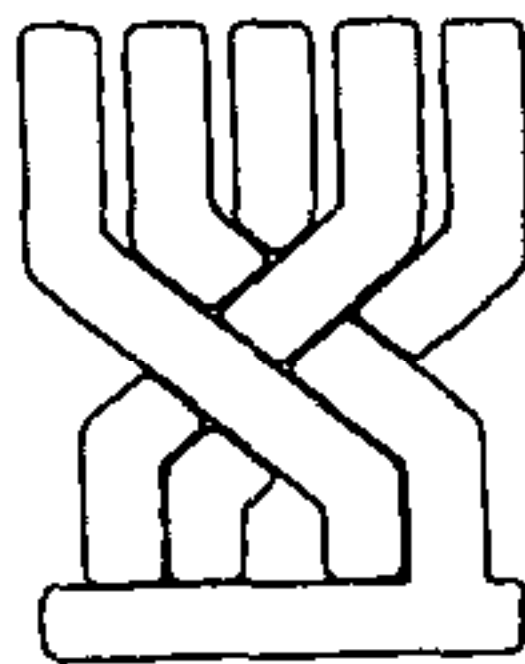


**אש"ל**  
האגודה לתכנון ופיתוח  
שירותים למען הזקן בישראל



**המוסד לביטוח לאומי**  
האגף למחקר ותכנון

המוסד לביטוח לאומי

**הדרכת בני משפחה  
המטפלים בקשישים מוגבלים  
בביתם**

מס' 23

מפעלים מיוחדים

המוסד לביטוח לאומי  
האגף למחקר ותכנון

א ש " ל  
האגודה לתכנון ופיתוח  
שירותים למען הזקן בישראל

הדרכת בני משפחה המטפלים  
בקשישים מוגבלים בביתם

מאת:

ברנדה מורגנשטיין  
פרלה ורנר  
מרים כרמלי

ירושלים, דצמבר 1985, כסלו התשמ"ו



## ה ק ד מ ה

דו"ח זה מתאר את הניסיון והלקחים שהופקו בתוכנית להדרכת בני משפחה המטפלים בקשישים מוגבלים בביתם. התוכנית נערכה בקרית-אוננו כמשך ארבעה וחצי חודשים, בהם נפגשו המטפלים אחת לשבוע להרצאות וקבוצות דיון. היא נועדה להיות מסגרת ניסיונית מבוקרת להדרכת משפחות לטיפול בקשיש, שתתועד על ידי חוברת הדרכה וסרטי וידיאו, שימשו אנשי מקצוע במקומות שונים בארץ, שיהיו מעוניינים לערוך תוכניות במתכונת דומה.

התוכנית נערכה במימונם המשותף של אש"ל - האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל - והמוסד לביטוח לאומי במסגרת המפעלים המיוחדים שלו.

תודתנו ניתנת למרכזת התוכנית ולחברי ועדת ההיגוי, אשר הקדישו שעות רבות לתכנון, לייעוץ ולמעקב אחר כל שלבי הפעלה התוכנית.

תודה מיוחדת לד"ר א. פרגר, אשר הגה את הרעיון ועמד מול קשיים רבים בהוצאתו מן הכוח אל הפועל, ובמיוחד בתכנון ועריכה מקצועית של סרטי הוידאו אשר אנו מקווים שימשיכו לשרת משפחות מטפלות בכל חלקי הארץ. ד"ר פרגר גם הכין דו"ח ביניים, אשר בחן את תוכן ומבנה הקורס הראשון ושימש לוועדת ההיגוי של הפרוייקט לצורך תכנון הקורס השני.

כן שלוחה תודתנו למחלקה לשירותים חברתיים ולאגודה למען הקשיש בקרית-אוננו, על שיתוף הפעולה הפורה בביצוע הפרוייקט במישור המקומי ובראיית השלכותיו וחשיבותו כשרות הניתן ליישום גם במקומות אחרים.

ההערכה המחקרית המוצגת בחוברת זו בוצעה על ידי גב' פרלה ורנר, בהנחייתה והדרכתה של גב' ברנדה מורגנשטיין, סגן מנהל המחלקה להערכת גימלאות ארוכות מועד באגף למחקר ותכנון של המוסד לביטוח לאומי.

ואחרון חביב, תודתנו והערכתנו העמוקה למשפחות המטפלות שהשתתפו בפרוייקט על נכונותן לחלוק עמנו בניסיונן ובחוויותיהן הרגשיות והאישיות, שהיו כרוכות לעתים, בחשיפה אישית. אלמלא שיתוף הפעולה מצידן, לא ניתן היה לבצע את הפרוייקט.

נירה שמאי

סמנכ"ל מחקר ותכנון

## המשתתפים בתוכנית בקרית-אונו

יועץ התוכנית: ד"ר א. פרגר, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת תל-אביב.

## חברי ועדת ההיגוי

גב' א. אלון - מרכזת מפעלים מיוחדים, האגף למחקר ותכנון, המוסד לביטוח לאומי.

גב' ש. אקרלינג - החוג לסייעוד, אוניברסיטת תל-אביב.

קופת חולים כללית, מחוז דן.

מר א. באומל - מנהל המחלקה לשירותים חברתיים, קרית-אונו.

גב' א. יקוביץ - האגודה למען הקשיש, קרית-אונו.

גב' ח. כהן - אחות מפקחת ארצית, אגף למחלות ממושכות וזיקנה, משרד הבריאות.

גב' ב. מורגנשטיין - סגן מנהל מחקר בגמלאות ארוכות מועד, האגף למחקר ותכנון,

המוסד לביטוח לאומי.

ד"ר א. פרגר - בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת תל-אביב.

גב' ד. צ'ילג - מרכזת פיתוח והכשרת כח אדם, אש"ל.

מרכזת התוכנית - גב' א. יקוביץ

מנחת הקורס הראשון : גב' נ. ישראלי, אוניברסיטת תל-אביב.

צופה התוכנית ומראינת : גב' ר. ורטמן, האגף למחקר ותכנון, המוסד לביטוח לאומי.

מרכזת המחקר : פרלה ורנר, חוקרת, המוסד לביטוח לאומי.

## תוכן העניינים

### עמך

#### ה ק ד מ ה

- 1 .1 רקע ספרותי
- 4 .2 מטרת התוכנית
- 5 .3 אוכלוסית היעד ובחירת המשתתפים
  - א. קריטריונים המתייחסים למטפלים
  - ב. קריטריונים המתייחסים למטופלים
  - ג. גיוס המשתתפים ובחירתם
- 8 .4 מבנה וארגון התוכנית
  - א. התרצאות
  - ב. קבוצות הדיון
- 11 .5 מחקר ההערכה
  - א. מטרת ומעריך המחקר
  - ב. כלי מחקר
- 15 .6 תיאור המשתתפים
  - א. תיאורו של כל אחד מהמשתתפים
  - ב. איפיונים של קבוצת המשתתפים כולה
    1. המטפלים
    2. המטופלים
    3. המעריך הטיפולי
- 27 .7 הערכת מבנה התוכנית ותוכנה
  - א. הערכת ההרצאות
    1. הערכת היועץ המקצועי
    2. הערכת הצופה
    3. הערכת המשתתפים
  - ב. קבוצות הדיון
    1. הערכת היועץ המקצועי
    2. הערכת הצופה
    3. הערכת המשתתפים

## 8. הערכת תרומות התוכנית למשתתפים

א. מידת ההתמדה של המשתתפים בקורס

ב. מימוש ציפיותיהם של המשתתפים

ג. עמדות הקשורות לתפיסת תפקיד המטפל.

ד. תחושת עומס הטיפול

ה. שינויים שחלו בטיפול

ו. ניתוח התגובות האישיות של המטפלים כפי שהשתקפו בדווחים הפתוחים

## 9. סיכום ומסקנות

## ביבליוגרפיה

נספחים

נספח א' : בחינת הקריטריונים לבחירת משתתפים - אפיוני קבוצת המשתתפים בהשוואה לאלה של המטפלים שלא השתתפו בתוכנית

נספח ב' : רשימת ההרצאות

נספח ג' : השאלונים

## 1. רקע ספרותי

למרות השינויים הרבים שעברה המשפחה כתוצאה מתהליכי המודרניזציה והתיעוש, היא נשארה עדיין מקור התמיכה העיקרי בטיפול בבניה המוגבלים בכלל ובקשישים בפרט. "מיתוס העזיבה", לפיו הקשישים מנוכרים בחברה המודרנית, ממשפחותיהם כתוצאה מההתפתחויות הדימוגרפיות והמבניות השונות, נופץ בשנים האחרונות על ידי מספר מחקרים בגרונטולוגיה חברתית. כך, למשל, למרות שנכתב הרבה על בדידותה של המשפחה הגרעינית, מחקרים רבים מצביעים על חשיבותה של הרשת המשפחתית כמקור לעזרה ובמיוחד בתקופות של משבר ( Brody et. al. (1978); Robinson (1979); Shanas (1979); Worach - Kardas (1979). אין ספק, שהמשפחה היא הדואגת לטיפול העיקרי בבניה המוגבלים, גם כאשר רשת השירותים הפורמאליים מסייעת בטיפול המעשי. כפי ששנאס (1979) מציינת, "נתוני הסקר הלאומי משנת 1975 על הקשישים המתגוררים בקהילה מצביעים על כך, שהמשפחה הקרובה של הקשישים (בני זוג, בנות זוג וילדים) היא התמיכה החברתית העיקרית של הקשישים בעת מחלה. נוכחותם של בני המשפחה הקרובים היא המאפשרת למרותקים למיטה להמשיך להתגורר מחוץ למוסדות".

ברודי ואחרים (1978) מעריכים, כי 80% מכל הטיפול הרפואי הביתי ניתן על ידי המשפחה. במיוחד בישראל נכון הדבר, ולפי מחקרו של זילברשטיין (1982) נמצא, שכ-85% מהקשישים הזקוקים לסיוע בטיפולם האישי, מקבלים סיוע זה מבני משפחתם. המטפלים העיקריים הם, לפי סדר החשיבות, בני הזוג, ובהיעדרם אחד הבנים מקבל עליו את תפקיד המטפל. כאשר אין צאצאים, קרוב משפחה אחר הוא המטפל העיקרי ( Johnson , 1983).

סולדו ומילזלומה (1983) בדקו את אפיוני המטפלים לפי צורת משק הבית, בהתבסס על נתונים מן הסקר הארצי בארה"ב על הכנסה וחנוך ב-1976. נמצא, שבין זוגות הקשישים הגרים לבד או עם בני משפחה אחרים, בנות הזוג מהוות קצת מעל למחצית המטפלים. במשקי בית בהם הקשיש המוגבל מתגורר עם בני משפחה אחרים (לא בן/בת זוג) נמצא, כי 8 מקרב כל 10 מטפלים היו נשים, בדרך כלל בנות או כלות. קנטור (1983) מצאה, ש-70% מהמטפלים במדגם שבדקה היו נשים.

המטפלים העיקריים ממלאים לרוב את תפקידם לבדם, ולעתים קרובות הם סובלים ממגבלות פיזיות, כלכליות וחברתיות ( Fengler and Goodrich , 1979). קרוליק ואחרים (1984)

מצאו שרוב המטפלים שרואיננו במחקרם דיווחו שתפקידם משפיע באופן שלילי על אחד או יותר מקרב שלושה תחומים עיקריים בחיים שלהם: 1. הבריאות הפיזית והמנטלית, 2. צרכיו היומיומיים הבסיסיים של המטפל, כגון: פרטיות, הרגשת ביטחון, היכולת לעזוב את הבית והיכולת לנוח ולעבוד; 3. יחסים משפחתיים וחברתיים. כמו כן, הרגשת העומס הכללית של המטפלים לא היתה קשורה למשתנים דימוגרפיים (מין, גיל, רמת השכלה ארץ מוצא או דתיות), לרמת התפקוד של המטופלים או למשך ולאינטנסיביות הטיפול.

גם זרית ואחרים (1980) לא מצאו בבדיקת הגורמים הקשורים לרגשות העומס של בני משפחה המטפלים בקשישים דמנטים קשר עם משתנים, כגון: רמת המוגבלות הקוגניטיבית, בעיות זיכרון ובעיות התנהגות, רמת תפקוד ומשך המחלה. לעומת זאת היה קשר שלילי בין שכיחות הביקורים של בני משפחה אחרים לקשיש לבין רגשות העומס של המטפל העיקרי.

בעוד שבני המשפחה הם הנושאים בנטל העיקרי - הפיזי והנפשי - בטיפול בקשישים המוגבלים, רק בשנים האחרונות גברה המודעות המקצועית לצורך לדאוג לצורכיהם של המטפלים העיקריים. יחד עם מודעות זו גוברת ההתעניינות בפיתוח תוכניות לעזרת בני המשפחה המטפלים בעצמם, תוך תקווה שתוכניות אלו יביאו לחיסכון בהוצאה הציבורית על ידי כך שהמשפחות יקטינו או יעכבו את הצריכה של שירותים מוסדיים יקרים יותר (Montgomery, 1984).

קבוצות תמיכה לאנשים המתחלקים בניסיון טיפולי משותף, הן אחת הדרכים המוצעות כיום על ידי חוקרים גרונטולוגים ואנשי מקצוע שונים כאחד הפתרונות לחיזוק רשת התמיכה המשפחתית. כפי שיקוביץ (1984) מציעה: "קבוצות אלה יכולות להיות שונות זו מזו מבחינת איפיוני המשתתפים, סוגי המגבלות התפקודיות של הקשישים המטופלים, מטרות הקבוצה, התכנים המועברים בה ועוד", אך המשותף ביניהן הוא מתן האפשרות להתחלק בבעיות דומות, בשאלות דומות ובתמיכה הדדית.

על פי הספרות המקצועית, קבוצות אלה הן אחת הדרכים הפופולריות ביותר כדי לספק את המידע, את המיומנויות ואת התמיכה הדרושות לבני המשפחה המטפלים בקשיש - אם הוא דימנטי כמו חולי אלצהיימר, או קשישים סיעודיים אחרים. חלק מהתוכניות הן תוכניות לעזרה עצמית, חלקן הן תוכניות חינוכיות ואחרות הן פסיכותיראפוטיות. יש תוכניות המתנהלות במשך תקופת זמן מוגדרת מראש, ויש קבוצות פתוחות המאפשרות להצטרף ולפרוש



על פי רצון המשתתפים. יש תוכניות המונחות על ידי אחד המשתתפים, וכאלה המנוהלות על ידי מנחה מקצועי. יש קבוצות המיועדות רק לבני זוג או רק לבנים של הקשיש המטופל, או המאפשרות אינטראקציה בין-דורית. בחלקן משתתפות רק בני משפחה המטפלים בקשישים בקהילה, ואחרות בני משפחה אשר קרוביהם מאושפזים (Aronson and Yatzkan 1984, Davis ; 1984, Glosser and Wexler ;1983, Lazarus ;1985, Montgomery ;1981, Silverman ;1980, Safford ;1984, Quam ;1984, Pinkston and Linsk ;1984, and Brahce 1979).

קלרק ורקובסקי (1983) סקרו מספר מאמרים המדווחים על תוכניות תמיכה ותוכניות חינוך שונות עבור בני משפחה שהם המטפלים התיקריים בקשישים מוגבלים ומצאו, שלרוב אין לתוכניות אלו מטרות לימודיות ספציפיות. רובן אמורות לספק בעיקר תמיכה רגשית ומידע כללי. כמו כן, הם מציינים שבתוכניות שנסקרו לא נעשה איסוף נתונים שימשו להערכת תהליך או תוצאות התוכנית. "אפילו כאשר נזכרת בדיקת הערכה לפני ו/או אחרי התוכנית, המחברים לא מציגים, בדרך כלל, את התוצאות....". לבסוף, מדגישים מחברים אלה שבמטרה להמשיך ולשפר תוכניות אלו כשירות לבני משפחה המטפלים בקשישים, יש להתרכז יותר בתחומים ספציפיים של מחקר והערכה אמפיריים. מכאן חשיבותה של התוכנית המתוארת והמתועדת בדו"ח זה, המנסה על בסיס הממצאים והמסקנות של מעקב ההערכה, להצביע על הקווים והתחומים הכלליים שינחו אנשי מקצוע שיהיו מעוניינים לערוך תוכנית כמתכונת דומה.

## 2. מטרת התוכנית

הצעה ראשונית לארגון תוכנית להדרכת משפחות המטפלות בקשישים מוגבלים ולמימונה הוגשה למוסד לביטוח לאומי עוד בשנת 1981. ההצעה הוגשה על ידי ד"ר א. פרגר מאוניברסיטת תל-אביב, והתבססה על ניסיון שהצטבר בקורס למשפחות המטפלות בקשישים בקליבלנד, ארצות הברית. התוכנית אושרה כתוכנית משותפת של אש"ל<sup>1</sup> ושל המוסד לביטוח לאומי במסגרת המפעלים המיוחדים. ניסיון ראשון לבצע את הפרוייקט לא יצא לפועל ובאוגוסט 1983 הרעיון לבצע את התוכנית עלה שנית במסגרת המחלקה לשירותים חברתיים בקרית-אונו.

מטרתה העיקרית של התוכנית היתה להגיש סיוע למשפחות, הן במישור הקוגניטיבי והן במישור הרגשי, ולחזק את יכולתן לעמוד בפני הקשיים המרובים הכרוכים בטיפול בקשיש מוגבל. במישור הקוגניטיבי התוכנית היתה אמורה להקנות לבני המשפחה מידע, מיומנויות וטכניקות אשר יאפשרו ליעל את הטיפול היומיומי בקשישים המוגבלים, בתחומים של אכילה, רחצה, הלבשה ועוד. במישור הרגשי מטרת התוכנית היתה ליצור מסגרת תמיכה שתאפשר למשפחות בעלות ניסיון דומה להחליף ידע, להתחלק בחוויות וברגשות, ולהקל בדרך זו על תחושות העומס הנפשי ועל החרדה האופיניות לבני משפחה שנתונים במצב זה.

כהתאם למתוכנן, לפרוייקט היו שני שלבים: בשלב הראשון נערך קורס ניסיוני שנועד לשמש במה לתצפית, ללמידה ולצבירת ניסיון כנדרש לקראת השלב השני, בו נערך קורס נוסף לקבוצת משתתפים חדשה. קורס שני זה צולם במלואו ושימש בסיס להכנת סרטי וידיאו וחוברת הדרכה, שינוצלו הן להכשרת בעלי מקצוע המטפלים בקשישים מוגבלים ובמשפחותיהם (כגון עובדים סוציאליים, אחיות ועוד), והן ככלי סיוע לאנשי מקצוע שיהיו מעוניינים לערוך קורס דומה במקומות שונים בארץ, שלא בהכרח מצויים בהם משאבים כספיים ומקצועיים מתאימים לפיתוח קורס כזה.

---

1. אש"ל: האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל.

### 3. אוכלוסית היעד ובחירת המשתתפים

כאמור, אוכלוסית היעד של הפרויקט בקרית-אונו היו בני המשפחה שהם המטפלים העיקריים בקשישים המוגבלים, ושנושאים בפועל בנטל העיקרי ובדאגה להם, ושעשויים להפיק תועלת מהשתתפותם בתוכנית. הקריטריונים שנקבעו לבחירת המשתתפים התייחסו הן למטפלים עצמם והן לקשישים המטופלים.

#### א. קריטריונים המתייחסים למטפלים

- בן-משפחה של הקשיש,
- הוא המטפל העיקרי של הקשיש (לדעת המרואיין),
- מגורים באיזור קרית-אונו, גם אם הקשיש המטופל עצמו מתגורר מחוץ ליישוב,
- ידיעת עברית ברמה המאפשרת להבין ולהשתתף בשיחה חופשית,
- הבעת התעניינות ונכונות להשתתף בקורס באופן סדיר.

יצוין, שלמרות שיש יתרונות בקבוצה הומוגנית, החליטו חברי ועדת ההיגוי שלא לבחור את המשתתפים לפי גיל או לפי יחס הקירבה למטופל (למשל, בני זוג או בנים בלבד), בעיקר מתוך רצון לכלול בסרט קשת רחבה ביותר של מטפלים, על בעיותיהם השונות. זאת ועוד, כפי שהדגישה מנחת התוכנית, יש חשיבות לטווח גילים רחב, שכן הוא מאפשר אינטראקציה בין-דורית בקבוצה והחלפת דעות בין סוגים שונים של מטפלים. לאחר עיון בשאלוני המיון ובחירת המשתתפים ממילא התברר שאי אפשר היה להרכיב בפועל קבוצה גדולה די הצורך של משתתפים שהם רק בנים או רק בני-זוג של קשישים מטופלים.

#### ב. קריטריונים המתייחסים למטופלים

- גיל 60 ויותר,
- מוגבלות פיזית/אורגנית המתבטאת במוגבלות תפקודית משמעותית לפחות באחד מתחומי התפקוד היומיומי ( Activities of Daily Living - A.D.L. ), אך לא דווקא ריתוק למיטה,
- מצבים לא טרמינאליים,
- אין מחלות נפש.

ג. גיוס המשתתפים ובחירתם

לצורך בחירת משתתפי התוכנית וראיונם הוכנה רשימה כללית של המשפחות המטפלות בקשישים מוגבלים בקרית-אונו. זו הוכנה על ידי "השירות לזקן" וקופת חולים הכללית המקומיים על סמך הכרותם את אוכלוסיית המטופלים והמטפלים בקרית-אונו. סך הכל רואינו 86 בני משפחה המטפלים בקשישים מוגבלים. הראיונות בוצעו בבתיהם של המטפלים על ידי אחיות קופת חולים ועל ידי עובדות סוציאליות של "השירות לזקן" באמצעות שאלון אשר כלל את התחומים הבאים:

1. פרטים דימוגרפיים של המטפל ושל המטופל,
2. מצב בריאותו של הקשיש המטופל ותפקודו,
3. היקף הטיפול הניתן על ידי המטפל ומידת העזרה שהוא מקבל מגורמים שונים, כגון: קרובי משפחה, שכנים, גורמים קהילתיים ועוד,
4. בדיקת הקשיים העיקריים, בהם נתקל המטפל, וצורת התמודדותו איתם,
5. כושר ביטויו של המטפל ורמת שליטתו בשפה העברית (לפי הערכת המראיין),
6. מידת עניינו של המטפל להשתתף בתוכנית, ואפשרותו לתרום לה ולקבל ממנה (לפי הערכת המראיין).

לאחר ביצוע הראיונות צוות מצומצם של חברי ועדת ההיגוי, אשר כלל את נציגת קופת חולים, את היועץ המקצועי ואת מרכזת התוכנית, סינן ובחר את המשתתפים. נבחרו 23 מתוך 86 המטפלים שרואינו, והם הוזמנו לפגישת היכרות עם מנחת הקבוצה. פגישה זאת נועדה לעזור למנחה להכיר מקרוב את משתתפי התוכנית, וכמו כן להבהיר למשתתפים עצמם את ההתחייבות הכרוכה בהשתתפותם, כלומר נוכחות קבועה בפגישות ועמידה בלוח הזמנים כפי שנקבע.

20 מתוך 23 המטפלים שהוזמנו הגיעו לראיונות עם המנחה, ו-15 מהם נמצאו מתאימים להשתתף בתוכנית. שלושה מחמשת המטפלים שלא נבחרו לא התאימו לדרישותיה של המנחה, בגלל שהיו נתונים, לדעתה, במשבר גופני, נפשי ו/או כלכלי מסיבות בלתי קשורות לטיפול, והשתתפותם היתה עלולה להזיק הן להם עצמם והן לדינמיקה של הקבוצה. שני מטפלים נוספים נמנעו מלהשתתף בגלל סיבות אוביקטיביות: האחד עמד לעבור ניתוח, והשני עבד בשעות בהן התקיים הקורס.



שניים מ-15 המטפלים שנבחרו להשתתף בתוכנית לא הופיעו כלל לפגישות, ובשל כך קבוצת משתתפי התוכנית כללה 13 אנשים בלבד. שני מטפלים אלה היו כלותיהם של המטופלים וצעירות יחסית ליתר חברי הקבוצה.

ד. בעיית העמידה בקריטריונים לבחירת המשתתפים

למרות ההדרכה שניתנה למראיינות לפני הראיון, היה מספר לא מבוטל של סתירות, העדר מידע ואי-הבנות במילוי השאלון ששימש לבחירת המשתתפים. במידה מסוימת ניתן לייחס בעיות אלו למספרן הגדול של המראיינות עם גישות מקצועיות שונות.

מאחר שאי אפשר היה להיעזר במלוא המידע שנכלל בשאלונים, בחירת המשתתפים נעשתה במידה רבה על פי היכרות אישית של נציגת קופת-חולים ומרכזת התוכנית את המקרים.

יש להוסיף ולומר שהועדה לבחירת המשתתפים התקשתה להיצמד לכל הקריטריונים, בעיקר בגלל המספר הקטן של מטפלים מקרית-אוונו שענו על כל הדרישות שנקבעו. כתוצאה מכך נהגו בגמישות במספר קריטריונים (בעיקר באלה הנוגעים למצב התפקודי ולגיל המטופל). בסופו של דבר ולמרות שלא כל הקשישים היו במצב סיעודי קשה, כפי שהיה מתוכנן, הקריטריונים העיקריים לבחירת המשתתפים היו רצון המטפל להשתתף בתוכנית, ואף יותר ממנו - תחושת חברי הועדה, שעומס הטיפול והדאגה לקשיש מכבידים ומעיקים עליו מאוד, ולכן ההשתתפות בקבוצה דרושה לו מאוד ועשויה לסייע לו (ראה נספח א').

#### 4. מבנה וארגון התוכנית

בקורס הראשון, אשר נמשך כשלושה וחצי חודשים, התקיימו 14 פגישות. להוציא, את פגישת הפתיחה ואת פגישת הסיכום, בכל פגישה היתה הרצאה ונערכה קבוצת דיון בהנחיית מנחה מקצועית.

בנוסף על המרצה ועל מנחת הקבוצה, בכל אחד מהמפגשים נכחו גם שני צופים קבועים, שתפקידם היה לרשום מה המתרחש בקבוצה במשך הפגישה לצורך ביצוע מחקר ההערכה<sup>2</sup>, וכן מרכזת התוכנית.

#### א. ההרצאות

ההרצאות ניתנו על ידי אנשי מקצוע, ומטרתן העיקרית היתה להעביר מידע בתחומים רלבאנטים למצבם של משתתפי הקורס, הן בהתייחס לאספקטים אינסטרומנטאליים ומעשיים של הטיפול עצמו (כגון: אכילה, הלבשה, היגיינה, פיזיותרפיה, התארגנות עצמית ומשפחתית למשימה הטיפולית, ועוד), והן בהתייחס לאספקטים נפשיים והתנהגותיים הנובעים מהמצב הטיפולי (כגון: קומוניקציה עם קשיש מוגבל, התייחסות נכונה לתופעות זיקנה, תגובות נפשיות והתנהגותיות של המטפל ו/או המטופל ועוד).

