות והמציאות החברתית-כלכלית:

1. מעבר מן הספרה הפרטית לציבורית: הטיפול הביתי, שניתן בעבר על ידי נשים בעיקר בספרה הפרטית לבני משפחתן, הופך להיות נדרש גם בספרה הציבורית, בבתים של אחרים אשר זקוקים לאותן מיומנויות טיפול. דרישה זו מעבירה את המוקד של העיסוק מן המרחב הפרטי למרחב הציבורי. ההפרדה בין הפרטי לציבורי משמשת מנגנון מרכזי לשימור אי-השוויון המגדרי והדרת הנשים (הרצוג, 2009). החלוקה בין הספרה הפרטית של הבית ובין הספרה הציבורית של מקום העבודה, יוצרת את הנחיתות של העבודות הנתפסות "טבעיות" כגון עבודות הבית, הנעשות בחסות החלוקה המגדרית בין גברים לנשים.

2. מעבר מעיסוק שקוף לעיסוק נראה: בימים אלו, בעקבות התאגדות של המטפלות עצמן בצעדי מחאה כנגד תנאי העסקתן, מעמדו של העיסוק הטיפולי ומעמדן של הנשים המטפלות עולה על סדר היום הציבורי. עם זאת, התהליך נמצא רק בתחילתו ותוצריו אינם ברורים.

3. מעבר מעיסוק שולי לעיסוק נדרש: תוחלת החיים העולה והעיקרון של "הזדקנות במקום" (aging in place) מעלים את הדרישה למטפלות אשר יעניקו טיפול ביתי לזקנים במצבי מוגבלות ותפקוד שונים, והופכים את העיסוק מעיסוק שולי לעיסוק נדרש.

בבסיס כל המעברים והשינויים שצוינו נמצא הביקוש ההולך ועולה בטיפול הסיעודי הצורך ההולך וגובר במטפלות בכלל ובמטפלות סיעודיות בפרט. זאת ועוד, הצורך הגובר בטיפול ובמטפלות מעלה לדיון ציבורי את הנושא של טיפול איכותי, מהותו ומאפייניו. דיון זה מרים מסך מעל המאפיינים המגדריים של הטיפול ומנכיח את הצורך באינטליגנציה טיפולית מבוססת גשות, אמפתיה, חמלה וקשר בין אישי, ואת הצורך להתייחס גם להיבטים מגדריים וניהוליים בעבודת הטיפול.

הטיפול הסיעודי ביתי נמצא יותר ויותר על סדר היום הציבורי, המשפחתי והאישי. בהקשר זה, בעת האחרונה הוגדר מושג כלכלי-טיפולי חדש המביא לידי ביטוי את המציאות בתחום הטיפול והוא "גירעון טיפולי", כלומר החסר המשמעותי בכוח עבודה בענף זה. המציאות מלמדת שהצורך בשירותי טיפול ביתי והביקוש לו הולכים וגוברים ואילו שיעור ספקי הטיפול ובעיקר ספקיות הטיפול הולך ופוחת. "גירעון טיפולי" מבטא את הפער ההולך וגובר בין היצע לביקוש בתחום.

לסיכום, יש לצפות כי בעקבות גדילת הגירעון הטיפולי והביקוש העולה בטיפול איכותי, ישתנה מעמדו ומצבו של הטיפול הסיעודי ועם שינוי זה ישתנה גם מעמדן של המטפלות ויחול שיפור במצבן כבר בעתיד הנראה לעין.

לשם כך, יש לפעול לקידום המקצועיות באמצעות מתן הכשרה לפני התחלת הטיפול ובמהלכו, מתן השתלמויות, ובניית תוכניות לקידום מקצועי ולהעצמת המיומנויות הנשיות שהן התשתית לטיפול איכותי.

תרומת המחקר

למחקר זה ארבע תרומות עיקריות בשני תחומים: (1) ידע על תהליכים אישיים ובין-אישיים המשפיעים השפעה ניכרת על הטיפול הסיעודי, על טיבו ועל איכותו; (2) הגברת המודעות לטיפול הסיעודי הביתי ולמעמדן של המטפלות הסיעודיות.

