

מחקר בסיעוד

חוברת פרסומים

במרכז הרפואי ע"ש בריזלי, אשקלון

2010-2013

עורכים

✧ יוסי בלייר R.N P.hD • אורנית כהן Msc ✧

דבר מנהלת הסיעוד



אחים ואחיות - צוות סיעוד יקר,

בגאווה ובהערכה רבה מוצגת חוברת פרסומים ראשונה אשר מרכזת את מירב הפרויקטים ועבודות המחקר של הסיעוד בברזילי בשלוש השנים האחרונות, 2010-2013.

בחוברת מוצגים פרסומים, פרויקטים ועבודות מחקר אשר נוהלו ע"י אחים, אחיות וצוותי הסיעוד של המרכז הרפואי ברזילי במסגרות שונות.

אנו מאמינים כי מחויבות ללמידה, התחדשות וקידום המחקר הם ערובה לעשייה סיעודית בטוחה ואיכותית.

הפרסומים, המחקרים והפרויקטים אשר מוצגים בחוברת זו עוסקים בהיבטים מגוונים, כמו: חקירת משתנים המשפיעים על מצבי מטופלים, ידע ועמדות של צוותי סיעוד בתחומים שונים, התערבויות סיעודיות מותאמות מצבים וצרכי מטופלים וצוות, תכניות הדרכה ועוד. כל אלו מהווים ביטוי למוכוונות האחיות והאחים בברזילי ללמידה מתמדת, לפיתוח ולקידום עשייה מבוססת ידע וראיות מחד, ומשמשים בסיס לקביעת מדיניות ותהליכי עבודה איכותיים למען המטופלים והאוכלוסייה, מאידך.

אני מברכת את האחים והאחיות שעבודתם מוצגת בחוברת זו על ההשקעה הרבה בלמידה ומחקר, דבקותם במשימה ותרומתם האיכותית לסיעוד בכלל ובברזילי בפרט.

אני מודה ליולי בלייר, מרכז מחקר בסיעוד, ולגב' אורנית כהן, מנהלת מו"פ במרכז, על התמיכה ההכוונה והליווי בעשייה חשובה זו.

בברכה,

לימור שיימן

מנהלת הסיעוד

המרכז הרפואי האוניברסיטאי ע"ש בריזלי

המרכז הרפואי בריזלי הוקם בשנת 1961 כיחידת בריאות באזור לכיש. כיום, המרכז מספק שירותי בריאות לכ- 500,000 תושבים בשגרה ובמצבי חירום. נכון לסוף 2013 במרכז 534 מיטות, לא כולל מיטות יום.

חזון המרכז מבטא את השאיפה למרכז רפואי ציבורי, המעניק שירותי בריאות איכותיים לכל אדם, מתוך שליחות למקצוע, כבוד וחמלה למטופל ושאיפה למצוינות, קדמה וחדשנות. מרכז המטבח את המשאב האנושי, מוביל בריאות בקהילה ומעודד מחקר וחינוך במקצועות הרפואה.

עד כה היה המרכז הרפואי בריזלי מסונף אקדמית לפקולטה לרפואה באוניברסיטת בן גוריון. בימים אלו הוכר בריזלי כמרכז אוניברסיטאי.

מבין יעדי המרכז לקדם את המחקר והאקדמיה, להוביל בחינוך והוראה במקצועות הבריאות. המחקר והידע הנצבר בסיעוד מהווה בסיס לאישוש או הפרכת הנחות תיאורטיות, כמו גם הבניית מאגרי נתונים, זמינים ושימושיים המאפשרים בדיקה ובקרה של איכות הטיפול ובחינת עלות תועלת של ההתערבות הסיעודית.

בשנה האחרונה נפתחה היחידה למחקר ופיתוח במרכז הרואה בעיסוק זה בכל תחומי הרפואה והפרא-רפואה בסיס לשיפור והכנסת קידמה לרווחת המטופלים והמטפלים. השאיפה המתמדת לשיפור וקידום ההתערבות והשירות הובילו לשילוב תחום המחקר בסיעוד כחלק משמעותי בתחומי המחקר במרכז בכלל ולמקום חשוב ומרכזי של העשייה סיעודית בפרט.

חוברת זו, במהדורתה הראשונה מהווה בסיס למינוף ועידוד פרויקטים ומחקר בסיעוד מחד וכלי עזר עבור עבודות עתידיות.



תוכן עניינים

6	פרסומים בכתבי עת בינלאומי	1
1.1 Nurses and nutrition: a survey of knowledge and attitudes regarding nutrition assessment and care of hospitalized elderly patients. Boaz M, Rychani L, Barami K, Houri Z, Yosef R, Siag A, Berlovitz Y, Leibovitz E		6
1.2 Using a Simple Diary for Management of Nausea and Vomiting During Chemotherapy Frida Barak, MD, Mazal Amoyal, BSN, RN, and Leonid Kalichman, PhD		17
1.3 Acute Transient Phlebitis During epitifibatide intervenous injection- Case report. Hay E, Blaer Y, Shlyakhover V, Katz A, Jafari J.		20
1.4 Combination of several rare complications of myocardial infarction in a single patient Eugeny Fishman, Yosef Blaer, Amos Katz, Chaim Yosefy		21
22	פרסומים בכתבי עת ארצי	2
2.1 שימוש בתכשיר הומאופתי "קוליק" ואירוע מספן חיים לכאורה. שרגא אבינר, מתיתיהו ברקוביץ', חדוה דלקיאן, רוני בראונשטיין, יוסף לומניקי ומנחם שלזינגר.		22
23	פרסומים בכנסים	3
3.1 אי תפקוד מיני בנשים לאחר RADICAL CYSTECTOMY אסתי פורקוש, אביבה פסלר, מירב חסן		23
3.2 קבוצת תמיכה במשפחות מתמודדים בגישה מעורבת. רוטשטיין משה		24
3.3 בקרת זיהומים בפגייה- שינוי מדיניות להפחתת שיעור נשאות קלבסיאלה. יפעת מימון, דר' אילן סגל, דר' צייטלין מריה ² , אורנית כהן, דר' שמואל צנגן		27
3.4 הניתוח הצליח ניצלו החיים איך מכאן ממשיכים ? התמודדות עם קולוסטומיה הדרכה באשפוז לעצמאות בשחרור. אביטל סיאג, לימור שיימן		28
3.5 שימוש מושכל בציד רפואי כדרך להבטחת איכות הטיפול. בלייר יוסי, בר יוסף אסתר, דוד תמר.		29
3.6 Near – death experience (NDE) – nursing implication Blaer Y, Bar Yosef E., Dvid T.		30
3.7 שיטת CIVAS מורחב בהכנות פראנטרליות כדרך להבטחת איכות הטיפול לחולים		32
3.8 שימוש מושכל בציד רפואי כדרך להבטחת איכות הטיפול. בלייר יוסי, בר יוסף אסתר, דוד תמר		34
35	תקצירי עבודות לתארים מתקדמים	4
4.1 התמודדות עם לידת פג. לילה שוורצמן, מוריה טובול.		35
4.2 התמודדות משפחה עם מחלה כרונית של ילד עם סוכרת נעורים. שרה מודזגרשוילי		36
4.3 הנחיית הורים לילדים מתבגרים החולים בסוכרת נעורים מרסל גבאי, שרה מודזגרשוילי		45
4.4 פונדקאות בישראל- מסגרת החוק, ההליך והצדדים. רעות בן זאב		52
4.5 טעויות במתן תרופות ודרכי מניעה. טל בן וליד חליס		64
4.6 ידע ועמדות אחיות מוסמכות בנושא תזונה הקשיש המאושפז במחלקות אשפוז. ברמי כוכבה חורי זהבה יוסף רות סיאג אביטל ריחני לידה		74
4.7 הדרגת נשים לקראת ניתוח קיסרי מתוכנן ככלי מפחית חרדה. טל בן וליד חליס		108
4.8 ידע עמדות ותפיסת מסוגלות עצמית של אחיות העובדות במחלקה פנימית לגבי אנשים המכורים לתרופות מרשם אמירוב לאורה, סבג טל אור (טלי)		132

4.9	תת-מחלקה קרדיולוגית במרכז הרפואי "ברזילי" בראייה אסטרטגית. אבוטבול סנדרה, אבוטבול ויקי, רכטמן גנדי ואלעפיניש
149	אמינה.
164	4.10 הטרדה מינית בארגונים כסוג של אלימות אופקית מרסל גבאי, שרה מודזגרשוילי
177	4.11 קליטת אחות חדשה למחלקה, אמוזיג גלית
180	4.12 תכנית הדרכה להורים על צהבת ילודים מריה מירוצ'ניק
181	4.13 הדרכת יולדות ממוצא סודני/אריתראי בשפה הטיגרית. מירדחנב רדמילה, שושני דפי
191	4.14 חוסר אחידות בצוות לגבי מבנה הדרכה להנקה. אוזן אירמה, אמואל מזל, אלמקיאס דליה, אספרנסה מירב, דיגילוב אלווירה, טמנו פנטה
193	4.15 פיתוח והטמעה אתיקה בארגוני בריאות. אקריש אתי, בן גיאת שמחה, בניאל סימה דלקיאן חדווה, מירילאשוילי מרים
207	4.16 הקשר בין מספר משמרות הלילה והפרעות שינה לבין שחיקת עובדי הסיעוד והשפעתו על תפקודם המקצועי. אקריש אתי, בניאל סימה, מירילאשוילי מרים
213	4.17 הערכת השירות "בטרם מלידה" בית חולים ברזילי שירן בורד, ד"ר אורנה בראון-אפל.
230	4.18 לומדה בנושא זיהוי, מיפוי וטיפול בפצעי לחץ, מרסל גבאי, שרה מודזגרשוילי
241	4.19 מינוי "נאמנת זיהומים" כחלק ממנגנוני הטמעת נוהלי עבודה, מרסל גבאי, שרה מודזגרשוילי
252	4.20 בית חולים עתידי בשנת 2025. גרודזינסקי רון סטלה, זול מירה, נטי אהרונוף רשל.
263	4.21 גורמים המשפיעים על אנמיה בקרב תינוקות בעיר רמת גן. גרודזינסקי רון סטלה, זול מירה, נטי אהרונוף רשל
280	4.22 גילנות בקרב אחיות בישראל: אירית אבני, סיגלית ארבבוף, סטלה גרודזינסקי רון, רשל נטי אהרונוף
322	4.23 מיקור חוץ של שירותי מכבסה בבית-החולים ברזילי, אשקלון גרודזינסקי רון סטלה
332	4.24 מצב מערכת הבריאות בישראל גרודזינסקי רון סטלה, נטי אהרונוף רשל
338	4.25 לחצים בעבודה גרודזינסקי רון סטלה, נטי אהרונוף רשל
350	4.26 פערים במצבי בריאות בין קבוצות אוכלוסיה גרודזינסקי רון סטלה, חובב סיגל

362	5 מצגות
362	5.1 שיפור חווית המטופל- אמוזיג גלית, כרמי כוכי, גרינבלט מיכל
367	5.2 מחלקת אורלוגיה: אי שליטה על סוגרים. פסלר אביבה, מירב חסן
370	5.3 מניעת הדבקויות בניתוחים קיסריים ככלי להפחתת סיבוכים פוסט- ניתוחיים- טל בן וליס, טניה ווסובניקוב
375	5.4 טיפולי פוריות-מצגת הדרכה
378	5.5 תוכנית עבודה שנת 2012. שוש רשף, ענת אליאסי, אוסנת מימון, גליה רוזנברג, לאה מירלאשוילי

1.1 Nurses and nutrition: a survey of knowledge and attitudes regarding nutrition assessment and care of hospitalized elderly patients. Boaz M, Rychani L, Barami K, Houri Z, Yosef R, Siag A, Berlovitz Y, Leibovitz E

J Contin Educ Nurs. 2013 Aug;44(8):357-64. doi: 10.3928/00220124-20130603-89. Epub 2013 Jun 10.

Abstract

BACKGROUND:

Nurses' knowledge and attitudes regarding nutrition care play an important role in patient nutrition assessment and intervention. This study measured the association between nutrition knowledge and attitudes about nutrition care and feeding patients among nurses working in hospital settings.

METHODS:

This cross-sectional survey queried nutrition knowledge, attitudes, clinical applications, and task rankings using structured questionnaires in a representative sample of 106 nurses employed at two large government hospitals.

RESULTS:

The mean proportion of correct responses to the nutrition knowledge questionnaire was $51.9\% \pm 0.1\%$. Nutrition care tasks, including feeding patients, performing nutrition assessment, and providing appropriate food to patients, were ranked as relatively unimportant. A significant positive association was identified between total nutrition knowledge score and the importance placed on the role of nutrition in health and disease.

CONCLUSION:

Nutrition education for nursing staff could improve both nutrition knowledge and willingness and confidence to perform nutrition assessment.

Nurses and Nutrition: A Survey of Knowledge and Attitudes Regarding Nutrition Assessment and Care of Hospitalized Elderly Patients

¹Mona Boaz, PhD, RD, Lydia Rychani, MA, RN, Kohava Barami, MA, RN, Zahava Houri, MA, RN, Ruth Yosef, MA, RN, Avital Siag, MA, RN, Yitzhak Berlovitz, MD, and Eyal Leibovitz, MD

Increased risk of malnutrition has been identified in 50% of hospitalized adults, depending on the definition used and the population assessed (Beghetto, Luft, Mello, & Polanczyk, 2009; Correia & Campos, 2003; Edington et al., 2000). Duration of hospital stay is doubled in these patients, and the risk of in-hospital mortality increases by a factor of six (Giryes et al., 2012). Fulfilling nutrition requirements in hospitalized adults can be challenging. Patients may have feeding difficulties because of a variety of physical or cognitive etiologies. Lack of appetite, confusion, trouble handling utensils, difficulty swallowing or chewing, depression, general functional decline, and inadequate assistance with feeding may all contribute to poor dietary intake among hospitalized adults (Simmons & Schnelle, 2003). Nurses are often the first members of the health care team to identify feeding difficulties in a given patient (Lin, Watson, & Wu, 2010). Therefore, their knowledge and attitudes regarding nutrition care play a pivotal role in patient nutrition assessment and intervention. Among nurses working in residential facilities, overall positive attitudes about nursing nutrition care were driven by positive attitudes about the importance of food; however, respondents had negative attitudes about patients' inability to self-feed (Christensson, Unosson, Bachrach-Lindström, & Ek, 2003). Among nurses working in community settings, those with advanced training had more positive attitudes about the importance of nutrition in the overall health care of elderly patients (Endevelt, Werner, Goldman, & Karpati, 2009), suggesting an association between knowledge and attitudes regarding nutrition. Associations between knowledge about nutrition and attitudes about nutrition care and feeding have not been well delineated among nurses working in acute care settings. The current study was conducted to measure this association among nurses working in inpatient internal medicine and surgical departments.

METHODS

Objectives

The primary objective of the study was to measure the association between nutrition knowledge and attitudes about nutrition care and feeding among nurses working in hospital settings. Additionally, associations between the total nutrition knowledge score and the clinical application of nutrition tasks and between scores and ranking of nursing tasks were assessed. Specifically, the following were investigated: (1) nurses' nutrition knowledge regarding hospitalized elderly patients; (2) nurses' attitudes regarding the role of nursing staff in the nutrition care and feeding of elderly hospitalized patients; (3) application of nutrition knowledge in daily practice; and (4) ranking of the importance of nursing staff roles.

Study Design

The current study was a cross-sectional survey of knowledge and attitudes among nurses working in internal medicine and surgical departments in acute care hospitals.

¹ Dr. Boaz is Director, Epidemiology and Research Unit, E. Wolfson Medical Center, Holon; and Professor, Department of Nutrition, School of Health Sciences, Ariel University, Ariel, Israel. Ms. Rychani is Director of Nursing Services, E. Wolfson Medical Center, Holon, Israel. Ms. Barami is Deputy Director of Surgical Nursing, Barzilai Medical Center, Ashkelon, Israel. Ms. Houri is Clinical Instructor of Nursing, Barzilai Medical Center, Ashkelon, Israel. Ms. Yosef is Team Nurse, Southern District Office of Nursing, Ministry of Health, Ashkelon, Israel. Dr. Berlovitz is Executive Director, E. Wolfson Medical Center, Holon, Israel. Dr. Leibovitz is Chair of Medicine, Internal Medicine Department E, E. Wolfson Medical Center, Holon, Israel. The authors have disclosed no potential conflicts of interest, financial or otherwise. Address correspondence to Mona Boaz, PhD, RD, Professor, Department of Nutrition, School of Health Sciences, Ariel University, Ariel, Israel. E-mail: monabo@ariel.ac.il. Received: January 30, 2013; Accepted: May 17, 2013; Posted: June 10, 2013. doi:10.3928/00220124-20130603-89 358 Copyright © SLACK Incorporated

Study Population and Sampling

The study participants were employed at two large government tertiary care facilities in the center and the south of Israel. Participants were stratified by department type: 11 internal medicine, 3 surgical, 2 neurologic, 2 orthopedic, and 1 geriatric. A probability sample using the last digit of participants' national identity number was used to select 25% of nurses employed in each of the participating departments. A total of 106 participants completed the survey (100% participation). For analysis, internal medicine, neurologic and geriatric departments were combined and classified as internal medicine departments, and surgical and orthopedic departments were combined and classified as surgical departments.

Study Measures

The study questionnaire was translated from the Aspects of Nutritional Knowledge, Attitudes and Practices of Nurses Working in the Surgical Division at the Kenyatta National Hospital, Kenya, questionnaire (Kobe, 2006). Originally written in English, this survey was translated into Hebrew. The translation was judged to be accurate and true by an expert panel that included a senior internist, a research nurse, and an epidemiologist who is a registered dietitian and also holds an advanced degree in nutrition. The translated version was tested in a small group of nurses (not included in the current report) to assess ease of comprehension.

The questionnaire had the following four sections:

1. Socio-demographic data: An 11-item questionnaire on socio demographic characteristics, including age, gender, country of origin, parents' country of origin, department of employment, nursing education, advanced training, and nutrition education.
2. Nutrition knowledge: An 18-question, multiple choice nutrition knowledge survey assessing participants' knowledge of dietary and feeding practice and theory with reference to hospitalized elderly patients. An additional five nutrition knowledge questions that were not included in the original questionnaire were added to this section.
3. Attitudes: A 12-item questionnaire with a four point Likert response set (1 = strongly agree; 4 = strongly disagree) to identify attitudes regarding the role of the nurse in providing nutrition care and feeding assistance.
4. Application in clinical practice: A 12-item multiple-choice questionnaire examining the way in which nutrition knowledge was implemented in clinical practice. Additionally, nurses were asked to rank 11 of their clinical duties in terms of importance using a five-point Likert scale (1 = not at all important; 5 = extremely important).

Sample Size

With 106 respondents, the current study had 80% power to detect a true correlation of $r = 0.27$ between knowledge and attitude scores, using the Pearson's correlation coefficient and assuming a two-sided alpha of 0.05.

Data Analysis

Data were collected on paper documents, up loaded to Microsoft Excel for storage, and transferred to SPSS, version 19, for analysis. Distributions of continuous variables were assessed for normality using the Kolmogorov-Smirnov test (cutoff at $p < .01$). Normally distributed continuous variables were described as mean $\pm$ standard deviation, and those with distributions that significantly deviated from normal were described as median (min-max). Associations between continuous variables were assessed by calculating the Pearson's or Spearman's correlation coefficient. Comparisons of nutrition scores by clinical application of nutrition care tasks were made with one-way analysis of variance or the Kruskal-Wallis test, as appropriate. Nominal variables, such as gender and department type, were described using frequency counts and are presented as n (%). Associations between nominal variables were assessed using the chi-square test, with Fisher's exact test as appropriate. All tests were two-sided and considered significant at $p < .05$.

RESULTS

A total of 106 nurses completed the survey, representing 25% of all nurses working in participating departments. Sociodemographic characteristics of the study population are provided in Table 1. Distribution of the study participants in terms of department of employment and professional training closely resembled the makeup of the nursing population at the participating institutions.

Table 2 provides the patterns of responses to the nutrition knowledge questionnaire. The mean score (calculated as the sum of all correct answers) was 11.9 ± 2.03 , implying that the proportion of correct responses was $51.9\% \pm 0.1\%$. Attitudes toward given statements were scored on a scale of 1 to 4, where 1 is strongly agree and 4 is strongly disagree. The lower the score, the more the respondent agreed with the statement, as shown in Figure 1. Nurses most strongly agreed with the following statements: "It is the responsibility of the dietitian to conduct nutrition assessment"; "Nutrition prevents illness"; "Nutrition has an important role in recovery from illness"; and "Patients with limitations must be supervised during meals." Nurses most strongly disagreed with the following statements: "Nutrition counseling is not the responsibility of the nurse"; and "Nurses possess a great deal of nutrition knowledge." Performance of nutrition-related tasks is described in Table 3. All respondents reported using anthropometric measures and nutrition history as tools to conduct nutrition assessment. However, most respondents reported performing nutrition assessment on some but not all of their patients. Similarly, most nurses indicated that they did not weigh all of their patients, but when they did, it was related to health assessment, in response to an apparent change in weight or appetite, or to dose medication. Most nurses did not believe that it is necessary to address nutrition status during medical rounds.

However, they did favor a multidisciplinary approach, as indicated by a willingness to consult with dietitians and physicians to solve nutrition care problems. Most nurses stated that they occasionally had time to assist patients with feeding. Only one in five nurses reported that patients in their care always received appropriate nutrition support, and most indicated that patients received such care most of the time or sometimes. Participants ranked 11 nursing tasks in terms of importance, as shown in Figure 2. In addition to bathing patients, all of the lowest-ranked tasks involved nutrition care. These tasks included feeding patients, performing nutrition assessment, and providing appropriate food to patients.

Associations Between Nutrition Knowledge Scores and Participant Characteristics

Associations between total nutrition knowledge score and age or years of nursing experience were not detected. Total nutrition knowledge score did not differ by gender, level of nursing education, advanced courses, department of employment, country of origin, or parents' country of origin. A marginally positive association was observed between length of time since immigration to Israel and total nutrition knowledge score ($r = 0.21$, $p = 0.09$).

Associations between Nutrition Knowledge Scores and Attitudes

The total nutrition knowledge score was significantly inversely associated with the following attitude statements: "Nutrition prevents illness" ($r = -0.25$, $p = .01$) and "Nutrition has an important role in recovery from illness" ($r = -0.22$, $p = .02$). Because a score of 1 indicates strong agreement with the statement, a significant inverse association with the total nutrition knowledge score signifies that the higher the total nutrition knowledge score, the stronger the agreement with the attitude statement. Further, two marginally significant inverse associations were detected between total nutrition knowledge score and the following statements: "It is the responsibility of the nurse to conduct nutrition assessment" ($r = -0.17$, $p = .085$) and "It is important to assess the patient's nutrition status" ($r = -0.18$, $p = .07$). The following statement was significantly positively associated with the total nutrition knowledge score: "Nutrition counseling is not the responsibility of the nurse" ($r = 0.31$, $p = .001$). This indicated that the higher the total nutrition knowledge score, the more strongly the respondents disagreed with the attitude statement.

Associations Between Nutrition Knowledge Scores and Clinical Application of Nutrition Care Tasks

No significant differences in total nutrition knowledge score were detected by clinical application of nutrition care tasks. However, a marginal difference ($p = .09$) in score was detected across response categories to the question, "Why do you weigh patients?" Subjects who responded "as part of the health assessment" had a total nutrition knowledge score of 11.2 ± 1.7 ; those who answered "when weight loss or a decline in appetite has occurred" had a score of 11.3 ± 2.4 ; those who answered "for the purpose of

dosing medication” had a score of 10.4 ± 1.5 ; and those who responded “all of the above” had a score of 12.2 ± 2.0 . Similarly, a marginal difference in total nutrition knowledge score was detected across response categories to the question, “Is a discussion of nutrition status a necessary part of medical rounds?” Participants who responded “always” had a total nutrition knowledge score of 11.4 ± 2.2 . Those who answered “sometimes” had a score of 12.3 ± 1.8 , and those who responded “no” had a score of 11.5 ± 2.3 ($p = .08$).

Associations Between Nutrition Knowledge Scores and Ranking of Nutrition Care Tasks

Two nursing tasks were significantly positively associated with total nutrition knowledge score: patient counseling ($r = 0.23$, $p = .02$) and nutrition assessment ($r = 0.23$, $p = .02$). This finding indicated that the higher the total nutrition knowledge score, the higher the ranking of these tasks. Marginally positive associations were identified between total nutrition knowledge score and patient intake at admission to the department ($r = 0.17$, $p = .08$) and patient discharge from the department ($r = 0.18$, $p = .07$).

DISCUSSION

In the current study, the correct response rate to the nutrition questionnaire was 51.9%. This is similar to the correct response rate of 58.4% reported in a Korean nutrition knowledge survey among nurses (Park et al., 2011) wherein nutrition information on obesity and heart disease was particularly lacking. In another study, dialysis nurses had greater knowledge about nutrition in patients with chronic kidney disease than about nutrition in the general population. However, they lacked information on specific nutrients critical to the nutrition care of these patients (Cupisti et al., 2012). Together, these findings suggest a need for nutrition education among nursing staff. A significant positive association was identified between total nutrition knowledge score and the importance placed on the role of nutrition in health and disease. In addition, total nutrition knowledge score was positively associated with the importance assigned to performing nutrition assessment. Although nurses identified nutrition as important to both disease prevention and recovery, they ranked responsibilities associated with providing nutrition care as less important than other nursing duties. Specifically, feeding patients and providing appropriate food to patients were among the lowest ranked tasks. Associations were not observed between total nutrition knowledge score and clinical application of any of the nutrition care tasks. This apparent inconsistency may reflect a lack of training in performing nutrition assessment (Kim & Choue, 2009), an idea supported by participants’ view that nutrition assessment is the purview of the dietitian. Even brief professional training of nurses has been shown to improve nutrition assessment skills (Gance-Cleveland, Sidora-Arcoleo, Keesing, Gottesman, & Brady, 2009). This is an important point because initial nutrition assessment is often assigned to nursing staff (de Kruif & Vos, 2003). Interestingly, respondents strongly disagreed with the statement that nutrition counseling is not the nurse’s responsibility. This finding suggested that although nurses did not view nutrition assessment as their responsibility, they believed that they had a role in nutrition counseling. Individual counseling is a preferred way to convey health information (Parker, Steyn, Levitt, & Lombard, 2012). However, the health counselor must have adequate, evidence-based information (Parker, Steyn, Levitt, & Lombard, 2011). The findings of the current survey should be viewed in light of its limitations. First, the study was performed at only two hospitals, one in the center and one in the south of the country. Subjects were enrolled using a probability sample of all nurses employed in participating departments, so 25% of all such nurses were recruited. This suggests that the findings are generalizable to the population of nurses employed at the participating centers. However, the degree to which findings can be extrapolated further to all nurses in Israel is not known. Another important consideration when interpreting results is response bias, which can influence participant response patterns. Nurses who participated in the current study were guaranteed anonymity, which has been shown to improve validity (Warner et al., 2011). Nevertheless, surveys were distributed and completed in the workplace, which may affect reporting (Lapane, Quilliam, & Hughes, 2007). On a pragmatic level, the findings of the current survey suggest that nutrition education for nursing staff might improve nutrition knowledge, willingness to perform nutrition assessment, and confidence in performing this assessment. A recent study found inadequate nutrition knowledge among third- and fourth-year nursing students and concluded that improved nutrition education in the nursing curriculum is needed (Buxton & Davies, 2012). Participants in the current study strongly disagreed with the statement, “Nurses possess a great deal of nutrition knowledge.” Nutrition education programs can remedy this situation.

Nutrition education does not need to be restricted to the undergraduate level. Instead, nutrition education courses can be offered as part of continuing education for nurses in workplace and academic settings. The effect of nutrition education on nurses' knowledge and attitudes regarding nutrition could be efficiently tested with a randomized clinical trial. Moreover, nutrition education for nurses can increase nurses' participation in patient nutrition counseling and can be a force for patient change as well as a source of patient satisfaction (Sargent, Forrest, & Parker, 2012).

REFERENCES

- Beghetto, M. G., Luft, V. C., Mello, E. D., & Polanczyk, C. A. (2009). Accuracy of nutritional assessment tools for predicting adverse hospital outcomes. *Nutricion Hospitalaria*, 24(1), 56-62.
- Buxton, C., & Davies, A. (2012). Nutritional knowledge levels of nursing students in a tertiary institution: Lessons for curriculum planning. *Nurse Education in Practice*, 12, 174-176.
- Christensson, L., Unosson, M., Bachrach-Lindström, M., & Ek, A. C. (2003). Attitudes of nursing staff towards nutritional nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(3), 223-231.
- Correia, M. I. T. D., & Campos, A. C. L. (2003). Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: The multicenter ELAN study. *Nutrition*, 19, 823-825.
- Cupisti, A., Ferretti, V., D'Alessandro, C., Petrone, I., Di Giorgio, A., Meola, M., . . . Capitanini, A. (2012). Nutritional knowledge in hemodialysis patients and nurses: Focus on phosphorus. *Journal of Renal Nutrition*, 22(6), 541-546.
- de Kruif, J. T., & Vos, A. (2003). An algorithm for the clinical assessment of nutritional status in hospitalized patients. *British Journal of Nutrition*, 90(4), 829-836.
- Edington, J., Boorman, J., Durrant, E. R., Perkins, A., Giffin, C. V., James, R., . . . Coles, S. J. (2000). Prevalence of malnutrition on admission to four hospitals in England: The Malnutrition Prevalence
- Group. *Clinical Nutrition*, 19(3), 191-195. Endevelt, R., Werner, P., Goldman, D., & Karpati, T. (2009). Nurses knowledge and attitudes regarding nutrition in the elderly. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13(6), 485-489.
- Gance-Cleveland, B., Sidora-Arcoleo, K., Keesing, H., Gottesman, M. M., & Brady, M. (2009). Changes in nurse practitioners' knowledge and behaviors following brief training on the healthy eating and activity together (HEAT) guidelines. *Journal of Pediatric Health Care*, 23(4), 222-230.
- Giryas, S., Leibovitz, E., Matas, Z., Phridman, S., Gavish, D., Shalev, B., . . . Boaz, M. (2012). MEasuring NUtrition risk in hospitalized patients: MENU, A hospital-based prevalence survey. *Israel Medical Association Journal*, 14(7), 405-409.
- Kim, H., & Choue, R. (2009). Nurses' positive attitudes to nutritional management but limited knowledge of nutritional assessment in Korea. *International Nursing Review*, 56(3), 333-339.
- Kobe, J. A. (2006). *Aspects of nutritional knowledge, attitudes and practices of nurses working in the surgical division at the Kenyatta National Hospital, Kenya*. Matieland, South Africa: University of Stellenbosch.
- Lapane, K. L., Quilliam, B. J., & Hughes, C. M. (2007). A comparison of two distribution methods on response rates to a patient safety questionnaire in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(7), 446-452.
- Lin, L. C., Watson, R., & Wu, S. C. (2010). What is associated with low food intake in older people with dementia? *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2), 53-59.
- Park, K. A., Cho, W. I., Song, K. J., Lee, Y. S., Sung, I. S., & Choi-Kwon, S. M. (2011). Assessment of nurses' nutritional knowledge regarding therapeutic diet regimens. *Nurse Education Today*, 31(2), 192-197.
- Parker, W. A., Steyn, N. P., Levitt, N. S., & Lombard, C. J. (2011). They think they know but do they? Misalignment of perceptions of lifestyle modification knowledge among health professionals. *Public Health Nutrition*, 14(8), 1429-1438. Parker,
- W. A., Steyn, N. P., Levitt, N. S., & Lombard, C. J. (2012). Health promotion services for patients having non-communicable diseases: Feedback from patients and health care providers in Cape Town, South Africa. *BMC Public Health*, 12, 503.
- Sargent, G. M., Forrest, L. E., & Parker, R. M. (2012). Nurse delivered lifestyle interventions in primary health care to treat chronic disease risk factors associated with obesity: A systematic review. *Obesity Reviews*, 13(12), 1148-1171.
- Simmons, S. F., & Schnelle, J. F. (2003). Implementation of nutritional interventions in long-term care. *Alzheimer's Care Quarterly*, 4(4), 286-296.

Warner, C. H., Appenzeller, G. N., Grieger, T., Belenkiy, S., Breitbach, J., Parker, J., Hoge, C. (2011). Importance of anonymity to encourage honest reporting in mental health screening after combat deployment. *Archives of General Psychiatry*, 68(10), 1065-1071.

Key points

1. Nurses answered 51.9% of questions on nutrition knowledge correctly.
2. Although the study participants agreed that nutrition has a role in disease prevention and recovery, they did not believe that nutrition assessment or counseling was the responsibility of the nurse.
3. Among a list of nursing tasks, nurses rated those involving patient nutrition care and feeding lowest in importance.
4. Higher nutrition knowledge scores were associated with more positive attitudes and higher ranking of nutrition care tasks. 364

TABLE 1

SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF THE STUDY POPULATION

TABLE 1 SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF THE STUDY POPULATION	
Characteristic	%
Mean age in years (<i>SD</i>)	39.1 (9.0)
Female	90.6
Mean years in nursing profession (<i>SD</i>)	13.5 (8.9)
Country of origin	
Israel	39.6
Former Soviet Union	54.7
Other	5.7
Parents' country of origin ^a	
Israel	16.0
Former Soviet Union	57.5
Other	26.4
Department	
Internal medicine	73.6
Surgical	26.4
Highest level of education	
Registered nurse	41.5
Baccalaureate degree	46.2
Master's degree	12.3
Advanced professional training	17.0
Training location	
Israel	45.3
Other	15.1
Nutrition education	57.5
Other formal education	26.4
Note. ^a Father's and mother's countries of origin were the same in all cases.	

TABLE 2

PERCENTAGE OF CORRECT ANSWERS TO THE NUTRITION KNOWLEDGE QUESTIONNAIRE

TABLE 2 PERCENTAGE OF CORRECT ANSWERS TO THE NUTRITION KNOWLEDGE QUESTIONNAIRE	
Question (Correct Answer)	% of Correct Answers
Overweight patients should always be placed on a weight loss diet. (No)	61
Vitamin C does not participate in: (Muscle contraction)	67
The human body requires carbohydrates for: (Energy and protein sparing)	66
Which of the following combinations provides the most protein? (Milk, chicken, fish)	69
Nutrition requirements increase after trauma or surgery. (True)	96
Do individuals require more nutrition supplementation than normal after surgery? (Yes)	67
How soon after a minor surgical procedure can the patient resume normal dietary intake? (If hemodynamically stable, immediately)	48
What is the preferred method of feeding patients with a functional gastrointestinal tract who cannot swallow? (Enteral)	62
How should a patient with a high-output fistula (> 500 ml/d) be fed? Assume no sepsis. (Enterally and parenterally)	15
Which of the following is incorrect? (There is no cultural influence on eating)	86
Cooling certain foods is essential in order to: (Slow bacterial growth)	67
What is the caloric value of a gram of carbohydrate + a gram of protein + a gram of fat? (17 kcal)	64
Which activity is incorrect when a patient chokes? (Give more food)	95
What body mass index range is associated with reduced mortality in an elderly individual? (23–30 kg/m ²)	44
What is the range of "normal" body mass index in a healthy adult? (18.5–24.99 kg/m ²)	60
What value of albumin in blood is considered a sign of malnutrition? (< 3 g/L)	87
Which level of hemoglobin requires medical attention in an elderly patient? (8–10 mg/dl)	97
What position is most appropriate for a patient when eating? (90°)	49

TABLE 3
CLINICAL APPLICATION OF NUTRITION KNOWLEDGE

TABLE 3 CLINICAL APPLICATION OF NUTRITION KNOWLEDGE	
Question and Answers	% Responding
1. Which measures would you use to perform nutrition assessment for your patient?	
Vital signs (blood pressure, pulse)	0.0
Urinalysis	0.0
Weight, height, body mass index, nutrition history	100.0
2. How many of your patients do you assess for nutrition status?	
All of my patients	25.5
Some of my patients	66.0
None of my patients	8.5
3. Do you weigh patients on admission to your department?	
Always	26.9
Sometimes	51.9
Estimate weight	11.5
Never	9.7
4. Why do you weigh patients?	
As part of the health assessment	10.4
When weight loss or a decline in appetite has occurred	8.5
For the purpose of dosing medication	4.7
All of the above	76.4
5. Is a discussion of nutrition status a necessary part of medical rounds?	
Always	32.1
Sometimes	56.6
No	11.3
6. What would you do if you saw that a patient was not receiving appropriate nutrition?	
Consult with the dietitian	69.1
Report to the physician	24.7
Discuss the situation with the patient	6.2
7. How can a patient's nutrition status be improved?	
Appoint a committee responsible for serving and feeding the patient	3.8
Perform nutrition assessment in concert with the physician and the dietitian	22.9
Refer the patient to the physician	1.9
Perform nutrition assessment in concert with the physician and the dietitian and refer the patient to the physician	71.4

TABLE 3 (cont'd) CLINICAL APPLICATION OF NUTRITION KNOWLEDGE	
Question and Answers	% Responding
8. Do you have time to assist patients with feeding?	
Sometimes	78.3
I am too busy for that task	7.5
I always have time for that task	14.2
9. Which professional group has responsibility for nutrition assessment of the hospitalized patient?	
Physicians	19.0
Nurses	30.5
Dietitians	50.5
10. How often is adequate and appropriate nutrition care provided in your department?	
Always	20.8
Most of the time	63.2
Sometimes	14.1
Occasionally	1.9
11. Have you ever weighed a patient more than once during a given hospitalization?	
Yes	64.8
No	35.2
12. How have you handled situations in which you've felt a patient did not receive appropriate nutrition care?	
Consult with the dietitian	58.0
Consult with the physician	2.0
Consult with both the dietitian and the physician	40.0

Figure 1. Response patterns for each of the attitude statements.

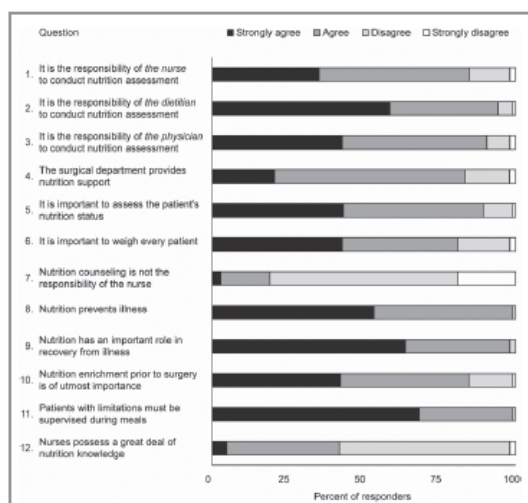


Figure 1. Response patterns for each of the attitude statements.

Figure 2. Median rank of nursing tasks on a five-point Likert scale (1 = not at all important; 5 = extremely important).

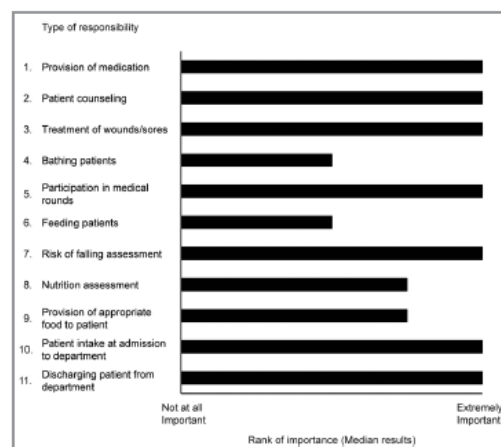


Figure 2. Median rank of nursing tasks on a five-point Likert scale (1 = not at all important; 5 = extremely important).

1.2 Using a Simple Diary for Management of Nausea and Vomiting During Chemotherapy ²Frida Barak, MD, Mazal Amoyal, BSN, RN, and Leonid Kalichman, PhD

Clinical Journal of Oncology Nursing • Volume 17, Number 5 • Evidence-Based Practice 1
Evidence-Based Practice Carlton G. Brown, PhD, RN, AOCN®—Associate Editor

Abstract

To help clinical staff make effective adjustments to patients' antiemetic therapy, the authors gave patients a nausea and vomiting diary to record their experiences. Use of the diary strengthened patients' sense of security, as well as trust between staff and patients, in addition to increasing the staff's sensitivity to cultural differences in their approach to cancer and chemotherapy. Most patients responded favorably to the opportunity to express their fears and anxieties in diary format.

Nausea and vomiting (NV) are frequent complications following chemotherapy, even when taking 5-HT₃ or neurokinin-1 antagonists (Kris et al., 2006). The rate of NV is higher in women, particularly in those who have received prior chemotherapy, have experienced motion sickness, had NV during pregnancy, or knew other people personally who had received chemotherapy (Dando & Perry, 2004; Warr, Street, & Carides, 2010). The literature has documented the physical and emotional effects of chemotherapy induced NV (Dando & Perry, 2004; Kris et al., 2005). Therefore, oncology units place great emphasis on prevention of post chemotherapy NV.

The authors of this article introduced an innovative technique where patients used a self reporting NV diary following chemotherapy, with the desire to improve patients' NV management. A very simple diary was developed to monitor patients' NV and establish additional ways for patients to express their fears and anxieties in their own language. The main objective was to evaluate the effectiveness of a self reporting NV diary as a tool to ensure effective communication with patients and to become involved in the patient treatment process and antiemetic therapy adjustment. An additional aim was to evaluate the association between NV during pregnancy and chemotherapy-induced NV. Previously, only Hermansen-Kobulnicky, Wiederholt, and Chewning (2004) used the Write Track personal health tracker to evaluate adverse effects in a randomized pretest/post-test experimental study (N = 74) of patients who were beginning chemotherapy.

Methods

All new female patients with operable breast cancer (post surgery) who were treated in the oncology unit with adjuvant chemotherapy containing doxorubicin (N = 47) were assigned to participate in the study. Participants were aged **about 57 years** (range = 36–78 years) and had an average of two children (range = 0–8). All participants were chemotherapy naive and most received IV chemotherapy of a similar regimen for the treatment of their breast cancer. The Specialized Oncology Unit of the Barzilai Medical Center in Ashqelon, Israel, provides medical services to a population of 500,000, consisting of a high proportion of immigrants with a wide variety of languages, cultural backgrounds, and social and financial conditions, mostly immigrants from the former Union of Soviet Socialist Republics. Given that diversity, innovative approaches are required to ensure excellence of care. Oncology unit services include follow-up visits, chemotherapy treatments, pain evaluation and care, supportive and palliative care, psychosocial support, and nutritional evaluation. Prior to initiating treatment, patients were asked to detail NV during their pregnancies or any other experiences with NV. Prior to the first treatment, each patient received a seven-day post-chemotherapy diary. The diary was developed to answer the need for feedback about NV from the patient, particularly those who did not speak Hebrew, the local language. Each day, patients used a four point Likert-type scale ranging from 1 (no nausea) to 4 (severe nausea) to score nausea and a similar four-point scale ranging from 1 (no vomiting) to 4 (severe vomiting) for vomiting. At subsequent visits, the healthcare team (i.e., oncology nurse and physician) assessed the number of vomiting episodes since the last visit and the **higher** daily scores of the NV using the categories weak (grade 1 and 2 NV), moderate (grade 3 NV), or severe (grade 4 NV). Following the assessment, when warranted, the physician made adjustments to the patient's antiemetic treatment. Other symptoms such as fatigue, pain, ad mood (depression), and loneliness, which were assessed by the diary, were discussed with the patient and relevant support and reassurance were given by an oncology nurse, physician, dietitian, or social worker. Each patient received individualized attention. Patients continued to write in the diary following each chemotherapy

² Frida Barak, MD, is and Mazal Amoyal, BSN, RN, is both in the Specialized Oncology Unit at Barzilai Medical Center in Ashqelon; and Leonid Kalichman, PhD, is in the Physical Therapy Department at Ben Gurion University of the Negev in Beer Sheva, all in Israel. The authors take full responsibility for the content of the article. The authors did not receive honoraria for this work. No financial relationships relevant to the content of this article have been disclosed by the authors or editorial staff. Kalichman can be reached at kalichman@hotmail.com, with copy to editor at CJONEditor@ons.org.

session, allowing the healthcare team to provide constant evaluation, constructive care, and communication with the patient. Routinely, patients were advised to start antiemetic treatment 30 minutes prior to chemotherapy. During treatment, patients received IV doses of 5-HT₃ receptor antagonists and dexamethasone. For two consecutive days after chemotherapy, patients received a 5-HT₃ receptor antagonist, and, when warranted, a dopaminergic antagonist. At the visit seven days post chemotherapy, patient diaries were evaluated and translated (if necessary) by the nurse and oncologist for assessment of efficiency of antiemetic treatment. Antiemetic treatment was adjusted according to patient report in the diary. The schedule and doses of antiemetic drugs used are presented in Table 1. If the NV was graded as weak, the treatment remained unchanged or an option of lorazepam tablets (1 mg) one hour prior to bedtime was advised. If the NV score was moderate, the patient was prescribed lorazepam and dexamethasone. If the NV score was severe, the patient was prescribed a neurokinin-1 antagonist (aprepitant) tablet (125 mg) one hour before chemotherapy and then 80 mg for the next two days. Two-day regimens included a neurokinin-1 antagonist (aprepitant) tablet (125 mg) up front for highly emetic chemotherapy protocols. Because aprepitant was not included in list of drugs subsidized by the Israel healthcare state system at the time of this trial, patients received it only as a rescue medication for NV. Aprepitant now is an integrative part of the antiemetic protocol in oncology for prophylaxis of NV during highly emetic chemotherapy (Kris et al., 2005).

Results

The authors looked at the relationship between chemotherapy-induced NV after the first versus the second treatment. Among three individuals who experienced severe NV after the first treatment, one continued to experience severe NV after the second treatment and two experienced no or light NV. Among 16 individuals who experienced moderate NV after the first treatment, only 4 (25%) experienced moderate, and 12 (75%) experienced no or light NV after the second treatment. The review of the diary led to steps that likely were effective in improving patients' antiemetic treatment. Among the 18 women who had no experience with NV during pregnancy, 12 (67%) experienced no or light NV after the first course of chemotherapy and (33%) experienced moderate-to-severe NV (see Table 2). However, among nine women who did experience NV during pregnancy, five (55%) experienced moderate-to-severe NV after the first course of chemotherapy, and four (44%) experienced no or light NV.

Discussion

In the current study, antiemetic therapy was successful even after the first treatment, with 57% of patients not experiencing any NV. Antiemetic therapy adjustments based on information received from a simple self-reporting NV diary also were effective. The number of patients complaining of delayed NV declined to 4%–11%, much lower than reported in other studies (Grunberg et al., 2004). Those results are similar to a study by Hermansen-Kobulnicky et al. (2004), which found patient self-documented symptoms and adverse effects can be valuable, particularly when the information is used to help tailor medication regimens to improve clinical status while satisfying patients' personal priorities. The use of a simple diary in the current study allowed the clinical staff to make adjustments to patients' antiemetic therapy. That involvement gave the staff a sense of caring (Grunberg et al., 2004). Taking into account the relatively small sample size of the study, the authors can cautiously conclude that using the self-reporting NV diary along with antiemetic therapy facilitates a high degree of control of NV. The results of the current study suggest a propensity (1.5 times higher) for women who experienced NV during pregnancy to experience chemotherapy-induced NV. The knowledge of patient NV during pregnancy, motion sickness related NV, or past personal experience or exposure to NV in others are of major importance for nurses and other clinical staff because they possibly identify patients who could experience NV during chemotherapy. The authors found that most patients responded favorably to the opportunity to express their fears and anxieties in diary format and were appreciative of the individualized attention. Nurses reported that the introduction of a diary assisted with better understanding of their patient. Using the self-reporting NV diary strengthened the sense of security of the patients and the trust between staff and patients, in addition to increasing the sensitivity of the staff to cultural differences in the approach to cancer and chemotherapy. Following the results of the pilot study, the oncology unit implemented the change of using the questionnaire to adjust the antiemetic treatment and to evaluate patient emotional status.

Conclusion

When patients used a self-reporting NV diary, it helped to achieve a better control of NV. Patients favorably responded to the opportunity to express their fears and anxieties and were appreciative of the individualized attention. Using the self-reporting NV diary strengthened patient sense of security and increased the sensitivity of the staff to cultural differences in their approach to cancer and chemotherapy.

References

Dando, T.M., & Perry, C.M. (2004). Aprepitant: A review of its use in the prevention of chemotherapy-induced nausea

and vomiting. *Drugs*, 64, 777–794. doi:10.2165/00003495-200464070-00013

Grunberg, S.M., Deuson, R.R., Mavros, P., Geling, O., Hansen, M., Cruciani, G., Daugaard, G. (2004). Incidence of chemotherapy-induced nausea and emesis after modern antiemetics. *Cancer*, 100, 2261–2268. doi:10.1002/cncr.20230

Hermansen-Kobulnicky, C.J., Wiederholt, J.B., & Chewing, B. (2004). Adverse effect monitoring: Opportunity for patient care and pharmacy practice. *Journal of the American Pharmaceutical Association*

Kris, M.G., Hesketh, P.J., Herrstedt, J., Rittenberg, C., Einhorn, L.H., Grunberg, S., . . . Ballatori, E. (2005). Consensus proposals for the prevention of acute and delayed vomiting and nausea following high-emetic-risk chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 13(2), 85–96.

Kris, M.G., Hesketh, P.J., Somerfeld, M.R., Feyer, P., Clark-Snow, R., Koeller, J.M., Grunberg, S.M. (2006). American Society of Clinical Oncology guidelines for antiemetics in oncology: Update 2006. *Journal of Clinical Oncology*, 24, 2932–2947. doi:10.1200/JCO.2006.06.9591

Warr, D.G., Street, J.C., & Carides, A.D. (2010). Evaluation of risk factors predictive of nausea and vomiting with current standard-of-care antiemetic treatment: Analysis of phase 3 trial of aprepitant in patients receiving adriamycin-cyclophosphamide-based chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 19, 807–813. doi:10.1007/s00520-010-0899-5

Table 1. Schedule and Doses for Antiemetic Drugs

TABLE 1. Schedule and Doses for Antiemetic Drugs							
Agent	Dose and Schedule						
	Prechemotherapy	Postchemotherapy (Treatment Days)					
	12–14 Hours Pretreatment	Day 1	Day 2	Day 3	Day 4	Day 5	Day 6
Corticosteroids							
Dexamethasone	8 mg x 2 PO	8 mg x 1 IV	4 mg x 2 PO ^a	4 mg x 2 PO ^a	4 mg x 1 PO ^a	2 mg x 1 PO ^a	–
5-HT₃ receptor antagonists							
Granisetron	–	3 mg x 1 IV	1 mg x 2 PO	1 mg x 2 PO	–	–	–
Ondansetron	–	8 mg x 1 IV	8 mg x 2 PO	4 mg x 2 PO	–	–	–
Dopaminergic antagonists							
Metoclopramide	–	–	–	–	10 mg x 3 PO ^b	10 mg x 3 PO ^b	10 mg x 3 PO ^b
Anxiolytics							
Lorazepam ^c	–	1 mg x 1 (two hours before bed daily)	–	–	–	–	–
^a Patients with moderate to severe nausea and vomiting ^b PRN ^c Patients with anxiety, insomnia, or high emotional distress							

TABLE 2. Crosstabs

TABLE 2. Crosstabs [Au: frequency? occurrence?] of NV During Pregnancy Versus the First Visit (N = [Au: ?])				
NV During Pregnancy	N	NV at First Visit		
		No or Light	Moderate	Severe
Unknown	20	12	8	0
No	18	12	4	2
Yes	4	4	4	1
NV—nausea and vomiting [Au: please explain table. Crosstabs don't add up. Perhaps more clear to present in text instead?]				

**1.3 Acute Transient Phlebitis During eptifibatide intravenous injection-
Case report.** Hay E, Blaer Y, Shlyakhover V, Katz A, Jafari J.
Heart Lung. 2010 May-Jun;39(3):235-6. .

Abstract

We present a 56-year-old man who developed acute transient phlebitis of the right cephalic vein during an intravenous injection of eptifibatide (Integrilin, Schering Plough, Kenilworth, NJ). The eptifibatide injections were discontinued, and signs of phlebitis disappeared within minutes. The patient's course was uneventful, and he was discharged home after 8 days. As far as we know, this is the first report of acute transient phlebitis during intravenous eptifibatide injections in the English-language medical literature.

1.4 Combination of several rare complications of myocardial infarction in a single patient Eugeny Fishman, Yosef Blaer, Amos Katz, Chaim Yosefy
Open Journal of Internal Medicine, 2012, 2:80-82. OJIM Published Online June 2012
(<http://www.SciRP.org/journal/ojim/>)

Abstract

There are three major mechanical complications of acute myocardial infarction: rupture of the left ventricular free wall, rupture of the interventricular septum, and development of mitral regurgitation. Each of these complications is associated with extremely high mortality.

Reviewing the scientific literature, we found descriptions of sporadic cases of both of those **complications combined.**

We report an unusual case of simultaneous rupture of free wall and interventricular septum.

2 פרסומים בכתבי עת ארצי

- 2.1 שימוש בתכשיר הומאופתי ל"קוליק" ואירוע מסכן חיים לכאורה. שרגא אבינר, מתיתיהו ברקוביץ', חדוה דלקיאן, רוני בראונשטיין, יוסף לומניקי ומנחם שלזינגר.
מתוך: Pediatrics (2010), כרך 125 (2), עמ' 317-324.

תקציר

מטרה: לעיתים רחוקות נמסר דיווח על אירוע מסכן חיים לכאורה (ALTE), שנגרם על-ידי לקיחת תרופות או רעלנים (toxins), בקרב תינוקות. אף אחד מהחומרים הללו לא היה תרופה הומאופתית. אנחנו מדווחים על 11 תינוקות שהגיעו עם ALTE לאחר לקיחת גליכול בִּיבִי, חומר הומאופתי שמומלץ ל"קוליק" (infantile colic).

שיטות: נערך מחקר מקרה-ביקורת רטרוספקטיבי. נסקרו גליונות כל התינוקות שהיו בני פחות משנה ואושפזו עם ALTE, מינואר 2005 ועד אוגוסט 2008, במחלקת הילדים של המרכז הרפואי ברזילי. תינוקות באותו גיל, שאושפזו באותם תאריכים בגלל סיבה שאיננה ALTE שימשו כקבוצת ביקורת. המידע לגבי תרופות שניתנו לפני האשפוז נרשם.

תוצאות: במהלך תקופת המחקר ביקרו בחדר מיון ילדים של המרכז הרפואי ברזילי 36,635 ילדים. במהלך תקופה זו היו 11,057 אשפוזים במחלקת ילדים, כאשר 115 מתוכם היו בגלל ALTE. אחד-עשר מהתינוקות הללו קיבלו גליכול בייבי לפני האירוע, בניגוד לאף אחד בקבוצת הביקורת ($P < 0.005$). שלושה תינוקות קיבלו מינון-יתר משמעותי בהשוואה למינון המומלץ על-ידי היצרן. לאחר חקירה יסודית, לא נתגלתה אף סיבה סבירה אחרת ל-ALTE אצל 11 התינוקות.

מסקנות: גליכול בייבי מקושר עם ALTE אצל תינוקות מסויימים. לא התפרסמו שום ניסויים מבוקרים על יעילות או בטיחות השימוש בו, לכן יש צורך בבקרה ופיקוח טובים יותר לגבי גליכול בייבי, וכנראה גם תרופות הומאופתיות אחרות, כדי למנוע השפעות שליליות חמורות פוטנציאליות.

3.1 אי תפקוד מיני בנשים לאחר RADICAL CYSTECTOMY אסתי פורקוש, אביבה פסלר, מירב חסן
 . אסתי פורקוש, BA מדריכה קלינית, אביבה פסלר BA אחראית מחלקה, מירב חסן BA מתאמת סרטן
 הערמונית.

מחלקה אורולוגית, מרכז רפואי ברזילי אשקלון
 תקציר קרלטון 2010

הקדמה

ניתוח RC בסרטן שלפוחית השתן עונה על הצורך להביא לריפוי או להרחקת סכנת החיים בו נמצאים חולים מסוג זה. לאחר הניתוח בתקופת ההחלמה עולים צרכים ובעיות הדורשות מענה וטיפול מתאים ובהם גם התפקוד המיני.

מטרת המחקר המדובר הוא השפעת RC על התפקוד המיני בנשים.

השאלה הנשאלת במחקר זה, האם ישנו שינוי בתפקוד המיני בנשים שעברו RC והאם שיטת הניתוח תורמת לכך?

השיטה

שאלון מובנה ובו המשתתפים להערכת התפקוד המיני לפני ואחרי הניתוח במחקר השתתפו 34 נשים שעברו RC בשלוש שיטות מקובלות.
 המחקר רטרוספקטיבי בו נבחנו תחומי התפקוד המיני ובאיזו רמה.

תוצאות

50% מהנשים נמצאו לא מתפקדות מבחינה מינית לאחר RC ללא שינוי בשיטת הניתוח.
 48% הגיעו למגע מיני בהצלחה
 52% דיווחו על ירידה בסיפוק הכללי
 30% דיווחו על ירידה בחשק המיני

מסקנות

תוצאות המחקר מעידות על כך כי שיטת הניתוח אינה משפיעה על תפקודן המיני של נשים.
 יתכן ואם יהיה דגש בשיטת הבנייה והשמירה הנורווסקולרית יושג שיפור.
 אי תפקוד מיני בנשים לאחר RC הנה בעיה המערבת בתוכה בעיות רבות ובתוכן התפקוד המיני המשפיע על המשך אורך חייהן של נשים אלה.

המלצות

יש צורך במחקרים נוספים לאומדן תפקוד מיני לאחר ניתוחים בהם יושם דגש על שמירה ובנייה.
 ואולי ניתן יהיה לפתור את הבעיה. על המנתחים לשים דגש על שיטת הניתוח בה יש שמירה ובנייה נורווסקולרית.
 אנו כאחיות המטפלות בנשים אלו צריכות לשים לב לצרכים ולביטויים של הבעיות הנובעות מאי תפקוד מיני ומשליכות על הדימוי האישי ואורך החיים של הנשים.
 הבסיס בטיפול בהן הוא זיהוי הבעיה והפנייתן לרופא ולפסיכולוג היכולים לעזור במעט במצב הקיים.

ביבליוגרפיה

המאמר "אי תפקוד מיני בנשים לאחר RC – חידושים ועדכונים"
 מאמר מתוך כתב העת ELSEVIER ADULT UROLOGY 2004 עמודים 1153-1157.
 CRAGD ZIPPE, RUPESH RAINA, ASHAD SHAH, ERIC Z MASSANYL, ASHOK
 AGARWAL, JAMES ULCHAKER, STEPHEN AND ERIC KLEIN.

טלפונים זמינים: אסתר פורקוש- 0507369244. מחלקה אורולוגית-086745874

3.2 קבוצת תמיכה במשפחות מתמודדים בגישה מעורבת. רוטשטיין משה
B.A R.N אח אחראי המחלקה הפסיכיאטרית במרכז הרפואי ברזילי באשקלון

כנס בין תחומי ראשון בנושא "פנים רבות לסיעוד". דן פנורמה, תל אביב. 1.10.2013 Oral presentation

רקע :

המחלקה הפסיכיאטרית במרכז הרפואי ברזילי באשקלון משרתת אוכלוסיה של כ- 500,000 תושבים מאשדוד, קריית-מלאכי ועד בואכה באר-שבע. המחלקה בעלת תפיסת עולם קהילתית ומעניקה שרות פסיכיאטרי כוללני- מטיפול במטופלים מורכבים המאושפזים בהוראת אשפוז "מוגבלי חופש" ועד מתמודדים בשלבי שיקום שונים ושילובם בקהילה.

אשפוז בן משפחה מפר את האיזון בחיי כל משפחה, בהתנהלות ובתפקוד היומיומי. בני משפחה צריכים להתמודד עם מצבי דחק של עצמם ומאידך להיות מסוגלים לטפל בבן המשפחה החולה (1).

הגישה הבסיסית של קבוצת תמיכה במשפחות של מטופלים ומתמודדים הסובלים מהפרעות התנהגות היא גישה פסיכו- חינוכית המשלבת בחלק מהמפגשים היבטים קוגניטיביים ודינמיים (2, 3, 4). באשקלון וסביבותיה חסרה מסגרת טיפולית תומכת בבני משפחות המתמודדים.

במיוחד במעבר בין האשפוז לקהילה.

קבוצת תמיכה במשפחות הינה בעלת חשיבות נוספת באשר היא נותנת מענה משלים לשינויים החברתיים- כלכליים שאנו עדים להם בשנים האחרונות. הקבוצה מרכזת טיפול במספר משפחות מטופלים ומתמודדים בו זמנית, עובדה המייעלת כלכלית את הטיפול ומשדרגת את ההשפעה הטיפולית בסביבה דינמית ותמיכתית.

מטרות :

1. בני משפחות המטופלים/מתמודדים :
 - א. יחוו תמיכה, ירכשו ידע וכלים על מנת להקטין את הדחק היומיומי שלהם עצמם.
 - ב. ירכשו ידע וכלים להתמודדות עם בן המשפחה המטופל/מתמודד ולסייע בידו.
 - ג. ישפרו את איכות חייהם וע"י כך גם את איכות חיי בן המשפחה המטופל/מתמודד.
2. הצוות הסיעודי (והרב מקצועי) יפנים את ערכם וחשיבותם של בני משפחות המטופלים/מתמודדים בטיפול הכוללני בבן המשפחה החולה.

שיטות

- תהליך בניית והפעלת הקבוצה התנהל בשלושה שלבים.
- א. א.סיעור מוחין של קבוצת עבודה קטנה בצוות הסיעודי על מנת להתוות את , האני מאמין המקצועי, אופי ותוכנית הקבוצה.
 - ב. שיווק רעיון הקבוצה בקרב אוכלוסיות של מטופלים/מתמודדים ומשפחותיהם.
 - ג. ג.הפעלת הקבוצה.
- בני משפחות של מטופלים מאושפזים ובנוסף לכך בני משפחות של מתמודדים שאושפזו בעבר במחלקה הוזמנו טלפונית לשיחה. בהגיעם נעשתה שיחת התאמה וצירוף לקבוצה.

הקריטריונים להתאמת המועמדים לקבוצה היו :

- א. בן/בת, אח/ות, הורה ועוד -בן משפחה למטופל/מתמודד - חולה נפש.
- ב. שפת דיבור עברית (לעיתים ניתן לתרגם לרוסית. לא ניתן להתחייב לכך)
- ג. מחויבות להגיע פעם בשבוע למפגש הקבוצה.
- ד. מחויבות להודיע לצוות מראש על היעדרות מהמפגש.
- ה. מחויבות לשמור על כבוד ופרטיות המשתתפים בקבוצה.
- ו. מחויבות לשמור בסוד ולכבד כל מידע שנידון בקבוצה.

ז. מחויבות לא לבוא בשום תביעה ואו טענה כלפי הצוות ולא כלפי המוסד באשר לתוצאות המפגשים.
ח. מחויבות לסייע ככל היכולת לאחרים בקבוצה.

במהלך התקופה משלב יצירת הקשר ועד לפתיחת הקבוצה נשמר קשר טלפוני שוטף עם בני המשפחות המתאימים עפ"י הקריטריונים הנ"ל. נקבעה מסגרת ראשונית של כ-שנים-עשר מפגשים, עם נושאים מגוונים אשר הונחו ע"י גב' אילנה ברזובסקי מנחה ומרכזת הקבוצה בשיתוף ובהדרכה שלי.

כמו-כן שולבו בהנחיית המפגשים :

- סומנהל המחלקה דר' א. בלגורודסקי,
- סגנית פסיכיאטר מחוזי דר' מילה רזניק,
- פסיכולוג מומחה מר יעקב רויטמן.
- דיאטנית ראשית של המרכז הרפואי גב' ריקי גרובר,
- עו"ס המחלקה גב' יסמין יוגב.

כל מפגש נפתח בשיחה חופשית אודות נושא המפגש לדוגמא :

- ☐ נושא סטיגמה.
- ☐ התמודדות המשפחה עם מחלת הנפש.
- ☐ טיפול תרופתי במחלות נפש.
- ☐ מאניה והפרעות פסיכוטיות – סימפטומים ודרכי התמודדות.
- ☐ חרדה ודיכאון - סימפטומים ודרכי התמודדות.
- ☐ שיקום סוציאלי פסיכיאטרי - זכויות החולה, נכות כללית ונכות נפשית הבדלים וייחודיות, סל שיקום, גמלה חודשית, מוסדות בירוקרטים בקהילה, מדרג וסוגי מוסדות שיקומיים בקהילה.
- ☐ תיאורית המשבר - התייחסות אישית של המשתתפים - ביחס למיקומם בשלבי המשבר.
- ☐ תזונה נכונה ושמירה על משקל גוף תקין.
- ☐ חוק זכויות החולה, החוק לטיפול בחולי נפש. אשפוז כפוי, הוראה לבדיקה כפויה, הוראת אשפוז, אפטרופסות ועוד.
- ☐ מצבי חירום בפסיכיאטריה והתמודדות עם מצבי אלימות.
- ☐ תהליך קבלת החלטות.

המפגשים התקיימו פעם בשבוע בשעות 18:00-16:00 במחלקה הפסיכיאטרית. בני המשפחות קיבלו בכל תחילת פגישה, את המרחב ואת האקלים הקבוצתי להעלות את מחשבותיהם ולחלוק את תחושותיהם לגבי נושא המפגש.

במחצית תוכנית המפגשים ובסופה הועברו שאלוני משוב לשיעור רצון המשתתפים לצרכי לימוד עצמי ושדרוג תהליכי הקבוצה. (ראה נספח 4)

הקבוצה שאנו מפעילים אינה נושאת אופי מחקרי. הרעיון שלנו הוא להעניק שרות נוסף לאוכלוסיית הסביבה. היצירתיות שברעיון מתבטאת בנכונות שלנו להשלים חוליה ברצף הטיפול מאשפוז לקהילה.

המשתתפים היו מקרב משפחות למטופלים מאושפזים נוכחים במחלקה,

בנוסף למשפחות שהוזמנו באמצעות המרפאות לבריאות הנפש ואנשי מקצוע בקהילה.

תוצאות וסיכום :

במחזור הראשון מיפנו 31 משפחות שמתוכן השתתפו בקבוצה 16 משפחות.

במחזור השני מיפנו 26 משפחות שמתוכן השתתפו בקבוצה 15 משפחות.

ממוצע השתתפות במפגשים עמד על 92% וזו הצבעה חיובית ברגליים. המשתתפים שאלו איך עד כה לא הייתה כאן קבוצה כזו? כמו גם ביקשו להאריך את סדרת המפגשים בנושאים מסוימים ואכן נענינו. קיבלנו משוב חיובי מאד ממשפחות המטופלים. במחזור הראשון כ-95% מהמשתתפים דרגו את תשובותיהם בשאלות מ 1-10, כ- מרוצים מאד, 5% דרגו את תשובותיהם כ- מרוצים. במחזור השני כ- 97% מהמשתתפים דרגו את תשובותיהם כמרוצים מאד, כאשר 3% דרגו כמרוצים (ראה נספח 5) ניתנה לנו ההזדמנות לחוות חוויה מרגשת, מלמדת ומעצימה לאורך כל הדרך. כעת אנו מתכננים להרחיב את אוכלוסיית היעד באופן שנפרסם את דבר קיומה של הקבוצה בקרב קופות החולים במרחב אשקלון, דרכם נגיע למשפחות חולי נפש המקבלים שרותי בריאות בקופות.

ביבליוגרפיה:

- מוניץ ח. עורך ואחרים "פרקים נבחרים בפסיכיאטריה". מהדורה רביעית. הוצאת פפירוס 2003 ע"מ -687-709, 470-480, 467-468.
- מוניץ ח. עורך ואחרים "פרקים נבחרים בפסיכיאטריה". מהדורה רביעית. 2003 הוצאת פפירוס. ע"מ -87-90.
- יהודית בורנשטיין, רזיה שור, חגית מקורי עורכות. "המסע לעבר בריאות ורווחה - תוכנית פסיכוכינוכית לשיקום פסיכיאטר" R'3 2006 בהוצאת העמותה לסייעוד פסיכיאטרי. בישראל.
- דב גולדברגר, עורך ראשי. פעלופדיה. 1996 הוצאה משכל. ע"מ 175-177, 210-207, 285-288.

3.3 בקרת זיהומים בפגיה- שינוי מדיניות להפחתת שיעור נשאות קלבסיאלה. presentation

Oral יפעת מימון³, דר' אילן סגל⁴, דר' צייטלין מריה², אורנית כהן⁵, דר' שמואל צנגן⁶
הכינוס השנתי ה-20 של החברה הישראלית לאיכות ברפואה. מרכז הכנסים במלון דיויד אינטרקונטיננטל, תל אביב. יום רביעי, 20 בנובמבר 2013

הקדמה

שכיחותם של חיידקים מסוג Extended spectrum beta-lactamase producing Klebsiella Pneumonia (ESBL KP) עלתה בשנים האחרונות במחלקות אשפוז. החיידק שייך לקבוצת ה-Enterobacteriaceae ומועבר באופן פקו-אוראלי. בעוד באוכלוסיית בריאים אין החיידק גורם לרוב למחלה, הרי שבחולים עם חסר חיסוני, בכלל זה יילודים ופגים, הוא עלול לגרום לתחלואה ותמותה. בחולי פגיה קיים קשר ישר בין שיעור הנשאות של חיידק במחלקה לבין מספר האירועים של Late Onset Sepsis מאותו החיידק. מחקרים הראו כי באמצעות שילוב של סיקור שגרתי לחיידקי מעי ESBL, וקיבוץ (cohorting) הנשאים ניתן להפחית במידה ניכרת את שיעור הנשאות. למרות זאת נשארה מדיניות הסיקור השגרתי לחיידקים דוגמת ESBL KP במחלקות ופגיות רבות אינן סוקרות לנשאות. בעקבות שני מקרי זיהום פולשני בחיידק בפגיה במרכז הרפואי "ברזילי" שגרמו לתחלואה ותמותה נבדקו כלל התינוקות המאושפזים ונמצאה רמה של 100% בהמצאות החיידק. בעקבות זאת, ננקטה מדיניות בקרת זיהומים בפגיה במשך חמישה חודשים להורדת שיעור הנשאות.

מטרת המחקר

להוכיח כי באמצעות פעולות סיקור שגרתי, קיבוץ חולים לפי סוג הנשאות וחיזוק פעולות לבקרת זיהומים, ניתן להפחית את שיעור הנשאות בחולי פגיה.

שיטות

בין ינואר 2013 למאי 2013 בוצע מחקר התערבות פרוספקטיבי. נערך סיקור חצי שבועי לכל התינוקות המאושפזים במחלקת הפגיה, שגילם הכרונולוגי מעל ל-72 שעות. הסיקור בוצע באמצעות משטח פרי רקטלי. תינוקות שנמצאו חיוביים קובצו יחדיו. כמו כן ננקטו פעולות נוספות למניעת זיהומים כגון: חיזוק החינוך לשטיפת ידיים, עידוד מעורבות ההורים במניעת זיהומים, תצפיות ועוד.

תוצאות

במהלך חמישה חודשים בוצעו 187 סיקורים ב-73 תינוקות. בינואר 2013 עמד שיעור הנשאות ל-ESBL KP על 100% מהמאושפזים. היארעות מקרים חדשים בינואר עמדה על 45% ובסוף מאי 2013 ירד שיעור היארעות המקרים החדשים בצורה משמעותית ל-20%, ($p < 0.01$). בחודש מאי, ניכר הבדל משמעותי בין כמות הנשאים ל-ESBL KP לילודים שאינם נשאים (17 נשאים לעומת 65, בהתאמה. $p < 0.05$) במהלך תקופת המחקר לא אירעו כל אירועי זיהום פולשני מהחיידק. מספר האירועים הזיהומיים, מכל מחולל בתקופה זו עמד על חמש, בעוד שבחמשת החודשים שקדמו להתערבות עמד על שמונה מחוללים.

מסקנות

מדיניות בקרת זיהומים של סיקור שגרתי תכוף, קיבוץ נשאים וחיזוק נורמות למניעת זיהומים יכולה להועיל בהורדת שיעור הנשאות של חיידק ה-ESBL KP בחולי פגיה. יש לשקול הנהגה של מדיניות סיקור וקיבוץ כשגרה בפגיות בהן מתרחשים זיהומים פולשניים בחיידק זה.

³ יפעת מימון- ס. אחות אחראית היחידה לטיפול נמרץ ביילוד ובפג (MA)
⁴ דר' אילן סגל, דר' מריה צייטלין- רופאי היחידה לטיפול נמרץ ביילוד ובפג (MD)
⁵ מנהלת מחקר ופיתוח (M.Med.Sc)
⁶ דר' שמואל צנגן- מנהל היחידה לטיפול נמרץ ביילוד ובפג (MD)

3.4 הניתוח הצליח – ניצלו החיים – איך מכאן ממשיכים ??? התמודדות עם קולוסטומיה – הדרכה באשפוז לעצמאות בשחרור. אביטל סיאג¹, לימור שיימן במרכז הרפואי ברזילי באשקלון

Poster_ כנס בין תחומי ראשון בנושא "פנים רבות לסיעוד". דן פנורמה, תל אביב. 1.10.2013

¹-כירורגיה כללית וכלי דם, ²-מנהלת הסיעוד.

בעבר, ניתוחי מעי גס שהסתיימו בקולוסטומיה היו בדרך כלל ניתוחים מתוכננים. יתירה מכך, לחולה היה יותר זמן אשפוז, פני ואחרי הניתוח, לצורך הסתגלות לשינוי.

היום, עם התפתחות והתקדמות הנישיות הניתוחיות, אחוז הניתוחים המסתיימים בקולוסטומיה ירד. ניתן גם לומר שכיום נוצר מצב בו רוב החולים מתעוררים מהרדמה עם קולוסטומיה, לאחר הסבר קצר ומהיר שניתן במסגרת הכנה דחופה לניתוח. ההלם היה עצום. בנוסף לכך, מדיניות קיצור ימי האשפוז מאפשרת תקופת הסתגלות קצרה ביותר לשינוי דרמטי.

מעבר לבעיות המתאפיינות מצבי מטופלים לאחר ניתוח, הבעיות הרגישות קשות מנשוא.

- פחד וחרדה.
 - פגיעה בדימוי גוף ובהערכה עצמית.
 - תלות בזולת.
 - העדר מיומנות לטיפול עצמי.
 - תקופת הסתגלות קצרה במסגרת אשפוז.
- במטרה לסייע לחולה להגיע לשליטה מרבית בטיפול עצמי בקולוסטומיה, במהלך האשפוז, פותחה תוכנית הדרכה ייחודית לסביבת אשפוז. התוכנית מופעלת בכל המשמרות ע"י מס' אנשי צוות מהמחלקה. נעשה שימוש בעזרים מוחשיים לצורך תרגול, כבר מהיום השני לאחר הניתוח. כמו כן שיתוף הקהילה אודות מצב החולה, התכנית והנדרש להערכות בקהילה מס' ימים לפני השחרור.

תכנית ההדרכה נקבעת בהתאם למצב החולה ויכולת התפיסה וההבנה שלו. זאת לאחר איתור קרובים משמעותיים, כחלק מהמערכת התורמת, בהתאם לרצונו והסכמתו. התכנית מופעלת בכל המשמרות, ע"י מס' אנשי צוות.

מטרת העל של התכנית להביא את החולה לשליטה מרבית בטיפול עצמי בקולוסטומיה במהלך האשפוז.

כבר ביום שני לאחר הניתוח, בהתאם למצב החולה ולאחר אומדן יכולת ההתמודדות שלו מוצג בפניו דגם מלאכותי הממחיש את מראה הסטומה ומאפשר תרגול השימוש בצידוד. הדגם נשאר אצל החולה במהלך האשפוז למגע ותרגול חוזר לפי הצורך. במקביל, ביום השני לאחר האשפוז מועבר מכתב סיעודי – הכנה לשחרור המפרט את תכנית ההדרכה של החולה ורשימת הצידוד שיש להכין מבעוד מועד בקהילה. אחות הקהילה מגיעה למחלקה להכרות עם החולה. בשחרור מהמחלקה רוב חולים עצמאיים בטיפול בסטומה והקהילה ערובה לקליטת

3.5 שימוש מושכל בציוד רפואי כדרך להבטחת איכות הטיפול. בלייר יוסי , בר יוסף אסתר, דוד תמר.

הכינוס ה-18 של מועצה הלאומית ללוגיסטיקה במערכת הבריאות ישראלית

26-27 אפריל 2010. מלון דוויד אינטרקוטיננטל, תל אביב, ישראל.

תקציר

ציוד רפואי מתכלה (medical equipment) ציוד המיועד לאבחון, ניטור וטיפול של מצבים רפואיים. מציוד הנ"ל נדרשים סטנדרטים מחמירים של איכות ובטיחות.

זיהוי והגדרת הבעיה

ציוד המגיע למחלקות שנרכש ללא מעורבות המשתמש לעתים לא תקין, לא מתאים, לא ידידותי למטפל/מטופל, גורם לחוסר שביעות מצד הצוות המטפל והתוצאה בזבוז כספי רב.

התערבות

הוקם צוות חשיבה שכלל נציגי הנהלת הסיעוד, אנשי רכש, אחיות אחראיות.

פותח טופס "קבלת מוצר מספק, לניסיון בביה"ח". המוצר המתקבל לניסיון בבית החולים יכוון למחלקה המומחית בתחום. הנהלת הסיעוד וקניין יקבלו טופס/משוב מידי על כל מוצר ומוצר.

השפעה על האיכות

ציוד רפואי מתכלה שמתקבל למחלקות מתאים, ידידותי ובטיחותי למטפל/מטופל. מחלקה המומחית בתחום ממליצות לרכישת ציוד לכל בית חולים. קיים שביעות רצון של הצוות מציוד רפואי מתכלה.

רק 22.22% - 57.14% מהמוצרים הנבדקים המלצות לרכישה.

הוצאה שנתית של קניית ציוד לבית חולים לתקופה של שלוש שנים, ירדה ב 6.3%.

Near – death experience (NDE) – nursing implication Blaer Y, Bar Yosef E., Dvid T. **3.6**

International Nursing Conference -Caring to Know, Knowing to Care

Oral presentation. June 4 – June 7. Jerusalem 2012, Israel.

Abstract

The near – death experience (NDE) is a vivid series of events reported by some individuals after periods of clinical dead. The nurses must be familiar with the characteristics of the experience, they are able to assist the patients (pt) to understand available information about NDE. The first academic "data" from pt that surviving CPR writhed by Bazzano in 1890. The NDE have explained on the diverse theories but still large – scale studies are needed to understand the etiology and true significance of NDE.

The aim of this presentation is to focus on evidence from the current literature regarding, to increase the knowledge and to provide pt and their families with professional and compassion nursing care.



רקע

כיום רוב החולים מתעוררים מהרדמה עם קולוסטומיה, לאחר הסבר קצר ומהיר שניתן במסגרת הכנה דחופה לניתוח. בנוסף שינוי במדיניות קיצור ימי האשפוז, מקטין את תקופת הסתגלות לשינוי דרמטי זה.

ההלם למטופל הוא עצום. בנוסף הבעיות הרגשיות המתלוות לניתוח קשות מנשוא: פחד וחרדה, פגיעה בדימוי גוף ובהערכה עצמית, תלות בזולת, העדר מיומנות לטיפול עצמי....

במטרה לסייע לחולה להגיע לשליטה מרבית בטיפול עצמי בקולוסטומיה, פותחה תכנית הדרכה, שמטרתה לאפשר למטופל להגיע לשליטה מרבית בטיפול עצמי בקולוסטומיה במהלך האשפוז, התכנית מועלת בסביבת האשפוז, מסביב לשעון - בכל המשמרות ע"י צוות המחלקה. תכנית ההדרכה נקבעת בהתאם למצב החולה ויכולת התפיסה וההבנה שלו. זאת לאחר איתור קרובים משמעותיים, כחלק מהמערכת התורמת, בהתאם לרצונו והסכמתו.

אדם

אמצעים

אמונות

יום שלישי/רביעי לאחר הניתוח

מה היא קולוסומיה?		מיומנויות הטיפול בסטומה	
- משמעות הסטומה ומטרתה - המשתל לימוד המיומנויות לפעולות נלמדות אחרות - הצגת דגם מלאכותי - הצגת ציוד דרש טיפול	- הלבשת שקית על דגם מלאכותי - תרגול החלפת שקית על הגוף - הכנת מגן צו – דגם מלאכותי, גוף - הכנת ציוד דרבי - הדרכה במקלות,	- חברת הדרכה "לשוב לחיים" גריליים עם קולוסומיה" - ראיון מיידיע - מפגש עם דיאטנית - מפגש עם עובדת סוציאלית	 

יום שני/שלישי לאחר הביתוח -

- לשחרור החולה**
- דיווח לאחות קשר/ סטומה קופ"ח
 - מכתב סיעודי – הכנה לקראת שחרור
 - מרשם להכנת ציוד בקהילה
 - ערכת סטומה ומכתב סיעודי **בשחרור**



3.7 שיטת CIVAS מורחב בהכנות פראנטרליות כדרך להבטחת איכות הטיפול לחולים

בלייר יוסי¹, שיימן לימור¹, בן מרדכי יובל², מימון נימי², קרקש סיגל³, לוסטיג אהובה³.

¹-הנהלת הסיעוד, ²-הנהלה אדמיניסטרטיבית, ³-שירותי רוקחות

המרכז הרפואי ע"ש ברזילי, אשקלון מסונף לפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

Poster. הכינוס השנתי ה-20 של החברה הישראלית לאיכות ברפואה. מרכז הכנסים במלון דיויד אינטרקונטיננטל, תל אביב. יום רביעי, 20 בנובמבר 2013

הקדמה: במדינת ישראל, כמו ברוב מדינות העולם, הכנת עירויים תוך ורידיים מתבצעת במחלקות האשפוז ע"י אחיות. לשיטה קיימים חסרונות, בניהם הכנת תרופות בתנאים לא אספטיים וזמן אחות הנדרש להכנה.

משנת 1992, מתקיים במרכז הרפואי שירות CIVAS (שירות ממורכז של הכנות פראנטרליות). הכנת עירויים נעשית בבית המרקחת בתנאים אספטיים ומיועדת לחולה הפרטני. על כל הכנה מופיע מדבקה עם פרטי החולה, מחלקה, התרופה הנמהלת וריכוזה. שימוש בשיטה זו, מאפשר חיטון בזמן אחות ובעלויות נלוות ומאפשר טיפול איכותי למאושפזים. השירות מתקיים רק במהלך שבוע עבודה בשעות היום, ובשעות הערב/הלילה וסופי שבוע ההכנה מתבצעת ע"י הצוות הסיעודי במחלקות.

שיטת ה- CIVAS, זו עם מדבקה של פרטי החולה, גורמת לבזבז, בשל זריקה של הכנות ללא שימוש עבור חולים שטיפולם הופסק ו/או פג תוקפן. בדיקה מדגמית של הכנת תרופות בשיטת CIVAS, הצביעה על פחת בגובה 16.5% באובדן תרופות מוכנות שהינו גבוה בהרבה מהמדווח בספרות.

שיטות-

לצורך הפחתת אובדן תרופות מוכנות בשיטת CIVAS מורחב (ללא זיהוי נתוני חולה), הוחלט על הפרדת ההכנה של תרופות הדורשות אישור מומחה לתרופות אחרות ובחינת ההתאמות הלוגיסטיות של בית המרקחת מול מחלקות האשפוז.

- תרופות הדורשות אישור מומחה – יעשו שימוש בשיטה הקיימת של CIVAS ו- UNIT DOSE.
- תרופות אחרות- צוות בית המרקחת יכין בשיטת **CIVAS מורחב** אך ללא זיהוי נתוני חולה.

מטרת המחקר- מניעת בזבז והקטנת פחת בהכנות פראנטרליות בשיטת CIVAS מורחב.



תוצאות

1. **עלויות-** במעבר לשיטה המתוארת, נצפתה ירידה בפחת במהלך שנת 2013 בשיעור של 14% בהכנות התרופות, דבר המתבטא בחסכון של כ- **117.000 ₪**.
2. **לוגיסטיקות-** כלל נתוני הכנות IV מרוכזים ומבוקרים מידי יום באופן ממוחשב בבית המרקחת המאפשר טיפול איכותי ובטוח לחולה.

מסקנות

הכנה בשיטת CIVAS מורחב, לפי אפיון מחלקתי פרטני תרמה רבות להעלאת איכות הטיפול והורדת בלאי וחיסכון כספי.

שילוב שיטת CIVAS מורחב והשיטה הקיימת בעירוים, הביאה להפחתת עומס עבודת צוות הסיעוד כך שניתן להשאיר מלאי הכנות במחלקה לשימוש בסופי שבוע ובלילות. מעבר לכך, הפעלת הפרוייקט תוך שיתוף של כל הצוותים (רפואי, סיעודי, בית מרקחת וצוות הלוגיסטי-שינוע) לאורך כל השלבים, סייעה בהשגת התוצאות הרצויות.

3.8 שימוש מושכל בציוד רפואי כדרך להבטחת איכות הטיפול. בלייר יוסי, בר יוסף אסתר, דוד תמר
הכינוס ה-18 של מועצה הלאומית ללוגיסטיקה במערכת הבריאות ישראלית. 26-27 אפריל 2010. מלון דוויד
אינטרקוטיננטל, תל אביב, ישראל.

תקציר

ציוד רפואי מתכלה (medical equipment) ציוד המיועד לאבחון, ניטור וטיפול של מצבים רפואיים. מציוד הנ"ל נדרשים סטנדרטים מחמירים של איכות ובטיחות.

זיהוי והגדרת הבעיה

ציוד המגיע למחלקות שנרכש ללא מעורבות המשתמש לעתים לא תקין, לא מתאים, לא ידידותי למטפל/מטופל, גורם לחוסר שביעות מצד הצוות המטפל והתוצאה בזבוז כספי רב.

התערבות

הוקם צוות חשיבה שכלל נציגי הנהלת הסיעוד, אנשי רכש, אחיות אחראיות.

פותח טופס "קבלת מוצר מספק, לניסיון בביה"ח". המוצר המתקבל לניסוי בבית החולים יכול למחלקה המומחית בתחום. הנהלת הסיעוד וקניין יקבלו טופס/משוב מידי על כל מוצר ומוצר.

השפעה על האיכות

ציוד רפואי מתכלה שמתקבל למחלקות מתאים, ידידותי ובטיחותי למטפל/מטופל. מחלקה המומחית בתחום ממליצות לרכישת ציוד לכל בית חולים. קיים שביעות רצון של הצוות מציוד רפואי מתכלה.

רק 22.22% - 57.14% מהמוצרים הנבדקים המלצות לרכישה.

הוצאה שנתית של קניית ציוד לבית חולים לתקופה של שלוש שנים, ירדה ב 6.3%.

4.1 התמודדות עם לידת פג. לילה שוורצמן, מוריה טובול. סמינר קליני שנה ג' בית הספר למקצועות הבריאות הקהילתיים ע"ש רקנאטי

לידת פג היא משבר במובנים רבים עבור ההורים. לידת פג היא אירוע המצריך התמודדות המתבטאת בתחומים רבים: המערכת המשפחתית, קריירה, מצב כלכלי, התמודדות רגשית ואף פיזית, שבסופו של דבר משפיעים באופן מכריע על המערכת הזוגית. בעבודה זו אנו מעוניינות לבסס את השערותנו ולבחון האם זוג לאחר לידת תאומים נמצאים בסיכון גבוה יותר לפגיעה בזוגיות בהשוואה לזוג לאחר לידת פג יחיד. הנשים שהשתתפו במחקר חתמו על הצהרה המציינת את הסכמתן להתראיין לצורך העבודה, מילאו שאלונים והתראיינו במספר מפגשים. מספר הנבדקות הן 2, הקריטריונים להכללה היו נשים לאחר לידת פג, לידה ראשונה, נשואות, אשר פגיהם אושפזו בטיפול מיוחד בתינוקיה. בקבוצת הביקורת נכללה אישה לאחר לידת פג יחיד ובקבוצת המחקר אישה לאחר לידת תאומים פגים. הנשים התבקשו לציין אירועי חיים בשנה (, כמו כן התבקשו למלא שאלון אוריינטציה Social Readjusting Rating State (SRRS) האחרונה לפי סולם . על פי תוצאות השאלונים והשיחות במפגשים, במקביל לסקירה State Trait Anxiety Inventory ושאלון הספרותית, ניתן להגיד כי המטופלת מקבוצת המחקר בעלת רמות חרדה גבוהות יותר, קוהרנטיות נמוכה יותר והתמודדות יעילה פחות. ניתן לראות כי לידת תאומים מגבירה את תחושת החרדה ודורשת מבני הזוג התארגנות מורכבת ומהירה יותר. מכיוון שהמדגם היה קטן ובעל משתנים רבים, לא ניתן להניח בוודאות כי ההתמודדות הלקויה של המטופלת בקבוצת המחקר, נבעה בהכרח מלידת תאומים ולא ממאפיינים אישיותיים וסביבתיים.

אוניברסיטת תל-אביב
הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
ביה"ס למקצועות הבריאות
החוג לסיעוד

4.2 התמודדות משפחה עם מחלה כרונית של ילד עם סוכרת נעורים. שרה
מודזגרשילי

פברואר 2011

למחלה כרונית של ילד השפעה ניכרת על משפחתו. ובפרט קשה הדבר כאשר מדובר במחלה כרונית חדשה כמו סוכרת נעורים. בגיל בו חווים המתבגרים שינויים רבים, ביולוגיים, חברתיים, פסיכולוגיים ואינטלקטואליים. עם כל זאת נאלצת המשפחה להתמודד. התמודדות מוגדרת כתגובת הפרט לשינוי הן פיזיולוגי והן פסיכולוגי לדחק (סטרס) הנגרם כתוצאה ממחלה כרונית, והיא מושפעת מגורמים פנימיים וחיצוניים המשפיעים על ההיענות ועל רמת ההתמודדות. (Whittemore J, R, 2010).

משבר של מחלה מציב בפני החולה מטלות הקשורות ישירות להתמודדות עם אישפוז, טיפולים רפואיים, מוגבלות פיזית וכאב. המשפחה הינה המערכת המרכזית והעיקרית המשפיעה על דרכי ההתמודדות של החולה ובני משפחתו. (נבון, פיגין ודרורי, 2001).

במסגרת עבודה זו יוצג מקרה של ילד שאובחן לראשונה במחלת סוכרת נעורים, התמודדות המשפחה עם מחלה כרונית ותיאור ההתערבות קצרת המועד עם המשפחה, לפי המודל של מרגלית דרורי מודל להתערבות משפחתית קצרת מועד עם החולה ומשפחתו במסגרת אישפוז. המודל משלב בתוכו התייחסות להיבטים קוגניטיביים, רגשיים, התנהגותיים ומשפחתיים הנוגעים במצבי חולי והחלמה. (נבון, ש, פיגין, ר, דרורי, מ, 2001).

המקרה המתואר בעבודה זו היא של נער המאובחן לראשונה בסוכרת נעורים וההתמודדות של משפחתו עם עובדה חדשה זו.

סקירת ספרות

סוכרת נעורים היא מחלה כרונית. מרגע התבשר החולה על התפרצות המחלה עליו לשרוד בצילה לשארית חייו. זוהי מחלה שאינה ניתנת לריפוי, היא נובעת מסיבה לא ברורה, כאשר מערכת החיסון העצמי של הגוף תוקפת את תאי הבלבל ומביאה להרס מוחלט שלו לחוסר הפרשת ההורמון אינסולין ולחוסר יכולת לפנות את הסוכר מכלי הדם. חיי הסוכרתיים תלויים בהזרקת אינסולין ממקור חיצוני מספר פעמים ביום, בדקירות רבות לבדיקת רמת הסוכר בדם ולמשטר דיאטה קפדני בכדי לשמור איזון

מחלת סוכרת הנעורים מחייבת הקפדה על איזון הסוכר בגוף 24 שעות ביממה.

אבחון הילד כחולה מתקבל בדרך כלל בהלם על ידי ההורים. בשלב ההלם מחפשים ההורים מידע נוסף, ולפעמים חוות דעת נוספת, כדי לוודא שאכן האבחנה נכונה. לעיתים קרובות יש להתחיל בטיפול מיד למרות הקושי לעכל את הבשורה ואין זמן לעיבוד הדרגתי. למשל להוריד רמת סוכר גבוהה של הילד, להציג דרכי

בדיקה והזרקה יומיומית, להתחיל מיד בדיאטה על פי הדרישות הרפואיות. כידוע סוכרת היא מחלה כרונית, מחלה כרונית של ילד היא נטל כבד על ההורות, פירושה התמודדות עם תהליך גילוי, אבחון טיפולים ואשפוז, מתן תרופות, דיאטה, ניתוחים והתערבויות פולשניות, גרימת כאב כחלק מתהליך הטיפול וכמובן משאבי זמן וכסף. לאלה יש להוסיף את הקושי להתמודד עם שאר ילדי המשפחה הזקוקים גם הם להורים מעורבים ומשקיעים. (כצלסון, ע, 2007).

גיל ההתבגרות, המתבטא במרד כנגד המוסכמות, חוקי החברה ולחצי ההורים, יוצר בעיה מיוחדת כאשר באים לנסות ולאזן את הסוכרת במתבגרים ומתבגרות. בניגוד לילדים הקטנים, הנמצאים תחת השגחתם ומעקבם של ההורים בכל הנוגע לזמני הזרקות, ארוחות ומשטר חיים, הרי המתבגרים הצעירים עלולים שלא לקיים את הנדרש מהם בנושי התזונה והדיאטה, ההזרקות ומועדיהן והביקורים במרפאות המומחים לסוכרת. מרד נעורים זה מכוון בחלקו כנגד ההורים ובחלקו כנגד החברה והמערכת הרפואית, שלא מצאה מזור ורפואה לסוכרת. מבחינה התפתחותית, גיל ההתבגרות מתחיל עם הופעת סימני המין המשניים, מרד הנעורים, משברי גיל ההתבגרות ועוד מצבים המיוחסים לגיל זה ידועים לכולנו מהספרות והתקשורת המרבות לעסוק בכך. המטרה ההתפתחותית העיקרית של המתבגרים היא השתחררות מתלות בהורים, הפגנת עצמאות ושחרור ממנהגים וממערכות שבתוכם חיו בתקופת הילדות. הדבר בא לידי ביטוי בהיגררות לזכויות קולניים מיותרים כמעט לכל בקשה או פנייה של ההורים.

מבחינה קוגניטיבית המתבגרים מתחילים להפגין יכולת לפתור בעיות שלא הייתה להם בגיל הילדות. הם מדגימים גמישות באופני החשיבה, ויוצרים להם תיאוריות משלהם כיצד הדברים מתרחשים בעולם שמסביב. מבחינה רגשית, גיל ההתבגרות נחשב לגיל של תמורות וסערות, המאופייין בשינויים חדים ובלתי צפויים במצב הרוח. המתבגרים לומדים כיצד לשלוט בסערות הרגשיות עם הזמן, ככל שהם הולכים ונחשפים לעולם שמסביב. יום אחד הם יכולים להפגין התלהבות, מרץ ואושר "עד השמיים", וביום אחר רגשות עמוקים של ספקנות עצמית ועצב תהומי.

מבחינה חברתית המתבגרים בוחנים עוד ועוד את העולם שמחוץ לבית ולגבולות המשפחה, שבו קיימים חוקים, דרישות והיררכיה של קובעי החלטות מוגדרים ומתחילים לדחות את הערכים ומסורת ההתנהגות בתוך משפחתם ולהתכחש אליהם. הם פונים אל חברים וחברות בני גילם לקבלת תמיכה ועידוד במאבקם כנגד התא המשפחתי ומנהגיו, ולא פעם מיישמים עצות אחיתופל של חבר או חברה בעלי שררה או "מעמד" בקרב חבורת בני גילם. בעיות כגון הישגים בלימודים, מראה חיצוני, פצעי בגרות, מקובלות חברתיות, תדמית גוף עצמית, פיתוח הגוף הופכות לבעיות העומדות במרכזו של עולם שהכול מתגמד לעומתן. מבחינה

מינית, ההתבגרות המינית ושינויי המין המשניים בגופם מביאים אותם לנסות ולהבין את מסתורי המין. (קנטר, י, 2001).

מתבגרים חווים בחייהם שינויים רבים, ביולוגיים, חברתיים, פסיכולוגיים ואינטלקטואליים. כל קשת הבעיות המתעוררות במתבגרים מתקשרות לקבלה חברתית, קל וחומר אצל מתבגרים עם מחלה כרונית המרגישים מנוודים מן החברה, חוסר מקובלות חברתית יכולה לפגוע במתבגר ומשפחתו. התמודדות עם מחלה כרונית מוסיפה עוד מימד להתמודדות לחייהם. (Boice, MM, 1998).

במאמרו של וויטמור וחברותיה (Whitemore, R, 2010) התמודדות מוגדרת כתגובת הפרט לשינוי הן פיזיולוגי והן פסיכולוגי לדחק (סטריס) הנגרם כתוצאה ממחלה כרונית, והיא מושפעת מגורמים פנימיים וחיצוניים המשפיעים על ההיענות ועל רמת ההתמודדות. מחקר זה פיתח מודל להתמודדות ילדים עם מחלה כרונית על מנת לזהות גורמים המשפיעים על התמודדות הילדים לסוכרת נעורים מסוג 1, במודל זה נבחנו המימדים של יחיד ומשפחות, גיל ומצב סוציו אקונומי, ורמת ההיענות של היחיד והמשפחות והשפעתם על רמת ההתמודדות, כמו כן נבחנו גורמים כמו סוג הטיפול (משאבות מול זריקות) ותגובות פסיכולוגיות (חרדה מול דיכאון). לפי מחקר זה להתמודדות יש שני פנים, התמודדות פסיכולוגית (איכות חיים) והתמודדות פיזיולוגית (איזון מטבולי). נמצא כי משך המחלה הוא גורם משפיע על התמודדות בילדים עם

סוכרת נעורים, כמו כן נמצאו מחקרים התומכים בקשר של משך המחלה ועלייה בסימפטומים דיכאוניים. מחקרים מצביעים על עלייה בתגובות דיכאוניות בשנים הראשונות לאבחנה, דיכאון הוא הסימפטום הפסיכולוגי הנפוץ ביותר בסוכרת נעורים ולאחריו הפרעות אכילה (יותר נערויות). כישורי התמודדות, הערכה עצמית, תפקוד המשפחה, תמיכה חברתית וטיפול עצמי יכולים להשפיע בצורה חיובית על שינויים פסיכולוגיים אלו, לעומת זאת התמודדות לא יעילה, תפקוד משפחתי לקוי, חוסר תמיכה חברתית במיוחד בגיל ההתבגרות תורם לעלייה בגורם הסיכון לדיכאון. גורם נוסף המשפיע על ההתמודדות הנער הוא תפקוד המשפחה, קונפליקטים במשפחה לגבי צורת הטיפול מביאים להפרעה באיזון רמות הסוכר ומשפיעים לרעה על איכות החיים ולהפך, משפחות ששוררת בהם הבנה לגבי הטיפול דיווחו על טיפול עצמי ואיזון סכרתי טוב יותר.

מינושין (Minuchin, 1974) מתאר את המשפחה כמערכת חברתית הדדית שבה כל אדם מגיב ללחץ הנגרם על ידי השני. למחלה כרונית של ילד יש השפעה ניכרת על משפחתו. המשפחה נמצאת בדחק, ברמות שמשתנות על פי מאפייניה, חומרת המחלה ומצב הילד. גם התמודדות מול הממסד הרפואי מלווה

בדחק. היבט אחד של ההשפעה הוא חלוקת נטל לא סימטרית בין ההורים. אמהות נושאות יותר בנטל הטיפול, ולעיתים קרובות מוותרות על קריירה או מגבילות את שעות עבודתן.

חלק מהאמהות מפתחות תגובה דיכאונית, אם כי יש שונות ניכרת ביניהן, ורובן מסתגלות למצב הכרוך במחלת הילד. הסתגלות המשפחה בכלל והאם בפרט למחלת הילד, היא גורם מכריע בהסתגלותו, ובשמירת הבריאות הנפשית של שאר ילדי המשפחה. יש משפחות שהתמודדותן עם מצב הלחץ ממוקדת ברגש ופחות בבעיה וסיכוייהן להגיב בדיכאון רבים יותר. מחלה כרונית של ילד משפיעה גם על איכות הנישואים, לפחות בשנים האשונות לאחר גילוי המחלה. תשומת לב רבה מופנית לילד החולה, על חשבון השקעה בנישואין (כצנלסון, ע, 2007). כך גם לפי בוייס (Boice, MM, 1998), במאמרה מתארת מחקרים שבדקו את השפעת הילד הסוכרתי על ההורים והנישואין שלהם, היחסים בין ילד הורה ותפקוד המשפחה באספקטים שונים נמצא שאסטרטגיות התמודדות הן הגורם המושפע מההיענות של המתבגר למשטר הטיפולי, ברגע שהמתבגר בעל היענות גבוהה ובא ממשפחה שמתוארת מלוכדת שמחפשת פתרונות ועצות ומטמיעה אותן במשטר הטיפולי היומיומי. מתבגרים עם פחות היענות באו ממשפחות עם חרדה לגבי הלכידות שלהם וכאן גם יש חוסר הטמעה של העצות שקיבלו מאחרים.

לדרך שבה מתמודדים ההורים עם המחלה יש השפעה מכרעת על דרך התמודדותם של אחיו של הילד החולה. אם ההורים מצליחים להתחלק בטיפול בין הבריאים לחולה, ולאורך זמן אינם מעניקים לו זכויות יתר שאינן הכרחיות האחים ייפגעו פחות. ילד חולה שמקבל זכויות יתר עלול להפסיד את הקשר הטוב עם אחיו הבריאים. גם יכולתם של ההורים לקבל תמיכה משפחתית וחברתית לטיפול בילדים הבריאים קובעת את אופי תגובת הילדים הבריאים במשפחה. עזרה בטיפול ההורי בילדים תליה בקשר שלהם עם משפחה קרובה ועם חברים, ביכולת לתת אמון בטיפולם וכן בנכונות לספר על הקושי ולהתחלק בהרגשת המצוקה. (כצנלסון, ע, 2007).

במאמר אחר שבדק את תפיסת האחים של ילד החולה בסוכרת נעורים והרווח או הפסד שהם מפיקים בהשתתפות הטיפול במחלה (Judith, W, 2010) נמצא שהתפיסות של האחים מדגישות את התפקיד החיובי והחשוב של האחים במיוחד שמדובר במחלת הסוכרת, כמו "לשמור" על אחיהם באיזון ובטיפול בסוכרת. הכללת אחיו של הילד הסוכרתי בתהליך הלמידה הוא מפתח חשוב בניהול מיטבי של המשפחה במחלת הסוכרת. אחים יכולים להוות גורם מכריע באיזון רמות הסוכר, מניעת סיבוכים והבטחת התמודדות משפחתית במחלה. שיתוף האחים במידע אודות המחלה גם כן גורם מכריע בהתמודדות המשפחה. כאן, בנקודה רגישה זו

יכול הסייעוד למנף את נושא שיתוף האחים ולהטמיע אותו בתוכניות טיפול. הקשר בין הורים למתבגרים חולים הוא מורכב. אמנם מתבגרים יכולים לקחת חלק ניכר מן האחריות הטיפולית על עצמם ולשחרר את הוריהם מן הנטל, אך לאלה קשה לבטוח במתבגר שיטפל בעצמו כראוי. הקושי לאפשר עצמאות לילד חולה, גדול יותר מאשר לילד בריא. גם מתבגרים עלולים לחשוש או לסרב לוותר על התלות בהורה, ולוותר על תהליך ההיפרדות ובניית זהות עצמאית. בגיל ההתבגרות, חשוב מאוד להעביר את השליטה על המחלה לילד. גם הפלישה לאינטימיות של הילד כחלק מן הטיפול בו, מעצימה את הקושי בגיל ההתבגרות שבו מתבקש המתבגר לשמור על נפרדותו. יש מתבגרים שמורדים בהורים דרך הזנחת הבריאות. זוהי דרך מסוכנת למרד, שתוצאותיה עלולות להיות קריטיות. יש מתבגרים שמנסים לבדוק את עצמאותם דרך העמדת הגוף באתגרים כגון אי לקיחת תרופות או אכילה בלתי מבוקרת. במקביל קשה למתבגר לקבל את המחלה כחלק מזוהותו בהווה ובעתיד. מחלה כרונית שמופיעה בגיל ההתבגרות עלולה לגרום לנגיסה התפתחותית. (כצנלסון, ע, 2007). במאמר אחר שדן על השגת עצמאות בטיפול ולקיחת אחריות אישית, (Christian, BJ, 1999) מוזכרים הימצאותם של חילוקי דעות רבים לגבי מהו הגיל המתאים לניהול הטיפול העצמי בסוכרת נעורים, ניהול טיפול בגיל צעיר מתקשר להסתגלות פסיכולוגית נמוכה, ואיזון רמות סוכר לא תקין. כמו כן מעט ידוע על כיצד מתבגרים משיגים

עצמאות בו בזמן שהם לומדים לקבל על עצמם אחריות לטיפול מורכב ומגביל. המתבגרים תיארו תהליך למידה של אחריות אישית והפיכתם מלא עצמאיים לניהול הטיפול בסוכרת ואיזונה שהחל מגיל 12 לערך, השגת החופש היה הגורם המרכזי אשר תפס תהליך זה של קבלת

האחריות האישית בניטור הטיפול בסוכרת במשך זמן ההתבגרות. 3 תחומים ציינו את תהליך זה (לפי מאמר זה: א) התאמה, ב) מוכנות ונכונות, ג) קיומה של רשת חברתית. לפי מאמר זה המתבגרים תיארו מעבר הדרגתי מלא - עצמאיים לעצמאות וזאת תוך כדי למידה על החיים עם מחלת הסוכרת, הם למדו לחלוק באחריות ובהדרגה הפכו לפחות תלתיים, ככל שהתאמנו בקבלת החלטות לגבי טיפולם כך הם נעשו יותר בטוחים ביכולתם והפכו ליותר עצמאיים, הם למדו על החשיבות של שיתוף חבריהם בנוגע למחלתם, על מנת שיהיו להם לעזר במקרה הצורך. ככל שהפכו ליותר עצמאיים כך הפכו החברים לרשת תמיכתית חשובה יותר. מתבגרים אלו השיגו את החופש והעצמאות שלהם בזה שהם נהיו מעורבים יותר בהחלטות על הטיפול שלהם וקבלת אחריות על חייהם בעצמם.

תיאור מקרה

נער בן 14, הלומד בכיתה ח' בחטיבת ביניים, שאושפז במחלקת ילדים עקב ערכי סוכר גבוהים. לדברי האם היא הבחינה שבמשך שבועיים בנה שותה כמויות עצומות של מים והשתנה מרובה. בהימצא מכשיר למדידת רמת סוכר אצל שכנתם, נמדדה רמת הסוכר שהראה ערך גבוה, למחרת בבוקר האם פנתה לקופ"ח ומשם הופנו למיון ולמחלקה. בהגיעו למחלקה הנער במצב כללי יציב, בבדיקות הדם הראשוניות אין עדות לקטואציטוזיס (מצב חריף של סכרת הדורש טיפול דחוף). על פני האם ניכר שבכתה ואילו הנער נראה כועס ובהלם.

השלב בו נמצאת המשפחה לפי מעגל החיים הוא משפחה עם ילדים צעירים. שלב זה נמשך מגיל הינקות עד גיל ההתבגרות של הילדים. שלב המאופיין בהתמודדות עם מצבים מורכבים ולעיתים אף קשים.

