

תוכנית שקד – מרכזים עירוניים לבני משפחה מטפלים הערכה מעצבת ומסכמת

שירלי רזניצקי יניב כהן

המחקר הוזמן על ידי ג'וינט ישראל-אשל והקרן למפעלים מיוחדים במוסד
לביטוח לאומי ומומן בסיועם



עריכת לשון: רונית כהן בן-נון
תרגום לאנגלית (תקציר ותמצית מנהלים): נעמי הלסטד
עיצוב גרפי: אפרת ספיקר

מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל
ת"ד 3886 ירושלים 9103702
טלפון: 02-6557400
brook@jdc.org | brookdale.jdc.org.il

ירושלים | סיון תש"ף | יוני 2020

עוד פרסומים של המכון בנושא

- ברג-ורמן, א., רוניצקי, ש., ברודסקי, ג. (2018). מי מטפל במטפל? שירותי הבריאות, בני משפחה מטפלים ומה שביניהם. דמ-768-18.
- שדמון-אזרד, ש., רוניצקי, ש., מיכל, ל., ברודסקי, ג. (2018). סקירת תוכניות לבני משפחה המטפלים באדם עם דמנציה. דמ-773-18.
- בנטור, נ., לרון, מ., פלח, א., שטרנברג, ש., רדומיסלסקי, ז., ורדי, ד., בן ציון, י. (2016). איכות הטיפול באנשים הלוקים בדמנציה והצרכים הלא מסופקים שלהם ושל בני משפחתם. דמ-733-16.
- ברג-ורמן, א., לרון, מ., ספלט, ט., רוניצקי, ש., ברודסקי, ג. (2015). קבוצות תמיכה לבני משפחה המטפלים בזקנים מוגבלים. המוסד לביטוח לאומי, אגף הקרנות - קרן סיעוד.
- בנטור, נ., רוניצקי, ש., אילת-צנעני, צ. (2014). דפוסי השימוש בשירותי בריאות, איכות הטיפול ועלותו בחולים במצב סופני עם סרטן. דמ-657-14.
- ברודסקי, ג., רוניצקי, ש., סיטרון, ד'. (2011). בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים: מאפייני הטיפול, עומס ותכניות לסיוע ולתמיכה. דמ-508-11.
- בנטור, נ., רוניצקי, ש., שנור, י. (2005). שירותים פליאטיביים ושירותי הוספיס בישראל. דמ-459-05.
- ברודסקי, ג., ורטמן, א., קינג, י., בנטור, נ., צ'חמיר, ס. (2005). קשישים החולים בדמנציה: שכיחות, זיהוי צרכים לא מסופקים ועדיפויות בפיתוח שירותים. דמ-461-05.
- ברודסקי, ג., נאון, ד., רוניצקי, ש., בן-נון, ש., מורגנשטיין, ב., גרא, ר., שמלצר, מ. (2004). מקבלי גמלת סיעוד - מאפיינים, דפוסי קבלת עזרה פורמלית ובלתי פורמלית וצרכים בלתי מסופקים. דמ-440-04, מאיר-ס-ג'וינט-ברוקדייל והמוסד לביטוח לאומי, ירושלים.
- ברודסקי, ג., נאון, ד., רוניצקי, ש., בן-נון, ש., מורגנשטיין, ב., גרא, ר., שמלצר, מ. (2004). "קשישים מוגבלים מקבלי גמלה בכסף (גמלת שירותים מיוחדים לנכים) ומקבלי גמלה בעין (גמלת סיעוד)". דמ-441-04, מאיר-ס-ג'וינט-ברוקדייל והמוסד לביטוח לאומי, ירושלים.

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: brookdale.jdc.org.il

רקע

שירותי הבריאות והרווחה בישראל מספקים לזקנים עם מחלה ו/או מוגבלות שירותים רבים ועם זאת לבני המשפחה תפקיד חשוב בטיפול בהם. בשנים האחרונות מתפתחת תפיסה טיפולית ששמה את המשפחה במרכז (family centered care), ומטרתה לתת מענה הן לצורכי הזקן והן לצורכי בן המשפחה המטפל בו. התפיסה רואה בזקן ובבן המשפחה שותפים לניהול הטיפול ולקבלת ההחלטות. ברוח תפיסה זו, בשנת 2013 החל ג'וינט ישראל-אשל, בשיתוף הקרן למפעלים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי, משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים והרשויות המקומיות בבת ים ובבני ברק, לפתח את תוכנית שקד שמטרתה לתת מענה כולל לבני משפחה מטפלים.

בשנת 2015 הוקמו במסגרת התוכנית שני מרכזים עירוניים, "מרכזי שקד", בבת ים ובבני ברק, שמטרתם לזהות את הצרכים של בן המשפחה המטפל, הן כמתאם הטיפול בזקן והן עבור עצמו, לבנות תוכנית טיפול ראשונית שתפנה אותו לשירותים שונים בקהילה ולעקוב מעקב יזום אחר מימוש תוכנית הטיפול. המרכזים אמורים לספק מענים דיפרנציאליים למטפלים עיקריים - ליווי פרטני, ייעוץ ומתן מידע, קבוצות לתמיכה רגשית, סדנאות להקניית מיומנויות, הפגה מן הטיפול והסברה קהילתית. זאת כדי לתת שירות מיטבי לבני המשפחה ולזקנים. מטרה נוספת של המרכזים היא לבנות שיתופי פעולה עירוניים ולהעלות את המודעות של אנשי המקצוע בשירותים העירוניים לצרכים של בני המשפחה המטפלים.

מטרות המחקר

1. הערכה מעצבת - לבנות כלי לעבודת המרכז (שאלון אינטייק), לבחון את אוכלוסיית היעד, לבחון היבטים ארגוניים בהפעלת התוכנית ולעצב מדדים של הערכה שוטפת.
2. הערכה מסכמת - לבחון את שביעות הרצון ואת התרומה הנתפסת עבור בני המשפחה והזקנים ועבור מערכת השירותים החברתיים בעיר.

שיטת המחקר

המחקר כלל את הרכיבים האלה: ניתוח מידע מנהלי שנאסף על הפונים למרכזים; ביצוע ראיונות טלפוניים בקרב מדגם של הפונים; ביצוע ראיונות פנים אל פנים עם מפעילי התוכנית ועם גורמים שמפעילי התוכנית מקיימים עימם שיתוף פעולה.

ממצאים

בבחינת אוכלוסיית היעד עלה כי המרכזים הגיעו לבני משפחה המטפלים לאורך זמן, ורובם דיווחו על תחושת עומס כבדה או כבדה מאוד. כמו כן, מן הממצאים עולה כי המרכזים הצליחו להיות מקור של תמיכה במהלך תקופת הטיפול הממושכת עבור בני

המשפחה המטפלים. כך למשל, מרבית בני המשפחה דיווחו כי נעשתה עימם יותר משיחת ייעוץ אחת, ו-30% דיווחו כי נעשו עימם יותר משש שיחות ייעוץ. הרוב דיווחו כי בשיחות הייעוץ הם זכו לאוזן קשבת, להזדמנות לשתף בנושאים שהטרידו אותם, לתמיכה רגשית ולתחושה של קשר משמעותי עם המרכז.

רוב בני המשפחה אמרו כי מרכז שקד הפך כתובת שאליהם הם יכולים לפנות (35% - במידה רבה מאוד, 37% - במידה רבה). נוסף לכך, כמעט כולם (94%) העידו כי הם מרוצים מן הקשר עם המרכז במידה רבה מאוד או במידה רבה.

רובם דיווחו כי התוכנית תרמה להם באמצעות מתן תמיכה רגשית. 53% דיווחו כי המרכז עזר להם לחשוב על צדדים חיוביים, להתמודד עם קשיים (52%) ולהכיר אנשים דומים (46%). 39% דיווחו על הקלה בעומס, על כך שלמדו לדאוג לעצמם (39%), להתמודד עם רגשות (36%) ולקחת פסק זמן מן הטיפול (30%). בתחום של שיפור הטיפול בזקן עולה כי 48% מבני המשפחה דיווחו כי קיבלו מידע על זכויות, 44% קיבלו מידע על המחלה, ו-35% רכשו מיומנויות וכלים ולמדו כיצד לשפר את הקשר עם הזקן.

ברמה העירונית, המרכזים הצליחו להעלות את המודעות של הגורמים הבכירים במערכות הרווחה בעיר לתופעה החברתית של בני משפחה מטפלים, לייצר מנגנונים ארגוניים לריכוז ולתיאום הפעילות המכוונת לאוכלוסייה זו ולייצר שיתוף פעולה עם גופים אחרים. עם זאת, עדיין עולה צורך ממשי להרחיב את שיתוף הפעולה לכלל הדרגים הפועלים בתחום.

סיכום ומסקנות

מרכזי שקד הצליחו להגיע לאוכלוסיית יעד רלוונטית והפכו מוכרים הן על ידי אנשי המקצוע והן על ידי תושבי העיר. המרכזים סיפקו לבני המשפחה המטפלים מגוון שירותים: ייעוץ אישי, קבוצות תמיכה, ערבי הסברה וסדנאות. נקודות החוזק של המרכזים הן פרואקטיביות והעלאת מודעות לצורכיהם של בני המשפחה. תרומתם העיקרית עבורם היא ביסוס כתובת לפניות, שמירה על קשר רציף עם הפונה, מתן תמיכה רגשית, מתן מידע וייעוץ והפניה לשירותים לזקן.

תמצית מנהלים

רקע

שירותי הבריאות והרווחה בישראל מספקים לחולים ולמוגבלים שירותים רבים, ועם זאת תפקידם של בני המשפחה בטיפול בזקנים חולים ומוגבלים נותר מרכזי. על פי נתוני הסקר החברתי, כמיליון ושלוש מאות אלף איש¹, שהם 22.5% מאוכלוסיית בני ה-20+, בישראל, מטפלים לפחות באדם זקן אחד. שני שלישים מהם (66.6%) מטפלים בהורה או בהורה של בן\בת זוג, והיתר - בבן זוג או בקרוב משפחה אחר.

בני המשפחה מעורבים בטיפול בזקן בתחומים רבים. במסגרת תפקידם הם מסייעים לזקן בטיפול אישי (למשל, רחצה והלבשה), בניהול משק בית ובסידורים, ובשנים האחרונות אף נדרשים לסייע בתחומים ובמצבים שבעבר הלא רחוק היו נחלתם של אנשי מקצוע בלבד (למשל, טיפול רפואי בבית). הטיפול שמעניקים בני המשפחה נעשה אפוא מורכב יותר, והוא דורש מן המטפלים הלא פורמליים הבנה, ידע ומיומנויות במגוון רחב של תחומים. יותר מכך, בני המשפחה מוצאים את עצמם עוסקים פעמים רבות בניהול, בתיאום ובתיווך הטיפול בזקן, הן בקשר עם שירותי הרווחה והן בקשר עם שירותי הבריאות.

נושא העומס המוטל על התומכים העיקריים נחקר מתחילת שנות ה-80, אולם בשנים האחרונות תופס המחקר בתחום זה תאוצה ובוחן שורה ארוכה של היבטים והשפעות הקשורים במתן טיפול לזקנים ולאנשים מוגבלים. בין היתר נבדקה השפעת הטיפול על חיי התומכים העיקריים בתחום התעסוקתי, האישי, המשפחתי, החברתי והבריאותי.

בשנים האחרונות מתפתחת תפיסה טיפולית ששמה את המשפחה במרכז (family centered care), ומטרתה לתת מענה הן לצורכי הזקן והן לצורכי בן המשפחה המטפל בו. התפיסה רואה בזקן ובבן המשפחה שותפים לניהול הטיפול ולקבלת ההחלטות.

לאור הצרכים שהוזכרו לעיל וברוח תפיסה חדשנית זו, בשנת 2013 החל ג'וינט ישראל-אשל בשיתוף הקרן למפעלים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי, משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים והרשויות המקומיות בבני ברק ובבת ים, לפתח את תוכנית שקד, שמטרתה לתת מענה כולל לבני משפחה מטפלים.

בשנת 2015 הוקמו במסגרת התוכנית שני מרכזים עירוניים ("מרכזי שקד"), בבני ברק ובבת ים, שמטרתם לזהות את צורכי בן המשפחה המטפל, הן כמתאם הטיפול בזקן והן עבור עצמו, לבנות תוכנית טיפול ראשונית שתפנה אותו אל שירותים שונים בקהילה ולעקוב מעקב יזום אחר מימושה. מאז הקמתם, מכון מאיר-ס-ג'וינט-ברוקדייל מלווה את הפעלתם במחקר מעצב ובהערכה של פעילותם. המרכזים אמורים לספק מענים דיפרנציאליים למטפלים עיקריים - ליווי פרטני, ייעוץ ומתן מידע, קבוצות לתמיכה רגשית, סדנאות להקניית מיומנויות, הפגה מן הטיפול והסברה קהילתית. זאת כדי לתת שירות מיטבי לבני המשפחה ולזקנים. מטרה נוספת של המרכזים היא לבנות שיתופי פעולה עירוניים ולהעלות את המודעות של אנשי המקצוע בשירותים העירוניים לצרכים של בני המשפחה המטפלים.

1 עיבוד מעודכן לשנת 2016 על בסיס נתוני הסקר חברתי, 2006.

מטרות המחקר

למחקר היו שתי מטרות עיקריות:

1. הערכה מעצבת - לבנות כלי לעבודת המרכז (שאלון אינטייק), לאפיין את אוכלוסיית היעד, לבחון היבטים ארגוניים בהפעלת התוכנית ולעצב מדדים של הערכה שוטפת. מטרת חלק זה היא לסייע בעיצוב התוכנית ובבניית כלים שישמשו אותה גם בעתיד.
2. הערכה מסכמת - לבחון את שביעות הרצון ואת התרומה הנתפסת עבור בני המשפחה והזקנים ועבור מערכת השירותים החברתיים בעיר.

שיטת המחקר

פיתוח כלי

פותח כלי להערכת צרכים ולבניית תוכנית טיפול, המבוסס על כלים שנסקרו במאמרים מדעיים וכלים המשמשים תוכניות דומות בישראל.

ניתוח של מאפייני הפונים

נעשה שלוש פעמים לאורך התוכנית (אחת לשנה), כדי לבחון האם חלו שינויים במאפייני הפונים לאורך השנים.

בחינת שביעות הרצון ותרומת התוכנית לבני המשפחה המטפלים

נערך ריאיון טלפוני מובנה עם 211 בני משפחה שהשתתפו בתוכנית, כשנה לאחר הפעלת המרכזים. שביעות הרצון נבחנה בשלב מוקדם יחסית כדי לתת משוב למפעילים ולגורמים המתכננים לשם שיפור השירות תוך כדי פעולה.

הערכה ארגונית

ערכת ראיונות עומק עם 17 אנשי מקצוע בבת ים ובבני ברק, כינוס קבוצת מיקוד עם המתנדבים בבני ברק והשתתפות בשתי ועדות עירוניות. כמו כן נערכו כמה מפגשים עם הצוותים בשתי הערים, שמטרתם הייתה ללמוד על הנעשה בשטח ולתת היזון חוזר על ממצאי המחקר כחלק מן ההערכה המעצבת. לבסוף נערכה שיחת סיכום עם המנהלת המקצועית של התוכנית ועם המנהלות בשתי הערים.

סיוע בפיתוח כלים לתיעוד הפעילויות וקבלת משוב

צוות המחקר סייע בבנייה ובפיתוח של כלי התיעוד לתפוקות התוכנית, בבניית שאלוני משוב ובניתוחם.

ממצאים

מאפייני הפונים למרכזי שקד: נתונים מנהליים

על פי התיעוד במערכת המידע הממוחשבת של התוכנית, מתחילת התוכנית (יולי 2015) עד סוף חודש מאי 2018 התקבלו 985 פניות למרכז - 493 למרכז בבני ברק ו-492 למרכז בבת ים. הפניות נחלקו לשני סוגים: קשר קצר ("פתיחת פנייה") - פניות ראשוניות או חד-פעמיות שלא כללו תהליך אינטייק וליווי ממושך²; וקשר מתמשך - פניות שטופלו ולוו בתהליך אינטייק ובמעקב.

אלה הם מאפייני הפונים שעברו תהליך אינטייק (קשר מתמשך) (N=534): הרוב נשים (79%). בכשני שלישים מן המקרים (65%) גם בן המשפחה וגם הזקן גרים בעיר שבה ניתן השירות.

מבחינת מאפייני הטיפול, רוב הפונים (83%) משתייכים לדור הביניים, כלומר מי שמטפלים בדור מעליהם; 72% מטפלים בהורה ו-11% מטפלים בקרוב מבוגר אחר. השאר מטפלים בבן זוג (17%). 59% הם מטפלים עיקריים, המטפלים בבן המשפחה לאורך זמן (78% מטפלים יותר משנה).

אחת ממטרות התוכנית הייתה לסייע לבני משפחה המטפלים טיפול מתמשך לאורך 'קריירת הטיפול', ובכל שלב לתת מענה מתאים. כמחצית מן הפונים נמצאים בשלב של שגרת טיפול (44%), ושיעור דומה (41%) נמצאים בשלב של הידרדרות או החמרה במצב הזקן. נוסף לכך, 15% מן הפונים פנו לאחר פטירת הזקן.

מבחינת תחושת העומס, הרוב (71%) מדווחים על תחושה של עומס כבד מאוד (41%) או כבד (30%), 29% מדווחים על תחושה של עומס לא כל כך כבד (21%) או בכלל לא כבד (8%).

מבחינת תהליך ההפניה והקבלה למרכזים - 28% מן הפונים פנו למרכז בעקבות פרסום, 16% שמעו עליו מחבר או מבן משפחה, והשאר (56%) הגיעו דרך אנשי מקצוע.

36% מן הפניות סווגו כבקשת מידע, 32% סווגו כצורך בתמיכה, 10% מן המקרים סווגו כצורך לטיפול דחוף בזקן, עוד 7% סווגו כפנייה בנוגע למצבו הבריאותי/תפקודי של הזקן, ושיעור דומה (7%) סווגו כצורך בתיווך לשירותים בקהילה. שאר הפניות (8%) סווגו 'אחר'.

תרומת התוכנית לבני המשפחה המטפלים ושביעות רצונם ממנה: ממצאי הסקר

פעילויות המרכז

מרכזי שקד מציעים פעילויות שונות לפונים. מדיווחיהם של בני המשפחה עולה כי 57% קיבלו שיחת ייעוץ אישית, 36% השתתפו בקבוצת תמיכה ו-57% השתתפו במפגש הסברה או בסדנה. כאשר סוכמים את מספר הפעילויות שבהן השתתף בן המשפחה עולה כי 16% השתתפו בשלושה סוגי פעילויות, 33% השתתפו בשני סוגים והיתר השתתפו בסוג פעילות אחד (35%) או שדיווחו כי נערכה להם רק שיחת אינטייק (16%).

2 יש עליהם מידע מועט במערכת המנהלית, והוא אינו אפשר את ניתוח מאפייניהם.

רוב (73%) בני המשפחה שהשתתפו במפגשי הסברה או בסדנאות דיווחו כי קיבלו עידוד ותחושה שהם לא לבד במידה רבה או רבה מאוד. 65% דיווחו שקיבלו ידע ומידע.

בני המשפחה אשר השתתפו בקבוצת תמיכה היו מרוצים במידה רבה או רבה מאוד (94%). מקרב מי שלא השתתפו בקבוצת התמיכה, 40% היו מעוניינים בכך, והסיבות המרכזיות שהם ציינו לחוסר ההשתתפות היו: חוסר זמן (48%), אי-ידיעה (10%), אי-התאמה (10%), אין מי שיישאר עם הזקן (5%) או סיבות אחרות (26%).

מן הממצאים עולה כי המרכזים הצליחו להיות מקור של תמיכה לאורך תקופת הטיפול הממושכת עבור בני המשפחה המטפלים. כך למשל, בני המשפחה דיווחו כי לרוב הייתה יותר משיחת ייעוץ אחת, ו-30% דיווחו כי קיבלו יותר ממש שיחות ייעוץ. רובם דיווחו כי בשיחות הייעוץ הם זכו לאוזן קשבת, להזדמנות לשתף בדברים שהטרידו אותם, לתמיכה רגשית ולתחושת קשר משמעותי עם המרכז.

התרומה הנתפסת

91% מבני המשפחה שהיו בקשר מתמשך עם המרכז ציינו כי היו ממליצים לחבר או לבן משפחה במצב דומה לפנות למרכז. 74% היו מוכנים לשלם עבור השירות או לתרום למרכז.

בתחום של שיפור תחושת הרווחה של בן המשפחה, התרומה העיקרית שבני המשפחה דיווחו עליה היא קבלת תמיכה רגשית (76%). 53% דיווחו כי המרכז עזר להם לחשוב על צדדים חיוביים, להתמודד עם קשיים (52%) ולהכיר אנשים דומים (46%). 39% דיווחו על הקלה בעומס, על כך שלמדו לדאוג לעצמם (39%), להתמודד עם רגשות (36%) ולקחת פסק זמן מן הטיפול (30%). בתחום של שיפור הטיפול בזקן עולה כי כמחצית מבני המשפחה דיווחו כי קיבלו מידע על זכויות (48%) ועל המחלה (44%), ו-37% רכשו מיומנויות וכלים ו-35% למדו כיצד לשפר את הקשר עם הזקן.

כאשר בוחנים את הסיוע שניתן לשיפור הטיפול בזקן, 23% מבני המשפחה דיווחו כי במרכז סייעו להם בקשר עם מחלקת הרווחה, 20% דיווחו על סיוע בהפניה לעמותות אחרות ו-11% ציינו סיוע בהפניה לייעוץ גריאטרי. בהמשך לכך, 39% מבני המשפחה דיווחו כי המרכז עזר להם במידה רבה או במידה רבה מאוד בקיצור תהליכים או בזירוזם. רוב בני המשפחה (88%) דיווחו כי המידע שהם קיבלו במרכז היה מובן וקל ליישום. כלומר למרכז יש תפקיד בהפניה לשירותים אחרים בקהילה.

מאפיין משמעותי בבחינת תרומת המרכזים הוא עד כמה הם הפכו כתובת עבור בני המשפחה המטפלים. זאת בייחוד לאור ייעודו לשמש משענת עבורם לאורך תקופת הטיפול, על כל שלביה. רוב בני המשפחה אמרו כי מרכז שקד הפך כתובת עבורם (35% - במידה רבה מאוד, 37% - במידה רבה). נוסף לכך, כמעט כולם (94%) העידו כי הם מרוצים מן הקשר עם המרכז במידה רבה מאוד או במידה רבה.

מרכזי שקד - הערכה ארגונית

מודל הפעולה

שתי סוגיות מרכזיות נקשרות למודל הפעולה של המרכזים: (1) מיקום המרכז מבחינה ארגונית במערך השירותים בעיר; (2) הפעלתו על ידי מתנדבים.

מיקום המרכזים במערך השירותים בעיר

בבת ים, המרכז פעל מתוך מחלקת הרווחה העירונית, על אף שהתוכנית הופעלה על ידי העמותה המקומית. בבני ברק המרכז פעל מתוך מרכז היום המופעל על ידי העמותה המקומית. המחשבה לבסס שירות לבני משפחה מטפלים בתוך מחלקת הרווחה העירונית העלתה כמה אתגרים: הגעה לאוכלוסיות רחבות (ולא רק אוכלוסיות רווחה קלאסיות); כיצד לבנות את תפקיד הרפרנט העוסק בבני משפחה ולאזן בין ההיבט הקהילתי להיבט הטיפולי; כיצד לשמור כי הפעילות לבני משפחה לא "תיבלע" בעבודה השוטפת של מחלקת הרווחה; המשך ייצוג בן המשפחה אל מול מערכת השירותים.