התרומה הראשונה היא בפיתוח הבנה מעמיקה ורגישה של האופנים שבהם נשים שונות חוות את עבודת הטיפול. זאת על ידי בחינת הרגשות העולים במהלך הטיפול והמשגה תאורטית חדשה: "אינטליגנציה טיפולית".

התרומה השנייה היא בהבנת הממשקים בין סגנון הניהול של מנהלות בארגוני שירותי סיעוד לבין עיצוב חווית הטיפול של המטפלות. זו היא תרומה לכל הארגונים המעסיקים מטפלות. התרומה השלישית היא הבנת ההיבטים המגדריים בעבודת הטיפול והאופן שבו באים לידי ביטוי היבטים אלו בעבודת הטיפול וממצבים אותה בתור עיסוק נחות.

התרומה הרביעית היא הצבתן של עבודות בלתי נראות, בלתי מוערכות ובלתי מתוגמלות, שנעשות על פי רוב על ידי נשים, על סדר היום המחקרי והחברתי. הנכחת הנשים המטפלות ועבודת הטיפול מהווה תרומה משמעותית למעמד העיסוק הטיפולי ולמעמד הנשים המועסקות בעבודות שקופות.

חידושי המחקר והשלכותיו לתאוריה ולפרקטיקה

השלכות המחקר לתאוריה הן בהצעת מודל תיאורטי חדש וחלוצי, התורם להבנת המרכיבים של טיפול סיעודי איכותי והוא מודל "אינטליגנציה טיפולית". אינטליגנציה טיפולית מורכבת משילוב של שתי אינטליגנציות מוכרות: אינטליגנציה רגשית ואינטליגנציה חברתית. שילוב זה יוצר אינטליגנציה שלישית המביאה לידי ביטוי את הערך המוסף של החיבור בין שתי

האינטליגנציות. הערך המוסף משמעותו מתן תוקף למיומנויות הטיפול שמבוססות על קשרים ויחסים, על אמפתיה וחמלה ועל יכולת לזהות את הצרכים של המטופל ואת המענים הרלוונטיים. המודל מוסיף נדבך חשוב וידע חדש להבנת עולם הטיפול הסיעודי, שמרכיביו והיבטיו השונים נחקרו מעט עד כה, והוא יכול לסייע לכל ארגון/מוסד המעסיק מטפלות.

המחקר תורם להבנה התאורטית של ההיבטים המגדריים בעבודת הטיפול, שנראה שיש להם השפעה על עבודת הטיפול ועל רגשות המטפלת. נוסף לכך, המחקר מוסיף ידע תאורטי על תפיסות של מנהלות בארגוני סיעוד בנוגע לעבודת הטיפול ובנוגע למטפלות וחושף את העוורון המגדרי בארגון, שמתבטא הן בשכבת הניהול והן בשכבת העובדות המטפלות.

השלכות המחקר לפרקטיקה נוגעות לקידום הבנת הרכיבים של טיפול סיעודי איכותי. להבנה זו עשויות להיות השלכות על ארגוני סיעוד, על מטפלות, על מטופלים ועל בני משפחה. בהמשך לממצאי המחקר, מוצע כי ארגוני סיעוד יפתחו תרבות ארגונית מודעת רגשות ורגישת מגדר, המכירה ומנכיחה כישורים נשיים, מעניקה לגיטימציה לשיח על אודות רגשות ומעצימה את המטפלות ואת כישוריהן הנשיים. זאת באמצעות קורסי הכשרה וליווי והדרכה הן של המטפלות והן של המנהלות. המחקר אף מציע הנהגת פרקטיקה של תפיסת המנהלות בארגוני סיעוד כאוכלוסיית יעד בפני עצמה, העשויה לתרום לפרימת הצטלבות מיקומי השוליים של המטפלות. הכשרת המנהלות תוכל להתבצע באמצעות הדרכה והצמדת מנטור לכל מנהלת.

השלכה נוספת של המחקר ברמת המדיניות היא בהמלצתו לקדם את עיסוק הטיפול לפרופסיה מוכרת המחייבת הכשרה מקצועית, ומתוגמלת כראוי מבחינה כלכלית.