התערבות

לצורך ההתערבות השתמשתי במודל להתערבות משפחתית קצרת מועד במסגרת אשפוז בבית החולים. המודל משלב בתוכו התייחסות להיבטים קוגניטיביים, רגשיים, התנהגותיים ומשפחתיים הנוגעים במצבי חולי והחלמה. לפי המודל של מרגלית דרורי מטרות ההתערבות הן:

א) להקנות לחולה ולמשפחתו ידע על המחלה ועל הטיפול בה, כדי להבטיח המשך טיפול גם לאחר גמר האשפוז.

1. להרחיב את היקף הרשת המשפחתית והחברתית המטפלת בחולה.

2. לסייע לחולה ולמשפחתו לחזור לתפקידים החברתיים, ובד בבד לעמוד במטלות הכרוכות בטיפול במחלה.

שלוש מטרות אלה נועדו להפחית את עוצמת התגובות הרגשיות שמלוות את התהליך ולשפר את יכולת ההתמודדות.

תחילתה של ההתערבות ההתמקדות בהווה. מטרת ההתערבות בהווה היא להעביר לחולה ולמשפחתו את האחריות לקבלת מידע על המחלה ועל הטיפול, להחזיר להם את תחושת השליטה.

שלושת התכנים המרכזיים שבהם ההתערבות מתמקדת הם: א) ידע על המחלה; ב) ידע על הטיפול; ג) תפיסת המחלה. (נבון, ש, פיגין, ר, דרורי, מ, 2001).

מפגש ראשון: תחילתה של ההתערבות – ההתמקדות בהווה.

המפגש הראשון החל בהכרות, הצגתי את עצמי כאחות שמטפלת בהם במשך המשמרת, בשלב זה נקטתי בשיטת ההצטרפות **joining**, האם נראתה מאוד לחוצה בוכה ובאי שקט. כמובן שהיא ניסתה להסתיר זאת מפני בנה.

שיחתנו התחילה כאשר ביקשתי ממנה לספר לי את סיבת אשפוזם בשלב זה נקטתי בשיטת המיקוד **focus**. האם הגיבה שהיא מסכימה ואז שאלתי אותה: "מה את יודעת על מחלת הסוכרת?"

במשך כל השיחה היא חזרה ושאלה: "יכול להיות שזה לא באמת סוכרת"? , כמובן שהנער היה נוכח בשיחה אך הוא לא הרבה לדבר, רק אמר: "בא נלך הביתה כבר".

מכל השיחה נוכחתי לראות שהן האם והן הנער אינם מבינים את פשר המחלה ושהם בתהליך של הכחשה. כאן נקטתי בשיטת **one up position** התחלתי לספר על המחלה שהיא מחלה כרונית ואינה ניתנת לריפוי אך

ניתנת לטיפול ואיזון, הילדים לומדים ביחד עם המשפחה לסגל לעצמם אורח חיים רגיל. הסברתי גם את מהלך הטיפול במשך היום שכוללות מס' דקירות לבדיקת רמת הסוכר והזרקת אינסולין בהתאם לערכים. כמו כן הסברתי לאם ולנער שלמחרת הם עוברים למרכז רפואי שניידר לטיפול במרפאת סוכרת שם ילוו בצוות רב מקצועי שכולל רופא ילדים (דיאבטולוג), פסיכולוג, עובדת סוציאלית ועוד...

שלב שני: התמקדות בעבר הקרוב

בשלב זה החלטתי להתמקד ברשת המשפחתית, האם המשפחה הקרובה מתגוררת באשקלון, מהם דפוסי קבלת העזרה, מקום עבודתו של הבעל והאם יכול לקח חופשה מן העבודה, לדברי האם הרשת המשפחתית שלהם מאוד מאוחדת ומוכנה להירתם לעזור בכל מה שיידרש.

כאן החלטתי לשוחח על ההערכות לקראת נסיעתם של הנער ואמו לבי"ח שניידר למחרת בבוקר. שאלתי: "האם במשפחה ישנם אנשים שיוכלו להיעזר בהם?" , האם השיבה: "שאכן יש אנשי משפחה רבים שתוכל להיעזר בהם מחר ובכלל כשתזדקק, ובבוקר בעלה יגיע ע"מ להסיע אותם ואחותה תישאר עם הילדים בבית".

המשכתי את השיחה בנוגע להיערכות ושגרת חיים חדשה שעליהם לסגל מעכשיו, לגבי שינויים באורח החיים, תזונה וכל זה בהתחשב שיש עוד אחים קטנים בבית, הפגיעה בדימוי הגוף שכן מדובר בנער בגיל ההתבגרות, ואז האם שאלה: "אם אפשר לקנות לילד משקה דל קלוריות או גלידה דייאט".

שלב שלישי: ההתמקדות בעתיד.

שלב זה של ההתערבות התקיים ביום השני לאשפוז. ביום זה הנער אמור להשתחרר ולעבור להמשך טיפול במרפאה לסוכרת במרכז שניידר. על הנער והאמא במיוחד עבר לילה לא קל עקב מחשבות ודאגות לדבריה. במשך שהותם עד כה במחלקה כבר הספיק הנער לחוות דקירות לבדיקת רמות הסוכר, מתן אינסולין בזריקות ושימת דגש על הכלכלה. בשלב זה הנער נראה יותר רגוע, משתף פעולה. כאן נקטתי בשיטה **one down position**, ואמרתי: "אני רואה שאתם מוכנים לנסיעה", האם מצאתם סידור לילדים שבבית? ", "האם הודעת במקום עבודתך על המקרה ועל היעדרותך?", "האם הודעת לבית"ס או למחנכת הכיתה על המקרה?". מניסיוני אני מציעה לך ליזום שיחה עם יועצת ביה"ס.

בשלב זה גם הדגשתי את קיומן של קבוצות תמיכה למשפחות עם ילד חולה בסוכרת, את כל המידע המפורט שיקבלו במרכז שניידר, את אתר האינטרנט שלהם וזמינותו של רופא תורן 24 שעות ביממה וכמובן את אתר האגודה לסוכרת.

ראיון ראשון: שלב ראשון בהתערבות.

אני: שלום, אני שרה, אני אחות במחלקה כאו. אני אטפל בכם היום. במסגרת הלימודים שלי אני עושה עבודה על התמודדות של משפחות, האם אפשר לשאול אותך כמה שאלות על האשפוז?

אם הילד: כן, בטח. (האם נראית בוכה ולחוצה)

אני: אז ספרי לי מה קרה בדיוק, איך הדברים התחילו?

אם הילד: במשך שבועיים הילד שותה המון, כמויות של מים, שכנה שלי שהיא חולת סכרת הציעה לי שנבדוק סוכר, אז בדקנו, היה ערך גבוה, היינו בקופ"ח היום בבוקר ואז שלחו אותנו לפה.

אני: מה את יודעת על מחלת הסוכרת?

אם הילד: אני יודעת שיש רמות גבוהות של סוכר וצריך לשמור על דיאטה או לקבל זריקות. יש לי שכנה חולת סוכרת ואני יודעת קצת על המחלה ממנה. יכול להיות שזה לא באמת סוכרת?

אני: אם מאבחנים סוכרת, זו מחלה לכל החיים זוהי מחלה כרונית.

אני: האם הילד יודע למה אשפזו אותו? מה אומרים הערכים הגבוהים של הסוכר?

אם הילד: אני לא חושבת, (יש לציין שהילד תמיד בקרבתנו אך לא משתתף בשיחה כמעט).

הילד: מתי הולכים הביתה?, בא נלך הביתה כבר!.

אני: את יודעת מה ההשלכות של המחלה הזו?, מה זה ידרוש מכם כמשפחה?

אם הילד: מה זאת אומרת?

אני: זוהי מחלה כרונית שניתנת לאיזון וילדים לומדים יפה להתמודד עימה, המשפחה צריכה לעבור שינוי, לסגל לעצמה אורח חיים אחר... (דיאטה, דקירות לבדיקת סוכר 4 פעמים ביום, הזרקת אינסולין וכד').

אני: האם המשך הטיפול ברור לך?

אם הילד: כן, בערך.

ראיון שני: שלב שני בהתערבות.

אני: האם יש לכם משפחה קרובה באשקלון?

אם הילד: כן, רוב המשפחה הקרובה שלנו גרה באשקלון, גם ההורים שלי של בעלי.

אני: האם סיפרת על המצב לבני משפחתך?

אם הילד: כן, כמובן המשפחה שלי ושל בעלי יודעים כבר.

אני: את יודעת שמחר אתם צריכים לעבור לבית חולים שניידר למרפאת סכרת, האם יש בני משפחה או חברים שתוכלו להיעזר בהם?

אם הילד: כן, יש במשפחה הרבה אנשים שיוכלו לעזור לי כמה שאצטרך.

אני: האם עבודתו של בעלך תאפשר לו כמה ימי חופשה ?
אם הילד : כן אין לו בעיה לקחת חופש, הוא עצמאי.
אני : מי יישאר עם הילדים הקטנים בבית ?
אם הילד : אחותי יכולה להישאר איתם, או שהיא תיקח אותם אליה, גם לה יש ילדים קטנים.

ראיון שלישי: שלב שלישי בהתערבות.

אני : בוקר טוב, איך עבר הלילה ?
אם הילד : האמת שלא ישנתי טוב בלילה בגלל מחשבות ודאגות.
אני : איך עבר הלילה על ג' ?
אם הילד : ככה, בדקו לו את הסוכר כמה פעמים, והערכים עכשיו פחות גבוהים, נתנו לו אינסולין בערב.
אני : מה שלומך ג' , איך אתה מרגיש ?
הילד : בסדר, יותר טוב.(מחייך מעט)
אני : אני רואה מוכנים לנסיעה.
אם הילד : כן, בעלי יגיע עוד מעט ואנחנו ניסע.
אני : האם הודעת במקום עבודתך על המצב ועל ההיעדרות ?
אם הילד : כן, זה בסדר, בעבודה ממש מבינים אותי.
אני : האם הודעת למנהלת ביה"ס או למחנכת הכיתה ?
אם הילד : עוד לא, אך אני אשתדל לעשות זאת היום.
אני : אני מאחלת לכם בהצלחה,אני מבינה שזה קשה בהתחלה אך אל תדאגו , הכול יסתדר ילמדו אותך ואת ג' איך להתמודד עם כל המצבים. במקום יחקו לכם עו"ס ופסיכולוג ילדים והדברים יהיו יותר ברורים ומובנים.
אם הילד : תודה רבה לך אחות, את מקסימה.

- כצנלסון, ע. (2009). התמודדות הורים עם מחלות כרוניות של ילדיהם. כוורת, (17).
- נבון, ש., פיגין ר., דרורי מ. (2001). סלילת דרך התמודדות משפחתית עם מחלה ונכות : מודלים טיפוליים, הוצאת רמות, תל אביב.
- קנטר, י. (2001). סוכרת לחיות עם להרגיש בלי. תל- אביב, ישראל :למשכל .(ידיעות אחרונות, ספרי חמד).
- Boice, MM.(1998).Chronic illness in adolescence. *Adolescence*.Vol.33,Iss 132
- Chritian, B . J ., D'Auria, J.P., Fox, L.C.,(1999).Gaining freedom: self-responsibility in adolescents with diabetes. *Pediatric Nursing*.Vol.25, Iss 3.
- Herrman, J,W.,(2010).Siblings' perception of the costs and rewards of diabetes and its treatment. *Journal of Pediatric Nursing*. 25,428-437.
- Whittemore, R., Jaser, S., Guo, J., Grey, M.,(2010). A conceptual model of childhood adaptation of type 1 diabetes. *Nursing Outlook*. 58, 242-251.

אוניברסיטת תל-אביב
הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
ביה"ס למקצועות הבריאות
החוג לסייעוד

**4.3 הנחיית הורים לילדים מתבגרים החולים בסוכרת נעורים מרסל גבאי, שרה
מודזגרשוילי**

יוני, 2011

רבות נכתב על הזיקה שבין המחלה הגופנית והמצוקה הנפשית של החולה ומשפחתו, וכן כיצד התערבות ותמיכה נפשית יכולה להפחית לחצים ולעודד החלמה. סכרת היא מחלה כרונית, זוהי מחלה שאינה ניתנת לריפוי, היא נובעת מסיבה לא ברורה, כאשר מערכת החיסון העצמי של הגוף תוקפת את תאי הבלב ומביאה להרס מוחלט שלו לחוסר הפרשת ההורמון אינסולין ולחוסר יכולת לפנות את הסוכר מכלי הדם. מחלה כרונית של ילד היא נטל כבד על ההורות, פירושה התמודדות עם תהליך גילוי, אבחון טיפולים ואשפוז, מתן תרופות, דיאטה, ניתוחים והתערבויות פולשניות, גרימת כאב כחלק מתהליך הטיפול וכמובן משאבי זמן וכסף. לאלה יש להוסיף את הקושי להתמודד עם שאר ילדי המשפחה הזקוקים גם הם להורים מעורבים ומשקיעים. (כצנלסון, 2007).

ברוב מחלקות בית החולים המענה המידי להתמודדות עם המצוקה הנפשית של אשפוז ארוך ומסובך הוא מצומצם ומוגבל בשל העדר כוח אדם מקצועי וכן ריבוי חולים. (בן-חיים, 2011). התערבויות של תמיכה קבוצתיות לחולים ובני משפחה מהוות יותר ויותר תפקיד חשוב בטיפול רפואי הכולל בבתי החולים בעיקר הודות יעילותן הסיוע לחולה וכן כוחן בצמצום עלויות כלכליות (יאלום, 2006). הרציונל העומד בהפעלת קבוצות מידע בבית חולים הוא אחד הפתרונות למצוקת הזמן שצוותים חווים בנושא מסירת מידע על המחלה ודרכי הטיפול בה. הקבוצה מאפשרת מסירת מידע באותו פרק זמן למספר אנשים ומשתמשת בערך המוסף שהקבוצה מוסיפה לנושא שכמות המידע שכל משתתף מקבל רחבה ומובנת, שהיא תוצאה של התהליך הקבוצתי (רוזנסון, 1997).

בעבודה זו נציג שני מקרים של שני ילדים הסובלים מסוכרת נעורים, ילדים בשלב של גיל ההתבגרות. הילדים, לכאורה, גדלים ומתפתחים ככל הילדים בני גילם שאינם סוכרתיים. הם הולכים לבית הספר ופוגשים שם ילדים נוספים בני גילם ורוצים להיות כמוהם, ללא מוגבלות ולא שונים. כל קשת הבעיות המתעוררות במתבגרים מתקשרות לקבלה חברתית, קל וחומר אצל מתבגרים עם מחלה כרונית, המרגישים מנודים מן החברה. חוסר מקובלות חברתית יכולה לפגוע במתבגר ומשפחתו. התמודדות עם מחלה כרונית מוסיפה עוד מימד להתמודדות לחייהם. (Boice, 1998)

סקירת ספרות

סוכרת נעורים

סוכרת נעורים היא מחלה כרונית. מרגע התבשר החולה על התפרצות המחלה עליו לשרוד בצילה לשארית חייו. זוהי מחלה שאינה ניתנת לריפוי, היא נובעת מסיבה לא ברורה, כאשר מערכת החיסון העצמי של הגוף תוקפת את תאי הבלב ומביאה להרס מוחלט שלו, לחוסר הפרשת ההורמון האינסולין ולחוסר יכולת לפנות את הסוכר מכלי הדם. חיי הסוכרתיים תלויים בהזרקת אינסולין ממקור חיצוני מספר פעמים ביום, בדקירות רבות לצורך בדיקת רמת הסוכר בדם ולמטור דיאטה קפדני בכדי לשמור איזון. מחלת סוכרת נעורים מחייבת הקפדה על איזון הסוכר בגוף 24 שעות ביממה. מחלה כרונית של ילד היא נטל כבד על ההורות, פירושה, התמודדות עם תהליך של גילוי, אבחון טיפולים ואשפוז, מתן תרופות, דיאטה, ניתוחים והתערבויות פולשניות, גרימת כאב כחלק מתהליך הטיפול וכמובן משאבי זמן וכסף. לאלה יש להוסיף את הקושי להתמודד עם שאר ילדי המשפחה הזקוקים גם הם להורים מעורבים ומשקיעים. רבות נכתב על הזיקה שבין המחלה הגופנית והמצוקה הנפשית של החולה ומשפחתו, וכן כיצד התערבות ותמיכה נפשית יכולה להפחית לחצים ולעודד החלמה. אבחון הילד כחולה סוכרת נעורים מתקבל בדרך כלל בהלם על ידי ההורים. בשלב ההלם מחפשים ההורים מידע נוסף, ולפעמים חוות דעת נוספת, כדי לוודא שאכן האבחנה נכונה. לעיתים קרובות יש להתחיל בטיפול מיד למרות הקושי לעכל את הבשורה ואין זמן לעיבוד הדרגתי. (כצנלסון, ע, 2007). דגש מיוחד קיים על הקושי בגילוי מחלה כרונית חדשה כמו סוכרת נעורים, המופיעה בגיל ההתבגרות, גיל בו חווים המתבגרים שינויים רבים: ביולוגיים, חברתיים, פסיכולוגיים ואינטלקטואליים. עם כל זאת נאלצת המשפחה להתמודד. (Whittemore, 2010). כל קשת הבעיות המתעוררות במתבגרים מתקשרות לקבלה חברתית, קל וחומר אצל מתבגרים עם מחלה כרונית המרגישים מנודים מן החברה, חוסר מקובלות חברתית יכולה לפגוע במתבגר ומשפחתו. התמודדות עם מחלה כרונית מוסיפה עוד מימד להתמודדות לחייהם. (Boice, 1998).

ברוב מחלקות בית החולים המענה המיידי להתמודדות עם המצוקה הנפשית של אשפוז ארוך ומסובך הוא מצומצם ומוגבל בשל העדר כוח אדם מקצועי וכן ריבוי חולים (בן – חיים, 2011). התערבויות של תמיכה קבוצתיות לחולים ובני משפחה מהוות יותר ויותר תפקיד חשוב בטיפול רפואי הכולל בבתי החולים בעיקר הודות יעילותן הסיוע לחולה וכן כוחן בצמצום עלויות כלכליות (יאלום, 2006). מכאן עולה היתרון הגדול של הפעלת קבוצות מידע לחולים ובני משפחה שמטרתן לתת מידע על המחלה ודרכי הטיפול בה. הרציונל העומד בהפעלת קבוצות מידע בבית חולים הוא אחד הפתרונות למצוקת הזמן שצוותים חווים בנושא מסירת מידע על המחלה ודרכי הטיפול בה. הקבוצה מאפשרת מסירת מידע באותו פרק זמן למספר אנשים ומשתמשת בערך המוסף שהקבוצה מוסיפה לנושא שכמות המידע שכל משתתף מקבל רחבה ומובנת, שהיא תוצאה של התהליך הקבוצתי. מטבע הדברים, מרבית העבודה הקבוצתית בבית החולים מכוונת אל משתתפים המצויים במצב גופני ונפשי המפגיש אותם עם מחלה בשלביה השונים, עם טיפול רפואי, עם מציאות חדשה של אובדן זמני או מתמשך של תפקידים הכרחיים, עם שינוי באורחות החיים והצורך בהתארגנות פיזית, נפשית, משפחתית ומערכתית מותאמת למצב החדש. חרדה, מתח, לחץ, בושה, אשמה, חוסר אונים, פחד מהבאות, דיכאון ובדידות הם חלק מהמצבים הנפשיים שאיתם יגיעו המשתתפים הפוטנציאליים לקבוצה המתהווה. במובנים רבים, איש מקצוע בתחום הטיפול שהתנסה במפגש עם אוכלוסיית המאושפדים במחלקות ובמרפאות השונות בבית החולים ובעבודה עמה, מכיר את המחלה, הלכות או החבלה הגופנית, את דרכי הטיפול והשפה הרפואית הרלבנטית, וכן מודע לעוצמות הרגשיות שמתלוות להתמודדות הפיזית, יהיה בעל יכולת טובה יותר להתמודד עם התכנים, הרגשות והתהליכים המתרחשים בקבוצה מקרב אוכלוסייה זו. (רוזנוסר 1997).

טיפול קבוצתי קצר מועד

קבוצה קצרת מועד היא תוחלת החיים הקבוצתית הקצרה ביותר שיכולה להשיג יעד מוגדר נתון. זמן קבוצה למטופלים מאושפדים יכולות להיות פגישה אחת. לרוב הקבוצות קצרות המועד מכנה משותף, הרכבן לרוב הומוגני מבחינת הבעיה, התסמונות או התנסות החיים המשותפת. כולן חותרות ליעילות ומציבות לעצמן מערך מובחן של יעדים ומנסות להתמקד בהשגתם. בכל תקופת פעילותן הן מתייחסות למגבלת הזמן ולסוף הטיפול המתקרב, הן גם שמות דגש על העברת קשרים ולמידה מהקבוצה לעולם הממשי ומתמקדות בקשיים בין אישיים יותר מאשר פנים אישיותיים. בהנחיית קבוצה קצרת מועד המנחה צריך לבוא לקבוצה מתוך גישה שונה: להבהיר יעדים, למקד את הקבוצה, לנהל את הזמן ביעילות ולהיות פעיל ויעיל. היות שקבוצות נוטות **להתכנס** לגבולותיהן, על מנחה קבוצה קצרה לפעול כרשם הזמן של הקבוצה, ולהזכיר לחבריה מדי פעם כמה זמן עבר וכמה נותר. חשוב שיקדיש זמן למה שנעשה עד כה, יעדים שהוגשו וניצול הזמן. חשוב שידגיש שטיפול נועד להתחיל שינוי אך לא בהכרח יתאפשר להשלים תהליך כזה לאור מגבלות הטיפול בקבוצה. העבודה תימשך הרבה אחרי סיום הפגישות, לנסות להפוך את מגבלות הזמן ליתרון. על מטפל הקבוצתי להיות גמיש ולהשתמש בכל אמצעי שלרשותו לשם הגברת היעילות. אפשרי שילוב טכניקות מסוגי טיפול שונים להקלת מצוקה נראית. כאן עולה הסוגיה על יעילותן של קבוצות קצרות מועד. מחקרים מוכיחים את יעילותן של טיפול קבוצתי קצר מועד, אך אין עדות לכך שטיפול קצר מועד עולה על טיפול ארוך טווח. אם יש אילוץ לקיים קבוצה קצרת מועד, חשוב לזכור שיש בה יתרונות רבים. עם זאת, אסור להישמע ללחץ המופעל בימינו לחתור ליעילות יתר. מחקר חשוב קבע שיש כיום הגזמה בהערכת כוחה של הפסיכותרפיה קצרת המועד. (יאלום ולשץ', 2006). בן – חיים, (2011) אומר שמטרת הקבוצה היא ליצור בסיס תמיכה טיפולי פסיכו – חברתית וחינוכית שיאפשר הפחתת סבל הנובע מבידוד וסטיגמה וכן יצירת לכידות תמיכה חברתית של מתמודדים יחד במחלות ואשפוז קשה לעיתים אף ללא ריפוי, הפחתת תקווה, עידוד, ניחום, אחווה, למידת כישורי התמודדות, הקניית מידע על המחלה, מידע ותמיכה הדדית בין חברי הקבוצה, הכול לקראת התמודדות, הפחתת חרדה וסבל הכרוכים בעצם קיומה של המחלה והאשפוז הממושך בבית חולים.

הנחיית קבוצה להורים לילדים חולי סכרת נעורים

במסגרת הלימודים חיפשנו אוכלוסייה בעלת מכנה משותף בכדי לקיים הנחיית קבוצה וזיהינו שני זוגות הורים בקבוצת גיל 30-40, לילדים בני 12 ו-13.5, שלהי גיל ההתבגרות, אשר חלו במחלה כרונית הנקראת: סוכרת נעורים. לזוג הורים אחד הילד החולה הינו ילדם השני מבין שלושה ילדים, לזוג הנוסף הילד החולה הינו ילדם הראשון מבין שניים. שניהם לראשונה מתמודדים עם מצב חדש הפורץ לחייהם ומשנה אותם באופן משמעותי. הם הופנו לאשפוז עקב תופעות של המחלה, שהם כהורים זיהו שמשנה אינו כשורה מבחינת הבריאות של הילד, אך לא ידעו שמדובר במחלה כרונית, אשר תשנה את חיי ילדיהם וחייהם, ניתן לומר, לחלוטין. על-כן, חשבנו לנכון לנסות בעזרת הקבוצה להפחית את חרדתם ולו בכמה דרגות. נקודת ההתחלה שלנו הייתה שניהם אושפזו למספר ימים מוגבל בכדי להחליט על האבחנה, אך שניהם בעצם נחשפו לראשונה למחלה כרונית שפוקדת משפחה, שעד היום, לכאורה, חיה חיים שגרתיים. ההנחיה הייתה הנחיה בקו. הובלה משותפת של שני מנחים את התהליך הקבוצתי. בדיון מקדים של שתינו, חלוקת התפקידים נעשתה עקב כך ששרה הינה אחות במחלקת ילדים ולכן היא הנחתה את הקבוצה בחלק התיאורטי. היא הנחתה את המפגש הראשון שכלל העברת ידע על המחלה. ומרסל הנחתה את המפגש השני שכלל שיחה פתוחה על תחושותיהם של משתתפי הקבוצה לאחר שקיבל ידע על המחלה. המפגש הראשון נערך שעה, והמפגש השני נערך חמישים דקות. המפגשים התקיימו במחלקת ילדים בחדר הרצאות לסטודנטים. ישבנו במעגל קטן. קודם הגעתם הכנו שתייה קרה וחטיפים קלים.

מטרת העל של הקבוצה

כאמור, שני זוגות ההורים שמעו על המחלה לראשונה ולכן החלטנו שמטרת העל של הקבוצה תהיה

העברת ידע תיאורטי ולספק להם תמיכה רגשית.

המפגש הראשון

ההיכרות: joining, הצגה אישית והצגת ה-setting הקבוצתי

בחרנו להתחיל את הקבוצה בהגדרה ידידותית של מה זה בעצם קבוצה- מספר אנשים בעלי מטרה משותפת המאחדת אותם. מיד אחרי הגדרת המושג הצגנו את עצמינו: את שמינו, את תפקידינו המקצועי. כמו כן, כחלק מה-**joining**, בחרנו לספר שאנו הורים לילדים ואף הוספנו שלמרסל שתי בנות בגיל ההתבגרות. מצאנו לנכון לפתוח כך את הקבוצה מתוך חשיבה ליצור קירבה. לאחר שהצגנו את עצמינו, פתחנו את סבב ההצגה העצמית בשאלה פתוחה אל ההורים לפי הסדר שהם ישבו. השאלה הייתה: " תספר לנו מה שמך, בן כמה הילד, וכמה ילדים יש לכל זוג."

יש לציין שהשלב הזה התנהל באופן טכני. סיכמנו אותו על ידי **מסגור** התכנים שנאמרו: " אם כך, יש לנו בקבוצה למעשה שתי משפחות בעלות בעיה משותפת ולשתיהן ילדים נוספים, בריאים במשפחה." המסגור סייע לנו לסכם את פרק ה-joining.

מאחר ולא עלו תכנים הקשורים למטרת הקבוצה השלב הבא שמצאנו לנכון לעשות הוא ה-setting.

ה-setting- בעלת חשיבות רבה. מושג בו משתמשים לתאר את המסגרת של המקום - המרחב הקבוצתי המשותף, בהתייחס לקבוצות מונחות ולפי עקרונות של תחום הידע בהנחיית קבוצות. תהליך הגדרת המרחב הקבוצתי נעשה באמצעות יצירת הסכמות בין המנחה והקבוצה שיאמרו באופן ברור ובהיר אותו יוצר המנחה עם הקבוצה בהתאם לאופייה ומטרותיה כבר במפגש הראשון. הסכם כזה כולל הגדרות הקשורות במקום, בזמן, בתפקידים, במטרה ובדרכי הפעולה. כל אחד מ-5 הפרמטרים הללו הנו הגדרה המגדירה גבול, ויחד הם מגדירים (ומגדרים) את גבולות הקבוצה בהתאם למאפייני הקבוצה הספציפית ובהתאמה למטרותיה. (**רוזנסון 1997**).

✓ המפגשים התקיימו בחדר הרצאות לסטודנטים, סידרנו מעגל בפינת החדר, והכנו קודם המפגש, שתייה קרה וחטיפים.

- ✓ בשלב זה הצגנו את משתתפי הקבוצה והגדרנו את מטרת העל של הקבוצה כפי שתוארה קודם.
- ✓ תיארונו את המפגשים : יתקיימו שני מפגשים, המפגש הראשון ייערך כשעה : עשר דקות ראשונות הפתיחה, כארבעים דקות הערת התכנים על סוכרת נעורים. תינתן הזדמנות לשאול שאלה במהלך השיחה, בעשר הדקות האחרונות של המפגש יהיה סיכום המפגש. המפגש השני ייערך למחרת. (מתוך ידיעה מוקדמת שאינם מיועדים להשתחרר ביומיים הקרובים). ניפגש באותו מקום ובאותה שעה. מטרת המפגש השני יהיה לתת מקום להורים יחד וכל אחד לחוד לאמור מה תחושותיו לאחר שקיבל ידע.
- ✓ דיברנו על חשיבות ההשתתפות של שני הזוגות בשני המפגשים.
- ✓ הדגשנו את נושא השמירה על הסודיות- כל דבר שנאמר בקבוצה נישמר בתוך הקבוצה.
- ✓ הדגשנו את הכבוד ההדדי שעלינו לתת אחד לשני. בשלב זה הזכרנו שידוע שזהו מצב רגיש וחשוב לתת לכל אחד לאמור את דבריו בתורו.
- ✓ עברנו לשלב הבא של המפגש- מתן הידע.

מתן הידע

את תחילת המפגש שרה התחילה בשאלה פתוחה תוך שימוש בטכניקת **one down**. ההחלטה לפתוח את המפגש בטכניקה זו היא להבין מהי נקודת המוצא של המפגש וסיבה נוספת היא ליצור תחושה שהם שותפים לדיון ולא מתן הרצאה פרונטאלית בלבד. השאלה שנשאלה הייתה: "כל אחד יגיד לי שני דברים שהוא יודע על סוכרת נעורים". ההחלטה לבקש מהם להגיד שני דברים בלבד הייתה מתוך חשיבה למקד את הדיון, למנוע מצב של פיזור. לאחר שנאמרו הדברים שכל אחד אכן ידע על המחלה, בטכניקת ה-**joining** סיכמה שרה שהדברים שנאמרו נכונים ובאמצעות טכניקת ה-**one up** היא הוסיפה שמטרתה להעשיר את הידע של המשפחות בנושא. בנוסף הוסיפה שרה שבמהלך המפגש תתייחס בקצרה אף לחלק מההיבטים הקשורים להיערכות לחיים לאחר השחרור הביתה. מרבית החומר הועבר באמצעות מצגת תמונות המתקשרת לחומר התיאורטי בנושא עליו דיברנו. במחציתו הראשונה של המפגש עלו הערות צפויות הקשורות לנושא. (הנהוגי ראש של הבנה, מבטי פליאה מהנושא וכדומה). הייתה הקשבה מלאה מצד ההורים. כאשר התחלנו לדבר על ההתנהלות היומיומית עם המחלה, שכללה את נושא התזונה, הטיפול התרופתי והמעקב השוטף אחר רמות הסוכר. בין השאר נתנה שרה עצות פרקטיות להתנהלות היומיומית, כמו סדר יום, חשיבות השעות למדידת סוכר ועוד. בשלב זה הביעו ההורים את תסכולם מהקושי הצפוי להם. על מנת שהדיון לא יגלוש לנושאים רגשיים, שלא הוגדרו כמטרת המפגש הנוכחי, השתמשנו בטכניקת ה**מיקוד** והסברנו שהדיון היום יסתכם במתן חומר תיאורטי. שרה הזכירה את חשיבות הדברים שעלו ושנתייחס אליהם במפגש הבא. בשלב זה הרגשנו שהאווירה עדיין מתוחה ולכן מרסל הצטרפה לשרה וחזרה על כך שהדברים שעולים כאן מאוד חשובים ושמהר, המפגש הבא, כולו מוקדש לתחושות שעלו. ובכך ניראה שהופג מעט המתח ושרה המשיכה בהרצאה. בעשר הדקות האחרונות סוכם המפגש בטכניקת ה-**joining**, מה כל אחד קיבל מהמפגש, האם הם חשו שזה ענה להם על חלק מהאי וודאות, עד כמה שניתן במפגש אחד. סיימנו את המפגש **במסגור ובדלת פתוחה**. סיכמנו את מטרת המפגש ואת התכנים שעלו בה בנקודות. הדגשנו שבכל שאלה הם יוכלו לפנות אלינו והזכרנו להם שהמפגש הבא יתקיים מחר ויהיה זמן להעלות דברים נוספים שלא עלו במפגש הנוכחי.

המפגש השני

המפגש השני התקיים כאמור, למחרת, באותו מקום בו התקיים המפגש הראשון. ההורים הגיעו, וההשתתפות הייתה מלאה. (התיישבו באותו מקום בו בחרו להתיישב במפגש הראשון) כל משתתף התיישב באותו מקום בו ישב במפגש הראשון (מה שנתן להם, כנראה, תחושת מוכרות ובטחון). מרסל פתחה את המפגש השני בטכניקת ה-**joining**. הבקשה ממשתתפי הקבוצה הייתה לתאר בקצרה את התחושות/שאלות/מחשבות שעלו במהלך היממה שעברה מאז המפגש הקודם. (שלב זה היה קצר יותר כי לא היה צורך בהיכרות נוספת). גם כללי הסטינג הובהרו קודם ולכן רק חזרנו עליהם בקצרה תוך שימוש בטכניקת ה**מסגור** (כדי שהדברים יהיו מובנים ומסודרים):

- ✓ ציינו את הכבוד ההדדי.
- ✓ הדגשנו את האפשרות לאמור כל אחד את דבריו, ואת האפשרות לשאול שאלות.
- ✓ הוגדרה מטרת המפגש הנוכחי.
- ✓ הוגדר זמן המפגש - כחמישים דקות.

כאמור, את המפגש פתחה מרסל בשאלה פתוחה: "לאחר ששמעתם אתמול על המחלה, מה התחושה הראשונה שעולה לכם ברגע זה?"

לאחר היסוס קל מצד המשתתפים, סיפר כל אחד על תחושותיו. האווירה לא הייתה קלה. עלו רגשות של תסכול, חשש, פחד מן העתיד, ייאוש, ואשמה. הרגשנו בשלב זה את חשיבותה הרבה של קבוצת תמיכה, ואת חשיבות המשך המפגשים.

מרסל השתמשה בטכניקת השיקוף, ושיקפה למשתתפים את הרגשות שעלו מדבריהם. טכניקה זו מציינת אמפטיה והקשבה פעילה, שהיא למעשה טכניקה בפני עצמה, שמופעלת באופן רציף, לאורך כל הפגישה, בכל מפגש של מטפל- מטופל או מנחה-מונחים.

על מנת לא להתפזר, ולמקד את המפגש לאספקט רגשי אחד, ובמקביל להפיק מהמפגש משהו איתו יוכלו ההורים להמשיך כאשר יחזרו הביתה, כיוונה מרסל את השיחה לנושא הכוחות המצויים בכל אחד מהם. היא ביקשה מכל משתתף לציין כוחות אישיים שעזרו לו להתמודד עם משברים או תקופות קשות בעבר. המשתתפים דיברו על חוזק נפשי והתחשלות ממשברים שקרו להם בעבר (אובדן, פיטורין ועוד), וציינו, בין השאר, יכולות כמו: דיבור, שיתוף, מילוי מצברים, תכנון, שיתוף פעולה, יכולת להירגע. בשלב מסוים, ולאחר שכל אחד מהמשתתפים זכה לאמור את דבריו, עצרה מרסל את השיחה וכיוונה אותה לכיוון מעט שונה של אותו נושא. בשלב זה אמרה: "העליתם דברים כמו מילוי מצברים, הרגעות. אלו דברים חשובים מאוד בחיים בכלל ובהתמודדות מול קושי או משבר בפרט. לפעמים הם אפילו קריטיים, ויקבעו אם תצליחו בהתמודדות או לא. זה קשה לנו, לעיתים, לתת לעצמנו, וזה חשוב לעשות את זה מתוך מודעות שזה יעזור לנו לעזור לילדינו. מתי פעם אחרונה נתתם לעצמכם?" לאור שאלה זו עלו אנחות מצד המשתתפים, והבעות פנים, שצינו כאילו משהו שלא קיים. אחת האימהות סיפרה על חוג שהולכת אליו, שנותן לה אנרגיות חדשות, ש"מרעננות לה את הנפש". כמו כן, הוסיפה, שבין כל הדברים שעלו אצלה בעקבות המפגש הקודם, חשבה גם לא להפסיק עם החוג ויהי מה, מאחר והיא מרגישה לפעמים שהשעה הזו של עשייה, המנותקת מחיי היומיום, עוזרת לה "לשמוע על שפיות". האימא השנייה, לעומת זאת, ציינה את מטלות היומיום הביתיות כ"ריפוי בעיסוק". אחד האבות ציין את אהבתו לבישול. מרסל הציעה לו לחזור לזה יחד עם בנם ולהפיק מזה כמה דברים בבת אחת: הנאה, רענון וחיוזוק נפשיים, הכנת מאכלים בריאים לילדים עם סוכרת נעורים, וכמובן הקשר אב-בן. בשלב זה סיכמה מרסל בקצרה על מה דיברו בפגישה זו, דברים שעלו בפגישה, וציינה שוב את החשיבות של נתינה לעצמנו, חידוש כוחות וכו'. פה הפנו את ההורים לאגודת ניצן ודומיה, לבירור על קבוצות תמיכה להורים. כמו כן, הוסיפה, שאנחנו בטוחות שיש להורים עוד המון מה להגיד, בהרבה דברים לא נגענו או לא יכולנו להעמיק בהם, הן מבחינת הידע והן מבחינת רגשית, מאחר והיו רק שתי פגישות. הסברנו, שמאחר ואין לנו פגישות נוספות, היה חשוב לנו שההורים יצאו עם 'משהו ביד', ושירגישו שהפיקו משהו מהמפגשים, ולכן היה חשוב לנו להתמקד בכוחות. סיימנו בתקווה שאכן הפיקו מהידע שהועבר להם, ונתינת מקום למחשבה על הכוחות המצויים בכל אחד מהם. איחלנו המשך דרך צלחה, והשאירו את הדלת פתוחה לפנייה אלינו בעתיד – לשאלה, ייעוץ, ותמיכה. שאלנו אם למישהו מהם יש משהו להוסיף/להגיד לפני שנפרדים. הזכרנו שוב את האפשרות להצטרף לקבוצת תמיכה ארוכת תווך במקום אחר, ואת החשיבות של זה. הודינו להם על השתתפותם. סיימנו את המפגש.

סיכום והערכה

המפגשים היוו עבורנו אתגר. זאת הפעם הראשונה שהנחנו קבוצה אשר המכנה המשותף להם הוא בעצם התמודדות עם חולי ועוד של ילד. בחיינו המקצועיים, לא פעם הנחנו חולים ומשפחות כאחד לקראת מתן טיפול חדש, לקראת שחרור, לקראת העברתו למוסד להמשך טיפול ומעקב. לראשונה אנו מתמודדות עם הנחיה של קבוצה, אשר תוכננה מראש מבחינת ניהולה מתחילתה ועד הסוף: מבחינת חלוקת המפגש לזמנים, הצבת מטרה אשר הוגדרה בקפידה מראש, שימוש בטכניקות אשר במהלך המפגשים סייעו לנו מאוד למסגר את המפגש ומנע פיזור של המשתתפים.

בדיעבד, היינו מנחות קבוצה המורכבת מיותר משתתפים. הייתה חסרה לנו דינאמיקה קבוצתית בשלב בו התנהלה שיחה על הכוחות שיש לכל אחד, על התסכולים. הייתה מעיין תחושה שהמפגש סובב סביב אותם דברים, קשה היה להרחיב את הדיון ולקבל מידע נוסף, כי הקבוצה הייתה מורכבת משני זוגות בלבד.

כמנחות- שרה מספרת כי החלק התיאורטי היה פשוט יותר מאחר והיא התייחסה לזה כעין הרצאה, אך כאשר החלו לפרוץ התחושות של התסכול, שרה מספרת שהיא חששה שבשלב הזה ההורים יאבדו את התעניינותם במפגש, אך באמצעות הטכניקה של מיקוד היא הצליחה להחזירם להקשבה.

ביבליוגרפיה

בן-חיים, י. (2011). מודל להקמת קבוצת תמיכה ("רכבת") לטיפול תומך בחולים ובני משפחותיהם. קבוצות, (27).

יאלום, א; לשץ', מ. (2006). טיפול קבוצתי תיאוריה ומעשה. (10). ירושלים: כנרת.

כצנלסון, ע. (2009). התמודדות הורים עם מחלות כרוניות של ילדיהם. כוורת, (17).

רוזנוסר, נ. (1997). סוגיות וכלים בתכנון ובהנחיה של קבוצה. הנחיית קבוצות (14).

Boice, MM.(1998).Chronic illness in adolescence. *Adolescence*.Vol.33,Iss 132.
Whittemore, R., Jaser, S., Guo, J., Grey, M.,(2010). A conceptul model of childhood adaptation of type 1 diabetes. *Nursing Outlook*. 58, 242-251

4.4 פונדקאות בישראל- מסגרת החוק, ההליך והצדדים. רעות בן זאב

הצגת סוגיית הפונדקאות כדילמה אתית

ישראל היא חברה מעודדת פריון. בניגוד לחברות מערביות בנות ימינו, הלגיטימציה החברתית בישראל לבחירה באי הורות, או להשלמה עם עקרות, היא מעטה. לפי פרסומי פונדקאות בישראל המרכז להורות (2011), אחוז הפריון בישראל הוא בין הגבוהים בעולם, ועומד על 2.84 לעומת כ-1.5 במדינות אירופיות. ההולדה והאימהות נתפשת בישראל במידה רבה מרכיב מכונן הכרחי וטבעי של הזהות הנשית, וקיומם של ילדים נתפש כרכיב הכרחי ומרכזי של זוגיות ומשפחתיות. הבניה חברתית חזקה זו, בשילוב עם אינטרסים כלכליים רבי עוצמה של תעשיית הפריון הישראלית והגלובאלית, מצטרפים לרגשות הטבעיים הכרוכים בכמיהה לילד, ויוצרים צורך למצוא פתרונות למעגלים הולכים ומתרחבים של מצבים שבהם קיים קושי בהשגת הורות (נוי ומישורי, 2009).

במאמר של יעל דולב השילוני (2004) מוזכר כי בישראל הורות נתפשת כהגשמה עצמית ומוזכרים מספר היבטים שמעודדים את האוכלוסייה בישראל ללדת ילדים: היבט דתי: בדת היהודית קיימת מצוות "פרו ורבו"; היבט היסטורי: אסון השואה שצמצם את העם היהודי; היבט פוליטי: בישראל יש מלחמות ומאבדים בנים, לכן זקוקים לחיילים בריאים וחזקים; היבט דמוגרפי: שיהיה רוב יהודי במדינת ישראל.

מבחינה חברתית, גוף פורה הוא מרכיב משמעותי של "הגוף הלאומי". הגוף הפורה מסמן "זהות נורמטיבית" וקשור לאימהות עתידית שאינה ניתנת לניתוק מהלאומיות כסמנים של השתייכות, תפקוד והמשכיות. אי לכך, פונדקאות היא התקווה האלטרנטיבית ההגיונית ביותר להיות הורים ביולוגיים שלא בדרך ההורות הטבעית. אי לכך, הורות באמצעות פונדקאות הופכת בשנים האחרונות לדרך נפוצה ומקובלת להביא ילד לעולם. עדיין, בעיני החוק פונדקאות היא הסכם לפיו אם פונדקאית נושאת תינוק עבור זוג הורים אחר מאחר והם אינם יכולים להורות - וטו לא (ויילר-ישראל, תשנ"ז 1996).

טכנולוגיות פריון אינם שייכים לתחום הרפואה למטרות ריפוי. הרפואה כובשת תחומי חיים בצורה כזאת, שסוציולוגים ואנתרופולוגים קיבלו במידה רבה את סדר הדברים הרפואי המדעי ולא ממש הטילו ספק בנחיצות וביעילות של הטכנולוגיות הרפואיות. ברפואה יש מחלות, בסוציולוגיה יש למחלות היסטוריה חברתית. מבחינה חברתית, מחלה היא לא אובייקטיבית אלא פרי ההגדרות שלנו.

קיומן של טכנולוגיות פריון נגישות, במיוחד מסובסדות, מספק, מחד גיסא, מענה לרצון של נשים רבות בילד, אולם מאידך גיסא הוא תורם ללחץ חברתי המופעל על נשים ללדת, כמעט בכל מחיר, לעתים תוך סיכון משמעותי לבריאותן הנפשית והפיזית. מחקרים מצביעים למשל על כך כי יש נשים המסכימות לעבור טיפולי הפריה אך ורק על מנת לשמור על הקשר הזוגי שלהן, או בעקבות לחץ משפחתי (נוי ומישורי, 2009). כאשר נוסח חוק ההסכמים לנשיאת עוברים (1996), הוא נתפש כחוק של מקרי קצה אשר נועד לתת מענה למספר מצומצם של כ-30 מקרי מצוקה קשים בשנה. היום, לעומת זאת, מתחילה פונדקאות להיתפש כהליך שגרתי, טכנולוגיה סטנדרטית שאינה כרוכה בסוגיות מוסריות קשות במיוחד, וככלי נוסף בארגז הכלים של רפואת הפריון (פונדקאות בישראל המרכז להורות, 2011).

סקירת ספרות מהארץ ומהעולם

היסטוריה קצרה

"פונדקאות" הינו מושג חדש יחסית. עד לשנות השבעים של המאה הקודמת, נשים יכלו להתעבר רק באמצעות קיום מגע מיני. התינוק הנולד היה שייך, כדבר מובן מעליו, לאם שהרתה וילדה אותו. נשים שמסרו את תינוקם לגידול אצל אנשים אחרים בסמוך ללידה, מסרו את התינוק שלהם לאימוץ, כדוגמת תינוק שרה אשת אברהם אשר חיפשה למצוא מרפא לעקרותה באמצעות שפחתה הגר, ויזמה את עיבורה באמצעות אברהם אשר בכל מובן של מילה לא היה תינוק (Fosset, 2007).

עם הבשלת טכנולוגיות של הזרעה מלאכותית והפריה חוץ-גופית, נפתחה האפשרות להתעברות ללא קשר אנושי, ועימה אפשרות ל"השכרת" גופה של אישה לצורך הריון ולידה בעבור אנשים אחרים שיהיו "בעלי" הילד שיוולד. כאן נפתחה הדלת גם לחשיבה על היחסים בין אישה ההרה ל"בעלי" התינוק כאל יחסים עסקיים נטולי רגשות וחסרי ממד חברתי, רגשי או אישי (Darnovsky, 2010).

בסוף שנות השבעים, עם פיתוח טכנולוגיה של הזרעה מלאכותית, החלו להגיע לבית המשפט ולידיעת הציבור הסכמים שבמסגרתם זוג שרצה ילדים התקשר עם אישה שהסכימה להיכנס להריון וללדת "בעבורו" – הסכמי פונדקאות. מאחר ובתקופה זו נעשה שימוש בהזרעה מלאכותית, הילד היה קשור גנטית לפונדקאית (פונדקאות מסורתית). בתחילת שנות השמונים פותחה טכנולוגיה של הפריה חוץ-גופית, ונפתחה גם אפשרות שאישה עובר שאין לו שום קשר גנטי אליה (פונדקאות מלאה). עד אמצע שנות התשעים, מאות ילדים בעולם המערבי נולדו בצורה זו (קורינלדי, תשנ"ב-תשנ"ד).

מטבע הדברים, הסכמי הפונדקאות עוצבו על-פי צרכיו של הזוג המזמין, שהוא הצד החזק בחוזה. ההסכמים כללו בדרך כלל העברה של הילד אל הזוג המזמין, בלי קשר מתמשך עם האם הפונדקאית, וכן מגבלות שונות על החופש של הפונדקאית במהלך ההריון והלידה שמטרתן הייתה להבטיח את בריאותו האופטימאלית של העובר – "רכוש" של הזוג המזמין ה"מוחזק" אצל הפונדקאית, לדוגמה הסכמה לא לקחת תרופות, להימנע מעישון, להימנע מקיום יחסי מין בשלבים האחרונים של הריון, הסכמה לבצע ניתוח קיסרי ועוד). כך, מושג הפונדקאות קיבל את צורתו הראשונית בהסכמים פרטיים שהתגבשו בין צדדים מאד לא מאוזנים בכוחם (Litton, 2007).

ישראל הייתה המדינה הראשונה בעולם שהותירה פונדקאות בחקיקה, במרס 1996. החוק הישראלי מתמקד ביצירת מנגנון מדינתי לאישור הסכמי פונדקאות, אולם למרות חדשנותו הרבה אין הוא כולל הגדרות של מנגנוני פיקוח על אופן ביצוע ההסכמים בפועל, או של הליך מעקב אחר ההשלכות ארוכות הטווח של יישומיהם. בשל כך, פרק הזמן הארוך שעבר מאז נחקק חוק הפונדקאות ואף על פי שפונדקאות היא סיטואציה העלולה להסב נזק משמעותי לנוגעים בדבר, ולפונדקאות בפרט, טרם נצברו נתונים מספיקים שיאפשרו לבצע הערכה מלאה של ניסיון חברתי חדשני זה (קורינלדי, תשנ"ב-תשנ"ד).

במדינות המערב, הגישה המשפטית התמקדה באישור או ביטול תוקפם של הסכמים שהתגבשו ב"שוק החופשי", אולם באף מדינה לא נעשה ניסיון לבצע הערכה כוללת (חברתית ומוסרית) של יחסי ההולדה המשולשים, ולגבש הסדרים חלופיים, שאולי יהיו הוגנים יותר. עם זאת, ברוב המדינות התגלתה נטיעה חזקה לאסור או להטיל הגבלות חמורות על הסכמי פונדקאות, מתוך מחשבה שהם מנוגדים לאיסורים בסיסיים כמו האיסור על מכירת ילדים, על שימוש מחפץ הגוף האדם, ועוד. חלק ממדינות אסרו בחוק את החתימה של הסכמים כאלו, ובחלק ממדינות קבעו בתי משפט כי הסכמי הפונדקאות נוגדים את תקנות הציבור, ומיאנו לכפות על פונדקאיות למלא את התחייבותן למסור את התינוק (Fontanella-Khan, 2010).

במקביל התחיל להצטבר ניסיון שלימד על הפער הגדול בין התפיסה שראתה בהסכמי הפונדקאות חוזים כלכליים בין צדדים רציונאליים, שווים בכוחם ונטולי עניין רגשי, לבין המצב במציאות. התייחסות העסקית/מחפצנת להריון וללידה בהקשר של פונדקאות עומדת בניגוד לתפישות המקובלות מחברה המערבית, ובחברה הישראלית במיוחד, המניחות את קיומו של קשר הדוק ו"טבעי" בין אישה לעובר שברחמה ואיננה לוקחת בחשבון את העובדה כי ההריון כשלעצמו הוא תהליך ממושך, בעל היבטים זהותיים, הכרוך בקשר גופני הדוק בין האישה לעובר, אשר כשלעצמו מעורר רגשות. בהיבט הזה, המושג "פונדקאות" כפי שהוא מוכר היום איננו מחויב המציאות, אלא מהווה בחירה חברתית (השילוני-דולב, 2004).

ההיבט החוקי

חוק הפונדקאות שנקרא "חוק ההסכמים לנשיאת עוברים" (אישור הסכם ומעמד הילוד) מעוגן בחוק מאז 1996. החוק מספק הגדרה מדויקת לתנאים הדרושים לאישור הפונדקאות. לפי ההסדר כפי שנקבע בחוק:

- ✓ אם נושאת הינה האישה הפונדקאית הנושאת הריון עבור הורים מיועדים.
- ✓ הורים מיועדים מוגדרים כאיש ואישה, שהם בני זוג, המתקשרים עם אם נושאת לשם הולדת ילד.
- ✓ הסכם לנשיאת עוברים מוגדר כהסכם בין הורים מיועדים לאם נושאת, לפיו מסכימה האם הנושאת להתעבר בדרך של השתלת ביצית מופרית ולשאת את ההריון עבור ההורים המיועדים.
- ✓ קרובת משפחה מוגדרת כאם, בת, נכדה, אחות, דודה ובת דוד או בת דודה למעט קרבת משפחה בדרך של אימוץ.

חוק ההסכמים לנשיאת עוברים (אישור הסכם ומעמד הילוד), התשנ"ו - 1996 עוסק בהסכם בין הורים מיועדים לבין אם נושאת, לפיו מסכימה האם הנושאת להתעבר בדרך של השתלת ביצית

מופריה, לשאת את ההריון עבור ההורים המיועדים ולמסור את הילוד לאחר הלידה להורים המיועדים בנוכחות פקיד סעד. חברי הועדה לאישור הסכמים לנשיאת עוברים מונו ע"י שר הבריאות ופועלים מתוקף חוק ההסכמים מאז כניסת החוק לתוקפו במרץ 1996 (שלו, תשנ"ה).

החוק מותיר ביצוע של פונדקאות בישראל לפי התנאים המפורטים בו. תנאי ראשון דורש קבלת אישור מוועדה מיוחדת שהוקמה לנושא (עיני, 2012). ועדת האישורים הכוללת אנשי מקצוע מתחומי הרפואה, המשפטים, הפסיכולוגיה והעבודה הסוציאלית, תבחן את המסמכים שהוגשו לה ותשמע את כל הצדדים להסכם. הועדה רשאית לשוב ולדון באישור שנתנה אם חל שינוי מהותי בעובדות, בנסיבות או בתנאים ששימשו יסוד להחלטתה וכל עוד לא הושגה הביצית המופריה באם הנושאת בהתאם להסכם לנשיאת עוברים (פונדקאות בישראל המרכז להורות, 2013).

התנאי השני- איתור אישה שמסכימה לשמש פונדקאית על-ידי בני הזוג, אשר חייבת להיות בת 22-38 שנים, רווקה, גרושה, אלמנה או נשואה, ואם לילד אחד לפחות, שלא עברה יותר משלוש לידות או ניתוח קיסרי אחד, במצב הרפואי והנפשי תקין. לאחר בדיקת התאמת הפונדקאית מבחינה בריאותית, נחתם הסכם משפטי מפורט בין הזוג לבינה. לאחר כל האישורים הדרושים, יערכו בני הזוג טיפולי הפריה חוץ גופית במקביל. העוברים שיתקבלו יועברו לרחם האם הפונדקאית לאחר שעברה הכנה מתאימה (עיני, 2012).

בסיסו של החוק בשימור מוסד המשפחה ובהכרה בחשיבות המרכזית של ההורות בחיי הפרט וחברה. החוק, למרבה הצער, בחר להתמקד אך ורק בדרך אחת של הפריה מלאכותית, קרי: הפונדקאות, ולמעשה הוחמצה ההזדמנות להסדיר בחוק באופן מסודר את אפשרויות ההפריה האחרות. החוק מתערב בכל שלבי ההתעברות האינטימיים, ההיריון והלידה. החוק מתיר פונדקאות, אך במגבלות מסוימות, אשר נבחן אותן בהמשך, ומגן על מעמדו של הרך היילוד באופן גורף. החוק נותן לגיטימציה לצורות הבאות של פונדקאות מלאה:

1. אם הנושאת מושתלת ביצית מופריה, שנוצרה מהאם ומהאב המיועדים.
2. אם הנושאת מושתלת ביצית מופריה שנוצרה מזרע של האב המיועד ומתורמת ביצית.
3. פונדקאות חלקית בה האם הנושאת תעבור הפריה מלאכותית בזרע בעלה של האם המיועדת לא הותרה בישראל.

החווה- ההליך המשפטי

הפונים להליך הפונדקאות נדרשים לעמוד בקריטריונים שקבע החוק לצורך התאמה לתהליך, אך גם בדרישותיה של הועדה, המתעדכנות מעת לעת. הדברים נכונים הן לגבי ההורים המיועדים והן לגבי נשים המעוניינות לשמש כפונדקאיות. ההסכם שבין ההורים ובין הפונדקאית אשר מסדיר את פרטי ההתקשרות שבין הצדדים, חייב לקבל את אישור הועדה, על פרטי פרטיו, ובלא אישור זה כל פעולה המתבצעת בפועל איננה מבוצעת על פי החוק, ועלולה להימצא כעבירה פלילית (שלו, תשנ"ה).

החוק מסדיר את מעמדו המשפטי של הילד או הילדים הנולדים כתוצאה מהליך הפונדקאות, את המשמורת, האפוטרופסות ואופן מסירת הילד מאת הפונדקאית להורים וקובע כיצד יינתן לגביו צו הורות. החוק איננו מאפשר לפונדקאית לחזור בה מהסכמתה על פי ההסכם עליו חתמה עם ההורים המיועדים, ולהחזיק בילד שנולד לאחר התהליך, אלא אם נוכח לאחר קבלת תסקיר פקיד סעד כי חל שינוי בנסיבות שיש בו כדי להצדיק את חזרתה מההסכמה וכשאין בכך כדי לפגוע בטובת הילד (קורנילדי, תשנ"ב-תשנ"ד).

ההסכם שבין ההורים המיועדים ובין הפונדקאית הינו הסכם מפורט ביותר ומורכב. בין היתר, נכללים בו העניינים הבאים:

הצהרות הצדדים בדבר התאמה עקרונית להליך;
התייחסות לשלב טיפולי ההפריה, לרבות זהותו של הרופא שיבצע את הטיפולים ומקום ביצועם
התייחסות לשלב ההריון ומהלכו, לרבות מיקום ביצוע מעקב ההריון.

התייחסות לשלב הלידה, לרבות מיקומה הצפוי (במידת האפשר), אופן מסירת הילד וכיוב'.
התייחסות פרטנית לאופן ביצוע התשלום לפונדקאית (הועדה לענייני פונדקאות, 2013).

ועדת האישורים דורשת כי הסכומים הצפויים להיות משולמים לפונדקאית יופקדו בחשבון נאמנות.

בנוסף, ולעיתים תכופות, נכללת בהסכם ההתקשרות גם התייחסות להגבלת חופש התנועה של מי מהצדדים, ונוכח ההליך המורכב אליו הם נכנסים.

בטרם נחתם הסכם ההתקשרות שבין ההורים המיועדים ובין פונדקאית, וכן בטרם אושר על ידי ועדת האישורים, נדרשים הצדדים לקבל יעוץ משפטי לגבי משמעויות ההתקשרות, החובות והזכויות של כל צד להסכם. על כל צד לקבל יעוץ משפטי נפרד, מאת עורכי דין שונים. במסגרת היעוץ המשפטי יקבל כל צד (ההורים המיועדים והאם הנושאת) הסבר פרטני על ההסכם שעתידי להיחתם בין הצדדים, על משמעויותיו המשפטיות, השלכותיו הכספיות, ועל משמעות החובות והזכויות העומדות לכל אחד מן הצדדים. להבנת היעוץ חשיבות רבה ביותר נוכח מורכבות הנושא ומורכבות אופן ההתקשרות. מומלץ שלא "לחסוך" בשאלות ולהתייחס לכל סעיף וסעיף אף אם נראים ברורים בקריאה ראשונה (עיני, 2011).

חשיבות ודגש מיוחדים מומלץ לשים על ההתחייבויות הכספיות הכרוכות עם ביצוע התהליך. הגם שהתנאים הכספיים בהסכם פתוחים עקרונית למשא ומתן בין הצדדים, הם נתונים תחת שבת הביקורת של הועדה. בנוסף, ישנן דרישות כספיות פרטניות מטעם הועדה בהם נדרשים הצדדים לעמוד. ועדת האישורים רשאית לאשר בהסכם הפונדקאות תנאים בדבר תשלומים חודשיים שישולמו לאם הנושאת לכיסוי הוצאות ממשיות הכרוכות בביצוע ההסכם, לרבות הוצאות עבור ייעוץ משפטי, דמי ביטוח ופיצוי בגין זמן, סבל, אובדן הכנסה או אובדן זמני של כושר השתכרות או כל פיצוי סביר אחר (שלו, תשנ"ה).

התנאים והדרישות להסכם לנשיאת עוברים

סעיף 2 לחוק קובע את התנאים ההכרחיים לביצוע הפריה חוץ גופית בדרך של פונדקאות: יש לערוך הסכם בכתב בין הצדדים, קרי: בין האם הנושאת וההורים המיועדים (להלן "ההסכם"). על ההסכם לקבל את אישור וועדת האישורים. הצדדים להסכם הם בגירים תושבי ישראל - מטרת דרישה זו הינה למנוע ייבוא נשים מחו"ל למטרת יישום החוק.

הזרע המשמש להפריה הוא של האב המיועד והביצית אינה של האם הנושאת.

האם הנושאת הינה בת דתה של האם המיועדת.

האם הנושאת אינה נשואה ואינה קרובת משפחה של אחד מן ההורים המיועדים. האיסור על קרבה משפחתית נועד למנוע אצל הילד, שיילוד, קונפליקטים עתידיים או משברי זהות, בין האם הנושאת לאם הביולוגית. עם זאת, אין לשכוח כי לעתים, קרובת המשפחה תהיה היחידה, אשר תסכים לשמש כאם נושאת עבור האם המיועדת, ואיסור כקבוע בחוק לעניין זה, עשוי לחסום כליל את הדרך היחידה הפתוחה בפני אישה להבאת ילדים לעולם. לעניין האיסור החל על האם הפונדקאית להיות נשואה, נדמה, כי שוב המחוקק החמיץ. רבים טוענים, כי אישה נשואה, אשר מן הסתם, יש לה ילדים משלה, הינה בוגרת, בעלת ניסיון ופחות פגיעה מאישה רווקה או גרושה, בכל הקשור להבאת ילדים לעולם, והתמודדות עם תהליך הפונדקאות הקשה נפשית. המחוקק לא ראה לנגד עיניו שיקול זה, ויש לקוות כי יישקל תיקון בעניין (שלו, תשנ"ה).

ועדת האישורים והליך אישור הבקשה

בהתאם לסעיף 3 לחוק לנשיאת עוברים, שר הבריאות מינה וועדה ששמה "ועדת האישורים" הכפופה למשרד הבריאות, שתפקידה לקבוע נהלי עבודה. הועדה החלה את ישיבותיה רק לאחר חצי שנה מיום שהחוק נכנס לתוקף, ולקח זמן רב עד שתוקנו תקנות שאפשרו את יישום החוק בפועל. בתחילה, התקנות התייחסו לדרך הגשת המסמכים לוועדה. מאוחר יותר החלה הועדה לרדת לפרטים והתייחסה גם לשאלה מה יכללו האבחונים הנערכים לצדדים, מה יהיו הקריטריונים לאישור המועמדים, ומה יכלול חוזה ההתקשרות, תוך פירוט סיטואציות שונות שעשויות להתרחש במהלך תהליך הפונדקאות. מטרת נהלי הועדה נחלקות לשני חלקים עיקריים:

- יצירת קריטריונים לאישור פונדקאית ולאישור הורים מיועדים (קריטריונים פסיכולוגיים ורפואיים). מטרת הקריטריונים היא בניית כלי לניבוי הצלחת התהליך בקרב הורים מיועדים והאם הנושאת.

- יצירת איזון בהסכם המשפטי בין הצדדים במטרה להגן על הצדדים במהלך התהליך.

האישור לתהליך מתקבל ע"י וועדה העוסקת בנושא פונדקאות מטעם משרד הבריאות.

הוועדה זו מונה:

- ✓ שני רופאים בעלי תואר מומחה ביילוד וגניקולוגיה
- ✓ רופא בעל תואר מומחה ברפואה פנימית
- ✓ פסיכולוג קליני
- ✓ עובד סוציאלי
- ✓ נציג ציבור שהוא משפטן
- ✓ איש דת, לפי דתם של הצדדים להסכם
- ✓ אשת הקשר בין הזוגות לוועדה

החלטות ועדת האישורים מתקבלות ברוב קולות של חבריה וישיבותיה הועדה הן בדלתיים סגורות ואין לפרסם דברים שנאמרו או נמסרו בוועדה. הרכב הוועדה נועד להבטיח בחינה מקיפה של כל ההיבטים הרלוונטיים לאישור הסכם פונדקאות. יש לזכור, מטרת החוק אינה לאפשר לנשות קריירה לדוגמא להביא ילדים לעולם בשלט רחוק, רק מן הטעם שהמראה שלהן או פעילותן העסקית ייפגעו מפאת ההריון, כי אם מטרתו היחידה של החוק הנה לסייע בידי בני זוג, שלא יכולים לשאת הריון בעצמם מסיבות רפואיות.

בקשה לאישור הסכם פונדקאות יש להגיש, כאמור, לוועדת האישורים בצירוף המסמכים הבאים:

- ✓ הצעה להסכם לנשיאת עוברים;
 - ✓ חוות דעת רפואית בדבר אי-היכולת של האם המיועדת להתעבר ולשאת הריון או כי ההריון עלול לסכן משמעותית את בריאותה;
 - ✓ חוות דעת רפואית בדבר התאמה לתהליך של כל אחד מן הצדדים להסכם;
 - ✓ הערכה פסיכולוגית בדבר התאמה של כל אחד מן הצדדים להסכם;
 - ✓ אישור של פסיכולוג או של עובד סוציאלי כי ההורים המיועדים קיבלו ייעוץ מקצועי מתאים לרבות בדבר אפשרויות הורות אחרות;
 - ✓ הסכם התיווך בשכר- גם הוא יועבר לאישור ועדת האישורים.
- ועדת האישורים תאשר את ההסכם אם תמצא, כי כל הצדדים לו, יחתמו עליו מתוך הסכמה, מרצון חופשי ובהבינם את תוצאותיו ומשמעויותיו, כי לא קיים חשש לפגיעה בבריאות האם הנושאת או בשלום הילד שיוולד, וכי לא נקבעו בהסכם תנאים הפוגעים או המקפחים את זכויות הילד או את אחד הצדדים.
- עם קבלת אישורה של הוועדה להסכם, על הצדדים לחתום על ההסכם בפני הוועדה. כל שינוי עתידי של ההסכם מחייב את קבלת אישור הוועדה.
- הפרת החוק הינה עבירה פלילית. החוק קובע כי רופא המבצע השתלה של ביצית מופרית במטרה להביא להתעברות אם נושאת וזאת במטרה למסור את הילד שלא בהתאם להוראות החוק, או בקשר להסכם פונדקאות שלא אושר ע"י ועדת האישורים, דינו עד שנת מאסר אחת. עונש דומה יכול להיות מוטל על צד להסכם פונדקאות המציע, נותן, מבקש או מקבל תמורה בכסף או בשווה כסף בקשר עם ביצוע ההסכם, שלא באישורה של ועדת האישורים, וכן על המפרסם ללא רשות דברים מתוך ישיבותיה של ועדת האישורים, או מסמכים שהוגשו לה או כל פרט שעשוי להביא לידי זיהוי של אחד הצדדים.

מעמד הילד וצו הורות

במטרה להבטיח את קיום ההסכם, בניסיון למנוע חיכוכים אפשריים בין הצדדים, בנקודת הזמן הרגישה שלאחר הלידה, ומתוך שמירה על טובת הילד, קובע החוק, כי על ההורים המיועדים ועל האם הנושאת להודיע לפקיד הסעד על מקום הלידה ועל תאריך הלידה המשווער בתום החודש החמישי להריון האם הנושאת. מיד עם הלידה ולא יאוחר מתום 24 שעות על ההורים המיועדים או על האם הנושאת להודיע לפקיד הסעד על הלידה.

החוק מטיל על פקיד הסעד להיות נוכח במעמד מסירת הילד לידי ההורים המיועדים, וקובע, כי פקיד הסעד הינו האפוטרופוס הזמני לילד עד למתן "צו הורות", על ידי בית המשפט לענייני משפחה. צו זה קובע כי הילד הינו ילדם של ההורים המיועדים לכל דבר ועניין. על ידי מתן צו ההורות מושגת מטרת ההסכם וכוונת החוק.

בקשה לצו הורות יש להגיש לבית המשפט לענייני משפחה תוך 7 ימים מיום לידת הילד ובית המשפט יעניין, אלא אם כן נתקבל תסקיר פקיד סעד הקובע, כי הדבר נוגד את טובת הילד, במקרה זה יינתן צו לקביעת מעמד היילוד. מפאת חשיבות העניין, החוק קובע מאסר שנה על מי שמוסר או מקבל ילד שלא בנוכחות פקיד סעד או שלא בהתאם לצו בית משפט שניתן כחוק.

צו הורות או צו לקביעת מעמד הילד

בהתאם להוראות החוק, צו הורות (המורה כי הילד הינו ילדם של ההורים המיועדים) או צו לעניין מעמד אם נושאת כאם ואפוטרופוס על הילד או צו לקביעת מעמד הילד, יירשם בפנקס שינוהל ע"י הרשם שימנה שר המשפטים. החוק למעשה לא קובע את פרטי המרשם, ועם חקיקתו התעורר סימן שאלה גדול האם לדוגמא בפנקס יירשמו פרטי האם הנושאת והאם הגנטית גם יחד (כאשר עסקינן בתרומת ביצית).

חרף רגישות תוכן הפנקס, רק כעבור מעל לשנתיים מיום חקיקת החוק, תוקנו תקנות הסכמים לנשיאת עוברים (אישור הסכם ומעמד היילוד) (רישום בפנקס) התשנ"ח 1998, המסדירות את סוגיית הפנקס, והמורות על נהלי סודיות קפדניים ביותר לעניין הרישום בו ושמירתו. בהתאם לתקנות, הפנקס כולל, בין היתר, את המידע הבא: שם הילד לפי צו ההורות או הצו, שם הילד לפני הצו, תאריך ומקום לידה, מספר זהות הילד במרשם האוכלוסין, מין הילד, שם האם הנושאת, שם נעוריה, דתה, אזרחותה ומספר זהותה, שמות ההורים המיועדים, שמות נעוריהם ושמות קודמים, דתם, אזרחותם ומספרי זהותם, הוראות שנקבעו בדבר מעמד הילד ויחסיו עם הוריו ועם האם הנושאת, ההורים המיועדים או אחד מהם, בית המשפט שנתן את הצו, מספר התיק ומועד מתן הצו. מכאן, שבמצב בו ברחם האם הנושאת, עובר, שאינו מביצית האם המיועדת, אלא מתורמת, מידע זה לא יופיע בפנקס ויישאר בידיעת ההורים המיועדים בלבד, ולילד לא תהיה כל אפשרות לגלות זאת. זה המקום להדגיש, כי המחוקק לא אסר על מסירת פרטי האם הנושאת לילד או למעגל הקרובים, ורק כאשר מידע זה יוסתר מן הילד, תעמוד לו הזכות לעיון בפנקס.

המחוקק קובע רשימה סגורה של בעלי רשות לעיון בפנקס בהתאם לסעיף 30 לחוק האימוץ דהיינו: היועץ המשפטי לממשלה או בא כוחו, רושם נישואין או מי שהסמיך לכך למילוי תפקידו, פקיד סעד ראשי, בעל עניין משמלאו לו 18 שנה. העיון אינו מותנה בהסכמת האם הפונדקאית, אך דעתה יכול שתבוא לידי ביטוי באמצעות תסקיר פקידת סעד והפעלת שיקול דעת שיפוטי.

עדיין, הסכם פונדקאות מעורר שורה של שאלות משפטיות ומוסריות. בארצות בהן הסדר הפונדקאות וותיק, כדוגמת ארה"ב ואנגליה, היו מקרים סבוכים בהם ביקשה האם הפונדקאית לחזור בה מן הסכמתה, ולמעשה ביקשה לקבל לעצמה את הילד שילדה, הגם שאינו ילדה הביולוגי. לפיכך, טוב עשה המחוקק הישראלי, שהסדיר בחוק את הסוגייה הסבוכה הזו. נקודת המוצא בחוק היא, שבית המשפט לא יאשר לאם הנושאת לחזור בה מן ההסכם, אלא אם נוכח בית המשפט, לאחר קבלת תסקיר מפקיד סעד, כי חל שינוי בנסיבות, שיש בו כדי להצדיק את חזרתה של האם הנושאת מן ההסכמה, ואין בכך כדי לפגוע בטובת הילד. במצב שכזה, קובע החוק, כי האם הנושאת תקבל מעמד של אם ואפוטרופסית לילד. חשוב להדגיש, כי בית המשפט ראוי, בנוסף, לקבוע הוראות בדבר מעמד ההורים המיועדים וזכויותיהם, משום היותם הוריו הביולוגיים של הילד. מגבלת החוק היא כי הוא אינו מפרש מהו 'שינוי בנסיבות', שעשוי להביא את בית המשפט לאשר חזרת אם נושאת מן ההסכם, ולפיכך מאפשר שיקול דעת נרחב לבית המשפט במקרים המתאימים.

ההיבט הנפשי של תחום הפונדקאות

תהליך הפונדקאות נחשב כמורכב וקשה מבחינה נפשית. הנשים אשר מיועדות להוות אימהות פונדקאיות, נדרשות לעבור הסתגלות למצב שאינו טבעי ומעורר תחושות, רגשות וחרדות שונות. זהו תהליך הדורש מאם הפונדקאית תכונות אופי וכישורים שונים ולעיתים סותרים (Furger & Fukuyama, 2007).

גם מבחינת ההורים העתידיים לקבל את תינוקם המצב אינו פשוט כלל, ומסתבך אף יותר בגלל חלוקת אחריות לנשיאת התינוק הבלתי שווה בין הצדדים. הועדה בתוקף תפקידה אינה אוכפת את התנהלות הצדדים לאחר מתן האישור על ידה. על אף שקיים חוזה ברור עדיין מדובר בתהליך רגשי ארוך שאינו מוכר לצדדים, התמודדות הצדדים בתהליך הפונדקאות תלויה בשני מרכיבים משמעותיים: אישיות הצדדים והיכולת שלהם לנהל קשר לאורך זמן תוך התמודדות עם מצבים

משתנים, ואופן התרחשות התהליך מבחינה רפואית בעיקר המשפיע על התגובות הרגשיות של הצדדים למצב ואחד כלפי השני. הצדדים המגיעים להליך הפונדקאות מקבלים את ההחלטה ממקום רציונאלי, אך התהליך הרגשי מתרחש לאורך כל התהליך ועד הלידה. מערכת היחסים שנבנית בין הזוג לפונדקאית אינה מוכרת לצדדים ממערכות יחסים קודמות, ולכן הם לא יכולים לצפות כיצד יהיה נכון עבורם להתנהג ואיזה התנהלות של יחסים תסייע בהשגת המטרה. לעיתים ההיתלות בחוזה כפתרון לחוסר הודאות היא נדבך אחד בלבד, אך היכולת לניהול מערכת יחסים היא הנדבך החשוב יותר (פונדקאות בישראל המרכז להורות, 2013).

ניתוח הסוגיה על בסיס תיאורי

התרבות האינדיבידואליסטית משדרת שכל מה שקורה לנו כולל הבריאות הוא פונקציה של בחירות, יכולות ואמביציות. החברה המערבית נעדרת משמעות מעבר לקיום של כאן ועכשיו, בהיותה חברה חילונית אין תפיסה של פשר או משמעות של החיים ובהקשר זה נודעת חשיבות מרובה לעבודת הגוף.

אחד הקריטריונים שלפיו ניתן להחליט האם ההחלטה הינה מוסרית או לא, היא תועלתנות. הן בחברה הפרטית העוסקת בתחום הפריור, והן בידי הגורם המדיני המחליט לגבי המדיניות בעניין, העיקרון שינחה אותם זה איך נייצר בסכומי כסף מוגבלים (תקציב) יותר תועלת. ההבדל בין הפרט לבין גורם מדיני הוא כי הפרט יקבע על-פי שיקול ישיר (רווחים אפשריים מיידיים ובטווח הרחוק), בזמן שגורם מדיני ייקח בחשבון את הנטל הכלכלי של רמת בריאות האוכלוסייה המסוימת (שווי השקעה הנדרשת לטיפול במצב תחלואה מסוים אל מול הוצאות אפשריות הכרוכות בחוסר טיפול בבעיה) (Vachani & Smith, 2004). תיאורית התועלתנות של ג'רמי בנתם וגון סטיארט מיל משקפת את מקום הדרישה שלנו מאנשים שיש להם אחריות ציבורית. על-פי תיאורית התועלתנות, המעשה הראוי הוא זה שמביא את מירב האושר למירב בני האדם. לעיקרון הזה קוראים עיקרון אושר המרבי וזה אומר שלנוכח דילמה מוסרית בעל תפקיד במגזר הציבורי, צריך לבחון את התועלת והנזק שנולדים מכל אחת מהאלטרנטיבות שעומדות לבחירתו ולבצע את זו שמפיקה יותר תועלת אשר נזק עבור יותר אנשים (Cockerham, 2001). מבחינת הפרט, עיקרון זה בתחום הפונדקאות מתבטא באושר ההורות, בתועלת חברתית בשינוי דמוגרפי, ורבים אחרים. כך, סיגל גולדין (2002) טוענת במאמרה שהרצון להיות שייך לקולקטיב הישראלי עוברת דרך פרקטיקת האימהות, ושצריך לאשר טכנולוגיות פריור שונות לא רק בשל דמוגרפיה, אלא גם בגלל הזכות לאושר. זהו טיעון ליברלי פרטיקולרי. היא מדברת על קודים מסורתיים קולקטיביסטיים של ישראל יש אינטרס לעודד ילודה ועל קודים אינדיבידואליסטים ליבראליים כלומר שלפרט יש זכות להגשמה עצמית.

אולם, חשוב לשים לב שהתועלתנות דורשת מבר החלטה להיות אדיש לשאלה מי נהנה מהתועלת. הוא חייב להיות מנותק משיקולים אישיים וזאת משום שאם בני אדם רוצים למקסם את האושר שלהם בחיים אז הדרך היחידה זה שכל אחד יעשה את הדבר הטוב ביותר שהוא יכול. התועלתנים מאמינים שרק באמצעות יישום של עיקרון האושר המירבי החברה כולה וכל אחד מן הפרטים בה יוכלו להיות מאושרים ולהגשים את החיים. תועלתנות אינה מתייחסת לשאלת הכוונה, אלא בוחנת דברים לפי מבחן התוצאה. אולם, ידועות גם מספר מגבלות. הראשונה היא- חוסר היכולת של האדם לצפות את כל ההשלכות שייגרמו מהמעשים שלו- מה שנקרה רציונאליות מוסרית מוגבלת. מאוד קשה לחשוב על תוצאות לטווח ארוך או בסביבה מרוחקת למשל (Cockerham, 2001). בצורה זו, בטווח הקצר-בינוני, מתעלמים קובעי המדיניות ממידת האושר המושג על-ידי האם הפונדקאית בעקבות העסקה לפי תנאים אותם מציב החוק, ובטווח הרחוק- לא ניתן גם לנבא את סוגיית תפישת הילד שהובא לעולם בצורה זו את מקומו בחברה. למרות המניעים האלטרואיסטיים על פניו (כמו דאגה לבריאות הציבור), המניעים בהשקעה המדינית בטכנולוגיות רפואיות דומים יותר לעיקרון "אינטרס עצמי נאור": הממשלות בודקות את תוצאות השקעותיהן האפשריות לטווח הארוך, ומנסות להעדיף אותן ככל הניתן על פני הרווח המיידי והשלכות מיידיות, במגבלה של תקציב מצוי והוצאות מחייבות בעדיפות גבוהה יותר. במדינות רווחה כדוגמת ישראל, בהן זכויות האזרח לתמיכה מדינית במקרה של מגבלה בריאותית מוגדרות בחוק, וההוצאות על בריאות ממומנות מתקציב ההוצאה הלאומית, המדינה מעוניינת בהשקעות בפיתוח ומחקר התומך בהעלאת רמת הבריאות באוכלוסייה הכללית או ברמת התפקוד בחולה כרוני שעלול להזדקק לתמיכה מהמדינה (קצבת נכות, ניצול חוק סיעוד, שירותים מיוחדים וכד'), שכן עלייה כזו תחסוך לה הוצאות עתידיות בטווח הרחוק (Vachani & Smith, 2004). אולם,

כאמור, עקב מגבלות משאבים, ההשקעה תכוון בראש ובראשונה בפרויקטים בעלי פוטנציאל תשועה הגבוה ביותר, ובמועד הקרוב ביותר להשקעה בפועל (Cockerham, 2001), אליהם שייך תחום הפירון כולו, ותחום הפונדקאות בפרט.

לפי כל האמור, נתן להבין חילוקי דעות הקיימים לגבי מהות המושג "אושר מירבי". בשל עיקרון האושר המירבי עלולים להתבצע מעשים לא כשרים שבאופן אינטואיטיבי נראים לא ראויים. וכאן נשאלת השאלה- עד כמה מותר ללכת עם העיקרון של התועלתנות לפני שזה עומד בפני מדרון חלקלק שבשם עיקרון האושר המירבי הכול תקף? ובמילים אחרות- האם המטרה תמיד מקדשת את האמצעים?

בהקשר זה, לפי עיקרון מבחן חובות מול זכויות, המשמעות המוסרית של מעשים נבחנת על פי הכוונה המעשית (להבדיל מהכוונה הרגשית עליה אין שליטה), שעומדת מאחוריהם. הכוונה היא לכוונה תבונית שהיא תוצאה של שיקול דעת, מחשבה נטו. כאשר נמצאים מול דילמה מוסרית, יש לחשוב ולהפעיל את התבונה, כי רק לתבונה יש לו שליטה על כל דבר שעושים. הבעיה היא, שלא ניתן לפעול רק מהרציונאל וללא רגש, כי התבונה כוללת אלמנטים רגשיים (Cockerham, 2001). במסגרת זו אנו מדברים על אינטרסים אישיים מעמדות וקונפליקטים, אבל בשונה מגישת הקונפליקט- לשני הצדדים- ההורים והאם הפונדקאית יש אינטרס לבצע עסקת חליפין עם האחר. האינטראקציה מתמשכת כל עוד יש לשני הצדדים עניין בעסקת חליפין. הפונדקאית מעוניינת בקבלת תשלום, ההורים מעוניינים בקבלת התינוקות. במידה ונגמר העניין של אחד מהצדדים התהליך מסתיים במקרה הטוב, ובמקרה הפחות טוב מתפתח קונפליקט (ויילר (ישראל), תשנ"ז 1996).

בבואנו להגדיר משפחה- זוהי קבוצה ראשונית המהווה גם מוסד חברתי העונה על צרכים אקספרסיביים ואינסטרומנטליים של הפרטים המשתייכים אליו. המשפחה מבוססת על קשרי דם, נישואים, אימוץ או בחירה. בין הפרטים במשפחה ישנם יחסי תלות וקרבה והם מזהים עצמם כשייכים למשפחה אחת מסוימת. בתהליך החברות הפרט מפנים את מאפייני התרבות של החברה בה הוא חי, "חשיבות העצמת צאצאים" ובמקביל מפתח את הזהות האישית שלו (Friedman, 1998). בהקשר זה, אחת השאלות הנשאלות על-ידי הכתבה של עיני (2011): מה היא המוטיבציה של הפונדקאית לשאת עוברים של אנשים זרים לה תוך אי נוחות וסיכון הכרוכים בהריון? האם מדובר ברגשות הומניטאריים אצילים או האם מדובר במכירת גוף, החפצה של גוף האישה ושאלת מסחר בבני אדם. נראה כי התשלום הוא מניע חשוב אצל פונדקאית אך לא היחיד. ישנן סיבות רגשיות שונות לביצוע הפונדקאות ואת מרביתן ניתן לאגד תחת כותרת הרצון לאפשר הורות, הרגשת מימוש עצמי, ומתיכה בזכות עצמית. פונדקאות עבור נשים אלו הוא ניסיון נשי מיוחד הקשור לזהות הנשית והאימהות, הרצון לאפשר לאחרות לחוות התנסות עם ילדים. במובן זה, קשה מאוד להעריך עד כמה יכולה להיות אלטרואיסטית התנהגות אישה המסכימה להיות לאם פונדקאית כחוק לזוג אנשים שמעולם לא הכירה (והאמת היא גם אלו שכן הכירה), ולאורך איזו תקופה אלטרואיסטיות זו תחזיק מעמד מבלי לפגוע בחיי האישה מחוץ לתפקידה כפונדקאית.

לפי השקפתו של עמנואל קאנט לאדם יש תבונה אנושית, תבונה עם ערכים משל עצמה, תבונה אוניברסאלית. את התבונה הזו יש להפעיל בתהליך קבלת החלטות לכדי הבחנה בין טוב לרע. לפי קאנט, בכל פעם שישנה דילמה מוסרית "עשה מעשיך רק ע"פ אותו הכלל המעשי אשר בקבלת אותו תרצה גם שיהיה לחוק כללי"- או במילים אחרות- מה שעדיף שכולם יעשו כשהם נמצאים באותה סיטואציה. בכך, עשית משהו לא רצוי שאנשים אחרים יעשו מעיד על עשייתו מהרגש ולא מתבונה. אולם, האדם המודרני הופך להיות אובייקט של שליטה. הכוח לבש צורה מתוחכמת, והוא ניתן לבעלי הידע (רופאים, קובעי מדיניות) אשר מגדירים מה הוא עולם נורמטיבי, מה הכרחי ומה בריא, ובמילים אחרות- מה "טוב", ומה "רע". אנו כבני אדם מעין סוג של אובייקטים ממשמעים את הגוף. בעלי הכוח מעבירים מסר כי זהות הורית היא הכרחית מבחינה נורמטיבית. המחקר מדבר על כוחו של השיח כממשטר (מלשון משטר) ופיקוח, כלומר השיח מכתוב לנו כיצד לגיטימי לדבר על נושאים מסוימים וכיצד לא (Cockerham, 2001). במדינה מודרנית יש הרבה משטר ושיחים על הפרט עד כדי ירידה לפרטים מאוד אינטימיים של התושבים. אנו כבני אדם נשלטים דרך הרצון שלנו. בני הזוג שאין לו ילד מוכנים לשלם כסף רב לעבור תהליכים בירוקראטיים קשים על מנת להיות אנשים נורמטיביים. בני הזוג מגויסים מבפנים זו למעשה כפייה. אם הזוג לא מצליח להרות הוא עלול לתפוש את עצמו כנכות בשולי החברה. כבר במקורות הראשית, תוארה קריאתה הנרעשת של רחל העקרה בקראה אל יעקב "אשר חבה לי בנים ואם אין מתה אנוכי". לאור העדר טכנולוגיות בזמנו, ניתן להגדיר כפונדקאות גם את הריון שיפחת אברהם אבינו כסוג של פונדקאות המתוארת במקורות דתיים (ויילר-ישראל, תשנ"ז 1996).

ההמלצה לשיפור תהליך ההתאמה לפונדקאות

כסוג של פתרון לבעיה זו, כחלק מבדיקת ההתאמה לשמש כאם פונדקאית מומלץ על המועמדת לעבור אבחון פסיכולוגי. תהליך האבחון יכול ללמוד מיפוי של התכונות הנדרשות, בדיקתן אצל המועמדת והסקת מסקנות בהתאם. זהו מודל המשלב כלים מהפסיכולוגיה הקלינית והתעסוקתית. על האבחון להתבצע בשני שלבים. השלב הראשון כולל שיחה מעמיקה עם האישה, על חייה, ההיסטוריה שלה ועמדותיה כלפי תהליך. בהמשך מועברות משימות כגון העתקת צורות, כתימת דיו השלמת משפטים ועוד. אלו חלקים באבחון פסיכולוגי סטנדרטי. על השלב השני להתבצע מאוחר יותר לאחר עיבוד החומר ומשמש כשיחת משלב. בשיחה זו מועברת תמצית ההתרשמות לאישה עצמה.

מטרת האבחון היא להכיר את האישה. מי היא, מה "הסיפור" שלה? מה המוטיבציה שלה? מהם כוחותיה, מהן חולשותיה, ומהו סגנון ההתמודדות שלה? לפיכך המטרה היא להפיק מעין "מפה", או ציור של מי האשה. ההנחה היא שאף אחת אינה מושלמת לתפקיד ומעבר לשאלת ההתאמה כדאי לדעת מהם היתרונות והחסרונות של כל מועמדת. מטרה נוספת של האבחון היא לספק המלצות מעשיות: לדוגמה, האם זוהי אשה שזקוקה לליווי בתהליך? איזה סוג קשר יהיה עדיף בשבילה? אלו רגישויות יש לה שכדאי לקחת בחשבון. מהאבחון ניתן לקבל רושם על יציבות בחייה של האשה, עד כמה מסודרת, מאורגנת וכיצד מתפקדת. בנוסף יש להתרשם מחוש האחריות שלה ומרמת האמינות ניתן ללמוד משהו הן על הרמה השכלית והן על סגנון החשיבה, באיזה אופן בוחנת את הדברים וחושבת עליהם ועד כמה החשיבה מעמיקה או שטחית. גורם חשוב הוא אופן קבלת ההחלטות. עד כמה היא שוקלת ובודקת כל דבר ועד כמה פזיזה. בנוסף ניתן ללמוד על האופן שבו יוצרת קשרים, עד כמה פתוחה סוגרה או חשדנית. בהתאם ניתן להמליץ על אופי הקשר עם בני הזוג. באבחון נבדקת היכולות של המועמדת לקבל משוב ולקיים דיאלוג. כלומר עד כמה היא מסוגלת להפנים דברים שנאמרים לה, להבין את הנדרש ממנה ולשתף פעולה. לפיכך המשוב משמש כשלב חשוב מאוד באבחון. בהקשר זה ניתן ללמוד על רמת המודעות של המועמדת: עד כמה מודעת לעצמה, כלומר עד כמה מכירה את עצמה במצבים שונים ותוכל, לדעת למשל מתי היא זקוקה לעזרה או סיוע. מטרת האבחון בין היתר היא לנסות ולנבא, ככל שניתן, כיצד תתמודד האישה עם התהליך. עיקר המטרה הוא לנבא התמדה ויציבות בתהליך. למשל אם מישהי מגלה מוטיבציה גבוהה, רמת תפקוד טובה וחוש אחריות נאות ניתן לצפות שתוכל לגלות אחריות ולהתמיד בתהליך. הניבוי הטוב ביותר מושג באמצעות שילוב כלים. כמו כן אין תחליף למעקב וקשר לאורך זמן, דוגמת לאבחון מספר לקוחות. האבחון יאפשר לאישה עצמה הזדמנות לשמוע על עצמה, ואולי לפתוח ולברר סוגיות שלא הייתה מודעת להן די הצורך. בני הזוג המיועדים יכולים להתרשם, מעבר למה שהם רואים לגבי המועמדת. על האבחון לשמש כמידע המונח בידי הועדה לאישור הסכמים ומסייע בקבלת ההחלטה על ההסכם בין הפונדקאית לזוג. בנוסף, האבחון ישמש ככלי עזר בידי הגוף המתווך את הקשר בין הפונדקאית לבין בני הזוג. במידה ויש כזה, וזאת הן בקשר להתאמה בין זוג מסוים לפונדקאית והן לגבי הצורך בליווי. תהליך האבחון עשוי לעורר תגובות שונות אצל הנבדקות. המבחנים הפסיכולוגיים מעוררים תהיות ושאלות והשיחה האינטימית הנרקמת בחדר הפסיכולוג, נחוות לעתים כחודרניות מעט ומעוררת סימני שאלה. עוצמת התגובות מעלה על פי רוב אינדיקציות לגבי יכולתה של האישה ליצור מפגש אינטימי וקרוב עם זר (הפסיכולוג) כמנבא את יכולתה ליצור יחסים שיש בהם קירבה ואינטימיות גם עם בני הזוג. בנוסף יכול להיות המפגש האבחוני גם שלב מוקדם בתהליך ממושך יותר שיכול להיות עבורה חודרני ומורכב גם בהמשך. האישה עצמה יכולה לבחון גם את תחושותיה בנוגע לחשיפה לה היא נדרשת במצב זה, כמסמנת את תחושותיה העתידיות בנוגע להתקרבותם של בני זוג, אותם לא בחרה כקרובה או ידידה, אך יהפכו במהלך החודשים הבאים לאנשים המלווים אותה בתהליך אינטימי ביותר, היינו הריון.

ליווי של אנשי מקצוע שבהכשרתם הם עובדים סוציאליים או פסיכולוגים יכול לסייע לצדדים במספר מישורים, לדוגמה בנושא התייחסות לגורמים אישיותיים שונים במטרה להתאים פונדקאית להורים מיועדים כך שהתהליך מבחינתם יהיה מוצלח גם ברמה החווייתית, בניית תחושת הצרכים והציפיות המודעים והבלתי מודעים שכל צד מגיע עמם לתהליך, בחוויות הרגשיות הקודמות שאיתם מגיעים הצדדים לתהליך, כמו אבדנים ורמת עיבודם, ניהול מערכות יחסים קודמות, היכולת להיפרד, עיבוד כעסים, תלות מול עצמאות, צורך בשליטה מול חוסר שליטה; מיפוי מבנה המערכות המשפחתיות מהם הגיעו הצדדים, דבר המנבא את רמת התמיכה לה יזכו הצדדים בתהליך; הגדרת הגבולות בתוך מערכת היחסים בין ההורים המיועדים לבין האם הנושאת, בחינת הגבולות בתוך המערכת הזוגית תוך התייחסות לקבל אורח חיים שונה ותפיסות עולם נוספות. ישנן מספר אפשרויות להתעבות מקצועית. ההתערבויות המקובלות הינן במספר רמות- פרטנית, זוגית, וקבוצתית. במרבית הזמן מדובר בתמיכה, עידוד והכוונה. התערבות מקובלת

נוספת היא התערבות בשעת משבר שיעילה מאוד במצבי משבר כמו שמירת הריון או קושי להשיג הריון בטיפולים חוזרים וכו'. התערבות זו הינה מקובלת מאוד בעולם הטיפולי ומראה שיפור די מהיר בתגובות הרגשיות. ההתערבות הזוגית מאפשרת לכל אחד מבני הזוג להביע את רגשותיו באופן גלוי ולמצוא את מקומו בתוך התהליך ובקשר עם הפונדקאית. ההתערבות הקבוצתית מאפשרת לחלוק חוויות משותפות עם הורים מיועדים/פונדקאיות נוספים ובכך לקבל לגיטימציה לתחושות שהצדדים חשים.

מסקנות

הזכות להורות היא ביסוד כל היסודות, בתשתית כל התשתיות, היא קיומו של המין האנושי, היא שאיפות של האדם, ובוודאי שאיפתה של האישה. הפונדקאות מבטאת באופן מוחשי אמו אינסטינקט שבאדם, אינסטינקט להישרדות על דרך העצמת דור חדש הנושא את מטענו הגנטי. אין חולק, כי כאשר קיימת הטכנולוגיה, על המחוקק לעשות הכל כדי להצמיד קדימה את החברה ולבנות את הכלים המשפטיים ליישום הטכנולוגיה לטובת הציבור. חוק ההסכמים לנשיאת עוברים אכן מצליח לספק את הכלים המשפטיים לזוג, אשר לא יכול בכוחות עצמו להביא ילד עולם, וזקוק לרחמה של אישה אחרת, שתישא במשך 9 חודשים עובר ממטען גנטי לא לה, ונותר רק לקוות, שהכנסת תשכיל בכל זאת לעשות מקצה שיפורים לעניין זהות האם הנושאת ומצבה האישי, וזאת הן לטובת האם הנושאת והן לטובת ההורים המיועדים. הפונדקאות והסדר הפונדקאות הם תהליכים שלהם משמעות מוסרית ומורכבות. האם הפונדקאית עוברת תהליכים רפואיים מורכבים ומסכני בריאות. כמו-כן, היא מוותרת על מרכיבים מחירותה בהסכימה לפיקוח קפדני על אורחות חייה במהלך ההיריון ולעתים אף להענקת מגוריה למרפאה מיוחדת למשך תקופת ההיריון. בסופו של תהליך היא מוסרת את הילד לאישה או גבר אחרים. על-פי כן, מובן כי החוק מציב תנאים רבים ומתערב למעשה בכל שלבי ההתערבות, ההריון והלידה. עדיין, ליווי אנשי מקצוע בתהליך מורכב זה, החל מאבחון מוקדם וכל בתמיכה נפשית לאורך כל ההריון ואף תקופה לאחריו- הינו הכרחי.

ביבליוגרפיה

- גולדין, ס. (2002). אנורקסיה בישראל או "אנורקסיה ישראלית"? כמה הערות על "תסמונת תלוית-תרבות" בהקשר גלובלי. *סוציולוגיה ישראלית* ד (1), עמ' 105-141.
- הוועדה לענייני פונדקאות. פורסם באתר משרד הבריאות באינטרנט.
- השילוני-דולב, י. (2004). מיהו תינוק רצוי? הפלות סלקטיביות בשל אנומליות בכרומוזומי מין בגרמניה ובישראל. *תיאוריה וביקורת* (25): 97-123.
- ויילר (ישראל), י. (תשנ"ז 1996). אם פונדקאית ושינויים בתפישת ההורות - היבטים פילוסופיים. *אסיא*, נ"ז-נ"ח, עמ' 172-141.
- פונדקאות בישראל המרכז להורות (10/03/2013). "פונדקאות בישראל- מסגרת החוק, ההליך והצדדים", *פורטל המשפטי לקהל הרחב*. נמשה מאתר אינטרנט "משפטי": www.mishpati.co.il/article.aspx?articleId=1825, בתאריך 09.04.2013.
- פרופ' דניאל זייזמן (2012). פונדקאות: מה הם הקריטריונים והשלבים הרפואיים. נמשה מאתר אינטרנט <http://www.pundekaut.com/newsletter/zaydman1.htm>
- חוק הסכמים לנשיאת עוברים (אישור הסכם ומעמד היילוד), תשנ"ו-1996
- נוי (קניון), ס' ומישורי, ד'. (2009). שליטה רפואית ודומיננטיות הרופאים בדיוני הוועדה הציבורית מקצועית לבחינת נושא תרומת הביציות בישראל. *סוציולוגיה ישראלית* (יא), 1: 37-64.
- עיני, ל'. "פונדקאות בארץ: שלב אחר שלב". פורסם באתר אינטרנט "וואלה בריאות" ביום שלישי, 13 בדצמבר 2011. נמשה מהאתר בכתובת <http://health.walla.co.il/?w=/5028/1884353>
- קורנילדי, מ' (תשנ"ב-תשנ"ד). מעמדו המשפטי של ילד הנולד מהפריה מלאכותית מתורם זר או תרומת ביצית, *שנתון המשפט העברי*, י"ח-י"ט, עמ' 295-327
- שלו, כ' (תשנ"ה). דיני פוריות וזכות הפרט להיות הורה, בתוך: *מעמד האשה. חברה ובמשפט*, עמ' 503-533.

- Cockerham, W.C. (2001). Medical Sociology and Sociological Theory. In Cockerham, W.C. *The Blackwell Companion to Medical Sociology* (Chapter 1 pp. 3-22). London: Blackwell Publishers Ltd.
- Darnovsky, M. (2010). "Pregnancy without Borders: Reproductive Tourism's. 12 Global Reach". <http://www.biopoliticaltimes.org/article.php?id=5393>
- Darrow, J.J. & Chilton, A. (2011). Recent Developments in Health Law. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 39(2): 291-300.
- Fontanella-Khan, A. (2010). "India, the Rent-a-Womb Capital of the World 13 <http://www.slate.com/id/2263136>
- Fosset, J.W. (2007). Managing Reproductive Pluralism: The Case for Decentralized Governance. *Hastings Center Report*. 37(4), 20-22
- Friedman, M. (1998). *Family nursing: Theory and practice*. Norwalk, Connecticut: Appleton and Lange.
- Furber, F. & Fukuyama, F. (2007). A Proposal for Modernizing the Regulation of Human Biotechnologies. *Hastings Center Report*. 37(4), 16-20
- Litton, P. (2007). Nanoethics? What's New? Does nanotechnology create its own ethical concerns? *Hastings Center Report*. 37(1), 22-25.
- Vachani, S. & Smith, N. C. (2004). Socially Responsible Pricing. *California Management Review*, 47(1): 117-144.

אוניברסיטת תל אביב
הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
ביה"ס למקצועות הבריאות
החוג לסייעוד
תוכנית הבוגר

4.5 טעויות במתן תרופות ודרכי מניעה. טל בן וליד חליס

פברואר 2008

מבוא

טעויות ושגיאות במתן תרופות הן אחת הסיבות העיקריות לתחלואה ותמותה בקרב מטופלים. תהליך מתן תרופה מורכב ממספר רב של שלבים והסיכוי לטעות פוטנציאלית אפשרי בכל אחד מן השלבים, עם זאת, הקפדה על כללים בסיסיים בכל אחד משלבי מתן התרופה יכול לצמצם למינימום את הסיכוי לטעות.

חולים רבים מקפחים את חייהם או ניזוקים עקב טעויות במתן תרופות, עלות נזקים אלה למשק הנה עצומה. בארץ לא קיימת הערכה מדויקת של מספר ניזוקים או של הנזק הכלכלי הנגרם מבעיות במתן תרופות. התרופות יכולות להיות קשורות לרופא, לאחות, לרוקח למטפל או לחולה עצמו.

שגיאות בכתבת מרשמי תרופות, בפענוח של המרשמים או בפענוח פקודות למתן תרופות עקב היותם כתובים בכתב יד מרושל, הם הסיבות העיקריות לטעויות במתן תרופות.

גורמים נוספים התורמים לטעויות הם: חוסר ידע אודות התרופות והרגישויות לה, חוסר ידיעה והכרה של החולה, רגישויותיו, מחלותיו ותרופות נוספות אותם הוא מקבל, חריגה מכללי עבודה ברורים וידועים, העתקה גרועה ושכחה.

רבות מטעויות אלה ניתנות לתיקון והעיקריות שבניהם הם:

- מערכת ניהול סיכונים המאתרת את נקודות התורפה ומנסה לתקן אותם.
- מחשוב מערכת מתן התרופות שתשפר גם את נוהל כתיבת המרשמים, נוהל העברת הפקודות ואינפורמציה על תופעות הלוואי האפשריות ומערכת הגומלין בין התרופות.
- צמצום הטעויות במתן התרופות הנו בעל חשיבות רפואית וכלכלית גדולה.
- בדיקת אמצעים לצמצום טעויות אלה יכולה לתרום לאיכות הטיפול הרפואי ולצמצום נזקים כלכליים עצומים.

סקירת ספרות

מתן תרופה "תהליך שיטתי" של מתן תכשירים תרפויטיים, בדרכים שונות, כחלק מתכנית הטיפול הרפואי, למטופלים, על-ידי מורשה לעסוק בסיעוד, בעל הכשירות המתאימה- מקבלת ההוראה מרופא ועד לדיווח על תגובות המטופלים" (משרד הבריאות, שירותי אשפוז, 1984).

"טעויות במתן תרופה" אחת משלושת המקרים הבאים: סטייה מהוראת הרופא, כפי שנכתבה, סטייה מהוראת השימוש בתרופה, כפי שנקבעה ע"י היצרן, או סטייה מנהלים של בית החולים. (Allen&Baeker,1990, Davis&Cohen,1981).

טעויות במתן תרופות הן השכיחות ביותר מן הפעילויות המסתיימות בנזק לחולה. הטעויות מהוות בעיה חמורה בעולם ורבים מקפחים את חייהם מדי שנה. על פי רוב המאמרים שיפורטו בהמשך הטעויות הנפוצות ביותר הן: אופן מתן התרופה וצריכתה וכשל תקשורתי בין שירותים המעורבים במתן התרופה (קשר המתבצע בין אחות-חולה-רוקח).

על פי מאמרו של הלוי (1996), רוב התאונות שמקורן בטעויות אינן קורות במקרה, אלא כתוצאה ממערכת לא מתוכננת ואז האפשרות למעוד ולבצע טעויות רבה יותר. כמו כן יכולות להתבצע מספר טעויות בזמנית. ניתן לצמצם ולעיתים למנוע את הטעויות על ידי איתור תקלות המתרחשות במערכת. טעות נפוצה אליה מתייחס הלוי (1996) היא, שלב כתיבת המרשם שהוא השלב העיקרי והגורם השכיח לבעיות רבות כגון:

- מתן סוג התרופה.
 - העתקת הוראה או פקודה שגויה.
 - הפצת ידע לא מתאים או לא נכון אודות התרופה.
 - קביעת סוג התרופה והקבוצה אליה הוא משתייך.
 - מתן מינון לא נכון.
 - כשל בשלילת רגישות.
 - כשל תקשורתי בין האחות-רופא-רוקח הגוררת זיהוי שגוי של התרופה והנפקה לא נכונה.
- וקנין (2003) והלקין (2003), מוסיפים שטעויות רבות יכולות להתבצע עקב כתב יד מרושל וקיצור ראשי תיבות המסובכים לפענוח, לעיתים קרובות טעויות אלה גוררות טעויות נוספות בשיבוש המינון לדוגמא:

קיצור המילה - units כאות u שלפעמים מתפרשת כספרה 4 או 0. הם מצדדים בעובדה שאי הקפדה על יישום כללים בסיסיים הוא הגורם העיקרי לטעויות.

בהתאם לכך מוסיפה ברטמן (1997), שטעויות אנוש הכוללות עייפות, חוסר ריכוז והסחות דעת כגון: מענה לטלפונים בו זמנית, מתן תשובות או ניסיון לפתור מספר בעיות בו זמנית הם גורמים נוספים לטעויות.

מאמרה של קורן (2003), איננו נוגע ספציפית לטעויות במתן תרופות אך מתייחס לניהול טעויות בסיעוד תוך הדגשה כי טעות שלא גרמה לנזק ונגרמה ב"דקה ה-90" – כלומר-טעות שנמנעה לפני עשייתה איננה נחשבת לטעות כלל. את הטעויות היא מחלקת לשלושה מאפיינים:

מאפיינים אישיים פיזיולוגיים – הכוללים חוסר שינה, עייפות, שכרות וחולי.

מאפיינים אישיים פסיכולוגיים – עומס, שעמום, תסכול, כעס, חרדה, תכנון, חלוקת עבודה לקויה, הטלת משימות על מטפל חסר מיומנות מספקת, חוסר בקרה ופיקוח, העדר משאבים ורעש סביבתי. מאפיינים אלו עלולים לגרום לכישלון במתן מידע והעברת מסר בטיחותי שגוי.

לדוגמא: העברת מידע למטפל אישי (המטפל יכול להיות: בני משפחה, עובדים זרים וכדומה) על מתן תרופה במינון של 1/4 טבליה ביום אך בגלל בעיית שמיעה, רעש סביבתי, הבנה לקויה או אי הבנה כלל התפרש הדבר למטפל כ-4 טבליות ביום. מקרה זה ודומים לו עלולים להתרחש ולגרום לנזק חמור ובמקרים קיצוניים אף למוות.

מאפיינים אישיים אינטלקטואליים – חוסר ידע וחוסר בקרה.

שלושת מאפיינים אלה מצביעים על תקשורת לקויה בצוות בתחום הכתוב וגם בתחום המילולי כל זאת בתוספת כתב יד מרושל עלולים לגרום לחולה להיחשף לטיפול שגוי או אי קבלת הטיפול הנחוץ. טעות נוספת המציגת ברוב המאמרים היא אי-יישום כללים בסיסיים, חוסר הדרכה והמלצות לצוות הרפואי בתוספת חוסר תשומת לב.