הפעלה על ידי מתנדבים

על פי המודל המקורי, תוכנן שהמרכזים יגייסו מתנדבים שהיו אנשי מקצוע בעברם והם אלה שיעניקו את מרב התמיכה לבני המשפחה המטפלים, לצד הצוות המקצועי - מנהלת ועובדת נוספת. אולם בפועל, המרכזים התקשו לגייס מתנדבים. בבני ברק גויסו שבעה מתנדבים ובבת ים גויס מתנדב אחד בלבד. רובם לא היו אנשי מקצוע ולא תאמו פרופיל זה.

מרכזי שקד במארג העירוני

בראיונות עם אנשי המקצוע עלו התרומות המרכזיות של מרכז שקד למארג העירוני, וכן אתגרים וקשיים שהתעוררו עקב הפעלתו.

בני משפחה מטפלים כאוכלוסיית מטרה

צוינה תרומת המרכזים להעלאת המודעות בעיר לנושא בני המשפחה המטפלים והפיכתם לאוכלוסיית מטרה.

מנגנונים ארגוניים שפותחו ותרומתם

אחת הסוגיות המתעוררת כאשר קם מרכז חדש היא כיצד הוא ישתלב במארג העירוני הקיים, ואילו מנגנונים ארגוניים יאפשרו את הפעלתו השוטפת ואת שילובו במערך הארגונים הקיימים. את הקמת מרכז שקד ליוו שלושה מנגנונים עירוניים, ונראה כי הם שתרמו לקבלתו במארג העירוני ללא התנגדות של ממש. הראשון הוא ועדת הביצוע העירונית שבה ישבו מנהלי הגופים האחראיים על המרכז, המנגנון השני הוא ועדת היגוי עירונית שאליה הוזמנו כל הגורמים הרלוונטיים בעיר, והמנגנון השלישי הוא כנסים וימי עיון שהמרכז מארגן לאנשי מקצוע בעיר.

שיתוף פעולה בין מרכזי שקד לגופים אחרים

מטרה מרכזית של מרכז שקד היא להיות כתובת עירונית עבור בני משפחה מטפלים. אחת הדרכים לעשות זאת היא ליצור שיתוף פעולה עם גופים שונים הנותנים מענה לזקנים, כדי שאלה יפנו בני משפחה למרכז ויסייעו בפתרון בעיות של בן המשפחה. מן הראיונות עלה כי אנשי המקצוע בעיר, בדרג בכיר של מנהלי השירותים, מכירים את מרכז שקד ומפנים אליו לקוחות. הם ציינו כי הקשר עם המרכז הוא מתמשך ולא חד-פעמי. עם זאת, אנשי השטח עדיין לא מכירים את המרכז. כלומר, השיווק שנעשה לדרג המנהלים צריך להגיע גם לעובדים שפוגשים ישירות את בני המשפחה המטפלים.

סיכום ומסקנות

1. המרכזים הצליחו להגיע לאוכלוסיית יעד רלוונטית: בני המשפחה שקיבלו שירות הם תומכים שנותנים טיפול אינטנסיבי, לאורך זמן, וסובלים מעומס גבוה יחסית.
2. המרכזים הפכו מוכרים הן על ידי אנשי המקצוע והן על ידי תושבי העיר.
3. נקודות החוזק של המרכזים הן פרואקטיביות והעלאת מודעות לצורכיהם של בני המשפחה המטפלים.
4. המרכזים סיפקו לבני המשפחה המטפלים מגוון שירותים: ייעוץ אישי, קבוצות תמיכה, ערבי הסברה וסדנאות. ככל שבן המשפחה השתתף ביותר פעילויות, כך הוא העריך את תרומת המרכז עבורו כגבוהה יותר.
5. שלא כמו המודל המתוכנן, המרכזים כמעט לא הצליחו לגייס מתנדבים שהם אנשי מקצוע (בהווה או בעבר) שיתנו תמיכה שוטפת וישירה לבני המשפחה. על כן, התמיכה בפועל ניתנה על ידי הצוות המקצועי במרכזים - מנהלת ועובדת. נראה כי התחום של עבודה עם מתנדבים הוא תחום שדורש מומחיות והשקעה רבה. המרכזים החדשים עסקו בעיקר בהקמה והפעלה השירות ונראה כי לא יכלו במקביל לבסס אותו על תשתית של מתנדבים.
6. התרומה המרכזית של המרכזים לבני המשפחה הן: ביסוס כתובת לפניות; שמירה על קשר רציף בין המרכז לבני המשפחה; מתן תמיכה רגשית; מתן מידע וייעוץ; הפניה לשירותים לזקן.
7. אתגרים מרכזיים בפיתוח השירות עבור בני המשפחה המטפלים: עידוד השתתפות במגוון פעילויות לאורך זמן; הגעה לאוכלוסיות יעד מגוונות; המשך מעקב אחר פונים שבזמן יצירת הקשר לא נמצא להם מענה מתאים.
8. התרומות המרכזיות של המרכזים ברמה העירונית: קידום הנושא ברמה העירונית; פיתוח מנגנונים עירוניים להתייחסות לנושא; יצירת שיתוף פעולה עם ארגונים רלוונטיים בעיר; יצירת מוקד ידע עירוני בנושא.
9. אתגרים מרכזיים של המרכזים ברמה העירונית: חיזוק התיאום ומנגנוני העבודה, כדי שכל ארגון יוכל לשמר את נקודות החוזק שלו מבלי לחשוש מחיכוכים או מחילוקי דעות בנקודות חפיפה; הגעה לעובדי השטח - כיום שיתוף הפעולה הוא בעיקר מול ראשי הארגונים. יש להגיע גם לעובדי השטח (למשל למתנדבי הייעוץ לאזרח הוותיק ולמשפחתו) כדי שאלה יוכלו להפנות למרכז.

דברי תודה

ברצוננו להודות לשותפינו: במוסד לביטוח לאומי - כרמלה קורש אבלגון, מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים; במשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים - דליה רוזינק, מפקחת ארצית בשירות לאזרחים ותיקים; ובג'וינט ישראל-אשל - תמר בסביץ', מנהלת תוכניות לבני משפחה מטפלים, רונית ניסנבוים, ראש תחום שירותים קהילתיים (לשעבר) ואירית פישר שהחליפה אותה בתפקיד.

אנו מודים לצוות תוכנית שקד: סמדר שריג, מנהלת ארצית; נורית עוזרי, מנהלת מרכז שקד בבת ים; מירב בן סעדון, מנהלת מרכז שקד בבני ברק.

אנו מודים גם לבעלי התפקידים ברשויות המקומיות ובעמותות למען הזקן על הנכונות להתראיין ועל השיתוף בפועלם ובתחושותיהם בנוגע להפעלת התוכנית, לרבות קשיים והתלבטויות שעלו בשטח.

תודה מיוחדת למשתתפי התוכנית שהקדישו לנו מזמנם כדי להתראיין ולהשמיע את קולם במסגרת המחקר.

תוכן עניינים

1	1. רקע
8	2. מטרות המחקר
10	3. שיטת המחקר
14	4. תוצרי המחקר וממצאיו
14	4.1 פיתוח כלי האינטייק להערכת צרכים ובניית תוכנית הטיפול
15	4.2 מאפייני הפונים למרכזי שקד: נתונים מנהליים
21	4.3 תרומת התוכנית לבני המשפחה המטפלים ושביעות רצונם ממנה: ממצאי הסקר
30	4.4 מרכזי שקד - הערכה ארגונית
32	4.5 מרכזי שקד במארג העירוני
34	5. סיכום, תובנות והמלצות
37	מקורות
43	נספח א: כלי האינטייק
57	נספח ב: דוגמה לטופס משוב בערב הסברה
59	נספח ג: השוואת מאפייני הפונים, לפי שנת הפנייה, באחוזים

רשימת לוחות

7	לוח 1: שלבי ההתפתחות של תפקיד המטפל העיקרי, נוכח מצבו של הזקן
15	לוח 2: מספר הפונים למרכזי שקד, לפי מרכז ולפי אופי הפנייה
19	לוח 3: מאפייני הפונים למרכזי שקד לעומת מאפייני בני משפחה מטפלים באוכלוסייה הכללית ובתוכניות אחרות
27	לוח 4: התרומה הנתפסת של המרכזים, לפי הקרבה לזקן

רשימת תרשימים

11	תרשים 1: שיעור המרואיינים מסך מקבלי השירות במרכזים
14	תרשים 2: נושאים מרכזיים בכלי האינטייק
16	תרשים 3: התפלגות מין הפונים למרכזי שקד, לפי שנת הפעילות
18	תרשים 4: התפלגות סוג המטפלים הפונים למרכזי שקד, לפי שנת הפעילות
18	תרשים 5: התפלגות שלב הטיפול של הפונים למרכזי שקד, לפי שנת הפעילות
21	תרשים 6: שיעור הפונים למרכזי שקד, לפי מקור ההפניה ושנת הפעילות
22	תרשים 7: סוגי הקשר הקצר עם מרכזי שקד
22	תרשים 8: המענים שקיבלו הפונים ממרכזי שקד
23	תרשים 9: מספר הפעילויות שבהן השתתפו בני המשפחה
24	תרשים 10: מספר שיחות הייעוץ שקיבלו בני המשפחה
25	תרשים 11: התרומה הנתפסת של שיחות הייעוץ, בעיניהם של בני המשפחה
26	תרשים 12: התרומה הנתפסת של המרכזים, בעיניהם של בני המשפחה
28	תרשים 13: התרומה הנתפסת של המרכזים, לפי מספר סוגי הפעילויות שבהן השתתפו בני המשפחה
29	תרשים 14: סיוע בקבלת שירותים ישירים לזקן

1. רקע

שירותי הבריאות והרווחה בישראל מספקים לחולים ולמוגבלים שירותים רבים, ועם זאת תפקידם של בני המשפחה בטיפול בזקנים חולים ומוגבלים נותר מרכזי. על פי נתוני הסקר החברתי, כמיליון ושלוש מאות אלף איש, 22.5% מאוכלוסיית בני ה-20 בישראל מטפלים לפחות באדם זקן אחד. שני שלישים מהם (66.6%) מטפלים בהורה או בהורה של בן\בת זוג, והיתר - בبن זוג או בקרוב משפחה אחר.

בעשרים השנים הבאות, חלקם של בני 65+ באוכלוסייה צפוי לעלות מ-9.9% כיום ל-13.1%. בעקבות זאת צפוי לעלות גם שיעור בני המשפחה המטפלים בזקן. כך למשל, יחס התמיכה בהורים צפוי לגדול מ-19.6 בשנת 2010 ל-25.8 בשנת 2030 (למ"ס, קובצי אוכלוסייה).

באופן כללי, בישראל, כמו ברבות ממדינות העולם, בני המשפחה (המערכת הלא פורמלית) מעורבים באופן משמעותי בטיפול בבני משפחה זקנים (Adelman, Tmanova, Delgado, Dion, & Lachs, 2014; Gaugler & Kane, 2015; Montgomery, 2001; Rowe, & Kosloski, 2007; Wiener, 2001). ישראל היא מן המדינות הלא רבות בעולם המערבי שלה מסגרת חוקית המחייבת בני משפחה לזון ולדאוג כלכלית לבני משפחותיהם (הוראות הדין האישי, החוק לתיווך דיני המשפחה). כלומר, על פי חוק זה, תאורטית, אדם יכול לתבוע מבניו/מבנותיו או אפילו מנכדיו ומנכדותיו לממן לו את עלות הטיפול (כל זאת בכפוף לתנאים שונים הקבועים בחוק, כגון שלאדם עצמו אין מספיק משאבים, לבני המשפחה האחרים יש יכולת כלכלית, וכי אין בן משפחה קרוב יותר המסוגל לעמוד בנטל הכלכלי). על בסיס מסגרת חוקית זו התקיימה בישראל הדרישה של משרד הבריאות ושל משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים מבני המשפחה להשתתפות במימון השמת זקנים במוסדות לטיפול ממושך (ברודסקי, רוניצקי וסיטרון, 2011).

על אף שבישראל חלו שינויים דמוגרפיים ושינויים במבנה המשפחה, נמצא כי יש המשכיות של קשרי משפחה, וקיימים מגעים בין-דוריים תכופים יחסית, טובים ומשמעותיים, והמגמה היא של יציבות וסולידריות במערך היחסים הבין-דוריים, תוך שימור המחויבות הפיליאלית (כץ, לבנשטיין ובריק, 2010). כך, למשל, בסקר שנערך בישראל (ובעוד ארבע מדינות באירופה) בקרב בנים בוגרים להורים מבוגרים, נמצא כי 74% מהם נכללו בקבוצה של ילדים 'תומכים ומחויבים', דהיינו הם סברו כי יש לגור קרוב להוריהם המבוגרים ולעזור להם ואף עשו זאת (Gans, Silverstein, & Lowenstein, 2009).

בדרך כלל בן משפחה אחד מקבל עליו אחריות רבה יותר מן האחרים בטיפול, והוא נקרא "התומך העיקרי" (primary caregiver). ברוב המקרים התומך העיקרי הוא בן הזוג או אחד מילדי הזקן. מן המחקרים בישראל עולה כי בקרב זקנים מוגבלים כרוניים (כגון זכאי חוק סיעוד), מרבית התומכים העיקריים הם אחד מן הילדים (כשני שלישים), ובין רבע לחמישית הם בני זוג. לעומת זאת, בקרב זקנים הזקוקים לטיפול במהלך שלבים אקוטיים של המחלה (כגון זקנים הנמצאים באשפוז בית), כמחצית מן התומכים העיקריים הם בני הזוג של הזקן וכשליש הם אחד הילדים (בכנר, כרמל וזינגר, 2005; בנטור, רוניצקי ושנור, 2005). נראה שהדבר קשור במיוחד לגיל הזקן, ובהתאם לכך לעצם קיומו של בן זוג או ליכולתו לתפקד כמטפל העיקרי (ברודסקי ואח', 2011).

רוב התומכים העיקריים הם נשים (כשני שלישים). הגיל הממוצע הוא כ-55, וכשליש בני יותר מ-60. רוב התומכים העיקריים גרים עם הזקן או בקרבתו (ברודסקי ואחרים, 2011; בכנר ואחרים, 2005; בנטור ואח', 2005; Nir, 2000; Lowenstein & Gilbar, 2000; Greenberger, & Bachner, 2009).

בישראל אין חלוקה חדה בין תפקידי המערכת הפורמלית לתפקידי המערכת הלא פורמלית, ולמעשה המודל הרווח הוא מודל ההוספה: הטיפול הפורמלי אינו מחליף את הטיפול הלא פורמלי אלא נוסף לו. אחד הביטויים לכך הוא מגוון תחומי הסיוע של בני המשפחה המטפלים (ברודסקי ואח', 2011; Wolf & Jacobs, 2015):

טיפול אישי. סיוע ברחצה, בהלבשה, באכילה, בניידות בתוך הבית, בהליכה לשירותים, ובכל יתר הפעולות הנדרשות כדי לתפקד בחיי היום-יום. מעניין לציין שמן המחקרים עולה שגם כאשר קיימת מטפלת, כולל מטפלת 24 שעות ביממה, חלק ניכר מבני המשפחה מסייעים לזקנים בטיפול אישי. נראה שהטיפול בזקנים מוגבלים - במיוחד אלה המוגבלים ביותר - דורש פעמים רבות סיוע מיותר מאדם אחד.

ניהול משק הבית. ניקיון, בישול, כביסה וכל יתר הפעולות הנדרשות במשק הבית. מרבית התומכים מסייעים לזקנים בתחום זה. כאשר בן המשפחה גר עם הזקן, פעולות משק הבית נעשות עבור כל דיירי משק הבית. אולם יש לציין כי הרבה פעמים בן המשפחה חייב להשקיע מאמץ מיוחד בניהול משק הבית, עקב מצבו של מקבל התמיכה. כך, למשל, לעתים הוא צריך להכין ארוחות מיוחדות על פי צרכיו התזונתיים של הזקן או לכבס ולנקות יותר עקב אי-שליטה של הזקן על הסוגרים.

עזרה בפעולות מחוץ לבית. סידורים בבנק, בדואר, הבאת תרופות, ליווי לטיפולים רפואיים. מן המחקר מצטיירת מעורבותם של מרבית בני המשפחה המטפלים בסיוע לזקנים בתחום זה.

עזרה בפעולות רפואיות. טיפול בחולים קשים בבית כרוך בדרך כלל גם במעורבות של בן המשפחה במתן הטיפול הרפואי. מחקרים מראים כי בני המשפחה מסייעים בנטילת תרופות, ובנוסף לכך אחוז לא מבוטל מהם מתמודדים עם טיפול בפעולות רפואיות מורכבות יותר, כהחלפת תחבושות, החלפת קטטר או סטומה, מתן זריקות וכדומה.

עזרה כלכלית. כמעט כל התומכים מסייעים מבחינה כלכלית ומשתתפים בהוצאות הכרוכות בטיפול באדם המוגבל.

קישור ותיווך בין הזקן לשירותים אחרים בקהילה. תפקיד נוסף שממלאים התומכים הוא לקשר ולתווך בין הזקן לשירותים בקהילה, בייחוד כאשר הזקן מתקשה בתפקוד היום-יומי.

סיוע בקבלת החלטות. לבני המשפחה יש תפקיד משמעותי כאשר הזקן אינו כשיר, והם מתמנים כמקבלי החלטות חלופיים (אם כמיופי כוח של הזקן ואם כאפוטרופוסים). גם כאשר הזקן כשיר, יש להם פעמים רבות תפקיד משמעותי בקבלת החלטות.

בשנים האחרונות בני המשפחה אף נדרשים לסייע בתחומים ובמצבים שבעבר הלא רחוק היו נחלתם של אנשי מקצוע בלבד (Wolf & Jacobs, 2015). הטיפול שמעניקים בני המשפחה נעשה אפוא מורכב יותר ודורש מן המטפלים הלא פורמליים הבנה, ידע ומיומנויות במגוון רחב של תחומים (ברודסקי ואח', 2011).

למרות הפריסה הנרחבת של השירותים החברתיים והבריאותיים לזקנים בישראל, הפיצול המבני בין משרדים שונים וגופים שונים, המספקים את השירותים, הביאו לכך שהן אנשי מקצוע והן אוכלוסיית הזקנים ובני משפחותיהם מצביעים על קושי לקבל טיפול כוללני בזקן. הקשיים מתבטאים בחוסר תיאום בין השירותים, חוסר ידע לגבי השירותים הקיימים, חוסר בשירותים שהזקנים זקוקים להם וקושי של הזקנים ובני המשפחות לדעת לאן ולמי לפנות בשעת משבר ומצוקה.

לאור זאת, בני המשפחה מוצאים את עצמם עוסקים פעמים רבות בניהול, תיאום ותיווך הטיפול בזקן, הן בקשר עם שירותי הרווחה והן בקשר עם שירותי בריאות. כך למשל, הם דואגים לפנות למוסד לביטוח לאומי כדי לקבל קצבת סיעוד ולאחר מכן הם אחראיים גם לאספקת השירות עצמו (גיוס מטפלת, ניהול הקשר עימה וכד'). נוסף לכך, הם מלווים את הזקנים בבדיקות רפואיות, בביקורים אצל רופא ובאשפוזים. כך למשל, 40% מן הזקנים מלווים לבדיקות על ידי בן משפחה (Wolff & Roter, 2008). תפקידם כמתווכים בין הזקן לבין מערכות הבריאות והרווחה מקבל דגש מיוחד בישראל, שבה מערכת השירותים היא מפוצלת מאוד, וכדי לוודא טיפול מיטיבי לזקן חולה ומוגבל יש להיות בעל ידע רב בנוגע לזכויות ולזכאויות ולקיים קשר עם גורמים רבים (קופות החולים, המוסד לביטוח לאומי, חברות סיעוד, משרד הבריאות, משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים וכד').

נושא העומס המוטל על התומכים העיקריים נחקר מתחילת שנות ה-80, אולם בשנים האחרונות תופס המחקר בתחום זה תאוצה ובוחן שורה ארוכה של היבטים והשפעות הקשורים במתן טיפול לזקנים ולאנשים מוגבלים. בין היתר נבדקה השפעת הטיפול על חיי התומכים העיקריים בתחום התעסוקתי, האישי, המשפחתי, החברתי והבריאותי (ברודסקי ואח', 2011).

בעשרים השנים האחרונות, נעשו בישראל מחקרים רבים יחסית שעסקו בנושא בני משפחה מטפלים מזוויות שונות, כגון הקשר הבין-דורי (כץ ואח', 2010; הנטמן, 2010), המחר שמשלמים התומכים על הטיפול והקשיים בהתמודדות עימו (בר-טור, Iecovich, 2008; 2005), טיב היחסים והתקשורת בין הזקן לתומך (Bachner & Carmel, 2009; Bachner et al., 2009; Bachner, 2011; Iecovich, 2011), חלוקת הטיפול בין המערכת הפורמלית והלא פורמלית והקשיים הנובעים מכך (יקוביץ, 2010; Iecovich, 2010; 2011) ומידת האחריות הרצויה של שתי המערכות (לבנשטיין וכץ, 2010; ברודסקי, 2011).

השלכות הטיפול על המשפחה

השלכותיה של התמיכה הלא פורמלית - הן החיוביות והן השליליות - מתוארות בספרות המחקר בהרחבה (Gaugler, et al., 2015; Penning & Wu, 2015). המחקרים עסקו בעיקר במודל של דחק (Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990); (stress); מחקרים רבים בחנו את ההיבטים השליליים של מתן הטיפול, הן מהבחינה הנפשית (למשל דיכאון, חרדה ולחץ) והן מן הבחינה הפיזית, כגון פגיעה בבריאות התומך (ראו למשל, Christakis & Iwashyna, 2017, Health at Glance, 2014; Adelman et al., 2003; Donelan, et al., 2002; Fredman & Daly, 1997; McKinlay, Crawford, & Tennstedt, 1995; Schulz, et al., 2001). השלכות נוספות הן על עבודתו של בן המשפחה המטפל. הפגיעה בתעסוקה מתבטאת בהיעדרויות כגון לקיחת ימי חופש והגעה מאוחרת או עזיבה מוקדמת (הפסד שעות עבודה), בקשיים בריכוז בזמן העבודה ובפגיעה ביעילות ובתפקוד בעבודה (ראו למשל Grayson, 2017). כמו כן, מחקרים מצביעים על כך שעובדים מטפלים פעמים רבות מקריבים את מטרות הקריירה שלהם, כמו הזדמנויות קידום או התפתחות מקצועית כדי לעמוד במחויבות שלהם כמטפלים לא פורמליים (Lilly, 2011). ההשלכות החריפות ביותר הן עזיבת העבודה או יציאה לפנסיה מוקדמת (Van Houtven, 2015).

מחקרים בישראל מצביעים על ההשלכות השליליות של הטיפול. חלק משמעותי מן התומכים העיקריים דיווחו על תחושות עומס (בין מחצית לשני שלישים, בהתאם לאוכלוסייה הנחקרת). העומס גדול יותר ככל שהחולה סבל יותר מסימפטומים (בנטור ואחרים, 1998; בנטור ואחרים, 2005), בקרב תומכים שהם בני זוג לעומת ילדים של החולה (Lowenstein & Gilbar, 2000), בקרב מהגרים לעומת ילידי הארץ (Soskolne, Halevy-Levin, & Cohen, 2007), וסמוך יותר לאירוע (שבץ מוחי) מאשר שישה חודשים לאחר מכן (Nir et al., 2009).

בשנים האחרונות מושם דגש על ההשלכות הבריאותיות על בני המשפחה המטפלים - זו אוכלוסייה בסיכון גבוה יותר לתחלואה, לתמותה ולהזנחה עצמית של הבריאות (ברג-ורמן, רוניצקי וברודסקי, 2018). בני המשפחה מקבלים שירותי בריאות כמו שאר האוכלוסייה, ועם זאת עצם הטיפול ביקרים הופך אותם לאוכלוסייה בסיכון, בעלת סיכוי גבוה יותר לתחלואה ולתמותה. זאת בשל השלכה ישירה של העומס הטיפולי על מצב בריאותם. כתוצאה ממנו הם נוטים להזניח את בריאותם, לדחות את הביקור אצל הרופא וכד'.