מגבלות המחקר והמלצות למחקר עתידי

למחקר זה מגבלות אחדות, הנוגעות לאוכלוסיית המחקר. ראשית, אוכלוסיית המחקר כוללת מטפלות ומנהלות מארגון סיעוד אחד בלבד. ייתכן שראיון מטפלות ומנהלות מארגונים נוספים היה מביא לתובנות נוספות. עם זאת, הארגון שנבחר למחקר הוא הגדול, הוותיק והמשפיע ביותר על ארגוני הסיעוד בארץ ומהווה מודל לארגוני סיעוד אחרים ועל כן הוא נבחר למחקר זה.

שנית, אוכלוסיית המחקר כללה נשים בלבד, אף על פי שיש מיעוט של גברים מטפלים (5%). ייתכן כי השוואה בין חוויות של נשים מטפלות לחוויות של גברים מטפלים, הייתה מובילה לממצאים נוספים בהיבט המגדרי. עם זאת, מאחר והרוב המכריע של המטפלות הן נשים, רואיינו במחקר זה רק נשים.

בנוסף על כך, לא רואיינו זקנים ובני משפחותיהם על הרגשות שלהם כלפי המטפלות ועל תפיסתם בנוגע לקיומה של אינטליגנציה טיפולית או היעדרה, או על תפיסותיהם בנוגע להיבטים המגדריים בעבודת הטיפול, ונראה כי נושאים אלו ראויים להיכלל במחקרי המשך.

מכאן עולה כי מחקר עתידי אשר יכלול חוויות של מטפלים גברים ויכליל את עמדות הזקנים ובני משפחותיהם כלפי תחום הטיפול הסיעודי בישראל, יהווה כר נרחב לתובנות חשובות נוספות.

רשימת מקורות

- אלבין, ע. (2016). בין אינטימיות נדרשת ובלתי מוגבלת לכפייה: המקרה של עובדות הבית. עיוני משפט, לט, 369-414.
- בנימין, א. (2015). רכש שרותים חברתיים בישראל כממגדר תנאי העסקה: המשא ומתן בין המדינה למעסיקים זוכי המכרזים. בטחון סוציאלי, 98, 39-62.
- דג'בוזגלו, נ. וחסון, י. (2011). מחיר הטיפול: דוח על נשים בעבודות הטיפול בישראל. דוח מחקר. תל אביב: מרכז אדוה.
- החלטת ממשלה 3379, "תכנית סיעוד לאומית", מיום 11.1.2018.
- המוסד לביטוח לאומי. (2017). דוח שנתי לשנת 2016. ירושלים: המוסד.
- הרן-רוזן, מ., כהן קובץ', ג., ורמות ניסקה, ת. (2018). "הביטוח הסיעודי בישראל". ניירות תקופתיים 01.2018. ירושלים: בנק ישראל, חטיבת המחקר.
- הרצוג, ח. (2009). מהו הפוליטי-מבטים פמיניסטיים. תיאוריה וביקורת, 34, 155-163.
- חזן, נ., הרצוג, ח., ברייר-גארב, ר. ובן אליהו, ה. (2017). דו"ח מדד המגדר 2017: ממצאים עיקריים, מסקנות והמלצות. ירושלים: מכון ון-ליר.
- חסון, י. ודג'בוזגלו, נ. (2019). הגירעון הטיפולי בישראל. מי נושאות בנטל וכיצד ניתן לצמצמו?. דו"ח מחקר. תל אביב: מרכז אדוה.
- סער, ע. (2007). עסק משלך. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, האגף לפיתוח שירותים ומנהל המחקר.
- קפלן, ע. וסבאח, מ. (2017). עבודות שקופות בישראל. דו"ח מחקר לביטוח הלאומי. ירושלים: מכון ון-ליר.
- שקדי, א. (2004). מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני-תיאוריה ויישום. תל-אביב: רמות-אוניברסיטת תל-אביב.
- Cho, S., Crenshaw, K. W., & McCall, L. (2013). Toward a field of intersectionality studies: Theory, applications, and praxis. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 38(4), 785-810.
- Crenshaw, K.W. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory, and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum* 1989: 139–167.
- Hochschild, A. R. (1983). *The Managed Heart*. Berkeley: University of California Press.
- Illuz, E. (2007). *Cold Intimacies: The Making of Emotional Capitalism*. London: Polity Press.
- Ilkkaracan, I. (2016). A feminist alternative to austerity: the purple economy as a

gender-egalitarian strategy for employment generation. In Bargawi, Cozzi, & Himmelweit. (Eds.), *Economics and Austerity in Europe* (pp. 49-61). London: Routledge.