ההשלכות הרפואיות

מעולם לא נערכה בדיקה ואין הערכה מדויקת לכמות הנפגעים אך ההערכה מספרית של האגף להבטחת איכות במשרד הבריאות קובעת כי מתוך 1,200,000 אשפוזים הנעשים בארץ בשנה, ב-42,000 מתרחשים אירועים חריגים. חלק מהטעויות הללו עלולות להיות קטלניות. לפי הערכת משרד הבריאות, כ-1,850 מתים כל שנה עקב טעויות במתן תרופות.

Norton (2001), ציין כי בשנת 1977- 50% מהתרופות הניתנות במרשם רופא נלקחו לא בהתאם להוראות הצרכן ולא בהתאם להוראות הרופא, ובשנת 1995- 10% מכלל האשפוזים נובעים כתוצאה משימוש בתרופות.

הבעיה העיקרית בטיפול היא שהטעות נובעת ממערכת שצריכה לטפל בתוצאותיה. השונות במערכת הזאת היא גדולה מאוד מאחר ואין דפוס קבוע של סוג הפגיעה, תופעות הלוואי יכולות להתרחש בסוגים שונים של חולים, הטעויות יכולות להיות קשורות לצוותים הרפואיים השונים ולעיתים הבעיה נובעת מהחולה עצמו.

השלכות כלכליות

מאחר ובעיית הטעויות במתן התרופות היא רפואית הפתרון לבעיה מתבסס בעיקר על מערכת הבריאות. ההשלכות הכלכליות כבדות הן למבטח (=בתי חולים, קופות חולים) והן למבוטח (=חולה), בארצות הברית ההוצאה המשוערת היא ערך כ-40-30 מיליארד דולר בשנה.

היקף הבעיה בארץ

ככל הידוע, בתחום טעויות במתן תרופות בארץ יש רק מקור אחד המספק נתונים והוא החברה לניהול סיכונים ברפואה.

חברה לניהול סיכונים בישראל – החברה לניהול סיכונים ברפואה חוסה על "צבא" של רופאים, אחיות, עובדים פרא-רפואיים ואחרים, שמטרתם העיקרית (מלבד הדאגה לבריאות החולה) היא מניעת רשלנות מקצועית, על כל המשמעויות המתבקשות והנובעות מכך. בין תפקידיה:

- ייעול הרופאים לתקשורת נאותה עם חולים ובני משפחותיהם.
- אבטחת איכות הרפואה על פי אמות מידה רפואיות-מדעיות מקובלות (ברמת הפרט, וברמת המוסד הרפואי).
- איתור תקלות וכשלים במערכות הבריאות.

- יידוע ציבור עובדי הבריאות על תביעות רשלנות בבתי המשפט ועל תוצאותיהן.
 - הכנת הנחיות קליניות והתנהגותיות לדרכי אבחון, בירור וטיפול (בעיקר במצבים רפואיים החשופים לתביעות משפטיות בשכירות גבוהה).
- מבחינה חברתית-ציבורית יש חשיבות רבה לבקרה משפטית המטרת העיקרית הן: הרתעה מפני התנהגות רשלנית, ובכך השגת שיפור באיכות הטיפול הרפואי, פיצוי הנפגעים לצורך שיקומם ויכולתם להתמודד עם הנזקים שנגרמו להם וזיהוי רופאים רשלנים, המועדים לטעויות ורשלנויות חוזרות.
- החברה לניהול סיכונים ברפואה מקבלת דיווחים על אירועים חריגים מהמוסדות המבוטחים בביטוח אחריות מקצועית. המוסדות והפרטים המבוטחים במסגרת זו מהווים כ-80% מכלל המטפלים בתחום הבריאות בארץ.
- הנתונים מבוססים על אירועים שדווחו בין השנים 1991-2002: מתוך 80,000 דיווחים כ-4% מהאירועים (3,354) עסקו בטעויות בתרופות. 60% מהטעויות התרחשו בבית חולים, אך שיעור הטעויות בבתי חולים קטן באופן יחסי משיעור הטעויות בתרופות בקהילה (3.1% לעומת 8.4% בהתאמה). 385 תיקים שהכילו דיווח על טעות או טעויות בתרופות הושגה עתודה כספית בגין נזק שנגרם למטופל.

הצוות המעורב

אחיות מעצם עיסוקן נמצאו במקום הראשון בדיווח על טעויות בתרופות, אולם כאשר מדובר באירועים בהם נגרם נזק, האחיות מצויות במקום השלישי מבין קבוצת האחיות, רופאים, רוקחים. דבר זה מציין את החשיבות למודעות האחיות לדיווח על טעויות בתרופות בכלל, ולא רק במקרים בהם נגרם נזק. מרבית הטעויות בהן נגרם נזק הינם של רוקחים, אצלם הבעיות העיקריות הן של פענוח כתב היד, עומס עבודה ובעיות באריזות ואחסון, בעיות אלה מובילות בדרך כלל לטעות בסוג התרופה.

טבלה מספר 1- הצוות המעורב בטעויות בתרופות

טעויות שבהן נגרם נזק	כלל הטעויות	צוות מעורב
114	1858	אחיות
142	792	רופאים
160	798	רוקחים
17	49	אחרים
43	564	לא ידוע

*תיתכן מעורבות של יותר מאיש צוות אחד בטעות

קיימת סברה שלא כל הטעויות מדווחות, אם בשל אי הנוחות להודות בטעות ואם בשל החשש מעונש, הגורמים לעיתים על הידיעה כי חשוב לדווח לצורך הפקת לקחים. גם המטופלים, בעיקר בקהילה, לא ידווחו תמיד על טעויות כאשר אי הנוחות והתסמינים שלהם זמניים וחולפים. סביר להניח שעלייה בכמות הדיווחים הייתה משנה את התפלגות התוצאות.

טבלה מספר 2 - תוצאות של טעויות בתרופות

תוצאות	שכיחות	שיעור
מוות	30	0.008
פגיעות קשות עד מאיימות על החיים	63	0.018
פגיעות בינוניות	291	0.085
פגיעות קלות	692	0.202

לא ידוע	270	0.079
אין פגיעה	2084	0.608

*תיתכן יותר מתוצאה אחת.

חקיקה, נהלים והנחיות בישראל לעניין מתן תרופות

- במדינת ישראל קיימים הוראות ותקנות לגבי רישום ומתן תרופות והן עוגנו בדברי חקיקה ראשית, כמו כן משרד הבריאות מפרסם נהלים והנחיות לגבי הנפקה ומתן תרופות כדלהלן:
- פקודת הרוקחים {נוסח חדש}, התשמ"א 1981- פקודות מנדטורית, משנת 1921, המסדירות את נושא רישוי התרופות ותכשירים רפואיים בישראל.
 - תקנות הרוקחים {תכשירים רפואיים}, התשמ"ו 1986.
 - תקנות הרופאים {מתן מרשם}, התשמ"א 1981.
 - אמצעי זהירות במתן תרופות, מנהל רפואה, חוזר מספר 54/99, מיום 25 בנובמבר 1999.
 - הנחיות מקצועיות לניהול טיפול תרופתי, חוזר מנהל הסיעוד מיום 30 יולי 1997, ועדכון מיום 10.1.1999.
 - נוהל משרד הבריאות מ-31 במרס 1998 -חובת דווח על פטירה שאירעה כתוצאה ממתן תרופה וכן על נכות חמורה או אובדן של איבר חיוני שנגרמו למטופל תוך כדי הטיפול הרפואי או לאחריו.
 - מנכ"ל משרד הבריאות הוציא חוזר המנחה לדווח, באמצעות האתר של המשרד באינטרנט, על תופעות לוואי של טיפול תרופתי, בעיקר במצבים שבהם תופעת הלוואי הייתה רצינית, דהיינו, גרמה למות החולה, לסיכון חיים, לנכות, למוגבלות ממושכת, למום מולד, או אפילו לאשפוז או להארכת אשפוז (ראה נספח מספר 1).
 - אגף הרוקחות במשרד הבריאות הרחיב את ההנחיה, וקבע כי יש לדווח גם על "כמעט טעויות", הכוללות: שמות דומים לתרופות, אריזות דומות, כיתוב מטעה בתווית, דרך מתן לא נכונה, הוראות מינון שגויות, כיתוב לא ברור במרשם ומתן הוראה לתת תרופות שאסור לנטול אותן בזמנית. בין היתר האגף קורא להציע הצעות למניעת הישנות האירוע.

דרכי מניעה והתייעלות

- בתחום הרפואה אין אדם מהצוות שחסין מעשיית טעויות, טעויות מתרחשות והם חלק משגרת העבודה. יישום כללים והסתמכות על דרכי המניעה וההתייעלות יכולים למזער ואף למנוע חלק מהטעויות. ההמלצות מבוססות על דברי חקיקה, על הוראות והנחיות של משרד הבריאות ועל הניסיון שהצטבר מבדיקת אירועים חריגים על ידי החברה לניהול סיכונים ברפואה.
- וקנין (2003), מחלקת את דרכי המניעה ל-2 אמצעים:
- אמצעי ארוך טווח - שימוש במחשב לרישום תרופתי. להצעה זו מוסיף הלוי (1996), כי קיים צורך לצייד את המחשב בתוכנה תומכת החלטות בתחום מתן התרופות מאחר ורוב הטעויות מתבססות על שלב כתיבת מרשם. פתרון המחשוב מהווה יתרון בהפחתת מורכבות התהליך ועשוי לסייע בהפחתת הטעויות. יתרונותיו:
- קריאת פקודה מודפסת והסיכוי לשגיאות כתיב קטנים.
 - מינון התרופה יילקח מתפריטים מובנים.
 - התוכנה תוודא את השאלות הנכונות לגבי רגישויות.
 - יישקלו תגובות בין תרופתיות, ותגובות בין תרופתיות מסוימות לדיאטה.
 - המינון יותאם לגיל, למשקל ולתפקודי הכליות.
 - ייכתבו הזמנים האופטימאליים לנטילת התרופה.
 - רשימת התרופות הנמצאות במערכת תוזן אחת לחודש.
- פתרון המחשוב לא ימנע טעויות לחלוטין, אך קיימים חסרונות כרוכים לאמצעי זה כגון:

קריסת המערכת, זמן, עלות התחלתית גבוהה, צורך עדכון מתמיד של המערכת, הצורך ללמד את הצוות ולהדריך אותו בהתאם לשינויים.

למרות חסרונות המחשוב, השקעה זו תוכיח את עצמה בסופו של דבר כרווחית ותפחית טעויות במערכת. עם זאת, לא כל הטעויות קשורות אך ורק לרישום ודיווח וגם אם שיטת המחשוב תפעל בהתאם לציפיות יש צורך להתמודד עם בעיות נוספות.

הלוי (1996), מחדד כי, יש צורך לתת לכל בעיה פתרון ועל אף שפתרון המחשוב יקר ולא זמין בכל בתי החולים ניתן להשתמש בשרותיו של רוקח קליני. נוכחות רבה והמעורבות בתהליכי רישום, הנפקה וחלוקה זמינים מעניקים בטחון נוסף.

יש לציין כי כיום שיטת המחשוב מופעלת במספר בתי חולים בארץ, ביניהם: ביי"ח בני-ציון, תל השומר ונוספים. טרם הוסקו מסקנות פורמאליות לעילות השיטה, אך קיימים דיווחים כי השיטה מונעת טעויות רבות.

אמצעי קצר טווח- שינוי האווירה בארגון בכל אשר קשור לרישום תרופות :

- שמירה על ערנות מתמדת בשעת העבודה (לדוגמא: הפחתת מספר תורניות של רופאים).
- לא לרשום מינון עם אפסים מיותרים, לדוגמא: 1.0 יכול להתפרש כ- 10, כ- 0.1, או כ- 1.9.
- חובה לתעד כל תיקון והבהרה שניתנה גם אם ניתנה בעל פה.
- הכנת מרשמים לתרופות מקובלות שמודפסות או כתובות מראש בהתאם לכללים, אין לנחש מה כתוב במרשמים לא ברורים, יש לברר ישירות עם כותב המרשם.
- לימוד וחינוך של הצוות הרפואי להימנעות ממכשולים כמו ראשי תיבות או קיצורים.
- פעילויות הסברה ע"י ההנהלה הרפואית וציון דוגמאות לטעויות שהתרחשו בתקופה האחרונה.
- הדרכת הרופאים לפני כניסתם לעבודה ורענון נהלים לרשום תרופה.
- הסבר בקול ברור ובשפה המתאימה למקבל המרשם את אופן נטילת התרופה ווידוי הנאמר. במקרה והחולה אינו מבין את הנאמר יש להיעזר בגורם נוסף לצורך קבלת עזרה.
- כיום נפוץ הטיפול הביתי על ידי צוותים שאינם מיומנים לכך (עובדים זרים, כוח עזר, בני משפחה), לכן יש צורך בהמלצות עבורם:

- תרופה שאופן המתן ומינונה לא ידוע, מחייבת יצירת קשר עם הרוקח ממנו נקנתה התרופה, או עם הרופא המטפל לצורך הסבר מדויק. אין לסכן את החולה ולהסתמך על זיכרון בלבד.
- אין לתת תרופה על דעת המטפל בבית, יש צורך להיוועץ בגורמים מוסמכים (רופא המטפל).
- במקרה וישנם תופעות לוואי יש להפסיק הטיפול ולהודיע לרופא המטפל, במקרה של תופעות לוואי חריגות יש להפסיק הטיפול ולפנות את החולה לטיפול רפואי זמין.

את הסיבות לטעויות במתן תרופות ניתן לחלק לשלושה תחומים נוספים:

1. הסביבה המיידית- ההוראה הרפואית, התרופה ומצב החולה.
2. הסביבה הכללית- המחלקה והתנאים בה.
3. מבצע הטעות- הידע והיכולת המקצועית שלו ומצבו המיוחד בעת ביצוע הטעות.

מסקנות והמלצות של החברה לניהול סיכונים ברפואה

המסקנות וההמלצות להלן מבוססות מניסיון שהצטבר מביקורת אירועים חריגים על-ידי החברה לניהול סיכונים ברפואה.

סמכות ואחריות

- רק לרופא יש הסמכות לתת הוראה לטיפול תרופתי.
- לאחות מוסמכת בעלת הרשאה אישית יש סמכות לתת תרופות מקבוצת OTC (over the counter).

- האחריות לטיפול התרופתי משותפת לנותן ההוראה ולמבצעה.
- בעת מתן תרופה שהוכנה על-ידי אחות, על הרופא נותן התרופה לבדוק את המיכל שממנו נשאבה ואת התאמת המינון.

התנאים למתן תרופה

- איסוף מידע רלוונטי לפני מתן מרשם/הוראה.
- היועצות, במידת הצורך, עם מומחים.
- הסבר לחולה על אופן נטילת התרופה, השפעתה, תופעות-הלוואי האפשרויות, אופן שמירתה, אחסונה והצגת חלופות טיפוליות.

אופן מתן התרופה

- ההוראה למתן טיפול תרופתי תכלול: תאריך, שעה, שם מלא של התכשיר, צורת מינון, ריכוז, תדירות, דרך המתן והוראות מיוחדות.
- מרשם יכול, נוסף על הרשום למעלה, את שם האדם שהמרשם מיועד לו, את מספר תעודת-הזהות שלו, את מינו וכן את גילו אם הוא מתחת לשמונה-עשרה שנים.
- רישום הוראה/מרשם ייעשה באותיות דפוס לטיניות או באמצעות מדפסת.
- אישור ההוראה/המרשם יהיה בחתימת הרופא, בתוספת חותמתו ומספר רישונו.
- במרשם יצוין מקום עבודתו או מענו של הרופא ומספר הטלפון שלו.
- ההוראה/המרשם ייכתבו בצורה ברורה, באיות מלא, ובמידת האפשר ללא שימוש בראשי תיבות ("UNITS" או "יחידות", ולא "U").
- הוראה למתן תרופה מקבוצת OTC תינתן על-ידי אחות מוסמכת בעלת הרשאה על-פי הכללים.
- יש לתת הוראות להתחלת טיפול לשינוי טיפול ולהפסקת טיפול.
- הוראות לטיפול תרופתי הינן חלק בלתי-נפרד מרשומת המטופל (נוהל שמירת רשומות).

המלצות ברמה המחלקתית

- הצבת מטרות ויעדים להבטחת איכות הטיפול הסיעודי: הצבת המטרות והיעדים ועיבודם הם משימתו של צוות המחלקה.
- הבטחת שימוש שיטתי וקבוע של תהליך פתרון בעיות המתעוררות בעשייה הסיעודית, על-ידי שיתוף אחיות המחלקה ומעורבותן, רצוי בקבוצות משימה.
- פיתוח מערכת בקרה והערכה שיטתית של הטיפול הסיעודי, כבסיס לפעולות מתקנות.

המלצות ברמה המוסדית

ההמלצות ברמה זו הן בתחום תפקידה של המפקחת הקלינית:

- הגדרת וקביעת מדיניות כוללת של שירותי הסיעוד, להבטחת איכות הטיפול הסיעודי, שתהיה ידועה וברורה לכל העובדים.
- לפתח אצל האחיות האחראיות גישה ניהולית של הפעלת הצוות בקבוצות. ושיתופו בפתרון בעיות זוהו בעשייה הסיעודית.
- אימוץ הדגם שפותח בפרויקט לשיפור הטיפול הסיעודי במחלקות/יחידות אחרות.
- פיתוח הליכי בקרה והערכה של מגוון רחב, ככל האפשר, של פעולות הסיעוד.

ברטמן (1997), מוסיפה שאין תחליף להגברת המודעות, יש צורך להתרכז באופן מוחלט בעבודה השגרתית של חלוקת התרופות, לקרוא בעיון רישום של תוויות ובשום פנים ואופן לא להסתמך על הזיכרון. Norton (2001), מדגיש שהפתרון על ידי מוסד שעוסק באבטחת איכות, לא יפתור את הבעיה, אך זה יעניק ביטחון לחולה, והמוסד צריך לענות על השאלות:

1. האם ניתן לנבא ולמנוע את רוב הכישלונות בשימוש בתרופות?
2. האם ניתן לזהות סיבות לכשלים באופן שימושי ומתן תרופות?
3. האם החברות שקשורות למוסד עובדות איתו בתיאום על מנת למנוע טעויות?
4. האם המוסד מציע אמון מתמשך בניהול סיכונים לספקי בריאות שעובדים איתו?

במערכת הבריאות התשובות לשאלות הן: לא. מאחר וקיימת סבילות לטעויות. לכן יש צורך לזהות מוקדי חולשה וסיבות לתקלות ובמקרים שלא ניתן למנוע תקלות יש לדאוג למערכת גיבוי.

ניתן להשתמש בעקרונות שפותחו עבור הארגונים אחרים:

1. ניתוח חומרת הבעיה בעזרת בניית לוח להערכת סיכונים: סיכון נמוך- ניתן הפסקת תהליך הבדיקה, סיכון גבוה- המשך תהליך הבדיקה.
 2. תכנון התהליך להורדה ולחיסול הסיכון.
 3. הפחתת הסיכון בעזרת אמצעי מניעה והתייעלות, אם התהליך הצליח, יש לבדוק מהם התהליכים ולדבוק בהם, אם יש מקום לשיפור נוסף יש לפתח את התהליך הקודם אן ליצור תהליך חדש.
 4. מעקב מתמיד אחר הסיכון על מנת לבדוק את אופן התפתחותו.
- במקביל ניתן להשתמש ב"בחינת צורת הכישלון והשפעתו"- מאחר ויהיו טעויות שלא ניתן יהיה למנוע, אך כישלונות שניתן לצפות מראש ימנעו זעזועים. שיטה זו מעודדת חשיבה ביקורתית ותענה על השאלות "מה יכול להשתבש?", ו"עד כמה גרוע זה יכול להיות?"

שיטה זו מושתתת על מספר שלבים:

- זיהוי מצבים בעלי פוטנציאל לכישלון: תכיפות החומרה והסיבה לכישלון.
- קביעת סדר עדיפויות, בהתבסס על העלאת הבטיחות והעלאת האיכות.
- פעולות לתיקון המצב, כשהסיכונים גבוהים לפתח מנגנונים לפיקוח, גיבוי והתבוננות בהם.
- תיעוד התהליך לשימוש והפצה נרחבת.

לקחים ממערכות שונות יכולים לשמש את מערכת הבריאות:

1. מערכת הבריאות אחראית לבעיות, ועליה לקחת אחריות על הטעויות ולא לנסות להטיל אשמה.
2. שיפור לעולם לא יתרחש בחלל ריק.
3. איכות מוגדרת על ידי החולה.
4. שיתוף פעולה הוא הבסיס לעבודת צוות.
5. שותפות פנימית וחיצונית, לאורך זמן תהיה חיונית להצלחת התהליך.
6. פיתוח מנהיגות להובלת תהליך השיפור.
7. ההנהלה וצוות העובדים חייבים להיות מעורבים בתהליך ובביצוע התוכנית מתחילתה.
8. תכנון אסטרטגי זהו בסיס להצלחה.
9. מידע מתאים ועדכני לצורך ניתוח ובחינה.
10. שיפור מתמשך הוא תהליך מצטבר ולא תוצאה של "קפיצות".

דוגמאות לטעויות במתן תרופות

בנה של אישה בת שישים וחמש הנוטלת באופן קבוע Deralin פנה לאחות בבקשה למרשם. האחות רשמה את המרשם על-סמך הרשום בכרטיסה האישי של המטופלת. הבן שקיבל את התרופות בבית-המרקחת טען לפני הרוקח שאלה אינם הכדורים שאמו נוטלת, אך הרוקח פטר אותו בהסבר כלשהו על שינוי צבע הכדורים. למחרת היום פנה הבן לאחות בטלפון ודיווח שאמו מרגישה חולשה כללית. האחות הנחתה אותו להביא את האם לבדיקת רופא. האישה לא הגיעה. לאחר יום נוסף התקשר הבן בצעקות ודיווח שאמו איבדה את הכרתה ואושפזה בבית-חולים. בבירור התגלה שהתרופה שהונפקה בבית-המרקחת הייתה Daonil, ולא Deralin.

הטעות: טעות במתן התרופה, טעות בזיהוי התרופה, כשל בהנפקה וחלוקה.
מבצעי הטעות: אחות, רוקח, מטופלת.

אישה הסובלת מיתר לחץ דם ומטופלת ב- Convertin. פנתה לחדר מיון בשל דימום מן האף. היא נבדקה ונימצא שלחץ הדם שלה גבוה. הוסבר לה שבמקרים של לחץ דם גבוה עשויה להופיע תופעה של דמם מהאף, והוצע לה להתאשפז כדי לאזן את לחץ הדם. האישה סירבה והרופא המשחרר הדגיש לפני את הצורך לפנות לרופא המטפל. כעבור יומיים חזרה האישה לחדר מיון עם שתי דמי ופטכיות בעור. התברר שבמשך עשרה ימים נטלה Coumadin 5mg במקום Convertin 5mg.

הטעות: טעות במתן התרופה, טעות בזיהוי התרופה, כשל בהנפקה וחלוקה, חוסר תשומת לב לתסמינים.
מבצע הטעות: רופא, רוקח, מטופלת.

לעומת מקרים אלה, שבהם ניתן להעריך את התוצאה הן על-פי הנזק הרפואי והן על-פי הנזק הכלכלי, עומדים האירועים שתוצאתם מוגדרת "קלה" אף שהם מלווין סבל למטופל ולעיתים עוגמת-נפש רבה לדוגמא:

- אירועים של טעות במינון ובסוג של הורמונים במהלך טיפול פוריות, הגורמת להפסד של מחזורי טיפול
- טעויות במתן חיסונים, במועד מתן החיסון או בסוג החיסון, הגורמים מתח רב להורי הילדים לגבי נזק אפשרי שיתגלה בעתיד.

הניסיון להקטנת טעויות במתן תרופות

בישראל נערכים מיזמים רבים במטרה להעמיק את הדיווח אודות אירועים חריגים, ולהביא להקטנה בשיעור הטעויות במתן תרופות.
מטרת מיזמים אלה:

- שיפור איכות הטיפול והשירות
- העלאת רמת הדיווח.
- יצירת אווירה של אי-ענישה בכל הנוגע לטעויות במתן תרופות.
- תחקיר אחיד באירועים הקשורים לטעויות במתן תרופות, הפקת לקחים והסקת מסקנות לצרכי שינוי.

ברוב בתי החולים בארץ מתבצעים מיזמים במטרה להפחית את הטעויות במתן התרופות.

להלן הצגת מיזם המתרחש בבית החולים הממשלתי "ברזילי" באשקלון:

בית החולים הממשלתי "ברזילי" מפיק מדי מספר חודשים עלון מידע בנושא בטיחות מטופלים. העלון (ראה נספחים מספר 3,4,5) נערך ע"י היחידה לבקרה, איכות וניהול סיכונים הנמצאת בבית החולים ומקבלת אינפורמציה מכל המחלקות והיחידות בה, אודות ליקויים העלולים להביא לטעויות במתן תרופות, לדוגמא: בקבוקוני תרופות זהים, טבליות הזהות בצורתן וצבען, רישום מינונים שגוי וכדומה. האינפורמציות מעובדות ונבדקות ע"י עובדי היחידה לבקרה, במידת הצורך היחידה פונה לגורמים המתאמים לצורך שיפור וייעול ובהתאם שינוי (לדוגמא: יצרני תרופות, רוקחים...), לאחר מכן הוועדה מעבדת את הנתונים ומדפיסה את העלון.

העלון מופץ באופן פומבי לכל מחלקות בית החולים בדגש לצוות הרפואי, הסיעודי והרוקחים. לאחר מכן העלון מתויק בקלסר ניהול סיכונים הנמצא בכל יחידה בבית החולים. השיטה פועלת בזכות שיתוף פעולה של בית המרקחת, הנהלת הסיעוד וחטיבת הרפואה של בית החולים. בעקבות הפרסומים חל שיפור ניכר בתרבות הארגון בכיוון של חקירה ולמידה, במקום ענישה. הוקם מסד נתוני לצורך ניתוח ומקום התערבות, שיפור ותיקון נקודות שפל.

סיכום

לטעויות במתן תרופות ישנם השלכות רבות מלבד לנושא שביעות רצונם של הפציינטים ואמינות במערכת הרפואית: ההשלכות כלכליות, בריאותיות-רפואיות, אתיות-חוקתיות ומקצועיות. מתן התרופה הינה פעולה המחייבת קשר בין הרופאים, אחיות, רוקחים והחולים עצמם. כל אחד בשרשרת הטיפול צריך לפקח על קודמו בתהליך ויש לעודד את החולה לבדוק ולבקר את הצוות

המקצועי. כדי לזהות טעויות לפני שגרמו לנזק יש לעודד תהליך זה ולא להתגונן מפניו, מאחר וכיון בניגוד לעבר החולה לוקח חלק פעיל במהלך הטיפול ובכל שלביו. רישום ההוריה הרפואית לתרופה על ידי הרופא והעתקתה על ידי האחות הם בין הגורמים החשובים בטיפול התרופתי.

האנשים העוסקים בתחום הרפואה והבריאות אינם חסינים מעשיית טעויות, ניתן לצמצם את הטעויות ולעיתים אף למנוע אותם על ידי הסתמכות על כללי יסוד בסיסיים שנלמדו בבתי הספר (לרפואה, לסיעוד, לרוקחות).

בעבודתנו תוארו שיטות שונות לזיהוי והתמודדות עם טעויות: שימוש במחשוב רפואי לשיפור איכות הכתיבה הידנית, הקלדת מרשמים, פקודות והצלבת תוכנם עם מידע אודות החולה, התרופה וכללי הבטיחות לצורך הקטנת הטעויות. שיוני האווירה בארגון: לימוד, חינוך וסדנאות רענון יכולים להקטין את הנזקים. שיטות נוספות נלקחו מתחומים שאינם קשורים לתחום הרפואה, אך ניתן ליישם גם בשירותי הבריאות. חשיבות הקטנת הנזק שנגרם למטופלים בשל מגוון רב של טעויות ברורה מאליו, הפחתת הנזק הכספי היא רק הפן המשני שלה. האם אכן הארגונים העוסקים בנושא מתן התרופות מקדישים לבעיית הטעויות מחשבה עמוקה ומשאבים דרושים כראוי להם?

רשימה ביבליוגרפית

- ברטמן, ר. (1997). שאלות בתחום אתיקה ומשפט-ניהול סיכונים. *מהדורה מיוחדת*.
- הלוי, י. (1996). טעויות במתן תרופות שכוחות, סיבות ודרכי מניעה. *כתב העת לניהול סיכונים ברפואה*.
- הלקין, ה. (2003). איכות המרשם ומניעת נזקים לבריאות המטופלים בעידן המחשב. *הרפואה*.
- וקנין, ע. (2003). איכות ההוריה למתן תרופה – האם ניתן לשפר? *הרפואה*.
- חוזר מנהל הרפואה מס' 54/99 (25.11.1999). *אמצעי זהירות במתן תרופות*. ירושלים: משרד הבריאות.
- קורן, א. (2003). ניהול טעויות בסיעוד, כמנוף להתפתחות אישית וארגונית: שינוי הגישה האפיסטמית כחובה מוסרית. *רפואה ומשפט*.
- רון, ר. (1994). הבטחת איכות הטיפול הסיעודי. אוניברסיטת תל-אביב, 76-78.
- Norton, LL (2001). *שיפור האיכות, ניהול סיכונים וחינוך הפציינטים: כלים להקטנת טעויות ברישום תרופות*. "רפואה וכלכלה".
- פייגין, מ., חלמיש-שני, ט., וקפלן, ע. (2004). *ניהול סיכונים ברפואה*. אוניברסיטת תל-אביב, 321-345.
- תקנות הרוקחים (תכשירים רפואיים), התשמ"ו-1986.
- תקנות הרופאים (מתן מרשם), התשמ"א - 1981.
- Lesar, T., Briceland, L., Stein, D. (1997). factors related to errors in medication prescribing. *JAMA*:312-317.

http://www.health.gov.il/download/forms/a2806_43_arizut.doc

המכללה האקדמית לישראל

תואר שני מנהל מערכות בריאות

4.6 ידע ועמדות אחיות מוסמכות בנושא תזונת הקשיש המאושפז במחלקות

אשפוז. ברמי כוכבה חורי זהבה יוסף רות סיאג אביטל ריחני לידיה

מגישות:

ברמי כוכבה א.א מחלקה כירורגית, בי"ח ברזילי
חורי זהבה מדריכה קלינית, בי"ח ברזילי
יוסף רות אחות צוות, לשכת הבריאות מחוז דרום
סיאג אביטל א.א מחלקה כירורגית, בי"ח ברזילי
ריחני לידיה מנהלת הסיעוד, בי"ח וולפסון

אוקטובר 2012

תקציר

רקע: חולים קשישים נמצאים בסיכון להידרדרות תזונתית בשל גורמים פיזיולוגיים פסיכולוגיים ורפואיים. חסר תזונתי הינו מצב שכיח אצל קשישים שעלול לתרום להרעה במצבם הכללי. כ-57%-30% מהקשישים המאושפזים נמצאים במצב תזונתי ירוד ורבים עוד יותר נמצאים בסיכון להידרדרות תזונתית. סיכון תזונתי ותת תזונה מהווים גורם משמעותי לעליה בסיכון לתמותה ולתחלואה, לפיכך יש לשמור על הבריאות ותפקוד מיטבי ואיכות חיים של אוכלוסייה זו. מצופה כי תחום זה יהיה בעל משמעות מרכזית בעשייה של הצוותים המטפלים לרבות הצוות הסייעודי (שחר, שחר, כחל, ניצן-קולוסקי, 2005). בעבודתנו נבדוק את הקשר בין רמת הידע של האחיות לעמדותיהן בנושא תזונת הקשיש המאושפז והיישום במחלקות.

שאלת המחקר: האם קיים קשר בין רמת הידע בנושא תזונה לבין עמדת האחיות בנושא תזונה והזנת הקשיש באשפוז?

מטרות על: להעריך את הקשר בין ידע לעמדות האחיות בנושא תזונת הקשיש המאושפז ולאמוד את השפעתם על העשייה הסייעודית. להעריך את תפקידן של האחיות בהאכלת הקשיש המאושפז.

השערות המחקר: יימצאו קשרים בין רמת הידע, בין המשתנים הדמוגרפיים/מקצועיים לבין עמדת האחיות, כמו כן הבדלים בתפיסתן את תפקידן בנושא תזונה לבין תפקידיהן האחרים.

שיטת המחקר: מחקר חתך תיאורי דו מרכזי, דגימה אקראית. סה"כ 106 אחיות מוסמכות מתוך 400 העובדות במחלקות אשפוז: פנימית, כירורגיה, נזירולוגיה, אורתופדיה, גריאטריה, במרכזים הרפואיים "וולפסון" ו"ברזילי". האחיות ענו על שאלון המורכב מ: משתנים סוציו דמוגרפיים מקצועיים, ידע של האחיות ועמדותיהן, יישום תפקידן בנושא תזונה והאכלת הקשיש. ותפיסת האחיות את תפקידיהן במחלקה.

ממצאים עיקריים: קשר בין עמדת האחיות לבין הידע, ככל שהידע רב יותר כך עמדתן לנושא חיובית יותר. קשר בין וותק האחיות לידע, אחיות ותיקות בעלות ידע ברמה גבוהה יותר. קשר בין ידע לבין דרוג תפקידי האחיות, קשר מובהק נצפה בין תפקיד שחרור החולה לידע. קשר חיובי בין ידע לבין ביצוע הערכה תזונתית. קשרים אחרים בין ידע לבין דרוג תפקידים אחרים לא נצפו.

מסקנות: רמת הידע של האחיות בנושא תזונת הקשיש המאושפז נמוכה מהנדרש לתפקידן האופטימלי. האחיות מודעות לחסך. המשתנים הדמוגרפיים אינם משפיעים על רמת הידע למעט שנות ותק/ניסיון קליני. האחיות תופסות את תפקיד האכלה ורחצה (A.D.L) נמוך יותר מתפקידיהן האחרים, רואות עצמן כעוסקות בתפקידי הדרכה, וביצוע אומדנים, פעולות הקשורות בקבלת החלטות. האחיות מבינות את החשיבות הרבה של תזונת הקשיש באשפוז בהליך ההחלמה, וכי הדיאטניות מהוות גורם משמעותי בהערכה תזונתית.

המלצות: הקמת ועדה מוסדית מייעצת רב מקצועית, להטמעת גישה טיפולית בנושא תזונת הקשיש. בניית תכנית התערבות-נהלים לביצוע אומדן תזונתי, התערבות מניעתית כחלק בלתי נפרד מתפקידיהן של האחיות. מתן כלים ומשאבים להתמודדות עם זקנה ודגש על תזונת הקשיש באשפוז. העשרת ידע ושיפור מודעות בקרב הצוות הסייעודי, כמו גם הגדרת אחריות ותפקידיהן של האחיות בהאכלת החולה.

לסיכום, יש לראות את אשפוז הקשיש בבי"ח כ"חלון הזדמנויות" לאיתור קשישים בסיכון לתת תזונה, באמצעות סיקור והערכה תזונתית, לצורך המשך מעקב וטיפול בקהילה.

הקדמה

תוחלת החיים בעולם המערבי עולה בהתמדה ומספר הקשישים הולך וגדל. אוכלוסיית הקשישים מהווה כ- 10% מהאוכלוסייה, מספר זה מעיד על שגשוג בתחומים שונים של החברה: רווחה, כלכלה ובריאות.

אוכלוסיית הקשישים הינה אוכלוסייה בסיכון למחסורים תזונתיים, עם העלייה במספר הקשישים בעיקר בחברה המערבית מספר זה ילך ויגדל.

חולים קשישים נמצאים בסיכון להידרדרות תזונתית בשל גורמים פיזיולוגיים כגון: ירידה בתיאבון, בעיות לעיסה.

גורמים פסיכולוגיים כגון: דיכאון, ירידה בתפקוד קוגניטיבי וגורמים סביבתיים שונים.

תהליך התזונה הוא חיוני ביותר לקיום לפיכך הינו מהווה גורם חשוב במוטיבציה של כל אדם.

תהליך ההזנה מהווה עבורנו כלי לאיתור בעיות אצל האדם הזקן. השינויים הפיזיולוגיים מתרחשים במהלך ההזדקנות בכל מערכות הגוף, משפיעים על יכולתו של האדם להשיג מזון, להאכיל את עצמו ולספק את המרכיבים הדרושים לקיומו.

חסר תזונתי הינו מצב שכיח אצל קשישים שעלול לתרום להתדרדרות במצבו הכללי. בגיל המבוגר חוסר תזונה מהווה גורם משמעותי לתחלואה ותמותה. קיימות עדויות לכך שתזונה אקטיבית בבתי חולים מפחיתה תמותה ותחלואה ומקצרת שהות בבתי החולים.

אחת הסיבות לכשל בטיפול התזונתי בה מטופלים בבתי החולים קשורה ללמידה והכשרה מתאימים. אנשי מקצוע שונים חלוקים בדעותיהם באשר לאחריות על הטיפול ותמיכה תזונתית.

משום מרכזיותה והעובדה שבחסר תזונתי או בעודף עלולים להיפגע מצבו הבריאותי של המטופל באיכות חייו, מצופה כי תחום זה יהיה בעל משמעות מרכזית בעשייה של הצוותים המטפלים לרבות הצוות הסיעודי.

לפיכך, קיים הצורך להגדיר אחריות וחלוקת תפקידים. השקעה בתוכניות למידה בנושא תזונה לכל הצוות המטפל ובכך להשפיע על איכות הטיפול בכלל והתזונתי בפרט שהם מספקים לאוכלוסייה המבוגרת.

אוכלוסיית הקשישים רגישה מכל אוכלוסייה אחרת למחלות ולהפרעות בריאות העלולה לפגוע בתפקידם התקין ולהפוך אותם למעמסה על החברה ולמערכת הבריאות. כ-30%-57% מהקשישים המאושפזים נמצאים במצב תזונתי ירוד, ורבים עוד יותר נמצאים בסיכון להידרדרות תזונתית. סיכון תזונתי ותת תזונה נמצאו קשורים לעליה בסיכון לתמותה ולתחלואה. לכן יש לשמור על הבריאות ותפקוד מיטבי ואיכות חיים של אוכלוסייה זו.

מחקרים רבים מראים שטיפול מונע מסייע בהורדת גורמי סיכון לתחלואה המצב התזונתי הניתן לשליטה מהווה גורם חשוב בטיפול מונע, מכאן שיש לשקול התערבות תזונתית כאחד האמצעים להפחית תחלואה ותמותה ושיפור התפקוד ואיכות החיים בקשישים.

לאפיון התזונתי של אוכלוסיית הקשישים נודעת חשיבות רבה כמו גם למצב הניטור התזונתי. תזונה בריאה ומאוזנת מכילה פחמימות, שומנים, חלבונים, ויטמינים, מינרלים ומים. תזונה לקויה מוגדרת כחוסר איזון בין התזונה הרצויה לבין מה שהאדם אוכל.

תת תזונה באוכלוסיית המאושפזים ובקשישים המאושפזים בפרט מהווים בעיה משמעותית הן למטופל והן למערכת הבריאות. המודעות בקרב הצוותים המטפלים רפואיים וסיעודיים לאיתור חולים בתת תזונה ולטפל בכך נמוכה.

חלק מהחולים מגיעים לאשפוז במצב של תזונה ירודה ומרביתם מפתחים תת תזונה במהלך האשפוז. הסיבות לתזונה לקויה בקשיש: תלות בהאכלה, סוג התזונה, שינוי הסביבה הטבעית וסדר יום של המטופל, מחלות רקע ואבחנה עיקרית, מטופל אחר ניתוח כאב ופחד מהלא נודע.

ההשלכות של תזונה לקויה של החולה באשפוז: ליקוי בבדיקות המעבדה, רמת אלבומין ירודה, סיכוי להתפתחות פצע לחץ, סיבוכים, החלמה מושהית, האשפוז מתארך, מוות. ניתן למנוע התדרדרות תזונתית לשיפור מצב תזונתי ע"י איתור מוקדם והתערבות ותמיכה תזונתית.

בעבודתנו נבחן באם קיים קשר בין רמת הידע ועמדת האחיות בנושא תזונה והזנת החולה הקשיש באשפוז, ונאמוד דרכים להתערבות בקרב הצוות הסיעודי לאיתור ושיפור מצבם התזונתי של הקשישים המגיעים לאשפוז.

הרקע לביצוע העבודה

ההחלטה בבחירת הנושא נבעה מכך שמרבית חברות הקבוצה המתפקדות כמנהלות עובדות בבתי חולים כללים במחלקות כירורגיות ופנימיות בהם מאושפזים מטופלים קשישים עם בעיות רפואיות וסיעודיות מורכבות. לימודי התואר במסלול הגרונטולוגי הובילו וחיזקו בנו את החשיבות של הראייה ההוליסטית על הקשיש.. הרחבת תפקידיה של האחיות גרמו לכך שחלק מתפקידיה המסורתיים נדחקו או הועברו לצוות אחר. מבט על הקשיש באשפוז אינו מקבל את המשקל הראוי ותשומת הלב הדרושה בנושא התזונה. מאחר והאחות נמצאת בקו טיפולי ראשון וליד מיטת החולה מצופה ממנה שתהיה אחת מהגורמים המקצועיים לאיתור המטופל בסיכון לתת תזונה ולהיות גורם המעורב בהחלטות הקשורות בטיפול התזונתי ובישומו.

איתור והתערבות תזונתית בקשישים בקהילה אשר בסיכון תזונתי ישפרו את כמות המזון הנצרכת ואת איכותו. יפחיתו את השימוש של הקשישים בשירותי הבריאות ויחסכו בשל כך בעלויות.

סקירת ספרות

תוחלת החיים בעולם המערבי עולה בהתמדה ומספר הקשישים הולך וגדל. קצב הגידול המהיר ביותר קיים בגיל 85 ומעלה. הקשישים מהווים כ- 10% מסך האוכלוסייה, אולם הם סובלים מבעיות בריאות מעבר למשקלם באוכלוסייה.

אוכלוסיית הקשישים רגישה מכל אוכלוסייה אחרת למחלות ולהפרעות בריאות העלולה לפגוע בתפקודם התקין ולהפוך אותם למעמסה על החברה ולמערכת הבריאות. לכן יש לשמור על הבריאות ותפקוד מיטבי ואיכות חיים של אוכלוסייה זו. מחקרים רבים מראים שטיפול מונע, מסייע בהורדת גורמי סיכון לתחלואה. המצב התזונתי הניתן לשליטה מהווה גורם חשוב בטיפול מונע, מכאן שיש לשקול התערבות תזונתית כאחד האמצעים להפחית תחלואה ותמותה ושיפור התפקוד ולאיכות החיים בקשישים. לאפיון התזונתי של אוכלוסיית הקשישים נודעת חשיבות רבה כמו גם למצב הניטור התזונתי (שטרן, 2000).

התזונה מהווה מרכיב מרכזי בחיי האדם בכלל ובחיי האדם הזקן בפרט מההיבט הביולוגי, הכימי כמו גם החושי.

חוש הטעם והריחת המזון, המראה של המזון, הסביבה בה הוא מוגש כל אלו משפיעים גם על רצונו של הזקן לרצות את המזון המוגש לו. תזונה היא צורך בסיסי של האדם ומרכיב חיוני בבריאות ובחולי כאחד. התזונה הכרחית לגדילה והתפתחות תקינים, שומרת על רקמות ועל תפקוד תקין של מערכות. נוסף על היותה מקור חיוני להישרדות, מהווה גם מקור להנאה, ומשמשת נושא מרכזי באירועים חברתיים, דתיים ותרבותיים. משום מרכזיותה והעובדה שבחסר תזונתי או בעודף עלולים להיפגע מצבו הבריאותי של המטופל ואיכות חייו, מצופה כי תחום זה יהיה בעל משמעות מרכזית בעשייה של הצוותים המטפלים לרבות הצוות הסיעודי.

מושגים הקשורים בתזונה

ד"ר אבנר ודנית שחר (2006) מציינים כי הגדרת איבוד משקל ותת משקל בקשיש היא משימה קשה, כמו למשל הגדרת BMI נמוך מ-25 מגביר תמותה ותחלואה בקשישים. מאמרים אחרים מציעים טווח אידיאלי לקשישים, 25-29. מדד לאיבוד משקל משמעותי לקשיש הוא 5% בשנה. במאמרם הם מציינים כי בקרב חולים מאושפדים נמצאים 50%-40% מהקשישים המאושפדים בתת תזונה, מתוכם עם BMI קטן מ-25. לדבריהם תזונה קשורה בתחלואה, תמותה, תפקוד קוגניטיבי ופיזי וכן במצב רוח ותחושת הבריאות הכללית. מחקרים בעולם הראו כי קשישים שירדו במשקל ללא דיאטה נוטים להידרדרות בריאותית במקביל. (שחר, 2006)

תזונה מוגדרת כמכלול המרכיבים הנדרשים לספק אנרגיה לגוף מהמזון הנצרך, כולל לתנועה, לתחזוקת סמפרטורת הגוף, לגדילה ולהתפתחות, למטבוליזם תאי, לבנייה ולתיקון רקמות ולתפקוד איברים.

תזונה תקינה : צריכה מאוזנת של המרכיבים הדרושים לצורכי הגוף וכוללת: חלבונים, פחמימות, שומנים, מינרלים, ויטמינים ומים. (אבן זהב, 2010).

תת תזונה : מצב תזונתי בו מחסור, עודף או חוסר איזון באנרגיה, חלבון ושאר נוטריינטים גורמים להשפעות שליליות על צורת הגוף על רקמות, על תפקודו ועל התוצאות הקליניות. (Elia, 2003)

הזנה אנטרלית : הזנה בתכשיר מזון רפואי ו/או נוזל באמצעות צינורית המוחדרת דרך האף, ושת, קיבה, תריסריון או ישירות למעי הדק, זאת בשל קושי המטופל לקבלה בדרכים טבעיות.

אומדן תזונתי : אומדן תזונתי הוא חלק בלתי נפרד מהאנמנזה הסיעודית. ויש לבצעו לכל חולה בקבלתו.

מדדים אנתרופומטריים:

BMI: Body Mass Index יחס בין משקל הגוף לגובה (משקל חלקי גובה בריבוע). BMI תקין – 20-25, נמוך מ-19 - חסר תזונתי, גבוה מ-30 - השמנה, המדד איננו מתייחס להבדלי גיל, מין ומבנה גוף. מדברים על תת

תזונה BMI פחות מ-18-19 או איבוד במשקל של 15% מהמשקל ביחד או BMI פחות מ-20 ו-10% אבוד במשקל ביחד.

מדדי איכות כלליים:

אלבומין: ערכים תקינים – 3.5-5 גר'; כולסטרול: נמוך מ-160 מראה על חסר תזונתי; אוראה: רמות תקינות הן 20-40; **המוגלובין:** נמוך מ-13 לגברים ונמוך מ-12 לנשים מראה על חסר תזונתי; סך לימפוציטים: נמוך מ-1,500 קשור לחסר תזונתי.

סולם נורטון - סולם תפקודי של החולה

סך ניקוד נורטון נמוך מ-14 מלמד על כך שהחולה בסיכון להיווצרות פצע לחץ.

תפקוד קוגניטיבי - התמצאות, תפקוד מוטורי - מידת העצמאות באכילה, בעיות אכילה/בליעה מהווים גורמי סיכון לחסר תזונתי. (אבן זהב 2010).

סיבות לירידה בצריכת התזונה אצל הקשיש:

דר' מונה בועז ודר' ליבוביץ במחקר שבצעו במרכז הרפואי ע"ש א.וולפסון מצאו שכ 50% מהמאושפזים סובלים מתת תזונה או שישבילו ממנה בעתיד (בועז, ליבוביץ, 2012).

במחקר חתך שנעשה על ידי מכבי שירותי בריאות ב 1999 רצה לבחון את צריכתם התזונתית של קשישים בת"א הרשומים במכבי. תוצאות הסקר מדגימות צריכת קלוריות נמוכה מהמומלץ בקרב למעלה מ 30% מהמוראיינים. מחקר זה אושש את אשר ידוע מהספרות העולמית שאוכלוסייה מעל גיל 70 מהווה קבוצת סיכון לצריכה תזונתית נמוכה מהמומלץ. בקבוצה זו נמצאה שיעור גבוה של פנייה לרופא המטפל (אנדולט, צמיר, שחר, סירקיס ומנצ'ל, 2002).

התזונה מספקת לגוף מהסביבה את הרכיבים החיוניים לשם שמירת הקיום. השינויים הפיזיולוגיים והנפשיים המתרחשים באדם הזקן משפיעים על יכולתו לצרוך את רכיבי התזונה החיוניים בצורה מספקת. ההערכה של מצבו התזונתי של הזקן הינה רב ממדית ומורכבת מפרטים רבים בתחומים: מצבו הכללי של הזקן, מחלותיו, הרגליו, העדפותיו וסביבתו, לממדים אלו נוספים ממדים אובייקטיביים כמותיים הניתנים למדידה מדויקת יותר כמו משקל וממדים אנתרופומטריים וכמו כן מדידות ביוכימיות ופיזיולוגיות שונות.

האדם הזקן סובל מליקויים רבים במערכת השלד, השרירים. ליקויים אלו מקשים עליו בתהליכים של השגת האוכל, הכנתו, הגשת האוכל ולעיתים גם אכילתו. חסר תזונתי הינו מצב שכיח אצל קשישים שעלול לתרום להידרדרות במצבו הכללי. אחת הבעיות הגורמות לירידה ביכולת קבלת המזון ע"י הקשיש החולה היא הפרעת בליעה, היכולות להיות ממספר סיבות שונות: הפרעות משניות לירידה בתפקוד עקב מחלה חריפה, פגיעה נוירולוגית מרכזית עקב אירוע מוחי, פגיעה נוירולוגית עקב מחלת פרקינסון, הפרעות אנטומיות בפה ובבית הבלעיה.

ירידה במשקל אצל קשישים הינה גורם תמותה הנפוץ ביותר. הסיבות לירידה בצריכת המזון בתהליך ההזדקנות הן על רקע פסיכולוגי, סוציולוגי, רפואי ועל רקע שינויים פיזיולוגיים. נמצא כי שינויים פיזיולוגיים האופייניים לזקנה משפיעים באופן ישיר ועקיף על יכולת הקשיש להזין את עצמו (יונה-דרורי, 2006).

הבעיה העיקרית המעסיקה את רוב החוקרים בתחום הזקנה והתזונה הינה הירידה בצריכת המזון ובמוטיבציה לאכול.

הזקנה נקשרת לירידה בתאבון, לירידה בצריכת אנרגיה וחלבון ולירידה במשקל לאחר גיל 70.

חוקרים הגדירו את הירידה בצריכת מזון אצל הקשישים כעובדה הקשורה להזדקנות מוצלחת וההסבר לכך הוא ירידה בפעילות ובהוצאת אנרגיה. הגורמים לכך: שינויים בהרגלי תזונה, סוציולוגיים, פסיכולוגיים, רפואיים, שינויים בהומיאוסטזיס, שינויים בתפקוד חוש הטעם והריח, שינויים בתהליכי וויסות מזון, קצב התרוקנות הקיבה, השפעות הורמונאליות, שינויים בתחושת השובע (לרמן, 2012).

כאשר נבדקו הרגלי התזונה של הקשישים בנגב, נמצא כי צריכת מזון נמוכה הייתה שכיחה יותר בקרב בעלי תאבון ירוד הסובלים מבעיות במערכת העיכול, בכאלה שסבלו מבעיות שיניים וכן בקרב קשישים הסועדים לבד. החמרה בולטת נמצאה בקרב קשישים בגיל 75 ומעלה.

ד"ר דנית שחר מונה סיבות שונות המביאות את הקשישים לירידה בצריכת המזון :
שינויים בהרגלי התזונה נמצא כי קשישים צורכים את מרבית האנרגיה שלהם מאכילת יותר פחמימות ופחות שומן.

גורמים פסיכולוגיים

במאמרה "תת תזונה בגיל המבוגר" (n.d.) מציינת כי באופן פסיכולוגי במהלך חייו בדרך כלל קיימת עלייה במשקל, לאחר גיל 70 תהליך זה מתהפך. קיימת הפחתה בצריכה התזונתית וירידה במשקל.

תופעה זו נובעת מסיבות שונות כמו ירידה במצב כלכלי, ירידה בתיאבון, חולי, שימוש רב בתרופות וירידה בתפקוד.

תופעת תת תזונה נמדדת בהיקפים נרחבים איננה מאותרת ומאליו גם לא מטופל.

קשישים המאושפזים במחלקות אקוטיות 50% מהם נמצאים בסיכון תזונתי, נשים יותר מגברים, בקהילה הסיכון מגיע ל-25%, ישנם מצבים בהם הצריכה התזונתית מגיעה ל-1000 קלוריות בלבד ליום.

בספרות קיימים הבדלים בין מחקרים השונים, באחוזים של תופעת תת תזונה. ההבדלים נובעים מהשינוי בהגדרות של תת תזונה. לפי ד"ר דנית שחר תת תזונה מוגדרת כ- "צריכה תזונתית מופחתת בכמות ובאיכות או שילוב של צריכה מופחתת ודלה ברכיבי מזון חיוניים" מדגישה כי תת תזונה לאורך זמן מעלה סיבוכים בריאותיים, אשפוזים ממושכים ואף תמותה.

קשישים אלו סובלים מירידה בתפקוד המערכת החיסונית, נטייה לנפילות ושברים ונטייה לסיבוכים של מחלות. (שחר, n.d.)

גורמים רפואיים

עליה בחילוף החומרים, תופעה זו מתרחשת כחלק נלווה למחלות כגון : סרטן, פרקינסון, מצבי זהום וחום גבוה. בנוסף מחלות כרוניות, תרופות ובעיות בליעה מהוות גורמי סיכון לירידה בצריכת המזון. (שחר, n.d.)

דיכאון זהו הגורם השכיח ביותר המתקשר עם ירידה בצריכת המזון וירידה במשקל. רוב מצבי הדיכאון אצל קשישים מלווים בירידה בתיאבון ובירידה במשקל עד כדי תת תזונה. הדיכאון מביא להידרדרות ברשת החברתית של הקשיש התקשורת שלו עם העולם סביבו פוחתת, חלה ירידה במוטיבציה שלו להישרדות ולכן אינו אוכל (יונה-דרורי, 2006).

שינויים בתפקוד חוש הטעם וחוש הריח

שינויים בתחושות טעם וריח גורמים לעליה בתחושת המצוקה בגיל המבוגר ולירידה בהכנסת אנרגיה ואבות המזון. מעל גיל 65 ישנה ירידה משמעותית ביכולת הקשיש לאתר ריח, מעל גיל 80 הרוב המכריע של הקשישים מאבד את חוש הריח. (יונה-דרורי, 2006)

אבנר שחר ודנית שחר (2005) מציינים במאמרם כי בין הגורמים המרכזיים שדווח עליהם כסיבות לירידה בלתי רצונית לירידה במשקל בקרב קשישים הם דיכאון ומצבי עקה. גורמים נוספים שזוהו : פגיעה בבריאות הפה, בידוד חברתי, אלמנות, ירידה ביכולת הגופנית והמנטלית, תחלואה רבה ונטילה מרובה של תרופות. עוד מוסיפים כי מחקרים העוסקים בקשישים בקהילה ובאשפוז נמצא כי 25% מהמקרים של ירידה במשקל לא נמצא הסבר לכך (שחר ושחר, 2005).

במאמר שפורסם ברפואה 2005 אשר סקר מחקרים שנערכו בנושא שינוי משקל בגיל המבוגר בהשפעתם על תחלואה ותמותה נמצא כי מדד מסת גוף הגבוה מ-25 מהווה גורם לפרוגנוזה חיונית לבריאות. שיעור הקשישים הלוקים באיבוד משקל משמעותי מגיע ל-15% עד 20% בקרב קשישים בריאים לקהילה ולשיעור גבוה יותר בקרב קשישים מאושפזים. נמצא קשר חיובי בין איבוד משקל לבין החמרה במצבו הבריאותי של הקשיש ואילו מהווים גורמי סיכון לתמותה ונכות בקשישים. התופעה השכיחה של ירידה במשקל בגיל המבוגר בהשלכותיה על בריאותו מעלה את הצורך בתכנון וביישום מדיניות בנושא התזונה. יש לקבוע תקן למשקל תקין ותקן לירידה במשקל בלתי מכוונת כמו כן יש לקבוע תקן ל B.M.I תקין. במאמרים שסקרו כותבי המאמר, עולה כי רמת BMI בטוחה מגיל 70 ומעלה נעה בין 25-29. חשיבות רבה יש לשקילה של פעם עד פעמיים בשנה בביצוע הערכה תזונתית על מנת לזהות קשישים בסיכון לתת תזונה (שחר, שחר, כחל וניצן-קולוסקי, 2005).

מצב של תת תזונה מבטא חסר כתוצאה מצריכה תזונתית בלתי מספקת ביחס לצרכים. הוכח כי אשפוזם של חולים הסובלים מתת תזונה ממושך יותר ושיעור התמותה שלהם גבוה יותר באופן משמעותי מאלה שאינם בסיכון לתת תזונה. כתוצאה מתת תזונה יכולת הגוף ליצור תאים חדשים ולהחלים פוחתת והמערכת החיסונית נפגעת. תקופה ממושכת של תת תזונה עלולה לגרום למחלות, להתפשטות זיהומים להעצם את תופעות המחלה הראשוניות ולעכב את תהליך ההבראה (פיפר, גרצנון, בוז'קו, זליג, ביאדסי ושלוח, 2010).

דר' לרמן מציינת כי ההשלכות הרפואיות מתבטאות בהארכת זמן האשפוז ב-40%-70%, פגיעה בתפקוד מערכת החיסון, החלמה לקויה של פצעים, עליה בשיעור הסיבוכים והזיהומים שלאחר הניתוח, עליה בהתפתחות פצעי לחץ, פגיעה בתפקוד השרירים ועליה בשיעור התמותה. הארכת זמן האשפוז והגברת מאמצי הטיפול בחולים הסובלים מתת תזונה מובילות לעלויות כלכליות כבדות.

בגיל המבוגר, מהווה חוסר תזונה גורם משמעותי לתחלואה ולתמותה. בסקרי תזונה ובריאות שנערכו בארץ ובעולם, נמצא כי מעל ל-25 אחוז מהאוכלוסייה הקשישה החיה בקהילה סובלת מחסרים תזונתיים.

על פי הארגון ESPAN, גוף בינלאומי האחראי על התזונה הבינלאומית, 40% - 80% מהקשישים המאושפזים סובלים מתת תזונה, על פי סדר עולה: צרפת 40%, קנדה 60%, בריטניה 70%, בלגיה 75%, שווייץ 80%, ושבדיה מעל 80%. בישראל במחקר שנעשה בבי"ח סורוקה, נמצא כי 18.5% מהקשישים אובחנו כסובלים מתת תזונה וכי 81.5% נמצאים בסיכון לתת תזונה. בקהילה 15%-44% מהקשישים נמצאים בסיכון לתת תזונה עקב צריכה תזונתית לקויה (לרמן 2012).

במחקר שנערך באוניברסיטת בן גוריון נמצא כי שיעור הקשישים הלוקים בתת תזונה במחלקות הפנימיות גבוה מ-30%. (שחר, שחר, כחל וניצן-קולוסקי, 2005).

(Burns&Jensen, 2005) בסקר תזונה בקרב אוכלוסיות בנגב ובתל אביב, נמצא כי 30%-35% הנסקרים, צרכו פחות מ-1200 קלוריות ליום, ממצא היכול להתרועע בפני סיכון לחסרים תזונתיים.

אובדן משקל בקשישים מוביל לקלקסיה (תופעה של אובדן מסת השרירים בלתי פרופורציונלית ביחס לגוף), המלווה באובדן מסת גוף כחוש ועלייה בקצב חילוף החומרים מחמירים את מצבם

הרפואי של הקשישים, פוגעים במערכת החיסון שלהם ומגבירים את הסיכון לדלקות, לזיהומים, לעיכוב בהחלמת פצעים וכן לפגיעה בתפקוד הפיזי והקוגניטיבי (Ritchie, Burgio, Locher, 1997; Woo, Sham, 2001).

התערבות

בקרב מאושפזים מעל גיל 65 השכיחות של תת תזונה כתוצאה מחוסר חלבון ואנרגיה היא מעל 60% וכ-70% נמצאים בסיכון להידרדרות תזונתית. במאמרן של ד"ר פלדבלום וד"ר שחר (2010) מציינות כי מרבית המאושפזים המגיעים לאשפוז אקוטי מגיעים מהקהילה ולפיכך יש מקום לבחון כלי הערכה תזונתית הנמצאים בשימוש רופא המשפחה ואת הממצאים לגבי טיפול בתת תזונה. הינן מציגות מדדים להערכה:

בדיקה קלינית המתייחסת למצב הפה והשיניים, שינויים בעור, שינויים גרמיים, חושיים ועצביים אשר באפשרותם להסביר על ירידה ביכולת השגת מזון, הכנתו וצריכתו.

מדדים אנתרופומטריים משקל, שכן אבוד משקל מהווה ממצא חשוב המצביע על הידרדרות תזונתית.

B.M.I ערך מומלץ מעל גיל 65, הינו 24-29 ומתחת ל- 23 מהווה סיכון לתחלואה ולמוות.

מדדים ביוכימיים היפואלבומינמיה ערך של מתחת ל 3.0 גר"/ד"ל הינו נמוך ומצריך התייחסות מידית.

הערכה של פעילות אימונית והמטולוגית – אנמיה. כמו כן אומדנים על פי שאלונים שונים. לזיהוי סיכון תזונתי בקרב זקנים חשיבות עליונה. זיהוי מוקדם עוד בקהילה יש בו כדי למנוע אשפוזים. טיפול תזונתי מראה שיפור במדדים תזונתיים ותפקודיים, לכן חשוב לבחון שיטות הערכה פשוטות לשימוש וליישמן באמצעות צוותי בריאות עוד בקהילה (פלדבאום ושחר, 2010).

זיהוי חולים הנמצאים בתת תזונה הוא הצעד הראשון החיוני לטיפול בתופעה קשה זו. פרק הזמן הנחוץ לטיפול בתת תזונה הוא ארוך, בעיה זו לא תיפתר בתקופת האשפוז הקצרה יחסית. אולם, מחקרים הוכיחו כי תוספי תזונה, גם אם ניתנים במסגרת ביי"ח משפרים את מצב החולים. הערכה תזונתית של כל הקשישים בביה"ח ואספקת טיפול מתאים תשפר את מצבם (דר' בועז, דר' ליבוביץ, 2012).

מחקרים הראו כי דפוסי תזונה יש בהם כדי להשפיע על גורמי סיכון עיקריים למחלות ניווניות כרוניות. השפעת התזונה על מצב הבריאות והתחלואה מדגיש את הצורך במניעה ראשונית, משנית, ושלישנית, ובמציאת אסטרטגיות התערבות בשלב זה של מניעה. ספקי שירותי הבריאות צריכים לקחת בחשבון את סגנון החיים והגורמים הסביבתיים התורמים לאכילה אופטימאלית. לדיאטנים תפקיד משמעותי בטיפול התזונתי. האחיות אף הן צריכות להיות בעלות ידע מספק כדי לזהות גורמי סיכון תזונתיים (Endevelt, Werner, Goldman, Karpati, 2009).

תת תזונה באוכלוסיית המאושפזים ובקשיש המאושפז בפרט מהווה בעיה משמעותית הן למטופל והן למערכת הבריאות. המודעות בקרב הצוותים המטפלים, רפואיים וסיעודיים, לאיתור חולים בתת תזונה ולטפל בכך, נמוכה. לפיכך לא מבוצעים אומדנים באופן שיטתי וקבוע ובהכרח הטיפול בתת תזונה לוקה בחסר (Mainutrition Advisory Group 2000)

שכיחות התופעה של ירידה במשקל והשלכותיה על בריאות הקשיש מעלה את הצורך בקביעת מדיניות לקידום הבריאות בנושא זה.

מניעה ראשונית - יש להגדיר נורמת משקל תקין לגיל זה ונורמות לירידה בלתי רצונית במשקל. נראה כי רמת BMI 25-29 לקשישים בני 70 ומעלה היא רמה בטוחה מבחינת בריאות וחולי בקשיש. יש להגדיר סטנדרטים למעקב שקילה של קשישים בקהילה ובאשפוז. אבנר שחר ודנית מציעים לתמוך באספקת מידע תזונתי לקשיש והדרכתו, הכשרת בעלי מקצוע העובדים עם קשישים בנושאים רלבנטיים על מנת שיוכלו לאתר קשישים בסיכון ולהפנותם לגורמים המטפלים.

מניעה שניונית – יצירת מערך סיקור לתת תזונה באמצעות כלי הערכה תקפים. MNA (Mini Nutritional Assessment), באמצעות כלי זה ניתן לזהות קשישים בסיכון לתת תזונה ומאפשר זיהוי מוקדי התערבות תזונתית (אבנר שחר דנית)

מניעה שלישונית – העשרה תזונתית היא בעלת תפקיד חשוב בשיפור מצבו הקליני של החולה הסובל מתת תזונה או נמצאים בסיכון לתת תזונה, במקביל יש לטפל במקור הראשוני או בגורם למצב. העשרה תזונתית יש בה כדי להפחית את שיעורי התמותה, מפחית תחלואה וסיבוכים בקרב קשישים חולים לאחר ניתוח, חולים אורתופדיים, חולים במחלות כרוניות, משפרת תוצאות קליניות בקרב חולים שעברו ניתוחים במערכת העיכול, מונעת התפתחות פצעי לחץ, מסייעת בשמירה על חוזק השרירים, משפרת את התפקוד הפיזי, משפרת את הצריכה התזונתית של החולה ומובילה לעליה במשקל ועשויה לקצר ימי אשפוז (לרמן 2012).

ד"ר דנית שחר מציינת כי איתור תת תזונה מהווה נורת אזהרה כשלב מקדים לתהליך הטיפול בקשיש. האיתור יתבצע ע"י שאלוני הערכה, ככל שנקדים לאתר מצב תת תזונה בשלבים הראשונים כך הטיפול יהיה אפקטיבי יותר.

הטיפול בתת תזונה מצריך הגדרת יעדים כמו: שמירה על משקל יציב, אכילה בריאה ומאוזנת המכילה את כל מרכיבי התזונה החיוניים, יש להשתמש במוצרים עם ההעשרה תזונתית וקלורית, חשיבות לפעילות גופנית, והפניה לגורמים מקצועיים כמו דיאטנית להתאמת תפריט. במידת הצורך יש לערב צוות סיעודי וסוציאלי.

ידע ועמדות

עמדה מוגדרת כהערכה כללית וקבועה יחסית שיש לפרט על נושאים שונים. מושג מופשט שבאמצעותו אנו יכולים להגדיר את מחשבותיו, רגשותיו והתנהגותו של האדם כלפי נושא מסוים (בראל, נורמאיר, 1996).

אחיות הקהילה נמצאות בקשר עם קשישים רבים ברמות שונות של טיפול: מרפאות ראשוניות, משניות, Homecare, וכו', ולפיכך יש לשלבן בעמדה ייחודית ע"מ לזהות בעיות תזונה בקרב קשישים. הידע שלהן ועמדותיהן לגבי תזונה יכולים מאוד להשפיע על איכות הטיפול שהם מספקים לאוכלוסייה מבוגרת. במעט המחקרים שבדקו ידע ועמדות של אחיות לגבי תזונה אצל קשישים נמצא שרמת הידע דלה. במחקר שנערך ע"י מכבי שירותי בריאות נמצא שאחיות צעירות היו בעלות ידע יותר מאחיות מבוגרות. כמו כן נמצא כי אחיות עם השכלה אקדמית קבלו ציונים גבוהים יותר על עמדותיהם לגבי הטיפול התזונתי בקשישים בהשוואה לאלו ללא תואר אקדמי. לעומת ממצאים אלו, מחקר שנערך באוסטרליה מצא כי אחיות מבוגרות יותר וכאלו עם יותר ניסיון, כמו גם אחיות עם הכשרה בכלל (וללא תואר), קבלו ציונים גבוהים יותר על הידע שלהם בתזונה סתירה זו יכולה להיות מוסברת על ידי העובדה כי רוב האחיות הצעירות במחקר שהיו בעלות תואר אקדמי נחשפו לידע רב יותר כי חינוך לתזונה נכלל בתוך תכנית הלימודים שלהן. ממצאי המחקר מחזקים את הצורך במתן הכשרה נוספת לאחיות בנושא תזונה אצל קשישים על מנת לשפר את תוחלת החיים ואיכות החיים של האוכלוסייה המבוגרת (Endevelt, Werner, Goldman, Karpati, 2009).

מחקר שנעשה באוסטרליה בדק מה האחיות עושות בזמן הארוחות בהקשר למיומנויות אכילה של מטופלים מבוגרים. בעבר, חלוקת האוכל במחלקה נעשתה ע"י האחיות. כיום צוות המטבח מחלק את הארוחות. שינוי זה נעשה בכדי לשחרר את האחיות משירות חלוקת האוכל על מנת שתוכלנה להתפנות לפעילויות בעלות חשיבות גדולה יותר. מאידך, שינוי זה יכול לפגוע ברווחת המטופל מאחר והאחות לא יודעת אם המטופל אכל ומה אכל. נמצא כי צוות לא מיומן, לחץ של זמן ודחיפות של משימות אחרות הינם המחסומים בכדי לספק טיפול תזונתי מתאים ע"י האחיות. ממצאי המחקר הראו שתזונה מקבלת עדיפות נמוכה מאוד במחלקה מבחינת הכשרת האחיות ועזרת האחיות הייתה בלתי מספיקה והגיעה מאוחר. בכדי לשפר זאת, הגדלת כוח אדם איננה מספקת, ויש לשקול לימוד והכשרה בכדי לשנות את יחס האחיות לגבי חשיבות התזונה. חלוקת המזון צריכה להיות ע"י האחיות או בפקוחן. במהלך הארוחות האחיות צריכות להשקיע יותר זמן בעזרה למטופלים לאכול מאשר במשימות אחרות. מתן עזרה בפתירה, תיאור האוכל ועידוד לאכול הינה חשובה, יש לתת את העזרה בזמן המתאים. יש להימנע מהפרעות במהלך האוכל ויש להדגיש אינטראקציה חברתית במהלך הארוחות (Xia, McCutcheon, 2006).

במחקר מבוקר רנדומלי ניסו להעריך את היתרונות של תוספת בכוח עזר בכדי לספק עזרה בהאכלה למטופלים מבוגרים במחלקות בית החולים. לא נמצאה עלייה משמעותית סטטיסטית בצריכה אוראלית, למרות שהמחקר בוצע על כל המטופלים המאושפזים ולא על מטופלים ספציפיים עם קשיי אכילה. הדבר מרמז על כך שתמיכה תזונתית יש לעשות במטופלים ספציפיים הזקוקים לכך.

האחיות הן הצוות העיקרי שמעורב בהאכלת המטופל, אך יתכן כי אין להן הכשרה מתאימה ומיומנויות. מיומנויות האכלה כוללות: מיקום המטופל בצורה בטוחה, הכנת המגש (חיתוך האוכל) זיהוי האוכל בצורה מילולית ושיפור הצגת המזון והמגש. עזרה בהאכלה משפיעה בצורה משמעותית על הזמן של הצוות. זמן הצוות של עזרה בארוחה אחד-על-אחד הוערך בממוצע כ- 25 דקות לארוחה למטופל, בהשוואה לטיפול רגיל שהממוצע היה 6 דקות. הכשרת הצוות וארגון נכון דרוש בכדי לספק עזרה איכותית בהאכלה. אחד הפתרונות

הינו לספק הכשרה למתנדבים בעזרה בהאכלה. ניתן גם לעודד נוכחות של בני משפחה בזמן הארוחות ולספק להם את המידע הדרוש ואת ההכשרה לתת עזרה מתאימה (Wright, Cotter, Hickson, 2008).

בבריטניה, מנסים לשפר את הבריאות של האומה על ידי שינוי תזונתי והנטייה היא למרכז זאת סביב החינוך. ביסוד גישה זו היא ההנחה לספק לאנשים את המידע הדרוש כדי לבחור מזונות בריאים ובסופו של דבר להביא לשיפור בתזונה.

קיימות עדויות על כך שתזונה אקטיבית בבתי-חולים מפחיתה תמותה ותחלואה, ומקצרת שהות בבית החולים בקבוצת מטופלים ספציפית. הסטנדרטים התזונתיים מתייחסים לפונקציות הבאות: סינון של כל המטופלים, הערכה של מטופלים הנמצאים בסיכון גבוה. במחקר שהתבצע בדנמרק בנושא תזונה קלינית בבתי חולים מטרתו הייתה לחקור את השימוש בתזונה קלינית בבתי חולים בדנמרק, ולהשוות את התוצאות לסטנדרטים שפיתחו ע"י ה-JCAHO.

(Commission on Accreditation of Healthcare Organization). תוצאות המחקר הראו כי תזונה קלינית בבתי חולים שנבדקו לא מלאו אחר הסטנדרטים של תמיכה תזונתית בהתאם לקריטריונים שנקבעו ע"י ה-JCAHO ב-1995. הסיבה העיקרית הייתה בזיהוי מטופלים הנמצאים בסיכון גבוה, אי ביצוע סינון וכמו כן, לא נעשו הגדרות תפקיד ואחריות. נראה כי תזונה קלינית איננה נמצאת בראש סדר העדיפויות ובעלת עניין מועט למרות השפעתה המטיבה על תחלואה ותמותה. יש להשקיע מאמצים בחינוך, הגדרות תפקיד ואחריות, כלים מיוחדים לסינון ולבסוף קווים מנחים לתזונה קלינית.

השלכות לעתיד ממחקר זה בנוגע לתזונה קלינית צריכות להיות בסטנדרטים למיומנות במצבי תזונה מיוחדים כלומר, הגדרות של מטופלים בסיכון, סינון תזונתי של כל המטופלים המגיעים לבית החולים, הערכה של מטופלים בסיכון גבוה, תיעוד דיאטה ברישומי בית החולים, ניטור במהלך אשפוז והטמעה של צוותי תזונה בכל בתי החולים. (Rasmussen, Kondrup, KLedefoged, Staun, 1999).

בדוח וועדה אירופאית בנושא פרקטיקה בטיפול ותמיכה תזונתית, נמצא כי בבתי חולים רבים באירופה מטופל יכול לשהות ללא מזון במשך מספר ימים, ומקרים כאלו הם נפוצים. הודגם ע"י מחקרים, כי הרעבה הינה בעלת השלכות הומניות, פונקציונאליות, קליניות וכלכליות. הכסף המושקע בטיפול בסיבוכים הנובעים מתת-תזונה הינו גדול וכך גם הכסף עקב בזבז של אוכל.

הסיבה העיקרית לכשל בטיפול התזונתי במטופלים בבתי-חולים קשורה לחוסר הלימוד והכשרה מתאימים. בנוסף, אנשי מקצוע שונים חלוקים בדעותיהם באשר מי צריך להיות אחראי על טיפול ותמיכה תזונתית. לבסוף, רב התפריטים בבתי-חולים לא מתאימים לרוב המטופלים וגורמים לחוסר תיאבון.

יש להגדיר אחריות וחלוקת תפקידים בכל הנוגע לטיפול ותמיכה תזונתית. הדבר אומר כי יש להגדיר סטנדרטים ופרקטיקה לניטור סטאטוס סיכון תזונתי במטופלים. בנוסף, דרוש שיפור משמעותי ברמת הלימוד של כל הצוותים המטפלים. במיוחד דרושות תכניות לימוד והדרכה מתמשכות על תזונה בכלל ועל הטכניקות לתמיכה תזונתית לכלל הצוות המטפל, עם דגש על הכשרה תזונתית לצוות הלא-קליני והגדרות התפקיד שלהם (Beck, ..., 2002).

A Kobe במחקר אותו בצעה בבית חולים בקניה בקרב אחיות העובדות במחלקה כירורגית, לדעתה האחיות נמצאות בתפקיד ובעמדה טובים על מנת שיוכלו להבטיח טיפול תזונתי הולם למאושפז וזאת משום הטיפול הכוללני, הוליסטי אותו מספקים. במחקרה בדקה ידע, עמדות ופרקטיקה – יישום בכל הנוגע לניהול הטיפול התזונתי במאושפזים על ידי אחיות מוסמכות. תוצאות המחקר היו דלות מבחינת ידע, עמדות ויישום שיטות עבודה. האחיות סתרו עצמן באשר לאמונותיהם ועמדותיהם ביחס לשיטות העבודה שלהם. לא ידעו להגדיר את תפקידם בנושא התזונה למטופל כמו גם של הדיאטנים והרופאים (Kobe, 2006).

במחקר שנעשה בשבדיה ובו השתתפו 252 אחיות מוסמכות ומעשיות, נבחנו הבדלים בין שלוש קבוצות: אחיות העובדות במחלקת שיקום גריאטרי, אחיות העובדות במרפאות ואחיות העובדות בבתי תושבים. מטרת המחקר לבחון עמדות של צוות אחיות במחלקה גריאטרית על גורמי חשיבות של טיפול סיעודי תזונתי. תוצאות המחקר הראו כי 53% מהאחיות הציגו עמדה חיובית בנושא חשיבות הטיפול הסיעודי התזונתי ושאר האחיות הציגו עמדה ניטראלית או שלילית. נמצא כי ותק והשכלה הינם גורם משפיע על דעתה של

האחות. ההתערבות וההתמודדות עם בעיות תזונתיות והטיפול והשליטה בהם משקף את הרמה הגבוהה ביותר של עמדות חיוביות אשר מייצגות 71% מצוות האחות. האחות המוסמכות החזיקו באופן משמעותי ביותר עמדות חיוביות מאשר האחות המעשיות. המחקרים מראים כי הערכת סיכון תזונתי לעיתים רחוקות מבוצעת על חולים מבוגרים באופן שגרתי לחולים מעטים יש תוכנית טיפול תזונתית. נושאי התזונה מצריכים אחריות, זמן ומחשבה, צוות האחות במחלקה הגריאטרית לא מראה עמדה חיובית חד משמעית ביחס לאחריות הזאת. במרפאה קלינית- צוות האחות ממלא תפקיד חשוב בטיפול בחולים בתת תזונה או בקבוצת סיכון לתת תזונה. עמדות חיוביות יכולות לעכב את ההתפתחות של תת תזונה או לשפר מצב של תת תזונה הקיים כבר אצל החולה. (Bachrach-Lindstrom, Christensson, Jensen, Lundin)

מתודולוגיה

שאלת המחקר:

האם קיים קשר בין רמת הידע בנושא תזונה לבין עמדת האחות בנושא תזונה והזנת החולה הקשיש באשפוז?

כלי המחקר :

- שאלון אשר נלקח מתוך עבודת מחקר, (Judith A.Kobe, 2006) בנושא :

"Aspects of Nutritional Knowledge, Attitudes and Practices of Nursing Working in the Surgical Division at the Kenyatta National

השאלון תורגם מאנגלית לעברית עבר תקפות ע"י שלושה אנשי מקצוע: רופא מומחה בכיר ברפואה פנימית, אחות מרכזת תחום מחקר, תזונאית- בעלת תואר PhD באפידמיולוגיה.

טרם הפצת השאלון לאוכלוסיית היעד השאלון הופץ כפיילוט ל 10 אחיות.

השאלון מחולק לחמישה חלקים:

1. משתנים סוציו דמוגרפים מקצועיים של אוכלוסיית המחקר, מכיל 13 שאלות.
2. בדיקת ידע של האחיות בנושא הזנת הקשיש המאושפז, מכיל 18 שאלות הבודקות ידע של אחות בנושא תזונה הקשיש המאושפז. התשובות הן רב בחירה.
3. עמדות של האחיות בנושא תפקידה בהזנת הקשיש, מכיל 12 שאלות הנמדדים על סולם ליקרט בין 4 דרגות. האחיות מדרגת מידת הסכמתה על הסולם ממסכים מאוד עד לא מסכים.
4. שאלות יישום ידע המכיל 23 שאלות. התשובות הן רב בחירה.
5. דרוג תפיסת האחיות את תפקידיה במחלקה. 11 היגדים הנמדדים על סולם ליקרט בין 5 דרגות, האחיות מדרגת מידת החשיבות, מכלל לא חשוב עד חשוב במידה גבוהה מאד.

מטרות על:

- להעריך את הקשר בין ידע לעמדות האחות בנושא תזונה הקשיש באשפוז בבית החולים.

- לאמוד את השפעת הידע והעמדות של האחיות בנושא תזונת הקשיש המאושפז בבית החולים על איכות הטיפול הסייעודי בהאכלת הקשיש המאושפז.
- להעריך את תפקידן של האחיות בהאכלת הקשיש המאושפז בבית החולים.

מטרות ספציפיות:

- בדיקת ידע האחיות על צורכי תזונת הקשיש המאושפז בבית החולים.
- בחינת עמדת האחיות לגבי תפקידה בתזונת הקשיש המאושפז בבית החולים.
- מיפוי תפקידן של האחיות בנושא תזונה והאכלת הקשיש המאושפז בבית החולים.
- דירוג תפיסת האחיות את תפקידה בנושא האכלת הקשיש המאושפז בבית החולים ביחס לתפקידה האחרים.
- בחינת עמדת האחיות בנושא האחריות להערכת מצבו התזונתי של הקשיש המאושפז בבית החולים.
- הערכת קיומו של קשר בין מאפייני דמוגרפים של האחיות לבין עמדתן בנושא תזונת הקשיש המאושפז בבית החולים.
- בחינת קיומם של הבדלים בעמדות האחיות, בין שני המוסדות בית החולים "וולפסון" ובית החולים "ברזילי" (מרכז ופריפריה).

השערות המחקר:

- יימצא קשר בין רמת הידע של אחיות לבין עמדתן בנושא תזונת הקשיש המאושפז בבית החולים. ככל שרמת ידע של האחיות נמוכה כך עמדתן שלילית יותר.
- יימצא קשר בין המשתנים הדמוגרפים לבין עמדת האחיות בנושא תזונת הקשיש המאושפז בבית החולים.
- יימצא קשר בין ידע האחיות לבין עמדתן לנושא האכלת הקשיש המאושפז בבית החולים.
- יימצאו פערים בין תפיסת האחיות את תפקידן בנושא תזונה והאכלה של הקשיש המאושפז בבית החולים ביחס לתפקידים אחרים.

אוכלוסיית היעד:

400 אחים/ות מוסמכים/ות העובדים/ות במחלקות אשפוז במרכזים הרפואיים וולפסון בחולון וברזילי באשקלון. התפלגות המחלקות כדלקמן:

	מרכז רפואי "ברזילי"	מרכז רפואי "וולפסון"	
מחלקה	כמות	כמות	סה"כ
פנימית	5	6	11
כירורגית	1	2	3
נוירולוגיה	1	1	2
אורתופדיה	1	1	2
גריאטריה	1		1
סה"כ	9	10	19

אוכלוסיית המחקר:

גודל המדגם 106 אחים/ות מוסמכים/ות. נשלחו 107 שאלונים, הייתה היענות של 100%. שאלון אחד נפסל.

שיטת המחקר:

מחקר חתך תיאורי דו מרכזי מחקר הסתברותי, בו ניתן להקיש על אוכלוסיית היעד.

דגימה אקראית רנדומאלית- מתוך אוכלוסיית היעד כל אחת מוסמכת/רביעית/תענה על השאלות בהתאם לרשימת האחים/ות במחלקות על פי רצף. סה"כ דגימה של 25% מהאחים/ות העובדים במחלקות הנכללות במחקר.

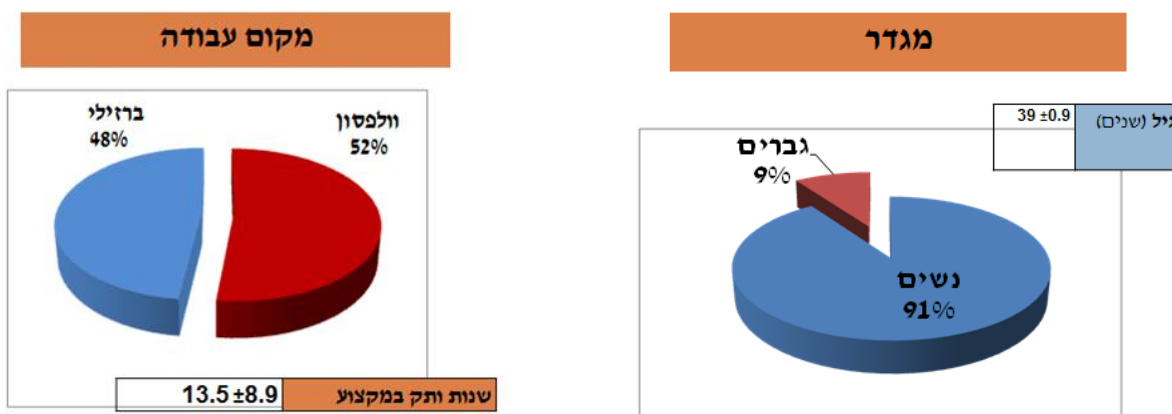
שיטות עיבוד נתונים

עיבוד נתונים באמצעות תוכנת SPSS גרסה 19 (IBM, Inc., USA)

ממצאים

טבלה 1. אפיונים דמוגרפיים של אוכלוסיית המחקר

אפיונים דמוגרפיים של אוכלוסיית המחקר	
גיל (שנים)	39.1±9.0
מין (%) (נקבה)	90.6
שנות ותק במקצוע	13.5±8.9
ארץ לידה:	
(%) ישראל	39.6
(%) חבר העמים	54.7
(%) אחר	5.7
ארץ לידת הורים:	
(%) ישראל	16
(%) חבר העמים	57.5
(%) אחר	26.4
בית חולים:	
וולפסון (%)	51.9
ברזילי (%)	48.1
מחלקה:	
רפואה פנימית (%)	73.6
כירורגית/אורתופדיה (%)	26.4
הכשרה מקצועית:	
(%) אחות מוסמכת	41.5
(%) תואר ראשון	46.2
(%) תואר שני	12.3
קורס על בסיסי (%)	17
מוסד אקדמי:	
(%) ישראל	45.3
(%) אחר	15.1
לימודי תזונה (%)	57.5
הכשרה פורמאלית נוספת (%)	26.4



טבלה 1- מראה אפיונים של אוכלוסיית המחקר. כפי שרואים הנשאלים היו בממוצע גיל 39.1 ± 9 שנים, הרוב היו נשים (90.6%) האוכלוסייה הייתה בעלת 13.5 ± 8.9 שנות ותק במקצוע. רוב הנשאלים נולדו בחבר העמים וגם הוריהם. הנשאלים התפלגו באופן כמעט זהה בין שני ביה"ח. כשלושת רבעי מהנשאלים עבדו במחלקות הפנימיות דבר המשקף את התפלגות המקצועות הקליניים בבתי"ח. התפלגות ההכשרה המקצועית אף היא משקפת את ההתפלגות בבתי"ח. רק 17% מהנשאלים דיווחו על סיום לימודים בקורסים על בסיסיים. רוב הנשאלים למדו במוסדות אקדמיים בישראל. רובם למדו בהכשרה הגרית שלהם את נושא התזונה לעומת זאת רובם לא דיווחו על השתלמות נוספת בנושא התזונה.

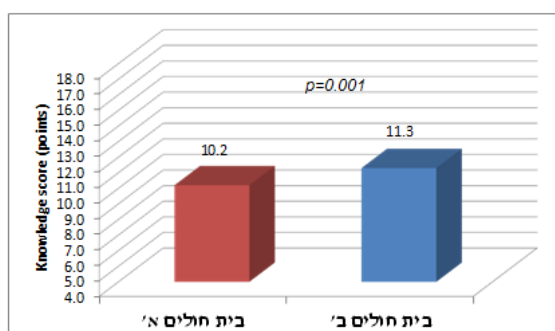
טבלה 2. ציון ידע לפי אפיוני האוכלוסייה

אפיון	ברזילי	p-value
בית חולים: *		0.001
ברזילי	10.2 ± 1.6	
וולפסון	11.3 ± 1.9	
מין: *		0.38
נקבה	10.8 ± 1.9	
זכר	10.3 ± 1.7	
ארץ לידה: *		0.36
(%) ישראל	10.7 ± 1.8	
(%) חבר העמים	10.9 ± 1.9	
(%) אחר	9.8 ± 2.1	
ארץ לידת הורים :		0.29
(%) ישראל	10.2 ± 1.7	
(%) חבר העמים	10.9 ± 1.8	
(%) אחר	10.8 ± 2.0	
מחלקה: *		0.57
רפואה פנימית	9 ± 1.7	
כירורגית/אורתופדיה	$610.9 \pm 1.$	
הכשרה מקצועית:		560.

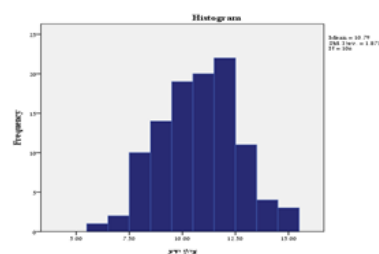
	9±1.910.	(%) אחות מוסמכת
	9±1.610.	(%) תואר ראשון
	1.4±11.0	(%) תואר שני
0.97		קורס על בסיסי: *
	4±1.810.	כן (%)
	±2.0810.	לא (%)
0.27		מוסד אקדמי: *
	10.7±2.0	(%) ישראל
	10.1±1.5	(%) אחר
0.21		לימודי תזונה: *
	11.0±1.8	כן (%)
	10.5±1.9	לא (%)
0.86		הכשרה פורמאלית נוספת בנושא תזונה: *
	10.7±1.7	כן (%)
	10.8±1.9	לא (%)

ציון ידע לפי בית חולים

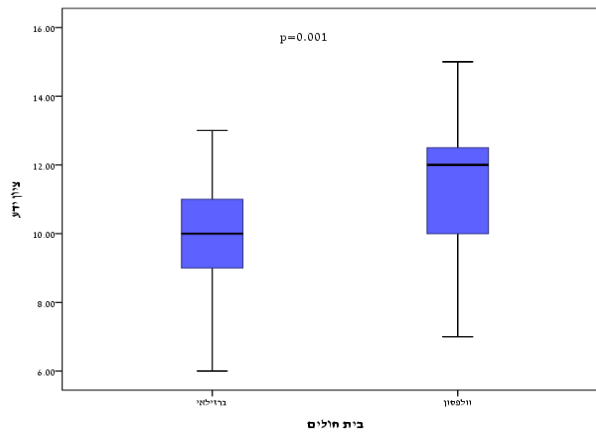
ציון ידע לפי בית חולים



התפלגות תוצאות מבחן הידע



רמת ידע נמוכה מהרצוי (ממוצע 10.79 מתוך 18)



טבלה 2 - ציוני ידע הושוו לפי אפיוני האוכלוסייה בטבלה 2. ניתן לראות הבדל מובהק בציון ידע לפי ביה"ח כאשר לנשאלים מוולפסון ציון גבוה באופן מובהק מאשר לנשאלים מברזילי: 1.9 ± 11.3 לעומת 1.6 ± 10.2 , $p=0.001$. לא היו בדלים מובהקים אחרים בציון הידע.

*- נבדק לפי מבחן t לדגימות עצמאיות, כל השאר לפי ANOVA.

טבלה 3. קורלציות בין משתנים רציפים לציון ידע

משתנה	r	p
גיל	0.15	0.14
ותק	0.76	<0.0001

טבלה 3 - מקדמי קורלציה חושבו לתאר את הקשר בין אפיוני אוכלוסייה רציפים לציון ידע. כפי שרואים בטבלה 3 גיל לא נמצא בקשר עם ציון ידע אבל נצפה קשר חיובי מובהק בין שנות ותק לציון ידע, $r=0.76$, $p<0.0001$.

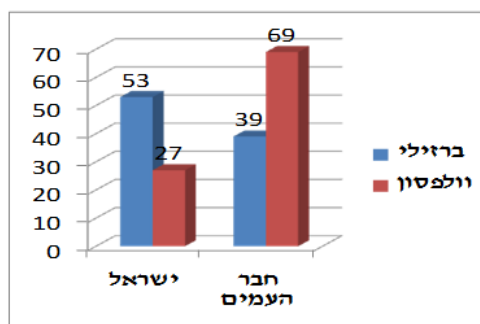
נבדק לפי קורלציה של פירסון.

טבלה 4. אפיוני האוכלוסייה לפי בית החולים

אפיון	ברזילי	וולפסון	p-value
גיל (שנים)*	38.2 ± 9.3	40.0 ± 8.7	0.32
מין (% נקבה)	90.2	90.9	0.9
שנות ותק במקצוע*	12.0 ± 7.6	14.8 ± 9.9	0.13
ארץ לידה			0.008
(%) ישראל	53	27	
(%) חבר העמים	39	69	
(%) אחר	8	4	

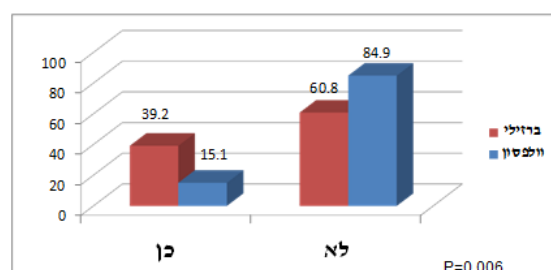
0.01			ארץ לידת הורים:
	13	20	(%) ישראל
	71	43	(%) חבר העמים
	16	37	(%) אחר
0.52			מחלקה:
	71	76	רפואה פנימית (%)
	29	24	כירורגית/אורתופדיה (%)
0.76			הכשרה מקצועית:
	40	43	(%) אחות מוסמכת
	45	47	(%) תואר ראשון
	15	10	(%) תואר שני
0.86	16.4	17.6	קורס על בסיסי (%)
0.06			מוסד אקדמי:
	85	65	(%) ישראל
	15	35	(%) אחר
0.72	60.4	56.9	לימודי תזונה (%)
0.006	15.1	39.2	הכשרה פורמאלית נוספת בנושא תזונה (%)

ארץ לידה



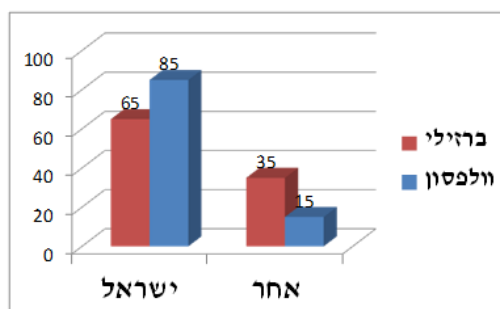
p-value=0.008

הכשרה נוספת בתזונה



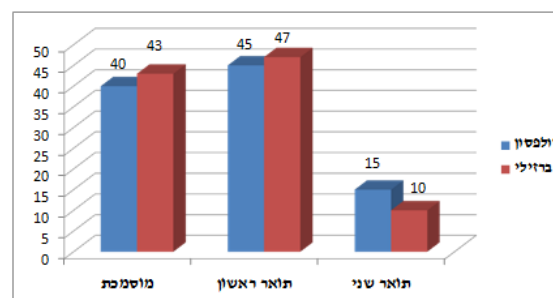
P=0.006

מוסד אקדמי

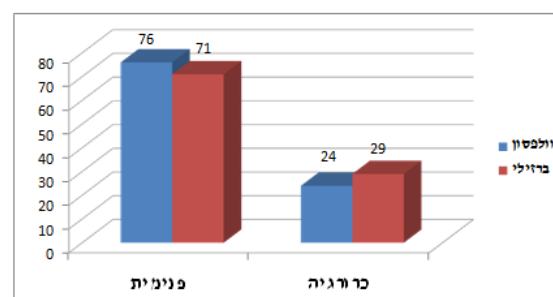


p-value=0.06

השכלה מקצועית



מחלקה



טבלה 4 - היו הבדלים מובהקים בין בתי החולים בציון ידע, ולכן נותחו שאר האפיונים, לפי בתי חולים כפי שרואים בטבלה. שני בתי החולים לא היו שונים באופן מובהק מבחינת גיל, מין, שנות ותק, מחלקה, מקצוע, השתלמות על בסיסית, מוסד אקדמי או חינוך תזונתי. נמצא הבדל מובהק בין בתי החולים מבחינת ארץ לידה, כאשר 53% מהנשאלים בבית חולים ברזילי דיווחו על ארץ לידה - ישראל, לעומת רק 27% מבית חולים וולפסון, ועוד, 39% מהנשאלים מבית חולים ברזילי דיווחו ארץ לידה - חבר העמים, לעומת 69% מוולפסון. ההבדל בארץ הלידה לפי בתי החולים היה מובהק $p=0.008$, ארץ לידת ההורים הייתה דומה בתבנית וההבדל בין בתי החולים היה מובהק $p=0.01$. הבדל מובהק נוסף בין שני בתי החולים היה אחוז האחיות שדיווחו על הכשרה פורמאלית נוספת בנושא תזונה, בבית חולים ברזילי דיווחו על 39.2%, לעומת וולפסון 15.1%, $p=0.006$.

מעניין, כי למרות שארץ לידת האחות וכן ארץ לידת הוריה ובנוסף השכלה פורמאלית נוספת, היו שונים בין שני בתי החולים ואילו ציון הידע לא היה שונה, לפי אף אחד מהמשתנים הללו.

*- נבדק לפי מבחן t לדגימות עצמאיות, כל היתר לפי χ^2 (חי בריבוע).

טבלה 5. עמדות באוכלוסיית המחקר

טבלה 5 - הנשאלים דרגו את חשיבות התפקידים ברשימה כפי שרואות האחיות. רחצה והאכלת חולים דורגו כפחות חשובים משאר תפקידים אחרים.

	ברזילי	ולפסון	
שאלה	חציון	מינימום	מקסימום
מתן טיפול תרופתי	5	3	5
הדרכת מטופלים	5	3	5
טיפול בפצעים	5	2	5
רחצת חולה	3	1	5
השתתפות בביקור רופאים	5	2	5
האכלת חולה	3	1	5
ביצוע אומדן נפילות	5	1	5
ביצוע אומדן תזונה	4	2	5
חלוקת כלכלה מתאימה לחולה	4	1	5
קבלת חולה	5	3	5
שחרור חולה	5	3	5

טבלה 6. עמדות לפי בית חולים

טבלה 6 - עמדות הושוו בין בתי החולים, עמדות לגבי תפקידי האחות היו דומים בין שני בתי החולים להוציא הערכה תזונתית. נשאלים מוולפסון דרגו תפקיד זה כחשוב יותר, באופן מובהק מאשר נשאלים מברזילי. 4.5 (3-5) לעומת 4.0 (2-5), $p=0.04$. נבדק לפי מבחן MANN-WHITNEY U.

שאלה	חציון (מינימום-מקסימום)	וולפסון	ברזילי	p-value
מתן טיפול תרופתי	5 (3-5)	5 (4-5)	0.86	
הדרכת מטופלים	5 (3-5)	5 (3-5)	0.41	
טיפול בפצעים	5 (2-5)	5 (2-5)	0.46	
רחצת חולה	3 (1-5)	3.5 (1-5)	0.84	
השתתפות בביקור רופאים	5 (2-5)	5 (3-5)	0.78	
האכלת חולה	3 (1-5)	3 (2-5)	0.66	
ביצוע אומדן נפילות	5 (3-5)	5 (1-5)	0.06	
ביצוע אומדן תזונה	4 (2-5)	4.5 (3-5)	0.04	
חלוקת כלכלה מתאימה לחולה	3 (1-5)	4 (1-5)	0.15	
קבלת חולה	5 (3-5)	5 (3-5)	0.61	
שחרור חולה	5 (3-5)	5 (3-5)	0.90	

טבלה 7. קורלציות בין עמדות לגבי תפקידי אחיות לציון ידע

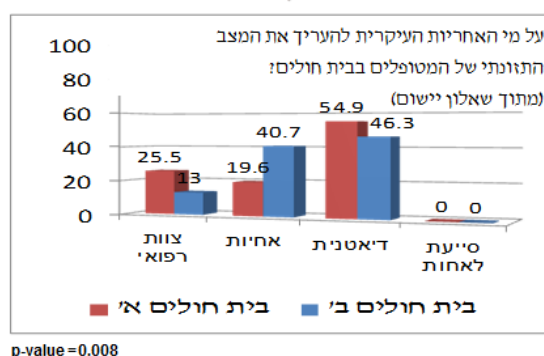
שאלה	r	p
מתן טיפול תרופתי	-0.02	0.83
הדרכת מטופלים	0.15	0.13
טיפול בפצעים	-0.04	0.71
רחצת חולה	0.07	0.45
השתתפות בביקור רופאים	0.06	0.54
האכלת חולה	0.09	0.39
ביצוע אומדן נפילות	0.01	0.89
ביצוע אומדן תזונה	0.24	0.02
חלוקת כלכלה מתאימה לחולה	0.05	0.64
קבלת חולה	0.18	0.07
שחרור חולה	220.	30.0

טבלה 7 - טבלה זו מראה שמקדמי הקורלציה המתארים את הקשר בין ציון ידע לבין דרוג תפקידי האחות, קשרים חיוביים מובהקים נמצאו בין החשיבות המדורגת, להערכה תזונתית לבין ציון ידע $r=0.24$, $p=0.02$. ועוד קשר חיובי ומובהק נצפה בין הדרוג לשחרור חולה בציון ידע $r=0.22$, $p=0.03$. קשרים אחרים בין ציון ידע לבין דרוג תפקידים אחרים לא נצפו.

טבלה 8. עמדות באוכלוסיית המחקר לגבי תזונה

שאלה	חציון
זוהי אחריותה של האחות להעריך את מצבו התזונתי של החולה	2 (1-4)
זוהי אחריותה של התזונאית/דיאטנית להעריך את מצבו התזונתי של החולה	1 (1-4)
זוהי אחריותו של רופא להעריך את מצבו התזונתי של החולה	2 (1-4)
במחלקה הכירורגית מסופקת בדרך כלל תמיכה תזונתית נכונה ומותאמת לצורכי החולה	2 (1-4)
חשוב לאמוד את מצבו התזונתי של כל חולה המתקבל למחלקה	2 (1-4)
קיימת חשיבות לשקילתו של כל מטופל עם כניסתו למחלקה	2 (1-4)
הדרכה לתזונת המטופל היא לא באחריותה של האחות	3 (1-4)
לתזונה יש תפקיד במניעת מחלות	1 (1-3)
לתזונה יש תפקיד חשוב בריפוי מחלות	1 (1-3)
העשרה תזונתית לפני ניתוח גדול הינה בעלת חשיבות עליונה	2 (1-4)
חולים מוגבלים זקוקים להשגחה מיוחדת בזמן הארוחות	1 (1-3)
אחיות הן בעלות ידע רב בנושא תזונה	3 (1-4)

בחינת עמדת האחיות בנושא האחריות להערכת מצבו התזונתי של הקשיש המאושפז



טבלה 8 - הנשאלים דרגו עד כמה הם מסכימים עם האמירות כדלקמן : 1- מסכים מאוד 2-מסכים 3- לא מסכים 4- מאוד לא מסכים. ככל שהציון היה נמוך כך הנשאל מסכים עם האמירה. הנשאלים הסכימו הכי הרבה עם האמירות : שתזונאית/ דיאטנית צריכה להעריך את מצבו התזונתי של החולה, לתזונה תפקיד במניעה וריפוי מחלות, לחולים מוגבלים יש צורך בהשגחה מיוחדת בזמן הארוחה.

טבלה 9. עמדות באוכלוסיית המחקר לגבי תזונה לפי בית חולים

עמדה	ברזילי חציון (מינימום- מקסימום)	וולפסון חציון (מינימום- מקסימום)	p-value
זוהי אחריותה של האחות להעריך את מצבו התזונתי של החולה	2 (1-4)	1.5 (1-4)	0.01
זוהי אחריותה של התזונאית/דיאטנית להעריך את מצבו התזונתי של החולה	1 (1-4)	1 (1-3)	0.88
זוהי אחריותו של רופא להעריך את מצבו התזונתי של החולה	2 (1-3)	2 (1-4)	0.83
במחלקה הכירורגית מסופקת בדרך כלל תמיכה תזונתית נכונה ומותאמת לצורכי החולה	2 (1-3)	2 (1-4)	0.56
חשוב לאמוד את מצבו התזונתי של כל חולה המתקבל למחלקה	2 (1-3)	2 (1-4)	0.50
קיימת חשיבות לשקילתו של כל מטופל עם כניסתו למחלקה	2 (1-3)	2 (1-4)	0.87
הדרכה לתזונת המטופל היא לא באחריותה של האחות	3 (1-4)	3 (1-4)	0.12
לתזונה יש תפקיד במניעת מחלות	1 (1-3)	1 (1-2)	0.58
לתזונה יש תפקיד חשוב בריפוי מחלות	1 (1-3)	1 (1-3)	0.86
העשרה תזונתית לפני ניתוח גדול הינה בעלת חשיבות עליונה	2 (1-3)	2 (1-4)	0.52
חולים מוגבלים זקוקים להשגחה מיוחדת בזמן הארוחות	1 (1-3)	1 (1-2)	0.99
אחיות הן בעלות ידע רב בנושא תזונה	3 (1-3)	2 (1-4)	0.11

טבלה 9- הנשאלים דרגו עד כמה הם מסכימים עם האמירות כדלקמן : 1- מסכים מאוד, 2- מסכים, 3- לא מסכים, 4- מאוד לא מסכים. ככל שהציון היה נמוך כך הנשאל מסכים עם האמירה.

הנשאלים מבית חולים וולפסון הסכימו יותר עם האמירה, שזוהי אחריותה של האחות להעריך מצב תזונתי של החולה. 1.5 (1-4) לעומת 2 (1-4) $p=0.01$, לא נצפו הבדלים מובהקים בין בתי החולים לגבי האמירות האחרות.

נבדק לפי מבחן MANN-WHITNEY U.

טבלה 10. קורלציות בין עמדות באוכלוסיית המחקר לגבי תזונה לציון ידע

עמדה	r	p-value
זוהי אחריותה של האחות להעריך את מצבו התזונתי של החולה	-0.14	0.17
זוהי אחריותה של התזונאית/דיאטנית להעריך את מצבו התזונתי של החולה	-0.05	0.59
זוהי אחריותו של רופא להעריך את מצבו התזונתי של החולה	-0.002	0.98
במחלקה הכירורגית מסופקת בדרך כלל תמיכה תזונתית נכונה ומותאמת לצורכי החולה	-0.11	0.28
חשוב לאמוד את מצבו התזונתי של כל חולה המתקבל למחלקה	-0.15	0.14
קיימת חשיבות לשקילתו של כל מטופל עם כניסתו למחלקה	-0.19	0.06
הדרכה לתזונת המטופל היא לא באחריותה של האחות	0.30	0.002
לתזונה יש תפקיד במניעת מחלות	-0.13	0.18
לתזונה יש תפקיד חשוב בריפוי מחלות	-0.12	0.24
העשרה תזונתית לפני ניתוח גדול הינה בעלת חשיבות עליונה	0.09	0.33
חולים מוגבלים זקוקים להשגחה מיוחדת בזמן הארוחות	-0.004	0.97
אחיות הן בעלות ידע רב בנושא תזונה	-0.21	0.03

טבלה 10 - הנשאלים דרגו עד כמה הם מסכימים עם האמירות כדלקמן : 1- מסכים מאוד, 2- מסכים, 3- לא מסכים, 4- מאוד לא מסכים. ככל שציון היה נמוך כך הנשאל מסכים עם האמירה. חושבו מקדמי קורלציה על מנת לתאר את הקשר בין דרגת ההסכמה עם העמדות לבין ציון הידע. לכן קורלציה שלילית מסמנת קשר בין הסכמה עם העמדה לציון ידע, ועוד קורלציה שלילית מסמנת קשר בין אי הסכמה העמדה לציון ידע. קורלציה חיובית מובהקת נמצאה בין העמדה כי הדרכה תזונתית אינה באחריותה של האחות לציון ידע. דבר זה מעיד כי ככל שהנשאל לא מסכים עם האמירה הזו, כך עולה ציון הידע $r = -0.30$, $p = 0.002$. קורלציה הפוכה מובהקת נמצאת בין העמדה לאחיות ידע רב בנושא תזונה, לבין ציון ידע. כלומר ככל שהנשאלת מסכימה עם אמירה זו כך עולה ציון הידע. $r = -0.21$, $p = 0.03$. קורלציות מובהקות בין עמדות אחרות לציון ידע לא נצפו.