המרצים היו בחלקם אנשי מקצוע מקומיים, וזאת כדי ליצור אוירה נינוחה וביתית בקרב המשתתפים. כל הרצאה ארכה כשעה, ו-15-20 הדקות האחרונות נועדו לשאלות ולהערות, כחלק בלתי נפרד מההרצאה. להלן רשימת ההרצאות שניתנו במסגרת הקורס:

#### 1. הרצאת מבוא (פגישה אחת)

בחלקה הראשון של הפגישה הוצגו מטרת הקורס והנושאים שידונו בו. השתתפו בו מרכזת התוכנית, היועץ המקצועי והמנחה. חלקה השני של הפגישה נוהל על ידי המנחה, והוא נועד ליצירת היכרות ראשונית בין המשתתפים לבין עצמם וכן בינם לבין המנחה. כל משתתף התבקש לתאר את ציפיותיו מהקורס ואת הסיבה שהניעה אותו לקחת חלק בתוכנית.

---

2. פירוט על תפקידם של הצופים ראה בהמשך, עמ' 14.

2. אספקטים רפואיים של זיקנה וחולי (שלוש פגישות)

ההרצאות ניתנו על ידי רופא גריאטרי, שהתרכז באספקטים הרפואיים של תהליך ההזדקנות, בשינויים ביולוגיים של הזיקנה, מחלות ועוד. דגש מיוחד הושם על בעיות הטיפול בקשיש בעל מגבלות תפקודיות. ההרצאה השלישית הוקדשה כולה לתאור הפרעות התנהגותיות בגיל הזיקנה כגון: בלבול, מחשבות שווא, חששות יתר, דכאון, הפרעות אישיות (עקשנות, קמצנות), ועוד. הודגש תפקידו המרכזי והחיוני של המטפל בהתמודדות עם בעיות התנהגותיות.

3. אספקטים שונים של הטיפול הסיעודי (חמש פגישות)

ההרצאות ניתנו על ידי אחות מוסמכת, בעלת ניסיון מקצועי ואקדמי בגרונטולוגיה, והתרכזו בהיבטים הסיעודיים של הטיפול, תוך שימת דגש על המרכיבים הנפשיים והרגשיים הכרוכים במשימה הטיפולית. אחדים מן הנושאים שנדונו הם: היגינה אישית של הקשיש והשלכותיה הרפואיות, הצרכים הבסיסיים, כגון מזון ונוזלים, הפרשות, פעילות גופנית של הקשיש, מנוחה ושינה, סדר יום והתארגנות המטפל.

4. אספקטים פיזיותראפויטים של הטיפול (פגישה אחת)

הרצאה זו ניתנה על ידי פיזיותראפיסטית בכירה, והתרכזת בעיקר בתיאור טכניקות טיפוליות שונות כגון: תרגילי הרפיה, טכניקות להרים ולהשכיב חולה ועוד, בהסברתן ובהדגמתן.

5. שירותים חברתיים בקהילה (פגישה אחת)

ההרצאה ניתנה על ידי מרצה מבית הספר לעבודה סוציאלית שבאוניברסיטת בר-אילן והתמקדה בתיאור השירותים הקהילתיים הקיימים עבור קשישים ומשפחותיהם בקרית-אונו, תוך ניסיון להעלות את מודעות המטפלים ליכולתם להביא לשינויים במערכת שירותים זו.

6. שירותי בריאות בקהילה (פגישה אחת)

הרצאה מתוכננת בנושא זה, שנועדה להביא לידיעת המשתתפים מה הם שירותי הבריאות הקיימים בקהילה וללמדם דרכי הפניה אליהם, לא ניתנה בפועל בשל קשיים בלוח הזמנים, ובמקומה התקיימה קבוצת דיון.

7. אספקטים נפשיים והלכתיים של הטיפול (פגישה אחת)

ההרצאה ניתנה על ידי רב הקהילה בקרית-אונו והתרכזת בבירור גישת ההלכה לערך החיים וכבוד הורים.

8. הרצאת סיכום (פגישה אחת)

פגישה זו נועדה לסכם את הקורס. כל משתתף התבקש לתאר את רשמיו האישיים מהקורס, את התרומה שתרם לו, כיצד נעזר בו, ועוד. בפגישה מסכמת זו השתתפו רק מארגני התוכנית.

ב. קבוצות הדיון

לפי התכנון המקורי קבוצות הדיון נועדו לשמש המשך תוכני להרצאות ובמה לדיון אישי בין משתתפי הקורס לשם החלפת דעות וחוויות במסגרת קבוצתית תומכת ובעזרת מנחה מקצועית. כל קבוצת דיון ארכה כ-45-60 דקות. לצורך הדיון הקבוצתי הכסאות סודרו בצורה אינטימית על מנת לתת למשתתפים תחושת פרטיות ואזירה נוחה ושקטה.



5. מחקר ההערכה

א. מטרת המחקר והמערך שלו

תכליתו של המחקר היתה ליישומית, והוא נועד לסייע לעיצוב התוכנית עצמה ואף לשמש מקור מידע לאנשי מקצוע בעלי עניין לפתח תוכניות דומות במקומות נוספים. המחקר ליווה את הקורס הראשון בלבד וכלל דיווח שיטתי על מהלך הפרויקט והערכות על יעילותו, כדלהלן:

1. תיאור שלבי ביצוע התוכנית ומעקב אחר התאמתם למטרות המקוריות, בהתייחס לאספקטים המבניים והתוכניים של התוכנית.

2. תיאור מצב המשתתפים, ציפיותיהם ותגובותיהם לתוכנית.

3. מדידת תוצאות התוכנית מבחינת תרומותיה למשתתפים.

יצוין שבמשך כל התוכנית היה שיתוף פעולה מלא בין צוות ההערכה לבין מארגני הקורס ומבצעיו. שיתוף פעולה זה איפשר ביצוע הערכה שוטפת, יישום לקחים והכנסת שינויים כבר במרוצת הקורס הראשון, כגון, הוספת נושא/ים להרצאות מסוימות, הרחבת דיון בנושא מסוים, התאמת ההרצאה לרמת המשתתפים, ועוד<sup>3</sup>.

מערך המחקר התייחס לשני מישורים:

1. מעקב אחר התוכנית - הערכה שוטפת על ההרצאות ועל קבוצות הדיון, בעיקר על פי דו"חות תצפית אך גם על ידי המשתתפים.

2. מעקב אחר המשתתפים - כאמור, עבור כל משתתף מולא שאלון לצורך סינון ובחירת המשתתפים. בנוסף על כך, המשתתפים רואיינו בבתיהם לפני תחילת הקורס, ורואיינו שנית באמצעות שאלון, מיד עם תום הקורס. בנוסף על כן, נערך מעקב כחצי שנה לאחר סיום הקורס.

3. בסיום הקורס הראשון הגיש ד"ר א. פרגר דו"ח לוועדת ההיגוי, אשר עסק בעיקר בתיאור מכנה הקורס הראשון ותוכנו, כולל השלכות והמלצות לקראת תכנון הקורס השני וארגונו.

ב. כלי מחקר

במחקר נעשה שימוש בשני סוגים של כלי הערכה: ראיונות ותצפיות.

ראיונות<sup>4</sup>

1. ראיון למשתתף לפני תחילת הקורס. לאחר קביעתה הסופית של רשימת המשתתפים ולאחר קבלת התחייבות מן האנשים להופיע בקביעות לפגישות, רואיין כל משתתף באופן אישי באמצעות שאלון מובנה. שאלון זה נועד לתאר את המטפלים והמטופלים<sup>5</sup> ואת המצב הטיפולי, ולבחון את גישות המטפלים בתחומים שהקורס היה צפוי לתרום או לחולל בהם שינוי.

התחומים שכוּסו בשאלון הם:

א. פרטים דמוגרפיים של המטפל ושל הקשיש המטופל.

ב. מצב בריאותו ותפקודו של הקשיש המטופל, כולל מצבו הנפשי.

ג. היקף הטיפול וסוגי הטיפול הניתנים על ידי המטפל ומידת העזרה שהוא מקבל מגורמים נוספים כגון: בני משפחה, שירותים קהילתיים וכו', קשיים עיקריים הכרוכים בטיפול ודרכי התמודדותו של המטפל.

ד. עמדותיו של המטפל כלפי הטיפול בקשישים וגיל הזיקנה באופן כללי, הרגשתו לגבי איכות הטיפול שהוא נותן, ולגבי העומס הטיפולי (מעשי ונפשי) המוטל עליו.

ה. גישת המטפל להמשך הטיפול ולסידור מוסדי ותוכניות לשינויים בטיפול - האם המטפל שוקל אלטרנטיבות מסוימות לטיפול בקשיש, כגון: העברתו לטיפולו או לאחריותו של קרוב משפחה אחר, הכנסתו למוסד וכו'.

ו. בדיקת הציפיות מהתוכנית - הסיבות להצטרפותו של המטפל לקורס; התחומים בהם הוא מרגיש צורך ביעוץ, במידע או בסיוע; והתרומה לה הוא מצפה מהתוכנית.

4. בנוסף על הראיונות המתוארים להלן, נעשה שימוש גם במספר פריטים שהופיעו בשאלון ששימש לסינון ולבחירת המשתתפים, ראה עמ' 6.

5. במסגרת המחקר לא רואינינו המטופלים, וכל המידע אודותם נמסר על ידי המטפלים. גישה זו התבססה על שתי הנחות: ראשית, מהימנות התשובות של קשישים מוגבלים מפוקפקת; ושנית, תפיסת המטפלים היא לכשעצמה אינדיקאטור לעומס נפשי ולהרגשת הצורך בהדרכה, ביעוץ ובסיוע.

## 2. הערכת המנחה

לאחר חמש פגישות עם המשתתפים, המנחה התבקשה לציון מהן, לדעתה, המטרות העיקריות שעל הקורס למלא עבור כל אחד מהם. מידע זה הועבר בשיחה שהמנחה ניהלה עם איש צוות המחקר.

3. ראיון למשתתף מיד עם תום הקורס<sup>6</sup>. מיד לאחר תום הקורס רואיינו המשתתפים שנית באמצעות שאלון מובנה, אשר נועד לבדוק שינויים בתחומים ג', ד', ה' ו-ו' שהוזכרו לעיל. בדיקה זו התבססה בדרך כלל על חזרה מדויקת של הפריטים המתאימים שהופיעו בשאלון הראשון. בנוסף על כך, כלל ראיון זה שאלות שנועדו לבדוק האם ציפיות המשתתפים מהקורס התממשו, מה הן הערכתם הכללית לגבי תרומת הקורס ומידת שביעות רצונם ממבנה התוכנית, וזאת בהתייחס לסוג המשתתפים, לאורך התוכנית, לנושאים שכוסו, לצורת הסברתם, לאוירה וליחסים שנוצרו במסגרת הקבוצה, וכו'. כמו כן, המשתתפים התבקשו לתת המלצות, על סמך ניסיונם בקורס הראשון, באשר לארגונו של הקורס הבא ולתכנונו.

## 4. ראיון מעקב למשתתף, כ-6 חודשים לאחר תום הקורס

כ-6 חודשים לאחר תום הקורס רואיינו המשתתפים בביתם באמצעות שאלון מובנה. מטרת מעקב זה היתה לבדוק את השפעת התוכנית לאחר פרק זמן ממושך יותר, והוא נעשה בעיקר על ידי שימוש חוזר בפריטים המוגדרים בתחומים ג', ד', ה' ו-ו' שהופיעו בשאלון בו השתמשו לפני הקורס. בנוסף, נבדקה הערכתם של המשתתפים את תרומת הקורס, הן לגבי האספקטים המעשיים והן לגבי האספקטים הנפשיים של הטיפול.

6. מיד לאחר כל הרצאה, בשעת הפסקת הקפה הקצרה בין ההרצאה לבין פגישת קבוצת הדיון, צופי התוכנית ריאיינו 4-5 מהמשתתפים באמצעות טופס מובנה, בכדי לקבל חוות דעת על ההרצאה, על מידת הרילבאנטיות שלה למצבם כמטפלים, על עניינם בהרחבת יתר של נושאים מסוימים, ועוד. ראיונות אלה נערכו רק במספר מצומצם של פגישות, שכן נמצא שתשובות המשתתפים היו בדרך כלל סטנדרטיות וסתמיות ולא הוסיפו מידע רילבאנטי או שימושי. אי-לכך, הוחלט להפסיקם ולהוסיף בראיון שבוצע מיד עם תום הקורס, מספר שאלות על ההרצאות.

### תצפיות

על מנת לקבל מידע שוטף ובלתי אמצעי על המתרחש בתוכנית וכדי ללמוד מקרוב על התהליך עצמו, שני צופים ליוו את התוכנית באופן קבוע. אחד מהם היה איש צוות המחקר שלא היה מעורב באף אחד משלבי הארגון, התכנון או בחירת המשתתפים. הצופה השני היה היועץ המקצועי של התוכנית אשר על סמך תצפיותיו אלה מסר דיווח שוטף לוועדת ההיגוי. שני הצופים נכחו בכל הפגישות, הן בהרצאות והן בקבוצות הדיון, אך בלי לקחת בהן חלק פעיל. התרשמויותיהם סוכמו על גבי טפסים שהוכנו למטרה זו. בנוסף על כך הצופה האוביקטיבית רשמה דו"ח תצפית מפורט גם על ההרצאה וגם על קבוצת הדיון. היא דווחה בעיקר על תגובות המשתתפים והתנהגותם בהרצאות ובקבוצות הדיון, ואילו היועץ המקצועי התייחס בעיקר לתוכן ההרצאות, לצורת העברתן ולאספקטים מקצועיים שונים של התפתחות קבוצות הדיון. דו"חות התצפית של הצופה האוביקטיבית איפשרו להכיר את המשתתפים יותר מקרוב ולחוש כיצד הם מתפתחים ומשתלבים בתוכנית. יצוין, שהצופה האוביקטיבית שמשה גם כמראינת בכל שלבי המחקר<sup>7</sup>.

---

7. בנוסף על הצופים, גם מרכזת התוכנית נכחה בכל אחת מהפגישות והיחה אחראית לרישום התהליך הקבוצתי, לפי בקשת המנחה, כדי לתת לה היזון חוזר על דינאמיקת הקבוצה ועל תגובותיהם של המשתתפים.



## 6. תיאור המשתתפים

בשל מספרם הקטן של המשתתפים ובגלל האופי המיוחד של התוכנית, חשוב לתאר את המאפיינים האישיים של כל מטפל ומטפל, מבלי להסתפק בהצגת האיפיונים של קבוצת המשתתפים כולה.

### א. תיאורו של כל אחד מהמשתתפים

1. מר ב.: בן 67, מטפל באשתו בת ה-64, המוגבלת לחלוטין ברוב פעולות משק הבית, וכן ברחצה ובהלבשה. היה אחראי לטיפול בה מזה כשנה וחצי, ובמשך כל שעות היום. הקושי העיקרי בתפקידו כמטפל היה לדבריו, הצורך להלביש אותה והצורך להיות קשור אליה במשך כל שעות היום. לזוג שתי בנות נשואות עם ילדים, הגרות בעיר אחרת, והשתתפותן בטיפול הצטמצמה לביקורים שבועיים קצרים.

הסיבה העיקרית שהניעה את מר ב. להשתתף בתוכנית היתה הרצון ללמוד לטפל באשתו בצורה שתקל עליו. בפגישות הקבוצה התגלה מר ב. כבן אדם עצור ברגשותיו, מופנם ומאופק. לא הירבה להשתתף בשיחות הקבוצתיות ולעיתים אף שמר על מרחק פיזי וישב מחוץ למעגל היושבים. לדעת המנחה המטרה העיקרית עבור מר ב. היתה לנסות להוציאו מהבידוד המחשבתי שהוא נתון בו, ולהפיג את הרגשת חוסר האונים שלו. במרוצת פגישות הקבוצה וכתוצאה מעידודיה החוזרים של המנחה התחיל מר ב. להפתח ולהיות פעיל יותר. בעזרת השירותים הקהילתיים והתערבותה הפעילה של עובדת סוציאלית התחילה אשתו לבקר במעון יום, סידור אשר איפשר למר ב. להיות חופשי לענייניו הוא למספר שעות.

2. גב' ב.: בת 53, מטפלת באמה בת ה-75, המוגבלת לחלוטין בכל פעולות משק הבית וזקוקה לעזרה חלקית בהלבשה, רחצה וטיפול אישי. גב' ב. מטפלת באמה במשך כל שעות היום מזה 15 שנה. היא מתגוררת עם המטופלת יחד עם בעלה וכנה בן ה-18, אשר משתתפים בטיפול בעבודות קלות, כגון האכלה והשגחה. הקושי העיקרי בטיפול, לדבריה של גב' ב. היה הצורך להיות קשורה לאמה וריתוקה לבית במשך כל שעות היום. במרוצת הפגישות התגלתה גב' ב. כמטפלת מנוסה ואחראית. לא היו לה בעיות בטיפול, לא במחינה אינסטרומנטאלית ולא מבחינה רגשית-נפשית, אם כי במשך הדיונים בלטה הרגשתה שהיא "קורבן" ושעליה להתמודד בכוחות עצמה עם כל קשיי הטיפול.

מטרת התוכנית עבורה היתה לחזק אותה וללמד אותה לשתף בני משפחה נוספים בטיפול. כפי שהיא עצמה ציינה בתום הקורס, השתתפותה בתוכנית נתנה לה בטחון עצמי ואישור לדרך טיפולה באמה.

3. גב' ג.: בת 71, מטפלת בבעלה בן ה-67, המוגבל לחלוטין בכל פעולות משק הבית וכן בניידות ובסידורים כספיים. גב' ג. מטפלת בבעלה מזה 3 שנים במשך כל שעות היום. לזוג בת אחת, נשואה עם ילדים, המתגוררת בקרית-אונו. בני הזוג עברו לקרית-אונו כדי להיות קרובים יותר לבתם. גב' ג. חולת לב ומטפלת בבעלה בכוחות עצמה. לדבריה, הבעיה העיקרית שלה בטיפול היתה היעדר סידור מגורים הולם ובעיות כספיות. במשך הפגישות הקבוצתיות היא הדגישה במיוחד את ההזדמנות שניתנת לה לצאת למספר שעות מהבית, לשמוע אנשים אחרים הנמצאים במצב דומה ולהתחלק עמם בחוויות דומות. לקראת סיומו של הקורס ובעזרתם של השירותים הקהילתיים במקום, עברה יחד עם בעלה לדיור מוגן. כתוצאה מכך מצבם השתפר ונעלם חלק ניכר מהקשיים אתם התמודדה בטיפול, ובעיקר חלה הקלה בבעיות הניידות של בעלה הודות למגורים בבית עם מעלית.

4. מר ג.: בן 54, מטפל בזוג הורים, יחסית לא מוגבלים, המתגוררים בקרבת מקום. מר ג. מקדיש כשעה ביום לטיפול בהוריו, בעיקר בליווי ובהשגחה. הקושי העיקרי שלו היה ההתמודדות הנפשית עם מצבם המתדרדר של ההורים. למרות שעבד במשרה מלאה השתדל להשתתף בקביעות בפגישות הקבוצה והירבה לספר על הוריו המשכילים ולשבחם.

המטרה העיקרית של התוכנית עבור מר ג. היתה לנסות ללמדו להתמודד עם הצד הנפשי של הטיפול ולעזור לו להתגבר על הפחדים האישיים שלו בקשר לעתיד. לדבריו, התרומה העיקרית שהקורס תרם לו היתה האפשרות לראות אנשים מתמודדים עם בעיותיהם, אך הוא ציין שנושאים רבים שהועלו במפגשים הקבוצתיים לא התאימו למצבו. הוא היה מעוניין לשמוע יותר על הצד האמוציונאלי-פסיכולוגי של הטיפול.

5. מר ד.: בן 74, מטפל באישתו בת ה-78, המוגבלת לחלוטין בכל התחומים של פעולות משק הבית וזקוקה לעזרה חלקית בהלבשה ובהליכה. מר ד. מטפל באישתו זה 3-4 שנים במשך כל שעות היום. לזוג שתי בנות נשואות עם ילדים, הגרות בקרבת מקום. למרות שמר ד. לא גילה התעניינות רבה בתוכנית, ובעצם היה די ספקני לגבי התועלת שיוכל להפיק ממנה, הקפיד להגיע לכל הפגישות. מר ד. התגלה בפגישות כאדם מאוד מופנם, הנושא, לדעת המנחה, בעול הטיפול מתוך השלמה והרגשת חובה. במשך כל הקורס הוא התקשה להודות בקשייו הפיזיים והנפשיים הקשורים בטיפול, ולכן המטרה העיקרית של הקורס עבורו היתה לעזור לו להיפתח וללמוד לחשוב גם על עצמו ועל הצרכים האישיים שלו. לקראת סיומו של הקורס התחיל מר ד. להשתתף יותר בדיונים וציין שהקורס סייע לו בטיפול ובהכרת השירותים.

6. גב' ל.: בת 73, מטפלת באמא בת 94, המוגבלת לחלוטין בכל התחומים של טיפול אישי ופעולות משק הבית. המקרה של גב' ל. קשה במיוחד, שכן היא רווקה, מתגוררת עם אמה ונושאת בעול הטיפול בעצמה במשך כל שעות היום, מזה 5 שנים. לגב' ל. אחות אחת בארץ, המבקרת רק לעתים רחוקות בבית אמה. גב' ל. בלטה בקבוצה ברמת השכלתה הגבוהה. רוב המשתתפים קבלו את גב' ל. כדוגמה למטפלת טובה ומנוסה והתייחסו אליה בהערכה וברחמנות בגלל מצבה הקשה במיוחד. המטרה העיקרית של הקורס עבודה היתה ללמד אותה לקבל עזרה בטיפול באמה, כדי שתוכל להיות חופשיה יותר. ואכן, עם תום הקורס, עובדת סוציאלית מה"שירות לזקן" סידרה מקום הבראה לגב' ל. כדי שתוכל לצאת למספר ימים, אך היא סירבה לכך. עם זאת, היא המשיכה לשמור על קשר עם משתתפת אחרת בקורס, ולפעמים הן מחליפות זו את זו בהשגחה.

7. גב' מ.: בת 35, מטפלת באמה בת ה-70, המוגבלת לחלוטין בניידות, בעריכת קניות, בניקיון הבית ובסידורים כספיים. היא מטפלת באמה זה 15 חודשים, במשך 15 שעות ביום. בהתחלת הקורס היא התגוררה יחד עם בעלה ובתה בת ה-8 בבית אמה, למרות שהיא בעלת דירה בעיר אחרת.

הגב' מ. התעניינה בתוכנית בעיקר כדי לקבל סיוע נפשי להמשך הטיפול. היא היתה המשתתפת הצעירה ביותר, והחל מהפגישות הראשונות השתלטה על הדיונים שכן הירבתה לספר על המתרחש בביתה. בעיותיה העיקריות היו בתחום היחסים שלה עם אמה ועם בתה הצעירה, שהתמרמה על חוסר הפרטיות וחשה שאינה זוכה להתייחסות מספקת בגלל הטיפול בסבתה. במקביל להשתתפותה בקורס, עובדת סוציאלית טיפלה במשפחה, ולקראת סיומה של התוכנית גב' מ. החליטה לעבור עם משפחתה לדירה שלהם בעוד היא ממשיכה לטפל באמה מספר ימים בשבוע כצורה טובה ומועילה.

8. גב' נ.: בת 53, מטפלת בשני הורים מוגבלים. מצבה של האם קשה במיוחד, והיא מוגבלת לחלוטין בכל אחד מהתחומים. אביה מרותק לכיסא גלגלים. גב' נ. גרה עם בעלה ובן בן 29. הוריה מתגוררים בדירה נפרדת, הנמצאת באותה חצר. היא מטפלת בהורים בצורה אינטנסיבית מזה 6 שנים, רוב שעות היום. הגב' נ. התעניינה בתוכנית בעיקר כדי ללמוד כיצד לשתף בני משפחה אחרים בטיפול.

גב' נ. בלטה בקבוצה החל מהפגישות הראשונות, היתה פתוחה והרבתה לדבר, הן עם המנחה והן עם המשתתפים האחרים. בגלל ניסיונה הרב בטיפול בהוריה הרגישה כי היא יכולה לתת עצות למשתתפים האחרים, שאכן ראו בה דוגמה. למרות שבפגישות הראשונות הגב' נ. היתה ספקנית לגבי התועלת שתוכל להפיק מהקורס, היא התמידה בפגישות ולקראת סיומו של הקורס הביעה שביעות רצון מלאה ממנו. לאחר סיום הקורס היא שמרה על קשר עם משתתפת נוספת ואלה מתחלפות ביניהן בליווי ובהשגחה על ההורים.

9. מר ס.: בן 62, מטפל בחמו בן ה-92, המתגורר באותו בנין של המטפל והמוגבל לחלוטין ברוב תחומי ה-A.D.L. הוא מטפל בחמו מזה 6 שנים, וטיפולו מצטמצם לשיחות, לעריכת קניות ולליווי. אם כי מר ס. לא גילה התעניינות מיוחדת בתוכנית, הוא התקבל על סמך היכרות של הגורמים הקהילתיים עם המשפחה, והרגשתם שהתוכנית עשויה לעזור להם. אחרי 3-4 פגישות מר ס. החליט לפרוש מן התוכנית, וזאת בעיקר בגלל שלא היה מרוצה מדרך ניהולן של קבוצות הדיון.

10. גב' פ.: בת 55, מטפלת באמה בת ה-74, המוגבלת לחלוטין בכל פעולות משק הבית, בטיפוח אישי ובסידורים כספיים. גב' פ. מעורבת בטיפול מזה שנתיים, ולמרות שאיננה מתגוררת עם אמה, לנה אצלה כל ימי השבוע. לגב' פ. שתי אחיות, המתחלקות אתה בכל תחומי הטיפול. גב' פ. התייחסה לאמה במלוא האהבה, בהבנה ובסובלנות.

בקבוצות הדיון היא לא הרבתה להשתתף, אך דבריה המעטים היו מלאי תבונה ושכל ישר. המטרה העיקרית של הקורס עבורה היתה, לדעת המנחה, להוסיף לה ידע שיעזור לה בטיפול. לקראת סיומו של הקורס חלתה גב' פ. והפסיקה את השתתפותה בו ואף את הטיפול באמה.

11. מר צ.: בן 57, מטפל באביו בן ה-87, המתגורר לבדו והמוגבל לחלוטין בניקיון הבית ועצמאי ביתר התחומים. מר צ. התקבל לקורס בעיקר בשל הרגשת עומס נפשי שנבעה מהאחריות לאביו ומהחרדה מפני העתיד. למרות שהוא עובד במשרה מלאה התמיד בנוכחותו. המטרה העיקרית של התוכנית עבורו היתה, לדעת המנחה, לעזור לו להפחית את המתח והלחץ הנפשי. למרות שעם תום הקורס הוא ציין שהתרומה העיקרית היתה שמיעת אנשים אחרים כמצב קשה משלו, הוא הדגיש את דעתו, שהקורס צריך להיות מיועד לאנשים המטפלים יומיומם בקשיש מוגבל ולא למקרים הדומים לשלו.

