



המוסד לביטוח לאומי
אגף הקרנות - קרן מפעלים מיוחדים



מסלול להכשרת מטפלים קהילתיים - התמחות רב תחומית בהדרכה וליווי זקנים

פרופ' ליאת איילון
ד"ר שירי שנאן אלטמן

מפעלים מיוחדים 172

אייר התש"פ, מאי 2020



המוסד לביטוח לאומי
אגף הקרנות - קרן מפעלים מיוחדים

מסלול להכשרת מטפלים קהילתיים - התמחות רב תחומית בהדרכה וליווי זקנים

פרופ' ליאת איילון*
ד"ר שירי שאנן-אלטמן*

*ביה"ס לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר אילן

מפעלים מיוחדים 172
ירושלים, אייר התש"פ, מאי 2020
www.btl.gov.il

פרסום זה יוצא לאור בסיוע
מינהל המחקר והתכנון
של המוסד לביטוח לאומי

פתח דבר

אנו שמחים להגיש לעיונכם דוח מחקר המסכם את התוכנית **המטפל הקהילתי** להכשרת עובדות ועובדים לטיפול באנשים זקנים. התוכנית, שאותה יזמו **דרור בתי חינוך**, נועדה לקדם את הטיפול בזקנים וליצור פרופסיה רב תחומית הכוללת טיפול סיעודי, קהילתי ואישי בזקן באמצעות הכשרה מקצועית למטפלות ומטפלים במוסדות או בבית. התוכנית פעלה במימון הקרן למפעלים מיוחדים במוסד לביטוח הלאומי וג'וינט-אשל, בפיקוח משרד הבריאות ובאישור משרד הרווחה והשירותים החברתיים - האגף להכשרה המקצועית, והתקיימה בשיתוף רשויות מקומיות, חברות הסיעוד ומעסיקים בקהילה בשנים 2016-2019.

טיפול סיעודי בזקנים בישראל נעשה בידי מטפלות שהן עובדות סמך מקצועיות, שהכשרתן בדרך כלל מעטה. העדר הכשרה מתאימה גורם ללחצים ולשחיקה ועלול לפגוע באיכות הטיפול. בעולם יש מגוון תוכניות המכשירות מטפלות/ים סיעודיים בזקנים, המציבות דרישות סף ונתונות לרגולציה, אך בישראל רוב העובדות בתחום חסרות הכשרה מתאימה ואף אינן נדרשות לה כתנאי לקבלתן לעבודה. לאור הזדקנות האוכלוסייה והצורך הגובר במטפלים סיעודיים מקצועיים, הוחלט לצאת בניסוי של הכשרה ייעודית בתחום זה. לאחר אישור התוכנית על ידי משרד הרווחה והשירותים החברתיים, נוצר קשר עם מעסיקים בתחום הזיקנה שהעידו על מחסור במטפלות/ים בכלל ומטפלות מקצועיות בפרט, והם התחייבו לקלוט את המשתתפות בעבודה מעשית בתקופת ההכשרה ולהעסיקן אחר כך כמטפלות במוסדות.

התוכנית הופעלה כאמור כניסוי במשך שלוש שנים, בשבעה מחזורים בשלוש ערים: עפולה, באר שבע וראשון לציון. החלו אותה 130 נשים וגברים וסיימו 94. 31 מן המסיימים עובדים בתחום. במהלכה עלה קושי ניכר לשלב בעבודה צעירים וצעירות בשל הצורך בבשלות רגשית בעבודה זו, והגיל הצעיר זוהה כחסם. בעקבות זאת שונו המאפיינים הנדרשים מן הלומדים ולהכשרה נכנסה אוכלוסייה בוגרת. נעשתה גם התאמה בין עבודה עיונית למעשית וחודדו תחומי העיסוק המדויקים של המטפל הקהילתי.

הניסוי אפשר לקיים תהליכי למידה וחשיבה, לבחון את משך הקורס הנדרש, לאפיין את האוכלוסייה המתאימה להכשרה, לשלב בין טיפול סיעודי לטיפול חברתי רגשי, חווייתי ואף חברתי-קהילתי. כמה סוגיות נותרו פתוחות, למשל התאמת ההכשרה למטפלות בבית, תיאום ציפיות מול המעסיקים בנוגע לתגמולים ולשכר, הצורך לקדם עוד את המקצוע והצורך לקדם מדיניות ורגולציה בסיעוד.

התוכנית הצליחה אמנם להכשיר מטפלות למוסדות, אך בשל עלותה הגבוהה לא ברור עדיין אם יהיה אפשר להרחיבה למקומות נוספים. כדי להתאימה למתכונת ארצית יש להמשיך את בחינת ההתאמות הנדרשות בהיקף ההכשרה, את השותפות עם המעסיקים ואת הקשר בין משרדי הממשלה למעסיקים.

אנו מודים לצוות המחקר בראשות פרופ' ליאת אילון וד"ר שירי אלטמן, על הליווי המחקרי ותרומתו הגדולה להעמקה וחידוד הנושאים במחקר. אנו מלאי הערכה לדרור בתי חינוך על חזנם להוביל לשינוי חברתי בתחום הסיעוד.

תודתנו נתונה לכל השותפים: לצוותים המקצועיים, שהיו אמונים על ההכשרה; לחברי ועדת ההיגוי – על הליווי הצמוד, התגייסותם לסייע במציאת פתרונות ולקיחת האחריות לשינויים במהלך הניסוי; ולמשתתפות והמשתתפים שבחרו להשתלב בתחום הסיעוד. תודה לטניה ליף ולתמי אליאב על הליווי המסור והמקצועי מטעם הקרן למפעלים מיוחדים ומינהל המחקר והתכנון.

הניסוי העשיר את כולנו בידע ובתובנות ואנו מקווים שאלה ישמשו את קובעי המדיניות בתחום הסיעוד, ויתרמו לקידום מערך ההכשרה של העובדים והמטפלים בזקנים בבית ובמוסדות, ואת איכות חייהם של הזקנים הסיעודיים בארץ.

עו"ד איציק סבטו
מנהל קרנות הביטוח הלאומי

עו"ס כרמלה קורש אבלגון
מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים

חברי ועדת ההיגוי תכנית "מטפל קהילתי"

מנכ"ל אשל, ג'וינט ישראל	יוסי היימן
משנה למנכ"ל אשל, ג'וינט ישראל	דיאנה שמעוני
מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים (לשעבר), קרנות הביטוח הלאומי	שרית מוראי
מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים, קרנות הביטוח הלאומי	כרמלה קורש אבלגון
מנהלת מרכז ידע, אשל-ג'וינט	אורית שחר
מנכלית דרור בתי חינוך בשנים 2016-2017	דנה פייניק
מנכלית דרור בתי חינוך 2017-2019	ענבל רון
מנהל תקציבים, דרור בתי חינוך	אופיר אלמליח
מרכזת תכנית, דרור בתי חינוך	נגה טלטש בצלילי
חוקרת ראשית, אוניברסיטת בר אילן	פרופ' ליאת אילון
חוקרת שותפה, אוניברסיטת בר אילן	ד"ר שירי שנאן-אלטמן
מנהלת תקציבים, אשל ג'וינט	אורית מאירוביץ
מנהלת אגף הסיעוד, המוסד לביטוח לאומי	אורנה זמיר
מנהל יחידה לתכניות לימודים, אגף להכשרה מקצועית ופיתוח כ"א משרד הכלכלה	אברי פולצ'יק
מנהלת תוכניות בקרן למפעלים מיוחדים, המוסד לביטוח לאומי	טניה ליף
מנהלת תחום מחקרי קרנות, מינהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי	תמי אליאב

תוכן עניינים

1	תקציר מנהלים
4	רקע תיאורטי
5	טיפול סיעודי בזקנים במסגרת הקהילה ובמסגרות לטיפול ממושך
5	תוכניות הכשרה לטיפול סיעודי בזקנים בעולם ובישראל
6	תכניות הכשרה למקצועות הסיעוד בעולם
9	תכניות הכשרה למקצועות הסיעוד בישראל
11	חסמים בטיפול בזקנים
12	המרכיבים והתנאים ליצירת פרופסיה
14	תיאור התוכנית והמחקר המלווה
14	מטרות התוכנית וקהל היעד שלה
14	רקע וצורך בתוכנית
14	חזון
15	אוכלוסיית היעד
15	התוכנית תכלול את ההטבות הבאות:
15	מטרות התוכנית
16	יעדים ומדדי הצלחה
16	פרוט שלבי התוכנית
17	שינויים שחלו בתוכנית
17	השערות העבודה
18	אוכלוסיית המחקר
19	הליך המחקר
23	ניתוח הנתונים
25	המודל הלוגי של התוכנית
25	סוגיות אתיות

25	מגבלות והטיות אפשריות.....
27	ממצאים.....
27	סיכום הממצאים.....
28	ממצאים מתוכנית ההכשרה המיועדת לצעירים.....
31	ממצאים מתוכנית ההכשרה המיועדת למבוגרים.....
37	נקודות לשיפור תוכנית ההכשרה:.....
44	סיכום - המלצות לשיפור.....
45	סיכום - המלצות לשימור.....
46	סיכום עמידה ביעדים שהוצבו על ידי מפתחי התכנית.....
47	רשימת מקורות.....
50	נספחים.....

תקציר מנהלים

תיאור התוכנית

תוכנית ההכשרה, מטפל קהילתי, מיועדת להכשיר עובדים עם אנשים זקנים. לפי עמותת 'דרור בתי חינוך', הגורם המרכזי המפתח והמיישם של התוכנית, מטרת התוכנית הינה קידום מעמד הזקן ע"י יצירת מערך מטפלים רב-תחומיים שיתנו מענה לצרכים הפיזיים, הרגשיים והחברתיים תוך מתן ביטוי לניסיון חייו ולהעלאת ערכו העצמי בעיניו ובעיני סביבתו כמשתתף חיוני בחברה.

מטרות התוכנית

1. יצירת פרופסיה רב תחומית – הכוללת טיפול סיעודי וטיפול בתחום הקהילתי והאישי בחיי הזקן, תוך הקניית הסמכה וכלים למטפלים אשר ישתלבו בעבודה במסגרות מוסדיות ובטיפול הביתי.
2. קידום שינוי בתחום הטיפול בזקנים ע"י שילוב מטפלים מקצועיים בתחום משמעותי, מתפתח וחיוני במשק העתידי.

מטרות הערכה

1. לבחון את מאפייני המשתתפים/ות והנושרים/ות מתוכנית ההכשרה ולזהות סיבות להמשך השתתפות בתוכנית או לנשירה.
2. להעריך את מודל המיון וההכשרה.
3. להעריך את תוצרי התוכנית, כשהתוצר המרכזי הינו עבודה עם זקנים כמטפלים קהילתיים לאחר סיום ההכשרה.

שיטות המחקר

שיטת המחקר הייתה שיטה מעורבת (Mixed Method), שילוב של גישה איכותנית וגישה כמותנית. שילוב זה נעשה במטרה לקבל תמונה מקיפה ומעמיקה של תוכנית ההכשרה. הנתונים הכמותיים נאספו באמצעות שאלונים שבהם נעשה שימוש בראיונות פנים אל פנים עם משתתפי התוכנית. הנתונים האיכותניים נאספו באמצעות תצפיות, קבוצת מיקוד, וראיונות עומק עם מפתחי התוכנית, מפעילי התוכנית ומשתתפים שנשרו מהתוכנית.

ממצאים עיקריים

במהלך החודשים מרץ 2017 -יוני 2019, התקיימו שבעה מחזורים של תוכנית ההכשרה בשלושה מוקדים ברחבי הארץ: עפולה, באר שבע (ב"ש) וראשון לציון (ראשל"צ). שלושת המחזורים הראשונים שהוערכו על ידינו, אופיינו בכך שהמשתתפים בהם היו צעירים. קרי, חיילים משוחררים או לקראת שחרור מהצבא. התוכנית הייתה ארוכה יחסית- מעל 900 שעות, כשמרבית התכנים לא שמו דגש על נושא הסיעוד. ארבעת המחזורים

הנוספים אופיינו בכך שהמשתתפים בהן היו אנשים מבוגרים. בנוסף- מספר השעות ירד ל 760 שעות, כאשר במהלך ארבעת החודשים האחרונים בכל תוכנית, המשתתפים קיבלו הכשרה מעשית בשדה.

סך הכול, 130 איש התחילו את התוכניות השונות ו- 94 איש סיימו אותן. כלומר- 36 איש (27%) נשרו בטרם עת מהתוכנית. לפי הנתונים בידינו, 31 אנשים מתוך משתתפי התוכניות השונות עובדים בתחום (בהגדרה רחבה). כל העובדים, ללא יוצא מן הכלל הם אנשים מבוגרים ואף לא אחד מהם הוא ממחזורי הצעירים. מהממצאים עלו הנקודות הבאות לשיפור ולשימור.

המלצות לשיפור

ברמת המערכת

יש להקפיד על הגדרות מדויקות בנוגע לתפקיד, מטרותיו, הצלחות וכישלון עוד לפני תחילת הפרויקט.

- חשוב להכין תוכנית מגירה במידה והתוכנית תצליח - כיצד ניתן להטמיע את ההכשרה במערכת כלל ארצית כדי ליצור השפעה חברתית משמעותית. יש לקחת אחריות על המשך הפרויקט והטמעתו במידה ומעוניינים בו ולצורך כך חייבים לערוך שינוי מערכתי כולל.
- נחוץ המשך עבודה מול קובעי המדיניות ובדיקה מולם בנוגע לצורך בתפקיד המטפל הקהילתי והיתכנות התפקיד וההכשרה בהיקפים גדולים.
- יש להמשיך בדיאלוג עם מעסיקים על מנת לבדוק את הצורך בתפקיד והיתכנות שלו בשטח. נראה כי מחויבות המעסיקים דורשת עידוד אקטיבי של המדינה- מבחינת דרישות ברורות להכשרה ולתשלום נוסף לבוגרי ההכשרה.
- דרושה מחויבות ופעולה פרו-אקטיבית של המדינה על מנת לקדם את תחום הסיעוד כולל תעסוקה מגוון תפקידים והכשרות בתחום. לצורך כך, יש לקדם שיתוף פעולה בין הגופים השונים כולל: המוסד לביטוח לאומי, משרד הבריאות, משרד הכלכלה, משרד האוצר והמעסיקים. זאת על מנת להתוות ולקדם מדיניות בתחום הסיעוד, אשר מייצרת מקצוע ראוי לתעסוקה ושירותים ראויים לאנשים זקנים הנזקקים להם.

ברמת התוכנית

- יש לערוך חשיבה מחודשת על היקף התוכנית ומטרותיו ביחד עם קובעי המדיניות ועם המעסיקים הפוטנציאליים על מנת לייעל את התוכנית ולהבטיח את המשכיותה הכלכלית.
- יש צורך בהמשך חשיבה לגבי מיקום התחום הסיעודי בתוכנית ההכשרה ובהגדרת התפקיד. עד כה- הצדדים השונים לא הגיעו להסכמה בנושא.
- יש לקיים המשך חשיבה לגבי קהל היעד של התוכנית (בוודאי במתכונתו הנוכחית הכוללת היקף שעות רב ועמוס) ולבדוק האם יהיה נכון לקבל לתוכנית ההכשרה מטפלים סיעודיים בהווה או שמא דווקא אוכלוסיות חזקות יותר על מנת ליצור שינוי חברתי?

- יש להקפיד על שילוב של אנשי מקצוע בתחום הזקנה שיעבדו יחד ובמקביל לצוות ההדרכה באופן מלא. זאת משום שהמרצים הם שמביאים את הידע בזקנה ואילו המדריכים מביאים את הפן הערכי חברתי- כיום אין מספיק שילוב בין הצדדים.

המלצות לשימור

ברמת המערכת

- מחויבות גבוהה מאוד של צוות המפתחים והמדריכים לחזון של פיתוח התחום
- יכולות גבוהות מאוד של המדריכים וניסיון קודם בשדה החברתי
- חזון חברתי מעבר לפיתוח התפקיד עצמו
- ניסיון משמעותי של המרצים בקורס
- מחויבות לשינוי ונכונות ללקיחת אחריות ולשינוי לאורך התהליך

ברמת התוכנית

- מחויבות לנושא ולחזון של קידום תחום הזקנה בישראל ותחום המטפלים הסיעודיים בפרט
- ניסיון רב בתחום של הגורמים המפתחים המוביל להכשרות איכותיות במגוון רחב של נושאים
- מוכנות לשינוי ולגמישות לאורך כל התהליך, כך שהתוכנית אכן שינתה את קהל היעד, משך הזמן והתכנים בעקבות פידבק

מגבלות המחקר

אחת המגבלות המרכזיות של המחקר הינה שהמחקר התחיל בתום השנה השנייה לביצוע תוכנית ההכשרה. על כן, המידע חסר עבור המשתתפים/ות שכבר התחילו, סיימו או נשרו מתוכנית ההכשרה. בנוסף, המספר המצומצם של המשתתפים, השונות הרבה במאפייניהם והשונות בתוכנית ההכשרה עצמה לאורך זמן ובאזורים השונים גרמו לכך שהמחקר הינו בעיקר מחקר מעצב. לפיכך, הופסק איסוף הנתונים הכמותניים (פרט לנתונים לגבי סיום התוכנית, התמדה בעבודה, אופק תעסוקתי ותגמולים, השמה בשירותים בתחום הזקנה). זאת משום שנתונים כמותניים אחרים הופכים לחסרי משמעות לאור השונות הרבה והמספר המצומצם של המשתתפים. חשוב לציין כי מרכיבים של רצייה חברתית עלולים להשפיע על תשובותיהם/ן של המשתתפים/ות. עם זאת, ידוע ששמירה על אנונימיות המשתתפים/ות עשויה להקטין מגבלה זו. יש לציין כי לו היינו מעורבות בהערכה בשלבים מוקדמים יותר, היינו מציעות להפעיל את תוכנית ההתערבות בשלבים. תחילה, מספר מצומצם של משתתפים/ות ועל סמך המשוב המתקבל, בנייה עדכנית של התוכנית.

רקע תיאורטי

הגידול באוכלוסיית הזקנים בעשורים האחרונים הינו תופעה עולמית (Jiménez-Martín & Prieto 2012). מגמה זו באה לידי ביטוי גם בחברה הישראלית, שכן מספר האנשים הזקנים מוערך בכ 865 אלף (כ - 10.6% מכלל האוכלוסייה). עם זאת, תחזיות סטטיסטיות מעידות כי בשנת 2035, אוכלוסיית הזקנים תגיע ל-14% מכלל האוכלוסייה בישראל. כחלק מתופעה זו, קיימת גם עלייה בשיעור האנשים הזקנים המתמודדים עם מגבלות נפשיות / או פיזיות, דבר המגביל את יכולתם לתפקד ולבצע פעילויות בחיי היומיום (Brodsky, Snoor, & Beer, 2011).

רבים מהזקנים בישראל מדווחים על רמות גבוהות של בדידות (Ayalon, 2016) ודיכאון (Ayalon, Fialová, Areán, & Onder, 2010). בעוד ששיעורי הדיכאון באוכלוסייה הכללית של הזקנים הם כ-4%, שיעור הדיכאון יכול להגיע ל-40% או יותר במסגרות הטיפול המוסדי (Parmelee, Katz, & Lawton, 1992; Mitchell, et al., 2011). יתרה מזאת, דיווחים על התעללות במוסדות הסיעודיים בישראל זינקו בשנה האחרונה והפכו לתופעה נפוצה (Halevy-Levin, Gaglin, Priltuzky, & Friedman, 2010; Cohen, 2011). עם ההבנה שהאנשים הזקנים אשר מטופלים במוסדות הסיעודיים מקבלים לעיתים קרובות טיפול שלא עונה ואף נמוך מהסטנדרטים המקובלים (Cohen & Shinan-Altman, 2011; Natan, Lowenstein, & Eisikovits, 2010).

לרוב, מתן טיפול לאנשים זקנים מתרחש בחזקת בני המשפחה (Brodsky et al., 2011). עם זאת, אנשים רבים מעורבים בטיפול בתשלום לעיתים קרובות, ולכן מתן טיפול לאנשים זקנים הוא אחד הנושאים הדחופים ביותר בכל החברות המתועשות (Butler, Simpson, Brennan, & Turner, 2010). כתוצאה מכך, גיוס והחזקתם של מטפלים לטיפול ארוך טווח בתשלום, הפכו לנושא חשוב (Montgomery, Holley, Deichert, & Kosloski, 2005; Stone & Weiner, 2001).

בישראל, כמו ברוב המדינות (e.g, Stone & Harahan 2010), רוב המטפלים המבוגרים הם נשים עם רמות השכלה נמוכות יחסית בהשוואה לקטגוריות אחרות. בנוסף, בישראל לרוב המטפלים אין הכשרה מקצועית מספקת בכדי לטפל באנשים זקנים ולמרות זאת, הם אלו שמספקים את עיקר הטיפול. בהיעדר הכשרה מתאימה, מטפלים אלו עשויים לחוש לחץ ושחיקה בעבודתם. זאת, בייחוד כאשר מטפלים אלו נחשפים לקשיים ולמקורות לחץ שונים, אליהם הם לא הוכנו מראש ושאינן להם כלים מתאימים להתמודד עימם (Yacovich & Yacovich-Tishler, 2015). כמו כן, כיום אין חקיקה המחייבת הכשרה מקצועית מיוחדת לעובדי סעד במסגרות טיפול מוסדי או ביתי. יתר על כן, ארגונים מקצועיים בתחום הזקנה מצביעים בבירור על המחסור הקיים בכוח אדם גריאטרי בכלל, ועל היעדר כוח אדם איכותי ומקצועי בפרט (Katz, Karuza, Intrator, & Mor, 2009; Redfoot & Houser, 2005). כתוצאה מהמורכבות במתן טיפול לאנשים זקנים יש צורך בהעברת ידע ומיומנויות של אנשי מקצוע באמצעות תכניות הכשרה ייעודיות, בטרם השתלבותם כעובדי טיפול בבית ובמתקני טיפול ממושך.

טיפול סיעודי בזקנים במסגרת הקהילה ובמסגרות לטיפול ממושך

טיפול סיעודי בזקנים במסגרת הקהילה מבוסס בעיקרו על תיקון לחוק ביטוח לאומי משנת 1986, אשר בו נכלל ביטוח סיעוד במסגרת השירותים המוענקים על-ידי המוסד לביטוח לאומי. המוסד לביטוח לאומי מעניק את גמלת הסיעוד כמענה לצרכים של הזקנים המתקשים בתפקוד יומיומי ועל מנת להקל על המשפחות בנטל הטיפול. חוק זה מחזק את המדיניות הרווחת בישראל אשר תכליתה להשאיר את האדם הזקן בקהילתו, לאפשר לו להזדקן במקום (Aging in place) ולמנוע העברתו למסגרת מוסדית, ככל שהדבר אפשרי.

טיפול סיעודי בזקנים במסגרות לטיפול ממושך מתבצע, עפ"י רוב, על-ידי מטפלות שהינן עובדות סמך מקצועיות, לרוב עם הכשרה מועטה, הנדרשות להפעיל מיומנויות בסיסיות ופשוטות בטיפול (Shinan-Altman & Cohen, 2009). בשנת 1975, טבע גובריום (Gubrium, 1975) את המונח 'עבודת מיטה וגוף' (bed and body work) בניסיון לתאר את אופי עבודתן הקשה של המטפלות במסגרות לטיפול ממושך, הכולל סיפוק צרכים פיזיולוגיים וצרכי ביטחון, כגון: האכלה, רחצה, הלבשה, טיפול בהפרשות ועזרה בניידות, כל זאת במקביל לנתינת סיוע במילוי צרכי הנפשיים - חברתיים של הדייר ושמירה על איכות חייהם והזדקנותם בכבוד של הדיירים אשר בטיפול.

מקצוע המטפלת הסיעודית מאופיין במעמד נמוך, הכנסה נמוכה, תנאי העסקה גרועים, העדר אפשרויות קידום וביטחון תעסוקתי נמוך (Shinan-Altman & Cohen, 2009). נתוני המוסד לביטוח לאומי, מלמדים כי שיעור הישראליות המועסקות כמטפלות במסגרת גמלת סיעוד עמד על כ- 80 אלף, נכון לדצמבר 2016. המטפלים הפורמליים בזקנים (שאינם מטפלים זרים), הינם בעיקר נשים, בגילאי הביניים, ממצב כלכלי נמוך, ולעתים קרובות גם עולות חדשות, יחסית (אסיסקוביץ, 2018; Shinan-Altman & Cohen, 2009).

בנוסף, שחיקתן של המטפלות, במסגרת הקהילה ובמסגרות לטיפול ממושך, הינה גבוהה וזאת כתוצאה מעבודה פיזית קשה בטיפול בזקנים, התמודדות נפשית ורגשית מורכבת נוכח מצבו הירוד של הזקן, נוכח תביעות מצד הזקן ובני משפחה אשר אינן קשורות לתפקיד, מצבים משפחתיים מורכבים ועוד (Shinan-Altman & Cohen, 2009). עוד יש לציין כי זמינותן של המטפלות הולכת ופוחתת לאור מאפייניהן הדמוגרפיים (חלק ניכר מהן הן עולות מברית המועצות לשעבר) והעלייה בגילן הממוצע (Asiskovitch, 2013). בשל מורכבות הטיפול בזקנים, קיים צורך להקנות לעוסקות בטיפול ידע ומיומנויות באמצעות תוכניות הכשרה ייעודיות, טרם השתלבותן של המטפלות במסגרת הקהילה ובמסגרות לטיפול ממושך.

תוכניות הכשרה לטיפול סיעודי בזקנים בעולם ובישראל

אחת ההגדרות המקובלות ביותר לטיפול סיעודי היא של האיגוד האמריקאי לרפואה – American Institute of Medicine (1986) לפיה טיפול סיעודי הוא: "מגוון של שירותים בריאותיים וחברתיים הניתנים לאנשים הזקוקים לסיוע על בסיס קבוע כתוצאה מנכות פיזית ו/או מנטאלית". בעולם קיימות תוכניות הכשרה שונות לטיפול סיעודי בזקנים הקובעות דרישות סף לטיפול בזקנים. כך, בארצות הברית, על מנת לעבוד כמטפלת סיעודית (בבית או במוסד לטיפול ממושך), יש צורך ללמוד בקורס הכשרה ולעבור בחינה עם סיום הקורס. משך הלימודים הוא כ-12 שבועות בממוצע ותכני הקורסים משתנים ממדינה למדינה וכוללים נושאים שונים,

כגון: מיומנויות תקשורת, זכויות החולה וטיפול אישי. לעומת זאת, אוסטרליה ואנגליה דורשות תעודה לקורס המשלב תכנים של ביולוגיה, פיזיולוגיה, תקשורת ופסיכולוגיה בסיסית. בסקירה זו נתייחס למספר תכניות הכשרה לעובדים בתחום הסיעוד הקיימות בעולם ובישראל, נבחן את קווי הדמיון ביניהן ואת המאפיינים הייחודיים הקיימים בכל תוכנית. נספח מספר 1 מציג השוואה בין התוכניות השונות באופן מתומצת.

תכניות הכשרה למקצועות הסיעוד בעולם

ארצות הברית:

ה- **PHI (Professional Healthcare Institute)** מבדיל בין שלושה סוגי עובדי סיעוד עיקריים: עוזרי סיעוד מוסמכים (Certified Nursing Assistant, CNA), עוזרי בריאות ביתיים (Home Health Aides), ועוזרים אישיים (Personal Assistants). לכל תפקיד קיימים סטנדרטים שונים בנוגע להכשרה הנדרשת לעסוק במקצוע. על מנת לעבוד כ-CNA, רוב המדינות בארצות הברית דורשות לפחות 75 שעות לימוד הכוללות התנסות בעבודה מעשית¹. לרוב נדרש גם 12 שנות לימוד, למרות שיש כמה תכניות שמציעות קורסים שמשולבים עם לימודים בתיכון. משך תוכנית מסוג זה הוא בין 6 ל-12 שבועות, ונילמדים נושאים הכוללים שליטה בזיהום, טיפול אישי, נהלי חירום, זכויות המטופל וצרכים פסיכו-סוציאליים. בנוסף, CNA מוסמך צריך לחזור על מספר יחידות לימוד מידי שנה, ומצופה ממנו לעבור הדרכות נוספות בנושאים שונים כגון אלימות במשפחה ועזרה ראשונה².

עם זאת, לתפקידי הסיעוד האחרים, עוזרי בריאות ביתיים ועוזרים אישיים, קיימת בעיה חמורה של רמה מינימאלית או אפילו אפסית של הכשרה הנדרשת כדי לעבוד כמטפלים בזקנים. על פי מחקרים, אצל עובדים שעברו תכניות הכשרה רציניות כמו ה-CNA נמצא כי הם בעלי רמות גבוהות יותר של סיפוק מהעבודה, רמות נמוכות יותר של שחיקה, פחות נושרים מהתפקיד וכן מספקים טיפול טוב יותר, דבר המדגיש את החשיבות של הכשרה ראויה³.

על מנת להתמודד עם המחסור בהכשרה, כחלק מהרפורמה במערכת הבריאות בארה"ב (Affordable Care Act, 2010), נוצרה תוכנית בשם Personal and Home Care Aide State Training (PHCAST). במסגרת תוכנית זו, מספר מדינות בארה"ב בוחנות שיטות לימוד מוצלחות יותר כמו, קורסי ליבה שתופענה בתוכניות הכשרה חובה וכן יצירת קורסי טיפול שמותאמים יותר לאנשים עם מחסומים לימודיים (כגון שליטה חלשה באנגלית)⁴.

על פי המלצות של ה-PHI, סייע אינו נדרש בהכרח להיות בעל חינוך פורמלי נרחב, עם זאת, על מנת לבצע את תפקידו כראוי הוא כן נדרש למיומנויות ייחודיות כגון חשיבה ביקורתית ומיומנויות לפתרון בעיות,

¹ <https://phinational.org/wp-content/uploads/legacy/clearinghouse/ASPETraining1204final.pdf>

² https://study.com/certified_nursing_assistant_training.html

³ <https://phinational.org/issue/training-advanced-roles/>

⁴ <http://www.asaging.org/blog/preparing-america-care-training-our-nations-homecare-workers>

מיומנויות חברתיות וידע בנוגע לבריאות. על כן, ה-PHI בונים את תכניות ההכשרה שלהם בהתאם ושמים דגש על המיומנויות הנ"ל.

בארה"ב יש מספר רב של סוכנויות שאימצו את מודל ההכשרה של PHI. כמו כן, קיימים גם מספר מאפייני ליבה המשותפים לכלל התוכניות: תוכנית לימודים אינטנסיבית הנעה בין שלושה לחמישה שבועות, שלושה עד שישה חודשי לימוד באמצעות עבודה מעשית וליווי, ושימוש ביועצת תעסוקה שעוזרת לעובדים החדשים להתגבר על מחסומים לתעסוקה במשרה מלאה, כמו לעזור לעובדים חדשים לנצל את כלל זכויותיהם התעסוקתיות.