Pulcini, E. (2017). What Emotions Motivate Care?. *Emotion Review*, 9(1), 64-71.

טופס הסכמה להשתתפות במחקר

שם המחקר : מגדר ורגשות בטיפול הסייעודי בזקנים

שם החוקרת האחראית : יפית כהן

מטרת המחקר : להוסיף ידע על הרגשות המתעוררים במהלך הטיפול הסייעודי ועל ההשפעות של המגדר על הטיפול הסייעודי. הוספת הידע עשויה לעורר מודעות לדרכים לשיפור מצבן של המטפלות, ולקידום רווחתן, ומכאן לרווחת המטופל הסייעודי ושיפור איכות חייו.

שמירת סודיות :

החוקרת מתחייבת לשמור על החסיון ועל האנונימיות של המרואיינת. המידע על המרואיינת וזהותה יישמר חסוי בכל שלב של המחקר ושל הכתיבה :

1. שמה של המרואיינת לא יצוין בשום דרך ולא יועבר בשום דרך לארגון המעסיק ולא למרואיינות האחרות במחקר ואף לא למטפלות העמיתות ו/או לעובדים אחרים.
2. הראיונות לא יתקיימו במשרדי הארגון המעסיק, אלא במקום נייטרלי.
3. החוקרת תשמור על סודיות מוחלטת לגבי זהות המרואיינות ולא תעביר מידע בעניין זה לשום גורם בארגון המעסיק, לא בזמן המחקר ולא אחרי המחקר.
4. תמלולי הראיונות ייעשו על ידי החוקרת בלבד, והתמלולים יישמרו במחשב האישי של החוקרת.

משך כל ראיון יהיה בין שעה לשעתיים.

ההשתתפות במחקר זה הינה מרצונה החופשי של המרואיינת ועל בסיס התנדבותי לחלוטין. מטפלות/מנהלות שיסרבו להשתתף במחקר, לא יסבלו מכל השלכה שהיא ולא ייגרם להן נזק או פגיעה כלשהי. הנבדקות רשאיות להפסיק את השתתפותן במחקר, בכל עת ובכל שלב, ללא כל השלכות או גרימת נזק כלשהו.

הדרכים ליצירת קשר עם החוקר האחראי : יפית כהן – 054-2463679 , coyafit@gmail.com

אני הח"מ מאשרת שקראתי את דברי ההסבר למחקר ואני מוכנה להשתתף בו, על פי הכללים המצוינים בטופס ההסכמה.

חתימת המרואיינת : _____ חתימת החוקרת : _____

מדריך ראיון מטפלות

נתוני רקע :

גיל, מוצא, וותק בארץ, שנת עלייה, השכלה והיכן נרכשה, מצב משפחתי, מספר ילדים וגילאים, וותק בארגון, נסיון בתחום הטיפול הביתי בעבר, עבר תעסוקתי אחר, מקום מגורים, מצב דיור, בריאות פיזית, תנאי שכר.

1. חוויית מתן הטיפול הסיעודי :

מה היא עבודת הטיפול בשבילך?

מה את אוהבת בעבודת הטיפול?

מה קשה לך בעבודת הטיפול?

מאיזה חלק/מרכיב בטיפול את הכי נהנית?

איזה חלק/מרכיב בטיפול הכי קשה לך?

האם יש חלק/מרכיב בטיפול שדוחה אותך?

מה את נותנת למטופל? ומה את מקבלת?

האם לדעתך המטופל ומשפחתו, מעריכים את עבודתך והשקעתך?

2. חוויית הסיפוק האישי מעבודת הטיפול :

אלו מהיכולות והתכונות המיוחדות שלך, באות לידי ביטוי בעבודת הטיפול?

האם יש לך תכונות ויכולות שלא יכולות לבוא לידי ביטוי בעבודת הטיפול?