נבדק לפי קורלציה של ספירמן.

p-value	בית חולים		
	וולפסון	ברזילי	
לא ניתן לחשב			אם היית עושה הערכה תזונתית למטופל באיזה מדדים היית משתמש?
	0 0 100	0 0 100	בודקת מדדים וסימנים חיוניים (לחץ דם, דופק) מבצע בדיקת שתן משקל, גובה, BMI, היסטוריה תזונתית
0.004			לאיזה חלק מהחולים שלך את מבצע הערכה תזונתית?
	30.9 69.1 0	19.6 62.7 17.6	לכל החולים חלק מהחולים לאף אחד מהחולים
0.008			האם את שוקלת את החולים עם קבלתם למחלקה?
	30.2 37.7 15.1 17	23.5 66.7 7.8 2	תמיד לפעמים מעריכה משקל אף פעם לא
0.04			במידה ואת שוקלת את החוליה מאיזה סיבה את עושה זאת?
	14.5 10.9 0 74.5	5.9 5.9 9.8 78.4	כחלק מהערכת מצב בריאותי קיימת ירידה ברורה במשקל או חוסר תאבון לצורך מינון תרופה כל התשובות נכונות
0.47			האם דיון במצבו התזונתי וכן בניהול תזונתי של החולה מתחייב באופן תמידי במהלך ביקור?
	36.4 50.9 12.7	27.5 62.7 9.8	תמיד לפעמים אף פעם לא
0.53			כיצד תפעלי במידה ותחושי כי החולה איננו מקבל תזונה ראויה?
	73.9 19.6 6.5	64.7 29.4 5.9	אתייעץ עם דיאטנית אדווח לרופא אדון עם החולה לגבי אפשרות התזונה שלו
0.004			כיצד לדעתך ניתן לשפר את התזונה החולה?
	0 7.4 33.3 0 59.3	0 0 11.8 3.9 83.4	האכלת המטופל מינוי צוות שאחראי על הגשת המזון וכן על האכלת החולה ביצע הערכה תזונתית וע"ש שיתוף פעולה עם הרופא והדיאטנית הפניית המטופל לרופא תשובות ב' ו-ג' נכונות
0.007			האם במהלך המשמרת יש לך זמן לעזור לחולה לאכול?
	87.3 0 12.7	68.6 15.7 15.7	לפעמים עסוקה לצורך זה תמיד יש לי זמן

0.04			לאיזו קבוצה יש את האחריות העיקרית להעריך את המצב התזונתי של המטופלים בבית חולים?
	13	25.5	צוות רפואי
	40.7	19.6	אחיות
	46.3	54.9	דיאטנית
	0	0	סייעת לאחות
0.065			תמיכה תזונתית מתאימה והולמת מסופקת לחולים במחלקה שלי?
	20	21.6	תמיד
	72.7	52.9	רוב הזמן
	5.5	23.5	לפעמים
	1.8	2	לעיתים רחוקות
	0	0	אף פעם
0.11			האם אי פעם שקלת חולה יותר מפעם אחת במהלך הערכה תזונתית?
	57.4	72.5	כן
	42.6	27.5	לא
0.89			אם הרגשת שמטופל לא קיבל תזונה הולמת, מה היית עושה לגבי זה?
	55.8	60.4	פונה לדיאטנית
	1.9	2.1	פונה לרופא
	42.3	37.5	פונה לשניהם

טבלה 11

נמצאו הבדלים מובהקים בתגובות לשאלות מסוימות לגבי יישום ידע בתזונה באופן ספציפי.

שאלה: "לאיזה חלק מהחולים את מבצעת הערכה תזונתית?"

30.9% מוולפסון לעומת 19.6% מברזילי ענו "לכל החולים". לעומת זאת 0% מוולפסון לעומת ברזילי 17.6% ענו ל"אף מן החולים". ההבדל סה"כ הוא מובהק $p=0.004$.

גם השאלה "האם את שוקלת את החולים עם קבלתם?" התגובה השתנתה מבי"ח אחד לשני. התגובה "תמיד" נתנה ע"י 23.5% מברזילי לעומת 30.2% מוולפסון. התגובה "לפעמים" נתנה על ידי 66.7% מברזילי לעומת 37.7% מוולפסון.

בקרב האחיות מברזילי 7.8% ענו שהם עושים אומדן משקל לעומת 15% מוולפסון. התשובה "אף פעם לא" ניתנה על ידי 2% מברזילי לעומת 17% מוולפסון. ההבדל בתגובה היה מובהק $p=0.008$.

הסיבות לשקילת החולים גם השתנו לפי בית חולים לשאלה: "במידה ואת שוקלת את החולה, מאיזו סיבה את עושה זאת?" 5.9% מברזילי לעומת 14.5% מוולפסון ענו כ"חלק מהערכת מצב בריאותי". התשובה "קיימת ירידה ברורה במשקל או חוסר תאבון" ניתנה על ידי 5.9% מברזילי לעומת 10.9% מוולפסון. את התשובה "לצורך מינון תרופה" ענו 9.8% מהאחיות בברזילי, אבל אף אחת לא מוולפסון. התשובה, "כל התשובות נכונות" ניתנה על ידי 78.4% מברזילי לעומת 74.5% מוולפסון. השינוי היה מובהק $p=0.041$.

בתגובה לשאלה "האם דיון במצבו התזונתי וכן בניהול תזונתי, מתחייב באופן תמידי במהלך ביקור מטופלים?" לא השתנה לפי בית חולים. $P=0.47$

השאלה "כיצד תפעלי במידה ותחושי כי החולה איננו מקבל תזונה ראויה?" גם נענתה בצורה דומה בין בתי החולים $p=0.53$

השאלה "כיצד לדעתך נתן לשפר את תזונת החולה?" נענתה באופן שונה מובהקות בין בתי החולים. אף אחד מבין שני בתי החולים לא ענו "האכלת המטופל" אף אחת מברזילי לעומת 7.4% מוולפסון השיבו "מינוי צוות האחראי על הגשת המזון" וכן על "האכלת החולה". התשובה "בצוע הערכה תזונתית בשיתוף פעולה עם הרופא והדיאטניות", ניתנה 11.8% מברזילי לעומת 33.3% אחוז מוולפסון. רק 3.9% מהאחיות בברזילי ואף אחת מוולפסון בחרה ל"הפנות את המטופל לרופא". 83.4% מהאחיות בברזילי ו 59.3% מוולפסון ענו שתגובות ב' וג' היו נכונות, כלומר "מינוי צוות האחראי על הגשת המזון" ו"בצוע הערכה תזונתית בשיתוף פעולה עם הרופא והדיאטניות". תבנית התשובה הייתה שונה בין בתי החולים $p=0.004$

השאלה "האם במהלך המשמרת יש לך זמן לעזור לחולה לאכול?" ענו "לפעמים" 68.6% מברזילי לעומת 87.3% מוולפסון. 15.7% מברזילי אבל 0% מוולפסון ענו "עסוקה לצורך זה". 15.7% מברזילי ו 12.7% מוולפסון ענו "תמיד יש לי זמן". תבנית התגובה הייתה שונה לפי בי"ח בצורה מובהקת $p=0.007$.

לשאלה "לאיזה קבוצה יש את האחריות העיקרית להעריך את המצב התזונתי של המטופלים בבית החולים?" 25.5% מברזילי לעומת 13% ענו "הצוות הרפואי". תוצאה דומה בעמדות 13.6% מברזילי לעומת 40.6% מוולפסון ענו "אחיות". 54.9% מברזילי לעומת 46.3% מוולפסון ענו "דיאטנית". אף אחד מאף בית חולים בחר "סייעת לאחות". תבנית התגובה הייתה שונה בין בתי החולים באופן מובהק $p=0.04$.

לשאלה "תמיכה תזונתית מתאימה והולמת מסופקת לחולים במחלקה שלי?" התשובה לא הייתה שונה בין בתי החולים. מרבית המשיבים ענו "רוב הזמן".

לשאלה "האם אי פעם שקלת חולה יותר מפעם אחת במהלך הערכה תזונתית?" ענו "כן" 72.5% מברזילי לעומת 57.4% מוולפסון. $p=0.11$ כלומר ההבדל לא היה מובהק.

השאלה "במידה והרגשת שמתופל לא קיבל תזונה הולמת מה היית עושה לגבי זה ? ענו "פונה לדיאטנית" 60.4% מברזילי לעומת 55.8% מוולפסון. רק 2.1% מברזילי ו-1.9% מוולפסון ענו "פונה לרופא".

37.5% מברזילי ו-42.3% ענו שהיו פונות לדיאטנית ורופא יחדיו. ההבדל בתבנית התגובות לא הייתה שונה לפי בית חולים $p=0.89$.

נבדק לפי χ^2 . (חי בריבוע).

טבלה 12

ציין ידע	p-value	
לא ניתן לחשב		אם היית עושה הערכה תזונתית למטופל באיזה מדדים היית משתמש?
		בודקת מדדים וסימנים חיוניים (לחץ דם, דופק) מבצע בדיקת שתן משקל, גובה, BMI, היסטוריה תזונתית
	0.40	לאיזה חלק מהחולים שלך את מבצע הערכה תזונתית?
	± 1.9810 9 ± 1.910 6 ± 1.010	לכל החולים חלק מהחולים לאף אחד מהחולים
	0.59	האם את שוקלת את החולים עם קבלתם למחלקה?
	10.8 ± 1.6 10.7 ± 2.1 10.4 ± 1.7 11.5 ± 1.6	תמיד לפעמים מעריכה משקל אף פעם לא
	170.	במידה ואת שוקלת את החוליה מאיזה סיבה את עושה זאת?
	10.3 ± 2.0 10.0 ± 2.5 9.8 ± 1.6 11.0 ± 1.8	כחלק מהערכת מצב בריאותי קיימת ירידה ברורה במשקל או חוסר תאבון לצורך מינון תרופה כל התשובות נכונות
	0.53	האם דיון במצבו התזונתי וכן בניהול תזונתי של החולה מתחייב באופן תמידי במהלך ביקור?
	10.7 ± 1.8 10.9 ± 1.9 10.3 ± 1.9	תמיד לפעמים אף פעם לא
	0.54	כיצד תפעלי במידה ותחושי כי החולה איננו מקבל תזונה ראויה?
	10.8 ± 2.0 10.5 ± 1.7 11.3 ± 1.8	אתייעץ עם דיאטנית אדווה לרופא אדון עם החולה לגבי אפשרות התזונה שלו
	0.41	כיצד לדעתך ניתן לשפר את התזונה החולה?
	לא רלוונטי $\pm 1.011.8$ 11.1 ± 1.9 9.5 ± 0.7 10.7 ± 1.9	האכלת המטופל מינוי צוות שאחראי על הגשת המזון וכן על האכלת החולה ביצע הערכה תזונתית וע"ש שיתוף פעולה עם הרופא והדיאטנית הפניית המטופל לרופא תשובות ב' ו-ג' נכונות

0.26		האם במהלך המשמרת יש לך זמן לעזור לחולה לאכול?
	10.9±1.9	לפעמים
	9.8±1.3	עסוקה לצורך זה
	10.8±2.1	תמיד יש לי זמן

760.		לאיזו קבוצה יש את האחריות העיקרית להעריך את המצב התזונתי של המטופלים בבית חולים?
	10.5±2.0	צוות רפואי
	10.9±1.9	אחיות
	10.8±1.8	דיאטנית
	לא רלוונטי	סייעת לאחות
830.		תמיכה תזונתית מתאימה והולמת מסופקת לחולים במחלקה שלי?
	±1.8710.	תמיד
	10.9±2.0	רוב הזמן
	10.4±1.5	לפעמים
	11.0±1.4	לעיתים רחוקות
	לא רלוונטי	אף פעם
0.18		האם אי פעם שקלת חולה יותר מפעם אחת במהלך הערכה תזונתית?
	10.6±1.9	כן
	11.1±1.8	לא
0.84		אם הרגשת שמטופל לא קיבל תזונה הולמת, מה היית עושה לגבי זה?
	±2.0710.	פונה לדיאטנית
	.00±11.0	פונה לרופא
	±1.7910.	פונה לשניהם

טבלה 12

כפי שניתן לראות בטבלה 12 לא נמצא קשר לאף שאלה על יישום ידע תזונתי.

נבדק לפי ANOVA.

מגבלות המחקר:

- צוות המחקר לא נכח בעת מילוי השאלונים ולכן יתכן והיה שיתוף פעולה בין הנבדקים, פנייה למקורות.
- חלוקת השאלונים בבי"ח וולפסון ע"י מנהלת הסיעוד כחוקרת, יתכן ויצר מצב שבו המשיבים התכוונו לצורך מתן התשובות.
- שאלון היישום התבסס על פי דיווח האחיות במחלקות. לא נעשתה תצפית על פעולת האכלת החולה, לא נערכו בדיקת רשומות.

מסקנות:

רמת הידע של האחיות בנושא תזונת הקשיש המאושפז נמוכה מהנדרש לתפקידן האופטימלי בשני בתי החולים (80% מהאחיות קיבלו ציון 60).

רמת הידע בבית חולים "וולפסון" גבוהה יותר מרמת הידע בבית החולים "ברזילי".

המשתתפים הדמוגרפיים אינם משפיעים על רמת הידע למעט שנות ותק / ניסיון קליני

האחיות מודעות לחסך בידע

טיפול סיעודיים בסיסיים השייכים לקטגוריה ה-ADL לרבות האכלה, רחצה וכו' נתפסים ע"י האחיות כנחותים לעומת משימות אחרות המוטלות על האחיות כגון: הדרכות, מתן גורמי חיפוי, ביצוע אומדנים, קבלה ושחרור חולים.

בבית החולים "וולפסון" שבו נצפתה רמת ידע גבוהה יותר הסכימו יותר שהערכה תזונתית היא מתפקידה של האחיות מכאן ניתן יהיה להסיק שרמת הידע משפיעה על עמדה.

ידע משפיע על דירוג תפקידי האחיות, ככל שהידע גבוה יותר הדירוג להערכה תזונתית ושחרור גבוהה יותר.

האחיות נותנות מקום חשוב לדיאטנית ורואות אותה כאיש מקצוע בנושא תזונה, לבצוע אומדנים, הדרכה וייעוץ.

ככל שרמת הידע עולה האחיות משייכות עצמן לתפקידים בהן קבלת ההחלטות ברמת תפקוד גבוהה יותר, לעומת שיוכן לתפקידים המבוצעים ברמה הטכנית (A.D.L.).

המלצות:

- הקמת ועדה פנימית מייעצת בבתי חולים הכוללת אחיות מוסמכות, תזונאית קלינית, ורופא לצורך בניית תכנית התערבות לשם שינוי בגישה הטיפולית בנושא הזנת הקשיש.
- יש לקבוע הוראות ברורות ונהלים מנחים לביצוע אומדן תזונת, התערבות מניעתית כחלק בלתי נפרד מתפקידה של האחיות.
- הגדרת אחריות ותפקידה של האחיות בהאכלת החולה.
- זיהוי ואיתור מוקדם של קשישים מאושפזים הנמצאים בסיכון תזונתי באמצעות סיקור והערכה תזונתית מקיפה.
- העשרת ידע ושיפור מודעות בקרב הצוות הסיעודי באמצעות ימי עיון, ספרות מקצועית, קורסים בנושא. שאלון הידע יהווה בסיס לתוכנית ההכשרה.
- מתן כלים ומשאבים להתמודדות עם זקנה והזדקנות בכלל והאכלת המטופל הקשיש בפרט.
- אשפוז הקשיש בבית"ח כ"חלון הזדמנויות" לאיתור קשישים בסיכון לתת תזונה, באמצעות סיקור והערכה תזונתית, לצורך המשך מעקב וטיפול בקהילה.
- המלצה למחקר: השפעת תמהיל כ"א סיעודי על תפיסת האחיות את תפקידה בביצוע ה-ADL.

- אבל, ר. ואבירם, ס. (2009). גיל הזהב: קשישים, משקל, תזונה. *דו ירחון רפואי לרוקחים ורופאי משפחה*, 9: 26-28.
- אבן זהב, א. (2010). תזונת המבוגר: הגדרות ואומדן. *עדכונים קליניים לאחים ואחיות*, 2: 39-41.
- אנדולט, ר., צמיר, י., שחר, ד., סירקיס, ד. ומנצ'ל, י. (2002). צריכה תזונתית ופנייה לשירותי-בריאות בגיל המבוגר – סקר מכבי שירותי-בריאות. *הרפואה*, 141(6): 775-779.
- בראל, צ. ונורמאיר, מ. (1996). מפגשים עם פסיכולוגיה, מפגש שלישי פסיכולוגיה חברתית. תל אביב: רכס הוצא לאור.
- יונה-דרורי, א. (2006). הרגלי אכילה ובקרת תיאבון אצל קשישים: האנורקסיה של הזיקנה – התופעה והשלכותיה על מצבם התזונתי וההישרדותי של קשישים. *גרנטולוגיה*, 33(3): 15-24.
- לרמן, י. (2012, מאי). קורס "טיפול בריאות לקשיש". המכללה האקדמית לישראל, תל-אביב, ישראל.
- פלדבום, א. ושחר, ד. (2010). תת-תזונה בקרב חולים קשישים המגיעים לאישפוז אקוטי מהקהילה. *כתב העת הישראלי לרפואת המשפחה*, 154: 42-45.
- פלבוש, ש., הרמן, א., קסטל, ח. ושחר, ד. (2007). השפעת המצב התזונתי והרגלי האכילה על זמן האשפוז של קשישים: מחקר מעקב. *PharmaLine*, 25, נדלה מ: www.pharmaline.co.il/.
- פפר, א., גרצנון, ח., רוזנברג, ט., זליג, י., בוז'קו, מ., ביאדסי, ס., שילוח, מ., ושות'. (2010). איתור חולים בסיכון לתת-תזונה הוא MUST. *האחות בישראל*, 184: 8-16.
- שטרן, פ. (2000). מצבם התזונתי של קשישים דיירי בית-אבות תוך התמקדות בוויטאמין B6. *הרפואה*, 139(4-3): 97-102.
- שחר, א. ושחר, ד. (2006). איבוד משקל ותת-משקל בקרב קשישים. *PharmaLine* מגזין מקצועי לרוקחים. נדלה מ: www.pharmaline.co.il/150135.
- שחר, א., שחר, ד., כחל, י. וניצן-קולוסקי, ד. (2005). תת-משקל וירידה במשקל כגורם מנבא לתחלואה ותמותה בגיל המבוגר. *הרפואה*, 144(6): 443-448.
- שחר, ד. (n.d.). תת-תזונה בגיל המבוגר. *טלפארמה*. נדלה מ: <http://www.telepharma.co.il/871->
- Baker, H. (2007a). Nutrition in elderly: diet pitfalls and nutrition advice. *Geriatrics*, 62(10): 24-26.
- Baker, H. (2007b). Nutrition in the elderly: overview. *Geriatrics*, 62(7): 28-31.
- Beck, A., Nillson, U., Camilo, M., Furst, P., Gentile, M., Hasunen, K., ... Ovesen, L. (2002). Practices in relation to nutritional care and support-report from the Council of Europe. *Clinical Nutrition*, 21(4): 351-354.
- Blodin, L., Swensson, C. & Cenderhoim, T. (2000). Body mass index as predicted of 1 year mortality in geriatric patient. *Clinical Nutrition*, 19(2): 121-125.
- Bourdel-Marchasson, I., Barateau, M., Rondeau, V., Dequa-eMerchadou, L., SallesMontaudon, N., Emeriau, J., Manciet, G. & Dartigues J. (2000). A multicenter trial of the effects of oral nutritional supplementation in critically ill older inpatients.

. GAGE Group. Groupe Aquitain Geriatrique d'Evaluation. *Nutrition*,16(1): 1-5.

Burns J. & Jensen G.(1995)., Malnutrition among geriatric patients admitted to medical and surgical services in a tertiary care hospital: frequency, recognition and associated disposition and reimbursement outcomes. *Nutrition*, 11: 245-249

Chandra,R.,Imbach,A.,Moore,C. & Skelton,D. (1991). Nutrition in elderly. *Canadian Medical Association Journal*,145(11): 1475-1487.

Edington,J.,Boorman,J.,Durrant E., Perkins,A.,Giffin,C.,James,R....Coles,S.(2000). Prevalence of malnutrition on admission to four hospitals in England. The Malnutrition Prevalence Group. *Clinical Nutrition*,19:191-195.

Elia, M (2003). *Screening for Malnutrition: A Multidisciplinary Responsibility Development and Use of the Malnutrition Universal Screening Tool ('MUST') for Adults*. Redditch: BAPEN.

Endevelt,R.,Wernerer,P.,Goldman,D. & Karpati,T.(2009).Nurses' knowledge and attitudes regarding nutrition in elderly. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*,13(6):485-489.

Giryes,S.,Leibovitz,E.,Matas,Z.,Fridman,S.,Gavish,D.,Shalev,B....Boaz,M.(1012). MEasuring NUtrition Risk in Hospitalized Patients:MENU,a hospital-based prevalence survey.*IMAJ*,14:405-409.

Guo-Hao,W.,Zhong-Hua,L. ,Zhao-Han,W. & Zhao-Gaung,W.(2006).Perioperative artificial nutrition in malnourished gastrointestinal cancer patients. *World Journal of Gastroenterology*,21:2441-2444.

Kobe,J.(2006). *Aspects of Nutritional Knowledge,Attitudes and Practices of Nursing Working in the Surgical Division at the Kenyatta National Hospital,Kenya*.(Unpublished master's thesis,University of Stellenbosch,Stellenbosch, South Africa).

McWhirter,J. & Pennington,C.(1994). Incidence and recognition of malnutrition in Hospital. *British Medical Journal*,308: 945-948.

Malnutrition Advisory Group(MAG).(2000). *MAG-guidelines for Detection and Management of Malnutrition* .Redditch,UK: British Association of Parenteral and Enteral Nutrition.

Penland,K.(2010). *The Relationship Between Nurse Nutrition Knowledge and Unintentional Weight Loss in Nursing Home Residents*. .(Unpublished doctoral dissirtation).University of Arizona,Arizona.

Rasmussen,H.,Kondrup,J.,Ladefoged,K & Staun,M. (1999). Clinical Nutrition in Danish hospitals: a Questionnaire-based investigation among doctors and nurses. *Clinical Nutrition*,18(3):153-158.

Ritchie,S.,Burgio,K.,Locher,J.et.al.(1997). Nutrition status of urban homebound older adults.*American Journal of Clinical Nutrition*,66:815-818.

Rypkema,G.,Adang,E.,Dicke,H.,Haber,T.,de Swart,B.,Disselhorst,L....Older Rikkert,M.(2004).Cost-effectiveness of an interdisciplinary intervention in geriatric inpatients to prevent malnutrition. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*,8(2): 122-127.

Wright,L.,Cotter,D. & Hickson,M. (2008). The effectiveness of targeted feeding assistance to improve the nutritional intake of elderly dysphagic patients in hospital. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*,21: 555-562.

Xia,C. & McCutcheon,H.(2006). Mealtimes in hospital- who does what? *Journal of Clinical Nursing*,15:1221-1227.

אוניברסיטת תל אביב
הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר ע"ש שטייר
בית הספר למקצועות הבריאות
החוג לסייעוד
תוכנית הבוגר

4.7 הדרכת נשים לקראת ניתוח קיסרי מתוכנן ככלי מפחית חרדה. טל בן וליד
חליס

יוני 2009

שאלון

תפקיד

שאלון זה מועבר במסגרת לימודי האקדמיים באוניברסיטת תל-אביב.
מטרת השאלון היא – ברור עמדות צוות האגף המילדוטי בנושא הדרכת נשים לקראת ניתוח קיסרי.
בשאלון, אין צורך למלא פרטים מזהים, מלבד תפקיד. לפיכך אנא מלא/י את השאלון בחופשיות ובכנות בכדי לייצג את הדעות האמיתיות שלך בנושא. השאלות מנוסחות בלשון נקבה, אך מכוונות לשני המינים במידה שווה. תודה על שיתוף הפעולה.

1. האם לדעתך קיימת בעיה בהדרכת נשים לפני ניתוח קיסרי המאושפזות במחלקת יולדות?

- א. כן
- ב. לא

2. האם לדעתך, הדרכת נשים לפני ניתוח קיסרי תפחית את חרדותיהן לפני ניתוח?

- א. תפחית באופן מלא.
- ב. תפחית באופן בינוני.
- ג. לא תפחית באופן כלל.

3. האם לדעתך, כלי עזר כגון: דף הדרכה, נוהל, פלקט, סרטון הדרכה.... יאפשרו מתן מידע סיעודי/רפואי לנשים לקראת ניתוח קיסרי?

- א. כן
- ב. לא

4. לדעתך, איזה מהנושאים הבאים זקוקים לשיפור בעת קבלת נשים לקראת ניתוחים קיסריים במחלקת יולדות? (ניתן לסמן יותר משובה אחת).

- א. הדרכה.
- ב. הכנה נפשית ופיזית.
- ג. מיקום האשה במחלקה.
- ד. תיאום עם גורמים נוספים במסגרת בית החולים.

5. לדעתך, מי מאנשי הצוות הבאים צריך לתת מידע נוסף לנשים לפני ניתוח קיסרי?

- א. אחיות מחלקת יולדות.
- ב. מיילדות.
- ג. רופא מרדים.
- ד. גניקולוג.
- ה. רופא ילדים.

6. לדעתך, באיזה מהנושאים הבאים זקוקות נשים לקראת ניתוח קיסרי בהדרכה נוספת?

- א. הניתוח עצמו.
- ב. סוג ההרדמה וביצוע ההרדמה.
- ג. מהלך לאחר ניתוח.
- ד. סיבוכים לאחר ניתוח.

7. לדעתך, האם קיים קשר בין הדרכה לפני ניתוח ובין יכולת הריפוי והשיקום לאחריו?

- א. כן
- ב. לא

8. האם את מבצעת הדרכה מלאה לנשים לקראת ניתוח קיסרי במחלקת יולדות?

- א. כן
- ב. לא

9. האם במסגרת ההכנה לקראת ניתוח קיסרי ניתנת הדרכה כוללנית (גניקולוגית, פדיאטרית, הרדמה, סיעודית) לנשים לקראת ניתוח קיסרי?

- א. כן
- ב. לא

פענוח השאלון

1. האם לדעתך קיימת בעיה בהדרכת נשים לפני ניתוח קיסרי המאושפזות במחלקת יולדות?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1כן	21	61.8	61.8	61.8
2לא	13	38.2	38.2	100.0
Total	34	100.0	100.0	

2. האם לדעתך, הדרכת נשים לפני ניתוח קיסרי תפחית את חרדותיהן לפני ניתוח?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1באופן מלא	8	23.5	23.5	23.5
2 באופן בינוני	25	73.5	73.5	97.1
3 לא תפחית כלל	1	2.9	2.9	100.0
Total	34	100.0	100.0	

3. האם לדעתך, כלי עזר כגון: דף הדרכה, נוהל, פלקט, סרטון הדרכה.... יאפשרו מתן מידע סיעודי/רפואי לנשים לקראת ניתוח קיסרי?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1כן	32	94.1	94.1	94.1
2לא	2	5.9	5.9	100.0
Total	34	100.0	100.0	

4. לדעתך, איזה מהנושאים הבאים זקוקים לשיפור בעת קבלת נשים לקראת ניתוחים קיסריים במחלקת יולדות?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1הדרכה	22	64.7	64.7	64.7
2 הכנה נפשית ופיזית	10	29.4	29.4	94.1
3 מיקום האישה במחלקה	1	2.9	2.9	97.1
4 תיאום עם גורמים נוספים בבית	1	2.9	2.9	100.0
Total	34	100.0	100.0	

5. לדעתך, מי מאנשי הצוות הבאים צריך לתת מידע נוסף לנשים לפני ניתוח קיסרי?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1אחיות יולדות	18	52.9	52.9	52.9
2מיילדות	2	5.9	5.9	58.8
3מרדים	4	11.8	11.8	70.6
4גניקולוג	9	26.5	26.5	97.1
5רופא ילדים	1	2.9	2.9	100.0
Total	34	100.0	100.0	

6. לדעתך, באיזה מהנושאים הבאים זקוקות נשים לקראת ניתוח קיסרי בהדרכה נוספת?

Cumulative Percent	Valid Percent	Percent	Frequency	
26.5	26.5	26.5	9	Valid הניתוח עצמו 1
47.1	20.6	20.6	7	2סוג וביצוע ההרדמה
88.2	41.2	41.2	14	3מהלך לאחר הניתוח
100.0	11.8	11.8	4	4סיבוכים לאחר ניתוח
	100.0	100.0	34	Total

7. לדעתך, האם קיים קשר בין הדרכה לפני ניתוח ובין יכולת הריפוי והשיקום לאחריו?

Cumulative Percent	Valid Percent	Percent	Frequency	
82.4	82.4	82.4	28	Valid 1כן
97.1	14.7	14.7	5	2לא
100.0	2.9	2.9	1	3
	100.0	100.0	34	Total

8. האם את מבצעת הדרכה מלאה לנשים לקראת ניתוח קיסרי במחלקת יולדות?

Cumulative Percent	Valid Percent	Percent	Frequency	
61.8	61.8	61.8	21	Valid 1כן
100.0	38.2	38.2	13	2לא
	100.0	100.0	34	Total

9. האם במסגרת ההכנה לקראת ניתוח קיסרי ניתנת הדרכה כוללת (גניקולוגית, פדיאטרית, הרדמה, סיעודית) לנשים לקראת ניתוח קיסרי?

Cumulative Percent	Valid Percent	Percent	Frequency	
35.3	35.3	35.3	12	Valid 1כן
100.0	64.7	64.7	22	2לא
	100.0	100.0	34	Total

מקצוע

Cumulative Percent	Valid Percent	Percent	Frequency	
61.8	61.8	61.8	21	Valid אחיות מח' יולדות 1
73.5	11.8	11.8	4	אחיות מח' נשים 2
91.2	17.6	17.6	6	3רופא
100.0	8.8	8.8	3	4אחיות אחראיות
	100.0	100.0	34	Total

מבוא

חוויה של ניתוח בבית חולים היא בלתי נעימה ואף גורמת ללחץ ולחרדה. על פי חוק זכויות החולה שנכנס לתוקף ב-1996 מתן מידע לפני ניתוח הינה זכותו של כל מטופל וחובתו של הצוות הרפואי. מעבר להיבט החוקי, מתן מידע והדרכה למטופל חשוב עקב היותו מסייע לזירוז ההחלמה ולשיפור תחושת הרווחה של המטופל. כבר שנים רבות שחשיבות הנושא זוכה להכרה, והוא מהווה את אחד הנושאים השכיחים בסייעוד. לאור החשיבות הרבה שיש למתן מידע והדרכה למטופלים לפני ניתוח, ולאור העובדה כי הפרט מושפע מסביבה רבת משתנים. מטופלים העומדים לפני התערבות ניתוחית נתונים במצב של לחץ נפשי בגלל חשיפתם למגוון לחצים הקשורים לחרדה כמו פחד מכאב, תלות באחרים, חשש מתוצאות אפשריות של הניתוח וחרדה העולה עקב דיון בסיבוכים האפשריים ואפילו אובדן חיים. לחץ נפשי גבוה מפחית את יכולת הזיכרון ולכן ניתן לשער כי מטופל העומד בפני ניתוח נתון בלחץ נפשי גבוה, אשר יפחית את יכולתו לזכור את החוויה שקיבל. ביחידה בה מתבצע הפרקטיקום מתן המידע וההדרכה לוקים בחסר ולכן ראיתי את הצורך להתמקד בנושא, להדגיש את חשיבותו, ולשפר את האופן בה ניתנת ההדרכה. אי לכך במסגרת הפרקטיקום תבנה תוכנית הדרכה לפני ניתוח קיסרי מוזמן, אשר תאפשר התמודדות טובה יותר עם המצב הנוכחי, תפחית את הטראומה, ותהפוך את הסיטואציה לחוויה נעימה ולא מאיימת, דבר אשר יקל על תהליך ההחלמה והחזרה לשגרה, ויגרום להעלאת שביעות רצון מהטיפול.

תאור מקום העבודה

מחלקת יולדות-תינוקות בבית החולים ברזילי, היא מחלקה משולבת, הנמצאת בחלקו הדרומי של הבניין המרכזי הישן. המחלקה בנויה מזה כ-6 שנים, לאחר שהועברה לאגף המיילדות. סביב המחלקה נמצאות מחלקות: חדר-לידה, פגיה, נשים, הריון בסיכון גבוה. במרכז מחלקת יולדות ממוקמת התינוקיה. המחלקה בנויה בצורה מוארכת, כשבצידה הימני נמצאים: מחלקת תינוקות, תחנת אחיות, חדר צוות, חדר טיפולים, מחסני ציוד, מקלטים, חדר אחות אחראית וחדר מנהל המחלקה. מצידה השמאלי של המחלקה, בהתאמה, בנויים חדרי היולדות: 3 חדרים המכילים 3 מיטות, 10 חדרים המכילים 2 מיטות ו-4 חדרים המכילים מיטה אחת בחדר. בכל חדר ניתן להוסיף מיטה נוספת במידת הצורך. במחלקה מוקצים 6 חדרים, לניתוחים קיסריים, ולנשים בסיכון גבוה לאחר לידות רגילות. חדרים אלו נמצאים מול תחנת האחיות. תקן המחלקה הוא כ-36 מיטות, אך במידת הצורך ניתן להוסיף מיטה בכל חדר, סה"כ המחלקה יכולה להכיל עד כ-54 מיטות. בכל חדר יש מיטה, ארונית, מקום לעריסת תינוק ועמדת טלוויזיה (בתשלום). בכניסה לכל חדר נמצאים מקלחת ושירותים. במחלקה מטופלות: יולדות לאחר לידות ספונטאניות, לידות מכשירניות, ניתוחים קיסריים, וניתוחים קיסריים משולבים עם ניתוחים גניקולוגיים. בנוסף, מגיעות למחלקה נשים כיממה לפני ניתוחים קיסריים לצורך הכנה, ונשים הרות בשלב הסביל ללידתן. נשים אלה מתקבלות לחדרים בהם יש תפוסה נמוכה. מידיי חודש מתקיימות כ-330 לידות, מהן כ-25% ניתוחים קיסריים, מתוכם כ-15% מתבצעים בשיטה מוזמנת.

מחלקת התינוקות הנמצאת במרכז המחלקה, בנויה כמבנה מרובע ומחולקת ל-4 יחידות טיפול. המחלקה מטפלת בתינוקות בריאים, והמשך טיפול בתינוקות שהועברו מהפגיה. הצוות במחלקה כולל צוות רפואי, סיעודי, פקידה, כח עזר ושתי בנות שרות לאומי. הצוות הסיעודי במחלקה הינו משותף לתינוקיה ולמחלקת היולדות ומונה 32 אחיות, 23 (71.8%) מתוכן מוסמכות, ו-9 (28.2%) מעשיות. 4 (12.5%) אחיות בעלות תואר ראשון, אחות אחת (3.1%) בעלת תואר שני ואחות אחת (3.1%) בוגרת קורס על בסיסי בטיפול נמרץ פגים-יילודים. 78% מהאחיות

עובדות במשרה מלאה, 22% מהאחיות עובדות באחוזי משרה שונים. האחיות האחראיות במחלקה וסגניתה נמצאות בתפקידם מזה כ-25 שנה, וב-5 שנים האחרונות מונתה סגנית נוספת-המשמשת כאחראית התינוקיה. הגיל הממוצע של אחיות המחלקה הוא 42, כאשר 53% מהאחיות נמצאות מעל גיל 45. שיטת העבודה במחלקה מתבצעת על בסיס הפקדה, הצוות מחולק למחלקת יולדות ולתינוקות. האחיות המופקדות במחלקת יולדות מופקדות על מספר חדרים מנהלות טיפול כוללני ביולדת ובתינוקה.

הצוות הרפואי במחלקת יולדות מונה את מנהל האגף המיילדותי, סגן מנהל האגף המיילדותי המשמש כמנהל מחלקת יולדות והריון בסיכון גבוה, 8 רופאים מתמחים- המבצעים את הפעילות המחלקתית בהתאם לשלב התמחותם, רופאים בכירים ומומחים, מגיעים למחלקה בהתאם לצורך. הצוות הרפואי בתינוקיה מונה את מנהל הפגייה שמשמש כמנהל המחלקה, רופאת מחלקה קבועה, 2 רופאים בכירים וסבב רופאים מתמחים.

לפני כ-5 שנים הוקמה מרפאה טרום ניתוחית שמטרתה העיקרית היא, קבלת נשים מוזמנות לניתוחים קיסריים, מתן מידע רפואי אודות הניתוח, ההרדמה, וקביעת תאריך לביצוע הפעולה. קבלת נשים מוזמנות לניתוחים במחלקה נעשה באופן בלתי סדיר, ללא נהלים, וללא הדרכה כוללת לקראת הניתוח.

תאור הבעיה

קבלת נשים לקראת ניתוחים קיסריים מוזמנים במחלקת יולדות, מתבצעת מזה כ-5 שנים. כיום, בחדר הלידה הסמוך למחלקת יולדות נפתחה מרפאה טרום ניתוחית, שמבצעת את הקבלה, ההדרכה, והבדיקות הראשוניות של הנשים לקראת הניתוח הקיסרי, ולקראת אשפוזן במסגרת בית החולים. יש לציין כי לא קיים קשר בין המחלקה ובין המרפאה. הודעה על קבלת אישה לניתוח מתקבלת במחלקת יולדות רק בעת פרסום תוכנית ניתוחים יום לקראת הניתוח.

לקראת הגעתן של הנשים לאשפוז, במחלקה, הן עוברות רישום ראשוני בחדר לידה, אישור הגעה, פתיחת תיק רפואי וסיעודי, הכולל בתוכו רישום מהמרפאה הטרם ניתוחית, ביצוע מוניטור, הכנסת צנתר ורידי ובדיקות ראשוניות לקראת הניתוח. במרבית המקרים, לא מתקיימת שיחה עם המרדים בערב זה, והשיחה הכוללת הסבר על סוג ההרדמה נדחית ליום הניתוח. הגעתן למחלקה מתבצעת בשעות הערב המאוחרות, בעת שעות העומס בפעילות המחלקה. לרוב הן עוברות בדיקה ראשונית ע"י אחות, קבלת מסמכים פורמאליים והקצאת חדר פנוי. הן מקבלות מידע בסיסי, מודרכות באופן גורף לצום מחצות הלילה ולשינה עד הבוקר למחרת. בבוקר הניתוח, מההשכמה בשעה 5, על מנת לערוך מוניטור ולהכין את האישה מבחינה פיזית. גם בשלב זה אין מספיק זמן להדרכה עקב פעילות מחלקתית והחלפת משמרות. הנשים מועברות, לפי סדר תוכנית הניתוחים, החל מ-8 בבוקר, לחדרי הניתוח בחדר לידה, יש לציין כי בשעות המתנה אלה, ההדרכה הניתנת לוקה בחסר.

לסיכום- תהליך קבלת האישה לקראת הניתוח במחלקה מתבצע בצורה טכנית, ללא התייחסות להדרכה, להפחתת חרדות, למיקום האישה במחלקה בהתאם לצרכיה ואבחנתה ומתן מידע סיעודי ורפואי, עם דגש על העיתוי המתאים. שעות ההמתנה הרבות, מיעוט בידע אודות העתיד לבוא, חשש טבעי המלווה בביצוע ניתוח, ולעיתים שהות בחדר עם אישה נוספת לאחר ניתוח, מגבירות את החרדה. במחלקה לא קיים פרוטוקול לניהול הטיפול בנשים לקראת ניתוח קיסרי הן מבחינה פיזית והן מבחינה נפשית ורגשית. מודעות הצוות למתן הדרכה טרום ניתוחית, עם דגש על המרכיבים לעיל, לוקה בחסר. פעילות המרפאה הטרם ניתוחית בנושא הדרכה ומתן מידע, דל.

הצגת נתונים המוכיחים את קיום הבעיה

לצורך אימות הטענות אודות הבעיה הקיימת בתחום הדרכה, הועבר שאלון באגף הגניקולוגי בבית החולים העתיד לעבור את השינוי. השאלון בדק באיזה מידה קיימת בעיה בנושא הדרכת מטופלות המועמדות לניתוחים קיסריים מוזמנים (ראה נספח מס' 1). בשאלון הוצגו כ-9 שאלות

שבחנו : ידע, עמדות והתנהגות. השאלון מולא ע"י מיילדות, אחיות מחלקת יולדות ונשים, מרדמים, גניקולוגים ורופא ילדים. מרבית המשתתפים היו אחיות ממחלקת יולדות. בשאלות שהוצגו בנושא ידע : 82.4% ציינו שלדעתם קיים קשר בין הדרכה לפני ניתוח ובין יכולת הריפוי והשיקום לאחריו, 94.1% ציינו כי לדעתם כלי עזר כגון : דף הדרכה, נוהל, פלקט או סרטון הדרכה, מהווים כלי שיאפשר מתן מידע סיעודי/רפואי לנשים לקראת ניתוח קיסרי בצורה יעילה. 73.5% ענו כי הדרכת נשים לפני ניתוח קיסרי תפחית את חרדותיהן לפני ניתוח באופן בינוני. בשאלות שהוצגו בנושא עמדות : 61.8% ענו כי לדעתם קיימת בעיה בהדרכת נשים לפני ניתוח קיסרי. לשאלה איזה נושא זקוק לשיפור בעת קבלת נשים לקראת ניתוחים קיסריים במחלקת יולדות ענו 64.7% כי לדעתם נושא הדרכה זקוק לשיפור, שאר התשובות התחלקו בין הנושאים : הכנה נפשית ופיזית, מיקום האישה במחלקה, תיאום עם גורמים נוספים בבי"ח. בשאלה מי מאנשי הצוות הבאים צריך לתת מידע נוסף לנשים לפני ניתוח קיסרי 52.9% ענו אחיות מחלקת יולדות. שאר התשובות התחלקו בין אנשי המקצוע השונים. בשאלה לגבי איזה הנושאים בהם נשים לקראת ניתוח קיסרי זקוקות בהדרכה נוספת התשובות התפלגו בצורה שיוויונית בין הנושאים : הניתוח עצמו, סוג וביצוע ההרדמה, מהלך לאחר הניתוח וסיבוכים לאחריו. בשאלות שהוצגו בנושא התנהגות : 61.8% ענו כי הם מבצעים הדרכה מלאה לנשים לקראת ניתוח קיסרי, אך 64.7% ענו כי ההדרכה הניתנת היא אינה הדרכה כוללת (גניקולוגית, פדיאטרית, הרדמה, סיעודית).

נתונים אלה מוכיחים כי קיימת בעיה במתן ההדרכה ותוכן ההדרכה הניתן במסגרת ההכנה לניתוחים מוזמנים.

על-מנת ליצור כלי לשינוי הבעיה, יש צורך בלמידת מרכיבי השינוי, השפעותיו על עבודת צוות ותהליכו. נושא השינוי יידון בפרק הבא.

סקירת ספרות

שינוי

הגורם הקבוע ביותר בחיינו הוא שינוי. שינוי הוא המרת מצב אחד במצב אחר. השינוי יכול להתרחש במספר רמות : אישי, מקצועי, ארגוני, חברתי, פסי (מבנה, טכנולוגיה, מיקום) או בשילוב כולם יחדיו (ליון, 1989). שינוי הוא תהליך הדורש עבודה, בכל שינוי יש ביטול של מצב רגיל וקיום הנהגה של מצב חדש. שינוי ארגוני הוא תהליך מתמשך שמטרתו להתאים את המערכות והתהליכים הארגוניים לשינויים החיצוניים והפנימיים שמתרחשים בארגון. מכיוון שהצלחת הארגון תלויה בעובדים, מתמקדים בשינוי ההתנהגות של הפרט ושל קבוצות בתוך הארגון (סמואל, 1990). כפי שציין לנגר (2005) בכנס על שינויים וארגונים, שינוי הוא תהליך של מעבר ממצב נוכחי למצב רצוי, זהו בעצם תהליך אשר דורש זמן ומורכב ממספר שלבים.

התנגדות לשינויים היא חלק מהמציאות הארגונית המנסה להסתגל לדרישות בתוך ומחוץ לארגון, במיוחד בארגונים כדוגמת בית חולים. שינוי המתפרש כאיום עלול לפגוע בשביעות הרצון והמוטיבציה של אחיות ורופאים. לאי שביעות רצון של העובדים קיימת השפעה ישירה על איכות הטיפול הניתן ועל מידת שביעות הרצון של מטופלים (קדם 2006).

שינוי בארגון דורש מאנשים להשתנות לצורך השגת התוצאה הארגונית הרצויה, דבר הגורם לקונפליקט מובנה של הפרט לעומת הארגון, לכן יש לזהות את הקונפליקט ולהתמודד עימו. מדובר בתהליך שעיקרו בשינוי פנימי-אישי, לכן תהליך שינוי תוך ארגוני צריך להכיל הזדמנויות ללימוד בעבור היחיד תוך רכישת ידע והטמעתו. התמודדות עם שינוי דורשת יכולות הסתגלות, גמישות ויכולות מקצועיות. הצלחתם של שינויים ארגוניים מותנית במידה מכרעת בתרבות הארגונית. התרבות הארגונית משמשת כזרז או כבלם של שינויים בארגון. תוכניות שינוי התואמות למאפיינים התרבותיים של הארגון מתקבלות על - ידי חברי הארגון באהדה ותמיכה גבוהות יותר מאשר אלו

הנוגדות את התרבות הארגונית ארגונים מעוניינים לשנות את תרבותם על מנת ליישם שינוי אסטרטגי כלשהו, ולא לשם השינוי עצמו (סמואל, 1990).

במהלך הכנסת שינוי לארגון, חשוב לקחת בחשבון את התנגדות הצוות. שטוקמן (2003), מיפה ארבעה מקורות עיקריים להתנגדות צפויה בצוות, התנגדות לצורך- החשש המתלווה לשינוי בהרגלי העבודה, רוב האנשים שואפים להומיאוסטאזיס. החשש משינוי הוא חשש בסיסי ביותר במעטפת הארגונית. התנגדות למחיר- חברי הצוות עלולים לשלם מחיר פסיכולוגי של חוסר וודאות ותחושת סיכון בנוסף, הכשרה ו/או שעות נוספות שתידרשנה בשלבים הראשונים של הפעלת התכנית. התנגדות להחלטה- אין כמעט החלטות שהן כליל השלמות, גם ההחלטה הטובה ביותר אינה מטפלת בצורה מושלמת בנושא מורכב. התנגדות למחליט- ההתנגדות לאישיותו, סגנונו או הדרך בה הוא מציג את הדברים. גבע (2001) וקוטר (2003) מוסיפים כי, שיתופם של עובדים על ידי ההנהלה בתהליך קבלת ההחלטות, חיוני לשם השגת תמיכת העובדים וקבלתם את השינוי הארגוני ולשם הפחתת הפחדים, כך שהעובדים ישמרו על רמת ביצועים בזמן השינוי. ההנהלה צריכה לחלוק עם העובדים כל אירוע משמעותי באופן פתוח וכן ובמיוחד את מניעי השינוי, הערכים התרבותיים וההתנהגות שמצפים מהעובדים. לדבריו, הדרך האפקטיבית ביותר לתקשורת עם עובדים היא באמצעות דיבור ישיר בקבוצות קטנות כמו למשל במסגרת ישיבות צוות. ברק (2005) מוסיף כי באחריות ההנהלה היא ליצור לעובדים את התנאים הטובים ביותר לעמידה במשימת השינוי. מיצוי הפוטנציאל המרבי של השינוי, יתרחש בסיטואציה בה המנהל הוא מנהיג בקבוצה, ישמש כמכוון האינטראקציות הבין אישיות, הקבוצתיות והמקצועיות למימוש יעדי השינוי.

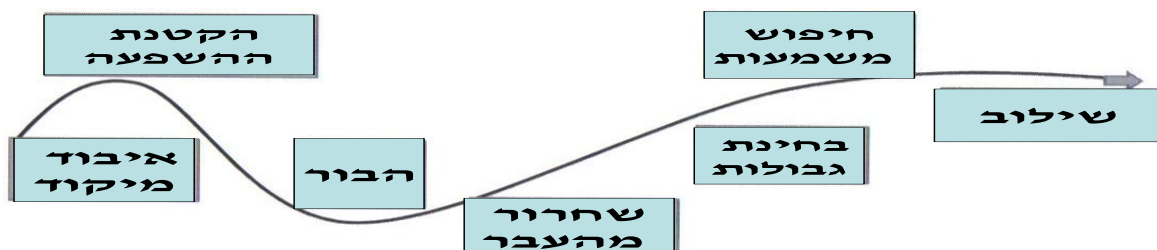
קדם וקדמן (2006) ערכו מחקר בנושא תהליכי שינוי ארגוני באגף גניקולוגי בבית חולים, והתמודדות הצוות עם תהליכי השינוי. ממחקרו עולה כי, בכדי להשיג תמיכה מרבית בתהליך השינוי, יש צורך בשימוש בתקשורת רחבה, מתן מידע מקסימאלי לעובדים אודות הסיבות והמטרות של השינוי, תוך מתן דגש על היתרונות הטמונים לעובדים במימוש התהליך. שיתוף ומעורבות העובדים בתהליך תוך דגש על תפקוד מקצועי, רצון לעבוד לפי קצב אישי, ללא תחושת עומס ולחץ, ייצור הסכמה רחבה והגברת הסיכויים להצלחת תוכנית השינוי והפחתת ההתנגדות במחלקה. מעורבות של אחיות בתהליכי שינוי תורמת להרגשת שייכותן ומחויבותן לארגון, תחושות שהן בבסיס העשייה הסיעודית. שינוי ארגוני שיתבצע תחת התנאים הדרושים למניעת התנגדות, בשילוב סגנון ניהול של הממונים המכוון להעשרת הידע ותמיכה בעובדים יעלה את איכות הטיפול הניתן, שביעות רצון של העובדים ובעקיפין שביעות רצון של המטופלים ועמדותיהם של מארגני ודורשי השינוי.

שינוי תהליכי למידה בארגון- שיפור אפקטיביות הדרכה בארגון הינו תהליך ארוך המחייב התייחסות מקצועית ומעמיקה לכל מרכיבי ההדרכה: איתור צרכים, זיהוי פערי ידע ופערם ביכולות הביצוע לאור המטרות האסטרטגיות ומטרות הביצוע של הארגון, תכנון נכון של תהליכי הלמידה וההדרכה בארגון והתאמתם לסגנונות הלמידה של המשתתפים, פיתוח מקצועי ואיכותי של תכנים, ניהול נכון של התערבויות הלמידה והערכה נכונה של תוצאות ההדרכה. עם זאת, הגורם החשוב ביותר ביצירת אפקטיביות ההדרכה הוא מעורבותם של המנהלים הישירים, בעיקר לפני ואחרי ההדרכה. מעורבות ושיתוף המנהלים צריכים להתקיים לפני ההדרכה, בזמן ההדרכה ואחרי ההדרכה: לפני ההדרכה המנהלים צריכים להוות חלק חשוב באיתור והגדרת הצרכים והציפיות מההדרכה, בשידור הציפיות לעובדיהם, הצבת ציפיות לשינוי שיתרחש בעקבות הלמידה והדגשת חשיבות הלמידה בראיה מערכתית כוללת של התפקיד או המחלקה. בזמן ההדרכה המנהלים צריכים להראות מעורבות ועניין בנעשה בהדרכה (רול, 2003).

לשיתוף מנהלים ישירים כמדריכים המעבירים חלק מהתכנים או מוסיפים נדבכים נוספים על התכנים הנלמדים (בעיקר בחיבור בין תכני הלימוד ובין סביבת העבודה ודרישות התפקיד) קיימת חשיבות רבה. עם סיום ההדרכה למנהל הישיר תפקיד מכריע בלווי הטמעת ויישום התכנים,

המיומנויות, הידע והתהליכים שנלמדו במסגרת ההדרכתית. המנהל הישיר הוא זה שצריך להציב את הדרישות ליישום, לבצע מעקב, להציע ולספק תמיכה במקרים בהם ההטמעה נתקלת בקשיים ולספק משוב הן לעובדיו והן למחלקת ההדרכה. הובלה, ניהול ועיצוב תרבות הלמידה בארגון נמצאת באחריות מנהל ההדרכה. עיצוב תרבות מתבצע על ידי קביעת וניהול נורמות התנהגות יום יומיות, בניית טקסים ארגוניים וערכים ארגוניים התואמים, מבטאים ומחזקים את "הלמידה כערך". קיימת חשיבות ל-3 תחומים בקביעת ועיצוב התרבות הארגונית:

1. התנהגויות, דרישות ונורמות למידה: באמצעות עיצוב נכון וניהול עקבי וקפדני מתחילים לעצב את תרבות הלמידה בארגון. יש לעצב ולייצר תשתית ערכית הרואה בלמידה פעילות רצינית, מחייבת, מקצועית וחשובה כדי להתייחס לאפקטיביות ההדרכה.
2. שיתוף ההנהלה בניהול ההדרכה: תרבות מתעצבת גם מתוך התבוננות ופרוש של התנהגויות ההנהלה הבכירה. ההדרכה היא בעלת חשיבות וערך כאשר ההנהלה הבכירה מעורבת בו, עוסקת בו ומנהלת אותו, בייחוד כאשר ההנהלה היא גורם מעורב ושותף לתהליכי ההדרכה. מנהל ההדרכה צריך להוביל לקיום דיונים תקופתיים על נושא ההדרכה כולל פיתוח דיאלוג מתמשך על ערכי הלמידה, תהליכי הלמידה, צרכי הלמידה, הישגי הלמידה ותפקיד המנהלים הבכירים בתהליכים אלה.
3. תגמול הלמידה: תגמול, הערכה והוקרה יהיו על למידה ולא על נוכחות בהדרכה. עובדים שגילו מעורבות יוצאת דופן בתהליכי למידה, יישום והטמעת ידע חדש או יצירת ידע חדש ראויים להוקרה ותגמול.



(Manion, J. (1995). Understanding the seven stages of change. American Journal of nursing)

עפ"י Manion (1995) קיימים 7 שלבים העלולים להתרחש, כאשר מתבצע שינוי בארגון:

1. איבוד מיקוד- שלב זה מאופיין בחוסר התמצאות במרכיבי השינוי, חוסר וודאות לגבי העתיד להתרחש, חוסר גבולות, בעיה בקביעת ציפיות וקושי לבצע החלטות באופן יעיל.
2. הקטנת ההשפעה- שלב זה מאופיין בהכחשת הקושי בביצוע השינוי, חוסר יכולת להבין את הצורך והשפעת השינוי.
3. הבור- שלב זה מאופיין ברגשות שליליים כגון: כעס, עוינות, ייאוש, התעקשות, סירוב ועמידות לביצוע השינוי. קיים קושי להתמודדות עם רגשות אלה, המופנים בעיקר למבצעי השינוי והסביבה הקרובה ומובילים לירידה במוטיבציה ובמורל, איבוד אנרגיה ואף פגיעה באיכות הטיפול.
4. שחרור העבר- בשלב זה תהליך השינוי מתחיל להתקבל, והרגשות העוינים חולפים. שלב זה מאופיין ב-2 משימות: עזיבת העבר- לא להתרכז בהתרחשות העבר, אלא לנסות לקבל את השינוי ולהתנהל לפיו. לקבל את העובדה שהשינוי חייב להתרחש ולא להתעלם

מקימו. הסתכלות קדימה ובחינת העתיד- חידוש אנרגיות וקבלת השינוי כחלק מהשגרה העתידית.

5. בחינת הגבולות- שלב זה מאופיין באופטימיות. השינוי מתחיל להבחן, למידת מיומנויות והפעלתם בדרכים יצירתיות.

6. חיפוש המשמעות- שלב זה מאופיין בבחינת הקשיים ואי הנוחות שהשינוי הוביל, ניתן להבין את משמעות השינוי והצורך בו. בשלב זה ניתן להציע עזרה לאנשים שאינם הגיעו לשלב זה בתהליכי השינוי.

7. שילוב- שלב השינוי הושלם. אם בעבר השינוי גרם לרגשות שליליים, פחד וציפייה אל הלא נודע, כעת הראייה מופנית לעתיד. שלב זה מאופיין ברגשות חיוביים, הערכת השינוי והצורך בו, הבנת יתרונותיו ושילובו ככלי בעבודה. קיימת חשיבות כי כל הצוות יתמודד עם השלבים יחדיו. כאשר חלק מהצוות מתקדם בתהליכי הפנמת השינוי וחלק אחר מן הצוות מתקשה בהפנמתו, מתעוררים חילוקי דעות, קשיים, ופערים שלא תמיד ניתנים לגישור. מטרת מנהיג השינוי היא להוביל את התהליך במקביל לכל הצוות.

Anddreoni & Bilak (1995), מתארים את תהליך הכנסת השינוי בארגונים על פי מודל מעגלי, אשר מתחלק לארבעה שלבים, תכנון, יישום, הערכה ופעולה. (ראה נספח מספר 2).

- שלב התכנון – Plan, כולל בתוכו שלושה תתי שלבים: Project start up, Current Situation, and Cause Analysis. הצלחה של פרויקט תלויה בתכנון נכון, לכן זהו השלב החשוב ביותר מבין כל השלבים, שלב זה מהווה כמחצית מתהליך הכנסת שינוי. בתחילה מזהים את הצרכים של לקוחות ומגבשים רעיונות לתוכנית עבודה, לאחר מכן מזהים את המצב הקיים, אוספים מידע, בודקים את הרעיונות תוך כדי ניתוחם, לומדים את הנושא והגורמים המסייעים והמעכבים ולבסוף מזהים את שורשי הצורך בשינוי, מגדירים מטרות ויעדים של התוכנית ובהתאם את המשאבים הדרושים ליישומה. המידע שאמור לסייע להצלחת הפרויקט נאסף מאנשים המשפיעים על יישומו, מאנשים שמעורבים בפרויקט, ממומחים בתחום וגם מהאנשים שיהיו מושפעים מהשינוי.
- שלב הביצוע – Do, הוצאה לפועל של האלטרנטיבות לפיתרון אשר נבחרו בשלב התכנון, תוך הערכה מתמדת של התוצאות. לפי המודל הערכה זו חשובה בתהליך הביצוע ונותנת אפשרות לזהות את החסרונות מוקדם ככל האפשר ולמצוא פתרונות חלופיים.
- שלב הערכה – Check, בשלב זה מעריכים את תוצאות הכנסת השינוי על פי הקריטריונים שנקבעו מראש, מעריכים עד כמה המטרות הושגו בהשוואה למצב ההתחלתי ומחליטים על המשך או הפסקת הפרויקט.
- שלב היישום – Act, מחולק לשני תתי שלבים: סטנדרטיזציה ותכנון לעתיד. המטרה היא להפוך את השינוי לשגרה חדשה. בשלב זה מנתחים את ההישגים, בודקים עד כמה הם תואמים למטרות, השפעתם על הסביבה, מסיקים מסקנות ונותנים המלצות לפרויקטים עתידיים.

הדרכה לקראת ניתוח קיסרי מתוכנן

ניתוח קיסרי (חיתוך דופן) הוא לידת עובר, דרך חתך הנעשה בקיר הבטן וברחם. מקור השם הוא מהמילה הלטינית "קאסיוס" שפירושו הוא לחתוך או לכווץ (אלירז, 2002). ניתוח קיסרי מתבצע כאשר קיים חשש שעיכוב בלידה עלול לפגוע בבריאות האם, בעובר, או בשניהם יחד, ואין אפשרות לסיים את הלידה בצורה בטוחה דרך הלדן. האינדיקציה השכיחה ביותר לביצוע ניתוח קיסרי היא חוסר התקדמות של הלידה. סיבות שכיחות נוספות הן: מצע עכוז, סבל עובר, ניתוחים קודמים ורצון

האישה. ישנם שני סוגים של ניתוחים קיסריים: קלאסי וניתוח בחלק התחתון. הניתוח הקלאסי כמעט אינו בשימוש היום. בחיתוך התחתון, מתבצע חתך רוחבי בסגמנט התחתון של הרחם והוא משמש כטכניקה הניתוחית העדיפה כיום. יתרונות החתך הרוחבי הם: הפחתת הסיכון לדימום, אפשרות לתפירה קלה ואסתטית, הפחתת הסיכון לקרע של הצלקת בהריונות ובלידות הבאים, הפחתת הדבקויות באזור החתך, חזרה לתפקוד מהירה יותר (גולן, 1997).

ניתוח קיסרי מוזמן הוא ניתוח מתוכנן מראש הנקבע לפני תחילת תהליך הלידה. ניתוחים אלה נקבעים בדרך כלל לשבוע 32-39. ניתוחים מוזמנים מתאפשרים כיום בעקבות התקדמות הטכנולוגיה הרפואית, לרבות שיפור משמעותי באפשרויות ההרדמה ובטיחותה, זמינות תוצרי דם, אמצעי זהירות אוניברסאליים בעת ולאחר התערבות כירורגית והטיפול האנטיביוטי. יתרונות הניתוח המוזמן הם: הגנה על רצפת האגן, המונעת בעיות עתידיות כמו בריחת שתן, גזים ואי שליטה על יציאת צואה, הימנעות מסיכונים מצוקת עובר בעת הלידה, הימנעות מסיכונים לידות מכשירניות לילוד ולילוד, הקטנת אי הוודאות מאחר והתאריך, השעה ומשך הניתוח ידועים מראש, הימנעות מהגעה לשבוע הריון מאוחר, בו קיים שיעור סיבוכים מוגבר, וסטריליות המונעת הדבקות היילוד במחלות שונות. חסרונות הניתוח הקיסרי: סיכון לזיהומים לאחר הניתוח, אמבוליות, פגיעות בדרכי השתן ואיבוד חווית הלידה. שיעורי התמותה והתחלואה אחרי ניתוח קיסרי, יותר גבוהים משיעוריהן אחרי לידה לדנית. התמותה האמיתית כיום היא 1/1000-2000 אצל נשים שילדו בניתוחים קיסריים, לעומת 1/10000 אצל נשים שילדו בלידה לדנית (גולן, 1997).

על פי נתוני סקר איגוד הגניקולוגים והמיילדות (2004), ישראל נמצאת במקום השביעי בעולם אחרי ארה"ב שבמקום הראשון, בביצוע ניתוחים קיסריים. בשנים האחרונות חלה עלייה מתמדת בשיעור ביצוע ניתוחים אלה. שיעור ניתוחים קיסריים בישראל עומד כיום על כ-19.17%. כ-6% מתוכם מתבצעים לפי בקשת היולדת וכ-52% מתבצעים בצורה מוזמנת. Anderson (2004), מוסיף כי, העלייה המתמדת בביצוע ניתוחים קיסריים ממשיכה לנסוק למרות הנחיית ארגון הבריאות העולמי שהציב רף, לפיו שיעור הניתוחים הקיסריים בכל מדינה לא יעלה על 10%-15% מכלל הלידות. כיום נהוג להמליץ לנשים רבות, לבצע ניתוחים קיסריים, למרות שלא קיימת אינדיקציה מתאימה, יחד עם זאת, לא קיימת פעילות הסברתית מתאימה על הניתוח הקיסרי, למרות סיבוכים פוטנציאליים רבים הכרוכים בביצועו, דבר הכרוך בבעיות אתיות רבות. עליה בשיעור הניתוחים הקיסריים המוזמנים, אמנם מפחיתה סיכונים וסיבוכים אפשריים, אך דורשת הדרכה והכנה מתאימה, על-מנת למנוע סיבוכים מילדותיים עתידיים. נשים העומדות בפני ניתוח קיסרי הן נשים בריאות הנאלצות לעבור פרוצדורה ניתוחית מסיבה רפואית או מרצון החופשי. אומנם, סיבת הניתוח חיובית- לידה, אולם המצב כולל מרכיב של איום.

Bander, Nielson & Munk (1990) מציינים כי, ניתוח קיסרי מהווה מצב של דחק המכיל פוטנציאל מאיים על רווחתה ומשאביה של האישה, הספרות מציינת כי מספר משמעותי של אנשים העוברים הליכים ניתוחיים, חווים רמות גבוהות של חרדה לפני הניתוח. התופעות של חרדה טרום ניתוחית מכוונות ישירות לפחד הסובב סביבה לא מוכרת, אובדן שליטה, ופחד ממות או שינוי צורה. החרדה מועצמת ע"י תפיסת החולה את מערכת חדרי הניתוח כסביבה מאיימת, נהלי צוות, האורות, וזמן ההמתנה שעשוי להיות טראומתי מהניתוח עצמו. חרדה טרום ניתוחית מאופיינת ברגשות נתפסים אובייקטיביים, מודעים של דאגה ומתח המלווים בעוררות של מערכת העצבים האוטונומית המובילה לעליה בלחץ הדם, דופק הלב, וקצב הנשימה. יש לציין כי מלבד התמודדות עם החלמה מניתוח, קיים אספקט נוסף של התמודדות והוא: השפעת תוצאות הלידה על המצב הנוכחי הקיים. הניתוח בעל השפעה על הפן הפיזי- שינוי דימוי הגוף לאחר הניתוח, ויכולת ההחלמה. זוגי- שינוי

הסטאטוס הקיים, מזוג ללא ילדים / מס' ילדים מסוים, הפיכה להורים. ובפן האישי- הפיכה לאמא- עם כל הכרוך בהסתגלות למצב הקיים.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2005) מדגישים כי, מתן

מידע אודות מצבם הבריאותי של המטופלים נמנה בין השירותים החשובים אותם מעוניין המטופל לקבל. התחום בו עולה ובולטת חשיבות מתן המידע יותר מכל הינו התחום הניתוחי, היות ולתחום זה השלכות משמעותיות ואף גורליות על איכות חייו של המטופל המקבל טיפול ניתוחי. הפרוצדורה הניתוחית נחשבת לחוויה מלחיצה ומצב מאיים העלולים לעורר תחושת דחק, חרדה וכאב. בנוסף לכך שהמטופל נמצא בחרדה הוא עלול להיות חסר אונים, חש מאוים והמקור לאיום הוא האירוע אשר עומד להתרחש- מתן מידע והדרכה למטופלים אודות מצבם ואודות מהלך הניתוח אותו הם צפויים לעבור עשויים למתן ולהפחית את הופעתן של החוויות והתחושות הנ"ל (רונו, בר-און, ותבורי, 1994). בהנחיותיהם **AHRQ** (2005), מדגישים את חשיבות מתן הדרכה לחולים העומדים בפני פרוצדורות ניתוחיות. הספרות מציינת שרבים הם המקרים שהמטופלים האמורים לעבור ניתוח אינם מקבלים את מלוא המידע הקשור לניתוח, דבר המוביל לעליה ברמת החרדה, אי הודאות וחוסר שביעות רצון. על-פי Garbee & Gentry (2001), המטופל חוזר לתפקוד ומחלים מהר יותר כאשר הוא ומשפחתו מתמודדים בצורה חיובית יותר עם הניתוח. לדבריהם מספר רב של מטופלים מביעים לפני ואחרי פעולה ניתוחית חרדה ופחד במידה בנונית עד חמורה, הכוללים בעיקר פחד מפני מוות, וכאבים לאחר הניתוח, חוויות קודמות וסיפורים של המשפחה וחברים עלולים גם כן להעלאות את רמת הפחד והחרדה. על פי מחקרם של Visconti, Kimberly, Rappaport, Newburger & Bellinger (2002), אחת הדרכים להוריד את רמות הלחץ והחרדה בקרב מטופלים היא להעלות את רמת הידע בנושא על-ידי הדרכה. ההדרכה היא התערבות סיעודית הכרחית ויעילה על מנת להפחית רמות חרדה בקרב המטופל ומשפחתו, היא מאפשרת להעריך את מצבם, נותנת להם הרגשה של שליטה, מספקת מידע ותמיכה ועוזרת למטופל להבין את התהליך, כמו כן היא מפתחת אמון הדדי בין המטופל לצוות הסיעודי. החיפוש אחר מידע מהווה חלק בפתרון הבעיה, המידע עוזר ומאפשר למשפחה להעריך את מצבם, ונותן להם הרגשה של שליטה ומהווה עבורם תמיכה אמוציונאלית. כמו כן, כאשר החולה רגוע, רמת הורמוני הדחק בדמו נמוכה כתוצאה מכך, שנתו רגועה ושריריו רפויים. רפיון השרירים מקל על תהליך הניתוח, מפחית רמת כאבים ומאפשר זרימה מוגברת של דם וחומרי חיסון לאזור הניתוח, דבר המחיש את תהליך ההחלמה ומונע דלקות. הלמידה היא תהליך אישי שבאמצעותו המטופל מסגל לעצמו, על ידי שינויים בהתנהגותו, לתנאים החדשים, הפחות מוכרים בסביבה או בתוכו ובכך מסייע להתפתחותו וצמיחתו. הדרכת מטופלים היא אחד התפקידים החשובים ביותר בעשייה הסיעודית ומהווה תהליך דינאמי הכולל מערך של פעולות שיטתיות ומאורגנות המכוונות למטרה, לסיוע ולטיפול שנוקם לו המטופל. הצוות הסיעודי נמצא במעמד ייחודי על מנת להתערב לתמוך ולעזור למטופל ומשפחתו להתמודד עם הפחד ולהפחית חרדה. האחיות עוזרות בזיהוי גורמי לחץ וחרדה באוויר רגשות, ובהקניית ביטחון (Wingard, 2005).

האגודה לחקר הבריאות והאיכות (**AHRQ**) פרסמה בשנת 2005 מדריך למטופל, בו היא מציינת כי ניתוח אלקטיבי מהווה יתרון, מאחר ויש זמן המאפשר ללמוד אודות הניתוח לפני ביצועו. קבלת מידע אודות ההכנה, ההליך פעילות השיקום לאחריו, שיחות עם אנשים שעברו את הניתוח קודם לכן, וחוויות דעת מקצועיות נוספות, מאפשרות להחליט האם הניתוח היא הפעולה העדיפה. קבלת מידע מפורט לפני הניתוח מקנה תחושת ביטחון ומפחית חרדה. דרך קבלת המידע מהווה גם היא גורם מפחית חרדה, מאחר והחלטה מושכלת לקראת הניתוח תוך קבלת מידע אודות: יתרונות הניתוח, אלטרנטיבות, חסרונות, וסיבוכים אפשריים יפחיתו חששות שאינם גלויים. כל הסבר הניתן

לפני הניתוח צריך להינתן בצורה המתאימה למטופל, ויכול להינתן בדרכים רבות כגון: קבלת הסבר מילולי מהרופא אודות הניתוח, סרטון הדגמה, דיאגרמת שלבים, עלון רפואי וכדומה.

רול (2003) טוען כי, שיטת ההדרכה השכיחה ביותר היא הרצאה פרונטאלית. שיטות נוספות להדרכה הן דיונים קבוצתיים, סימולציות, משחקי תפקידים וניתוח אירועים. המשותף לשיטות הדרכה אלה הוא שכולן מתרחשות מחוץ (ובמנותק, לפחות פיזית) לסביבת העבודה עצמה. שילוב בין הדרכה מסורתית (סימולציות, עבודה בקבוצות וכד') ובין תהליכי הדרכה הכוללים שימוש בחונכים, תרגילים יישומיים ומטלות תרגול בסביבת העבודה האמיתית – יכול לייצר השפעה על מידת היישום של מיומנויות והטמעתן במקום העבודה, ובכך להגביר את אפקטיביות ההדרכה. אמצעי נוסף ליעילות ההדרכה היא על ידי הרחבת הזמינות והנגישות של תכני ההדרכה. הפקת חומרי הדרכה מודפסים, שימוש בהדרכה מקוונת, סרטי וידאו, מוצרי הדרכה בפורמטים דיגיטליים, שימוש במדריכים פנים ארגוניים הזמינים גם למפגשי הדרכה קצרים בטווח התרעה קצר, כל אלה הופכים את ההדרכה לאפקטיבית יותר משום שהיא מגיעה בדיוק בזמן שצריך את הידע או המיומנויות שהיא יכולה לספק.

McGrath (2005) ו Garbee & Gentry (2001) מוסיפים כי, בהדרכה מומלץ להשתמש באמצעי המחשה כמו איורים, גרפים וכדומה. חשוב להימנע מהעמסת מידע מיותר על המודרך, ולהימנע משימוש במונחים רפואיים ככל שאפשר. על-מנת שההדרכה תהיה יותר יעילה על המידע להיות מתואם לרמת הסטרס של המטופל, זאת אומרת שכלל שהמטופל יהיה יותר חרד ולחוץ, יש למסור פחות אינפורמציה וההיפך. בזמן ההדרכה יש להיות ערניים לגבי סימני מבוכה או תסכול, במידה והופיעו סימנים אלו יש לבדוק את הגורם ולהבהיר את הדרוש. כמו כן, יש להיות רגישים לסימני עייפות או מצוקה, מומלץ להיות גמישים ככל הניתן ולסיים את ההסבר אם הוא מהווה מעמסה תוך קביעת פגישה נוספת במידת הצורך.

הדרכה היא הכלי העיקרי לשדרוג ההון האנושי בארגון ויצירת הבידול והערך התחרותי על בסיס מיצוי ההון האנושי. מטרת ההדרכה היא לייצר את היכולת והרצון של העובד להשגת המטרות הארגוניות, דרך שדרוג הידע, היכולות והמוטיבציה (Wingard, 2005). ניתן לראות כי להדרכת מטופלים חשיבות רבה בעשייה הסיעודית, בהקלה ככל הניתן על החרדה והלחץ. ההדרכה לקראת ניתוח קיסרי, תהפוך את הניתוח לחוויה חיובית יותר ופחות מאיימת. כמו כן, ההדרכה מסייעת בבניית גישה חיובית בנוגע לאשפוז ולטיפול הניתן במסגרת המחלקה, היא מחזקת קשר מטפל מטופל ובכך בין היתר גם מעלה שביעות רצון.

חשיבות ההדרכה תתועל כאשר ייבנה על כלל מרכיביו כלי ההדרכה, כפי שמתואר בפרק להלן.

תכנון

מטרת העל- הדרכת נשים לקראת ניתוח קיסרי מתוכנן ככלי מפחית חרדה. אחיות המחלקה ידריכו נשים לקראת ניתוח קיסרי מתוכנן על מנת להוריד רמות חרדה ולחץ ולהפוך את האשפוז לחוויה פחות קשה ומאיימת. דבר אשר יקל על תהליך ההחלמה והחזרה לשגרה, ויגרום להעלאת שביעות רצון מהטיפול.

מטרת ביניים 1-העלאת מודעות הצוות לחשיבות מתן ההדרכה לנשים לקראת ניתוח קיסרי מתוכנן.

יעדים	אמצעים	לוח זמנים	הערכה
זיהוי הבעיה	העברת שאלונים לצוות פענוח השאלון וקביעת מסקנות - ביקור במרפאה הטרומ	30/1/2009	השאלון הועבר ופוענח- הוכחה הבעיה, והוגדרה עפ"י תוצאות השאלונים, הוכנו נתונים סטטיסטיים המוכיחים את קיומה של הבעיה, בוצע אומדן

והוגדרה בעיית ההדרכה במרפאה הטרם- ניתוחית		ניתוחית לצורך בדיקת המצב הקיים -שיחה עם אחראית המחלקה, מנהל האגף לצורך אישור הגדרת הבעיה	
נמצא ונחקר חומר בתחום הנדון, הרחבת הידע המקצועי בעזרת הספרות מהווה מנוף לצורך בניית והבנת השינוי העתידי.	בסוף תקופת תכנון השינוי, 30/1/2009	-קריאת מחקרים, וספרות מקצועית בנושא הדרכה, שינוי, ניתוח קיסרי	קריאת ספרות
התקבל אישור מאחראית המחלקה לכנס ישיבת צוות. נבנתה תוכנית הסברה להעברה במהלך ישיבת צוות הכוללת את תוכן הכלי, מהותו ושיטת השימוש בו. כל משתתפת בישיבת צוות תקבל דף סיכום	בתום בניית כלי השינוי, 25/4/2009	-פגישה עם אחראית המחלקה לתיאום ישיבת הצוות ואישור התוכן שיועבר בה -בניית תוכן המידע שיועבר בישיבת הצוות (חשיבות השימוש בכלי, למידת הכלי...) -בתום הישיבה העברת דף סיכום הכולל: ממצאים, מסקנות שהושגו בחקירת הבעיה עד לרגע הנתון, והתהליך שיתבצע בהמשך	ישיבת צוות

מטרת ביניים 2 - שיתוף פעולה ותיאום עם מרפאה טרום ניתוח.

יעדים	אמצעים	לוח זמנים	הערכה
שילוב המרפאה הטרם ניתוחית כחלק ממחלקת יולדות וכחלק מנותני ההדרכה.	-ביקור במרפאה לצורך הסתכלות ובדיקת המצב המצוי -למידה (בעזרת מפעילי המרפאה כיום) את שיטת העבודה במרפאה, ונהליה -פגישה עם מנהל האגף המייילדותי ואחות אחראית המחלקה לצורך קבלת אישורים, לשילוב המרפאה כחלק ממחלקת יולדות -שילוב אחות ממחלקת יולדות בשעות פעילות המרפאה	20/4/2009	הוכחה בעיה של לקות בהדרכה, לאחר הסתכלות במרפאה תוך בדיקת שיטת העבודה במרפאה, ונהליה והשוואת המצב המצוי לעומת המצב הרצוי. התקבל אישור ממנהל האגף המייילדותי ואחות אחראית המחלקה לחשיבות שילוב המרפאה הטרם ניתוחית כחלק מפעילות ההדרכתית הניתנת במחלקת יולדות. אחות ממחלקת יולדות תשולב בשעות פעילות המרפאה הטרם ניתוחית. (בפועל: במרפאה טרם התקבל אישור לשילוב אחות ממחלקת יולדות במרפאה. טרם הוחלט לגבי אופייה הסופי ומיקום המרפאה הטרם

קבלת תוכנית טרום ניתוח מדי חודש	-שיתוף פעולה עם המרפאה הניתוחית. -אישור ממנהל האגף המיילדותי	30/2/2009	מחלקת יולדות תקבל את תוכנית הניתוחים, עם פרטי האישה המנותחת זמן סביר (עד כשבוע לפני הניתוח- במידת הניתן) לפני הניתוח, ותשתמש בו ע"מ לבניית תכנית הדרכה לנשים המגיעות למחלקה
מתן הסבר סיעודי לנשים לקראת ניתוח במרפאת טרום ניתוח	-שילוב אחות ממחלקת יולדות במרפאה הטרומ ניתוחית, לאחר הכנסת הכלי להדרכה -הגדרת תפקיד של האחות כחלק מפעילות מרפאת טרום ניתוח	לאחר קבלת אישור לשילוב מרפאת טרום ניתוח וצוות מחלקת יולדות 25/5/2009	אנשי המקצוע העובדים במרפאה הטרומ ניתוחית, יחלו להשתמש בכלי כחלק מעבודתם השגרתית, יפנו את הנשים לחלקים בכלי ההדרכה הנוגעים לתחום עיסוקם ויביעו שביעות רצון מהשינוי בעקבות שימוש בו (שביעות הרצון תיאמד בכך שכלי ההדרכה יתרום להבנת האישה את התוכן המועבר בצורה המקצועית והכוללת ככל הניתן, תוך מתן דגשים מקצועיים נוספים)
שילוב המרפאה הטרומ ניתוחית כחלק ממחלקת יולדות וכחלק מנותני ההדרכה.	-ביקור במרפאה לצורך הסתכלות ובדיקת המצב המצוי -למידה (בעזרת מפעילי המרפאה כיום) את שיטת העבודה במרפאה, ונהליה פגישה עם מנהל האגף המיילדותי ואחות אחראית המחלקה לצורך קבלת אישורים, לשילוב המרפאה כחלק ממחלקת יולדות -שילוב אחות ממחלקת יולדות בשעות פעילות המרפאה	20/4/2009	הוכחה בעיה של לקות בהדרכה, לאחר הסתכלות במרפאה תוך בדיקת שיטת העבודה במרפאה, ונהליה והשוואת המצב המצוי לעומת המצב הרצוי. התקבל אישור ממנהל האגף המיילדותי ואחות אחראית המחלקה לחשיבות שילוב המרפאה הטרומ ניתוחית כחלק מפעילות ההדרכתית הניתנת במחלקת יולדות. אחות ממחלקת יולדות תשולב בשעות פעילות המרפאה הטרומ ניתוחית. (בפועל: במרפאה טרם התקבל אישור לשילוב אחות ממחלקת יולדות במרפאה. טרם הוחלט לגבי אופייה הסופי ומיקום המרפאה הטרומ ניתוחית)

מטרת ביניים 3-בניית כלי הדרכה לנשים לקראת ניתוחים קיסריים מוזמנים.

יעדים	אמצעים	לוח זמנים	הערכה
קריאת ספרות	-קריאת מחקרים, וספרות מקצועית אודות כלים הקיימים כיום במרכזים אחרים	31/3/2009	נעשה סקר מקיף וכוללני אודות הכלים המשמשים לצורך הדרכה בבתי-חולים ברחבי הארץ, נלמדו הנושאים העיקריים והופנו לבניית הכלי העתיד להתקיים במסגרת הפרקטיקום
יצירת קשר עם גורמים מאשרים	-פגישה עם גורמים לבנייה ואישור הכלי : מרדים, גניקולוג, רופא	בתום בניית כלי השינוי 3/5/2009	מנהלים מקצועיים ואנשי מקצוע הנוגעים לעניין, יחקרו את הכלי, יאשרו אותו, במידת הצורך יוסיפו או ישנו תכנים נדרשים, ויחלו להשתמש בו כחלק

מעבודתם השגרתית		ילדים, מנהל האגף המייילדותי, אחות אחראית מחלקה, מפקחת קלינית	
עיצוב הכלי עם גרפיקאי	20/5/2009	-ישיבה עם גרפיקאית בית החולים לצורך עיצוב הכלי	כלי ההדרכה עוצב ופותח תוך שיתוף פעולה עם סוכני שינוי משניים כגון: גרפיקאית אשר ישתפו פעולה בעת בניית כלי השינוי תוך מתן תמיכה והכוונה מקצועית מתחומם
הפצת הכלי	בתום בניית כלי השינוי 1/5/2009	- קבלת אישור להדפסה מאחות אחראית חת"ש -פגישה עם היחידה להדפסה במסגרת בית החולים	כלי ההדרכה והדפסתו אושרו לאחר קבלת אישור מאחות אחראית חת"ש ומיחידת ההדפסה של בית החולים

מטרת ביניים 4- הטמעת כלי העבודה וחשיבות ההדרכה אצל אנשי צוות מתחום הסיעוד והרפואה,
תוך תהליכי למידה של תכני ההדרכה.

יעדים	אמצעים	לוח זמנים	הערכה
העברת כלי העבודה החדש לצוות מחלקת יולדות	-הפצת הכלי לכלל אחיות מחלקת יולדות לצורך למידתו - הפצת עלון הסבר לצוות מחלקת יולדות וצוות על התהליך המתרחש, תוך מתן דגשים לחשיבותו	בתום בניית כלי השינוי. 20/4/2009	כלי ההדרכה יוצג במקומות אשר נגישים לכלל חברי הצוות, יוגש תקציר שיצורף לכלי ההדרכה, אשר ידגיש את חשיבות הכלי, מהותו ודגשים עיקריים בעת השימוש בו
העברת כלי העבודה החדש לצוות המרפאה הטרומ ניתוחית	-הפצת הכלי לצוות המדריך במרפאה הטרומ ניתוחית - הפצת עלון הסבר לצוות המרפאה הטרומ ניתוחית על התהליך המתרחש, תוך מתן דגשים לחשיבותו -הסבר על חשיבות עיתוי השימוש בכלי, לטובת המודרכות ולהעלאת יעילות השימוש בו -זמינות הכלי במקומות	בתום בניית כלי השינוי. 20/4/2009	כלי ההדרכה יופץ ויוצג במקומות אשר נגישים לכלל חברי הצוות, לאחר אישורו של מנהל האגף. כל איש מקצוע אשר עובד במרפאה הטרומ ניתוחית יקבל העתק לפני תחילת השימוש בכלי ויאשר את קריאתו. יופץ מזכר במקום מרכזי במרפאה שידגיש את חשיבות הכלי, מהותו ודגשים עיקריים בעת השימוש בו. צוות מרפאת טרום ניתוח יבין את חשיבות חלוקת דף ההסבר, תוך ביצוע שימוש יעיל בו- שיכול חלוקת העלון לאחר הדרכה מילולית והסבר לנשים על חשיבות

קריאתו, תוך והסבר תמציתי ומקיף על התכנים המצויים בו		נגישים לצפייה ולחלוקה -מנהל האגף יעביר את תכני הכלי לצוות המקצועי	
כלי ההדרכה יוצג במקומות אשר נגישים לכלל חברי הצוות, יוגש תקציר שיצורף לכלי ההדרכה, אשר ידגיש את חשיבות הכלי, מהותו ודגשים עיקריים בעת השימוש בו	בתום בניית כלי השינוי. 20/4/2009	-הפצת הכלי לכלל אחיות מחלקת יולדות לצורך למידתו - הפצת עלון הסבר לצוות מחלקת יולדות וצוות על התהליך המתרחש, תוך מתן דגשים לחשיבותו	העברת כלי העבודה החדש לצוות מחלקת יולדות

מטרת ביניים 5 –רישום ודיווח אודות ההדרכה הניתנת.

יעדים	אמצעים	לוח זמנים	הערכה
צוות מחלקת יולדות ידווח על ההדרכה הניתנת	-הוספת רובריקה להחתמה בטופס הדרכה שיוחתם על- ידי הצוות הסיעודי	לאחר השימוש בכלי. 25/5/2009	אחיות המחלקה ידווחו בטופס הכנה טרום ניתוחי המקובל במחלקה בעמדת ההדרכה, אודות ההדרכה הניתנת, יעילותה והשפעתה על האישה. כמו כן- הדרכה לקראת הניתוח תצוין בעת כתיבת הרפורט הסיעודי
צוות המרפאה הטרום ניתוחית ידווח על ההדרכה הניתנת	-הוספת רובריקה להחתמה בטופס הדרכה שיוחתם על- ידי הצוות הסיעודי. -הוספת רובריקה להחתמה בטופס הדרכה שיוחתם על- ידי הצוות הרפואי	לאחר השימוש בכלי. 25/5/2009	בטופס טרום ניתוחי תיווסף עמודה להדרכת הרופא, צוות המרפאה הטרום ניתוחי ידווח בטופס הכנה טרום ניתוחי המקובל במחלקה בעמדת ההדרכה, אודות ההדרכה הניתנת, יעילותה והשפעתה על האישה. כמו כן- הדרכה לקראת הניתוח תצוין בעת כתיבת הרפורט הסיעודי
צוות מחלקת יולדות ידווח על ההדרכה הניתנת	-הוספת רובריקה להחתמה בטופס הדרכה שיוחתם על- ידי הצוות הסיעודי	לאחר השימוש בכלי. 25/5/2009	אחיות המחלקה ידווחו בטופס הכנה טרום ניתוחי המקובל במחלקה בעמדת ההדרכה, אודות ההדרכה הניתנת, יעילותה והשפעתה על האישה. כמו כן- הדרכה לקראת הניתוח תצוין בעת כתיבת הרפורט הסיעודי

גורמים מסייעים ומעכבים להשגת המטרות והיעדים

גורמים מסייעים

1. תמיכה של הנהלת המרכז הרפואי, הסכמתם בהנפקת כלי שיותאם להדרכת נשים המוזמנות לניתוחים אלקטיביים.
2. שיתוף פעולה, עזרה, תמיכה וערוצי תקשורת פתוחים מצד האחיות האחראיות, מנהל האגף המיילדותי, הצוות הסיעודי במחלקה ועובדי מרפאת טרום ניתוח בתהליך יישום השינוי.
3. יתרונות ההדרכה בהורדת רמות לחץ וחרדה ובהעלאת שביעות רצון מהטיפול. התמודדות חיובית יותר עם הניתוח, דבר הגורם להחלמה מהירה יותר וחזרה לתפקוד, דבר אשר יקל על הצוות הסיעודי בביצוע עבודתו השוטפת במחלקה.
4. עלות מינימאלית לביצוע התוכנית ביחס לתוצאות העתידיות כתוצאה מביצוע השינוי.

גורמים מעכבים

1. התנגדות צפויה של הצוות במהלך הכנסת שינוי בהליכי העבודה (כל שינוי כרוך ברמה מסוימת של אי ודאות לגבי התוצאות, עקב חשש מהבלתי ידוע, איום על נוחות והרגלים מצויים, סטאטוס חדש, הסתגרות חשיבתית במוכר, פחד מעמימות וחוסר ודאות מהבלתי נודע).
2. הפעלת תוכנית ההדרכה דורשת זמן ללמידה מבחינת הצוות הסיעודי, אשר לא עומד תמיד לרשות הצוות במחלקה.
3. קושי בשילוב מרפאת טרום ניתוח במחלקת יולדות.
4. דרישה לכוח אדם נוסף ומיומן לצורך שילוב במרפאה הטרום ניתוחית.
5. לא קיים תמריץ להשתתפות בתהליך השינוי, מלבד היתרונות העתידיים הטמונים בהצלחתו, דבר אשר עלול למנוע את מעורבות והשתתפות הצוות.
6. קושי בשינוי הרגלי העבודה הקיימים במחלקה. קיים צורך בלמידת תכני ההדרכה, תוך דגש על מיומנויות וכישורים חדשים הדרושים לצורך העברתם.
7. מבנה היררכי ונוקשה של האגף המיילדותי, תפקידיו ותכנים המצויים בו, עלול למנוע את שילוב המרפאה טרום ניתוחית ואחיות המחלקה בתהליך השינוי.
8. הצורך בתקציב לבניית הכלי והפצתו.

האמצעים הדרושים להפעלת הפרויקט

1. בניית כלי, קליט, כוללני, ובהיר לצורך העברתו.
2. נכונות של הצוות ליישום השינוי במחלקה.
3. אישור הממונים והקצאת תקציב לצורך הפעלת הכלי.
4. קיום ישיבת צוות לאחר בניית הכלי.
5. שימוש בחדר ההרצאות למטרת מתן ההדרכה.
6. שילוב המרפאה הטרום ניתוחית בצורה יעילה כחלק ממחלקת יולדות.
7. שיתוף פעולה מצד גורמי חוץ המעורבים בתהליך השינוי (גרפיקאית, יחידת ההדפסה, חדר-לידה, מפקחות קליניות).

ביצוע

בתחילת תהליכו של פרויקט הפרקטיקום התקיימה שיחה עם אחראית מחלקת יולדות-יונקים, לצורך העלאת נושאים אפשריים הדורשים שינוי במסגרת המחלקה וניתנים לביצוע במחלקה במסגרת עבודת הפרקטיקום. לאחר שקילת המצב הקיים והערכתו הועלה הצורך בהכנסת שינוי

בתחום ההדרכה של נשים המיועדות לניתוח קיסרי אלקטיבי, בעקבות פעילותה של המרפאה הטרומית ניתוחית שטרם שולבה כחלק ממחלקת יולדות.

לאחר שלב התכנון בו זוהו צורכי המחלקה, הוגדר המצב הקיים, נאסף מידע, זוהה הצורך בשינוי והוגדרו מטרות ויעדים, הועבר שאלון לצוות האחיות במחלקה ופוענח הגיע שלב הביצוע. שלב זה שהוא השלב השני על-פי המודל של Andd्रेoni & Bilak (1995), הוציא לפועל את האלטרנטיבה לפתרון אשר נבחרה בשלב התכנון, תוך הערכה מתמדת של התוצאות. תהליך השינוי החל בראשיתו של חודש ינואר, תוך שיתוף פעולה עם אחות אחראית המחלקה, מנהל האגף הגניקולוגי ורופאים מתחום הילדים וההרדמה. בעזרת ניסיונם נבנה דף הדרכה שיחולק לכל אישה המועמדת לניתוח קיסרי אלקטיבי.

בחודש אפריל 2009 בוצעה ישיבת צוות בה נכחו 22 מתוך 32 אחיות המחלקה, אחראית המחלקה, ובחלק הראשון של הישיבה, מנהל האגף הגניקולוגי. בישיבת הצוות הוצג על-ידי אחראית המחלקה תהליך השינוי העיתי להתבצע, מטרת השינוי ואחריות הצוות בתהליכו. המחצית השנייה של ישיבת הצוות הדקות הועברה על-ידי מבצעת הפרקטיקום. הוסבר לצוות המחלקה מהו פרקטיקום, מטרתו ותהליך השינוי העיתי להתבצע בעקבותיו, הועברו תקצירי התכנים העתידיים להיות דף ההדרכה, הוצגו בפני הצוות התהליכים העתידיים להתרחש, והוסבר לצוות על יתרונות מעבר רשת ההדרכה ואחריותה לצוות המחלקה. לאחר ההסבר, התקיים דיון על מניעי השינוי במחלקה, חשיבות המרכזית של תמיכה, שיתוף ומעורבות הצוות להצלחת ההליך, הצוות הציג את חששותיו מתהליך השינוי והקשיים העומדים בפניו, בתום הדיון רוב האחיות שנכחו בישיבה הביעו את הסכמתם ונכונותן להשתתף בפרויקט, מפאת חשיבות הנושא.

בתום הצגת התחום ע"י מבצעת הפרקטיקום, הצוות הביע רצון לשפר את נושא ההדרכה במחלקה, שהרי הוא כמעט ולא מתבצע במהלך העבודה השוטפת. האחיות האחראיות אף הוסיפה והדגישה כי הדרכה היא חלק חשוב בעשייה הסעודית, היא מצפה מצוות המחלקה לשנות הרגלי עבודה, ומקווה כי פרויקט זה יהווה פתח לבניית תוכניות הדרכה נוספות בתחומים השונים במחלקה, כך שהדרכה על-ידי הצוות הסיעודי במחלקה יהווה חלק בלתי נפרד מעשייתם. הוסבר לצוות כי תהליך השינוי יתבצע בהדרגה, תוך שיתוף פעולה מלא של הצוות, רעיונותיהם, והצעותיהם.

בתחילת חודש מאי, לאחר קבלת אישור מקצועי של תכני דף ההדרכה, עיצבו והפצתו, קבלת אישור הדפסה על-ידי אחראית צילום רפואי בבית חולים, הועבר דף ההדרכה למנהל האגף הגניקולוגי על-מנת שידריך את הצוות הרפואי העוסק במתן ההדרכה לנשים המיועדות לניתוחים קיסריים מוזמנים, לשימוש בדף ההדרכה, חלוקתו בעיתוי המתאים שהוחלט. לאחר ההדרכה במרפאה הטרומית ניתוחית ודיווח בכתב על מתן דף ההדרכה. דף ההדרכה הועבר למרפאה הטרומית ניתוחית והוחל השימוש בו, מרבית הרופאים הביעו נכונות להשתתף בפרויקט, הביעו עניין בדף ההדרכה, החלו לחלק ולדווח בגיליון היולדת על הדרכה שניתנה.

במהלך חודש מאי, בשיחה שהתקיימה בין מבצעת הפרקטיקום לבין אחות אחראית המחלקה, הוחלט שתהליך הכנסת ההדרכה כחלק מפעילות המחלקה ייעשה בהדרגה, לכן הוחל בחלוקת הדף ותלייתו במקומות מרכזיים במחלקה לצורך למידתו על-ידי הצוות, בשלב מאוחר יותר, כאשר הצוות למד את תכניו, פנה למבצעת הפרקטיקום בשאלות אודותיו, הוחל תהליך ההדרכה ושימוש בדף ההדרכות הראשונות בוצעו על-ידי מבצעת הפרקטיקום וסגנית אחראית המחלקה, תוך צפייה של אחיות המבצעות אחריות משמרת, לאחר מכן, הוחל תהליך ההדרכה להתבצע בהדרגה על-ידי כלל הצוות.

בטופס סיעודי המיועד להכנה סיעודית לקראת ניתוח מתוכנן (ראה נספח 7) נבנתה עמודה נפרדת לשם ביצוע הערכה ואומדן ההדרכה, הצוות דווח על הצורך לדווח על נשים המודרכות ועל הבנתן את תוכן ההדרכה בדף ההכנה, ובאופן מילולי בקרדקס.

הערכה

בשלב התכנון, הוצגו חמש מטרות לפרקטיקום, כאשר ארבע מהן הושגו במלואם, ומטרה אחת הושגה באופן חלקי.

המטרה הראשונה שתוארה הייתה, העלאת מודעות הצוות לחשיבות מתן ההדרכה לנשים לקראת ניתוח קיסרי מתוכנן. כפי שנקבע צוות המחלקה הונחה והודרך במסגרת ישיבת צוות אודות הפרקטיקום, וקיבל רעיון, ידע והדגשים בנושא הדרכת מטופלים וחשיבות הנושא, הן למטופלות המיועדות לניתוח מתוכנן, והן לפעילותו השוטפת של הצוות, ככלי שיקל על מתן הדרכה אפקטיבית, תוך שימוש יעיל בזמן. במהלך בניית התכנית, הועבר לצוות שאלון לברור עמדות הצוות, בו 61.8% מהצוות ענו כי לדעתם קיימת בעיה בהדרכת נשים לפני ניתוח קיסרי. כאשר הצוות נשאל אודות מספר נושאים הזקוקים לשיפור בעת קבלת נשים לקראת ניתוחים קיסריים במחלקת יולדות 64.7% מהצוות ענו כי לדעתם נושא הדרכה זקוק לשיפור. במהלך תהליך הביצוע, הצוות הראה נכונות ללמידה, תוך דגש על שאלת שאלות בתחום ומתן רעיונות נוספים לבנייה ושיפור התהליך ההדרכתי. המטרה הושגה ונחלה הצלחה, רוב הצוות שיתף פעולה והביע רצון ונכונות ללמוד את תכני ההדרכה, תהליכי בניית הכלי, ביצוע ההדרכה ולקיימת חלק בתהליך. חלק קטן מן האחיות הותיקות במחלקה, למרות הבעת רצון, התקשו בשימוש בדף ההדרכה ובקבלת תכני ההדרכה החדשים.

המטרה השנייה שתוארה הייתה, שיתוף פעולה ותיאום עם המרפאה הטרומית ניתוחית. בתחילת הפרויקט הוצבה המטרה לשלב את המרפאה הטרומית ניתוחית כחלק מפעילות מחלקת יולדות, תוך שילוב אחות מן המחלקה בתהליך בנייה מחודשת של המרפאה, ושינוי התכנים וצורת העבודה בה. אמנם, הרעיון תואר כבעל חשיבות עליונה ואפשרות לקידום המרפאה, אך מפאת בעיות תקציביות לשילוב אחות במרפאה, וכדאיות כלכלית, הנושא בוטל על-ידי החלטותיהם של מקבלי ההחלטות (אחראית הסיעוד בבית החולים ואחראית מחלקת יולדות). אמנם חלק זה של המטרה לא הושג אך נכון להיום, מתבצעת העברת תוכנית טרום ניתוח מדי שבוע עם פרטיה האישיים של כל מועמדת, דבר המאפשר הכנה מוקדמת של הדרכה לנשים. יחד עם זאת תהליך ההדרכה שבוצע במחלקת יולדות הועבר על-ידי מנהל האגף המיילדותי לכלל העובדים במרפאה הטרומית ניתוחית וכיום ההדרכה, מבוצעת בכל המחלקות הנותנות שירותים לנשים המיועדות לניתוחים קיסריים.

המטרה הושגה באופן חלקי, ניתן לציין כי שיתוף הפעולה בין האגפים תורם להמשכיות ההדרכה, תוכנה והצלחתה.

המטרה השלישית שתוארה הייתה, בניית כלי הדרכה לנשים לקראת ניתוחים קיסריים מוזמנים. לאחר ביצוע סקר מקיף וכוללני אודות הכלים המשמשים לצורך הדרכה בבתי-חולים ברחבי הארץ, נבנה כלי הדרכה, שתוכנו המרכזי מתומצת בדף, שישמש את פרויקט הנוכחי. לאחר קבלת אישור, תמיכה ועזרה מקצועית מבעלי המקצוע: מרדים, גניקולוג, רופא ילדים, מנהל האגף המיילדותי, אחות אחראית מחלקה, מפקחת קלינית, עוצב ופותח כלי ההדרכה תוך שיתוף פעולה עם גרפיקאית והכלי אושר להדפסה. דף ההדרכה הוחל בשימוש במחלקת יולדות אצל כלל הנשים שיועדו לניתוח קיסרי מוזמן. על מנת לבדוק את יעילות תוכן ההדרכה הוחלט להעביר שאלון שיבדוק את יעילות הכלי שנבנה. השאלון בן 5 (ראהנספח 4) שאלות, הועבר לשש נשים שעברו ניתוח מוזמן ראשון (לידה ראשונה), על-מנת להימנע מהשפעת הניסיון (כדוגמת ניתוח קיסרי קודם), והועבר כיום לאחר הניתוח, על-מנת להימנע מהשפעת החשש לקראת הניתוח, שעלול להשפיע על התשובות שיינתנו בשאלון. השאלות נשאלו אודות דף ההדרכה, וההדרכה המילולית שנתנה לקראת הניתוח, הבנת התהליך הטרומי ניתוחי, והשפעה על חרדותיהן של נשים אלה.

ששת הנשים שענו על השאלות ציינו בחיוב כי דף ההדרכה שניתן להן הקיף את מרבית התכנים אליהם הן נזקקו, ע"מ לקבל את המידע הרלוונטי לצורך הניתוח. 83.3% ציינו כי דף ההדרכה ניתן לה בעיתוי המתאים, היא הספיקה לקרוא את כולו, וניתנה לה האפשרות לשאול אודותיו שאלות. 33.3% ציינו כי ההדרכה אשר ניתנה לפני הניתוח הקיסרי (מילולית, דף ההדרכה) ע"י הצוות הרפואי והסיעודי הפחיתו את חרדותיה לפני הניתוח באופן מלא, לעומת 66.7% שצינו כי הפחתת חרדותיהן הייתה חלקית. 66.7% ציינו שאין תחומים נוספים הכרוכים בהדרכה הטרם ניתוחית אותם היו מעוניינת לקבל, לעומת 33.3% שטענו שברצונן לקבל מידע נוסף, אך המידע אינו כרוך בתחום הניתוח עצמו (אשפוז, ענייני כספים). 66.7% מהנשאלות ציינו כי הן שבעת רצון באופן מלא מאופן ההדרכה הסיעודי שניתן להן במחלקת יולדות במסגרת ההכנה לקראת הניתוח לעומת 33.3% שצינו שהן שבעות רצון באופן חלקי.

לדברי צוות האחיות אשר הדריכו נשים, התוכנית סייעה להם רבות במתן ההדרכה וגם תרמה לכך שתהיה אחידות בהדרכה בין הצוות.

לאחר כל הדרכה שבוצעה במסגרת הפרקטיקום, המטופל ומשפחתו נשאלו על-ידי מבצעת הפרקטיקום אם הם שביעי רצון מההדרכה ומה לדעתם יש לשפר ולשנות. כל הנשים אשר הודרכו ונשאלו על-ידי הצוות אודות ההדרכה, הביעו שביעות מההדרכה אשר קיבלו ושיבחו את הצוות על כך. הטענות עסקו בעיקר סביב נושאים אשר לא קשורים להדרכה אלה לאשפוז עצמו. התקבלו מספר הערות בלבד ממשפחות ממוצא חבר-העמים כי הם התקשו לקרוא את הכתוב בדף ההדרכה וכי היה קל יותר אילו הדף נכתב בשפה הרוסית. בעקבות זאת, כלי ההדרכה הועברו לתרגום לשפה העברית והאנגלית.

המטרה הרביעית שתוארה הייתה, הטמעת כלי העבודה וחשיבות ההדרכה אצל אנשי צוות מתחום הסיעוד והרפואה, תוך תהליכי למידה של תכני ההדרכה. על מנת לא ליצור התנגדות, פחד וחששות מצד הצוות, תהליך ההטמעה של כלי העבודה בוצע בהדרגה בקרב הצוות הסיעודי במחלקת יולדות. תכני ההדרכה הועברו לצוות, על-ידי תליתם במקומות מרכזיים והפצתם נעשתה במטרה לקבל הערות, שאלות, הסברים ושינויים במידת הצורך. הצוות הראה נכונות ושיתף פעולה, הן בקריאת התכנים שניתנו והן בתהליך השינוי של הכלי והסברים אודותיו. הכנסת השימוש בכלי באופן הדרגתי הפחיתה את חרדות הצוות משינוי קיצוני שיפריע למהלך עבודתם, והטמיע בהם את ההבנה כי מתן הדרכה יקל על עבודתם ועל התמודדות המטופלות בהכנה הטרם ניתוחית. לצוות הרפואי הועבר דף ההדרכה על-ידי מנהל האגף הגניקולוגי תוך הסבר על חשיבות השימוש בדף ההדרכה, חלוקתו בעיתוי המתאים שהוחלט- לאחר ההדרכה במרפאה הטרם ניתוחית ודיווח בכתב על מתן דף ההדרכה. דף ההדרכה הועבר למרפאה הטרם ניתוחית והוחל השימוש בו, מרבית הרופאים הביעו נכונות להשתתף בפרויקט, הביעו עניין בדף ההדרכה והחלו לחלקו ולדווח בגיליון היולדת על הדרכה שניתנה. כאשר קיים עומס במרפאה הטרם ניתוחית, ההדרכה המילולית מתבצעת לאחר קריאת דף ההדרכה, דבר שצוין כגורם מקל על-ידי הצוות הרפואי.

המטרה החמישית שתוארה הייתה, רישום ודיווח אודות ההדרכה הניתנת. כחלק מחשיבות ההדרכה, קיימת חשיבות לתיעוד, תוכנה והבנתה על-ידי מקבל ההדרכה. לצורך מימוש מטרתה זו, הוספה לדף ההכנה לקראת ניתוח, עמודה לציון מתן ההדרכה (ראה נספח 7), כמו כן, רישום אודות הבנת ההדרכה, מתבצע על-ידי רישום בדיווח יומי של היולדות. המטרה הושגה בהצלחה, ומבוצעת על-ידי הצוות ברצון.

ניתן לסכם ולומר כי מטרת העל בפרקטיקום הושגה, רוב אחיות המחלקה הבינו את חשיבות מטרת ההדרכה והשפעותיה, מרבית האחיות מדריכות נשים לקראת ניתוחים מוזמנים. בניית דף ההדרכה מקל ומשמש לחיטוב זמן בהדרכה המילולית ויחד עם זאת מאפשר חזרה של המטופלת על נושאים אשר לא מוכרים לה.