בנוסף, תוכניות שעובדות לפי המודל של PHI מקפידות על שני מאפיינים נוספים – תהליך קבלה קפדני והבטחת מקום עבודה. הסוכנויות לא מקבלות כל אחד שרוצה ללמוד סיעוד, אלא רק אנשים שמראים רמות גבוהות של אמפתיה, סבלנות ובגרות, מכיוון שעל פי מחקרים, אנשים עם תכונות אלה הם בעלי הסיכויים הגבוהים ביותר להיות עובדי סיעוד איכותיים. בנוסף, כאשר הסוכנות מבטיחה משרה לכל בוגרי התוכנית, זה מאפשר למעסיק ליצור תרבות שהיא בו-זמנית גם תומכת וגם דורשת, ומשדרת למתלמד שמפעיל התוכנית יעשה כמיטב יכולתו לתמוך בעובדים ולאפשר להם לפעול בצורה הטובה ביותר⁵.

Homebridge⁶, עמותה שמספקת מאות סייעים/ות לקשישים ואנשים עם מוגבלויות בקליפורניה, מציעה, לטענתה, את אחד מקורסי ההכשרה לעובדי סיעוד המתקדמים ביותר בארה"ב. בקורס הבסיסי ש-Homebridge מציעה, המונה 48 שעות לימוד, לומדים על נושאים כגון עבודה עם זקנים, התמודדות עם דמנציה, שמירה על כבוד המטופל תוך כדי טיפול, פעולות יומיומיות כגון הלבשה, רחצה, נידוד, מניעת הזנחה והתעללות ועזרה ראשונה. כמו כן, ניתן לקחת קורסי המשך בנושאים מגוונים הכוללים: זכויות המטופל והעובד, ניהול זמן ולחץ, תזונה, התמודדות עם בעיות נפשיות, מיומנויות תקשורת בינאישית ועוד.

Ballad Heath מציע קורס הכשרה לעוזר סיעוד מוסמך (CNA), ששואף ללמוד את הבסיס לטיפול סיעודי, בדגש על זקנים וטיפול ארוך טווח. הקורס נמשך בין 60 ל-80 שעות לימוד עיוני, ועוד 40 שעות של התנסות מעשית. הקורס הוא ללא עלות, ומארגני הקורס מעודדים את תלמידיהם לעבוד בקליניקות של Ballad Heath לאחר סיום ההכשרה. הקורס מועבר בכיתות של עד 50 תלמידים, ושם לעצמו רשימה ארוכה של יעדי לימוד במסגרת ההכשרה כמו: לימוד מיומנויות טכניות של מתן טיפול תוך שמירת כבוד המטופל ורגישות תרבותית, מניעת פציעות, תזונה נכונה, טיפול בחולה סופני, ידע וז'רגון רפואי בסיסי, זיהוי סימני התעללות ותהליכי דיווח ועוד⁷.

⁵ https://phinational.org/wp-content/uploads/legacy/clearinghouse/PHI_Training_Overview.pdf

⁶ <http://www.homebridgeca.org/training/>

⁷ <https://www.balladhealth.org/event/class/47861>

בריטניה:

Corinium Care היא אחת הסוכנויות המובילות בבריטניה למטפלים תוך-ביתיים (live-in carers) לזקנים. הסוכנות מציעה קורס בסיסי של חמישה ימים, שכולל יחידות לימוד על עזרה ראשונה, התמודדות עם דמנציה, ואספקטים פיזיים של סיעוד. על מנת להתקבל לקורס, צריך לעבור ראיון אישי ולהיות בעל חמלה, אמינות גבוהה וסבלנות. כמו כן, הסוכנות מדגישה כי נדרש כושר גופני ברמה סבירה, עקב האופי הפיזי של העבודה. לעובדים שעברו בהצלחה את ההכשרה, הסוכנות מספקת קורס ריענון מעת לעת.⁸

Christies Care, סוכנות המציעה קורס של שבועיים המותנה בקבלה על סמך ראיון טלפוני. הקורס כולל יחידות לימוד בין היתר על תזונה, פעולות כגון רחיצה והלבשה, טיפול בחולה סופני, ביטוח לאומי ומיסים, התמודדות עם לחץ וקונפליקטים ועזרה ראשונה. לאחר ההכשרה יש יומיים ריענון שמצופה מכל עובד סיעוד לעבור מידי שנה. Christies Care שמה דגש על הפן הרגשי והאנושי של העבודה, לדוגמה, בכך שמציינת שהחלק החשוב ביותר של ההכשרה שלה היא ללמוד לשים את עצמך בנעלי המטופל. כמו כן, היא מדגישה את חשיבות התמיכה בעובדי הסיעוד, ומפעילה קו טלפוני הזמין 24/7 להתייעצות ותמיכה בעובדים.⁹

אוסטרליה:

Open Courses מציע קורס מקוון לעוזרי סיעוד, שפתוח לכל מי שסיים 10 שנות לימוד ומלאו לו 16 שנים. כל משתתף בקורס יכול להחליט על קצב הלימוד שלו, בתנאי שמסיימים את כל החומר הלימודי עד 18 חודשים לכל היותר. בקורס יש מספר יחידות לימוד, הכוללות עזרה ראשונה והכרת טרמינולוגיה רפואית, פרקטיקות עבודה בטוחות, סיעוד פיזי (תנועה, היגיינה), תקשורת, עבודה עם אנשים מרקעים שונים ועוד. על מנת לקבל את תעודת סוף הקורס, נדרש מעבר לחומר העיוני, 120 שעות התנסות בשטח.¹⁰

קנדה:

ניתן לעבור הכשרה לעובדי תמיכה אישיים (personal support worker) במספר מכללות בקנדה. **Algonquin Collage**, לדוגמה, מציע קורס שנמשך שנה שלמה, ונלמדים בו מספר רב של קורסים וכישורים הכוללים מיומנויות תקשורתיות, גוף האדם, טיפול בחולה סופני, מבוא לפסיכולוגיה וכן התנסות מעשית. על מנת להתקבל לתוכנית יש להיות עם תעודת סיום 12 שנות לימוד, עם עדיפות לתלמידים שלמדו מתמטיקה וביוולוגיה עד סוף התיכון.¹¹

Academy of Learning מציע גם הוא קורס להכשרת עובדי תמיכה אישיים. דרישות הקבלה לקורס הן מחמירות יותר מתכניות הכשרה במדינות אחרות- צריך 12 שנות לימוד ולהיות בגיל 19 לפחות, עם שליטה

⁸ <https://coriniumcare.com/carer-training/>

⁹ <https://www.christiescare.com/live-in-care-jobs/training/>

¹⁰ <https://www.opencolleges.edu.au/courses/health/certificate-iii-health-services-assistance>

¹¹ <http://www.algonquincollege.com/healthandcommunity/program/personal-support-worker-perley-rideau-veterans-health-centre/#ourprogram>

טובה בכתיבה ודיבור באנגלית. משך הקורס הוא 28 שבועות, וכולל יחידות לימוד עיוניות (עזרה ראשונה, מערכות גופניות וידע בריאותי, הזנחה והתעללות, בריאות קוגניטיבית ונפשית) וכן התנסות מעשית (הן בקהילה והן במוסד). בסוף הקורס יש לעבור בחינה בכתב, על מנת לקבל את תעודת המקצוע¹².

הודו:

The National Trust of India (גוף המסונף למשרד לצדק חברתי והעצמה): הסוכנות מפרטת את תוכנית ההכשרה שלה לטיפול סיעודי באנשים עם מוגבלויות שכליות וגופניות, לטובת טיפול בקהילה, במוסדות וטיפול ביתי. משך הקורס הוא שלושה חודשים, עם יחס של 30:70 בין חומר עיוני להתנסות מעשית, לטובת הצד המעשי. בקורס, מקפידים על יחס של מורה אחד לכל 15 תלמידים, על מנת להבטיח יחס ותשומת לב מספקת. הנושאים שנלמדים בקורס הם מגוונים וכוללים לימוד על סוגים שונים של נכויות, היבטים בריאותיים, עזרה ראשונה, תפקוד במצבי חירום, הכרת חוקים הקשורים לנכויות ושיטות להתמודדות עם קשיים פסיכולוגיים תוך כדי הטיפול¹³.

תכניות הכשרה למקצועות הסיעוד בישראל

קורס הכשרה לטיפול סיעודי של עמותת מטב: קורס ההכשרה הבסיסי של עמותת מטב נועד להכשיר את תלמידיו לטיפול סיעודי בזקנים, והוא מונה 70 שעות לימוד, מתוכן 15 שעות התנסות מעשית בבתי חולים בקהילה. הקורס מועבר בקבוצות קטנות על ידי עובדים סוציאליים ואחיות, ומתמקד במספר נושאים מרכזיים: היכרות עם חוק סיעוד וחוקים נוספים רלוונטיים, היבטים תפקודיים ובריאותיים של האדם הזקן, יצירת קשר טיפולי, סוגיות אתיות, מניעת התעללות והזנחה וכלים לתקשורת בין אישית אפקטיבית. בשלב ההכשרה המעשית, המשתתפים מתנסים בטיפול סיעודי בבתי חולים ובמחלקות סיעודיות, ומתנסים בפעולות כגון האכלה, רחצה, הלבשה, נידוד וטיפול בהפרשות. ההכשרה נעשית בליווי ובהדרכה, לצד שיעורים עיוניים המקשרים בין החומר התיאורטי לעבודה המעשית¹⁴.

שירות התעסוקה מציע גם הוא קורס להכשרת סייעות/ים מאומנות/ים. הסייע הוא האדם הכי קרוב למטופל, ותפקידו לא מסתיים בטיפול הפיזי בלבד, אלא עליו להכיר גם ברגשות ובצרכים החברתיים של המטופל. על כן, הקורס מתמקד בשלושה צירים מרכזיים: אספקטים מקצועיים בעבודה המעשית (אבטחת איכות הטיפול, מניעת תאונות ועוד), אספקטים פיזיים בסייעות המטופל (תזונה, פעולות גופניות, היגיינה ועוד), ואספקטים פסיכוסוציאליים בסייעות המטופל (תקשורת בינאישית, פעולות חברתיות ותעסוקתיות, התמודדות עם משברים ועוד). על מנת להתקבל לתוכנית, המועמד צריך להיות בעל 10 שנות לימוד לפחות, לעבור מבחן מיון בקריאה, כתיבה ודיבור, ולעבור ראיון אישי ושאלון מוטיבציה.

¹² http://www.academyoflearning.com/programs_on_personal_support_worker.html

¹³ <http://thenationaltrust.gov.in/upload/uploadfiles/files/Syllabus%20English1.pdf>

¹⁴ <https://www.matav.org.il/טיפול-סיעודי-לקשישים/קורס-הכשרה-לטיפול-סיעודי/>

בנוסף ללימודי הליבה והתשתית שנלמדים בתוכנית, הכוללים אספקטים פיזיים ופסיכו-סוציאליים בטיפול, מתקיימת הוראה גם במקצועות תומכים כגון בריאות, עזרה ראשונה והקשר המשפטי לטיפול. סך הכל התוכנית כוללת 254 שעות לימוד עיוניות ובנוסף עוד 328 שעות לימוד מעשיות שכוללות עבודה טיפולית בבתי אבות ובמרכזי יום.¹⁵

קורס של אשל - הקורס כולל 40 שעות שבועיות עבור מטפלות סיעודיות עובדות שנשלחו לקורס בשל הדרישה של המוסד לביטוח לאומי ש-30% מהמטפלות יהיו בוגרות קורס.

מטפלת קהילתית (מושא הערכה זו) - קורס זה נבנה לראשונה בשנת 2014 תוך שיתוף פעולה בין גופים שונים, כולל דרור בתי חינוך, ג'וינט אשל, הקרן למפעלים מיוחדים בביטוח לאומי, משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, האגף להכשרה מקצועית, הרשויות המקומיות ומקומות התעסוקה. הקורס הראשוני היה מיועד לצעירים לאחר שירותם הצבאי, כאשר דרישות הקדם כללו 12 שנות לימוד וועדת קבלה. במקור התוכנית כללה מעל 900 שעות עם דגש על הצד העיוני. בהמשך, התוכנית השתנתה. היעוד שלה התשנה אף הוא, כאשר מבוגרים מעל גיל 30 גויסו לתוכנית. מספר השעות ירד ל 760 שעות, כאשר כהחל מהחודש השלישי שולבו החניכים בעבודות השדה.

לסיכום, ניכר כי יש גיוון רב בתוכניות ההכשרה השונות הקיימות בעולם, אך יש גם הרבה במשותף. בכל תוכניות ההכשרה קיימים נושאי ליבה משותפים- לימוד על בריאות, עזרה ראשונה, תקשורת בינאישית וכמעט בכלם גם התנסות מעשית עם פעולות סיעודיות (הלבשה, רחצה, וכו'). ברוב התוכניות נראה שיש דרישות מסוימות על מנת להתקבל לתוכנית – רמה מינימאלית של שנות לימוד ושליטה בשפה, אבל גם נוכחות של מוטיבציה ותכונות מסוימות שחשובות לעבודה מסוג זה, כגון אמפתיה וסבלנות.

הקורסים הבסיסיים ביותר מונים בין 50 ל-70 שעות לימוד, אך יש גם קורסים מורחבים ומקצועיים עוד יותר המונים מעל 500 שעות לימוד. אלמנט חיוני בכל תכניות ההכשרה הוא העבודה המעשית, אך רק בחלק מהתכניות היא מהווה נתח משמעותי משעות הלימוד. אלמנט נוסף הוא הכשרת ריענון, שבמספר תכניות מונים כהיבט חשוב של ההכשרה והעבודה.

לכל התוכניות מטרה כללית משותפת- לספק סיוע מקצועי ואיכותי לאוכלוסיות נזקקות כגון אנשים זקנים ואנשים עם מוגבלויות פיזיות ושכליות. עם זאת, נראה כי ברוב התכניות, הדגש העיקרי הוא על סיוע לתפקוד הפיזי של המטופל, ורק חלק מהתוכניות שמות בראש מעינם גם את החשיבות של טיפול הוליסטי המתייחס גם למצב הנפשי והחברתי של המטופל. ראה/י נספח עם טבלה המסכמת את הנתונים אודות ההכשרות השונות.

בישראל, רבים מהעובדות בתחום הטיפול בזקנים הינן חסרות הכשרה מתאימה, ואף אינן נדרשות לה במסגרת קבלתן לעבודה. רוב העובדות הסמך-מקצועיות אינן בעלות התמחות או הכשרה מקצועית לטפל

¹⁵<http://employment.molsa.gov.il/Employment/ManpowerTraining/SchoolsAndTeachers/Curriculum/Tashki fim/a903.pdf>

בזקנים, למרות שהן אלה המספקות את מירב הטיפול. עובדות סמך מקצועיות מתקבלות לעבודה עם זקנים ללא כל הכשרה פורמלית וגם ההדרכה והתמיכה שהן מקבלות, תוך כדי עבודה, מוגבלים. בהעדר הכשרה מתאימה עלולות עובדות אלה לחוש לחצים ושחיקה עם חשיפה לקשיים ולמקורות לחץ שונים בעבודה, אשר הן לא הוכנו אליהם ואין להן את הכלים להתמודד עמם (Yacovich & Yacovich-Tishler, 2015). כך, לשם דוגמא, אין במסגרת הרגולציה החוקית כיום כל דרישה להכשרה מקצועית מיוחדת למה שמכונה "כוח עזר" במסגרות המוסדיות לזקנים. בנוסף, ניירות עמדה מטעם ארגונים מקצועיים בתחום הזקנה הצביעו בצורה ברורה על המחסור הקיים בכוח אדם גריאטרי – בכלל, וכוח אדם איכותי ומקצועי-בפרט. בנוסף להעדר הכשרה מתאימה למטפלות בזקנים, קיימים חסמים העשויים לפגוע באיכות הטיפול אותו המטפלות נותנות לזקנים.

חסמים בטיפול בזקנים

בסקירה זו נעסוק בשלושה חסמים מרכזיים: תנאי העסקה, מאפייני הטיפול ועמדות כלפי זקנים.

תנאי העסקה- טיפול בזקנים נחשב לעבודה אשר ישראלים רבים נרתעים מלעסוק בה הן בשל אופי העבודה והן בשל השכר הנמוך הניתן תמורתה. במהלך השנים היה המוסד לביטוח לאומי ער למעמדם הנחות למדי של מטפלות הבית ביחס למעסיקים ופעל להבטיח רף תחתון לתנאי עבודתן, שכן ומתן זכויות סוציאליות כחוק (המוסד לביטוח לאומי, 2013). יחד עם זאת, מטפלות בית מועסקות עדיין במשרות חלקיות, בשכר מינימום תוך העדר אפשרויות קידום וביטחון תעסוקתי נמוך. כמו כן, מי שמעוניינת לעבוד במשרה מלאה נאלצת לעבוד אצל מספר מעסיקים, דבר הכרוך גם בהוצאות על נסיעות בין המעסיקים (Natan, 2012). בנוסף, עבודת הטיפול בזקנים נחשבת כעבודה בעלת סטטוס חברתי נמוך המיועדת בעיקר לנשים ממעמד סוציו-אקונומי נמוך (Benjamin, Matthias, Kietzman, & Furman, 2008). עם זאת, יש לציין כי במחקר שנערך בשיתוף עם המוסד לביטוח לאומי, נמצא כי מטפלות הבית לא מעוניינות לעבוד בחגים, שבתות או לילות גם תמורת שכר נוסף. אולם, הן היו מוכנות להרחיב את אחוזי המשרה שלהן (Ayalon, Green, Eliav, & Shmelzer, 2013).

מאפייני טיפול- טיפול בזקנים כולל בחובו עבודה פיזית ונפשית קשה הדורשת הפעלת מיומנויות בסיסיות ופשוטות בטיפול. למרות שהמיומנויות הנדרשות הן לכאורה בסיסיות, מאפיינים של טיפול בזקן עושים עבודה זו למורכבת יותר. המטפלת צריכה להתמודד עם חוסר ודאות בעבודה ועם דרישות תפקיד משתנות על המצב של המטופל, אין ברשותן הנחיות ספציפיות לגבי תפקידיהן בטיפול, וכיצד עליהן לתמך במצבים בהם הדרישות של בני המשפחה שונות מדרישות המטופל. לכן, חלק גדול מההחלטות היומיומיות בטיפול נשאר בידי המטפלות במפגש האישי שלהן בבית המטופל, מה שעשוי ליצור קונפליקט ועמימות בתפקיד.

עמדות כלפי זקנים- עמדות כלפי זקנים עשויות להסביר, ולעיתים אף לנבא, התנהגויות כלפי זקנים (Shinan-Altman & Cohen, 2009). באטלר (Butler, 1980) טבע את המונח 'גילנות' (ageism) כמושג המכיל את האספקטים הסטיגמטיים של העמדות החברתיות השליליות כלפי זקנים. לשיטתו, קיומן של עמדות שליליות

כלפי זקנים יוצר התנהגות מפלה המושפעת מדיעות קדומות ואפליה על רקע גיל. כך, באמצעות הבנת עמדות כלפי זקנים ניתן לחזות התנהגות כלפי זקנים, בפועל. קוסברג (Kosberg, 1983) טבע את המונח 'professional ageism' המתייחס ליחס שלילי ולאיכות טיפול רעועה הניתנת לאוכלוסיית הזקנים, מפאת גילם. כך, נמצא כי מטפלים בעלי עמדות המושתתות על העדר הבנה של מנהגים ותרבויות, ידע דל לגבי מושגים של פרטיות, כבוד וצרכים של אנשים זקנים, הינם בעלי פוטנציאל גבוה יותר להחזיק בעמדות שליליות כלפי מטופלים זקנים (Joshi & Flaherty, 2006).

לצד החסמים שתוארו לעיל, קיימים גם גורמים התורמים לכך שאנשים לוקחים על עצמם את עבודת הטיפול בזקנים-

גורמים הקשורים לתנאי העבודה- גמישות בשעות ובימים, עבודה המאפשרת לעבוד מעט שעות והעדר אלטרנטיבות תעסוקה אחרות (Kamp, 2012). **גורמים הקשורים לטיפול עצמו-** טיפול בזקנים מאפשר תחושת משמעות והגשמה עצמית כמו גם הזדמנות לסייע לזקנים בסוף חייהם (Kamp, 2012).

יש לציין כי תוכנית ההכשרה למטפלים קהילתיים מהווה ניסיון לבניית פרופסיה בתחום הסיעוד. הרעיון העומד מאחורי תוכנית ההכשרה הוא כי באמצעות הפיכתו של מקצוע המטפל הסיעודי לפרופסיה, ניתן יהיה לרומם את התחום ולמשוך אוכלוסייה איכותית לעבודה עם אנשים זקנים. באופן עדיף, הדבר אף עשוי לתרום לאוכלוסיית הזקנים אשר תרוויח ממטפלים איכותיים. לפיכך, בחלק הבא נסקור את המרכיבים והתנאים ליצירת פרופסיה על מנת ללמוד מכך על הצרכים העומדים בפני תוכנית ההכשרה של המטפלים הקהילתיים.

המרכיבים והתנאים ליצירת פרופסיה

המונח 'פרופסיה', (בלטינית- profession), הופיע כבר במאה השלוש-עשרה במובן של הצהרה פומבית לעמדה ציבורית או אמונה דתית. כיום, מונח זה מציין תעסוקה או שליחות שכרוכים בידע ייחודי ובהכנה אקדמית אינטנסיבית (אליס, 2012). עם זאת, קיימות מספר גישות שונות בנוגע לאופן שבו ניתן להגדיר פרופסיה.

התהליך של גיבוש הגדרה מדויקת למונח פרופסיה החל בשנות ה-50 וה-60 של המאה הקודמת. הגישה העיקרית באותה תקופה ראתה פרופסיות כתחומים בעלי מאפיינים ייחודיים, כגון ידע רב וניסיון בתחום ספציפי. בשנים אלו, היו שני זרמים עיקריים של הגישה הזו. הראשון עסק בעיקר ברשימות של תכונות השייכות לפרופסיות. לדוגמא, וילינסקי (Wilensky, 1964) הציע לכלול במונח פרופסיה רמה גבוהה של ידע ומיומנות, קוד אתי, אלטראיזם, רצינות והסמכה ממכון חינוכי. מנגד הייתה גישה שהדגישה את הפונקציונליזם (המטרה או הייעוד של הפרופסיה) וטענה כי פרופסיה משרתת מטרה והיא העברה של ערכים והתנהגויות נורמטיביות בחברה (ראה פרסונס למשל). אחרים הביעו ביקורת על הגישה הזו, וטענו כי ההגדרה מתייחסת לאידיאל של פרופסיה, ולא למציאות הקיימת בשטח (Sacks, 2012).

גרינווד (Greenwood, 1957) טען שפרופסיה צריכה להכיל את המאפיינים הבאים: גוף ידע שיטתי, סמכות ואמינות, קוד אתי, רגולציה של חברה כמו גם תרבות של ערכים, נורמות וסמלים (Professional Standard Council).

בשנות ה-80 ההגדרה של פרופסיה התרחבה וכללה את המאפיינים הבאים (אבידב-אוונגר, 2010; 1989; Hitchens,

1. קיום גוף מאורגן אינטלקטואלי, ההולך וגדל באמצעות מחקר;
2. תקופה ממושכת של הכשרה ורישוי;
3. סדרת תקנים והצהרות בנוגע להתנהגות אתית;
4. יכולת ליצור מנהיגות פנימית;
5. התחברות של עוסקים בפרופסיה לכלל קבוצה הדוקה, המקיימת דרגה גבוהה של תקשורת בין החברים;
6. הכרה ציבורית בקיומה של הפרופסיה;
7. אחריות של חברי הפרופסיה לפעולתם ולתוצאותיה;
8. מערכת יחסים ממוסדת עם פרופסיות אחרות.

בשנת 2004 קרוס (Crues, 2004) הגה את אחת ההגדרות המקיפות ביותר, וציין כי פרופסיה היא מקצוע שתכונת הליבה שלה היא התבססות על גוף ידע מורכב, ידע זה משרת אחרים והחברים בה פועלים על פי קוד אתי ושואפים למצוינות, יושר, מוסריות, וקידום טובת הציבור שבתחומם (Duncan & Rice, 2006).

קיימת גישה נוספת והיא הגישה הניו-וובריאן (neo-Weberian). גישה זו מבוססת על האמונה שאנו חיים בעולם תחרותי ודינאמי המורכב מכוח פוליטי ואינטרסים, שבו קבוצות זוכות למעמד מקצועי בעקבות גבולות חוקתיים שמגדירים פרופסיות מסוימות. לפי גישה זו, מהות הפרופסיה היא השגת רגולציה משפטית רשמית המגדירה היטב מהם הגופים הכלולים ומהם הגופים שאינם כלולים בפרופסיה מסוימת. לפי גישה זו, חברי הפרופסיות צפויים ליהנות מאיכות חיים טובה יותר, מעמד והכנסה גבוהה יותר, עם יותר כוח חברתי, לעומת אלה שאינם חברים (Sacks, 2012).

לסיכום, מכל הגישות שהוצגו ניכר כי ישנם מספר מאפיינים עיקריים המגדירים פרופסיה, הכוללים: ידע בתחום ספציפי המבוסס על מחקר, הכשרה ממושכת והתמחות, השתלמות מתמדת, אוטונומיה בקבלת החלטות, קוד אתי ושליטה בתנאי הקבלה לפרופסיה. עם זאת, מאפיינים אלה מצויים על פני רצף, דבר שעלול לעורר מחלוקת בנוגע לסטטוס של מקצוע מסוים, במידה והמאפיינים מתקיימים רק באופן חלקי. עוד יש לציין כי ישנן גישות ביקורתיות כלפי תחום הפרופסיות, לדוגמה כאלה שרואות בו כתחום הנשלט על ידי המעמדות העליונים של החברה (Sacks, 2012).

תיאור התוכנית והמחקר המלווה

לאור הזדקנות האוכלוסייה, הצורך הגובר במטפלים סיעודיים לאוכלוסייה זו, והקושי לגייס מטפלים, החלו 'דרור בתי חינוך', בשיתוף עם ג'וינט אשל, הקרן למפעלים מיוחדים בביטוח הלאומי, משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, האגף להכשרה מקצועית, רשויות מקומיות ומקומות תעסוקה בפיתוח מסלול להכשרת מטפלים קהילתיים. תאור המסלול הראשוני, כפי שנמסר על ידי 'דרור בתי חינוך' נמצא בנספח מספר 2. באותו הנספח מופיעה גרסה נוספת של התוכנית לאחר שינויים.

מטרות התוכנית וקהל היעד שלה

להלן תיאור קצר של מטרות התוכנית וקהל היעד שלה כפי שפורסם ב 30 לדצמבר, 2014.

רקע וצורך בתוכנית

עקב שיפור תנאי המחיה, הרפואה והתברואה, חל גידול משמעותי בתוחלת החיים האנושית בעת האחרונה, ובני-דורנו צפויים לחיות הרבה מעבר לקודמיהם. לפי תחזיות האוכלוסייה של הלמ"ס צפוי מספרם של הזקנים להגיע ל-1.367 מיליון נפש בשנת 2030. כיום, רבע ניכר מהזקנים מתגוררים לבד, וכ-19% מקרב בני 65+ חשים בדידות לעיתים קרובות. על פי תמונה זו, ניכר שהצורך בטיפול באוכלוסיית הקשישים בארץ רק ילך ויגדל וקיימת חשיבות בהכשרת צעירים וצעירות לטיפול מקצועי רב-תחומי באוכלוסייה זו.

רבים מהעובדים בתחום, הינם חסרי הכשרה מתאימה ואף אינם נדרשים לה במסגרת קבלתם לעבודה.

בשנים האחרונות אנו עדים לקושי בגיוס כוח אדם איכותי למקצוע הסיעוד והטיפול בזקנים, וכתוצאה מכך ליצירת מצב בו מעטים הישראלים הבוחרים לעסוק בתחום. בנוסף, במצב הקיים, רבים מהעובדים בתחום זה הינם חסרי הכשרה מתאימה, ואף אינם נדרשים לה במסגרת קבלתם לעבודה. כך לשם דוגמא, אין במסגרת הרגולציה החוקית כיום כל דרישה להכשרה מקצועית מיוחדת למה שמכונה "כוח עזר" במסגרות המוסדיות לזקנים. בנוסף, ניירות עמדה מטעם ארגונים מקצועיים בתחום הזקנה הצביעו בצורה ברורה על המחסור הקיים בכוח אדם גריאטרי – בכלל, וכוח אדם איכותי ומקצועי – בפרט.

חזון

- הצמחת דור חדש של מטפלים בזקנים שיראו בעבודתם שליחות ותרומה.
- קידום מעמד הזקן על ידי יצירת מערך מטפלים רב תחומיים שיביאו לשיפור באיכות חייו והעלאת ערכו בעיני עצמו ובעיני החברה.

אוכלוסיית היעד

התוכנית פונה לצעירים וצעירות המצויים לקראת תום שרותם הצבאי או מסיימי שירות לאומי-אזרחי, בעלי נטייה לתחום הטיפול ומוטיבציה לפעולה בשדה השינוי החברתי. בדרישות המקצוע נכללים: רגישות וכישורים חברתיים, יכולת פיזית ונפשית לעמוד בפני מצבי לחץ, אחריות, יכולת הנעה וארגון.

בנוסף התוכנית מתאימה לצעירים המתקשים למצוא כיוון אישי ותעסוקתי וזקוקים למסגרת תומכת ומכוונת על מנת להשתלב בהצלחה בעולם העבודה.

תהליך איתור המשתתפים יעשה בשיתוף פעולה עם מספר יחידות בצה"ל ומנהלת השירות הלאומי-אזרחי, זאת על מנת לכלול השתתפות של אוכלוסייה רלוונטית ומגוונת בקורס. האיתור יערך בקרב חילות ותפקידים בעלי אוריינטציה טיפולית (כגון: מש"קיות ת"ש, חיל רפואה, בוגרי שירות לאומי במוסדות רפואיים ובתחום הזקנה ועוד) ובקרב אוכלוסיות יחודיות (חיילי מקא"ם, חיילים מהעדה האתיופית ועוד). המיון ייעשה באמצעות כנסי חשיפה, ראיונות אישיים וקבלת המלצת מפקד. התוכנית תפעל באופן שיאפשר שילוב החיילים בטרם שחרורם מצה"ל (במשך 3-6 חודשי השירות האחרונים) ובכך יאפשר לסטודנטים להמשיך לקבל תנאי חייל בשירות סדיר (משכורת צבאית, דמי נסיעה, אש"ל וכו').

התוכנית תכלול כ-200 צעירים וצעירות ב-3 שנים.

התוכנית תכלול את ההטבות הבאות:

- השתתפות בהכשרה שלושה חודשים על חשבון הצבא.
- מימון הכשרה.
- קבלת מלגת קיום בגובה 1500 ₪ בחודש.
- קבלת מענק עבודה נדרשת ומענק התמדה בסך 20,000 ₪ בתום שנת עבודה.