גורם לחץ נוסף הוא תפיסת מסוגלות/חוסר מסוגלות של בני המשפחה כנותני טיפול רפואי וסיעודי. רבים מקרב בני המשפחה המטפלים מדווחים כי הם לא חשים מספיק מיומנים בטיפול, כיוון שלא קיבלו הכשרה מספקת. מושג מרכזי הקושר תחושת מיומנות זו עם תוצאות בריאותיות הוא מסוגלות עצמית (self-efficacy) בטיפול, המוגדרת כאמונה של המטפל ביכולתו להתמודד עם גורמי המתח והאתגרים הכרוכים במתן הטיפול (Rabinowitz, Saenz, Thompson, & Gallagher-Thompson, 2011).

בני משפחה מטפלים שלהם תחושת מסוגלות גבוהה יותר נוטים לראות את משימות הטיפול כמטלות שניתן להתמודד עימן, להתאושש מהר יותר ממכשולים ולמצוא דרכים להתמודדות, בעוד שאלו עם מסוגלות עצמית נמוכה נטו להישאר עם חסכים ותחושות של כישלון (Bandura, 1997; Steffen, Hacker, & Mollinger, 2002) תחושות אלו מכבידות על העומס הטיפולי.

נוסף להשלכות של תחושת העומס והדחק וההשלכות הבריאותיות על בני המשפחה המטפלים, יש גם השלכות תעסוקתיות/כלכליות. בני משפחה מטפלים משלמים מחיר כלכלי על הטיפול שהם מעניקים ליקירם. ניסיונות לאמוד את המחיר הכלכלי הם מורכבים. ההערכה, למשל בארצות הברית, היא שבני משפחה מטפלים מעניקים בשנה כ-37 ביליון שעות טיפול לקרוביהם המבוגרים הסובלים ממוגבלות בפעילות היום יום. השווי הכלכלי של טיפול זה מוערך בכ-470 ביליון דולר אמריקאי (נכון לשנת 2013). התחשיב הכלכלי לעניין זה נעשה לפי הערכה של 40 מיליון בני משפחה מטפלים, שמעניקים בממוצע 18 שעות טיפול בשבוע לקרוביהם, בעלות ממוצעת של 12.51 דולר לשעה. נוסף לכך, תחשיבים ונתונים בארצות הברית מלמדים על כך שמרבית בני המשפחה המטפלים גם מועסקים בשוק העבודה (כ-60%), וכי הם נדרשים להתמודד עם הצורך לאזן בין חובותיהם למקום עבודתם ובין הטיפול הלא פורמלי שהם מעניקים (The National Alliance for Caregiving & AARP, 2015). התמודדות זו כרוכה באובדן הכנסה, בין בשל תוספת ההוצאות הכרוכה בעצם הענקת הטיפול ובין בשל ה"מחיר" הכלכלי הכרוך באובדן שעות עבודה, ניצול חופשות, ודחייה בקידום או ביציאה להשתלמויות.

לצד כל אלו, יש לציין כי ניתן דגש גם להיבטים חיוביים הקשורים לתמיכה בבני משפחה, כגון תחושותיהם של המטפלים שהם מיטיבים עם בני משפחתם, שהם נחוצים להם ושהטיפול מעניק לחייהם פן נוסף (Franklin, 1992; Montgomery et al., 2007).

תפקידו של בן המשפחה כמתאם וכמתווך בין שירותי הבריאות והרווחה השונים וההשלכות שיש לתפקיד זה על העומס המוטל עליו לא נחקרו מספיק. בוקמן והרינגטון (Bookman & Harrington, 2007) מדייקים את הגדרת עבודת בני המשפחה המטפלים ומכנים אותם "עובדי צללים". בתוך מערכת שירותים שאינה מתואמת, מפוצלת, בירוקרטית ולעיתים לא מותאמת אישית, בני המשפחה מבצעים שורת תפקידים, לרבות תיאום טיפול גריאטרי, תיעוד הליכי טיפול רפואי וסנגור ומיצוי זכויות של הזקן, וכל זאת ללא הכשרה מתאימה והשכלה רלוונטית.

לסיכום, בסקירה סיסטמית (McCabe, You, & Tatangelo, 2016), נמצא כי בניתוח הנושאים המטרידים בני משפחה מטפלים כלולים שני נושאים עיקריים: הצרכים שלהם כמנהלי הטיפול בזקן (כגון צרכי מידע וידע, ניהול הטיפול האישי, טיפול פורמלי), והצרכים האישיים שלהם (צרכים פיזיים, פסיכולוגיים ובריאותיים והצורך לנהל את החיים שלהם עצמם).

תפיסת 'המשפחה במרכז'

בהתאם לכך, בשנים האחרונות מתפתחת תפיסה טיפולית ששמה את המשפחה במרכז (family centered care), ומטרתה לתת מענה בו-זמני הן לצורכי הזקן והן לצורכי בן המשפחה המטפל בו. התפיסה רואה בזקן ובתומך שותפים לניהול הטיפול ולקבלת ההחלטות, בתכנון, הספקה והערכה של שירותים (Johnson, Ford, & Abraham, 2010; Wolf & Jacobs, 2015; Coulter & Ellins, 2007; Johnson, Abraham, & Shelton, 2009).

גישת המערכת המשפחתית (Family System Theory) היא חלק מתאוריית המערכות הכללית (General System Theory) הטוענת כי צריך להבין מערכת כדבר שלם, ולא ניתן להבניה באמצעות בחינת חלקיה במנותק זה מזה (Whitchurch & Constantine, 1993). על פי גישה זו, המשפחה היא מערכת אחת שבה השלם גדול מסך חלקיו, והסיביות מעגלית (Bowen, 1978; McGoldrick & Carter, 1980; Minuchin, 1974; Whitchurch & Constantine, 1993; Blieszner & Bedford, 1995; Rossi, 1990; Walsh, 1993). גם האחר חייב לזוז בהתאמה (Rossi, 1990; Walsh, 1993). התנהגותו של כל אחד מבני המשפחה משפיעה על המערכת כולה. התרחשויות אלו מוגדרות באמצעות המונח 'טרנסאקציות', המתייחס לדפוסים החוזרים על עצמם של האינטראקציות השונות בין בני המשפחה, ויוצרים את האופי הייחודי של כל משפחה. לדפוסים אלה יש חוקים לא פורמליים בתחום התקשורת, האינטימיות והגדרת התפקידים במשפחה, וכן הם כללים את ההיסטוריה, את המיתוסים המשפחתיים ואת המטרות, היעדים ומערכת הערכים של המשפחה (Whitchurch & Constantine, 1993). על פי גישת המערכת המשפחתית, לא רק שיש להתייחס לצורכי בן המשפחה המטפל נוסף לצורכי הזקן, אלא שיש להסתכל על הצרכים שלהם כיחידה טיפולית אחת.

בשנים האחרונות החלו להתפתח בישראל תוכניות אשר אוכלוסיית המטרה שלהן היא בני המשפחה המטפלים. לפני כשני עשורים החלו להתפתח שירותים לבני משפחה המטפלים בילדים/ צעירים עם מוגבלות במסגרת משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, ובהם תוכנית בית לורן (מרכזי ייעוץ ותמיכה לבני משפחה של ילדים ובוגרים שאובחנו על רצף האוטיזם) ומרכזים למשפחות לילדים עם מוגבלות. לפני כעשור החלו להתפתח תוכניות לבני משפחה מטפלים בזקנים. רוב התוכניות מתמקדות במתן סיוע רגשי לבן המשפחה בתפקידו, למשל: קבוצות התמיכה של קרן הסיעוד של המוסד לביטוח לאומי; קבוצות התמיכה של

עמותת 'עמדא' ופרויקט 'ליטוף' אשר מספק ליווי אישי; פרויקט 'יד לתומך' של יד שרה בשיתוף ג'וינט ישראל-אשל; התארגנויות מקומיות בתוך קופת החולים של קבוצות תמיכה לבני משפחה מטפלים; וקבוצות משותפות לחולים במחלות כמו סרטן ושבץ מוחי ולבני משפחותיהם. מרכזי המידע של רעות-אשל ואתר 'משפחה מטפלת' אמנם נותנים לבן המשפחה מידע על זכויות ושירותים קיימים, אך פעמים רבות הפנייה אליהם היא בנוגע לשאלה ספציפית והקשר עם מרכז המידע הוא חד-פעמי. תוכנית משותפת למרכז ציפורה פריד של עמותת עזר מציון ולג'וינט ישראל-אשל מסייעת לבני המשפחה בבניית תוכנית לתיאום טיפול, אך היא מתמקדת בסיוע לתומכים בזקנים הלוקים בדמנציה (ראו קישורים לאתרי התוכניות ברשימת המקורות).

לאור הצרכים שהוזכרו לעיל וברוח תפיסה חדשנית זו, פיתחה ג'וינט ישראל-אשל בשיתוף הקרן למפעלים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי, משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים ורשויות מקומיות בבת ים ובבני ברק את תוכנית שקד, אשר מטרתה לתת מענה כולל לבני משפחה מטפלים, במסגרת הרשות. במסגרת התוכנית נפתחו שני מרכזים עירוניים שמטרתם לזהות את צורכי בן המשפחה המטפל, הן כמתאם הטיפול בזקן והן עבור עצמו, לבנות תוכנית טיפול ראשונית שתפנה אותו לשירותים שונים בקהילה ולעקוב באופן יזום אחר מימושה. המרכזים אמורים לספק מענים דיפרנציאליים למטפלים עיקריים - ליווי פרטני, ייעוץ ומתן מידע, קבוצות לתמיכה רגשית, סדנאות להקניית מיומנויות, הפגה מן הטיפול והסברה קהילתית. זאת כדי לתת שירות מיטבי לבני המשפחה ולזקנים. מטרה נוספת של המרכזים היא לבנות שיתופי פעולה עירוניים ולהעלות את המודעות של אנשי המקצוע בשירותים העירוניים לצרכים של בני המשפחה.

שתי המטרות העיקריות של המרכזים הן:

1. לאפשר קבלת מענה בכתובת אחת מתכללת, המספקת מידע, מסייעת במיצוי זכויות מפנה ומתווכת לגורמים בקהילה ומקיימת מעקב אחר השירות (ניהול טיפול).

2. לספק תמיכה מתמשכת לבני המשפחה לאורך תקופת הטיפול, בקהילתם, ולאפשר הפוגות מן הטיפול.

המרכזים העירוניים הוקמו בבת ים ובבני ברק בשני מודלים שונים. בבת ים הופעל מרכז בצמוד למחלקת הרווחה העירונית, ובבני ברק - בצמוד למרכז היום שמופעל על ידי העמותה המקומית למען הזקן². לכל מרכז רכזת מקצועית (עו"ס) ורכזת אדמיניסטרטיבית. המרכז אמור היה להיות מופעל בעיקר על ידי מתנדבים. רכזת מקצועית ליוותה את שני המרכזים. כמו כן, הוקמו שתי ועדות ביצוע עירונית שבהן ישבו מנהלת מחלקת הרווחה ו/או מנהלת השירות לאזרח הוותיק, מנהל העמותה המקומית למען הזקן³, הרכזת המקצועית של התוכנית והרכזת הארצית. נוסף לכך הוקמה ועדת היגוי ארצית לתוכנית, המורכבת מנציגי הקרן למפעלים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי ומנציגים ממשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים ומג'וינט ישראל-אשל.

עבור התוכנית פותח מודל רב-שלבי המתאר את שלבי ההתפתחות ובניית התפקיד שעובר המטפל העיקרי, לצד השלבים בהידרדרות מצבו של הזקן (לוח 1). המודל כולל חמישה שלבים. כל שלב במסלול מתאר את מצב הזקן ואת המצב המקביל שבו נמצא בן המשפחה. כל שלב מסתיים ב"צומת" מובחנת שהיא בבחינת המעבר לשלב הבא.

2 האגודה למען הזקן, בני ברק

3 בבת ים נקראת העמותה למען הזקן: האגודה לאזרח הוותיק בבת ים

לוח 1: שלבי ההתפתחות של תפקיד המטפל העיקרי, נוכח מצבו של הזקן

מצב הזקן	מצב בן המשפחה
התחלה של הידרדרות במצב קוגניטיבי אצל הזקן	בן המשפחה מתחיל את הטיפול בו, ויש לו דאגה הולכת וגוברת לשלמו
שלב משברי/החמרה במצב (משמעותית)	יש ירידה בריאותית-תפקודית אצל הזקן (למשל דאגה למטפלת)
שגרת טיפול	בן המשפחה עסוק בריבוי של משימות הטיפול כחלק משגרת החיים
שלב סופי וקשה של המחלה/המצב	הזקן נמצא בשלב קשה שבו אין תקווה גדולה לשיפור, והוא סובל מסימני מחלה רבים
לאחר פטירת הזקן	תחושת אבל של בן המשפחה המטפל

תמונת מערך הצרכים של המטפל העיקרי שונה משלב לשלב, ובהתאם לכך המענים הנדרשים וסוגיהם, כאשר מושם דגש על זיהוי צרכים גלויים וסמויים.

במודל גובשו ארבעה עקרונות פעולה:

1. פרואקטיביות: דפוס יוזם מול בן המשפחה המטפל (לעומת דפוס מגיב)
 2. רציפות והמשכיות השירות (לעומת מתן שרות נקודתי): תמיכה לאורך כל שלבי התפקיד של המטפל העיקרי
 3. ניהול המידע ומעקב אחר הייעוץ הניתן למטפלים
 4. תפיסה אינטגרטיבית המתבססת על יצירת ממשקים יעילים בין הגורמים המטפלים בעיר
- כאמור, אחת ממטרות המרכז העירוני היא לזהות את הצרכים של בן המשפחה המטפל ושל הזקן, ולהפנותם לשירותים מתאימים. עם זאת, על אף שנעשו בישראל בשנים האחרונות כמה מחקרים אשר תיקפו כלי מחקר שונים בנושא לעברית (Ayalon & Iecovich, 2012; Bachner & O'rourke, 2007; Bachner & Ayalon, 2010) ובחנו שיטות חקירה שונות (Covinsky, 2009) לא קיים כלי לאבחון כולל של צורכי התומך, הבוחן הן את צרכיו כמנהל הטיפול בזקן והן את צרכיו האישיים בעקבות הטיפול (כמו עומס).

ג'וינט ישראל-אשל, בשיתוף משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים והקרן למפעלים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי, פנו למכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לערוך מחקר הערכה מעצב ולסייע הן בפיתוח הכלי והן בהערכת המודל של התוכנית ומימוש מטרותיה.

2. מטרות המחקר

למחקר היו שתי מטרות-על. הראשונה היא הערכה שמטרתה לסייע לעצב כלים לתוכנית ולתת מידע תוך כדי פעולה שיעזור לשפר את הפעילות במרכזים. המטרה השנייה ממוקדת בתרומה הנתפסת של התוכנית ובשביעות הרצון של הפונים ממנה.

1. הערכה מעצבת - לבנות כלי לעבודת המרכז (שאלון אינטייק), לאפיין את אוכלוסיית היעד, לבחון היבטים ארגוניים בהפעלת התוכנית ולעצב מדדים של הערכה שוטפת.
2. הערכה מסכמת - לבחון את שביעות הרצון ואת התרומה הנתפסת עבור בני המשפחה והזקנים ועבור מערכת השירותים החברתיים בעיר.

הערכה מעצבת

במסגרת ההערכה המעצבת, צוות המחקר היה מעורב בעיצוב התוכנית מראשיתה. המטרות העיקריות הכלולות בחלק זה היו:

1. לפתח כלי לעבודת המרכזים אשר יסייע למפעילי התוכנית לממש הלכה למעשה את המודל הקונספטואלי שלה, ובראש ובראשונה את התפיסה של התייחסות לזקן ולבן משפחתו כיחידה טיפולית אחת. הכלי יתייחס לרמת הפרט ויכלול שלושה רכיבים עיקריים:
 - הערכת צרכים של המטפל העיקרי ושל הזקן שהוא מטפל בו
 - בניית תוכנית טיפול ראשונית
 - מעקב פרו-אקטיבי אחר ביצוע תוכנית הטיפול
2. לבחון היבטים ארגוניים בהפעלת התוכנית, כגון מי הם הגורמים המפנים למרכזים, מהי מידת התיאום בין הארגונים, מה היו האתגרים ביצירת שיתופי הפעולה וכיצד ניתן לשפרם.
3. לאפיין את אוכלוסיית היעד של התוכנית: מאפייני התומכים הפונים למרכזים, ובכלל זה מאפיינים סוציו-דמוגרפיים שלהם (גיל, מין, מצב משפחתי וכד') ושל הזקנים שהם מטפלים בהם (גיל, מין, מצב משפחתי, מצב תפקודי וכד'), שירותים שהם מקבלים כיום (כגון גמלת סיעוד), והימצאות במצבי משבר ומעבר ותכיפותם (כגון אשפוז בבית חולים, הידרדרות במצב התפקודי וכד'). כמו כן לבחון את הקשרים בין התומך לזקן, וקבלת סיוע ממקורות אחרים. המטרה היא בתום המחקר לסייע בקביעת פרופיל אוכלוסיית היעד של התוכנית.
4. לסייע בעיצוב מדדים להערכה מתמשכת ושוטפת של הפעילות במרכזים, שיסייעו למפעילי התוכנית ללמוד על עבודתם.

הערכה מסכמת: בחינת תוצאות התוכנית

1. לבחון את שביעות הרצון ואת התרומה הנתפסת של השירות הניתן במרכזים עבור בני המשפחה והזקנים, ובכלל זה לבדוק את המידע שקיבלו, צריכת השירותים, מתן מענה וקיומה של כתובת אחת מתמשכת להתייעצות ולפתרון בעיות (נוכחיות ועתידיות). המחקר אף נועד לבחון את הפחתת העומס על בן המשפחה ואת תפיסת המסוגלות העצמית שלו בנוגע לטיפול (תפיסת היכולת להתמודד עם הטיפול).

2. לבחון את שביעות הרצון ואת התרומה הנתפסת של השירות עבור המרקם העירוני בכלל, ובפרט על שירותי הרווחה המקומיים. אילו שיתופי פעולה, קשרים ושותפויות עירוניות נוצרו בין גופים שונים (קופות החולים, רווחה, עמותות וכד'), האם התפיסה שלהם את בני המשפחה כאוכלוסיית יעד השתנתה, והאם המרכז העירוני נתפס ככתובת שניתן להפנות אליה בני משפחה ולהתייעץ עימה בנושא.

3. שיטת המחקר

פיתוח כלי להערכת צרכים ובניית תוכנית טיפול

- סקירת מאגרי מידע מקצועיים וחיפוש רחב ברשת האינטרנט לאיתור כלים בנושא, בעיקר בארצות הברית, בקנדה ובבריטניה. נבחנו הן כלים שנסקרו במאמרים מדעיים והן כלים ששימשו תוכניות דומות בעולם.
 - ליווי של ועדת מומחים לפיתוח הכלי. תפקיד הוועדה הוא לייעץ בבניית הכלי, להעריך את יעילותו, את מידת הדיוק שלו ואת התאמתו לאוכלוסיית היעד. הוועדה אף מסייעת לחדד את הציפיות מן הכלי, דהיינו לבחון מה ניתן לצפות ממנו ומנגד לבחון את מגבלותיו.
 - קבלת משוב על השימוש בכלי, מאנשי מקצוע בשירותים שונים ומן הצוות המקצועי במרכז.
- הכלי פותח בשיתוף צוות התוכנית וצוות מערכות המחשוב של ג'וינט ישראל-אשל.

ניתוח של מאפייני הפונים

ניתוח של מאפייני הפונים נעשה שלוש פעמים לאורך התוכנית. בפעם הראשונה, באוגוסט 2016 (כשנה לאחר תחילת הפעלת התוכנית), עת היו רשומים בתוכנית 319 איש; בפעם השנייה, באוגוסט 2017 (כשנתיים לאחר תחילת הפעלתה), עת היו רשומים בתוכנית 783 איש; ובפעם השלישית, במאי 2018 (כשלוש שנים לאחר תחילת הפעלתה), עת היו רשומים בתוכנית 985 איש.

תרומת התוכנית לבני המשפחה המטפלים ושביעות רצונם ממנה

נערך ריאיון טלפוני מובנה עם 211 בני משפחה שהשתתפו בתוכנית כשנה לאחר פתיחת המרכזים. הריאיון התמקד בשביעות הרצון שלהם מן הפעילות במרכזים ובתרומתה הנתפסת של התוכנית. הממצאים אפשרו להבחין בין אוכלוסיות שונות שהשתתפו בתוכנית ולשפר אותה לקראת המשך הפעלתה. שביעות הרצון נבחנה בשלב מוקדם יחסית כדי לתת משוב למפעילים ולגורמים המתכננים לשפר את השירות תוך כדי פעולה.

נכון לחודש אוגוסט 2016 היו רשומים במרכזי שקד 319 בני משפחה מטפלים. מהם, 153 הוגדרו על ידי צוות המרכז ככאלו שהיה עימם רק קשר קצר, כלומר שרק התקיימה עימם שיחת טלפון ראשונית שבה הם התייעצו על שאלה ספציפיות ו/או נלקחו מהם פרטים ראשוניים, או שהם השתתפו בערב הסברה. עם 166 בני משפחה התקיים קשר מתמשך, כלומר נערך עימם אינטייק מלא ו/או הם השתתפו בפעילות כמו קבוצת תמיכה או סדנה (ראו פירוט בהמשך הדוח).

מקרב כלל מקבלי השירות במרכזי שקד רואיינו 211 בני משפחה (66%), 109 בריאיון קצר ו-102 בריאיון ארוך (תרשים 1). 108 מקבלי שירות לא רואיינו (34% מכלל הפונים) מן הסיבות האלה: בן המשפחה אמר שלא נוצר קשר משמעותי עם המרכז (14%), אין מענה / מספר לא תקין (7%), סירוב (8%) ובעיה אחרת (5%).

תרשים 1: שיעור המרואיינים מסך מקבלי השירות במרכזים (במספרים ובאחוזים)

קשר קצר 153	קשר ארוך 166
סך הכול 319	
לא רואיין 108 (34%)	רואיין 211 (66%)

ריאיון קצר 109 (71%)
ריאיון ארוך 102 (61%)

לא נוצר קשר משמעותי 43 (14%)
אין מענה / מס' לא תקין 21 (7%)
סירוב 27 (8%)
בעיה אחרת 17 (5%)

ניתוח הנתונים

החלק העיקרי של פרק הממצאים מציג התפלגויות של המשתנים שנבדקו ומשווה בין שנות הפעילות של התוכנית, כדי לעמוד על השינויים שהתרחשו לאורך זמן. השוואת ההתפלגויות ובדיקת הקשרים בין המשתנים הנומינליים והאורדינליים נעשתה באמצעות המבחן הסטטיסטי חי בריבוע. כאשר נמצא הבדל מובהק ברמת מובהקות של 5% הוא מצוין בכוכבית.

הערכה ארגונית

- כדי לבחון את שיתופי הפעולה העירוניים ואת האתגרים הטמונים בהם, נערכו ראיונות עומק עם 17 אנשי מקצוע בשתי הערים: מנהלת מחלקת הרווחה העירונית, מנהלות השירות לזקן (2); עובדות סוציאליות במחלקת הרווחה (4); מנהלי העמותה לזקן (2); מנהלת מרכז היום (1); מנהלות עמותה עירונית הפועלת בשתי הערים - בני ברק ובת ים (2); ייעוץ לאזרח הוותיק ולמשפחתו וסניף המוסד לביטוח לאומי (4); עובדת סוציאלית בבית אבות עירוני. הראיונות נערכו כעשרה חודשים מתחילת הפעלת התוכנית.
- קבוצת מיקוד עם המתנדבים בבני ברק, בהשתתפות חמש מתנדבות.
- השתתפות בשתי ועדות עירוניות (אחת בכל עיר).
- נערכו כמה מפגשים עם הצוותים בשתי הערים שמטרתם ללמוד על הנעשה בשטח ולתת היזון חוזר על ממצאי המחקר כחלק מן ההערכה המעצבת. לקראת סיום התוכנית נערכה שיחת סיכום עם המנהלת המקצועית של התוכנית ועם המנהלות בשתי הערים.