עם זאת, התעוררו במהלך הפרקטיקום מספר בעיות. בעיית תקציב, לא אפשרה שילוב אחות במרפאה הטרומ ניתוחית, דבר אשר היה מאפשר רצף בתהליך ההדרכה והכנה מוקדמת של הנשים לקראת ניתוח מוזמן. בעיה נוספת, שלא נצפתה בשלב תהליך בניית הפרויקט היא השפה בה כתוב דף ההדרכה. כתיבת דף ההדרכה בשפות: רוסית, ערבית ואנגלית יאפשרו מתן הדרכה לקבוצות אוכלוסיה נוספות. למרות שמרבית הצוות שיתף פעולה בתהליך ההדרכה, חלק קטן מהאחיות הותיקות סירבו לקחת חלק פעיל בתהליך, אך מאחר והדרכה כזו תהיה מאולצת ולא איכותית, לא בוצע דבר בנידון דבר אשר לא פגע בתהליך היות ואחיות אחרות הדריכו במקומו.

סיכום ומסקנות

במסגרת הקורס פרקטיקום בסיסית נדרשתי לעבור תהליך ארוך, בונה ומחשל בתחום האקדמאי, המקצועי והאישי. ההתמודדות לאורך הפרויקט במהלך השנה, דרשה מאיתנו להתמודד עם קשיים שהובילו אותנו תוך חשיבה, למידה, רצון, אתגר, הבנה ותמיכה להשגת המטרה המיועדת. למרות הקשיים, הלבטים, החששות והלחץ שליוו את הפרויקט במהלך עשייתו התגלו בפניי, יכולות עצמיות שהתפתחו במהלך הקורס וכל זאת, בעזרתה והנחייתה של מנחת הפרקטיקום.

במסגרת הפרקטיקום, בחרתי לעסוק בהדרכת נשים לקראת ניתוח קיסרי מתוכנן ככלי מפחית חרדה, במהלך כתיבת התוכנית הוגדרו מטרות אופרטיביות תוך התחשבות בנתונים ועובדות משדה העבודה שלי בפרט ומבית החולים בו אני עובדת בכלל. במהלך תכנון הפרויקט הוגדרו מטרות שמרביתן הושגו, אך אחת מהן הושגה באופן חלקי, בכל מהלך התכנון והביצוע התבצעה הערכה ובקרה של התהליך ועלו המסקנות הבאות:

מבחינה ארגונית יש לשתי גופים נוספים מתוך קהילת בית החולים ומחוצה לו כמו בתי חולים אחרים שהתנסו בעבר בבניית פרויקטים דומים, על מנת להיעזר בניסיונם המקצועי ובכשלים בהם נתקלו במהלך עשייתם וליצור עימם שיתוף פעולה בתוכני ההדרכה שיכול לתרום בעתיד לפעילות הארגונים.

מבחינה פרופסיונאלית יש להרחיב את מעגל השותפים הפוטנציאליים לטובת הרצת הרעיון ומימוש, שיתוף גורמים מקצועיים נוספים כמו: אחראית מחלקה, מפקחת קלינית, רופאים אחראיים בתחום ההדרכה מקדמת את קבלת ההחלטות, אישורן וביצוען הלכה למעשה. האצלת סמכויות והרחבת מעגל השותפים אפשרה גיוס ותמיכה אינטנסיבית מבחינה רעיונית, מקצועית ולעיתים באה לידי ביטוי גם ברמה התקציבית. תוכנית ההדרכה נעשתה כחלק מתהליכי השינוי והקידום הנדרשים במחלקה, מה שהוביל את אחראית המחלקה לקדם את הפרויקט ולעזור בתהליך הוצאתו לפועל באופן אישי, ואפשרה שימוש במשאבים הנמצאים בבית החולים ללא צורך בקבלת תקציב מיוחד (הדרכה מגרפיקאית, הדפסה, וכדומה).

שינוי והוספת פעילויות לצוות המקצועי מעוררת חששות, פחדים והתנגדויות העלולות לפגוע בתהליך הביצוע ויישומו. הכנסת השינוי באופן הדרגתי, ללא הרעת תנאיהם של העוסקים בשינוי, תוך הסבר לצוות על חשיבות הרעיון ויתרונותיו מבחינת זמן ויעילות, מאפשרת לצוות לקבל את הרעיון ולהיות שותפים פעילים בהכנסת התכנית לפעילות שגרתית במחלקה. בנוסף, שיתוף פעולה במהלך בניית התכנית שכלל קבלת רעיונות מהצוות והמלצות לשינויים בתהליך הפרויקט עורר בצוות תחושת שייכות ואחריות לביצועו.

מבחינה מבנית, בעת הגדרת מטרות יש להתייחס למבנה בו מתרחש השינוי. אחת המטרות אשר תוכננה הייתה מעבר המרפאה הטרומ ניתוחית לתחומי מחלקת יולדות, אמנם הרעיון הועלה בצורה חיובית בקרב מקבלי ההחלטות, אך מבחינת מבנה המחלקה התעוררה בעיית מקום, אשר יהיה נגיש לצוות הרופאים ולמטופלות המבוקרות בו. כמו כן, איוש המרפאה בידי אחיות, אשר ביכולתן לבצע הדרכה איכותית, תוך מתן מענה ראשוני לשאלות המטופלות נמנע בעקבות בעיות תקציביות

הנתונות בכלל בתי החולים הממשלתיים. הבעיה נפתרה באופן חלקי, על-ידי שיתוף פעולה עם מנהל האגף הגניקולוגי שלאחר מספר שיחות עימו, בהם הוסברה לו חשיבות ההדרכה לקראת ניתוחים מוזמנים, נוצר הקשר בין אחיות לרופאים המטפלים במרפאה, שהודרכו לגבי מתן הדרכה וחשיבותה. הפרקטיקום אשר בוצע תרם רבות מבחינה אישית, מקצועית חברתית ואקדמית לסביבה בה הפרויקט בוצע. בראש ובראשונה נהנו מן התוצאה, נשים המגיעות לניתוחים קיסריים מוזמנים במחלקת יולדות במרכז בה בוצע הפרקטיקום, ההדרכה סייעה להן רבות בהבנת התהליך הניתוחי אותו הן עתידות לעבור, בהפחתת הלחץ בו הן שרויות לקראת הניתוח, ובהקניית ידע אשר יסייע להן בתהליך ההחלמה ובחזרה לשגרה. התהליך תרם להעלאת שביעות רצון מצוות המחלקה, וכן סייע רבות למבצעת הפרקטיקום בהתפתחותה המקצועית במסגרת המחלקה.

תהליך הפרויקט אפשר את התפתחות תחום ההדרכה במחלקת יולדות, הוביל לסיעור מוחות מקצועי בקרב הצוות, העלה את מודעות האחיות לבניית פרויקטים, ליוויים והצלחתם במחלקה, והפחית את עומס העבודה הכרוך בהדרכה מילולית בלבד.

מבחינה אישית, הפרויקט גרם לי הנאה רבה, למרות הקשיים שליוו את התהליך, הוא הגביר את האמונה כי כל תהליך שינוי, עם מאמצים רבים הוא בר-הצלחה, העלה את יכולת קבלת ההחלטות האישית והמקצועית ופתח בפניי אתגרים נוספים ופרויקטים אשר אני עוסקת בהם במסגרת המחלקה כיום.

ביצוע תהליך הפרקטיקום מהווה נדבך חשוב בבניית היכולות האישיות של כל סטודנט, וכל זאת תחת ליווי המנחה שנסך בנו ביטחון, ומוטיבציה להוצאת הפרויקט לפועל.

ביבליוגרפיה

- אלירז, א. (2002). *מרק-המדריך הרפואי השלם*. הוצאת הד-ארצי, 1184-1186.
- ברק, צ. (2005). מצוינות אישית וארגונית, גישה יישומית למימוש הפוטנציאל בשאיפה המתמדת למצוינות, 75-80.
- גבע, י. (2001). ניהול שינוי ארגוני בעזרת ניהול פרויקט. *לוגיסטיקה במערכות בריאות*, 12(1), 43-48.
- גולן, א. (1997). *מיילדות גינקולוגיה ורבייה*. התערבויות מילדותיות, 123-134.
- לוי, ק. (1989). הרחבת המבנה הקוגניטיבי של מרחב החיים, אקלים של צמיחה, צבי דרום, ספריית פועלים, הוצאת הקיבוץ הארצי- השומר הצעיר.
- לנגר, ש. (2005). על שינויים וארגונים. תקציר הרצאה מכנס אוקטובר. מתוך: <http://plc.co.il/articles.asp?id=53>.
- סמואל, י. (1990). *ארגונים*. חיפה: הוצאת ספרים חיפה.
- סקר איגוד הגניקולוגים והמיילדות (2004). מתוך: <http://www.hachasida.co.il/Article.aspx>.
- קדם, י., קדמן, ש. (2006). ההשפעה של שינוי ארגוני בבית חולים על שביעות הרצון בקרב הצוות הסיעודי. משאבי אנוש, 52-59.
- קוטר, ג. (2003). להוביל לשינוי. מטר - הוצאה לאור בע"מ, משרד הביטחון - ההוצאה לאור וספריית המרכז הישראלי לניהול (המיי"ל).
- רול, צ. (2003). הדרכה שמביאה תוצאות. עקרונות לשיפור אפקטיביות ההדרכה. לקוח מתוך: http://zvikaroll.com/site/detail/detailDetail.asp?detail_id=242627.
- רוני, מ., בר-און, א. ותבורי, א. (1994). מידע לחולה לפני הניתוח- גורם מפחית חרדה. חברה ורווחה, ט"ו, 63-79.
- סטוקמן, נ. (2003). עקרונות להפשרת התנגדות בצוות. משאבי אנוש, 16(186), 34-41.
- Anderson, M. (2004). Making sense of rising caesarean section rates. *BMJ*, 696-697.
- Andreoni, V. & Bilak, Y. (1995). Project management: putting continuous quality improvement theory into practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 9, 29.
- Bander, N., Nielson, W., Munk, S. et al. (1990). Preoperative anxiety: detection and factors. *Canadian journal of anesthesia*, 37, 444-447.

- Garbee, D. D., & Gentry, J. A. (2001). Coping With the stress of surgery. Association of Operating Room Nurses. *AORN Journal*. 73, p.946.
- Having surgery? What you need to know. (2005). AHRQ. Pub no.05(06)-0074-A
:מתוך <http://www.ahrq.gov/consumer/surgery/surgery.htm>
- McGrath, D. (2005). Healthy Conversations: Key to Excellence in Practice. *Holistic Nursing Practice*. 19, p.191.
- Manion, J. (1995). Understanding the seven stages of change. *American Journal of nursing*. vol 95 issue 4 p-4-80.
- Visconti, K. J., Kimberly, J., Rappaport, L. A., Newburger, J. W., & Bellinger, D. C., (2002). Influence of Parental Stress and Social Support on the Behavioral Adjustment of Children with Transposition of the Great Arteries. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 23, 314-321.
- Wingard, R. (2005). Patient Education and Nursing Process: Meeting the Patient's Needs, *Nephrology Nursing Journal*. 32, 211-215.

4.8 ידע עמדות ותפיסת מסוגלות עצמית של אחיות העובדות במחלקה פנימית לגבי אנשים המכורים לתרופות מרשם אמירוב לאורה, סבג טל אור (טלי)

אוגוסט 2013

תקציר

רקע: תופעת ההמתמכרות לתרופות מרשם וסמים הולכת ועולה. הטיפול היעיל נגד כאבים ושליטה במצב רוח גורמת למטופל לרצות עוד מהטיפול. הצוות הסיעודי נדרש לזהות מטופלים אלו ולטפל בהם בצורה הולמת, אך חוסר ידע, עמדות שליליות ותפיסת מסוגלות עצמית נמוכה, עלולים לפגוע באיכות הטיפול הניתן למכורים

שיטות מחקר: מדגם נוחות של 37 אחיות העובדות במחלקה פנימית מילאו שאלון דמוגרפי, שאלון לבדיקת ידע, עמדות, ותפיסת מסוגלות עצמית

תוצאות: 75.7% מהאחיות רואות באיתור מטופל מכור כתפקידן. 70% מרגישות נוח לטפל במטופל מכור. 37.8% מהאחיות חשות שיש להן תמיכת ממונים. 37.8% מהאחיות בעלות תפיסת מסוגלות עצמית גבוהה. 67.6% מהאחיות קבלו ציון של 50% ומטה בשאלון הידע. כ 70% מהאחיות מביעות רצון להכשרה נוספת בתחום

מסקנות: יש לעודד בכל דרך אפשרית את הצוות הסיעודי לפעול למען מניעה וטיפול בהתמכרויות, יצירת קורסים בנושא והעלאת מודעות המערכת לטיפול במכורים.

תופעת ההתמכרות לסמים ולתרופות מרשם הולכת וגדלה עם הזמן, הטיפול היעיל נגד כאבים, דיכאון ושליטה על מצב רוח גורם למטופל לרצות ולקבל עוד מהתרופה שהוצעה לו, דבר זה מעלה את הסיכוי להתמכרויות. הסיכוי אף גבוה יותר אצל אנשים שהיו מכורים בעבר או סובלים כאבים בלתי פוסקים. כיום ניתן לרכוש תרופות ללא מרשם רופא תקין, כגון קניה דרך אינטרנט ותרופות המופצות באופן לא חוקי ולא דרך פיקוח של משרד הבריאות דבר המעלה את הסיכוי לתלות בתרופה או להתמכרות לתרופה. במצב זה הצוות הרפואי והסיעודי נדרשים לתת טיפול הולם למכורים ולאנשים שעלולים להתמכר, אך חוסר הידע וחוסר ההכשרה של הרופאים ושל האחיות גורמים לטיפול לא יעיל במכורים. עבודה זו תעמוד על הטיפול במכור מצד הסיעודי ותבדוק את עמדותיהן רמת הידע וכן רמת הכשרה ותפיסה של האחיות העובדות במחלקות הפנימיות לגבי מטופלים המכורים לתרופות מרשם, וכן נגלה שאחיות אכן רואות כתפקידן באיתור מטופלים מכורים אך מאידך לא חשות שיש להם את תמיכת הממונים לעניין זה, תוצאה זו מלמדת אותנו שיש צורך חשוב ומהותי בהעלאת מודעות של הצוות הסיעודי להתמכרות לתרופות מרשם.

רקע

קיימת עלייה דרמטית של שימוש בתרופות מרשם שהם לא בשימוש רפואי לדוגמה תרופות אנלגטיות נרקוטיות ומשככי כאבים. ב-2002 נערך מחקר שהעריך ש~29.6 מליון איש באמריקה דווחו על שימוש בתרופות מרשם לא לצורך רפואי.

לפי (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE)NIDA מתוך אחת עשר מדינות הצריכה של תרופות משככי כאבים ונרקוטיקה עלו באופן מפתיע ב 129% מ 1992 עד 1997 בנוסף בזמן הזה התמכרות לאוקסיקודון עלתה בצורה חדה. (Dixon, Donovan, Krug & Weigel, 2007)

ה-DSM מגדיר התמכרות לתרופה כשימוש בתרופה למשך 12 חודשים הכוללת אחד עד שלושה סעיפים מהנ"ל

1. אי מתן תרופה יגרום לסמני גמילה (לעיתים קיים צורך ליטול תרופה שונה כדי להקל על תסמינים)
 2. התרופה נלקחת בכמות רבה לאורך זמן
 3. קיים רצון לקבל את התרופה כל הזמן
 4. כל ניסיון להפסקת תרופה נכשל
 5. המכור עסוק בחיפוש אחר תרופה במשך כל הזמן דבר הגוזל זמן רב
 6. המכור ייטול את התרופה למרות שהוא יודע שהתרופה מזיקה.
- ה-DSM מגדיר גם תלות לתרופה כצורך להעלות במינון של התרופה כדי להגיע לאותו אפקט. אפקט זה נוצר בדרך כלל משימוש ממושך בתרופה. (DSM- IV 2000).

ההתמכרות היא תופעה פרמקולוגית ומאופיינת בכך שללא שימוש בתרופה יופיעו סימני גמילה. תלות היא תופעה ביולוגית שנגרמת עקב הצורך בעליה במינון כדי להגיע לאותה השפעה זוהי בעצם תופעה התנהגותית. ישנם מטופלים שסובלים מסבילות או התמכרות לתרופה ללא סימני גמילה, דבר זה קורה כאשר המכור משתמש בתחליפים ואין פגיעה בתפקוד היו

מיומי. העיקר במתן תחליף זה לאתר את הבעיה על אף שהמטופלים לא תמיד מרגישים שהם מכורים (Alford, Hopper, Isaacson & Parran, 2005).

לפי הרשות למלחמה בסמים נמצא שיש עליה בצריכת אלכוהול בקרב בני נוער ומבוגרים משנת 2005 עד 2009 אך העלייה הדרמטית יותר היא בקרב בני נוער, נמצא ש50% מבני נוער בגילאי 12 עד 18 שותים משקה אלכוהולי כלשהו, 64% ממבוגרים בני 40-18 שותים אלכוהול. לפי מחקר זה גם נמצא קשר ישיר בין שתיית אלכוהול לצריכת סמים חוקיים ולא חוקיים, כלומר אדם ששותה יותר יצריך יותר סמים מאדם שלא שותה אלכוהול כלל. לציין שאלכוהול נצרך יותר מסמים חוקיים ולא חוקיים (אזרחי, י., בר-המבורגר, ר., ניראל, ר., ורוזינר, א. 2009).

לתרופות מרשם כמו סדטיביים וטרנקוויליזטורים יש יעילות רבה בטיפול, אך בשנים האחרונות ישנה עליה בשימוש בתרופות אלו שלא לצורך רפואי, תרופות אלו נלקחות ללא מרשם רופא, כנראה על רקע של שימוש ללא המלצות רופא כמו רכישת תרופות מהאינטרנט או על ידי מניפולציות אחרות שגורמות לקבלת תרופות ללא מרשם תקין של רופא. מצב זה גורם לעליה משמעותית בשימוש של הציבור ויצירת תלות או התמכרות ובעיות רפואיות שונות.

(Fenton, Hasin, Keyes & Martins, 2010). תרופות המרשם הם תרופות המאושרות על ידי ה-FDA דבר זה מאפשר למטופלים להשיג אותם בקלות יחסית כמו לדוגמה סמי רחוב מכירות לא חוקיות וכדומה.... הסמים הנפוצים ביותר להתמכרות הם אופיאטיים בנוודיאזפינים ברביטורטים ממריצים ומעצבי מצב רוח. מתוכם התרופות שהכי קל להתמכר אליהם הם: OXYCODON, XANAX. מטופלים שעברו התמכרות כלשהי בחייהם יותר חשופים להתמכרויות נוספות בעתיד וכן מטופלים עם כאבים כרוניים כמו כאבי שיניים כאבי RENAL COLIC חולים המטופלים ביחידות לטיפול נמרץ או מטופלים שעוברים מרופא לרופא כל הזמן מסיבות שונות. (Alford et al., 2005).

(Alford et al., 2005) מתאר את ההתמכרות לתרופות מרשם כבעיה המשפיעה גם על הרופאים, בעידן של היום שבו ישנה "תרופה לכל מזור", כל פגישה אצל רופא עלולה להסתיים עם מרשם לכדור כלשהו, בגלל מצב זה, הרופאים מוצאים עצמם עומדים בין הרצון שלהם לעזור לבין הצורך בהצבת גבולות לכל מטופל. (Adler, Fennig, Lev-Ran & Nitzan, 2013) מצאו שהרופאים, על פי מחקרים, לא סוקרים באופן שגרתי את ענייך התמכרות, (as cited in Brewster et al., 1990) ולעיתים מפספסים את ההזדמנות לטיפול במטופל המכור, (as Friedmann, McCullough and Saitz, 2001) (cited in as Ewan and Whaite, 1982), "הדעה הכללית על מכורים היא לא טובה", (Brewster et al., 1990) (cited in as Ewan and Whaite, 1982), "רמת המודעות והידע של הרופאים נמוכה". נמצא גם שרופאים שעברו הכשרה לטיפול במכורים היו אופטימיים יותר בטיפול במכורים. (Adler, et al, (2013) טוענים במחקרם על גישות ודעות של רופאים בישראל כלפי הטיפול במכורים, שרופאים ותיקים יותר מאמינים שהטיפול במכורים יעיל בהשוואה לרופאים צעירים. וכן הכשרת רופאים צעירים בנושא ההתמכרויות היא דלה דבר שעלול ליצור דעות שליליות וסטיגמות על מכורים לסמים או תרופות. במחקר אחר שנעשה על ידי ועמדות רופאים בנגב לגבי התמכרויות נמצא שרופאים ברובם לא עברו הכשרה לטיפול במכורים, הרופאים בעצמם מדווחים על חוסר ידע בתחום, ורובם תמכו במתן הכשרה והקניית ידע במכורים לסמים, הרופאים גם הביעו חשש לטיפול במכורים.

גם לאחות תפקיד חשוב בטיפול במטופל המכור, האחיות הן הראשונות שמקבלות את המטופל למכון או למחלקה האחיות נמצאות בקשר רציף עם המטופל ומשפחתו ולכן גם עמדתן חשובה בנושא הטיפול במכורים. (לשקול להוציא). האחוזים העולים של המכורים לתחליפי סם או סמים מחייב גם הערכות מצד האחיות, האחיות כמו הרופאים צריכות לתת שירות טוב גם למטופלים המכורים כמו לכל מטופל אחר. כאשר לאחיות יש דעות שליליות יתכן וייתן למטופל המכור טיפול לא הולם, לפי

(Chidlaw & Peckover, 2007) לאחיות חסר ידע ומיומנות בטיפול במכורים, האחיות רואות במטופלים אלו "דבר מסוכן" וכן, נמצא שככול שאחיות עובדות עם סוג כזה של מטופלים הסטיגמה שלהן יורדת.

(Ben-Natan, Beyil & Neta, 2009) מחזקות עמדה שהאחיות הן בעלות סטריאוטיפים שלילים לגבי חולים שהם מכורים לסמים ולכן איכות הטיפול בהם יורדת, גם הקושי של הטיפול בחולה המכור לסמים משפיע על איכות הטיפול של האחיות, לעניין זה נמצא שככול שהקושי בטיפול במכור כך האחיות תיתן טיפול גרוע יותר למכור, זאת למרות הכתוב בחוק זכויות החולה (1995) שמטופל זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי האנוש.

למרות שחלק מהאחיות יגדירו עצמן כבעלות ידע בסיסי בהתמכרות לאלכוהול וסמים ניתן להבין שהידע הוא בסיסי מאוד ולא ניתן מענה אמיתי לטיפול במטופלים מכורים, האחיות מביעות קושי בטיפול במטופלים מכורים ומטופלים בעלי תחלואה כפולה הכוללת חוסר בהכשרה של אחיות

(Carta, Happell & Pinikahana, 2002). ניתן לראות את חוות הדעת של הצוות הרפואי ובעיקר אחיות שחסרות ידע בטיפול לגבי חולים המכורים לסמים או תחליפי סם, דבר זה גורם לסטיגמה

שלילית וכן יוריד את איכות הטיפול גם מצד הרופאים וגם מצד האחיות, למרות הנאמר בחוק זכויות החולה (1995). דבר בולט יותר באחיות העובדות במחלקה פנימית בהן מקבלים את המטופל המכור במצב הקשה שלו והאחיות הן ראשונות לטפל במטופל המכור, האחיות גם תלוונה את המטופל לאורך כל אשפוזו וייקשרו בין כל הגורמים הפר רפואיים שאמורים לטפל במטופל המכור, כל אלו מעלים את החשיבות לטיפול סיעודי היעיל במכור לסמים או לתרופות ונותנים תוקף חשוב למחקר זה.

מטרת המחקר

לבדוק מהן עמדותיהן של אחיות העובדות במחלקות פנימיות כלפי התמכרויות לתרופות מרשם. לבדוק רמת ידע של אחיות העובדות במחלקות פנימיות כלפי התמכרות לתרופות מרשם. לבדוק מהי תפיסת המסוגלות העצמית והכשרה של אחיות פנימיות כלפי מכורים לתרופות מרשם.

השערות מחקר

הידע של אחיות העובדות במחלקות הפנימיות מוגבל ביחס להתמכרות לתרופות מרשם. עמדות של אחיות העובדות במחלקות הפנימיות לגבי התמכרות לתרופות מרשם הן מוגבלות. תפיסת מסוגלות עצמית והכשרה של אחיות העובדות במחלקות הפנימיות כלפי התמכרות לתרופות מרשם נמוך.

שיטות מחקר

מדגם נוחות של 30 אחיות מוסמכות. משתנה בלתי תלוי: אחיות פנימיות. משתנה תלוי: ידע, עמדות ותפיסת מסוגלות עצמית והכשרה של אחיות פנימיות. אוכלוסיית המחקר: אחיות העובדות במחלקה פנימית, בבית חולים בדרום (סה"כ 30 אחיות) מעל גיל 25. שאלון של ידע עמדות ותפיסת מסוגלות עצמית והכשרה כלפי התמכרויות לתרופות מרשם. השאלונים ינותחו באופן סטטיסטי.

מגבלות המחקר

גודל המדגם קטן באופן יחסי מדובר על 30 אחיות ולכן גודל מדגם קטן. הנתונים הם מבית חולים אחד, הנתונים נאספים מאזור גיאוגרפי אחד ולכן לא ניתן להקיש לגבי כלל האוכלוסייה. שאלון לא תקף. מבחינת אתיקה נשים דגש על הסכמת מילוי השאלון. הסכמה של אוניברסיטת בן גוריון מחלקת הסיעוד לתואר שני.

תוצאות

נתונים דמוגרפים:

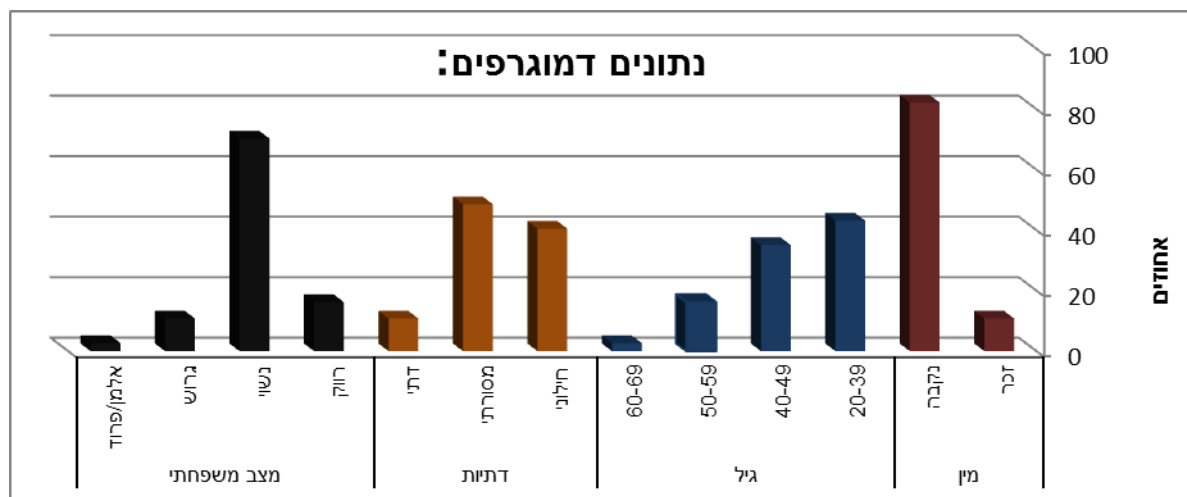
בעבודה זו השתתפו 37 אחים ואחיות העובדים במחלקה פנימית, מתוכם כ-4 זכרים שהם 10.8% לעומת 33 נשים שהם 89.2% מכלל האוכלוסייה הנבדקת. הגילאים חולקו ל4 קבוצות, קבוצה 1 עד גיל 39 שהיוו 16 נחקרים שהם 43% מכלל האוכלוסייה. קבוצה 2 גילאי 40-49 שנים שהיו כ-13 נחקרים שמהווים 35.1% מכלל האוכלוסייה. קבוצה 3 בגילאי 50-59 שנים שהם 6 נחקרים שמהווים 16.2%,

וקבוצה 4 בגילאי 60-69 בקבוצה זו היה נחקר 1 שמהווה 2.7%. הגדרת דת, 15 נחקרים הגדירו עצמם חילוני מהווים 40.5% מכלל האוכלוסייה הנבדקת. 18 נחקרים מגדירים עצמם מסורתיים והם מהווים 48.6%. 4 מכלל הנחקרים, ונחקרים המגדירים עצמם דתיים או חרדים מהווים 10.8% מכלל האוכלוסייה הנחקרת. מצב משפחתי 16.2% שהם 6 נחקרים הגדירו עצמם רווקים. בקרב הנשואים שהם הקבוצה הכי גדולה היוו 70.3% מכלל האוכלוסייה שהם 96 נחקרים. גרושים היוו כ-10.8% שהם 4 נבדקים, ונחקר אחד שמהווה 2.7% מגדיר עצמו אלמן או פרוד. (תרשים מספר 1).

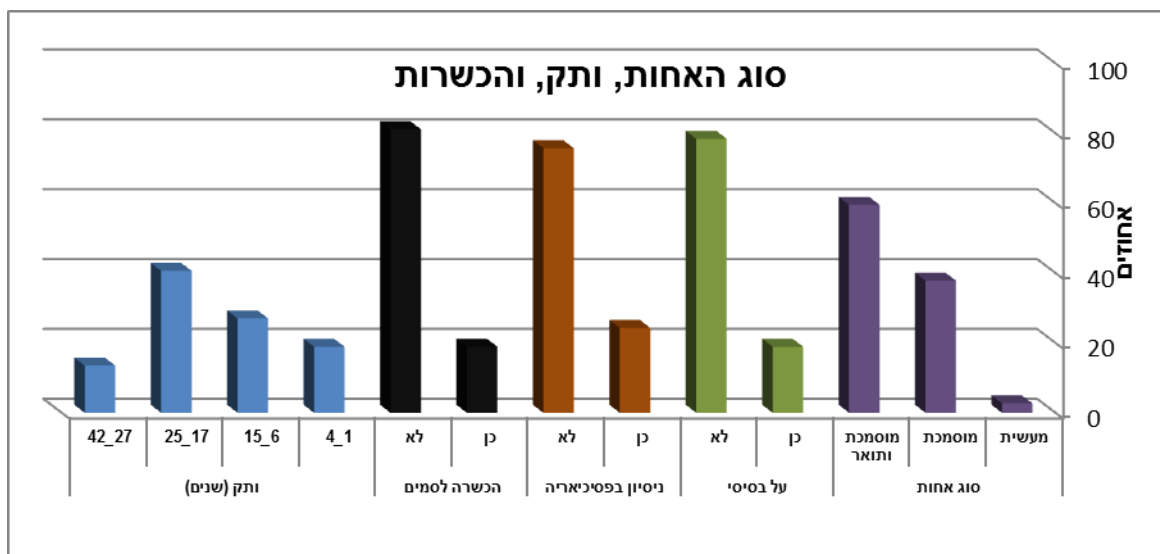
סוג האחות: רוב האחיות שנבדקו הם מוסמכות עם תואר והם מהווים 59.5% סה"כ 22 נבדקים/ות. מעשיות מהוות כ-2.7% שהן סה"כ 1 נבדק/ת, ומוסמכות ללא תואר מהוות כ-37.8% שהם 14 נבדקים. הכשרה של קורס על בסיסי הייתה רק ל-18.9% שהם 7 אחים/יות לעומת 78.4% שהם 29 נחקרים שלא עברו הכשרה על בסיסית כלשהי, לציין 1 נחקר לא ענה על שאלה זו. 9 נחקרים עבדו במחלקה פסיכיאטרית והם מהווים 24.3% לעומת 75.7% שהם הרוב כ-28 נחקרים שלא עבדו במחלקה פסיכיאטרית. 7 נחקרים מדווחים שעבר הכשרה בנושא התמכרויות והם מהווים כ-18.9%. לעומת 30 נחקרים שמהווים 81.1% מכלל הנחקרים שלא עברו הכשרה כלשהי בנושא התמכרויות.

שנות הוותק המקצועי חולקו למס' קבוצות. קבוצה 1 משנה - 4 שנים כ-7 נבדקים ומהווים 18.9%. קבוצה 2: 6 – 15 שנים היוו כ-27% שהם 11 נחקרים. קבוצה 3: 17-25 שנה שהם 15 נחקרים ומהווים 40.6%. קבוצה 4: 27-42 שנים 5 נחקרים שמהווים 13.5% מכלל האוכלוסייה הנבדקת. (תרשים מספר 2).

תרשים מספר 1 :



תרשים מספר 2



שאלון המתאר עמדות כלפי שימוש לרעה/התמכרות לתרופות מרשם.

השאלון הזה חולק למספר עמדות כאשר כל עמדה כוללת מספר שאלות.

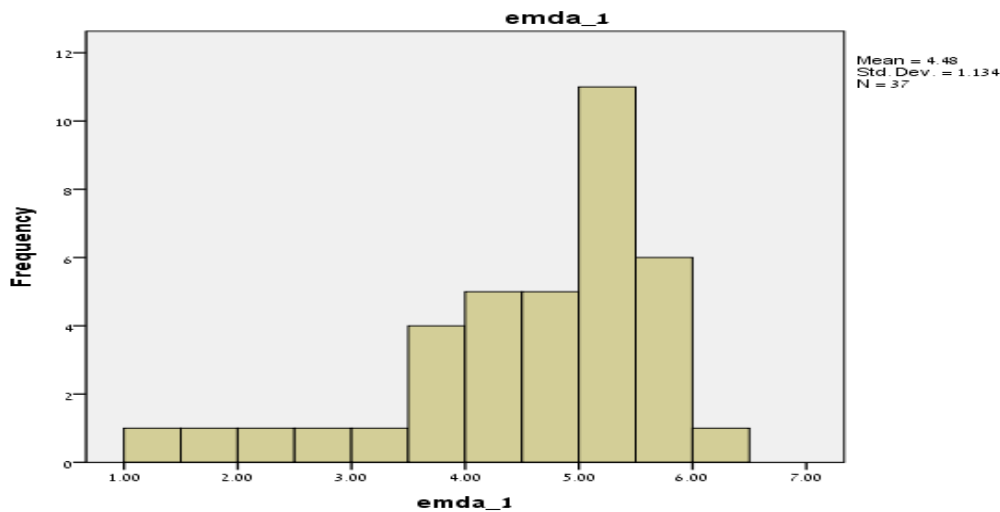
עמדה ראשונה הכוללת את שאלות 5,6,7,12, שאלות אלו כוללת את תפיסת תפקיד האחיות בנוגע לשימוש לא נכון בתרופות מרשם:

רוב המוחלט של הנבדקים מסכימים שיש לכלול באנמנזה אומדן לשימוש לרעה בתרופות מרשם, 31 נבדקים שמהווים כ-83.7% מכלל האוכלוסייה הנבדקים מביעים הסכמה, מתוכם 3 שהם 8.1% מסכימים למחצה, 10 נבדקים שהם 27% מסכימים, 181 שהם 48.6% מביעים הסכמה מוחלטת להכנסת אומדן לשימוש לרעה בתרופות מרשם. לעומתם 6 נבדקים מביעים חוסר הסכמה, 3 שהם 8.1% מביעים חוסר הסכמה מוחלט, 31 הביעו 8.1% חוסר הסכמה לעיתים/למחצה לציין שאף נבדק לא ציין חוסר הסכמה (סעיף 2).

רוב הנחקרים שמאמינים שאומדן לסיכון לשימוש לרעה לתרופות מרשם הוא חלק מתפקוד האחיות, 27 נחקרות שהן 72.9% הסכימו עם אמרה זו, מתוכם 4 נחקרים שהם 10.8% הביעו הסכמה למחצה, 12 נחקרים שהם 32.4% הסכימו לאמרה וכן 11 נחקרים שהם 29.7% הביאו חוסר הסכמה לכן שתפקיד האחיות לאמוד סיכון לשימוש לרעה בתרופות מרשם בתוכם. 8 נחקרים שהם 21.6% הביאו חוסר הסכמה ונחקר 1 שהוא 2.7% הביע חוסר הסכמה לעיתים, אף נחקר לא הביע חוסר הסכמה מוחלטת, נחקר 1 לא ענה כלל על שאלה זו.

רוב הנבדקים מאמינים שיש לאחות זכות לשאול אותם לגבי דפוס השימוש בתרופות, 27 נבדקים הביעו הסכמה לאמרה זו כאשר מהם 5 המהווים 13.5% הביעו הסכמה למחצה, 9 נחקרים שהם 24.3% הביעו הסכמה ו-13 נבדקים שהם 35.1% הביעו הסכמה מוחלטת. לעומת 10 נבדקים שהם 27% שהביעו חוסר הסכמה לכך שמטופל מאמין שלאחות זכות לשאול אותו על דפוס השימוש בתרופות, כאשר 5.4% שהם 2 נבדקים הביעו חוסר הסכמה מוחלט, 3 נבדקים שהם 8.1% הביעו חוסר הסכמה ו-5 נבדקים שהם 13.5% הביעו חוסר הסכמה לעיתים.

רוב האחיות היו מעוניינות במתן הכשרה נוספת בנושא שימוש לרעה בתרופות מרשם, 25 אחים ואחיות שנחקרו הביעו הסכמה למתן הכשרה בנושא, מתוכם 5 הביעו הסכמה למחצה (13.5%), 7 נחקרים שהם 18.9% הביעו הסכמה, 131 נחקרים שהם 35.1% מביעים הסכמה מוחלטת כלומר, רצון מוחלט לעבור הכשרה כזו. לעומתם 12 נחקרים שהם 32.4% לא מביעים הסכמה או רצון להכשרה כזו, מתוכם 7 נחקרים שהם 18.9% הביעו חוסר הסכמה מוחלט, נחקר אחד 2.7% מביע חוסר הסכמה למתן הכשרה כזו, 41 נחקרים שהם 10.8% הביעו חוסר הסכמה לעיתים. (תרשים מספר 3).



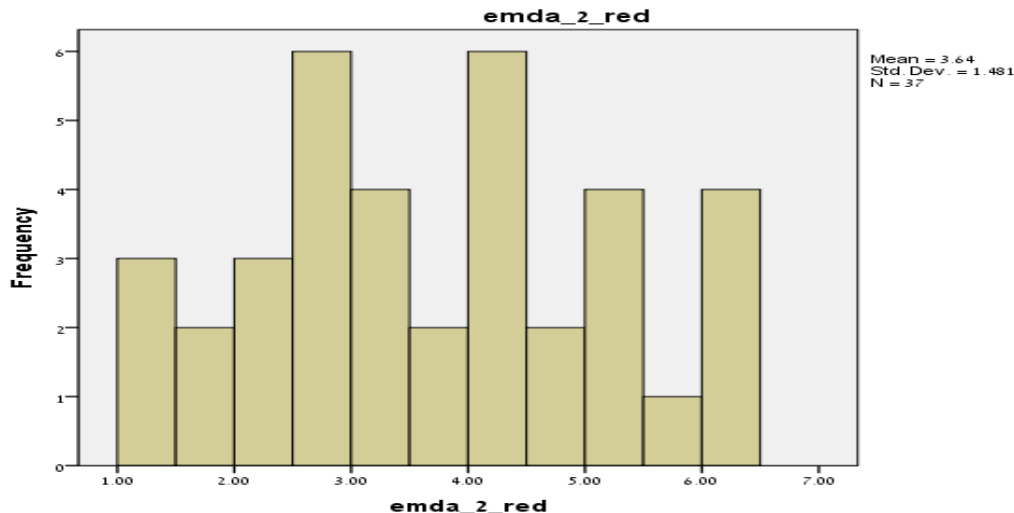
עמדה שנייה כוללת את שאלות מספר 8,9,11, ומדברת על תמיכת הממונים באחות המאתרת מטופלים המשתמשים לרעה בתרופות מרשם:

כאשר נבדקים יטפלו באדם המכור לתרופות מרשם לא כולם בטוחים שיש להם עם מי להתייעץ, 16 נבדקים שהם 43.2% לא מסכימים שיש להם למי לפנות במקרה של טיפול במכור לתרופות מרשם מתוכם 3 נחקרים (8.1%) מבטאים חוסר הסכמה מוחלט, ו4 נחקרים (10.8%) הביעו חוסר הסכמה לעיתים. לעומתם מעט יותר אחיות טוענות שיש להן למי לפנות, כלומר 21 נבדקים שהם 56.7% מביעים הסכמה לכך שיש להן למי לפנות כאשר יטפלו במטופל המכור לתרופות מרשם, מתוכם 4 נבדקים (10.8%) הביעו הסכמה למחצה, ו6 נבדקים (16.8%) הביעו הסכמה, ו11 נבדקים שהם 29.7% מביעים הסכמה מוחלטת.

כאשר נשאלו הנחקרים על ציפיית הממונים לאתר בעיות של שימוש לרעה בתרופות. רוב הנחקרים הביעו הסכמה, 21 נחקרים שהם 56.7%, מתוכם 7 שהם 18.9% הביעו הסכמה למחצה, ו4 נחקרים שהם 10.8% הביעו הסכמה, ו10 נחקרים שהם 27% הביעו הסכמה מוחלטת. רואים בעבודתם כחלק מדרישת הממונים, לעומתם 15 נחקרים שהם 40.5% הביעו חוסר הסכמה, מהם 2 נחקרים שהם 5.4% הביעו חוסר הסכמה מוחלטת, ו5 נחקרים שהם 13.5% הביעו חוסר הסכמה ו8 נחקרים שהם 21.6% הביעו חוסר הסכמה לעיתים. לציין בשאלה זו לא ענה נחקר אחד.

רוב הנחקרים לא מסכימים לכך שהאנמזה הנוכחית כוללת את האפשרות של איתור שימוש לרעה בתרופות, 62.1% שהם 23 נחקרים הביעו חוסר הסכמה, מתוכם 27% שהם 10 נחקרים הביעו חוסר הסכמה מוחלט, ו9 נחקרים שהם 24.3% הביעו חוסר הסכמה ו4 נחקרים שהם 10.8% הביעו חוסר הסכמה לעיתים/למחצה. לעומתם 14 נחקרים שהם 37.8% הביעו הסכמה לכך שיש אפשרות באנמזה לאחר שימוש לרעה בתרופות ומתוכם 8 נחקרים שהם 18.9% מסכימים למחצה, נחקר אחד שמהווה 2.7% מסכים ו6 נחקרים שהם 16.2% מביעים הסכמה מוחלטת לאמרה זו. (תרשים מספר 4)

תרשים מספר 4 : תמיכת ממונים



עמדה שלישית כוללת את שאלות מספר 1,2,3,4 שאלות אלו כוללת את תחושת הנחות של הנבדק לטיפול במכורים לתרופות מרשם:

רוב הנבדקים שהם 24 ומהווים 64.8% אינם מדווחים על חוסר נוחות לטפל באדם המשתמש לרעה או מכור לתרופות מרשם, כ-8 נבדקים שהם 21.6% מדווחים על חוסר הסכמה מוחלטת ו-8 נבדקים נוספים אינם מסכימים, שהם 21.6% ועוד שמונה נחקרים שאינם מסכימים לעיתים, לאמרה זו והם מהווים גם 21.6%. 13 נחקרים שהם 35.1% מכלל האוכלוסייה הנבדקת מדווחים על אי נוחות בטיפול, בהתמכרות לתרופות מרשם, והם מתחלקים לפי רמות, 5 אנשים מסכימים למחצה ומהווים 13.5%. 3 נבדקים נוספים מסכימים לתחושת אי נוחות בטיפול במטופל המכור לתרופות מרשם – אלו מהווים כ-8.1%. 5 נבדקים מסכימים באופן מוחלט לתחושת אי נוחות בטיפול במכורים או משתמשים לרעה בתרופות מרשם.

רוב הנבדקים לא מביעים חשש לדבר עם מטופל חשוד להתמכרות לתרופות מרשם (כפי שמתואר בשאלה שנייה), 72.9% שהם 27 נבדקים לא ימנעו מלדבר עם מטופל על התמכרותו לתרופות מרשם. 14 נבדקים מביעים חוסר הסכמה מוחלט, אלו מהווים 37.8%. חוסר הסכמה סמנו 8 נבדקים המהווים 21.6%. חוסר הסכמה לעיתים סמנו 5 נבדקים שמהווים 13.5%. לעומתם 9 נבדקים שהם 24.3% מכלל האוכלוסייה הנבדקת מביעים אי נוחות כלשהי לדבר עם מטופל החשוד להתמכרות לתרופות מרשם, 3 מהם מהווים 8.1% מסכימים למחצה. נבדק אחד מהווה 2.7% מסכים, ו-5 נבדקים שהם 13.5% סימנו הסכמה מוחלטת לחשש לדבר עם מטופל מכור לתרופות מרשם. לציון נבדק אחד לא ענה על שאלה זו.

באמרה בה כל אחד אחראי על בריאותו ואופן השימוש בתרופות, רוב הנבדקים (23) שמהווים 62.1% מביעים הסכמה כלשהי, כלומר, רואים באדם הפרטי כאחראי לגופו ולשימוש בתרופות. 6 נבדקים המהווים 16.2% הביעו הסכמה למחצה, 8 נבדקים שמהווים 21.6% מסכימים לאמרה זו, ו-9 נבדקים שהם 23.4% מביעים הסכמה מוחלטת לאחריות האדם על בריאותו ואופן נטילת כדורים. לעומת 37.8% שהם 14 מביעים חוסר הסכמה, 2 נבדקים שהם 5.4% מביעים חוסר הסכמה מוחלטת לאחריות האדם על בריאותו. 5 נבדקים שהם 13.5% מביעים חוסר הסכמה ו-7 נבדקים שהם 18.9% מביעים חוסר הסכמה לעיתים להיות אדם אחראי על בריאותו ועל אופן נטילת תרופותיו.

בשאלה האם לשאול אדם על אופן צריכת תרופותיו נתפס כחדירה לפרטיות, רוב הנבדקים אינם מסכימים עם אמרה זו, ענו בחוסר הסכמה לאמרה זו. 27 נבדקים שמהווים 72.9% מתוכם 12, 32.4% ענו בחוסר הסכמה מוחלט, 7 מהם 18.9% ענו בחוסר הסכמה, 8 נבדקים שהם 21.6% ענו בחוסר הסכמה לעיתים. זאת לעומת 10 נבדקים שהם 27% שהביעו הסכמה לכך ששאלה על אופן לקיחת תרופות נתפס כחדירה לפרטיות, מתוכם 7 ענו בהסכמה למחצה שהיו כ-18.9%. נבדק אחד 2.7% ענה בהסכמה ו-21 נבדקים שהם 5.4% מכלל האוכלוסייה ענו בהסכמה מוחלטת. (טבלה מספר 1)

טבלה מספר 1: תחושת נוחות לטפל במכור לתרופות מרשם

emda_3					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.50	3	8.1	8.1	8.1
	1.75	1	2.7	2.7	10.8
	2.00	4	10.8	10.8	21.6
	2.25	4	10.8	10.8	32.4
	2.50	5	13.5	13.5	45.9
	2.75	1	2.7	2.7	48.6
	3.00	4	10.8	10.8	59.5
	3.25	2	5.4	5.4	64.9
	3.50	1	2.7	2.7	67.6
	3.75	1	2.7	2.7	70.3
	4.00	3	8.1	8.1	78.4
	4.25	3	8.1	8.1	86.5
	4.50	2	5.4	5.4	91.9
	4.75	1	2.7	2.7	94.6
	5.00	2	5.4	5.4	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

תפיסת מסוגלות עצמית להענקת טיפול הולם למטופלים המשתמשים לרעה בתרופות מרשם, זוהי בעצם תפיסת מסוגלות עצמית הדורשת ידע מיומנות ויכולת אבחנה

הנבדקים אינם מרגישים שיש להם מספיק ידע בנוגע לגורמים לשימוש לרעה בתרופות מרשם, 56.7% שהם 21 אחיות מביעות תחושה של מחסור בידע בנוגע לגורמים לשימוש לרעה בתרופות מרשם, מהם 8.1% (3 אחיות) מביעים חוסר הסכמה מוחלט לכך שיש להם מספיק ידע, 8.1% (3) מביעים חוסר הסכמה, (15) מביעים חוסר הסכמה לעיתים. לעומתם 43.2% (16) מביעים הסכמה לכך שיש להם מספיק ידע בנוגע לגורמים לשימוש לרעה בתרופות מרשם, מתוכם 21.6% (8) מביעים הסכמה למחצה, 10.8% (4) מביעים הסכמה ו-10.8% (4) מביעים הסכמה מוחלטת.

בשאלה בה נשאלו הנחקרים על היכולת להדריך מטופל למניעת התמכרויות לתרופות מרשם, רוב הנבדקים הביעו הסכמה 62.1% (23). מתוכם 13.5% (5) הביעו הסכמה מוחלטת, 21.6% הביעו הסכמה, 27% (10) הביעו הסכמה למחצה. לעומתם 37.8% (14) הביעו חוסר הסכמה מתוכם 10.8% (4) הביעו חוסר הסכמה מוחלט, 13.5% (5) הביעו חוסר הסכמה לעיתים.

דעת הנבדקים חלוקה לגבי מקומות להפניית מטופלים המכורים לתרופות מרשם לטיפול שונים 48.6% (18) הביעו הסכמה לכך שהם יודעים להיכן לשלוח מטופלים אלו לעומת 48.6% (18) שמביעות חוסר הסכמה לכך. הקולות התחלקו בצורה באה: 18.9% (7) מביעים חוסר הסכמה מוחלט, 10.8% (4) מביעים חוסר הסכמה, 18.9% (7) מביעים חוסר הסכמה לעיתים/ למחצה. 21.6% (8) מביעים הסכמה למחצה, 18.9% (7) הביעו הסכמה, 8.1% (3) הביעו הסכמה מוחלטת. לציין 2.7% מהווה נבדק אחד שלא ענה על שאלה זו.

59.4% (22) מהנחקרים מאמינים שיש בידם ידע מספק לגבי הבעיות הנגרמות משימוש לרעה בתרופות מרשם, מתוכם 13.5% (5) מביעים הסכמה מוחלטת, 8.1% (3) הביעו הסכמה, 37.8% (14) הביעו הסכמה לעיתים. לעומת 40.5% (15) שהביעו חוסר הסכמה, כלומר, לא מסכימים שיש בידיהם מספיק ידע לגבי בעיות הנגרמות משימוש לרעה בתרופות מרשם, מתוכם 8.1% (3) הביעו חוסר הסכמה מוחלט, 16.2% (6) הביעו חוסר הסכמה ועוד 6 נחקרים המהווים 16.2% הביעו חוסר הסכמה לעיתים.

הידע על מחלות נפשיות אצל משתמשים לרעה בתרופות מרשם הביעו הנבדקים דעות שונות 48.6% (18) מביעים חוסר הסכמה כלומר חשים שאין להם מספיק ידע, מתוכם 10.8% (4) מביעים חוסר הסכמה מוחלט, 10.8% (4) מביעים חוסר הסכמה. לעומתם 51.3% (19) חושבים שיש להם ידע בנוגע להתפתחות מחלות נפש אצל משתמשים לרעה בתרופות מרשם, מתוכם 29.7% (11) הביעו הסכמה למחצה. 8.1% (3) מביעים הסכמה, 13.5% (5) מביעים

הסכמה באופן מוחלט. לציין רוב הנבדקים מציינים את הסעיפים 3-4 חוסר הסכמה לעיתים / הסכמה / למחצה שהם 56.7% (21) כלומר רוב הנבדקים נמצאים באמצע הסכלה ולא בקצוות .

הנבדקים הביעו הסכמה 56.7% (21) , לכך שיש להם ידע בנוגע לבעיות חברתיות והמשפחתיות הנגרמות משימוש לרעה בתרופות מרשם. מתוך כל הנבדקים המסכימים שיש להם מספיק ידע לעניין זה, רק 13.5% (5) מביעים הסכמה מוחלטת, 21.8% (8) הביעו הסכמה, 21.8% (8) הביעו הסכמה למחצה . לעומתן 43.2% (16) הביעו חוסר ידע בנושא בכך שלא הסכימו עם האמרה הנ"ל , מתוכם 8.1% (3) מביעים חוסר הסכמה מוחלט, 13.5% (5) מביעים חוסר הסכמה ו 21.6% (8) מביעים חוסר הסכמה למחצה.

51.3% (19) מביעים חוסר הסכמה לכך שיש להם ידע מספק בנוגע לדרכי טיפול באנשים המשתמשים לרעה בתרופות מרשם, 16.2% (6) מביעים חוסר הסכמה מוחלט, 13.5% (5) מביעים חוסר הסכמה, 21.6% (8) מביעים חוסר הסכמה לעיתים . לעומתן 46.8% (18) מביעים הסכמה לכך שיש להם ידע מספק בנוגע לדרכי טיפול באנשים המשתמשים לרעה בתרופות מרשם, מתוכם 29.7% (11) מסכימים למחצה, 13.5% (5) הביעו הסכמה ורק 5.4% (2) הביעו הסכמה מוחלטת.

לשאלה האם יש לך את היכולת לאבחן או לזהות אנשים המשתמשים לרעה בתרופות מרשם, 48.6% (18) מביעים חוסר הסכמה, מתוכם 8.1% (3) הביעו חוסר הסכמה מוחלט, 16.2% (6) הביעו חוסר הסכמה, 24.3% (9) הביעו חוסר הסכמה לעיתים , לעומתם 51.3% (19) הביעו הסכמה לכך שיש להם יכולת זיהו ואבחון אנשים המכורים לתרופות מרשם, מתוכם 24.3% (9) הביעו הסכמה למחצה , 18.9% (7) הביעו הסכמה, ורק 3 נבדקים המהווים 8.1% הביעו הסכמה מוחלטת.

תוצאות שאלות הידע

נציין שישנם שישה נחקרים שלא ענו כלל על שאלון הידע, והם מהווים 16.2%

הטיפול באנשים המשתמשים לרעה בתרופות מרשם שונה ממכורים לסמים או אלכוהול, אמרה זו לא נכונה, רק 37.8% (14) ענו באופן נכון לעומת 40.5% (15) שטעו בתשובתם, רק 4% (2) סמנו לא יודע.

אנשים המכורים לתרופות מרשם שונים מאלכוהוליסטים או מכורים לסמים, אמרה זו לא נכונה וסימנו תשובה זו 45.9% (17) שהם כמעט מחצית מהאוכלוסייה הנבדקת . לעומתם 29.7% (11) טעו בתשובה, ורק 8.1% (3) ענו לא יודע.

צוות רפואי או סעודי חשופים יותר להתמכרות לתרופות מרשם, 40.5% (15) צדקו בתשובה לעומת 29.7% (11) טעו בתשובה, 13.5% (5) ענו לא יודע.

מחוסרי השכלה מפגינים יותר נטייה לשימוש לרעה בתרופות מרשם, 24.3% (9) צדקו בתשובה לעומת 43.2% (16) שטעו בתשובה, 16.2% (6) סמנו תשובה כלא יודע.

מבוגרים מגיל ששים וחמש חשופים יותר להתמכרות לתרופות מרשם, 37.8% (14) צדקו בתשובתם לעומת 29.7% (11) טעו בתשובתם, 16.2% (6) ענו לא יודע.

ילדים ובני נוער נמצאים בסיכון יתר להתמכרות לתרופות מרשם, 27% (10) צדקו בתשובתם, לעומת 35.1% (13) שטעו בתשובתם, 21.6% (8) ענו לא יודע.

התמכרות לתרופות מרשם גורמת פחות נזק מאשר התמכרות לסמים ואלכוהול, 64.9% (24) צדקו בתשובתם לעומת 16.2% (6) שטעו בתשובתם, 2.7% (1) ענה לא יודע.

ההתמכרות לסמי הרגעה וכדורי שינה יכולה להתפתח תוך מספר שבועות, 51.4% (19) צדקו בתשובתם, לעומת 18.9% (7) טעו בתשובתם, 10.8% (7) ענו לא יודע.

נטילת כדורי שינה או סמי הרגעה בהריון עלולה לגרום לתסמונת "התינוק השמוט", 51.4% (19) צדקו בתשובתם, לעומת 2.7% (1) שגה בתשובתו, 29.7% (11) ענו ולא יודע.

להתמכרות לתרופות מרשם יש השלכות חברתיות כמו למכורים לסמים ואלכוהול, 40.5% (15) צדקו בתשובתם, לעומת 35.1% (13) טעו בתשובתם, 8.1% (3) ענו לא יודע.

במבחני ANOVA נמצאו הנתונים הבאים:

לא נמצאו קשרים בין תפיסת התפקיד לגיל במובהקות של 0.152. לא נמצא קשר בין תמיכת ממונים לגיל האחות במובהקות של 0.870. לא נמצא קשר בין תפיסת מסוגלות עצמית לגיל במובהקות של 0.933. וכן אין קשר בין ידע לגיל במובהקות של 0.653.

לציין שנמצא קשר בין תחושת נוחות לטפל במכור לתרופות מרשם לגיל האחות, ככול שהאחות צעירה יותר כך תחושת הנוחות לטפל במכור לתרופות מרשם גדולה יותר. (במובהקות של 0.019). (ראה טבלה מספר 2).

טבלה מספר 2: קשר בין גיל לשאר המשתנים

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
emda_1	Between Groups	6.792	3	2.264	1.885	.152
	Within Groups	38.435	32	1.201		
	Total	45.227	35			
emda_2	Between Groups	.779	3	.260	.147	.931
	Within Groups	56.658	32	1.771		
	Total	57.437	35			
emda_2_red	Between Groups	1.716	3	.572	.237	.870
	Within Groups	77.138	32	2.411		
	Total	78.854	35			
emda_3	Between Groups	10.275	3	3.425	3.809	.019
	Within Groups	28.772	32	.899		
	Total	39.047	35			
emda_total	Between Groups	4.290	3	1.430	2.407	.085
	Within Groups	19.012	32	.594		
	Total	23.302	35			
perception	Between Groups	.639	3	.213	.144	.933
	Within Groups	47.252	32	1.477		
	Total	47.891	35			
knowledge	Between Groups	1257.505	3	419.168	.548	.653
	Within Groups	24463.340	32	764.479		
	Total	25720.845	35			

לא נמצא קשר בין תפיסת תפקיד ומין הנבדק/ת במובהקות של 0.318. לא נמצא קשר בין תמיכת ממונים למין במובהקות של 0.760. לא נמצא קשר בין תחושת נוחות לטיפול במטופל המכור לתרופות מרשם למין במובהקות של 0.477. לא נמצא קשר בין תפיסת מסוגלות למין במובהקות של 0.354. לא נמצא קשר בין רמת הידע של האמות למין במובהקות של 0.265.

לא נמצא קשר בין תפיסת תפקיד לרמת דתיות במובהקות של 0.158. לא נמצא קשר בין תמיכת ממונים לרמת דתיות של הנבדקים במובהקות של 0.800. לא נמצא קשר בין תחושת נוחות לטיפול במטופל המכור לתרופות מרשם לבין רמת דתיות במובהקות של 0.124. לא נמצא קשר בין תחושת מסוגלות ורמת דתיות במובהקות של 0.490. לא נמצא קשר בין ידע ורמת דתיות במובהקות של 0.630.

לא נמצא קשר בין תפיסת תפקיד וסוג האחות (מוסמכת או לא) במובהקות של 0.158. לא נמצא קשר בין תמיכת ממונים לסוג האחות במובהקות של 0.800. לא נמצא קשר בין תחושת נוחות לטפל במכור לתרופות מרשם לבין סוג האחות במובהקות של 0.124. לא נמצא קשר בין תפיסת מסוגלות וסוג האחות במובהקות של 0.490. לא נמצא קשר בין רמת ידע לסוג האחות במובהקות של 0.469.

לא נמצא קשר בין תפיסת תפקיד למצב משפחתי במובהקות של 0.325. לא נמצא קשר בין תמיכת ממונים למצב משפחתי במובהקות של 0.112. לא נמצא קשר בין תחושת נוחות לטיפול במטופל המכור לתרופות מרשם לבין מצב משפחתי במובהקות של 0.66. לא נמצא קשר בין תפיסת מסוגלות עצמית למצב משפחתי במובהקות של 0.85. לא נמצא קשר בין רמת ידע האחות בתחום לבין מצב משפחתי במובהקות של 0.366.

לא נמצא קשר בין תפיסת תפקיד לבין הכשרה לקורס על בסיסי במובהקות של 0.139. לא נמצא קשר בין תמיכת ממונים להכשרת קורס על בסיסי במובהקות של 0.341. לא נמצא קשר בין תחושת נוחות לטפל במטופל המכור לתרופות מרשם לבין הכשרת קורס על בסיסי במובהקות של 0.866. לא נמצא

קשר בין תפיסת מסוגלות עצמית לבין הכשרת קורס על בסיסי במובהקות של 0.293. לא נמצא קשר בין רמת ידע האחות בתחום לבין הכשרת קורס על בסיסי במובהקות של 0.582.

לא נמצא קשר בין תפיסת תפקיד לבין ניסיון במחלקה פסיכיאטרית במובהקות של 0.372. לא נמצא קשר בין תמיכת ממונים לניסיון במחלקה פסיכיאטרית במובהקות של 0.725. לא נמצא קשר בין תחושת נוחות לטפל במטופל המכור לתרופות מרשם לבין ניסיון במחלקה פסיכיאטרית במובהקות של 0.492. לא נמצא קשר בין תפיסת מסוגלות עצמית לבין ניסיון במחלקה פסיכיאטרית במובהקות של 0.317. לא נמצא קשר בין רמת ידע האחות בתחום לבין ניסיון במחלקה פסיכיאטרית במובהקות של 0.253.

לא נמצא קשר בין תפיסת תפקיד לבין הכשרה בתחום ההתמכרות במובהקות של 0.436. לא נמצא קשר בין תמיכת ממונים להכשרה בתחום ההתמכרויות במובהקות של 0.421. לא נמצא קשר בין תחושת נוחות לטיפול במטופל המכור לתרופות מרשם לבין הכשרה בתחום ההתמכרויות במובהקות של 0.36. לא נמצא קשר בין תפיסת מסוגלת עצמית לבין הכשרה בתחום ההתמכרויות במובהקות של 0.177. לא נמצא קשר בין רמת הידע בתחום לבין הכשרה נוספת בתחום ההתמכרויות במובהקות של 0.192.

במבחני קורלציה נמצאו הנתונים הבאים:

לא נמצאה קורלציה בין שנות ניסיון/ותק מקצועי ותפיסת מסוגלות (מובהקות 0.539). לא נמצאה קורלציה בין רמת ידע בתחום לבין שנות ותק (מובהקות של 0.691). לא נמצאה קורלציה בין תפיסת תפקיד לבין ותק מקצועי (מובהקות 0.415). לא נמצאה קורלציה בין תמיכת ממונים לוותק מקצועי (מובהקות של 0.917). לא נמצאה קורלציה בין תחושת נוחות לטפל במכורים לתרופות מרשם לוותק מקצועי (מובהקות 0.246).

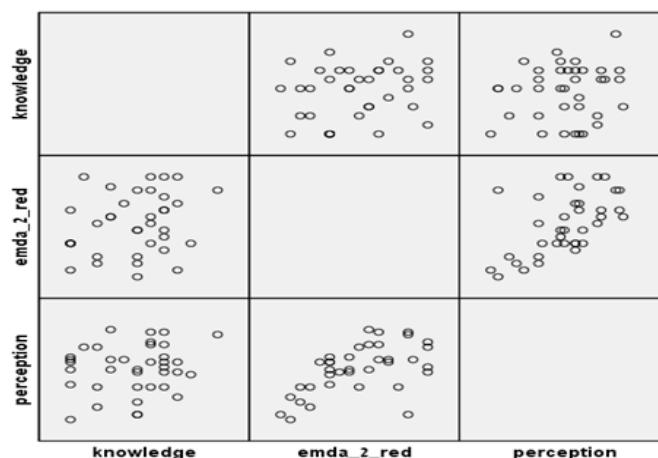
לא נמצאה קורלציה בין תפיסת מסוגלות לידע מקצועי בתחום (מובהקות 0.339). לא נמצאה קורלציה בין תפיסת תפקיד לרמת ידע (מובהקות 0.248). לא נמצאה קורלציה בין תמיכת ממונים לרמת ידע מקצועי בתחום (מובהקות 0.117). לא נמצאה קורלציה בין תחושת נוחות לרמת ידע (מובהקות 0.451).

נמצאה קורלציה בין תפיסת מסוגלות עצמית ותפיסת תפקיד (מובהקות 0.003).

נמצאה קורלציה בין תפיסת מסוגלות עצמית ותמיכת ממונים (מובהקות 0.000).

לא נמצאה קורלציה בין תפיסת תפקיד ותמיכת ממונים (מובהקות 0.44). לא נמצאה קורלציה בין תחושת נוחות לטפל במכור לתרופות ותמיכת ממונים (מובהקות 0.212). לא נמצאה קורלציה בין תפיסת מסוגלות עצמית ותחושת נוחות לטיפול במכור לתרופות מרשם (0.248). (ראה גרף 1).

גרף מספר 1: קורלציה בין המשתנים



השערות המחקר אומתו, הידע של אחיות העובדות במחלקות הפנימיות מועט ביחס להתמכרות לתרופות מרשם. עמדות של אחיות העובדות במחלקות הפנימיות לגבי התמכרות לתרופות מרשם הן מוגבלות. אך נמצא שתפיסת מסוגלות עצמית של האחות גבוהה אך ככול שתמיכת ממונים יורדת כך יורדת גם תפיסת מסוגלות העצמית של האחות ולכן גם השערה זו אומתה ואכן תפיסת מסוגלות עצמית והכשרה של אחיות העובדות במחלקות הפנימיות כלפי התמכרות לתרופות מרשם נמוכה.

דיון

(Chidlaw &Peckover,2007) מתארים במאמרם את חוסר הידע והמיומנויות של האחיות בנוגע למכורים לסמים ואף מתארים את האחיות כבעלות סטיגמות שליליות כלפי המכורים, במחקר זה הוכחנו שהאחיות בעלות ידע נמוך לגבי המכורים לתרופות מרשם, זאת למרות שהאחיות מגדירות עצמן כבעלות ידע להדרכת טיפול תרופתי בצורה נכונה, ואף יש בידי האחיות ידע בנוגע לבעיות הנגרמות משימוש לרעה בתרופות מרשם או התמכרות אחרת כמו בעיות חברתיות ומשפחתיות, חוסר הידע של האחיות לפי מחקר זה מתבטא בקבוצות בעלות פוטנציאל להתמכרות כמו צוות סיעודי, בני נוער, וקשישים, וכן מודעות פחותה לגבי התפתחות בעיות פסיכיאטריות אצל מכורים לתרופות מרשם.

חוסר הידע העיקרי של האחיות מתבטא בעיקר בתחום הגמילה ודרכי הטיפול, לאחיות אין מידע קונקרטי לאן לשלוח מטופל מכור, היכן יש טיפולים ואילו טיפולים נחשבים יעילים יותר ואילו טיפולים יעילים פחות.

למרות הידע המוגבל של האחיות, האחיות עדיין תופסות כתפקידן לזהות ולטפל במכור לתרופות מרשם ואף לדעתן נדרש מהן מצד הממונים לאתר בעיות של התמכרות לתרופות מרשם. כפועל יוצא של הנאמר כאן האחיות מעוניינות להכניס לאנמנזה הסיעודית הקיימת שאלה על התמכרות לתרופות מרשם ואף אינן מרגישות חוסר נוחות לשאול את המטופל על התמכרותו לתרופות מרשם, נמצא גם שככול שאחות היא צעירה יותר כך תחושת הנוחות שלה עלתה בטיפול במכור לתרופות מרשם. תפיסת התפקיד בעיני האחיות הוא פן חשוב ביותר בזיהוי המטופל ומתן טיפול נאות.

תפיסת האחיות מושפעת גם מתמיכת הממונים בעיניה, במחקר זה מצאנו שהאחות מרגישה שתמיכת הממונים בה נמוכה כלומר לא חשה שיש לה עם מי להתייעץ או לעזור לה, בנוגע לטיפול במכור לתרופות מרשם, מצד שני האחיות לדעתן, נדרשות מצד הממונים עליהן לאתר מטופלים המכורים לתרופות מרשם וכך נוצר קונפליקט בין יכולות זיהוי גבוהות באיתור מכור לתרופות מרשם, לבין היכולת לטפל בהם עם תמיכת ממונים שנתפסת בעיני האחיות כנמוכה.

(Carta, Happell &Pinikahana, 2002 ו Ben-Natan,Beyil &Neta(2009 מדברים על איכות טיפול ירודה במכור לסמים או לאלכוהול, דבר זה נובע לדעתם מחוסר ידע, טיפול אינטנסיבי וקשה במכורים וחוסר הכשרה נכונה בעניין המכורים, כיום, לדעתנו, עדיין איכות הטיפול ירודה במכורים לתחליף כלשהו, מסיבות שונות כמו תמיכת ממונים נמוכה, חוסר ידע, אך עם זאת תפיסת המסוגלות של האחיות גבוהה והן מבינות את החשיבות של הטיפול במכור ואף מביעות עניין בהכשרה בנושא.

במחקר זה סקרנו מעט גם את חוות הדעת ועמדות של הרופאים, מתוך חשיבה שאחיות ורופאים עובדים בשיתוף פעולה למען המטופל ויחד הם יכולים לתת טיפול טוב יותר. לפי מחקר של פלג, פלג ושוורצמן (1999) הרופאים גם מדווחים על חוסר ידע בתחום התמכרויות ואף חשש לטפל במכורים לתחליפים, גם אדלר (2008) מתאר חוסר הכשרה נאותה בתחום ההתמכרויות, לברן מתאר חוסר או התעלמות של אנמנזה הרופא בנוגע להתמכרויות, אך גם כאן מתואר רצון הרופאים להכשרה בנושא מכורים לסמים, אלכוהול ותרופות מרשם.

במחקר זה נכחנו לדעת ולהכיר את חשיבות הטיפול ההולם במכורים לתרופות מרשם, טיפול הולם כולל מיומנויות זיהוי וטיפול של אחות, הכרה וטיפול של הרופא וכמובן ידע שישביח את מיומנויות הטיפול, כפי הנמצא אחיות ורופאים בעלי ידע מוגבל או נמוך, קיימת תמיכת ממונים נמוכה ולפיכך גם מיומנויות הטיפול במכור יורדות. האחיות לפי מחקר זה מביעות רצון להכשרה שתפתח אצלן את הידע בטיפול במכורים לתרופות מרשם ובכלל, דבר זה הכרחי וישפר באופן מדי את הטיפול ויאפשר טיפול הולם, יעיל, במכורים לתרופות מרשם ובכלל.

סיכום

המכורים לתרופות מרשם כמו המכורים לסמים או לאלכוהול חווים כל יום הישרדות מחדש ועושים הכול על מנת להשיג את החומר המבוקש, חיפוש זה אחר התרופה או הסם, פוגע בשגרת חייהם היומיומי עד חוסר תפקוד טוטאלי. ההתמכרות עלולה לגרום לבעיות חברתיות, משפחתיות, ונפשיות שונות. המכור מגיע אל האחות במחלקה פנימית במצב קשה מאוד כאשר הוא לרוב מוזנח ובעל בעיות גופניות שונות ומגוונות, על האחות לטפל בבעיה לשמה המכור הגיע ובנוסף המכור זקוק לטיפול רב מערכתי שלם הכולל עובדת סוציאלית, קשרים עם עובדת סוציאלית בקהילה, ולעיתים חיפוש אחר מקומות לגמילה, האחיות אמונות על הטיפול הכוללני הזה, לערב צוות רב תחומי לשאול את השאלות המתבקשות לגבי ההתמכרות וכמובן לתת טיפול סיעודי ורפואי נאות. כיום האחיות חסרות ידע בתחום ההתמכרויות ובעלות מיומנויות טיפול נמוכות עקב תמיכת ממונים נמוכה, אך במחקרנו זה ניתן לראות שהאחות בעלות רצון לקבל הכשרה בנושא התמכרויות על מנת להגדיל את הידע, ליעל מיומנויות טיפול ולתת טיפול הולם ככול שניתן למכורים לתרופות מרשם. לכן המלצתנו מעבודה זו היא ליצור הכשרה מתאימה לאחיות וממונים במערכת הבריאות בתחום ההתמכרויות על מנת לשפר איכות טיפול במכור, הכשרה כזו תוריד סטיגמות שליליות על מכורים, תשפר מיומנויות טיפול, תעשיר את הידע ותעלה את תמיכת הממונים בצוות הסיעודי, ותיצור טיפול הולם במכור, טיפול יעיל ידרבן ויתמוך במכור לגמילה במטרה להחזירו לשוק העבודה ומכאן חשיבותו הרבה של הכשרה כזו.

מסקנות

על מנת לעודד את הצוות הסיעודי לפעול למניע וטיפול בהתמכרויות לתרופות מרשם מומלץ: לבנות קורס אשר יעשיר את הידע ויפתח מיומנויות טיפול בנושא התמכרות לתרופות מרשם. להעלות את מודעות הממונים לצורך לשפר את תמיכת המערכת בדרכים שונות על מנת לעודד את הצוות הסיעודי לפעול בתחום ההתמכרות לתרופות מרשם.

ביבליוגרפיה

- אזרחי, י., בר-המבורגר, ר., ניראל, ר., ורוזינר, א. (2009). השימוש בחומרים פסיכו אקטיביים בקרב תושבי מדינת ישראל 2009: מחקר אפידמיולוגי VII, הרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול, ירושלים.
- פלג, א., פלג, ר. ושוורצמן, פ. (1999). ידע עמדות והכשרת רופאי משפחה בנגב לגבי תופעת השימוש בסמים לא חוקיים. הרפואה. כרך 137, חוברת ז'-ח'.
- Adler, S., Fennig, S., Lev-Ran, S. & Nitzan, U. (2013). Attitudes towards nicotine, alcohol and drug dependence among physicians in Israel. Journal of substance abuse treatment (Vol.44.1.pp:84-89).
- Alford, D.P., Hopper, J.A., Isaacson, J.H. & Parran, T. (2005). Prescription drug use and abuse. Risk factors, red flags, and prevention strategies. Postgraduate medicine (Vol.118.1.pp:19-26).
- American Psychiatric Association (APA) (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text revision) (DSM- IV). Arlington, VA: Author.
- Ben-Nanat, M., Beyil, V. & Neta, O. (2009). Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the theory of reasoned action. International Journal of Nursing Practice (Vol.15.pp:566-573).
- Carta, B., Happell, B. & Pinikahana, J. (2002). Nurses' knowledge, attitudes and beliefs regarding substance use: a questionnaire survey. Nursing and Health sciences (Vol.4.pp:193-200).

Chidlaw, R.G. & Peckover, S. (2007). Too frightened to care? Accounts by district nurses working with clients who misuse substances. Health and social care in the community. (Vol.15, pp:238-245).

Dixon, W.A., Donovan, K.A., Krug, K.S. & Weigel, D.J. (2007). Prescription opioid abuse and dependence: Assessment strategies for counselors. Journal of counseling and development (Vol.85, pp:211-215).

Fenton, M.C., Hasin, D.S., Keyes, K.M. & Martins, S.S. (2010). The role of a prescription in anxiety medication use, abuse, and dependence. The American Journal of Psychiatry. (Vol.167, pp:1247-1253).

נספחים השאלונים.

שאלון ידע עמדות ותפיסת מסוגלות לטפל של צוות סיעודי לגבי שימוש לרעה לתרופות מרשם

אח/ות יקר/ה,

במסגרת לימודנו לתואר שני, במחלקה לסיעוד באוניברסיטת בן גוריון בנגב, אנו עורכת מחקר הבדוק ידע ועמדות של אחיות כלפי התופעה של שימוש לרעה ב*תרופות מרשם.

השאלון הוא אנונימי, והתשובות ישמשו לחקר הנושא ולפרסום אקדמי בלבד.

בתודה מראש על שיתוף הפעולה,

שאלון פרטים דמוגרפים

1. מין: 1. זכר 2. נקבה
2. גיל: _____
3. מוצא: _____
4. דת: 1. חילוני 2. מסורתי 3. דתי 4. חרדי
5. מצב משפחתי: 1. רווק/ה 2. נשוי/אה 3. גרושה 4. פרוד/ה 5. אלמן/ה
6. הינך אחות: 1. מעשית 2. מוסמכת בלי תואר 3. מוסמכת עם תואר
7. אם הינך אח/ות מוסמכת עם תואר הינך בעלת 1. תואר ראשון 2. תואר שני ומעלה
8. האם עברת קורס על בסיסי אחד לפחות 1. כן 2. לא
9. ותק במקצוע: _____ שנים.
10. האם עבדת מתישהו בבי"ח/ במחלקה פסיכיאטרית 1. כן 2. לא
11. האם קיבלת אי פעם הכשרה בנושא התמכרויות לסמים? 1. כן 2. לא
12. במידה שכן פרטי/ _____

אנא דרג/י את מידת הסכמתך עם ההיגדים הבאים:

- 1 - מבטא "חוסר הסכמה מוחלט" 6 - מבטא "הסכמה מוחלטת"

עמדות כלפי שימוש לרעה/התמכרות לתרופות מרשם						
1	2	3	4	5	6	
						במידה שאתקל באדם החשוד כמשתמש לרעה בתרופות מרשם ארגיש אי נוחות לטפל בו
						במידה ואתקל באדם החשוד כמשתמש לרעה בתרופות מרשם, אמנע מלדבר איתו על כך

							אני מרגישה/ה שכל אחד אחראי על בריאותו ועל האופן בו הוא משתמש בתרופות
							אני מרגישה/ה שזוהי חדירה לפרטיות לשאול אדם לגבי הרגלי השימוש שלו בתרופות
							אני מאמינה/ה שחשוב לכלל באנמנזה אומדן לשימוש לרעה בתרופות מרשם
							אני מאמינה/ה שאומדן סיכון לשימוש לרעה בתרופות מרשם הינו חלק מתפקידי
							אני מאמינה/ה שהמטופלים חושבים שיש לי הזכות לשאול אותם לגבי דפוסי השימוש שלהם בתרופות
							אני מאמינה/ה שבמידה שאתקל במטופל המשתמש לרעה בתרופות, אמצע בקלות מישהו שאוכל להתייעץ איתו בנוגע לטיפול בו
							הממונים עלי מצפים ממני לזהות ולטפל בבעיות של שימוש לרעה בתרופות מרשם
							אני מאמינה/ה שאופן השימוש בתרופות מרשם צריך להיות נתון לשיקול דעתו של כל אדם
							האנמנזה הסיעודית בה אני משתמשת/ת מאפשרת אבחון שימוש לרעה בתרופות מרשם
							במידה שהיו מציעים הכשרה בנושא שימוש לרעה בתרופות מרשם הייתי משתתפת ברצון

תפיסת מסוגלות להענקת טיפול הולם למטופלים המשתמשים לרעה בתרופות מרשם						
1	2	3	4	5	6	
						13. אני מרגישה/ה שיש לי מספיק ידע לגבי הגורמים לשימוש לרעה בתרופות מרשם
						14. אני מרגישה/ה שאני יכולה/ה להדריך מטופלים למניעת התמכרות לתרופות מרשם
						15. אני יודעת למי להפנות מטופלים המשתמשים לרעה בתרופות מרשם
						16. אני מרגישה/ה שיש לי ידע מספק לגבי הבעיות הפיזיות הנגרמות משימוש לרעה בתרופות מרשם.
						17. אני מרגישה/ה שיש לי ידע מספק לגבי הבעיות הנפשיות הנגרמות משימוש לרעה בתרופות מרשם.
						18. אני מרגישה/ה שיש לי ידע מספק לגבי הבעיות החברתיות/משפחתיות הנגרמות משימוש לרעה בתרופות מרשם.
						19. אני מרגישה/ה שיש לי מספיק ידע לגבי דרכי הטיפול באנשים שמשתמשים לרעה בתרופות מרשם
						20. אני מרגישה/ה שיש לי יכולת לאבחן ולזהות אנשים המשתמשים לרעה בתרופות מרשם

אנא סמן/ני את התשובה הנכונה לדעתך.

21. הטיפול באנשים המשתמשים לרעה בתרופות מרשם צריך להיות שונה מאשר לסמים או אלקוהול

1. נכון 2. לא נכון 3. לא יודעת/ת

22. אנשים המשתמשים לרעה בתרופות מרשם, שונים מאנשים המכורים לסמים או אלקוהול

1. נכון 2. לא נכון 3. לא יודע/ת
23. צוותים סיעודיים נמצאים בסיכון יותר גבוה מאחרים להתמכרות לתרופות מרשם
1. נכון 2. לא נכון 3. לא יודע/ת
24. אנשים חסרי השכלה, יפגינו יותר נטייה לשימוש לרעה בתרופות
1. נכון 2. לא נכון 3. לא יודע/ת
25. מבוגרים מגיל ששים וחמש נמצאים בסיכון יתר להתמכרות לתרופות מרשם
1. נכון 2. לא נכון 3. לא יודע/ת
26. ילדים ובני נוער נמצאים בסיכון יתר להתמכרות לתרופות מרשם
1. נכון 2. לא נכון 3. לא יודע/ת
27. התמכרות לתרופות מרשם גורמת פחות נזק מאשר התמכרות סמים ואלכוהול
1. נכון 2. לא נכון 3. לא יודע/ת
28. התמכרות לסמי הרגעה ולכדורי שינה עשויה להיווצר תוך שבועות ספורים של שימוש
1. נכון 2. לא נכון 3. לא יודע/ת
29. נטילת סמי הרגעה או כדורי שינה בהריון עלולה לגרום ל"תסמונת התינוק השמוט"
1. נכון 2. לא נכון 3. לא יודע/ת
30. להתמכרות לתרופות מרשם השלכות חברתיות כמו להתמכרות לסמים ואלכוהול
1. נכון 2. לא נכון 3. לא יודע/ת

4.9 תת-מחלקה קרדיולוגית במרכז הרפואי "ברזילי" בראייה אסטרטגית. אבוטבול סנדרה, אבוטבול ויקי, רכטמן גנדי ואלעפיניש אמינה.

תמצית מנהלים

המערך הקרדיולוגי במרכז הרפואי ברזילי משרת לרוב את אוכלוסיית אשקלון והסביבה ועוסק באבחון, טיפול ומניעת מחלות לב בחולים מאושפדים ואמבולטוריים. הטיפול נעשה בשלב והחד והכרוני. תת-היחידה הקרדיולוגית הינה חלק מהמערך, ממוקמת בתוך המחלקה הפנימית ומיועדת לאשפוז- ביניים של מטופלים המקבלים טיפול במסגרת המערך. המערך כיום מצוי בתנופה ובשלב שבו הוא מסוגל להציע בדיקות וטיפולים ברמת איכות גבוהה לעמוד בתחרות מול מערכים אחרים ולפעול בהיקף גדול יותר. הסיבה היחידה המונעת מליישם דברים אלה במלואם, הינה מספר מקומות אישפוז מצומצם יחסית שמציעה התת-יחידה. על כן, קיים חוסר מתאם בין היקף הפעילות שהמערך מסוגל כיום להציע לבין היקף הפעילות בתת-היחידה, דבר שהופך את המשך קיומה בפרמטרים הנוכחיים כלא כדאי מבחינה כלכלית- כרוך בהפסדים כלכליים, ומקצועית- המערך איננו ממצא באופן אופטימלי את יכולותיו. נתונים אלה היוו עבורינו רציונל להתערבות ברמה האסטרטגית, במטרה להרחיב, לשדרג ולהכשיר את התת-יחידה למחלקה המספקת תשתית עבודה בהתאם להיקף שירותי המערך. החזון עבורינו, מעבר להרחבת הפעילות, הוא שהמחלקה העתידה להשתדרג ולגדול תהיה בעלת יתרון תחרותי ייחודי הנובע מהתמקצעות

בבדיקות, טיפולים וההון האנושי, תפעל ממקום של שיווק ותחרות בענף הקרדיולוגיה במדינת ישראל ומחוצה לה, תגדיל את קהל היעד, תשיג הכרה ציבורית ואקדמאית ותניב רווחים.

למטרת קידום החזון והייעוד, תחילה הוצג הארגון וענף הקרדיולוגיה בישראל ונבחנו על ידינו מספר מאפיינים ברמה הארגונית כגון: שרשרת הערך ומטריצת הצמיחה המשותפת, S-7 של McKinsey, נותחה סביבת המיקרו ע"י מודל חמשת הכוחות של פורטר וסביבת המאקרו ע"י ניתוח PEST, ניתוח SWOT מסכם ובחירת כיוונים אסטרטגיים באמצעות המודל של Igor Ansoff. הוצגו 3 חלופות אסטרטגיות, שהינן:

- הגוונה- של השירות הניתן במסגרת המערך
- העמקת חדירה- של השירות הקיים במסגרת השוק המתפתח
- בידול ומיקוד- פיתוח יתרון התמחותי- תחרותי ומיצובו עבור קהל היעד מכלל איזורי מדינת ישראל ומחוצה לה.

שלושת החלופות נשקלו ביסודיות ונבחנו בעזרת 6 קטריונים- תאימות, ישימות, התקבלות ע"י העובדים, עקביות, תקפות ופגיעות. החלופה שנבחרה על ידינו כמתאימה ביותר והמשרתת בצורה האופטימלית ביותר את מטרת העל וצרכי הארגון, הינה מיקוד ובידול. חלופה זו מכוונת להשתלבות בשוק הענף ע"י יצירת יתרון תחרותי בתחומים בהם המערך מצטיין- שהינם בדיקות וטיפולים יחודיים המתאפשרים בזכות מכשור וציוד ביו- טכנולוגי משוכלל והון אנושי מקצועי, מוכשר ומשובח. התוכנית המפורטת תצא לפועל בחצי השנה הקרובה ותהליכי יישומה המלא מפורטים בגוף עבודה זו. בנוסף ליישום, ההמלצות לטווח הרחוק יותר הינן המשך ההתעדכנות השוטפת בחידושי הענף והביו- טכנולוגיה מתוך השאיפה לשלבם במערך והמשך הגדרת ההתמקצעות הייחודית בטיפולים רווחיים מבחינה כלכלית וכן המשך ההשקעה בתחום המחקר והפיתוח הרפואי.

מבוא

לפני כחמש שנים הוקמה בתוך המחלקה פנימית א' במרכז הרפואי "ברזילי" תת-יחידה קרדיולוגית כחלק מהמערך הקרדיולוגי הקיים במרכז. במסגרת עבודה זו נציג המלצות תכנון חדשות בראייה האסטרטגית, אשר יקדמו תת-יחידה זו למחלקה התואמת להיקף הפעילות של המערך הקרדיולוגי, יחידה בעלת יתרון תחרותי, המניבה רווחים והמובילה את המערך כולו להשתלבות במקום של שיווק ותחרות בענף הקרדיולוגי הקיים כיום במדינת ישראל ומחוצה לה.

הצגת הארגון

תחומי פעילות עיקריים

המערך הקרדיולוגי עוסק באבחון, טיפול ומניעת מחלות לב בחולים מאושפזים ואמבולטוריים.

הטיפול במחלות לב נעשה בשלב החד והכרוני.

יחידות רפואיות במערך הקרדיולוגי והפעילות המבוצעת

1. תת-יחידה קרדיולוגית לאישפוז מטופלים:

- לאחר אירוע לבבי והזקוקים להשגחה
 - לפני ואחרי צינתורים והשתלת קוצבים
 - הסובלים מאי-ספיקה לבבית קשה
- המטופלים מופנים ליחידה זו באופן דחוף או אלקטיבי ממיון, מיחידות המערך הקרדיולוגי או ממחלקות האשפוז.

2. היחידה לטיפול נמרץ לב- מענה למצבים הדחופים ברפואת הלב.

3. היחידה לקרדיולוגיה התערבותית/ מכון צינתורים

עוסקת באבחון וטיפול פולשני, ומבצעת צינתורים אבחוניים וטיפוליים לחולים אמבולטוריים והמאושפזים וצינתורים דחופים לחולים בשלב החד של אוטם שריר הלב מיד לאחר קבלתם למיון.

א. צינטור אבחנתי: הדגמת העורקים הכליליים, מיקום החסימות, חומרתן וצורתן, תפקוד המסתמים ושריר החדר השמאלי ובהתאם לכך לקבוע מדיניות הטיפול המתאימה.

ב. צינתור טיפולי/אנGIOפלסטיה בצנתר בלון (PCI / PTCA) הרחבת חסימות/הצרות באמצעות בלון וסטנט בעורקים הכליליים לחידוש אספקת הדם לשריר הלב.

4. היחידה לאלקטרופיזיולוגיה וקוצבי לב

עוסקת באבחון טיפול בהפרעות קצב הלב:

- א. מהירות-ע"י צנתורים חשמליים וגלי רדיו
- ב. איטיות- באמצעות השתלת קוצבים: חד, דו או תלת לשכתיים ודפיברילטורים (CRTD) מהסוג החדש ביותר
- ג. בדיקות אלקטרופיזיולוגיות- (EPS)
- ד. אבולציות- צריבת המוקדים האחראיים להפרעות הקצב
- ה. במקרי אי"ס לב- השתלת אלקטרודה שלישית על גבי חדר שמאל

5. היחידה לקרדיולוגיה לא פולשנית:

- א. אקוקרדיוגרם (אקו לב)- דימות הלב באופן לא פולשני
- ב. אקו לב תלת- מימדי, שיטה חדישה, אשר פרט ליחידה הנוכחית, נמצאת כיום בשימוש במספר מועט של בתי חולים בארץ. הבדיקה מציגה תמונת לב ברורה ומאפשרת אבחון מדויק יותר של מצבים פתולוגיים.

ג. אקו לב במאמץ: מאפשר קבלת מידע אודות אספקת הדם לשריר הלב ותפקוד המסתמים בזמן מאמץ. השיטה המסורתית הינה שימוש בעת הבדיקה בתרופה בשם (Dobutamine) או חומרים אחרים. ביחידה הבדיקה מבוצעת ללא כל שימוש בהנ"ל.

ד. אקו דרך הוושט (TEE)

ה. בדיקת מאמץ

ו. הולטר/קרדיוביפר- לאיתור הפרעות קצב במהלך 24 שעות או יותר

6. היחידה לקרדיולוגיה גרעינית

א. מיפוי לב

ב. בדיקות נוספות:

(1). הערכת תפקוד שריר הלב במנוחה ובמאמץ (MUGA / First Pass)

(2). הדמיית הפרפוזיה של שריר הלב ע"י טומוגרפיה ממוחשבת (SPECT)

(3). בדיקות משולבות באמצעותן ניתן לקבל מידע אודות תפקוד שריר הלב והפרפוזיה

(gated SPECT)

(4). בדיקות לגילוי והערכת דלף בין-חדרי או בין-עלייתי (First Pass)

(5). Reserve Functional Flow (RFF) בדיקת לחץ בתוך העורקים הכליליים

(6). אולטרסאונד תוך-עורקי להדמיית דופן העורק בטרם ההתערבות הפולשנית

משאבים פיזיים

תת-היחידה ממוקמת בתוך המחלקה פנימית א', עברה מוקצים שני חדרים, סה"כ 8 מיטות. בכל חדר ציוד סטנדרטי עם פסי אספקה לחמצן, אוויר, מערכת סקשין וציוד טכנולוגי – 3 מכשירי סמי-דפברילטור, 6 מכשירי טלמטריה ומסך מחשב בתחנת האחות להצגת התרשימים, שני סופרי טיפות חשמליים, עגלת החייאה, עגלת ביקור.

משאבי אנוש

1. מנהל המערך הקרדיאולוגי

2. מנהל היחידה הקרדיולוגית-רופא בכיר

3. רופא נוסף

4. צוות סיעודי:

לתת-יחידה זו לא מוקצים משאבים של כוח אדם סיעודי, לפיכך בכל יום אחות מצוות פנימית א' מופקדת כאחראית על היחידה ומנהלת את הטיפול והפעילות בה.

מתכונת פעילות

הפעילות מתקיימת 24 שעות ביממה, 7 ימים בשבוע. ביקור הרופאים הוא בשעה 9 בבוקר בליווי האחיות המופקדת. במהלך הבוקר הפעילות השוטפת הינה:

- קבלת חולים אלקטיביים והכנתם לקראת פרודסדורות

- קבלת חולים לאחר פרודסדורות להמשך טיפול והשגחה

- הדרכה לקראת שחרור

ממוצע ימי האישפוז הוא יומיים-שלושה, במקרים מורכבים יותר מופנים המטופלים להמשך טיפול במסגרת המחלקה הפנימית. בשעות הבוקר (8-16), הרופאים הקרדיולוגיים נותנים את המענה לטיפול, ובשעות הערב והלילה המענה הטיפולי ניתן ע"י רופא תורן של המחלקה הפנימית. תורן קרדיולוגיה נמצא ביחידה לטיפול נמרץ לב וזמין 24 שעות למתן מענה במקרים קשים ומורכבים.

שוק

המערך משרת את אוכלוסיית אשקלון וסביבתה. איזור השירות מתפרס מאשדוד בצפון, קריית-גת וקריית-מלאכי במזרח, שדרות בדרום ושאר יישובי הפריפריה. כמו כן מתאשפזים אלקטיבית לשם איבחון וקבלת טיפול גם מטופלים מאיזורים מרוחקים יותר, כמו באר-שבע.

מבנה ארגון (פונקציונלי)

- הנהלת המרכז הרפואי
- הנהלת המערך הקרדיולוגי
- מרפאות, יחידות ותת-יחידות הרפואיות במערך הקרדיולוגי
- הסגל רפואי
- מזכירות המערך

עקרונות ארגוניים

- תת-יחידה הינה חלק מהמערך הקרדיולוגי ונמצאת תחת ניהולו ופיקוחו, אך ממוקמת פיזית בנפרד משאר חלקי המערך.
- תת-יחידה מיועדת לאישפוז-ביניים עבור מטופלים הזקוקים באופן אלקטיבי/דחוף לשירותי המערך הקרדיולוגי
- הצוות הרפואי העובד בתת-יחידה הינו חלק מצוות המערך
- הצוות הסיעודי הינו חלק מצוות המחלקה פנימית א'

הצגת ענף הקרדיולוגיה בישראל

בעשרים האחרונים חלה ונמשכת התפתחות משמעותית בתחום הקרדיולוגיה החל מהבנת התהליכים הבסיסיים, שיטות האיבחון המתקדמות ודרכי הטיפול החדשניות. נכון להיום התחום מפותח מאוד ומקיף תת-התמחויות ותחומים רבים כגון צינטורים אבחנתיים וטיפולים, טיפול בהפרעות קצב ע"י השתלת קוצבים תת-עוריים, בדיקות איבחון ועוד.

התפתחות

פרופ' קריב הוא ממייסדי ענף הקרדיולוגיה בישראל ובעברו ראש האגודה הקרדיולוגית בישראל. איגוד הקרדיולוגים בישראל הינו אחד מהאיגודים המפותחים ביותר מבחינת תת-התמחויות, והגוף היחיד בישראל האוחז בידיו מנדט מטעם ההסתדרות הרפואית הישראלית למתן אישור ההתמחות בקרדיולוגיה.

בשנת 1981 בוצע הצינתור הראשון בישראל במרכז הרפואי "שיבא", מאז שיטה טיפולית זו מיושמת ומתפתחת במלואה בדומה לתת-התחומים הנוספים. במהלך השנים הוכנס השימוש בצנתורים דחופים במקרי אוטם חריף (Primary PCI), מה שהביא לירידה של כ-50% בתמותה מכך בין תחילת העשור לסופו.

הכנסת השימוש בדפיברילטורים בחולים עם תפקוד לב ירוד, הביאה לשיפור משמעותי בהישרדותם, גם כמניעה ראשונית והשימוש בקיצוב לשני החדרים (CRT) הביא לשיפור תפקודי בחולים עם אי ספיקת לב מתקדמת.

בחדר הצנתור הוכנסו לשימוש בתחילת העשור הסטנטים המצופים, שהביאו לירידה משמעותית בצורך לצנתורים חוזרים.

אחת ההתפתחויות המשמעותיות ביותר של השנים האחרונות היא היכולת להדמות את העורקים הכליליים בדרך לא פולשנית מבלי להיזדקק לצנתור.

נתוני הענף בישראל

מדינת ישראל כיום נמצאת בשורה הראשונה בעולם המערבי מבחינת זמינות הצינתורים וביצועם יותר מ-70% מהחולים המתאשפזים במחלקות הקרדיולוגיות על רקע תעוקת חזה או התקף לב, עוברים צינתור. כיום זוהי פעולה שכיחה ומתבצעת באלפי חולים כל שנה בארץ ובעולם. מדי שנה מבוצעים בישראל כ-40 אלף צינתורים אבחנתיים ועוד כ-19 אלף צינתורים טיפוליים.

ניתוח הארגון

א. החזון והייעוד

חזון

הכשרת תת-היחידה הקרדיולוגית כמחלקת-ביניים עצמאית לאישפוז חולי לב המרכזת את תחומי הטיפול העיקריים של המערך הקרדיולוגי, הפועלת על פי הקריטריונים מטעם ההסתדרות הרפאית בישראל להכרה בה כיחידה המהווה חלק מהמערך הקרדיולוגי. יחידה זו תתמקצע ותרחיב את היקף הפעילות, בתיאום עם היקף הפעילות שהמערך כיום מסוגל להציע. היחידה תהיה בעלת יתרון ייחודי מבחינת המכשור, הצוות, הבדיקות והטיפולים ותפעל ממקום של שיווק, תחרות בענף והנבת רווחים.

ייעוד:

- מתן מענה למספר רב יותר של מטופלים
- הרחבת היקף הפעילות
- ריכוז תחומי הטיפול במסגרת המערך הקרדיולוגי
- הכשרה, קידום, פיתוח ויצירת יתרון ייחודי של התמחות והתמקצעות מבחינת:
 - מכשור טכנולוגי, בדיקות וטיפולים וההון האנושי
- השתלבות תחרותית בענף הקרדיולוגיה הקיים כיום במדינת ישראל
- השגת רווחיות כלכלית גבוהה

ב. ניתוח שרשרת הערך

מטופל
אישפוז ומעקב לאחר הפרוצדורה
ביצוע הבדיקה /
הפרוצדורה
אישפוז במחלקה לצורך בדיקה/קבלת טיפול
שחרור
מעקב

פירוט:

- פנייה לקבלת טיפול
- אישפוז במחלקה בטרם הבדיקה/הפרוצדורה הטיפולית
- ביצוע הבדיקה/הפרוצדורה הנדרשת
- אישפוז במחלקה לאחר הפרוצדורה להמשך מעקב והבדיקות הנדרשות
- שחרור
- המשך המעקב בקהילה

יש להוסיף את הפונקציות התומכות בכל שרשרת הערך:

- מערכות מידע- רשת מחשבים ומערכת ניהול לקוחות
- טכנולוגיה ביו- רפואית- לביצוע בדיקות והטיפולים
- אדמיניסטרציה- ניהול תיקי המטופלים
- מדור כספים- חישוב ומאזן ההוצאות וההכנסות
- יחידת תיאום עם קופות החולים (המממנים)

ג. מטריצת הצמיחה המשותפת

<u>כוכב</u>	<u>ילד בעייתי</u>
מחלקה קרדיולוגית חדשה : הרחבת היקף הפעילות- יותר השתלות קוצבים, צינתורים ובדיקות איבחון	תת- יחידה קרדיולוגית קיימת
<u>פרה חולבת</u>	<u>כלב</u>
השתלות קוצבים צינתורים	השתלות לב

פירוט

ילד בעייתי : נכון לעכשיו תת- היחידה פועלת בשוק ששיעור צמיחתו גבוהה, אך מעניקה שירות לנתח שוק קטן יחסית. הפעילות בשלב זה איננה מניבה רווחים בשל חוסר המתאם בין היקף הפעילות שהמערך מסוגל להציע לבין כמות המטופלים שהתת- יחידה מסוגלת לקלוט לאישפוז, דבר הופך את קיומה הנוכחי כלא כדאי.

כוכב : המחלקה החדשה תמשיך לפעול בשוק שיעור צמיחתו גבוהה- במציאות של העלייה בביקוש לטיפולים קרדיולוגיים. שדרוגה של התת- יחידה למחלקה מצריך השקעת המשאבים, אך הדבר יביא להגדלת היקף הפעילות ונתח השוק בכך שיווצר מתאם בין היקף הפעילות המוצעת במסגרת המערך לבין כמות המטופלים המקבלים והעתידיים לקבל שירות, מה שהופך אותה ליצרן- ערך. 52

כלב : קיימת התמחות מצומצמת יחסית בתחום זה, נתח השוק איננו גדול והדבר לא מחייב השקעה שכן גם הרווחיות היא נמוכה.

פרה חולבת : פעילות קרדיולוגית בהיקף הנוכחי המתבצעת כיום במסגרת המערך והמניבה רווחים וקיים הפוטנציאל להגדילה במסגרת נתח השוק הגדל.

סכום שבעת ה-S של McKinsey

שדרוגה והכשרתה של תת-היחידה הקרדיולוגית למחלקה בפני עצמה, הינו ביטוי לראייה האסטרטגית ולתפישה החדשנית בנוגע להרחבת השירות והיקף הפעילות, שתיתן מענה למספר רב יותר של מטופלים, יניב רווחים ויקדם את המערך כולו.

מדובר במחלקה בעלת מבנה פורמאלי כחלק מהמערך הקרדיולוגי, הפועלת באסטרטגיה תאגידית ותחרותית המתוכננת מראש.

• ערכי הליבה העיקריים של הארגון:

1. עבודה בסטנדרטים של איכות מקצועית ומצוינות בטיפול
2. ייחודיות והתמקצעות בטיפול
3. שביעות רצון גבוהה מצד המטופלים
4. אחוזי הצלחה גבוהים בטיפול
5. תכנון וחיזוי אסטרטגי מתמיד והתאמה לתנאי השוק המשתנים
6. יכולת עמידה בתנאי תחרות ושמירה על תנופה מתמדת

• בעלי העניין של הארגון הנוכחי

1. פנים-ארגוניים:

- א. מנהלי המרכז והמערך הקרדיולוגי
- ב. הסגל הרפואי, הסיעודי והפרא-רפואי

2. חוץ-ארגוניים:

- א. ממשלה ומשרדיה (מש' הבריאות)
- ב. מטופלים
- ג. ספקים
- ד. בעלי ההון (חב' תרופות, תורמים)
- ה. קהילה מדעית (מוסדות אקדמאיים)

ניתוח סביבת המיקרו

מודל חמשת הכוחות של מייקל פורטר

לקוחות:

תת-היחידה משרתת לרוב את אוכלוסיית אשקלון וסביבותיה, המאובחנת כסובלים ממחלות קרדיווסקולריות או בסיכון גבוה לפתח והמופנים לבדיקות ו/או לטיפול במסגרת אלקטיבית/דחופה. מעבר לכך, קהל יעד נוסף הוא כלל אוכלוסיית מדינת ישראל ומחוצה לה, המאובחנת כנ"ל.

ספקים:

- המרכז הרפואי-הספק הראשי:
מיקום, תחזוקה שוטפת.

- לוגיסטיקה:
אספקת הקוצבים/דפיברילטורים, ציוד צינתורים (בלון, סטנט), ציוד לבדיקות (חומרי ניגוד), ציוד רפואי ותרופות.

- טכנולוגיה רפואית:
מצלמות, מיחשוב והדמייה, טלמטריות, מכשירי אק"ג.

- מערכות מחשוב לניהול מעקב הלקוחות
- מדיה ופירסום

מתחרים:

- מערכים במרכזים רפואיים אחרים בבעלות פרטית/ממשלתית
- מחלקות בחו"ל

חודרים אפשריים:

- הקמת מערכים נוספים במרכזים בבעלות פרטית/ממשלתית
- שינויים באופן המימון הממשלתי/קופות החולים- השפעה על הביקוש

תחליפים:

ככלל, לא קיים תחליף להתערבות קרדיולוגית דחופה והאלקטיבית (בהתייחס לאלקטיבית- פרט למטופלים הבוחרים שלא לטפל במחלתם).

חסמי כניסה:

- חסם טכנולוגי: טכנולוגיה וציוד חדשניים לבדיקות וטיפולים
- חסם ההון האנושי המשובח: צוות רפואי וסיעודי מקצועי, מוכשר ומיומן בתחום הקרדיולוגיה ותת ההתמחויות
- התמחות בבדיקות וטיפולים יחודיים
- יצירת תדמית כמערך מקצועי, מתמחה ומציב את רווחתו של המטופל במרכז

ניתוח סביבת המאקרו

PEST

POLITICAL

המרכז הרפואי הוא בבעלות ממשלתית ומופעל מטעם משרד הבריאות שמקיים בקרה ופיקוח באמצעות הנחיות ונהלים. המערך פועל בכפוף לכך ובהתאם לתקנות ההסתדרות הרפואית בישראל- גוף המאציל סמכויותיו לאיגוד הקרדיולוגים והקובע קרטריונים כתקן להכרה ביחידות ההתמחות בקרדיולוגיה.

הרופאים הינם בעלי תעודת מקצוע חוקית לעיסוק במקצוע הרפואה בישראל, ובנוסף בעלי אישור מטעם איגוד הקרדיולוגים בישראל להתמחות בתת- תחומי הרפואה הקרדיולוגית.

ECONOMICAL

מערכת הבריאות הציבורית בישראל ממומנת ע"י תקציב ממשלתי ומיסים. עפ"י חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1995), ביטוח הבריאות בישראל הינו חובה ולפיכך כל אזרח במדינה מבוטח באמצעות אחת מקופות החולים. החוק קבע את "סל הבריאות"- מכלול השירותים הרפואיים אותם חייבת קופת החולים לממן למבוטחיה בתנאים הקבועים בחוק. במהלך חמש השנים האחרונות הוכנסו לסל הבריאות הפעולות הקרדיולוגיות- צינתורים והשתלות הקוצבים, כך שכיום קיים מימון מלא לפעילות זו.

עפ"י הנתונים לשנת 2009:

עלות השתלת קוצב לב + דפיברילטור (CRTD) עומדת על סך 60-70 אלף ₪

עלות צינתור אבחנתי עומדת על סך 12,175 ₪ וטיפול - 36-39 אלף ₪

בשנים האחרונות, בשל השכיחות העולה של מחלות לב באוכלוסייה, עלה הביקוש לפרודסדורות טיפוליות בהתאם. ביקוש זה צפוי להמשיך ולגבור בשנים הקרובות.

SOCIAL- CULTURAL

דמוגרפיה:

בשל העלייה בתוחלת החיים הממוצעת, ישנה העלייה באחוז המטופלים עם אבחנות קרדיאליות המזדקקים לטיפול.

סגנון חיים:

אורך החיים בעשורים האחרונים בחברה המודרנית משפיע על היקף המחלות הקרדיאליות באוכלוסייה, דבר המביא להגדלת הביקוש לטיפול.

רמת חינוך והשכלה:

החינוך כיום מכוון להגברת המודעות לבריאות הפיזית, מה שמביא להגברת המודעות לאיבחון מוקדם ובהתאם כך גם לעלייה במספר המטופלים הפונים והמופנים להערכה וטיפול.

TECHNOLOGY

בעשורים האחרונים נצפית התפתחות משמעותית בתחום הקרדיולוגיה והביו-טכנולוגיה, שהביאה להכנסת מכשור חדשני ושיטות טיפול מתקדמות. קידמה זו השתלבה בהצלחה גם בתוך המערך הקרדיולוגי הנוכחי.

טכנולוגיה והתחדשות במערך כחסימי כניסה טכנולוגיים:

1. היחידה לקרדיולוגיה פולשנית

שדרגה וחודשה מבחינת המבנה והציוד וכיום מצוידת בציוד החדשני והעדכני ביותר בארץ.

2. היחידה לאלקטרופיזיולוגיה

נחשבת כיום ליחידה המובילה בארץ בהשתלות הקוצבים ודפיברילטורים מהסוג החדש ביותר.

בשנתיים האחרונות הוחלף הציוד ושודרג למשוכלל ביותר. נכון להיום חדר באיכות זו נמצא רק במספר מקומות בודדים בארץ. יחידה זו כיום מבין המובילות בתחום האקו התלת- מימדי ומהווה מרכז ארצי להוראה, יישום ומחקר.