האם את חשה סיפוק מעבודתך כמטפלת?

תארי לי איך את רואה את המשך עבודתך כמטפלת?

3. תפיסות לגבי רגשות בטיפול :

אלו רגשות מתעוררים בך במהלך הטיפול? תארי אותם.

מה הוא הרגש הדומיננטי המאפיין את עבודתך?

תארי את מערכת היחסים בינך לבין המטופלים.

האם עולים גם רגשות שליליים?

כיצד מתבטאים הרגשות שאת חשה, במהלך הטיפול?

האם את חשה חמלה כלפי המטופלים, וכיצד זה מתבטא?

4. היבטים מגדריים :

האם את מטפלת בנשים או בגברים, ומה המשמעות של כך?

מי לדעתך מתאים יותר לעבודת הטיפול? נשים/גברים?

האם לדעתך גברים יכולים לטפל בזקנים?

האם קיימות תכונות/רגשות נשיים, הבאים לידי ביטוי במהלך בטיפול?

האם לדעתך העובדה שאת אישה תורמת למתן הטיפול?

אם לא היית מטפלת, מה לדעתך היית עושה?

מה חושבת משפחתך על עבודתך כמטפלת?

איך הסביבה מגיבה לעיסוקך?

עם מי את מדברת על עבודתך?

6. הכשרה מקצועית וחווית העבודה בארגון :

האם לדעתך דרושה הכשרה לעבודה הטיפולית?

האם יש הכשרה למטפלות חדשות? מה דעתך עליה?

האם יש לך עם מי לדבר על בעיות וסוגיות המתעוררות בטיפול?

האם יש לך עם מי לדבר על רגשות המתעוררים בטיפול?

מה את ממליצה לשנות כדי לשפר את העבודה בארגון?

אלו עצות את יכולה לתת למטפלת מתחילה?

האם היית ממליצה למטפלות אחרות לעבוד בטיפול בית?

האם היית ממליצה למטפלות אחרות לעבוד בארגון?

האם לדעתך הארגון מעריך את עבודתך והשקעתך?

תני מטאפורה לעבודת הטיפול.

השלימי את המשפט : להיות מטפלת סיעודית זה כמו...

מדריך ראיון מנהלים

נתוני רקע:

גיל, מוצא, השכלה והיכן נרכשה, מצב משפחתי, מספר ילדים וגילאים, תפקיד, וותק בארגון, עבר תעסוקתי אחר, מקום מגורים.

שאלות כלליות:

1. מה הביא אותך לעבוד בתחום הזקנה?

האם המדיניות בארץ צריכה להשתנות בתחום הסיעוד?

האם מטפלות בילדים הן בסטטוס גבוה יותר ממטפלות בזקנים?

2. תפיסת תפקיד הטיפול הסיעודי:

מה הוא לדעתך הוא התפקיד של המטפלת?

איפה היא עלולה להיתקל בקשיים בעבודה?

האם יש מה לשפר במעמד המטפלת?

מה דעתך על תנאי השכר של המטפלת?

כיצד לדעתך הארגון תופס את המטפלות?

אלו תכונות נדרשות על מנת להיות מטפלת טובה?

3. תפיסות לגבי רגשות בטיפול:

אלו רגשות עשויים להתעורר אצל המטפלת במהלך הטיפול?

האם עשויים לעלות גם רגשות שליליים?

עם מי לדעתך המטפלת צריכה לדון ברגשות אלו?

האם יש לה כתובת בארגון לדון ברגשות אלו?

4. היבטים מגדריים:

מי לדעתך מתאים יותר לעבודת הטיפול? נשים/גברים?

האם לדעתך גברים יכולים לטפל בזקנים?

האם קיימות תכונות/רגשות נשיים, שמסייעות לאישה להעניק טיפול טוב?

האם הארגון הוא ארגון פמיניסטי?

5. הכשרה מקצועית וחווית העבודה בארגון :

האם לדעתך דרושה הכשרה לעבודה הטיפולית?

מה דעתך על ההכשרה המקצועית הקיימת כיום למטפלות?

מה היית ממליצה לשנות/להוסיף בהכשרה?