הראיונות נוהלו במבנה של ראיון עומק חצי-מובנה, תוך שימוש בפרוטוקול המחקר אשר היה מכוון לתיאורים עשירים ופתוחים, ומנגד היה ספציפי וממוקד, כלומר מכוון להעמקה בתיאורים ובפרשנויות של מצבים ספציפיים. הראיונות ארכו בין חצי שעה לשעתיים ונערכו בסיוע מדריך (ראיון כתוב). הראיון נפתח בשאלה רחבה: מהו מרכז שקד עבורך? ומשם עבר לנושאים ממוקדים יותר, בין היתר: תפקידי המרכז, חשיפה והיכרות עם המרכז, קשרי עבודה עם המרכז, תרומת המרכז, אתגרים בעבודת המרכז, עבודה עם המרכז, תפיסת עבודה עתידית (אוכלוסיית היעד, מיקום במרחב העירוני וכד'). הראיונות אופיינו במבנה דינמי וגמיש. כלומר, הסדר על שלפיו נבדקו הדברים היה תלוי בטיב האינטראקציה, בתגובות של המראיין ובהתפתחות הראיון. כמו כן, הוספו שאלות בהתאם להקשר ולרלוונטיות הנושא לשאלת המחקר ולמטרותיו.

נוסף לראיונות, צוות המחקר השתתף בשתי ועדות עירוניות. מטרת ההשתתפות הייתה להתרשם באופן בלתי אמצעי מהתייחסות לסוגייה של בני משפחה מטפלים על ידי אנשי המקצוע בעיר, מן הדינמיקה ביניהם, מן הסוגיות שעולות ומסוגי הפתרונות שהוצעו. כדי לשמור על אנונימיות המראיינים, דבריהם הובאו בשמות בדויים, בציון השיוך התפקידי והפרופסיונלי בלבד.

ניתוח הראיונות

- ניתוח תימטי הוא שיטה לזיהוי, ניתוח ודיווח על דפוסים (תימות) בתוך המידע האיכותני שנאסף בצורות שונות. הניתוח מסייע לארגן ולתאר את המידע בתיאור מפורט, תוך מתן פרשנות לאספקטים שונים של שאלת המחקר (Braun & Clarke, 2006). בשלב ראשון מופו נושאים (themes) בתוך הטקסט של כל אחד מן הראיונות. בשלב השני אותרו נושאים משותפים החוזרים על עצמם ונושאים ייחודיים, עד לגיבוש סופי של התימות (שקדי, 2011).

סיוע בפיתוח כלים לתיעוד הפעילויות וקבלת משוב

- תיעוד של תפוקות התוכנית (כמה אנשים הגיעו לערב הסברה, כמה השתתפו בקבוצת תמיכה וכד').
 - העברת טופסי משוב בסדנאות ובערבי ההסברה לצורך בדיקת שביעות הרצון והתרומה הנתפסת מן הפעילויות השונות.
- מפעילי התוכנית הם שתיעדו את הפעילויות. צוות המחקר סייע בבנייה ובפיתוח של כלי התיעוד ובניתוח טופסי המשוב (לא יינתן על כך פירוט נוסף בדוח; בנספח ב' ראו דוגמה לטופס משוב של ערב הסברה בבת ים).
- ממצאי המחקר הוצגו כמה פעמים בפני פורומים שונים ובהם צוותי המרכזים, ועדת הביצוע של התוכנית וועדת ההיגוי של התוכנית (שכללה נציגות משתי הערים). זאת במטרה לתת היזון חוזר ולדייק את התוכנית במסגרת ההערכה המעצבת. לקראת ההחלטה על ההטעמה של מרכזים דומים במחלקות הרווחה העירונית, הוצגו ממצאי המחקר בפני נציגי משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים.
- המחקר נעשה בשנים 2015-2018, והוא ליווה את תוכנית שקד החל משלב התכנון ובניית הכלים ובמשך שלוש שנות הפעלה. הניסיון שנצבר בהפעלת תוכנית שקד וממצאי מחקר העיצוב וההערכה, שימשו בסיס לפיתוח של תוכנית ארצית להטמעת הנושא של בני משפחה מטפלים במחלקות הרווחה ברשויות מקומיות. התוכנית, בהובלת משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, הקרן למפעלים מיוחדים של המוסד לביטוח לאומי וג'וינט-אשל, נמצאת כיום בשלבים ראשונים של הטמעה ב-30 רשויות מקומיות.

אתיקה

לקראת הראיונות עם בני המשפחה המטפלים שקיבלו סיוע במרכזים פנו אליהם הצוותים במכתב (במרכז בבת ים) או אישית בטלפון (בבני ברק) בהסבר על מחקר ההערכה ובבקשה להתראיין. נאמר להם כי הם רשאים לסרב, ובכל מקרה הטיפול בהם לא ייפגע בשום צורה. בני המשפחה שלא היו מעוניינים להתראיין הודיעו לצוות המרכז, ושםם ופרטי ההתקשרות עימם לא הועברו לצוות המחקר. נוסף לכך, בתחילת הראיון קיבלו המרואיינים הסבר על מטרת המחקר, על זכותם לא לענות על שאלות ולהפסיק את הראיון בכל עת.

לאנשי המקצוע הוסברה מטרת המחקר, והובטח כי דבריהם יוצגו אנונימית. אם הם ביקשו כי חלקים מסוימים בראיון לא יוקלטו, בקשתם כובדה.

4. תוצרי המחקר וממצאיו

4.1 פיתוח כלי האינטייק להערכת צרכים ובניית תוכנית הטיפול

חלק חשוב מבניית מרכזי שקד היה לפתח כלי אינטייק שבעזרתו העובד במרכז ילמד להכיר את בן המשפחה המטפל, את המציאות שהוא מתמודד עימה ואת צרכיו השונים, כדי שיוכל לתפור עבורו תוכנית טיפול מתאימה ולתת לו את המענה המתאים ביותר.

עיצוב תהליך האינטייק למרכזי שקד החל בסקירה של מרכזים דומים בארץ וברחבי העולם ובבחינת כלי האינטייק המשמשים אותם. נסקרו כלים שבהם משתמשים בקנדה (C.A.R.E) ובארצות הברית (California assessment tool, Texas Caregiver Assessment). כמו כן נסקרו כלים שבהם השתמשו בישראל במרכזים הנותנים שירותים לבני משפחה מטפלים, כמו יד לתומך (יד שרה), מרכז ציפורה פריד (עזר מציון) ומרכז המידע לבני משפחה של רעות-אשל. נוסף לכך נסקרו כלי הערכה לתומכים שלא משמשים מרכז ספציפי אלא מיועדים לאנשי מקצוע בתחום, כגון: Adult Carer Quality of Life Questionnaire, ו-Caregiver Self-Assessment.

עיקרון מנחה בבניית כלי האינטייק במרכז שקד נגזר מן השיקול ולפיו תהליך האינטייק היה אמור להתבצע על ידי מתנדבים שאינם בהכרח אנשי מקצוע, ולכן היה רצוי שהוא יהיה מובנה ויסייע להם להבין מה אפשר להציע לפונה. מטרת הכלי הייתה להבין ולתאר את מצבו של בן המשפחה ואת מצב הזקן, לרבות השירותים שהוא מקבל היום, ולהציע דרכי פעולה או תוכנית טיפול ראשונית. הכלי מורכב ברובו משאלות סגורות ונוגע בקצרה בזוויות רבות של הנושא. הכלי מצורף בנספח א'. תרשים 2 מציג את הנושאים המרכזיים בכלי האינטייק.

תרשים 2: נושאים מרכזיים בכלי האינטייק

פרטי התומך	השפעת התמיכה
פרטים אישיים: שם, מגדר, גיל וכו' מגורים ביחס לזקן	השפעות שליליות: עומס, בעיות בריאות וכו' השפעות חיוביות: תחושת ערך, סיפוק וכו'
פרטי הזקן והשירותים שמקבל	קשרים
פרטים אישיים: שם, מגדר, גיל וכו' בריאות ותפקוד: ADL, IADL, דמנציה שירותים שהזקן מקבל: חוק סיעוד, מטפלת, מרכז יום, קהילה תומכת וכו'	יחסים: עם המטופל, עם בני המשפחה, בדידות וכו' מעגלי תמיכה רחבים יותר
התמיכה הניתנת	עזרה משפחתית: תומכים נוספים, מחליף ריבוי תפקידים: ילדים, עבודה, תמיכה באנשים נוספים
סוג התמיכה: פיזית, השגחה, תיווך/תיאום וכו' היקף התמיכה: משך ואינטנסיביות	בניית תוכנית טיפול עזרה מבוקשת: ידע, שירותים, מיומנויות טיפול תוכנית טיפול: סיכום, הפניות

כדי לבחון את הכלי, לוודא שהוא עונה על השאלות המרכזיות הנוגעות לתחום (לתקף אותו), ולשפר אותו, נעשו כמה שלבים של בדיקה ותיקון:

1. בחינה ראשונית (פרי-טסט) על ידי אנשי מקצוע, שניסו אותו בשיחה עם בני משפחה מטפלים, ובהתאם להערותיהם הוא תוקן.
2. כינוס ועדת מומחים בנושא, שנתנה משוב על הכלי.
3. שימוש ראשוני בכלי על ידי צוותי המרכזים (המשוב העיקרי שהתקבל מן הצוותים הוא הקושי שלהם לאזן בין שיחה 'זורמת' יחסית שהם מקיימים עם בן המשפחה המטפל ובין הכנסת הנתונים לתוך כלי סגור).
4. מחשוב הכלי בתוכנת ה-Salesforce
5. לאורך תקופת הפעלת התוכנית התקיימו כמה פגישות עם צוותי המרכזים, איש הקשר של מחשוב הכלי ב-Salesforce, אשת הקשר של מחשוב הכלי בג'וינט, הרכזת הארצית של התוכנית וצוות המחקר. מטרת הפגישות הייתה לטייב את הכלי ואת נוחות השימוש בו עבור המרכזים. לאורך הזמן, המנהלות המקצועיות הבינו יותר ויותר את חשיבות התיעוד באמצעות הכלי, ביקשו להוסיף שדות נוספים ולמדו כיצד הן יכולות להשתמש בתוכנה כדי להפיק נתונים שיסייעו להן בניהול השוטף של המרכז. למרות הקושי הראשוני במילוי הכלי הממוחשב, ניתן לומר ששלוש שנים לאחר הקמת המרכזים נעשה בו שימוש שוטף.
6. הכלי הוצג ב'פורום לבני משפחה מטפלים', שהוא הפורום של אנשי המקצוע שמובילים תוכניות לבני משפחה מטפלים. התקבל פידבק גם מחברי הפורום.
7. בהמשך לכך, בתוכניות נוספות לבני משפחה מטפלים (כמו התוכנית של CareGivers Israel ותוכנית לבנות משפחה מטפלות בשפרעם) נעשה שימוש בכלי שפותח, עם התאמות רלוונטיות. כיום ממשיך הכלי לשמש בסיס לתוכניות נוספות, כגון תוכנית "מסע" לבני משפחה מטפלים של משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים.

4.2 מאפייני הפונים למרכזי שקד: נתונים מנהליים

על פי התיעוד במערכת המידע הממוחשבת של מרכזי שקד, מחודש יולי 2015 ועד סוף חודש מאי 2018 התקבלו 985 פניות למרכז - 493 למרכז בבני ברק ו-492 למרכז בבת ים. פניות אלו נחלקות לשני סוגים: קשר קצר ('פתיחת פנייה') - פניות ראשוניות או חד-פעמיות שלא כללו תהליך אינטייק וליווי ממושך; וקשר מתמשך ('אינטייק מלא/חלקי') - פניות שטופלו ולוו בתהליך אינטייק ובמעקב (לוח 2).

לוח 2: מספר הפונים למרכזי שקד, לפי מרכז ולפי אופי הפנייה

סך הכול	בני ברק	בת ים	סך הכול
סך הכול	493	492	985
קשר קצר - פתיחת פנייה	166	285	451
קשר מתמשך - אינטייק מלא/חלקי	327	207	534

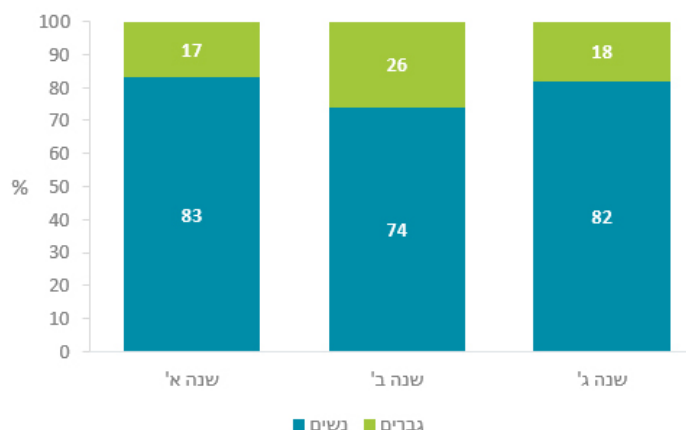
הפרטים שנאספים בתהליך הפנייה הראשונית (קשר קצר) הם בסיסיים בלבד ולא יוצגו כאן. להלן יוצגו מאפייני הרקע של הפונים שעברו תהליך אינטייק (קשר מתמשך) (N=534), זאת במטרה לאפיין את אוכלוסיית היעד העיקרית של המרכזים. נוסף לכך נערכה השוואה של מאפייני הפונים בשנה הראשונה, השנייה והשלישית. במקרים בהם נמצא הבדל מובהק באחד המאפיינים לאורך שלוש שנות הפעילות, ההבדלים יפורטו לגבי אותו מאפיין (לטבלת ההשוואה המלאה ראו נספח ג').

בחינת מספר הפונים שנערך להם אינטייק מלא לאורך השנים מעלה כי בשנה הראשונה נערכו 186 אינטייקים, בשנה השנייה חל גידול ל-235 אינטייקים חדשים ובשנה השלישית - 113 אינטייקים. כפי שיפורט בהמשך, לאחר כשנתיים מתחילת הפעלת התוכנית עלתה האפשרות כי המרכזים ייקלטו בצורה זו או אחרת במסגרת התוכנית של משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים לפיתוח נושא בני המשפחה במחלקות הרווחה העירוניות. לאור זאת, לא נעשה שיווק פרואקטיבי לתוכנית ולכן רואים קיטון במספר הפונים.

מאפייני רקע

- **מגדר.** רוב הפונים הן נשים (79%) והשאר (21%) גברים. נמצא הבדל מובהק, שלא ברור מה מקורו, בין שנות הפעילות בשיעור הנשים והגברים שפנו למרכז שקד ($P=0.036$). היחס בין מספר הפונים למספר הפונות היה דומה בשנה הראשונה והשלישית (שנה ראשונה - 83% נשים ו-17% גברים; שנה שלישית - 82% נשים ו-18% גברים), ואילו בשנה השנייה הפער בין גברים לנשים היה קטן יותר (74% נשים ו-26% גברים) (תרשים 3).
- **מצב משפחתי⁴.** רוב הפונים נשואים (82%), והשאר: 8% גרושים, 6% רווקים ו-4% אלמנים.
- **מגורים.** בכשני שלישים מן המקרים (65%) גם בן המשפחה וגם הזקן גרים בעיר שבה ניתן השירות, ו-33% מן המקרים רק אחד מהם גר בעיר (ב-21% רק הזקן, וב-12% רק בן המשפחה). ב-2% מן המקרים אף לא אחד גר בעיר שבה ניתן השירות.

תרשים 3: התפלגות מין הפונים למרכזי שקד, לפי שנת הפעילות (באחוזים)



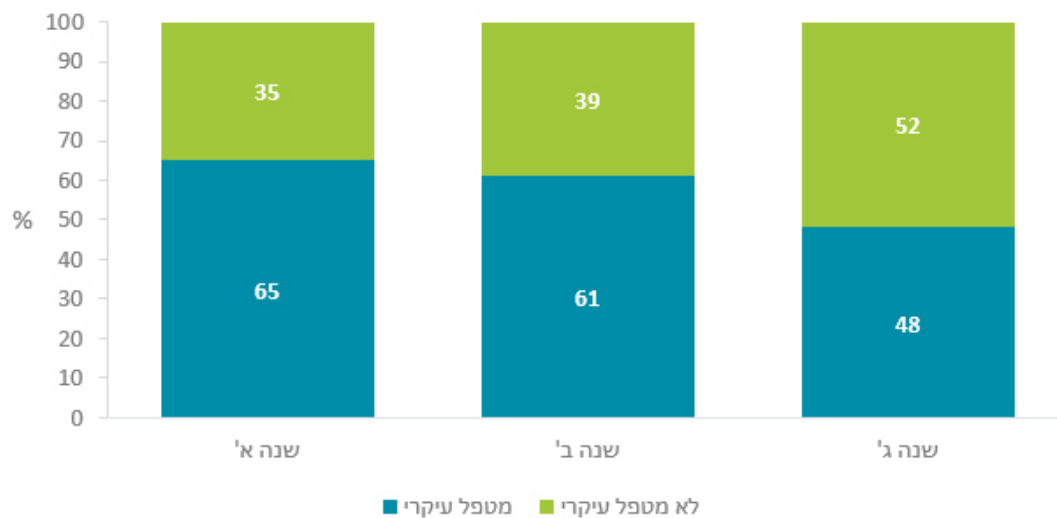
4 שיעור המידע החסר (missing) הוא גבוה יחסית במאפיין זה ועומד על 18%.

מאפייני הטיפול

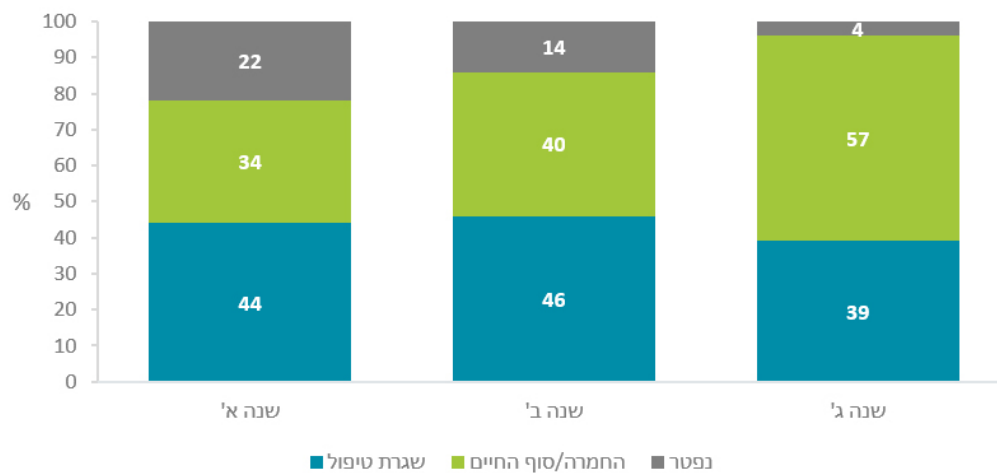
- **יחס קרבה למטופל.** רוב הפונים מטפלים בהורה (72%), השאר מטפלים בבן זוג (17%), בחם (5%) או בקרוב אחר (6%) (כגון אח או סבא). כלומר רוב המטפלים משתייכים לדור הביניים.
- **מטפל עיקרי.** 59% הם מטפלים עיקריים. נמצא הבדל מובהק בין שנות הפעילות בשיעור המטפלים העיקריים שפנו למרכז שקד ($P=0.014$); בשנה הראשונה והשנייה שיעורם היה גבוה יותר מאשר בשנה השלישית (שנה ראשונה - 65%; שנה שנייה - 61%; שנה שלישית - 48%). כלומר, ככל שעובר הזמן המרכז הגיע גם לאוכלוסיית תומכים המעניקים טיפול פחות אינטנסיבי (תרשים 4).
- **משך הטיפול.** רוב הפונים מטפלים בבן המשפחה יותר משנה (78%), 13% מטפלים בו בין חצי שנה לשנה ו-9% - עד חצי שנה, כלומר רובם מטפלים ותיקים.
- **שלב הטיפול.** אחת ממטרות המרכז הייתה לסייע לבני משפחה המטפלים טיפול מתמשך לאורך "קריירת הטיפול", ובכל שלב לתת מענה מתאים. סיווג הפנייה נעשה בעת הפנייה, לפי השלב שבו נמצא האדם. מן הנתונים עולה כי 44% מן הפונים נמצאים בשלב של שגרת טיפול, ו-41% נמצאים בשלב של הידרדרות או החמרה במצב הזקן (14% התחלת הידרדרות, 26% החמרה במצב/משבר, 1% שלב סופי של המחלה). נוסף לכך, 15% מן הפונים נמצאים כרגע לאחר פטירת הזקן. נמצא הבדל מובהק בין שנות הפעילות בשיעור המטפלים הנמצאים בשלבים השונים ($P<0.001$). חלה ירידה משמעותית לאורך השנים בשיעור הפונים שכן המשפחה שלהם נפטר (שנה א' 22%, שנה ב' 14%, שנה ג' 4%). כמו כן, חלה עלייה בשיעור הפונים הנמצאים בשלבים התחלת הידרדרות, החמרה ושלב סופי של המחלה (שנה א' 34%, שנה ב' 40%, שנה ג' 57%). כלומר לאורך השנים המרכז הצליח להגיע לאוכלוסייה של מטפלים במצבי מחלה משתנים ולא רק לאלה המצויים בשגרת טיפול (תרשים 5).
- **הקשר עם הזקן⁵.** הרוב (86%) מגדירים את הקשר עם הזקן כטוב (19%), טוב מאוד (26%), או מצוין (41%), כעשירית מגדירים את הקשר כלא כל כך טוב (8%) או בכלל לא טוב (3%), ועוד 3% אומרים שלא ניתן לתקשר עם הזקן.
- **תחושת עומס.** הרוב (71%) מדווחים על תחושה של עומס כבד מאוד (41%) או כבד (30%), 29% מדווחים על תחושה של עומס לא כל כך כבד (21%) או בכלל לא כבד (8%).

5 שיעור המידע החסר (missing) הוא גבוה יחסית במאפיין זה ועומד על 25%.

תרשים 4: התפלגות סוג המטפלים הפונים למרכזי שקד, לפי שנת הפעילות (באחוזים)



תרשים 5: התפלגות שלב הטיפול של הפונים למרכזי שקד, לפי שנת הפעילות (באחוזים)



בלוח 3 מובאת השוואה בין מאפייני הפונים למרכזי שקד לבין מאפייני בני משפחה מטפלים באוכלוסייה הכללית ובתוכניות אחרות: (1) מאפייני האוכלוסייה הכללית בישראל של בני המשפחה המטפלים, כפי שעלו מן המקורות האלה: הסקר של הלמ"ס בשנת 2006 (מקור המידע הארצי האחרון הקיים), סקרי אוכלוסייה בקרב תומכים עיקריים (שנערכו בעבר במכון ברוקדייל, בקרב תומכים במקבלי גמלת סיעוד, זקנים עם דמנציה וחולים בהוספיס בית, ראו ברודסקי ועמיתים, 2011); (2) מאפייניהם של משתתפים בתוכניות אחרות לבני משפחה מטפלים (קבוצות תמיכה של המוסד לביטוח לאומי, 'יד לתומך' של יד שרה ו'מרכז ציפורה פריד' של עזר מציון).