ההוצאה הלאומית על מחקר ופיתוח רפואי וביוטכנולוגי

הוועידה להסתדרות הרפואית קובעת, כי המחקר הרפואי הינו חלק בלתי נפרד ממקצוע הרפואה ומעבודתם של הרופאים.

את המחקר הנ"ל בישראל מתקצבים כיום מספר גופים. רובם של המחקרים כיום ממומנים ע"י חברות התרופות, וההוצאה הלאומית- ציבורית הישירה למחקר ופיתוח בישראל נחשבת כיום לנמוכה יחסית ביחס לשאר המדינות המפותחות בעולם. מימון ממשלתי נוסף למחקרים רפואיים מגיע מהקרן הלאומית למדעים, מלשכת המדען הראשי של משרד התמ"ת וממכון גרטנר למדיניות בריאות. מימון המחקר הרפואי בישראל מגיע גם ממקורות לא ממשלתיים- תקציבי האוניברסיטאות ובתי החולים, גופים כמו האגודה למלחמה בסרטן, חיל הרפואה של צה"ל ותורמים פרטיים מהארץ ומחו"ל.

המערך הקרדיולוגי מבצע מחקרים קליניים- נכון להיום מבוצעים כ- 20 מחקרים בשנה בכל תחומי הקרדיולוגיה וישנן פניות רבות להשתתפות במחקרים נוספים (כגון מחקר בנושא אי- ספיקת לב שנערך ב-2008). ההשתתפות במחקר קליני מעמידה את המערך בחוד העשייה והחידושים בקרדיולוגיה העולמית ומעניקה זכות להכרה מדעית- אקדמית עקב הפירסום.

ייבוא וייצוא של ידע- הוראת סטודנטים

בעיקבות הצלחה ושביעות רצון רבה של הסטודנטים מסבבי ההוראה במערך, גדל מספר הסטודנטים העוברים רוטציה ותקופת הבחירה במסגרתו.

ניתוח SWOT מסכם

<u>עוצמות</u>	<u>חולשות</u>
- טכנולוגיה חדשנית וייחודית - יכולת המערך לספק פעילות איכותית בהיקף גבוה - התמחות בבדיקות ייחודיות - אחוזי הצלחה גבוהים בטיפול - מוניטין קיים - מגמת הביקוש הגוברת - מחקרים קליניים- הוכרה מדעית- אקדמית	- מחסור בצוות לייאוש המחלקה החדשה- הצורך בהכשרה - הצורך בהשקעה כלכלית ברכישת ציוד ומכשור נדרש - נטל המעבר הפיזי - מחלקה חדשה שהמוניטין שלה עדיין לא גבוה - מרכז רפואי דרומי פריפרי- קשיי נגישות למטופלים מהצפון/ מרכז
<u>הזדמנויות</u>	<u>איומים</u>
- הכנסת בדיקה/טיפול ייחודי והתמחות בתחום (כגון צינתור ווירטואלי) - ניצול יתרון יחסי של גודל המרכז והמערך : מקום קטן יחסית- יחס אישי יותר למטופל - תמריצים ממשלתיים/תרומות/חסות כלכלית מצד חברות התרופות למימון הפעילות הטיפולית והמחקרית. - פירסום אודות פתיחת המחלקה ושידרוגה, החידושים במערך, פעילות והתמחות.	- מערך קרדיולוגי מתחרה חדש/קיים - צמצום מימון ממשלתי וגופים ציבוריים למימון פעילות, הכשרה, תחזוקה ומחקרים. - מעבר צוות מוכשר ומיומן למקום אחר

בחירת כיוונים אסטרטגיים

Igor Ansoff מודל

<u>הגוונה</u>	<u>פיתוח שוק</u>
הגוונת השירות הניתן- בדיקות וטיפולים חדישים	שדרוג המחלקה הקרדיולוגית- הגדלת היקף הפעילות ומאגר הלקוחות

חדש	העמקת החדירה	פיתוח המוצר
	- פרסום בעיתונות הארצית ובאתר האינטרנט של המרכז - צוות מוכשר, מיומן, מקצועי, מוכר בזכות הצלחותיו ובעל מוניטין רב - שילוב סטודנטים לרפואה לרוטציה והתמחות במערך ביצוע מחקרים	- בדיקות וטיפולים חדישים - יתרון ההתמחות - מיקום חדש וגדול יותר - ציוד ומכשור חדיש ועדכני - הכשרת צוות נוסף

שוק

העמקת החדירה

פרסום: העלאת המודעות בקרב המטופלים אודות מקצועיותו, התמחותו של המערך והצלחתו במגוון הטיפולים.

צוות בעל מוניטין רב: העלאת מוניטין המערך לרמת הכרה ארצית, העלאת רמת הביטחון והאמונה בהצלחת הטיפול מצד המטופלים וכן העלאת הרצון לקבלת הטיפול במערך ממטופלים נוספים.

שילוב סטודנטים וביצוע מחקרים: העלאת הכרה מדעית- אקדמית אודות הלמידה והחידושים בתחום הקרדיולוגיה במערך.

פיתוח המוצר

בדיקות וטיפולים חדישים: איכות בטיפול ומענה טיפולי יעיל על מגוון רחב יותר של מצבים - יעלה את מספר המטופלים מכלל איזורי הארץ אשר יעדיפו לקבל טיפול במערך

יתרון ההתמחות: העלאת ההכרה בייחודיות המרכז, השפעה על רצון המטופלים בבחירת מקום הטיפול

ציוד ומכשור חדיש ועדכני: כני"ל

מיקום חדש וגדול יותר: הרחבת היקף הפעילות ומענה למספר רב יותר של מטופלים

פיתוח שוק

פיתוח מוצרים/שירותים קיימים בנתח שוק גדול יותר, ע"י יתרון תחרותי והגדלת היקף הפעילות.

חלופות אסטרטגיות

1. הגוונה הגוונת השירות הניתן במסגרת המערך
2. העמקת חדירה פרסום המחלקה והפעילות במערך, שיתוף פעולה עם מוסדות אקדמאיים
3. בידול מיקוד

המחלקה, במסגרת המערך תהייה בעלת יתרון התמחותי בבדיקות וטיפולים יחודיים ובהון האנושי ותציע פעילות לקהל היעד שהינו מטופלים עם מחלות קרדיאליות או בסיכון לפתחם, מכלל איזורי מדינת ישראל ומחוצה לה.

קרטיונים להערכת החלופות האסטרטגיות

הגוונה	העמקת חדירה	בידול ומיקוד

תאימות	תאימות למטרת העל-פעילות תחרותית תוך הגדלת היקף ומגוון הבדיקות והטיפולים ובהתאם לכך- הרחבת מאגר הלקוחות	תאימות מבחינת פירסום והעלאת המודעות ליתרונות המקום, היקף ההצלחה והמוניטין הקיים, אך פחות תואם לחזון מבחינת השגת יתרון תחרותי	תואמת למטרת העל, החזון והייעוד- בידול בהשגת יתרון תחרותי ע"י התמקצעות ייחודית והשבחת ההון האנושי; העלאת הביקוש והגעה אל קהל היעד הרצוי.
ישימות	בהשקעת משאבים רבים לרכישת טכנולוגיה עדכנית, ציוד מגוון והתעדכנות מתמדת אחר חידושים בתחום - מורכב ליישום	השקעה בשיווק ופירסום במגוון האמצעים- קל יחסית ליישום	השקעה בתכנון, יישום, מימוש ושימור היתרונות התחרותיים, אך קל לשמר. השקעה בהרחבת מאגר המטופלים ושמירה מתמדת על ההתעדכנות בתחום
התקבלות ע"י עובדים	נדרשת הכשרה מקיפה בתחומי האיבחון והטיפול- צפוי שיתקבל באהדה מצד אותם העובדים בעלי שאיפות למצויינות ומימוש הידע והכישרון	תוספת עבודה לצוות השיווק, אך צפוי שיתקבל באהדה שכן העובדים מעוניינים בפירסום הפעילות במרכז, העלאת המודעות וההכרה.	האסטרטגיה הינה ברמת קידום המערך כולו- צפוי שיתקבל באהדה שכן ישנו עניין רב בהתמקצעות, ייחודיות והתפתחות.
עקביות	עקביות עם החזון הייעוד והתרבות הארגונית, בשאיפה להכשרה, קידום ופיתוח מגוון רחב של טיפולים והרחבת מאגר מטופלים	ישנה עקביות עם החזון והייעוד- מאפשר העלאת המודעות וההכרה לפעילות במערך, דבר שישפיע על הביקוש	ישנה עקביות עם החזון, הייעוד והתרבות הארגונית- מכוון ליצירת יתרון תחרותי בדרך של התמקצעות וייחודיות ובהתאם לכך העלאת המודעות והעלייה בביקוש
תקיפות	ההנחה כי הביקוש לבדיקות וטיפולים לא יקטן בשנים הבאות ואף יגדל	ההנחה כי הביקוש לבדיקות וטיפולים לא יקטן בשנים הבאות ואף יגדל	ההנחה כי הביקוש לבדיקות וטיפולים לא יקטן בשנים הבאות ואף יגדל
פגיעות	השקעה מרובה בטכנולוגיה, בציוד ובהכשרת הצוות, פיתוח מגוון טיפולים רחב - הערכת סיכוי לפגיעות בינוני עד גבוה	השקעה מרובה בפירסום היחידה, המערך והפעילות- הערכת סיכוי נמוך לפגיעות	השקעה בהמשך פיתוח היתרונות התחרותיים הקיימים עד כה והמהווים כבסיס ביטחון, לפיכך קיים סיכון נמוך לפגיעות.

בחירת אסטרטגיה

- **החלופה הנבחרת** : בידול ומיקוד

בידול : יתרון תחרותי באמצעות מיצוב התמקצעות, ייחודיות השירות והון אנושי משובח.

מיקוד : קהל היעד הינו מטופלים עם מחלות קרדיאליות/בסיכון לפתחן, מכלל איזורי מדינת ישראל ומחוצה לה.

החלופה בעלת תאימות גבוהה לחזון וייעוד, המסוגלת להציב את המערך כולו במקום של תחרות ומכוונת לפיתוח היתרונות התחרותיים היחודיים ביחס למתחרים ; בעלת ישימות גבוהה ופרקטית, המשרתת את מטרות וחזון המערך בצורה האופטימלית ביותר תוך כדי הפנייה לקהל היעד, העלאת הביקוש והרווחיות ; עקביות ותקיפות גבוהה ומנגד סיכוי נמוך לכישלון.

- **לצורך יישום האסטרטגיה נדרש** :

1. **הקצאת משאבים ומקורות המימון עבור** :

א. ציוד ומכשור למחלקה- מיטות, מוניטורים, טלמטריות ועוד.

- ב. תחזוקה שוטפת של המחלקה, הציוד והמכשור
ג. הכשרת הציוד הטכנולוגי בסטנדרטים של איכות- בדיקות תקופתיות, שדרוגים ועוד.
ד. הכשרת הצוות- קורסים, הדרכות, ועוד.
2. מאגר כח אדם
3. הכשרת המקום
4. מעורבות בעלי העניין הפנים- ארגוניים בניהול השינוי האסטרטגי:
- א. הנהלת המרכז והמערך
ב. הנהלת הסיעוד
ג. הסגל הרפואי, הסיעודי והפרא- רפואי
5. חיזוק שיתוף הפעולה עם בעלי העניין החוץ- ארגוניים לשם הכרה ציבורית ומקצועית:
- א. המטופלים- באמצעות פירסום והעלאת המודעות
ב. מוסדות ממשלתיים (משי' הבריאות), ציבוריים (קופות החולים) ואקדמאיים
ג. בעלי ההון- למימון המחקרים והפעילות
6. עדכון המבנה הארגוני:
- הקמת המחלקה תשפיע על מבנה המערך ולכן ישנו הצורך בתכנון התיאום בין הגדלת היקף הפעילות במערך לבין ההגדלה בהיקף האישפוזים.
- שילוב יישום אסטרטגיה
1. יישום התוכנית יתפרס לתקופה של שנה אחת
2. מועד המעבר והתחלת הפעילות- בעד כחצי שנה
3. מיקום המחלקה: במבנה החדש בסמוך ליחידת הצנתורים ואלקטרופיזיולוגיה
- במחלקה 6 חדרים, כל חדר מיועד ל-4 מטופלים
4. הרכב הצוות:
- א. רפואי: 2 רופאים בכירים ו-4 נוספים
ב. סיעודי: 20 אחיות מוסמכות- מתוכן אחות אחראית, סגניתה וראש צוות
- בכל משמרת תהיינה לפחות 3 אחיות בוגרות קורס טיפול נמרץ
5. הכשרת הצוות:
- א. סיעודי- במסגרת קורס טיפול נמרץ מבוגרים
ב. רפואי- הכשרה לתת- התמחויות בקרדיולוגיה
6. מכשור נדרש:
- א. אק"ג ממוחשב
ב. טלמטריות עם שלוחת ניטור לתחנת האחיות
ג. מוניטורים
ד. ציוד החייאה ולהכנסת קוצב זמני בעת הצורך
7. גליון חולה ממוחשב:
- תיעוד מהלך האישפוז, מעקב יומי, תוצאות בדיקות ודו"ח הטיפוליים.
8. קביעת נהלים ושיטות עבודה:
- א. נהלי משי' הבריאות, המרכז הרפואי והמחלקה
- שיטת ההפקדה
- במשמרת בוקר תהיינה לפחות 9 אחיות, ערב- 5, לילה- 3.
9. הגדרת קהל היעד ודרכי הפנייה אליו- כאסטרטגיית המיקוד
10. תכנון הפעילות כיתרון יחסי תחרותי- כאסטרטגיית הבידול
11. יצירת יתרון תחרותי:

א. בדיקות וטיפולים ייחודיים וחדשניים^[1]

ב. הון אנושי

12 פנייה לבעלי העניין החוץ- ארגוניים :

- א. מטופלים מהארץ ומחול"ל ישראל- פירסום בעיתונות הארצית ובמדיה; חו"ל- פירסום בשפות אחרות ויצירת
- ב. שיתוף פעולה עם מרכזים רפואיים מחו"ל.
- ג. מוסדות אקדמאיים- הגדלת כמות הסטודנטים המתמחים ביחידה ובמערך, המשך ביצוע ופירסום מחקרים.
- ד. בעלי ההון והמשקיעים- להשגת המימון לפעילות, ציוד ומחקרים.

סיכום, מסקנות והמלצות

המערך הקרדיולוגי במרכז הרפואי ברזילי עוסק באיבחון, טיפול ומניעת מחלות לב בחולים מאושפזים ואמבולטוריים. תת- היחידה הקרדיולוגית הינה חלק מהמערך, ממקמת בתוך המחלקה הפנימית ומיועדת לאישפוז- ביניים של מטופלים המקבלים טיפול במסגרת המערך.

הרציונל להתערבות האסטרטגית נבע לאור העובדה כי תת- היחידה פועלת כיום בהיקף מצומצם והצוות הסייעודי המשרת את מטופליה הינו צוות המחלקה הפנימית. מנגד, המערך מצוי בשלב מתקדם יותר מבחינת היקף הפעילות האיכותית שביכולתו לספק והמניעה מכך הינה ההגבלה במקומות האישפוז. במצב זה המערך איננו ממלא את יכולתו האופטימלית, דבר המציב את המשך קיומה של תת- היחידה בהיקף הנוכחי כלא כדאי וכרוך בהפסדים כלכליים. מטרת התכנון האסטרטגי במסגרת זו, הינה לאפשר למערך את היקף הפעילות אותה הוא מסוגל להציע ולשם כך להכשיר את תת- היחידה למחלקה אשר תשרת צורך זה ע"י הגדלת מספר מקומות האישפוז. בעיקבות כך הפעילות תתרחב, המחלקה תתמקצע וניתן יהיה להעניק יתרון תחרותי למערך כולו שיאפשר פעולה במקום של שיווק ותחרות בשוק הענף הקרדיולוגי ההולך ומתפתח בהתאם לביקוש במדינת ישראל ומחוצה לה, במקביל להשגת רווחיות גבוהה. התחרות הארצית הקיימת כיום בענף משפיעה רבות על הביקוש, אשר אף צפוי שיגבר בעתיד ולכן הייעוד הוא בהתאמת ההיצע לכך.

לשם השגת יתרון תחרותי, על המחלקה להתמקצע באופן ייחודי בתחומים המניבים רווחים- בדיקות וטיפולים ובמקביל השקעה בבני- טכנולוגיה והון האנושי ולשמר ייחודיות זו בהתאם להרחבת היקף הפעילות. שדרוג תת- היחידה הוא למעשה כוכב בתהליך זה, המוסיף לערך הארגון והפעילות שהוא מסוגל להציע ולכן ישנה האינדיקציה להשקעת המשאבים הנדרשים לצורך פיתוח וקידום הנושא. ניווט, יישום והפעלה נכונים לאורך התכנון האסטרטגי יאפשרו קידום, פיתוח ויישום היתרון התחרותי בקרב בעלי העניין החוץ ארגוניים- המטופלים וכן המתחרים עצמם. במסגרת התכנון האסטרטגי נבחנו ונשקלו חלופות שונות, והחלופה הנבחרת הינה בידול ומיקוד. חלופה זו תואמת למטרת- העל, החזון והייעוד, ניתנת ליישום, בעלת עקביות ותקיפות גבוהות ופגיעות נמוכה. לצורך יישומה נדרשת השקעה והקצאת המשאבים ומקורות המימון עבור הפעילות, הציוד הרפואי והטכנולוגי ועבור גיוס והכשרת ההון האנושי.

בפועל הוחלט על המעבר ותחילת הפעילות במהלך חצי השנה הקרובה, כאשר בטרם ולאורך שלבי יישום התהליך תתבצע הכשרת צוות קיים וגיוס חדש, הכשרת סביבת האישפוז מבחינת ציוד, מכשור וקביעת נהלי עבודה. פנייה אל קהל היעד תיעשה במגוון דרכי הפירסום והשיווק. המחלקה, ברמת המערך כולו, תרחיב את היקף פעילותה ותהיה בעלת יתרון תחרותי של התמקצעות בבדיקות וטיפולים ייחודיים וחדשניים ע"י צוות מוכשר ומיומן, תשמור על התעדכנות מתמדת בנוגע להתפתחויות וחדושים בתחום, תשקיע במחקר ופיתוח חדשני, תשתף פעולה עם מוסדות ציבוריים, אקדמאיים ובעלי ההון לצורך הכרה ומימון פעילות עתידית ותהווה מוקד משיכה במדינת ישראל ומחוצה לה.

מסקנות

נכון להיום בידי המערך הקרדיולוגי היכולת להציע פעילות טיפולית באיכות גבוהה בסטנדרטים

^[1] לפירוט ראה סעיף הצגת הארגון, תת- סעיף "ייחודיות רפואיות במערך הקרדיולוגי".

כלל- ארציים ובהיקף רחב יותר ממה שהיא מבוצעת בפועל כיום ולפיכך הדבר איננו כדאי מבחינה כלכלית ומישוש הפוטנציאל המקצועי. שדרוג והרחבת התת- יחידה למחלקה יביא להגדלת היקף הפעילות בהתאם ליכולת המערך, דבר המצדיק השקעה זו והופך אותה לכדאית מבחינה כלכלית ומקצועית. בשנים האחרונות, לאור מציאות החיים המודרניים, נצפית עלייה בביקוש לבדיקות וטיפולים קרדיולוגיים. צפוי אף כי ביקוש זה יגדל, מה שמציב בראש סדר העדיפויות את הצורך בהשקעת המשאבים הארגוניים להתאמת ההיצע שהארגון מסוגל לספק עבור ביקוש זה. לשם השגת הקרטיונים לעמידה בתחרות הארצית, ישנו הצורך בפיתוח היתרונות התחרותיים ושימורם והאסטרטגיה המתאימה ביותר לכך היא בידול ומיקוד, המכוונת להתמקצעות ייחודיות בפעילות הטיפולית, התמקדות בקהל היעד והמשך מחקר פיתוח הנושא.

המלצות

1. ישנו הצורך בהגדרתו המחודשת של מבנה המערך והגדרתה של היחידה כחלק אינטגרלי ממנו
2. יש להמשיך ולהתעדכן בחידושים בענף- בדיקות חדשות, טיפולים עדכניים וביו-טכנולוגיה ולשאוף לשילובם במסגרת המערך.
3. יש צורך בהגדרת ההתמקצעות בטיפולים רווחיים מבחינה כלכלית
4. יש להמשיך בנושא המחקר והפיתוח העתידי

ביבליוגרפיה

1. סתיו- רייך, א'. (2009). המערך הקרדיולוגי בשנת תשס"ט. "ברזילי שלנו"- עיתון המרכז הרפואי ברזילי, 28, 8-10.
2. Thom.T.,Haase,N.,& Rosamond,W.(2006).Heart disease and Stroke Statistics: A Report from the American Heart Association Statistics Committee.*Circulation*,85-151.
3. חומר הנלמד במסגרת הקורס

4.10 הטרדה מינית בארגונים כסוג של אלימות אופקית מרסל גבאי, שרה מודזגרשוילי

אוניברסיטת תל אביב ביה"ס למקצועות בריאות החוג לסיעוד תוכנית מוסמך

יוני, 2011

הקדמה

התנהגות ארגונית ויחס לתופעותיה השונות הינו נושא חשוב מאד ובלתי נפרד מניהול הארגון. בהנהלת ארגונים מסוגים שונים ובמיוחד ארגוני בריאות חשוב מאד ליצור ניהול מוסדי המתבסס על עקרונות אתיים חשובים ומושכלים תוך זיהוי נושאים משמעותיים המשפיעים על נושא האלימות האופקית בארגון. כדי לנהל את הארגון באופן יעיל ואיכותי חשוב ביותר לקחת בחשבון את הגורמים שמהווים חלק חשוב ובלתי נפרד מתחושת העובדים בארגון והצלחתו (Riordan & Ellison, 2008). בהקשר לזה, המושג שנבחר לניתוח בעבודה זו הוא נושא של הטרדה מינית בארגונים המספקים שירותי בריאות אשפוזים, כאשר נקודת הניתוח היא בית חולים בדרום הארץ.

נושא של הטרדה מינית הוא נושא מדובר מאד בשנים האחרונות, הוא בעל השפעה הרסנית ומשמעות מניעתה היא רבה מאד (קמיר, 2008). כללי האתיקה המתייחסים לנושא של הטרדה מינית הם חשובים ביותר ומגדירים את התייחסות הארגון ומנהליה אל הנושא מעבר לכללים הפורמאליים של הארגון אלא ברמה של תפיסה ארגונית והתייחסות מוסרית כלפי הנושא (וקאוס, 1999).

במחקרים שנערכו בישראל ובעולם נמצא כי בין שליש למחצית הנשים העובדות הוטדו מינית בין אם מילולית ובין אם פיזית. דרך התגובה השכיחה הינה דרישה מהמטריד לחדול. בשליש מהמקרים אין הדבר מועיל ואולם רק כ-9% מהנשים פנו לגורם חיצוני (EOC, 2007). אין ספק כי נפגעות הטרדה מינית חוששות להתלונן במשטרה הן בשל החשש לאבד את מקום עבודתן ומקור פרנסתן, הן בשל החשש כי לא יאמינו להן, והן בשל תחושת בושה והאשמה עצמית (קמיר, 2009; הכהן, 2007). נשים הנופלות קורבן להטרדה מינית נפגעות פגיעה נפשית קשה - נשים דיווחו על דיכאון, תחושת השפלה וירידה בערך עצמי, והן גם נפגעות בתנאי עבודתן ובאפשרות קידומן (קמיר, 2002).

רבי נחמן מברסלב אמר: "כשרוצה לעשות תשובה, צריך להיות בקיא בהלכה". אין ספק שכדי לנהוג על פי ערכי המוסר בארגון באופן כללי ובהתייחס להטרדה מינית בפרט, יש לדעת מהי התנהגות מוסרית. הבעיה אינה נעוצה כנראה במהות הערכים המועדפים - חברות וקונצנזוס אמנם מדגישים דווקא אותם ברוב המקרים. הבעיה נעוצה באופן הפנמתן ולכן הנושאים המהווים את לב ליבם של סוגיית התייחסות הארגון הפעילה לאלימות אופקית ממשיכים להתקיים ולהוות בעיה קשה ומשמעותית מאד בארגונים רבים (וקאוס, 1999).

חשוב לציין כי נושא של התייחסות אל הטרדה מינית עלתה כבר בימי התנ"ך. הדוגמא הבולטת לכך היא מקרה של יוסף ואשת פוטיפר:

וַיְהִי כְּדִבְרָה אֶל יוֹסֵף יוֹם יוֹם וְלֹא שָׁמַע אֵלָיָהּ לְשָׁכַב אִצְלָהּ לְהִיטֵת עִמָּה. יֵאָדָּם וַיְהִי כִּהְיוֹם הַזֶּה וַיָּבֹא הַבֵּיתָה לַעֲשׂוֹת מְלֶאכְתּוֹ וְאִין אִישׁ מֵאֲנָשֵׁי הַבֵּית שָׁם בְּבֵית. יֵב וְתִתְּפֹשֶׁהוּ בְּבִגְדוֹ לֵאמֹר שְׂכָבָה עִמִּי וַיַּעֲזֹב בְּגָדוֹ בְּיָדָהּ וַיֵּנֶס וַיֵּצֵא חֲחוּצָה. יֵג וַיְהִי כִּפְאוֹתָהּ כִּי עָזַב בְּגָדוֹ בְּיָדָהּ וַיֵּנֶס חֲחוּצָה." (ספר בראשית לט, י-יג).

כיום, נושא של הטרדה מינית מעוגן בתוך החוק המתייחס אליו באופן מיוחד עקב חומרת התופעה. יחד עם זאת, אנחנו שומעים ללא הפסקה על התופעה שחוזרת שוב ושוב על עצמה למרות הענישה הכבדה והמודעות לקיום הבעיה (נחום, 2009).

הגדרות המושג "הטרדה מינית"

המונח "הטרדה מינית" כולל קשת רחבה של התנהגויות פסולות שנאסרו בחוק. באופן כללי, אפשר לומר כי הטרדה מינית היא התנהגות בעלת אופי מיני של אדם כלפי אדם אחר, שיש בה כדי לפגוע באדם האחר. הטרדה מינית מהווה אלימות לכל דבר, גם כשלא מדובר באלימות פיזית: ניצול יחסי מרות של מעביד, הטרדה מינית מילולית, הטרדה באמצעות מבטים ועוד (לוי, 2010).

ההטרדה המינית מתרחשת בחסות הערפול המובנה שבהגדרת מושגים כמו רומנטיקה, חיזור, משיכה, אהבה, אך יחד עם זאת- כפלישה למרחב האינטימי של האחר. הטרדה מינית היא שאלה של קוד אתי, אשר שונה בין אדם לאדם לפי מינו, חינוכו, מבנהו הנפשי, ניסיון חייו ומערכת ערכיו. במקרים רבים מאד הטרדה מינית היא ניצול של סמכות ומעמד לצורך סיפוק צרכים מיניים או לצורך הפגנת שליטה וכוח (בנזימן, 2008).

החוק למניעת הטרדה מינית, שנחקק בשנת 1998, הגדיר אף הוא מהי הטרדה מינית. טרם חקיקת החוק, הטרדה מינית בעבודה הייתה התנכלות של ממונה כלפי מי שכפוף לו בגלל סירוב להצעה מינית. החוק הרחיב את קשת המקרים הנחשבים הטרדה מינית. גם התייחסויות מיניות אחרות, פוגעות, אשר אינן הצעה מינית, יכולות להיחשב הטרדה מינית. כוונת החוק הובאה בדברי ההסבר המצורפים לו:

"הטרדה מינית היא פגיעה בכבוד האדם, בחירותו, בפרטיותו ובזכותו לשוויון. היא פוגעת בכבודו העצמי ובכבודו החברתי של המוטד. היא משפילה ומבזה את אנושיותו, בין השאר על ידי התייחסות אל האדם כאובייקט מיני לשימוש של המטריד. הטרדה מינית שוללת את האוטונומיה של המוטד ואת שליטתו בגופו ובמיניותו, פוגעת בזכותו להגדרה עצמית ופולשת לפרטיותו, וכן מפלה אותו לרעה לעומת אנשים אחרים. הטרדה מינית כלפי נשים גורמת להשפלתן ביחס למינן או למיניותן ומקשה עליהן להשתלב כחברות שוות בעולם העבודה וביתר תחומי החיים, ובכך היא פוגעת בשוויון".

בניגוד למחשבה המקובלת, לא רק נשים ונערות סובלות מהטרדה מינית (Williness, Steel & Lee, 2007). אמנם, במרבית מקרי ההטרדה המינית קורבן ההטרדה היא אישה או נערה, אך גם גברים ונערים חשופים להטרדה. בטרם נחקק חוק נגד הטרדה מינית הוגדרה הטרדה מינית במסגרת החוק לשוויון הזדמנויות בעבודה, אשר נחקק ב-1988. על פי החוק נאסרה ההטרדה המינית במקום העבודה וכי לשון חוק זה נגעה רק למקרים בהם הורעו תנאי עבודתם של עובד או עובדת בעקבות סירובם להיענות להצעה בעלת אופי מיני. כלומר הטרדה מינית הוגדרה כסירוב להיענות להצעה בעלת אופי מיני (קמיר, 2008). החוק אשר נחקק בשנת 1998 הגדיר באופן נרחב ומפורט הטרדה מינית מהי ואכן הטרדה מינית לפי לשון החוק עשויה לבוא לידי ביטוי כסחיטה באיומים על רקע מיני, כמעשה מגונה, על ידי הצעות והתייחסויות חוזרות ונשנות בעלות אופי מיני כלפי מי שאינו מעוניין בהן והבהיר זאת. הטרדה מינית יכולה לבוא לידי ביטוי גם בהתייחסות פומבית משפילה בעלת אופי מיני או כזו הנוגעת לנטייה מינית של אדם (החוק למניעת הטרדה מינית, תשנ"ח-1998).

נושא זה עלה בעקבות מחקרים הגורסים כי בין שלוש למחצית הנשים העובדות הוטדו מינית בין אם מילולית ובין אם פיזית. נשים הנופלות קורבן להטרדה מינית נפגעות פגיעה נפשית יש אשר מדווחות על דיכאונות, על תחושת השפלה וירידה בערך עצמי (קמיר, 2002).

הטרדה מינית שכיחה בארגונים בעלי אופי גברי, כמו צבא ומשטרה, אך עלולה להתרחש בכל מקום ובכל הקשר. עתים קרובות הוא נובעת מיחסי מרות או תלות (כמו מפקד-חיילת, מנהל-עובד), אולם היא אפשרית גם בין אנשים ללא יחסי מרות או תלות (עובדים המצויים באותו מעמד במקום עבודה אחד (לוי, בן-דוד ועמרם-כץ, 2002).

הביטוי הטרדה מינית מתייחס להתנהגות באמצעותה אדם אחד (המטריד) גורם לאי נעימות של רקע מיני לאדם אחר. כלומר מדובר בהתנהגות מינית שאינה רצויה לנמען ומטרידה אותו. מינו של המטריד אינו משנה אך רוב המטרידים הם הגברים. החוק שחוקק בישראל מגדיר את ההטרדה המינית ואת הפעולות האסורות (הכהן, 2006).

הטרדה מינית היא תופעה שכיחה למדי. שכיחותה ותשומת הלב אליה גדלו עם השתלבותן של נשים בשוק העבודה. ממחקרים שנערכו בישראל ובמדינות אחרות בעולם מתברר כי כל אישה שלישית נתקלת או תיתקל בתופעה של הטרדה מינית מילולית או פיזית (לוי, 2010). בשנות ה-60 של המאה העשרים החלו מדינות להגדיר את התופעה מבחינה משפטית (Felstiner, Abel & Sarat, 2006).

קשה לעקוב אחר סטטיסטיקות של הטרדה מינית, כי רבות מהמוטרדות אינן מתלוננות (לוי, 2010). יש לזכור שהטרדה מינית אינה שייכת בלעדית רק כלפי נשים, גם אם היא נפוצה

יותר. ישנם מקרים בהם הטרדה מינית וניצול יחסי סמכות יופעלו כלפי גברים על ידי גברים או נשים אחרים (Williness, Steel & Lee, 2007).

סוגים של הטרדה מינית

- ✓ הטרדות אקראיות- למשל חיכוך במסגרת ציבורית ללא היכרות בין שני הצדדים.
- ✓ הטרדות שיטתיות כאשר המעסיק מטריד עובדת שלו, מרצה את התלמידה או אחרים שנמצאים בעמדת כוח.
- ✓ הצקה מינית: אמירות, רמזים, והערות הרומזות ומתייחסות באופן ישיר לגוף המוטריד ולהתנהגות מינית;
- ✓ שוחד מיני: הבטחה מילולית או מעשית, גלויה או סמויה של שכר, תגמול או טובת הנאה כלשהי בגין שיתוף פעולה מיני מלא או חלקי;
- ✓ פיתוי מיני: פניה ישירה או בלתי ישירה אל המוטריד על מנת לקיים איתו מגע מיני מסוג זה או אחר. רמה זו כוללת הצעות, בקשות וגם נגיעות גוף מכוונות שאינן בתום לב;
- ✓ כפייה מינית: איום גלוי או מוסווה בפגיעה וענישה כלשהן כנקמה במוטריד בשל אי שיתוף פעולה מיני מלא או חלקי (הכהן, 2006).

חקיקת החוק נגד הטרדה מינית משנת 1998 היוותה נקודת מפנה ביחס המשפטי כלפי התופעה כאשר כעת הוגדר חוקית מהי הטרדה מינית, אילו מקרים נחשבים להטרדה מינית והענישה הנגזרת ממקרים אלו (קמיר, 2008). החוק מגדיר חמישה סוגי התנהגות המהווים הטרדה מינית, וקובע שהתנהגות כזו היא בגדר עבירה פלילית ועוולה אזרחית (נחום, 2009). המעשים שלפי החוק הם בגדר הטרדה מינית:

- ✓ סחיטה באיומים, כאשר המעשה שהאדם נדרש לעשותו הוא בעל אופי מיני;
- ✓ מעשים מגונים, כלומר מעשים לשם גירוי, סיפוק (למשל חשיפת איברים מוצנעים) או ביזוי מיני שהמוטריד אינו מסכים להם;
- ✓ הצעות חוזרות ונשנות בעלות אופי מיני (במבט, בדיבור או במגע, למשל נשיקה או חיבוק), המופנות לאדם אשר הראה למטריד כי אינו מעוניין בהן (כאשר ההצעות הן תוך כדי ניצול של יחסי מרות, תלות, חינוך או טיפול - המוטריד אינו צריך להראות שאינו מעוניין בהן);
- ✓ התייחסויות חוזרות המופנות לאדם, המתמקדות במיניותו, כאשר אותו אדם הראה למטריד כי אינו מעוניין בהן (כאשר התייחסויות המיניות הן תוך כדי ניצול של יחסי מרות, תלות, חינוך או טיפול - המוטריד אינו צריך להראות שאינו מעוניין בהן);
- ✓ התייחסות מבזה או משפילה המופנית לאדם ביחס למינו או למיניותו, לרבות נטייתו המינית. גם מקרה חד-פעמי נחשב להטרדה מינית.

הטרדה מינית במסגרת יחסי מרות בעבודה

קיים קושי רב בזיהוי הטרדה מינית והיא עקב נטייה התרבותית של החברה לערפל את היחסים בין המינים ברומנטיקה המחפה על ההבדלים בין מותר לאסור, בין מכבד לפוגע (בנזימן, 2008). ההטרדה המינית מתרחשת בחסות הערפול המובנה בהגדרת מושגים כמו רומנטיקה, חיזור, משיכה ואהבה, לבין התנהגויות העלולות להיתפס ע"י האחר כהטרדה, פעולה אשר הייתה יכולה להיתפס כפעולה רומנטית כאשר קיימת הדדיות, נתפסת על פי החוק כהטרדה מינית כאשר אחד הצדדים אינו מעוניין בה. התיאוריה הפמיניסטית טוענת שהטרדה מינית היא תוצאה של מערכת פטריארכאלית, אשר מאפשרת לגבר להפעיל כוח מיני ולהביע באמצעותו את הדומיננטיות ושליטה הגברית, כגון הבוס מטריד את העובדת הכפופה לו. על פי הגישה הזו הטרדה מינית נובעת מתהליך הסוציאליזציה המגדר, אשר יוצר ומשעתק את הבדלי הכוחות בין גבר לאישה בחברה (לוי, 2010).

תהליך סוציאליזציה של מגדר מניח את היסודות הסטריאוטיפיים על בסיס מיני ומעמד חברתי. שכיחות המקרים בהם המטריד היה בעל סטאטוס נמוך משל המוטריד היא נמוכה ובד בבד שכיחות המקרים בהם יחס המועמדות הפוך, גבוהה. ברור כי הטרדה מינית נפוצה יותר כאשר המטריד הוא בעל סטאטוס גבוה יותר משל המוטריד (Williness, Steel & Lee, 2007).

הטרדה מינית נתפסת כפגיעה משמעותית בכבוד האדם. התייחסות לאישה כאובייקט מיני כאשר אינה מעוניינת בכך משפילה אותה כשם שהתייחסות גזענית משפילה אדם שחור בצפון אמריקה וכשם שהתייחסות אנטישמית משפילה יהודי. התייחסות לאישה כאל אובייקט מיני כאשר היא אינה מעוניינת בכך ממקמת אותה במסגרת השקפת העולם הפטריארכאלית, ומוועידה לה תפקיד משני, נחות, נשלט ובלתי שוויוני (קמיר, 2002).

התנהגויות הנחשבות להטרדה מינית בעבודה :

✓ סחיטת אדם לביצוע מעשה בעל אופי מיני, לדוגמה: מעביד המאיים לפטר עובדת אם היא מסרבת לקיים אתו יחסי מין.

✓ מעשה מגונה, לדוגמה: עובד או ממונה הנוגע בעובדת לשם גירוי מיני או החושף את עצמו בפניה, בלא הסכמתה.

✓ הצעות חוזרות בעלות אופי מיני אף שהאדם שאליו מופנות ההצעות הראה שאינו מעוניין בהן. אין צורך להראות אי הסכמה במקרה של ניצול של יחסי מרות בעבודה. לדוגמה: העובדת מקיימת מגע עם המעביד אך למחרת מסרבת. נניח שהעובדת נענתה להצעה המינית של הממונה, קיימה מגע כזה או אחר עם הממונה, בהסכמה, אבל למחרת היא סירבה והממונה הציע שוב.

✓ התייחסויות חוזרות למיניותו של אדם, אף שהאדם שאליו מופנות ההתייחסויות הראה שאינו מעוניין בהן. אין צורך להראות אי הסכמה במקרה של ניצול של יחסי מרות בעבודה. לדוגמה: הממונה אומר: "את נראית טוב היום" - זו אינה הטרדה מינית. לעומת זאת אם הממונה אומר: "למה איחרת, מה עשית בלילה?", או הערות בקשר לחזה - זו הטרדה מינית.

✓ התייחסות מבזה או משפילה למינו או לנטייתו המינית של אדם בין אם הוא הראה שהדבר מפריע לו ובין אם לאו די בהתייחסות אחת על מנת שהדבר ייחשב להטרדה מינית. לדוגמה: התנכלות לעובדת/ת. ישנם מקרים אשר יש חשד להתנכלות בעבודה הקשורה להטרדה מינית. ישנם סוגים שונים של התנכלויות:

✓ כשמעביד או ממונה מטעמו פוגע בעובד או בדורש עבודה, בגלל תלונה או תביעה משפטית שהגיש, על התנכלות או על הטרדה מינית. לדוגמה: עובדת מגישה תלונה על הטרדה מינית והעלאת השכר שהובטחה לה מוקפאת.

✓ התנכלות בגלל סירוב להצעה או התייחסות מינית, כאשר מעביד או ממונה מטעמו פוגע בעובד או בדורש עבודה - כאשר מקור הפגיעה הוא הטרדה מינית. ואולם לגבי הטרדה מינית מהסוג של הצעות חוזרות בעלות אופי מיני והתייחסויות חוזרות למיניותו של אדם, די בהצעה אחת בלבד או התייחסות אחת בלבד. לדוגמה: ממונה מפטר עובדת או שולל ממנה רכב צמוד בגלל סירובה להצעתו החד-פעמית למגע מיני.

✓ התנכלות בגלל סיוע לעובד אחר - כשמעביד פוגע בתנאי העבודה של עובד שהעיד לטובת עובדת שהתלוננה על הטרדה מינית (בנזימן, 2008).

לפי הכהן (2006), הטרדה מינית או התנכלות "במסגרת יחסי עבודה" מתקיימת כאשר מתקיימים מספר תנאים:

✓ היא מתרחשת במקום העבודה עצמו.

✓ היא מתרחשת במקום אחר שבו מתנהלת פעילות מטעם המעביד, לדוגמה: אולם שבו מציגים המעביד ועובדיו תערוכה של מוצרי המעביד, מכון להכשרה או בית מלון שבו מתקיים קורס או השתלמות מטעם המעביד; מסעדה שבה מתקיימת מסיבה מטעם המעביד לעובדיו.

✓ היא מתרחשת תוך כדי זמן עבודה, לדוגמה: נסיעה הנעשית בזמן העבודה במסגרת העבודה, לשם ישיבת עבודה מחוץ למקום העבודה.

✓ היא מתרחשת תוך ניצול מרות ביחסי העבודה בכל מקום שהוא (ברחוב, בביתו של הממונה, במכוניתו).

החוק מדגיש כי מותר לחזר, אסור להטריד. מותר להציע, אבל אסור לפגוע ולפלוש לפרטיות של אחר. לכן מוטלת על נשים אחריות להבהיר באופן ברור את עמדתן. כשמדובר בעמיתים, בלי ביטוי כזה מצידי, לא נאמר שהייתה הטרדה מינית (לוי, 2010).

במצב בו יש ניצול של יחסי כוח, כמו מרות בעבודה, חינוך או טיפול, החוק בישראל מעניק הגנה יתרה (סעיף 3(א)(6) לחוק למניעת הטרדה מינית). כאשר אדם מנצל יחסי כוח

כדי להציע הצעות מיניות חוזרות ונשנות, או כדי להתייחס שוב ושוב למיניותו של אדם הכפוף לו, החוק קובע שזו הטרדה מינית גם אם המוטרד לא העז להראות למטריד שהוא אינו מעוניין, ולא העז לבקש ממנו שיפסיק (קמיר, 2009). במצבים רגילים, שאין בהם יחסי כוח, התנהגות כזו הופכת להטרדה מינית רק אחרי שהמוטרד הראה למטריד שהוא אינו מעוניין בהתנהגותו (הכהן, 2007).

במקצועות מסוימים נקבעו גם כללי אתיקה, האוסרים על קשרים לא הולמים (גם בהסכמה) בין בעל המקצוע ללקוחותיו, ומגדירים את הסנקציות הנלוות לכך. למרות זאת, פעמים רבות ניתן למצוא חברים למקצוע או מוסד המגבים את מי שהתלוננו נגדו (וולף, 2004).

מחקרים רבים מאשרים שכוח הוא מרכיב מרכזי בהבנת הטרדה מינית. בארגון קיימת חולשה מובנית של העובד. מערכת יחסי עבודה בנסיבות של יחסי מרות, מהווה קרקע פורייה לאפשרות של הטרדה מינית (וקאוס, 1999).

השפעת הארגון על הטרדה מינית

ממחקרים רבים עולה כי אקלים ארגוני (סובלנות הארגון, מדיניות, פרוצדורות, יישום וכו') וסביבת העבודה הכרחיים להבנת התנאים בהם יותר סביר שתתרחש הטרדה מינית וכיצד הקורבנות יושפעו מן ההטרדה (EOC, 2007). עם זאת, אין מספיק מחקר לגבי מדיניות ופרוצדורות ספציפיות, אסטרטגיות מניעה ומודעות. מרכיב נוסף שמגדיל את הסיכון להתרחשותה של הטרדה מינית הוא ההקשר המגדרי של מקום העבודה (job gender context) (לוי, 2010). מעט נשים בסביבת העבודה הקרובה או עיסוק בתחום שאינו טיפוסי לנשים, הדרך היעילה ביותר למנוע הטרדות מינית במסגרת העבודה וכך גם להשפיע על האווירה הציבורית היא שהמעביד יאמץ מדיניות ברורה השוללת הטרדה מינית ויבהיר אותה לעובדיו (נחום, 2009). נשים רבות מעדיפות להתלונן במקום העבודה ולסמוך על פתרון פנימי מאשר "להוציא את הכביסה המלוכלכת החוצה" ולהיתפס כבוגדת על ידי עמיתים, ממונים ומעסיקים (הכהן, 2007). רבות מעדיפות פתרון פרגמטי שיפסיק את ההטרדה וימנע מגע עתידי עם המטריד לעומת פניה למשטרה (בנזימן, 2008). הקושי להפוך פגיעה לפניה לבית משפט כרוך בשלושה שלבים שעל הנפגע לעבור על מנת לפנות למערכת המשפט: הענקת שם לפגיעה (naming), היכולת להעניק לפגיעה הגדרה משפטית, שלב הטלת האשמה (blaming) שעיקרו ההבנה מיהו הגורם האחראי לפגיעה בזכויות וההתייבשות מולו, ולבסוף שלב הפניה לערכאות (claming). בעבירות מין קיים קושי אדיר של הקורבנות לעבור את השלבים הנ"ל, ככל שהיחסים בין התוקף והנתקף קרובים יותר, הקושי לעבור כל שלב גדול יותר (Felstiner, Abel & Sarat, 2006).

השפעת הטרדה מינית על הארגון

לתופעת ההטרדה המינית השפעה ניכרת על המוטרד אישית, על הסובבים העדים לתופעה ועל האקלים הארגוני. לעובד הזכות להרגיש בטוח בסביבת עבודתו. כשחווים הטרדה, לטווח הקצר ולעיתים אף לטווח הרחוק הטרדה השפעות שליליות כגון דיכאון, הערכה עצמית נמוכה, בעיות בריאות, הישגים נמוכים בעבודה, מחשבות שוואובדניות. המטריד לא תמיד מאופיין על-ידי התנהגות לא הולמת בעיני הסובבים. לחלקם כישורים חברתיים מפותחים והשתלבות נהדרת במערכת, המבוטאים על-ידי הערכה חיובית מצד עמיתיהם ומנהליהם שאינם מודעים לבעיית האיום בהטרדה. עובדה זו מקשה מאד לזהותם ולאתרם ללא הדיווח מצד המוטרד, וגם אז חוסר אמינות המדווח בעיני מקבל התלונה מהווה מחסום רציני ביותר בפני הפעלת אמצעים לפטרון.

בקרב הצופים בתופעה שאינם חווים אותה בעצמם, רגשות כמו פחד, חוסר עונים לעשות משהו בנידון, רגשי אשמה על שלא עשו דבר, ואף רצון להצטרף למטריד אופייניות (Olweus, D. (2001).

ללא ההתערבות מצד הארגון, תופעת הטרדה מינית עלולה להוביל להשלכות מרחיקות לכת באקלים הארגוני: מתפתחת אווירה של פחד וחוסר כבוד, העובדים חווים קשיי תפקוד בכל הרמות וחוסר בטחון, העובד אינו אוהב את מקום עבודתו וחושב על עזיבה, או לחילופין אינו משקיע ואינו משתתף בפעילות הארגון המפתחות אותו (יחס שמרני והתנגדות לקדמה ולשינוי). העובדים רואים במנהליהם מערכת חסרת תועלת וחלשה שלא איכפת לה מעובדיה (Salmivalli, Lagerspetz, Björkqvist, Osterman & Kaukiainen, 1996).

הטרדה מינית גורמת לעלויות לארגון: עלויות משפטיות, פרסום לא רצוי, השפעות שליליות על גיוס עובדים ושימור עובדים קיימים, חוסר יעילות, היעדרויות וימי מחלה נמצא קשר שלילי בין הטרדה מינית לסיפוק בעבודה, מחויבות לארגון ויעילות הקבוצה. נמצא קשר חיובי בין הטרדה מינית לנסיגה/הימנעות מעבודה וממקום העבודה (למשל, לא לבצע משימות, לאחר לעבודה ורצון לעזוב את מקום העבודה). הטרדה מינית משפיעה על בריאות ורווחה, נמצא קשר שלילי בין הטרדה מינית לבריאות פיזית ונפשית, סיפוק מהחיים וקשר חיובי עם הפרעת דחק פוסט טראומטית (וקאוס, 1999).

קביעות החוק לגבי אחריות מעבידים בנושא הטרדה מינית

מקום העבודה הוא בדרך-כלל המקום שבו תופעת ההטרדה המינית היא השכיחה ביותר ובעלת פוטנציאל הפגיעה הגבוהה ביותר בשל הפגיעה בפרנסת המוטריד. לפיכך, החוק מטיל חובה על מעבידים לנקוט אמצעים מסוימים על מנת למנוע הטרדות מיניות במסגרת יחסי עבודה. בין היתר עליהם לקבוע דרך יעילה להגשת תלונות, לטפל ביעילות במקרי הטרדה מינית או התנכלות הידועים להם, ולתקן פגיעות שנגרמו עקב הטרדה מינית או התנכלות.

להלן תמצית נוסח החוק בעניין חובות המעביד - נקיטת אמצעים בידי מעביד (תיקון: תשס"ד):

(א) מעביד חייב לנקוט אמצעים סבירים, בנסיבות העניין, כדי למנוע הטרדה מינית או התנכלות במסגרת יחסי עבודה, על ידי עובדו, או על ידי ממונה מטעמו אף אם אינו עובדו, ולטפל בכל מקרה כאמור, ולשם כך עליו:

(1) לקבוע דרך יעילה להגשת תלונה בשל הטרדה מינית או התנכלות ולבירור התלונה;
(2) לטפל ביעילות במקרה של הטרדה מינית או התנכלות שידע אודותיהם, וכן לעשות כל שביכולתו כדי למנוע את הישנות המעשים האמורים וכדי לתקן את הפגיעה שנגרמה למתלונן עקב ההטרדה או ההתנכלות.

(ב) מעביד המעסיק יותר מ-25 עובדים חייב, בנוסף לאמור בסעיף קטן (א), לקבוע תקנון שבו יובאו עיקרי הוראות החוק בדבר הטרדה מינית והתנכלות במסגרת יחסי עבודה ויפורטו בו דרכי הגשת התלונות שעניינן הטרדה מינית או התנכלות והטיפול בהן, כפי שקבע המעביד (להלן - תקנון); המעביד יפרסם את התקנון בין עובדיו.

(ג) מעביד שלא מילא את חובותיו לפי סעיפים קטנים (א) ו-(1) ו-(2) ו-(ב) יהיה אחראי לעוולה אזרחית לפי סעיף 6, או לעוולה אזרחית בשל פגיעה כאמור בסעיף 7 לחוק שוויון ההזדמנויות בעבודה, שעשה עובדו, או ממונה מטעמו אף אם אינו עובדו, במסגרת יחסי העבודה.
(ד) שר המשפטים, בהסכמת שר העבודה והרווחה ובאישור הוועדה לקידום מעמד האישה של הכנסת, יקבע -

(1) כללים לביצוע חובות המעביד על פי סעיף זה; כללים כאמור יכול שיהיו כלליים או לפי סוגים של מקומות עבודה, ענפי עבודה או מקצועות;

(2) תקנון לדוגמה שישמש דוגמה למעביד.

(ה) לצורך קיום חובותיו של המעביד לפי סעיף קטן (ב), יערוך המעביד בתקנון לדוגמה את ההתאמות הנדרשות.

(ו) לעניין סעיף זה, "התנכלות" - לרבות פגיעה כאמור בסעיף 7 לחוק שוויון ההזדמנויות בעבודה.
(ז) הוראות סעיף זה יחולו, בשינויים המחויבים לפי העניין, גם על מוסד להשכלה לבוגרים, ולעניין זה יראו את המוסד - כמעביד, את המורה או המרצה - כעובד או כממונה מטעם המעביד ואת התלמיד או הסטודנט - כעובד.

הליך

- קבלת אישור לביצוע מחקר.
- ביצוע סקירת ספרות בנושא הטרדה מינית.
- קביעת מטרות ויעדים והכנת תכנון ביצוע המחקר.
- התאמת השאלון הקיים למטרות הסקר ועדכון על סמך הידע שנצבר על-ידי סקירת הספרות (קיצור ועריכה מחדש).
- חלוקת שאלונים באופן אנונימי לאוכלוסיית המדגם, תוך הסבר על מטרות המחקר.
- איסוף השאלונים, העברת נתוני השאלונים לגיליונות אקסל, ביצוע חישובים ובניית תרשימים.
- ניתוח הנתונים מן השאלון על פי המדגם הקיים של המשתתפות.
- דיון, הסקת מסקנות והמלצות.

כללי אתיקה שליוו את המחקר

1. צנעת הפרט – הובטח איסוף המידע הרלוונטי למטרת המחקר הנוכחי בלבד. מידע למשיב – נמסר למשיבים מידע על מטרת המחקר ואת דרכי השמירה על סודיות המידע. במידה ולמשתתפים במחקר עלו שאלות נוספות, נמסר להם מידע נוסף הנוגע לאותו מחקר.
2. הסכמה מצד האחיות להשתתפות מרצון.
3. שמירת סודיות – אנונימיות השאלונים והתחייבות לשמור על סודיות המידע המגיע לצורך ניתוח הנתונים, כולל בפני פרסום או מסירה לצד שלישי באופן שאפשר לזהות את המשתתף אליו מתייחס המידע, אלא אם הסכים המשתתף לכך במפורש.

השאלון

השאלון (מצורף בנספחים) הינו עיבוד שאלון של סטודנטית אוניברסיטת בר-אילן (פנדלר, 2007) מותאם לצורכי הסקר ולאוכלוסיית המשתתפות ספציפית, ומקוצר מטעמי נוחות לצורכי סקר זה. השאלון המלא פותח ותוקף לצורך עבודת מאסטר בסוציולוגיה. עדיין, לצורכי הקיצור והעריכה של השאלון מחדש, היה עלינו, כצוות מחקר להסתמך על הגדרות חוק עדכניות, ולבצע סקירה ספרותית מחודשת באותם הנושאים הרלוונטיים לעבודה, אותה הבאנו מקודם.

השאלון מורכב משני חלקים. בחלק הראשון מוצגת רשימת סיטואציות שלפי חוק למניעת הטרדה מינית בתשנ"ח 1998 נחשבים להטרדה מינית בישראל. הסיטואציות מתוארות בצורת 13 היגדים קצרים לגביהם על המשתתפת להביע את עמדתה כמעשה של הטרדה מינית בפועל, על-ידי ציון מידת הסכמתה בעלת 5 דרגים, כאשר המספר 5 מציין "מסכימה במידה רבה" ומספר 1 מציין "לא מסכימה כלל".

החלק השני כולל שאלות על פרטים דמוגרפיים מובחרים הרלוונטיים לסקר זה, כמו גיל, מצב משפחתי, השכלה, מידת דתיות, ארץ לידה ושנת עלייה במידה והמשתתפת לא נולדה בארץ.

אוכלוסיית הסקר

השתתפות בסקר הוצעה לאחיות (כולן נשים) בעלות רישיון ישראלי המועסקות בסיעוד בשתי מחלקות פנימיות בבית חולים ציבורי, ללא קשר לוותק שלהן במקצוע או תחום עיסוקן (טיפול ישיר בחולה, ראשי צוותים בכל הרמות, הנהלה, מדריכות קליניות וכד'). מטרת הסקר הייתה להכליל אחיות מכמה שיותר תחומי עיסוק בכדי להבטיח ייצוג מגזרים רבים ככל הניתן.

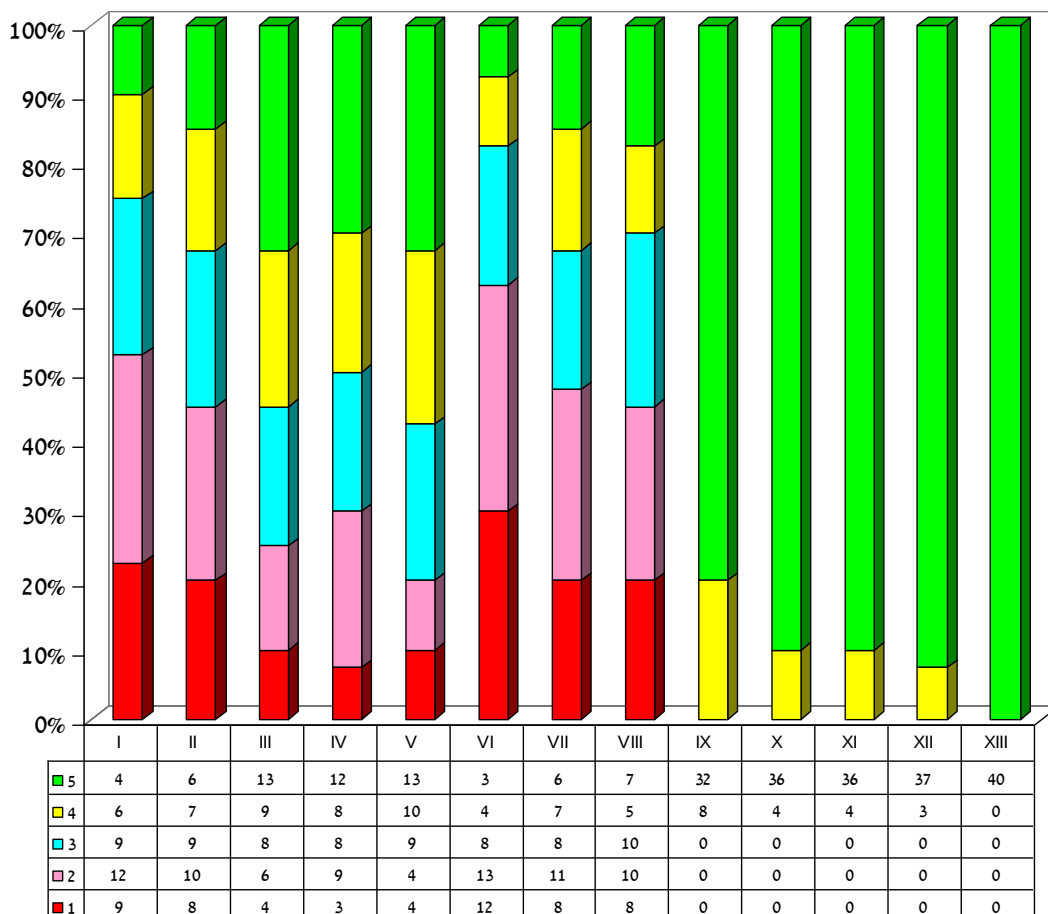
- ✓ מתוך 46 אחיות העובדות בשתי מחלקות אשפוז פנימיות, להן חולק השאלון, חזרו 42 שאלונים שמתוכם 2 נפסלו כיוון שלא היו מלאים, מה שמותיר אותנו עם 40 משתתפות.
- ✓ גיל משתתפות הסקר נע בין 24 ל-46, כאשר הממוצע קרוב ל-31 שנה.

⁷ המספרים המוצגים בפרק זה עוגלו מטעמי נוחות.

- ✓ התפלגות משתתפות לפי מצב משפחתי: 25% רווקות, 65% נשואות, ו-10% גרושות / פרודות.
- ✓ במחקר השתתפו 10% אחיות מעשיות, 30% מוסמכות, 50% בעלות תואר אקדמי ראשון, ו-10% בעלות תואר שני ומעלה. 60% הגדירו את עצמן כחילונית, 20% כמסורתיות, 15% כדתיות ואחת כחרדית.
- ✓ 45% מהמשתתפות בסקר נולדו בארץ, 10% נוספות- באסיה / אפריקה, וכל היתר- באירופה, כאשר אלה שלא נולדו בארץ – כולן נציגות עליית שנות ה-90.

ממצאים עיקריים

לאחר העברת השאלון וניתוחו הראשוני, נתקבלו ממצאים המוצגים בצורת גרף וטבלה:



כל עמודה בגרף מייצגת התפלגות רמת הסכמת המשתתפת עם כל אחד מההיגדים כפי שמופיע בשאלון, בהתאם למספרים הרומיים:

- I. השמעת בדיחות בעלות רמיזות מיניות;
- II. השמעת הערות מיניות בחברת אנשים אחרים במשרד;
- III. השמעת הערות מיניות בוטות כלפי מישהי באופן אישי;
- IV. השמעת הערות מפתות בקשר לגופה או להופעתה של מישהי;
- V. השמעת הערות מפתות בקשר לפעילותה המינית של מישהי;
- VI. חלוקה, שימוש או הצגה של חומר פורנוגרפי;
- VII. ניסיון לקשור שיחה אודות נושאים אישיים-מיניים;
- VIII. פלישה לפרטיותה של מישהי;
- IX. הצעה לתגמול בתמורה לקיום יחסי מין;
- X. איום סמוי על סירוב לשתף פעולה מבחינה מינית;
- XI. הפעלת לחץ להתחייב לפעילות מינית באמצעות איום ישיר ומפורש על עונש ונקמה;

XII. ניסיון בכוח לגעת, לגפף, לנשק או לאחוז במישהי;

XIII. חשיפת איבריו המוצנעים של גבר בפני מישהי.

כפי שנראה בגרף, יותר ממחצית ההיגדים לא עוררו בחלק מהמשתתפות (חלקם- גם ביותר ממחצית המשתתפות!) רגשות שליליים- אותם ההיגדים אינם נתפשים על-ידיהן כהטרדה מינית (מידת הסכמה 2-1 עם ההיגד), למרות שהן כאלה לפי הגדרת החוק. לא נמצא קשר ברור של הממצאים הללו עם התפלגות הנתונים הדמוגרפיים כמו גיל, מצב משפחתי, ארץ לידה ושנת עלייה. בעלות השכלה אקדמית והמגדירות את עצמן דתיות התייחסו לנושא בחומרה יתרה יחסית לשאר המשתתפות, אולם ההבדלים שנצפו לא היו חד-משמעיים.

דיון

במהלך עבודתנו לניתוח המושג הטרדה מינית וניתוח הסוגיה בארגון בו אנו עובדות, הבנו כי הטרדה מינית הינה אחד הנושאים המרכזיים מתחום אלימות אופקית, שעל ארגון הרפואי של היום להתמודד. נושא ההטרדה המינית נמצא בצומת בינתחומי של האתיקה הארגונית, תרבות ארגונית, אקלים במחלקות, ערכים ועוד תחומים חשובים רבים.

נושא של הטרדה מינית בארגון הינו בעל השפעה מכרעת והרסנית על מבנה הארגון והשגת מטרותיו, על תחושת העובד בתוך הארגון ועל עמדת המנהל ומובילי הארגון. לא משנה אם ארגון הוא ארגון ציבורי או ארגון עסקי, חשוב ביותר להתייחס לנושא של כבוד האדם אשר מהווה נושא גג לנושא של הטרדה מינית. הטרדה מינית היא פגיעה קשה מאד באדם שהוטרד, אדם שלעתים קרובות בעל כוח נמוך יותר באופן משמעותי בהשוואה למטריד שלרוב חזק יותר ומשמעותי יותר.

במידה ומתרחשת בארגון הספציפי הטרדה מינית יש להתייחס לכך בחומרה רבה, להפעיל את הסנקציות הארגוניות והחוקיות (לוי, 2010). מאידך, התרחשות זו הרבה פעמים אינה מדווחת מסיבות שונות, ולכן חשוב עוד יותר לנתח ולבדוק מה עלול להוביל לאירוע של הטרדה מינית ואיזו עבודה יש לעשות בארגון כדי למנוע בעתיד התרחשויות המנוגדות לתפיסה האתית של הנושא (Riordan & Ellison, 2008).

מתוך ניתוח פשוט של נתוני הסקר אותו ביצענו, התברר שבארגון בו אנו עובדות ישנה בעיית המודעות להגדרות של הטרדה מינית. להתייחסות סלחנית לנושא בקרב משתתפות בסקר יכולות להיות סיבות רבות, כמו אקלים ארגוני חם עם יחסים קרובים בין אנשי הצוות, דומיננטיות נשית במחלקות הספציפיות בהן נערך הסקר, או לחילופין חוסר ידע, השפעת המציאות הקשה של יחס מזלזל מצד הנהלת בית החולים לנושא או ניסיון אישי שלילי (הן כקורבן לאירוע הטרדה מינית והן כצופה מהצד). מאידך, יש לזכור כי מדגם של 40 משתתפים ב-2 מחלקות בלבד מתוך ארגון שלם איננה ייצוגית, לכן יש להתייחס לתוצאות סקר זה במשנה זהירות. לצורך בירור המצב הכולל בארגון והסיבות האפשריות למצב זה באם יתברר כייצוגי, מומלץ לבצע מחקר מעמיק יותר. יחד עם זאת, ישנן פעולות רבות אשר חייבות להיעשות בארגון בכל מקרה, למניעת הטרדה מינית ברמה המעשית ולהקניית התפיסה האתית והמוסרית שפעולה כמו הטרדה מינית היא פעולה שלילית ביותר, מסוכנת ולא עומדת בהתאם לתפיסת הארגון כפי שהוא. נושא זה למרות הנטייה הרבה שלא להזכירו ולא לדבר עליו, חייב לעלות למודעות בארגון. הדבר חייב לבוא לידי ביטוי בדרך של הדרכת מנהלים, החל מדרגים הבכירים ועד הדרגים הזוטרים יותר על נושא ההטרדה המינית ומניעתה, חוק למניעת הטרדה מינית ועל ההשלכות הקיצוניות של הטרדה מינית על קורבנותיה.

למנהלים בארגון מספר אסטרטגיות להתמודדות עם בעיות אתיות וגיבוש הערכים האתיים והתרבותיים בארגון. מנהלי הארגון יכולים לקבוע תוכנית הכוללת את כל דרגי הארגון בתוך התמודדות עם הבעיה. (Riordan & Ellison, 2008).

מנהלים יכולים לקבוע, כי האחריות להטמעת הערכים האתיים תוטל על בעל תפקיד מסוים בחברה. הדבר מסדיר את העניין באופן רשמי, חוסך זמן ואנרגיה ומשדר מסר של חשיבות הנושא. לדוגמא, וועדת האתיקה בארגון, שמורכבת ממנהלים שנותנים מענה לשאלות ערכיות ואתיות. ועדה כזאת יכולה לשאת אופי "משטרתית" או "ייעוצית". אפשרות אחרת היא למנות מעין נציב תלונות הציבור לענייני אתיקה. זהו אדם בעל גישה ישירה למנכ"ל החברה, והוא אחראי לאיסוף חקירה והעלאה לרמת המנכ"ל של תלונות או חשדות של העובדים בכל הקשור לרמה הערכית והאתית בארגון. אותו אדם שיקבע או הועדה יהיו אחראים על מספר תחומים בארגון ביניהם תחום העוסק בנושא של מניעה של הטרדה מינית והתמודדות איתה (EOC, 2007).

כיצד ארגון יכול להקל על עובדים אכפתיים שרוצים להתלונן על מעשה לא אתי או לא מוסרי בחברה, אך מסתכנים בפיטורין ובהקעה חברתית עוד טרם התלונה הגיעה לדרגים הגבוהים? הפחד להתלונן ולהפוך ל"בוגדים" מונע לעתים קרובות תלונות של עובדים על מעשה שלא אתי ולא מוסרי כולל הטרדה מינית. אישה שהוטרה מינית תפחד להתלונן בארגון שכללי אתיקה אינם מספיקים שם מכיוון שתואשם שהיא זו שאשמה, היא זו שפיתתה ולא התנגדה. בארגון שבו הנושא יהיה מסודר מבחינה אתית, יהיה ניתן להתלונן בצורה פתוחה כי נושא של הטרדה מינית מנוגד לקוד האתי והמוסרי של הארגון, האישה תרגיש בנוח להתלונן ותהיה מסוגלת להימנע מנזקים. חלק נוסף ממנגנון זה- עידוד וניתור תופעת ה"התרעה בשער". זהו מנגנון החשיפה של מעשה לא חוקי או לא מוסרי שקרה בחברה על-ידי מועסק. בניגוד למקובל בעבר כיום החברות הגדולות מחפשות דרכים להגן על אנשים אלה, על מנת להפיק תועלת פנימית מהביקורת שבתלונותיהם, ועל מנת לפתור את העניין באופן יסודי בפנים בטרם הוא יוצא החוצה לעיתונות. חברות גדולות הקימו "קו חם" למתלוננים מסוג זה, שמקפיד על הדיסקרטיות של המתלונן. רק בחברה או בארגון שבו המערך האתי מוסדר, ברור לכולם למי ניתן לפנות ומבטיחה פרטיות ודיסקרטיות, יגיעו תלונות מהמתריעים, דבר שיגלה לעתים קרובות את הבעיות האתיות בארגון. במידה והעובד היה עד להטרדה מינית ולא דווקא נפגע ממנה, הוא יכול להתריע לגורם העוסק בכך ללא פחד להיפגע (וקאוס, 1999).

לפי תוצאות המחקר בנושא כ- 90% מקבוצת 500 החברות הגדולות בעולם וחברות רבות אחרות פיתחו קוד אתי פנימי לארגון. הקוד מבהיר מהן הציפיות של הארגון מהתנהגות העובדים בו במימד האתי. הקוד האתי או מקבץ ערכי יסוד הוא כלי חשוב בניהול המבוסס על ערכים ארגוניים. הקוד האתי והשקפת העולם של ארגון הם חשובים מאוד והם מתמצתים בכתב את עיקר החוקים בארגון, את הכללים הפורמאליים שנקבעו ואת הקודים האתיים שקובעים מדיניות. הקוד האתי של אחרות, למשל, מהווה מנגנון אשר בא להגן הן על החולה (הלקוח) והן על האחרות מהטרדה מינית במהלך העבודה בארגון. הנושאים הרבים בקוד האתי של אחרות ביניהם כבוד האדם, כבוד העובד ובריאות העובד מתנגדים להטרדה מינית ומנסים להגן על העובד מפני פגיעה בכבודו והטרדה (וולף, 2004).

לאחר בניית מסגרת התייחסות מוסרית ואתית בתוך הארגון, קביעת השקפת העולם והקוד האתי הארגוני חשוב שהארגון יעסוק בהפצת דעותיו בקרב העובדים כאשר הדרכת עובדים, הסבר על הנושא כולל חוק שנקבע ע"י גורם חיצוני וכללי אתיקה תוך ארגוניים מהווים מסגרת אתית ופילוסופית של התייחסות הארגון אל הנושא. כל עובד בארגון חייב להכיר את רמת החשיבות של הנושא בעיני הארגון והנהלתו, את ההתייחסות החוקית והמוסרית אל חומרת העבירה ואל הסנקציות התוך ארגוניות לצד הסנקציות החוץ ארגוניות (Felstiner, Abel & Sarat, 2006).

על מנת לוודא כי הקוד האתי מיושם בתהליך קבלת החלטות יום יומי של העובדים, קיימת אפשרות להכשיר את העובדים ע"י תכניות אימונים. חברות גדולות רבות כוללות את הסוגיות והדילמות האתיות בסמינרים התקופתיים לעובדיהם. מנהלים ועובדים מתמודדים עם דילמות אתיות וערכיות בקורסים מקצועיים המיועדים לכך. הדרכת עובדים ומנהלים לגבי הנושא היא חשובה מאוד ומשפיעה על תפיסת הנושא בעיני העובדים ועל ערכי הארגון (וולף, 2004).

המיקוד בהדרכת מנהלים הוא לא רק על ההיבט החוקי של הנושא, אלא על ההיבט המוסרי, היבט המדגיש את החשיבות של בניית עמדה מוסרית המאפיינת את הארגון בהתייחס לסוגיה מסוימת וסוגיית כבוד האדם בתוך הארגון בכלל. חלק חשוב ביותר בבניית עמדה אתית מוסרית זו היא כתיבת השקפת עולם של הארגון ובניית קוד אתי המתייחס לארגון בכללותו ולמקצועות ספציפיים בתוך הארגון. למשל, קוד אתי של האחרות מתייחס לנושא כבוד האדם ונושא האיסור של הטרדה מינית, הוא מהווה את אחת מאבני דרך לבניית המסגרת האתית בתוך הארגון.

ביבליוגרפיה

- בנזימן, ר'. (2008). הטרדה מינית בעבודה, בספר "מעמד האישה בחברה ובמשפט", רדאי, פ', שלו, כ' וליבן-קובי, מ' (אורכים). הוצאת שוקן.
- הכהן, א'. (2006). "על עבירות מין ואיסור הטרדה מינית". מתוך אתר "דעת".
- הכהן, א'. (2007). "על איסור הטרדה מינית, מצפון האישה וביזוי כבודה". מתוך אתר "דעת".
- הקוד האתי של אחרים ואחרות בישראל. מתוך האתר: www.health.gov.il/Download/pages/eti.docvirtual2002.tau.ac.il
- חוק למניעת הטרדה מינית, תשנ"ח 1998
- וולף, ר' (2004). בניית קוד אתי. משאבי אנוש, 198: 26-30.
- לוי, א', בן-דוד, ש' ועמרם-כץ, ש'. (2002). תופעת ההטרדה המינית ומקומה בארגון הצבאי. יוה"ל - יועצת הרמטכ"ל לענייני נשים.

לוי, ש'. (2010). הטרדה מינית במקום העבודה. *הכנסת- מרכז המחקר והמידע*. מתוך אתר אינטרנט
<http://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m02565.pdf>
 מוקאוס, די (1999). אתיקה בארגון הלכה למעשה. *משאבים* : 187.
 נחום, נ'. (2009). הטרדה מינית בעבודה. מתוך אתר <http://www.e-mago.co.il/articles/1429.htm>
 פנדלר, י' (2007). "עמדות כלפי הטרדה מינית". עבודת מחקר בסוציולוגיה במסגרת הלימודים.
אוניברסיטת בר אילן.
 קמיר, א'. (2002). "כבוד האדם: הטרדה מינית". *אוניברסיטה משודרת, הוצאה לאור- משרד
 הביטחון*.
 קמיר, א'. (2008). "החוק הישראלי למניעת הטרדה מינית – איפה אנחנו במלאות לו עשור?". *משפט
 ועסקים*, 73, עמ' 9.
 קמיר, א'. (2009). זה מטריד אותי: לחיות עם החוק למניעת הטרדה מינית. *הוצאת כרמל והקיבוץ
 המאוחד*.

- Equal Opportunities Commission- EOC. (2007). Sexual Harassment in the Workplace: a Literature Review. Retrieved from <http://www.mbs.ac.uk/research/equalitydiversity/documents/WPS59Sexualharassment.pdf>
- Felstiner, W. L., Abel, R. L. & Sarat, A. (2006). The Emergence and Transformation of Dispute: Naming, blaming, Claiming. *Law & Society Rev.* 15
- Lengnick-Hall, M.L. (1995). Sexual harassment research: A methodological critique. *Personnel psychology*, 48, 841–864.
- Olweus, D. (2001). Peer Harassment: A Critical Analysis and Some Important Issues. *New York: Guilford Publications*.
- Riordan, M. & Ellison, F. (2008). A Guide to Ethical and Professional Conduct for Contract. *Law & Society Rev.* 19.
- Salmivalli, C., Lagerspetz, K., Björkqvist, K., Osterman, K. & Kaukiainen, A. (1996). Bullying as a Group Process: Participant Roles and Their Relations to Social Status within the Group. *Aggressive Behavior* 22 : 1-15.
- Antecedent and Lee, K., (2007). A Meta-Analysis of the Steel, P. & Williness, C.R., Consequences of Workplace Sexual Harassment. *Personnel psychology*, 72, 941–964

דוגמת השאלון

שלום רב,

במסגרת לימודי באוניברסיטת תל אביב, אנו עורכות מחקר בנושא "עמדות כלפי הטרדה מינית". השאלון הינו אנונימי וחסי. חשוב שתקפידו לענות על כל השאלות בצורה הכנה ביותר, כדי שנוכל להגיע לתוצאות מהימנות במחקר.

אנו מודות לך מראש על שיתוף הפעולה.

בחלק זה של השאלון מוצגת בפניך רשימת היגדים. אנא ציין לגבי כל אחד מההיגדים האם את רואה

אותו כמעשה של הטרדה מינית, בהנחה שמעשים אלה נעשים ללא הסכמה של האישה, כאשר המספר 5 מציין

"מסכימה במידה רבה" ומספר 1 מציין "לא מסכימה כלל".

שאלה					מסכימה במידה רבה	לא מסכימה כלל
1.	השמעת בדיחות בעלות רמיזות מיניות	1	2	3	4	5
2.	השמעת הערות מיניות בחברת אנשים אחרים במשרד	1	2	3	4	5
3.	השמעת הערות מיניות בוטות כלפי מישהי באופן אישי	1	2	3	4	5
4.	השמעת הערות מפתות בקשר לגופה או להופעתה של מישהי	1	2	3	4	5
5.	השמעת הערות מפתות בקשר לפעילותה המינית של מישהי	1	2	3	4	5
6.	חלוקה, שימוש או הצגה של חומר פורנוגרפי	1	2	3	4	5
7.	ניסיון לקשור שיחה אודות נושאים אישיים-מיניים (חייה המיניים של מישהי)	1	2	3	4	5
8.	פלישה לפרטיותה של מישהי (שיחות טלפון חוזרות ונשנות, הצעות לבילוי אינטימי)	1	2	3	4	5
9.	הצעה לתגמל (לתת יחס מועדף למישהי) בתמורה לקיום יחסי מין	1	2	3	4	5
10.	איום סמוי על סירוב לשתף פעולה מבחינה מינית (לדוגמא: תזכורת לגבי הערכה קרובה או ביקורת)	1	2	3	4	5
11.	הפעלת לחץ להתחייב לפעילות מינית באמצעות איום ישיר ומפורש על עונש ונקמה	1	2	3	4	5
12.	ניסיון בכוח לגעת, לגפף, לנשק או לאחוז במישהי	1	2	3	4	5
13.	חשיפת איבריו המוצנעים של גבר בפני מישהי	1	2	3	4	5

הערות: (נא לציין לאיזו שאלה מתייחסת ההערה)

בחלק זה של השאלון הינך מתבקשת לציין מספר פרטים אישיים.

גיל (נא לציין)
מצב משפחתי (נא להקיף בעיגול)

1. רווקה
2. נשואה
3. גרושה / פרודה
4. אלמנה

השכלה (נא להקיף בעיגול)

1. אחות מעשית
2. אחות מוסמכת
3. אחות אקדמאית- תואר ראשון
4. אחות אקדמאית- תואר שני ומעלה

"אני מגדירה את עצמי כ..." (נא להקיף בעיגול)

1. חילונית
2. מסורתית
3. דתייה
4. חרדית

ארץ לידה (נא להקיף בעיגול)

1. ישראל
2. אסיה / אפריקה
3. אירופה
4. אמריקה

במידה ולא נולדת בארץ – נא לציין שנת עלייה

4.11 קליטת אחות חדשה למחלקה, אמוזיג גלית

מגישה: אמוזיג גלית⁸,
15.06.11

⁸ מחלקת ילדים המרכז הרפואי ברזילי

כיום, נמצאת מערכת הבריאות בתקופת מעבר, המאופיינת בתהליכי שינוי מהותי בתפיסת דרכי עבודה. הוכנסו מושגים חדשים כמו אוריינות תקשורת, אוריינות מידע ואוריינות טכנולוגיה מצויה, אזרחות טובה וערכית, מסוגלות לחיים וקריירה, אחריות והתנהלות אישית וחברתית (Glickman et al, 2007). תהליך זה ממונע, בין השאר, על ידי מהפכת המידע באולם המחקר הרפואי וחשיפתו של המוסד הרפואי לתביעות משפטיות, ובהקשר זה הפיכתו לקרוב יותר לעולם העסקים המושתתים על טכנולוגיות טיפול חדישות ופיתוח סטנדרטים טיפוליים. בעקבות כל אלה, מאולץ המוסד הרפואי של היום לשינוי בקו המוביל את ההוראה ולמידת הצוות הסיעודי לידי הנחלת מיומנויות ברמה אחרת לגמרי, הכוללות שימוש בטכנולוגית מידע ותקשורת, להקניית עקרונות טיפוליים וניהוליים תוך חשיפתה של האחות המתלמדת החדשה לאתגרים לימודיים אישיים הדורשים יוזמה, סקרנות, חקר, ומעורבות אישית וערכית בנעשה במחלקה, כל זאת באמצעות הנחייה צמודה של המדריכה הקלינית ואינטראקציה עם אנשי הצוות נוספים (Ashcraft, 2004).

בנוסף ללימוד מגוון מיומנויות סיעודיות מעשיות הנמצאות בשימוש במחלקה הספציפית בה מיועדת לעבוד האחות החדשה, על המדריכה הקלינית לעבוד על פיתוח דרכי חשיבה יצירתיות, חשיבה ביקורתית ומערכתית, יכולת זיהוי ופתרון בעיות, ותהליך קבלת החלטות- הכול בהתאם לנוהגים ובעיקר- נהלי המחלקה, בית החולים ומשרד הבריאות. שינוי ארגוני בצורת הטמעת הדרכה מובנית במערך הסיעוד מהווה מנוף יעיל להעלאת איכות הטיפול הכוללני על-ידי כלל המקצועות המעורבים בטיפול בחולה, ולא רק בתחום הסיעוד. במסגרת זו מפותחות שיטות הוראה חדשניות ועדכניות הכוללות חומרי למידה תוך עדכון הרלוונטי לשטח. מיושם תהליך הוראה המאפשר לצמצם את הפערים בין הנלמד באוניברסיטה או מוסד לימודי אחר לבין הדרישות של מקום עבודה ספציפי, ועל-ידי כך השתלבותם של האחיות והאחים החדשים תהיה, מהירה וחלקה יותר (Harwood & Clarke, 2004).

פטריסיה בנר מגדירה חמש דרגות של מומחיות אצל אחיות:

- I. טירון- יש לאותה האחות את הידע הנלמד בביה"ס, אך היא לא בטוחה בעצמה וצריכה השגחה של אחות מנוסה יותר.
 - II. מתחיל מתקדם- יודעת לעשות את כל הפעולות הבסיסיות, מסדרת את החולה ואת המחלקה, פועלת לפי הנהלים בלבד, אך לא מעבר להם.
 - III. קומפוטנטי- יודעת לתכנן את עבודתה מראש, אך כשנתקלת בבעיה יוצאת דופן צריכה לתכנן הכול מחדש.
 - IV. בקיא- יכולה להגיב מהר למצב בלתי רגיל בהתבסס על ניסיונה.
 - V. מומחה- פועלת יותר לפי "תחושות בטן", יודעת לצפות דברים מראש ולהתארגן בהתאם. יכולה לחרוג מהנהלים במקרים יוצאי דופן בהסתמך על הידע שלה וניסיונה.
- לאחות מתחילה ידע תיאורטי ומיומנויות בסיסיות הנלמדים בביה"ס לסיעוד. עם ניסיון, אותה האחות רוכשת בעבודתה יותר ויותר אלמנטים של שיקול דעת והתנהגות לפי מצב ספציפי, ועד ארגון עבודה, ניהול והפעלה של אנשי צוות אחרים. כל אחות חייבת לעבור שלב אחר שלב עד שהיא מגיעה לדרגת מיומנות שהיא נמצאת בה. גם כשאחות מנוסה מתחילה לעבוד במקום חדש, היא יורדת מספר שלבים ועולה אותם מחדש בהתאם למקום העבודה. לכל אחד קצב התקדמות משלו. מטבע הדברים, ככל שלאחות יש יותר ניסיון, כך היא תשתלב יותר מהר בעבודת הצוות (Tomey & Alligood, 2009).

הכשרה תוך כדי עבודה, או בשמה האנגלי "On-the-Job Training" (ראשי תיבות: OJT), היא שיטת אימון והסמכת אחות חדשה והפיכתה למומחית היעילה ביותר הן מבחינת קיצוב זמן, והן מבחינת התאמת הידע הנלמד לצורכי השטח ולסטנדרטים מקומיים מקובלים. הלימוד תוך כדי העבודה נעשה בצורה של חפיפה עם עובד אחר. בשיטה זו ניתן להתמחות במהירות בתהליכים המעשיים בתחום, אך התחום התיאורטי מוזנח. על מנת לאזן בין הקיצוניות השונות, נהוג לשלב הסמכות שטח או שלבי חפיפה גם בלימודים עיוניים-סדירים, כגון תקופת התמחות לאחר הלימודים, שבה מחויבת האחות על מנת לקבל הרשאה לעיסוק במחלקות המוסד. כפועל יוצא מכך, בשילוב עם הבסיס שקבלה בבית הספר לסיעוד ובמקום העבודה הקודם, באם היה אחד כזה, אחות, שהוכשרה תוך כדי עבודה על-ידי תכנית מובנית ובליווי מדריכה קלינית מנוסה, צפויה לדעת לתפקד במצב רגיל ביעילות רבה, כמו שגם לתפעל מצבים ייחודיים, תוך ניצול הידע התיאורטי הקודם לטובתה (Glickman et al, 2007).

כדי לקדם ולוודא הטמעת כל תכנית מובנית, הספרות מציעה להוסיף דף רישום מיוחד, המנוסח כמו רשימת תזכורת, לתיעוד ומעקב אחר פעילות חינוכית שהושלמה. לפי תוצאות מחקריהם של Hales ואחרים (2008), רשומון הינו רשימת פרטי פעולות, משימות או התנהגויות מסודרת באופן עקבי, המאפשרת עריכת רישום ביצוע או אי ביצוע של הפריטים מופיעים ברשימה, ובמקרה נחוץ-מידת הבנת המודרך את סעיף התוכן המסוים. שימוש הנפוץ הוא כמאין "רשימת מכולת" לתזכורת ו/או ככלי הערכת.

החוקרים מצאו בתרשימי שליטה כלים פשוטים ואפקטיביים בעלות נמוכה עם רגישות טובה וסגוליות המאפיינים ופסקו לטובת תרשימי שליטה מכמה סיבות. הראשונה היא, כי לשיטת הרשומונים קשר חיובי עם חוויות המדריכים והמודרכים (Tennant, Mohammed, Coleman & Martin, 2007). במקרה שלנו, המדריכה הקלינית תהייה מסוגלת לעקוב אחר תכני הדרכה שהוחמצו או לא נעשו עדיין, ולהשלימם בהתאמה. באופן זה, הרשומון שימושי כתזכורת, בכדי לבדוק רשימת משימות לעשות. יתר על כן, הרשומונים מוצגים כדרך מושלמת לתיעוד ושמירת המידע על תוכן ומידת הצלחת ההדרכות שנעשו, תיוקו בתיק אישי והעברתו בין מדריכות שונות הצמודות לאותה האחות. מצד שני, איסוף נתונים בשיטת הרשומון מצטיירת כקלה ולא מעמיסה, שלא דורשת משאבי תקציב מוגזמים. השימוש ברשומון אשר פותח כראוי מיעל את ההדרכה, מסייע בקבלת בהירות ומיקוד ומשפר בסופו של דבר את איכות השירות (Hales, Terblanche, Fowler & Sibbald, 2008).

ביבליוגרפיה

- Ashcraft, T.R. (2004). New Nurses, New Beginnings. *Nursing Management*, 4:22.
Retrieved from www.nursingmanagement.com
- Glickman, S.W., Baggett K. A., Krubert, C.G., Peterson, E. D. & Schulman, K.A. (2007). Promoting Quality: The Health-Care Organization from a Management Perspective. *Internal Journal Quality Health Care*, 19(6):341-348.
- Hales, B., Terblanche, M., Fowler, R. & Sibbald, W. (2008). Development of medical checklists for improved quality of patient care. *International Journal for Quality in Health Care*. 20(1). pp. 22-30.
- Harwood, T. & Clarke, J. (2004). Grounding Continuous Professional Development (CPD) I Teaching Practice. *Innovations in Education and Teaching International*, 43(1): pp. 29-39.
- Tennant, R., Mohammed, M.A., Coleman, J.J. & Martin, U. (2007). Monitoring Nurses Training Programs Using Control Charts: A Systematic Review. *Internal Journal Quality Health Care*, 19 (4):187-194.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2009). *Nursing Theorists and their Work*. 5th ed. Mosby, St. Louis, Missouri, United States of America.

יוני 2011

תקציר

כ- 50% מתינוקות שנולדו במועד ו- 80% מתינוקות שנולדו לפני המועד שלהם מפתחים גוון צהבהב בעור ובלחמיות העיניים בתקופה שלאחר היוולדם, ב 2-4 ימים ראשוניים ונעלם מעצמו אחרי 1-2 שבועות, בד"כ ללא כל צורך בטיפול.

המושג צהבת נשמע מפחיד מאוד להורים ויש בלבול רב ומידע סותר בעיקר לגבי הטיפול והאפשרות להניק תינוקות הסובלים מצהבת.

ההדרכה היא התערבות סיעודית הכרחית ויעילה על מנת להפחית רמות חרדה בקרב ההורים (מטפלים של התינוק), היא מאפשרת להעריך את מצבם, נותנת להם הרגשה של שליטה, מספקת מידע ותמיכה ועוזרת להורים להבין את התהליך, כמו כן היא מפתחת אמון הדדי בין ההורים לצוות הסיעודי.

ביחידה בה מתבצע פרקטיקום מתן מידע, ההדרכה לוקים בחסר ולכן ראיתי את הצורך להתמקד בנושא, להדגיש את חשיבותו, ולשפר את האופן בה נותנת ההדרכה. לכן במסגרת הפרקטיקום תבנה תוכנית הדרכה על צהבת ילודים, אשר תאפשר התמודדות טובה יותר של ההורים עם המצב הנוכחי, תגדיר את ההתערבות הסיעודית והרפואית שיגרום להעלת שביעות הרצון מהטיפול.

הכלי הנבחר הוא דף ההדרכה להורים על צהבת ילודים שכולל בתוכו הגדרת הצהבת, סיבות עיקריות, אבחנה, טיפולים הקיימים והתייחסות לברית מילה.

הכנסת דף ההדרכה נעשה עם שיתוף ומעורבות הצוות הסיעודי אשר הביא רצון ונכונות ללמידה נוספת בנושא ובהמשך ללקיחת חלק גדול בתהליך הכנסת דף הדרכה.

ניתן להוסיף כי פיתוח שיטות וחומרי הדרכה בעלי אפקטיביות הדרכתית גבוהה עשויים לתרום משמעותית להעלאת שיעור השימוש בכלי בקרב צוות סיעודי ולהורדת רמות החרדה בקרב ההורים.

4.13 הדרכת יולדות ממוצא סודני/אריתראי בשפה הטיגרית. מירדחנב רדמילה

שושני דפי

בית הספר למקצועות הבריאות אוניברסיטת תל אביב הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר

יוני 2013

מבוא

אלפי נשים מידי שנה יולדות בבית חולים ברחבי הארץ. חלקן יולדות בניתוח קיסרי וחלקן בלידה רגילה. מתן המידע ליולדת הינו חלק בלתי נפרד מהטיפול הסיעודי. הדרכת היולדת ובן זוגה לטיפול בתינוק מקנה עבורם ידע וכלים אותם הם צורכים על מנת לטפל בתינוקם. ידע זה מביא להפחתת החרדה בקרב ההורים לטיפול בתינוק. מכיוון שההדרכה כוללת מידע רב במגוון נושאים, קיים קושי ניכר בקליטת המידע במלואו. חלק מאוכלוסיית היולדות הן פליטות מדרום אפריקה, כיום אוכלוסיית הפליטים במדינת ישראל הולכת וגדלה, על פי הנתונים של רשות ההגירה במדינת ישראל נכון לאפריל 2012 נכנסו לישראל כ-60,000 פליטים, מתוכם כ-83% אריתראים וסודנים. בין הפליטים ישנם גם צעירים בני 20-30 לחיהם אשר נמצאים בשלב הקמת התא המשפחתי. תושבי מדינות הללו דוברים רק את השפה הטיגרית/אית'מה שיוצר מחסום בכל הקשור להדרכתם. כל הנ"ל הביא לחשיבה על הצורך בשינוי באופן מתן הדרכה.

מטרת הפרויקט היא לקדם הדרכת יולדות מאוכלוסיית הפליטים ברמה בה הן יבינו את מהות ההדרכה וכך גם יוכלו להגיע לרמת הביצוע. רציונל השינוי הוא להקל על היולדת, ולהקנות לה ידע וכלים הדרושים לטיפול בתינוקה, ולתת לה מענה הדרוש לשאלותיה ובנוסף לקדם בריאות בכל הנוגע לחיסון הילדים בקהילה.

תאור סביבת העבודה ודפוסי עבודה:

מחלקת יולדות בבית החולים ברזילי באשקלון מכילה 36 מיטות. בתוך מחלקת יולדות נמצאת גם מחלקת יונקים אשר פועלת בגפה מצד אחד ומצד שני מקושרת באופן ישיר לטיפול ביולדת ובינוק. המחלקה מטפלת ביולדת לאחר לידה ספונטנית והן לאחר ניתוח קיסרי. בין השעות 09:00-12:00 מתבצעות הדרכות ליד מיטת היולדת בכל הנוגע לטיפול ביונק והנקה, במסגרת ההדרכה היונק נשקל ונרחץ ליד האם תוך כדי מתן הסברים ושיתוף פעולה מצד האם, בסוף כל הדרכה היולדת מקבלת מספר עלונים אשר מסכמים את תוכן ההדרכה. הדרכות לגבי משכב לידה וטיפול ביולדת מתבצעות באופן שוטף בכל מהלך האשפוז. פעם עד פעמיים בשבוע מתבצעת הדרכה קבוצתית בחדר הדרכה שנמצא במחלקה, ההדרכה כוללת מצגת והדגמה עם בובה, ההדרכה מתבצעת ע"י יועצת הנקה מוסמכת וכוללת בתוכה את כל רזי ההנקה, משכב הלידה, הטיפול ביונק ודגשים לאחר שחרור.

שיטת הטיפול הסיעודי הנהוגה במחלקה היא שיטת הפקדה לחדרים. בפועל בכל משמרת אחות אחראית משמרת, אשר תפקידה להפקיד את צוות האחיות לטיפול בחדרים השונים, נכון להיום במסגרת הוראות משרד הבריאות ומנהל חטיבת המיילדות, כל יולדת מאוכלוסיית הפליטים נכנסת לחדר בידוד עד הגעת תוצאות בדיקת צילום החזה ובדיקות הדם לזיהוי נגיפים אשר מבוצעות להן באופן רוטיני עם הגיען לחדר לידה. כאשר כל אחות מופקדת על מספר חדרים בניהם גם חדרי הבידוד. האחיות במשמרת בוקר אחראיות על טיפול בילוד בין השעות 09:00-12:00, הדרכות הנקה, הדרכות לקראת שחרור הביתה, בין השעות 12:00-16:00 היולדות יכולות להכניס את היונקים למחלקת יונקים. במסגרת משמרת ערב נעשים שחרורים שנותרו ממשמרת בוקר, ישנה אחות ממחלקת יונקים שמסתובבת במחלקת יולדות ונותנת מענה בנושא הדרכת הנקה ומענה לשאלות האמהות. במקרים בהן היולדות אינן יכולות לטפל ביונק מסיבה רפואית כלשהי, היונק שווה במחלקת יונקים ומטופל שם. במשמרת לילה רוב היונקים שוהים במחלקת יונקים למעט היונקים עם הביות המלא.

ההדרכה שניתנת ליולדת במשמרת בוקר תכלול בתוכה את כל נושא משכב הלידה כגון: דימום נרתיקי, כאב, טיפול בתפרים וווגינליים, טחורים, בצקות ברגליים, נידודות, נטילת תוספי ברזל, תזונה ופעילות מעיים, שינויים במצבי רוח, פעילות גופנית ומנוחה, זוגיות, סימנים המצריכים פנייה לרופא וביקורת אצל רופא הנשים המטפל. הדרכת היולדת לגבי היונק תכלול בתוכה כללי התנהגות בבית, רחצה והלבשה, הנקה, האכלה, בטיחות ודגשים לאחר שחרור. ההדרכה בחדר ההדרכות מתבצעת פעם עד פעמיים בשבוע על ידי אחות יועצת הנקה מוסמכת, ההדרכה כוללת בתוכה את כל החומר המועבר ליולדת ליד מיטתה בתוספת מצגת והדגמה על בובה.

תיאור הבעיה:

תיאור הנושא הנבחר הינו הקניית ידע וכלים ליולדת מאוכלוסיית הפליטים בשפה אותה היא מבינה בנוגע לטיפול בה וביונק שלה כולל דגשים בשחרור להמשך טיפול. לאחרונה אנו נתקלים במקרים בהם ישנן התפרצויות של מחלות ילדים ששנים רבות לא היה להן זכר עקב חיסון העדר, בחודש מאי השנה משרד הבריאות דיווח על 7 מקרי חצבת חדשים, מרביתם בקרב פליטים וילדיהם. חוסר המודעות של הפליטים בכל הנוגע בקידום בריאות מהווה בעיה קשה. ישנם מרכזים וטיפות חלב אשר מחסנים את הפליטים שאינם מבוטחים, החוסר בתקשורת גורם לכך שהפליטים כלל אינם מודעים לאפשרויות שקיימות עבורם. בנוסף חשוב לציין שמרבית הפליטים הם מקבוצת גילאים צעירה, היולדות ובן זוגן נמצאים פה בארץ לבד ללא עזרה ותמיכה משפחתית ולכן יש חשיבות רבה להדרכה בטיפול ביונק ובעצמן לאחר לידה.

אנו האחיות נתקלות בקושי בכל הנוגע להדרכה והגשת עזרה לאוכלוסיית הפליטים עקב מחסום השפה. חשוב לנו בפרויקט זה לפתור מחסום זה ולהעניק לאוכלוסייה זו כלים וידע נרחב על אופן הטיפול ועל מקורות העזרה המוצעים לפניהם במגוון יעדים בארץ. קידום בריאותם של הפליטים הוא קידום בריאותינו.

רציונאל לעבודה

איפה אנו היום

אנו עובדות במחלקת יולדות בבית החולים ברזילי באשקלון. כיום הדרום רווי בפליטים ממדינות אריתריאה וסודן, רוב הפליטים צעירים מאוד ולכן רמת הילודה בקרבם בעלייה חדה.

בממוצע מאושפזות במחלקתנו בין 2-3 פליטות לאחר לידה בשבוע. אנו נתקלות בבעיה קשה בכל הנוגע להדרכתן לטיפול אישי וטיפול ביולוד. הן אינן מבינות עברית כלל או אנגלית, הבעלים מבינים מעט אנגלית אך הם לא תמיד זמינים בשטח. השפה היחידה אותה הן דוברות זו טיגרית.

ההדרכה מתבצעת כיום ב"שפת הסימנים", תנועות ידיים ובעיקר בציפייה והיא אינה מספקת כלל משום שאינה כוללת את ההדרכה להמשך הדרך לאחר שחרור מבית החולים.

איפה אנו רוצות להיות בסיום הפרויקט

הדרכה מובנת יותר ומפורטת יותר, בעיקר על כללי התנהגות לאחר שחרור היא קריטית וחשובה ביותר. אנו רוצות להגיע למצב בו הפליטות מבינות כיצד לטפל בעצמן ובתינוק בצורה אופטימאלית. עליהן לדעת לאן לפנות בעת הצורך ובמיוחד עליהן לחסן את ילדיהן בחיסוני השגרה שמקובלים בארצנו וזאת על מנת לא לסכן את עצמם, וחשוב אפילו יותר לא לסכן את תושבי מדינת ישראל.

אנו רוצות להגיע בסיום הפרויקט למצב בו קיים במחלקה סרטון הדרכה בדיבוב טיגרית שנוכל להקרין לכל יולדת פליטה וזאת על מנת שתבין את הנעשה ביולוד שלה ובה במהלך האשפוז ומה עליה לעשות בעת השחרור לבייתה.

סקירת ספרות

קבלת שינוי בארגון

שינוי מוגדר כהחלפת דפוסי ההתנהגות הקבועים הגלומים בעבודת האנשים בארגון בדפוסי התנהגות שונים וחדשים (פוקס, 1995) Wallin, L. מתאר שינוי כהמרת מצב אחד במצב אחר. מצב שהיה קיים בזמן נתון ואינו קיים עכשיו או שצורתו או תוכנו אחרים משתנו, זהו מצב שחל בו שינוי. ארגונים חייבים להשתנות בהתמדה כדי לשרוד. כל ארגון במידה זו או אחרת במצב של שינוי תמידי וכדי לשרוד ולשגשג הם חייבים לצמוח, לפתח מוצרים חדשים, להתארגן מחדש, להנהיג טכנולוגיה חדשה, לשנות שיטות והרגלי עבודה. הארגונים צריכים להתאים עצמם לסביבה משתנית כמו גם לשינויים בתפקידים ובעיקר להתייחס לרצון המטופלים ליטול אחריות על בריאותם. דרישות המטופלים משתנות וכך גם הצורך של הסיעוד להתעדכן ולהשתנות בהתאם (Wallin, L., Wikblad, K., & Ewald, U., 2003).

כל שינוי נועד לתת מענה על בעיה או צורך, נועד להביא לביטולו של מצב קיים ולהנהגת החלופות של מצב חדש, השונה מקודמו. צורך בשינוי נוצר, כאשר רמת התפקוד של הארגון איננה תואמת את ציפיות המשתתפים. תנאי הכרחי לכל שינוי ארגוני, הוא קיומו של פער מזוהה בין הרצוי למצוי. כלומר, מנהלי הארגון חייבים להכיר בעובדה, שהתפקיד הנוכחי של הארגון, אינו משביע רצון, זאת כתנאי להיווצרותו של שינוי (סמואל, 1995).

שינויים הם תופעה בלתי נפרדת מחיי ארגון אשר נתון בשינויים מתמידים. היקפם המצומצם והמוגבל אינו נותן תחושה של שוני ולעומת זאת שינויים הנגרמים בעקבות הגורמים המוסכמים נותנים אם איתותם. השינוי נועד לתת מענה לבעיה והוא בעל אופי דינאמי, דיאלקטי ופרמננטי שהשלכותיו על אנשים ועל תפקוד הארגון חורגים מהמשמעות הטכנולוגית של השינוי עצמו (גלברזון וקרמי, 1982).

האתגרים הניצבים בפני ארגונים כיום הם רבים ומגוונים. להמחשה, כלכלה גלובלית יוצרת סיכונים והזדמנויות רבות יותר ומחייבת ארגונים לבצע שינויים מרחיקי לכת, לא רק כדי להתחרות, להסתגל ולשגשג בתנאי הסביבה לא בעיקר כדי להגדיל את הסיכויים לשרוד (כפיר, 1997). הכנסת שינויים בשדה הקליני בכל תחום ובסיעוד בפרט הוא תהליך מתמשך. תהליך שינוי הוא תהליך דינאמי, מורכב ויכול למחול במגוון של דרכים. מורכבות השדה הקליני דורשת מהאחיות לפתח ידע ועל סמך זה להכניס שינויים. הכנסת שינויים המבוססת על ידע ומחקרים חיונית לשמירה על איכות הטיפול (Bellman, 1996). הנהגת השינויים חייבת להתבצע בצורה מתמדת ורציפה, ומהווה תנאי הכרחי לשמירה על קיומו של הארגון. מכאן שניהול השינוי אינו חד פעמי, אלא פעילות ניהולית קבועה התופסת חלק נכבד מפעילותו השוטפת של המנהל. ההכרה בצורך לשנות עולה כאשר מתגלים פערים ברמת הביצועים של הארגון בין המצוי לרצוי (סמואל, 2000). הכנסת שינוי אינו תהליך פשוט, הוא דורש מנהיגות, תרבות ארגונית, מיומנות, שיתוף פעולה וניצול מרבי של המשאבים. מחסור במנהיגות תומכת, עומס עבודה, בעיתיות ביחסים בין קבוצות שונות, היררכיה וחוסר שיתוף פעולה הם הגורמים המשפיעים לשלילה על רצון הצוות לערוך מחקרים ולהכניס שינויים (Wallin, L. Wikblad, K. & Ewald, U., 2003).

שינוי הוא תהליך מורכב, קשה ומתסכל הדורש שיתוף פעולה של כל הצדדים המעורבים בו. זהו תהליך המעלה קשיים צפויים ולא צפויים. הקושי נעוץ בעובדה ששינוי הינו עניין אישי מאוד. כל אדם חייב לשנות את חשיבותו, תחושתו ומעשיו על מנת לגרום לשינוי להתחולל. כללי משחק לא תמיד מובנים ומהמעורבים בו נדרשת מידה רבה של יוזמה אישית, גמישות, נכונות, אחריות ורמת תפקוד מרבית (Kotter, 1996).

ההתנגדות לשינוי היא רגש עמדה או פעולה או שילוב שלהם אשר מבטאים אי הסכמה, אי שביעות רצון או חוסר נכונות לקבל את השינוי. השינוי נתפס גם כמזיק פוגע או גורם להפסד אישי, לאיבוד שליטה, לתחושה של חוסר מסוגלות עצמית. משמעותו גם הסתלקות מדרך ישנה שהפרט הולך בה פרק זמן ארוך, והוא יכול להתפרש כמסר על כישלונו (פוקס, 1998).

לעיתים העובדים תומכים בשינוי עצמו, אך לא בדרכים המוצעות לביצועו. לוי (2000) טוען כי הדרך הבסיסית ביותר להתמודד עם התנגדות היא לנסות ולמנוע את היווצרותה מלכתחילה. ניתן לעשות זאת לדעתו, על ידי יצירת תרבות ארגונית, אקלים ארגוני, נורמות וערכים ארגוניים הרואים בשינוי חלק טבעי מחיי ארגון מצליח. צריך לראות את השינויים כאתגר, כדינאמיות חיובית, כחוויה ומקור לגאווה. בהתייחסו לביטוי התנגדות, טוען לוי (2000) כי בידיהם של המנהלים לנצל את ביטויי ההתנגדות כמנוף לתמיכה בשינוי, וזאת באמצעות שילובם של המתנגדים בתהליך. הוא מוסיף וטוען כי מנהלים הרוצים לערוך שינוי ארגוני מוצלח, חייבים לשתף את העובדים בכל שלבי התהליך אך לא כאנשים כפופים פסיביים, אלא כבוגרים שיש להם יכולת תרומה ממשית לתכנים של השינוי ולשיטת ביצועו. על המנהלים לפעול כמאמנים ולהפנים בעובדיהם את התפיסה והאמונה שהשתנות מהירה היא הדרך הטובה ביותר להצליח בעולם הנוכחי שהינו גלובלי ותחרותי.

לפי סמואל (2000) תופעת ההתנגדות לשינוי באה לידי ביטוי במגוון של דפוסי התנהגות אישיים וקבוצתיים. ניתן למנות שני דפוסי התנהגות עיקריים:

א. התנגדות סבילה- ההתנגדות באה לידי ביטוי בחוסר שיתוף פעולה, אדישות מופגנת, אי נקיטת יזמה, אי ציות לכללים ולנהלים החדשים, הסתרת מידע,

ניתוק מגע עם מובילי השינוי, ויתור על תגמולים, סירוב ללמוד מיומנויות חדשות.