מטרות התוכנית

- יצירת מקצוע רב תחומי-פיתוח הטיפול בזקן לתחום קהילתי-אישי.
- הבניית הסמכה והעשרת כלים למטפלים בזקנים.
- הבניית אופק תעסוקתי מגוון אשר יאפשר לצעירים להשתלב בתחום ולראות בו מקצוע בעל כושר התפרנסות ראייה.
- יצירת שינוי בתחום עמדות בטיפול בזקן על ידי שילוב צעירים בעלי כישורים והסמכה.

יעדים ומדדי הצלחה

המדד	היעד
יצירת מערך תמריצים (קיצור שירות, מלגת לימודים, מענקים וכו')	מיתוג המקצוע מחדש
<ul style="list-style-type: none"> • הכשרת 200 צעירים בשלוש שנים. • פתיחת התוכנית בארבעה מוקדים ברחבי הארץ. • שילוב אוכלוסיות מגוונות (משקיות ת"ש, חיל רפואה, חיילי מקא"ם ועוד). 	הגדלת מספר הצעירים שעוסקים בתחום הטיפול בזקנים
הרחבת המקצוע ע"י הכשרות והסמכות בתחומים מגוונים: תחום הטיפול האישי, התחום החברתי-קהילתי, התחום הפרא רפואי ומתן כלים באומנויות, תעסוקה ומחשבים.	יצירת הכשרה רב תחומית
<ul style="list-style-type: none"> • שילוב 75% מבוגרי ההסמכה במגוון השירותים בתחום. • התמדה של כ-75% בתעסוקה בתחום כשנה לאחר השתלבותם. 	שילוב בוגרי התוכנית במערך המקצועי במשק
<ul style="list-style-type: none"> • יצירת תגמול נוסף לבוגרי ההכשרה. • יכולת התקדמות תעסוקתית בתחום. • יצירת תקנים למטפל קהילתי במוסדות לטיפול בקשישים – הן בקהילה והן במוסדות. 	יצירת אופק תעסוקתי

פרוט שלבי התוכנית

- א. שיווק התוכנית, גיוס ואיתור משתתפים בשיתוף צה"ל והשרות האזרחי.
 - ב. תוכנית ההכשרה כוללת 2 סמסטרים:
 1. תוכנית הכשרה מורחבת הכוללת 760 שעות המתקיימת כ-7 חודשים. מי שמסיים את ההכשרה **כולה** יקבל תעודה מקצועית מטעם משרד הכלכלה ושתי תעודות נוספות בתחום החברתי והפרא-רפואי.
 2. תוכנית הכשרה בסיסית במשך שלושת חודשי ההכשרה הראשוניים. בתום תקופה זו תהיה אפשרות לסיים את ההכשרה עם תעודת מטפל שתוכר על ידי חברות הסיעוד.
 - ג. תכני ואופן הלימוד – יסודות בטיפול אישי, רקע גרנטולוגיה גריאטריה, מדיניות חברתית וחקיקה בתחום הזקנה, כלים באומנויות ותעסוקה, מנהיגות ויזמות.
- ההכשרה כוללת; סיורים, סדנאות מעשיות, הרצאות וסגל הוראה קבוע. בסמסטר השני יהיה שילוב לימודים ועבודה בשכר במקומות שונים.

ד. השמה וליווי בעולם העבודה – התוכנית כוללת כוח אדם מיוחד שיתמוך בהשמה בעבודה וילווה את המטפלים בכניסתם לעבודה.

2 חברות סיעוד התחייבו לקלוט את בוגרי ההכשרה המלאה בשכר גבוה יותר שיהלום את הכשרתם.

ה. התוכנית תתקיים ב-4 מוקדים ברחבי הארץ, המוקד הראשון מתוכנן לעפולה.

שינויים שחלו בתוכנית

כפי שמפורט בפרק הממצאים, התוכנית עברה שינויים משמעותיים. אוכלוסיית המחקר השתנתה ונעשתה פנייה לאוכלוסיות מבוגרות יותר, כולל אנשים שכבר עובדים עם זקנים כמטפלים סיעודיים. לפיכך, הגיוס דרך הצבא פסק והמענק הצבאי הפך ללא רלוואנטי. שינוי משמעותי נוסף הוא הבניית התוכנית כך שהחלק המעשי תופס מקום משמעותי יותר. אם בתחילת התוכנית, היה דגש רב על הצד התיאורטי של טיפול בזקנים, בעקבות פידבק, החלו החניכים בהכשרה מעשית כבר בחודש השלישי להכשרה. שינויים אלו מפורטים בפרק הממצאים.

לשם הערכת התוכנית, התבקשו לבחון את המטרות הבאות:

1) לבחון את מאפייני המשתתפים/ות והנושרים/ות מתוכנית ההכשרה ולזהות סיבות להמשך השתתפות בתוכנית או לנשירה.

2) להעריך את מודל המיון וההכשרה על מרכיביו השונים.

3) להעריך את תוצרי התוכנית (בהתייחס למסיימי התוכנית שהשתלבו במקומות עבודה, המתמידים בעבודה ואלו שעזבו או לא השתלבו כלל במקום עבודה ייעודי) ולבחון מתן מענים בהתאם לקשיים שיעלו בהפעלת התוכנית

4) לבחון שביעות רצון מהתוכנית בקרב מעסיקים (במוסדות ובקהילה) ובקרב זקנים שקיבלו טיפול ממטפלים קהילתיים.

5) לבחון את הטמעת התוכנית בקרב קובעי מדיניות ממשלתיים.

6) לבחון את פעילות מודל המיון וההכשרה והאם פעילות המודל אכן תואמת למדווח על ידי הגורמים המפעילים.

השערות העבודה

1) הבדלים בין משתתפי/ות התוכנית לבין אלה שנשרו ממנה יבואו לידי ביטוי בעמדות כלפי זקנים וכלפי הטיפול בזקנים, כך שאלו שסיימו את ההכשרה יחזיקו בעמדות חיוביות יותר כלפי זקנים וכלפי הטיפול בזקנים, לעומת אלו שנשרו מההכשרה.

2) עמדות כלפי זקנים, עמדות כלפי עיסוק המטפל/ת, ונכונות לטפל בזקנים יהיו גבוהים יותר בקרב משתתפי/ות תוכנית ההכשרה בסיום ההכשרה, לעומת תחילת ההכשרה. שביעות רצון מתוכנית ההכשרה תהיה גבוהה.

3) ככל שמשותפיות התוכנית שהשתלבו במקומות עבודה ידווחו על קשיים וחוסר שביעות רצון מהעבודה, כך הם פחות יתמידו בעבודה ויביעו רצון לעזוב את מקום העבודה.

4) התכנים הנילמדים בתוכנית ההכשרה יתאמו את דרישות תפקיד המטפל/ת הקהילתי/ת בפועל.

5) מעסיקים וזקנים יביעו שביעות רצון גבוהה ממשותפים שהשתתפו בתוכנית ההכשרה.

6) מדדים של הצלחת התוכנית יאפשרו הטמעת התוכנית בקרב קובעי מדיניות ממשלתיים והמשך הפעלת התוכנית.

הגדרת משתנים תלויים ובלתי תלויים ואיך ימדדו

להלן הגדרת המשתנים הבלתי תלויים והמשתנים התלויים.

משתנים בלתי תלויים: השתתפות בתוכנית ההכשרה ונסירה מתוכנית ההכשרה.

משתנים תלויים:

מדדים סובייקטיביים: עמדות כלפי זקנים, עמדות כלפי עיסוק המטפל/ת, שביעות רצון מתוכנית ההכשרה, נכונות לטפל בזקנים, איכות יחסים עם זקנים, שביעות רצון ממקום העבודה, רצון לעזוב את מקום העבודה. מדדים אלו נמדדו בסופו של דבר רק באופן איכותני דרך ראיונות לאור השונות הרבה בתכניות והמספר המועט של החניכים.

מדדים אובייקטיביים: השתלבות בעבודה, התמדה בעבודה, אופק תעסוקתי ותגמולים, השמה בשירותים בתחום הזקנה.

משתנה בקרה: ניסיון בטיפול בזקנים

מידע דמוגרפי ומידע כללי נוסף: גיל, מין, מקום לידה, שנת עליה, מצב משפחתי, מספר שנות לימוד, תפקיד במהלך השירות הצבאי, שימוש בהטבות לצורך לימודי ההכשרה, מקור מידע בנוגע לתוכנית ההכשרה וכן קבלת ליווי תעסוקתי לאחר סיום ההכשרה.

אוכלוסיית המחקר

1. משותפיות/ות תוכנית ההכשרה- כל המשתתפים בתוכנית ההכשרה מתחילת יישום התוכנית ועד סיום ביצוע המחקר.

2. משותפים/ות שנשרו מתוכנית ההכשרה מתחילת יישום התוכנית ועד סיום ביצוע המחקר.

3. צוות תוכנית ההכשרה- מחולק ל-2 צוותים: 1. צוות המוקדים (עפולה, באר שבע, ראשון לציון) הכולל את רכזת המכללה, מדריכות הקבוצה, רכזת תעסוקה, רכזת פדגוגית ורכזת משאבים. 2. צוות ארצי המלווה את צוותי המוקדים וכולל מנהלת ארצית של המכללות, מנהלת תחום פיתוח והכשרה מקצועית ורכזת תחום זיקנה.

4. מרצים/ות בתוכנית ההכשרה- נדגמו מתחומים שונים כגון, ריפוי בעיסוק וסיעוד.

5. נציגים/ות של השותפים לפיתוח ולהפעלה- נציגים מתוך כלל השותפים הבאים עפ"י נושאי אחריותם:
 א. פיתוח והטמעת התוכנית- נציגים של הקרן למפעלים מיוחדים.
 ב. מיון וגיוס הצעירים-צה"ל, עמותת "שלומית", "האגודה להתנדבות", המשרד לאזרחים וותיקים.
 ג. תוכנית לימודים והכשרה- משרד הכלכלה, ג'וינט- ישראל אשל, אוניברסיטת חיפה- החוג לגרונטולוגיה, מד"א.
 ד. השמה- משרד הרווחה והשירותים החברתיים, חברות הסיעוד השונות, רשויות מקומיות.
 6. מעסיקים במקומות עבודה- במוסדות ובקהילה.
 7. זקנים המטופלים ע"י מטפלת/ת קהילתית- במוסדות ובקהילה.
 8. צוות מעשי- בתקופת העבודה המעשית ולאחר השתלבות בעבודה.

הליך המחקר

במסגרת המחקר נאספו הנתונים באמצעות הכלים הבאים:

1. **קבוצות מיקוד/ראיונות עומק** עם כל אחת מקבוצות אוכלוסיית המחקר (משתתפים/ות שנשרו מהתוכנית, צוות תוכנית ההכשרה, מרצים/ות בתוכנית ההכשרה, צוות מעשי, נציגים/ות של השותפים לפיתוח ולהפעלה, מעסיקים במקומות עבודה, זקנים המטופלים ע"י מטפלת/ת קהילתית). קבוצות מיקוד למשתתפי/ות התוכנית הועברו מיד בתחילת המחקר, עם סיום ההכשרה ואחרי שישה חודשים של השתלבות בפועל בתפקיד מטפל קהילתי ולאחר מכן אחת לשנה עד סיום המחקר בכדי לבחון שינוי לאורך זמן. כמו כן, נערכו ראיונות עם משתתפים שנשרו. ראיונות עם מפתחי התוכנית, המרצים והמדריכים בתוכנית אף הם נערכו בתחילת המחקר. ראיונות עם המרצים והמדריכים נערכו שוב כחלק מתהליך ההערכה של התוכנית.
 איסוף הנתונים בקבוצת המיקוד והראיונות האיכותניים נעשה באמצעות מדריך ראיון מובנה למחצה. נספח מספר 3 מציג את מדריכי הראיונות השונים. עבור כל קבוצה מאוכלוסיית המחקר חיברנו מדריך ראיון כמפורט להלן:

1. משתתפי/ות תוכנית ההכשרה- מדריך הראיון כלל שאלות בנוגע לקבלת ההחלטה להשתתף בתוכנית, שביעות רצון מהתוכנית, קשר עם צוות התוכנית והערכת התוכנית בכללותה. שאלות לדוגמא: "מה היו ציפיותיכם מתוכנית ההכשרה בשלב קבלת ההחלטה?", "באופן כללי, מהם ההיבטים החיוביים והשליליים של תוכנית ההכשרה?"

2. משתתפים/ות שנשרו מתוכנית ההכשרה- מדריך הראיון כלל שאלות בנוגע לקבלת ההחלטה להשתתף בתוכנית, שביעות רצון מהתוכנית, עזיבת התוכנית והערכת התוכנית בכללותה. שאלות לדוגמא: "מדוע הצטרפתם לתוכנית? מה ציפיתם לקבל?", "מהן הסיבות העיקריות שבגללן עזבתם את התוכנית?" (בדקנו האם קשור לסיבות אישיות או סיבות הקשורות לתוכנית).

3. צוות תוכנית ההכשרה-

3.1. צוות המוקדים: מדריך הראיון כלל שאלות בנוגע לתיאור התפקיד ותפיסתו כמו גם שאלות בנוגע למשתתפיות/ות התוכנית, תוכנית הלימודים, קשיים במקום העבודה, מערכת יחסים עם שותפים לתוכנית ההכשרה, השמה של בוגרי התוכנית במקומות עבודה, מיתוג מקצוע המטפל/ת בזקנים וכן הערכה כוללת של התוכנית. שאלות לדוגמא: "תארו את תפקידכם במסגרת התוכנית. מה תפקידכם כולל?"; "תארו את הקשר שיש לכם עם משתתפיות/ות התוכנית"

3.2. צוות ארצי: מדריך הראיון כלל שאלות כלליות בנוגע לתיאור התפקיד ותפיסתו, כמו גם שאלות בנוגע להערכת כלי המיון והגיוס לתוכנית, משתתפיות/ות התוכנית, מערכת יחסים עם שותפים/ות לתוכנית ההכשרה, קשיים בהפעלת התוכנית, השמה של בוגרי/ות התוכנית במקומות עבודה, מיתוג מקצוע המטפל/ת בזקנים והערכה כוללת של התוכנית. שאלות לדוגמא: "אלו אפשרויות קידום תעסוקתי קיימות כיום למי שסיים את תוכנית ההכשרה?" "האם לדעתכם/ן ניתן לפתח אפשרויות קידום נוספות?"

4. מרצים/ות בתוכנית ההכשרה- מדריך הראיון כלל שאלות בנוגע לתיאור התפקיד ותפיסתו כמו גם שאלות בנוגע לתוכנית הלימודים, משתתפיות/ות התוכנית, קשיים במקום העבודה, מערכת יחסים עם שותפים/ות בתוכנית ההכשרה ושאלות כלליות לגבי הערכת תוכנית ההכשרה. שאלות לדוגמא: "כיצד התכנים אותם אתם מלמדים תואמים את מטרות תוכנית ההכשרה? אלו תכנים הייתם משנים ומדוע?"

5. נציגים/ות של השותפים בפיתוח והפעלה- מדריך הראיון כלל שאלות לשותפים לפיתוח והפעלה עפ"י נושאי אחריותם:

5.1. פיתוח והטמעת התוכנית- נציגים של הקרן למפעלים מיוחדים.

5.2. צוות מיון וגיוס הצעירים- תיאור התפקיד ותפיסתו, הערכת שיווק התוכנית, כלי המיון והגיוס לתוכנית, קשיים בהפעלת התוכנית, מיתוג מקצוע המטפל/ת, הערכת התוכנית. שאלות לדוגמא: "מהם כלי המיון הנכונים לתוכנית? מהם הכלים היעילים לדעתכם?" "אלו כלי מיון יעילים יותר הייתם מציעים?"

5.3. צוות תוכנית לימודים והכשרה- תיאור התפקיד ותפיסתו, הערכת תוכנית הלימודים, קשיים בהפעלת התוכנית, מיתוג מקצוע המטפל/ת, הערכת התוכנית. שאלות לדוגמא: "האם קיימים פרוטוקולים מסוימים בנוגע לתכנים הנלמדים? האם התכנים הנלמדים מתאימים למטרות תוכנית ההכשרה?"

5.4. צוות השמה- תיאור התפקיד ותפיסתו, סוגיות בהשמת משתתפי התוכנית במקומות עבודה, קשיים בתפקיד, מיתוג מקצוע המטפל/ת, הערכת התוכנית. שאלה לדוגמא: "כיצד, לדעתכם, ניתן ליצור מקומות עבודה נוספים עבור מסיימיות/ות תוכנית ההכשרה?"

6. מעסיקים במקומות עבודה- מדריך הראיון כלל שאלות בנוגע לשביעות רצונם מהמטפלים הקהילתיים, שאלות כלליות בנוגע לתוכנית ההכשרה ומיתוג מקצוע המטפל. שאלות לדוגמא: "ספר לי על המטפלים הקהילתיים? איך הם שונים/דומים למטפלים אחרים? מה היתרונות/חסרונות? מדוע החלטת להעסיקם?"

7. זקנים מטופלים- מדריך הראיון כלל שאלות בנוגע לשביעות רצונם מהטיפול המוענק להם ע"י המטפלת/ת הקהילתית/ת. שאלות לדוגמא: "ספר על הטיפול של המטפל הקהילתי? מה היתרונות? מה החסרונות? האם שונה/דומה למטפלים אחרים?"

8. צוות מעשי- מדריך הראיון כלל שאלות בנוגע לתיאור תפקידם, משתתפי התוכנית, קשיים בתפקיד, מיתוג מקצוע המטפל הקהילתי והערכת תוכנית ההכשרה. שאלות לדוגמא: "תארו בבקשה בקצרה את תפקידכם בהכשרה המעשית של המטפלים הקהילתיים? מה התפקיד כולל? כיצד אתם רואים את החזון, המטרה של תפקידכם?"

שיטת הדגימה והנמקה סטטיסטית לגודל המדגם ומבנהו: קבוצות המיקוד והראיונות נערכו עם כל המעורבים בתוכנית במטרה להגיע לרוויה תאורטית.

2. שאלונים דמוגרפיים ושאלונים מובנים הועברו למשתתפי/ות התוכנית ולא לה שנסרו ממנה. השאלונים הועברו עם סיום ההכשרה ואחרי שישה חודשים של השתלבות בפועל בתפקיד מטפל קהילתי ולאחר מכן אחת לשנה עד סיום המחקר בכדי לבחון שינוי לאורך זמן. כמו כן, הועברו שאלונים עם תחילת המחקר למשתתפים שסיימו את התוכנית וכאלה שנסרו ממנה, לפני תחילת המחקר. השאלונים הועברו על ידי עוזרי/ות מחקר שעברו הכשרה מתאימה לכך. אולם- לאור המגוון הגדול של התוכניות והמספר המצומצם של המשתתפים בכל תוכנית, אנו נמנעים מלדווח על הממצאים הכמותניים.

השאלונים כללו מידע דמוגרפי כמו גם שאלות בנוגע לעמדות כלפי זקנים, עמדות כלפי עיסוק המטפלת/ת, שביעות רצון מתוכנית ההכשרה, נכונות לטפל בזקנים, איכות יחסים עם זקנים, שביעות רצון ממקום העבודה, רצון לעזוב את מקום העבודה, התמדה בעבודה, אופק תעסוקתי ותגמולים, השמה בשירותים בתחום הזקנה וניסיון בטיפול בזקני.

מידע דמוגרפי- גיל, מין, ארץ לידה, שנת עליה, מצב משפחתי, מספר שנות לימוד, תפקיד במהלך השירות הצבאי, שימוש בהטבות לצורך לימודי ההכשרה (השתתפות בהכשרה שלושה חודשים על חשבון הצבא, מימון הכשרה, קבלת מלגת קיום, קבלת מענק עבודה נדרשת), מקור מידע בנוגע להכשרה (כנסי חשיפה, ימי עיון במהלך השירות הצבאי, עמותות) וכן קבלת ליווי תעסוקתי לאחר סיום ההכשרה.

התמדה בעבודה (עבור משתתפים/ות ששולבו במקום עבודה)- הוגדרה כהמשך עבודה בתחום בחודשים, כאשר שנה לאחר ההשתלבות במקום/ות עבודה רלוונטיים תחשב להתמדה רצויה. בנוסף, נבדק האם המטפלת/ת קיבלה/ה מענק התמדה בתום שנת עבודה.

אופק תעסוקתי ותגמולים (עבור משתתפים/ות ששולבו במקום עבודה)- הוערכו באמצעות שאלות בנוגע לקבלת תגמול כבוגר/ת ההכשרה, יכולת התקדמות תעסוקתית בתחום, קבלת תקן ייעודי כמטפלת/ת קהילתית/ת (הן בקהילה והן במוסדות).

השמה בשירותים בתחום הזקנה (עבור משתתפים/ות ששולבו במקום עבודה)- הוגדר כמי שעבד/ה לפחות 3 חודשים בטיפול בזקנים מסיום ההשתתפות בהכשרה.

לאור מיעוט הנבדקים, ההטרוגניות הרבה שלהם ושינויים משמעותיים בתוכנית ההכשרה, ממצאים בנוגע לשאלונים המתוארים מטה (נספח מספר 4) לא נותחו ולא נכללים בפרק התוצאות:

עמדות כלפי זקנים - נבחנו באמצעות שאלון ה-GAS (Geriatrics Attitudes Scale) המעריך עמדות כלפי זקנים. השאלון כולל 14 היגדים, 10 היגדים מנוסחים באופן שלילי ומבטאים עמדות "גילניות" ושליליות כלפי זקנים, לדוגמא: "ככל שאנשים מתבגרים, הם הופכים פחות מסודרים ויותר מבולבלים"; ואילו 4 פריטים מנוסחים באופן חיובי ומבטאים התייחסות חיובית לזקנים, לדוגמא: "אחריות החברה לספק טיפול לאזרחים המבוגרים שלה". התשובות נעות על סולם מסוג ליקרט מ-1 (לא מסכים/ה בכלל; 5= מסכים/ה במידה גבוהה מאוד). לאחר היפוך ההיגדים השליליים, יחושב אינדקס כללי על ידי מיצוע התשובות כך שציון גבוה יותר יצביע על עמדות חיוביות יותר כלפי זקנים. מהימנות פנימית (α) שנמצאה לשאלון הינה 0.76 Reuben et al., 1998.

עמדות כלפי עיסוק המטפל/ת - נבחנו באמצעות 6 פריטים הבוחנים עמדות (3 פריטים שליליים ו-3 פריטים חיוביים) כלפי הסטטוס המקצועי של העיסוק, לדוגמא: "דרושות יכולות נפשיות מיוחדות כדי להיות מטפל/ת בזקנים" (כורזים, גורן ונירן, 2002). כל פריט מדורג על סולם מסוג ליקרט מ-1 (1= נכון; 4= בכלל לא נכון). יחושב אינדקס כללי על ידי מיצוע התשובות, כך שציון גבוה יותר יצביע על עמדות שליליות יותר כלפי עיסוק המטפל/ת.

שביעות רצון מתוכנית ההכשרה - הוערכה באמצעות 4 פריטים שיבחנו שביעות רצון מתוכנית ההכשרה, לדוגמא: "האם אתם מרגישים, ביחס לשלב בו אתם נמצאים בתוכנית ההכשרה, שהתוכנית עונה על ציפיותיכם?" התשובות נעות על סולם מסוג ליקרט מ-1 (1= במידה נמוכה מאוד; 4= במידה גבוהה מאוד). יחושב אינדקס כללי על ידי מיצוע התשובות כך שציון גבוה יותר יצביע על שביעות רצון גבוהה יותר מתוכנית ההכשרה.

נכונות לטפל בזקנים - נבחנו באמצעות פריט אחד: "עד כמה אתה מעוניין/ת לטפל בזקנים". התשובות ינועו בין 1= בכלל לא מעוניין/ת ועד 10= מעוניין/ת במידה גבוהה מאוד.

איכות יחסים עם זקנים - בהתבסס על Eshbaugh et al. (2010), המשתתפים/ות התבקשו להשיב על 2 פריטים בנוגע לאיכות היחסים שלהם עם זקנים: פריט 1: "היו לי ו/או יש לי קשר עם זקנים שאינם קרובים אליי". פריט 2: "היו לי ו/או יש לי קשר עם קרובי משפחה זקנים". התשובות עבור 2 הפריטים נעות על סולם מסוג ליקרט מ-1 (1=לא מסכים/ה כלל; 7= מסכים/ה במידה גבוהה מאוד), כך שציון גבוה יותר מצביע על איכות יחסים טובה יותר עם זקנים.

שביעות רצון ממקום העבודה (עבור משתתפים/ות ששולבו במקום עבודה) - הוערכה באמצעות שאלון שביעות רצון מהעבודה (Tsui, Egan, & O'reilly, 1992) הבוחן עמדות של עובדים כלפי עבודתם. השאלון כולל 6 היגדים, לדוגמא: "אני מרוצה מסוג עבודתי הנוכחי". התשובות נעות על סולם מסוג ליקרט מ-1 (1= לא מסכים/ה בכלל; 5= מסכים/ה במידה גבוהה מאוד). יחושב אינדקס כללי על ידי מיצוע התשובות כך שציון

גבוה יותר יצביע על שביעות רצון גבוהה יותר מהעבודה. מהימנות פנימית (α) שנמצאה לשאלון הינה 0.73 (Tsui et al., 1992).

רצון לעזוב את מקום העבודה (עבור משתתפים/ות ששולבו במקום עבודה)- הוערך באמצעות שאלון הבוחן רצון לעזוב את מקום העבודה (Lyons, 1971). השאלון כולל 3 היגדים, לדוגמא: "עד כמה סביר שאת/ה הולכת לעזוב את מקום עבודתך במהלך שלושת החודשים הקרובים?". התשובות נעות על סולם מסוג ליקרט מ-1 (=לא מסכים/ה בכלל; 5= מסכים/ה במידה גבוהה מאוד). יחושב אינדקס כללי על ידי מיצוע התשובות כך שציון גבוה יותר יצביע על רצון גבוה יותר לעזוב את מקום העבודה. משתנה בקרה-

ניסיון בטיפול בזקנים- בהתבסס על Eshbaugh et al. (2010), המשתתפים/ות התבקשו להשיב על השאלה הבאה: "איזה ניסיון יש לך בטיפול בזקנים בעבודה או באופן התנדבותי"? התשובות לשאלה נעות על סולם מסוג ליקרט מ-1 (=כלל לא; 7= הרבה מאוד), כך שציון גבוה יותר מצביע על ניסיון רב יותר בטיפול בזקנים.

שיטת הדגימה והנמקה סטטיסטית לגודל המדגם ומבנהו:

המדגם כלל את כל המשתתפים בתוכנית ההכשרה, כל אלה שסיימו את התוכנית וקיבלו תעודת גמר וכן כל אלה שנשרו ממנה בתקופה שמתחילת יישום התוכנית ועד סיום ביצוע המחקר.

*לא צוינו קריטריונים לאי- הכללה שכן כל משתתפי תוכנית ההכשרה וכל אלה שנשרו ממנה יכללו במחקר. גם כל המעורבים בבניית תוכנית ההכשרה ובהפעלתה הוזמנו להשתתף במחקר.

3. תצפיות נערכו על מנת לבחון את אופן העברת התוכנית ותהליך המיון, תוך השוואה לפרוטוקולים הקיימים. התצפיות התקיימו בנוגע למינימום-20% מההכשרות ומינימום-10% מהמיונים, במרווחים לאורך כל תקופת המחקר על ידי עוזר/ות מחקר שעברו הכשרה מתאימה לכך. בנוסף, אנו הערכנו את הפרוטוקולים השונים של התוכנית, בחנו את אופן העברת המפגשים וסיכמנו את הנקודות המרכזיות עם הצעות לרעיונות לשיפור, חיזוק וקידום התוכנית. ראה/י נספח מספר 5 המציג את מדריך התצפיות.

ניתוח הנתונים

שאלה 1- מהם מאפייני המשתתפים/ות ומאפייני הנושרים/ות מהתוכנית ומהן הסיבות להמשך השתתפות בתוכנית או לנשירה ממנה? לבחינת שאלת מחקר זו נעשה שימוש במחקר איכותני ובמחקר כמותני.

במסגרת המחקר הכמותני, בוצעו ניתוחים סטטיסטיים באמצעות תוכנת SPSS גרסה 22. נבחנו הבדלים בין המשתתפים בתוכנית לבין הנושרים באמצעות סטטיסטיקה תיאורית והסקתית, המשווה בין הקבוצות ובין ההעברות השונות על מנת לזהות את הסיבות להשתתפות ולנשירה מהתוכנית. לא בוצעו גרסיות לינאריות לאור המספר המצומצם מאוד של הנבדקים והשונות הרבה בין התכניות השונות.

1. סטטיסטיקה תיאורית: נעשה שימוש בסטטיסטיקה תיאורית על מנת לענות על שאלות כלליות כגון, תיאור המדגם והתפלגות המשתנים העיקריים. סיכום הנתונים הסטטיסטיים עבור משתנים קטגוריאליים כלל אחוזים ושכיחויות, וסיכום הנתונים עבור משתנים רציפים כלל ממוצעים וסטיות תקן. לאור מיעוט המשתתפים ומאפייניהם המגוונים, לא נעשה כמעט שימוש בסטטיסטיקה הסקית ובניתוחים מורכבים יותר של הממצאים.

2. במסגרת המחקר האיכותני, כל מפגש של קבוצת מיקוד הוקלט בקלטת שמע ותומלל במלואו. לאחר מכן בוצע ניתוח תוכן המשווה בין התמות השונות אשר עלו בקבוצות המיקוד על מנת לזהות חסמים וממריצים להשתתפות בתוכנית. ניתוח תוכן לקבוצות המיקוד התבסס על תעתיקי ראיונות קבוצות המיקוד כלשונם ובהתאם לשלושת השלבים הבאים: **בשלב הראשון**, התבצעה קריאה חוזרת של תמלול קבוצות המיקוד, מתוך מטרה להכיר באופן מעמיק את מאפייני המשתתפים בתוכנית ומאפייני הנושאים מהתוכנית, כלי המיון הנוכחיים לתוכנית וכן מודל ההפעלה הנוכחי, על חוזקותיו וחולשותיו. **בשלב השני**, זהו מתוך התמלולים החלקים המהווים את "יחידות המשמעות", משפט או מספר משפטים היכולים לעמוד בנפרד ועם זאת יכולים להיות מובנים ומשמעותיים בהקשר של נושא המחקר. כלל יחידות המשמעות קובצו ביחד וחולקו לקבוצות מקודדות ראשוניות. **בשלב השלישי**, מושגים ויחידות משמעות אשר זהו כבעלי מכנה משותף, עובדו לכדי ארגון המשגתי מחודש, כך שגובשו "תימות מרכזיות". תימות אלו היוו רמת הפשטה והאחדה של כלל הממצאים בכדי לענות על שאלת המחקר (Miles, Huberman, & Saldana, 2014). מכיון שלכל אחת מקבוצות אוכלוסית המחקר נערכו מספר קבוצות מיקוד או ראיונות עומק, בחנו את ההבדלים בין הזמנים השונים, עבור כל קבוצה.

שאלה 2- מהו מודל המיון וההכשרה על מרכיביו?