האם היית ממליצה לנשים לעבוד בטיפול בית?

תני מטאפורה לעבודת הטיפול.

השלימי את המשפט : מטפלת סיעודית היא כמו...

Abstract: "Gender and emotions in caregiving for the elderly"

Dissertation written by Yafit Cohen.

Supervisor: Prof. Mimi Ajzenstadt.

The dissertation is composed of three articles:

1. Cohen, Y. (2019). The Intelligence of Caregiving: A new framework for understanding the emotional components of quality care. [In Hebrew]. (Accepted for publication)
2. Cohen, Y. (2019). Multi-layered exclusion and Intersectionality: The Case of Home Caregivers in Israel. (In Review)
3. Cohen, Y. (2019). Management in caregiving organization in a gender lens. *Gerontology and geriatrics*, 46 (3), 57-76. [In Hebrew]. (Published)

Introduction: Increasing life expectancy, along with greater appreciation of aging in Place, is leading to an increasing demand for home nursing care for the elderly. Supporting this reality necessitates in depth examination of the different aspects of care work and the implications for the caregivers, as well as their managers and employing organizations. This dissertation examines emotional and gender aspects of care work within the theoretical framework of Hochschild's theory of "emotion work" in relation to women in service organizations. Care work from a gender perspective is examined under the theory of Intersectionality and also considers how organization managers perceive regarding the emotional and gender aspects of care work. All this adds new knowledge about the world of care and its challenges.

Method: This research uses a qualitative research method. 30 in-depth, semi-structured interviews were conducted: 20 interviews with caregivers having at least 5 years' experience in nursing care and 10 interviews with managers of long-term care organizations in Israel working for at least 1 year in a management position. A meta-analysis of the interviews was conducted.

Results: The findings of the dissertation are presented in three articles. The first article reveals the emotional aspects of the care work and points to the emotional ambivalence inherent in care work: on the one hand, positive feelings towards the patients and on the other negative feelings towards the care occupation that includes

the status of care work in society. The article offers a new theoretical concept: "caregiving intelligence", built out of a unique combination of emotional intelligence and social intelligence, which is essential for the creation and maintenance of quality care. The article also reveals coping strategies used by caregivers in dealing with the variety of emotions that arise in their care work.

The second article discusses the gender aspects of caregiving and the status of caregivers as a derivative of the intersection of caregivers' marginal positions. The article reveals that caregivers perceive care work as essentially feminine and more suitable for women. The findings suggest that the intersection between the inferior status of the care work and gender constitutes a multiple of inferiority. The caregivers described multilayered exclusion: exclusion on the basis of gender, within gender exclusion and the exclusion of care for the elderly in the care professions. The article also reveals coping strategies used by caregivers to deal with the inferior status of care work. Such strategies include differentiation from other caregivers, granting great significance to their relationships with their patients, and concealment of the occupation from their environment.

The third article shows that care giver managers use a mission management style versus people oriented style. In their management style, two-layer gender blindness is expressed, both to their own feminine resources as managers and to the feminine resources of caregivers; neither of these resources is recognized as valuable. This reality eliminates the feminine characteristics and abilities that were found to promote quality treatment.

Discussion: This work emphasizes the importance of examining caregiving and the experience of the caregivers. Analyzing caregiver's emotions legitimizes the discussion of emotions and specifically emotions expressed by the caregivers. The new theoretical concept: "Caregiving Intelligence", along with familiar theoretical concepts such as "emotion work", "emotional economy", "ethics of love", "ethics of care" and "new gold", contributes to understanding the components of quality nursing care and can facilitate the development of a framework for training caregivers.

These findings contribute to understanding gender aspects of care work and their impact on the status of the caregiving practice. The perceptions of care held by care giver's managers were found to shape the experience of the caregiver, and therefore managers should be targeted for nurturing and instruction on how to empower the feminine resources of caregivers.

**Gender and emotions in caregiving for
the elderly***

**Thesis submitted for the degree of “Doctor of
Philosophy”**

By Yafit Bella Cohen

**Submitted to the Senate of the Hebrew
University of Jerusalem**

*** This work was carried out under the supervision of Professor
Mimi Ajzenstadt**

August 2019