12. גב' צ. : בת 54, מטפלת באביה בן ה-88, המוגבל לחלוטין ברוב פעולות משק הבית וזקוק לסיוע חלקי בהלבשה, ברחצה ובטיפוח אישי. הקשיש מתגורר באותה שכונה, במרחק קצר מביתה של גב' צ. מצבו הרגשי של הקשיש הוגדר על ידי המטפלת כלא-טוב. לדבריה, הקשיש נמצא בדרך כלל כמצב של כעס ואפילו תוקפנות. גב' צ. מטפלת באביה זה 8 שנים. היא מתחלקת עם אחותה בכל הפעולות הקשורות בטיפול ובממוצע היא מקדישה לטיפול כשעתיים בשבוע. היא מתגוררת עם בעלה ובנה בן ה-26, העוזרים רק בעבודות קטנות כגון, סידורי בנקים. גב' צ. עובדת מחוץ למשק ביתה כ-20 שעות בשבוע. לדבריה הקושי העיקרי שלה הוא הרגשת חוסר האונים לנוכח מצב אביה, ההולך ומרדדר.

בפגישות הקבוצתיות בלטה גב' צ. במופנמותה, ודיברה רק כאשר פנו אליה ישירות. מספר משתתפים שהכירו אותה עוד לפני תחילת הקורס, הציגו לא פעם במקומה את בעיותיה ואת המתרחש אצלה. לדברי המנחה, המטרה העיקרית של התוכנית עבודה היתה לעזור לה לפתור בעיות קומוניקציה עם הקשיש וללמד אותה לדאוג לצרכים האישיים שלה.

13. גב' ת. : בת 51, מטפלת באמה בת ה-96, המוגבלת לחלוטין בכל פעולות משק הבית וכן ברחצה, בטיפוח אישי ובסידורים כספיים. היא מטפלת באמה מזה 15 שנה, כ-25 שעות בשבוע. היא מתגוררת עם האם ונאלצה לשנות את מקום עבודתה ולצמצם את מספר שעות העבודה בכדי לטפל באמה. היא התעניינה בתוכנית בעיקר כדי ללמוד דברים חדשים שיעזרו לה ליעל את הטיפול. לקראת סיומו של הקורס, חלה הידרדרות במצב האם, שאושפזה בבית-חולים סיעודי. מספר חודשים לאחר מכן נפטרה האם, ולכן גב' ת. לא רואינה ראיון חוזר.

### כ. איפיונים של קבוצת המשתתפים כולה

#### 1. המטפלים

כאמור, קבוצת המשתתפים אומנם לא היתה מליצגת אבל היא שיקפה את סוגי המטפלים השונים המתגוררים בקהילה. היא היתה מגוונת מאוד מבחינת גיל, מין, מוצא ורמת השכלה. בקרב 13 המטפלים שהתחילו את התוכנית, 5 היו גברים ו-8 נשים. 11 היו נשואים, אחת רווקה ואחת גרושה. בקרב הנשים היו 7 בנות ובת זוג אחת, ובקרב הגברים היו שני בני זוג, שני בנים וחתן אחד.

פער הגילים היה גדול, והוא נע מ-35 עד 74 שנים, אם כי 12 משתתפים היו בני 50 ויותר, ורק אישה אחת היתה בת 35. הגיל הממוצע של הגברים היה 63, ושל הנשים 55.

8 מטפלים התגוררו יחד עם הקשיש המטופל: 3 מהם בני זוג, ו-5 בנים/ות. 5 מטפלים דיווחו על שינוי מקום מגוריהם בגלל מצבו של המטופל; 3 עברו להתגורר יחד אתו ו-2 נוספים, אשר התגוררו גם קודם עם המטופל, עברו לדירה גדולה יותר או לדירה קרובה יותר לבני משפחה אחרים.

רק משתתפת אחת היתה לידת הארץ, והיתר היו ותיקים בארץ: 7 הגיעו לישראל עד שנת 1948, ו-5 עד שנת 1955. כל הגברים היו ילידי מזרח-אירופה, 3 נשים היו ילידות אסיה-אפריקה, 2 ילידות מזרח-אירופה ו-2 נוספות ללידות מערב-אירופה.

הקבוצה היתה היטרוגנית מאוד גם ברמת ההשכלה: 2 משתתפים למדו פחות מ-5 שנים, 7 למדו 6-12 שנה, ו-2 נוספים יותר מ-12 שנים<sup>8</sup>.

7 מטפלים עבדו במשך הקורס מחוץ למשק ביתם: 3 גברים ואישה אחת במשרה מלאה ו-3 נשים נוספות במשרה חלקית. היקף המשרה היה קשור לאופי ולעומס הטיפול שתואר על ידי המטפלים: 3 הנשים שעבדו חלקית היו, לדבריהן, מעורבות ישירות בטיפול ועסקו בטיפול כולו (כולל רחצה, אכילה ועוד), בעוד שלפי תשובותיהם של הגברים העובדים, טיפולם הצטמצם לליווי, להשגחה, לקריאה, לשיחה ולעבודות עזר קטנות כמו, קניות וסידורים כספיים. מתוך 6 המטפלים שלא עבדו בזמן הקורס, 2 טענו שהפסיקו את עבודתם בגלל הטיפול, ואחד טען שנאלץ לצמצם את מספר שעות העבודה.

חוץ משני בני הזוג, כל המטפלים העריכו את מצב בריאותם כטוב. עם זאת, 6 מטפלים סברו, כי חלו שינויים בבריאותם בעקבות הטיפול: 3 התלוננו על בעיות נפשיות, מצבי מתח ובעיות עצבים, ו-3 טענו שהם מרותקים יותר לביתם. באופן כללי, לא נמצא קשר בין הערכת מצב בריאותם של המטפלים לבין מצבם התפקודי והקוגניטיבי של המטופלים, כך שניתן לייחס את ההערכות לגבי שינויים במצב בריאות או ריתוק לבית, להרגשה סובייקטיבית של עומס הטיפול.

---

8. לא התקבל מידע על רמת ההשכלה של 2 משתתפים.



## 2. המטופלים

כאמור, במסגרת המחקר לא רואינו המטופלים, וכל המידע אודותם התקבל מהמטופלים. בקרב הקשישים המטופלים היו 5 גברים ו-8 נשים. 7 מטופלים היו בני 81 ומעלה, 4 בני 71-80, ו-2 נוספים בני 61-70. הגיל הממוצע של הגברים היה 84, ושל הנשים 79.

10 מטופלים היו ילידי אירופה, ו-3 ילידי אסיה-אפריקה. למרות שכל המטופלים היו ותיקים בארץ, 8 עלו לאחר קום המדינה. באשר למצבם המשפחתי של הקשישים, 8 היו אלמנים והיתר נשואים. לא היה הבדל במצב המשפחתי לפי מין. ל-9 קשישים היה בארץ ילד אחד או שניים ולשאר 3 ילדים ויותר. 3 מטופלים גרו בגפם, 2 עם המטפל בלבד (לא בן זוג), 3 עם המטפל ומשפחתו ו-5 עם בן/בת הזוג (שניים מהם אינם מטופלים ישירות על ידי בני זוגם, אלא על ידי קרוב משפחה אחר).

### המצב התפקודי של המטופלים

מצבם התפקודי של הקשישים נבדק במסגרת הראיון הראשון, ששימש כלי לבחירת המשתתפים. המראיינות שאלו את המטפל באיזו מידה הקשיש זקוק לסיוע במספר פעולות, הן בתחום התפקודי-אישי (A.D.L.) והן בתחום של ניהול משק הבית (I.A.D.L.). בכל תחום התשובות האפשריות היו: עצמאי, זקוק לסיוע חלקי, זקוק לסיוע מלא.

בדיקת מצבם של הקשישים בהתייחס ל-7 פעולות תפקודיות יומיומיות מלמדת, שחוץ מקשיש עצמאי אחד, כל הקשישים המטופלים היו מוגבלים בחלק מהפעולות. עם זאת, מצבם התפקודי של הקשישים היה טוב יותר מכפי שנתן היה לצפות בהתייחס לקריטריונים שנקבעו לבחירת האוכלוסייה. בעוד שלפי הקריטריונים, כל קשיש היה אמור להיות זקוק לסיוע מלא לפחות בתחום תפקודי אחד, נמצא ש-5 קשישים היו זקוקים לסיוע חלקי בחלק מהתחומים ועצמאיים בתחומים אחרים. כאמור, קשיש נוסף אף היה עצמאי בכל 7 התחומים. שאר הקשישים התאימו לקריטריונים: 3 היו זקוקים לסיוע מלא ב-2 תחומים, וקשיש רביעי בתחום אחד. 3 קשישים נוספים היו בעלי מוגבלות קשה והיו זקוקים לסיוע מלא ב-7 התחומים, וקשיש אחד היה זקוק לסיוע מלא בביצוע 6 פעולות ולסיוע חלקי באכילה.

בלוח מס. 1 אפשר לראות, שהפעולות בהן הקשישים היו זקוקים יחסית יותר לסיוע הן: רחצה, הלבשה, טיפוח אישי והליכה.

לוח מס. 1 - המטופלים לפי מידת התלות במספר פעולות תפקודיות יומיומיות בסיסיות

התחום התפקודי	מידת התלות	סה"כ	עצמאי	זקוק לסיוע חלקי	זקוק לסיוע מלא	שיעור הקשישים הזקוקים לסיוע כלשהו
אכילה		13	10	1	2	23%
הלבשה		13	3	6	4	77%
רחצה		13	3	4	6	77%
הליכה		13	6	2	5	54%
שליטה על הסוגרים		13	10	-	3	23%
לעלות/לרדת מהמיטה		13	10	-	3	23%
טיפול אישי		13	5	3	5	62%

נמצא, כי מצבם התפקודי של הקשישים ב-5 פעולות תפקודיות אינסטרומנטליות - הכנת ארוחות, ניקיון הבית, לקיחת תרופות, קניות וסידורים כספיים - היה קשה יותר ממצבם ב-7 הפעולות האחרות: 2 קשישים היו זקוקים לסיוע מלא לפחות באחד מהתחומים ו-11 נוספים היו זקוקים לסיוע מלא בכל התחומים. באופן כללי, ניתן לראות בלוח מס. 2 שהפעולות בהן נזקקו הקשישים יותר לסיוע הן: הכנת ארוחות, ניקיון הבית וסידורים כספיים.

לוח מס. 2 - המטופלים לפי מידת התלות במספר פעולות תפקודיות אינסטרומנטאליות

שיעור הקשישים הזקוקים לסיוע כלשהו	זקוק לסיוע מלא	זקוק לסיוע חלקי	עצמאי	סה"כ	מידת התלות / התחום התפקודי
100%	10	3	-	13	הכנת ארוחות
92%	12	-	1	13	ניקיון הבית
61%	5	3	5	13	לקיחת תרופות
85%	11	-	2	13	קניות
92%	12	-	1	13	סידורים כספיים

בהתייחס למצב הבריאות, בין המחלות העיקריות מהן סבלו הקשישים אפשר למנות: מחלות שלד ושרירים (4 קשישים), מחלות פרקים (2 קשישים), בעיות בדרכי הנשימה, מחלות עיניים, סכרת ועוד. שלושה קשישים היו חולי לב. רק 2 מטופלים היו מאושפזים בשנה שקדמה לראיון, אחד מהם ליום אחד בלבד.

המצב הקוגניטיבי והנפשי של המטופלים

לשם הערכת מצבם הקוגניטיבי של הקשישים נבדקו 5 הפריטים הבאים:

האם הקשיש:

- זוכר את שמות בני המשפחה הקרובים,
- מסוגל לספר מה עשה אתמול,
- עונה לעניין כאשר מציגים בפניו שאלה,
- זוכר היכן הניח דברים בבית,
- מתעניין בחדשות.

התשובות האפשריות היו: בדרך כלל כן, לעתים רחוקות, כמעט אף פעם.

לפי דיווח המטפלים, 5 מ-13 המטופלים אינם סובלים אף פעם מליקויים קוגניטיביים. רק קשישה אחת סבלה מבעיות קוגניטיביות בכל התחומים.

כפי שאפשר לראות בלוח מס. 3, המטפלים דיווחו על כמחצית הקשישים שכמעט אף פעם, או לעתים רחוקות בלבד, מסוגלים לספר מה קרה להם ביום הקודם. רק 2 קשישים לא היו מסוגלים לזכור כמעט אף פעם, או לעתים רחוקות בלבד, את שמות בני המשפחה הקרובים, כגון: ילדים, נכדים, אחים ועוד.

לוח מס. 3 - המטופלים לפי רמת התפקוד הקוגניטיבי במספר תחומים

שיעור הקשישים הסובלים מליקויים קוגניטיביים במידה כלשהי	כמעט אף פעם	לעתים רחוקות	בדרך כלל כן	סה"כ	רמת התפקוד / התחום הקוגניטיבי
15%	1	1	11	13	זוכר את שמות בני המשפחה
46%	3	3	7	13	מסוגל לספר מה עשה אתמול
38%	2	3	8	13	עונה לעניין כאשר מציגים בפניו שאלה
38%	3	2	8	13	זוכר היכן הניח דברים בבית
38%	3	2	8	13	מתעניין בחדשות

בנוסף לדיווח על התפקוד הקוגניטיבי המטפלים נתבקשו לציין מתוך רשימה של 7 פריטים, מה מצב רוחו של הקשיש בדרך כלל. המטפלים דיווחו על 4 קשישים, שהם בדרך כלל מדוכאים ועצובים, על 3 שהם בדרך כלל אדישים ושקועים בעצמם, על 2 שהם בדרך כלל לא שקטים, מתפרצים ותוקפניים ועל קשיש אחד שסובל ממצבי חשדנות וחוסר אימון. 3 מטפלים דיווחו שמצב רוחם של הקשישים בדרך כלל טוב. מטפלים אלה היו גברים, שרק אחד מהם, בן-זוג, היה מעורב בטיפול היומיומי.

### 3. המערך הטיפולי

בדיקת המערך הטיפולי נועדה לאפיין את המשתתפים לפי משך הזמן שהם מעורבים במשימה הטיפולית, מספר השעות שהם מקדישים לכך וסוג הטיפול שהם נותנים. קבוצת המשתתפים היתה הטרוגנית גם באפיונים אלה: 3 משתתפים דיווחו שהיו מעורבים בטיפול עד שנתיים בלבד, 2 טיפלו בקרוביהם 3 עד 5 שנים, ו-5 טיפלו בהם יותר מ-6 שנים<sup>9</sup>. שישה משתתפים דיווחו שהם מקדישים לטיפול את היום כולו, ובממוצע המטפלים הקדישו 44 שעות בשבוע.

כנוסף על משך זמן הטיפול והאינטנסיביות שלו, נבדקה גם מהות הטיפול בקשיש, כלומר איך מתארים המשתתפים את הטיפול בקשיש המוגבל. שאלה זו נשאלה כשאלה פתוחה כדי לבדוק מהי תפיסת המטפל באשר לתוכן תפקידו כלפי המטופל, והאם הוא רואה את תפקידו רק בביצוע פעולות בתחום של טיפול אישי או כולל בו גם דברים החורגים מן הטיפול האינסטרומנטלי, כגון: קריאה, שיחות, תמיכה נפשית וכו'. רוב המטפלים נטו לתאר את הטיפול במונחים מעשיים בלבד. 9 ציינו שהם מעניקים לקשיש סיוע בכל הפעולות היומיומיות, ו-2 מהם הזכירו ליווי, השגחה, שיחה וקריאה. 3 משתתפים ציינו פעולות כגון, הכנת ארוחות קלות, ביצוע עבודות עזר קטנות וסידורים כספיים. משתתף אחד ציין, שטיפולו מצמצם לליזוי ולשיחה בלבד.

באשר לעזרה העומדת לרשות המטפלים, 10 דיווחו שהם מקבלים עזרה מבני משפחה: 6 נעזרו על ידי אח או אחות, 2 על ידי בן או בת, ו-2 נוספים על ידי בן או בת זוג. העזרה שהוזכרה התייחסה רק לעבודות עזר קטנות, כמו הורדת כיסא הגלגלים, השגחה לעתים רחוקות בשעת הצורך, ועזרה כספית. 6 בנות אמרו שלדעתן בני המשפחה היו צריכים לעזור יותר בטיפול, וזאת בהשוואה לבני הזוג והגברים המטפלים, שלא הרגישו שבני משפחה נוספים צריכים לעזור יותר בטיפול.

8 מטפלים דיווחו שהם נעזרים בשירותים שונים תמורת תשלום: 3 בעזרה ביתית, 2 נוספים בעזרה כרחה, אחת בעזרה במטפלת, ו-2 בשירותים אחרים, כגון פדיקוריסט. המטפלים גם נשאלו האם יש אנשי מקצוע המעורבים בטיפול בקשיש, הן בבית והן מחוצה לו, בנוסף על רופא משפחה. 11 מטפלים דיווחו שלפעמים הם מקבלים עזרה מאחות, בעיקר לצורך בדיקות דם, בדיקת לחץ דם ובדיקות שגרתיות נוספות. 6 מטפלים דיווחו שעובדת סוציאלית מבקרת לפעמים, בעיקר למתן ייעוץ והדרכה, ורק 2 דיווחו על קבלת עזרה מידי מטז"ית (מטפלת זקנים).

---

9. על 3 משתתפים לא התקבל מידע.

לסיכום, מצטיירת תמונה של קבוצת משתתפים הטרוגנית מאוד, מבחינת אפיוניהם הם, אפיוני הקשישים המטופלים והמערך הטיפולי. למרות שכל הקשישים המטופלים היו מוגבלים, באופן כללי נמצא, כי מצבם התפקודי היה טוב מכפי שאפשר היה לצפות לפי הקריטריונים שנקבעו לבחירת האוכלוסייה.

עם זאת יש להדגיש, שכל מטפל שהגיע לקבוצה נבחר על סמך התרשמות שעומס טיפול כבד מוטל עליו וגורם לו קשיי התמודדות רבים, ולכן השתתפותו בתוכנית תסייע לו ותקל עליו את הטיפול בבן המשפחה הקשיש והמוגבל. אנשי השירותים שבחרו את המשתתפים הסתמכו בעיקר על היכרות אישית של מצבם הקשה ושל הצורך בעזרה. נשאלת, אם כך, השאלה: מה הם המרכיבים המאפיינים את עומס הטיפול, מעבר למצבו התפקודי של המטופל. לצורך בחינת נושא זה הוחלט להשוות את קבוצת המטופלים שהשתתפה בתוכנית לקבוצת המטופלים שרואיינו אך לא השתתפו בה. השוואה זו מתוארת בנספח א' לדו"ח.



## 7. הערכת מבנה התוכנית ותוכנה

פרק זה דן במימצאי ההערכה באשר לתוכן הקורס ולמבנהו. המימצאים מתייחסים ל-12 מטפלים בלבד, שכן משתתף אחד פרש מן התוכנית לאחר מספר פגישות, וכאמור, לא רואיין בתום הקורס. הערכה זו, הן על ההרצאות והן על קבוצות הדיון, התבססה על 3 מקורות מידע:

1. הערכתו של היועץ המקצועי,
2. הערכתה של הצופה האובייקטיבית,
3. שאלון שבאמצעותו רואינו המשתתפים מיד עם תום הקורס.

### א. הערכת ההרצאות

#### 1. הערכת היועץ המקצועי

היועץ המקצועי, שישב כאמור בכל פגישות הקבוצה, נעזר בטופס מובנה שהוכן לתיאור רשמיו והערותיו, על ההרצאות ועל קבוצות הדיון.

הערכתו על ההרצאות היתה אמורה להתייחס למספר אספקים:

- צמידות המרצה לנושא המיועד של ההרצאה,
- מידת ההתאמה של ההרצאה לרמת המשתתפים,
- האם ההרצאה הנוכחית חוזרת על הרצאות קודמות,
- האם מסגרת הזמן מספקת,
- הצעות לשינויים.

כללית אפשר להגיד, שעל פי הערכת היועץ, מבנה ההרצאות ותוכן התאימו לרמת המשתתפים וענו על הקריטריונים והציפיות של חברי ועדת ההיגוי. רק הרצאות הרופא היו מעל לרמת המשתתפים. אם כי המרצים נבדלו זה מזה בדרך הגשת החומר, בהתייחסותם למשתתפים ובשימוש שעשו באביזרי הוראה, כולם עסקו בנושאים עליהם סוכם מראש. לא היתה חזרה על נושא מסוים במספר הרצאות, וכל מרצה נצמד לנושא שלו. לדעת היועץ, היה מקום להרחיב מספר נושאים ואף להוסיף פגישה נוספת לדיון מעמיק יותר. כך, למשל, בעקבות המלצותיו של היועץ נוספה בקורס השני הרצאה בנושאי פיזיותרפיה ושירותי רווחה קהילתיים -

הראשון כדי להעמיק את המידע, לפתח את הרעיונות ובעיקר לתת הדגמות, והשני - כדי לספק את רצון המשתתפים להרחיב בנושא תפקיד המטפל ביחס לשירותים הקהילתיים.

כמו כן הוחלט, לאור הערכתו של היועץ ותגובות המשתתפים, להפחית בקורס השני את מספר ההרצאות של הרופא הגריאטרי מ-3 ל-1, בעיקר בשל ההמה הבלתי מתאימה לרמת המשתתפים ואף בגלל שהנושא כוסה במידה מסוימת בהרצאותיה של האחות. בנוסף על כך, הוחלט להוסיף שתי פגישות נוספות לדיון בנושא תפקידי המטפל ותגובותיו לקשר הטיפולי, כגון: שינוי בהגדרת התפקיד ביחסים בן/הורה ובעל/אשה, שינוי במערכת היחסים בתוך המשפחה בפרספקטיבה בין-דורית, ותגובות התנהגותיות ורגשיות של המטפל.

גם הומלץ לשנות את סדר ההרצאות, ולהתחיל בהרצאתו של הרופא על חולי וזיקנה, ולעבור בפגישה הבאה להרצאה על תפקידי המטפל ותגובותיו לקשר הטיפולי. שינוי זה נועד לאפשר למשתתפים להעלות את רגשותיהם ובעיותיהם הנפשיות בטיפול וצורת ההתמודדות עם רגשות אלו, כבר מהפגישות הראשונות, ורק לאחר מכן לדון בהיבטים הסיעודיים של הבעיה. אולם המלצה זו לא מומשה, בעיקר בגלל קשיי זמינות אצל מרצים.

## 2. הערכת הצופה

הצופה ערכה רשימת נוכחות של המשתתפים מדי כל פגישה ונעזרה בטופס תצפית לצורך תיאור אספקטים שונים הרלבאנטים להערכת ההרצאות: דרך העברת החומר על ידי המרצה, ההתעניינות הכללית של המשתתפים, האם נשאלו שאלות במשך ההרצאות ושיתוף הפעולה של המשתתפים עם המרצה. מדיווחיה של הצופה עולה, כי מידת ההתמדה של המשתתפים בפגישות היתה גבוהה במשך כל הקורס, וזאת על אף שחלק ניכר מהמטפלים נאלצו לדאוג לסידורי השגחה מיוחדים על הקשיש בשעות הקורס. 8 משתתפים נכחו ב-10 פגישות ויותר מתוך ה-14. סיבות ההיעדרות היו בעיקר אישיות או בשל בריאות, ותמיד לאחר הודעה למנחה או למרכזת התוכנית. לאחר חופשת החגים היתה ירידה מסוימת ברמת הנוכחות. כפי שהוזכר, רק משתתף אחד (החתן) פרש לאחר 3-4 מפגשים, בשל חוסר שביעות רצון מדרך ניהולן של קבוצות הדיון. באשר לדרך העברת החומר, מרבית ההרצאות הועברו בעיקר בצורה פרונטאלית ומספר מרצים נעזרו בשקפים. באופן כללי המשתתפים גילו התעניינות רבה בנושאי ההרצאות, אם כי, כפי שנאמר, חלקם התלוננו על רמתן הגבוהה מדי של הרצאות הרופא וביקש להתייחס לנושאים ספציפיים יותר או להרחיב בנושאים מסוימים.

מחלות ספציפיות, חרדות והפרעות התנהגותיות אחרות של הקשיש.

כמעט בכל ההרצאות המשתתפים שאלו שאלות רבות, שלרוב היו קשורות לנושא שהמרצה עסק בו או רלבאנטיות לנושא ההרצאה. בדרך כלל היה שיתוף פעולה ספונטאני מצד מרבית המשתתפים, ובפגישה בה הרצתה הפיזיותראפיסטית הם הסכימו להדגים טכניקות שונות.

### 3. הערכת המשתתפים

בנוסף על שתי ההערכות הקודמות, נכללו בראיון שלאחר תום הקורס שאלות מספר על הערכות המטפלים לגבי אספקטים שונים הקשורים לתוכן הקורס ולמבנהו באופן כללי, ולהרצאות ולקבוצות הדיון בפרט. כללית, מתשובות המטפלים עולה שמבנהו של הקורס ותוכנו התאימו לדרישות המשתתפים ולרמתם. רוב המשתתפים (8) סברו, כי אורך הקורס כולו היה נאות. משתתפת אחת סברה, שהוא היה ארוך מדי, ומשתתפת נוספת (שחדלה להשתתף כאשר ילדה, לאחר הפגישה השמינית), סברה שהוא היה קצר מדי. רוב המשתתפים (10) סברו שאורכה של כל פגישה היה נאות. שני הבנים המטפלים גרסו, שהפגישות היו ארוכות מדי ושהיה להם קשה להתרכז ולהתאמץ אחר ליום עבודה מלא. יתכן כי הקושי בריכוז נבע מהעובדה ששני מטפלים אלה לא רק עבדו במשרה מלאה אלא גם טיפלו בהורים פחות מוגבלים, ולכן חומר הפגישות היה פחות רלבאנטי עבורם.

שאלה נוספת היתה, האם מספר האנשים שהשתתפו בקורס התאים למסגרתו. לדעת משתתפת אחת, המספר היה גדול מדי, ואילו 2 משתתפים אחרים סברו, שהוא היה קטן מדי והמליצו על מסגרת של כ-20 איש. יצוין, כי 2 משתתפים אלה בלטו בקבוצה כמופנמים וייתכן שמסיבה זו רצו בקבוצה גדולה יותר, בה יוכלו לבלוט פחות.