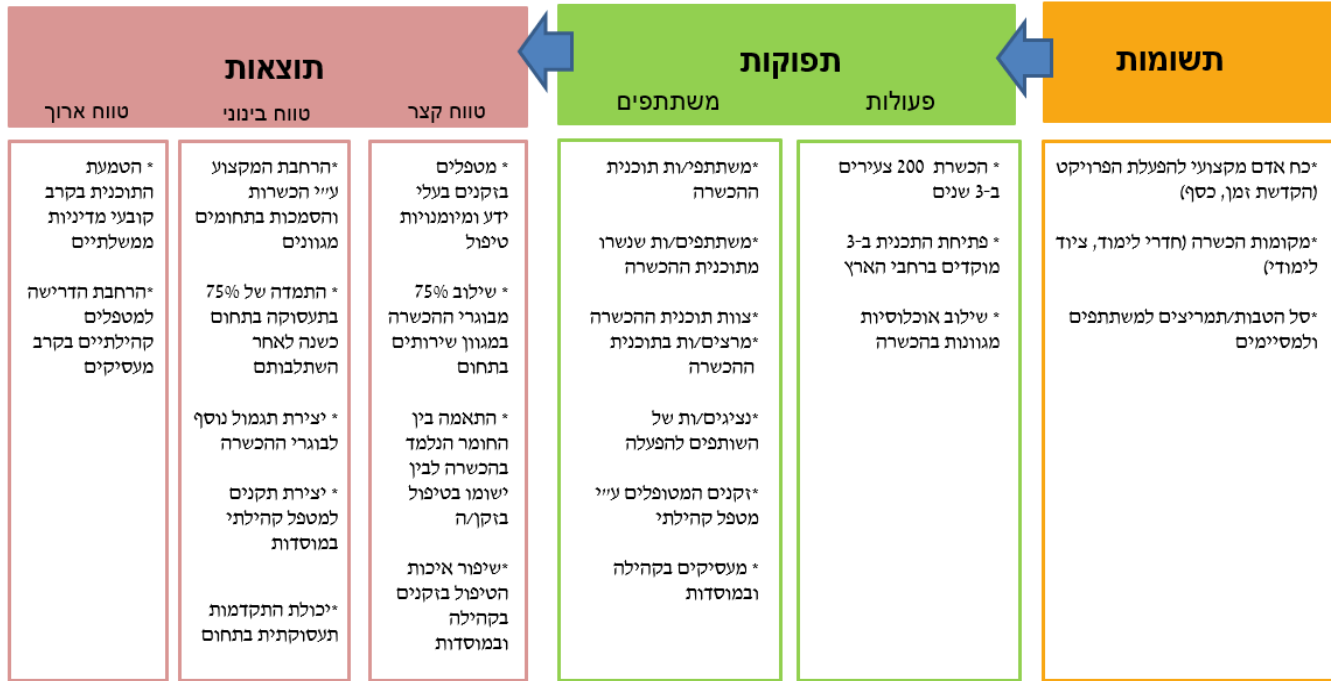
לבחינת שאלת מחקר זו, בחנו את הפרוטוקולים השונים המשמשים למיון והכשרה. בנוסף, צפינו במספר תהליכי מיון והכשרה על מנת לבחון, האם אכן, התהליכים המתוארים בפרוטוקולים תואמים לנעשה בפועל. כמו כן, ערכנו קבוצות מיקוד עם כל אחת מקבוצות אוכלוסית המחקר על מנת ללמוד על תפיסותיהם בנוגע לחוזקות ולחולשות של התהליכים הללו.

שאלה 3- האם התוכנית השיגה את מטרותיה?

לבחינת שאלת מחקר זו, נערכו קבוצות מיקוד/ראיונות עומק עם כל אחת מקבוצות אוכלוסית המחקר וזוהו נקודות חוזקה וחולשה של התוכנית. השימוש בשאלונים הכמותניים על מנת לבחון האם התוכנית השיגה את מטרותיה באמצעות הערכת הבדלים בין הזמנים השונים בין המשתתפים/ות לבין עצמם/ן ובין המשתתפים/ות לבין הנושאים/ות לא נעשה לאור מיעוט המשתתפים, הגיון הרב במאפייניהם ושינויים דרמטיים שנעשו בתכני התוכנית ואופן העברתה לאורך זמן. עם זאת, כן נבדקו המדדים האובייקטיביים הבאים: התמדה בעבודה, אופק תעסוקתי ותגמולים, השמה בשירותים בתחום הזקנה.

המודל הלוגי של התוכנית

מטרות: (1) לבחון את מאפייני המשתתפים/ות והנושאים/ות מתוכנית ההכשרה ולזהות סיבות להמשך השתתפות בתוכנית או לנשירה, (2) להעריך את מודל המיון וההכשרה (גורמים מאפשרים ומעכבים), (3) להעריך את תוצרי התוכנית ברמת הפרט (משתתפי התוכנית, מטופלים זקנים) וברמת המערכת (מעסיקים, קובעי מדיניות ממשלתיים)



מעכבים אפשריים: 1. נשירה לאחר קבלת סל הטבות/תמריצים. 2. חוסר שתוף פעולה של מעסיקים. 3. העסקת המטפלים שלא במהות תפקידם. 4. פגרים בין משתתפי/ות תוכנית ההכשרה (משתתפים לאחר סיום שרות לאומי לעוגמת משתתפים ב-3 החודשים האחרונים לשירות הצבאי). 5. גילם 'הצעיר' של המשתתפים/ות

מודל זה נותן כלים לבחינת תוכנית ההכשרה של המטפלים הקהילתיים, לאור התשומות, התפוקות, והתוצאות אותם זיהו מפתחי התוכנית כמשמעותיים.

סוגיות אתיות

המחקר הוגש לאישור ועדת האתיקה של בית הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בר אילן. חסיון המשתתפים הובטח, אלא אם ביקשו/הרשו לרשום את דבריהם שלא בעילום שם. בנוסף - כל המשתתפים יכלו לפרוש מן המחקר בכל עת בלא כל סנקציות. יש לציין כי לא נתן לשמור על חסיון מפתחי התוכנית לאור העובדה שהם מעטים במספר ונושאים בתפקידים מפתח ספציפיים.

מגבלות והטיות אפשריות

אחת המגבלות המרכזיות של המחקר הינה שהמחקר התחיל בתום השנה השנייה לביצוע תוכנית ההכשרה. על כן, המידע חסר עבור המשתתפים/ות שכבר התחילו, סיימו או נשרו מתוכנית ההכשרה. בנוסף, המספר המצומצם של המשתתפים, השונות הרבה במאפייניהם והשונות בתוכנית ההכשרה עצמה גרמו לכך

שהמחקר הינו בעיקר מחקר מעצב. לפיכך, הופסק איסוף הנתונים הכמותניים (פרט לנתונים לגבי סיום התוכנית, התמדה בעבודה, אופק תעסוקתי ותגמולים, השמה בשירותים בתחום הזיקנה) לאור העובדה כי לא נתן להשתמש בהם בצורה ראויה. חשוב לציין כי מרכיבים של רצייה חברתית עלולים להשפיע על תשובותיהם/ן של המשתתפים/ות. עם זאת, ידוע ששמירה על אנונימיות המשתתפים/ות עשויה להקטין מגבלה זו. יש לציין כי לוו היינו מעורבות בהערכה בשלבים מוקדמים יותר, היינו מציעות להפעיל את תוכנית ההתערבות בשלבים. תחילה, מספר מצומצם של משתתפים/ות ועל סמך המשוב המתקבל, בנייה עדכנית של התוכנית.

ממצאים

לאור תקופת המחקר הארוכה (מינואר 2017 עד אוגוסט 2019) והשינויים המשמעותיים שחלו בתוכנית ההכשרה עם הזמן, הממצאים מוצגים במספר אופנים. תחילה, מוצגים הממצאים בקצרה, בנוגע לתוכניות המוקדמות של הצעירים ולאחר מכן, מוצגים הממצאים בנוגע לתוכניות ההכשרה המיועדות למבוגרים. לבסוף, מוצג סיכום קצר של נקודות החוזק והחולשה של התוכנית לאורך כל התקופה. יש לציין כי דוחות הביניים מכילים מידע מפורט ביותר, הכולל ראיונות עם כל הנוגעים בדבר (חניכים, נושרים, צוות מפתח, צוות מדריכים, מרצים, מעסיקים, זקנים) ותצפיות על הרצאות ותהליכי מיון. מידע זה לא מתואר באופן מפורט בדוח זה, אולם משתקף בתיאור נקודות החוזק והחולשה של התוכנית.

סיכום הממצאים

במהלך החודשים מרץ 2017 ליוני 2019, התקיימו שבעה מחזורים של תוכנית ההכשרה בשלושה מוקדים ברחבי הארץ: עפולה, באר שבע (ב"ש) וראשון לציון. שלושת המחזורים הראשונים שהוערכו על ידינו, אופיינו בכך שהמשתתפים בהם היו צעירים. קרי, חיילים משוחררים או לקראת שחרור מהצבא. התוכנית הייתה ארוכה יחסית- מעל 900 שעות, כשמרבית התכנים לא שמו דגש על נושא הסיעוד. ארבעת המחזורים הנוספים אופיינו בכך שהמשתתפים בהן היו אנשים מבוגרים. בנוסף- מספר השעות ירד ל 760 שעות, כאשר במהלך ארבעת החודשים האחרונים בכל תוכנית, המשתתפים קיבלו הכשרה מעשית בשדה.

סך הכול, 130 איש התחילו את התוכניות השונות ו- 94 איש סיימו אותן. כלומר- 36 איש (27%) נשרו בטרם עת מהתוכנית. לפי הנתונים בידינו, 31 אנשים מתוך משתתפי התוכניות השונות עובדים בתחום (בהגדרה רחבה). יש לציין כי הנתונים על פי "דרור בתי חינוך" הם מעט שונים והם מעריכים כי מדובר ב-36 איש העובדים בתחום. כל העובדים, ללא יוצא מן הכלל הם אנשים מבוגרים ואף לא אחד מהם הוא ממחזורי הצעירים.

טבלה מספר 1- מספר המשתתפים, הנושרים והעובדים בכל אחת מהתכניות

שם המוקד	תאריך הקורס	מספר חניכים שהחלו את התכנית	מספר חניכים שסיימו את התכנית	עובדים בתחום כיום
עפולה צעירים	9.16-3.17	19	15	0
ראשל"צ צעירים	9.16-3.17	21	15	0
באר שבע צעירים	9.16-3.17	14	8	0
ראשל"צ מבוגרים	7.17-12.17	19	16	1+ 4 בחופשת לידה
עפולה מבוגרים	11.17-5.18	18	13	7 (לפי דרור בתי חינוך 11)
באר שבע מבוגרים	12.18-6.18	19	13	7 (לפי דרור בתי חינוך 8)
ראשל"צ מבוגרים	6.19-12.18	20	14	11 (+2 עמן לא הצלחנו ליצור קשר ישירות)
סך הכל	7 הכשרות	130	94	31 (36 לפי דרור בתי חינוך)

ממצאים מתוכנית ההכשרה המיועדת לצעירים

בתחילת שלב ההערכה, התבקשנו להעריך את תכניות הצעירים אשר התקיימו בבאר שבע, עפולה וראשון לציון. כאמור, אף אחד מהמשתתפים בתכניות הצעירים לא המשיך לעבוד במקצוע. עם זאת, הן החניכים, הנושרים והן החניכים שנשארו בתוכנית סיפרו שהחליטו להשתתף בהכשרה מתוך עניין במקצוע ומתוך הרצון לתרום לחברה הישראלית. הם הדגישו את החשיבות הערכית בליווי ובתמיכה בזקנים מבחינה רגשית ואת רצונם לעזור לזקנים בהפגת בדידותם. ברמה האישית, המשתתפים שיתפו כי הם אוהבים אנשים זקנים וכי הם היו סקרנים ללמוד על זקנה. המדריכים אף הם דיברו על מוטיבציות להפעלת תוכנית ההכשרה מתוך חזון ורצון לשפר את מצבם של הזקנים באמצעות הכשרת מטפלים ייעודיים בעלי ידע תיאורטי על זקנה וידע פרקטי להנגשת טיפול סיעודי בזקנים. מוטיבציות נוספות להפעלת הפרויקט מבחינתם היו קשורות להעצמת הקשר בין אנשים צעירים לאנשים זקנים ולהפוך את האנשים הזקנים ל"לא שקופים".

החניכים, הנושרים, החניכים העובדים וכן המדריכים הביעו שבחים לעצם קיומה של התוכנית כמו גם לתכנים הנילמדים בה ולתרומת ההכשרה לקידום הטיפול בזקנים בחברה הישראלית. התכנים שנילמדו במסגרת ההכשרה הרחיבו את ידיעותיהם של המשתתפים בנוגע לזכויות קונקרטיות אך גם בנוגע לערכים של עזרה, כבוד וסבלנות ביחס לאנשים זקנים.

יש לציין כי אותם המשתתפים אשר דיברו בשבחה של תוכנית ההכשרה (להוציא המדריכים), בנוסף למשתתפים נוספים, סיפרו גם על אכזבתם מתוכנית ההכשרה בעיקר משום שהתבססה על תוכנית לימודים לא-פורמלית. הם ציפו לתוכנית לימודים פורמלית העוסקת ומעמיקה בתכנים לימודיים בלבד. צוות המדריכים בהכשרה מונחה מתוך אידיאולוגיה המאמינה בחינוך לא פורמלי. לעומתם, החניכים והנושרים ראו אידיאולוגיה זו כחסם ואף תפסו את המדריכים כמזלזלים בהם וביכולותיהם שכן התוכנית כללה שירי בוקר, הפעלות, משחקי חברה וצפייה בסרטים במקום להתמקד בתכנים לימודיים, תיאורטיים ומעשיים, לטיפול באדם הזקן. לטענתם, לא לשם כך הם הגיעו לתוכנית ההכשרה. החניכים טענו כי קיים פער בין הגדרת התפקיד הכללית, לטיפול באנשים זקנים, לבין תכני הלימודים. התכנים אינם עומדים בהלימה עם מטרת תוכנית ההכשרה- לקבל כלים להיות מטפל באנשים זקנים.

נקודה משמעותית נוספת שעלתה היא הגדרה מעורפלת של תפקידי המטפל הקהילתי והתעלמות מנושא הסיעוד. החניכים והנושרים סיפרו כי בהגדרת התפקיד הראשונית הציגו להם תיאור של תפקיד הכולל הדרכה, ליווי ותמיכה לאנשים זקנים. מעולם לא דיברו איתם על כך שהתפקיד כולל טיפול סיעודי באדם הזקן. העובדה שהטיפול כולל טיפול סיעודי הפתיעה אותם מאוד. ההפתעה מהגדרת התפקיד ככולל גם מרכיבים סיעודיים, הביאה חלק מהחניכים להודות בכך שהם לא ירצו להיות מטפלים בזקנים. בנוסף, ההגדרה המעורפלת של תפקיד המטפל הקהילתי גרמה לחלק מהחניכים לעזוב את תוכנית ההכשרה ויצרה חוסר הבנה לגבי התפקיד וכעס כלפי החניכים בקרב המרצים.

בנוסף, טרם קבלת החניכים להכשרה וכן במהלך ההכשרה, החניכים קיבלו הבטחות כלכליות רבות ממראייניהם וממדריכיהם. הבטחות אלו לתמיכה כלכלית במהלך ההכשרה ולמציאת מקום עבודה עם סיום ההכשרה שימשו תמריץ עבור החניכים להשתתף בקורס. בניגוד לשלל ההבטחות הכלכליות הרבות שצוינו על ידי המדריכים, החניכים סיפרו שהם אינם מקבלים את התגמולים והמענקים אשר הובטחו להם. מכיוון שההבטחות לא מומשו, החניכים נאלצים להתמודד עם קשיים כלכליים מלווים בתחושות רגשיות קשות של תסכול וחוסר אונים. חלקם אף נשרו בעקבות הבעיות הכלכליות שנאלצו להתמודד איתן עקב הבטחות שווא אלו.

משתתפי תוכנית ההכשרה טענו כי תוכנית ההכשרה אינה מתאימה לאוכלוסייה של אנשים צעירים אחרי צבא. כך, החניכים סיפרו שהם רק סיימו את שירותם הצבאי ולכן לא בהכרח ירצו ישר להתחיל לעבוד בעבודה מחייבת כמו טיפול באנשים זקנים. המדריכים הדגישו גם כן את הצורך במיון וקליטה של אוכלוסיית יעד מבוגרת יותר מאשר אנשים צעירים. הנושרים מהתוכנית טענו כי תהליכי המיון צריכים להעשות בצורה טובה יותר וכי לא כל אדם עם תעודת זהות ו-150 שקלים מתאים להיות מטפל בזקנים. לדעתם, אם תהליכי המיון היו טובים יותר ייתכן והם לא היו נושרים. במקביל, גם המדריכים טענו שניתן לשפר את תהליכי המיון בכך שתוכנית ההכשרה תקלוט פחות חיילים לקראת שחרור זאת מכיוון שחלקם מגיע להכשרה על מנת שלא להיות בשירות הצבאי.

על סמך ההערכה של הקבוצות הראשונות של הצעירים, ניתנו ההמלצות הבאות:

- יש צורך בהסכמה חד משמעית לגבי מטרת הפרויקט ויעדיו ע"י כל הגופים הקשורים לפרויקט
- יש צורך בהגדרת תפקיד "מטפל קהילתי" באופן ברור ומדויק ככולל שני מרכיבים עיקריים: 1. טיפול פיזי (ומהו כולל) 2. תמיכה רגשית (ומהי כוללת)
- שלב המיון והגיוס: מומלץ להרחיב את גילאי המשתתפים גם לאנשים מבוגרים (ולא רק צעירים לקראת שחרור מהצבא/שירות לאומי).
- התווית תנאי קבלה בסיסיים:
 - ביצוע ראיונות אישיים וקבוצתיים
 - מבחן סף לקבלה
 - בדיקת מוטיבציה ומניעים להשתתפות בהכשרה
- תשלומים והצבת תנאים לקבלת מענקים כספיים-
 - שקיפות ואחידות בנושא
 - מעקב ותיעוד מתן תשלומים והטבות במהלך ולאחר סיום ההכשרה
- תוכנית ההכשרה:
 - התאמת התכנים הנילמדים לעבודה בשטח
 - בדיקת יתרונות וחסרונות של החינוך הבלתי פורמלי
 - בדיקת המשמעות וההשלכות של יחס שונה כלפי חניכים יהודים וערבים
- השתלבות במקומות עבודה:
 - יצירת והגדרת תקנים ייעודיים
 - קידום בתוך התפקיד ולא מחוצה לו- אופק תעסוקתי
 - ליווי מעשי ורגשי לחניכים במקומות העבודה
 - שותפות מלאה ורציפה עם הנהלת המוסדות בהטמעת תפקיד המטפל הקהילתי טרם השילוב ובמהלך העבודה
 - שכר גבוה יותר לעומת מטפל סיעודי
 - מציאת מקומות עבודה נוספים במוסדות ובקהילה (תוך הבנת השונות בתפקיד המטפל במסגרות השונות).
- שינוי שיטות עבודה לשם הגברת שיתוף הפעולה והשיח בין הגופים השונים:
 - הגשת דו"חות התקדמות ע"י מנהל הפרויקט לכל בעלי העניין בפרויקט כל חצי שנה עפ"י יעדי הפרויקט כולל זיהוי בעיות וסיכונים והצעת חלופות לפיתרון מול המדדים שנקבעו להצלחת הפרויקט

- ביצוע משוברים על בסיס שבועי בו החניכים יעבירו משוב על התוכנית וכן על מצבם הרגשי. המשוברים ירוכזו ע"י המדריכים ויועברו למנהל הפרויקט. התערבויות קונקרטיות יעשו בהתאם "בזמן אמת".

לאור המלצות אלו, מספר שינויים משמעותיים נערכו בתוכנית:

- הרכב המשתתפים השתנה- התוכנית מיועדת לאוכלוסייה מבוגרת ולא לצעירים.
- התוכנית השתנתה ושמה דגש גם על הטיפול הסיעודי אשר מודגש כבר בשלב הראיונות וגיוס המשתתפים.
- התוכנית השתנתה ושמה דגש רב יותר על ההכשרה המעשית החל מהחודש השלישי של הלימודים.

ממצאים מתוכנית ההכשרה המיועדת למבוגרים

מי עובד בתחום?

בסיכום הפרויקט, נמצא כי 31 איש עובדים בתחום, כולם, השתתפו באחת מארבע תכניות הכשרה המיועדות למבוגרים. נמצא כי האנשים אשר עובדים בתחום הינם אנשים מבוגרים ומשכילים יותר, כשלרוב מדובר בבעלי ניסיון קודם בעבודה עם זקנים או כאלו שכבר עבדו או עדיין עובדים עם זקנים או בטיפול בהם. עם זאת, ההגדרה של עבודה בתחום הינה הגדרה רחבה ומרבית המשתתפים בתוכנית לא עובדים כמטפלים קהילתיים. כמו כן- חלק ניכר עובד במשרה חלקית בלבד.

טבלה 2. מקומות העבודה של משתתפי התוכניות

איפה עובדים היום בוגרי באר שבע?	במספרים
מטפל במרכז יום	2
מטפלת קהילתית בבתיים	2
בבית אבות	1
מרכז יום לקשיש	1
מועדון יום	1

אפה עובדים בוגרי ראשון 2019?	במספרים
מרכז יום	2
טיפול ביתי-1 מטופלת	3
טיפול ביתי-2 מטופלות	2
טיפול ביתי-3 מטופלות	1
ד"ור מוגן	2
מרכז קהילתי לאזרחים ותיקים-פקידת קבלה	1
מדריכת תעסוקה בבית אבות	1
נוח עזר בבית חולים	1

איפה עובדים היום בוגרי ראשון 2017?	במספרים
טיפול ביתי	1
מטפלת סיעודית בבית אבות, מדי פעם מחליפה את מדריכת התעסוקה	1
כוח עזר בבית חולים	1
מטפלת סיעודית בבית חולים	1
מטפלת קהילתית בבית אבות	1 (כיום בחופשת לידה)
איפה עובדים היום בוגרי עפולה?	במספרים
טיפול ביתי	1
כוח עזר בבית חולים פרטי	1
מטפלת סיעודית בבית אבות + טיפול ביתי כמטפלת קהילתית	1
מטפלת סיעודית בבית אבות-אחראית מחלקה	1
כוח עזר בבית חולים	1
מטפלת קהילתית	2

מי לא עובד בתחום?

מתוך ראיונות שערכנו עם הנושרים מהתוכנית, ההסברים העיקריים לנשירה קשורים לעניינים אישיים כגון מצב בריאותי, מצב משפחתי מורכב (ילדים קטנים) ובעיקר מצב כלכלי שלא מאפשר התמסרות להכשרה מקצועית ארוכה ותובענית כדוגמת תוכנית ההכשרה שהוצעה על ידי 'דרור בתי חינוך'.

גורמים נוספים לנשירה מהתוכנית כללו חוסר התאמה של התוכנית לציפיות המשתתפים כגון הרצון בתיאוריה ולא בפרקטיקה-כלומר רצון לרכוש ידע מקיף על עולם הזקנה, לצד חוסר עניין ואף הירתעות מעבודה מעשית עם זקנים הדורשים טיפול סיעודי. מאפייני הקבוצה- ההטרואגניות שבה והעובדה כי חלק מהמשתתפים באים מאוכלוסיות חלשות יותר גם עלו כסיבות לנשירה מהתוכנית.

בין הגורמים המרכזיים לאי עבודה בתחום הועלו בראיונות עם המשתתפים תנאי ההעסקה והשכר, שאין בהם שוני כלל ממטפל סיעודי שלא עבר הכשרה מקצועית. כמו כן עלה הקושי במציאת עבודה כמטפל קהילתי, זאת גם לנוכח העובדה כי מעסיקים רבים אינם מודעים להגדרת התפקיד. לפיכך- קיים חוסר בתקנים וכן רצון לנצל את המטפלים הקהילתיים ככוח עבודה איכותי ומקצועי אבל בתפקיד של מטפל סיעודי. לדברי חלק מהחניכים, גם כשמאפשרים להם לעבוד כמטפלים קהילתיים, הדבר נעשה רק לאחר שמילאו את תפקידם כמטפלים סיעודיים- בשלב זה הם כבר עייפים מידי ולא מעוניינים לעשות דבר מעבר לטיפול הסיעודי לו הם מחויבים.

סיבות אחרות לאי עבודה בתחום הן נסיבות אישיות כפי שהוצגו גם בנוגע לנשירה מהתוכנית.

החוזקות של תוכנית ההכשרה:

הצוות

צוות המדריכים הוא צוות מסור עם ניסיון רב וחזון שמורכב ממספר מדריכים ומדריכות משתנה בכל מחזור, בעלי תואר בחינוך בלתי פורמלי וניסיון רב בתחום זה. מדובר באנשים בעלי מחויבות רבה לרעיון ולחזון. ניכר מהראיונות שנערכו עם חלק גדול מהם כי הם מאמינים באמונה שלמה בתפקידם החשוב והמשמעותי ומעוניינים בהנחלת אותם ערכים בקורס. צוות המדריכים מאוד מקצועי ובעל ניסיון רב בתחום החינוך הבלתי פורמלי, אולם ללא ניסיון כמעט בכלל עם אנשים מבוגרים. בנוסף, יש לציין את שיתופי הפעולה בין צוותי המדריכים השונים בשלושת מוקדי ההכשרה (עפולה, ב"ש וראשל"צ) אשר תרמו לסייעור מוחין, למידה מטעויות ומהניסיון שהצטבר וכן להסקת מסקנות ולסייע במחזורים מאוחרים יותר.

"החזון שלי בתוכנית הזאת הוא להכשיר אנשים שבחרים בתחום הזה של טיפול בזקנים לעשות את העבודה שלהם ממקום של שליחות ומתוך לא רק.. אלא גם מתחושה פנימית, וזה מה שאני בוחר לעשות מתוך...". מדריך

כמו כן, ישנו גם צוות מקצועי מגוון שמלווה את הקורס ומורכב ממרצים מקצועיים כמו אחות, עובדת סוציאלית, עורכת דין וכדומה שלכולם ידע רב בתחומם וניסיון עשיר בהרצאות, בבניית תכניות ובשדה עצמו.

התוכנית עצמה

הקורס הוא בהיקף של כ-760 שעות במהלך כחצי שנה. קרי, היקף שעות גבוה מאוד גם מבחינה תיאורטית וגם מבחינה מעשית. זאת משום שארבעת החודשים האחרונים כוללים הכשרה מעשית של יומיים בשבוע. התוכנית כוללת מגוון רחב ועשיר של נושאים שונים ומגוונים כולל התייחסות לזקן עצמו בהיבטים השונים ולסביבתו. כמו כן, התוכנית מתייחסת למצבה ומעמדה של המטפלת ולמצב הזקנים והמטפלים בהם במדינה ובחברה.

לדוגמה: במהלך התוכנית לומדים המשתתפים על נושא מיצוי הזכויות ומקבלים עזרה במיצוי זכויות של הזקן ושל המטפלת, עזרה ברכישת כישורים בסיסיים (כמו הפעלת מחשב וכדומה), הקניית ערכים כמו כבוד האדם ושוויון וכן שיחות מוטיבציה מרובות בנוגע לתפקיד המטפלת. יש ניסיון ליצור הזדהות חזקה עם תפקיד זה ותחושת שליחות, שייכות ומודעות למאבק המטפלות ולרצון לשינוי במעמד המטפלות והזקנים כאחד.

הציטוטים הבאים מציגים את מגוון התפיסות והתגובות של המשתתפים בנוגע לתוכנית:

"... חלק מהבנות חוו בעבר כישלון בעולם העבודה, וחלק מהן למשל לא יודעות לפתוח מחשב. אז זה לתת אוריינטציה בסיסית- לייצר פשוט בן אדם שהוא קצת יותר מאופס על העולם. וכמובן שהם מדור שלא מובן מאליו שהם יתמצאו במחשבים. וחשבנו שזה כלי בסיסי וחשוב לתת, בלי קשר לעולם הזיקנה." מדריכה

"לעורר את ההשראה הערכית שלהן לאיזה מין מטפלות הן יהיו, הרבה מאוד שיחות על שוויון ערך האדם ועל האדם כיצור חברתי, שיחות על איגוד המטפלות ועל מאבק המטפלות ועל כבוד האדם. המון המון שיחות שהמטרה שלהן בעצם היא לייצר מוטיבציה ערכית חזקה והזדהות עם התפקיד של מטפלת. "מדריכה

"אם המטרות שלנו ספציפיות זה לייצר אישה שהיא גם עוסקת בתחום הטיפול אבל היא גם מודעת למה שקורה בתחום הזה בארץ, והיא גם משייכת את עצמה לעולם המטפלות הקהילתיות, והיא גם לא לבד, והיא גם בזיקה למאבק שמתחולל בתחום, והיא גם... אז אני חושבת שהתוכנית נבנתה מתוך המטרה הזאת- כן." מדריכה

מעבר לשיעורים הפרונטליים במהלך הקורס, מתקיימים גם סיורים בבתי אבות ובמוסדות של דיורים מוגנים בו נחשפים המשתתפים לעבודה בשטח עם הזקנים. סיורים אלו תורמים להבנת הצרכים של הזקנים בשטח (במוסדות כאלו ודומים להם) גם של המשתתפים וגם של צוות המדריכות.

"ויש לנו כמובן את הסיורים- זה יותר אינטרדיסציפלינרי הסיורים האלה, מכיוון שמתוך סיור אנחנו רואים הרבה מאוד כלים שאנחנו לומדים במקומות אחרים. אפילו אם אני מלמדת בהדרכה... היה לנו סיור באחוזת ראשונים וראינו קבוצת זקנים ואיך מישהו מדריך אותם- אז..." מדריכה

אספקט מעשי נוסף שקיים בתוכנית הוא העבודה הרב – דורית עם מרכז יום הנעשית לאורך הקורס. המשתתפים בקורס מלווים קבוצה של זקנים במהלך תקופה ארוכה למדי, בונים עבורם תוכנית שמותאמת להם, משוחחים עימם, מתחברים אליהם ויוצרים עימם קשר אינטימי וחזק ובכך מקבלים בפועל ניסיון מעשי עם אוכלוסייה מבוגרת. עבודה זו מלווה ומפוקחת על ידי הצוות החינוכי של הקורס.

"אני חושבת שקבוצת דרור זה ההתנסות הכי טובה והכי מעניינת מבחינתי בכל הקורס הזה. גם אנחנו משקיעים בלהכין תוכנית להעביר להם. אנחנו גם מדברים איתם ומתחברים אליהם ומלווים אותם אל מרכז היום. ואני חושבת שנוצרו קשרים שלי לפחות חיזקו את העובדה שמתאים לי לעבוד עם אנשים כאלה." חניכה בנוסף- ההכשרה המעשית היא ארוכה ומתייחסת ברובה לטיפול סיעודי בזקן אך כוללת בתוכה גם היבטים נוספים כמו מתן כלים להפיכתן למדריכות תעסוקה.