לוח 3: מאפייני הפונים למרכזי שקד לעומת מאפייני בני משפחה מטפלים באוכלוסייה הכללית ובתוכניות אחרות

מקור המידע	סקר חברתי, למ"ס	מטפלים עיקריים	תוכניות אחרות לבני משפחה	תוכנית שקד
מקור המידע	סקר חברתי, למ"ס	סקרי אוכלוסייה בקרב תומכים עיקריים	סקרים בקרב משתתפי התוכניות	מאפייני הפונים ממערכת המחשוב
מגדר: נשים	53%	73%-60%	80%+	79%
גיל ממוצע	45	55	66-57	59
גיל: 65+	16%	35%-32%	75%-27%	34%
יחס קרבה: בני זוג	13%	~50%-27%	53%-15%	17%
עולים שעלו משנת 1990 ואילך	16%	-	4%-0%	1%
עומס טיפולי (כבד/ כבד מאוד)	15%	~66%-33%	56% (לפני התוכנית)	71%

מניתוח הנתונים עולה כי נשים הן הלקוח העיקרי של המרכזים (79%), בדומה לתוכניות אחרות לבני משפחה מטפלים. שיעור זה גבוה יותר משיעורן בקרב האוכלוסייה הכללית של המטפלים (53%) ומשיעורן בקרב תומכים עיקריים (66%).

גם במרכזי שקד, כמו בתוכניות אחרות, לא מצליחים להגיע למי שעלו משנות ה-90 ואילך (כלומר, שיעור הפונים למרכזים נמוך משיעורם בכלל האוכלוסייה ובקרב תומכים עיקריים). בבת ים, שבה שיעור ניכר של עולים משנות ה-90, הבעיה הייתה ידועה אבל צוות המרכז לא הצליח לתת לכך מענה מספק, עד לאחרונה, עם גיוס רכזת אדמיניסטרטיבית דוברת רוסית. בבני ברק הבעיה בולטת פחות, בשל הרכב האוכלוסייה הכולל בעיקר תושבים ילידי הארץ.

מעניין לציין כי שיעור בני המשפחה המטפלים שדיווחו על עומס טיפולי רב הוא גבוה יותר בהשוואה לדיווחיהם של בני משפחה מטפלים שהשתתפו בתוכניות אחרות, ולממצא בקרב כלל אוכלוסיית בני המשפחה המטפלים או בקרב המטפלים העיקריים בלבד. מכאן שהתוכנית מצליחה להגיע לפלח אוכלוסייה של בני משפחה שהעול המוטל עליהם הוא כבד. כלומר היא מגיעה לאוכלוסיית יעד נכונה.

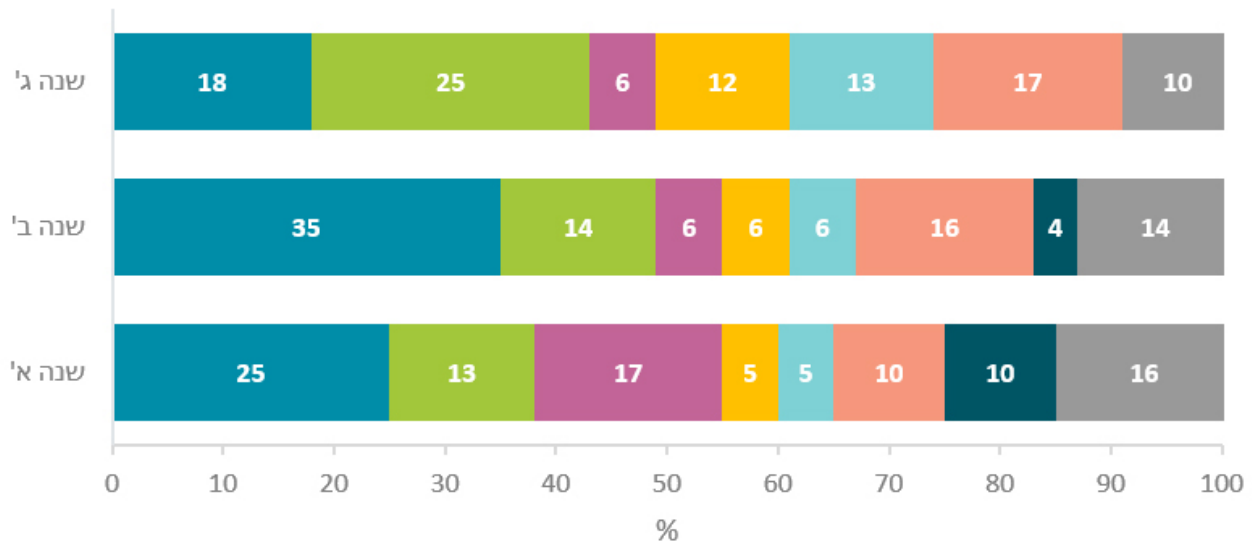
השירות שקיבלו במרכזים

28% מן הפונים פנו למרכז בעקבות פרסום, 16% שמעו עליו מחבר או מבן משפחה והשאר (56%) הגיעו דרך אנשי מקצוע: 10% ממרכז יום או מקהילה תומכת, 7% מן המוסד לביטוח לאומי, 7% מן הרווחה, 5% בעקבות השתתפות בערב הסברה, 5% בהמלצת איש מקצוע אחר, 4% מקופת חולים, 3% מעמותה, 1% מבית חולים ו-14% ציינו 'אחר'.

נמצא הבדל מובהק בין שנות הפעילות, בדרך שבה שמעו הפונים על מרכז שקד ($P < 0.001$) (תרשים 6). מן התרשים עולה כי שיעור הפונים שהגיעו בעקבות פרסום היה גבוה בשנתיים הראשונות (שנה ראשונה - 25%; שנה שנייה - 35%) ונמוך יותר בשנה השלישית (18%). מגמה הפוכה, של גידול, נמצאה בשיעור הפונים בעקבות המלצה של חבר או בן משפחה - מ-13% בשנה הראשונה ל-25% בשנה השלישית. גם שיעור הפונים בעקבות הפניה מן הרווחה, מן המוסד לביטוח לאומי ומאנשי מקצוע אחרים עלה עם השנים, ובסך הכול הופנו דרך מקורות אלה 21% בשנה הראשונה ו-42% בשנה השלישית. לעומת זאת, שיעור המופנים ממרכזי היום או מן הקהילה התומכת ירד, וכך גם שיעור המגיעים בעקבות ערב הסברה (שנה ראשונה - 10%; שנה שנייה - 4%; שנה שלישית - 0%). באופן כללי המשמעות היא שככל שעובר הזמן המרכז נעזר פחות בפרסום חיצוני, אבל יש לו יותר הכרה הן בקרב בני המשפחה המטפלים והן בקרב אנשי המקצוע.

36% מן הפניות סווגו כבקשת מידע, 32% סווגו כצורך בתמיכה, 10% מן המקרים סווגו כצורך לטיפול דחוף בזקן, עוד 7% סווגו כפנייה בנוגע למצבו הבריאותי או התפקודי של הזקן, ושיעור דומה (7%) סווגו כצורך בתיווך לשירותים בקהילה. כעשירית מן הפניות (8%) סווגו 'אחר'.

תרשים 6: שיעור הפונים למרכזי שקד, לפי מקור ההפניה ושנת הפעילות (באחוזים)



■ פרסום ■ משפחה/חבר ■ מרכז יום/קהילה תומכת ■ ביטוח לאומי ■ רווחה ■ איש מקצוע אחר ■ ערב הסברה ■ אחר

4.3 תרומת התוכנית לבני המשפחה המטפלים ושביעות רצונם ממנה: ממצאי הסקר

שביעות הרצון והתועלת הנתפסת של התוכנית נבחנה בקרב שתי אוכלוסיות; פונים (בני משפחה) שהיו בקשר קצר עם מרכזי שקד ופונים שהיו בקשר מתמשך, כפי שיפורט להלן. שביעות הרצון נבחנה בשלב מוקדם יחסית כדי לתת משוב למפעילים ולגורמים המתכננים בנוגע לשיפור השירות תוך כדי פעולה.

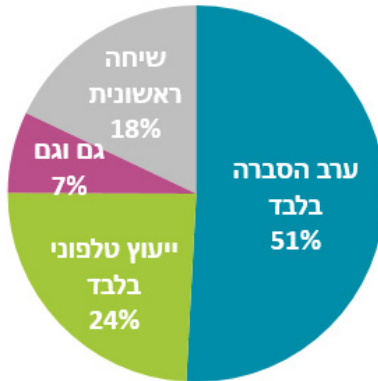
פונים שהיו בקשר קצר עם מרכזי שקד

עד אוגוסט 2016, 153 אנשים היו בקשר ראשוני קצר עם המרכז, שכלל שיחת ייעוץ חד-פעמית או השתתפות בערב הסברה. מעבר לכך, הקשר לא הוביל לאינטימיק או לטיפול ממושך. מטרת הסקר הייתה לראות את כל אותם פונים, ללמוד על הסיבה לפנייתם, לבדוק האם הם קיבלו מענה ומה היו רוצים לקבל ממרכזי שקד. מקרב קבוצה זו רואיינו 109 פונים (71%).

אוכלוסיית הסקר כללה בעיקר ילדים המטפלים בהוריהם (89%) ומעט בני זוג (11%). שיעור הנשים היה גבוה משיעור הגברים (75% נשים, 25% גברים).

מניתוח דברי המראיינים עלה כי 51% השתתפו בערב הסברה, 24% קיבלו ייעוץ טלפוני ו-7% קיבלו גם ייעוץ טלפוני וגם השתתפו בערב הסברה. 18% ציינו כי זו הייתה שיחה ראשונית (תרשים 7).

תרשים 7: סוגי הקשר הקצר עם מרכזי שקד (באחוזים)



מבין מי שהשתתפו בערב הסברה (58%), הרוב אמרו שההשתתפות העניקה להם ידע/מידע (27% - במידה רבה מאוד; 55% - במידה רבה), עידוד ותחושה שהם לא לבד (27% - במידה רבה מאוד; 57% - במידה רבה). נוסף לכך, רובם היו מעוניינים להשתתף בערב הסברה נוסף (60% - בטוח; 9% - אולי).

סיבות הפנייה של מי שהתייעצו טלפונית (32%) היו אלה: ייעוץ בשאלה ספציפית (41%), בירור בנוגע לזכויות (29%), בירור כללי (18%), תמיכה (3%) ו'אחר' (9%).

המענה שקיבלו הפונים היה אחד מאלה (תרשים 8): הפניה לגורם אחר (36%), הזמנה לפעילות של מרכז שקד (23%), קבלת מידע (23%). חלק מן הפונים הרגישו שלא קיבלו מענה כי לא יכלו לעזור להם (18%). מבין אלו שקיבלו מענה בפנייה הטלפונית (82%), הרוב עשו משהו בעקבות ההמלצה (66%). נוסף לכך, רוב הפונים דיווחו שהם נענו באדיבות (88%).

תרשים 8: המענים שקיבלו הפונים ממרכזי שקד (באחוזים)



בשאלה פתוחה התבקשו בני המשפחה לתאר מה הייתה עבורם התרומה העיקרית של הקשר הקצר עם המרכז. 24% ציינו כי הקשר הקצר שלהם עם המרכז נטע בהם את התחושה שיש להם כתובת, כלומר שנוצרה תשתית שתאפשר להם לפנות בעתיד למרכז. 38% דיווחו כי קיבלו כלים או ייעוץ. 11% ציינו תרומה בנושאים אחרים. עם זאת, 28% מן הפונים שהיו בקשר קצר עם המרכז דיווחו כי לא חשו שהקשר תרם להם.

לסיכום, מן הנתונים עולה כי ערב ההסברה נתן גם ידע ומידע וגם תחושה שבן המשפחה אינו לבד. שיחת הייעוץ הניבה הפניה לגורמים אחרים או לפעילות של מרכז שקד. 24% מן המרואיינים ציינו כי קיבלו כתובת לפנייה, שזו כאמור אחת ממטרות המרכז. עם זאת, 28% מן הפונים אמרו שהקשר הקצר עם מרכז שקד לא תרם להם.

פונים שהיו בקשר מתמשך עם מרכזי שקד

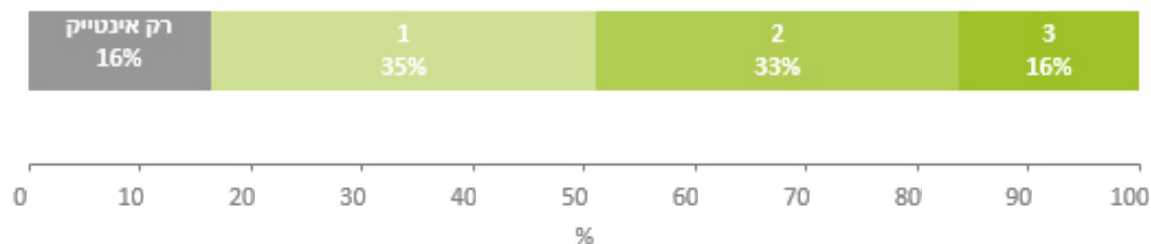
מאפייני בני המשפחה

ניתוח מאפייני בני המשפחה שהיו בקשר מתמשך עם המרכזים מאפשר להעמיק את ההבנה על אוכלוסיית היעד של התוכנית. מן הניתוח עולה כי רוב הפונים (77%) הם ילדיהם של הזקנים (להלן: דור ביניים), אולם 16% מהם גרים עם הזקן. 23% הנותרים הם בני/ בנות זוג של הזקן. רוב בני המשפחה (מקרב מי שלא גרים עם הזקן) מבקרים אותו בתדירות גבוהה (46% כל יום או כמעט כל יום, 33% פעם-פעמיים בשבוע). רובם (77%) מטפלים עיקריים או מתחלקים בטיפול עם אחרים (18%), ומחציתם מטפלים בזקן יותר משלוש שנים. רובם (69%) הגדירו את העומס הטיפולי כבד או כבד מאוד. הניתוח מחזק את העובדה כי המרכז הצליח להגיע לקהל יעד של בני משפחה שמעניקים טיפול אינטנסיבי שכרוך במאמץ רב.

הפעילויות במרכזים

המרכזים מציעים פעילויות שונות לפונים. מדיווח בני המשפחה עולה כי 57% מהם קיבלו שיחת ייעוץ אישית, 36% השתתפו בקבוצת תמיכה ו-57% השתתפו במפגש הסברה או בסדנה. כאשר סוכמים את מספר הפעילויות שבהן השתתף בן המשפחה עולה כי 16% השתתפו בשלושה סוגי פעילויות, 33% השתתפו בשני סוגים והיתר השתתפו בפעילות אחת (35%) או שדיווחו כי נערכה להם רק שיחת אינטייק (16%) (תרשים 9).

תרשים 9: מספר הפעילויות שבהן השתתפו בני המשפחה (באחוזים)



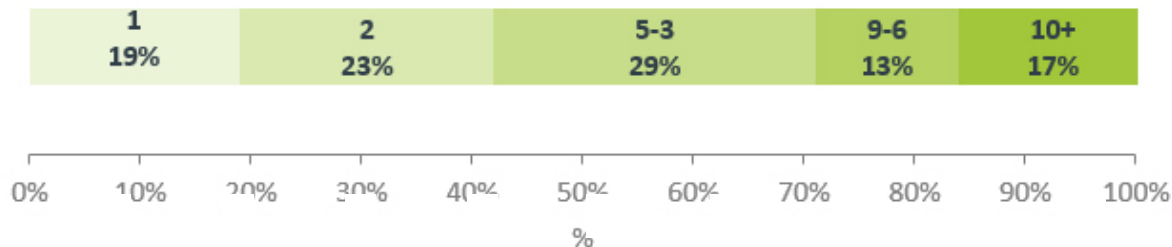
בני המשפחה שהשתתפו במפגשי הסברה או בסדנאות דיווחו כי קיבלו עידוד ותחושה שהם לא לבד (31% - במידה רבה מאוד; 42% - במידה רבה), וכן ידע ומידע (34% - במידה רבה מאוד; 31% - במידה רבה). רובם (86%) היו רוצים להשתתף במפגש הסברה בעתיד. מקרב מי שלא השתתפו במפגש הסברה, 45% אמרו שהיו בוודאות רוצים להשתתף, ו-22% ציינו שאולי היו מעוניינים בכך. הסיבות העיקריות לאי-השתתפות היו חוסר זמן (62%) וחוסר ידע (15%).

בני המשפחה אשר השתתפו בקבוצת תמיכה היו מרוצים ממנה במידה רבה מאוד (50%) ורבה (44%). מקרב מי שלא השתתפו בקבוצת התמיכה, 40% היו מעוניינים בכך, והסיבות המרכזיות שהם ציינו לאי-השתתפות היו: חוסר זמן (48%), אי-ידיעה (10%), אי-התאמה (10%), אין מי שישאר עם הזקן (5%), 'אחר' (26%).

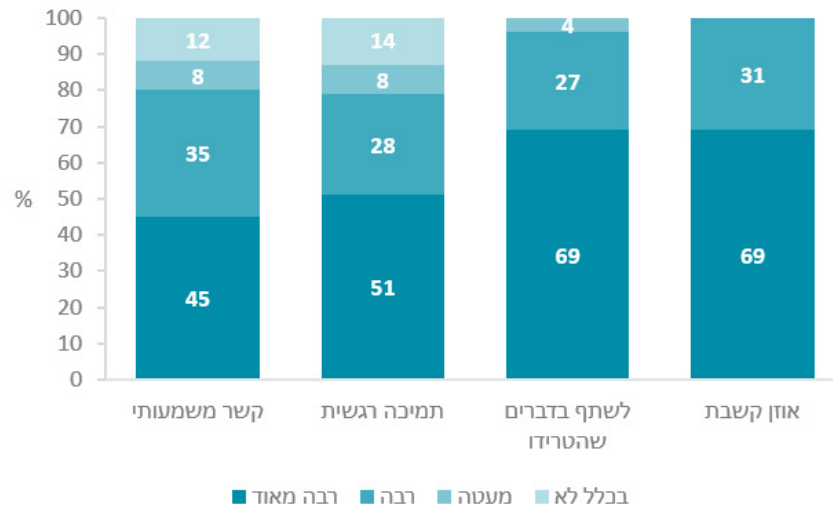
בני המשפחה אשר קיבלו שיחות ייעוץ דיווחו כי לרוב זו הייתה יותר משיחת ייעוץ אחת, ו-30% דיווחו כי קיבלו יותר ממש שיחות ייעוץ (תרשים 10). רובם דיווחו כי בשיחות הייעוץ הם זכו לאוזן קשבת, להזדמנות לשתף בדברים שהטרידו אותם, לתמיכה רגשית ולקשר משמעותי עם המרכז (כל אלה, במידה רבה או במידה רבה מאוד) (תרשים 11). 54% מבני המשפחה אשר קיבלו שיחות ייעוץ דיווחו כי ירצו בעתיד להמשיך בשיחות הייעוץ.

מן הממצאים עולה כי המרכז הצליח להיות מקור של תמיכה לאורך זמן עבור בני המשפחה המטפלים.

תרשים 10: מספר שיחות הייעוץ שקיבלו בני המשפחה (באחוזים)



תרשים 11: התרומה הנתפסת של שיחות הייעוץ, בעיניהם של בני המשפחה (באחוזים)



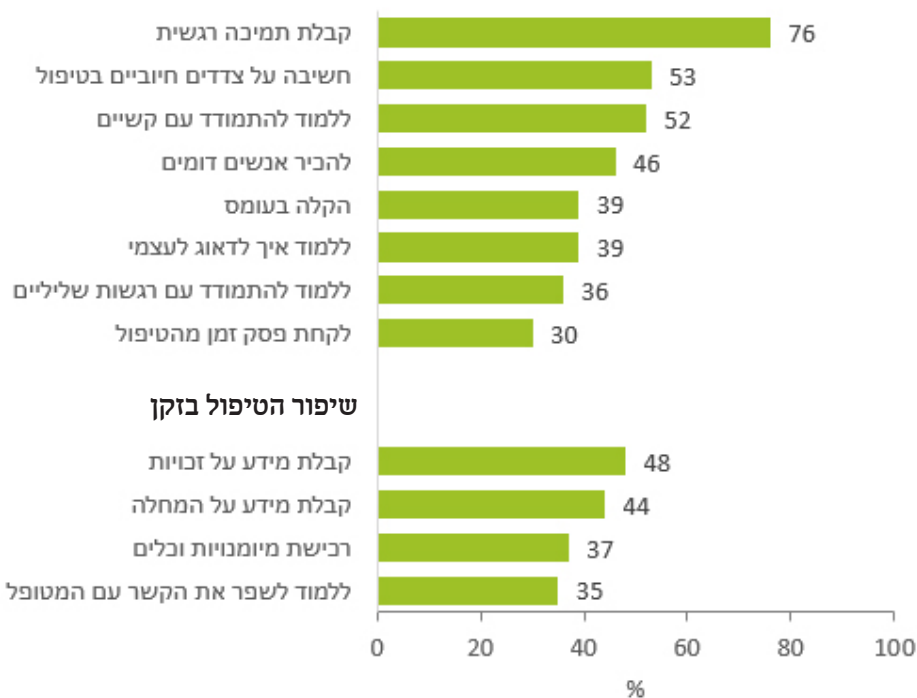
התרומה הנתפסת של המרכזים

91% מבני המשפחה שהיו בקשר מתמשך עם המרכז ציינו כי היו ממליצים לחבר או לבן משפחה במצב דומה לפנות למרכז. 74% היו מוכנים לשלם עבור השירות או לתרום למרכז.

תרשים 12 מציג היבטים שונים של תרומת המרכז לבני המשפחה. מן התרשים עולה כי בתחום של שיפור תחושת הרווחה של בן המשפחה, התרומה העיקרית שבני המשפחה דיווחו עליה היא קבלת תמיכה רגשית (76%). 53% דיווחו כי המרכז עזר להם לחשוב על צדדים חיוביים, להתמודד עם קשיים (52%) ולהכיר אנשים דומים (46%). 39% דיווחו על הקלה בעומס, על כך שלמדו לדאוג לעצמם (39%), להתמודד עם רגשות (36%) ולקחת פסק זמן מן הטיפול (30%). בתחום של שיפור הטיפול בזקן עולה כי 48% מבני המשפחה דיווחו כי קיבלו מידע על זכויות, 44% דיווחו כי קיבלו מידע על המחלה, 37% רכשו מיומנויות וכלים ו-35% למדו כיצד לשפר את הקשר עם הזקן.

תרשים 12: התרומה הנתפסת של המרכזים, בעיניהם של בני המשפחה (באחוזים)

שיפור תחושת הרווחה של בן המשפחה



כאשר בוחנים את התרומה הנתפסת של המרכזים מבחינת דור הביניים לעומת בני הזוג, עולה כי בכל המדדים, למעט היכולת ללמוד איך לדאוג לעצמי ולקחת פסק זמן מן הטיפול, דור הביניים דיווח על תרומה נתפסת גבוהה יותר (לוח 4). אשר להתמודדות עם רגשות שליליים, לא נמצאו הבדלים מובהקים.