בכדי לבדוק האם ההטרוגניות של הקבוצה היתה גורם מפריע, נשאלה שאלה האם רצוי, שבתוכנית כזו ישתתפו רק מטפלים מסוג אחד מבחינת יחס הקרבה לקשיש. 5 משתתפים סברו שאכן כדאי שבקורס הבא ישתתפו רק בניס/ות או בני זוג. 5 אלו היו בנות, שהיו הרוב בקבוצה.

בהתייחס לשאלה למי מתאימה תוכנית במתכונת זו, 11 משתתפים ציינו שהיא מתאימה לאנשים המטפלים יומיום בקשישים מוגבלים. גם 2 הבנים, שהוריהם היו פחות מוגבלים

סברו, שהתוכנית אינה מתאימה לאנשים כמותם, אשר אינם מתמודדים עם בעיות טיפוליות יומיומיות קשות. ממצא זה מלמד, שבניגוד לגישת חלק ממארגני הקורס, משתתפי התוכנית ראו בה הזדמנות ללמוד להתמודד עם בעיות טיפוליות ונפשיות עכשיות, הנובעות מהמצב הטיפולי, ולא שלב הכנה למצב עתידי אפשרי. כאשר נשאלו המשתתפים מה היה חשוב להם יותר - ההרצאות או קבוצות הדיון - רובם (8) ציינו את ההרצאות. זאת, בניגוד לציפיתם של מארגני התוכנית שהדיון הקבוצתי יוערך על ידי המטפלים כחשוב יותר, שכן הוא פותח אפשרות להביע רגשות ולתאר בעיות אישיות, לשוחח על מצבים אישיים ספציפיים ולהתחלק באלה עם חברי הקבוצה. 4 המשתתפים הנוספים ענו ששני החלקים היו חשובים במידה שווה. אף משתתף לא הזכיר את קבוצות הדיון כחשובות יותר.

בתשובה לשאלות:

- אלו הרצאות היו פחות ברורות?
- אלו הרצאות היו קשורות וקרובות יותר לבעיותיהם של המשתתפים כמטפלים?
- האם היו נושאים או בעיות חשובים שלא זכו להתייחסות בקורס?
- מה הם הדברים החשובים ביותר שלמדו בהרצאות?

11 משתתפים ענו, שכל ההרצאות היו ברורות. רק משתתף אחד ציין שרמת הרצאותיו של הרופא היתה גבוהה מדי לקבוצה, וזאת למרות שתוך כדי ההרצאה ומיד לאחריה מספר משתתפים טענו בפני הצופים שהחומר לא היה מספיק ברור להם.

לדעת רוב המשתתפים, ההרצאות הקשורות ביותר לבעיות שלהם היו אלו שדנו בטיפול האישי והסיעודי במטופל ובארגון סדר היום וכן הרצאתה של הפיזיותראפיסטית על ההפעלה הפיזית של הקשיש על ידי בני המשפחה והקשיים המוטורים שעלולים להתפתח אצל המטפלים כתוצאה מהטיפול הסיעודי.

ארבעה משתתפים טענו שמספר נושאים שיש להם עניין בהם, לא כוסו בקורס: בעיית הבדידות, בעיות הקשורות לטיפול בסביבה הסובבת מרידה שכלית ובטיחות הקשיש.

ב. קבוצות הדיון

1. הערכת היועץ המקצועי

הערכת היועץ המקצועי על קבוצות הדיון היתה אמורה להתייחס לאספקטים הבאים:

- נושאי ההרצאות שקיבלו משקל מיוחד בדיון הקבוצתי,
- האם הועלו בקבוצת הדיון נושאים שלא הוזכרו בהרצאה,
- מידת מעורבותם של המטפלים,
- נכונותם של המשתתפים להיחשף ולספר חוויות אישיות,
- האוירה הכללית,
- נושאים מומלצים נוספים, שראוי לדון בהם בקבוצת הדיון,
- תחומים או אספקטים שכדאי להדגיש בהתייחס לסרט.

יועץ התוכנית הצליח להעריך את קבוצות הדיון באופן מובנה וסיסטמטי על גבי הטפסים שהוכנו מראש רק בפגישות הראשונות, וזאת מאחר שקבוצות הדיון חדלו די מהר להתפתח בכיוון ובצורה שמארגני הקורס ציפו להם. קבוצות הדיון תוכננו כהמשך תוכני להרצאות, שהיו אמורות לשמש נקודות מוצא לדיון במישור אישי ורגשי יותר. הן נועדו לאפשר למטפלים לדון במסגרת קבוצתית ובאווירה תומכת בנושאים ספציפיים ואישיים שההרצאה עסקה בהם רק באופן כללי ותיאורטי. להלכה, שני חלקיה של כל פגישה, שהיו אמורים להיות קשורים זה לזה, היו בפועל כמעט בלתי תלויים. היועץ זקף את היעדר השילוב בין ההרצאות לבין קבוצות הדיון לסיבות הקשורות למבנה התוכנית ולארגונו, לגישתה של המנחה ולמשתתפים עצמם<sup>10</sup>. באשר למבנה התוכנית - מאחר שהמרצה פרש מן הקבוצה עם סיום הרצאתו ולא נכח בחלקה השני של הפגישה, כלומר בדיון הקבוצתי נמנעה, לדעתו מהמשתתפים תחושת המשכיות לגבי הנושא. זאת ועוד, מרצים מעטים סילמו את הרצאתם תוך מתן גירוי מכוון להמשכת הדיון, והמנחה גם היא לא דאגה בדרך כלל להמשיך לפתח נושאים שהעלו בהרצאה.

סיבה נוספת להיעדר ההמשכיות היא סגנון ההדרכה של מנחת הקבוצה. אופי הדיונים בקבוצה היה מאוד פתוח ובלתי מובנה, וזאת בהתאם לשיטת עבודתה שדגלה בחוסר התערבות או הכוונה בתהליך הקבוצתי. משום כך, המנחה איפשרה לחברי הקבוצה לעבור מנושא לנושא ובדרך כלל לא היה דיון מעמיק ורציף בנושא ספציפי, כמו הפחד מהעתיד, רגשות אשמה, הקשר עם השירותים, יחסים בין-דוריים, הכעס שמלווה את הטיפול וכו', שהם נושאים אישיים-רגשיים שהיו אמורים לעלות לאחר ההרצאות. המנחה התרכזת בעיקר בגיבוש הקבוצה וביצירת אוירה נוחה, ופחות בניסיון לעזור למשתתפים לגשר בין התהליכים

---

9. התייחסות לכך בדו"ח פנימי שהוגש על ידי יועץ התוכנית לועדת ההיגוי עם תום הקורס הראשון.

הקוגניטיביים והרגשיים. המנחה איפשרה לקבוצה לפתח דינאמיקה וקצב התקדמות משלה, כאשר בדרך כלל משתתף אחד או שניים השתלטו על הדיון. לפי דיווחו של יועץ התוכנית, כל הפגישות הקבוצתיות התחילו בצורה אחידה: אחד המשתתפים סיפר באופן ספונטאני על חויה הקשורה בטיפול שעברה עליו בשבוע הקודם או לחילופין המנחה פנתה לאחד המשתתפים וביקשה שיספר על חויה כזו. לא נעשו ניסיונות לגוון את הסגנון או לכוון את השיחות למסגרת שהמארגנים ציפו לה.

לדעת היועץ, היעדר הקשר נבע מכך שהמשתתפים תפסו את הדיון הקבוצתי כהזדמנות להתחלק עם יתר חברי הקבוצה בחויות שעברו עליהם בימים שחלפו. הם ראו במסגרת הקבוצתית הזדמנות להשמיע ולהישמע ולא דווקא בנושאים שעלו בהרצאות, וייתכן כי הדבר התאים לצרכים של חלק מחברי הקבוצה. עם זאת, לחלק מהמשתתפים היתה הרגשה שהשיחות אינן ממוקדות ואינן מובילות למטרה מוגדרת. היועץ המקצועי שהיה אחראי על הדרכתה של המנחה, העביר לידיעתה טיעונים אלה אך להערכתו גם בסוף הקורס לא חל שינוי בתחום זה, ותפיסת המנחה לגבי החויה הקבוצתית נשארה שונה מזו של חברי ועדת ההיגוי ושלו עצמו.

עקב כך, בשלב אירגונו של הקורס השני ועדת ההיגוי החליטה לעבוד עם מנחה אחרת. כמו כן הוחלט, שחלק מהמרצים יישארו עם המשתתפים אחרי ההרצאה ויהיו נוכחים בקבוצות הדיון. כדי לאפשר להם להעלות שאלות על נושאים שלא כוסו בהרצאה ולנסות ליצור המשכיות בין שני החלקים.

## 2. הערכת הצופה

דיווחה של הצופה האוביקטיבית התייחס למספר אספקטים:

- תיאור הנושאים שהועלו, לפי סדר החשיבותם,
- מי יזם והעלה כל נושא,
- מספר המשתתפים שהיו פעילים בדיון,
- כיוון האינטראקציה בדיון,
- הערות על תגובות אישיות של המשתתפים לנושאים שהועלו.



כפי שנאמר, רק מעט מאוד נושאים שעלו בקבוצות הדיון היו קשורים ישירות לנושא ההרצאה. גם לפי דיווחיה של הצופה אפשר לראות, שהנושאים שזכו להתייחסות רבה יותר היו נושאים אישיים על אירועים שקרו בשבוע האחרון ושהטרידו את המטפלים. אלה הועלו בדרך כלל על ידי אחד המשתתפים וזכו לדיון קבוצתי נרחב. כך, לדוגמה משתתפת אחת הציגה את בעיותיה עם אמה המוגבלת, שגרה יחד עם משפחה בבית. הצגת הקונפליקטים והמריבות שהיו במשפחה בשבוע שקדם לפגישה הובילה לדיון כללי יותר על יחסי הורים/ילדים, על השתתפות שאר בני המשפחה בטיפול ונושאים אחרים; שבמידה זו או אחרת הדאיגו את כל המטפלים, למרות שלא בהכרח היו קשורים לנושא ההרצאה. רוב הנושאים הועלו כיוזמת המשתתפים. בפגישות האחרונות - אולי בעקבות הערותיו של היועץ - המנחה עצמה ניסתה להעלות נושאים ולקשור אותם להרצאה. המשתתפים היו פעילים מאוד בפגישות אלו ולרוב קיימו דיונים בינם לבין עצמם, תוך התערבות מינימאלית מצד המנחה. להוציא שני משתתפים, אשר בלטו במופנמותם בקבוצה, כל המשתתפים גילו נכונות להיחשף, לספר חוויות ולהתחלק בהרגשות שלהם. המנחה ניסתה לדוּבב גם את המטפלים שלא השתתפו בצורה פעילה בדיונים.

בנוסף על התייחסותה לאספקטים שהוזכרו לעיל, הצופה תיעדה את כל השתלשלות הפגישות של קבוצות הדיון. ניתוח החומר הרב שנצטבר מ-14 הפגישות עזר לתיאור ולהערכת התרומות הספציפיות והאינדיבידואליות שהקורס תרם למשתתפים<sup>11</sup>.

### 3. הערכת המשתתפים

בשלב הראיון שלאחר תום הקורס, המטפלים התבקשו להביע את דעתם ואת התרשמותם מקבוצות הדיון. 8 משתתפים סברו, שקבוצות הדיון היו תכליתיות די הצורך, וזאת למרות שמניתוח הדיווחים על מהלך הפגישות עולה, כי חלק ניכר מהמשתתפים התלוננו ב-3-4 הפגישות הראשונות על דרך ניהולן. טיעונים אלה השמיע בעיקר המשתתף שבסופו של דבר פרש מן התוכנית, אך קיבלו, לפי דיווח הצופים, את תמיכתם והסכמתם של רבים מהמשתתפים.

---

11. ראה פרק 8.

ההערות שהושמעו בפגישות היו מסוג:

"יש "בלגן" בדיונים, צריך לקבוע נושא ולדון בו, את לא מנחה מספיק חזקה, נותנת לכל אחד לדבר בלי סדר"; "אנו רוצים ללמוד ולהתקדם, ולא לשמוע כל פעם על הבעיות שהיו לכל אחד במשך השבוע".

בראיון שבוצע בתום הקורס שני הבנים טענו כי הפריע להם שהדיון הקבוצתי לא התנהל באופן מסודר, שהדיון התרכז כל הזמן בליבון בעיותיה של משתתפת אחת, והדבר מנע התקדמות ופיתוח נושאים נוספים, ויצר הרגשה ש"כל הזמן דורכים במקום", ו"דשים כל פעם באותם הדברים".

בהתייחס לשאלה האם המשתתפים הרגישו שבקבוצות הדיון ניתנה להם אפשרות מספקת להתבטא, לספר ולדבר, 10 מטפלים השיבו שאכן היתה להם הרגשה כזו, 7 משתתפים ענו כי הם שוחחו בפגישות הללו על נושאים שלא דיברו עליהם קודם, כגון: בעיות הקשורות ליחסים עם הקשיש המטופל, בעיות עם בני משפחה אחרים או גילויי התנהגות של הקשיש, מסוג הקמצנות, שלא הירשו לעצמם עד אז לדבר עליהם עם אדם אחר.

בשאלה פתוחה נשאל, מה היה הדבר העיקרי שהמטפלים קיבלו מהפגישות של קבוצות הדיון. מתשובותיהם עולה, שקבוצות הדיון היו בשביל רובם חוויה קבוצתית מיוחדת. הם הדגישו במיוחד את ההזדמנות שניתנה להם לשמוע על בעיות קשות יותר מאלו שלהם עצמם ולראות אנשים הנמצאים במצב דומה לשלהם. שני משתתפים ציינו, שהתרומה העיקרית של הפגישות הקבוצתיות היתה האפשרות ללמוד להתייחס בסבלנות ובהבנה למטופל. רק משתתף אחד השיב שלא קיבל שום דבר בקבוצות הדיון.

לסיכום, על סמך הערכותיהם של הצופים ושל המשתתפים עצמם ניתן לומר, שהדיונים בקבוצה היו חוליה חיובית וחשובה למטפלים, למרות שהמטרה הראשונית של המתכננים, כלומר היותן המשך תוכני של ההרצאות לא הושגה.

## 8. הערכת תרומת התוכנית למשתתפים

כאמור, התוכנית נועדה לעזור לבני המשפחה המטפלים בקשישים מוגבלים להתמודד עם בעיותיהם הטיפוליות - המעשיות והנפשיות - ולהקנות להם את המידע הדרוש לייעל את טיפולם. מטרת התוכנית היתה לנסות לאפשר למשתתפים ליישם את הדברים שנלמדו בקורס מבלי להסתפק רק בחוויה ובהתנסות הקבוצתית.

בפרק זה נדון בתרומות התוכנית למשתתפים כפי שבאו לכלל ביטוי בראיון שנערך מיד עם תום הקורס ובמעקב שנערך כשישה חודשים לאחר תום הקורס. הערכה זו כרוכה בבעיות, ויש להתייחס בזהירות לנושא זה, בעיקר בשל שלוש סיבות:

1. כאשר מדובר בבעיה אישית ומסובכת כל כך - מצבו של הקשיש המוגבל והעומס הטיפולי, הפיזי והרגשי המוטל על המטפלים - קשה לצפות שתוכנית בת 14 פגישות תחולל שינויים גדולים ומרחיקי לכת.

2. קבוצת המשתתפים אומנם קבוצת מטפלים אופיינית ושכיחה למדי, אך לא נבחרה על פי כללים סטטיסטיים מקובלים. לפיכך, אי אפשר להסיק מהמימצאים הנוגעים להשפעת התוכנית על קבוצה זו, מסקנות חד-משמעיות וכלליות על אוכלוסייה רחבה יותר. אומנם לדעת אנשי המקצוע הקבוצה טיפוסית, וקבוצות דומות לה יכולות להתארגן בכל מקום ומקום, אך יש להדגיש שהמימצאים מעידים על מגמות ועל קווים כלליים בלבד.

3. המספר הקטן של המשתתפים ודרך בחירתם מגבילים את הניתוח הסטטיסטי של המימצאים. זאת ועוד, בשל האופי האישי של בעיותיו של כל אחד ואחד, לא נבדקה השפעת התוכנית ביחס לקבוצת ביקורת.

על מנת להתגבר על מגבלות אלו נעשה ניסיון לתאר את התועלת האישית שהפיקו המשתתפים בקורס, על בסיס ניתוח כל מקרה לגופו ( case study ), תוך ניסיון לתאר מגמות כלליות, במידת האפשר. לנוכח מטרת התוכנית לסייע למטפל בתחום המעשי-טיפולי וגם בתחום הרגשי, ובשל אופי ההתנסות בקבוצה, נבדקו מספר אספקטים שהם אינדיקטורים לסוג התרומות של התוכנית ולמהותן.

האספקטים שנבדקו הם:

- א. מידת ההתמדה של המשתתפים בפגישות ונכונותם להמשיך להיפגש עם חברי הקבוצה גם לאחר תום הקורס,
- ב. מימוש ציפיותיהם של המשתתפים מהקורס,
- ג. שינוי עמדות ביחס לתופעות זיקנה ולתפקיד המטפל, והיחס בין המטפל לבין הקשיש המטופל,
- ד. מדדים סובייקטיביים המצביעים על תחושת עומס הטיפול ותפיסתו,
- ה. שינויים שחלו לדעת המטפלים, בתחומים שונים הקשורים לטיפול,
- ו. הבעיות האישיות והרגשיות של המטפלים, כפי שהשתקפו בדיונים ותועדו על ידי הצופה, ואשר נבדקו במעקב לאחר הקורס.

#### א. מידת ההתמדה של המשתתפים בקורס

מדד חשוב, כמובן, לשביעות הרצון של המשתתפים מהקורס ותחושתם לגבי חיוניותו, הוא מידת ההתמדה בפגישות. כפי שהוזכר, הנוכחות היתה גבוהה במשך כל הקורס, ולהוציא משתתף אחד לא היו נשירות על רקע אי-שביעות רצון. יתר על כן, בראיון שנערך מיד לאחר תום הקורס, בו נשאלו המשתתפים האם הם מעוניינים להמשיך להפגש עם חברי הקבוצה ובאיזו מתכונת, 7 השיבו שהם מעוניינים להמשיך להיפגש עם משתתפי הקורס במסגרת קבוצתית, ו-9 היו מעוניינים להמשיך להיפגש עם חלק מהמשתתפים באופן אישי, בעיקר כדי להתחלק בחוויות ובניסיון. בשיחה שהתנהלה בין העובדות הסוציאליות המטפלות כמשפחות המטפלים לבין איש צוות המחקר, דווח כי 2 משתתפות ממשיכות להיפגש באופן שוטף ומחליפות זו את זו בהשגחה על הקשישים בכדי להשתחרר מהטיפול למספר שעות.

#### ב. מימוש ציפיות המשתתפים

מדד נוסף להערכת התועלת שהמשתתפים הפיקו מן הקורס, הוא השוואת ציפיותיהם מהקורס לתרומות שדווחו לאחריו. הערכה זו התבססה מצד אחד על ניתוח החומר שתועד במשך הקורס על ידי הצופה, ומצד שני על ממצאי הראיונות שנערכו לפני תחילת הקורס, מיד עם סיומו וכחצי שנה לאחר מכן.

מידת שביעות רצונם של המשתתפים מהתוכנית כפי שזו באה לידי ביטוי בפגישת הסיכום האחרונה, שנועדה להפקת לקחים ולהחלפת חוויות מהקורס, היתה גבוהה למדי. רוב המשתתפים ציינו לטובה בעיקר את האפשרות שניתנה להם - לחלקם זו הפעם הראשונה - להיפתח, לדבר ולהתחלק בבעיות הכואבות להם:

"נהיינו יותר פתוחים. דברנו על נושאים שלא דברנו עליהם קודם". "לא הייתי רגילה לדבר, עכשיו אני מדברת וזה עושה משהו. כאן דברנו עם אנשים מקצועיים ואנשים שיש להם אותה בעיה, זה לא כמו לדבר עם חברים".

חלק מהמשתתפים ציינו כי השתתפותם בקורס נתנה להם אפשרות לצאת מהבית, וסיפקה מסגרת לפעילות:

"זה שיצאתי מהבית נתן לי המון". "אני באה הנה, אני נחה, שומעת את האנשים ושוכחת מהצרות שלי". "הקורס נגמר, ואין לי עם מי להיפגש ולהתחלק".

גם במעקב, שנערך כ-6 חודשים לאחר גמר הקורס, כל המשתתפים הביעו את שביעות רצונם מעצם השתתפותם בתוכנית.

מידת שביעות רצונם של המשתתפים נברקה גם באמצעות השוואת ציפיותיהם מהתוכנית לפני תחילת הקורס למידת מימוש הציפיות, וזאת בראיון שנערך לאחר הקורס ובמעקב המאוחר יותר. הבדיקה כללה 9 פריטים ספציפיים אשר הוגדרו בהתאם לתכני התוכנית ושהיה בהם פירוט אופרטיבי של המטרות הכלליות של התוכנית. הם חזרו והופיעו בניסוח זהה בכל אחד משלבי הבדיקה. האספקטים שנברקו על ידי פריטים אלה היו:

א. אספקטים קבוצתיים - אספקטים הקשורים לתוכנית כחוויה קבוצתית, שמאפשרת ללמוד מניסיונם של אנשים המצויים במצב דומה.

ב. אספקטים מעשיים - אינסטרומנטאליים הקשורים לטיפול ולארגון סדר היום, כגון: הוראת השימוש בדרכים ושיטות חדשות לטיפול היומיומי, הוראת ארגון סדר היום בצורה שתאפשר לטפל היטב ותשאיר זמן למטפל עצמו, מתן אפשרות להכיר טוב יותר את השירותים הקיימים בשכונה.

ג. אספקטים רגשיים-התנהגותיים של הטיפול, כגון: ללמוד להתייחס בצורה מתאימה למצבים הנפשיים של המטופל, להבין טוב יותר תופעות כמו שיכחה, בלבול, איטיות, לשפר את היחסים האישיים בין המטפל והמטופל ולפתור בעיות משפחתיות של המטפל הקשורות לטיפול.

בלוח מס. 4 מוצגים הפריטים שהמשתתפים התבקשו לפני הקורס להעריך את ציפיותיהם מן הקורס לגביהם, ולאחר תום הקורס את תרומת הקורס בכל אחד מהם. כמו כן, מוצגת בלוח מידת מימוש הציפיות, כלומר באיזו מידה קיבלו המשתתפים שציפו לתרומה במידה זו או אחרת בפריט מסויים, מענה באותו פריט.



לוח מס: 4 - ציפיות המשתתפים ומימושם במספר תחומים

מספר האנשים שדווחו על ציפיות (N=12)	מספר המשתתפים שדווחו על תרומה בתום הקורס במעקב (N=12)*	מספר המשתתפים שציפיותיהם מומשו מסה"כ המצפים ** בתום הקורס במעקב (N=11)*	תחומים
12	8	67	האם לדעתך בקורס תלמד/למדת?
			א. אספקטים קבוצתיים
			- מהבעיות של אנשים אחרים במצב דומה
45	5	45	
			ב. אספקטים מעשיים-אינסטרומנטאליים
			- למצוא זמן חופשי גם לעצמך
38	4	-	- להשתמש בדרכים ושיטות חדשות בטיפול היומיומי (כגון: רחצה, אכילה, התארגנות יומית)
8	6	50	- לתת לקשיש טיפול טוב יותר בפחות זמן
71	6	71	- להכיר טוב יותר את האפשרויות הקיימות בשכונה לקבלת עזרה לטיפול בקשישים (כגון: עזרה מקופ"ח, שירותים חברתיים)
8	3	-	ג. אספקטים רגשיים-התנהגותיים
			- להתייחס בצורה מתאימה למצבים הנפשיים של הקשיש (כגון: קומוניקציה עם הקשיש, לא להיכנע לכל בקשותיו)
29	3	-	- להבין יותר תופעות כמו שיכחה, בלבול, איטיות
83	7	57	- לשפר את היחסים האישיים בינך לבין הקשיש
			- לפתור בעיות משפחתיות שלך הקשורות לטיפול בקשיש (כגון: חיכוכים עם בני משפחה, הזנחת בני משפחה אחרים)
20	2	20	

\* אמה של אחת המשתתפות נפטרה, והמטפלת לא רואינה בשלב המעקב.  
 \*\* אחוז מסך כל אלה שצינינו לתרומה בתחום זה

באופן כללי נמצא, כי רמת ציפיות המשתתפים בפריטים שהוצגו לעיל, היתה גבוהה מאוד. 8 משתתפים ציפו שהתוכנית תעזור להם במידה זו או אחרת בלפחות 5 מתוך 9 הפריטים שנבדקו. רק ל-4 משתתפים היתה רמת ציפיות נמוכה, יחסית, והם ציפו להפיק תועלת בפחות מ-5 פריטים. שלושה מהם היו גברים: שני הבנים (שהוריהם היו פחות תלויים) ובן זוג אחד (אשר למרות מצבה הקשה של אשתו לא ציין במשך הקורס קשיים בטיפול).

מדפוס הדרווח לגבי התרומות ניתן לסכם:

א. למסגרת הקבוצתית (פריט א) יוחסה חשיבות גדולה יותר מיד עם תום הקורס מאשר בשלב המעקב: בתום הקורס 67% מן המשתתפים שציפו להפיק תועלת באספקטים הקבוצתיים אכן מימשו את ציפיותיהם, וזאת לעומת 45% בשלב המעקב. יש לציין, שכל המטפלים ציפו מהשתתפותם בקורס שזו תאפשר להם ללמוד מבעיותיהם של אחרים שמצבם דומה. יתכן, כי השפעת החוויה וההתנסות הקבוצתית היתה גדולה יותר בסמוך לתום הקורס, והיא נחלשה והלכה עם הזמן.

ב. נמצאה אי-התאמה מסויימת בין הפריטים, שמבחינתם המשתתפים ציפו לתרומה לבין הפריטים בהם אכן דיווחו על קבלת תרומה. באופן כללי, שיעור המשתתפים אשר ציפו לפני הקורס לתרומה כלשהי היה גבוה יותר בפריטים המתליחסים לאספקטים המעשיים והאינסטרומנטאליים של הטיפול, וזאת בהשוואה לפריטים הרגשיים יותר. לעומת זאת, בדיקת מימוש הציפיות חפשה דפוס שונה: שיעור גבוה יותר של מטפלים דיווחו על תרומות בפריטים המתליחסים לאספקטים רגשיים, נפשיים והתנהגותיים של הטיפול, וזאת בהשוואה לפריטים המעשיים. אם כי דפוס זה עלה משני הראיונות שנערכו לאחר תום הקורס, הוא היה פחות חד בשלב המעקב. כמעקב יותר משתתפים דיווחו על קבלת תרומה גם בפריטים המתליחסים לאספקטים המעשיים-אינסטרומנטאליים של הטיפול ופחות דיווחו על קבלת תרומה בפריטים המתליחסים לאספקטים הרגשיים-התנהגותיים. כך למשל, בלוח מס. 4 אפשר לראות, שבעוד שבראיון שנערך בתום הקורס אף אחד מן המטפלים שציפו ללמוד בקורס דרכים למצוא זמן חופשי לא מימש את ציפיותיו, בשלב המעקב כ-40% דיווחו על מימוש ציפיותיהם. כמו כן, בעוד שמיד לאחר הקורס אף אחד לא דיווח שהקורס עזר לו ללמוד איך לתת טיפול טוב יותר בפחות זמן, כשליש מאלה שציפו לכך, דיווחו על תרומה בתחום זה כ-6 חודשים לאחר תום הקורס. נרשמו שינויים גם בהתייחס לשני הפריטים הנוספים המבטאים אספקטים מעשיים של הטיפול. באשר לאספקטים הרגשיים-התנהגותיים יש לציין במיוחד את הירידה שנרשמה בפריט המצביע על קבלת תרומה בטיפול היחסים האישיים בין המטפל לבין הקשיש - מ-83% מיד אחרי הקורס ל-40% בשלב המעקב.