"עכשיו, רוב השעות זה על טיפול סיעודי. עכשיו, השאלה הגדולה שלי ושאנחנו שואלות את עצמנו היא: למה מסבירים לנו כל הזמן על טיפול סיעודי, אם זה כל כך פשוט להתקבל לטיפול סיעודי?" חניכה

"האמת שדווקא הטיפול עצמו פחות עניין אותי- התכנים האלה של איך לעשות מקלחת ואיך זה- זה טריוויאלי- הסיעודי כזה- הטיפול בעצמו. מאוד אהבתי את הכלים האחרים שאפשר לעשות איתם- האמנות ולא זוכרת מה... תעסוקה, כן." נושרת

יש לציין כי הציטוטים שהובאו מתארים את ההכשרה המעשית כבעיה ולא כיתרון, אולם הם הובאו משום שהם מדגישים את המקום שניתן להכשרה מעשית ולפן הסיעודי בתכניות הבוגרים. בפרק המגבלות יתואר הקושי בשילוב התחום הסיעודי בהכשרה- עם זאת, נראה כי אכן נעשו מאמצים לשלבה.

מחויבות לשינוי

האחראים על התוכנית הראו מחויבות גבוהה לשינוי וגמישות בפיתוח התוכנית ובבחירת המשתתפים. בעקבות הקושי בהשגרת חניכים צעירים בתחום, החלו האחראים על התוכנית בפיתוח של הכשרות ייעודיות לאנשים מבוגרים יותר.

" היתרון הוא שבאים אנשים עם ניסיון חיים, אנשים יותר גמישים, אנשים שבכל אופן התקופה במעגל החיים שצריך בכל אופן עוד לעבוד ולהרוויח כסף- החליטו ללכת ולעבוד במקצוע הזה, והצעירים הם בכלל לא ידעו למה הם באו ומה מצפה להם בעבודה, ולכן הם התייאשו צ'ק צ'ק ועזבו." מרצה

גם אורך התוכנית התקצר מעט, עם זאת- נשאר ארוך לעומת תכניות הכשרה ייעודיות אחרות בארץ ובעולם. נקודה זו נובעת בעיקר מדרישות הגופים המממנים להכשרה ארוכה. כמו כן, חל דגש על שילוב תחום הסיעוד בהכשרה המעשית עצמה, זאת לאור ניסיון העבר במחזורים הקודמים בהם לא שולב התחום הסיעודי כראוי.

"באמת אני לא יודעת. יש ויש, כמו שאמרתי לך. מה שלא טוב- שדיברו איתנו בקורס על משהו אחר בהתחלה, ואחר כך כשהלכנו לעבוד- הייתה לי התמקצעות- והיה לי קשה ללמוד עם כל המראה של הלהחליף ולרוחץ ולהפשיט בן אדם. ואחר כך לקחתי כזה... בהתחלה לא הסבירו לנו כמו שצריך. בהתחלת הקורס לא חשבנו כל כך שאנחנו נעבוד. אמרו לנו שאנחנו יכולים לעבוד אצל אנשים במועדון יום- ככה אמרו לנו- ואחר כך הכניסו אותנו לבתי אבות." חניכה-עפולה.

יש לציין כי ציטוט זה מעיד דווקא על הקושי שעלה בהכשרות קודמות בהן תחום הסיעוד לא זכה להתייחסות מספקת.

בנוסף, הייתה מחויבות גבוהה ורצון להתאים את התוכנית לצרכים הספציפיים של משתתפי התוכנית, כולל ליווי אישי של המשתתפים, הבהרות, מתן כלים שונים ובדיקה מחודשת של ההבנה והפנמת החומרים כל אחד על פי הקצב האישי שלו והצרכים המיוחדים.

"לתת להם בצורה הכי טובה את הכלים, לוודא שהן מצליחות לעמוד בקצב, גם להדריך אותן לפעמים ברמה של ההדרכה האישית- אחד על אחד- לראות אם מישהי מתקשה, אם מישהי זה לא שפת האם שלה ויש מושגים לא ברורים, לכתוב על הלוח, להבהיר- ממש תפקיד של כאילו מדריכה. ממש ללוות." מדריכה

תוצרי הקורס

תמיכה של קבוצת השווים. במהלך הקורס ואף לאחריו ניתן דגש על תמיכה חברתית ועל מערכת יחסים חיובית בין משתתפי התוכנית ובין המדריכים. הדבר נעשה על ידי תמיכה הדדית של קבוצת השווים כולל שיתוף של חוויות וסיפורים אישיים בין חברי הקבוצה, חווית החברותא ("הביחד") ולימוד חוויתי. כל אלו יצרו קרבה מיוחדת בין משתתפי המחזור אשר לרוב המשיכה גם לאחר סיום תוכנית ההכשרה.

" החוויה של הביחד של השיתוף הזה שאנשים סיפרו על עצמם, על החיים שלהם, על המשפחה שלהם, על סבא וסבתא- היה פה עניין שהוא חווייתי גם, שנותן הרבה תחושה של ביחד, שסה"כ שאתה עושה את המקצוע הזה, זה משהו שהוא הרבה חסד. גם הצורה שלמדנו היא נתנה לנו תחושה מאוד טובה שתמיד

יש... עד היום, אנחנו חלק בקשר עם האנשים. וזו הייתה אחת החוויות הטובות שלי של לימוד- לימוד של שיתוף, לימוד שונה ממה שרגילים בכיתה רגילה שהתרגלנו אליה. זה היה לימוד עם הרבה חוויה- חוויה שנזכרת, שנחרטת בתחושות. זה מאוד עוזר גם כשאתה עובד עם האנשים המבוגרים- זה... זה לימוד אנושי, אני קוראת לזה." חניכה

חלק מן המשתתפים מתארים את הליווי האישי והיחסים בינם לבין המדריכים כקשר חברי טוב מלווה בהרבה אמפתיה, הקשבה, עידוד ורצון לעזור. המדריכים נותרו מעורבים בחיי המשתתפים בתוכנית וניסו לעזור להם במציאת עבודה ובתיווך במקום העבודה.

" כי הם ממש כמו ידידים- הם כל שאלה, כל פנייה, כל מה שלא תרצי, הם תמיד היו מנסים לעזור, עוזרים, ואם לא עוזרים, מנסים למצוא דרך לעזור. אז זה קשר ממש טוב. הם גם עזרו לי למצוא את העבודה". חניכה

" צוות מקסים היה, והרגשה שאנחנו חברים קודם כל – לפני מורה, אנחנו חברות... ועזרו לנו בלימודים- למשל לכתוב. אני למשל אמרתי להם שאני לא יכולה לכתוב עברית. ניסו ללמד אותי. אמרו לי: את יותר חזקה בלימודים, לקרוא ולכתוב, וזה עזר לי קצת- עזרו לי. הם עודדו אותי" חניכה

מחויבות חברתית. את תוצרי הקורס ניתן לראות גם על פי תחושות החניכות המדווחות על מחויבות חברתית ושינוי ערכי הבא לידי ביטוי בשיתופם של הזקנים בחברה ובראייה הכוללת כי הם חלק בלתי נפרד מן המארג החברתי. כמו גם, חיזוק הגישה בקרב משתתפי הקורס בנוגע לקשר הבין-דורי.

" את הגישה ואת ההבנה ואת הרצון שזקנים לא יהיו רק עם זקנים בבית אבות או במועדונים. את הרצון ואת ההבנה ואת הגישה של קשר בין-דורי- של מקומות שבהם יש זקנים וצעירים וילדים, וזה מארג כזה. כאילו שזה יהיה טריוויאלי כזה, שאני הולכת לקולנוע, אז אני רואה גם זקנים, ולא הקרנות שהן רק לזקנים והם לבד שם, או כאילו כזה כל מיני אירועים חברתיים שזה לא רק כזה לצעירים או רק לילדים, שזה כזה משותף. בעיקר יצאתי עם זה" חניכה

העצמה אישית. תחושה נוספת שעלתה בקרב משתתפי הקורס היא העצמה אישית והעלאת הערך של המשתתפים בעיני עצמם ובעיני החברה בנוגע לתפקיד המטפלת שעברה הכשרה מקצועית ברמה גבוהה בפיקוח מטעם משרד העבודה והרווחה וקבלת תעודה רשמית ממוסד זה, בניגוד להכשרות שמתבצעות על ידי חברות הסיעוד עצמן.

" העבודה- זה ממש קורס אוניברסיטאי, ויש פה ממש טיפים מעשיים- שאני ארגיש יותר חשובה בעיני אנשים שיודעים שאני עוסקת בטיפול בזקנים ולא רק עוזרת. כזה קורס, ועם המדינה מפקחת... " חניכה

העשרה וצמיחה אישית. לכך, ניתן להוסיף גם את ההעשרה שהמשתתפים חוו בקורס – קבלת טיפים לחיים, פרקטיקה, תרגול, משחקים וסימולציות שנועדו לסייע ולחוות את התפקיד כשיגיעו לרגע האמת ויהיה קל יותר לבצעו. המשתתפים אף ציינו כי מלבד ההעשרה המקצועית שהקורס תרם להם, הייתה גם העשרה בחיים האישיים אם מבחינת שחרור לחצים, גידול ילדים, סוגיות הקשורות לבית והעלאת הביטחון העצמי הנובע מהתחושה כי רכשו ידע ומקצועיות. כמו כן- המדריכות עבדו עם החניכות על כישורי עבודה שונים כגון, התמדה במקום העבודה, הגעה בזמן לעבודה וכו'.

"האמת, שגם אני לא ידעתי למה לצפות. אבל הצפייה כאילו ממה ש... לא חשבתי שזה יהיה ברמה כזאת, באמת אפשר להגיד שזה קורס מושקע- גם מבחינת המדריכות של הצוות. עכשיו, עוד דבר: לגבי זה שזה מפוקח על ידי משרד העבודה והרווחה, ומשרד העבודה והרווחה יכירו בתעודה שלנו, את יודעת, זה קצת נותן לנו... זה לא כמו קורס של מט"ב או דנאל או כל החברות האלה. זה שונה. יש לך קבלה- זה משרד העבודה והרווחה. זה בראות עיניי." חניכה

"זה נתן לי יותר בחיים האישיים שלי. זה נתן לי יותר ככה איפה הייתי ואיפה אני עכשיו מבחינת גידול הבנות שלי, מבחינת הבית עצמו. זה עשה לי מאוד מאוד טוב. זה נתן לי לשחרר לחצים, וגם הם משחררים לחצים." חניכה

"אני השתנית לגמרי. קודם הייתי מה שהיו אומרים לי, אפילו על עצמי גם לא אומרת לא. עכשיו אני אפילו בישיבות יכולה לדבר, להתערב ככה. איך אומרים: ביטחון עצמי יותר." חניכה

המעסיקים עצמם גם כן מדווחים על תוכנית איכותית, אשר מוציאה מטפלים עם "ראש גדול" ומכשירה אותם לעשות עבודות מעבר למטפלים רגילים: "אני יודעת שהם מטפלים שעברו הכשרה שהם יכולים לעבוד עם מגוון יותר גדול של מקרים, והם יותר מקצועיים ביכולת שלהם ובתגובה שלהם ממטפלת שלא עברה איזה הכשרה או שעברה הכשרה מינימלית."

המעסיקים אף מדווחים על כך שמבחינתם לצאת לקורס כזה היא פרס, הניתן למצטיינים ואמור לדרבן אותם בהמשך: "קודם כול, זה חשוב שיהיה, זה נותן להם אישית איזשהו הערכה, איזשהו ערך עצמי יותר, וזה חשוב קודם כול בשבילם. ואם שיהיה, רק בפורמט הזה, שזה מישהו שהוא כבר עובד והוא טוב בזה. אני נותנת את זה כמו פרס- אני לא אתן את זה למישהו שהוא לא מי יודע מה, כי זה באמת גם הוצאות כספיות – כל השעות האלה, למרות שזה היה ממומן מהתמ"ת או ממשרד הכלכלה. אז הם משלמים את הקורס עצמו. אבל השעות שהם כאילו כל יום היו שם בקורס, זה שעות שאני שילמתי להם. אז זה המון המון כסף. אבל אני כאילו נתתי להם את זה כפרס, כי מגיע להם, כי הם עובדים טובים. אז לא... אני לא יכולה להגיד במיליון אחוז שזה לגמרי השתנה ממש- לא! אבל בשבילם זה חשוב- הם הרגישו כמו צ'ופר, וכן, לא חושבים כל כך מהר לעזוב את המקום שלנו, כי הם יודעים כמה שזה באמת טוב."

המעסיקים רואים נקודת חוזק נוספת בתוכנית והיא העובדה שהכשרה ארוכה נותנת להם נקודות חוזק מול משרד הבריאות: "זה גם יכול לעזור לנו עם משרד הבריאות, וגם כן אנחנו נשקיע במשהו ושיהיה לנו עובדים טובים."

נקודות לשיפור תוכנית ההכשרה:

הגדרת המטפל הקהילתי והחיבור לסיעוד

מהראיונות עולה כי הקושי המרכזי נובע מכך שאין הגדרה ברורה וחד משמעית לתפקיד המטפלת הקהילתית. ההגדרה מתיימרת לכלול בתוכה רבדים רבים: מיזוג בין טיפול סיעודי, מדריכת תעסוקה ועבודה

סוציאלית (לא מדופלמת). יתרה מכך, הדגש הניתן לתחום הסיעוד לעומת התחומים האחרים משתנה לפי האדם עמו מדברים (לדוגמה חניך לעומת מדריך).

מדברי אחת החניכות: "להמשיך למה שקיים היום להוסיף עוד רבדים- שזה לא יהיה רק פיזי- מה שאמרת- שהתפקיד הזה יהיה הרבה מעבר. זה משהו גם טיפול רגשי וטיפול חווייתי וטיפול חברתי, ושבאמת כאילו שזה יהיה בקטע חברתי של... זה יהיה כאילו קהילתי- שהיא תקשר בין... אפילו אני לא יודעת אם... אפילו אולי לא היא, אולי מישהו מלמעלה- שיהיה משהו מוסדי שייצור מקום שהוא מפגש קהילתי, והמטפלת הקהילתית היא כאילו מגשרת. שיהיו מקומות... בקיצור, שהם גם יראו אותם- שהם יהיו נראים. אז כאילו שהיא תלווה את זה- תלווה, תתמוך במפגש הבין-דורי. שהמטפלת תהיה המתווכת. קודם כול, השאיפה שהם יהיו נראים בקהילה- הזקנים. ושהמטפלת - זה משהו אטרקטיבי וזה משהו כיפי, כי זה יכול להיות- זה משהו חשוב- שזה לא יהיה כמו שזה היום, שזה ממש חורה לי: שמטפלת בזקנים זה רק מישהי עולה חדשה, מישהי שאין לה תואר, וזה עבודה של מינימום וזה עבודה מגעילה. ולמרות שאימא שלי עובדת בזה שנים... כי זה נורא חברתי כזה- מבחינתי, אימא שלי עושה משהו מטורף- כאילו וואו! איזה עבודה מהממת! היא לא רואה את זה, היא לא מרגישה את זה, כי היא מקבלת פידבק חברתי שהיא לא עשו וואו של עבודה, וכשאני אמרתי לה: וואי, גם אני רוצה לעבוד עם זקנים! היא אמרה לי: מטומטמת! לכי תעשי משהו אחר! אז כאילו בא לי שזה יהיה עבודה שהיא מוערכת, היא חברתית, כי זה כיף, זה משהו נפלא ויש בזה המון. זה מטורף! זה כמו לעבוד עם ילדים בחינוך. זה גם זקנים- זה אמור להיות כאילו משהו מטורף! " חניכה

כאמור, מטרת התפקיד אינה ברורה והיא נעה בין שילוב הפן הפיזי-סיעודי לפן הרגשי, חווייתי ואף חברתי-קהילתי לבין הכוונה להפוך את המטפלת/קהילתית/למעין גורם מגשר, מתווך ומלווה במפגש הבין-דורי ושיתרום לנראות של הזקנים בחברה. אולם מרבית המרואיינות לא ראו במטפלת הקהילתית אחראית על תחום הסיעוד:

"המטרות של התפקיד זה: מטפלת קהילתית זה לא כמו מטפלת רגילה. היא מיזוג בין מטפלת קהילתית למדריכת תעסוקה ועבודה סוציאלית- שהיא מטפלת בזקן יותר. היא שם לשמוע את הזקן, לעזור לו, לכול. היא לא רק מטפלת רגילה." חניכה

"השאלה מה ההגדרה... למשל, ההגדרה של מטפלת קהילתית היא עדיין לא כל כך חד משמעית. זה עדיין לא מובן מה זה מטפלת קהילתית: האם זה מטפלת סיעודית, האם זה מטפלת תעסוקתית. זה כנראה הכול- איך שהבנו, זה הכול." חניכה

החיבור של תפקיד המטפלת הקהילתית לתחום הסיעוד עדיין איננו ברור מספיק הן לחניכות והן למדריכות. החניכות לא מעריכות את הצד הסיעודי ומאמינות שעבודה סיעודית לא צריכה הכשרה. הן לא רואות עצמן כעובדות סיעודיות, אלא כעובדות בעלות הכשרה ומעין עובדות סוציאליות בפועל.

"הם רוצים שכל אחת תעבוד בתחומים אחרים- אחת בסיעודי... הרי אף אחד לא יחייב אותי לעבוד בסיעודי. בסופו של דבר, העניין הזה של סיעודי זה עבודה לא קלה, ויש מחסור, ובוא נאמר שאף אחת מהתלמידות לא כל כך רוצה לעבוד בזה- בסיעודי " חניכה

בהקשר זה, עולה מדברי המרצות המקצועיות בקורס שאין חיבור ברור לצד הסיעודי. לפי חלק מהמרצות, הפן הסיעודי, הוא זה שצריך לקבל את העדיפות ורק אחר כך, כל שאר הרבדים שיועדו לתפקיד זה כגון ידע בנוגע למיצי זכויות או עיסוי.

" צריכים להכין אותם למקצוע אמיתי, שזה טיפול באנשים עם צרכים מאוד מאוד רציניים דווקא בטיפול גופני של בן אדם. אחרי שהטיפול הגופני הוא יקבל עדיפות, אחר כך כאשר אדם ירגיש מאוד נוח עם הגוף שלו, אז אפשר גם יצירתיות וכל הדברים. ולדעתי, בתוכנית הזאת, הפור פריוריטי קצת זז הצידה." מרצה

גם מבחינת המעסיקים, המחויבות של התוכנית לתחום הסיעוד פחות חזקה והם גם כן מאמינים שחיבור טוב יותר לתחום הכרחי: "מבחינה קונקרטית, אני חושבת שלפחות עד עכשיו, לא מצאתי... לא יוצאים מטפלים סיעודיים יותר מזה מהקורס. וזה חבל, כי זה הצורך האמיתי שלי כמנהלת. אני חושבת שצריך לשים יותר דגש על סיעוד. זאת אומרת, שזה הצורך האמיתי כמטפלת- להיות יכולה להחליף חיתול, לרחוץ, להיות יכולה לטפל בקשיש, להאכיל, כי זה מה שבעצם מטופל צריך כשהוא בבית. גם קצת לשחק ולדבר ולהיות נחמד כמובן, אבל חסרים מטפלים סיעודיים שלא באים רק להחליף וללכת, אלא באמת אולי את השילוב הזה. וצריך לשים דגש על זה בקורס, כי בפועל זה מה שצריך. אוקיי, אבל כמעט כל השבוע האחרון, ראיתי איך באמת הרצון הוא לעשות את כל הדברים האחרים ולא את החלק הסיעודי, שזה באמת הצורך שצריך."

אפשרויות הקידום של המטפלת הקהילתית מול דרישות המערכת

התפיסות של החניכות בתוכנית והמדריכות בנוגע לאפשרויות הקידום במסגרת התפקיד, מאוד רחבות וכוללות אפשרויות רבות כ"מטפלת/אחראי/ת" במרכז יום או בבית אבות, הדרכת פנאי ותעסוקה ואפילו תפיסה של "כמעט" עובדת סוציאלית. המגוון הזה עשוי להיות בעייתי משום שלא בהכרח מתכתב עם הגדרת המקצוע בפועל. בנוסף, לא ברור, האם כמערכת, אלו הם אכן התפקידים שמיועדים לבוגרי תוכנית ההכשרה על מנת שיענו על הצורך העצום במטפלות סיעודיות. יתרה מכך, לא ברור האם תהליך השינוי של תפקיד המטפל הסיעודי אכן יכול לבוא מלמטה והאם אפשר לצפות מהמטפלות הקהילתיות להיות אלו שמובילות שינוי חברתי.

"האמת היא שיש לא מעט. אני חושבת שיש פוטנציאל לכל אחת שמסיימת את התוכנית, אם היא באמת תצליח להוכיח שהיא בקיאה בכל המיומנויות החינוכיות וכן הלאה- אני חושבת שיש הרבה מאוד אפשרויות – בין מטפלת סיעודית- מה שנקרא: סייעת מאומנת, לבין מדריכת פנאי ותעסוקה, לבין אם בית בבית אבות לבין אם בית בדיר מוגן- ראינו אחת כזאת אתמול- לבין סגל כללי במרכז יום, לבין מזכירה באחד מהמוסדות האלה. אני חושבת שהן יוכלו לתת הרבה מאוד... כמובן הטיפול הביתי והטיפול הפרטי על שלל גווניו ואופניו. אובדן ניצולי שואה, ביבליותרפיה. אני חושבת שהן יכולות לתת הרבה מאוד." מדריכה

"יש גם עולם הדרכת תעסוקה מזמן התקדמות – ז"א, מטפל יכול לשמש כמדריך פנאי ותעסוקה. אני חושב שיש את עולם ריכוז הפרויקטים עירוניים, קהילתיים או איפה שזה לא יהיה- למועצה אזורית – עולה לי שלושה כאלה- שזה הולך וצובר יותר תאוצה." מדריך

המעסיקים אף הם טוענים כי אפשרויות הקידום מועטות ואין גמול כספי נוסף בעקבות השתתפות בתוכנית: "יש רק יתרונות. חוץ מזה שמסבירים שהם יכולים לקבל יותר כסף וזה לא מדויק. ואז הם מתאכזבים. זה איזשהו מסר לא נכון שעובר. אז מאוד-אם יש אכזבה, זה לא מקדם. אבל בסה"כ אני יכולה לדעת שאם אני שולחת מטפלת לחולת אלצהיימר, היא יודעת מה זה והיא עברה את זה, אולי גם פגשה. ואני חושבת שהיא תוכל להכיל את זה יותר טוב מאשר מטפלת אחרת שכן יכולה להיעלב יותר או שלא תוכל להתמודד עם הקושי. זה מבחינה רגשית."

"תראי, אם הם יבואו וייקחו עוד טיפול, זה לא אוטומטית שהם מקבלים יותר שכר. אבל בזכות הקורס, יש על מה לדבר. ואם מטפלת אצלי תרצה לקחת עוד מטופלים, והיא עובדת, היא תקבל עוד שכר. מה זה עוד שכר? משכר מינימום, זה עוד שקל-שניים גג, בדרך כלל שקל וחצי."

נתק בין המדריכות למרצות בתוכנית ההכשרה

הצוות הרב מקצועי כולל מדריכים ומדריכות עם יכולות מרשימות בתחום החינוך הבלתי פורמלי (עם השכלה אקדמית בתחום) ובעלי חזון, אך ללא כל רקע וניסיון בתחום הזקנה. לעומתם, המרצות המקצועיים הם עם ניסיון וותק רב שנים בתחום הזקנה אך לא מספיק מעורבים בתוכנית ההכשרה (כולל בשלבים להתגבשות התוכנית, מיון המשתתפים והיבטים נוספים בתוכנית).

"אני לא מכירה את הקורס. אני רק מכירה לגבי הפן שלי שאני מגיעה להרצות. אני לא מכירה את כל הקורס מסביב." מרצה

תהליכי המיון

קושי נוסף שעולה מתוך הראיונות הוא שאין את מי למיין עבור ההשתתפות בתוכנית ההכשרה בגלל העניין המועט שיש בהכשרות. לאור הקושי בגיוס משתתפים בתוכנית ההכשרה, קיימת נכונות לקבל את כל מי שמגיש מועמדות והגישה היא כמעט ולא לפסול מועמדים גם אם הם מביעים חוסר נכונות לעסוק בפן הסיעודי, בתקווה שיימצא להם ייעוד אחר ושונה כמו בפן התעסוקתי.

לדוגמה, נציגה מ'דרור בתי חינוך', בזמן המיונים בראשון לציון הביעה נכונות מראש לקבל את כולם לתוכנית ההכשרה ללא יוצא מן הכלל. הזכירה רבות שהתחום הוא בחיתוליו והוא מתפתח עם הזמן ואין לפסול שום אדם גם אם בריאיון הם טוענים שאין להם נכונות ו/או רצון להחליף טיטול לזקן/ה כיוון שלאחר הקורס הם לאו דווקא יצטרכו לעשות את זה ואולי יימצא לאותם אנשים דווקא מקום בו תפקידם יהיה יותר בתחום הפנאי והתעסוקה, ההנחייה וההדרכה כיוון שזה יתאים להם יותר.

"אבל זה פחות או יותר כל מי שביקשה להתקבל, התקבלה. ז"א, לא היה פה ביקוש של חמישים אנשים שמתוכם בחרנו 25. בגלל שהתוכנית היא מאוד לא מוכרת ועדיין חדשה, אין לה מוניטין. זה חיסרון שבאמת אין עדיין..." מדריכה

נדמה כי הרושם שמקבלים כל אחד לתוכנית ההכשרה, לא נסתר גם מעיני המשתתפים בתוכנית ההכשרה וחלקם אף הביעו תרעומת וביקורת על כך מאוחר יותר.

"מבחיני הקבלה - לא לכל אחד לתת. דווקא אז, אפשר גם למיין את האנשים שמתאימים למקצוע, כדי לתגמל אותם בשכר טוב." חניכה

כמו כן, הרושם שנוצר ע"י עוזרת המחקר שהייתה נוכחת באחד מתהליכי הגיוס האחרונים של המשתתפים בתוכנית בראשון לציון היה כי למרות שניציגי 'דרור בתי חינוך' טענו כי כל המועמדים הגיעו מתוך רצון לקחת חלק בתוכנית ההכשרה, רובם ככולם הגיעו מתוך צורך ו/אילוץ כלכלי ו/תעסוקתי כלשהו.

עם זאת- חשוב לציין שבשיחה בנוגע לממצאי המחקר, טענה נציגה ממשרד הרווחה כי יש בחירה של מועמדים ולא כל מי שמעוניין בתוכנית מתקבל. בטענה זו תמכו גם הצוות של 'דרור בתי חינוך'.

אורך התוכנית והאינטנסיביות של תוכנית ההכשרה

מדובר בתוכנית הכשרה יקרה וארוכה יותר מהרגיל (על פי סקירה שנערכה בנוגע לתוכניות דומות בארץ ובעולם). השאלות המרכזיות העולות מכך הן, האם זה אכן מה שנחוץ- כלומר, במידה ואכן אנחנו מעוניינים במטפלים סיעודיים לזקנים, אשר במקביל גם מספקים את הצורך החברתי, האם תוכנית הכשרה אינטנסיבית וארוכה כל כך אכן מכשירה מטפלים לבצע תפקידים סיעודיים. בנוסף- לא ברור האם אכן ניתן להמשיך במתכונת הזו, גם לאור העלויות הגבוהות וגם לאור העובדה שמדובר בצוות מאוד מיומן ומוכשר ולא ברור האם ניתן לעבור לשלב הבא- שלב ההטמעה המערכתית ברמה כלל ארצית.

האינטנסיביות הרבה של התוכנית גם בעייתית מבחינת חלק מהחניכות. התוכנית פרוסה על פני רוב שעות היום ועל כל ימי השבוע במהלך תקופה ארוכה של כששה חודשים ולכן יצרה קשיים רבים כיוון שאינה מותאמת לאנשים עובדים.

"אני חושבת שהיא צריכה להיות מותאמת למגוון... גם לאנשים עובדים, בקיצור. אני חושבת שצריך הכשרה לא רק לאנשים שעובדים בתחום ועכשיו עושים איזושהי פאזזה – כאלה היו לנו- אלא תוך כדי העבודה שלהם, הם משתתפים בתוכנית הכשרה כזאת." מדריכה

זו גם הסיבה מדוע מעסיקים רבים, למרות התעניינותם בתוכנית, לא הסכימו לשחרר את העובדים שלהם לתוכנית הכשרה מסוג כזה כי ראו בכך "איבוד" כוח אדם.

"והיו מקומות עבודה שהתעניינו בשביל העובדים שלהם, אבל את יודעת, לא כל בן אדם ששולח עובדים... הוא שולח יומיים בשבוע. הוא רצה לשלוח לחודשיים חמישה ימים בשבוע, ואחר כך עוד שלושה ימים בשבוע... זה לא... כאילו החברות אמרו לי: אני בעצם מבטל את העובדת- זה מה שאני עושה, לא משהו אחר." מדריך

חסרונות נוספים שנבעו מאינטנסיביות התוכנית שהועלו על ידי המשתתפים והמדריכים עצמם היו: יכולות הריכוז של המשתתפים שירדו אט אט לאורך השעות הרבות בו ולנוכח גילם המתקדם של המשתתפים, ריבוי המשימות וקושי בניהול החיים האישיים של משתתפי התוכנית הכשרה.

"אני חושבת שהקורס היה צריך להימשך יותר- זה קצת בעייתי להימשך יותר- להיות פחות אינטנסיבי מבחינת שעות. ללמוד שלוש פעמים בשבוע ולא כל יום- משהו כזה" מדריכה

הפעילויות החברתיות

בתוכנית ההכשרה הושם דגש רב על הצד החברתי באמצעות פעילויות חברתיות, שבא לעיתים על חשבון הצד העיוני והמקצועי. דבר זה גרם לתחושות של "הפעלות בתנועת הנוער" מצד חלק ממשתתפי התוכנית הכשרה.

"לפעמים אני הרגשתי שאני בתנועת נוער- כאילו כי יש הרבה מתודות ויש הרבה הפעלה ויש הרבה... לפעמים זה די בנלי. כן רציתי את הפרונטלי כאילו. ?? סקרו לי דברים כזה מעניינים, מחקרים אקדמיים וכזה, ואני לפעמים הרגשתי כזה כאילו אני בפעילות של התנועה. וזה כזה... אני לפעמים כזה הייתה הרגשה של: אוי, לא בחרתי בזה!" חניכה

עם זאת- חשוב לציין שמרבית המשתתפים דיווחו על יחסי חברות מאוד חזקים ולכן, נראה שהפעילויות החברתיות השיגו את מטרתן.

הפער בין טיפול מוסדי לביתי

בתוכנית ההכשרה הדגש הוא על מוסדות סיעודיים אך יש לציין כי מתוך הנתונים שנאספו במחקר זה עולה כי חלק ניכר ממשתתפי תוכנית ההכשרה של הבוגרים עובדים בטיפול ביתי. עם זאת- ההכשרה במסגרת התוכנית מתמקדת במוסדות.