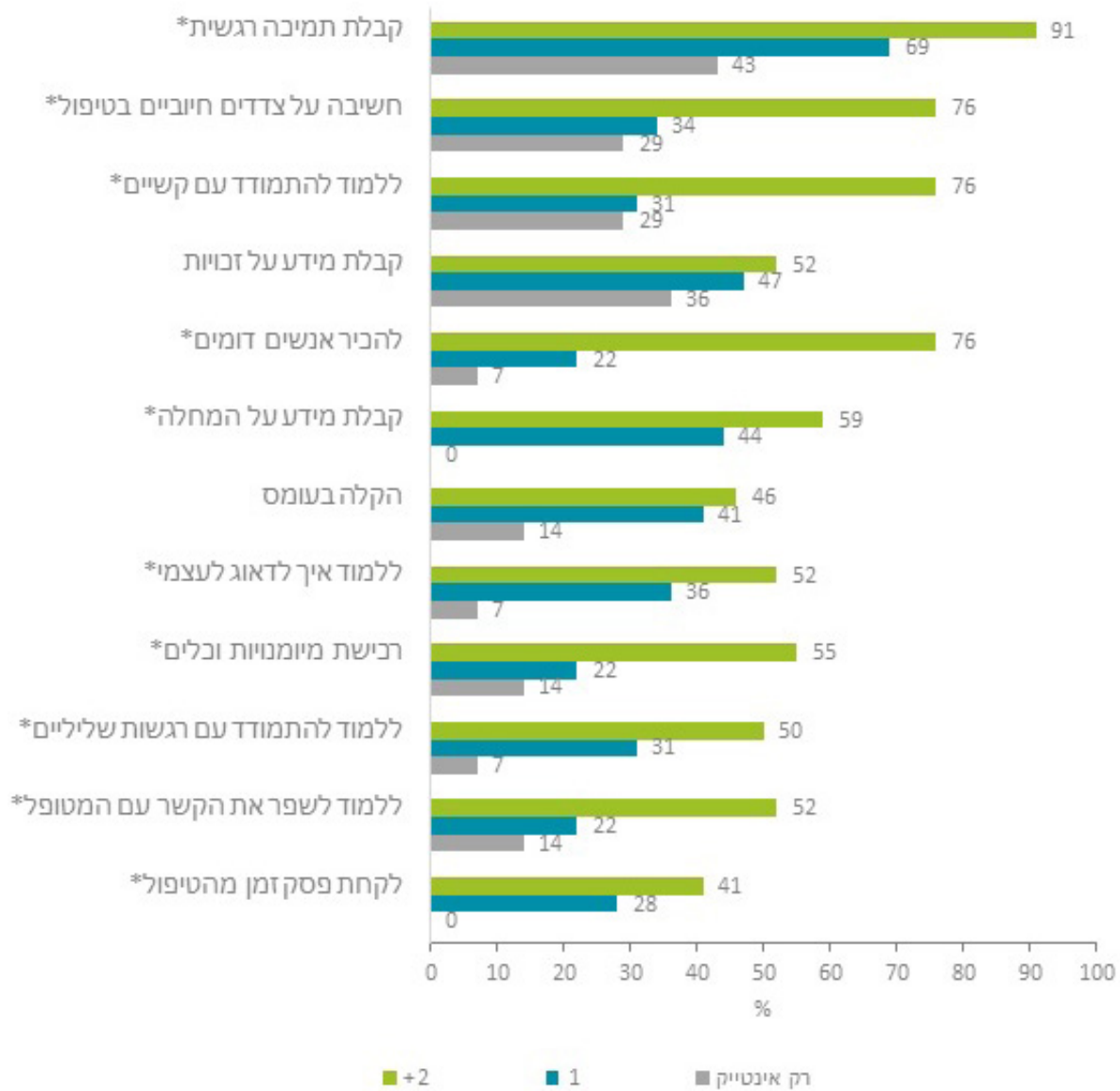
לוח 4: התרומה הנתפסת של המרכזים, לפי הקרבה לזקן (באחוזים)

דור הביניים	בני זוג
לקחת פסק זמן מן הטיפול	26
ללמוד לשפר את הקשר עם המטופל	39
ללמוד להתמודד עם רגשות שליליים*	42
לרכוש מיומנויות וכלים	39
ללמוד איך לדאוג לעצמי	37
להקל על העומס	40
לקבל מידע על המחלה	46
להכיר אנשים דומים	48
לקבל מידע על זכויות	53
ללמוד להתמודד עם קשיים	57
לחשוב על צדדים חיוביים בטיפול	58
לקבל תמיכה רגשית	77

* הבדל מובהק ($p < 0.05$)

נוסף לכך, בחינה של התרומה הנתפסת של המרכזים, לפי מספר הפעילויות שבן המשפחה השתתף בהן, מעלה הבדלים מובהקים כמעט בכל המדדים, כאשר ככל שבן המשפחה השתתף ביותר פעילויות, הוא חש נתרם יותר (תרשים 13).

תרשים 13: התרומה הנתפסת של המרכזים, לפי מספר סוגי הפעילויות שבהן השתתפו בני המשפחה (באחוזים)

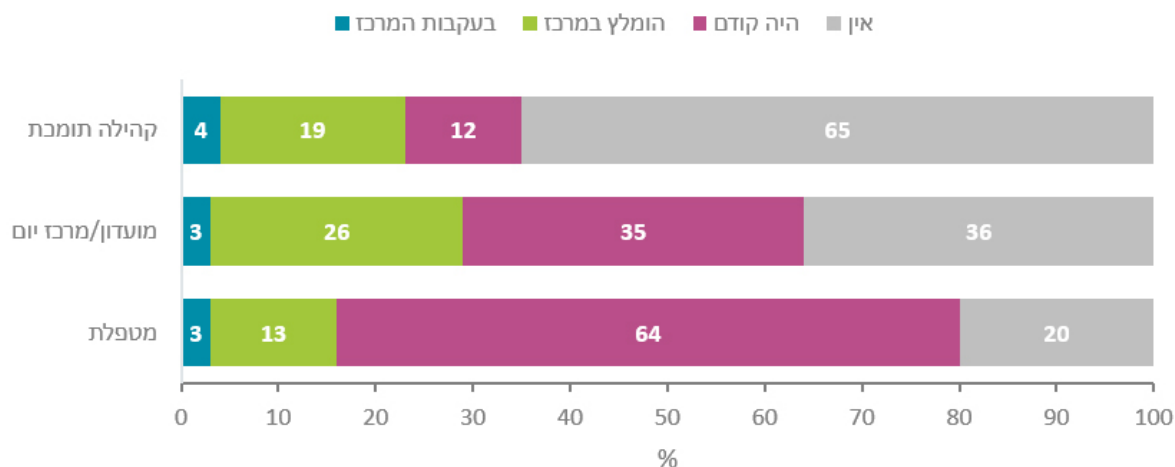


* הבדל מובהק ($p < 0.05$)

* סוגי פעילויות: שיחת ייעוץ אישית, קבוצת תמיכה, מפגש הסברה, סדנה

בחינת מידת הסיוע של המרכזים בהשגת שירותים לזקן (תרשים 14) מראה כי רק במקרים מעטים (3%-4%) הושגו שירותים ישירים לזקן, וב-13%-26% מן המקרים התקבלה המלצה על ידי המרכז (שעדיין לא מומשה). עוד ניתן ללמוד כי שיעור גבוה יחסית מן הזקנים כבר מקבלים שירותים כמו מטפלת (64%) או שהות במרכז יום (35%).

תרשים 14: סיוע בקבלת שירותים ישירים לזקן (באחוזים)



23% מבני המשפחה דיווחו כי במרכז סייעו להם בקשר עם מחלקת הרווחה, 20% דיווחו על סיוע בהפניה לעמותות אחרות ו-11% ציינו סיוע בהפניה לייעוץ גריאטרי. בהמשך לכך, 39% מבני המשפחה דיווחו כי מרכז שקד עזר להם במידה רבה או במידה רבה מאוד בקיצור תהליכים או בזירוז מכאן עולה כי המוקד של המרכזים הוא בסיוע ובמתן תמיכה ישירה לבני משפחה, ופחות בסיוע לזקן (סיוע שאף הוא עשוי בעקיפין להקל על העומס של בני המשפחה). חלק ניכר מהם כבר קיבלו שירותים קודם לכן, ובמקרים שלא, המרכז סייע בהפניה לשירותים אחרים בקהילה. רוב בני המשפחה (88%) דיווחו כי המידע שהם קיבלו במרכז היה מובן וקל ליישום.

מאפיין משמעותי בבחינת תרומת המרכזים הוא עד כמה הם הפכו כתובת עבור בני המשפחה המטפלים. זאת בייחוד לאור מטרותם לשמש משענת עבורם לאורך תקופת הטיפול, על כל שלביה. רוב בני המשפחה אמרו כי המרכז הפך כתובת עבורם (35% - במידה רבה מאוד, 37% - במידה רבה). נוסף לכך, כמעט כולם (94%) העידו כי הם מרוצים מן הקשר עם המרכז במידה רבה מאוד או במידה רבה.

4.4 מרכזי שקד – הערכה ארגונית

ההערכה הארגונית מתייחסת לשני נושאים עיקריים: מודל ההפעלה של התוכנית והשילוב של מרכזי שקד במארג העירוני. במהלך הפיילוט עלתה אפשרות כי משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים יקים מרכזים עירוניים לבני משפחה מטפלים ברחבי הארץ, המתבססים בין היתר על המודל של תוכנית שקד. לאור זאת, למחקר נוספה שאלה של שילוב עתידי במערך כזה.

מודל הפעולה

שתי סוגיות מרכזיות נקשרות למודל הפעולה של מרכזי שקד: (1) מיקום המרכז מבחינה ארגונית במערך השירותים בעיר; (2) הפעלתו על ידי מתנדבים.

מיקום המרכזים במערך השירותים בעיר

בבת ים פעל המרכז מתוך מחלקת הרווחה העירונית, על אף שהתוכנית הופעלה על ידי העמותה המקומית לזקן. בבני ברק פעל המרכז מתוך מרכז היום המופעל על ידי העמותה המקומית לזקן.

לאור האפשרות שיוקמו מרכזים במחלקת הרווחה המקומית, המחקר התמקד בסוגיה זו. בראיונות עם בני המשפחה המטפלים הם נשאלו האם היו פונים למרכז לו השירות היה ניתן על ידי מחלקת הרווחה המקומית. 63% השיבו בחיוב, ועוד 5% אמרו שאולי. אנשי המקצוע שרואיינו חשבו כי המרכז צריך להיות חלק ממחלקת הרווחה העירונית. היתרונות העיקריים שצוינו היו המשכיות המרכז לאורך שנים ומקצועיות. עם זאת, אנשי המקצוע ציינו כמה אתגרים שיש לחשוב עליהם, אם המרכזים יעברו לאחריות של מחלקת הרווחה.

1. **התייחסות לזקן ולבני המשפחה כיחידה טיפולית אחת:** עד היום, ההתייחסות במחלקות הרווחה לבני המשפחה המטפלים הייתה בעיקר כגורמים המסייעים לקידום הטיפול בזקן והתייחסות ישירה אליהם הייתה בדרך כלל רק בשעת משבר. האתגר בשילובם במערכת אינו רק התייחסות רחבה יותר לצורכיהם כבני משפחה מטפלים ומתן מענה לצרכים אלו, אלא עריכת שינוי תפיסתי – שבו הארגון וההספקה של השירותים ליחידה המשפחתית פועלת כמערכת הוליסטית. לדבר יש השלכות על תפיסת מערכת שירותי הרווחה.
2. **כיצד המרכזים יגיעו לאוכלוסיות שאין להן היכרות קודמת עם מערכת הרווחה?** זאת מתוך הנחה כי בני המשפחה המטפלים אינם זקוקים למחלקת הרווחה ביום-יום ולכן אינם מוכרים למחלקה. אתגר זה מתחזק נוכח דימוי לא תמיד חיובי שיש למחלקת הרווחה, בעיקר בנוגע למענה מהיר לבקשות.
3. **איזון בין ההיבט קהילתי להיבט הטיפולי.** זאת מאחר שתחום המומחיות של רוב עובדות מחלקת הרווחה הוא טיפול פרטני.
4. **כיצד הפעילות לבני משפחה לא "תיבלע" בעבודה השוטפת של מחלקת הרווחה?** יותר מכך, אחד האפיונים הייחודיים למרכז שקד היה המעקב היזום אחר בני המשפחה. השאלה כיצד כאשר השירות יהיה חלק מובנה ממחלקות הרווחה פן זה יישמר. אחד האתגרים הטמון בכך הוא שגם בני משפחה שלא יוזמים את הפנייה יקבלו את השירות.
5. **בנייה נכונה של תפקיד הרפרנט העוסק בבני משפחה מטפלים בתוך המחלקה,** בעיקר בנוגע לחלוקת העבודה בינו ובין יתר

עובדי המחלקה. כאשר הדילמות נוגעות הן לשאלה כיצד לגייס את כל עובדי המחלקה לשינוי תפיסתי (ממיקוד בזקן למיקוד במשפחה כיחידה טיפולית) והן לשאלה כיצד להגיע לתחושה שכל עובדי המחלקה עוסקים בעבודה מקצועית, ולא חלקם בעבודה מקצועית וחלקם בעבודה בירוקרטית/מנהלית.

6. בשתי צורות ההפעלה של המרכזים, הם היו 'חיצוניים' למחלקת הרווחה. ככזה, עובדות המרכזים חשו כי הן מייצגות את בן המשפחה המטפל ומנסות לקדם את הבעיות שהוא מתמודד עימן מול שירותים שונים בעיר, לרבות מחלקת הרווחה. כלומר, היה להן תפקיד של סגור. כאשר השירות יהיה בתוך מחלקות הרווחה יש לבחון האם וכיצד הן ירגישו שהן יכולות לייצג את בן המשפחה מול השירותים השונים (כולל המחלקה עצמה).

הפעלה על ידי מתנדבים

על פי המודל המקורי, תוכנן שהמרכזים יגייסו מתנדבים שהיו אנשי מקצוע בעברם והם אלה שיעניקו את מרב התמיכה לבני המשפחה המטפלים. אולם בפועל, המרכזים התקשו לגייס מתנדבים. בבני ברק גויסו שבעה מתנדבים ובבת ים גויס מתנדב אחד בלבד. רובם לא היו אנשי מקצוע ולא תאמו את הפרופיל הרצוי. בעקבות הקושי בגיוס מתנדבים מתאימים, את עיקר הסיוע לפונים העניקו מנהלת המרכז והעובדת שלה, והמתנדבים סייעו בעיקר בפעולות אדמיניסטרטיביות. להעברת פעילויות מסוימות (כגון קבוצת תמיכה) גויס איש מקצוע חיצוני.

בראיונות שקיימנו עם אנשי מקצוע ביקשנו לברר מהן הסיבות המרכזיות לחוסר ההצלחה בגיוס המתנדבים. אחת מנשות המקצוע טענה כי הסתמכות על מתנדבים שיעשו את העבודה המקצועית של המרכז לא הייתה במקומה. לטענתה ראוי היה לבסס את המרכז על סיוע של אנשי מקצוע.

אחרים ניסו להסביר מדוע במרכז שקד הניסיון לא צלח לעומת ארגונים אחרים. הסבר אחד היה חוסר היכרות עם המרכז, שרק קם, לעומת מסורת רבת שנים בארגונים אחרים המתבססים על מתנדבים.

“אנחנו מגייסים מתנדבים לארגון חסד גדול, שיש לו משמעות עבור האנשים”.

הסבר נוסף הוא העובדה שבארגונים אחרים נעשה גיוס מתנדבים לתחומים שונים, ורק המתאימים ביותר - “הנבחרים בפינצטה”, כלשון אחת מנשות המקצוע - מוקצים לטיפול ותמיכה בזקנים ובבני משפחה. כלומר יש צורך בגיוס מערך גדול של מתנדבים על מנת לבחור מתוכם את המתאימים ביותר לליווי פרטני או טיפולי.

תחום של עבודה עם מתנדבים הוא תחום שדורש מומחיות והשקעה רבה בגיוס, בהפעלה ובשימור המתנדבים. המרכזים החדשים עסקו בעיקר בהקמה ובהפעלה של השירות, ונראה כי לא יכלו במקביל לבסס אותו על תשתית של מתנדבים.

4.5 מרכזי שקד במארג העירוני

בראיונות עם אנשי המקצוע עלו התרומות המרכזיות של המרכז למארג העירוני, וכן אתגרים וקשיים שהתעוררו עקב הפעלתו.

בני משפחה מטפלים כאוכלוסיית מטרה

העלאת מודעות

התרומה הראשונה שצוינה הייתה העלאת מודעות בעיר לנושא בני המשפחה המטפלים והפיכתם לאוכלוסיית מטרה. חלק מאנשי המקצוע אף ציינו כי הם היו מודעים לצורכי בני המשפחה כבר שנים רבות, אבל עד היום לא הצליחו לקדם משמעותית את הנושא. מבחינתם הקמת המרכז היא התגשמות של חלום.

אנשי המקצוע ציינו כיצד המרכזים סייעו בשינוי התפיסה לגבי בני משפחה המטפלים בזקן. עד להקמתם, ההתייחסות לבני המשפחה התאפיינה בשתי דרכים; אחת, כמטפלים בזקן, שאיש המקצוע יכול להיעזר בהם כדי להשיג מטרות טיפוליות. כך למשל אמרה אחת מנשות המקצוע:

“הייתה היכרות עם בני המשפחה המטפלים אבל בעיקר במטרה לראות איך אפשר לעזור לזקן הכי טוב”.

הדרך האחרת להתייחס אליהם הייתה בשעת משבר חמור שעבר עליהם, אז עלו צורכיהם על פני השטח והם קיבלו יחס וטיפול. מרכז שקד סייע בשינוי הגישה, כך שההתערבות לא צריכה להיות רק בשעת משבר אלא בקביעות: “היינו ריאקטיביים והפכנו לפרואקטיביים”. מתוך כך, לחלק מן העובדים הסוציאליים הייתה הפתעה מגודל הצורך של בני המשפחה.

עם זאת, חלק מן העובדים הסוציאליים שרואיינו עדיין לא הפנימו את שינוי הגישה.

התאמה תרבותית לאוכלוסיית העיר

אחת השאלות שעלתה היא עד כמה המרכזים העירוניים מותאמים לאוכלוסיית העיר. הנתונים הכמותיים מראים כי המרכזים אינם מצליחים להגיע לאוכלוסייה של יוצאי ברית המועצות לשעבר. הדבר משמעותי במיוחד בבת ים, המאופיינת באזרחים ותיקים רבים ממוצא זה. יש לציין כי עובדי המרכז וכן אנשי המקצוע המלווים את התוכנית מודעים לסוגיה זו, ובשלב כלשהו נקלטה רכזת אדמיניסטרטיבית דוברת רוסית בבת ים שתקל על יצירת הקשר עם אוכלוסייה זו. בבני ברק הייתה חשיבות למציאת אנשי מקצוע מן המגזר החרדי. מן הראיונות עלה כי הדבר היה משמעותי, כי כך נוצרה התאמה תרבותית.

מנגנונים ארגוניים שפותחו ותרומתם

אחת מן הסוגיות המתעוררות כאשר קם מרכז חדש היא כיצד הוא ישתלב במארג העירוני הקיים, ואילו מנגנונים ארגוניים יאפשרו את הפעלתו השוטפת ואת שילובו במערך הארגונים הקיימים. את הקמת המרכזים ליוו שלושה מנגנונים עירוניים, ונראה כי הם שתרמו לקבלתם במארג העירוני ללא התנגדות של ממש. הראשון הוא ועדת הביצוע העירונית שבה ישבו מנהלי הגופים האחראיים על המרכז: מנהלת מחלקת הרווחה או השירות לאזרח הוותיק במחלקת הרווחה, מנהל/ת העמותה למען הזקן (שהעסיקה את כוח האדם של המרכז) והרכזת המקצועית מטעם ג'וינט ישראל-אשל. כך, למשל, תיארה אחת מהן את התרומה של ועדת הביצוע לעבודה השוטפת:

”מקיימים ישיבות ביצוע עירוניות - עובד יפה מאוד. עצם המפגש, מעלים שאלות, בעיות נפתרות בפורום. לדוגמה, בעיות שקשורות ליום עיון, מסכמים: מי יהיו האנשים המרכזיים ביום העיון, תשלומים. המפגש ידידותי, מעלים בעיות שאפשר לפתור גם בלי להעלות לפורום, אבל חשוב להם לשמוע מה הצוות אומר”

המנגנון השני הוא ועדת היגוי עירונית. לוועדת ההיגוי הוזמנו כל הגורמים הרלוונטיים בעיר, ובהם נציגי מחלקת הרווחה, קופות חולים, עמותות ובתי חולים. המטרה העיקרית של הוועדה הייתה להעלות את המודעות של נושא בני המשפחה המטפלים ולחשוב על מנגנוני עבודה בתחום. מדיווח אנשי המקצוע ומתצפית בשתי ועדות נראה כי בעזרת המרכזים נוצרה הידברות ראשונית בין הגורמים השונים על הנושא, המפגש תרם להעלאת הנושא למודעות ולחבר את הגורמים השונים.

המנגנון השלישי הוא כנסים וימי עיון שהמרכז מארגן לאנשי מקצוע בעיר. מטרתם הייתה לחשוף אנשי מקצוע בכל הדרגים לסוגיה של בני משפחה מטפלים ולהרחיב את הידע שלהם בנושא.

שיתופי פעולה בין מרכזי שקד לגופים אחרים

כאמור, מטרה מרכזית של מרכזי שקד היא להיות כתובת עירונית עבור בני משפחה מטפלים. אחת הדרכים לעשות זאת היא ליצור שיתופי פעולה עם גופים שונים הנותנים מענה לזקנים, כדי שאלה יפנו בני משפחה למרכז ויסייעו בפתרון בעיות. מן הראיונות עלה כי אנשי המקצוע בעיר בדרג בכיר של מנהלי השירותים מכירים את המרכז ומפנים אליו לקוחות. הם ציינו כי הקשר עם המרכז הוא מתמשך ולא חד-פעמי.

עם זאת, אנשי השטח עדיין לא מכירים את המרכז. כלומר, השייוק שנעשה לדרג המנהלים צריך להגיע גם לעובדים שפוגשים ישירות את בני המשפחה המטפלים (למשל, מתנדבי הייעוץ לאזרח הוותיק ולמשפחתו במוסד לביטוח לאומי או עובדות הרווחה בעירייה). דבר נוסף שצוין הוא הצורך בקבלת היזון חוזר מן המרכז כיצד טופל בן המשפחה.

נקודה נוספת שצוינה, בעיקר בהקשר לקשר עם מחלקת הרווחה בעיר, היא כי שיתופי הפעולה נוצרו דווקא עם העובדות הצעירות, שהן פתוחות יותר לשינוי ולקבלת שירות מגוף חיצוני.

עוד עלה מן הראיונות כי שיתופי פעולה בין מרכזי שקד לגופים האחרים לא תמיד עולים יפה. אחת מנשות המקצוע תיארה את שיתוף הפעולה כשריר שצריך לאמן אותו. נקודת החיכוך המרכזית הייתה בנקודות החפיפה של מרכז שקד עם הגופים השונים. נראה כי כאשר הארגון אינו מספק את השירות שמרכז שקד רוצה לתת, נשות המקצוע מן הארגון השני פרגנו למרכז.

עם זאת, כאשר הארגון מספק את השירות בעצמו יש התנגדות שמרכז שקד יעשה זאת גם:

”עדיף שיתמקדו בחלק החסר של תמיכה רגשית. במיצוי זכויות, הם פחות צריכים להתמקד”; ”יש חפיפה בין העובדות ושקד... צריך לזהות את הדברים הייחודיים... את ההבדלים שלא יעשו את אותן פעילויות, שלא ירגישו תחרות”.

משיחת הסיכום עם מנהלות המרכזים עלה כי לאורך השנים העמיקו שיתופי הפעולה, כמו גם האמון בין מרכז שקד לארגונים האחרים, כגון שירות הייעוץ לאזרח הוותיק ולמשפחתו של המוסד לביטוח לאומי או של מחלקות הרווחה המקומיות. כהגדרתן, נוצרו שותפות ויחסי אמון לאורך הזמן.