ייתכן שהרגשת המשתתפים באשר לתרומה הגדולה, יחסית, של האספקטים הרגשיים-התנהגותיים כפי שזו באה לידי ביטוי בראיון שנערך עם תום הקורס, שיקפה את ההשפעה של החוויה הקבוצתית הסמוכה ובמיוחד את השפעתה של המנחה, אשר חיזקה אספקטים אלה. מצד שני, בטווח הארוך יותר, התחזקו התרומות בתחומים המעשיים שכזכור, המטפלים ייחסו להם חשיבות רבה יותר לפני תחילת הקורס.

ג. עמדות הקשורות לתפיסת תפקיד המטפל

במסגרת הערכת ההשפעה של התוכנית היינו מעוניינים לבדוק את עמדותיהם של אנשים המטפלים באופן קבוע ויומיומי בקשיש מוגבל, ואת דעותיהם ביחס למספר עמדות בסיסיות שנידונו במהלך הדיונים הקבוצתיים. כל משתתף נשאל מה דעתו, לפני תחילת הקורס ובשני הראיונות שלאחריו, ביחס ל-8 עמדות טיפוסיות המתייחסות לקשר הטיפולי בכלל ולתפקיד המטפל בפרט, תוך הדגשה שאין בנושאים אלה תשובה "נכונה או לא נכונה".

לוח מס. 5 - שינויים בעמדות הקשורות לקשר הטיפולי ולתפקיד המטפל

ע מ ד ו ת מה דעתך על נושאים אלו?	לפני הקורס מספר המסכימים (N = 13)	מספר המטפלים ששינו דעה*		מספר המטפלים ששינו דעה** (N = 11)
		להסכמה לאי-הסכמה	להסכמה לאי-הסכמה	
1. מותר לאדם המטפל לצאת לחופש	10	-	1	-
2. אסור להראות לקשיש שכועסים עליו	7	-	1	1
3. כל בני המשפחה של הקשיש צריכים להשתתף בטיפול	8	3	4	-
4. נכדים לא יכולים לעזור בטיפול בקשיש מוגבל	4	-	1	2
5. בשלב מסוים מוסד הוא פתרון טוב	4	5	6	-
6. אפשר ללמוד ולהיעזר בניסיונם של אחרים	10	1	1	-
7. קשיש מוגבל לא יכול להחליט מה טוב בשבילו	6	1	2	1
8. המטפל חייב לעשות כל מה שהקיש מבקש	5	1	-	3

\* לעומת הדעה לפני הקורס.

\*\* מטפלת אחת רואינה לאחר שעברה בעצמה ניתוח קשה ולא היתה מסוגלת לענות על חלק זה של הראיון.

\*\*\* ראה הערה ללוח מס. 4.

כפי שאפשר לראות בלוח מס. 5 השוואת עמדותיהם של המטפלים לפני הקורס לעמדותיהם בשני הראיונות שנערכו לאחריו, העלתה, שחלק מהשינויים חל בכיוון שתאם את ההדגשים שניתנו בתוכנית. מגמה זו התחזקה בשלב המעקב ובלטה במיוחד בעמדות המטפלים על חשיבות שיתוף בני משפחה (כולל נכדים) בטיפול (עמדות 3 ו-4), ולדעה בשאלה האם המטפל חייב לעשות כל מה שהקשיש מבקש (עמדה 8). שינויים אלה תאמו את הדגשי הקורס שיש צורך ללמוד איך לשתף בני משפחה אחרים בטיפול ומאידך, שהמטפל חייב לחשוב גם על עצמו ושלעתים אף יש צורך לקבוע גבולות לבקשות מופרזות מצד הקשיש.

לעומת זאת מעניין במיוחד השינוי שחל בעמדתם של המטפלים ביחס לסידור מוסדי כאלטרנטיבה לטיפול (עמדה 5). בעוד שלפני השתתפותם בתוכנית, 7 מטפלים לא הסכימו עם העמדה שמוסד יכול להיות פתרון טוב, בשלב המעקב נמצא ש-6 מטפלים שינו את דעתם בכיוון של הסכמה, כך שכ-6 חודשים לאחר תום הקורס רק משתתפת אחת עדיין לא הסכימה לראות במוסד פתרון אפשרי לטיפול בשלב מסויים. יצוין, שבמהלך התוכנית לא נעשה ניסיון להקנות למשתתפים עמדה כזו, אך גם לא נשללה הלגיטימציה של פתרון זה. בדיקת אפיוניהם של 6 המטפלים אשר שינו את דעתם לימדה, ש-4 היו בנות שהתמודדו עם בעיות קשות במיוחד, אשר היו מלוות בירידה חדה ומשמעותית במצבם התפקודי של הקשישים. יש להניח, שהרעה זו היא אשר השפיעה על שינוי דעתן ועל התייחסותן למוסד כאל אלטרנטיבה אפשרית ולגיטימית.

לסיכום, יש לציין שמגמת השינויים בעמדות שנרשמו בראיון שנערך בתום הקורס התחזקה בשלב המעקב ונתנה אותותיה בטווח הארוך יותר. מעטים הם המטפלים אשר שינו את דעתם בתום הקורס ואשר בשלב המעקב, כ-6 חודשים לאחר מכן, חזרו לעמדותיהם המקוריות.

#### ד. תחושת עומס הטיפול

כפי שהוזכר, אחת המטרות העיקריות של התוכנית בקריית-אונו הייתה להקל על המטפלים ולצמצם אצלם את תחושות העול והעומס הנפשי האופייניות לאנשים המטפלים בקשיש מוגבל. בדיקת תחושת העומס התבססה על 10 פריטים<sup>12</sup>, אשר שיקפו רגשות ומחשבות האופייניים לאנשים המעורבים במשימה הטיפולית. פריטים אלה הוקראו בפני המטפל, כל אחד בנפרד,

12. חלק מהפריטים נלקחו מהספרות. ראה: Zarit, Steven, Karen Reever and Julie Bach-Peterson. "Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden", The Gerontologist, 1980, 20(6):649-655.

בראיון שנערך לפני תחילת הקורס ונבדקו שוב עם תום הקורס ובשלב המעקב, המטפלים התבקשו לציין בהתייחס לכל משפט, האם היו להם תחושות כאלו. התשובות האפשריות היו: אף פעם, לעתים רחוקות ולעתים קרובות. רשימת הפריטים שנבדקו מופיעה בלוח מס. 6.

בראיון שנערך לפני תחילת הקורס נמצא, שהפריטים שנזכרו כבעייתיים ביותר על ידי מרבית המשתתפים היו פריטים מספר 5 ו-10. בהשוואה לנשים, הגברים נטו פחות להביע רגשות של עומס. יוזכר ששניים מהגברים היו בנים, שהוריהם היו פחות מוגבלים ואשר לא היו מעורבים באופן מעשי בטיפול יומיומי.

לוח מס. 6: שינויים במדדים סובייקטיביים למדידת עומס הטיפול  
(N = 11)\*

מדדים סובייקטיביים	מספר האנשים שהשיבו בחיוב** לפני הקורס	שינוי בתום הקורס לחיובית	אחרי הקורס שינוי בשלב המעקב*** לחיובית	לוח מס. 6
1. אני מרגיש שכל העול עלי	7	1	1	3
2. אני כועס שבני משפחה לא עוזרים בטיפול	5	-	-	1
3. אני דואג שמצב הקשיש יהיה יותר גרוע	7	1	-	3
4. אין לי סבלנות כאשר הקשיש מבקש עזרה	5	3	3	1
5. בגלל הטיפול בקשיש אין לי מספיק זמן לעצמי	9	2	4	1
6. אני מרגיש סיפוק שאני מטפל בקשיש***	9	2	2	1
7. בגלל הטיפול אין לי מספיק זמן ליתר בני המשפחה	6	3	2	1
8. אני מרגיש שאני לא עושה הכל שיכולתי לעשות	6	5	3	3
9. אני מרגיש שיש לי פחות קשר עם חברים	6	1	1	-
10. האחריות לקשיש מכניסה אותי למתח	10	2	-	-

\* ראה הערה בלוח מס. 4.  
\*\* תשובה חיובית: לעתים קרובות או רחוקות; תשובה שלילית: אף פעם.  
\*\*\* השינויים בפריט זה נבדקו בכוון ההפוך.  
\*\*\*\* בהשוואה לדעה לפני תחילת הקורס.



כפי שאפשר לראות בלוח מס. 6 חלו שינויים בכל אחד מהפריטים. באופן כללי, מגמת השינויים היתה דומה בשני מועדי ההערכה, אם כי, בהשוואה לראיון שנערך בתום הקורס, בשלב המעקב מספר המשתתפים שדיווחו על הרגשה של הגברת תחושת העומס היה קטן יותר. השינויים העיקריים שנרשמו בשני הראיונות חלו בשלושה תחומים: תחושה כללית של עול, מידת הסבלנות לבקשות של הקשיש, ובמיוחד בהרגשת המטפל שהוא לא עושה את מה שהוא מסוגל לעשות בשביל הקשיש. לדוגמה, בהתייחס לפריט הראשון שביטא בצורה ישירה את הרגשת העול המוטל על המטפל, 3 מטפלים דיווחו בשלב המעקב על הגברת תחושת העול. ייתכן כי שינוי זה הינו ביטוי ללגיטימציה שקיבלו המשתתפים להביע את רגשותיהם ולהודות בקשיים איתם הם מתמודדים. באותו הקשר ייאמר כי גם לא חלו שינויים בכיוון של הפחתת רגשות הכעס כלפי בני משפחה (פריט 2).

6 מטפלים הרגישו לפני הקורס שהם לא עושים את כל מה שניתן לעשות בשביל הקשיש (פריט 8), ו-3 מהם דיווחו בשלב המעקב על הפחתת תחושות אשמה אלו. בפריט 10 נמצא המספר הגדול ביותר של משתתפים שדיווחו על רגשות של עומס ועול לעתים קרובות: 10 מטפלים דיווחו לפני הקורס שהם מרגישים שהאחריות לקשיש מכניסה אותם למתח. אם כי בתום הקורס 2 מטפלים דיווחו על פחות מתח, כאשר הם רואיניו שנית במעקב חזרו להערכתם המקורית, כך שבטווח הארוך לא נמצא כל מטפל אשר שינה את הערכתו בפריט זה.

#### ה. שינויים שחלו בטיפול

למרות שאחת ממטרות הקורס היתה להקנות למשתתפים מידע שיעזור להם ליעל את הטיפול בקשישים המוגבלים, לא ציפינו שיהיו שינויים רדיקאליים בתחום זה, וזאת משום שרוב המטפלים שהשתתפו בקורס היו מעורבים תקופה ארוכה יחסית בטיפול, והיו כבר בעלי ניסיון רב מבחינת התמודדות עם הטיפול המעשי היומיומי. עם זאת היינו מעוניינים לבדוק מה דעת המשתתפים במספר אספקטים הקשורים לטיפול היומיומי, הן בתחום המעשי והן מבחינת התייחסות המטפל למטופל ולטיפול עצמו.

מעניין לציין, שמספר המטפלים אשר הצביעו על שינויים באספקטים השונים שנבדקו היה גדול בשלב המעקב יותר מאשר בתום הקורס, במיוחד באספקטים הקשורים להתייחסות לקשיש המוגבל (לוח מס. 7).



לוח מס. 7 - מספר המשתתפים אשר דיווחו על שינויים באספקטים שונים של הטיפול  
\* (N=11)

מספר המשתתפים בתום הקורס בשלב המעקב		האם חלו שינויים ב:
4	5	הגדרת הבעיה העיקרית בטיפול בקשיש
1	1	תפיסת מהות הטיפול
-	-	מספר הימים והשעות המוקדשים לטיפול
4	3	צורת הטיפול
7	3	סוג ומידת העזרה הניתנים לקשיש
2	3	קבלת עזרה מבני משפחה נוספים
4	3	קבלת עזרה מגורמים בקהילה
5	2	צורת או נושאי השיחה עם הקשיש
7	4	התייחסות לקשיש

\* ראה הערה ללוח מס. 4.

כידוע לטיפול בקשיש מוגבל יש מספר היבטים, והקשיים הם בדרך כלל אישיים ומבטאים את גישת המטפל למצב. על כן המטפלים התבקשו לתאר את הבעיות שיש להם בטיפול כארכעה תחומים: הפיזי, הנפשי, הכלכלי והחברתי, ולדרג את התחומים, לפי חומרת הבעיה. לפני תחילת הקורס נמצא, שאצל 5 משתתפים הבעיה העיקרית בטיפול היא נפשית, אצל 4 משתתפים נוספים היא פיזית, אצל משתתף אחד היא חברתית ואילו למשתתפת נוספת לא היו בעיות כלל. בשלב המעקב נמצא ש-4 משתתפים שינו את דעתם, 3 דיווחו על בעיה פיזית ולא נפשית. משתתף אחד, הגדיר לפני הקורס את בעייתו העיקרית כבעיה פיזית הכרוכה בקושי ובמאמץ לעזור למטופלת להתלבש, לשכב ולשבת, ולאחר הקורס ציין שאין לו כלל בעיות בטיפול. משתתף זה היה בן זוג אשר לא דיווח במרוצת התוכנית כולה על קשיים כלשהם וקיבל את תפקידו הטיפולי בהשלמה ובאהבה. מעניין לציין שמשתתף נוסף, שטיפל באביו שהיה עצמאי, יחסית, ואשר הגדיר את בעייתו לפני הקורס כבעיה נפשית הכרוכה בדאגה ובחרדה לשלום הקשיש, ציין בתום הקורס שאין לו בעיות כלל, אך חזר לעמדתו המקורית בשלב המעקב.

במגמה לבחון את תפיסת תפקיד המטפל בעיני המשתתפים, התבקשו האחרונים לתאר במילים משלהם את הטיפול שהם נותנים. נעשה ניסיון להבחין בין אלה שרואים את תפקידם בעיקר כמטפלים בצרכים פיזיים לבין אלה שרואים בצד הרגשי חלק אינטגרלי של הטיפול בקשיש. לצורך זה הובחן בין מטפלים שהזכירו רק פעולות אינסטרומנטליות (הן בתחום של טיפול אישי והן בתחום של עזרה ביתית), לבין מטפלים שהזכירו גם פעולות הקשורות לתחום הרגשי או להתייחסות אישית (כגון: קריאה, שיחה, מתן תשומת לב). לפני הקורס 10 מטפלים הזכירו רק פעולות מעשיות, ו-3 הזכירו גם פעולות הקשורות לתחום ההתייחסות האישית. מעניין ששלושתם היו גברים: שני הבנים אשר טיפלו בהוריהם שהיו פחות מוגבלים, והחתן שהתחלק עם אישתו בטיפול בחמו. באופן כללי נמצא, שהמטפלים המשיכו לתפוס את תפקידם בעיקר במונחים מעשיים, ולאחר הקורס רק מטפלת אחת תיארה את הטיפול במונחים של מתן תשומת לב בנוסף לטיפול הפיזי (לוח מס. 7). יש לציין, שמטפלת זו עברה לגור בנפרד מאמה, ולכן מידת מעורבותה בטיפול היומיומי השתנתה באופן אובייקטיבי בצורה ניכרת.

ממימצאים אלה אפשר להסיק, שכאשר מדובר במטפלים המעורבים בטיפול מעשי כבד ויומיומי, לא ניתן לצפות לשינויים בתפיסת מהותו ואופיו של הטיפול. האספקטים האינסטרומנטליים-מעשיים, התופסים את רוב זמנו של המטפל והדורשים את מלוא כוחותיו הפיזיים והנפשיים, הם הזוכים לדגש העיקרי בתיאורם של המטפלים את הטיפול, למרות שבקורס האספקטים הרגשיים ואלה הקשורים להתייחסות, לתמיכה נפשית ולתשומת לב, הוצגו כלא פחות חשובים במשימה הטיפולית.

בנוסף על כך, המטפלים נשאלו ישירות בשאלה פתוחה, האם בעקבות השתתפותם בקורס חלו, לדעתם, שינויים בטיפול שהם נותנים. בשלב המעקב 4 מטפלים דיווחו על שינויים כאלה: 3 דיווחו על שינויים בטיפול המעשי: בצורה : שהם עוזרים לקשיש לקום ולשכב, בהלבשה וברחצה, ומשתתפת אחת הזכירה שינוי בהתנהגות ובהתייחסות סובלנית יותר למטופל. כמו כן, 7 מטפלים ציינו שחלו שינויים בסוג ובמידת העזרה שהם נותנים לקשיש: 4 מהם דיווחו על הרעה והדרדרות במצב הקשיש, שחייבו מתן עזרה רבה יותר, ו-3 נוספים ציינו שינויים לטובה בתפקודו האישי של הקשיש, אשר לרוב היו קשורים בשיפור התנאים הסביבתיים. 4 משתתפות הזכירו כשלב המעקב שינויים שאיפשרו להן למצוא זמן חופשי לעצמן: 2 מטפלות דיווחו על קבלת עזרה חוץ-משפחתית בליווי ובהשגחה על המטופל מספר שעות בשבוע, ו-2 נוספות דיווחו על שינויים בהסדרי המגורים אשר הקלו על ארגון סדר היום שלהן. יצוין, שלמרות שינויים אלה, אף אחד מהמטפלים לא דיווח על שינוי במספר השעות והימים המוקדשים לטיפול, ורובם (6) דיווחו כי הם מקדישים לטיפול "את היום כולו".

תחום נוסף שהיינו מעוניינים לבדוק האם חל בו שינוי, התייחס לעזרה שהמטפל העיקרי מקבל מבני משפחה נוספים. המשתתפים נשאלו אם יש בני משפחה אחרים של הקשיש (כמו בנים, בנות, אחיות) המשתתפים בטיפול. 8 משתתפים ציינו לפני תחילת הקורס, שיש בני משפחה נוספים העוזרים להם בטיפול בקשיש, 3 מהם דיווחו כ-6 חודשים לאחר תום הקורס שבני המשפחה אינם עוזרים, האחד - בגלל שאחיו שהתחלק איתו בטיפול נסע לחו"ל, והשנייה - בגלל אי צורך בעזרה כתוצאה ממעבר לדירור מוגן בבנין עם מעלית.

לאחר הקורס המשתתפים נשאלו כמו כן, האם חלו שינויים במקורות העזרה שהם מקבלים מחוץ למסגרת המשפחתית, כגון: תשירותים בקהילה ( מועדון, קופת חולים ועוד), עזרה פרטית ( מטפלת, עוזרת בית ועוד), שכנים, מתנדבים או זרים, ותוכניות לגבי סידור במוסד. באופן כללי רק משתתפים מעטים דיווחו שינויים בתחומים אלה: משתתפת אחת התחילה להיעזר בשירותי פיזיותרפיה ולהעסיק בתשלום 2 מטפלות ועוזרת בית, משתתפת נוספת דיווחה על קבלת מתנדבת העוזרת לה בהשגחה ובליווי הקשיש, ומשתתפת שלישית דיווחה על סידורי מגורים בדיזור מוגן. שלושתן אמרו ששינויים אלה חלו כתוצאה מהשתתפותן בקורס, שהגביר את המודעות שלהן לזכויותיהן בשירותי הקהילה. ממידע שהתקבל מאחיות בסניפי קופת-חולים, בהם ביקרו המשתתפים, נודע שהמטפלים אשר השתתפו בקורס נעשו מודעים יותר לזכויותיהם. כמו כן, לאחר סיום הקורס התקיימה שיחה בין איש צוות המחקר לבין העובדות הסוציאליות כדי לקבל אינפורמציה על שינויים שחלו בהתנהגות המשתתפים, ביחסם ובפנייתם לשירותים בקהילה. אחת העובדות הסוציאליות שראיינו ציינה, שבגלל אי קבלת דיווח שוטף על המתרחש בקבוצות ועל ההתפתחויות השונות שחלו במצבם של האנשים המטופלים על ידן, לא נוצרו קשר והמשכיות בין הקורס לבין עבודתן הפרטנית. לדבריה, לא נוצרה קומוניקציה רשמית בין מבצעי הקורס ומארגניו לבין העובדות הסוציאליות בשטח, דבר אשר מנע מהן התערבות אפקטיבית ויעילה בהתאם לצרכים שהועלו או שאותרו בתוכנית.

באשר לשינויים שחלו בהתייחסות המטפל לקשיש, 7 מטפלים ציינו בשלב המעקב כי למדו בקורס כיצד להגיב במצבים בהם הקשיש המוגבל מתנהג בצורה שקשה להבין, ו-5 ציינו שבעקבות השתתפותם השתנו צורת ונושאי השיחה עם המטופל. גם כשהמשתתפים נשאלו האם בזמן הטיפול נזכרו בדברים או בנושאים שהועלו במהלך הקורס, רובם השיבו בחיוב -

7 ציינו בתום הקורס ו-9 בשלב המעקב דברים בתחום ההתייחסות לקשיש, כמו התנהגות סובלנית ומאופקת יותר.

לסיכום, כדיקת השינויים באספקטים השונים של הטיפול מלמדת, שבפועל מטפלים מעטים זיווחו על שינויים מעשיים, וזאת למרות שכזכור - עניינם הראשוני של רוב המשתתפים בקורס היה הרצון לקבל מידע נוסף וללמוד לטפל טוב יותר. ההרצאות שדנו באספקטים של הטיפול האישי והסיעודי אכן היו, לדעת המשתתפים, ההרצאות הרלבאנטיות ביותר לבעיותיהם. אך ככל הנראה, השתתפות בקורס בן 14 פגישות לא יכולה לשנות בהרבה דפוסי טיפול, במיוחד שמדובר באנשים המטפלים בקרובים מוגבלים תקופה ארוכה יחסית. נראה, שההשפעה העיקרית של הקורס מתבטאת בשינויים שציינו המטפלים בתחום הרגשי וביחס לקשיש, השפעה שרישומיה אף התחזקו בטווח הארוך יותר.

#### ו. ניתוח תגובות אישיות של המטפלים כפי שהשתקפו בדיווחים

בנוסף על הערכת התוכנית על ידי שאלות מובנות, נעשה ניסיון לבחון את החוויות והתרומות האינדיבידואליות של כל אחד מהמשתתפים, כפי שבאו לידי ביטוי בתהליך הקבוצתי. בדיקה זו התבססה בעיקר על ניתוח תוכן הפגישות הקבוצתיות תוך ניסיון לאתר את הבעיה העיקרית של כל אחד מהמשתתפים ולתאר את ההתפתחויות שחלו אצלו במהלך פגישות הקבוצה. בפרק זה נתאר שני מקרים לדוגמה. המקרה הראשון מתייחס לבת המטפלת בשני הוריה, והמקרה השני הוא בן זוג המטפל באישתו.

#### גב' נ.

גב' נ., בת 53, נשואה, גרה עם בעלה ועם בן בגיל 29. יש לה גם בת נשואה. מטפלת בשני הורים מוגבלים. מצבה של האם קשה במיוחד. היא מוגבלת לחלוטין בכל תחומי ה-A.D.L. אביה מרותק לכיסא גלגלים, ומצבו השכלי תקין. ההורים גרים בדירה נפרדת, הנמצאת בחצר של הגב' נ. היא מטפלת בהורים בצורה אינטנסיבית מזה 6 שנים, רוב שעות היום. אחותה מתחלקת אתה בעבודות כביסה, בישול, קניות ומחליפה אותה בטיפול בעת הצורך, לדבריה. בעלה עוזר רק מבחינה כלכלית, והוא "אינו מרוצה מהמצב". הבן עוזר רק לעתים רחוקות בליווי הקשישים, והבת הנשואה אינה עוזרת כלל בטיפול ואף מתלוננת על חוסר התייחסות אליה.

גב' נ. ציינה שיש לה בעיות עם בעלה: "כשאני חוזרת מטיפול בהורים עייפה ועצבנית ואינני מסוגלת לתפקד הלאה", ועם הבת שמתלוננת "כאשר באה עם הנכד ואינני מסוגלת להקדיש להם תשומת לב וזמן". גב' נ. נאלצה להפסיק לעבוד כדי לטפל בהוריה. אם כי היא העדיכה שמצב בריאותה טוב מאוד, ציינה שחלו בו שינויים בגלל הטיפול: "החחילו בעיות עם הגב ועם הרגלים בגלל הסחיבות". כמו כן, היא הרגישה שחלו שינויים בחיים היומיומיים שלה כתוצאה מהטיפול: "הפסקתי לצאת, מותרת הרבה על החיים הפרטיים שלי, לא נוסעת לחופש, לא יוצאת לבלות". ציינה שאילו לא היתה מטפלת בקשישים, היתה הולכת "להתעמל, לשמוע הרצאות, יוצאת לעבוד חצי יום - לצאת מהבית".

גב' נ. היתה מנוסה בתפקיד הטיפול. לפני תחילת הקורס ציינה שבעיותיה העיקריות הן פיזיות (קושי ברחצה, הלבשה והרמת הקשיש), ולא ציפתה שהתוכנית תעזור לה ללמוד שיטות ודרכי טיפול חדשות ואף לא לארגן את סדר יומה בצורה יעילה יותר. ציפיותיה התרכזו בתחומים הבאים: ללמוד דרכים לשתף בני משפחה אחרים בטיפול, ללמוד למצוא זמן חופשי גם לעצמה, ללמוד להתייחס בצורה מתאימה למצבים הנפשיים של הקשיש ולשמוע על בעיות של אנשים אחרים. בתום התוכנית היא ציינה, שההרצאות שהיו קשורות יחסית יותר לבעיות שלה היו הרצאותיה של האחות, אשר התייחסו בעיקר לארגון סדר היום ולייעול הטיפול. גם במשך הפגישות היא הדגישה פעמים רבות: "ההרצאות (של האחות) עזרו לי המון". כמו כן, עם תום התוכנית היא ציינה שבקורס למדה דרכים וטכניקות טיפול חדשות בנושאים כמו, רחצה והתארגנות יומית, וזאת למרות, שכפי שהוזכר, לא ציפתה להפיק תועלת בתחום זה.