העדר תמיכת המערכת

אחד הקשיים שעימם התמודדו המדריכים והמשתתפים בתוכנית ההכשרה הוא החוסר בתמיכה מבנית/מערכתית המגדירה את הצורך בתפקיד שכזה, את השכר, הצורך בהכשרה מעשית של משתתפי התוכנית וההכרה בכך. לטענת המרואיינים, בלי תמיכה מערכתית לא ניתן להפוך את המטפל הקהילתי למקצוע.

"תקינה, שכר, רגולציה שהיא תקינה והיא עם הדרישה של הכשרה מסוימת, שכר זה תמיד הכרחי ומשמעותי. אני חושב שיש עוד דרכים: אפשר לתת למישהו קמפיין ציבורי שהמשרד הרלוונטי יוביל או גופים אחרים או יום ?? – איזשהו קמפיין שבא ומסדר את זה." מדריך

"אם אני עושה את הקורס הזה, ואני מדמינת את עצמי הולכת לעבוד בבית אבות או בבית, אני כאילו מרגישה שאין... שכל הדברים היפים האלה שלמדתי, אין להם במה. כדי שזה יקרה, זה צריך לבוא גם מלמעלה. ההבנה צריכה להשתנות. לא רק שהמטפלת מהשטח עצמה כאילו תעשה את השינוי ותנסה - אם היא תרצה לטפל בו גופנית או באמנות, שזה משהו מערכתי- הגישה הזאת של מה שמלמדים פה בקורס- שזה יהיה משהו... שזה יהיה התפקיד של הזה. שהחברת סיעוד תדע: זה התפקיד, והיא תכשיר- החברות יכשירו, ויגידו לזקן- יתווכו על זה: זה מה שמגיע לך. את יכולה עכשיו לקבל פה מפגשים חברתיים שהמטפלת תעשה אתך ופנאי ולא רק סיעוד." חניכה

בפועל, התמודדות קשה של אלו שסיימו את תוכנית ההכשרה הייתה מול המעסיקים עצמם, שלא מודעים להגדרת התפקיד של המטפל הקהילתי ומאמינים כי הם זקוקים ברוב המקרים למטפל סיעודי בלבד. לפיכך,

בניגוד לציפיות, קיבלו מרבית העובדות שכר כשל מטפלת סיעודית או גבוה באופן זניח ונאלצו לעשות עבודה של מטפלת סיעודית.

"נראה לי שההתמודדות הכי קשה שהייתה לנו, זה המקומות עבודה. כי אנחנו מגיעים עם הגדרת תפקיד של מה זה מטפל קהילתי, המקומות עבודה מהנהנים, אבל בפועל לא כל המקומות יודעים לקחת את המטפל ולעשות אותו מטפל קהילתי. הרבה מאוד לוקחים את המטפל ועושים אותו מטפל רגיל – סיעודי רגיל- בלי התוכן של התעסוקה, בלי כל... ז"א, הם לא... הקושי הכי גדול שלנו בתוכנית זה מקומות העבודה." חניכה

"על מה שאמרתי עכשיו- כי אם אני מצפה שאני באה לבית אבות או לכל מקום אחר ומסתכלים עליי כמטפלת שעברה קורס, מן הסתם, אני אמורה להיות מטפלת יותר מקצועית, ומסתכלים עליי כמו על מטפלת רגילה, אז זה קצת הוריד לי מאוד." חניכה

"אמרו לנו שישלמו לנו יותר כסף על שעות העבודה שלנו, וזה לא קרה. לא יודעים מה זה מטפל קהילתי. בכל מקום שאני נכנסת, זה משהו חדש." חניכה

"הכשרות. עכשיו, הכשרה כמו זאת, זה נפלא ומקסים ברעיון, אבל זה נראה לי עדיין לא מספיק, כי לחברת מט"ב אם אני באה, מה הם יעשו איתי? אולי הם ישלמו לי שקל יותר. אבל אין להם עדיין את הפלטפורמה של זה מה שאני אמורה לעשות." חניכה

בנוסף, גם הסטנדרטים לקבלת המענקים שהובטחו למסיימי ההכשרה, לא תמיד תאמו את התנאים בשטח לאותם משתתפים אשר לא יכלו לעמוד בהם. כדוגמת משתתפת בדואית עם 7 ילדים X שעות עבודה לא מצליחה להגיע למצב בו תעבוד מספיק שעות כדי לקבל את המענק.

לאור הראיונות והתצפיות שנערכו, כולל השינויים המשמעותיים שנערכו בתוכנית לאורך תקופת המחקר, מוצעות ספר הצעות לשיפור ולשימור.

נקודות לשיפור ברמת המערכת

היעדר הגדרה מוסכמת לתפקיד המטפל הקהילתי, עוד מתחילת התוכנית, מקשה על תהליך הבנייה של המקצוע ותוכנית ההכשרה ומקשה על ההערכה של התהליכים:

- א. מעולם לא הושלם תהליך בניית המודל הלוגי שהיה יכול לעזור לצדדים השונים להבין את התשומות והתפוקות המצופות ולהתנהל בהתאם לכך.
- ב. הגדרת המטפל הקהילתי שונה על פי הדובר- יש המדגישים את הצד הסיעודי/פיזי בתפקיד ואילו אחרים מדגישים את הצד התומך נפשית. כל עוד אין הגדרה ברורה, גם המשתתפים, גם הצוות המפעיל וגם המעריכים של התוכנית יחוו בלבול.
- ג. ההגדרה של הצלחה לא נוסחה על ידי הצוות. לפיכך- לא ברור האם 30% נשירה מהתוכנית מהווה הצלחה/כישלון או שזהו האחוז המצופה. כך גם לגבי יכולת ההשמה של משתתפי הקורס בתוכניות השונות.

- ד. הרעיון של קידום בתפקיד איננו ברור. האם אכן קידום אפשרי ואם כן- האם באמת רוצים לקדם את המטפלת הקהילתית? להבנתנו, התפקיד צמח לאור המחסור במטפלות סיעודיות. התפיסה של חניכות רבות בתוכנית ההכשרה ושל מדריכות התוכנית, הייתה שהתוכנית מהווה קרש קפיצה לתפקידים אחרים. אולם- המחסור האמיתי עליו באה התוכנית לענות הוא במטפלות סיעודיות.
- ה. צורך בהכנת הקרקע להמשך התוכנית במתכונת כלל ארצית. דרושה מחויבות ופעולה פרו-אקטיבית של המדינה על מנת לקדם את תחום הסיעוד כולל תעסוקה מגוון תפקידים והכשרות בתחום. לצורך כך, יש לקדם שיתוף פעולה בין הגופים השונים כולל: המוסד לביטוח לאומי, משרד הבריאות, משרד הכלכלה, משרד האוצר והמעסיקים. זאת על מנת להתוות ולקדם מדיניות בתחום הסיעוד, אשר מייצרת מקצוע ראוי לתעסוקה ושירותים ראויים לאנשים זקנים הנזקקים להם.
- ו. בהתייחס להמשכיות הפרויקט, גם אם אכן התוכנית אפקטיבית ומצליחה להכשיר מטפלות קהילתיות לשוק, עדיין לא ברור האם מתכונת תוכנית כזו ניתנת ליישום. מדובר בתוכנית הכשרה יקרה מאוד המופעלת על ידי צוות איכותי ביותר. לא ברור אם אכן ניתן לעלות רמה ולהפוך את התוכנית לפרויקט ארצי הנותן פתרון למחסור במטפלות בתחום הזקנה.

צורך בשינוי מדיניות כלל מערכת

על מנת שתפקיד המטפל הקהילתי יתקיים יש לבצע שינוי מדיניות אשר מגדיר את תפקיד המטפלת הקהילתית באופן מדויק, את השכר הניתן עבור התפקיד ואף לדרוש מהמעסיק להעסיק מספר מסוים של מטפלות קהילתיות. נכון לעכשיו, המטפלת הקהילתית מוצאת את מקומה רק במידה והמעסיק הישיר רואה צורך בתפקיד כזה, אולם אין כל הבנייה של התפקיד ברמת המערכת. המערכת מבחינתה, מפוצלת ולא משתפת פעולה בנושא. יש צורך לעודד חשיבה משותפת בין הגופים השונים על מנת להגדיר צרכים, מטרות ואופני פעולה.

סיכום - המלצות לשיפור

ברמת המערכת

- יש להקפיד על הגדרות מדויקות בנוגע לתפקיד, מטרותיו, הצלחות וכישלון עוד לפני תחילת הפרויקט.
- חשוב להכין תוכנית מגירה במידה והתוכנית תצליח- כיצד ניתן להטמיע את ההכשרה במערכת כלל ארצית כדי ליצור השפעה חברתית משמעותית. יש לקחת אחריות על המשך הפרויקט והטמעתו במידה ומעוניינים בו ולצורך כך חייבים לערוך שינוי מערכתי כולל.
 - נחוץ המשך עבודה מול קובעי המדיניות ובדיקה מולם בנוגע לצורך בתפקיד המטפל הקהילתי והיתכנות התפקיד וההכשרה בהיקפים גדולים.
 - יש להמשיך בדיאלוג עם מעסיקים על מנת לבדוק את הצורך בתפקיד והיתכנות שלו בשטח. נראה כי מחויבות המעסיקים דורשת עידוד אקטיבי של המדינה- מבחינת דרישות ברורות להכשרה ולתשלום נוסף לבוגרי ההכשרה.

- הגופים השונים האחראים לפיתוח ולהטמעה של תוכנית כזו ברמה הארצית חייבים להגיע להסכמות בנוגע לשיתוף פעולה. כרגע אין מספיק הידברות בין הגופים השונים והדבר פוגע ביכולת לשנות מדיניות בנושא הסיעוד.

ברמת התוכנית

- יש לערוך חשיבה מחודשת על היקף התוכנית ומטרותיו ביחד עם קובעי המדיניות ועם המעסיקים הפוטנציאליים על מנת לייעל את התוכנית ולהבטיח את המשכיותה הכלכלית.
- יש צורך בהמשך חשיבה לגבי מיקום התחום הסיעודי בתוכנית ההכשרה ובהגדרת התפקיד. עד כה- הצדדים השונים לא הגיעו להסכמה בנושא.
- יש לקיים המשך חשיבה לגבי קהל היעד של התוכנית (בוודאי במתכונתו הנוכחית הכוללת היקף שעות רב ועמוס) ולבדוק האם יהיה נכון לקבל לתכניות ההכשרה מטפלים סיעודיים בהווה או שמא דווקא אוכלוסיות חזקות יותר על מנת ליצור שינוי חברתי.
- יש להקפיד על שילוב של אנשי מקצוע בתחום הזקנה שיעבדו יחד ובמקביל לצוות ההדרכה באופן מלא. זאת משום שהמרצים בתוכנית הם שמביאים את הידע בזקנה ואילו המדריכים מביאים את הפן הערכי חברתי- כיום אין מספיק שילוב בין הצדדים.

סיכום - המלצות לשימור

ברמת המערכת

- מחויבות גבוהה מאוד של צוות המפתחים והמדריכים לחזון של פיתוח התחום-הדבר תורם למשתתפים בתוכנית הרבה מעבר לתכנים עצמם.
- יכולות גבוהות מאוד של המדריכים וניסיון קודם בשדה החברתי-המשתתפים בתוכנית נחשפים לתכנים עדכניים המועברים על ידי מרצים בעלי ניסיון רב ואילו התמיכה החברתית מועברת על ידי מדריכים בעלי ניסיון בתחום זה.
- חזון חברתי מעבר לפיתוח התפקיד עצמו- חזון זה נוגע בהעצמתם של המשתתפים בתוכנית ופתיחת אפשרויות עבורם, הרבה מעבר לטיפול הסיעודי, כבני אדם בעלי אפשרויות בחירה וקידום אישי.
- נסיון משמעותי של המרצים בקורס בהעברת תכנים בתחום הזקנה
- מחויבות לשינוי ונכונות ללקיחת אחריות ולשינוי לאורך התהליך- כפי שהראו השינויים הרבים שחלו בתוכנית במהלך השנים לאור ממצאי ההערכה.

ברמת התוכנית

- מחויבות לנושא ולחזון- המדריכים ומפתחי התוכנית מחויבים מאוד לחזון שלהם שהוא הרבה מעבר לבנייה של תוכנית הכשרה למטפלים קהילתיים. יש רצון אמיתי להעצים את העובדים בתחום ודרך כך אף להעצים את אוכלוסיית הזקנים הסיעודיים.

- ניסיון רב בתחום החברתי של הצוות המפתח ושל המדריכים במקביל לניסיון עשיר בתחום הזקנה של המרצים בקורס.
- מוכנות לשינוי ולגמישות לאורך כל התהליך- כפי שניתן לראות בשינויים שנערכו בנוגע לקהל היעד, התכנים בקורס ואופן העברתם ומשך הקורס.

סיכום עמידה ביעדים שהוצבו על ידי מפתחי התכנית

היעד	המדד	ממצאים ממחקר ההערכה
מיתוג המקצוע מחדש	יצירת מערך תמריצים (קיצור שירות, מלגת לימודים, מענקים וכו')	מפתחי התכנית הצליחו לבנות מערך תמריצים להשתתפות בתכנית, אולם ניכר קושי בגיוס חניכים
הגדלת מספר הצעירים שעוסקים בתחום הטיפול בזקנים	<ul style="list-style-type: none"> • הכשרת 200 צעירים בשלוש שנים. • פתיחת התכנית בארבעה מוקדים ברחבי הארץ. • שילוב אוכלוסיות מגוונות (משקיות ת"ש, חיל רפואה, חיילי מקא"ם ועוד). 	בשלב בו פעלה תכנית ההערכה התחילו 130 איש את ההכשרות בשלושה מוקדים, אולם רק 94 איש סיימו את ההכשרה. שילוב יוצאי צבא נפסק בגלל שאיש מיוצאי הצבא שהוכשרו לא עבד במקצוע עם סיום תכנית ההכשרה
יצירת הכשרה רב תחומית	הרחבת המקצוע ע"י הכשרות והסמכות בתחומים מגוונים: תחום הטיפול האישי, התחום החברתי-קהילתי, התחום הפרא רפואי ומתן כלים באומנויות, תעסוקה ומחשבים.	תכנית ההכשרה הייתה רב תחומית באופייה
שילוב בוגרי התכנית במערך המקצועי במשק	<ul style="list-style-type: none"> • שילוב 75% מבוגרי ההסמכה במגוון השירותים בתחום. • התמדה של כ-75% בתעסוקה בתחום כשנה לאחר השתלבותם. 	רק 23% ממשתתפי התכנית השתלבו בתחום
יצירת אופק תעסוקתי	<ul style="list-style-type: none"> • יצירת תגמול נוסף לבוגרי ההכשרה. • יכולת התקדמות תעסוקתית בתחום. • יצירת תקנים למטפל קהילתי במוסדות לטיפול בקשישים – הן בקהילה והן במוסדות. 	נכון לזמן ההערכה, התגמול שהוצע על ידי המעסיקים נתפס כלא מספק ויכולת ההתקדמות הוצגה כמוגבלת. לא נוצרו תקנים ייעודיים למטפל קהילתי

רשימת מקורות

אבידב-אונגר, א' (2010). המרכיבים של תוכנית להתפתחות מקצועית איכותית בפרופסיית ההוראה. אוחר מתוך <http://www.mofet.macam.ac.il/amtim/forums/Documents/2010-2011/oritavidav-2010-2011.pdf>

אליס, א' (2012). כשאת אומרת פרופסיה למה את מתכוונת. אוחר מתוך <https://www.kotar.co.il/KotarApp/Viewer.aspx?nBookID=98031072#15.767.6.fitwidth>

אסיסקוביץ, ש. (2018). היבטים בביטוח סיעודי. המוסד לביטוח לאומי, ירושלים. אוחר מתוך כתובת https://www.btl.gov.il/Publications/survey/Documents/seker_295.pdf

יוגב, א' (2007). הוראה כפרופסיה. אוחר מתוך https://www.vanleer.org.il/sites/files/attachment_field/11-%D7%92.pdf

Asiskovitch, S. (2013). The Long-Term Care Insurance Program in Israel: Solidarity with the elderly in a changing society. *Israel journal of health policy research*, 2(1), 3.

Ayalon, L. (2016). Profiles of loneliness in the caregiving unit. *The Gerontologist*, 56(2), 201-214.

Ayalon, L., Fialová, D., Areán, P. A., & Onder, G. (2010). Challenges associated with the recognition and treatment of depression in older recipients of home care services. *International Psychogeriatrics*, 22(04), 514-522.

Ayalon, L., Green, O., Eliav, T., Asiskovich, S., & Shmelzer, M. (2013). Home care services to older adults: A report. *Jerusalem, Israel: National Insurance Institute of Israel*.

Benjamin, A. E., Matthias, R. E., Kietzman, K., & Furman, W. (2008). Retention of paid related caregivers: Who stays and who leaves home care careers?. *The Gerontologist*, 48(suppl_1), 104-113.

Brodsky, G., Snoor, Y., & Beer, S. (2011). *Elderly in Israel: Facts and figures*. Jerusalem: JDC-ESHEL. [in Hebrew]

Butler, R. N. (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues*, 36(2), 8-11.

Butler, S. S., Simpson, N., Brennan, M., & Turner, W. (2010). Why do they leave? Factors associated with job termination among personal assistant workers in home care. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(8), 665-681.

- Cohen, M., Halevy-Levin, S., Gagin, R., Priltuzky, D., & Friedman, G. (2010). Elder abuse in long-term care residences and the risk indicators. *Ageing & Society*, 30(6), 1027-1040.
- Cohen, M., & Shinan-Altman, S. (2011). A cross-cultural study of nursing aides' attitudes to elder abuse in nursing homes. *International psychogeriatrics*, 23(8), 1213-1221.
- Duncan, J., Rice, V. (2006) *What does it mean to be a "professional" ... and what does it mean to be an ergonomics professional?* Retrieved from <https://www.ergofoundation.org/images/professional.pdf>
- Gubrium, J. F. (1975). Being single in old age. *The International Journal of Aging and Human Development*, 6(1), 29-41.
- Jiménez-Martín, S., & Prieto, C. V. (2012). The trade-off between formal and informal care in Spain. *The European Journal of Health Economics*, 13(4), 461-490.
- Joshi, S., & Flaherty, J. H. (2005). Elder abuse and neglect in long-term care. *Clinics in geriatric medicine*, 21(2), 333-354.
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The lancet oncology*, 12(2), 160-174.
- Natan, G . (2012). *The challenges associated with materializing the licensure to employ foreign workers in the home care sector*. Jerusalem, Israel: Haknesset: Research and Information Center. [in Hebrew]
- Natan, M. B., Lowenstein, A., & Eisikovits, Z. (2010). Psycho-social factors affecting elders' maltreatment in long-term care facilities. *International nursing review*, 57(1), 113-120.
- Kamp, A. (2012). The quest for the meaning of work: Competing concepts of meaning. In A. Kamp, & H. Hvid (Eds.), *Elderly care in transition* (pp. 53-81). Copenhagen Business School Press: Denmark.
- Katz, P. R., Karuza, J., Intrator, O., & Mor, V. (2009). Nursing home physician specialists: A response to the workforce crisis in long-term care. *Annals of internal medicine*, 150(6), 411-413.

- Kosberg, J. I. (Ed.). (1983). *Abuse and maltreatment of the elderly: Causes and interventions*. PSG Incorporated.
- Montgomery, R. J., Holley, P. L., Deichert, J., and Kosloski, K. (2005). "A profile of home care workers from the 2000 census: How it changes what we know." *The Gerontologist* 45(5): 593-600.
- Parmelee, P. A., Katz, I. R., & Lawton, M. P. (1992). Incidence of depression in long-term care settings. *Journal of Gerontology*, 47(6), M189-M196.
- Professional Standards Council (n.d.). Retrieved from <https://www.psc.gov.au/what-is-a-profession/academic-view>
- Redfoot, D. L., & Houser, A. N. (2005). " *We shall travel on*": *Quality of care, economic development, and the international migration of long-term care workers*. Washington, DC: AARP Public Policy Institute.
- Saks, M. (2012). Defining a Profession: *The Role of Knowledge and Expertise*. Retrieved from <https://journals.hioa.no/index.php/pp/article/view/151/355>
- Shinan-Altman, S., & Cohen, M. (2009). Nursing aides' attitudes to elder abuse in nursing homes: The effect of work stressors and burnout. *The Gerontologist*, 49(5), 674-684.
- Stone, R., & Harahan, M. F. (2010). Improving the long-term care workforce serving older adults. *Health Affairs*, 29(1), 109-115.
- Stone, R. I., & Weiner, J. M. (2001). *Who will care for us? Addressing the long-term care workforce crisis*. Washington, DC: The Urban Institute.
- Witz, A. (1992). *Professions and Patriarchy*. Retrieved from <https://www.questia.com/read/103451724/professions-and-patriarchy>
- Yacovitz, E., & Yacovitz –Tishler, V. (2015). Support for formal caregivers. In D. Prilutzky, & M. Cohen (Eds.), *Practical gerontology* (pp. 319-354). Jerusalem: Joint-Eshel. [in Hebrew]

נספחים

נספח 1: טבלת סיכום: הבדלים בין תכניות ההכשרה השונות

היקף לימודים מעשיים	משך ההכשרה	תכני לימוד	דרישות קבלה	תעודת המתקבלת	שם המוסד ומדינה
389 שעות (כיומיים בשבוע במשך 4 חודשים)	760 שעות-חצי שנה	התוכנית חושפת את הסטודנט בהדרגה לעולם הידע וכוללת יסודות בטיפול האישי (ADL), יסודות בגרונולוגיה ובגריאטריה, מדיניות חברתית וחזיקה מתחום הזקנה, כלים באומנויות ותעסוקה, מנהיגות ויזמות עסקית	12 שנות לימוד ראיון אישי ועדת קבלה	תעודת גמר של משרד העבודה והרווחה: "מטפל קהילתי-התמחות רב תחומית בהדרכה וליווי זקנים"	דרור בתי חינוך, ישראל
15 שעות התנסות מעשית בבתי חולים בקהילה	70 שעות לימוד	היכרות עם חוק סיעוד, היבטים תפקודיים ובריאותיים של האדם הזקן, יצירת קשר טיפולי, סוגיות אתיות, מניעת התעללות והזנחה וכלים לתקשורת בין אישית אפקטיבית	/	טיפול סיעודי	עמותת מטב, ישראל
328 שעות לימוד מעשיות	582 שעות לימוד	אספקטים פיזיים בסיעוד המטופל (תזונה, פעולות מופניות, היגיינה ועוד), ואספקטים פסיכוסוציאליים בסיעוד המטופל	- בעל 10 שנות לימוד לפחות	סייעות/ים מאומנת/ים	שירות התעסוקה, ישראל

היקף לימודים מעשיים	משך ההכשרה	תכני לימוד	דרישות קבלה	תעודה המתקבלת	שם המוסד ומדינה
תלוי במוסד, אבל במינימום 16 שעות לימוד מעשיות	תלוי במוסד, אבל במינימום 75 שעות לימוד	מניעת זיהומים, טיפול אישי, נהלי חירום, זכויות המטופל וצרכים פסיכו-סוציאליים. (ועוד).	- לעבור מבחן מיון בקריאה, כתיבה ודיבור - ראיון אישי - שאלון מוטיבציה	- תעודת סיום תיכון - נועד בעיקר לאנשים שכבר עובדים בתחום הסייעות-התוך ביתי (In-Home Supportive Services)	Certified Nursing Assistant מוסדות שמכשירים על פי המעלות ה-Professional Healthcare Institute, ארה"ב
אין התנסות מעשית במסגרת תוכנית הלימוד	16 מפגשים, 48 שעות סה"כ	לומדים על נושאים כגון עבודה עם זקנים, התמודדות עם דמנציה, שמירה על כבוד המטופל תוך כדי טיפול, פעולות יומיומיות כגון הלבשה, רחצה, נייד, מניעת הזנחה והתעללות ועזרה ראשונה	ג-ל 18 לפחות -תעודת בגרות/סיום 12 שנות לימוד -בדיקת רקע פלילי -בדיקה בריאותית	Personal Caregiver	Homebridge, ארה"ב
40 שעות התנסות מעשית	60-80 שעות לימוד, פרוסים על 6 שבועות	מיומנויות טכניות של מתן טיפול תוך שמירת כבוד המטופל ורגישות תרבותית, מניעת פציעות, תזונה נכונה, טיפול בחולה סופני, ידע וז'רגון רפואי בסיסי, זיהוי סימני התעללות ותהליכי דיכוי		Certified Nursing Assistant	Ballad Health, ארה"ב

היקף לימודים מעשיים	משך ההכשרה	תכני לימוד	דרישות קבלה	תעודה המתקבלת	שם המוסד ומדינה
אין התנסות מעשית מסגרת תוכנית הלימוד	חמישה ימים	עזרה ראשונה, התמודדות עם דמנציה, ואספקטים פיזיים של סיעוד	- ראיון אישי	מטפלים תוך-ביתיים לקשישים	,Corinium Care ברייטינה
אין התנסות מעשית במסגרת תוכנית הלימוד	שבועיים	תזונה, פעולות כגון רחיצה והלבשה, טיפול בחולה סופני, ביטוח לאומי ומיסים, התמודדות עם לחץ וקונפליקטים, ועזרה ראשונה	-ראיון אישי (טלפוני)	מטפלים תוך-ביתיים לקשישים	,Christies Care ברייטינה
120 שעות התנסות מעשית	עד 18 חודשים	עזרה ראשונה והכרת טרמינולוגיה רפואית, פרקטיקות עבודה בטוחות, סיוע פיזי (תנועה, היגיינה), תקשורת, עבודה עם אנשים מרקעים שונים	- סיום 10 שנות לימוד -גיל 16 לפחות	Health Service Assistant	,Open Courses קנדה
התוכנית כוללת התנסות מעשית אך לא מצוין מה היקפה	שנה	מימונויות תקשורתיות, גוף האדם, טיפול בחולה סופני, מבוא לפסיכולוגיה	- סיום 12 שנות לימוד -עדיפות לתלמידים שלמדו מתמטיקה וביולוגיה עד סוף התיכון	Personal Support Worker	,Algonquin Collage קנדה
התוכנית כוללת התנסות מעשית אך לא מצוין מה היקפה	28 שבועות	עזרה ראשונה, מערכות גופניות וידע בריאותי, הזנחה והתעללות, בריאות קוגניטיבית ופשיית, התנסות מעשית בקהילה ובמוסד	-12 שנות לימוד -גיל 19 לפחות -שליטה טובה בכתיבה ודיבור באנגלית	Personal Support Worker	Academy of Learning קנדה

שם המוסד ומדינה	תעודת המתקבלת	דרישות קבלה	תכני לימוד	משך ההכשרה	היקף לימודים מעשיים
National Trust of הודו, India	Basic Care Givers	גיל 18 לפחות	לימוד על סוגים שונים של נכויות, היבטים בריאוריים, עזרה ראשונה, תפקוד במצבי חירום, הכרת חוקים הקשורים לנכויות ושיטות להתמודדות עם קשיים פסיכולוגיים תוך כדי הטיפול.	שלושה חודשי לימוד	70% מהלימוד הוא מעשי, לעומת 30% תאורטי

נספח 2. מסלול להכשרת מטפלים קהילתיים כפי שנמסר על ידי דרור בתי חינוך

גרסה ראשונית, נכון ל 2014



-מטפל קהילתי
ישור הפעלה 14-2775

גרסה מעודכנת, נכון לאוגוסט,
2017



תכנית עדכנית מטפל
קהילתי.docx

נספח 3. מדריכי הראיונות האיכותניים שנבנו לצורך הערכת תוכנית ההכשרה

מדריך הריאיון- משתתפי תוכנית ההכשרה

שאלות רקע-

גיל, מין, ארץ לידה, שנת עליה, לאום, מספר שנות לימוד

קבלת ההחלטה להשתתף בתוכנית ההכשרה-

מהן הסיבות שבגללן החלטתם להשתתף בתוכנית ההכשרה?

מה היו הציפיות שלכם מתוכנית ההכשרה בשלב קבלת ההחלטה?

איזה מידע קיבלתם אודות תוכנית ההכשרה?

תוכנית ההכשרה-

מהם התכנים המעניינים בתוכנית ההכשרה? מהם התכנים הפחות מעניינים בתוכנית ההכשרה ומדוע התכנים האלה פחות מעניינים?

אלו תכנים הייתם משנים בתוכנית ההכשרה ומדוע?

מהם הכלים שאותם אתם מקבלים בתוכנית ההכשרה בהם תוכלו לעשות שימוש כמטפלים קהילתיים? במסגרת ההכשרה אתם לומדים בקבוצה. איזה יתרונות יש לדעתכם בלמידה בקבוצה? איזה חסרונות?

שביעות רצון מתוכנית ההכשרה-

באופן כללי, מהם ההיבטים החיוביים והשליליים של תוכנית ההכשרה?

כיצד התוכנית עונה על ציפיותיכם? על אלו ציפיות התוכנית לא ענתה?

קשר עם צוות התוכנית

תארו את הקשר שיש לכם עם המדריכות במכללה

תארו את הקשר שיש לכם עם המרצות המקצועיות במכללה (עובדת סוציאלית, אחות, מרפאה בעיסוק וכו) איזה מענה אתם מקבלים לצרכים העולים במהלך תוכנית ההכשרה? (לדוג'- מימון הלימודים, תכנים בהם אתם מעוניינים להעמיק יותר, שאלות בנוגע לאופק תעסוקתי)

הערכת התפקיד והתוכנית בכללותם

מהי לדעתך מהות התפקיד של מטפלת/קהילתי/ת? מהן מטרות התפקיד? כיצד התפקיד מסייע לאנשים זקנים? כיצד לדעתך ניתן לשפר את התפקיד?

מהן החוזקות של תוכנית הלימודים? מהן החולשות של תוכנית הלימודים?

מה הייתם ממליצים לחברים השוקלים להשתתף בתוכנית כזו?

שאלון 2

מדריך הריאיון- משתתפים שנשרו מתוכנית ההכשרה

שאלות רקע

גיל, מין, ארץ לידה, שנת עליה, לאום, מספר שנות לימוד

הערכת התוכנית בכללותה

מהן החוזקות של תוכנית הלימודים? מהן החולשות של תוכנית הלימודים?

מה הייתם ממליצים לחברים השוקלים להשתתף בתוכנית כזו?

קבלת ההחלטה להשתתף בתוכנית ההכשרה

מהן הסיבות שבגללן החלטתם להשתתף בתוכנית ההכשרה?

מה היו הציפיות שלכם מתוכנית ההכשרה בשלב קבלת ההחלטה?

איזה מידע קיבלתם אודות תוכנית ההכשרה?

תוכנית ההכשרה

מהם התכנים המעניינים בתוכנית ההכשרה? מהם התכנים הפחות מעניינים בתוכנית ההכשרה ומדוע

התכנים האלה פחות מעניינים?

אלו תכנים הייתם משנים בתוכנית ההכשרה ומדוע?

מהם הכלים שאותם אתם מקבלים בתוכנית ההכשרה בהם תוכלו לעשות שימוש כמטפלים קהילתיים?