ב. התנגדות פעילה- ההתנגדות מתבטאת בכתיבת עצומות, ארגון מחאות, הפגנות ושבתות, עתירות לבתי משפט, ומאמצי שתדלנות אצל בעלי תפקידים רמים. בצורות הקיצוניות של התנגדות פעילה היא יכולה להתבטא גם מעשים אלימים. מודל להטמעת תהליך השינוי לפי פוקס (1995)

השלב הראשון: הוא שלב ההתכוננות לשינוי. שלב שבו עושים הערכת מצב, זיהוי הבעיה, הגדרתה והחלטה לפעול על מנת לקדם את השינוי ותכנון ראשוני. זהו שלב ההתחלה שחלקו חל עוד לפני הכניסה לתהליך וחלקו מהווה את שלב הפתיחה. למנהל ולמוביל השינוי יש תפקיד חשוב בהפעלה הן מבחינה ארגונית והן מבחינה פסיכולוגית. חשוב בשלב זה להפעיל אסטרטגיות לפיתוח ההכרה בצורך בשינוי ולערעור מוטיבציה, הפצת מידע בצורה מרבית, הפעלת תהליכי למידה בקרב הצוות, גיבוש ויצירת אקלים פתוח לעבודה משותפת, הצגת גישה אופטימית, הגדרה ברורה ואופרטיבית, קבלת הכישלון כחלק בלתי נפרד מהתהליך.

השלב השני: הינו שלב תהליך היישום שבו עושים תהליכי הבהרה הדדיים, גיבוש מדיניות מוסדית ופיתוח מנגנוני הפצה של השינוי. בשלב זה חלה למידה תוך עשייה והפנמת החידוש. חשובה ההבהרה וההעמקה של תחום השינוי, פיתוח מיומנות של מתן וקבלת משוב, מתן הדרכה ועזרה לצוות.

השלב השלישי: הוא שלב המשך היישום ומיסודו כאשר המאפיינים המרכזיים בו הם הכשרת גורמי פנים כמובילי שינוי, קבלת תמיכה חיצונית וקבלת השינוי כקבוע. בשלב זה חשוב לחזק המנגנונים והמיומנויות, הפעלת צוותי סיוע, שיתוף מרבי של הצוות על ידי האצלת סמכויות ותפקידים, בדיקה, הערכה, תיאום והגמשה, הפעלת כלים כמו חיזוקים ותגמולים. סוכן שינוי חייב להיות מומחה בעל ידע רחב במדעי התנהגות, אתיקה, כדי להיות בעל יכולת להביא לשינוי אינטליגנטי ולגרום לאנשים הסובבים אותו לבטוח בו ועל ידי כך לשנות גישה והתנהגות. סוכן השינוי חייב להיות מעורב בפיקוח על כל האספקטים של השינוי.

השלב הרביעי: הינו שלב התוצאות בו נעשית בדיקה והערכה של היעדים ארוכי הטווח והסקת מסקנות. ארגון מובנה ממבנה פורמאלי וממבנה בלתי פורמאלי. השינויים בדרך כלל מכוונים למבנה הפורמאלי של הארגון אך באופן ברור משפיעים מאוד וגורמים לשינויים גם במבנה הבלתי פורמאלי של הארגון בהשפעתם על העובדים, על דפוסי ההתנהגות שלהם ועל היחסים החברתיים.

הדבר שהעובדים מתנגדים לו בדרך כלל אינו השינוי הטכני, אלא השינוי החברתי, השינוי ביחסי האנוש שבא בדרך כלל בעקבות השינוי הטכני (כפיר, 1997). הקשיים בהנהגת השינויים לפי כפיר (1997) יכולים לנבוע משתי סיבות אובייקטיביות וסובייקטיביות. הסיבות האובייקטיביות לרוב ניתן בקלות יחסית להתגבר על הקשיים עם תכנון יעיל וראיית הצרכים מוקדם ככל האפשר או לערוך את השינויים בשלבים, בהדרגה בהתאם לאפשרויות. הסיבות הסובייקטיביות אלו הם הקשיים העיקריים בהנהגת שינויים מנהלים ונובעים מהתנגדות אישית וקבוצתית לשינוי בכללו או בחלקים ממנו.

לסיכום, טוען פוקס (1998) שארגוניים כיום נתפסים כמערכות דינאמיות בהן השינוי הופך להיות נורמה. שינוי ארגוני מושכל, חייב להיות מלווה בתהליך דיאגנוסטי מקדים הן ברמת הפרט והן ברמת הארגון. כדי להתמודד עם ההתנגדות, נכון להפעיל תהליך של טיפול פרטני במתנגדים תוך הפעלת מערך שינוי לשינוי ארגוני הנשען על עקרונות של הוגנות, תקשורת פתוחה, תמיכה ושיתוף.

בעבודה זו נתאר את תהליך הכנסת השינוי המתוכנן. תכנון השינוי פירושו ראייה כוללת של מטרות השינוי, למידה של בעיות הארגון, הכנת התנאים המוקדמים לניהול השינוי, איתור מוקדי השינוי, שילוב העובדים בשינוי, תכנון שלבים שונים, החדרת שינוי, מעקב ובקרה (לוי, 2000).

השינוי המתוכנן, יוכנס למחלקתנו במטרה להקנות ידע וכלים בקרב אמהות מאוכלוסיית הפליטים המשתחררות מבית החולים לטיפול בילדם.

הדרכה

המושג למידה מוגדר כתהליך הדורש ידע, גישה ומיומנות. המושג לימוד יכול להיות מוגדר כהגשת עזרה למישהו אחר ללמוד. מכאן ניתן להבין שתהליך הלמידה דורש התערבות ומאמץ של שני

הצדדים על מנת להגיע לתוצאות הרצויות. החכמה של מעביר המידע הוא לא לתת מידע אלא ללמד כלים לרכישת ידע (in Brunner & Suddarths, 2008).

הלמידה יכולה להיות מושפעת ממגוון גורמים כמו סביבה, טכניקות לימוד, רצון הלומד לקבל ידע ועוד. אחד הגורמים החשובים שמשפיעים על תהליך הלמידה הוא מוכנות הלומד של הלומד. במבוגרים מוכנות מבוססת על תרבות, ערכים אישיים, מצב נפשי ורגשי וניסיון עבר (in Brunner & Suddarths, 2008).

תרבות כוללת בתוכה מסורת, ערכים, והתנהגויות שיוצרים למעשה מסגרת שבעזרתה פותרים בעיות ולומדים בחיי היום יום. התרבות חשובה מאוד בבחירת טכניקת הלימוד מכיוון שהיא משפיעה על הדרך שבה ילמד האדם ואיזה מידע הוא מסוגל לקבל. לפני שאחות ניגשת למתן הדרכה, עליה לערוך הערכת מצב לגבי התרבות וערכיו של הלומד ולא להסתמך ישירות על שבלונות הדרכה בסיסיות, מכיוון שלא תמיד הן מתאימות לסיטואציה. התרבות ומצבו הסוציאלי של הלומד חייבים להיות משולבים היטב בתהליך הלמידה (in Brunner & Suddarths, 2008).

מוכנות רגשית ללמידה ניתן לקדם על ידי יצירת סביבה חמימה, מקבלת וחיונית, בנוסף חשוב ליצור מטרות ריאליות ללמידה. חשוב אודות ההתקדמות וההבנה של תהליך הלמידה גם נותן מוטיבציה להמשך לימוד פורה. כשמכנים תוכנית הדרכה חשוב להעריך לפני את יכולותיו הפיזיות והרגשיות של הלומד ללמוד, כמובן יש לקחת בחשבון גם את יכולותיו במסגרת מגבלות שפה ותרבות (in Brunner & Suddarths, 2008).

כשמספקים מידע רפואי ומקדם בריאות עבור קבוצות עם בעיות ביכולות הלמידה חשוב להכין תוכניות וטכניקות מותאמות מראש. הערכה בתהליך הלמידה חייבת להיות מותאמת לצרכיו הלימודיים של הלומד, מוכנות ללמידה ומגבלות (in Brunner & Suddarths, 2008). לפי המודל של Kirkpatrick (2000) ישנם ארבעה שלבים על מנת להעריך את טיב ההדרכה, השלבים הם תגובה, למידה, התנהגות ותוצאות. בפרויקט שלנו אנו מדריכות קבוצת אוכלוסייה עם מחסום בשפה, חשוב לבחור בטכניקה מותאמת ליכולת אותה אוכלוסייה להבין את ההדרכה ולהפיק ממנה תועלת.

יעילותה של הדרכת מטופלים

הורים זקוקים לעזרה בכל הנוגע להתמודדות עם שינויים בתפקוד ההורי. (Gay & Franch, 1998), ממליצות לכל מחלקת יולדות וילודים, לנסח לעצמה מדיניות כתובה וסטנדרטים קבועים להבטחת איכות הטיפול בהורים ובתינוקות. תמיכה לעידוד הנקה (ציוד מתאים, הדרכה מהצוות לטכניקות הנקה, מקום). מתן מידע והדרכה למקורות מידע, בנוגע לטיפול בתינוקות, הדרכה לקראת שחרור ומתן חומר קריאה להורים. הדרכה אישית על תינוקות ע"י צוות מוכשר לכך. שיתוף פעולה בין הצוות שעבר הכשרה בנושא תאומים לבין הורים, הכרה בכך שתינוקות שייכים להורים ולא לצוות, סיוע בידי ההורים להימצא לבדם עם תינוקותיהם, הכנת ההורים לקראת שחרור ימים אחדים לפני המועד הסופי, הקצאת חדר (חדר הדרכה) בו יוכלו הצוות וההורים לשוחח בפרטיות, ההתערבות במשפחה תחשב ותהיה רגישה באשר לתרבות, לדת ולאמונה האישית.

תפקוד האחות במחלקת יולדות ותינוקות איננו מתמקד כיום בתחום הצר של הטיפול ביולדת ובתינוק בלבד, אלא גם בהדרכה, לשם קידום הבריאות של הזוגות לאחר לידה. כמו כן אחות משמשת כסוכנת שינוי. עליה לזהות תחומים בהם נדרש שיפור ולבצע שינויים שיקדמו את איכות הטיפול בזוגות (Nichols & Humenick, 1988).

הדרכת מטופלים היא פעולה מתוכננת על ידי עוסק במקצועי הבריאות, שבאה להעביר ידע, וללמד מיומנויות במטרה לשנות התנהגות, לשפר הענות לטיפול ולקדם בריאות. מחקרים מצביעים כי הדרכת מטופלים הינה התערבות יעילה ומועילה (Coates, 1999). במונחים כלכליים הדרכת מטופלים מורידה את הוצאות הטיפול ומעלה את איכות הטיפול. הדרכה נכונה של המטופלים עשויה לתרום לשחרור מהיר יותר מבית החולים. חוסר בהדרכה למטופל המשתחרר גורמת לעלייה במספר האשפוזים מחדש (Mamon et.al, 1992). Sanford & Jonson (2005) מציינים בסקירתם הספרות כי הדרכה למטופלים המשתחררים מבית החולים היא הכרחית. מרכיב ההדרכה הוא נדבך חשוב לטיפול איכותי. קבלת הדרכה מצוות רפואי היא זכות בסיסית לכל מטופל המשתחרר מבית החולים ובני המשפחה המטופלים בו.

האחות תופסת את עבודת ההדרכה כחלק אינטגרלי מתפקידה, עם זאת היא עדיין אינה רואה את עצמה כמחנכת מבוגרים. הבנה של המבוגר הלומד היא חלק הכרחי להצלחה בהדרכה ובלימוד של המטופל. יכולות ההוראה של האחות משפיעות על איכות הלימוד של המטופל (Hansen, 1998). ככל שמיומנויות ההדרכה של האחות טובים יותר, כך המטופל ילמד יותר. שיפור ידיעותיו ומיומנויותיו של המטופל הם מרכיבים חשובים בשיפור הטיפול העצמי עבורו (Hansen, 1998). Hansen (1998) תיאר מספר גורמים משפיעים על הדרכתה של האחות:

- א. זמן הדרכה קצר- האחות מרגישה לעיתים קרובות כי המטופלים עוזבים ומשתחררים מבית החולים בטרם היא הספיקה לתת למטופל את מלוא ההדרכה.
 - ב. עדיפויות- האחות נמצאת כמעט תמיד במאבק בין הדרכה לבין חובות אחרות שעליה לבצע במחלקה. קביעת סדר העדיפויות על ידי האחות היא קשה ולא תמיד לטובת מלאכת ההדרכה.
 - ג. משאבים וסיוע אדמיניסטרטיבי- הארגון לא תמיד מספק לאחיות את המשאבים הנחוצים לצורך ביצוע של הדרכה מיטבית.
- חשוב שהאחות תקשיב לצרכי המטופלים וזאת עוד קודם ליציאת התוכן להדרכה. על האחות המדריכה להבין כי המטופלים עצמאיים בדרך הלימוד שלהם. תוכנית ההדרכה צריכה להיות גמישה ובעלת יכולת לשינוי בהתאם לרצונות ויכולות המטופל. המשוב המתקבל מהמטופל אף הוא חשוב להמשך והתפתחות ההדרכה. יש לראות את המטופל כשותף וכבעל יכולת החלטה בתהליך ההדרכה.
- המודעות לכך שמטופל המשתחרר מבית החולים זקוק למידע מקיף וכולל בתבנית שתהיה ברורה ומובנת למטופל הולכת ועולה (Johnson & Sandford, 2005). מידע מועבר למטופלים על ידי הצוות הרפואי בשני דרכים: בעל פה ובכתב (Demir, Ozsaker & Arzu, 2008).

העברת המידע בעל פה יכולה להתבצע באמצעות שיחה בין המטופל לבין איש צוות רפואי או באמצעות הרצאה המועברת למספר מטופלים באמצעות איש צוות רפואי. העברת מידע בכתב מתבצעת באמצעות חוברות הדרכה, עלונים ודפי מידע. לצד השיטות הקלאסיות של העברת מידע התווספו שיטות נוספות כתוצאה מהתפתחות טכנולוגית (Johnson & Sandford, 2005) החסרונות של העברת מידע בעל פה שהוא יכול להיות בלתי מובן ולעיתים המסר המועבר לא נתפס באופן מלא על ידי המטופל. מידע המועבר בעל פה יכול להישכח בקלות. מידע המועבר בעל פה משאיר את הידע והכוח אצל הצוות הרפואי. מידע המועבר בעל פה מעצים את כוחו של המוות הרפואי ומחליש את כוחו של המטופל, מכיוון שהמטופל אינו מסוגל לפנות אל החומר ובחלק מהמקרים הוא שוכח את הפרטים (Johnson & Sandford, 2005). רופאים ואחיות מאמינים כי העברת מידע בעל פה הוא התבנית הטובה ביותר להעברת הסברים ומסרים. לעומתם המטופלים ובני משפחותיהם גורסים כי העברת מידע בכתב היא הדרך המועילה יותר (Blay & Donoghue, 2006).

הדרישה מצד המטופלים לחומר כתוב עולה בד בבד עם התביעה של המטופלים למידע רב יותר לגבי מצבם הבריאותי, והטיפול בו. סיבה נוספת לחומר כתוב היא הכרה בעובדה כי זמןן של האחיות הינו מוגבל ומכאן שהזמן אשר דרוש להדרכה מצטמצם. חומר כתוב נותן מענה יעיל לבעיית הזמן המוקדש להדרכה על ידי הצוות הסיעודי. המידע הניתן למטופלים בכתב חייב להיות קריא, מובן, להתבסס על נתונים מדעיים אמין ותואם למציאות. כתיבת עלונים או לחילופין חוברות מידע למטופל יש לקחת בחשבון את מאפייני המטופלים. החומר הכתוב צריך לתת מענה נכון למאפייני המטופלים מבחינת התוכן, המבנה, העיצוב והרכב והשפה (Demir, Ozsaker & Arzu, 2008).

קידום בריאות

הגדרה של קידום בריאות כוללת בתוכה פעילויות שעוזרות לאוכלוסייה לפתח מקורות דרכם ניתן להשיג או לשמר חיים בריאים ושיפור איכות חיים. הדרכה בנושא בריאות וקידום בריאות קשורים יחד במטרה אחת ברורה, לעודד אוכלוסייה להשיג ערכים גבוהים ככל שהם יכולים של בריאות, לחיות חיים בריאים ולהימנע ככל שניתן ממחלות (in Brunner & Suddarths, 2008).

מאז 1950 נבנו מספר מודלים לקידום בריאות על מנת לשמר התנהגויות שיובילו לשיפור בריאות ועלייה באיכות החיים. התנהגות מקדמת בריאות מוגדרת כהתנהגות שמבוצעת על ידי אנשים של מנת לשפר את מצבם הבריאותי או לשמר מצב בריאותי קיים ללא קשר להתנהגויות בתחומים אחרים (in Brunner & Suddarths, 2008). המודל של Becker and Colleagues (1993) מבוסס על ארבע

משתנים אשר משפיעים על התנהגות מקדמת בריאות. המשתנה הראשון כולל מאפיינים אישיים ודמוגרפיים של האדם כגון גיל, מין, השכלה, תעסוקה ומוגבלויות. המשתנה השני מבוסס על מחסומים של האדם כגון אי יכולת או קושי לרכוש ידע לקידום בריאות מסיבות שונות. משתנה שלישי מבוסס על מקורות של האדם כגון תמיכה כלכלית וסוציאלית. משתנה רביעי מבוסס על גורמים תפיסתיים כגון איך האדם רואה את מצבו הבריאותי ואם הוא חושב שאפשר לקדם את מצבו הבריאותי. במודל שלהם הם הוכיחו שלארבעת המשתנים יש השפעה חיובית על איכות חייו של האדם בהקשר לקידום בריאות.

מודל נוסף של קידום בריאות הוא המודל של Pender (2005) שמבוסס על תיאוריית הלמידה החברתית. התיאוריה חוקרת איך משתנים קוגניטיביים ותפיסתיים משפיעים על הראייה של האדם בכל הנוגע לבריאותו וקידומה.

המודלים הללו יחד עם מודלים נוספים שניתן למצוא בספרות על קידום בריאות יכולים למעשה ליצור מסגרת עבור עבודה קלינית ומחקר שתומכים בקידום בריאות. מחקרים מכוונים ומצביעים על כך שצריך להבין שנושא קידום בריאות של משפחות וקהילות חשוב מאוד (in Brunner & Suddarths, 2008).

תקשורת בין מטפל למטופל

בעבר היה נהוג לחשוב שתקשורת בין מטפל למטופל היא מובנת מאליה ואינה מהווה מקור לבעיות ודאגה. במשך השנים ריבוי התלונות על טיפול לקוי הצביעו על בעיה עיקרית וחשובה, בעיית התקשורת בין מטפל למטופל (Stewart 1995).

מחקרים הראו ש-50% מהבעיות הביו פסיכו סוציאליות של המטופל פוססו עקב תקשורת לקויה, מטפלים נהגו להשקיע לא יותר משמונה עשרה שניות בממוצע על מנת לאסוף פרטים ומידע מהמטופל, כשהם מתייחסים בעיקר לבעיה שלשמה הגיע המטופל, ללא כל ראייה כוללת (Frankel et.al in Stewart 1995).

המחקרים הראו בנוסף ששיפור התקשורת בין מטפל למטופל מובילים ישירות לתוצאות בריאותיות חיוביות. תקשורת טובה מובילה להשפעה חיובית לא רק על מצבו הנפשי של המטופל אלא גם על פתרון אפקטיבי לבעיות, והרגשה טובה יותר מצד המטפל והמטופל (Stewart 1995).

תופעת ההסתננות מדרום אפריקה לישראל

ההסתננות מדרום אפריקה לישראל החלה באמצע שנות התשעים והתרחבה במידה ניכרת החל משנת 2007 (נתן, 2010). לפי נתוני רשות האוכלוסין, ההגירה ומעברי הגבול, נכון לאפריל 2012 נכנסו לישראל כ-60,000 מסתננים, כ-17,000 מתוכם הסתננו כבר בשנת 2011. אריתראים וסודנים הם כ-83% מבין המסתננים מדרום אפריקה לישראל לאורך השנים, ומעל 90% מהשוהים בישראל נכון לשנת 2012.

מסתננים מאריתריאה מהווים כ-57% מכלל המסתננים לישראל, אריתריאה הינה דיקטטורה, מעבר על חוק ההתאגדות או העברת ביקורת בפומבי על המשטר מסתיימים לרוב במאסר ללא שיפוט. נציבות האומות המאוחדות לפליטים הכריזה על אריתריאה כמדינה שבה מתרחש משבר הומניטארי (ד"ר מנוחין, 2012). מסתננים מסודאן מהווים כ-26% מכלל המסתננים לישראל. באזור דארפור שבמערב סודאן מתחולל מאז 2003 רצח עם, רבים הפכו לפליטים ולחלקם נמלטו למצרים (קלינגר, 2009).

בכמה בדיקות שנערכו בקרב מסתננים מאפריקה בעשור הראשון של המאה ה-21 נמצא כי שיעור הנשאות של מחלות בקרבם גבוה משיעור הנשאות באוכלוסייה הישראלית. בבדיקות אלו נמצא כי שיעור נשאות של 0.5% לנגיף ה-HIV, 0.5% לעגבת, 0.6% לנגיפי השחפת, 1% לסלמונלה ו-1% לשיגלה (ד"ר ישראלי, 2006).

משרד הבריאות ביטל את חובת הזיהוי בתגיות והפיץ הנחיות זמניות הנוגעות לזרים וחסרי מעמד שמוצאם ממדינות דרום אפריקה ואסיה, הנחיות אלו תקפות ברוב בתי החולים בארץ. על פי ההנחיות נדרשים זרים ממדינות אלו לעבור צילום חזה לשלילת שחפת הריאות, וכן בדיקות דם לזיהוי נגיפים

נוספים, כמו כן הוחלו הגבלות על ביקורי זרים במחלקות רגישות לזיהומים כגון אונקולוגיה, פגייה ויונקים.

בשל אי הפעלת תוכנית חיסונים מסודרת בארצות המוצא של המסתננים ישנה נשאות למספר מחלות זיהומיות שאינן שכיחות בעולם המערבי, דבר המעמיד בסכנת הדבקה אוכלוסייה ישראלית שלא התחסנה ואוכלוסייה בעלת מערכת חיסונית חלשה (ד"ר ישראלי, 2006).

תכנון

תכנון מהווה מרכיב חשוב ביישום כל עבודה או פרויקט. אחד המודלים החשובים בתחום היו של Deming, המודל שלו התחלק לארבעה חלקים: תכנון, עשייה, הערכה והמשך עשייה על פי הערכה. בשלב התכנון יש להבין מספר דברים, ראשית יש להבין מה מנסים להשיג וכיצד התהליכים בעשייה פועלים. יש להתמקד בבעיה ולמצוא את שורשיה. לאחר מכן יש לחשוב על פתרונות יצירתיים ולהתחיל לתכנן את היישום. בשלב הבא, שלב העשייה, יש להכין את התנאים הפיזיים ולהדריך את העובדים המעורבים. בשלב השלישי יש לבדוק את התוצאות אל מול היעדים, במידה ואין שביעות רצון זה הזמן לתקן. בשלב הרביעי והאחרון, ממשיכים לפעול בהתאם לשלב ההערכה, ניתן להחליט שהיעדים הושגו כשורה ולפעול מעתה ואילך לפי התכנון שבוצע, או לחלופין לתקן ולהעריך מחדש את התוצאות (Moen & Norman, 2006).

מטרת העל

שיפור נגישות המידע לאוכלוסיית היולדות שאינן דוברות עברית, על הטיפול בעצמן ובתינוק.

היעדים

- היולדת תרכוש ידע בנושאים הבאים: משכב הלידה, טיפול עצמי, טיפול בילוד, הנקה, המשך טיפול עצמי בקהילה, המשך טיפול בילוד בקהילה והחיסונים הניתנים.
- היולדת תבין את חשיבות ומטרת החיסונים הניתנים בבית החולים ובקהילה.
- היולדת תהיה מודעת למשאבי סיוע בנושאים הקשורים לתינוק ולגידולו בקהילה.
- היולדת תתרגל ותיישם במחלקה את המידע שרכשה בנושאים: טיפול עצמי, טיפול בילוד והנקה.
- היולדת תשאל שאלות הבהרה את הצוות המטפל בנושאים בהם חשה צורך במידע נוסף.
- היולדת תשחרר מבית החולים לאחר שיישמה את הנלמד במחלקה והינה מודעת למקומות עליה לפנות לאחר השחרור.

לוח זמנים לפעולה

עד לתאריך 01.05.2013 תושלם בניית הפרויקט במלואה. הפרויקט יכלול מצגת עם סרטונים קצרים בנושא הנקה, רחצת יונק וטיפול בטבור. כיתוב בשפה המומלצת על גבי המצגת. בנוסף יוכן עלון המסכם את עיקרי ההדרכה בשפה המומלצת.

אמצעים וכלים

- הכנת מצגת בשפה העברית כבסיס למצגת בשפה הזרה.
- מציאת אדם שיסייע בתרגום המצגת בעברית לשפה הרצויה.
- שיתוף פעולה הן מצד היולדות והן מהצוות המטפל אשר יעשה שימוש במצגת בשפה הזרה.

קריטריונים להשגת יעדים

- תופק מצגת בשפה הרצויה + עלון המסכם את עיקרי הדברים.
- קיום ישיבה בנוכחות מלאה של כל הצוות הסיעודי על מנת להכיר בחשיבות ההדרכה לקבוצות האוכלוסייה הרצויות.
- הבעת הבנה וקליטה של תוכן ההדרכה על ידי היולדות.
- שיפור ביישום המידע אותו רכשה היולדת בשפה זרה.
- הפקת עלון המסכם את עיקרי ההדרכה בכלל, ואת המקומות והגורמים אליה יכולה היולדת לפנות בפרט.

פרק זה של העבודה יציג את התהליך של ביצוע הפרויקט לפי מטרת העל והיעדים שהוצגו בפרק התכנון. ביצוע הפרויקט החל בחודש אוקטובר 2012, נבחר נושא הפרויקט ונעשה תכנון ובחירת מטרת על ויעדים. הביצוע נמשך כשמונה חודשים. לאחר קבלת אישורי אחות אחראית מחלקה, מפקחת חטיבת מיילדות ואחות ראשית של בית החולים החל הפרויקט לצאת לדרך. במהלך חודש נובמבר נערכו מס' פגישות עם אחות אחראית מחלקה ונתקבלה הסכמתה בעל פה על נושא הדרכת יולדות ממוצא אריתראי וסודני בשפה הטיגרית, ואף צוינה חשיבות פרויקט זה במעלה גבוהה.

השינוי אותו רצינו להכניס הינו קידום הדרכת יולדות מאוכלוסיית הפליטים ברמה בה הן יבינו את מהות ההדרכה וכך גם יוכלו להגיע לרמת הביצוע. רציונל השינוי הוא להקל על היולדת, ולהקנות לה ידע וכלים הדרושים לטיפול בתינוקה, ולתת לה מענה הדרוש לשאלותיה ובנוסף לקדם בריאות בכל הנוגע לחיסון היונקים בקהילה.

לצורך שינוי זה, בנובמבר 2012 התחלנו בחיפושים אחר מקור שיוכל לתרגם עבורנו מידע מעברית לשפה הטיגרית. מכיוון ששכיחות יולדות מהמוצא המדובר הולך ועולה במחלקה ידענו מראש שישנה אחות עובדת לשכת הבריאות אשר דוברת את השפה הרצויה, אשר משתמשים בשירותי התרגום שלה במחלקה למקרים בהם קשיי השפה חמורים ונוצר פער הדרכת.

משיחה ראשונית עם אחות לשכת הבריאות נאמר לנו שהיא תבדוק אם העניין מסתדר בלוחות הזמנים שלה, יצוין שהפניה אליה נעשתה בנובמבר כשהפרויקט עוד היה בחיתוליו וזאת על מנת לוודא יסודות חזקים לביצוע הפרויקט. לאחר שנתקבלה תשובה חיובית חלקית, עברנו לאיסוף מידע מגוון הכלל בתוכו: אתניות ומוצא של האוכלוסיות המדוברות, עיקרי הדרכת יולדת לטיפול בעצמה וביונק, ביצוע סקירת ספרות נרחבת ולבסוף כתיב ועריכה של מצגת המסכמת את עיקרי הדברים בשפה העברית. לאחר דין ודברים שנמשכו למעלה מחודש ימים, הבנו שאין באפשרות האחות מלשכת הבריאות לעזור לנו. בעזרתה האדיבה של מנחת הפרויקט החלנו בחיפושים אחר מתורמנית אחרת אשר דוברת את השפה הטיגרית.

בחודש מאי 2013 לאחר מאמצים מרובים ולעיתים אף איבוד תקווה להצלחת הפרויקט, נמצא מתרגם לשפה הטיגרית בתשלום. מכיוון שהבנו במהלך עשיית הפרויקט את גודלו וחשיבותו כלפי אוכלוסיית הפליטים אשר הולכת וגדלה, לא הסכמנו לוותר על הפרויקט והשתמשנו בשירותי תרגום בתשלום.

בתחילת חודש יוני 2013 סוף כל סוף נמסרה לידינו המצגת המתורגמת. המצגת הוצגה למספר יולדות ממוצא אריתראי וסודני כפיילוט ונחלה הצלחה. יולדות הביעו הבנה שבאה לידי ביטוי בעיקר ביישום עיקרי ההדרכה. הופק דף המאגד את עיקרי ההדרכה שצורף למכתבי השחרור של אותן יולדות. מפאת חופשות במהלך הקיץ, תקווים ישיבת צוות במליאת כלל הצוות הסייעודי בספטמבר 2013 בה יוצגו עיקרי הדברים, לעת עתה הודרכו אחיות באופן פרטני לגבי השימוש במצגת במשמרות בהן אנחנו לא נמצאות.

מסקנות והמלצות

אין ספק שתוצאות הנ"ל היו מעודדות, מעידות על נחיצות השינוי שהוכנס במחלקה ומצביעות על החשיבות שראוי לתת כיום לנושא ההדרכה להורים בכלל ולהורים ממוצא סודני/אריתראי בפרט. על הצוות הסייעודי להבין את חשיבות ההדרכה האיכותית כאמצעי, המוריד את רמת התלות, חרדה, תחושת חוסר ביטחון ומקנה ידע וכלים להורים לטיפול בתינוקם.

הטמעת השינוי הייתה עבורנו לא קלה ומרובת מכשולים. היו ימים בהם חשבנו שהפרויקט יורד לטמיון וימים בהם רמת התקווה הייתה שוב עולה. כדי להשיג תוצאות, תחילה צריכים להגדיר מטרת על ברורה ויעדים מדויקים, שבעזרתם משיגים את המטרה.

שיתוף פעולה מכל המשתתפים בפרויקט, נחוץ מאוד. רצוי לשתף יותר שותפים שיפעלו בפרויקט, כדאי, שמובילי השינוי יהיו בעלי סמכות. תמיכה של אחות אחראית חיונית ומחזקת להצלחת השינוי. שיתוף פעולה מצד ההנהלה מקדם את התהליך. תנאים הכרחיים להכנסת שינוי מוצלח הם מוטיבציה והשקעה רבה מצד יוזם השינוי, ידע רב בנושא, שימוש בכישורים גם ברמה האישית וגם ברמה בין אישית.

לסיכום: במהלך הפרויקט התנסו לראשונה בחיים המקצועיים שלנו בהכנסת שינוי במחלקה בה אנו עובדות. הובלנו לשיפור ידע וכלים ליולדות ובני זוגן ממוצא סודני/אריתראי לטיפול בתינוק ובעצמן ע"י העלאת מודעות בקרב הצוות הסייעודי ובקרב ההורים על ההדרכה, באמצעות מצגת ייעודית להדרכה בשפה הטיגרית. נושא זה היה נחוץ מאוד במחלקתנו ואנו שמחות על האפשרות שניתנה לנו. הערכנו מחדש את חשיבות התמיכה ושיתוף פעולה מצד האחיות האחריות והנהלת בית החולים כחיוני להכנסת השינוי. זכינו לשיתוף פעולה ותמיכה מלאה מצד צוות האחיות, דבר התרם רבות להטמעת השינוי המחלקה. ניסיון כתיבת עבודת הפרקטיקום ומקצועיות המנחה הביאו לרכישת מיומנות הכתיבה האקדמית. נהנינו מעבודה זו ואף היא הותירה בנו את הרצון להטמיע שינויים נוספים.

ביבליוגרפיה

- גלוברוזן, א., כרמי, ע. (1982). *אנשים בארגון, ניהול משאבי אנוש*. הוצאות ספריית מנהל, 70-86. כפיר, א. (1997). *ארגון וניהול – עיצוב ושינוי*. תל אביב: צ'ריקובר.
- לוי, ע. (2000). *ניהול שינוי ארגוני – גישות, שיטות ותהליכים*. תל אביב: צ'ריקובר.
- סמואל, י. (1995). *שינוי ארגוני- ארגונים מאפיינים מבנים תהליכים*. הוצאת אוניברסיטת חיפה. פוקס, א. (1995). *שינוי כדרך חיים במוסדות חינוך*. תל אביב: צ'ריקובר.
- פוקס, ש. (1998). *הפסיכולוגיה של ההתנגדות לשינוי*. הוצאת אוניברסיטת בר-אילן.
- Bellman, L.M.(1996). Changing nursing practice through reflection on the Roper, Logan and Tierney model: The enhancement approach to action research. *Journal of Advanced Nursing*, 24,129-138.
- Coates, V.E. (1999). Education for patients and clients. *England*.
- Demir, F., Ozsaker, E., & Arzu, O.I. (2008).The quality and suitability of written educational materials for patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (2), 259-265.
- Gay,G.&Franch,L.S.(1998).Toward a stand art of care for parent of infant in theNeonatal unit .*Criticl Care Nurse*,18,(5):62-73.
- Gennaro S. The childbirth experience. 1988. In F. H. Nichols & S. S. Humenick (Eds.), - *Childbirth education: Practice, research, and theory* (pp. 52–68). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Hansen,. M. (1998).Patient Teaching: Patient Centered Teaching from Theory toPractice. *The American Journal Of Nursing*, 98 (1),56-60.
- Johnson, A., & Sandford, J.(2005). Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home: systematic review. *Health Education research*, 20 (4), 423-429.
- Kotter, J.P. (1996). *Leading change*. Boston: HBSP.
- Mamon, J.,Steinwachs, D.M., Fahey, M., Bone, L.R., Oktay, J., & Klein, L. (1992). Impact of hospital discharge planning on meeting patient needs after returning home. *Health search research*, 27 (2), 155-175.
- Moen, R., & Norman, C. (2006). Evolution of the pdca cycle. *Process Improvement - Detroit*, 1-11.
- Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J., & Cheever, K. (2007). *Brunner & suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. (11nd ed., pp. 49-62). philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.- Wallin,L., Bostrom,A., Wikblad,K., &Ewald,U.(2003).Sustainability in changing clinical practice promotes evidence –based nursing care. *Journal of Advanced Nursing*,41(5),509-518.

4.14 חוסר אחידות בצוות לגבי מבנה הדרכה להנקה. אוזן אירמה , אמואל מזל, אלמקיאס דליה, אספרנסה מירב, דיגילוב אלוירה, טמנו פנטה

בית הספר למקצועות הבריאות אוניברסיטת תל אביב הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
אוגוסט 2010

תקציר

כאחיות העובדות עם נשים ותינוקות במסגרת בית החולים אנו נמצאות ליד הנשים בנקודת מפתח בחייהן: לידה, משכב הלידה והמעבר להורות. אמא ותינוק-אלה שתי ישויות נפרדות היוצרות דיאדה-יחידה שבה כל אחד תלוי בשני. כאשר ההנקה מתבססת, האמא והתינוק נהנים ומגלים את יתרונותיה. על בסיס ידע ומיומנויות מקצועיות, יועצת/מדריכת ההנקה מגיעה לזיהוי הבעיה ועובדת יחד עם האישה לפתרונה. נשים מגלות את יעילות ההנקה ומגיעות להשגת מטרותיה כאשר הן מקבלות ייעוץ מקצועי, הדרכה, ליווי, תמיכה ועידוד בזמן נכון. יצירת אווירה תומכת בהנקה לאימהות ותינוקות, זו תרומה למשפחה ובדרך זו לחברה כולה. ביחידה בה מתבצע הפרקטיקום מתן המידע וההדרכה להנקה לוקים בחסר ולא מתבצע בשפה אחידה, ולכן ראינו את הצורך להתמקד בנושא הדרכה נכונה ואחידה להנקה, להדגיש את חשיבותה, ולשפר את האופן בו ניתנת ההדרכה. לכן במסגרת הפרקטיקום תבנה תוכנית הדרכה אחידה על-פיה תדריך כל אחות את היולדות.

תאור מקום העבודה

מחלקת יולדות-תינוקות בבית החולים ברזילי, היא מחלקה משולבת, הנמצאת בחלקו הדרומי של הבניין המרכזי הישן. המחלקה בנויה מזה כ-9 שנים, לאחר שהועברה לאגף המיילדות. סביב המחלקה נמצאות מחלקות: חדר-לידה, פגיה, נשים, הריון בסיכון גבוה. במרכז מחלקת יולדות ממוקמת התינוקיה.

המחלקה בנויה בצורה מוארכת, כשבצידה הימני נמצאים: מחלקת תינוקות, תחנת אחיות, חדר צוות, חדר טיפולים, מחסני ציוד, מקלטים, חדר אחות אחראית וחדר מנהל המחלקה. מצידה השמאלי של המחלקה, בהתאמה, בנויים חדרי היולדות: 3 חדרים המכילים 3 מיטות, 10 חדרים המכילים 2 מיטות ו-4 חדרים המכילים מיטה אחת בחדר. בכל חדר ניתן להוסיף מיטה נוספת במידת הצורך. במחלקה מוקצים 6 חדרים, לניתוחים קיסריים, ולנשים בסיכון גבוה לאחר לידות רגילות. חדרים אלו נמצאים מול תחנת האחיות.

תקן המחלקה הוא כ-36 מיטות, אך במידת הצורך ניתן להוסיף מיטה בכל חדר, סה"כ המחלקה יכולה להכיל עד כ-54 מיטות. בכל חדר יש מיטה, ארונית, מקום לעריסת תינוק ועמדת טלוויזיה (בתשלום). בכניסה לכל חדר נמצאים מקלחת ושירותים.

הצוות במחלקה כולל צוות רפואי, סיעודי, פקידה, כח עזר ושתי בנות שרות לאומי. הצוות הסיעודי במחלקה הינו משותף לתינוקיה ולמחלקת היולדות ומונה 32 אחיות, 23 מתוכן מוסמכות, ו-9 מעשיות. 4 אחיות בעלות תואר ראשון, אחות אחת בעלת תואר שני ואחות אחת בוגרת קורס על בסיסי בטיפול נמרץ פגים-יילודים. 78% מהאחיות עובדות במשרה מלאה, 22% מהאחיות עובדות באחוזי משרה שונים. האחיות האחראיות במחלקה וסגניתה נמצאות בתפקידם מזה כ-25 שנה, וב-5 שנים האחרונות מונתה סגנית נוספת-המשמשת כאחראית התינוקיה. הגיל הממוצע של אחיות המחלקה הוא 42, כאשר 53% מהאחיות נמצאות מעל גיל 45. שיטת העבודה במחלקה מתבצעת על בסיס הפקדה, הצוות מחולק למחלקת יולדות ולתינוקות. האחיות המופקדות במחלקת יולדות מופקדות על מספר חדרים מנהלות טיפול כוללני ביולדת ובתינוקה.

הבעיה-חוסר אחידות בצוות לגבי מבנה הדרכה להנקה.

רציונל לחשיבות הבעיה: עיקר העבודה במחלקת יולדות היא הדרכה של האם לטיפול בסיסי ביונק ולהנקה. עפ"י המלצות משרד הבריאות הנקה היא המזון המועדף לתינוקות במשך 4 חודשים (הנקה בלעדית) ולכן הדרכה יעילה ומושכלת הוכחה כגורמת להצלחה באופן ההנקה ובמשך זמן ההנקה. אחיות שלא עברו הכשרה מתאימה להדרכה להנקה נתקלות בדילמה, מצד אחד רוצות לעזור ליולדות ומצד שני לא תמיד מוצאות את התשובה המתאימה ולא מודעות לשיטות ההאכלה השונות שבעזרתן ניתן לתת מענה ליולדת ולתינוק (לדיאדה). האחיות מרגישות מתוסכלות וחוסר שביעות רצון מההדרכה שנתנה וחוסר סיפוק

מהעבודה. הצוות כולו מרגיש שההדרכה היא לא אחידה. הרבה יולדות מתלוננות שכל אחות אמרה לה משהו אחר-זה מוריד מרמת השירות ביולדות ולא נראה טוב בעיני הציבור.

הנושא- הצוות הסיעודי בבית ברזילי ידריך את היולדות להנקה על פי תוכנית מובנית בין יוני-יולי 2010.

מטרת העל- צוות מחלקת יולדות בבית ברזילי יעניק ייעוץ והדרכה להנקה במצבי הנקה משתנים במהלך האשפוז של היולדות.

מטרות ביניים

- הצוות הסיעודי במחלקת יולדות/יונקים ידריך להנקה בצורה אחידה ואפקטיבית תוך קבלת הדרכה בתחומי הידע, עמדות והתנהגות.
 - כל אחות בצוות הסיעודי תעניק ייעוץ והדרכה לכל יולדת בהנקה ראשונה.
 - כל אחות בצוות הסיעודי תיתן ייעוץ והדרכה ליולדת בהנקה במהלך האשפוז.
 - כל אחות בצוות הסיעודי תיעץ ותדריך להנקה לקראת שחרור היולדת והיונק מבית החולים.
- על מנת שיהיה כלי מדידה לבעיה בנינו שאלון שבו זיהינו את חוסר האחידות בצוות לגבי הדרכה להנקה. (ראה שאלון בנספחים)

מסקנות מהשאלון.

חולקו 12 שאלונים לאחיות העובדות במחלקת יולדות/יונקים ואלו הממצאים :
רוב העונות על השאלון הן בותק בעבודה כאחיות 10-20 שנה. (לאו דווקא במחלקת יולדות).
מתוך 12 הנשאלות 10 לא עברו כלל הכשרה בנושא הנקה אלא עבדו ופעלו מתוך ניסיון אישי בלבד.

כל הנשאלות נתקלו באי שביעות רצון היולדות לגבי הדרכה שניתנה להן בנושא הנקה, לעיתים קרובות.
רוב האחיות ענו שבאחריות בית החולים להכשיר אחיות העובדות במחלקת יולדות/יונקים כמדריכות הנקה – במידה רבה.
כמעט כל הנשאלות ענו שצריכה להיות תוכנית מובנית בנושא הנקה לאחיות שמתחילות לעבוד במחלקת יולדות/יונקים – במידה רבה.
50% מהנשאלות ענו שהדרכה בנושא הנקה תעשיר את ידיעותיהן כאשר 25% ענו-במידה בינונית
ו25% ענו-במידה מועטה. (אלו הן אחיות שעברו הכשרה בתחום).
בשאלה הפתוחה נמצא שרוב העונות על השאלה יש הצעות לשיפור הדרכת הצוות בייחוד ע"י קיום ימי לימוד קבוצתי ופרטני.
ההצעות היו :

ללמוד מניסיון, מהידע של האחיות המנוסות וכן לנהל רישום ומעקב של ההתערבויות ותוצאותיהן.
לקיים ישיבות לימוד (קיום דיונים קליניים במסגרת העבודה), לבצע הדרכות קבוצתיות כל יום במשמרת בוקר וערב למספר שעות, הרצאות בנושא, להוציא אחיות לקורס על בסיס בנושא (קורס מדריכות הנקה), הכשרת צוות חדש המתחיל לעבוד במחלקה בתחום המומחיות של המחלקה בייחוד הדרכה נכונה להנקה.

סיכום:

הכנסת שינוי למקום שבו מורגלים לעבוד בצורה מסוימת הוא לא דבר פשוט. האנשים העובדים במקום מורגלים לרוטינת עבודה ומאוד קשה לשנות את ההרגלים האלה. כל שינוי כרוך ברמה מסוימת של אי ודאות לגבי התוצאות, עקב חשש מהבלתי ידוע, איום על נוחות והרגלים מצויים, סטאטוס חדש, הסתגרות חשיבתית במוכר, פחד מעמימות וחוסר ודאות מהבלתי נודע. אך חשוב להציג את חשיבות השינוי בצורה ברורה ומשכנעת כדי להפחית את החרדה והחשש מהשינוי ולא לוותר בגלל שיש התנגדויות, אלא להציג את החיובי שיש בשינוי ומה יכול לתרום לנו לעשייה היומיומית.
מבחינה אישית הפרויקט היה אתגר עבורנו. הפרויקט תרם רבות לביטחון העצמי שלנו, שעם הרבה מאמץ מצידנו וקצת עזרה מגורמים מסוימים ביכולתנו לגרום לשינויים כאלה ואחרים רק אם נאמין ביכולתנו.

4.15 פיתוח והטמעה של אתיקה בארגוני בריאות. אקריש אתי, בן גיאת שמחה, בניאל סימה, דלקיאן חדווה, מירילאשוילי מרים

ינואר 2010

הקדמה

מהי אתיקה?

"מוסריותו של האדם היא קודם בליבו ואמונותיו". אדם שאין ליבו ומעשיו שווים גם אם הם טובים ונכונים, אדם שחש שהוא נעלה על אחרים, איננו אדם מוסרי. (לקט אמרות)

"האמת העליונה (ערכי המוסר) היא מציאות המביאה רווחה לכל" (מתוך "קורות האלוהות").

אתיקה לקוחה מהמילה היוונית Ethos שמשמעותה "תכונה ראויה". מדובר במערכת כללים המגדירים התנהגות ראויה ולא ראויה, בעצם הם מגדירים התנהגות רצויה. (דר' ורנר ש.).

אתיקה היא מוסר, תורת המידות; אתיקה היא הפילוסופיה של המוסר. מוסר היא מילה המציינת את התופעות המוגדרות באופן נורמטיבי על ידי האתיקה.

האתיקה מתחלקת לשלושה תתי-תחומים:

- מטא-אתיקה - העוסקת בהגדרת התחום
- אתיקה נורמטיבית - העוסקת בהבנת הדרכים והשיטות להיות מוסרי
- אתיקה יישומית - המקשרת את התחום לצד המעשי, מקצועי, האידיאל המעשי.

להציג את המרכיבים של האידיאל המעשי, פירוש, להציג את המבנה הפנימי של אותה מערכת ערכים או עקרונות ואת ההיגיון הפנימי שלה. האידיאל המעשי של ההתנהגות, במסגרת מוגדרת של פעילות מקצועית, מורכב משלושה חלקים בסיסיים. המרכיב הראשון הוא, ערך המקצועיות. המרכיב השני של האידיאל המעשי של מקצוע כלשהו הוא הייחוד המקצועי שלו. המרכיב השלישי של האידיאל המעשי של מקצוע הוא ערכי המעטפת החברתית, ערכי המשטר הדמוקרטי הם החשובים שבערכיה של המעטפת החברתית. המקצועיות מתבטאת בציות לכללים מסוימים, המבטאים אידיאל מעשי של ארגון, מקצוע, או עיסוק, ומפרטים את ההתנהגות הנדרשת מן החברים בו. מבחינה זו האתיקה המקצועית אינה מותרות שאנו בוחרים אם לאמץ, אלא דרישות כלליות של מקצועיות בכלל, ושל המקצוע הספציפי בו מדובר; בהיותן כאלו הן מסייעות למעשה, לביצוע מיטבי ולכן גם להישגים המקצועיים שניתן להגיע אליהם. להיות מקצועי פירושו למשל לא "לחפף", לא לעשות בערך או "על-יד", אלא לבצע משימה באופן מתוכנן, מדויק וממצה. לנהוג בנאמנות למטרה המקצועית של הארגון או העיסוק, מבלי להיקלע לניגוד אינטרסים. הדרישות המקצועיות והספציפיות משתנות על פי טבעו של המקצוע. כך למשל נדרשים העוסקים ברפואה לשמור על חיסיון רפואי, ועיתונאים חייבים לבקש תגובה מנשוא הידיעה שהם מפרסמים. ישנם גם אילוצים דמוקרטיים, אשר מוטלים על העיסוקים השונים מכוח כלליה של המסגרת החברתית שקיבלנו על עצמנו, שמתייחסים אל בני האדם כאל יצורים אוטונומיים ובעלי כבוד אנושי. כך, יידרש הרופא לקבל הסכמה מדעת לטיפול, והעיתונאי – לא להוציא דיבה. בעמותות המתקיימות על כספי הציבור, נדרשת הקפדה מיוחדת בשימוש בהם. לסיכום, אתיקה מקצועית שואפת לקבוע עקרונות אוניברסאליים של התנהגות נכונה וראויה של העוסקים במקצוע מסוים. (אסא כשר)

במנהל הציבורי, המושג 'אתיקה' הוא מושג רחב ורב משמעויות. פרופ' מיכאל ג'וסיוס (M. Jucius) ועמיתיו מציינים שהמושג 'אתיקה' מתייחס להתנהגות של בעלי מקצוע כלשהו הכוללת את המרכיבים הבאים: א. נוגעת לאנשים אחרים; ב. קשורה לסטנדרטים של מוסר; ג. עוסקת בהחלטות של בחירה בין טוב לרע במצבים ונושאים שהחוק מגדירם במעורפל.

בהגדרה רחבה ניתן לומר שאת ההתנהגות של בעלי מקצוע כלשהו קובעים ומעצבים חמישה גורמים: הפרט עצמו, החוק הכללי, התקנון האתי המקצועי, הארגונים המקצועיים אליהם משתייכים אותם בעלי מקצוע, החברה כולה על דפוסי התנהגותה הנבנים ומתחדשים.

בנוסף, יש להדגיש לא רק את אופי מערכת היחסים הרצויה בן עובד המדינה כנותן שירות לבין מקבלי שירות, אלא גם את חשיבות הבסיס המוסרי של העובד בתהליך קבלת ההחלטות בארגון הציבורי, את חובתו האתית של עובד המדינה להתמודד באומץ עם בעיות וליטול על עצמו אחריות ויוזמה כדי להביא לפיתרון באופן חיובי.

הגדרות אחרות של אתיקה מקצועית אצל עובד המדינה שמות דגש על אופי מערכת יחסי – הגומלין שלו עם הציבור הצרכני, כפי שהדבר קיים גם במקצועות אחרים. כך למשל, שבועת האחריות של "פלורנס נייטינגלי" מחייבת את האחות לחיות חיי טהרה, לשרת את מקצועה באמונה ולהקדיש עצמה לרווחתם של הנתונים לטיפול.

במחקרו על "הביוורקטיה והעולם המודרני" טוען ויקטור תומפסון, שארגונים מודרניים מאופיינים באימפרסונאליות, אוניברסאליים, צדק ושלטון החוק. כשם שהאחות, הרופא ועורך הדין צריכים לגלות יחס בלתי-אישי אל כל אחד ממקבלי השירות שהם מספקים, אפילו יהיו אלה קרוביהם, כך גם-מבחינה אתית- עובד המינהל הציבורי; לפיכך, יונחה היחס אל מקבל השירות על פי כללים אוניברסאליים.

בעולם שבו אין גדרות וגבולות נחוצים כללי התנהגות ברורים יותר. יש לציין שהכפיפות לכללי האתיקה המקצועית משפרת את איכות הארגון ואת תפקוד הפעילים בו.

אימוץ כללי אתיקה במפעלים וארגונים הינו הכרחי לבניית תשתית ארגונית נאותה במפעלים עצמם, והוא עשוי למנוע או להפחית ממנהלי ארגונים רבים מצבים של חמדות, שוחד, שחיתות, הונאות ורמאויות כלכליות, שהמניע שלהם הוא תועלתני-הדונסטי.

סקר שנערך בארץ לבדיקת הצורך בקיומם של קודים אתיים בארגונים (דביר, 1994) מראה כי העובדים מחייבים בדרך כלל את קיומו. דביר ציין שחלק מהנושאים האתיים החשובים בארגונים וקונצרנים אינם ברורים דיים כמו: שימוש בטלפון שלא לצרכי עבודה, שימוש בציד משרדי לצרכים פרטיים ועוד. לפיו, נהלים וכללים, במידה ויהיו ברורים עשויים למנוע חריגות בתחום האתיקה. ועדיף שנהלים אלו יהיו מפורטים ככל האפשר. בסקר מצוין כי לטובתו של העובד ראוי שבעלי תפקידים ומנהלים יפרטו ויתנו הדרכה באשר להתנהגויות וגבולות האתיקה המותרים בארגון. כמו כן ראוי גם שישמשו הם עצמם דוגמא אישית לכפופים להם בכל הדרגות. למעשה, קוד אתי כולל בחובו את מכלול מדיניות החברה והיא בבחינת מצע יסוד לקבלת החלטות ובניית עקרונות בתחומי כלכלה וחברה. קוד אתי של המפעל אמור להגדיר את תחומי "המותר והאסור", על מנת שעובדים ידעו מהן גבולות האיסור. תחומים רבים באתיקה של העובד נחשבים כתחום של "שחיתות אפורה" או "שחיתות לבנה", דהיינו תחומים שבהם המותר והאסור אינם ברורים דיים. לדוגמא, שימוש בטלפון לצרכי הפרט במסגרת העבודה, אינה תקנה שברורה תמיד לעובדים. יש מקומות עבודה המתירים זאת, כמובן במינונים הנכונים, ואחרים רואים בכך עבירה. גם שימוש בציד העבודה לצרכי הפרט, הוא איסור שאינו תמיד נהיר לעובדים. במידה וההוראות תהיינה כתובות וברורות, אזי אי אפשר להתווכח אודותם. כשתקנה כתובה שחור על גבי לבן ניתן להתייחס לעבירות וחטאים, ואין לגיטימציה להפרות מוסריות שנראות כביכול מותרות בעיני העובדים אך הן אסורות בעיני ההנהלה. מסתבר אם כן, שקוד אתי אמור לסקור התייחסות אתית לנושאים שהם בבחינת פרצות, וטרם ברור מהם דפוסי ההתנהגות הקשורים להם.

סביבת העבודה בבית החולים מלאה בסוגיות אתיות רבות, אנו נציג בעבודתנו את הבעיות האתיות במבנה הארגון והיחסים בין כלל העובדים וההנהלה:

הבעיה המרכזית בארגון בנושא האתיקה- שהמנהלים והעובדים לא שומרים על התנהגות הולמת, הפוגעת במטופלים כמו: חוסר אמינות, אי כיבוד סודיות המידע הרפואי, אפליה וחוסר שוויון הזדמנויות כלפי המטופלים וכלפי העובדים, אי שמירה על זכויות כבוד האדם, ללא הסכמה מדעת לקבלת טיפול רפואי וכו'.

הכללים של מה מותר ומה אסור אינם ברורים מספיק כדי שיוכלו להנחות את עובדי הארגון כיצד עליהם לנהוג ו"בנקודה זו של חוסר בהירות מתחילה גם הדילמה המוסרית של ההתנהגות.

"במקום שבו מתחילה הדילמה המוסרית, מתחיל גם המצפון האישי להתעורר ולהשפיע על ההתנהגות." (מתוך **נתיבי ארגון ומנהל, דר' שמחה ורנר 1980**).

במצבי לחץ ובלבול גם האנשים הטובים בארגון יכולים לבצע צעדים לא נכונים, סטרים ובלבול הם הסיבה לנקיטת צעדים לא אתיים, ובמיוחד בסביבת עבודה מלחיצה כמו בית החולים יש את החשש להתנהגות לא אתית מצד העובדים ואף המנהלים.

התנהגות אתית של ההנהלה הינה בעלת חשיבות מכרעת לקביעת צביון הארגון בעיני העובדים והקהילה. ההנהלה שאינה פועלת לפי הקוד האתי ואינה נותנת דוגמה ראויה, שבה תהליך קבלת ההחלטות פגום ואינו מוסרי מבחינה ארגונית, הנהלה זו לא יכולה לצפות מעובדיה לשמור על כללי האתיקה ולפעול לפיהם. לא ניתן להיות צדקנים ולצפות מאחרים בעוד שמנהלים אינם מאמינים בכך ואינם מוכיחים במעשיהם זאת. זה יכול להביא לחוסר אימון בין העובדים וההנהלה וההיפך. חוסר אמון במערכת המסתמכת על דיווחים מתמידים מביא לפגיעה גם בדיווחי האמת. ההנהלה יכולה שלא לסמוך על דיווחי אמת מהשטח וכן העובדים לא יסמכו על דיווחי ההנהלה. דבר זה יכול ליצור בעיה קשה ביותר בארגון.

בעיה נוספת הקשורה בהנהלה ומערבת בעיות אתיות עם מערכת הציפיות והיחסים עם המנהלים הזוטרים, המנהלים הזוטרים לחוצים להתחייב לסטנדרטים אישיים כדי להשיג את מטרות הארגון. הפחד מלפגוע ביחסים עם המנהלים הבכירים יותר יכול לגרום למנהל הזוטר להצדיק השקפות ראייה לא נכונות, לא להתעמת עם סיטואציות לא צודקות. כאשר מנהל זוטר מקדם את האינטרס האישי שלו אין הוא פועל בצורה אתית להשגת מטרות הארגון.

המחשת הדילמות תוך כדי מתן דוגמאות ופרסום הופכת חשובה ביותר בכדי להתמודד עם קושי זה. זרימת המידע בסולם ההיררכי מההנהלה הבכירה ועד לעובדים הזוטרים חשובה ביותר בכדי שכל העובדים יהיו חשופים יותר למידע בכדי שיהיו להם כלים רבים יותר להתמודדות עם הבעיות השונות.

גם לתהליכים החברתיים – תרבותיים, פוליטיים, ארגוניים השפעה על ההתנהגות האתית של העובדים. "החברה הישראלית מאופיינת במורכבותה התרבותית ובמורכבותם של התקנים האתיים להתנהגות שהם פרי תת התרבויות השונות. בה במידה זו היא חברה העוברת תהליכי מודרניזציה מהירים היוצרים אילוצים להשתנותם המהירה של אותם התקנים המורכבים בלאו הכי. זוהי חברה שלא הצליחה לקיים מנגנונים יעילים לריסון התפתחות פרקטיקה בלתי כתובה לכיוונים שליליים בעיקר בתחומי ההתנהגות שאין חוקת האתיקה מסוגלת להגדירם בוודאות ולכן הם נשארים חופשיים לעיצוב ע"י ההתנהגות המוסרית או מצפונית של הפרט שגוררת את חברו עד להפיכתה למנהג החברה" (דר' שמחה ורנר 1980)

ישנו ה"תחום האפור" שהוא התחום שאינו ברור מה בדיוק צריך לעשות ובתחום זה יכולות להתעורר הדילמות האתיות השונות במקום העבודה, "מטבע הדברים, שוררת מידה של חפיפה ושל טשטוש גבולות בין הערכים של הקוד האתי, ולעיתים אף צוות דילמות בהתוויית בתחומים שונים. לפיכך נדרשים האחות והאח, בכוחם הם, להכריע על פי שיקול דעת מקצועי על קדימויות" (מתוך הקוד האתי של האחים והאחיות)

בשנים האחרונות בהשפעת הקדמה והשוק התחרותי, ובצל הפרטת בתי החולים בארץ, בית החולים הפך להיות כעסק פרטי והמושגים בנקודות ראייה של הדברים השתנו, החולה הוא לקוח, והמוצר אותו משווק בית החולים הוא שירות. ישנה תחרות בין בתי החולים בארץ על מנת למשוך יותר לקוחות לארגונים. תחרות זו בין הארגונים יכולה להעצים ולגרום לרציונאליזציה של עשיית דברים לא חוקיים להצדקת ההישרדות של הארגון, כמו: שווק בית החולים והצגתו כנותן שירותים לא בצורה מדויקת, היכולה להטעות את הציבור. קיימת גם תופעה של הסתרת מידע מהציבור: אי פרסום רשלנות רפואית, חוסר שקיפות הארגון לציבור מטעמים המנוגדים לבטיחותו וטשטוש ראיית טובת המטופל במרכז, אלה ראיית טובת הארגון במקום.

בבית החולים קיימות אף דילמות ניהול המעוגנות בעובדה כי בית החולים ממלה שני תפקידים בו זמנית. מחד גיסא זהו מוסד טיפולי סיעודי ומאידך זהו ארגון עסקי. "הערכים השולטים בעולם הניהול מושתתים בעיקר על עקרונות של יעילות, מועילות וכסף. בעוד ערכי המקצוע מושתתים על

בעיה נוספת היא בעיית גיוס כוח אדם לשירות הארגון – בתי חולים מתמודדים בתקופה זו עם מצוקת כוח אדם קשה, ישנו מצד אחד ביקוש גדול לעובדים בכול המחלקות בבתי החולים. בתי החולים מחדשים את מבניהם מוסיפים יחידות ומחלקות שונות, אך לבתי הספר לסיעוד אין נהירה אל מקצוע הסיעוד בצל התמורות שחלות בחברה הישראלית בשנים האחרונות, הסטודנטים מעדיפים לבחור מקצוע מתגמל ונוח יותר. מצוקה זו יכולה לגרום לבית החולים להתפשר על איכות העובדים בבחירתם לשורותיה מתוך אילוצים של מצוקת כוח אדם וזה כמובן יכול לפגוע משמעותית וליצור בעיות אתיות קשות בעתיד.

הבעיות האתיות המרכזיות הרווחות בארגונו:

אנו כאחיות בתפקידי ניהול עם ניסיון רב, נפגשנו במהלך עבודתנו היום יומית בדילמות אתיות רפואיות וניהוליות אותם אנו נציג בעבודה זו. איסוף הנתונים נערך ע"י ראיונות עם בעלי תפקידים בכירים: יש לציין כי הדבר היווה בעיה, הרגשנו שלא היה שיתוף פעולה ממשי, במיוחד מההנהלה האדמיניסטרטיבית שהיא בעצם מנהלת את התחום "העסקי" של הארגון, אף אחד לא באמת רצה לספר על בעיות אתיות בתחומן,

- "וועדת האתיקה" – בשיחות עם חברת הוועדה הועלו בעיות בתפקוד הוועדה, שמתבטא בהפעלת הוועדה לעיתים רחוקות מסיבות שונות (אי זמינות, תקציב, גיבוי משפטי – איש הציבור ועו"ד חששו מתביעות של המטופל ומשפחתו). חוק זכויות החולה, שאושר בכנסת ב-1996, קבע דרך להתמודד עם דילמות ואולם, אף על פי שעברו שנים מאז שהחוק נכנס לתוקף, בבית החולים לא פועלת ועדת אתיקה וגם בבתי החולים שהקימו ועדות כאלה הן כמעט ואינן פעילות. רופאים, באופן עקבי, לא פונים לוועדות, לדברי הרופאים, אחת הסיבות למיעוט הפניות לוועדות האתיקה היא אופיו של הטיפול שבשל הדינאמיות והאינטנסיביות של הטיפול אין זה מעשי לכנס את ועדת האתיקה כאשר עולות שאלות כמו אי מסירת מידע לחולה.
- אולם פעמים רבות, הסוגיות אינן נתפשות בעיני הרופאים כדילמות אתיות אלא כשאלות רפואיות, שהתשובה להן נמצאת בסמכות המקצועית הבלעדית שלהם. רוב הרופאים אינם מודעים לתפקיד של ועדת האתיקה ואינם מבינים אותו. רבים מהם מתייחסים אל חוק זכויות החולה כאל איזו מין גזירת מחוקק שלא בדיוק מתאימה למציאות בשטח, מעין מצב של 'המשפט נגד אנשי הצוות הרפואי'.
- במחלקת משאבי אנוש – עובדים מסרו על מנהלים שגייסו עובדים, קידמו אותם או תגמלו אותם, בניגוד מפורש לדעתם של מנהלי משאבי אנוש. מסתבר שידו של מנהל משאבי אנוש קצרה מלהושיע, במידה רבה, אם ההנהלה הבכירה מחליטה לנקוט צעד הנוגע לגיוס והעסקה המנוגד לעצה מבוססת של מנהלי משאבי אנוש.
- ישיבות הנהלה-מעלים לדיון בעיות אתיות בין הצוותים השונים, אך לא מקבלים פתרונות. בבית החולים פועלות שתי הנהלות – הנהלת הסיעוד והנהלה רפואית ולעיתים ישנם "הנחתות" – הוראות לא מתואמות ביניהם, דבר זה מכניס את הצוות לבלבול וכעסים.
- מתן שירות נאות ויעיל ללקוחות התייחסות לצורך ההולך וגובר של מתן שירות נאות ויעיל ללקוח לאור העובדות הבאות: המוצרים והמכשירים הרפואיים הפכו ליותר מורכבים ומסובכים, אך אין מתן מידע נרחב ואמין לציבור החולים על מגוון המוצרים והשירותים.
- סוגיית קבלת מתנות וניסיונות לשוחד-מצד המטופלים לרופאים או לאחיות כדי לקבל טיפול מועדף או תנאי אשפוז מועדפים (חדר לבד) מצב זה גורם לאי מתן טיפול שוויוני למטופלים.
- ניתן לראות את חברות התרופות שמגיעות לעיתים קרובות להציג את המוצר שלהם ולקדמו ע"י "ארוחות שחיתות" מתן חסות למסגרות גיבוש מחלקתיות טיולים מסיבות, לרופאים, רכישת מכשור מתקדם למחלקה וכל זאת כדי לקדם את מוצרם. סוג אחר של אינטרסים המעורבים בהליך הטיפולי הם אינטרסים של ספקי תרופות ואביזרים רפואיים המיועדים לרכישה על ידי חולים. ידוע כי חברות וספקי תרופות ואביזרים רפואיים

מעוניינים מאד כי רופאים ישתמשו או ימליצו על מוצריהן ופעילותן מהווה מקור לבעיות אתיות לא מעטות
אין פיקוח נאות על הקשרים בין הרופאים לחברות התרופות והציוד הרפואי פיקוח אמור למנוע מקרים של קבלת טובות הנאה וניגודי עניינים בין החלטות מקצועיות של רופאים לקשרים מסחריים עם חברות תרופות.

- חשאיות המידע הרפואי-קיימת דילמה יום יומית של כשהצוות הרפואי והסיעודי יודע מידע רפואי על החולים שמאושפזים במחלקתו, ויש נטייה לחלק מהעובדים במסגרות שונות כגון בהפסקות אוכל או בהסעות לספר ולהעביר מידע רפואי על מטופלים, אם זה בתור רכילות או הוצאת קיטור אחרי יום עבודה קשה, והארגון לא מוצא דרך לאכוף זאת.
- גניבות ממקום העבודה - הצוות נוטה לקחת תרופות או עזרה ראשונה לו או למשפחתו דבר הגורם למחסור באספקת התרופה למטופלים הזקוקים לטיפול זה, ומצד שני פגיעה כלכלית לארגון.
- גניבת זמן של מעסיק - עובדים מטיילים בזמן העבודה, עושים קניות, חורגים מזמני ההפסקות, במיוחד עובדי המשק, גלישה באינטרנט לצרכים אישיים בזמן העבודה.
- יחס למתריעים - בד"כ המתריעים נחשבים כמלשנים לא אוהבים את חברתם ונזהרים מאוד לידם, בראיון עם בעלי תפקיד במשאבי אנוש, עובדים אשר התריעו במערכת על ליקויים ראינו מקרים שאנשים פוטרו נאלצו להתפטר עקב היחס העוין מצד הארגון, והרגשה שהם לא רצויים.
- ניגוד אינטרסים-מקרה של מנהל אגף בארגון שאולץ לסיים את תפקידו עקב בעיית אמון חמורה בינו לבין ההנהלה, דוגמה מקומית הוא מנהל אגף טכני אשר פוטר עקב בצוע עבודות פרטיות לאנשים בכירים בארגון בשעות העבודה, העובד ערער על כך והוחזר לתפקידו.
- הגינות השיווק ואמינות הפרסום-לעיתים קרובות הצוות, ממליץ על שירות של חברת אמבולנס פרטי זה או אחר, יותר מאחרים כנותן שירות למטופלים. עקב קשרים עם חברי הצוות ולא לפי כשורים.
- יחס לתרבות מקבלי השרות-בשנים האחרונות עם גל העלייה מחבר העמים שהביא איתו את תרבות מתן השוחד ומתנות לרופאים כדי לקבל טיפול מועדף קיימת דילמה יום יומית מאחר ומבחינת המטופל זוהי התנהגות שמותרת בעיניו ואילו בארצנו נחשב להתנהגות לא הולמת ומשפיעה על ההתנהגות האתית של העובדים.
- קיומה של רפואה פרטית מסחרית המעודדת צריכה של שירותים רפואיים כגון ניתוחים פלסטיים, ניתוחים וטיפולים אחרים שאינם חיוניים, וכן היזקקות יתר לבדיקות רפואיות, הנה מקור לא אכזב ליצירת מצבים רבים של ניגודי אינטרסים.

בניית מסגרת פילוסופית - אסטרטגיות לפיתוח והטמעה של אתיקה מנהלית בארגון

ניהול הארגון ׀ החברה באופן הוגן ואתי הוא בעל חשיבות עליונה לצמיחתה והצלחתה של חברה. הצעת החוק לטיפול אתיקה בארגונים הונחה לראשונה על שולחן הכנסת ב- 2003, על ידי חבר הכנסת יוסי שריד, ופעם נוספת ב- 2004 על ידי חברת הכנסת ציפי לבני. ההצעה נועדה לעודד חברות לאמץ כללי אתיקה, שמטרתם לכוון את התנהגותם של מנהלי החברה ועובדיה, ולקבוע כללים לדרך פעולתם בארגון.

נהלים בנושא אתיקה עסקית מאפשרים לחברה לשמר את המוניטין הטוב, לנהל את פעילויותיה העסקיות באופן הולם וליצור סביבת עבודה אפקטיבית וחיונית. כוונת האתיקה המקצועית היא לסייע לאנשי המקצוע לזהות את הדרך הנכונה והמוסרית לעבודה, ולהנחות את העובד בקבלת החלטות אתיות בהתייחס להיבטים שונים של סיטואציות מקצועיות. הארגון חייב לנסח בצורה כוללת את החזון בדבר משמעותה של ההתנהגות האתית עבור החברה (או הארגון), כך שהיא תשולב באסטרטגיה העסקית הכללית. ייתכן שענייני המוסר יוצגו כמטרה שהיא חלק בלתי נפרד מהחברה ומאופייה, או כדרך לשיפור היחסים עם בעלי העניין בחברה, או אפילו כדרך לעבודה בצורה אחידה.

לכל ארגון יש חזון כתוב או בלתי כתוב המבוסס על אמונות, הערכות ודעות ביחס למהות הצלחתו. חזון הארגון, ערכיו וכללי ההתנהגות הראויה-שהם בעצם, כללי האתיקה-ישפרו את יכול הארגון לשרוד, להתקיים בכבוד ואף לשגשג. התאמה בין חזון הארגון, כללי האתיקה המנחים את עובדיו, לב הסביבה העסקית ומחזיקי עניין שונים תסייע לאורך זמן להצלחת הארגון.

באמצעות כללי האתיקה, בשילוב עם תרבות הארגון, אפשר להסביר יותר טוב את הפילוסופיה ואת המדיניות הארגונית, להגדיר את זכויותיהם וחובותיהם של העובדים ולקבוע את התחייבות הארגון כלפי הסביבה בה הוא פועל.

כיום הולכת ורווחת התפישה שלארגון העסקי יש אחריות חברתית כלפי כל בעלי העניין הפועלים בסביבתו: בעלי המניות, העובדים, הלקוחות, הספקים, הקהילה המקומית והסביבה הפיזית. בכפוף לעקרונות האחריות החברתית נדרשת הפירמה לשמור על איכות הסביבה ולדאוג לאיכות המוצר ובטיחותו, לאיכות השירות, לאמת בפרסום, לכללי תחרות הוגנים, לסביבת עבודה בטוחה לעובדים וכן, עליה לאפשר לעובדים למצות את עצמם בעבודה ולהימנע מאפליה על רקע דתי, גזעי או מיני.

במקביל מתפשטת התפישה שלפחות בטווח הארוך, לא רק שהאתיקה איננה פוגעת בעסקים, אלא שבעצם היא תורמת להצלחתם. פרסומים חדשים מלמדים שחברות אמריקניות גדולות מאמינות עתה שאתיקה, יושר, הגינות ותשתית טובה של ערכים בניהול, הם הבסיס להישגים עסקיים בטווח הארוך.

אם ההנחות אלו נכונות, ארגונים עסקיים ימשיכו לחפש דרכים להטמעת ערכי מוסר בניהול. האתיקה תיתפש כמשאב שיש לטפחו ולשלב, כחלק בלתי נפרד, באסטרטגיה העסקית הכוללת.

ניהול משאבי אתיקה הוא תהליך מתמשך המכיר בהנהגות הערכית של הנהלת הארגון, המנהלים והעובדים, כמשאב ארגוני לכל דבר; במשאב זה יש לפתח ראייה ארוכת טווח וחלק בלתי נפרד מהערך הכולל של האסטרטגיה העסקית והתרבות הארגונית, במטרה לאפשר לארגון לממש את יעדיו בטווח הבינוני והארוך.

בניית מסגרת פילוסופית- אסטרטגית ע"י פיתוח והטמעה של המשאב האתי כחלק מהתרבות הארגונית.

מיסוד ההתנהגות האתית בארגון הוא חלק בלתי נפרד מהתרבות הארגונית. באופן ספציפי יותר, פיתוח המשאב האתי צריך להשלים את התרבות הארגונית במישורים הבאים:

- **הדרכת מנהלים להתמודד ביעילות עם סוגיות של אתיקה.** מיסוד המשאב האתי כחלק מהתרבות הארגונית פירושו גם פיתוח מערכת של השתלמויות, הדרכה והכשרה של מנהלים ועובדים, שתכליתה להשיג מספר מטרות; ראשית, ליידע את המנהלים לגבי הפילוסופיה המוסרית של הנהלת הארגון ולהכשיר אותם כקבוצה התומכת בתהליך מיסוד כללי אתיקה הארגון. שנית, לצייד את המנהלים בלים שיסייעו להם לשפר את החלטותיהם בסוגיות של אתיקה. הדבר ייעשה בין השאר, באמצעות פיתוח מודעות לכך שפיתרון דילמות אתיות הוא חלק בלתי נפרד מקבלת החלטות ניהוליות ועסקיות; הקניית הערכה לתוצאות החיוביות והשליליות של החלופות האתיות השונות כחלק בלתי נפרד מפיתרון הבעיה; והימנעות מנימוק החלטות המנהלים בפיתרון בעיות אתיות באמצעות חיפוש צידוקים שיקלו על המצפון בעת קבלת החלטות לא אתיות. שלישית, להכשיר את המנהלים לשמש כמנהיגים בתחום המוסר ולשמש דוגמה למופת בהתנהגות מוסרית, תוך הימנעות מסטנדרטים כפולים ולבסוף, לפתח אצל המנהלים גישה הכרתית (קונטיבית) בתחומי המוסר. אחת התיאוריות המובילות בתחום ההכרתי היא של קולברג, שטען כי השיפוט המוסרי הוא תהליך הפועל בשלבים. בשלב הראשון, הנכונות להתנהג באופן מוסרי היא פועל יוצא של מערכות שכר ועונש שמפעילה הסביבה. בשלב השני, היא פועל יוצא של קבלת מרותם של בעלי הסמכות, המשפחה, הקבוצה והחברה. בשלב השלישי יכולים אנשים להגיע לשיפוט מוסרי עצמאי ללא תלות בשכר ועונש בסמכות, אלא כפועל יוצא של ערכי מצפון ועקרונות מוסר בעלי תוקף חברתי רחב יותר. לפיכך, הדרכת המנהלים, צריכה לשאוף להביא את המנהלים לרמת השיפוט המוסרי העצמאית.

- **פתיחת ערוצי תקשורת רשמיים למתריעים ויצירת אוירה המעודדת התרעה.** הנהלה המתמייחסת לאתיקה כמשאב ארגוני צריכה לשמש כסוכן מרכזי לשינוי היחס אל המרתיעים, ולהכיר בכך שהארגון יכול להפיק תועלת ממיסוד ההתרעה והטמעתה כחלק בלתי-נפרד מהתרבות הארגונית. ראשית, המתריעים הם חיישנים לגילוי בעיות, בזבזים, עוולות מנהליות, פעולות בלתי חוקיות, שחיתויות וליקויי מנהל חמורים העלולים לפגוע ביעילות הארגון. לפיכך, ההתרעה יכולה וצריכה לשמש כמערכת של גילוי ותיקון עצמי. שנית, ההתרעה יכולה להעלות אל פני השטח התנהגויות

שליליות העלולות לגרום לארגון נזק תמידי ועסקי בלתי-הפיך. הדברים נכונים במיוחד כאשר ההתנהגות שהלילית כרוכה מגרימת סכנה של ממש לשלום הציבור או לשלום העובדים. תחת התרבות הארגונית החדשה שניהול משאבי אתיקה חותר לטפח, המתריעים ישולבו בדרך של קואופטציה, ויוטמעו בדרכי שלום במערכת הדיווח והתקשורת הפורמאליים של הארגון. ההנהלה תעודד מנהלים ועובדים להתריע ללא חשש מנקמות ארגונית, ובכך יתאפשר להנהלה לטפל בליקויים בעוד מועד. מנהלים בכל דרכי הניהול יפעילו דלת פתוחה למתריעים. מתריעים יהיו זכאים לא רק להגנה רשמית מצד ההנהלה, אלא גם לעידוד ולהערכה. צעדים משמעותיים נגד מתריעים יוכלו להיעשות רק לאחר שיוברר מעל לכל ספק, שהמידע שמסר המתריע זויף במתכוון ושכוונותיו אינן טהורות.

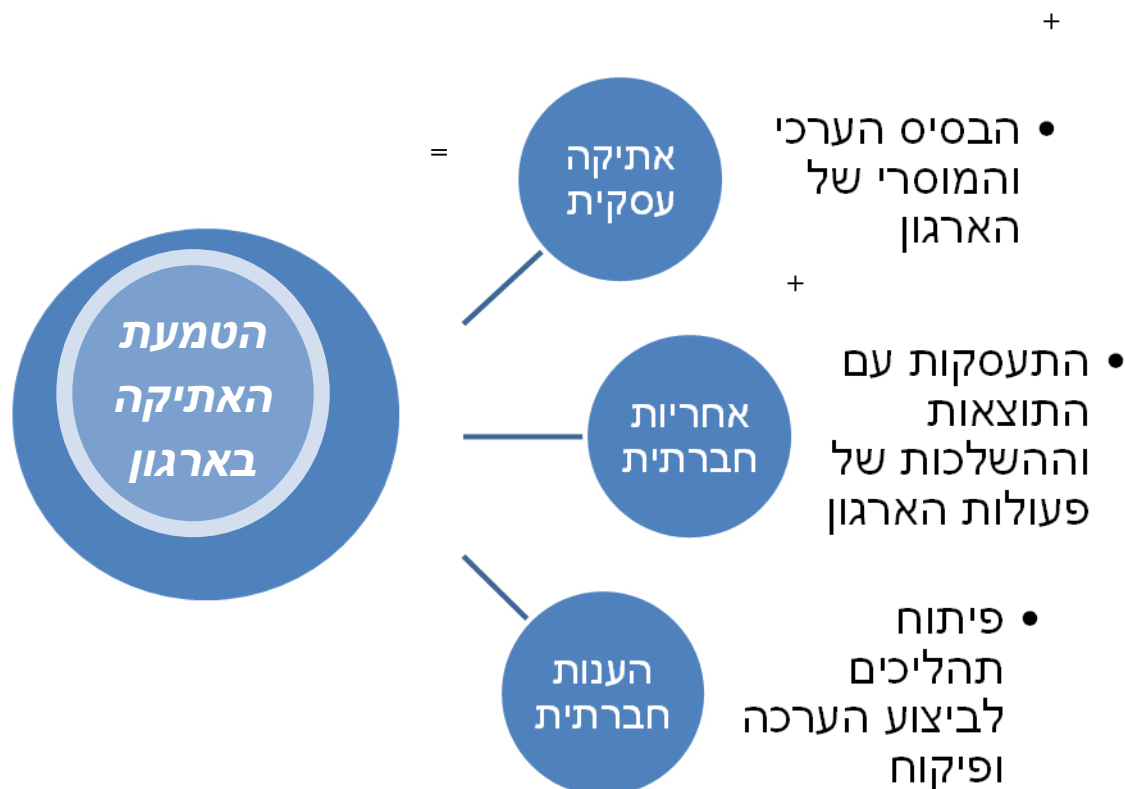
- **בניית תרבות של דיווחי אמת בארגון.** חלק בלתי נפרד מיצירת תרבות ארגונית אתית הוא מיסוד שיטה של דיווחי אמת. כשם שקשה להעלות על הדעת שההנהלה תוכל לתפקד ביעילות כאשר המידע המוזרם אליה מלמטה אינו אמין, כך צריכה ההנהלה להקפיד על הזרמת מידע אמין מלמעלה למטה.

בניית מסגרת פילוסופית- אסטרטגית ע"י פיתוח והטמעה של המשאב האתי כחלק בלתי נפרד מהאסטרטגיה העסקית.

מספר עקרונות משנה קושרים את פיתוח המשאב האתי אל האסטרטגיה העסקית הכוללת של הארגון:

- **מכוונות לטווח הבינוני והארוך.** פיתוח המשאב האתי בארגון, כמו פיתוחם של שאר המשאבים הארגוניים, הוא תהליך מתמשך עם מכוונות לטווח הבינוני והארוך.
- **מכוונות למימוש מטרות ארגוניות.** בארגון שבו האתיקה נתפשת כמשאב ארגוני, רווחת הנחת יסוד, שהתנהגות מוסרית של הארגון, הנהלתו ועובדיו היא תנאי להשגת מטרות הארגון- החל בהישרדות, עבור דרך מימוש אחריותו החברתית, וכלה בעשיית רווחים.
- **מימוש האחריות החברתית.** פיתוח המשאב האתי כחלק מהאסטרטגיה הארגונית מיועד גם לבטא באופן מעשי את מדיניות ההנהלה, לממש את אחריותו החברתית של הארגון לסביבתו החברתית. בין היתר, ניתן להזכיר כאן את האחריות של הפירמה לשמירה על איכות הסביבה, על איכות המוצר והשירות, שמירה על בטיחות המוצר, אמת בפרסום, מניעת אפליה על רקע מיני, עדתי, או גזעי, ויצירת סביבת עבודה בעלת רמה גבוהה של בטיחות וגהות.
- **הישרדות.** פיתוח המשאב האתי בארגון יפחית באופן ניכר את הנזקים שעבריינות צווארון לבן וכחול גורמת לארגונים, אם באופן עקיף (פגיעה בתדמית הציבורית), ואם באופן ישיר. בארה"ב למשל, היקף עבריינות זו מוערך בכ-200 מיליארד דולר בשנה, כ-20% מפשיטות הרגל נגרמות בעטייה.
- **עשיית רווחים.** לא רק שאין ניגוד בין אתיקה לבין עסקים טובים, אלא שבטווח הארוך התנהגות מוסרית של הארגון, הנהלתו ועובדיו תשמש מנוף להצלחה עסקית.
- **פיתוח המשאב האתי נעשה תוך שיתוף פעולה בין מטה וקו ובין ההנהלה והעובדים.** כמו תחומי ניהול אחרים שפיתוחם האסטרטגי נעשה בשיתוף פעולה בין ההנהלה לעובדים, כך גם פיתוח המשאב האתי. מכיוון שהתנהגות מוסרית, יותר מכל התנהגות חברתית אחרת, נלמדת בתהליך של חיברות (סוציאליזציה) ובאמצעות הקבוצה, יש לשיתוף העובדים בתהליך זה משמעות מיוחדת. העיקרון המנחה כאן הוא פשוט: כל מי שצריכים לחיות על החלטת ההנהלה לנהל ולפתח את המשאב המוסרי בארגון, חייבים ליטול חלק פעיל בהוצאתו לפועל.

המודל להטמעת האתיקה בארגון (מתוך אתיקה תאגידית)



כיום יותר ויותר עסקים וחברות, בארץ ובעולם, פועלות בכדי לשפר את רמת האתיקה של שלוחיהן, באמצעות תהליך של גיבוש ואימוץ קוד אתי, הטמעתו ופיקוח על יישומו בקרב עובדי ומנהלי החברה. אין המדובר בתהליך פשוט וקל לביצוע. הצלחה בתהליך זה הכרוכה בשינוי התרבות הארגונית, מאחר והיא דורשת השקעה של משאבים רבים מצידם של מנהלי ועובדי החברה, ולא פחות מכך אמונה בצדקת דרכם.

אין כמעט מחלוקת על כך וגם רבים מבינים כי הולכת ומתגבשת אט אט מציאות חדשה, שבו פירמות עסקיות, גדולות כקטנות, לא יוכלו עוד להתקיים ללא קודים אתיים, וככל שאלה יחדרו, יתפשטו, יעמיקו ויהפכו להיות למקובלים במרקם העסקי והחברתי, הרי מי לא ישכיל להתאים עצמו אליהם יישאר מאחור ויאלץ להלחם קשה על קיומו.

הקוד האתי בארגון שלנו

בא לקבוע את ההתנהגות הראויה שתחייב את צוות עובדים במקום עבודתם במוסד . המוסד דורש מעובדיה /מחבריה – יושר, הגינות, ניקיון כפיים, אחריות

אמינות מקצועית ושתהווה דוגמא אישית לאחרים. על כן כל עובד יכיר את הקודים. כל שאלה ומענה יינתן על ידי קצין אתי. הפרה של הסטנדרטים שנקבעו ינקטו צעדים בהתאם.

ערך	חובת העובד	זכות העובד	הארות והערות
כבוד האדם	העובד ינהג בנימוס בכבוד כלפי הסביבה	עבודה בסביבה בטוחה	
	העובד ישמור על		

		הופעה הולמת לתפקידו	
מניעת הפלייה בין העובדים		על העובד להימנע מהצהרות שיש בהם הבדלי גזע, דת, מין	
צוות עובדים/ההנהגה צריכים להכיר את אמונותיו של העובדים ולכבדם		חברי – הצוות, העובדים ישמרו על תדמיתם והאמון כלפי הציבור.	הגינות
לא לפעול בדרכים לא לא חוקיות		חברי הצוות, העובדים יקפידו על טוהר המידות, והגינות ושלא תפגע או ותגרום נזק למקום עבודתם	
מצא העובד שאחד מעמיתיו חרגו מסמכותם או מכללי מינהל תקין, ידווח לנציב האתיקה, תוך קבלת אחריות על אמינות המידע	התנהגות ההולמת למקום עבודה ולתפקידם.	העובדים/חברי הצוות יקפידו על כללי התנהגות.	
	שמירת זכויות העובד ערכיו ואמונותיו		זכות העובד
	קיום הסכם עבודה שנחתם		

	יצירת יחס אמון אחד עם השני		זכות העובד
מטרתה להגן על העובד ולהימנע – מחדירה לתחום הפרטי		שמירת סודיות פרטיות של העובד	
המוסד ינקוט בפעילות בטיחות לשמירה על העובד	שמירה על בטיחות העובד	הארגון ישמר על הבטחת תקני בטיחות	בטיחות
על העובד למלא את מלאכתו על פי הכשרתו למקצוע/לעבודתו ובדרך		על העובד למלא תפקיד ומשימות שמוטלות עליו על פי הכשרתו ומיומנותו	

זאת ימנעו טעיות			
לתת הגנה משפטית בזמן הצורך		המערכת/הארגון/איגוד מקצועי יתמכו מוסרית ארגונית ומשפטית בעובד	
לעודד יוזמה, הדרכה והצעות שיפור בכדי להגביר את ידיעתם מיומנם ויועלם בעבודה במערכת		על הארגון/מערכת לתת לכל אדם ואדם ליוזם ולהרחיב את אופקיו	נאמנות מקצועית
יש לעדכן את העובדים בעניינים הנדרשים לשם ביצוע בעבודה		על הארגון/מוסד ליידע את עובדיו על כל שינוי שחל במערכת בארגון	
מטרת ההתנעה על הכשלים הוא לשפר וליעל במקום העבודה	זכותו של כל עובד לדווח על כשלים שרואה בזמן העבודה	חובת ההנהגה המקצועית לבדוק את הכשלים שבמוסד ולשמור על זכות המתריע	

<u>ערך</u>	<u>חובת העובד</u>	<u>זכות העובד</u>	<u>הערה</u>
הפרת אמון	להימנע מכל צורה של גניבה וגזל. שימוש לא נכון בכספים שנתנו לעובדים		להימנע מגזל מגניבה ושימוש בכספים של העובדים לצורך עבודתם או שימוש אישי בחומרים של מקום עבודה כגון: שיחת טלפון לחו"ל, שימוש במכונת צילום
	שומר מתן טובות הנאה		העובד אינו מקבל מתנה בעלת ערך כספי ממשי או טובת הנאה אחרת כלשהי. הוא מחזיר אותה לנותן עם מתן הסבר מתאים, שהסירוב אינו על רקע אישי אלא על פי הנוהל המחייב התייחסות בדרך זו.
	העובד לא יפרסם פרסומות בעלי תוכן מדיני/בחירות למפלגה או בעל עסק		
	חל איסור על עובד לנצל את מעמדו או תפקידו לקידום עניין אישי למטרה שאינה קשורה לתפקידו		
	חל איסור חמור על הטרדה		אין להטריד מינית עמית או כל

מכל סוג שהוא .		מי שבא עמו במגע, במסגרת עבודתו, ומכבד את פרטיותם גם מחוץ לשעות העבודה, בהתאם לחוק מניעת הטרדה מינית 1998 התשנ"ח.

פיתוח "תוכנית אתיקה"

מדוע יש צורך בתוכנית אתיקה אפקטיבית? בעולם גלובלי מורכב, הולכת וגוברת חשיבותה העסקית של שמירה על התנהגות ערכית כלפי האדם, החברה והסביבה. בניית תוכנית אתיקה אפקטיבית והטמעה של קוד אתי וערכים בפעילות הארגון יובילו לצמצום וניהול סיכונים והגדלת היתרון התחרותי.

כיצד נסייע לארגון בבניית תוכנית אתיקה והטמעתה?

- מדידת רמת האתיקה בחברה (סקר עמדות, שימוש במדדי ביצוע, מדידה והערכה).
- ליווי בפיתוח קוד אתי התומך ביעדי החזון של הארגון.
- פיתוח תוכנית הטמעה והדרכה ביישומה.
- העברת סדנאות למנהלים ולחברי הארגון בנושאי אתיקה וערכים.
- בניית מערך ארגוני (נציב אתיקה, ועדת אתיקה) להטמעת האתיקה בארגון.
- בחינה מתמשכת של דילמות אתיות הייחודיות לפעילות הארגון וקבלת החלטות על בסיס ערכי. (הקפדה גם על קיום וועדות אתיקה רפואיות בארגון)

היתרונות של ניהול אתיקה כתוכנית

יש יתרונות רבים לניהול אתיקה כתוכנית פורמאלית, בהשוואה למאמץ חד-פעמי כאשר נראה שיש צורך בכך. תוכניות אתיקה:

- מגדירות תפקידים ארגוניים לניהול אתיקה
- קובעות לוח-זמנים קבוע לאומדן דרישות האתיקה
- קובעות את הערכים וההתנהגויות הנדרשים בפועל
- מתאימות את ההתנהגויות הארגוניות לערכים הקיימים
- מפתחות מודעות ורגישות לסוגיות אתיות
- משלבות הנחיות אתיות בקבלת החלטות
- בונות מכניזם שיפתרו דילמות אתיות
- מקדמות ביצוע הערכה ועדכונים של התוכנית, על בסיס קבוע
- עוזרות לשכנע עובדים בכך, שתשומת לב לאתיקה איננה מתבצעת רק כדי לצאת מצרה או לשפר דימוי ציבורי

8 קווים מנחים לניהול אתיקה במקום העבודה

הקווים המנחים שלהלן מוודאים שהתוכנית לניהול אתיקה תופעל בצורה משמעותית:

1. הכרה בכך שניהול אתיקה הוא תהליך.
2. השורה התחתונה של תוכנית האתיקה היא השגת ההתנהגויות המועדפות במקום העבודה.
3. הדרך הטובה ביותר להתמודדות עם דילמות אתיות היא למנוע את התרחשותן מלכתחילה.
4. קבלת החלטות אתיות בקבוצות, בפומבי, כפי שראוי לעשות.
5. שילוב ניהול האתיקה בפעולות ניהול אחרות.

6. שימוש בצוותים חוצי-תפקיד בעת פיתוח ויישום התוכנית לניהול אתיקה. לכן, שיתוף העובדים בפיתוח והפעלת התוכנית.
7. גלוי הערכה כלפי הסלחנות. יש לעזור לאנשים להכיר בטעויות שלהם ולהתמודד עימן, ואז לתמוך בהמשך הניסיונות שלהם לפעול בצורה אתית.
8. הניסיון לפעול בצורה אתית תוך ביצוע מספר טעויות עדיף על חוסר נכונות לנסות.

פיתוח והטמעה של האתיקה בארגון באמצעות נאמן אתיקה.

השימוש ב-"נאמן אתיקה" או "קצין אתיקה" הינו חדש יחסית (החל ב-1989). קציני האתיקה הם בדרך כלל, עובדים ותיקים, המשרתים בארגון יותר מעשר שנים. ב-82% מהארגונים הם מגויסים מבפנים. תכונותיהם החשובות ביותר הן: הגינות, יושר, אמינות, מיומנות טובה ביחסי אנוש, הכרת האקלים הארגוני והערכה גבוהה במערכת.

לנאמן האתיקה מספר תפקידים ותחומי אחריות:

- פיתוח מדיניות, תוכניות ואסטרטגיות כדי לטפל בכל הנושאים הקשורים לאתיקה.
- פיקוח אחרי אופן מילוי ההוראות וכללי הקוד האתי של הארגון.
- פיתוח תוכניות הכשרה וחינוך בנושא אתיקה.
- פתיחת דלת בפני העובדים לבירור בעיות בתחומי האתיקה בחיי ניהול עסקים, אפשרות להקים וועד אתיקה בארגון.
- הכנסת שינויים לקוד האתי של הארגון ועדכונו, בהתאם לנסיבות ולדרישות שהזמן גרמן.
- עיצוב תרבות של אמון הדדי בארגון, המבוסס בראש ובראשונה על דיווחי אמת.
- ניהול בדיקות וחקירות לגבי התנהגויות בלתי חוקיות ובלתי אתיות של מנהלים ועובדים – וועדת אתיקה ארגונית.
- סיוע להנהלה הבכירה לגבש מדיניות של ערכים ואחריות להטמעה בארגון. במיוחד מודגשת אחריותו של קצין האתיקה כפי שהם מוגדרים במטרות קוד האתיקה. לדוגמה: מנהלים 'המשחררים לעצמם את החגורה' ומהדקים אותה על מותני העובדים, וזה יוביל למניעת שיתוף פעולה בתהליך מיסוד ערכי האתיקה. קיים החשש שהעובדים ימצאו לעצמם צידוקים באימוץ ההתנהגות הבלתי רצויה של מנהליהם.
- קצין האתיקה צריך להיות בקי בסוגיות היסוד של האתיקה, מוסר, שחיתות, עבריינות צווארון כחול לבן, ובמיוחד עליו להכיר את התיאוריות לפיתוח המשאב האתי בארגון.
- חיוני שיהיה בוגר קורס יישומי מקיף, שיכשיר ואולי אף יסמך אותו למילוי תפקיד זה בהצלחה.
- בנוסף, מן הראוי שהתפקיד של מנהל ונאמן האתיקה יהיה ממוקם גבוה במדרג היררכי, כמו סמנכ"ל.
- חיוני אף שנאמן האתיקה יהיה בעל עוצמה בלתי פורמאלית הנובעת מאישיותו; מעמד פורמאלי בלבד יקשה עד מאוד על מנהל האתיקה לשמש סוכן של שינוי ולהצליח בכך.
- כמו כן, מידה נוספת חשובה שנאמן האתיקה יזכה ויקבל הערכה גבוהה של ההנהלה והעובדים, דבר שיוביל לשיתוף פעולה פורה בין שני הצדדים.
- בניית מנגנוני בקרה ואכיפה על מנת למנוע את הפער בהתנהגות בין הרצוי למצוי.

הטמעת תוכנית האתיקה בארגון הבריאות

תנאי הכרחי ליישום אפקטיבי של הקוד האתי הוא הכנת תוכנית אתיקה. נמצא כי קוד אתי ללא תוכנית אתיקה אפקטיבית ליישום, משפיע לרעה על ההתנהגות האתית בארגון, ועל שביעות רצונם ל העובדים בו. תפקידה של תוכנית אתיקה אפקטיבית היא לאפשר הלימה בין האינטרסים של ארגון לבין האינטרסים של מחזיקי עניין שונים.

בניית תוכנית האתיקה בארגון צריכה להתבצע בהתאם לכל סעיף בהגדרת תפקידו של נאמן האתיקה

הטמעת כללי האתיקה שעוצבו, יושמו ועודכנו על ידי הארגון, בהתאם לאופיו ולתחומי פעילותו מקדמים את האינטרסים של הארגון תוך נטילת אחריות חברתית ביחסי הגומלין שהארגון מקיים עם מחזיקי העניין שלו, שבמקרה של מערכת בריאות הם הלקוחות/מטופלים.

כתוצאה ממחויבות של ארגון הבריאות לשיפור בריאות האדם, מקדישים משאבים ניכרים על מנת להעמיד לרשות האדם טיפולים חדשניים ויעילים יותר. לאור משימה זו של מערכת הבריאות יש להגיד ולקיים סטנדרטים אתיים גבוהים ביותר. על מנת להטמיע את תוכנית האתיקה יש להתבסס על העקרונות הבאים ולפעול על פיהם:

- (1) **לעצב פילוסופיה** המשקפת את ה"אני מאמין" של הארגון, אשר תהווה חלק בלתי נפרד מההווה היומיומית של הארגון, ותשמש נר לרגלי ההנהלה, המנהלים והעובדים.
- (2) **פיתוח קוד אתי ישים ובר-ביצוע.** את הפילוסופיה הערכית של ההנהלה יש לתרגם לקוד אתי פנימי, שיגדיר מהן ההתנהגויות החולמות אליהן נדרשים המנהלים והעובדים בארגון ומהן ההתנהגויות הבלתי ראויות שמהן יש להימנע בצבים ובנושאים ניהוליים מגוונים. הקוד האתי צריך לשמש מסמך חי ומעשי "שאינו בשמים" ושיכיל הנחיות ברורות לפעולה בתוך הארגון.
- (3) **יש לפתח מערכות בקרה ומעקב פנימיות.** יש להקים יחידה פנימית, אשר תהיה אחראית לוודא שהמדיניות המוצהרת של ההנהלה התחומי האתיקה תבוצע, או למנות קצין אתיקה, במקרה שלנו, שהתפקיד יהיה מוטל עליו.
- (4) **מיון וכניסה של עובדים** בעלי רמה גבוהה של יושר, טוהר מידות ואמינות. יש להפעיל מנגנוני איתור וסינון מיוחדים שימנעו כניסתם של עובדים חדשים בעלי רמה בלתי נאותה של יושר.
- (5) **מענישה לעידוד.** לדעת לתגמל וליצור אווירה של חיזוקים חיוביים ועידוד העובדים המשתפים פעולה בתהליך פיתוח מוסר בארגון. לחדול מלהישען על מערכות ענישה שיוצרות אווירה שלילית ולא מוסרית בארגון.

יש להמשיך ולפתח את המשאב האתי בארגון ולעודדו ולתחזקו כפי שהדבר נעשה לגבי כל שאר המשאבים הארגוניים. זהו תהליך מתמשך וארוך.

כעובדי מדינה, ועל מנת להסיר ספקות ואי בהירויות במוסד שלנו, ניעזר בקוד האתי ונגדיר באופן מפורש שורה של איסורים וזכויות, החלים על עובדי הציבור בתוקף תפקידם.

לדוגמה:

- איסור על עובדי מדינה לקבל טובות הנאה, מתנות, הלוואות מיחידים או מארגונים, אשר להם קשר עם יחידת המנהל הציבורי בה מעוסק העובד.
- דרישה להימנע ממתן עדיפות ליחידים או לארגונים.
- איסור על העובד לעסוק בעיסוקים אחרים הנוגדים את האינטרס של עבודתו או של הארגון בו הוא מעוסק.
- איסור על העברת מידע רשמי לגופים חיצוניים שאיתם העובד קשור במסגרת תפקידו.
- אסור לעשות כל מעשה אשר עלול לפגוע באמון הציבור ובאינטגרטיביות של הממשל.
- במיוחד במקצוע הסייעות, יש להקדיש ולטפל באמונה ולגרום לרווחתם של המטופלים הבאים לקבלת סיוע וטיפול רפואי; על הרופא, האחיות והמזכירה הרפואית לגלות יחס אישי אל כל אחד ממקבלי השירות שהם נותנים.

לסיכום:

המוסר המנהלי במגזר הציבורי העסקי בישראל עדיין בפיתוח, וישראל מפגרת עדיין אחרי מדינות המערב. אולם כמו אופנות מנהליות אחרות, האפנה תתפתח גם בישראל, וארגוניים עסקיים בישראל יכירו בחשיבות ההתנהגות המוסרית כאמצעי להשגת מטרות עסקיות. ארגונים עסקיים ישתלבו בתחום האתיקה כשם שהם משתלבים והולכים בתחומי הגנת הסביבה והשמירה על איכות המוצר והשירות.

כאשר זה יתרחש, סביר להניח שלפחות בהתחלה, המודל של פיתוח משאבי האתיקה יהיה מקיף, כוללני, יומרני ואפילו מאיים משהו לטעמם וצרכיהם של הארגונים העסקיים בישראל. אולם היישום

של המודל האתי אינו חייב להיעשות כמקשה אחת. במתכונתו המלאה הוא עשוי להתאים לארגונים במדיניות המערביות שהחלו בתהליך ואף עשו בו כברת דרך מסוימת, אך חסרים עדיין מסגרת פילוסופית רחבה לתפישת האתיקה כמשאב ארגוני לכל דבר. ארגונים בישראל יוכלו מתוך המודל לפתח רכיבים וליישמו בשלבים בתרבות המנהלית שהתפתחה בישראל, שאינה אוהדת שינויים מהפכניים, היישום בשלבים אינו רק בר-סיכוי לאימוץ, אלא גם בר-סיכוי רב יותר להצליח.

ביבליוגרפיה

- דביר, ש. (1994). סקר לבדיקת הצורך בקוד אתי בארגון. המפעל. 24-28.
- האחות בישראל, דר' אורלי תורן (2007).
- ורנר, ש. (1994, אפריל) מקצין אתיקה למנהל משאבי אתיקה. ניהול, עמ' 6-11.
- פרופ' אסא כשר, מהי "אתיקה מקצועית", מתוך סוגיות אתיות במקצועות הייעוץ והטיפול הנפשי, עורכים גבי שפיר, יהודית אכמון, גבריאל וייל, י"ל מגנס, תשס"ג (1993), עמ' 15-29.
- קוד אתי של האחים והאחיות בישראל
- קוד אתי אחים אחיות בישראל
- פילוסופיה של המוסר . <http://he.wikipedia.org>
- Complete Guide to Ethics Management.

4.16 הקשר בין מספר משמרות הלילה והפרעות שינה לבין שחיקת עובדי הסיעוד והשפעתו על תפקודם המקצועי. אקריש אתי, בניאל סימה, מירילאשוילי מרים

אקריש אתי – MPA.R.N, אחות אחראית מחלקת פנימית ד' בן גיאית שמחה – MPA.R.N, אחות אחראית מחלקת יונקים בניאל סימה – MPA.R.N, אחות אחראית מחלקת נירולוגיה דלקיאהן חדווה – MPA.R.N, אחות אחראית ביחידת טיפול נמרץ ילדים מירילאשוילי מרים – MPA.R.N, אחות במחלקת נירולוגית. מוגש כחלק ממדרישה לצורך קבלת תואר שני MPA במנהל מערכות בריאות Capstone practicum, מאי 2010

תקציר

שחיקה ועבודת לילה, נפוצה בעיקר בקרב נותני שירות למיניהם ונושאת בחובה השלכות רבות הן על נותני והן על מקבלי שרות, אחת מהן היא השחיקה. מקצועות הבריאות ובייחוד עובדי הסיעוד מאופיינים בעבודה במשמרות ובא לידי ביטוי הפרעה בסדר התפקוד היומי, פיזי וחברתי. התלונה הרווחת בקרב העובדים במשמרות לילה היא הקושי להירדם, או הקושי לשמור על רצף שינה בשעות היום, וריבוי משמרות לילה מעלה את רמת השחיקה. (Lindburg C, Davidhizar R. (1993) ומצאו כי יש הבדל בשחיקה בין משמרת הבוקר למשמרת הלילה בקרב אחיות. השחיקה באה לידי ביטוי עיי דיווח של האחיות שעבדו משמרת לילה כי חשו סטרס ועומס בעבודה, חולשה, תשישות, תחושה של חוסר הגשמה, וכן פגיעה באיכות הטיפול. המחקר בעבודה זו שייכת למקצוע הסיעוד, שזוהתה במקור כאחת מהאוכלוסיות בעלות סיכון גבוה במיוחד להתפתחות השחיקה, אנו אחיות בעלות תפקיד ניהולי בבית חולים נתקלות בירידה במוטיבציה של הצוות, שחיקה, ופגיעה בתפקוד המקצועי הקשורים במידה רבה במשמרות לילה. הצוות מדווח על תשישות, מצב רוח ירוד, עייפות מצטברת, עצבנות, חוסר סובלנות ותקריות אישיות ומקצועיות בעבודה. בעקבות זאת, מצאנו לנכון לבדוק את הקשר בין תחושות השחיקה והתפקוד המקצועי של הצוות לבין עבודה במשמרות לילה. תופעת השחיקה נחקרה באופן אינטנסיבי בספרות המדעית של העבודה, אך נוכחנו לגלות שיש מיעוט מחקרים הבוחנים את הקשר שבין שחיקה של אחיות לבין משמרות לילה על תפקודן המקצועי. לכן, מטרת מחקר זה להאיר את הקשר על הפער הזה. למצוא פתרונות ודרכים להתמודדות עם שחיקה ולהמליץ בפני הממונים ובפני מערכת הבריאות על דרכי טיפול והתמודדות עם תופעת השחיקה, לצורך בלימת התופעה, צמצומה ושיפור המצב הקיים.

אוכלוסיית המחקר שנבחרה-דגימת נוחות, 90 עובדי סיעוד בבית חולים ברזילי ב-3 מחלקות שונות, להם, חולקו שאלונים אנונימיים, שכללו שאלות על השפעת עבודה במשמרות לילה על שחיקה, תפקוד אישי ומקצועי, שאלות על שחיקה כללית על פי שאלון שחיקה : Maslach Burnout Inventory (MBI HS-Human Service) שפותח ע"י קריסטינה מסלאך, שאלות אודות פתרונות הפחתת השחיקה ושאלון נתונים דמוגרפיים. הנתונים עובדו במספר ניתוחים סטטיסטיים, באמצעותם הגענו לממצאים, מסקנות והמלצות בעקבות מחקר זה. מהממצאים של מחקר זה עולה כי רמת השחיקה בעובדי הסיעוד בכלל המדגם ובעובדי משמרות לילה בפרט אינה גבוהה, ממוצע השחיקה הוא : 3.12. קיימת מובהקות סטטיסטית בין עובדי משמרות לילה ושאינם עובדי משמרות לילה במחלקות השונות לבין מידת השחיקה והפגיעה בתפקוד המקצועי. ממצאים אלו מאששים את ההשערה שריבוי משמרות לילה מעלה את שחיקת עובדי הסיעוד ופוגע בתפקוד המקצועי. ההשערה כי ריבוי משמרות לילה פוגעת בתפקוד האישי, הופרכה. המחקר השיג את מטרותיו לצורך קידום קביעת הקדימויות להפחתת השחיקה והחשובים בהפחתת השחיקה לפי מחקר זה הם : גמישות בסידור עבודה ומתן פידבק חיובי מהממונה.

מהי שחיקה בארגונים?