גב' נ. בלטה בקבוצה החל מהפגישות הראשונות. היתה פתוחה מאוד, הירבחה לדבר גם עם המנחה וגם עם המשתתפים האחרים. בגלל ניסיונה הרב בטיפול בהוריה הרגישה שהיא יכולה ליעץ למשתתפים האחרים, שאכן ראו בה דוגמה:

"נ. יכולה להכין אותנו למקרים קשים יותר. יש לה ניסיון רב שנים"  
"לנ. אין מה לקנות מאתנו". "לנ. יש תשובה לכל שאלה, היא כל כך בעניינים ומנוסה".

בפגישות הראשונות הביעה חוסר שביעות רצון מהקורס ואף הודיעה לעובדת הסוציאלית האחראית על הטיפול במשפחה, שברצונה לעזוב את התוכנית: "מה יהיה בפעמים הבאות,



שוב נדבר על הבעיות בבית? מה אני אקבל כאן? אראה מה יהיה בשבוע הבא, ואחר כך אראה מה הלאה". "האם יש חידוש במה ששמעתי היום? לא!" למרות טענותיה אלו, המשיכה להשתתף בקדפנות ונכחה ב-13 מתוך 14 הפגישות.

שתי בעיות מרכזיות הטרידו את הגב' נ.:

1. יחסיה עם בתה הנשואה אשר התמרמרה על חוסר תשומת לב, בגלל הטיפול שאמה נותנת להורים.
2. יחסיה עם אביה היו דואליים: מצד אחד הירכתה לספר על הקשר הנפלא שהיה לה עם אביה, ומצד שני חזרה והציגה אותו כאדם אגואיסט וחסר התחשבות במאמצים הרבים, שהיא משקיעה בטיפול בו ובטיפול באמה.

למרות שהבעיה הראשונה, נראתה מרכזית בעיני המנחה ובראיונות, היא לא זכתה להתייחסות רבה מצד הגב' נ. רק כאשר משתתפת נוספת הציגה בקבוצת הדיון את הקונפליקט שיש לה עם בתה הצעירה, בת ה-8, המתמרמרת על הטיפול שנותנים לסבתא שלה, הרשתה הגב' נ. לעצמה לדבר על בעיותיה עם בתה הנשואה.

בשני הראיונות לאחר הקורס נמצא שהגב' נ. שינתה הערכתה על היחסים עם בני המשפחה. בעוד שבראיון שנערך לפני הקורס ציינה שאף פעם איננה כועסת על שבני משפחה לא עוזרים מספיק, בראיונות לאחר הקורס הירשתה לעצמה לציין שהיא כועסת על כך לעתים קרובות.

על הבעיה השנייה, הקשר עם אביה, הירכתה הגב' נ. לספר בקבוצת הדיון: על הקשר הטוב והעמוק שהיה אתו בעבר ועל השינויים לרעה שחלו בהתנהגותו ובאישיותו. אם כי חזרה והסבירה שהיא מבקנה, ששינויים אלה נובעים מהזיקנה ומהמחלה, התבטאויותיה היו מלאות מרירות וכעס: "עם אבא היה לי קשר נפלא, ועכשיו... נדמה לי לעתים שזה לא אבא שלי. הקשישים הופכים לאגואיסטים".

"היחסים עם אבא שלי היו טובים מאוד, והיום... אני רואה... הזקנים הם אגואיסטים. אך אני מבקנה, אני מייחסת את היחס שלו לזיקנה, כי זה לא אבא שלי... כפי שהיה פעם". "אני מסבירה לאבא שלי כמה קשה לי, אם כי אני עושה הכל מרצון. אך הוא לא מבין! הוא לא הסכים שסטודנט ירחץ אותו".

"אבא אוכל ב-8.30, אמא ב-8.00 והוא לא מוכן לוותר כדי להקל עלי".

"מה הזקנים חושבים? שאנחנו חייבים להם?"



גב' נ. שינתה את דעתה בשני תחומים שהיו קשורים ליחסים עם הקשיש. בעוד שלפני הקורס לא ציפתה ללמוד להתייחס בצורה מתאימה למצבים הנפשיים של הקשיש, בראיונות לאחריו ציינה שהקורס תרם רבות בתחום זה. כמו כן, לאחר הקורס דיווחה שלמדה לשפר את היחסים האישיים שלה עם הקשיש, תחום שגם בו ציפתה להפיק תועלת רבה.

שני נושאים נוספים שהתגלו כבעייתיים בפגישות הקבוצתיות היו: נושא הסידור המוסדי והיחס השלילי של הרופאים ואנשי מקצוע אחרים לחולים. התייחסותה של גב' נ. לסידור המוסדי היתה אמביואלנטית והיא הירבתה להביע את ספקותיה בנושא הזה:

"אנחנו אמרנו לפני שנה שאם המצב יורע, נעביר אותה (את אמה) למוסד, אבל אנחנו לא עושים את זה". "אין לי לאן להוציא את ההורים שלי, אין בית אבות מתאים. זו בעיה שמאוד מטרידה אותי". "בתי אבות הם במצב נורא". "עשיתי סיור במוסדות וראיתי שזה לא מקום מתאים לאמא שלי. אני אמשיך להחזיק מעמד עד כמה שאוכל". "אני אומרת לאבי: אבא, יותר נוח לי שתהיה בבית אבות ואני אבוא לבקרך, אך הוא לא מבין... הם (הקשישים) מנהלים לנו את החיים". בראיונות לאחר הקורס נתגלה שינוי בעמדותיה כלפי המוסד. בעוד שלפני הקורס לא נראה לה שמוסד יכול להיות פתרון הולם בשלב מסוים, עם תום הקורס וכ-6 חודשים לאחריו היא הסכימה לכך, ואף ציינה, כי הרעיון להעביר את אמה למוסד עולה לדיון לעתים קרובות במשפחתה.

הגב' נ. הירבתה להביע רגשות מרירות וחוסר אימון ברופאים, ובעיקר ביחס שלהם לחולים ולמשפחותיהם:

"לרופאים הגריאטרים אין יחס לחולה". "הזמנתי רופא לביקור, והוא לא הסכים לבוא. רצתי אחריו המון פעמים. לבסוף כתבתי תלונה לקופת חולים והוזמנתי לשיחה". "אם מזמינים רופא לביקור בבית זה מאוד יקר. כאן הכל יקר, רק החיים של האדם זולים, לא מתייחסים (הרופאים) לאדם". "דרשתי היום מהאחות שתחייב את הרופא לבוא פעם בחודש אלינו ואז היא שאלה: זה מהקורס?" כאשר נשאלה גב' נ. בתום הקורס האם חל שינוי בקבלת עזרה מהשירותים בקהילה, היא השיבה: "כן, אני מרגישה שבקופת חולים באים לקראתי".

לסיכום, גב' נ. היא דוגמה למטפלת הנתונה בעומס פיזי ונפשי רב. הבעיות שהטרידו אותה זכו להתאזרחות בדיונים הקבוצתיים ונראה, כי חל שינוי מסוים בעמדותיה בתחומים ספציפיים. למרות שבתחילת הקורס הביעה ספקות רבים להמשך השתתפותה, עם תום הקורס ביטאה שביעות רצון רבה מהתוכנית, וקבלה תמיכה לדרך בה היא מטפלת: "אני שואלת את עצמי: מה קיבלתי בקורס? יותר ביטחון. זה היה נעים לבוא כל שבוע. התרגלנו ליום שני וחשבתי שאולי אמשיך הלאה במסגרת דומה". "ההרצאות המקצועיות היו מעניינות".

אם כי בשלב המעקב הגב' נ. הביעה את אכזבתה על שלא קיבלה בקורס עצות כיצד למצוא זמן חופשי רב יותר גם לעצמה ("המנחה הבטיחה שבסוף הקורס אולי נמצא דרכים להיעזר במתנדבים, להחליף ולשחרר אותנו למספר שעות, אך לא הגענו לזה"), בשיחה עם העובדת הסוציאלית התברר שהיא מתחלפת עם משתתפת נוספת מהקורס בליווי ובהשגחה על הקשישים.

#### מר ד.

מר ד., בן 74, מטפל זה 3-4 שנים באישתו בת ה-78, מוגבלת לחלוטין בכל תחומי העזרה הביתית, ובמידה מסוימת בתחומים של הליכה והלכשה. למר ד. שתי בנות נשואות עם ילדים, הגרות קרוב לבית ההורים.

מר ד. לא גילה התעניינות רבה בתוכנית וכאשר נשאל מה לדעתו יפיק מן הקורס, השיב: "אולי זה יתן לי משהו. אולי יתן לי כיוון יותר טוב בכדי שאוכל לשפר את עצמי בטיפול באישתי". ציפיותיו מהתוכנית היו נמוכות ביותר. הוא ציפה שהקורס יעזור לו במידע או בליעוץ רק בתחום אחד - להבין תופעות זיקנה כמו שיכחה, בלבול, איטיות. למרות זאת הוא נכח בכל הפגישות. מר ד. התגלה בקבוצות הדיון כאדם עצור ברגשותיו, הנושא בעול הטיפול מתוך השלמה והרגשת חובה, והמתייחס לכך כאל דבר מובן מאליו. במשך כל הקורס התקשה מאוד להורות בקשיים הפיזיים והנפשיים הכרוכים בטיפול באישתו. כך, למשל, כאשר נשאל בראיון לפני הקורס האם יש בני משפחה נוספים אשר עוזרים לו בטיפול, תחילה ענה שיש בני משפחה נוספים אך הם לא עוזרים, "כי אני נמצא בבית ואין צורך בעזרה בטיפול", אך מיד שינה את דעתו וביקש לרשום שיש בני משפחה נוספים שעוזרים, וציין ש: "כאשר יש צורך הילדים עוזרים. למשל, חתני לוקח את אישתי במידת האפשר לטיול במכונית".

בכל תשובותיו לשאלות שנועדו לבדוק את בעיות הטיפול, דאג להסתיר את קשייו ולהבליט את השלמתו עם המצב. כך, למשל, כאשר בראיון שנערך לפני תחילת הקורס נשאל מה היה עושה בנוסף לדברים שהוא עושה כיום לולא היה מטפל באישתו, השיב:

"שנים אני רתוק לבית, שנים לא הייתי בתל-אביב, בתיאטרון או בקולנוע... אך זה לא חסר לי".

כמו כן, כאשר מר ד. התבקש להביע את עמדתו כלפי משפטים המיועדים לבדוק את רגשותיו לגבי העומס הטיפולי, דאג להמציא למראינת תירוצים ונימוקים כאשר אמר שהוא מרגיש לעתים קרובות רגשות של עומס. כך, למשל, בעוד שציין כי לעתים קרובות כל העול עליו ואף אחד אינו עוזר לו, הוסיף ואמר: "זו חובה שעלי למלא". כאשר ציין שלעתים קרובות הוא דואג שמצב אישתו יהיה אף גרוע יותר והיה לו קשה יותר, דאג להוסיף: "בגלל הדאגה לאישתי ולא בגלל החשש שיהיה לי קשה". על פי דעת המנחה, מר ד. התעלם לגמרי מצרכיו ומקשייו והתייחס למצב רק מבחינת חובתו לאישתו. מר ד. היה אחד משני המשתתפים היחידים שציינו, כי הם מרגישים שהטיפול בקשיש מוסיף להם משהו בחיים. הוא אמר: "זה נותן סיפוק שאני יכול לעזור לה עד כמה שאני יכול".

התייחסותו לתפקידו כמטפל היתה מלאה ויתור והקרבה עצמית. מאז הפגישות הראשונות היה ברור למנחה, שהמטרה העיקרית לגביו היא לעזור לו להיפתח וללמוד לחשוב גם על עצמו ועל הצרכים האישיים שלו, השגת מטרה זו היתה קשה במיוחד בגלל שתי סיבות:

1. כפי שנאמר, מר ד. לא הירבה לדבר ולהשתתף בדיון הקבוצתי. לרוב הוא ישב בשקט ובמקרים שהתערב - היה זה בדרך כלל כדי לספר על אירועים לא אישיים, אלא על מכרים, שכנים או אנשים אחרים.

2. מר ד. היה המשתתף המבוגר ביותר בקבוצה, והמשתתפים האחרים התייחסו אליו בכבוד ומתוך ריחוק מסוים, ולא הירכו לפנות אליו ולשתף אותו בשיחות: "אנו גורמים לך (למר ד.) התרגשות". "אני לא יכולה לשאול אותו איך הוא מרגיש".

למרות שמר ד. ניסה שיתיחסו אליו כשווה: "אני היחיד "האדון" בין כולם, תקראו לי בשמי!" הוא חזר והדגיש את ההבדל בין רוב המשתתפים, אשר טיפלו בהורים מתוך חובה, לבינו, אשר טיפל באישתו מתוך רגשות אהבה והשלמה.

בעייה נוספת שמנעה פיתוח תקשורת משמעותית עם מר ד., היתה נוכחותה של משתתפת אחת, הצעירה בין המטפלים, אשר שלטה ברוב הדיונים והציגה עמדה נוקשה וחסרת פשרות ביחסיה עם אמה המוגבלת. רק לאחר שמשתתפת זו חדלה להשתתף בקורס, בגלל לידה, הסביר מר ד. שהוא התנגד לדרך התייחסותה של המשתתפת:

"אני לא זוכר שהילדים אמרו לנו: לא רוצה!" "ההתייחסות מתבטאת גם בצורת הדיבור. ההתפרצויות וצורת הדיבור שלה לא מקובלות עלי". "אנחנו לא מכירים התנהגות כזאת!"

יתר על כן, בראיון הוא אמר במפורש שמשתתפת זו לא התאימה לקבוצה ושיש לכלול בקבוצה רק אנשים המגלים "יחס למטופל, מבחינת כבוד לזולת".

מר ד., היה המשתתף היחיד שציון, הן בפגישה המסכמת והן בתשובותיו לשאלות המעקב, שלא הפיק שום דבר מהשתתפותו בקורס, וזאת בעיקר כי היה שלם עם הדרך בה הוא מטפל באישתו, ולא חשב שיש לו צורך בלימוד או בסיוע כלשהם:

"לא חודש לי שום דבר. זו הדרך שלי, ואני לא אשנה את דפוסי ההתנהגות שלי, למרות ששמעתי פה דעות אחרות". "ממה ששמעתי בקורס לא שונה אצלי מאומה". "לא חודש לי שום דבר כי אני מעודכן בדברים".

עם זאת, הוא ציון בשלב המעקב: "קיבלתי אישור לדברים שאני עושה". לדבריו, הוא נהנה מההרצאות של הפיזיותראפיסטית ושל האחות, אשר הוסיפו לו "תיאור מוחשי על הטיפול". גם כאשר נשאל האם קורה שהוא נזכר או נעזר בעת הטיפול באישתו בדברים שהתייחסו אליהם בקורס השיב, כי למד איך לעזור לאישתו לקום. נמצאו שינויים מעטים בתשובותיו לשאלות הסגורות, שהן מדדים לעומס טיפול ולתפיסת תפקיד המטפל. כך, למשל, בעוד שלפני הקורס הוא אמר כי מרגיש לעתים קרובות שכל העול מוטל עליו, לאחר הקורס הוא שינה את דעתו וציון שאינו מרגיש אף פעם שכל העול מוטל עליו.

מעניין שינוי הדעות שהיה בשלב המעקב בהשוואה לדעות לפני הקורס, במספר עמדות הקשורות בתפקיד המטפל: בניגוד לדעותיו לפני הקורס ומיד לאחר סיומו, מר ד. הסכים בשלב המעקב, שכל בני המשפחה צריכים לעזור בטיפול ושהמוסד יכול להיות פתרון הולם בשלב מסויים. כמו כן הוא שינה את דעתו ובשלב המעקב לא הסכים עוד לכך שהמטפל חייב לעשות

כל מה שהקשיש מבקש. יתכן ששינויים אלה קשורים להרעת מצבה של המטופלת, אשר לדברי מר ד. הדרדר מרגע לרגע והגביל אותה במיוחד בניידות שלה.

לסיכום, מר ד. הצטייר כמטפל ששלם עם הדרך בה הוא מטפל באישתו. אם כי במשך הקורס לא הזכיר קשיים כלשהם הקשורים לטיפול ודאג לחזור ולציין שהשתתפותו בקורס אינה תורמת לו ואינה משנה את דפוסי התנהגותו, התמיד בקפידה להופיע בכל הפגישות, ולקראת סיום הקורס התחיל להשתתף יותר בדיונים, ואף ציין שהקורס סייע לו בטיפול ובהיכרות של שירותים. נראה, שבמקרה זה המטפל קיבל בעיקר תמיכה לדרך הטיפול שלו, ואפשרות לשוחח ולשמוע על מצבם של אחרים, והוא נהנה במיוחד מההרצאות.

## 9. סיכום ומסקנות

התוכנית להדרכת בני משפחה המטפלים בקשישים מוגבלים בביתם נועדה לעזור לבני משפחה שהם המטפלים העיקריים ולענות לצרכים הקוגניטיביים והרגשיים שלהם. בנוסף להפעלת התוכנית הניסיונית בקרית-אונו, הוכנו סרטי וידיאו וחוברת הדרכה המיועדים לאנשי מקצוע המעוניינים בפיתוח תוכנית למשפחות מטפלות במתכונת דומה בקהילה שלהם בכדי שישמשו בסרטי הוידאו כחלק אינטגרלי של הקבוצות שיערכו.

התוכנית בקרית-אונו היתה מורכבת משני שלבים: בשלב הראשון אורגן קורס ניסיוני ששימש ללמידה ולצבירת ניסיון לקראת ארגונו של קורס שני לקבוצת משתתפים חדשה, אשר צולם במלואו להכנת סרטי הוידאו.

דו"ח זה מתאר את מימצאי מחקר ההערכה שליווה את הקורס הראשון. מטרת המחקר היתה מצד אחד להעריך את תוכן ומבנה הקורס ומצד שני, להעריך את השפעת הקורס על המשתתפים. המחקר התבסס בעיקרו על ראיון המשתתפים לפני הקורס, מיד עם סיומו וכ-6 חודשים לאחוריו. כמו כן, שני צופים ליוו את הקורס באופן קבוע כדי לקבל מידע שוטף ובלתי אמצעי על המתרחש בקבוצה, וללמוד מקרוב על תהליך התפתחותה.

להלן סיכום עיקרי המימצאים ודיון במספר סוגיות כלליות הנובעות מהם.

### א. בחירת המשתתפים

1. שאלה חשובה העומדת בפני אנשי מקצוע המעוניינים לארגן תוכנית במתכונת דומה לתוכנית בקרית-אונו, היא: מי הם האנשים המתאימים, המעוניינים והזקוקים לתוכנית כזו.

בפרויקט בקרית-אונו המשתתפים נבחרו, בסופו של דבר, על פי קביעת אנשי המקצוע שקיים עול טיפולי כבד על המטפל, שהוא יכול להיעזר בתוכנית, ולפי נכונותם והתעניינותם של המטפלים להשתתף בתוכנית. כאמור, אוכלוסיית היעד של התוכנית היא בני משפחה המטפלים באופן ישיר ויומיומי בקשיש מוגבל והנושאים בעיקר הנטל - הפיזי והנפשי - של הטיפול. אך באופן כללי, עומס טיפול הוא מושג שלא ניתן להגדרה חד-משמעית. הוא מורכב ואף אישי לכל אדם ואדם. השוואת אפיוניהם של המטפלים שהשתתפו בתוכנית בקרית-אונו לאלה של המטפלים שרואיניו ולא השתתפו מלמדת, שעומס הטיפול היה פחות קשור למצבו התפקודי



של המטופל ולקשיים האוביקטיביים של הטיפול וקשור יותר למספר תכונות אישיות של המטפלים, לרבות תפיסתם הרגשית של תפקידם, נטילתם להתחלק בבעיות עם אחרים ועוד. מעניין במיוחד היה שלמרות שמשתתפי התוכנית דיווחו על קבלת עזרה גדולה יותר מהגורמים הפורמאליים ומבני משפחה אחרים בהשוואה לאלה שלא השתתפו, הם הקדישו שעות רבות יותר לטיפול, היו בעלי פחות בטחון עצמי לגבי מילוי תפקידם כראוי והרגישו שאינם עושים "מספיק" עבור המטופל. הם היו מופנמים יותר ובעלי דרישות גבוהות יותר מעצמם.

ייתכן שיש להמליץ לאנשי המקצוע המעוניינים לארגן קבוצה דומה לקבוצה בקרית-אונו, שיתבססו בבחירת האוכלוסייה לא רק על קריטריונים אוביקטיביים הקשורים במצב התפקודי ובמערך הטיפול העומד לרשות המטפלים, אלא גם על היכרותם האישית עם המטפלים ותחושתם לגבי חיוניותו של הקורס עבורם ואפשרותו לענות לצרכים הרגשיים והנפשיים של המטפלים.

2. שאלה חשובה נוספת, הדורשת דיון ובדיקה היא, האם ואיך להגביר את עניינם של המטפלים להשתתף בקורס מסוג זה.

יש להדגיש ולציין, שאחד הקריטריונים בעלי משקל נכבד בבחירת המשתתפים בקרית-אונו היתה מידת התעניינותם ונכונותם של המטפלים להשתתף בתוכנית - כשליש מסך הכל המטפלים שטיפלו בקשישים מוגבלים שרואיניו לא היו כלל מעוניינים להשתתף בתוכנית. ייתכן כי חוסר ההתעניינות נבע אומנם מחוסר צורך בהתערבות מעין זו. אך מצד שני ייתכן שהמטפלים אינם רגילים לראות את עצמם כזקוקים לסיוע ונוטים לצפות רק לסיוע פונקציונלי הקשור לטיפול ולהקלת הטיפול המעשי בלבד.

תחושת אנשי המקצוע בקרית-אונו היתה שבני משפחה המטפלים בקשישים מוגבלים שרויים בעיקר בדאגה לקשיש ויש מקום להסברה טובה יותר ביחס למהות התועלת שיש עבורם להשתתף בתוכנית המיועדת להם עצמם ולא לקשיש המוגבל.

3. למרות שמתכנני התוכנית היו ערים ליתרונות האפשריים שיש לקבוצת משתתפים הומוגנית, חברי ועדת ההיגוי החליטו לא להגביל את המשתתפים לפי גיל או קרבת המטפל (רק בניס/ות או רק בן/בת זוג), וזאת בשל הרצון לכלול בתוכנית המשמשת כמודל, מגוון רחב של סוגי מטפלים על בעיותיהם השונות. כמו כן, רצון המתכננים היה שהקבוצה תאפשר פיתוח אינטראקציה בינדורית. לכן, קבוצת המשתתפים בקורס בקרית-אונו היתה מגוונת למדי,

הן מבחינת אפיוני המטפלים והן מבחינת אפיוני הקשישים המטופלים. יש לציון שהניסיון בקרית-אונו מלמד, שילדים מטפלים מעדיפים יותר קבוצות הומוגניות מבחינת סוג הקירבה למטופל, בעוד שלבני זוג אין העדפה כזו. יחד עם זאת, רוב המשתתפים בקרית-אונו סברו שקורס מעין זה מתאים לבני משפחה המטפלים באופן ישיר ויומיומי בקשיש מוגבל מאוד, ולא לבני משפחה הנמצאים במצב של חרדה לקראת מצב עתידי. כלומר, משתתפי התוכנית בקרית-אונו ראו בה אמצעי ללמוד להתמודד עם בעיות טיפוליות ונפשיות עכשוויות הנובעות מהמצב הטיפולי, ולא הכנה למצב עתידי אפשרי.

ייתכן שאפיוני הקבוצה ביחס למספר המשתתפים, סוג קירבתם לקשישים ומינם יכולים להשתנות בהתאם לתנאים ולאפשרויות הקהילה בה תאורגן התוכנית, אך מבחינת מידת מעורבותם של המטפלים בטיפול, הניסיון בקרית-אונו מלמד שגם המשתתפים עצמם, בדומה למארגני התוכנית, סברו שתוכנית כזו מתאימה במיוחד לאנשים המעורבים באופן ישיר ויומיומי בטיפול.

#### ב. מבנה ותוכן התוכנית

1. בתוכנית בקרית-אונו התקיימו 14 פגישות שבועיות. כל פגישה היתה מורכבת מהרצאה וקבוצת דיון, להוציא הראשונה והאחרונה שהיו פגישות מבוא וסיכום. ההרצאות ניתנו על ידי אנשי מקצוע ונועדו בעיקר, להעברת מידע בתחומים רלבאנטיים למצבם של אנשים המטפלים בקשישים מוגבלים, והמתייחסים הן לאספקטים אינסטרומנטאליים ומעשיים של הטיפול עצמו והן לאספקטים נפשיים והתנהגותיים הנובעים מהמצב הטיפולי. קבוצות הדיון תוכננו להיות המשך תוכני להרצאות, ובעיקר מסגרת לדיון אישי על מנת לאפשר למשתתפים להחליף דעות ולהתחלק ביניהם בחוויות אישיות במסגרת קבוצתית תומכת ובעזרתה של מנחה מקצועית.

באופן כללי ועל בסיס הערכת הצופים והמשתתפים עצמם, ניתן לומר שמבנה ותוכן התוכנית התאימו לצרכים ולרמת המשתתפים. רוב המשתתפים סברו שאורך הקורס כולו וכל פגישה לחוד, היה מתאים. כמו כן, רובם סברו שמספר המטפלים שהשתתפו התאים לדרישות הקבוצה.

רוב המשתתפים ציינו שההרצאות היו חשובות להם יותר מקבוצות הדיון, וזאת למרות שמארגני התוכנית ציפו שהדיון הקבוצתי יהיה בעיני המטפלים חשוב יותר בשל האפשרות להביע בעיות ורגשות אישיות ולשוחח על מצבים ספציפיים.

2. באשר להרצאות, רוב המשתתפים ציינו שהן היו ברורות ולרוב מותאמות לרמתם. ההרצאות שהיו רלבאנטיות יותר בעיני המשתתפים היו אלה בהן דנו בטיפול האישי והסיעודי במטופל, ארגון סדר היום וההרצאה בנושא פיזיותרפיה. לקראת אירגונו של הקורס השני בקרית-אוננו נוספו 3-4 פגישות לשם דיון בנושאים שלפי דעת המשתתפים לא קבלו התייחסות מספקת בקורס הראשון, כגון: יחסים בינדוריים וחלוקת תפקידים במשפחה.