שביעות רצון מתוכנית ההכשרה

מהם ההיבטים החיוביים והשליליים של תוכנית ההכשרה?

ביחס לשלב בו הייתם בתוכנית ההכשרה, מה בתוכנית ענה על ציפיותיכם? מה לא ענה?

קשר עם צוות התוכנית

תארו את הקשר שהיה לכם עם צוות התוכנית

איזה מענה קיבלתם לצרכים שעלו במהלך תוכנית ההכשרה? (לדוג' - מימון הלימודים, תכנים בהם הייתם

מעוניינים להעמיק יותר, שאלות בנוגע לאופק תעסוקתי)

עזיבת תוכנית ההכשרה

מהן הסיבות העיקריות שבגללן עזבתם את התוכנית (לבדוק האם קשור לסיבות אישיות או סיבות הקשורות

לתוכנית)

במידה והסיבות קשורות לתוכנית ההכשרה, איזה מענה קיבלתם מצוות התוכנית לסיבות אלה?

שאלון 3

מדריך הריאיון- צוות תוכנית ההכשרה- צוות המוקדים

רקע-

גיל, מין, מספר שנות לימוד, תחום לימודים, מקום עבודה נוכחי, מקומות עבודה קודמים ונוספים.

הערכת התוכנית-

מהן לדעתכם נקודות החוזק של התוכנית? מהן לדעתך נקודות החולשה של התוכנית?

כיצד לדעתכם התוכנית משיגה את יעדיה?

כיצד לדעתכם ניתן לשפר את תוכנית ההכשרה?

תיאור תפקיד ותפסתו-

תארו בבקשה בקצרה את תפקידכם במסגרת התוכנית? מה התפקיד כולל?

כיצד אתם רואים את החזון, המטרה של תפקידכם?

משתתפי התוכנית-

מהם המאפיינים העיקריים של משתתפי התוכנית?

מהם המאפיינים העיקריים של אלו שנשרו מהתוכנית? מהן הסיבות לנשירה לדעתכם?

תארו את הקשר שיש לך עם משתתפי התוכנית?

ספרו על ההשתלבות של הממשיכים? על המשך הדרך של הפורשים?

תוכנית הלימודים-

ספר לי על תכני הלימוד? מה הרציונל מאחוריהם? מה הייתם משנים?

מהן החוזקות של תוכנית הלימודים? מהן החולשות של תוכנית הלימודים?

קשיים בתפקיד-

מהם המצבים בהם חוויתם קשיים בתפקיד? (התלבטויות, חוסר וודאות, חוסר תמיכה, לחצים, העדר

משאבים)? כיצד התמודדתם עם מצבים אלו?

מערכת יחסים עם שותפים לתוכנית ההכשרה-

ספרו על הקשר עם השותפים לתוכנית? מהם הקשיים בקשר? מה היתרונות?

כיצד אתם מתמודדים עם קשיים הקשורים לשותפים לתוכנית ההכשרה?

השמה של בוגרי התוכנית במקומות עבודה-

אלו אפשרויות קידום תעסוקתי קיימות כיום בתחום? האם ניתן לפתח אפשרויות קידום נוספות?
אלו תגמולים קיימים כיום לבוגרי ההכשרה? האם ניתן ליצור תגמולים נוספים לבוגרי ההכשרה?
באלו דרכים לדעתכם ניתן להרחיב את מספר התקנים לאלו שסיימו את תוכנית ההכשרה- בקהילה
ובמוסדות?

מיתוג מקצוע המטפלות בזקנים-

כיצד להערכתכם ניתן ליצור שינוי בתחום עמדות בטיפול בזקן?

איך ניתן למתג את מקצוע המטפלות בזקנים?

שאלון 4

מדריך הריאיון- צוות תוכנית ההכשרה - צוות ארצי

רקע-

גיל, מין, מספר שנות לימוד, תחום לימודים, מקומות עבודה נוכחי, מקומות עבודה קודמים ונוספים.

הערכת התוכנית -

מהן לדעתכם נקודות החוזק של התוכנית? מהן לדעתך נקודות החולשה של התוכנית?

כיצד לדעתכם התוכנית משיגה את יעדיה? מה הופך את התוכנית לאפקטיבית?

כיצד לדעתכם ניתן לשפר את תוכנית ההכשרה?

תיאור התפקיד ותפוסתו-

תארו לי בבקשה בקצרה את תפקידך במסגרת התוכנית? מה התפקיד כולל?

כיצד אתם רואים את החזון, המטרה של תפקידכם?

הערכת כלי המיון והגיוס לתוכנית-

ספר לי על תהליך המיון הקיים? מהם היתרונות? מהם החסרונות? דרכים לשיפור?

משתתפי התוכנית-

מהם המאפיינים העיקריים של משתתפי התוכנית?

מהם המאפיינים העיקריים של אלו שנשרו מהתוכנית?

מערכת יחסים עם שותפים לתוכנית ההכשרה-

ספרו על הקשר עם השותפים לתוכנית? מהם הקשיים בקשר? מה היתרונות?

כיצד אתם מתמודדים עם קשיים הקשורים לשותפים לתוכנית ההכשרה?

קשיים בתפקיד-

מהם המצבים בהם חוויתם קשיים בהפעלת התוכנית? (התלבטויות, חוסר וודאות, חוסר תמיכה, לחצים,

העדר משאבים)

כיצד התמודדתם עם מצבים אלו?

השמה של בוגרי התוכנית במקומות עבודה-

אלו אפשרויות קידום תעסוקתי קיימות כיום בתחום? אלו אפשרויות קידום נוספות ניתן לפתח?

אלו תגמולים קיימים כיום לבוגרי ההכשרה? אלו תגמולים נוספים ניתן לתת לבוגרי ההכשרה?

באלו דרכים לדעתכם ניתן להרחיב את מספר התקנים לאלו שסיימו את תוכנית ההכשרה- בקהילה
ובמוסדות?

מיתוג מקצוע המטפלות בזקנים-

כיצד להערכתכם ניתן ליצור שינוי בתחום עמדות בטיפול בזקן?

איך ניתן למתג את מקצוע המטפלות בזקנים?

שאלון 5

מדריך הריאיון- מרצים בתוכנית ההכשרה

רקע-

גיל, מין, מספר שנות לימוד, תחום לימודים, מקומות עבודה קודמים ונוספים,

הערכת התוכנית -

מהן לדעתכם נקודות החוזק של התוכנית? מהן לדעתך נקודות החולשה של התוכנית?
כיצד לדעתכם התוכנית משיגה את יעדיה? מה הופך את התוכנית לאפקטיבית?
כיצד לדעתכם ניתן לשפר את תוכנית ההכשרה?

תיאור התפקיד ותפישתו-

תארו בבקשה בקצרה את תפקידכם כמרצים בתוכנית ההכשרה? מה התפקיד כולל?
כיצד אתם רואים את החזון, המטרה של תפקידכם?

ספרו לי על תוכנית ההכשרה

אלו תחומי לימוד כוללת תוכנית ההכשרה? (טיפול אישי, חברתי-קהילתי, פארא-רפואי וכו)
כיצד התכנים אותם אתם מלמדים תואמים את מטרות תוכנית ההכשרה?
אלו תכנים הייתם משנים ומדוע?
מהן החוזקות של תוכנית הלימודים? מהן החולשות של תוכנית הלימודים?

משתתפי התוכנית-

ספרו על משתתפי התוכנית?
ספרו על אלו שנשרו מהתוכנית?
תארו את הקשר שיש לכם עם משתתפי התוכנית?
מה קורה עם משתתפי התוכנית בתום התוכנית? ממה הם מרוצים? לא מרוצים?
מהן הסיבות העיקריות שבגללן נשרו מהתוכנית? מה המאפיינים שלהם?

שיים בתפקיד-

מהם הקשיים בתפקידכם?

כיצד התמודדתם עם מצבים אלו?

מערכת יחסים עם שותפים לתוכנית ההכשרה-

ספרו על הקשר עם השותפים לתוכנית? מהם הקשיים בקשר? מה היתרונות?

כיצד אתם מתמודדים עם קשיים הקשורים לשותפים לתוכנית ההכשרה?

שאלון 6

מדריך הריאיון- נציגים של השותפים בפיתוח והפעלה

פיתוח והטמעת התוכנית- נציגים של הקרן למפעלים מיוחדים

רקע-

גיל, מין, מספר שנות לימוד, תחום לימודים, מקומות עבודה נוכחי, מקומות עבודה קודמים ונוספים.

הערכת התוכנית -

מהן לדעתכם נקודות החוזק של התוכנית? מהן לדעתך נקודות החולשה של התוכנית?

כיצד לדעתכם התוכנית משיגה את יעדיה? מה הופך את התוכנית לאפקטיבית?

כיצד לדעתכם ניתן לשפר את תוכנית ההכשרה?

תיאור התפקיד ותפיסתו-

תארו בבקשה בקצרה את תפקידך במסגרת התוכנית? מה התפקיד כולל?

כיצד אתם רואים את החזון, המטרה של תפקידכם?

פיתוח והטמעת התוכנית-

אלו שיקולים הנחו אתכם בפיתוח התוכנית?

מה החזון שלכם בנוגע לתוכנית?

עם אלו קשיים התמודדתם בפיתוח התוכנית? כיצד התמודדתם עם קשיים אלה?

קשיים בתפקיד-

מהם המצבים בהם חוויתם קשיים בשיווק התוכנית, מיון וגיוס המועמדים?

כיצד התמודדתם עם מצבים אלו?

מיתוג מקצוע המטפל/ת בזקנים-

כיצד להערכתכם ניתן ליצור שינוי בתחום עמדות בטיפול בזקן?

איך ניתן למתג את מקצוע המטפל/ת בזקנים?

שאלון 7

מדריך הריאיון- נציגים של השותפים בפיתוח והפעלה

צוות מיון וגיוס

רקע-

גיל, מין, מספר שנות לימוד, תחום לימודים, מקומות עבודה נוכחי, מקומות עבודה קודמים ונוספים.

הערכת התוכנית -

מהן לדעתכם נקודות החוזק של התוכנית? מהן לדעתך נקודות החולשה של התוכנית?

כיצד לדעתכם התוכנית משיגה את יעדיה? מה הופך את התוכנית לאפקטיבית?

כיצד לדעתכם ניתן לשפר את תוכנית ההכשרה?

תיאור התפקיד ותפיסתו-

תארו בבקשה בקצרה את תפקידך במסגרת התוכנית? מה התפקיד כולל?

כיצד אתם רואים את החזון, המטרה של תפקידכם?

הערכת שיווק התוכנית, כלי המיון והגיוס לתוכנית-

באלו אמצעים תוכנית ההכשרה משווקת? האם אמצעים אלו יעילים?

מהם כלי המיון הנוכחיים לתוכנית? האם הם יעילים?

האם קיימים לדעתכם כלי מיון יעילים יותר?

קשיים בתפקיד-

מהם המצבים בהם חוויתם קשיים בשיווק התוכנית, מיון וגיוס המועמדים?

כיצד התמודדתם עם מצבים אלו?

מיתוג מקצוע המטפל/ת בזקנים-

כיצד להערכתכם ניתן ליצור שינוי בתחום עמדות בטיפול בזקן?

איך ניתן למתג את מקצוע המטפל/ת בזקנים?

שאלון 8

מדריך הריאיון- מעסיקים במקומות עבודה

רקע-

גיל, מין, מספר שנות לימוד, תחום לימודים, מקומות עבודה קודמים ונוספים.

שביעות רצון מהמטפלים הקהילתיים

ספר לי על המטפלים הקהילתיים? איך הם שונים/דומים למטפלים אחרים? מה היתרונות/חסרונות?

מדוע החלטת להעסיקם?

מה יגרום לך לרצות להמשיך העסקה בעתיד? מה צריך להוסיף לשנות לתוכנית ההכשרה?

תוכנית הכשרה

כיצד לדעתך ניתן לשפר את תוכנית ההכשרה?

מה אתה רואה כחזון מבחינת הכשרה של מטפלים קהילתיים?

מיתוג מקצוע המטפלות/ת בזקנים-

כיצד להערכתך ניתן ליצור שינוי בתחום עמדות בטיפול בזקן?

איך ניתן למתג את מקצוע המטפלות/ת בזקנים?

שאלון 9

מדריך ראיון למסיימי תוכנית ההכשרה העובדים במקצוע

1. ספרי לי על העבודה שלך כיום?
 - היכן את/ה עובד/ת?
 - כיצד מוגדר התפקיד שלך ומה את/ה עושה במסגרתו (תארי כיצד נראה מהלך היום)?
 - ספרי לי על התגמולים שאת/ה מקבל מעבודתך (רגשיים- סיפוק מהעבודה וכלכליים)? איך זה שונה/ דומה במידה ולא היית עושה את הקורס לדעתך?
 - ספרי לי על הקשר עם המטופלים/, אולי מטופל שאת/ה רוצה לספר בפרט על העבודה איתו?
2. ספרי לי על התרומה של תוכנית ההכשרה לעבודתך הנוכחית? מה קיבלת מהקורס?
 - מה הקשר בין הגדרת תפקידך הנוכחי לבין המקצוע מטפל קהילתי שלמדת?
 - איך התכנים שלמדת בקורס תורמים לך במהלך עבודתך?
 - מה היית משנה בקורס בראייה לאחור?
 - מה היית ממליץ לחבר ששוקל לעשות את הקורס?
3. האם יש לך כיום קשר עם המדריכים של תוכנית ההכשרה? אם כן, ספרי על הקשר?

נספח 4. שאלונים מובנים לצורך הערכת תוכנית ההכשרה

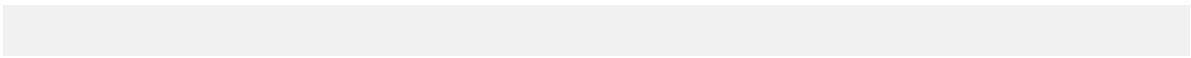
שאלון עמדות

מס' סידורי: _____

לפניך מספר משפטים המתייחסים לאנשים זקנים. נודה לך אם תענה/תעני את התשובה שהכי מתאימה לדעתך:

מאוד מסכים	מסכים	מעט מסכים	מעט לא מסכים	לא מסכים	מאוד לא מסכים	
6	5	4	3	2	1	1. הרבה אנשים זקנים נוטים לאגור את כספם ורכושם
6	5	4	3	2	1	2. הרבה אנשים זקנים אינם מתעניינים ביצירת קשרים עם חברים חדשים ומעדיפים את אותו מעגל חברים שיש להם כבר הרבה שנים
6	5	4	3	2	1	3. הרבה אנשים זקנים פשוט חיים בעבר
6	5	4	3	2	1	4. הרבה אנשים זקנים שמחים יותר להיות בחברת בני גילם
6	5	4	3	2	1	5. הרבה אנשים זקנים יכולים להיות מעצבנים כי הם מספרים אותם סיפורים שוב ושוב
6	5	4	3	2	1	6. אנשים זקנים מתלוננים יותר מאנשים אחרים.
6	5	4	3	2	1	7. אני לפעמים מתחמק מקשר עין עם אנשים זקנים כשאני רואה אותם
6	5	4	3	2	1	8. לא נעים לי כשאנשים זקנים מנסים לפתח איתי שיחה
6	5	4	3	2	1	9. אי אפשר לצפות מאדם זקן שינהל שיחה מורכבת ומעניינת
6	5	4	3	2	1	10. סביר להניח שהרגשת דיכאון היא הרגשה נפוצה בעת שהייה במחיצת אנשים זקנים

6	5	4	3	2	1	11. אנשים זקנים צריכים למצוא חברים בגילם
6	5	4	3	2	1	12. אנשים זקנים צריכים להרגיש רצויים במפגשים חברתיים של אנשים צעירים
6	5	4	3	2	1	13. חברתם של רוב האנשים זקנים היא מהנה
6	5	4	3	2	1	14. צריך לעודד אנשים זקנים להשמיע את דעתם בעניינים פוליטיים
6	5	4	3	2	1	15. רוב האנשים הזקנים הם אנשים מעניינים
6	5	4	3	2	1	16. אישית, לא הייתי רוצה לבלות הרבה זמן עם אנשים זקנים
6	5	4	3	2	1	17. לאנשים זקנים מגיעה אותה רמת חופש ומגיעות אותן זכויות כמו לשאר האנשים
6	5	4	3	2	1	18. אנשים זקנים יכולים להיות מאוד יצירתיים



נודה לך באם תוכלי להשיב על מספר מאפיינים אישיים לצורכי סטטיסטיקה בלבד

מוקד מיון _____

מין: 1. זכר 2. נקבה

גיל: _____

ארץ לידה: 1. ישראל 2. אמריקה-אירופה 3. אסיה-אפריקה 4. אחר _____

מספר שנות לימוד: _____

דת: 1. יהודי 2. מוסלמי 3. נוצרי 4. דרוזי 5. אחר _____

מה היה תפקידך בשירות הצבאי/ בשירות הלאומי? _____

מאיזה מקור מידע שמעת על קורס ההכשרה למטפלת/קהילתי/ת? _____

1. כנסי חשיפה 2. ימי עיון במהלך השירות הצבאי/ שירות לאומי 3. עמותות 4.

אחר _____

אם יש לך הערות כלשהן, נשמח אם תוסיף/י אותן להלן.

תודה רבה על שיתוף הפעולה!!

שאלון דמוגרפי

משתתף/ת יקר/ה!

במסגרת מחקר אשר נערך בבית הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בר-אילן ובשיתוף המוסד לביטוח לאומי, אנו בוחנים את תוכנית ההכשרה למטפלים קהילתיים בזקנים. מטרת המחקר הינה להעריך את תוכנית ההכשרה. תוצאות המחקר יתרמו לפיתוח וקידום תוכנית ההכשרה והטיפול בזקנים.

ההשתתפות במחקר הינה על בסיס התנדבותי ועיבוד הנתונים נעשה באופן קבוצתי ולא אישי. סודיות תשובותיך מובטחת. המידע שייאסף הנו לצורכי מחקר בלבד. נשמרת לך הזכות לא לענות על שאלות מסוימות, להפסיק את מילוי השאלון בכל עת או להימנע מהשתתפות במחקר ללא השלכות כלשהן. השאלון מיועד לנשים וגברים כאחד למרות היותו מנוסח בלשון זכר.

בכל שאלה/תגובה ניתן לפנות לעורכת המחקר אשר פרטיה מופיעים למטה.

תודה רבה על שיתוף הפעולה!

עורכת המחקר: ד"ר שירי שנאן-אלטמן, מייל altman.shiri@gmail.com :

Q1.מהו תפקידך בתוכנית ההכשרה?

Q2. מהן ארבע ספרות אחרונות של תעודת הזהות שלך?

Q3. בן כמה אתה?

Q4. מהו המגדר שלך?

זכר •

נקבה •

Q5. מהי ארץ הלידה שלך?

ישראל •

ברה"מ לשעבר •

אירופה- אמריקה (כולל דרום- אמריקה, אוסטרליה) •

אסיה-אפריקה •

Q6. שנת עלייה

Q7. מהו הלאום שלך?

• יהודי

• ערבי

• אחר:

Q8. מהו מצבך המשפחתי?

• רווק/רווקה

• נשוי/ נשואה

• פרוד/ פרודה

Q9. כמה ילדים יש לך?

Q10. כמה שנות לימוד יש שלך?

נספח 5. מדריכי תצפית לצורך הערכת תוכנית ההכשרה

1 מדריך לתצפית – יום אוריינטציה

להלן נקודות מרכזיות לגבי שלבי הראיונות הקודמים ליום האוריינטציה, אותם מומלץ לברר עם הרכזת טרם עריכת התצפית:

1. ספרי לי על השלבים הקודמים ליום אוריינטציה שיתקיים היום?

a. מה כללו תהליכי הבחירה הקודמים (שאלונים/ משחקים/ חידות/ שאלות פתוחות ועוד)?

b. אילו תכנים הועלו בתהליכי הבחירה?

c. מה היו מטרות תהליכי הבחירה?

d. אופן ביצוע תהליכי הבחירה: (כיצד הם התבצעו: טלפונית/ פנים אל פנים/ שאלות בכתב או בע"פ?)

2. ספרי לי כיצד התרשמתם מהמועמדים שקבלתם לתוכנית ויגיעו היום למפגש האוריינטציה?

a. מה לדעתך הם המאפיינים/ תכונות הנדרשים למועמדים אלו, במטרה להשפיע על הצלחתם בקורס ובעבודה במקצוע?

3. האם יש שלב נוסף לאחר יום האוריינטציה?

a. אם כן, ספרי לי על שלב נוסף זה (מתי יתקיים, מה יכלול ומה מטרתו)?

להלן נקודות מרכזיות אליהן מומלץ להתייחס בעת עריכת התצפית:

משתתפים באוריינטציה:

1. שם: _____ מגדר: _____ טלפון: _____
2. שם: _____ מגדר: _____ טלפון: _____
3. שם: _____ מגדר: _____ טלפון: _____
4. שם: _____ מגדר: _____ טלפון: _____
5. שם: _____ מגדר: _____ טלפון: _____
6. שם: _____ מגדר: _____ טלפון: _____
7. שם: _____ מגדר: _____ טלפון: _____
8. שם: _____ מגדר: _____ טלפון: _____
9. שם: _____ מגדר: _____ טלפון: _____
10. שם: _____ מגדר: _____ טלפון: _____
11. שם: _____ מגדר: _____ טלפון: _____
12. שם: _____ מגדר: _____ טלפון: _____
13. שם: _____ מגדר: _____ טלפון: _____
14. שם: _____ מגדר: _____ טלפון: _____

15. שם: _____ מגדר: _____ טלפון: _____

16. שם: _____ מגדר: _____ טלפון: _____

סה"כ כמות משתתפים: _____

מדריכים:

1. שם: _____

2. שם: _____

3. שם: _____

4. שם: _____

5. שם: _____

סה"כ כמות מדריכים (כולל רכזת): _____

באופן כללי, יש לשים לב לתכנים של הפעילויות המועברות ("המה"), לרמה ולאופן שבו הפעילויות מועברות ("האיך") וכן לאופן שבו המשתתפים מגיבים לפעילויות המועברות (החוויה):

עיקרי הפעילויות המועברות (מהי הפעילות, מהי כוללת, אלו שאלות ותשובות נשאלו ונענו, מהו ההסבר שניתן על הפעילות ועוד)

פעילות ראשונה

פעילות שניה

פעילות שלישית

פעילות רביעית

אמצעי העברת הפעילויות (לדוגמא- משחקים, דפים, אביזרים, שאילת שאלות, סרטונים וכו')

אופן העברת הפעילויות (עד כמה הפעילות מובנת או נתונה לאלתור ויצירה משותפת, האם הפעילות מתרחשת במרחב או בישיבה)

רמת ההשתתפות של המועמדים לתוכנית (לדוג'-כמה משתתפים בולטים יותר, האם כולם לוקחים חלק)

רמת ההשתתפות של המדריכים (לדוג'- מי וכמה מדריכים בולטים יותר, האם כולם לוקחים חלק בהעברת הפעילות, האם הם לוקחים חלק פעיל בהשתתפות בפעילות עצמה)

תגובות המשתתפים לפעילויות המועברות (לדוג-עניין, שעמום, פחד, צחוק)

רמת המקצועיות של המדריכים, רמת ההתלהבות שלהם (הן בעשייתם, הן בשפת גופם והן במילותיהם)

כיצד לדעתך הפעילויות והתכנים שהועברו רלוונטיים למקצוע מטפל קהילתי

כיצד לדעתך הפעילויות והתכנים שהועברו רלוונטיים למיון מועמדים למקצוע מטפל קהילתי

מה יכולת ללמוד על המועמדים למקצוע מטפל קהילתי באמצעות התכנים והפעילויות שהועברו

מה יכולת ללמוד על המדריכים מהפגישה (על גישתם לעולם הזקנה, על גישתם למשתתפים, על התלהבותם מהמקצוע, על היכולות שלהם להדריך וללוח את המשתתפים בקורס ובמקצוע זה)

מהם הרשמים, התחושות והרגשות שאת (התצפיתנית/ החוקרת) קבלת בעקבות יום האוריינטציה:

נקודות נוספות שהיית רוצה לציין

מדריך לתצפית על הרצאות – קורס מטפל קהילתי

להלן נקודות מרכזיות אליהן מומלץ להתייחס בעת עריכת התצפית:

אמצעי הוראה (לדוגמא- מצגות, סימולציות, סרטים, תיאורי מקרה)

עיקרי התכנים הנלמדים

אופן העברת התכנים הנלמדים (עד כמה השיעור הוא הרצאה או דיון משותף)

רמת ההשתתפות (לדוג'-כמה משתתפים בולטים יותר, האם כולם לוקחים חלק)

תגובות המשתתפים לחומרים הנלמדים (לדוג-עניין, שעמום, פחד, צחוק)

רמת ההתלהבות של המרצה, רמת הבקיאות/ מקצועיות של המרצה

באופן כללי, יש לשים לב לתכנים הנלמדים ("המה"), לרמה ולאופן שבו התכנים מועברים ("האיך") וכן לאופן שבו המשתתפים מגיבים לחומרים הנלמדים (החוויה)

דף מנחה לתצפית במעסיק

הצגה עצמית של המשתתפים:

- משתתף 1 (שם+ הגדרת תפקיד):

- משתתף 2 (שם+ הגדרת תפקיד):

... _____

- משתתף n (שם+ הגדרת תפקיד):

מצד 'דרור בתי חינוך':

- אופן הצגת הפרוייקט – איזה נקודות מקבלות יותר דגש ופחות?
- התייחסות להצגת תפקיד המטפל- מה הוא כולל?
- מה היתרונות של המטפל הקהילתי?
- אלו תנאי עבודה התפקיד מחייב/מצריך?
- אלו הטבות המטפל הקהילתי צריך לקבל?
- סקירה של ההכשרה הייחודית שהמטפל קיבל:
- בדיקה של אופק תעסוקתי במקום העבודה
- האם יש מטופלים פוטנציאליים למטפל? האם יטפל בכולם? בחלק?

מה חשוב אצל מעסיק פוטנציאלי?

- מבחינת תנאים פיזיים המאפשרים את עבודת המטפל הקהילתי
- מבחינת תגמולים למטפל הקהילתי
- האם על המטפל לעסוק אך ורק בתפקידים השייכים לו?
- הכרה בצוותים של תפקיד המטפל- הייחודיות שלו

מצד המעסיק:

- כיצד המעסיק תופס את הפרוייקט?
 - כיצד הוא רואה את תפקיד המטפל הקהילתי?
 - במה הוא רואה את הייחודיות של המטפל הקהילתי?
 - אלו תנאי עבודה הוא יכול לתת למטפל הקהילתי?
- האם המעסיק מוכן להשתלב על פי התנאים שהוצגו?
- מה התנאים שהוא נותן לעובד?

סיכום צעדי המשך-

- מה סוכם בסוף?
- האם הגיעו לתובנות משותפות?
- האם נשארו חלקים שלא נסגרו?
- האם יש חוזה מסודר המבהיר את ההסכמות והתובנות אליהן הגיעו בפגישה?
- האם מישהו מתוך המוסד ילווה את המטפל מתפקידו?
- איזה מערך תמיכה מוצע למטפל?

רושם אישי/ סובייקטיבי של החוקר את הפגישה:

מפעלים מיוחדים

- מס' 1 - הבראה לאמהות למשפחות מרובות ילדים, אלחנן בלומנטל, 1974.
- מס' 2 - הערכת התוצאות של הדרכה תזונתית למשפחות מרובות ילדים, שרה בבלי וגילה מיכאלי, 1975.
- מס' 3 - "קשיש לקשיש" בשכונת גונן בירושלים בשנים 1969 – 1975, 1975.
- מס' 4 - מפעל ניסיוני לשיפור שירות ההזנה בבתי הספר בלוד וברמלה בשנת הלימודים תשל"ה, אגי מיינהרד ונעמי פינטון, 1976.
- מס' 5 - חינוך והדרכה לאורח חיים חסכוני למשפחות מרובות ילדים, נעמי פינטון, 1976.
- מס' 6 - מפעל ניסיוני ליצירת תהליך אבחון תעסוקתי לקשישים, רחל וינשטיין, 1976.
- מס' 7 - מפעל ניסיוני לשירות הזנה כולל בכפר סבא, נעמי פינטון ואגי מיינהרד, 1977.
- מס' 8 - פרויקט עבודה קהילתית בשכונת שפרינצק בקרית שמונה, נעמי פינטון, 1978.
- מס' 9 - מפעל ניסיוני לסיוע משפטי חינוך בנושאי ביטוח לאומי (שירות אוניברסאלי ללא מבחן הכנסות); סקר מעקב, 1978, ראובן שטיינר ויוסף זילבר, 1979.
- מס' 10 - עמדות האוכלוסייה כלפי שאלות של בריאות הנפש (ממצאים מתוך סקר בשכונות מצוקה בירושלים), נעמי פינטון, 1980.
- מס' 11 - השירות המקיף לקשיש בטבריה, ברנדה מורגנשטיין ורונית ליברמן, 1981.
- מס' 12 - חונכות – פרויקט לעזרה הדדית של נוער בשכונת רוממה, ירושלים, נעמי פינטון, 1981.
- מס' 13 - צרכים רפואיים וסוציאליים של קשישים מוגבלים – שרותים נחוצים ועלותם, חלק א', בני-ברק, חוקר ראשי ד"ר יוסף זילברשטיין, 1981.
- מס' 14 - חונכות – פרויקט לעזרה הדדית של נוער בשכונת רוממה, ירושלים – דו ח סיכום, נעמי פינטון, 1982.
- מס' 15 - מפעלים ניסיוניים לסיוע לאלמנות שאירים, ברנדה מורגנשטיין ורונית ליברמן, 1983.
- מס' 16 - חוק ביטוח נכות כללית – קצבה לילדים נכים בגיל 3 - 14, ברנדה מורגנשטיין, 1983.
- מס' 17 - חימום בתי קשישים בשכונת נחלאות בירושלים, יעקב צדקה ומרים שמלצר, 1984.
- מס' 18 - מפעל תעסוקה לקשישים, קרית גת, ברנדה מורגנשטיין, 1984.
- מס' 19 - היקף הצרכים לטיפול אישי ולעזרה ביתית ואספקתם על ידי המשפחה וגורמים בקהילה – בני ברק ובאר שבע, ברנדה מורגנשטיין, 1984.
- מס' 20 - הערכת מוגבלות תפקודית של נכים, שירותים מיוחדים לנכים, ברנדה מורגנשטיין ופרלה ורנר, 1985.
- מס' 21 - מועדונים פסיכוגריאטריים בירושלים, שרית בייץ, ברנדה מורגנשטיין, מרים כרמלי, 1985.
- מס' 22 - מקלט לנשים מוכות, אשדוד – מעקב מחקרי, נעמי פינטון ויהודית סלעי, 1985.
- מס' 23 - הדרכת בני משפחה המטפלים בקשישים מוגבלים בביתם, ברנדה מורגנשטיין, פרלה ורנר ומרים כרמלי, 1985.
- מס' 24 - הכשרת פנסיונרים מתנדבים לעבודה קהילתית, ברנדה מורגנשטיין ופרלה ורנר, 1985.
- מס' 25 - סדנא לאלמנות שאירים במסגרת מחלקת השיקום, ברנדה מורגנשטיין ומרים כרמלי, 1986.
- מס' 26 - מקלט לנשים מוכות, אשדוד – סיכום שנת מעקב 1983/4, נעמי פינטון ויהודית סלעי, 1986.
- מס' 27 - פרויקט הכשרה בלתי פורמלית למטפלות בית – מחקר הערכה, יהודית סלעי ונעמי פינטון, 1988.
- מס' 28 - תוכנית למניעת לידות מוקדמות בבית שמש, אדית דר, 1988.
- מס' 29 - מערך שירותים מוגבר בקהילה לקשישים סיעודיים שקיבלו אישור לסידור במוסד סיעודי – רמת גן, מרים כרמלי וברנדה מורגנשטיין, 1989.
- מס' 30 - מפעל מיוחד לגמילה מאלומות במשפחה, דינה סגל, נעמי פינטון ודבי עובדיה, 1989.
- מס' 31 - חונכות ילדי אסירים, דבי עובדיה, 1989.