5. סיכום, תובנות והמלצות

- המרכזים הצליחו להגיע לאוכלוסיית יעד רלוונטית: בני המשפחה שקיבלו שירות הם תומכים שנותנים טיפול אינטנסיבי, לאורך זמן, וסובלים מעומס גבוה יחסית.
- בני המשפחה הופנו למרכזים ממגוון מקורות; כרבע מהם הגיעו בזכות פרסום, כחמישית דרך בני משפחה וחברים, והשאר דרך אנשי מקצוע. כלומר המרכז הפך מוכר הן על ידי אנשי המקצוע והן על ידי תושבי העיר. כמו בתוכניות אחרות המיועדות לבני משפחה, מקור הפניה חשוב הם אנשים שקיבלו שירות בעבר וממליצים עליו לאחרים. לאורך השנים, ההכרה של המרכז הן על ידי בני משפחה מטפלים בעצמם והן על ידי אנשי מקצוע עלתה, והם נשענו פחות על פרסום חיצוני.
- נקודות החוזק של המרכזים הן פרואקטיביות והעלאת מודעות לצורכיהם של בני המשפחה. הדבר מתבטא הן בעבודה מול בני המשפחה והן בעבודה מול אנשי מקצוע בשירותים השונים בעיר (כגון מחלקת הרווחה והמוסד לביטוח לאומי).
- המרכזים העניקו לבני המשפחה מגוון שירותים: ייעוץ אישי, קבוצות תמיכה, ערבי הסברה וסדנאות. ככל שבן המשפחה השתתף ביותר פעילויות, כך התרומה הנתפסת שלו הייתה גבוהה יותר. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם סקירה סיסטמטית שבה נמצא כי תוכניות התערבות שנתנו מגוון של רכיבים היו האפקטיביות ביותר (Dam et al., 2016).
- התרומה העיקרית של המרכז לבני המשפחה היא:
 - ביסוס כתובת לפניות
 - שמירה על קשר רציף עם בני המשפחה
 - מתן תמיכה רגשית
 - מתן מידע וייעוץ
 - הפניה לשירותים לזקן (במידה פחותה, מאחר שחלק משמעותי מהם כבר מקבלים שירותים כיום).
- כמו בתוכניות אחרות לבני משפחה מטפלים, דור הביניים דיווח על תרומה נתפסת גבוהה יותר מאשר בני/בנות הזוג של הזקנים. עם זאת, דווקא בתחום של הפגה בני זוג דיווחו על תרומה נתפסת גבוהה יותר. יש לבחון כיצד אפשר לשפר את התרומה לבני הזוג, כי פעמים רבות הם אלה הנמצאים במצוקה גדולה יותר.
- אתגרים מרכזיים בפיתוח השירות עבור בני המשפחה
 - עידוד השתתפות במגוון פעילויות לאורך זמן
 - הגעה לאוכלוסיות יעד מגוונות
- מבחינה תרבותית: בבת ים - להגיע לאוכלוסייה דוברת רוסית; בבני ברק - להגיע גם לאוכלוסייה לא חרדית
- חידוד הגדרת אוכלוסיית היעד מבחינת שלבי הטיפול: כיום מגיעים למרכז בני משפחה בשלבים של טיפול אינטנסיבי וממושך. השאלה אם רוצים להרחיב זאת גם לבני משפחה בשלבים אחרים של הטיפול (כפי שתוכנן במודל המקורי),

למשל אלו הנמצאים בתחילת הדרך כאשר הם עוד לא מודעים למצב. מן הניתוח לאורך זמן עלה כי חלקם של בני המשפחה המגיעים בשלב של הידרדרות או משבר עולה במהלך הזמן, כך שניתן לראות שינוי באוכלוסיית היעד.

□ המשך מעקב אחר פונים שבזמן יצירת הקשר לא נמצא להם מענה מתאים. חלק מן הפונים (14%) יצרו קשר עם המרכז אך כשניסינו לראיין אותם הם ציינו כי לא נוצר קשר משמעותי ולכן הם לא יכולים להשיב על השאלון. ייתכן שבנקודת זמן אחרת מרכז שקד יוכל לסייע להם ועל כן כדאי לשמור איתם על קשר.

■ התרומה העיקרית ברמה העירונית:

□ קידום הנושא ברמה העירונית: העלאה לסדר היום העירוני והעלאת התפיסה ולפיה ראוי שההתייחסות לבני משפחה מטפלים תהיה פרואקטיבית ולא רק כתגובה למצבי משבר

□ פיתוח מנגנונים עירוניים להתייחסות לנושא (כמו ועדת ביצוע עירונית או ועדת היגוי עירונית)

□ יצירת שיתופי פעולה עם הארגונים הרלוונטיים בעיר

□ יצירת מוקד ידע עירוני בנושא

■ אתגרים ברמה העירונית:

□ אחד ממצאי המחקר הוא כי המנגנונים הארגוניים שפותחו (כדוגמת ועדת הביצוע עירונית) תרמו להטמעת התוכנית בעיר ומניעת חיכוכים ובעיות. האתגר הוא לפתח מנגנונים עירוניים אלו ולשלב אותם במארג העירוני הקיים, כדי לאפשר את הפעלתו השוטפת ואת שילוב המרכז במערך הארגונים האחרים בעיר.

□ חיזוק התיאום ומנגנוני העבודה, כדי שכל ארגון יוכל לשמר את נקודות החוזק שלו מבלי לחשוש מחיכוכים או מחילוקי דעות בנקודות חפיפה.

□ הגעה לעובדי השטח: כיום שיתופי הפעולה הם בעיקר מול ראשי הארגונים. יש להגיע גם לעובדי השטח (למשל למתנדבי הייעוץ לאזרח הוותיק ולמשפחתו) כדי שהם יוכלו למשל להפנות למרכז.

■ שלא כמו המודל המתוכנן, עלה קושי ניכר לגייס מתנדבים אנשי מקצוע שיעניקו תמיכה שוטפת וישירה לבני המשפחה. הסיבות לכך מגוונות, ובהן ניתן למנות חוסר היכרות עם המרכז החדש ומחסור במנגנוני מיון המאפשרים לבחור את המתנדבים המתאימים ביותר לעבודה אישית-מקצועית מבין מי שמתאימים לעבודות אחרות כמו אדמיניסטרציה. נראה כי התחום של עבודה עם מתנדבים הוא תחום שדורש מומחיות והשקעה רבה בגיוס, בהפעלה ובשימור המתנדבים. לאור הצורך בהתאמה תרבותית לאוכלוסיות מגוונות, ייתכן כי ניתן להיעזר במתנדבים כדי להתאים את השירות לפרופיל האוכלוסייה ברשות, כך שלא יימנע שירות בשל חוסר נגישות תרבותית.

ככל פיילוט, המטרה המרכזית של פיילוט זה הייתה ללמוד על אוכלוסיית היעד, על הפעלת השירות ועל תרומתו, זאת כדי לבנות מודל פעולה שיוטמע באופן נרחב. לצד הפיתוח של מרכזי שקד, משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים עסק בהעמקה בלימוד ובפיתוח נושא בני המשפחה, ואחד התוצרים הוא פיתוח תוכנית לבני משפחה במחלקות הרווחה. ממצאי המחקר סייעו ללמוד מן הניסיון שנצבר מן העשייה במרכזי שקד, כדי לסייע בפיתוח מיטבי של התוכנית של המשרד. כשלב ראשון, בשנת 2019

הקצה המשרד 30 תקנים ייעודים של עובדים סוציאליים לנושא בני משפחה מטפלים בזקנים, בתוך המחלקות לשירותים חברתיים (המדור לאזרח ותיק, אם קיים ברשות). תפקידם הוא להפעיל מערך שירותים עירוני לבני משפחה מטפלים, לתת להם מענים פרטניים, קבוצתיים וקהילתיים לפי ארבעה עקרונות פעולה: אוניברסליות, פרואקטיביות, גישה קהילתית והנגשה. הרשויות בבת ים ובבני ברק כלולות בין 30 הרשויות המשתתפות בתוכנית. הקמת המרכזים מבטאת שינוי בתפיסה של האגף לאזרחים ותיקים; מהתייחסות לזקן כלקוח המרכזי להתייחסות גם לצרכיו של בן המשפחה המטפל.

מקורות

קישורים לאתרים של תוכניות לבני משפחה מטפלים

התוכניות	הארגון	קישור לאתר
'יד לתומך'	יד שרה ואשל	http://www.yadsarah.org.il/index.php?option=com_content&view=article&id=504%3A2011-02-07-04-06-34&catid=114%3A2010-02-23-08-56-19&Itemid=122&lang=he
'משפחה מטפלת'	רעות - אשל	http://www.reutheshel.org.il
קשר בתנועה	עזר מציון ואשל	http://www.ami.org.il/default.asp?V_DOC_ID=4090
מרכז ציפורה פריד	עזר מציון ואשל	http://www.ami.org.il/default.asp?V_DOC_ID=2955
פרויקט 'ליטוף'	עמותת עמדה	http://www.alz-il.net/
קבוצות תמיכה	מוסד לביטוח לאומי	https://www.btl.gov.il/FUNDS/LONG_TERM_CARE_SERVICES_PROGRAMS/Pages/kwutzotmiha.aspx
קבוצות תמיכה	עמותת נאמן	http://www.neeman.org.il/index.aspx?id=2516
קבוצת תמיכה	האגודה למלחמה בסרטן	http://www.cancer.org.il/template/default.aspx?PageId=7486
מרכזי בית לורן	אלו"ט ומשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים	https://www.alut.org.il/%d7%9e%d7%a8%d7%9b%d7%96-%d7%90%d7%9c%d7%95%d7%98-%d7%9c%d7%9e%d7%a9%d7%a4%d7%97%d7%94/%d7%91%d7%99%d7%aa-%d7%9c%d7%95%d7%a8%d7%9f/
מרכזים למשפחות לילדים עם מוגבלות	משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים	https://www.molsa.gov.il/Populations/Disabilities/MentalRetardation/SupportiveCare/FamilyCenters/Pages/FamilyCenters.aspx

בר-טור, ל. (2005). האתגר שבהזדקנות. ירושלים: אש"ל הוצאה לאור.

ברג-ורמן, א.; רזניצקי, ש'; ברודסקי, ג'. (2018). מי מטפל במטפל? שירותי הבריאות, בני משפחה מטפלים ומה שביניהם. דמ--18 768, ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

בכנר, י., כרמל, ש., זינגר, י. (2005). למות בבית מזווית ראייה של המשפחה המטפלת בישראל, גרונטולוגיה, ל"ב, 1, 107-122.

- בנטור, נ., קינג, י., ברודסקי, ג., מועלם, א., גינדין, י. (1998). *אשפוז בית במערכת הבריאות בישראל*. דמ-329-98, ירושלים: מאיר-ס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- בנטור, נ., רזניצקי, ש., שנוור, י. (2005). *שירותים פליאטיבים ושירותי הוספיס בישראל*. דמ-459-05, ירושלים: מאיר-ס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- ברודסקי, ג'. (2011). *סוגיות ודילמות הקשורות לטיפול בית בזקנים חולים כרוניים ומוגבלים בתפקודם, בתוך יקוביץ א. (עורכת), טיפול בית בזקנים המוגבלים בתפקודם סוגיות, שירותים ותכניות, אש"ל הוצאה לאור, ירושלים.*
- ברודסקי, ג', רזניצקי, ש., סיטרון, ד. (2011). *בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים: מאפייני הטיפול, עומס ותכניות לסיוע ולתמיכה*. דמ-508-11, ירושלים: מאיר-ס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- הנטמן, ש. (2010), "דור הסנדוויץ'" - כפל תפקידים, הקונפליקט הבין-דורי והשפעתו על היחסים במשפחה המבוגרת, בתוך בריק, י., לבנשטיין, א., *הזקן והמשפחה סוגיות מרכזיות ביחסים רב-דוריים, אש"ל הוצאה לאור, ירושלים.*
- הסקר החברתי, 2006*. אתר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
- יקוביץ, א. (2011), מטפלים זרים בסיעוד קשישים: סוגיות במחקר, במדינות ובפרקטיקה, בתוך יקוביץ א. (עורכת), *טיפול בית בזקנים המוגבלים בתפקודם סוגיות, שירותים ותכניות, אש"ל הוצאה לאור, ירושלים.*
- יקוביץ, א. (2010), הזקן, העובד הזר והמשפחה, בתוך בריק, י., לבנשטיין, א., *הזקן והמשפחה סוגיות מרכזיות ביחסים רב-דוריים, אש"ל הוצאה לאור, ירושלים.*
- כץ, ר., לבנשטיין, א., בריק, י. (2010), יחסיים בין-דוריים וזיקנה בעידן המודרני: השוואות בין-מדיניות, בתוך בריק, י., לבנשטיין, א., *הזקן והמשפחה סוגיות מרכזיות ביחסים רב-דוריים, אש"ל הוצאה לאור, ירושלים.*
- לבנשטיין, א., כץ, ר. (2010), הטיפול בזקן - מהו האיזון הרצוי בין המשפחה לבין המדינה, בתוך בריק, י., לבנשטיין, א., *הזקן והמשפחה סוגיות מרכזיות ביחסים רב-דוריים, אש"ל הוצאה לאור, ירושלים.*
- למ"ס, קובצי האוכלוסייה; למ"ס, תחזיות אוכלוסיית ישראל עד שנת 2030, הודעה לעיתונות מספר 056/2008 (באינטרנט).
- שקדי. א. (2011). *המשמעות מאחורי המילים: מתודולוגיות במחקר איכותני - הלכה למעשה*. תל אביב: אוניברסיטת תל אביב.
- Ayalon, L., & Covinsky, K. E. (2009). Spouse-rated vs self-rated health as predictors of mortality. *Archives of internal medicine*, 169(22), 2156.
- Bachner, Y. G., & O'rourke, N. (2007). Reliability generalization of responses by care providers to the Zarit Burden Interview. *Aging & mental health*, 11(6), 678-685.

- Bachner, Y. G., & Carmel, S. (2009). Open communication between caregivers and terminally ill cancer patients: The role of caregivers' characteristics and situational variables. *Health Communication, 24*(6), 524-531.
- Bachner, Y. G., O'Rourke, N., Davidov, E., & Carmel, S. (2009). Mortality communication as a predictor of psychological distress among family caregivers of home hospice and hospital in patients with terminal cancer. *Aging and Mental Health, 13*(1), 54-63.
- Bachner, Y. G., & Ayalon, L. (2010). Initial examination of the psychometric properties of the short Hebrew version of the Zarit Burden Interview. *Aging & Mental Health, 14*(6), 725-730.
- Bachner, Y. G., O'Rourke, N., & Carmel, S. (2011). Fear of Death, Mortality Communication, and Psychological Distress Among Secular and Religiously Observant Family Caregivers of Terminal Cancer Patients. *Death Studies, 35*(2), 163-187.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Macmillan.
- Blieszner, R. & Bedford, V. H. (1995). The family context of aging: Trends and challenges. In R. Blieszner, & V. H. Bedford (Eds.), *Handbook of aging and the family* (pp. 3-13). Westport, CT: Greenwood Press.
- Bookman, A., & Harrington, M. (2007). Family caregivers: a shadow workforce in the geriatric health care system?. *Journal of Health Politics, Policy and Law, 32*(6), 1005-1041.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Johnson & Aronson.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology, 3*(2), 77-101.
- Christakis, N. A., & Iwashyna, T. J. (2003). The health impact of health care on families: A matched cohort study of hospice use by decedents and mortality outcomes in surviving, widowed spouses. *Social Science & Medicine, 57*, 465-475.
- Coulter, A., & Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ: British Medical Journal, 335*(7609), 24.
- Dam, A. E., de Vugt, M. E., Klinkenberg, I. P., Verhey, F. R., & van Boxtel, M. P. (2016). A systematic review of social support interventions for caregivers of people with dementia: are they doing what they promise?. *Maturitas, 85*, 117-130.
- Donelan, K., Hill, C. A., Hoffman, C., Scoles, K., Feldman, P. H., Levine, C., & Gould, D. (2002). Challenged to care: Informal caregivers in a changing health system. *Health Affairs, 21*(4), 222-231.

- Fredman, L., & Daly, M.P. (1997). Weight Change: An Indicator of Caregiver Stress. *J Aging Health*, 9, 43-69.
- Gans, D., Silverstein, M., & Lowenstein, A. (2009). Do religious children care more and provide more care for older parents? A study of filial norms and behaviors across five nations. *Journal of Comparative Family Studies*, 40 (2), 187-201.
- Gaugler, J. E., & Kane, R. L. (2015). Introduction: Family Caregiving in the New Normal. In Gaugler, J., & Kane, R. L. (Eds.). *Family Caregiving in the New Normal* (pp. 1-13). Academic Press.
- Given, C.W., Given, B., Stommel, M., Collins, C., King, S., & Franklin, S. (1992). The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairment. *Research in Nursing and Health*, 15, 271-283.
- Grayson, D. (2017). *Take Care: How to be a Great Employer for Working Carers*. Emerald Publishing Limited.
- Johnson, B., Ford, D., & Abraham, M. (2010). Collaborating with patients and their families. *Journal of Healthcare Risk Management*, 29(4), 15-21
- Johnson, B. H., Abraham, M. R., & Shelton, T. L. (2009). Patient-and family-centered care: partnerships for quality and safety. *NC Med J*, 70(2), 125-130.
- Iecovich, E. (2008). Caregiving burden, community services, and quality of life of primary caregivers of frail elderly persons. *Journal of Applied Gerontology*, 27(3), 309-330.
- Iecovich, E. (2012). Psychometric properties of the Hebrew version of the Zarit Caregiver Burden Scale short version. *Aging & mental health*, 16(2), 254-263.
- Iecovich, E. (2010). Tasks performed by primary caregivers and migrant live-in homecare workers in Israel. *International Journal of Ageing and Later Life*, 5(2), 53-75.
- Iecovich, E. (2011). Quality of Relationships Between Care Recipients and Their Primary Caregivers and Its Effect on Caregivers' Burden and Satisfaction in Israel. *Journal of Gerontological Social Work*, 54(6), 570-591.
- Lilly, M. B. (2011). The hard work of balancing employment and caregiving: what can canadian employers do to help?. *Healthcare Policy*, 7(2), 23.
- Lowenstein, A. & Gilbar, O. (2000). The Perception of Caregiving Burden on the Part of Elderly Cancer Patients, Spouses and Adult Children. *Families, Systems & Health*, 18 (3), 337-346.

- McCabe, M., You, E., & Tatangelo, G. (2016). Hearing their voice: a systematic review of dementia family caregivers' needs. *The Gerontologist*, 56(5), e70-e88.
- McGoldrick, M., & Carter, E. A. (1980). Forming a remarried family. *The family life cycle: A framework for family therapy*, 265-294.
- McKinlay, J.B., Crawford, S.L., & Tennstedt, S.L. (1995). The Everyday Impacts of Providing Informal Care to Dependent Elders and Their Consequences for the Care Recipients. *Journal of Aging and Health*, 7(4), 497-528.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Montgomery, R. J. V., Rowe, J. M., & Kosloski, K.(2007). Family Caregiving. In C. Dulmus & J. A. Blackburn (Eds.), *Handbook of Gerontology: Evidence-Based Approaches to Theory, Practice, and Policy*. New Jersey: John Wiley & sons, Inc.
- National Alliance for Caregiving. (2015). *Caregiving in the US*. AARP; Bethesda, MD: The National Alliance for Caregiving. <https://www.aarp.org/content/dam/aarp/ppi/2015/caregiving-in-the-united-states-2015-report-revised.pdf> (כניסה יולי 2019)
- Nir, Z., Greenberger,C.,& Bachner, Y.G. (2009). Profile, Burden, and Quality of Life of Israeli Stroke Survivor Caregivers: A Longitudinal Study. *Journal of Neuroscience Nursing*, 41 (2), 92-106.
- OECD (2017). Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en (כניסה יולי, 2019).
- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J., & Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583–594.
- Penning, M. J., & Wu, Z. (2015). Caregiver stress and mental health: Impact of caregiving relationship and gender. *The Gerontologist*, 56(6), 1102-1113.
- Rabinowitz, Y. G., Saenz, E. C., Thompson, L. W., & Gallagher-Thompson, D. (2011). Understanding caregiver health behaviors: depressive symptoms mediate caregiver self-efficacy and health behavior patterns. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 26(4), 310-316.
- Rossi, A. & Rossi, P. (1990). *Of human bonding: Parent-child relations across the life course*. New York: Aldine de Gruyter.

- Schulz, R., Beach, S. R., Lind, B., Martire, L. M., Zdaniuk, B., Hirsch, C., Jackson, S., & Burton, L. (2001). Involvement in caregiving and adjustment to death of a spouse: Findings from the caregiver health effects study. *Journal of the American Medical Association*, 285(24), 3123-3129.
- Soskolne, V., Halevy-Levin, S., & Cohen, A. (2007). The socio-cultural context of family caregiving and psychological distress: A comparison of immigrant and non-immigrant caregivers in Israel. *Aging and Mental Health*, 11(1), 3-13.
- Steffen, T. M., Hacker, T. A., & Mollinger, L. (2002). Age-and gender-related test performance in community-dwelling elderly people: Six-Minute Walk Test, Berg Balance Scale, Timed Up & Go Test, and gait speeds. *Physical therapy*, 82(2), 128-137.
- Van Houtven, C. H. (2015). Informal care and economic stressors. In *Family caregiving in the new normal* (pp. 105-133). Academic Press.
- Walsh, F. (1993). The changing family life cycle. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes* (pp. 405–443), 2nd ed. New York: Guilford Press.
- Whitchurch, G. G., & Constantine, L. L. (1993). Systems theory. In P.G. Boss, W.J. Doherty, R.A. Rossa, W. R. Schumm, & S. K. Steinmetz (eds.), *Sourcebook of family theories and methods: A contextual approach* (pp. 325–352). New York: Plenum Press.
- Wiener, J.M. (2001). *The Role of Informal Support in Long-Term Care*. Washington, DC: The Urban Institute.
- Wolff, J. L., & Roter, D. L. (2008). Hidden in plain sight: medical visit companions as a resource for vulnerable older adults. *Archives of internal medicine*, 168(13), 1409-1415.
- Wolff, J. L., & Jacobs, B. J. (2015). Chronic illness trends and the challenges to family caregivers: Organizational and health system barriers. In *Family caregiving in the new normal* (pp. 79-103). Academic Press.

נספח א: כלי האינטייק

טופס אינטייק מרכז שקד

1. שאלות על הזקן

תאריך _____ שם המתנדב/העובד _____

אם יש יותר מזקן אחד, יש למלא טופס נפרד לכל זקן

* אשאל אותך כמה שאלות על _____ (הזקן) על מנת להבין את המצב שאת/ה מתמודד/ת איתו

פרטי הזקן

מהו יחס הקרבה שלך אל _____ (המטופל) (רק תשובה אחת אפשרית)

1. אבא 2. אימא 3. סבא 4. סבתא 5. בן/בת 6. בן/בת זוג 7. אח/אחות 8. חם/חמות 9. אחר, פרט: _____

פרטים אישיים

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

מגדר: 1. גבר 2. אישה שנת לידה: _____

ארץ לידה: _____ שנת עליה: _____

ניצול שואה: 1. כן 2. לא

מצב משפחתי: 1. רווק 2. נשוי/עם בן זוג 3. גרוש/פרוד 4. אלמן

מגורים

אם התומך בן הזוג של הזקן <----- לעבור לפרק בריאות/תפקוד

עיר מגורים: _____

מסגרת מגורים: 1. בבית שלו 2. בבית של בן משפחה 3. בדירור מוגן 4. מוסד סיעודי/בית אבות 5. אחר, פרט: _____

עם מי גר? 1. גר לבד 2. עם מטפלת 3. עם בן זוג 4. עם בני משפחה אחרים

למלא רק אם התומך אינו בן/בת זוג של הזקן

היכן אתה גר ביחס _____ (לזקן/ה)

1. באותה דירה בה גר _____ (הזקן)
2. באותה עיר או באותו ישוב בו גר _____ (הזקן)
3. בעיר אחרת או בישוב אחר מזה שבו גר _____ (הזקן)
4. אחר, פרט _____

כמה זמן לוקח לך להגיע אליו (בדרך כלל):

1. עד חצי שעה
2. יותר מחצי שעה ועד שעה
3. יותר משעה ועד שעה וחצי
4. יותר משעה וחצי ועד שעתיים
5. יותר משעתיים

בריאות/תפקוד

מהי המחלה/ בעיה עיקרית של _____ (הזקן): (ניתן לסמן יותר מתשובה אחת)

1. התמודדות עם מחלה קשה כגון סרטן, מחלת ריאות כרונית (COPD) או מחלה אחרת. אנא פרט מאיזו מחלה הוא סובל _____
2. דמנטיה/ אלצהיימר/ בעיות זיכרון קשות
3. מוגבלות תפקודית (קושי בהליכה, אכילה, רחצה וכדו')
4. מחלת נפש (כגון דכאון, סכיזופרניה)
5. אחר, פרט _____

טיפול אישי

איך היית מתאר את יכולת התפקוד של _____ (הזקן)? (למתנדב: הקרא במידת הצורך)

1. מתפקד עצמאית בבית: מסוגל לבצע את כל הפעולות היום-יומיות כמו אכילה, רחצה, לבישה - ללא הגבלה (כולל שימוש באביזרי עזר)
2. מוגבל חלקית: מתקשה לבצע פעולות יום-יומיות מאומצות, כמו למשל רחצה, אבל מסוגל לבצע פעולות קלות כמו אכילה
3. מוגבל מאוד: כמעט שלא מסוגל לבצע פעולות יום יומיות ומתקשה מאוד לטפל בעצמו גם בפעולות קלות כמו אכילה
4. תלוי לגמרי: לא מסוגל לטפל בעצמו כלל

יציאה מהבית

כמה פעמים בשבוע _____ (הזקן) יוצא מהבית (לכל מטרה: ביקור אצל קרובי משפחה, קופת חולים, חוגים, בית כנסת, סידורים וכד', כולל יציאה לסיבוב מחוץ לחצר הבית)?