3. באשר לקבוצות הדיון, אם כי בפגישות הראשונות מספר משתתפים הביעו חוסר שביעות רצון מהדרך בה מתנהלות השיחות, בראיון בתום הקורס רוב המטפלים סברו שהן היו תכליתיות ושניתנה להם מספיק אפשרות לדבר ולהתבטא. יחד עם זאת, לא נשמרה המטרה הראשונית של המתכננים לפיה קבוצות הדיון היו צריכות להיות המשך תוכני של ההרצאות, והן התנהלו בדרך כלל סביב בעיה אקראית שקרה לאחד המשתתפים בשבוע שקדם לפגישה. בניסיון לשמור על מטרה זו ולהבטיח גישור האספקטים הקוגניטיביים הקשורים בלמידה עם האספקטים הרגשיים הקשורים בחוויה האישית והקבוצתית הוחלט שבקורס השני המרצה יהיה נוכח גם בקבוצות הדיון. מוצע שבארגון קבוצות דומות בעתיד על המארגנים לתת את הדעת מה יהיה אופיה של קבוצת הדיון - פתוחה או מובנה יותר. סוגיה זו תועלה בחוברת ההדרכה שתלווה את סרטי הוידאו.

4. סוגיה חשובה נוספת היא תפקידה של המנחה בקבוצות. האם עליה להיות פעילה ויוזמת או שעליה רק לעזור בגיבוש הקבוצה, בייעוץ וכמקור של אינפורמציה.

לפי דעתו של יועץ התוכנית, סגנון ההדרכה של המנחה, אשר דגלה בחוסר התערבות בתהליך הקבוצתי, הוא אשר מנע מקבוצות הדיון להיות המשך תוכני של ההרצאות. מנחת התוכנית התרכזה בעיקר ביצירת גיבוש קבוצתי ואוירה נוחה, ולכן קבוצות הדיון היו לרוב לא מובנות ואף נתפסו על ידי חלק מהמשתתפים כלא ממוקדות דיון.

### ג. תרומות התוכנית למטפלים

למרות מצבם הקשה של המטופלים והעול הטיפולי הכבד המוטל על המטפלים, ניתן לציין שלהשתתפות בתוכנית היתה השפעה על המטפלים. השפעה זו היתה אישית וספציפית לכל משתתף ומשתתף ולפעמים באה לידי ביטוי בשינוי עמדה, בשינוי גישה או במילוי ציפיה, ולא דווקא בשינוי מעשי בטיפול.

כאינדיקאטור אחד לתועלת הכללית של התוכנית, ניתן לציין את התמדת המשתתפים בפגישות ואת נכונותם להמשיך להפגש עם חברי הקבוצה גם לאחר תום הקורס. כמו כן, יש לראות בנכונות רוב המטפלים להחשף ולקחת חלק פעיל בדיונים, הישג לכשעצמו מבחינת מטרות התוכנית. רוב המשתתפים הדגישו את חשיבות העובדה שבקורס ניתנה להם אפשרות ולחלקם אף בפעם הראשונה, לספר, לדבר ולהתחלק עם אחרים בבעיותיהם וברגשותיהם.

גם השוואת תרומות הקורס לציפיות המשתתפים הינה אינדיקאטור חשוב לסוג התרומות. רמת ציפיותיהם הכללית של המטפלים ביחס להשתתפותם היתה גבוהה מאוד. היא היתה גבוהה יותר באספקטים המעשיים-אינסטרומנטאליים של הטיפול ונמוכה יותר באספקטים הרגשיים-התנהגותיים. לעומת זאת, בדיקת מימוש הציפיות בראיון שלאחר תום הקורס מלמדת, ששיעור המטפלים שדיווחו על קבלת תרומה היה גבוה יותר דווקא בפריטים המבטאים אספקטים רגשיים-התנהגותיים של הטיפול והקשר עם המטופל, לעומת האספקטים המעשיים. אם כי דפוס זה נמצא בשני שלבי המעקב, הוא היה פחות מורגש במעקב כ-6 חודשים לאחר תום הקורס מאשר מיד עם סיומו. יש להניח שהרגשת המשתתפים ביחס לתרומה באספקטים הרגשיים-התנהגותיים מיד עם סיום הקורס שיקפה את ההשפעה של החוויה הקבוצתית הסמוכה לראיון. מצד שני, בטווח הארוך יותר, התחזקו התרומות בתחומים המעשיים-אינסטרומנטאליים שהיו, כאמור, חשובים מאוד בעיני המטפלים לפני תחילת הקורס.

במסגרת ההערכה של השפעת התוכנית גם נבדקו דעותיהם של המשתתפים ביחס למספר עמדות בסיסיות המתייחסות לקשר הטיפולי בכלל ולתפקיד המטפל בפרט. דעותיהם של המשתתפים לפני הקורס הושו לדעותיהם מיד עם סיומו וכ-6 חודשים לאחריו. באופן כללי ניתן לומר, שהשינויים שנמצאו היו בכוון שתאם את ההדגשים שניתנו בתוכנית. מגמה זו התחזקה במעקב השני, ובלטה במיוחד בעמדות שהתייחסו לדעות המטפלים על חשיבות שיתוף בני משפחה, כולל נכדים, בטיפול ולדעה שלא תמיד המטפל חייב לעשות כל מה שהקשיש מבקש. מעניין במיוחד השינוי שחל בעמדתם של המטפלים ביחס לסידור מוסדי כאלטרנטיבה לטיפול. בעוד שלפני הקורס 7 מטפלים לא הסכימו שהמוסד הוא פתרון אפשרי בשלב מסוים, במעקב נמצא ש-6 מהם שינו את דעתם. יצויין שבמהלך הקורס לא נעשה ניסיון להקנות למשתתפים עמדה זו, אך היא גם לא נשללה.

כאמור, אחת המטרות העיקריות של התוכנית היתה לעזור למטפלים להפחית את תחושות העומס והעול הנפשי האופיניות לאנשים המטפלים בקשיש מוגבל. בדיקת התחושה התבססה על 10 פריטים אשר הבלעו רגשות ומחשבות אופיניות לאנשים המעורבים במשימה הטיפולית. היו מספר שינויים בעמדות אך לא היה ברור אם שינויים אלה אומנם הצביעו על שינוי בתחושת העול או שפעיקבות ההשתתפות בקורס, קיבלו המטפלים "לגיטימציה" להביע תחושות אלה.

למרות שכנראה ההשפעה העיקרית של הקורס התבטאה בשינויים שצינו המטפלים בתחום הרגשי וביחס לקשיש, חלק מהמטפלים דיווחו גם על שינויים מעשיים בטיפול בקשיש: 4 משתתפים דיווחו על שינויים בצורת הטיפול עצמו, 7 דיווחו על שינויים בהתייחסות שלהם לקשיש ו-5 בצורת או נושאי השיחה שלהם עם הקשיש.

לבסוף, אי אפשר להתייחס להשפעת התוכנית ללא ראייה כוללת יותר של מקומה של התוכנית כחלק אינטגרלי במערך השירותים הקיימים בקהילה, ולאשפרות שטמונה בתוכנית מעין זו לגשר בין המשפחה המטפלת לבין אנשי המקצוע. אומנם לא נעשתה בדיקה שיטתית של השפעת הקורס על גישת המטפלים לשירותים הקהילתיים או גישת העובדים המקצועיים למשתתפים, אך ניתן לציין שבשיחות אישיות עם חלק מאנשי המקצוע בקופת חולים ובאגודה למען הקשיש עלו שתי נקודות חשובות. מצד אחד, מספר אנשי מקצוע ציינו שהמטפלים שהשתתפו בתוכנית פונים לשירותים בתבנה טובה יותר של האפשרויות הקיימות ושכלל היתה תחושה של קרבה בין אנשי המקצוע לבין המטפלים. מצד שני, בשל היוחה התוכנית ראשונית וניסיונית נראה, שלא נעשה מספיק ניסיון לשלב ולעדכן את העובדים המקצועיים המטפלים בצורה פרטנית במשפחות המשתתפות, במתרחש בקבוצה. לדברי עובדת סוציאלית אחת, העדר דיווח שוטף ומעודכן של התפתחות הקבוצות, מנע ממנה לפתח המשך טיפול פרטני נאות במטפלים ומשפחותיהם. לסיכום, נראה שגם סוגיה זו, של שילוב קורס כזה במערך השירותים הקיימים, תוך ערכון ושיתוף אנשי המקצוע המטפלים במשפחות, חשובה מאוד בהפעלת התוכנית במקומות אחרים בארץ.

ביבליוגרפיה

1. זילברשטיין, י. ואחרים. סקר על צרכים רפואיים וסוציאליים של קשישים מוגבלים בבני-ברק - שירותים נחוצים ועלותם. המוסד לביתוח לאומי, סדרת מפעלים מיוחדים מס. 13, ירושלים, יולי 1981.
2. יקוביץ, א. "משפחת הקשיש וההתייחסות אליה בפיתוח שירותים קהילתיים". גרונטולוגיה, 1984, 27-28 (ז): 18-31.
3. Aronson, Miriam K. and Elaine Yatzkan, "Coping with Alzheimer's Disease Through Support Groups", Aging, 1984, No. 347, pp. 3-9.
4. Brody, Stanley J., Walter Paulshock and Carla F. Masciocchi, "The Family Caring Unit: a major consideration in the long-term support system", The Gerontologist, 1978, 18(6):556-561.
5. Cantor, Marjorie, "Strain among Caregivers: a study of experience in the United States", The Gerontologist, 1983, 23(6):597-611.
6. Clark, Noreen M. and William Rakowski, "Family caregivers of older adults: improving helping skills", The Gerontologist, 1983, 23(6):637-642.
7. Davis, Jennifer, "Support groups: a clinical intervention for families of the mentally impaired elderly", Journal of Gerontological Social Work, 1983, 5(4):27-35.
8. Fengler, Alfred and Nancy Goodrich, "Wives of elderly disabled men: The hidden patients" The Gerontologist, 1979, 19(2):175-182.
9. Getzel, G. "Social work with family caregivers to the aged", Social Casework, 1981, pp. 201-209.
10. Glosser, G. and D. Wexler, "Participants' evaluation of educational/support groups for families of patients with Alzheimer's disease and other dementias", The Gerontologist, 1985, 25(3):232-236.
11. Hays, Judith A. "Aging and family resources: Availability and proximity of kin", The Gerontologist, 1984, 24(2):149-153.
12. Johnson, Colleen L. and Donald J. Catalano, "A longitudinal study of family supports to impaired elderly", The Gerontologist, 1983, 23(6):612-618
13. Krulik, T., M. Hirschfeld and R. Sharon, "Family care for the severely handicapped children and aged in Israel", Department of Nursing, Sackler School of Medicine, Tel Aviv University, July 1984.



14. Lazarus, L. et. al, "A pilot study of an Alzheimer patient's relative discussion group", The Gerontologist, 1981, 21(4):353-358.
15. Montgomery, R. "Services for families of the aged: which ones will work best", Aging, 1984, 347:17-22.
16. Quam, J. "Natural helpers: Tools for working with the chronically mentally ill elderly", The Gerontologist, 1984, 24(6):564-567.
17. Riessman, Frank, Harry R. Moody and Edmund H. Worthy Jr. "Self-help and the elderly", Social Policy, 1984, pp. 19-26.
18. Robinson, Betsy and Majda Thurner, "Taking care of aged parents: A family cycle transition", The Gerontologist, 1979, 19(6):586-593.
19. Safford, F. "A program for families of the mentally impaired elderly", The Gerontologist, 1980, 20(6):656-660.
20. Shanas, Ethel. "Social Myth as Hypothesis: The case of the family relations of old people", The Gerontologist, 1979, 19(1):3-9.
21. Shanas, Ethel. "The family as a social support system in old age", The Gerontologist, 1979, 19(2):169-174.
22. Silverman, Alida and Care Brahce. "As parents grow older: An intervention model", Journal of Gerontological Social Work, 1979, 21(1):77-85.
23. Soido, Beth J. and Joana Myllyluoma. "Caregivers who live with dependent elderly", The Gerontologist, 1983, 23(6):605-611.
24. Treas, Judith. "Family support systems for the aged: Some social and demographic considerations", The Gerontologist, 1977, 17(6):486-491.
25. Zarit, Steven, Kareen Reever and Julie Bach-Peterson. "Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden", The Gerontologist, 1980, 20(6):649-655.

ג ס פ ח ל ם

נספח א' : בחינת הקריטריונים לבחירת משתתפים - השוואת אפיוני קבוצת המשתתפים  
לאלה של המטפלים שלא השתתפו בתוכנית

---

על מנת לבדוק מי הם המטפלים שנבחרו על פי שיקוליהם של אנשי המקצוע ועל פי רצון המטפלים להשתתף בקורס, הושוטה קבוצת המשתתפים לקבוצת המטפלים שרואינו אך שלא נבחרו להשתתף<sup>1</sup>.

מאחר שהמשתתפים נבחרו בעיקר על סמך ההיכרות של אנשי המקצוע איתם ואת המקרה שלהם ועל פי תחושתם שקיים עומס טיפול כבד הדורש מתן עזרה חיצונית, השוואת הקבוצות יכולה ללמד האם האוכלוסייה הזקוקה ביותר היא שאכן נבחרה, האם ניתן להצביע על גורמים המעידים על עומס בטיפול ולסייע בכך עובדים מקצועיים המעוניינים לפתח תוכנית במתכונת דומה, בבחירת המשתתפים.

קבוצת המשתתפים הושוטה לקבוצת הלא-משתתפים בתחומים הבאים:

- א. אפיוני המטופלים,
- ב. המערך הטיפולי,
- ג. אפיוני המטפלים.

א. אפיוני המטופלים

השוואת שתי הקבוצות לפי אפיוני המטופלים לימדה, שהקשישים אשר טופלו על ידי המשתתפים בתוכנית היו יחסית מבוגרים יותר, ושיעור הבודדים (מבחינת מצבם המשפחתי) היה גבוה במקצת. יתכן כי שיעור הלא-נשואים וגילם הגבוה יותר של הקשישים בקבוצת המשתתפים, קשורים גם למערך העזרה המשפחתית הקיימת, וההנחה היא שכאשר מדובר בקשיש בודד ומבוגר, המטופל בדרך כלל על ידי בן או בת, עומס הטיפול על המטפל העיקרי רב יותר מאשר כשלקשיש יש בן זוג שיכול להתחלק במידה זו או אחרת בטיפול.

---

1. יש להדגיש שנתוני ההשוואה מחילבים התייחסות זהירה. בשל המספר הקטן של המשתתפים, הממצאים אינם מובהקים ויש בהם כדי לשקף מגמות וסדרי גודל בלבד.

לוח מס. 1 - שיעור המשתתפים והלא-משתתפים לפי גיל ומצב משפחתי של המטופלים

גיל ומצב משפחתי של המטופלים	משתתפים	לא משתתפים
סה"כ במספרים מוחלטים	13	71
שיעור בני ה-86 ומעלה	46%	11%
שיעור הלא-נשואים	62%	55%

בדיקת מצבם התפקודי של הקשישים באמצעות מדד המורכב מ-7 פעולות תפקודיות יומיומיות בסיסיות לא העלתה הבדלים ניכרים בין שתי הקבוצות. ציון מצבם התפקודי הממוצע של הקשישים בקרב קבוצת המשתתפים היה 11.8, וזאת בהשוואה ל-11.3 בקבוצת הלא-משתתפים (טווח המדידה היה מ-7 עד 21: עצמאי - 1, זקוק לסיוע חלקי - 2, זקוק לסיוע מלא - 3).

לעומת זאת השוואת המצב התפקודי של הקשישים בכל אחד מהתחומים מהם מורכב המדד, העלתה שבקבוצת המשתתפים יש אחוז גבוה במקצת של קשישים המוגבלים לחלוטין בביצוע פעולות יומיום (ראה לוח מס. 2). הבדלים אלה היו גדולים במיוחד בתחום של טיפוח אישי (39% לעומת 17%) ואכילה (15% לעומת 7%), וקטנים יותר בתחום הניידות (31% לעומת 27%) ושליטה על הסוגרים (15% לעומת 11%).

לוח מס. 2 - שיעור המשתתפים והלא-משתתפים הזקוקים לסיוע מלא  
במספר פעולות תפקודיות יומיומיות בסיסיות

פעולות תפקודיות יומיומיות בסיסיות	משתתפים	לא משתתפים
סה"כ (במספרים מוחלטים)	13	71
שיעור הזקוקים לסיוע מלא ב-:		
אכילה	15%	7%
הלבשה	31%	23%
רחצה	46%	38%
ניידות	31%	27%
שליטה על הסוגרים	15%	11%
לעלות/לרדת מהמיטה	15%	14%
טיפול אישי	39%	17%

השוואת שתי הקבוצות באמצעות מדד המורכב מ-5 פעולות אינסטרומנטאליות לא העידה על הבדלים משמעותיים במצב שתי הקבוצות: ציון ממוצע מצב התפקודי של הקשישים המטופלים על ידי המשתתפים היה 13, לעומת 12 בקרב המטופלים על ידי הלא-משתתפים (טווח המדידה היה מ-5 עד 15). עם זאת, כאשר כל אחד מן התחומים התפקודיים הושוו בנפרד, שוב נמצא שאחוז גבוה יותר של משתתפים טיפלו בקשישים הזקוקים לסיוע מלא בכל תחום (ראה לוח מס. 3).

לוח מס. 3 - שיעור המשתתפים והלא-משתתפים הזקוקים לסיוע מלא במספר פעולות תפקודיות אינסטרומנטאליות

פעולות תפקודיות אינסטרומנטאליות	משתתפים	לא משתתפים
סה"כ (במספרים מוחלטים)	13	71
שיעור הזקוקים לסיוע מלא ב-:		
סידורים כספיים	92%	70%
הכנת ארוחות	77%	61%
סידור ונקיון הבית	92%	78%
לקיחת תרופות	39%	24%
קניות	85%	83%

השוואת שתי הקבוצות בשני התחומים המשקפים את מצבם הקוגניטיבי של הקשישים<sup>2</sup> העידה על הבדלים גדולים יחסית: בעוד ש-31% מקרב המשתתפים טיפלו בקשישים אשר סבלו באופן קבוע מבעיות שיכחה ו-23% בקשישים אשר לא התעניינו בחדשות כלל, רק כ-10% מקרב הלא-משתתפים טיפלו בקשישים אשר סבלו מבעיות אלה (ראה לוח מס. 4).

---

2. ההשוואה מתבססת על שני תחומים בלבד היות שאלה הם התחומים היחידים שנבדקו בראיון ששימש לבחירת האוכלוסייה.



לוח מס. 4 - שיעור המשתתפים והלא-משתתפים לפי מספר תחומים המבטאים את מצבם הקוגניטיבי של המטופלים

מצב קוגניטיבי	משתתפים	לא משתתפים
סה"כ (במספרים מוחלטים)	13	71
שיעור הסובלים מתופעות שיכחה	31%	11%
שיעור הלא-מתעניינים בחדשות	23%	10%

ב. המערך הטיפולי

בנוסף על השוואת המצב התפקודי והקוגניטיבי של הקשישים בשתי הקבוצות, נערכה השוואה ביניהן גם במספר משתתפים המשקפים את המערך הטיפולי. למרות שלא היו הבדלים גדולים במצבם התפקודי של הקשישים משתי הקבוצות, בקבוצת המשתתפים מספר הממוצע של שעות הטיפול המוקדשות בשבוע היה גבוה יותר מאשר בקבוצת הלא-משתתפים - 44 לעומת 32, בהתאמה. לא נמצא קשר בין מצבם התפקודי של הקשישים לבין מספר השעות המוקדשות לטיפול. כמו כן, אחוז המטופלים בחולה נוסף היה גבוה בקרב המשתתפים יותר מאשר בקרב הלא-משתתפים: 31% מן המשתתפים טיפלו באדם נוסף (בכל המקרים היה זה אם או אב), לעומת 22% מן הלא-משתתפים (אשר רק 4% מהם טיפלו בהורה והשאר בילד, בשכן או בקרוב משפחה אחר). כמו כן, המשתתפים טיפלו בממוצע מספר שנים גדול יותר מאשר אלה שלא השתתפו.

באשר למערך העזרה המתקבלת, קבוצת המשתתפים דיווחה על קבלת יותר עזרה לא פורמאלית בהשוואה ללא משתתפים: 77% מן המשתתפים קיבלו עזרה, בעיקר מאח או מאחות, לעומת 57% מן הלא משתתפים, שקיבלו בעיקר מבן או מבת. סוג העזרה העיקרית בשתי הקבוצות היה ליווי והשגחה. אחוז אלה שהשתמשו בשירותים בתשלום היה גבוה יותר בקרב המשתתפים: 62% לעומת 47% בעיקר עזרה ביתית ועזרה ברחצה - ונעזרו יותר בשירותי אחות ועובדת סוציאלית (ראה לוח מס. 5).

לוח מס. 5 - שיעור המשתתפים והלא-משתתפים, לפי אפיונים המשקפים את המערך הטיפולי

המערך הטיפולי	משתתפים	לא משתתפים
סה"כ (במספרים מוחלטים)	13	71
מספר שעות במוצע המוקדשות לטיפול בשבוע	44	32
שיעור המטפלים באדם נוסף	31%	22%
שיעור המקבלים עזרה לא-פורמאלית	77%	57%
שיעור המקבלים עזרה בתשלום	62%	47%

#### ג. אפיוני המטפלים

השוואת שתי הקבוצות במספר משתתפים סוציו-דמוגרפיים לימדה, שהמשתתפים היו מבוגרים יותר, יחסית, בעלי שיעור גבוה במקצת של בודדים ובעלי רמת השכלה נמוכה יותר.

ואכן, כפי שאפשר לראות כלוח מס. 6, 92% מהמשתתפים היו מעל גיל 50, לעומת 63% בקרב הלא משתתפים. למרות שגיל המטפלים לא היה אחד הקריטריונים לבחירת המשתתפים, הוא קשור לגיל המטופלים אשר היה אחד מקריטריוני הבחירה. הקשישים המטופלים על ידי המשתתפים היו מבוגרים יחסית לקשישים בקבוצה השנייה. בדיקת רמת ההשכלה בשתי האוכלוסיות מלמדת, כי שיעור הלא-משתתפים שלהם השכלה של 12 שנות לימוד ויותר היה כפול מזה של המשתתפים (33% לעומת 17%). שיעור המטפלים הבודדים (רווקים, אלמנים וגרושים) היה 16% בקרב המשתתפים, לעומת 11% בקרב הלא-משתתפים. אם כי במסגרת קביעת הקריטריונים לבחירת משתתפים לא הושם דגש על בחירת מטפלים שיש להם קרבה מסוימת לקשיש, אלא על הרכבת קבוצה הטרוגנית, ליצוג הבנים/ות בקרב המשתתפים היה גבוה יותר מאשר בקרב הלא-משתתפים: 69% לעומת 55%. הבדל זה משקף את העובדה שמתוך כלל המרואינים, הבנים/ות גילו בדרך כלל התעניינות רבה יותר בתוכנית - 48% לעומת 22% בקרב בני-הזוג. יש לזכור, שלמידת ההתעניינות ניתן משקל כבד כהליך בחירת המשתתפים<sup>3</sup>.

3. ראה "בעיית העמידה בקריטריונים לבחירת המשתתפים", עמ' 7.

לוח מס. 6 - שיעור המשתתפים והלא-משתתפים, לפי משתנים סוציו-דימוגרפיים של המטפלים

אפיונים סוציו-דימוגרפיים של המטפלים	משתתפים	לא-משתתפים
סה"כ (במספרים מוחלטים)	13	71
שיעור הנשים	61%	75%
שיעור בני ה-50 ומעלה	92%	63%
שיעור בעלי השכלה של 12 שנות לימוד ויותר	16%	33%
שיעור הלא-נשואים	16%	11%
שיעור הבנים/ות	69%	55%

בנוסף על השוואת המשתנים הסוציו-דימוגרפיים, נעשה ניסיון להשוות את שתי הקבוצות במספר משתנים המעידים, גם אם באופן עקיף, על קווי אופי ושיש בהם כדי לאפיין את המטפלים הזקוקים ביותר לתוכנית. משתנים אלה נועדו לבדוק את תפיסתם הסובייקטיבית, כלומר את הרגשתם של המטפלים, כלפי תפקידם, את שביעות רצונם מהטיפול שהם נותנים לקשיש המוגבל ואת הערכתם האם הם עושים כל מה שרק אפשר כמטפלים. בבדיקה זו נמצא בקבוצת המשתתפים אחוז גבוה, יחסית, של מטפלים אשר הביעו חוסר שביעות רצון מהטיפול שהם נותנים: 23% לעומת 9% בלבד בקרב הלא-משתתפים. בנוסף על כך, בקרב המשתתפים אחוז אלה שהעריכו כי אין הם נותנים את כל הטיפול הדרוש למטופל היה גבוה יותר מפי שניים מאשר בקבוצת הלא-משתתפים: 46% לעומת 21% (ראה לוח מס. 7). יצויין שלא נמצא קשר בין משתנים אלה לבין מצבם התפקודי של הקשישים.

לוח מס. 7 - שיעור המשתתפים והלא משתתפים, לפי שביעות רצונם מהטיפול שהם נותנים לקשישים

שביעות רצון המטפלים מהטיפול שהם נותנים לקשישים	משתתפים	לא משתתפים
סה"כ (במספרים מוחלטים)	13	71
מרגישים חוסר שביעות רצון מהטיפול שנותנים	23%	9%
חושבים שלא נותנים כל מה שאפשר לתת בטיפול	46%	21%

כמו כן נמצא, כי בקבוצת המשתתפים היו יחסית יותר אנשים "מופנמים". 54% מהם ציינו שהם נוהגים לשמור לעצמם את הבעיות הלוחצות עליהם בקשר לטיפול ולא להתחלק בהן עם אחרים, וזאת לעומת 31% מן הלא-משתתפים.

משתנה נוסף אשר בהתייחס אליו נמצאו הבדלים בין שתי הקבוצות היה תפיסתם של המטפלים את הקושי העיקרי בטיפול. על פי תאורם המילולי של המטפלים מהו הקושי העיקרי בטיפול נמצא, שעבור 69% מן המשתתפים הקושי העיקרי היה נפשי ולא פיזי, וזאת לעומת 38% בקרב הלא משתתפים. הקושי הנפשי התבטא אצל חלקם בדאגה לעתיד, בהרגשת צורך והתחייבות לטפל, ובמקרה אחד בהרגשת חוסר אונים.

## ס י כ ו ם

השוואת שתי הקבוצות בתחומים שתוארו לעיל מעלה מספר אפיונים, בהם נבדלים המטפלים המשתתפים מן המטפלים שלא השתתפו, ואפיונים אלה מבטאים, כנראה, את עומס הטיפול המורגש על ידם. האפיונים הללו נמצאו קשורים פחות למצבם התפקודי-קוגניטיבי של הקשישים ולמערך העזרה העומדת לרשות המטפלים, וקשורים יותר למספר תכונות אישיות של המטפלים, לרבות תפיסתם הרגשית את תפקידם ואת העומס הנפשי שהתפקיד מטיל עליהם. ואכן, לאור הממצאים שהוצגו אפשר להצביע על מספר אפיונים של פרופיל המשתתפים:

1. למרות שמצבם התפקודי של הקשישים המטופלים אמור היה להיות אחד הקריטריונים העיקריים לבחירת המשתתפים, נמצאו הבדלים קטנים בלבד במצב התפקודי הכללי של הקשישים בשתי הקבוצות. ההבדלים המשמעותיים ביותר נמצאו בתחומים של אכילה וטיפול אישי.

