

ניהול טיפול סיעודי בעדשה מגדרית

יפית בלה כהן

בית הספר לעבודה סוציאלית ורווחה חברתית, האוניברסיטה העברית בירושלים

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

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

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

מבוא

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

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

סקירת ספרות

טיפול סיעודי בישראל

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

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

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

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

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

המטפלות הסיעודיות בישראל

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

מעמד הטיפול הסיעודי

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

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

יחסי מנהלים-מטפלות בארגוני סיעוד

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

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

המחקר

מטרת המחקר

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

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

שיטת המחקר

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

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

מדגם ואוכלוסייה

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

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

כלי המחקר

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

הליך המחקר

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

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

היבטים אתיים

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

מגבלות המחקר

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

ממצאים

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

יחס מורכב כלפי המטפלות והעיסוק הטיפולי

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

התמודדות עם התנהגויות חריגות ובעייתיות של מטפלות וכלפיהן

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

היבטים רגשיים בעבודת הטיפול על פי תפיסת המנהלת

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

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

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

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

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

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

היבטים מגדריים בעבודת הטיפול

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

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

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

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

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

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

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

סגנון הניהול: ניהול משימתי לעומת ניהול מוכוון רגשות

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

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

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

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

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

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

תפיסת המנהלות את הארגון המעסיק

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

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

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

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

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

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

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

מצוקת כוח האדם בענף הסיעוד והשלכותיה

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

דיון

רגשות, מגדר, יחסים וניהול

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

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

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

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

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

עוורון מגדרי דו-שכבתי

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

עוורון להיבטים המגדריים בעבודת המטפלות

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

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

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

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

עוורון להיבטים המגדריים בניהול

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

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

פרדוקס ניהול הטיפול: נשים מנהלות בעדשה גברית

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

המלצות ברמת הפרקטיקה הארגונית

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

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

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

סיכום והמלצות

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

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

מקורות

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

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

MANAGING NURSING CARE IN A GENDER LENS

Yafit Bella Cohen

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

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

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

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

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