1. כל יום או כמעט כל יום (4 פעמים בשבוע או יותר)
2. פעמיים או שלוש פעמים בשבוע
3. פעם בשבוע
4. פעם או פעמיים בחודש
5. פחות מפעם בחודש
6. לא יוצא מהבית כלל

האם _____ (הזקן) יכול להישאר לבד?

1. כן, יכול להישאר לבד כל הזמן (ביום ובלילה)
2. כן, יכול להישאר לבד במשך היום (לפחות 8 שעות), אבל לא יכול להישאר לבד בלילה
3. כן, יכול להישאר לבד חלק מהיום - לפחות 3 שעות
4. כן, יכול להישאר לבד, אך פחות מ-3 שעות ביום
5. לא יכול להישאר לבד בכלל
6. אחר, פרט: _____

מצב קוגניטיבי

האם רופא כלשהוא אמר לכם אי פעם ש _____ (הזקן) סובל ממחלת דמנציה (או אלצהיימר)?

1. כן

2. לא --- עבור לשאלה האחרונה בעמוד

האם היית אומר ש _____ (הזקן) סובל מדמנציה קלה, בינונית או קשה? (למראיין: אנא הקרא את התשובות עד להגעה להגדרה הנכונה מבחינת בן המשפחה)

1. קלה (תחילת הדרך, שלב האבחון והופעת סימנים כמו ירידה ברורה בזיכרון או איבוד חפצים)
2. בינונית (התדרדרות נוספת בזיכרון, ביכולת להתרכז ולקבל החלטות, ולפעמים גם ביכולת לתפקד בחיי היום יום)
3. קשה (חלה התדרדרות נוספת ויש תלות מוחלטת בבן המשפחה או במטפל, כולל האכלה, שימוש בשירותים וכד')

האם _____ (הזקן) מנהל את ענייניו הכספיים בעצמו?

1. באופן עצמאי (תשלום חשבונות, שימוש בהמחאות, מעקב אחר הכנסות והשקעות)
2. מנהל הוצאות יומיומיות אך זקוק לעזרה בכל מה שקשור לבנק/ הוצאות גדולות
3. לא

למלא רק אם אין אבחון לדמנציה

האם אתה חש ירידה כלשהי בתפקוד הקוגניטיבי של _____ (הזקן) כגון בעיות זיכרון משמעותיות ו/או מתקשה לזהות אנשים קרובים ו/או מתנהג בצורה שעלולה לסכן את עצמו (הולך לאיבוד, שוכח דברים על הגז)?

1. כן, פרט _____
2. לא

שירותים קיימים לזקן

האם _____ (הזקן) מקבל חוק סיעוד?

1. כן
2. לא

אם מקבל חוק סיעוד, מה גובה הגמלה?

1. 91% (9.75 שעות) 2. 150% (16 שעות) 3. 168% (18 שעות) 4. לא יודע

באיזו קופ"ח הוא חבר:

1. שירותי בריאות כללית 2. מכבי שירותי בריאות 3. מאוחדת 4. לאומית

האם אתה מקבל את השירותים הבאים:

שירותי שיקום (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק)	מטפלת/עובד זר
אבחון גריאטרי/הערכה גריאטרית מעודכנת	מרכז יום
מרפאת זיכרון/מרפאה פסיכוגריאטרית	מועדון/ מועדון מעושר/ מועדון מופת
אפטרופסות	קהילה תומכת
יפוי כח רפואי	בית חם
מילוי הנחיות מקדימות	מתנדב
יפוי כח בבנק/כספי	לחצן מצוקה
אחר: _____	יעוץ לקשיש

סיכום

איך אפשר לעזור ל_____ (לזקן)? מה לתחושתך יכול לעזור ל_____ (הזקן)

2. שאלות על בן המשפחה המטפל

--שיחה ראשונה--

לפני שנתחיל, ספר לי בקצרה מה מטרת הפניה? / מדוע הגעת למרכז?

במי אתה מטפל? (יותר מתשובה אחת אפשרית)

1. אבא 2. אימא 3. סבא 4. סבתא 5. בן/בת 6. בן/בת זוג 7. אח/אחות 8. חם/חמות 9. אחר

ברשותך אשאל אותך לגבי כמה פרטים אישיים לשם זיהוי ויצירת קשר.

פרטי התומך-בסיסי

פרטים אישיים

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

מגדר: 1. גבר 2. אישה

שפת הדיבור העיקרית: 1. עברית 2. רוסית 3. ערבית 4. אמהרית 5. יידיש 6. אחר: ____

לדוברי שפות אחרות (לא עברית): יכולת לשוחח שיחה פשוטה בעברית:

1. באופן חופשי או כמעט חופשי 2. יכול עם קשיים 3. יכול עם הרבה קשיים 4. לא יכול בכלל

פרטי קשר

טלפון בבית: _____ טלפון סלולרי: _____

דואר אלקטרוני: _____

כתובת: _____ עיר מגורים: _____

באיזה עיר גר הזקן? _____

מי גר בעיר ? 1. התומך 2. הזקן 3. שניהם 4. אף אחד מהם

איך יהיה לך נוח שניצור איתך קשר בעתיד? (אפשר לסמן יותר מדרך אחת)

1. טלפון בבית 2. טלפון נייד 3. דואר אלקטרוני 4. דואר רגיל 5. מסרון (SMS)

איך שמעת על המרכז? / איך הגעת אלינו?

1. פרסום 2. חבר או קרוב משפחה 3. רווחה 4. קופת חולים 5. אחר

סיכום שיחת פניה ראשונית (מידע נוסף שעלה מהשיחה עם התומך)

טיפול בפנייה ראשונית

פעולת המתנדב/ מזכירה בעקבות השיחה הראשונית:

1. תיאום שיחת אינטייק ארוכה פנים אל פנים

2. תיאום שיחת אינטייק ארוכה בטלפון

3. הפניה לגורם אחר

4. מסירת מידע בנושא

5. התייעצות עם רכזת המרכז

פירוט פעולת המתנדב (למי הופנה, איזה מידע נמסר)

סיווג הפניה הראשונית

1. טיפול דחוף בזקן

2. מצב הזקן בריאותי/תפקודי

3. לחץ נפשי / צורך בתמיכת התומך

4. מידע על שירותים בקהילה

5. אחר

--שיחה שנייה--

פתיחה: מרכז שקד נועד לעזור לך בהתמודדות עם הטיפול בקרוב/ה לך.
מטרת השיחה בינינו היא להכיר אותך ולהבין את משמעות הטיפול בזקן עבורך.
השיחה תיארך בערך 45 דקות.

*** אני רוצה להשלים כמה פרטים כדי להעמיק את ההיכרות איתך ***

פרטי התומך-הרחבה

שנת לידה: _____
ארץ לידה: _____ שנת עליה: _____
מצב משפחתי: 1. רווק 2. נשוי/עם בן זוג, 3. גרוש/פרוד 4. אלמן
מספר ילדים: _____ כמה מתוכם מתחת לגיל 18: _____
השכלה: 1. יסודי 2. תיכונית 3. על תיכוני/ אקדמי

*** אני רוצה לשאול עכשיו כמה שאלות על ההתמודדות שלך עם הטיפול ***

היקף וסוג התמיכה

באילו פעולות אתה עוזר בד"כ ל _____ (זקן)?

V	סמן V בצד ימין במידה שכן: (ניתן לסמן יותר מתשובה אחת)
	מלווה לרופא, בדיקות רפואיות בית חולים או שירותי בריאות אחרים
	עושה קניות בסופר או בשוק של מצרכים לבית (מזון או אחרים)
	עוזר בסידורים ועניינים בירוקרטיים (תשלום חשבונות, בבנק, מילוי טפסים וכד')
	עוזר בפעולות של תפקוד כמו רחצה, הלבשה או אכילה
	עוזר בניהול משק הבית כמו ניקיונות, כביסה וכד'
	עוזר עם התרופות (קניה, סידור, מתן וכד')
	מלווה מחוץ לבית לפעילויות פנאי, מפגש עם משפחה וחברים
	נותן תמיכה רגשית והקשבה
	עוזר בגיוס, העסקה, ותיאום של עבודת מטפלת/עובדת זרה
	עזרה בדרך אחרת, פרט _____

כמה זמן (בערך) את/ה מטפל ב_____ (זקן)? _____ (אנא ציין את יחידת הזמן שנים/ חודשים)

בשבוע טיפוס, כמה שעות בערך אתה מקדיש על מנת לעזור לו?

1. 0-7 שעות בשבוע

2. 8-14 שעות בשבוע

3. 15-21 שעות בשבוע

4. 22 שעות בשבוע או יותר

5. אני עוזר בעיקר בזמן משבר (כמו אשפוז בבית חולים/ התדרדרות במצב וכד')

האם באופן קבוע אתה המטפל העיקרי בו (כלומר, האם מכל בני המשפחה, אתה נותן את עיקר העזרה)?

1. כן 2. לא

כיצד היית מגדיר את הקשר שלך עם _____ (הזקן)?

1. מצוין 4. לא כל כך טוב

2. טוב מאוד 5. בכלל לא טוב

3. טוב 6. _____ (הזקן) לא מתקשר/ לא ניתן לתקשר עם _____ (הזקן)

שאלון הערכה עצמית של בני משפחה מטפלים (Caregiver Self-Assesment)

כעת אקריא לך רשימה של משפטים שמתארים מצבים שעשויים להתעורר לפעמים אצל אנשים שמטפלים באדם אחר. ענה לי בבקשה האם הרגשת כך בשבוע האחרון:

1. התקשיתי להתרכז במה שאני עושה	כן	לא
2. הרגשתי שאינני יכול להשאיר את הקרוב שלי בלי השגחה	כן	לא
3. התקשיתי לקבל החלטות	כן	לא
4. הרגשתי שזה יותר מידי בשבילי/ שאני לא יכול להתמודד יותר	כן	לא
5. הרגשתי שאני מביא תועלת ושצריכים אותי	כן	לא
6. הרגשתי בודד	כן	לא
7. כאב לי שהקרוב שלי הוא כבר לא כמו שהיה בעבר	כן	לא
8. הרגשתי חוסר בפרטיות ו/או בזמן לעצמי	כן	לא
9. הייתי עצבני / כל דבר הרגז אותי	כן	לא

לא	כן	10. השינה שלי הופרעה בגלל הטיפול בקרוב שלי
לא	כן	11. היו לי התפרצויות בכי
לא	כן	12. הרגשתי מתח בין העבודה והאחריות המשפחתית
לא	כן	13. היו לי כאבי גב
לא	כן	14. הרגשתי לא טוב (כאבי ראש, כאבי בטן, או הצטננות)
לא	כן	15. הייתי מרוצה מהתמיכה שקיבלתי מהמשפחה שלי
לא	כן	16. הסדרי המגורים של הקרוב שלי הם לא-נוחים או מקשים על הטיפול
		17. אנא דרג את רמת המתח (סטרס) שבה אתה נמצא על רצף בין 1 ל- 10, כאשר 1 הוא "לא מתוח" ו-10 הוא "מתוח מאוד"
		18. אנא דרג את מצב בריאותך הנוכחי בהשוואה למצב בריאותך בתקופה זו בשנה שעברה, על רצף בין 1 ל- 10, כאשר 1 הוא "בריא מאוד" ו-10 הוא "חולה מאוד"

חישוב רמת המצוקה של בן המשפחה (ימולא עם סיום הריאיון)

כדי לחשב את הציון:

1. הפוך את התשובות לשאלות 5 ו-15. (לדוגמה, התשובה "לא" תיחשב כ"כן" והתשובה "כן" תיחשב כ"לא")
 2. סכם את מספר תשובות "כן"
- כדי להבין את הציון

יש סיכוי שבן המשפחה סובל מרמה גבוהה של מצוקה:

- אם ענה "כן" לשאלה 4 או 11 או לשתייהן
- אם סך כל תשובות "כן" = 10 או יותר
- אם הציון שלו בשאלה 17 הוא 6 או יותר
- אם הציון שלו בשאלה 18 הוא 6 או יותר

השפעת הטיפול על בן המשפחה

האם בסך-הכול העומס המוטל עליך כתוצאה מהטיפול בו הוא:

1. כבד מאוד
2. כבד
3. לא כל כך כבד
4. בכלל לא כבד

האם יש אנשים, חוץ ממך, שעוזרים ל _____ (זקן) בחיי היום-היום ללא תשלום?

1. אף אחד (=רק הפונה עוזר)

2. יש, פרט מי _____

פרט במה הם עוזרים _____

האם היית רוצה שבני משפחה נוספים היו עוזרים יותר ממה שהם עוזרים היום?

1. לא

2. כן, מה המכשולים העיקריים לכך _____

3. לא רלוונטי, אין בני משפחה נוספים

האם אתה מרגיש כי הטיפול ב _____ (זקן) משפיע לרעה על הקשר שלך עם בני משפחה אחרים וחברים?

1. כן, פרט עם מי ובאיזו דרך _____

2. לא

באיזו מידה מתן העזרה גורם לך להרגשת סיפוק?

1. במידה רבה מאוד

2. במידה רבה

3. במידה מעטה

4. בכלל לא

עבודה

האם אתה עובד כיום כעצמאי או כשכיר במקום עבודה כלשהו?

1. כן

2. לא, הפסקתי לעבוד בשל הצורך לטפל ---- **דלג על השאלה הבאה**

3. לא, הפסקתי לעבוד מסיבות אחרות (כגון יציאה לפנסיה)/ אף פעם לא עבדתי ---- **דלג על השאלה הבאה**

האם הטיפול ב _____ (זקן) פגע בצורה כלשהי בעבודתך (כגון הפסקת עבודה, הפסד שעות, הפסד ימי עבודה, פגיעה בקידום)?

1. לא

2. כן, פרט במה (יותר מתשובה אחת אפשרית):

שוקל להפסיק לעבוד	פגיעה בקידום
הפסדת שעות	אחר _____
הפסד ימי עבודה	

סיכום

מהי הבעיה הכי קשה שאיתה אתה נאלץ להתמודד כיום בכל הקשור לטיפול ב_____ (זקן)? מה קשה לך במיוחד בכל הקשור לטיפול ב_____ (זקן)? _____

לסיכום החלק הזה, האם יש דברים נוספים שלא דיברנו עליהם ואתה רוצה לשתף אותי בהם/ שמטרידים אותך בטיפול ב_____ (זקן)

איך אפשר לעזור לך בהתמודדות עם הטיפול? / במה אתה חש שאתה זקוק לעזרה

3. תוכנית טיפול

שירותים לבן המשפחה

* יש בקהילה שירותים שונים עבור _____ (הזקן) ועבור מי שמטפל בו. חשוב לי לבדוק אתך האם את/ה מכיר/ה או משתמש בהם. אם יש שירות שמעניין אותך נוכל לתת לך מידע לגביו וגם לסייע בקישור לנותן השירות.

סוג השירות	סטטוס	פעולת המתנדב	ציין את שם השירות/ מקום קבלתו	הערות
שירותים לבן המשפחה	מקבל ממתין לשירות לא מקבל	הופנה לשירות מעוניין אבל אין שירות / אין מקום לא מעוניין לקבל לא רלוונטי, פרט מדוע		
קבוצת תמיכה				
הרצאות/ ערבי הסברה				
מיומנויות טיפול				
רעות אש"ל - מידע וזכויות - טלפוני/ אינטרנט				
יד ריבה, יעוץ וסיוע משפטי לקשיש				
ארגוני בני משפחה אחרים (ציפורה פריד, יד לתומך וכד')				
עמותות של מחלות ספציפיות (עמדא, נאמן וכד')				
עמותות לחולים ובני משפחה				

שירותים לבן המשפחה שהוא זקן ו/או מוגבל בעצמו

סוג השירות	סטטוס	פעולת המתנדב	ציין את שם השירות/ מקום קבלתו	הערות
שירותים לבן המשפחה שמוגבל/ זקן בעצמו	מקבל ממתין לשירות לא מקבל	הופנה לשירות מעוניין אבל אין שירות / אין מקום לא מעוניין לקבל לא רלוונטי, פרט מדוע		
מועדון/ מרכז יום				
קהילה תומכת				
אחר, פרט _____ _____ _____				

4. סיכום האינטייק

סיכום הביקור למילוי ע"י המתנדב:

סכם בקצרה דברים נוספים שחשובים בעיניך (שלא תועדו בטופס האינטייק)

הטיפול בבן משפחה הסובל ממחלה או מוגבלות יכול להתחלק לתקופות שונות התלויות במצב של ה_____ (זקן) וכן בתפקיד של התומך בטיפול בבן המשפחה שלו.

אנא סמן אילו מבין ההגדרות שלהלן משקפות את מצבו של הזקן ואילו של התומך (יכול להיות מקביל, אבל לא הכרחי)

מצב הזקן	מצב בן המשפחה	
מתחילה ירידה תפקודית פיסית ו/או קוגניטיבית אצל הזקן.	בן המשפחה מתחיל את הטיפול בו, ויש לו דאגה הולכת וגוברת לשלומו	התחלה של הדרדרות במצב
יש ירידה בריאותית-תפקודית אצל הזקן (משמעותית)	בן המשפחה "נכנס לתפקיד" ועסוק במשימות של התארגנות למצב החדש (למשל דאגה למטפלת וכד').	שלב משברי/ החמרה במצב
המצב של הזקן נשאר יציב או מתדרדר לאט	בן המשפחה עסוק בריבוי של משימות הטיפול כחלק משגרת החיים	שגרת טיפול
הזקן נמצא בשלב קשה שבו אין תקווה גדולה לשיפור, והוא סובל מסימני מחלה רבים	העזרה של בן המשפחה היא אינטנסיבית בניסיון לתת את הטיפול המיטבי בשלב זה.	שלב סופי וקשה של המחלה/ המצב
		לאחר פטירת הזקן

שם הממלא: _____

תאריך מילוי האינטייק: _____

מעקב: תאריך ליצירת קשר מחודש עם בן המשפחה: _____

(התדירות תקבע לפי המקובל בתוכנית (למשל כל שלושה חודשים)/ לפי תוכנית הטיפול לבן המשפחה)

סיכום התוכנית - למסירה לבן המשפחה המטפל

(יבנה בהמשך טופס נפרד שימסר לבן המשפחה עם הצעת תוכנית אישית לפעולה)

נספח ב: דוגמה לטופס משוב בערב הסברה

טופס משוב – ערב הסברה לבני משפחה

בני משפחה יקרים, מרכז שקד הוא מרכז בהתהוות, והשירותים בו הם עבורכם.

לכן, חשוב לנו מאוד לשמוע באילו תחומים תרצו לקבל מענים, סמנו ב-X:

ייעוץ אישי ותמיכה רגשית ☐

קבוצת תמיכה ☐

פעילות הפגה כגון: סדנת בישול, טיול, יוגה צחוק וכד' ☐

יש לכם רעיונות נוספים? ☐ _____

הרצאות וסדנאות: ☐

ניהול זמן - איך בוחרים בין החשוב לדחוף? איך קובעים סדר עדיפות בין ילדים, עבודה, טיפול בהורים ובעצמנו? ☐

יחסים בתוך המשפחה - מה עושים כשהאחים/ילדים לא עוזרים בטיפול בזקן? איך מתנהלים מול הורה שאינו משתף פעולה? ☐

בריאות הזקן והמטפל העיקרי - סדרת מפגשים בנושאים מגוונים כגון: מהי התזונה הנכונה בגיל השלישי? איך מטפלים בזקן ושומרים על עצמנו ועל בריאותנו? ☐

סוגיות בגריאטריה - איך להתמודד עם טיפול מורכב בזקן? עומס תרופות במבוגרים- האם זו מגפה? האם כל המוסיף גורע? ☐

זכויות וחוקים בגיל השלישי - אילו זכויות והטבות מגיעות לאזרחים הוותיקים ולמטפלים העיקריים? כיצד ניתן לממש אותן? ☐

אחר: ☐ _____

איך שמעת על ערב ההסברה? _____

מה הייתה התרומה העיקרית של הערב עבורך? _____

להלן מספר היגדים הקשורים להשתתפות בערב ההסברה. אנא הקף בעיגול באיזו מידה אתה מסכים:

באיזו מידה...	במידה רבה מאוד	במידה רבה	במידה מעטה	בכלל לא
קיבלת מידע / ידע על שירותים וזכויות	1	2	3	4
קיבלת עידוד / תמיכה ותחושה שאתה "לא לבד"	1	2	3	4
קיבלת כלים / רעיונות פרקטיים שיכולים לעזור לך בטיפול	1	2	3	4
קיבלת כתובת למי אפשר לפנות בעתיד	1	2	3	4
תרגיש נוח יותר לפנות לעזרה	1	2	3	4
הרגשת טוב יותר עם עצמך כמטפל ביקירך	1	2	3	4
תמליץ לבן משפחה / חבר במצב דומה לשלך להשתתף בערב כזה בעתיד	1	2	3	4

נספח ג: השוואת מאפייני הפונים, לפי שנת הפנייה (באחוזים)

שנה שלישית	שנה שנייה	שנה ראשונה	סך הכול	
113	235	186	534	N
				מין*
82	74	83	79	נשים
18	26	17	21	גברים
				מצב משפחתי
83	82	81	82	נשוי
17	18	19	18	גרוש / רווק / אלמן
				מגורים
63	62	70	65	שניהם
27	22	16	21	רק הזקן
8	13	12	12	רק בן המשפחה
2	3	2	2	אף אחד מהם
				במי מטפל
68	74	71	72	הורה
21	17	16	17	בן זוג
11	9	13	11	קרוב אחר (חם, אח, סבא)
				סוג מטפל*
48	61	65	59	עיקרי
52	39	35	41	לא עיקרי

				משך טיפול
75	75	85	78	יותר משנה
25	25	15	22	עד שנה
				שלב**
39	46	44	44	שגרת טיפול
57	40	34	41	התחלת הידרדרות / החמרה / שלב סופי
4	14	22	15	לאחר פטירה
				קשר עם הזקן
34	45	40	41	מצוין
52	45	43	45	טוב מאוד / טוב
13	8	13	11	לא כ"כ טוב / בכלל לא טוב
0	2	4	3	לא ניתן לתקשר
				עומס
75	67	73	71	כבד מאוד / כבד
25	33	27	29	לא כ"כ כבד / בכלל לא כבד
				גיל (50% ערכים חסרים)
60	60	58	59	ממוצע
34	37	30	34	+65
3	1	1	1	עולה
				איך שמעת**
18	35	25	28	פרסום

25	14	13	16	חבר / בן משפחה
6	6	17	10	מרכז יום / קהילה תומכת
13	6	5	7	רווחה
12	6	5	7	מוסד לביטוח לאומי
0	4	10	5	ערב הסברה
16	15	10	14	איש מקצוע (למשל קופת חולים / עמותת חסד / בית חולים)
10	14	16	14	אחר
				סיווג הפנייה
43	50	46	48	מידע / תיווך על שירותים בקהילה
48	32	34	36	לחץ נפשי / צורך בתמיכת התומך
5	7	9	7	מצב הזקן (בריאותי / תפקודי)
4	11	10	9	אחר

* p<0.05

** p<0.00