2. הבדלים גדולים יותר בין שתי הקבוצות נמצאו במצבם הקוגניטיבי של הקשישים. ייתכן שאלמנט זה קשור לתחושת עומס הטיפול ולצורך בסיוע יותר מאשר למצב התפקודי, והוא אשר הכריע בתהליך בחירת המשתתפים.

3. בהתייחס למערך הטיפולי הצטיירה תמונה מעניינת: קבוצת המטפלים אשר השתתפו בקורס הקדישו בממוצע מדי שבוע מספר גדול יותר של שעות טיפול בקרוביהם המוגבלים, וזאת למרות שלא נמצאו הבדלים ניכרים במצב התפקודי של שתי קבוצות המטופלים, וקבוצת המשתתפים אף קיבלה יחסית עזרה רבה יותר, הן מבני משפחה והן בתשלום מאנשי מקצוע.

4. בהתייחס לאפיוני המטפלים, נמצא, כי לקבוצת המשתתפים יש פחות בטחון עצמי באשר למילוי תפקידם כראוי, ודרישותיהם מעצמם גבוהות יותר. עם זאת, בהיותם אנשים מופנמים יותר, ייתכן כי קשה להם יותר לשאת את העול הנפשי הכרוך בטיפול. לכן עומס הטיפול, כפי שהוא נתפס בעיני העובדים בשטח שהיו אחראים לראיון המשתתפים ולבחירתם, אינו משקף רק את המצב התפקודי של הקשיש אלא בעיקר את הקשיים (לאו דווקא האובייקטיביים), המגבירים את הצורך של המטפל להשתתף בתוכנית, וזאת בהתבסס על הכרות של אנשי המקצוע עם המשפחות.

נספח ב' : רשימת ההרצאות

1. הרצאת מבוא
2. אספקטים רפואיים של זיקנה וחולי - ד"ר מ. פישר, מנהל רפואי, מלב"ן, ראשון לציון.
3. אספקטים שונים של הטיפול הסייעודי - גב' ש. אקרלינג, החוג לסייעוד, אוניברסיטת תל-אביב וקופת חולים כללית, מחוז דן.
4. אספקטים פיזיותראפויטים של הטיפול - גב' ש. ורנר, מנהלת בית הספר לפיזיותראפיה, בית החולים על שם שיבא.
5. שירותים חברתיים בקהילה - פרופ' ב. ינוב, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר-אילן.
6. שירותי בריאות בקהילה - גב' ח. כהן, אחות מפקחת ארצית, אגף למחלות ממושכות וזיקנה, משרד הבריאות.
7. אספקטים נפשיים והלכתיים של הטיפול - הרב פיגנבלט - רב הקהילה, רמת אפעל.
8. הרצאת סיכום.



נספוח ג' - השאלונים  
שאלון א' למשתתף (לפני הקורס)

שם הקשיש \_\_\_\_\_ ת.ז. של הקשיש \_\_\_\_\_ תאריך הראיון \_\_\_\_\_  
 כתובתו \_\_\_\_\_  
 שם המטפל העיקרי \_\_\_\_\_ ת.ז. של המטפל העיקרי \_\_\_\_\_  
 כתובתו \_\_\_\_\_  
 הקרבה לקשיש \_\_\_\_\_

א. נתונים דמוגרפיים של הקשיש

1. מין הקשיש
  1. זכר
  2. נקבה
2. שנת לידה \_\_\_\_\_
3. מאיזו ארץ עלה הקשיש ארצה \_\_\_\_\_
4. שנת עליה \_\_\_\_\_
5. מספר הילדים של הקשיש בישראל \_\_\_\_\_
6. פרטים על הילדים המתגוררים בארץ

\*מרחק מגורים

1. באותה דירה
2. באותו בנין
3. באותה שכונה
4. באותה עיר
5. בעיר אחרת

מרחק מגורים מהקשיש *	מצב משפחתי + מספר ילדים	יחס קרבה	מס'
			1
			2
			3
			4
			5
			6
			7

- ב. מצב בריאותו ותפקודו של הקשיש
7. מהי המחלה העיקרית ממנה סובל הקשיש?
8. האם יש מחלות נוספות?
1. לא
2. כן. פרט \_\_\_\_\_
- 
9. האם הקשיש אושפז בבית חולים בשנה האחרונה?
1. לא
2. כן. סה"כ ימי אישפוז \_\_\_\_\_
10. האם הקשיש יכול להתהלך בתוך הבית באופן עצמאי?
1. כן, מתהלך בבית באופן עצמאי
2. כן, אך בעזרת מקל הליכה.
3. כן, אך בעזרת טריפוד או הליכון
4. לא, מרותק לכסא גלגלים
5. לא, מרותק למיטה.
11. האם הקשיש מסוגל לצאת לסביבה הקרובה?
1. מסוגל לצאת ללא עזרת אחרים
2. מסוגל לצאת רק בעזרת אחרים
3. בכלל לא מסוגל.
12. האם הקשיש שולט בשתן ובצואה?
1. שולט ועצמאי
2. לא שולט בשתן או בצואה אך משתמש באביזרים
3. לא שולט בשתן או בצואה ולא משתמש באביזרים
4. לא שולט בשתן ולא בצואה אך משתמש באביזרים
5. לא שולט בשתן ולא בצואה ולא משתמש באביזרים
13. האם אפשר להשאיר את הקשיש לבדו, ולכמה זמן?
1. כן, למשך \_\_\_\_\_ שעות
2. לא, מדוע? \_\_\_\_\_
- 
14. באיזה מצב נפשי (או מצב רוח) נמצא הקשיש בדרך כלל?  
(למראיין: להקריא את האפשרויות. ניתן לסמן יותר מתשובה אחת, אך לבקש את המצב המאפיין ביותר).
1. בדרך כלל במצב רוח טוב
2. בדרך כלל מדוכא ועצוב

3. בדרך כלל במצב כועס, רוגז
4. בדרך כלל אדיש, שקוע בעצמו
5. בדרך כלל במצב לא שקט, מתפרץ, תוקפני
6. בדרך כלל במצב של חשדנות, חוסר אמון
7. יש שינויים תכופים במצב הרוח. תאר

אנו מעוניינים לדעת באיזו מידה הקשיש מתמצא בסביבה, מבין וזוכר. האם הוא:

כמעט אף פעם לא	לעיתים רחוקות	בדרך כלל

15. זוכר את שמות בני המשפחה הקרובים (ילדים, נכדים, אחים, בן/בת זוג)
16. מסוגל לספר מה עשה אתמול
17. עונה לעניין כאשר שואלים שאלה
18. זוכר איפה שם דברים בבית
19. מתעניין בחדשות

ג. תנאי המגורים של הקשיש

20. (למראיין: שאלות 20 ו-21 מתייחסות רק לקשיש הגר עם בני המשפחה, חוץ מבן/בת הזוג)  
כמה חדרים יש בדירה בה מתגורר הקשיש?  
21. האם יש לקשיש חדר נפרד?  
1. כן  
2. לא. עם מי גר בחדר?  
22. האם יש טלפון בדירה בה מתגורר הקשיש?  
1. כן  
2. לא. (עבור לשאלה 24)  
23. האם הקשיש מסוגל לטלפן בעצמו?  
1. כן  
2. לא  
24. האם קיימים תנאים הקשורים בדיור, בדירה בה מתגורר הקשיש, המקשים על הקשיש או על הטיפול בו (כגון מדרגות, גישה לא נוחה, צפיפות ועוד)?  
1. לא  
2. כן. איזה קשיים?

25. האם הקשיש עבר לדירה אחרת בגלל מצבו?

1. לא.
2. כן, עבר לקומה נמוכה יותר
3. כן, עבר לגור עם אחד הילדים
4. אחר, פרט

26. פרטים על בני המשפחה המתגוררים במשק הבית בו מתגורר הקשיש

מס'	יחס קירבה	גיל	האם הוא עוזר בטיפול 1. כן 2. לא	אם כן, פרט במה הוא עוזר
.1				
.2				
.3				
.4				
.5				
.6				
.7				

למקרים בהם הקשיש אינו מתגורר עם המטפל העיקרי

(למראיין: אם הקשיש כן מתגורר עם המטפל העיקרי עבור לשאלה 30)

27. מהו המרחק מביתן לביתו של הקשיש?

1. באותו בנין
2. באותה שכונה, במרחק קצר
3. באותה שכונה, עיר, במרחק ניכר
4. בעיר אחרת.

28. איך אתה מגיע בדרך כלל לבית הקשיש?

1. אני גר באותו בנין
2. ברגל
3. ברכב פרטי
4. בתחבורה ציבורית

29. כמה זמן לקוח לך להגיע לבית הקשיש?

30. פרטים על בני המשפחה המתגוררים במשק הבית של המטפל (למקרים בהם המטפל אינו גר עם הקשיש).

מס'	יחס קירבה	גיל	האם הוא עוזר בטיפול 1. כן 2. לא	אם כן, פרט במה הוא עוזר
.1				
.2				
.3				
.4				
.5				
.6				
.7				

ד. נתונים אישיים של המטפל העיקרי

31. שנת לידה \_\_\_\_\_

32. מאיזו ארץ עלית? \_\_\_\_\_

33. שנת עלייתך? \_\_\_\_\_

34. מהו משלח היד העיקרי שלך? \_\_\_\_\_

35. האם אתה עובד היום מחוץ למשק הבית?

1. כן. (עבור לשאלה 39)

2. לא

36. האם הפסקת לעבוד בגלל הטיפול בקשיש?

1. כן

2. לא

37. האם חל שינוי בהיקף המשרה שלך מאז שהתחלת לטפל בקשיש?

1. לא

2. כן, פרט מה היה השינוי \_\_\_\_\_

38. האם היה שינוי במקום מגוריך בגלל מצבו של הקשיש והצורך לטפל בו?

1. לא היה שינוי

2. כן. איזה שינוי? \_\_\_\_\_

39. האם היה שינוי במצב בריאותך בגלל הטיפול בקשיש?

1. לא היה שינוי

2. כן, פרט איזה שינוי

40. אנו יודעים שלפעמים מתעוררות בעיות בין בני משפחה כאשר מטפלים בקשיש מוגבל.

האם קיימות בעיות בינך לבין בני משפחתך בגלל הטיפול בקשיש?

1. לא

2. כן, איזה בעיות ועם מי?

41. האם בני משפחה אחרים של הקשיש (כמו בנים, אחים, אחיות) עוזרים בטיפול?

1. אין בני משפחה נוספים

2. יש בני משפחה נוספים, אך לא עוזרים. מדוע?

3. יש בני משפחה נוספים שעוזרים. מה הם עושים?

42. האם לדעתך בני המשפחה האחרים היו צריכים לעזור יותר?

1. לא

2. כן. במה?

43\*. האם באים קרובים או ידידים או שכנים לבקר את הקשיש?

1. לא

2. כן. הם באים:

1. לעיתים קרובות

2. לעיתים רחוקות

44. מה היית עושה, נוסף לדברים שאתה עושה היום, אם לא היית מטפל בקשיש?

המשפטים הבאים מתארים מחשבות/רגשות המתעוררות לפעמים אצל אנשים שצריכים לטפל בחולה ממושך. האם אתה הרגשת דברים דומים? אם כן, האם זה קרה לעיתים קרובות או רחוקות?

אף פעם	לעיתים רחוקות	לעיתים קרובות

45. אני מרגיש שכל העול עלי ואף אחד לא עוזר לי

46. אני כועס שבני משפחה לא עוזרים לי מספיק





ה. המסגרת הטיפולית

57. תאר את הטיפול שאתה נותן לקשיש (למראיין: רשום במילים של המרואיין ואל תתן דוגמאות)

---

---

---

58. מה הבעיה העיקרית בטיפול בקשיש מבחינתך? (למראיין: לבקש פרוט של הבעיה בכל אחד מהתחומים ולציין את העיקרית מתוכם)

1. בעיה פיסית

2. בעיה נפשית

3. בעיה כספית

4. בעיה חברתית

59. האם אתה נותן לקשיש לעשות בעצמו דברים למרות שיותר קל ונוח לך לעשות אותם בעצמך? (כגון: לאכול בעצמו, להתלבש, להכין כוס תה וכו')

1. בדרך כלל כן

2. לפעמים

3. בדרך כלל לא.

תן דוגמא לתשובה

60. כיצד היית מגדיר את מידת אחריותך כלפי הקשיש?

1. יש לי אחריות מלאה כלפיו. הסבר

2. יש לי אחריות חלקית בלבד. הסבר

61. האם אתה מרגיש שהטיפול בקשיש מוסיף משהו לך או למשפחתך?

1. לא

2. כן, פרט

אנו יודעים שקיימות כל מיני דעות הקשורות לטיפול בקשיש. אני אקריא לך מספר משפטים המתיחסים באופן כללי לטיפול בקשיש מוגבל. כאן אין תשובה נכונה או לא נכונה. אנו מעוניינים לשמוע מה דעתך על הנושאים האלו.

62. נכדים לא יכולים לעזור כלל כאשר מדובר בחולה ממושך.  
מסכים/לא מסכים

63. מותר לאדם המטפל בקשיש מוגבל לצאת לחופש לכמה ימים  
מסכים/לא מסכים

64. כל בני המשפחה של הקשיש צריכים להשתתף בטיפול מסכים/לא מסכים
65. בשלב מסויים מוסד סיעודי הוא פתרון מתאים לקשישים מוגבלים מסכים/לא מסכים
66. אסור להראות לקשיש מוגבל שכוועסים עליו מסכים/לא מסכים
67. קשיש שתלוי באחרים בדרך כלל לא יכול להחליט מה טוב בשבילו מסכים/לא מסכים
68. אפשר ללמוד ולהיעזר בנסיונם של אחרים בקשר לטיפול בקשיש מסכים/לא מסכים
69. המטפל חייב לעשות כל מה שהקשיש מבקש מסכים/לא מסכים

ו. תוכניות לשינויים

70. האם חשבתם על סידור אחר לטיפול בקשיש?

1. לא

2. כן, איזה?

---

71. האם התעניינתם באפשרות להכניס את הקשיש למוסד?

1. לא התענייננו בכלל

2. התענייננו לגבי מוסדות, אבל לא רשמנו אותו

3. הקשיש נמצא ברשימת המתנה

4. הקשיש היה רשום וקיבל מקום, אבל התחרטנו. מדוע?

---

ז. ציפיות מתוכנית

72. למה אתה רוצה להשתתף בקורס, מה אתה חושב שתקבל בקורס?

---

---

האם אתה חושב שאתה זקוק למידע, יעוץ או סיוע בתחומים הבאים:

בכלל לא	לא כל כך	כמידה מסוימת	כמידה רבה	האם אתה צריך:
				73. ללמוד דרכים לפתור בעיות משפחתיות שלך הקשורות לטיפול בקשיש
				74. ללמוד דרכים ושיטות שיעזרו בטיפול היום-יומי
				75. ללמוד איך לתת טיפול טוב בפחות זמן
				76. ללמוד דרכים לשתף בני משפחה אחרים כדי שיעזרו לך לטפל בקשיש
				77. להבין תופעות כמו שיכחה, בילבול, איטיות
				78. להכיר את האפשרויות הקיימות בשכונה לקבלת עזרה לטיפול בקשישים
				79. ללמוד להתייחס בצורה מתאימה למצבים הנפשיים של הקשיש
				80. לשמוע על בעיות של אנשים אחרים המטפלים בקשישים במצב דומה
				81. ללמוד למצוא זמן חופשי גם לעצמך
				82. ללמוד איך אפשר לשפר את היחסים האישיים בינך לבין הקשיש

שאלון ב' למשתתף (בתום הקורס)\*

תאריך הראיון: \_\_\_\_\_

שם המרואיין: \_\_\_\_\_

היום, אחרי שהשתתפת במשך כ-4 חודשים בקורס בקרית אונו, אנו מעוניינים לשמוע את דעתך בקשר לתוכנית, את השפעתו עליך ועל הטיפול שאתה נותן לקשיש המוגבל.

1. האם היה לך בדרך כלל קשה להגיע לפגישות?

1. בדרך כלל, לא היה לי קשה להגיע לפגישות

2. בדרך כלל, היה לי קשה להגיע לפגישות. למה? \_\_\_\_\_

2. מהן התגובות של בני משפחתך לגבי השתתפותך בקורס?

(למראיין: נסה להפריד בין ההתייחסות בהתחלת הקורס ובהמשכו)

3. האם היית רוצה להמשיך להיפגש עם המשתתפים בקורס גם לאחר סיום התוכנית (בלי מנחה ומרצים)

א. כמסגרת קבוצתית? 1. לא 2. כן, עם חלקם 3. כן, עם רובם

ב. באופן אישי עם אנשים מסויימים? 1. לא 2. כן, עם חלקם 3. כן, עם רובם

אם כן, לאיזו מטרה הייתה רוצה להמשיך להפגש? \_\_\_\_\_

\* שאלון המעקב שהועבר כששה חודשים לאחר תום הקורס היה דומה במתכונתו לשאלון זה.

הערכת הקורס

א. ההרצאות

4. מתוך כל ההרצאות ששמעת במשך הקורס, איזה היו פחות ברורות?  
(למראיין: אפשר להזכיר נושאים או מרצים)

1. כל ההרצאות היו ברורות

2.

5. איזה הרצאות היו יותר קרובות וקשורות לבעיותך כמטפל?

1. לא היו הרצאות שנגעו לבעיותי כמטפל

2.

6. האם ישנם נושאים או בעיות שהיית מעוניין לשמוע או להרחיב את הדיון עליהם ושלא  
טופלו בקורס?

1. לא, הקורס עסק בכל הנושאים ו/או בעיות בהם אני מתעניין

2. כן, ישנם נושאים ו/או בעיות שהועלו אך הייתי רוצה שירחיבו את הדיון בהם.

איזה נושאים?

3. כן, יש נושאים ו/או בעיות שהייתי מעוניין לשמוע ושכלל לא טופלו בקורס.

איזה נושאים?

7. מכל הנושאים שעליהם דיברו בהרצאות (כגון: רפואה, פיזיותרפיה, ארגון סדר היום, ועוד, מה הם הדברים החשובים ביותר שלמדת?

1.

2.

3.

ב. קבוצת הדיון

אנו מעוניינים לשמוע את דעתך והתרשמותך מקבוצות הדיון:

8. האם הרגשת שבקבוצות הדיון היתה לך מספיק אפשרות לספר ולדבר?



9. האם היו נושאים או בעיות שאתה דברת עליהם בקבוצת הדיון ואשר אינך משוחח עליהם בדרך כלל (עם חברים, בני משפחה, קרובים, שכנים וכו')?

1. לא

2. כן, תן דוגמאות:

האם זו היתה פעם ראשונה שדיברת על נושאים אלה?

10. מהו הדבר העיקרי, שאתה אישית, קיבלת מהפגישות בקבוצות הדיון?

11. האם אתה יכול לציין דברים נוספים שקיבלת בקבוצות הדיון?

12. מה היה לך חשוב יותר?

1. ההרצאות

2. קבוצות הדיון

3. לא יודע.

### שינויים

אנו מעוניינים לשמוע אם חלו שינויים במצב הפיזי והנפשי שלך ושל הקשיש. האם שינת את צורת הטיפול ועוד.

13. האם היו שינויים במצבו הפיזי של הקשיש מאז שהתחלת את הקורס?

1. לא היו שינויים

2. כן, היו שינויים לטובה. איזה שינויים?

3. כן, היו שינויים לרעה. איזה שינויים?

14. האם היו שינויים במצבו הנפשי של הקשיש מאז שהתחלת אתה בקורס?

1. לא היו שינויים

2. כן, היו שינויים לטובה. איזה שינויים?

כן, היו שינויים לרעה. איזה שינויים?

15. האם אפשר להשאיר את הקשיש לבדו, ולכמה זמן?

1. כן, למשך \_\_\_\_\_ שעות

2. לא. מדוע? \_\_\_\_\_

---

ב. שינויים בטיפול

16. כמה ימים בשבוע רגיל (בממוצע) אתה מקדיש לטיפול במטופל?

1. יום אחד

2. 2-3 ימים

3. 4-5 ימים

4. 6-7 ימים

17. כמה שעות בשבוע רגיל (בממוצע) אתה מקדיש לטיפול במטופל?

\_\_\_\_\_ שעות.

18. תאר את הטיפול שאתה נותן לקשיש (למראיין : רשום במדוייק במילים של המראיין)

---

---

19. האם לדעתך, חל שינוי בצורת הטיפול שאתה נותן לקשיש בעקבות השתתפותך בקורס?

1. לא חל כל שינוי

2. כן. תן דוגמא \_\_\_\_\_

---

20. האם חל שינוי בסוג ומידת העזרה שאתה צריך לתת לקשיש בתחומים כמו: בניידות,

באכילה, בהלבשה, ברחצה ועוד?

1. לא חל שינוי \_\_\_\_\_

2. כן, איזה שינוי? \_\_\_\_\_

ממתי חל השינוי? \_\_\_\_\_

בעקבות מה? \_\_\_\_\_

---

21. מהי הבעיה העיקרית בטיפול בקשיש מבחינתך?

1. בעיה פיזית
2. בעיה נפשית
3. בעיה כספית
4. בעיה חברתית

22. האם אתה נותן לקשיש לעשות בעצמו דברים למרות שיותר קל ונוח לך לעשות אותם בעצמך? (כגון: לאכול בעצמו, להתלבש, להכין כוס תה וכו').

1. בדרך כלל כן
2. לפעמים
3. בדרך כלל לא

תן דוגמא לתשובה:

23. האם הקשיש עושה היזום דברים שלא עשה בעבר או שעשה אותם אחרת לפני הקורס?

1. לא

2. כן. תן דוגמא:

24. האם קרה לך, בשעת הטיפול, שאתה נזכרת ונעזרת בדברים מסויימים ששוחחתי עליהם בקורס?

1. לא

2. כן. תן דוגמא:

25. האם מאז שהתחלת את הקורס היה שינוי באחד מהתחומים הבאים:

1. קבלת עזרה מהשירותים בקהילה (כמו מועדון, קופ"ת ועוד)

2. קבלת עזרה פרטית (כמו מטפלת, עוזרת ועוד)

3. קבלת עזרה או סידור עם בני משפחה אחרים

4. קבלת עזרה משכנים, מתנדבים או זרים

5. תוכניות לגבי סידור במוסד

6. אחר

26. האם לדעתך שינויים אלה קשורים להשתתפותך בקורס ובאיזו צורה?

ג. יחסים ועזרת בני המשפחה

27. האם יש בני משפחה אחרים של הקשיש (כמו בנים, אחים, אחיות) אשר משתתפים בטיפול?

1. אין מבני משפחה נוספים

2. יש בני משפחה, אך לא עוזרים. מדוע?  
\_\_\_\_\_

3. יש בני משפחה נוספים שעוזרים. מה הם עושים?  
\_\_\_\_\_

28. האם לדעתך בני המשפחה האחרים היו צריכים לעזור יותר?

1. לא

2. כן. במה?  
\_\_\_\_\_

האם בקשת מהם עזרה?  
\_\_\_\_\_

29. האם לדעתך חל שינוי ביחסים בינך לבין בני משפחתך בעקבות השתתפותך בקורס?

1. לא חל שינוי

2. כן, חל שינוי לטובה. פרט: \_\_\_\_\_

3. כן, חל שינוי לרעה. פרט: \_\_\_\_\_

ד. שינויים של המטפל

30. האם חל שינוי בעבודתך מאז שהתחלת את הקורס?

1. לא חל כל שינוי

2. חל שינוי. מהו?  
\_\_\_\_\_

31. (למראיין: לשאול רק מטפל שאינו עובד)

האם אתה מתכוון להתחיל לעבוד?

1. לא

2. כן

32. במסגרת הקורס כמה מהמרצים העלו את הצורך למצוא זמן לעצמך, לדאוג יותר לצרכים שלך. האם במקרה שלך מצאת אפשרות למצוא זמן לעצמך, לעשות דברים בשבילך (למשל: לבקר חברים, להשתתף באירועים חברתיים)?

1. כן, תן דוגמא:

---

---

2. לא, הסבר מדוע:

---

---

33. כיצד היית מגדיר את מידת אחריותך כלפי הקשיש?

1. יש לי אחריות מלאה כלפיו. הסבר:

---

2. יש לי אחריות חלקית בלבד. הסבר:

---

34. לפעמים קשיש מוגבל מתנהג בצורה שקשה לנו להבין ואפילו מרגיזה אותנו, האם הקורס עזר לך לדעת איך להגיב במקרה כזה?

1. לא נתקלתי במצב כזה

2. הקורס לא עזר לי

3. כן, תן דוגמא:

---

35. האם השתנו צורת השיחה או נושאי השיחה עם הקשיש?

אם כן, פרט:

---

---

---

ה. מימוש ציפיות מהקורס

עכשיו, לאחר תום הקורס, אנחנו רוצים לשמוע האם אתה מרגיש שלמדת דברים חדשים בתחומים הבאים:

תן דוגמא	האם אתה משתמש במה שלמדת? 1. כן 2. לא	1. במידה רבה 2. במידה מסוימת 3. לא כל כך 4. בכלל לא	האם לדעתך במסגרת הקורס למדת
			59. לפתור בעיות משפחתיות שלך הקשורות לטיפול בקשיש (כגון חיכוכים עם בני משפחה, הזנחת בני משפחה אחרים)
			60. להשתמש בדרכים ושיטות חדשות בטיפול היום-יומי (כגון: רחצה, אכילה, הלבשה התארגנות יומית)
			61. לתח לקשיש טיפול טוב יותר בפחות זמן
			62. להבין יותר תופעות כמו שיכחה, בילבול, איטיות
			63. להתייחס בצורה מתאימה למצבים הנפשיים של הקשיש (כגון: קומוניקציה עם הקשיש לא להכנע לכל בקשותיו וכו')
			64. להכיר (טוב יותר) את האפשרויות הקיימות בשכונה לקבלת עזרה לטיפול בקשישים (כגון: עזרה מקופ"ח, שירותים חברתיים ועוד)
			65. למדת מהבעיות של אנשים אחרים המטפלים בקשישים במצב דומה.
			66. למצוא זמן חופשי גם לעצמך (לבלות יותר, לעבוד יותר, לטפח את עצמך)
			67. לשפר את היחסים האישיים בינך לבין הקשיש





73. האם אתה חושב שהשיחות בקבוצות הדיון היו מספיק תכליתיות, עינייגיות?

1. כן, הסבר:

---

2. לא, הסבר:

---

74. מה הפריע לך בקבוצות הדיון שהיית ממליץ לשנות?

---

---

המלצות נוספות, הערות כלליות:

---

---

---