- מס' 32 - **שיבולת – ניידת שירותים לקשישים מוגבלים**, פרלה ורנר וברנדה מורגנשטיין, 1989.
- מס' 33 - **ההפעלה הניסיונית של חוק ביטוח סיעוד, חלק א'**, ברנדה מורגנשטיין, שרית בייץ-מוראי ותמר הרון, 1989.
- מס' 34 - **פרויקט גמלאים בביה"ס התיכון העירוני קריית שרת בחולון**, הדסה האז, 1989.
- מס' 35 - **מפעל מיוחד לחונכות ילדי אסירים, שנה ב'**, דבי עובדיה, 1990.
- מס' 36 - **שירות פסיכולוגי בבתי אבות של משען**, שרית בייץ-מוראי, 1990.
- מס' 37 - **מפעל מיוחד – הלוואות לעזרים רפואיים**, שאול נמרודי, 1990.
- מס' 38 - **תוכנית התערבות למניעת לידות מוקדמות בבית שמש, שנה ב'**, אדית דר וענת שמש, 1990.
- מס' 39 - **דוח מסכם – קליטה והדרכה של עובדי יצור ישראליים במפעל פולגת קרית גת**, ג'ולי צוויקל, 1990.
- מס' 40 - **ההפעלה הניסיונית של חוק ביטוח סיעוד, חלק ב' – מעקב**, שרית בייץ-מוראי, 1990.
- מס' 41 - **קבוצות לעזרה הדדית לבוגרי הסדנאות לגמילה מאלימות במשפחה**, חסיה קליבנסקי, 1990.
- מס' 42 - **משפחתונים לקשישים בטבריה**, יעקב צדקה, 1991.
- מס' 43 - **קו חירום לנשים מוכות**, דבי עובדיה, 1991.
- מס' 44 - **הדרכה בתחום המיני להורים ולסגל בית הספר לילדים בעלי בעיות מוטוריות בעפולה**, תמר הרון ודבי עובדיה, 1991.
- מס' 45 - **תוכניות התערבות למניעת לידות מוקדמות בבית שמש, שנה ג'**, אדית דר וענת שמש, 1992.
- מס' 46 - **קבוצות לעזרה הדדית לבוגרי הסדנאות לגמילה מאלימות במשפחה**, שלומית לוי ודר אריאלה פרידמן, 1992.
- מס' 47 - **פרויקט סדנאות לנשים לאחר לידה באור עקיבא**, תמר צמח ומרים שיף, 1992.
- מס' 48 - **מפעל מיוחד סמ"ל: תוכנית קהילתית למניעת שימוש בסמים במועצה האזורית מעלה יוסף**, חביבה בר וג'אסר עסאקלה, 1992.
- מס' 49 - **משפחתון לקשישים: דגם חדש לטיפול יום בקהילה**, חנה פרימק, 1992.
- מס' 50 - **קליטת מובטלים בעבודה בצה"ל במקום אנשי מילואים**, דליה גורדון, 1992.
- מס' 51 - **אתגר משותף לילדי משפחות זהבי ומורים-עולים**, דבי עובדיה, 1993.
- מס' 52 - **הערכת התכנית בטיחות סביבתית – הגורם האנושי**, ד"ר קרול רזאל ועינת בבנשתי-שרון, 1994.
- מס' 53 - **פיתוח מסלולים מקצועיים לחיילות בגיוס מיוחד**, ד"ר יעקב אזרחי ואילן רוזינר, 1994.
- מס' 54 - **מפעלים מיוחדים לתעסוקה למרותקים לביתם: 'תכנית ברכה' בקרית טבעון, 'בית מלאכה נייד' בחיפה**, הנק הבסי ובלהה ז'יסלין, 1994.
- מס' 55 - **הדרכה בתחום המיני לסגל בית הספר, לילדים בעלי בעיות מוטוריות בעפולה, שנה שנייה**, דבי עובדיה, 1994.
- מס' 56 - **מרכז חירום טיפולי לילדים ולהורים בקרית אתא – מעקב מחקרי**, חביבה בר, 1995.
- מס' 57 - **תב"ל – תעסוקת בית למרותקים**, הנק הבסי ובלהה ז'יסלין, 1996.
- מס' 58 - **ליווי תעסוקתי לאסירים משוחררים**, דבי עובדיה-יוסף, 1996.
- מס' 59 - **מניעה וטיפול בנפילות קשישים בבאר שבע**, ד"ר ג'ולי צוויקל, 1996.
- מס' 60 - **היחידה לדרי רחובות תל אביב-יפו, מחקר הערכה – שלב א'**, שמעון שפירו ודפנה פרומר, 1996.
- מס' 61 - **הכשרת מתמכרים לשעבר כמדריכי גמילה, מחקר הערכה**, ד"ר אברהם כרמלי, נעמה הררי וטליה בראל, 1996.
- מס' 62 - **טיפול קבוצתי לנפגעי פגיעה מינית ולבני משפחותיהם**, דבי עובדיה-יוסף, 1996.
- מס' 63 - **ליווי תעסוקתי לאסירות משוחררות**, דבי יוסף, 1997.
- מס' 64 - **היחידה לדרי רחובות תל-אביב-יפו, מחקר הערכה, שלב ב'**, שמעון שפירו ודפנה פרומר, 1998.
- מס' 65 - **מועדון הזיכרון לקשישים הסובלים מירידה קוגניטיבית ובעיות זיכרון**, פרלה ורנר, 1999.

- מס' 66 - פיתוח מנהיגות במושב במועצה אזורית בקעת בית שאן, ד"ר יעקב אזרחי, 1999.
- מס' 67 - מתחברים לנוער מנותק, ד"ר אברהם כרמלי, גב' נעמה שמיר וגב' לילי יצחקי, 1999.
- מס' 68 - כינוך מיני לנוער חרש, ד"ר עמנואל חיגר, 1999.
- מס' 69 - מרכז מידע וסיוע לילדים, אשדוד, דינה קידר וגדעון טלשר, 1999.
- מס' 70 - סדנא להכרת עולמו של הילד המיוחד, ד"ר אברהם כרמלי, גב' נעמה שמיר וגב' לילי יצחקי, 2000.
- מס' 71 - פרויקט 'גיל הצפון' גמלאים יוצרים, מפקים ומשדרים שידורים קהילתיים, ד"ר הלל נוסק, 2000.
- מס' 72 - קבוצות לילדי נגמלים מסמים, נעמה בר-און, ד"ר מירי לוי-רוזליס, רפי יודלביץ, 2000.
- מס' 73 - תוכנית ההכשרה של מתנדבי עמותת סינגור קהילתי (חנות הזכויות), חיה אמזלג-באהר וחגית הכהן וולף, 2000.
- מס' 74 - בית-נועם – כיוון חדש לגברים אלימים, חגית הרטף, נעמה בר-און, 2000.
- מס' 75 - פרויקט מועדוניות-ספריות עבור ילדים ובני נוער, ד"ר הלנה סינה-דה-סביליה, נביל חטאב וניצה רסקין, 2001.
- מס' 76 - דירות קלט לנשים בסיכון וילדיהן, חיה אמזלג-באהר וחגית הכהן וולף, 2001.
- מס' 77 - אמהות למען אמהות, ד"ר אברהם כרמלי, רנה פוזנר, סיגל רוביצ'ק ושרה בלומנפלד, 2001.
- מס' 78 - תכנית טיפול נמרץ לגמילת אלכהוליסטים, ד"ר מרק ויסמן וד"ר ריקי סויה, 2001.
- מס' 79 - מדריכים חברתיים: הערכת הכשרה, מיפוי התפקיד והערכת התפקוד, ד"ר אברהם כרמלי, אייל אגוזי ולימור חוד, 2001.
- מס' 80 - אבות אסירים בתהליכי שחרור ומשחררים: בית ספר להורים, חיה אמזלג-באהר וחגית הכהן וולף, 2002.
- מס' 81 - בית חם לצעירים, ד"ר הלנה סינה-דה-סביליה, 2002.
- מס' 82 - הזמנה לדו-שיח, קטרינה בודובסקי וטלל דולב, 2002.
- מס' 83 - הגנה על קשישים ומניעת אלימות נגדם בהרצליה, בת כצמן והווארד ליטוין, 2002.
- מס' 84 - בית ספר שדה המשלב אוכלוסיות מיוחדות, יהודה מור, 2002.
- מס' 85 - השפעת תכנית ההתערבות רפואה שלמה למען יוצאי אתיפיה על הטיפול ומצב הבריאות בקרב חולי אסתמה וחולי סכרת, נורית ניראל, שורוק איסמעיל ומרק טרגין, 2002.
- מס' 86 - מרכז יום לאסירות משוחררות, חלק א', אמנון טימר, ארנונה סינבני ועירית שריג, 2002.
- מס' 87 - קווי מצוקה (ערן) בשפה הערבית, ד"ר עדיטל בן-ארי וד"ר פייסל עזאזיה, 2003.
- מס' 88 - התערבות עבור ילדים ונוער שהוריהם התגרשו או נמצאים בתהליכי פירוד וגירושין, יהודה מור, 2003.
- מס' 89 - מרכז יום לאסירות משוחררות, חלק ב', ד"ר רירי סויה וד"ר מרק ויסמן, 2003.
- מס' 90 - פעילות גופנית מכלילה, פרופ' שונית רייטר וד"ר רחל טלמור, 2004.
- מס' 91 - התנדבות עובדת: מתנדבים והתנדבות במרכזי מידע ויעוץ לנוער 'הפוך על הפוך', בעז מ. בן-דוד, דבי חסקי-לוונטל, רנאל, 2004.
- מס' 92 - כמה אנחנו שונים/כמה אנחנו דומים, גית הכהן וולף וחיה אמזלג-באהר, 2004.
- מס' 93 - אמהות למען אמהות, ד"ר אברהם כרמלי, איריס רביד-ימין וגלי אורון, 2005.
- מס' 94 - תוכנית ההזנה במסגרות פורמאליות, אברהם כרמלי, חיה שנפ-רודוי וקרן שליט-יאיר, 2005.
- מס' 95 - בית לורן – המרכז למשפחה המתמודדת עם אוטיזם / PDD, ד"ר מרק ויסמן וד"ר ריקי סויה, 2005.
- מס' 96 - מועדוניות בני ארזים תשס"ג-תשס"ד, ד"ר ריקי סויה וד"ר מרק ויסמן, 2005.
- מס' 97 - העצמת נשים בדואיות בנגב, מירי מונק, 2005.
- מס' 98 - חיוק הקשר והתקשורת בין הורים לילדים לקווי שמיעה ממזרח ירושלים, ד"ר מאיה חושן ומיכל קורת, 2005.
- מס' 99 - הלקוח במרכז, ד"ר הנק הבסי, 2006.
- מס' 100 - שימור ושיקום קשרי משפחה בעת סידור חוץ ביתי-פנימייתי, אירית מירו ועמנואל גרופר, 2006.

- מס' 101 - **המושבים – משבר תעסוקתי לפרנסה**, ד"ר שוקי הנדלס, 2006.
- מס' 102 - **קן-זוגות**, נעמה בר-און, קרן קופיעץ, עביר גאנם ואווה שדה, 2006.
- מס' 103 - **עלה של זית**, אירית מירו ואמין חאג' יחיא, 2006.
- מס' 104 - **תחנות מידע וייעוץ לעיוורים וכבדי ראייה**, אלאיב ברמן, נורית שטרסברג ודניז נאון, 2006.
- מס' 105 - **תוכנית לפיתוח מנהיגות של אזרחים ותיקים**, מלכה כורזים ותמר תומר-פישמן, 2006.
- מס' 106 - **אור לילד ביישובי הנגב**, ד"ר יאיר עמרם, 2006.
- מס' 107 - **שילוב נכים בקהילה**, אדוה הים-יונס ויצחק פרידמן, 2006.
- מס' 108 - **פרויקט בית רשת לטיפול בנוער בסיכון במסגרת הקהילה**, ד"ר רון שור, 2006.
- מס' 109 - **תוכנית תעסוקתית עבור בלתי מועסקים (מודל רש"ת)**, ד"ר שוקי הנדלס, 2006.
- מס' 110 - **פיתוח ערכת פעילות לבריאות להפעלת החולה הדמנטי בביתו**, פרופ' פרלה ורנר, 2007.
- מס' 111 - **דרור: מקלט חירום לבני נוער הומולסביים**, מרים גולן, בתיה פנחסי, רונית חיימוב-איילי, שמעון שפיר וטטיאנה זסלבסקי, 2007.
- מס' 112 - **עסק משלך**, ד"ר עמליה סער, 2007.
- מס' 113 - **היחידה למניעה וטיפול באלימות כלפי קשישים בחיפה**, ד"ר הלנה סינה דה-סביליה, אלה אדלר-ברונשטיין ומיכל חותם-אלבאז, 2007.
- מס' 114 - **מועדון חליפין קהילתי**, ד"ר חגית הכהן וולף וחיה אמזלג - באהר, 2007.
- מס' 115 - **מודל לפיקוח ומעקב על חוק ביטוח סיעוד**, פרופ' פרלה ורנר, 2007.
- מס' 116 - **השכלה אקדמית נתמכת לאנשים עם מוגבלויות פסיכאטריות**, נגה שגיב ונעמי שטרך, 2007.
- מס' 117 - **מנהיגות צעירה ללקויי שמיעה**, חיה אמזלג-באהר, ד"ר חגית הכהן וולף ובטי סבו, 2007.
- מס' 118 - **פינת חי טיפולית לילדים חולי סרטן**, בלה גילוף, ד"ר דוד גרין, לאה לנגזם, ד"ר דוד סנש, 2007.
- מס' 119 - **בית חם לנערות ולנשים רווקות בפרדיס ובשפרעם**, אירית מירו-יפה וד"ר ג'הד חאג'י-יחיא, 2007.
- מס' 120 - **תכנית ביחד בטריית הכרמל**, אירית מירו וטליה קונסטנטין, 2007.
- מס' 121 - **מרכז ללמידה פעילה ולהעצמה חברתית של 'אילן'**, ד"ר נה פיגין ודר מרים ברזון, 2007.
- מס' 122 - **העצמת משפחות חד-הוריות במגזר החרדי**, ד"ר מאיה חושן, מיכל קורח, שירי בורנשטיין, 2007.
- מס' 123 - **תוכנית להגנה על קשישים במגזר הכפרי**, ד"ר איילת ברג-ורמן וג'ני ברודסקי, 2008.
- מס' 124 - **רעים: מסגרת חברתית לצעירים בעלי קשיי תקשורת ולקויות למידה**, ד"ר יעקב אזרחי ודר מלכה שבתאי, 2008.
- מס' 125 - **שירות אישי לבטיחות ילדים**, ד"ר אורנה בראון-אפל ולובה בליון, 2008.
- מס' 126 - **פרויקט הורים נפגעי סמים**, ד"ר יואב סנטו, 2008.
- מס' 127 - **המרכז לתעסוקת מבוגרים**, ד"ר שוקי הנדלס, 2008.
- מס' 128 - **בנפשנו: מוקד נגישות בבריאות הנפש**, ד"ר רון שור, 2008.
- מס' 129 - **פיתוח משאבי התנדבות בקהילה הבודואית בנגב**, ד"ר מייק נפתלי ופרופ' גיורא רהב, 2008.
- מס' 130 - **תוכנית קש ת: קידום, שיתוף ותקשורת**, ד"ר רון שור, 2009.
- מס' 131 - **מבדידות לשייכות – מתבגרים מתנדבים מסייעים למתבגרים נפגעי נפש**, ד"ר מייק נפתלי, פרופ' גיורא רהב, דר אהרן יורק, 2009.
- מס' 132 - **שומעים הקול – קידום נגישות ושימוש בטכנולוגיית עזרי שמיעה לאנשים לקויי שמיעה**, אברהם כרמלי ואדווה הרטמן, 2009.
- מס' 133 - **התכנית לקידום הגישור בסכסוכים הקשורים לאנשים עם מוגבלות**, חיה אמזלג-באהר ודר חגית הכהן וולף, 2009.
- מס' 134 - **שילוב חניכים עם צרכים מיוחדים בצופים**, מירי מונק וד"ר חגית קליבנסקי, 2009.
- מס' 135 - **הוסטל מפתחות לאסירים משוחררים אלימים**, ד"ר מיכל שמאי, ד"ר אלי בוכינדר, ד"ר גיא אנוש, גלי דותן ויעל ברזילי, 2009.
- מס' 136 - **שילובם של מקבלי גמלה להבטחת הכנסה בשוק העבודה: פרויקט תלמ"ה**, פרופ' אורי ינאי, 2009.

- מס' 137 - **עגלות קפה, מסגרת תעסוקה שיקומית בסביבת חיים נורמטיבית לאנשים המתמודדים עם הפרעה נפשית**, פרופ' נעמי כץ, ענת רווח ואורנית זיו, 2009.
- מס' 138 - **מרכז יום לטיפול בעברייני מין בקהילה**, ד"ר יעל אידיסיס ודר מלי שחורי, 2009.
- מס' 139 - **תוכניות לבוגרי מסגרות השמה חוץ-ביתית חסרי ערוץ משפחתי**, רמי בבנישתי, 2009.
- מס' 140 - **תוכנית ה-סל-גל הפועלת לשילוב בני נוער עם וללא מוגבלויות במשחק כדורסל בכיסאות גלגלים**, טלי היוש, גילה ווגל, שחר גינדי, 2010.
- מס' 141 - **חממה עסקית לנשים**, ד"ר שוקי הנדלס, 2010.
- מס' 142 - **כנפיים – מכינה לחיים, תכנית שילוב נכים בלימודים ובשירות לאומי**, ד"ר חגית הכהן וולף, בטי סבו, דקלה מארק, 2010.
- מס' 143 - **שכן טוב**, ד"ר אברהם כרמלי, אמיר פלק ושרון פקמן, 2010.
- מס' 144 - **תוכנית תעסוקה עבור נפגעות תקיפה מינית בחיפה ובראשון לציון**, פרופ' רבקה לזובסקי, מיכל היישריק, עינת יצחק-מונסונגו, 2010.
- מס' 145 - **מקשיבים לך – תחנות מידע ללקויי שמיעה**, אדוה הים-יונס, תמי ברוש, 2011.
- מס' 146 - **קהילה תומכת חיים עצמאיים לנכים – הערכה מחקרית**, ד"ר אבי גריפל וליאת הבר, 2011.
- מס' 147 - **אבן דרך**, ד"ר אברהם כרמלי, אמיר פלק, יעל גורודינסקי, ישי המנחם, 2012.
- מס' 148 - **הקיבוצים – משבר תעסוקתי לפרנסה**, פרופ' אברהם אופק ואריאל צימרמן, 2012.
- מס' 149 - **מרכז ילדים-הורים: המודל האזורי הנייד**, יואה שורק, פידא ניג'ם, דליה בן רבי, 2012.
- מס' 150 - **תוכנית איל – אני יכול להצליח**, ד"ר ארי נוימן, רינה נוימן, ליטל ברלב קוטלר, 2013.
- מס' 151 - **מרכז תמיכה לתעסוקה לבוגרי אקדמיה עם ליקויי למידה במכללת תל חי**, פרופ' הלנה דה-סביליה סינה, מיכל רו, עמית רוטמן, 2013.
- מס' 152 - **תכנית הבתים השיקומיים לנשים צעירות המחלימות מהפרעות אכילה**, ד"ר טלי היוש, מיכל היישריק, עינת יצחק-מונסונגו, פרופ' רבקה לזובסקי, 2013.
- מס' 153 - **מרכז ייעוץ וטיפול לאוכלוסייה בעלת צרכים מיוחדים נפגעי אלימות או פוגעים ובני משפחותיהם**, ד"ר חגית הכהן וולף, תחיה בן דוד-ויטמן, 2013.
- מס' 154 - **תוכניות לשיקום בקהילה של צעירים המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית: הישגים ואתגרים**, ד"ר חן ליפשיץ, 2014.
- מס' 155 - **ציפור הנפש: מרכז פעילות והדרכה למשפחות המתמודדות עם מחלת נפש של ההורים**, ד"ר עתליה מוסק, 2014.
- מס' 156 - **"מדברים בעד עצמם" - סנגור עצמי לאוכלוסיית נפגעי נפש**, ד"ר ברברה רוזנשטיין, ענבל ברגר, 2015.
- מס' 157 - **תכנית תעסוקה לבני 60 ומעלה**, יצחק שנור, 2015.
- מס' 158 - **מיזם שילוב נשים בתעסוקה**, ד"ר שוקי הנדלס, 2015.
- מס' 159 - **תכנית "תעסו-קו" - קו פתוח לתמיכה, לייעוץ ולליווי תעסוקתי**, ד"ר שוקי הנדלס, 2015.
- מס' 160 - **"יד מכוונת" – הערכת התוכנית**, ברוך רוזן, דניז נאון, הדר סמואל, 2016.
- מס' 161 - **60+ - קידום פעילות גופנית בקרב מבוגרים**, פרופ' ישעיהו הוצלר, 2016.
- מס' 162 - **בראשית - יישום מודל קלבהאוס לנפגעי נפש בחדרה**, פרופ' דיוויד רועה, ד"ר פאולה גרבר-אפשטיין, 2016.
- מס' 163 - **מרכז מאור - שיקום ותעסוקה לאנשים עם תחלואה כפולה**, פרופ' דיוויד רועה, ד"ר פאולה גרבר-אפשטיין, 2016.
- מס' 164 - **שמ"ש - שיקום משפחתי שלם עבור משפחות לילדים עם מוגבלות**, ד"ר עתליה מוסק, ד"ר אילה כהן, 2016.
- מס' 165 - **עמיד בטוח לצעירים – תכנית תעסוקה לצעירים בגילאי 20-35 עם ליקויי למידה והפרעות קשב**, ד"ר יונתן אייל, יוסף קרן-אברהם, דורי ריבקין, 2016.
- מס' 166 - **חנות "כלים שלובים": דוח מסכם של מחקר הערכה**, ד"ר אבי גריפל, אפרת מישור בן דוד, 2017.
- מס' 167 - **"משחק החיים" – שמוש בכדורגל ככלי חינוכי-שיקומי לבוגרים עם מוגבלות שכלית, אוטיזם ומתמודדים עם בריאות הנפש**, ישעיהו הוצלר, שרון ברק, מלי עוז, 2017.

- מס' 168 - דו"ח מחקרי משולב ומסכם לתוכניות שיקום תעסוקתי בבריאות הנפש, פרופ' דיוויד רועה, פרופק מרק גלקופף, 2017.
- מס' 169 - גולשים נגישים – הערכת התוכנית, רות אפרתי, ד"ר עידית מני-איקן, 2017.
- מס' 170 - "לימודי העשרה לבנים חרדים", ד"ר שלומית (שולי) בכר, ד"ר גלית אהרון, 2019.
- מס' 171 - "תוכנית הדספייס לטיפול נפשי בנוער ובצעירים בישראל", פרופ' דיוויד רועה, ד"ר מיכל משיח-איזנבר, ד"ר פאולה גרבר-אפשטיין, גב' גילי חטר ישי, 2019.
- מס' 172 - "מסלול להכשרת מטפלים קהילתיים - התמחות רב תחומית בהדרכה וליווי זקנים", פרופ' ליאת איילון, ד"ר שירי שנאן-אלטמן, 2020

- The vision of the program goes way beyond the specific role of a community caregiver in society to also include a vision concerning the status of older adults and the people who care for them.
- The lecturers are highly experienced in delivering information in the field of aging.
- The entire program, including its developers and moderators are highly committed to change

At the program level

- There is a strong commitment to the vision of promoting the field of aging in Israel, including the field of long term care.
- The rich experience of the developers results in high quality training in a variety of fields.
- There is flexibility and willingness to change following feedback. This has resulted in changing the target audience, the time frame and the contents of the training program over time.

The main limitations of the evaluation research

A major limitation concerns the fact that the evaluation started in the end of the second year of the training program. This is why we are lacking information about participants who started the program, ended or dropped out of the program before the evaluation study had started. In addition, the limited number of participants, their high variability and changes in the program over time have resulted in the fact that the evaluation research has shaped the program rather than only evaluate its outcomes. This is why we concluded the collection of quantitative data (other than data about participation in the program, placement with older adults, continued work with older adults and financial rewards on the job). Other quantitative information appeared irrelevant in light of the high heterogeneity and limited number of participants. It also is important to note that social desirability could have impacted the responses provided by participants. Keeping the anonymity of participants can be helpful in that regard. Finally, it would have been better to get the evaluation team involved at early stages of the program design, so that a continued feedback would have been provided regarding a small number of participants. This information could have been used to develop a revised, well-refined program for further evaluation.

for training and extra payment for those who have gone through the training program.

- The state should become a pro-active player, which promotes the field of elder care, including a variety of professional opportunities and training opportunities in the field. There is a need to promote the cooperation between the different stakeholders, including the National Insurance Institute of Israel, the Ministry of Health, the Ministry of Economy, the Ministry of Finance, and employers. This can ensure the development of policies in the field of elder care, which support the creation of well-regarded professions which supports and provides adequate services to older adults in need.

At the program level

- It is important to re-evaluate the structure of the program and its goals with policy stakeholders and potential employers in order to make the program more efficient and ensure its continuation beyond the lifetime of the pilot program.
- It is important to continue the dialogue about the place of personal care in the program and in the definition of the new profession, a community carer. Thus far, the various stakeholders have not reached an agreement.
- It is important to keep the dialogue about the target audience of the program and its structure, which currently includes a very high number of training hours. It is important to check whether it is better to accept into the program, current long term care workers or whether it is better to train stronger populations in order to facilitate a societal change.
- It is important to encourage professionals in the field of aging, who should work with the developers and moderators of the program. The professional lecturers bring the body of knowledge in the field of aging whereas the moderators/instructors bring the social aspects associated with the new profession. At the present time, the two sides are not well-integrated.

Recommendations for maintenance

At the system level

- The policy stakeholders, developers and moderators/instructors are highly committed to develop the profession and the field in general.
- The moderators/instructors are highly experienced in developing and inspiring social movements.

Main findings

Between March 2017 and June 2019, 'Dror Batei Hinuch' has operated seven training programs in three different settings and cities: Afula, Beer Sheva and Rishon Lezion. The first three training programs evaluated by us were characterized by the young age of the participants in the program, who were all recent army veterans or soldiers about to be discharged. The program was relatively long, lasting over 900 hours and the issue of personal care was hardly addressed. Four additional programs were characterized by focusing on older participants, the number of hours of each program was reduced to 760 and the last four months of the program included field training.

Overall, 130 people participated in the training programs and 94 people completed the program. Hence, 36 people (27%) can be characterized as early drop-outs. Based on the information we have, 31 people who graduated from the training program work in the field (using an inclusive definition of what the field constitutes). According to 'Dror Batei Hinuch,' these numbers are somewhat different and they estimate that as many as 36 people work in the field. All workers, with no exception, belong to the older groups of participants and none of the younger participants works in the field after graduation. Based on these findings, there are several recommendations for improvement as well as for maintenance.

Recommendations for improvement

At the system level

It is important to ensure very precise definitions of the role of the, community carer, its tasks and what constitutes a success or a failure of the program even before the program starts.

- It is important to prepare for a case in which the program succeeds- it is important to consider how the program can be implemented at the national level in order to create a societal impact. It is important to take responsibility for further continuation of the program and its implementation at the national level. This requires a societal change.
- It is important to continue the work with policy stakeholders concerning societal needs for a community carer. It also is important to plan for training at the national level.
- It is important to keep the dialogue with employers in order to assess the need of this new role of community carer and the ability to integrate this role in real life. It appears as if the involvement of employers requires active encouragement on the side of the state. There is a need to clearly state a need

Abstract

Description of the training program

The training program, a community carer, aims to train people to work with older adults. According to the non-profit organization, 'Dror Batei Hinuch,' the main body responsible for the development and execution of the program, the goal of the program is to advance the status of older adults through the training of multi-disciplinary caregivers who provide a response to the physical, emotional and social needs of older adults while taking into account the older adults' life experience in an attempt to increase his or her self-esteem as well as perceived status in society, as an active contributor.

The main goals of the program are:

1. The development of a multi-disciplinary profession, which includes physical care as well as personal care and community outreach, while providing carers with the tools and training to work in long term care institutions and at home.
2. Promote a change in the field of elder care by integrating professional carers in a meaningful and necessary field, which is crucial for the future development of society.

The main goals of the evaluation were:

1. To describe and characterize the characteristics of participants and dropouts from the training program and to identify reasons for continued participation in and dropout from the program.
2. To assess the selection and training models.
3. To evaluate the outcomes of the program, with the main outcome being continued work with older adults after the conclusion of the training program.

Research methods

We relied on a mixed-methods approach, while combining qualitative and quantitative approaches. This was done in order to obtain a holistic perspective on the training program. Quantitative data were collected using surveys administered to the participants in the training program. Qualitative data were collected using observations, focus groups, in-depth interviews with the program developers and moderators as well as with participants and those who dropped out of the program.

המפעלים המיוחדים - הכתובת שלך לרעיונות מקוריים

המוסד לביטוח לאומי, באמצעות הקרן למפעלים מיוחדים, תומך בפיתוח שירותי רווחה חדשניים וניסיוניים. "מפעל מיוחד" הוא פרויקט מקורי העוסק במתן שירותי רווחה קהילתיים. הוא מיועד לציבור מקבלי הגמלאות במוסד לביטוח לאומי (קשישים, נכים, מובטלים, משפחות, ילדים ועוד) ומבוצע בידי גוף משפטי רשום.

פרוייקט שיאושר יזכה בהשתתפות במימון לתקופה הראשונית-נסיונית, בליווי מקצועי בשלבי התכנון וההפעלה, במעקב מחקרי ובפרסום דוח מפורט. אם יש לך רעיון חדשני הקשור לתחום פיתוח שירותי הרווחה, נא לפנות אלינו:

המוסד לביטוח לאומי
המחלקה למפעלים מיוחדים
שד' וייצמן 13, ירושלים 91909
או בדוא"ל: carmelaeb@nioi.gov.il