נושא השחיקה בארגונים בכלל ובמקצועות הטיפוליים בפרט נחקר רבות בעבר. תופעת השחיקה נפוצה בעיקר בקרב נותני שירות למיניהם ונושאת בחובה השלכות רבות הן על נותני והן על מקבלי השירות. מרבית מצבי השחיקה הנפשית מתרכזים במקצועות השירות והסיעוד. מקצוע הסיעוד ובמיוחד מקצוע האחות הוא מקצוע שירות בו הלחץ והשחיקה גבוהים למדי. מצב של חסך בשינה, עלול להוביל את האחות לבצע טעויות רפואיות, להאט את ביצועיה ואף לגרום לירידה בחדות השכלית. לנושא הפרעות השינה בקרב עובדי משמרות יש חשיבות גדולה, מכיוון שחוסר שינה עקב העיסוק בעבודת הלילה משפיע על המצב הפיסיולוגי והנפשי של האדם. לחץ ושחיקה אופייניים למקצועות שירות רבים ובמיוחד לאלו העובדים בקשר ישיר עם ציבור והם אלו המספקים לו שירות. במקצועות הבריאות נוספת על כך החשיבות הקריטית של החלטות רבות, כך שמידת הלחץ והשחיקה גבוהות במיוחד.

מהן תוצאות השחיקה?

שחיקה היא תגובת לחץ מצטברת, קשורה בסימפטומים של לחץ כמו: כאבי ראש, עייפות כרונית, בעיות עיכול, לחץ שרירים, לחץ דם גבוה, שפעת, הפרעות שינה. תוצאות השחיקה לגבי הסיעוד הן עצומות. נראה כי אחיות הסובלות משחיקה פילו או אפילו מיצו את יכולתן הרגשית והפיזית להתמודד עם גורמי-דחק בסביבת העבודה. בקרב נותני השרות החווים אותה, השחיקה גובה מחיר גבוה במונחים של בריאות פיזית ונפשית, כולל כאבי ראש תדירים, תסמונות ומחלות של מערכת העיכול, מחלות כליליות העלולות לגרום לאירועים לבביים קטלניים, פגיעה במערכת החיסונית ואף למוות. ברמה הנפשית, השחיקה עלולה לגרום לירידה בדימוי העצמי הכללי, להתנתקות הפרט, לשימוש במנגנוני התמודדות בלתי יעילים עם מצבים משתנים ולפגיעה באיכות החיים וברוחות הפרט. כמו כן, שחיקה יכולה לגרום גם לבעיות מנטאליות וכן לנסיגה מן העבודה- איחורים ורצון לעזוב.

הפרעות שינה- קושי מרכזי בעבודת משמרות

במדינת ישראל, מתנהלת עבודה במשמרות הן בתעשייה והן בשירותים רבים הנדרשים לתת מענה סביב השעון, כגון שירותי בריאות וסיעוד, הבטחה, משטרה, שירותי כבאות והצלה, תחבורה, צבא, ימאות, חברות התקשורת ועוד. במקומות עבודה אלה עובדות משמרות היא הכרחית ולא ניתן לוותר עליה. משמעותה של עבודה במשמרות, הינה עבודה בשעות לא שגרתיות ולא סדירות. אל מול חשיבות עבודת המשמרות, צורך האדם בשינה הוא צורך פיזי של הגוף להתנתק מן הפעילות למשך 8 שעות לפחות, על מנת לתפקד באופן תקין ביום שלאחר מכן. מטבעו, ישן האדם בלילה וער ופעיל במשך שעות היום, אך בחברה המודרנית במסגרת ארגונים אשר צריכים לספק שירותים באופן רציף ומפעילים עבודה בדגם משמרות, רבים האנשים העובדים בלילה וישנים ביום. התלונה הרווחת בקרב העובדים במשמרות לילה היא הקושי להירדם, או הקושי לשמור על רצף שינה בשעות היום. מקורם של קשיי שינה אלה הוא אי התאמה בין השעון הביולוגי ומועד השינה בצורך של הפרעות חיצוניות כגון רעש ואור. עבודת המשמרות יכולה לגרום לבעיות פיסיולוגיות וחברתיות עקב ההפרעה לסדר והקצב הפיסיולוגי בגוף האדם ובחברה בה הוא חי. הפרעות שינה רבות מאפיינות את עובדי המשמרות, כאשר השכיחה מבניהן היא נדודי שינה (אינסומניה), המתבטאת בשלושה אופנים: קשיי הרדמות, יקיצות תכופות משינה ויקיצה מוקדמת. על- מנת לשפר את ההסתגלות לעבודה במשמרות, יש לשפר את יכולת השינה ביום. ערנות של עובדים ופוריות עבודתם הוא נושא בעל חשיבות עליונה הן מהבחינה הכלכלית והן מהבחינה הבטיחותית. האפקט העיקרי של חסך שינה מצטבר הוא ברמת הערנות. ככל שמצטבר חסך שינה שלא מפוצה בהמשך מתגברת העייפות והישנוניות, תהליך אשר מוביל לפגיעות תפקודיות משמעותיות היכולות להסתיים בתאונות עבודה. עבודה במשמרות וחשיפה ללחצים סביבתיים הדורשים התמודדות גוברת עם צרכי המטופלים מחד, התמודדות עם התמקצעות וחידושים בטכנולוגיה המודרנית מאידך, מאפיינים את עבודתם של אנשי הסיעוד בבתי החולים. ציבור האחיות ככלל ואלו העובדות בבית החולים בפרט מהווה קבוצה בעלת סיכון גבוה מבחינת החשיפה למערכת לחצים סביבתיים מחד, והתמודדות עם טכנולוגיות חדשות הדורשות התמקצעות מאידך, כל זאת, תוך כדי שעות עבודה ארוכות ובלתי סדירות. לשעות העבודה המתחלפות יש השלכות שליליות המגבירות את הסיכוי לתאונות וגורמות לירידה ביעילות העבודה. מכיוון שהחברה היא,

ביסודו של דבר, מוכוונת-יום, העבודה בלילות מאלצת אנשים לשנות את הפעילות החברתית. דפוסים של שינה, שינה עמוקה ואפילו כמות ואיכות השינה עלולים להיות מושפעים.

התייחסות האגף לפיקוח עבודה במשרד התמ"מ 2008 בנושא הקשר בין בריאות העובדים ועבודה במשמרות דר' לובה פושני, הרופאה התעסוקתית במשרד התמ"מ מסבירה כי בשני עשורים האחרונים, נערכו מחקרים אפידמיולוגיים רבים, בהם נמצא כי עבודה במשמרות מתחלפות, הכוללות משמרות לילה, למשך תקופה ממושכת, מגדילה הסיכון של סרטן השד וסרטן מעי הגס. תוצאות המחקרים האפידמיולוגיים תואמות לממצאים של ניסויים על בעלי חיים.

בשנת 2007, צוות מומחים של הארגון הבינלאומי לחקר הסרטן (IARC), הפועל מטעם ארגון הבריאות העולמי (WHO), סיווג עבודה במשמרות, הכרוכה בהפרעות במקצב הצירקדיאני, כגורם שהוא קרוב לודאי מסרטן בבני אדם. חשיפת עובדי המשמרות לאור בלילה גורמת לדיכוי בהפרשת הורמון מלטונין ולהפרעה במקצב הצירקדיאני. קיימת השערה כי הפרעה זו קשורה לתחלואת יתר בסרטן השד וסרטן מעי גס.

נושא המחקר: שחיקה ועבודת לילה, נפוצה בעיקר בקרב נותני שירות למיניהם ונושאת בחובה השלכות רבות הן על נותני והן על מקבלי שירות ואחת מהן היא השחיקה. מקצועות הבריאות ובייחוד עובדי הסיעוד מאופיינים בעבודה במשמרות ובא לידי ביטוי הפרעה בסדר התפקוד היומי, פיזי וחברתי. התלונה הרווחת בקרב העובדים במשמרות לילה היא הקושי להירדם, או הקושי לשמור על רצף שינה בשעות היום. מקורם של קשיי שינה אלה הוא אי התאמה בין השעון הביולוגי ומועד השינה בצורך של הפרעות חיצוניות כגון רעש ואור. עבודה במשמרות וחשיפה ללחצים סביבתיים הדורשים התמודדות גוברת עם צרכי המטופלים מחד, התמודדות עם התמקצעות וחידושים בטכנולוגיה המודרנית מאידך, מאפיינים את עבודתם של אנשי הסיעוד בבתי החולים (Basner, 2005). לחץ

ושחיקה אופייני למקצועות השירות אשר יש בה קשרי עבודה ישירים עם לקוחות. (Payne (2001

מיינ את גורמי השחיקה בסביבת העבודה (occupational stressors) לגורמי שחיקה אוֹבִּיֶקְטִיבִּים לעומת גורמי שחיקה סובִּיֶקְטִיבִּים. בין הגורמים האובייקטיביים נהוג למנות ראשית את הגורם של עומס העבודה האובייקטיבי. עומס זה מתורגם ליחס בין מספר העובדים הסיעודיים לבין מספר החולים במחלקה או למספר משמרות לילה בשבוע, תחום ההתמחות של המחלקה הספציפית, היקף המשרה ונתח הזמן היחסי שהעובד הסיעודי מבלה בטיפול בחולים, על גורמי השחיקה הסובייקטיביים נמנים חווית עומס העבודה והמשמרות כפי שזו נתפשת על ידי האחות.

הגישה הפסיכולוגית-חברתית אותה מייצגת Maslach (1982) הבחינה שלושה מרכיבים של השחיקה והגדירה אותם כלהלן:

- א. תשישות נפשית ורגשית: לחץ ומתח מתמשכים בעבודה גורמים לירידה בתפקודו של העובד.
- ב. דה פרסונליזציה: העובד מפתח תחושות שליליות כלפי הנמצאים בחברתו, עקב כך מתחיל לפעול בציניות ושליליות כלפי הסביבה.
- ג. אי הגשמה: העובד משקיע מאמצים רבים וזוכה להישגים מעטים, פער זה יוצר תחושת אי הגשמה.

נושא השחיקה נחקר רבות בעוד נושא משמרת לילה בקרב מקצוע הסיעוד טרם נחקר במלואו, לכן ישנה חשיבות לבחון האם ישנם שינויים בין עבודה במשמרות יום לעבודה במשמרת לילה והשפעתו על תפקוד האישי ומקצועי, ועליה ברמת השחיקה.

מטרת המחקר

אנו אחיות בעלות תפקיד ניהולי בבית חולים נתקלות בירידה במוטיבציה של הצוות, שחיקה, ופגיעה בתפקוד המקצועי הקשורים במידה רבה במשמרות לילה. הצוות מדווח על תשישות, מצב רוח ירוד, עייפות מצטברת, עצבנות, חוסר סובלנות ותקריות אישיות ומקצועיות בעבודה. בעקבות זאת, מצאנו לנכון לבדוק את הקשר בין תחושות הצוות לבין עבודה במשמרות לילה.

שחיקתן של האחיות ועבודת לילה, נושא המחקר מחייבת התערבות ומציאת פתרונות ודרכים להתמודדות עם שחיקה. מכאן נבע המניע והצורך של כותבות המחקר לבדוק את תופעת השחיקה בקרב אחיות אלה מקרוב ולנסות למצוא ולהציע דרכי התמודדות עם שחיקתן. חשיבותה ומטרתה של עבודת מחקר זו, לבחון ולהמליץ בפני הממונים ובפני מערכת הבריאות על דרכי טיפול והתמודדות עם תופעת השחיקה, לצורך בלימת התופעה, צמצומה ושיפור המצב הקיים.

אוכלוסיית המחקר

המחקר כלל 90 עובדי סיעוד בבית החולים ברזילי באשקלון ב-3 מחלקות שונות: פנימית, אורטופדיה וכירורגיה.

שיטת המחקר

שיטת המחקר אשר נבחרה הינה מחקר כמותי, דגימת נוחות, אשר בעזרתו יהיה ניתן להסיק על עובדי הסיעוד במחלקות הנבחרות לצורכי המחקר בבית החולים.

כלי המחקר שאלון המורכב מ 4 חלקים:

1. השפעת עבודת משמרות לילה על שחיקה, תפקוד אישי ותפקוד מקצועי.
2. שאלון השחיקה כללית (MBI HS-Maslach Burnout Inventory Human Service)
3. שפותח ע"י קריסטנה מאסלך. הכולל 3 רכיבים: תשישות נפשית, דה-פרסונליזציה, אי הגשמה עצמית או אישית.
4. פתרונות להפחתת השחיקה.
5. שאלות דמוגרפיות.

התשובות על פי סולם 1-למסכימה/ כלל עד 5-מסכימה/ במידה רבה מאוד. מקדם מהימנות על פי מבחן α cronbach = 0.84. במחקר שלנו α cronbach = 0.86.

השערת המחקר המרכזית: ריבוי משמרות לילה מעלה את שחיקת עובדי הסיעוד ופוגע בתפקוד המקצועי והאישי.

ממצאי המחקר

המחקר הראה שעובדי הסיעוד במשמרות לילה שחוקים יותר אם כי במידה בינונית (ממוצע השחיקה -3.2). עובדי משמרות לילה חשים יותר פגיעה בתפקוד המקצועי מאשר עובדי סיעוד שאינם עובדים משמרות לילה (ממוצע 3.6). ההשערה אוששה ברובה בפרט במחלקה הכירורגית. במחלקה פנימית יש נטייה למובהקות סטטיסטית ואילו באורטופדיה ההשערה לא אוששה עקב משתנה מבלבל-הוותק, שם עובדי סיעוד שאינם עובדי משמרות לילה חשים יותר שחוקים מאלה שאינם עובדי משמרות לילה. ההסבר לכך הוא שרבים מעובדי הסיעוד שעובדים משמרות לילה הם עובדים עם וותק מועט יחסית לאלו שאינם עובדי משמרות לילה ויתכן ותחושות אלה ברובם נובעות מהוותק. ברוב המקרים וותק רב מעלה את שחיקת עובדי הסיעוד ופוגע בתפקוד המקצועי והאישי. מכאן, שאילו עובדי הלילה והעובדים שאינם עובדי לילה היו בעלי וותק שווה ייתכן שניתן היה להוכיח את השערת המחקר באופן חזק יותר. בנוסף, ההשערה כי קיים שוני בין המחלקות השונות באפיונים וברמת השחיקה, אוששה. ישנו הבדל מובהק בין המחלקות במספר משמרות הלילה בשבוע, קיים הבדל מובהק סטטיסטי בהסכמה על הגורמים להפחתת השחיקה, לגבי גמישות בסידור עבודה, מתן פידבק חיובי מהממונה, הפחתת כוח אדם במשמרת ומעבר למחלקה אחרת.

מסקנות

ממצאים אלה מעידים שעובדי הסיעוד במחלקות שנבדקו בבית חולים ברזילי באשקלון אינם שחוקים ברמות גבוהות והפגיעה בתפקוד המקצועי אינה גבוהה אך תמיד יש מקום לשיפור המצב הקיים ונקיטה בגורמים להפחתת השחיקה כפי שמראים ממצאי מחקר זה, על מנת למנוע שחיקת יתר, פגיעה בתפקוד המקצועי ופגיעה בתפקוד האישי בפרט בעובדי סיעוד שאינם עובדי משמרות לילה.

המלצות

עבודת לילה ושחיקתן של האחיות מחייב פתרונות ודרכי התמודדות עם השחיקה בכדי להפיק תוצאות טובות בזמן העבודה תוך כדי שמירה על בריאותם של עובדי הסיעוד. את ממצאי מחקר זה

חשוב להביא לידיעת הממונים ואחראיות המחלקות הספציפיות והמחלקות האחרות בכלל. מניעת שחיקה ופגיעה בתפקוד המקצועי ידועה בחשיבותה הרבה לכן יש לפעול למניעת והפחתת השחיקה ומתוך כך גם הפחתת הפגיעה בתפקוד המקצועי והאישי ע"י גמישות בסידור עבודה, מתן פידבק חיובי מהממונה, הפחתת כוח אדם במשמרת ומעבר למחלקה אחרת וכל זאת מתוך מערכת יחסים תומכת וחיונית עם השותפים לעבודה. אלו הם גורמים שהארגון יכול להתמודד איתם בקלות וללא עלות אך בעלי חשיבות רבה, לכן יש להביא לידיעת ההנהלה למנהלי המחלקות אודות ממצאים אלה- בסה"כ התחשבות ומילה טובה לעובד, דברים קטנים שפותרים דברים גדולים. למרות שטרם המציאו מבחן טוב עבור ההסתגלות לעבודה בלילה, מומלץ מאד להקים בבית החולים יחידה מקצועית לטיפול ולמניעת שחיקה בקרב אחיות, מוצע, כי, יחידה זו תמקד את פעילותה הן בתחום הארגוני והן בתחום הפרטני.

כיצד ניתן לצמצם את הפגיעה בעובדי משמרות?

אגף הפיקוח על העבודה במשרד התמ"ת מימנה מספר מחקרים חשובים בנושא עבודת משמרות, בהם פותחה שיטה למיון מועמדים לעבודה במשמרות. כמו כן, פותחה שיטה לבניית המשמרות, אשר מאפשרת פגיעה מינימאלית בשעון הביולוגי. הרופאה התעסוקתית מדגישה כי המפעלים ומקומות עבודה בהם מתנהלת עבודה במשמרות יכולים לקבל יעוץ מקצועי בנושאים של סדר משמרות נכון ומיון מועמדים לעבודה במשמרות, על ידי פנייתם לגורמים מקצועיים.

על פי מחקרים אלה ואחרים, הוצאו מספר המלצות מטעם משרד התמ"ת להקטנת הנזק הבריאותי הנובע מעבודה במשמרות מתחלפות: מיון קפדני של מועמדים לעבודה במשמרות על מנת למנוע העסקתם של אנשים עם קשיי הסתגלות לחילופי המשמרות, בניית סידור משמרות המתקדם עם כיוון השעון הביולוגי, התואם את צרכים של תהליכי העבודה וחינוך לבריאות במקומות העבודה בנושאי מניעה מעישון, תזונה נכונה, ופעילות גופנית.

טיפול בהפרעות שינה בקרב עובדי משמרות

על אחיות הלילה לשאת באחריות לשלומם של החולים, ולכן חשוב הוא לדאוג לצרכיהן בכדי לענות על הצרכים של המטופלים שלהן, למשל, על ידי מנוחה ורגיעה נאותות לפני שנתחיל משמרת לילה. כדי למזער את ההשפעה של עבודה במשמרות על בריאות, בטיחות ורווחה, סידור העבודה צריך להתחיל בשבוע עם משמרת הבוקר ואחריו הצהריים ואז במשמרות לילה. סידור העבודה עם מקצב היממה של הגוף גורמת להפרעה פחות לגוף ומאפשרת לפחות 48 שעות הפסקה בין משמרת לילה לשנייה. במיוחד אחרי משמרות לילה. אנשים צריכים לישון הרבה יותר. באופן אידיאלי, עובדי משמרות לא צריכים לעבוד יותר משלוש משמרות לילה ברציפות כדי למזער שיבושים הורמונאליים בגוף. מחזורי משמרת מקוצרת עם ימים קבועים נורמאלית יותר עבור מקצב היממה של הגוף ולגרום להפרעה פיזיולוגית פחות.

כמו כן, כדי לפצות על דפוסי השינה המשובשת, ישנם מספר פרמטרים אשר עשויים לעזור בנושא:

1. **שינה מוקדמת**- יש לישון מוקדם ככל האפשר לאחר משמרת לילה.
2. **שינה רצופה**- במצב אידיאלי, יש לפעול שינה רצופה. אם זה לא אפשרי, שני סבבים של שינה עדיפים על דפוס שינה מפוזרים.
3. **דמיון לתנאי שינה בלילה**- עובדי הלילה ישנו טוב אם הם יכולים לדמות את התנאים לשינה בלילה, כגון שינה בחדר חשוך או לבישת מסיכת עיניים (זה חיוני, כמו מלטונין, הורמון השינה, אשר מגדילה נמנום, היא מדוכאת על ידי אור אפילו דרך העפעפיים הסגורים).
4. **שינה באזור שקט של הבית**- הרחק מן הרעש, התנועה ופעילות משק הבית.
5. **הכנת עותק של סידור העבודה**- מסרו למשפחה ולחברים על לוח הזמנים שלך ולבקש מהם להתקשר אליך רק בזמן ערות.
6. **הימנעות מקפאין שלוש עד ארבע שעות לפני השינה**- צריכת קפאין מעכבת תחילת שינה ופוגע באיכות השינה.
7. **הרגשת ביטחון ונוחות**- נעילת דלתות וחלונות מעניקות תחושה של ביטחון ומאפשרות שינה שלמה יותר.

8. **אכילת פרי או שתיית חלב חם לפני השינה** - גם מזונות אלה מכילים L-טריפטופן, אשר ידוע שהוא inducer שינה טבעית. L-טריפטופן משחרר סרוטונין, כימיקל במוח וגורם לשינה.
9. **הימנעות מאלכוהול לפני השינה** - מדובר בחומר משתן המפריע לאיכות השינה.
10. **הימנעות ממחשבות שליליות** - אם אתם לא יכולים לישון, מומלץ להישאר במיטה ולנוח.
11. **דיאטה** - עבודה במשמרות לעיתים קרובות דורשת אכילה בלילה. בשלב זה, הקיבה ותהליכי העיכול מאטים את הפעילות, יש קושי לעכל מזון כמו בשר וביצים. בעיות דיאטה כוללות את הארוחות בשעות חריגות, לא מומלץ לאכול כדי לפצות על תחושות של עייפות. אחיות רבות מדווחות על שלשול או עצירות, כיב קיבה, דלקת קיבה, בחילה ועלייה במשקל רמז על שבוש הרגלי האכילה, כמו גם את הצריכה של יותר כמויות מהרגיל של משקאות המכילים קפאין. עליה במשקל יכולה להתרחש, כאשר אנשים אוכלים ארוחות ביום רגיל וממשיכים עם חטיפים או ארוחות לאורך כל הלילה. שמירה על כושר גופני משפר את היכולת של הגוף להישאר ערני עוזרת לנו להירגע בזמנים אחרים. עשרים דקות של פעילות גופנית לפחות שלוש פעמים בשבוע (אם כי לא רק לפני השינה) יסייע להפחית את הלחץ ואת גרשות של עייפות ולהגביר את תחושת הרווחה.

בנוסף להמלצותינו, שילוב מחקר איכותני, כחלק ממחקר עתידי ע"מ לבחון את הסביבה והשפעותיה כחלק משחיקה. ביצוע המחקר באוכלוסייה רחבה, במספר בתי חולים בארץ, בקשת רחבה של גילאים. נטרול משתנה הוותק. ביצוע מחקרים נוספים בנושא השפעת משמרות לילה, שחיקה, תפקוד מקצועי ואישי בקרב עובדי סיעוד וביצוע מחקר במחלקות בעלות אפיונים דומים.

לידיעה בלבד, לא מדובר בהמלצה !

ישנם כיום גם טיפולים תרופתיים, אשר בעזרתם ניתן להתמודד עם הפרעות השינה והקושי בתפקוד נורמאלי במהלך היום.

מדובר בתרופה הנקראת PROVIGYL הגורמת לערנות וכוללת מעט מאוד תופעות לוואי. בשנים האחרונות תרופה זו אושרה לשימוש בקרב עובדי משמרות לאחר מחקרים מקיפים שנערכו בקרב עובדי משמרות וחיילים.

השימוש בתרופה זו עשוי להפחית תאונות במקום העבודה ובדרך ממקום העבודה הביתה. מאחר שהתרופה אינה בסל התרופות להתוויה זו, ההחלטה לאפשר לעובדים להשתמש בתרופה מחייבת החלטה מערכתית של המעסיק במסגרת צעדי בטיחות וגיהות כוללניים ופיקוח רפואי הולם.

לפיכך, על מקומות העבודה, בשיתוף הרופאים התעסוקתיים ורופאי המשפחה, לפעול בכדי לטפל בקבוצה גדולה זו של עובדים במשק הישראלי, ולדבוק בתכנית שתעלה את המודעות לחשיבות הטיפול בהפרעות השינה, ולא תנציח אותה.

4.17 הערכת השירות "בטרם מלידה" בית חולים ברזילי שירן בורד, ד"ר אורנה
בראון-אפל.

בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה

יולי 2009

תקציר

רקע: במדינת ישראל, כמו גם במדינות מפותחות אחרות, היפגעות מתאונות (injuries) הינה בעיה מרכזית בתחום בריאות הציבור בכלל, ובבריאות ילדים וצעירים בפרט. מסיבה זו, ביי"ח ברזילי בשיתוף פעולה עם ארגון בטרם החלו לפני מספר שנים לקיים הדרכה קבוצתית ואישית בנושאי בטיחות עבור יולדות במהלך תקופת האשפוז שלאחר הלידה. ההדרכה ניתנת על ידי אחיות המחלקה, אשר מוכשרות לצורך העניין על ידי ארגון בטרם.

ההדרכה כוללת מסרים ממוקדים בנושאי בטיחות ילדים כגון: בטיחות ברכב – מושבי בטיחות, בטיחות בבית – מניעת נפילות, טביעות וכוויות.

מטרות המחקר הנוכחי:

1. הערכת האפקטיביות של הדרכת יולדות בפורום קבוצתי ואישית בנושאי בטיחות - בחינת שינוי בידע, כוונות התנהגות ובדיווח עצמי על התנהגות של יולדות כשלושה חודשים לאחר קבלת ההדרכה.
 2. הערכת שביעות הרצון של היולדות לגבי ההדרכה הקבוצתית בבית החולים - כשלושה חודשים לאחר ההדרכה.
- שיטות:** הערכת השירות התבצעה באמצעות שאלון שמולא בשתי נקודות זמן: בעת האשפוז לפני קבלת ההדרכה (Pre) ובין חודש לשלושה חודשים לאחר השחרור מבית החולים באמצעות סקר טלפוני (Post).
- שאלוני המחקר בוחנים מספר היבטים במניעת היפגעויות ילדים: ידע של האם בנושאי בטיחות בבית ובדרכים, כוונות התנהגות והתנהגות, עמדות ומשתנים סוציו-דמוגרפיים. בנוסף לכך, בשאלון המעקב נבדקו רמות שביעות הרצון מההדרכה.
- היענות:** בשלב הראשון, בעת האשפוז לאחר הלידה, רואיינו 363 נשים. מביניהן 214 נשים בלבד השתתפו במחקר במלואו, ונענו לראיון הטלפוני שהתקיים בין חודש לשלושה חודשים לאחר שחרורן מבית החולים.
- תוצאות:** הידע של משתתפות המחקר בנוגע לגיל בו ניתן להשאיר ילד לבד באמבטיה לכמה דקות והידע בנוגע לגיל בו תינוק זה מהמקום בו אמו השאירה אותו או משנה תנוחה, עלה באופן מובהק לאחר ההתערבות. עלייה מובהקת נוספת בידע של משתתפות במחקר נמצאה במרבית השאלות הקשורות לדרך בה צריך לשבת ברכב תינוק עד גיל שנה. בנוסף, נמצא שינוי מובהק בעמדותיהן של הנשים בנוגע להשארת תינוק על השידה כדי להביא חיתול, בנוגע לשתיית נס קפה כאשר התינוק בזרועות האם ובנוגע להושבת תינוק במושב הקדמי מול כרית אוויר. לא ניתן להצביע על הבדל בתשובותיהן של הנשים בין שני סוגי ההדרכה: האישית והקבוצתית.
- מסקנות:** להדרכה מיד לאחר הלידה הייתה השפעה מצומצמת על הידע והעמדות כלפי בטיחות מספר חודשים לאחר הלידה. יש לקחת בחשבון, שאפילו שינוי זה יכול להיות בעל משמעות כיון שהוא עדין קיים מספר חודשים מאוחר יותר ויש להניח שכבר הופנם.
- מחקר זה לא הצליח להראות איזה מבין סוגי ההדרכה: קבוצתית או אישית הוא האפקטיבי יותר.

1. רקע

במדינת ישראל, כמו גם במדינות מפותחות אחרות, היפגעות מתאונות (injuries) הינה בעיה מרכזית בתחום בריאות הציבור בכלל, ובבריאות ילדים וצעירים בפרט (חמו-לוטס, 2004). בקרב ילדים ובני נוער בגילאי 1-19, היפגעויות הן סיבת המוות הראשונה (חמו-לוטס ודנון, 2003; חמו-לוטס, 2004; Corrarino et al., 2001). בישראל נפטרים מדי שנה כ- 2,000 בני אדם כתוצאה מהיפגעויות שונות, ומתוכם כ-150 הם ילדים (בטרם, 2009).

ילדים בגיל הרך מתפתחים בקצב מהיר, לומדים וחוקרים את סביבתם ובמקרים רבים אינם מודעים לסכנות ולהשלכות שיש למעשיהם (גופין ועמיתיו, 1997). היותם קטנים מבחינה פיסית וחסי יכולת לזהות סיכונים ולהימנע מהם גורמים לכך שכל פגיעה, שלמבוגר הייתה יכולה לגרום לנזק קטן יחסית, עלולה להסתיים בפגיעה נרחבת (בטרם, 2002).

היפגעויות כתוצאה מתאונות בית (נפילות, חנק, כוויות, הרעלות וכו') מהוות בעיה שכיחה במיוחד בקרב תינוקות ופעוטות עד גיל 4. שיעורי הנפגעים מנפילות, חנק, כוויות והרעלות הינם גבוהים ביותר בגילאים 1-4 (בטרם, 2002; גופין ושות', 1997). בנוסף לסביבת הבית, קבוצת הגיל הרך חשופה להיפגעויות מתאונות בדרכים. כך למשל, מדי שנה נפגעים מעל ל-800 ילדים בגילאי 0-14 כהולכי רגל ומעל ל-3000 נפגעים כנוסעים ברכב (בטרם, 2002); מתוך כלל הפגיעות מתאונות בדרכים, החלק היחסי של הפגיעה כנוסעים ברכב עולה על 80% בגילאים הרכים (0-4) ונע בסביבות 70% בשאר הגילאים (משטרת ישראל, 2004).

לפי הספרות, מספר גורמים מגבירים את הסיכון להיפגעויות ילדים מתאונות בבית ובדרכים, כגון: אי שימוש באביזרי בטיחות בבית (מעקות, כיסויי שקעים, גלאי עשן) וברכב (מושב בטיחות) והעדר מודעות והשגחה הורית (מירון ושות', 2003; צמח ושות', 1998; Hapgood et Ramsay et al., 2003; al., 2000; O'campio et al., 1994; Dal Santo et al., 2004; NHTSA, 2000).

מהספרות הרפואית עולה כי 71%-95% מההיפגעויות ניתנות למניעה בכלל האוכלוסייה באמצעים סבירים ופשוטים. קיימות מספר אסטרטגיות מניעה, שהוכחה יעילותן במניעת היפגעויות בקרב ילדים, כדלקמן: חינוך והסברה, שינוי סביבה ומוצר, קידום מדיניות ציבורית, העצמת הקהילה, סבסוד מוצרים מקדמי בטיחות ומחקר והערכה (חמו-לוטס ודנון, 2003).

2. מטרות ושיטות המחקר

2.1 מטרות המחקר

3. הערכת האפקטיביות של הדרכת יולדות בפורום קבוצתי ואישי בנושאי בטיחות - בחינת שינוי בידע, בכוונות התנהגות ובדיווח עצמי על התנהגות של יולדות כשלושה חודשים לאחר קבלת ההדרכה.
4. הערכת שביעות הרצון של היולדות לגבי ההדרכה הקבוצתית בבית החולים - כשלושה חודשים לאחר ההדרכה.

2.2 תיאור תוכנית ההתערבות:

בי"ח ברזילי בשיתוף פעולה עם ארגון בטרם, מקיים זה מספר שנים הדרכה קבוצתית ואישית בנושאי בטיחות עבור יולדות במהלך תקופת האשפוז שלאחר הלידה. ההדרכה ניתנת על ידי אחיות המחלקה, אשר מוכשרות לצורך העניין על ידי ארגון בטרם.

ההדרכה כוללת מסרים ממוקדים בנושאי בטיחות ילדים כגון: בטיחות ברכב – מושבי בטיחות, בטיחות בבית – מניעת נפילות, טביעות וכוויות.

2.3 מערך המחקר:

הערכת השירות התבצעה באמצעות שאלון שמולא בשתי נקודות זמן: בעת האשפוז לפני קבלת ההדרכה (Pre) ובין חודש לשלושה חודשים לאחר השחרור מבית החולים באמצעות סקר טלפוני (Post).

היולדות חולקו לשתי קבוצות: יולדות שקיבלו הדרכה אישית ויולדות שקיבלו הדרכה קבוצתית.

2.4 כלי המחקר:

השאלונים (נספח מס' 1), בהם נעשה שימוש במחקר הנוכחי, בוחנים מספר היבטים במניעת היפגעות ילדים: ידע של האם בנושאי בטיחות בבית ובדרכים, כוונות התנהגות והתנהגות, עמדות ומשתנים סוציו-דמוגרפיים. בנוסף לכך, בשאלון המעקב נבדקו רמות שביעות הרצון מההדרכה.

3. תוצאות

3.1 השתתפות במחקר וסוג ההתערבות

לוח מספר 1 מתאר את ההיענות למחקר. בשלב הראשון, בעת האשפוז לאחר הלידה, רואיינו 363 נשים. מביניהן 214 נשים בלבד השתתפו במחקר במלואו, ונענו לראיון הטלפוני שהתקיים בין חודש לשלושה חודשים לאחר שחרורן מבית החולים. מבין הנשים שהשתתפו במחקר במלואו 60 נשים קיבלו הדרכה אישית בבית החולים, 47 נשים קיבלו הדרכה קבוצתית בבית החולים ו-107 נשים קיבלו הדרכה כלשהי, אך אין נתונים לגבי סוג ההדרכה שקיבלו.

לוח מספר 1: התפלגות ההיענות לראיונות וסוג ההתערבות

המשתנה	n	%
סך הכול נשים שרואיינו באשפוז לאחר לידה	363	100
נשים שלא נענו לראיון הטלפוני לאחר השחרור (נושרות מהמחקר)	149	41.0
נשים שנענו לראיון הטלפוני לאחר השחרור (נשארות)	214	59.0
מתוך הנשים שנענו לראיון הטלפוני לאחר השחרור:	60	28.0
	47	22.0
	107	50.0
קבלו הדרכה אישית		
קבלו הדרכה קבוצתית		
לא ידועה סוג ההדרכה		

3.2 התפלגות המשתנים הסוציו-דמוגרפיים בקרב משתתפות המחקר

לוח מספר 2 מתאר את המשתנים הסוציו-דמוגרפיים של משתתפות המחקר. כפי שניתן ללמוד מלוח מספר 2, השוני המובהק היחיד בין הנשים שהשתתפו במחקר לבין אלו שנשרו ממנו הוא ברמת ההשכלה של הנשים. השכלתן של הנשים, שהשתתפו במחקר במלואו, גבוהה יותר משל הנשים שלא השתתפו בסקר הטלפוני לאחר השחרור מבית החולים ונשרו מהמחקר.

עוד ניתן ללמוד מלוח מספר 2, כי כ-60% מהנשים שהשתתפו במחקר במלואו הינן בנות 30 ומטה, כשליש הינן בעלות השכלה אקדמית, כ-45% מסורתיות ולמרביתן (65%) זו אינה הלידה הראשונה.

לוח מספר 2: התפלגות המשתנים הסוציו-דמוגרפיים של המשתתפות במחקר,

השוואה בין הנשים שנשארו במחקר לאלו שנשרו ממנו

המשתנה		נשארו במחקר (n=214)		נשרו מהמחקר (n=149)	
		%	n	%	n
גיל	25 ומטה	24.8	53	18.8	28
	26 עד 30	35.5	76	29.5	44
	31 עד 35	25.2	54	32.9	49
	36 ומעלה	12.6	27	16.1	24
	לא ידוע	1.9	4	2.7	4
השכלה *	תיכונית ומטה	36.4	78	48.3	72
	על תיכונית	25.7	55	16.8	25
	אקדמית	36.0	77	32.2	48
	לא ידוע	1.9	4	2.7	4
מידת דתיות	דתייה	24.8	53	28.2	42
	מסורתית	45.8	98	43.6	65
	חילונית	24.3	52	24.8	37
	לא ידוע	5.1	11	3.3	5
הכנסה	מתחת לממוצע	31.8	68	40.9	61
	ממוצע	29.4	63	25.5	38
	מעל הממוצע	33.8	71	29.5	44
	לא ידוע	5.6	12	4.0	6
לידה ראשונה	כן	33.6	72	24.2	36
	לא	65.0	139	73.8	110
	לא ידוע	1.4	3	2.0	3

* $P \leq 0.05$

3.2.1 בלוח מספר 3 מתוארת התפלגות המשתנים הסוציו-דמוגרפיים על פי סוג ההדרכה שקיבלו הנשים. כפי שניתן ללמוד מלוח מספר 3, לא נמצא הבדל מובהק במשתנים אלו בין הנשים, שקיבלו הדרכה אישית, לאלו שקיבלו הדרכה קבוצתית.

לוח מספר 3: התפלגות המשתנים הסוציו-דמוגרפיים של המשתתפות במחקר, השוואה בין

הנשים שקיבלו הדרכה קבוצתית לאלו שקיבלו הדרכה אישית

המשתנה		הדרכה אישית (n = 60)		הדרכה קבוצתית (n = 47)	
		%	n	%	n
גיל	מתחת ל-30	45.0	27	55.3	26
	30 ומעלה	55.0	33	42.5	20
	לא ידוע	0	0	2.1	1
השכלה	תיכונית ומטה	31.6	19	38.3	18
	על תיכונית	31.6	19	29.8	14
	אקדמית	37.0	22	31.9	15
מידת דתיות	דתייה	30.0	18	25.5	12
	מסורתית	38.3	23	44.7	21
	חילונית	30.0	18	25.5	12
	לא ידוע	1.7	1	4.2	2
הכנסה	מתחת לממוצע	30.0	18	42.5	20
	ממוצע	33.3	20	17.0	8
	מעל הממוצע	31.7	19	36.2	17
	לא ידוע	5.0	3	4.2	2
לידה ראשונה	כן	35.0	21	27.6	13
	לא	65.0	39	72.3	34

3.3 התפלגות התשובות לשאלות הידע בקרב משתתפות המחקר

בלוח מספר 4 מוצגות התשובות לשאלות הידע בקרב כל אוכלוסיית הנשים, שהשתתפו במחקר במלואו, לפני ואחרי ההתערבות. כפי שניתן לראות בלוח מספר 4 הידע של משתתפות המחקר בנוגע לגיל בו ניתן להשאיר ילד לבד באמבטיה לכמה דקות והידע בנוגע לגיל בו תינוק זז מהמקום בו אמו השאירה אותו או משנה תנוחה, עלה באופן מובהק לאחר ההתערבות. עלייה מובהקת נוספת בידע של משתתפות במחקר נמצאה במרבית השאלות הקשורות לדרך בה צריך לשבת ברכב תינוק עד גיל שנה. בשאר שאלות הידע לא נמצא שינוי מובהק לפני ואחרי ההתערבות.

לוח מספר 4: התפלגות התשובות לשאלות הידע של המשתתפות במחקר,

השוואת התפלגות התשובות לפני ההתערבות ואחרי ההתערבות

אחרי ההתערבות		לפני ההתערבות		שאלות הידע (n=214)	
%	n	%	n		
3.3	7	4.7	10	ענו תשובה נכונה	מאיזו טמפ' מגע קצר של מים עם עורו של פעוט יגרום לכוויה?
42.0	90	29.9	64	ענו תשובה שגויה	
53.7	115	61.2	131	לא יודעת	
0.9	2	4.2	9	לא ענו	
4.7	10	7.9	17	ענו תשובה נכונה	כשאדם שותה נס קפה עם חלב, מה הטמפ' של המשקה לדעתך?
40.2	86	34.6	74	ענו תשובה שגויה	
55.1	118	54.2	116	לא יודעת	
0	0	3.3	7	לא ענו	
13.5	29	11.7	25	ענו תשובה נכונה	כשאדם מתקלח במים חמים מאוד, מה הטמפ' של המים לדעתך?
34.6	74	31.8	68	ענו תשובה שגויה	
51.9	111	51.9	111	לא יודעת	
0	0	4.7	10	לא ענו	
35.0	75	19.6	42	ענו תשובה נכונה	מאיזה גיל אפשר להשאיר ילד באמבטיה לכמה דקות? **
59.8	128	65.0	139	ענו תשובה שגויה	
5.1	11	13.5	29	לא יודעת	
0	0	1.9	4	לא ענו	
51.4	110	35.0	75	ענו תשובה נכונה	המשפט "לעיתים כאשר תיגשי אל תינוקך, תראי כי הוא אינו מצוי במקום או בתנוחה שבה השכבת אותו" נכון כבר מגיל: **
47.2	101	49.0	105	ענו תשובה שגויה	
1.4	3	12.6	27	לא יודעת	
0	0	3.3	7	לא ענו	
51.4	110	47.7	102	ענו תשובה נכונה	האם החוק בנושא הושבת נוסעים ברכב מתייחס באופן מיוחד לדרך הושבת תינוקות על גיל שנה ברכב?
10.7	23	6.5	14	ענו תשובה שגויה	
37.8	81	45.8	98	לא יודעת	
96.7	207	90.6	194	* חגור במושב בטיחות/ סל קל	כיצד צריך לשבת ברכב תינוק עד גיל שנה? (מספר/אחוז העונים תשובה נכונה)
95.8	205	86.0	184	** חגור במושב המתאים למשקל הילד ולגילו	
93.0	199	80.8	173	** מעוגן כשפניו נגד כיוון הנסיעה	
80.8	173	57.5	123	** במושב האחורי	
79.0	169	69.1	148	* לא מול כרית אוויר, אלא אם כן נוטרלה	
93.0	199	89.7	192	על ידיים של מבוגר חגור	

$P \leq 0.05$ *

$P \leq 0.001$ **

3.3.1 בלוח מספר 5 מוצגת השוואת התשובות לשאלות הידע על פי סוג ההדרכה, שקיבלו משתתפות המחקר. כפי שניתן לראות בלוח מספר 5, לא נמצא הבדל מובהק בתשובות לשאלות הידע בין שני סוגי ההדרכה.

לוח מספר 5: התפלגות התשובות לשאלות הידע של המשתתפות במחקר, השוואת התפלגות התשובות לפני ההתערבות ואחריה בקרב הנשים שקיבלו הדרכה קבוצתית ובקרב הנשים שקיבלו הדרכה אישית

שאלות הידע		הדרכה אישית (n = 60)				הדרכה קבוצתית (n = 47)			
		לפני ההתערבות		אחרי ההתערבות		לפני ההתערבות		אחרי ההתערבות	
		%	n	%	n	%	n	%	n
מאיזו טמפ' מגע קצר של מים עם עורו של פעוט יגרום לכוויה?	ענו תשובה נכונה	3.3	2	3.3	2	4.2	2	2.1	1
	ענו תשובה שגויה	33.3	20	40.0	24	25.5	12	36.2	17
	לא יודעת	63.3	38	33.3	20	53.2	25	31.9	15
	לא ענו	0	0	23.3	14	17.0	8	29.8	14
כשאדם שותה נס קפה עם חלב, מה הטמפ' של המשקה לדעתך?	ענו תשובה נכונה	11.7	7	8.3	5	12.8	6	6.4	3
	ענו תשובה שגויה	35.0	21	46.7	28	25.5	12	36.2	17
	לא יודעת	50.0	30	21.7	13	53.2	25	27.6	13
	לא ענו	3.3	2	23.3	14	8.5	4	29.8	14
כשאדם מתקלח במים חמים מאוד, מה הטמפ' של המים לדעתך?	ענו תשובה נכונה	11.7	7	15.0	9	6.4	3	6.4	3
	ענו תשובה שגויה	36.7	22	38.3	23	29.8	14	34.0	16
	לא יודעת	50.0	30	23.3	14	53.2	25	29.8	14
	לא ענו	1.6	1	23.3	14	10.6	5	29.8	14
מאיזה גיל אפשר להשאיר ילד באמבטיה לכמה דקות?	ענו תשובה נכונה	21.7	13	10.0	6	29.8	14	17.0	8
	ענו תשובה שגויה	71.7	43	63.3	38	55.3	26	53.2	25
	לא יודעת	6.6	4	3.3	2	12.8	6	0	0
	לא ענו	0	0	23.3	14	2.1	1	29.8	14
המשפט "לעיתים כאשר תיגשי אל תינוקך, תראי כי הוא אינו מצוי במקום או בתנוחה שבה השכבת אותו" נכון כבר מגיל:	ענו תשובה נכונה	41.7	25	48.3	29	53.2	25	44.7	21
	ענו תשובה שגויה	51.7	31	28.3	17	27.6	13	23.4	11
	לא יודעת	6.7	4	0	0	14.9	7	2.1	1
	לא ענו	0	0	23.3	14	4.2	2	29.8	14
האם החוק בנושא הושבת נוסעים ברכב מתייחס באופן מיוחד לדרך הושבת תינוקות על גיל שנה ברכב?	ענו תשובה נכונה	55.0	33	45.0	27	48.9	23	29.8	14
	ענו תשובה שגויה	5.0	3	6.7	4	2.1	1	12.8	6
	לא יודעת	36.7	22	25.0	15	40.4	19	27.6	13
	לא ענו	3.3	2	23.3	14	8.5	4	29.8	14
כיצד צריך לשבת ברכב תינוק עד גיל שנה? (מספר/אחוז העונים תשובה נכונה)	חגור במושב בטיחות/ סל קל	90.0	54	73.3	44	85.1	40	68.1	32
	חגור במושב המתאים למשקל הילד ולגילו	83.3	50	73.3	44	91.5	43	63.8	30
	מעוגן כשפניו נגד כיוון הנסיעה	90.0	54	66.7	40	74.5	35	68.1	32
	מעוגן כשפניו עם	83.3	50	66.7	40	53.2	25	66.0	31

								כיוון הנסיעה
61.7	29	57.4	27	61.7	37	70.0	42	במושב האחורי
59.6	28	57.4	27	60.0	36	66.7	40	לא מול כרית אוויר, אלא אן כן נוטרלה
63.8	30	83.0	39	71.7	43	95.0	57	על ידיים של מבוגר חגור

3.4 עמדות בקרב משתתפות המחקר

בלוח מספר 6 מוצגות עמדותיהן של משתתפות במחקר לפני ואחרי ההתערבות. כפי שניתן ללמוד מלוח מספר 6, נמצא שינוי מובהק בעמדותיהן של הנשים בנוגע להשאר תינוק על השידה כדי להביא חיתול, בנוגע לשתיית נס קפה כאשר התינוק בזרועות האם ובנוגע להושבת תינוק במושב הקדמי מול כרית אוויר. בשאר העמדות לא נמצא שינוי מובהק לפני ואחרי ההתערבות.

לוח מספר 6: התפלגות העמדות של המשתתפות במחקר

השוואת התפלגות העמדות לפני ההתערבות ואחרי ההתערבות

אחרי ההתערבות		לפני ההתערבות		עד כמה מסוכנות לדעתך ההתנהגויות הבאות: (n=214)	
%	n	%	n		
86.4	185	77.6	163	מסוכן מאוד	להשאיר תינוק בן יומו על שידה בשביל להביא חיתול מהארון *
11.2	24	16.2	34	מסוכן	
0.9	2	3.8	8	קצת מסוכן	
1.4	3	1.4	3	לא מסוכן	
76.2	163	68.2	144	מסוכן מאוד	לשתות נס קפה עם חלב בזמן שהתינוק כבר נרדם בזרועותיי *
18.2	39	24.6	52	מסוכן	
4.2	9	5.2	11	קצת מסוכן	
0.9	2	1.4	3	לא מסוכן	
94.8	203	94.4	202	מסוכן מאוד	להשאיר תינוק לרגע באמבטיה בשביל לענות לצלצול בדלת
4.7	10	2.8	6	מסוכן	
0	0	0.5	1	קצת מסוכן	
0.5	1	0.5	1	לא מסוכן	
0	0	1.9	4	לא ענו	
41.6	89	42.5	91	מסוכן מאוד	להשאיר תינוק בן יומו שהוא ישן על מיטת הורים עם כריות בקצה המיטה
31.8	68	25.2	54	מסוכן	
15.0	32	14.5	31	קצת מסוכן	
11.7	25	14.0	30	לא מסוכן	
0	0	3.7	8	לא ענו	
50.0	107	59.3	127	מסוכן מאוד	להשאיר תינוק שנרדם לא קשור בעגלה
31.8	68	24.3	52	מסוכן	
7.0	15	9.3	20	קצת מסוכן	
8.9	19	4.7	10	לא מסוכן	

2.3	5	2.3	5	לא ענו	
79.9	171	67.8	145	מסוכן מאוד	להושיב תינוק במושב בטיחות במושב הקדמי מול כרית אוויר *
10.3	22	14.0	30	מסוכן	
1.9	4	1.4	3	קצת מסוכן	
4.2	9	6.1	13	לא מסוכן	
3.7	8	10.7	23	לא יודעת	

$P \leq 0.05$ *

3.4.1 בלוח מספר 7 מוצגת השוואת עמדותיהן של הנשים על פי סוג ההדרכה, שקיבלו משתתפות המחקר. כפי שניתן לראות בלוח מספר 7, לא נמצא הבדל מובהק בין שני סוגי ההדרכה בעמדותיהן של הנשים.

לוח מספר 7: התפלגות העמדות של המשתתפות במחקר, השוואת התפלגות העמדות לפני ההתערבות ואחריה בקרב הנשים שקיבלו הדרכה קבוצתית ובקרב הנשים שקיבלו הדרכה אישית

עד כמה מסוכנות לדעתך ההתנהגויות הבאות:		הדרכה אישית (n=60)				הדרכה קבוצתית (n=47)			
		לפני ההתערבות		אחרי ההתערבות		לפני ההתערבות		אחרי ההתערבות	
		%	n	%	n	%	n	%	n
להשאיר תינוק בן יומו על שידה בשביל להביא חיתול מהארון	מסוכן מאוד	71.7	43	73.3	44	78.7	37	70.2	33
	מסוכן	25.0	15	3.3	2	14.9	7	0	0
	קצת מסוכן	3.3	2	0	0	0	0	0	0
	לא מסוכן	0	0	0	0	4.2	2	0	0
	לא ענו	0	0	23.3	14	2.1	1	29.8	14
לשתות נס קפה עם חלב בזמן שהתינוק כבר נרדם בזרועותייך	מסוכן מאוד	71.7	43	3.3	2	63.8	30	2.1	1
	מסוכן	20.0	12	1.7	1	27.6	13	4.2	2
	קצת מסוכן	5.0	3	6.7	4	4.2	2	12.8	6
	לא מסוכן	3.3	2	65.0	39	2.1	1	51.0	24
	לא ענו	0	0	23.3	14	2.1	1	29.8	14
להשאיר תינוק לרגע באמבטיה בשביל לענות לצלצול בדלת	מסוכן מאוד	96.7	58	73.3	44	93.6	44	70.2	33
	מסוכן	3.3	2	3.3	2	4.2	2	0	0
	קצת מסוכן	0	0	0	0	0	0	0	0
	לא מסוכן	0	0	0	0	2.1	1	0	0
	לא ענו	0	0	23.3	14	0	0	29.8	14
להשאיר תינוק בן יומו שהוא ישן על מיטת הורים עם כריות בקצה המיטה	מסוכן מאוד	45.0	27	28.3	17	51.1	24	34.0	16
	מסוכן	36.7	22	25.0	15	25.5	12	29.8	14
	קצת מסוכן	10.0	6	18.3	11	12.8	6	2.1	1
	לא מסוכן	8.3	5	5.0	3	4.2	2	4.2	2
	לא ענו	0	0	23.3	14	6.4	3	29.8	14
	מסוכן מאוד	55.0	33	43.3	26	65.9	31	46.8	22

17.0	8	14.9	7	23.3	14	31.7	19	מסוכן	להשאיר תינוק שנרדם לא קשור בעגלה
2.1	1	12.8	6	5.0	3	13.3	8	קצת מסוכן	
4.2	2	6.4	3	1.7	1	0	0	לא מסוכן	
29.8	14	0	0	26.7	16	0	0	לא ענו	
57.4	27	70.2	33	60.0	36	66.7	40	מסוכן מאוד	להושיב תינוק במושב בטיחות במושב הקדמי מול כרית אוויר
6.4	3	14.9	7	6.7	4	8.3	5	מסוכן	
2.1	1	4.2	2	1.7	1	3.3	2	קצת מסוכן	
2.1	1	0	0	3.3	2	10.0	6	לא מסוכן	
31.9	15	10.6	5	28.3	17	11.7	7	לא ענו	

3.5 התנהגות וכוונה להתנהגות בקרב משתתפות המחקר

בלוח מספר 8 מוצגת ההתנהגות המדווחת וכוונה להתנהגות בקרב משתתפות המחקר. כפי שניתן ללמוד מלוח מספר 8, לא נמצא הבדל מובהק בכוונה להשתמש במושב בטיחות בכל נסיעה. בנוסף, נמצא הבדל מובהק בבדיקת מושב הבטיחות, או בכוונה לבדוק אותו - לאחר ההתערבות אחוז קטן יותר של הנשים ענו, כי הן בדקו או מתכוונות לבדוק את מושב הבטיחות.

לוח מספר 8: התנהגות וכוונה להתנהגות בקרב משתתפות המחקר,

השוואת ההתנהגות והכוונה להתנהגות לפני ההתערבות ואחרי ההתערבות

אחרי ההתערבות		לפני ההתערבות		כוונות להתנהגות והתנהגות (n=214)	
%	n	%	n		
88.8	190	93.9	201	כן	האם את מתכוונת להשתמש במושב בטיחות עבור תינוקך בכל נסיעה?
7.9	17	4.2	9	לא	
3.3	7	1.9	4	לא ידוע	
54.7	117	89.7	192	כן	האם בדקת או את מתכוונת לבדוק את מושב הבטיחות? **
37.8	81	6.1	13	לא	
7.5	16	4.2	9	לא ידוע	

$P \leq 0.001$ **

3.5.1 בלוח מספר 9 מוצגת ההתנהגות המדווחת והכוונה להתנהגות על פי סוג ההדרכה שקיבלו הנשים. כפי שניתן לראות בלוח מספר 9, גם במקרה זה לא נמצא הבדל מובהק.

לוח מספר 9: התנהגות וכוונה להתנהגות בקרב משתתפות המחקר, השוואת ההתנהגות והכוונה להתנהגות לפני ההתערבות ואחריה בקרב הנשים שקיבלו הדרכה קבוצתית ובקרב הנשים שקיבלו הדרכה אישית

הדרכה קבוצתית (n = 47)				הדרכה אישית (n = 60)				כוונות להתנהגות והתנהגות	
אחרי ההתערבות		לפני ההתערבות		אחרי ההתערבות		לפני ההתערבות			
%	n	%	n	%	n	%	n		
65.9	31	97.9	46	65.0	39	91.7	55	כן	האם את מתכוונת להשתמש במושב

4.2	2	2.1	1	11.7	7	8.3	5	לא	בטיחות עבור תינוקך בכל נסיעה?
29.8	14	0	0	23.3	14	0	0	לא ענו	
42.5	20	91.5	43	45.0	27	91.7	55	כן	האם בדקת או את מתכוונת לבדוק את מושב הבטיחות?
21.3	10	8.5	4	23.3	14	5.0	3	לא	
36.2	17	0	0	31.7	19	3.3	2	לא ידוע	

3.6 שביעות רצון מההדרכה

בלוח מספר 10 מוצגת שביעות הרצון של משתתפות המחקר מההדרכה. כפי שניתן ללמוד מלוח מספר 10, שביעות הרצון מההדרכה, עליה מדווחות משתתפות המחקר, הינה גבוהה יחסית.

כמחצית מהנשאלות ענו, כי נכון ומתאים לקבל הדרכה בבטיחות במחלקת היולדות. למעלה משליש מהנשאלות דיווחו כי למדו בהדרכה משהו שלא ידעו לפני כן, תשובה חיובית לשאלה זו גבוהה בעיקר בקרב המשתתפות, שקיבלו הדרכה קבוצתית - 57% מהנשאלות דיווחו, כי למדו משהו חדש במהלך ההדרכה. כ-40% ממשתתפות המחקר דיווחו, כי אמצו לפחות המלצה אחת שניתנה להן במהלך ההדרכה ואחוז דומה ענו, כי הן שבעות רצון מההדרכה במידה רבה מאוד.

לוח מספר 10: שביעות הרצון של משתתפות המחקר מההדרכה

הדרכה קבוצתית (n = 47)		הדרכה אישית (n = 60)		משתתפות המחקר (n=214)		שביעות רצון	
%	n	%	n	%	n		
61.7	29	61.7	37	50.0	107	כן	האם מתאים לדעתך לקבל הדרכה בבטיחות במחלקת היולדות?
2.1	1	3.3	2	3.7	8	לא	
36.2	17	35.0	21	46.3	99	לא ענו	
57.4	27	43.3	26	36.0	77	כן	האם למדת במהלך ההדרכה משהו שלא ידעת לפני כן?
6.4	3	21.7	13	17.8	38	לא	
36.2	17	35.0	21	46.3	99	לא ידוע	
57.4	27	48.3	29	39.7	85	כן	האם אמצת / עשית לפחות המלצה אחת שניתנה לך בהדרכה?
6.4	3	15.0	9	12.6	27	לא	
36.2	17	36.7	22	47.7	102	לא ידוע	
48.9	23	55.0	33	40.7	87	במידה רבה מאוד	עד כמה את שבעת רצון מההדרכה באופן כללי?
10.6	5	6.7	4	7.9	17	במידה רבה	
4.2	2	3.3	2	4.2	9	במידה בינונית	
0	0	0	0	0.9	2	במידה מועטה	
36.2	17	35.0	21	46.3	99	לא ענו	
27.7	13	26.7	16	37.4	80	כן	האם קבלת מענה לכל שאלותיך?
2.1	1	73.3	44	1.4	3	לא	
70.2	33	0	0	61.2	131	לא ענו	

3.7 ניתוח עמדותיהן של המשתתפות על פי השכלתן

בלוח מספר 11 מוצגות עמדותיהן של המשתתפות לפני ואחרי ההתערבות על פי השכלתן. כפי שניתן ללמוד מלוח מספר 11, לא ניתן לומר כי להשכלת המשתתפות יש השפעה על עמדותיהן. ההבדל המובהק היחידי שנמצא בפילוח העמדות עפ"י השכלת המשתתפות הוא בעמדה כלפי הושבת תינוק במושב הקדמי מול כרית אוויר. בעמדה זו, נמצא שינוי מובהק לאחר ההתערבות בקרב קבוצת המשתתפות בעלת השכלה, שאינה אקדמית. לאחר ההתערבות עלה שיעור הנשים בעלות העמדה, כי התנהגות זו מסוכנת או מסוכנת מאוד בקרב קבוצה זו והתקרב לאחוז זה בקרב הנשים בעלות ההשכלה האקדמית.

לוח מספר 11: עמדותיהן של משתתפות המחקר לפני ההתערבות ולאחריה על פי השכלתן

עד כמה מסוכנות לדעתך ההתנהגויות הבאות:		בעלות השכלה אקדמית (n=77)				בעלות השכלה, שאינה אקדמית (n=133)			
		לפני ההתערבות		אחרי ההתערבות		לפני ההתערבות		אחרי ההתערבות	
		%	n	%	n	%	n	%	n
להשאיר תינוק בן יומו על שידה בשביל להביא חיתול מהארון	מסוכן או מסוכן מאוד	94.8	73	96.1	74	93.2	124	98.5	131
	קצת מסוכן או לא מסוכן	2.6	2	3.9	3	6.8	9	1.5	2
	לא יודעת/ לא ענתה	2.6	2	0	0	0	0	0	0
לשתות נס קפה עם חלב בזמן שהתינוק כבר נרדם בזרועותייך	מסוכן או מסוכן מאוד	93.5	72	98.7	76	92.5	123	92.5	123
	קצת מסוכן או לא מסוכן	5.2	4	1.3	1	6.8	9	6.8	9
	לא יודעת/ לא ענתה	1.3	1	0	0	0.7	1	0.7	1
להשאיר תינוק לרגע באמבטיה בשביל לענות לצלצול בדלת	מסוכן או מסוכן מאוד	97.4	75	100.0	77	99.2	132	100.0	133
	קצת מסוכן או לא מסוכן	1.3	1	0	0	0	0	0	0
	לא יודעת/ לא ענתה	1.3	1	0	0	0.8	1	0	0
להשאיר תינוק בן יומו שהוא ישן על מיטת הורים עם כריות בקצה המיטה	מסוכן או מסוכן מאוד	97.4	75	96.1	74	99.2	132	98.5	131
	קצת מסוכן או לא מסוכן	1.3	1	3.9	3	0.8	1	1.5	2
	לא יודעת/ לא ענתה	1.3	1	0	0	0	0	0	0
להשאיר תינוק שנרדם לא קשור בעגלה	מסוכן או מסוכן מאוד	85.7	66	85.7	66	84.2	112	80.4	107
	קצת מסוכן או לא מסוכן	11.7	9	14.3	11	15.0	20	15.8	21
	לא יודעת/ לא ענתה	2.6	2	0	0	0.8	1	3.8	5
להושיב תינוק במושב בטיחות במושב הקדמי	מסוכן או מסוכן מאוד	90.9	70	90.9	70	78.2	104	90.2	* 120
	קצת מסוכן או לא מסוכן	2.6	1	6.5	5	10.5	14	5.3	7

מול כרית אוויר	לא יודעת/ לא ענתה	6	7.8	2	2.6	15	11.3	6	4.5

$P \leq 0.05$ *

3.8 ניתוח התשובות לשאלות הידע על פי השכלת המשתתפות

בלוח מספר 12 מוצגות התשובות לשאלות הידע על פי השכלתן של המשתתפות. כפי שניתן ללמוד מלוח מספר 12, בקרב קבוצת המשתתפות בעלות השכלה שאינה אקדמית נמצאו יותר הבדלים בשאלות הידע לפני ואחרי ההתערבות.

לוח מספר 12: תשובות לשאלות הידע בקרב משתתפות המחקר לפני ההתערבות ולאחריה על פי

השכלתן

שאלות הידע		בעלות השכלה אקדמית (n=77)				בעלות השכלה, שאינה אקדמית (n=133)			
		לפני ההתערבות		אחרי ההתערבות		לפני ההתערבות		אחרי ההתערבות	
		%	n	%	n	%	n	%	n
מאיזו טמפ' מגע קצר של מים עם עורו של פעוט יגרום לכוויה?	ענו תשובה נכונה	10.4	8	7.8	6	1.5	2	0.7	1
	ענו תשובה שגויה	42.8	33	49.3	38	27.8	37	39.0	52
	לא יודעת / לא ענתה	54.5	42	42.8	33	70.7	94	59.4	79
כשאדם שותה נס קפה עם חלב, מה הטמפ' של המשקה לדעתך?	ענו תשובה נכונה	14.3	11	5.2	4	4.5	6	4.5	6
	ענו תשובה שגויה	42.8	33	51.9	40	29.3	39	33.8	45
	לא יודעת / לא ענתה	42.8	33	42.9	33	66.2	88	61.7	82
כשאדם מתקלח במים חמים מאוד, מה הטמפ' של המים לדעתך?	ענו תשובה נכונה	4.2	9	19.5	15	7.5	16	10.5	14
	ענו תשובה שגויה	16.8	36	37.7	29	14.9	32	33.8	45
	לא יודעת / לא ענתה	14.9	32	42.9	33	39.7	85	55.6	74
מאיזה גיל אפשר להשאיר ילד באמבטיה לכמה דקות?	ענו תשובה נכונה	19.5	15	31.2	24	18.8	25	36.8	49*
	ענו תשובה שגויה	67.5	52	64.9	50	65.4	87	57.1	76
	לא יודעת / לא ענתה	13.0	10	3.9	3	15.8	21	6.0	8
המשפט "לעיתים כאשר תיגשי אל תינוקך, תראי כי הוא אינו מצוי במקום או בתנוחה שבה השכבת אותו" נכון כבר מגיל:	ענו תשובה נכונה	41.6	32	63.6	49*	31.6	42	45.9	61*
	ענו תשובה שגויה	46.7	36	36.4	28	51.9	69	51.9	69
	לא יודעת / לא ענתה	11.7	9	0	0	16.5	22	2.2	3
האם החוק בנושא הושבת נוסעים ברכב מתייחס באופן מיוחד לדרך הושבת תינוקות על גיל שנה ברכב?	ענו תשובה נכונה	62.3	48	58.4	45	40.6	54	48.1	64
	ענו תשובה שגויה	6.5	5	7.8	6	6.8	9	11.3	15
	לא יודעת / לא ענתה	31.2	24	33.8	26	52.6	70	40.6	54
כיצד צריך לשבת ברכב תינוק עד גיל שנה?	חגור במושב בטיחות/ סל קל	94.8	73	97.4	75	90.2	120	97.0	129*

93.2	124	82.7	110	100.0	77	94.8	73	חגור במושב המתאים למשקל הילד ולגילו	(מספר/אחוז העונים תשובה נכונה)
89.5	* 119	79.7	106	100.0	77	87.0	67	מעוגן כשפניו נגד כיוון הנסיעה	
73.7	98	63.9	85	89.6	69	81.8	63	לא מול כרית אוויר, אלא אן כן נוטרלה	
91.7	122	88.7	118	94.8	73	96.1	74	על ידיים של מבוגר חגור	

$P \leq 0.05$ *

5. סיכום ודיון

נשים לאחר לידה הודרכו באופן אישי ובקבוצות בנושאי בטיחות ילדים בזמן האשפוז. מספר חודשים לאחר הלידה נערך ראיון טלפוני עם נשים אלו להערכת ההדרכה שקיבלו. אחוז לא מבוטל של נשים (41%) לא רואינו לאחר השחרור מאחר וסירבו להשיב לראיון הטלפוני או לא נמצאו בטלפון הרשום. נשים אלו אופיינו בהשכלה נמוכה יותר.

רמת הידע של הנשים בנושאי בטיחות הספציפיים, שבהם עסקו השאלות, לא הייתה גבוהה ורק בשתי שאלות ידע מתוך שש עלה שיעור הנשים שידעו את התשובה הנכונה לאחר ההתערבות. לא היה הבדל בין הנשים שקבלו הדרכה קבוצתית לבין אלו שקבלו הדרכה אישית, בשתי הקבוצות לא נמדדה עליה משמעותית בידע. שבע שאלות ידע עסקו בחגירת הילד או התינוק ברכב ובשאלות אלו רמת הידע הכללית של הנשים הייתה גבוהה. בשש מתוך שבע השאלות הייתה עליה מובהקת סטטיסטית ברמת הידע לאחר ההדרכה.

עמדות הנשים כלפי בטיחות היו חיוביות מאוד, הרוב הגדול של הנשים הבין נכונה עד כמה מסוכנות התנהגויות מסוימות. בשלוש מתוך שש שאלות העמדות נמצאה עליה מובהקת בעמדות אלו לאחר ההדרכה והשחרור מבית החולים, לא ניתן ליחס עליה זו להדרכה מסוג מסוים, לא נמצאה עדיפות של הדרכה אישית על קבוצתית או ההפך. הנשים נשאלו גם לגבי כוונתן לחגור את הילד ברכב ורובן הגדול ציין שבכוונתו לחגור את התינוק עוד לפני שקיבל הדרכה, כך שההדרכה לא העלתה שיעור זה. בשלוש שאלות ידע ובעמדה אחת נמצא שבקרב נשים לא משכילות התשובות שניתנו היו נכונות או חיוביות יותר לאחר ההתערבות בשונה מנשים משכילות שם לא היה אפקט להתערבות. מכאן יתכן שהשפעת ההתערבות הייתה משמעותית יותר בקרב הלא משכילות בהשוואה לנשים המשכילות. לכן יתכן שבסך הכול האפקטיביות של התוכנית הייתה גדולה יותר מהנמדד כאן, כיוון שבהערכה השתתפו פחות נשים לא משכילות.

לסיכום ניתן לומר שלהדרכה מיד לאחר הלידה הייתה השפעה מצומצמת על הידע והעמדות כלפי בטיחות מספר חודשים לאחר הלידה. יש לקחת בחשבון שאפילו שינוי זה יכול להיות בעל משמעות כיון שהוא עדין קיים מספר חודשים מאוחר יותר ויש להניח שכבר הופנם. מחקר זה לא הצליח להראות איזה מבין סוגי ההדרכה: קבוצתית או אישי הוא האפקטיבי יותר. יש לציין שיתכן שמספר הנשים שהשתתפו בהערכה היה נמוך מידי כדי לזהות לבדלים מובהקים בין נשים שקבלו הדרכה אישית לקבוצתית.

אחת השאלות הנובעות מהתערבות מסוג זה הוא האם זהו שלב מתאים להדרכת הנשים לגבי בטיחות כאשר כל עניין הוא הטיפול בילוד. מחצית מהנשים חשבו שמתאים לתת הדרכה לאחר הלידה, מכאן שמחצית לא חשבו כך (רובן לא ענו על השאלה), נקודה זו מעלה את הצורך לבדוק את נחיצות

ההדרכה בשלב זה של חיי האישה. נוסף לכך רק שליש ומהנשים חשבו שהן למדו משהו חדש. מצד אחד ניתן להתייחס לכך כהצלחה – שליש מרגישות כי קיבלו מידע חדש, אך מצד שני שליש כנראה לא הרגישו כך. יתכן שכדי לאפיין טוב יותר נשים בעלות ידע נמוך ועמדות לא חיוביות ולנסות לבנות הדרכה רק עבורן, לדוגמה, נשים בעלות השכלה נמוכה או נשים מקבוצות אוכלוסיה מסוימות. אך יש לקחת בחשבון שיתכן שהדרכת רק חלק מהיולדות הוא לא בר ביצוע אתית. העובדה שנשים רבות לא ענו על שאלות שביעות הרצון רומזת לכך שיתכן שנשים אלו לא זכרו כלל שקבלו הדרכה ולכן לא יכלו לדווח על שביעות רצון אף על פי שהרישומים בבית החולים מראים שקבלו הדרכה קבוצתית או אישית. תופעה זו אינה מפתיעה וחוזרת על עצמה גם במחקרים נוספים בתחומי הדרכת חולים, הדרכה של צוות רפואי לא זכורה לאנשים רבים מסיבות רבות, מחוסר הבנה של המילה "הדרכה" ועד זיכרון לקוי או חוסר תשומת לב למסרים שהועברו. יש לציין ששביעות הרצון הכללית מההדרכה היתה גבוהה מבין אלו שענו על שאלות שביעות הרצון, דבר האופייני לדיווחי שביעות רצון במערכות בריאות. במחקר זה לא נבדקה איכות ההדרכה. יש מקום לבדוק את איכות ההדרכה והתאמתה לקבוצות הנשים השונות על פי השכלה וקבוצת אוכלוסיה (מוצא). על פי ממצאי המחקר הנוכחי יש לשקול האם במצב הקיים יהיה נכון להמשיך את השירות כפי שהוא היום, בהילקח בחשבון ההשקעה הרבה שיש לעשות בהדרכה.

6. מקורות

- בטרם (2009). דו"ח 'בטרם' לאומה 2008. בטרם לבטיחות ילדים, משרד הבריאות, המועצה הלאומית לבריאות הילד ולפדיאטריה, המועצה הלאומית לטראומה. מספר פרסום 1054
- בטרם (2002). דו"ח 'בטרם' לאומה 2002. משרד הבריאות, המועצה הלאומית לבריאות הילד ולפדיאטריה, המועצה הלאומית לטראומה.
- גופין, ר., אביצור, מ., חקלאי, צ., וילין, נ. (1997). דו"ח מחקר: הפגעות ילדים ובני-נוער פניות לחדר מיון, אשפוזים ותמותה מחקר ארצי. ירושלים.
- חמו-לוטם (2004). הועדה למניעת היפגעויות ילדים – דו"ח מסכם 2003-1999.
- חמו-לוטם, מ. ודנון, י. (2003). היפגעויות ילדים בתאונות בישראל: תמונת מצב ואסטרטגיות למניעה. הרפואה, 142, ח'ט', 609-611.
- מירון, ד., שינאווי, פ., מינס, ר., אבישי, ע., שריד, י. ורתם, מ. (2003). פגיעות בילדים בצפון ישראל – תמונת מצב וגורמי סיכון. הרפואה, 142, ח'ט', 579-582.
- משטרת ישראל (2004). ילדים בדרכים – סיכום רב שנתי.
- צמח, פ., איפרגן, ר. וארבל, י. (1998). תאונות בית בקרב ילדים בגילאים 9-18 חודשים בשכונת בן-גוריון בעירייה אופקים שבנגב. האחות בישראל: רבעון הסתדרות האחים והאחיות בישראל, 133, 12-13.

Corrarino, J. E., Walsh P. J., & Nadel E. (2001). Does teaching scald burn prevention families of young children make a difference? A pilot study. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(4), 256-262.

Dal Santo, J. A., Goodman R. M., Glik D., Jackson, K. (2004). Childhood unintentional injuries: Factors predicting injury risk among preschoolers. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(4), 273-283.

Hapgood, R., Kendrick, D., & Marsh, P. (2000). How well do socio-demographic characteristics explain variation in childhood safety practice? *Journal of Public Health Medicine*. 22(3), 307-311.

O'campo, P., P Rao, R., Carlson-Gielem, A., Royalty, W. & Wilson, M., (2000). Injury-producing events among children in low-income communities: The role of community characteristic. *Journal of Urban Health: bulletin of the New York Academy of Medicine*, 77, 34-49.

NHTSA (2000). National Center for Statistics and Analysis.

Ramasay, L.J., Moreton, G., Gorman, D.R., Blake, E., Goh, D., Elton, R.A. & Beattie T.F., (2003). Unintentional home injury in preschool-aged children: looking for the key – an exploration of the inter-relationship and relative importance of the potential risk factors. *Public Health: Journal of the Royal Institute of Public Health*, 117, 404-411.

**4.18 לומדה בנושא זיהוי, מיפוי וטיפול בפצעי לחץ, מרסל גבאי, שרה
מודזגרשוילי**

ביה"ס למקצועות הבריאות הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר החוג לסיעוד אוניברסיטת תל-אביב .

מגישות

מרסל גבאי * שרה מודזגרשוילי

יוני, 2011

תוכן עניינים

מבוא-----	עמוד
1-ייוזום :	
תאור הפרויקט-----	עמוד
הצורך בפרויקט-----	עמוד
ניתוח על פי תפיסת המערכות : מטרת הסביבה, גבולות, קלט פלט-----	עמוד
בעיות עיקריות שהמערכת אמורה לפתור-----	עמוד
מטרות ויעדי המערכת כולל הגדרות כמותיות-----	עמוד
2-אפיון :	
א-הגדרת דרישות עיקריות-----	עמוד
פונקצית המערכת-----	עמוד
תהליכים עיקריים-----	עמוד
מסכים עיקריים-----	עמוד
פלטים עיקריים-----	עמוד
דרישות מיוחדות-----	עמוד
ב-חלופות לפתרון-----	עמוד
ספקים, תפיסה, תוכנה, חומרה, תקשורת	
3-המשאבים הדרושים-----	
תכנון ההטמעה-----	עמוד
תמיכה לפרויקט-----	עמוד
מעקב ובקרה על הפרויקט-----	עמוד
ניהול סיכונים בהקשר של הפרויקט-----	עמוד
גורמים מסייעים ומעכבים-----	עמוד
קריטריונים להצלחת הפרויקט-----	עמוד
נספח 1-----	עמוד
מבחן הלומדה-----	עמוד
ביבליוגרפיה-----	עמוד

הטמעת מערכות מידע מחשביות מהווה צעד חשוב לקראת ייעול ושיפור מנגנון הפעלת ארגון מורכב כבית חולים כללי. (קגן וחב', 2005). נתונים ממחקר מראים כי איכות הלמידה ושיפור הידע אצל הלומדים באמצעות מחשב, גדולה יותר מאלה הלומדים בכתה בשיטה הישנה (Beeckman, Boucque, Defloor, Maele & Schoonhoven, 2008).

פצע לחץ מוגדר כנמק ברקמת העור עקב אספקת דם ירודה הנגרמת מסיבות חיצוניות ופנימיות. פצעי לחץ הם תופעה חמורה ושכיחה בקרב קשישים, מטופלים מרותקים ומטופלים עם מחלות הפוגעות ברקמת העור. פצעי לחץ מתפתחים אצל כ- 5% מהחולים המאושפזים בבתי חולים ומהווים 60% מכלל פצעי הלחץ, 40% מתפתחים בבתי אבות או בבית. פצעי לחץ מאריכים את תקופת האשפוז, חושפים את החולה לזיהומים, מעלים את התמונה ומייקרים את עלויות הטיפול. פצעי לחץ ניתנים למניעה, ועל ידי כך נמנע כאב וסבל מהמטופל וחיסכון כלכלי למערכת הבריאות (Houwing, 2007). על פי חוק זכויות החולה שחוקק ב- 1996: "מטופל זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי האנוש" (יוספזון וקאפח, 2004). בסייעוד התפתחו כלים המאפשרים לצוות הסיעודי לבצע אומדן המעריך את הסיכון להתפתחות פצעי לחץ וזיהוי פצעים קיימים ולטפל בהם מוקדם ככל האפשר. רישום/דיווח סיעודי מגן על רווחת הפרט ומעודד סטנדרטים גבוהים של טיפול זאת על ידי אבחון בשלב מוקדם ומתן טיפול. הערכת הנתונים שנאספו היא פעולה טבעית, אינטלקטואלית שצוות טיפולי עושה וזאת כדי לוודא שהביצוע וההתערבות אכן תואמים את הצרכים. במידת האפשר יש להשוות ולהעריך בנקודות זמן שונות את הביצוע תוך אומדן מחדש (Bare & Smeltzer, 2000). במהלך השנים, לא חל שינוי רב בחינוך הסיעודי לאחיות והסיבה לכך היא שתוכנית הלימודים הבסיסית בסיעוד אינה מקנה מספיק ידע ומיומנויות ולעיתים אף לא נכלל נושא זה בתוכנית הלימוד.

(Ayello, Wexler & Zulkowski, 2007; Ayell&Meaney2003).

בעבודתנו, הפרויקט שבחרנו להטמיע מבחינה תיאורטית בארגון הינו לומדה. לומדה היא מצגת אלקטרונית אינטראקטיבית המלמדת בנושא נבחר. כאמור, הנושא הנבחר שלנו הוא העשרת ידע על פצעי לחץ. הלומדה מאפשרת למשתמש להתקדם בקצב אישי המתאים לו, ולחזור על פי הצורך על חומר לא ברור ככל שירצה. בנוסף, מאפשרת הלומדה למשתמש לקבל משוב תמידי על שליטתו בידע או במיומנות הנלמדת, דבר שלא מתאפשר כאשר מדריך מלמד קבוצה. למחשב יש אפשרות המחשה ויזואלית טובה יותר מיכולת שרטוט של מורה על לוח. הלומדה הופכת את השגת המטרות הלימודיות לדבר שאינו תלוי במדריך אנושי המעביר את החומר. (ויקיפדיה, 2011).

תיאור הפרויקט

הטכנולוגיות החדשות משלבות בין מחשוב, תקשורת ולימוד בכיתה. כגון: קורסים ממוחשבים, למידה בכיתה יחד עם תמיכה ממוחשבת מרחוק כאשר התלמיד זקוק לעזרה שלא במסגרת שעות הלימוד. נתונים ממחקר מראים כי איכות הלמידה ושיפור הידע אצל הלומדים באמצעות מחשב גדולה יותר מאלה הלומדים בכתה בשיטה הישנה (Beeckman, Boucque, Defloor, Maele & Schoonhoven, 2008).

שיטת הלימוד האלקטרונית נקראת **לומדה**. לומדה היא מצגת אלקטרונית אינטראקטיבית המלמדת בנושא נבחר. יתרונה של הלומדה הוא בכך שניתן ללמוד באמצעותה גם אם לא מתחברים לאינטרנט מצד אחד, ומצד שני ניתן לענות על שאלות ולקבל משוב עליהן באמצעות הלומדה. המחשב יכול לומר לתלמידים מיד האם הם ענו על שאלה נכון או לא. כמו כן ניתן להעביר את התלמידים לחלקים שונים של התוכנית, המאפשר להם לדלג על פרקים של החומר הנלמד, שהם כבר שולטים בו או לקרוא מקורות הקשורים לנושא. ניתן לחזור בכל עת על פרק בנושא בלחיצת כפתור אחת. זאת לעומת השיטה הראשונה שבה אפשר ללמוד מידע חדש אבל מבלי אפשרות לבדיקת ידע עצמית המדמה מבחן בשיטת הלימוד הישנה (Harrington & Walker, 2004). בשנים האחרונות חלה עלייה גדולה בשיטות לימוד אלו, נמצא ש 56% מבתי הספר לסייעוד מציעים שיטות לימוד כאלה. לימוד באמצעות לומדה מתגבר על מחסומים של זמן ומיקום של הקניית הידע או הקורס. מחקרים הראו שרמת הציונים של תלמידים בין אם למדו באמצעות לומדה ובין אם בכיתה לימוד אינם שונים ברמתם (Fa Lu, Chun Lin, Yun-Ju Li, 2009).

הצורך בפרויקט

מניעה משפרת את איכות הטיפול ומסייעת בחיסכון משאבים יקרים כמו: זמן נוסף של אחות, הארכת זמן האשפוז ועיכוב בקבלת חולה לאשפוז (Houwing, 2007). לשם ביצוע מניעה המעלה את איכות הטיפול הניתן, יש לעדכן את הידע בקרב חברי הצוות הנוגעים בטיפול הקליני בחולה. שיטת לימוד והעשרה בצורה אינטראקטיבית, זמינה ונוחה, חוסכת במשאבים כלכליים ומעניינת. הטמעת מערכות מידע מחשביות מהווה צעד חשוב לקראת ייעול ושיפור מנגנון הפעלת ארגון מורכב כבית חולים כללי. (קגן וחב', 2005).

בבית החולים "ברזילי" ישנו צוות הכולל רופא ואחות מומחית לפצעים אשר מידי שבוע, ביום ראשון מסתובבים באופן יזום במחלקות הפנימיות ונותנים מענה לצוות האחיות והרופאים לגבי מטופלים עם פצעים קשיי ריפוי בכלל, ופצעי לחץ בפרט. בשאר ימי השבוע המענה ניתן, אם כי בזמינות פחות גבוהה מאחר וזה תפקידן הנוסף של הצוות לתפקידם כאחות ורופא במחלקות דינאמיות. התופעה של ידע הלוקה בחסר, לגבי מיפוי פצעים בכלל והתאמת הטיפול הנכון בהתאם למלאי החבישות הקיים בבית החולים בפרט, ניכר מאוד במשמרות השונות (ערב, לילה וימי שבת או חג). הצוות מטפל בפצע, אך ממתין ליום בו הצוות לטיפול בפצעים יתפנה להגיע ולהעריך האם הטיפול אכן תואם את דרגת הפצע. כמו-כן, הגישות לטיפול בפצעים משתנות מעת לעת והצוות במחלקות השונות, במיוחד צוות האחיות במחלקה הפנימית, לא נחשף לשינויים. לאור כל זאת קיימים הצורך, המטרה וההצדקה להעלאת רעיון ופרויקט זה. על אף הנהלים הקיימים של משרד הבריאות לאומדן, זיהוי וטיפול בפצעי לחץ, עדיין יש לעודד ולקדם את הידע. העלאת שיעור הידע בפצעי לחץ תעלה את הרמה המקצועית ותשפר את איכות הטיפול של הצוות הסייעודי. ראשית, חשוב לקבל את יחסי הגומלין הנכון בין אנשים, תהליכים וטכנולוגיה אשר תומכים בשינוי טיפול.

העקרון הבסיסי הוא כי הטכנולוגיה אינה עומדת בפני עצמה, אלא מסייעת לאנשים המבצעים תהליך, ועל כך חשיבותם של שלושת האלמנטים בהבטחת הצלחת פרויקט. אלמנטים אלו משמשים כמערכת תומכת לעבודה אופטימאלית. (Murphy, 2010).

בסיעוד כיום, מנסים לסגל גישה חדשה בחינוך ולימוד וזאת על ידי פיתוח שיטות המשלבות איכות גבוהה, זמינות לכל החפץ להתעדכן בידע ועלויות נמוכות. לומדה הינה שיטת לימוד אלקטרונית המדריכה, מלמדת ואף מתרגלת עם הלומד את הידע על פי הקצב שלו ובזמנו הפנוי. מטרת הלומדה היא לשפר ועדכון הידע בקרב הצוות הסיעודי. (Beeckman, Boucque, Defloor, Maele & Schoonhoven, 2008).

מטרת סביבה, גבולות, קלט-פלט

הסביבה בה נטמיע את הפרויקט הינה ארבע מחלקות פנימיות, מחלקה כירורגית, מחלקה אורטופדית, טיפול נמרץ לב וטיפול נמרץ נשימתי. אלה המחלקות בהן קיים שיעור גבוה יותר של פצעי לחץ, לעניות דעותינו, שם הלומדה תוכל להיות לעזר לצוות המטפל, כמו כן, התוכנה הינה ידידותית, צבעונית, מפשטת את התוכן באופן שמתאים לכל אחות בכל דרג מקצועי. החומר הניתן בלומדה לגבי הטיפול יתמקד ברציונאל שבכל חבישה בהתייחס לדרגת הפצע, כך שהצוות יוכל להשתמש בצורה מושכלת בחומרי החבישה הקיימים בבית החולים.

הקלט - דרך הלומדה הצוות המטפל יקלוט את הידע, ירכוש ידע לגבי מיפוי פצעים, דירוגם לפי צבעים והטיפול בהם.

הפלט - יבוא לידי ביטוי בשתי רמות: הרמה הבסיסית, פלט של מסכים של המצגת אשר נפתחים במחשב בזמן פתיחת הלומדה. וברמה הגבוהה יותר המבחן המסכם המופיע בסוף הלומדה אשר מעריך את הידע.

בעיות עיקריות שהמערכת אמורה לפתור

- ♥ העשרת הידע של הצוות המטפל במחלקות בהן שיעור פצעי הלחץ גבוה.
- ♥ זמינות לידע באופן ידידותי על ידי לחיצה על כפתור במקום חיבורים לאינטרנט בזמן העבודה.
- ♥ מתן מענה זמין לצוות המטפל במהלך משמרות ערב, לילה, שבתות וחגים.
- ♥ חיסכון כלכלי על ידי הקטנת הצורך בהדרכות חוזרות ונושנות של החומר הקיים בלומדה. כמו כן חיסכון במרצים, מאחר ואחד התפקידים של הלומדה זה לעדכן את התכנים בהתאם לחידושים הקיימים, הצוות יתעדכן מעת לעת בכל הקשור להתפתחות המקצועית של נושא הפצעים.
- ♥ מניעת שימוש מוטעה בחומרי חבישה שאינם מתאימים מבחינת דרגת הפצע ואשר לא יתרמו לפצע את הטיפול הנכון, יתרה מזאת, אף עלול להחמיר את מצב הפצע, עד כדי החמרת מצבו הבריאותי של המטופל, מצב שיגרור עימו בהכרח, עלויות נוספות ומשמעותיות לארגון.

מטרות ויעדי המערכת כולל הגדרות כמותיות

- ♥ להקל על האחות המקבלת מטופל עם פצעי לחץ במהלך משמרת מבחינת מיפוי הפצע והחלטתה לגבי טיפול התואם את דרגת הפצע.
- ♥ למנוע תלות בצוות המומחה לטיפול בפצעים.
- ♥ להתקין את הלומדה בתחנת האחות, במחשבים איתם הצוות עובד במשך היממה בכדי ליצור נגישות וזמינות לידע.
- ♥ חיסכון כלכלי – יעד זה ישיג שתי מטרות :
 1. ידע נגיש שעשוי לחסוך עלויות של הדרכה.
 2. מאחר והצוות יעשיר את הידע שלו וידע את מטרות הטיפול בהתייחס לכל פצע על פי דרגתו, לא יהיה מצב של בזבוז חומרי חבישה לא מתאימים.
- ♥ תמיכה בעברית, ממשקי נקי, אינטואיטיבי עם תמיכה מלאה בעברית.
- ♥ **הלומדה** עשויה לשרת את ההנהלה המעוניינת בהפצת ידע ולמידה בארגון, באופן יעיל ועם מינימום סיכונים.

בסיעוד מנסים לסגל גישה חדשה בחינוך על ידי פיתוח שיטות לימוד חדשות באיכות גבוהה, גמישות בזמן ובעלויות נמוכות ואלה מרכיבים מרכזיים בהתנהגות כל ארגון מבחינה כספית. בנוסף לכך למרצים מתפנה זמן ללמידה והעמקת ידע שאותו יוכלו להעביר בצורה ממוחשבת ללומדים כך שהמידע הנלמד מעודכן תמיד (Beeckman, Boucque, Defloor, Maele & Schoonhoven, 2008).

2- אפיון

א- הגדרת דרישות עיקריות

פונקציות הלומדה

- ♥ פונקצית כניסה למערכת דרך המחשב הקיים בתחנת האחות.
- ♥ פונקציה למתן פלט על דירוג הפצע לפי צבעים.
- ♥ פונקציה למתן פלט על הטיפול הנדרש לפצע המוגדר.
- ♥ פונקציה להעשרת הידע על פצעי לחץ באופן כללי להעשרת הידע.
- ♥ פונקציה לבחינה עצמית של כל משתמש על ידי כך שניתן לענות על שאלות ולקבל משוב עליהן באמצעות הלומדה.
- ♥ פונקציה להעברת הצוות הלומד לחלקים שונים של התוכנית, המאפשר להם לדלג על פרקים של החומר הנלמד, שהם כבר שולטים בו או לקרוא מקורות הקשורים לנושא. ניתן לחזור בכל עת על פרק בנושא בלחיצת כפתור אחת.

תהליכים עיקריים

- ♥ כניסה למצגת דרך שולחן העבודה של המחשב הקיים במחלקות השונות על ידי לחיצה על אייקון של Power Point.
- ♥ קריאת הלומדה תוך שימוש בפונקציות הקיימות בה שתוארו בפרק הקודם.
- ♥ ביצוע מבחן הלומדה אחת לשנה, וקבלת ציון.

מסכים עיקריים

- ♥ המסך העיקרי הינו שולחן העבודה עליו יש אייקון המקשר ללומדה.
- ♥ המסך הבא יכלול את הלומדה הבנויה ממצגת, הכוללת 128 שקפים, ובסוף מסך מבחן מסכם של הלומדה.

פלטים עיקריים

כל שקופית בלומדה היא פלט הניתן להדפסה במקרה הצורך. הפלטים הם :

- ♥ עמודים 3-7 : ידע כללי.
- ♥ עמודים 11-20 : הערכת הפצע.
- ♥ עמודים 24-43 : דירוג הפצע.
- ♥ עמודים 56-59 : מאפיינים מיוחדים.
- ♥ עמודים 60-80 : גורמי סיכון.
- ♥ עמודים 81-82 : תיעוד.

- ♥ עמודים 83-97 : מניעה.
- ♥ עמודים 98-124 : טיפול.
- ♥ עמודים 8-10, 21-23, 44-55, 67-72, 75-80, 91-93, 95-97, 101-107, 111-113, 122-124 : מבחנים עצמיים על הנושאים הנלמדים באותם עמודים.
- ♥ עמוד 125 - מבחן הלומדה.
- ♥ עמודים 127-128 : רישום מקורות הידע. (ביבליוגרפיה).

דרישות מיוחדות

- ♥ התוכנה הדרושה הינה Office, הכוללת ברשימתה את תוכנת Power Point.
- ♥ הכלים הנדרשים - מחשב נייד, כף יד וכדומה.
- ♥ כוח אדם טכני להתקנת הלומדה במחלקות השונות.
- ♥ הדרכת הצוות לפונקציות שהלומדה מספקת.

ב- חלופות לפתרון

Microsoft Access - הינו בסיס נתונים טבלאי ומחולל יישומים חזותי, שמיועד לסביבת עבודה קטנה ובינונית ומאופיין בקלות הפעלתו ובידידותו הרבה. תוכנת אקסס מהווה מחסן של נתונים לאחסון ותיוק מידע, אחזור ועיבודו, גם בדרך ידנית וגם באוטומציות שונות. ניתן בעזרתה ליצור יישומים מגוונים לאחסון ולניהול מידע. במטפורה מהעולם הממשי, הוא מומשל לארונות אחסון לצורך תיוק מידע ואחזורו באופן מיטבי, באופן שניתן לאתר "מחט בערמת שחת".

התפיסה העומדת בבסיס הפיתוח של אקסס היא להנגיש את מיטב הטכנולוגיה התכנותית העכשווית באופן שיהיה צורך במעט ידע תכנותי ובמינימום של כתיבת קוד. יחודו של האקסס בכך שפישט מאוד את ההליך של יצירת בסיס נתונים והעלים מהמפתח היבטים טכניים של התוכנה, באופן שהמפתח יוכל להתרכז בארכיטקטורה של בסיס הנתונים ובפונקציונאליות שלו, ולא בהיבטים טכניים ותכנותיים. מסד הנתונים של האקסס מתייחד בכך שהוא מסד הטרופי, המאפשר להכליל במסד אחד (ואף בקובץ אחד) אובייקטים מסוגים שונים, ובכך לפשט את כל הפיתוח והאחזקה של המסד. (ויקיפדיה, 2011).

3- המשאבים הדרושים

- ♥ קניית רישיונות לתוכנת ה-Office.
- ♥ שעת עבודה של הצוות שבונה את הלומדה מבחינת התכנים, הפונקציות שהיא מספקת.
- ♥ שעת עבודה לכוח אדם מהאגף המחשבים שמתקין את הלומדה.
- ♥ זמן להדרכת הצוות להפעלת הלומדה.

ציוד

מחשבים הקיימים בכל מחלקה בתחנת אחות.
מחשב בעל זיכרון פנימי גדול שיאפשר להעלות את הלומדה להיות מהירים.

כוח אדם

הצוות המטפל שהוא למעשה האחיות במחלקה.

4- תכנון ההטמעה

- שלב 1- הצגת הרעיון בפני ההנהלה.
- שלב 2- קבלת אישור ההנהלה להתקנת הלומדה במחלקות הארגון שצוינו בפרק סביבת העבודה.
- שלב 3- תיאום זמן התקנה בכל מחלקה עם הצוות במחלקת מחשבים ועם אחות אחראית המחלקה.
- שלב 4- התקנת הלומדה במחשבי המחלקה.
- שלב 5- הדרכה מרוכזת של הצוות לאחר התקנת הלומדה במחלקה.

5-תמיכה שוטפת לפרויקט

- ♥ תינתן תמיכה של תוכן הלומדה על ידי הצוות האחראי לבניית הלומדה- עלינו להיות אחראים שהלומדה תעודכן מבחינת תכניה מעת לעת בהתאם לחידושים של חומרי חבישה הקיימים בשוק בכלל, ובבית החולים בפרט.
- ♥ על הצוות שערך את הלומדה לעדכן גישות חדשות המופיעות בספרות הענפה בנושא פצעי לחץ.
- ♥ תינתן תמיכה במקרה של בעיות טכניות להפעלת הלומדה על ידי אנשי צוות מאגף המחשבים.
- ♥ על הארגון למנות אחראי שתפקידו לנתב מחשבה על שינוי למידה באמצעות תהליכים ומוצרים דידקטיים. עקב זאת על הארגון לשנות את הגישה החינוכית שיתכן שבשלב ראשון תיתקל בקשיים לקבלת השינוי על ידי העובדים (בר-מור, 2007).

6- מעקב ובקרה על הפרויקט

המעקב והבקרה ייעשו בשני רבדים:

- 1- בקרה על הצוות האחראי לבניית הלומדה לגבי התוכן:
 - ♥ הבקרה תעשה, מחד גיסא, על ידי סגן מנהל בית החולים היושב בוועדה לניהול סיכונים, במטרה למנוע מידע שגוי או לא רלוונטי על הנושאים הניתנים ללמידה דרך הלומדה.
 - ♥ מאידך גיסא, חלוקת משובים לצוות האחיות המשתמשות בלומדה במטרה לדעת את תרומתה ויעילותה של הלומדה.
 - ♥ מבחן הלומדה שכל אחות תבצע אחת לשנה בתאריך שיקבע מראש. המבחן כולל 12 שאלות הבוחנות את תכני הלומדה. הציון הסופי של המבחן יסתכם ב-100%. אחות אשר תקבל במבחן הלומדה ציון אשר יהיה פחות מ-90%, יהיה עליה לחזור על החומר ולגשת שוב למבחן הסופי. ביצוע המבחן יסייע לאחיות לדעת את החומר הנלמד אודות הנושא המדובר, כמו כן, המבחן מסייע לה להבין את רמת הידע שלה ולפעול בהתאם.
- 2- בקרה מצד המחלקה הטכנית למחשבים אשר תבצע מעקב על תפקוד הלומדה בזמן שהיא מבצעת את המעקב השוטף בשאר התוכנות הקיימות במערכת המחשב.

7- היבטים של ניהול סיכונים

ארגוני בריאות מחפשים דרך לשפר את איכות הטיפול מחד ולהקטין את עלויותיו מאידך. בעשור האחרון עבר נושא השימוש במערכות מידע למטרות רפואיות מהפיכה בחשיבה ובטכנולוגיה. שינוי זה מלווה בסיכונים. (קגן, 2005).

מטרת הלומדה הינה לאפשר זמינות וגישות לצוות המטפל לגבי התחום הספציפי בו הלומדה עוסקת. לצורך בדיקה ההיבטים הדרושים מבחינת ניהול סיכונים, ניתן לחלק זאת **לשני היבטים:** האחד, עדכונים לקויים בתכניה של הלומדה. מאחר והלומדה כוללת מידע תיאורטי בנושא פצעי לחץ, קיים הסיכון שהמידע לא יתעדכן בהתאם להתפתחויות בנושא. ומכאן עלולות להיגרם טעויות במיפוי ובטיפול שגוי.

היבט נוסף שניתן לבחון הינו סוגיית זמן אחות-מטופל, שכיום הצטמצם באופן משמעותי. בניית לומדה בתחנת אחות עם נגישות גבוהה, עלולה להוביל למצב בו אחות תשב מול המחשב ו"תשתעשע" עם הלומדה. אומנם דרך זה היא תעשיר את הידע שלה, אך זה עלול לגרום לה להיסח דעת מהמטופלים במחלקה.

8- גורמים מסייעים ומעכבים

גורמים מסייעים

- ♥ מבחינה דידקטית, בשיטת הלימוד באמצעות לומדה ניתן ללמוד בכל זמן ובכל מקום מבלי להיות תלוי במבנה קבוע או שעה קבועה וללא הזדקקות למורה. Beeckman, Boucque, Defloor, (Maele & Schoonhoven, 2008).
- ♥ השיטה מותאמת לתכנים אותם רוצה הארגון להעביר וקצב הלימוד הוא אישי, הלומד יכול להפסיק בכל עת ולהמשיך מהנקודה בה הפסיק ללא קושי.
- ♥ הלומדה נגישה ללימוד בכל שפה ובכל מקום בו יש מחשב ותכניה מעודכנים, שכן ניתן לשנות ולעדכן על פי ההתקדמות הטכנולוגית והידע המדעי (Bolwell, 1993; Harrington & Walker, 2004).

- ♥ באמצעות הלומדה ניתן לחשוף את המידע לעוסקים בתחום ולהימנע ממצבים כמו: שליטה של אדם אחד בידע הרלוונטי וכשהוא איננו לא ניתן להגיע למידע זה.
- ♥ הלומדה כוללת נגישות למידע, קלות בעדכון תוכן, הדרכה אישית, קלות ההפצה, סטנדרטיזציה של התוכן, נגישות המתייחסת ליכולת של המשתמש למצוא את מה שהוא זקוק, כאשר היא נחוצה. בעשייה הקלינית מאפשרת הלומדה להתעדכן בזמן ובקלות במידה והמטפל שכח או רצה לבדוק את עצמו בתחום מסוים. (Beeckman et al., ; Harrington & Walker, 2004). (2008).
- ♥ מבחינה כלכלית, לימוד ממוחשב מקטין את שיעור ההיעדרות מעבודה, אין צורך בקורסים ותשלום עבור ימי לימוד, חוסך בזמן ללומד ולארגון ומאפשר מספר רב של לומדים בו זמנית, היכולים ללמוד לבד או ביחד כרצונם (בר מור ואח', 2007).
- ♥ עובדים חדשים אינם נדרשים לחכות לקבוצה ויכולים להתחיל מיד בלימוד. לצורך למידה תוך ארגונית ניתן להפיץ מידע חדש ולהסבירו מבלי לכנס את כל הנוגעים בדבר לדוגמא: ישיבת צוות.
- (Elmer, Matlin, McDaniel, Monastiere & Paul, 1998 ; Harrington & Walker, 2004).
- ♥ שיתוף פעולה מצד הצוות המטפל בכדי שהטמעת הפרויקט אכן יצליח.
- ♥ שיתוף פעולה מצד המחלקה הטכנית למחשבים שיסייעו בהתקנת הלומדה ובמתן מעקב שוטף.

גורמים מעכבים

- ♥ למרות האמור לעל, קיימים קשיים טכניים בלימוד באמצעות מחשב. מהלומד נדרש ידע בסיסי בשימוש במחשב שצריך להיות מעודכן מבחינת התוכנה והחומרה כדי לאפשר את הלימוד.
- ♥ על הארגון למנות אחראי שתפקידו לנתב מחשבה על שינוי למידה באמצעות תהליכים ומוצרים דידקטיים. עקב זאת על הארגון לשנות את הגישה החינוכית שיתכן שבשלב ראשון תיתקל בקשיים לקבלת השינוי על ידי העובדים (בר-מור, 2007).
- ♥ העומס הקיים בזמנינו על המחלקות הנבחרות להטמעת הפרויקט. הלחץ הפיזי הקיים בקרב הצוות המטפל עלול לגרום להם לפרש את הלומדה כעומס נוסף, הצוות עלול לאבד את הסיוע שהלומדה יכולה לתת לו ברמת המיקרו-טיפול בחולה המתקבל למחלקה. הצוות המטפל עלול להתקשות לנטרל את העומס הקיים ולהתייחס ללומדה ככלי סיוע ידידותי ומהנה.
- ♥ אחיות אוהבות את הטכנולוגיה כאשר זה עוזר להם בטיפול בחולה שלהם ותומך בהם בביצוע תהליכי העבודה שלהם. אך הן נעשות מתוסכלות כאשר הטכנולוגיה איטית, לא מושלמת, גוזלת מהן זמן רב יותר, או כלל לא תואמת את תהליכי העבודה. (Murphy, 2010). מערכת יחסים זו הובילה בדרכים רבות לאי קיומן של סוגים שונים של מערכות קליניות.
- ♥ הצוות המומחה לפצעים עלול להפוך לצוות פחות מועיל למערכת. הרופא והאחות לא יעסקו בהדרכה פרונטאלית של הצוות הסיעודי, ובכך תופחת האינטראקציה שלהם כצוות מומחה, עם המחלקות.
- ♥ שימוש רב במחשב עלול לגרום לבעיות בריאות כמו מתח, כאבי פרקים, כאבי עניים וכדומה. (גרינברג, 2011).

9- קריטריונים להצלחת הפרויקט

- ♥ קבלת הפרויקט והבנת חשיבותו על ידי ההנהלה- במידה וההנהלה תגלה עניין בפרויקט ותאשר את הטמעתו.
- ♥ השיטה תתאים לתכנים אותם רוצה הארגון להעביר וקצב הלימוד הוא אישי.
- ♥ מבחן מסכם המופיע בסוף הלומדה אשר תוצאותיו יסייעו להעריך את הצלחת הלומדה בהעשרת הידע בקרב הצוות שמשתמש בה.
- ♥ הפחתת התלות בצוות ההומאני הקיים בבית החולים- הלומדה תוכל להעשיר את הידע בנושא פצעי לחץ. ועל כן, הצוות במחלקות יהיה פחות תלוי בצוות המומחה לפצעים במהלך ימי השבוע.
- ♥ מבחינה כלכלית- הלומדה עשויה לחסוך במשאבים כלכליים למערכת על ידי חיסכון בימי הדרכה ובמרצים.

ניספח 1 - מבחן הלומדה

- שאלה 1:** מהם המקומות השכיחים להתפתחות פצעי לחץ?
- שאלה 2:** מהו גלד?
- שאלה 3:** מהו הטיפול בפצע לחץ דרגה III (ירוק)?
- שאלה 4:** מהי ההמלצה לטיפול בפצע שחור (נמק)?
- שאלה 5:** מה שייך לגורמי סיכון חיצוניים?
- שאלה 6:** מה שייך לגורמי סיכון פנימיים?
- שאלה 7:** סולם נורטון (Norton scale) מעריך חמישה גורמים להתפתחות פצע לחץ. מהם?
- שאלה 8:** איזה ערך על פי סולם נורטון הינו סיכון גבוה להתפתחות פצעי לחץ?
- שאלה 9:** מאיזה רמת אלבומין בדם נדרש יעוץ תזונתי?
- שאלה 10:** מהם הפעולות שיש לנקוט במטרה למנועה התפתחות פצעי לחץ?
- שאלה 11:** על אילו כללים יש לשמור בזמן הטיפול בפצע לחץ?
- שאלה 12:** באיזו תדירות מומלץ החלפת הטיפול בפצע לחץ?

ציון סופי למבחן הינו 100%

ביבליוגרפיה

- בר-מור, ג., הלוי, ר., חלפון, ר., יעקב, א. וסטנובסקי, ג. (2007). למידה מרחוק בסייעוד: קפיצת מדרגה דידקטית וניהולית. *האחות בישראל*, 175, 30-31.
- גרינברג, ע. (2011). מבוא למערכות מידע.
- יוספזון, ש. וקאפח, י. (2004). *חוק זכויות החולה התשנ"ב 1996 – החוק ופרשנותו*. תל אביב: דיונון אוניברסיטת תל אביב.
- לומדה, (2011). מתוך אתר האינטרנט <http://he.wikipedia.org/wiki>
- קוגן, א., קנטי, ת., שושני, ד., מעוז, י., סילנר, ד. (2005) הטמעת מערכות מידע מחשביות ברפואה מההיבט של ניהול סיכונים. *רפואה ומשפט*, 33, 117-123.
- תוכנת אקסס מתוך אתר האינטרנט [http://he.wikipedia.org/wiki/Microsoft Access](http://he.wikipedia.org/wiki/Microsoft_Access)
- Ayello, E. A. & Meaney, G. (2003). Replicating a survey of pressure ulcer content in nursing textbooks. *Journal of wound, ostomy and continence nursing*, 30(5), 266-271.
- Ayello, E. A., Wexler, S. & Zulkowski, K. (2007). Certification and education: Do they affect pressure ulcer knowledge in nursing? *Advances in Skin & Wound Care*, 20(1), 34-38.
- Beeckman, D., Boucque, H., Defloor, T., Maele, G., V. & Schoonhoven, L. (2008). Pressure ulcers: e-learning to improve classification by nurses and nursing students. *Journal of clinical nursing*, 17, 1697-1707. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02200.x
- Bolwell, C. (1993). Using computers as instructional technology in the pressure ulcer field. *Decubitus*, 6, 20-25.
- B., G., Bare & S., C., Smeltzer. (Eds.). (2000). Nursing process: The patient with impaired skin integrity. In: Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing (9 th. ed., pp. 135-141). Philadelphia: J.B.Lippincott.
- Der-Fa Lu, Zu-Chun Lin, Yun-Ju Li. (2009) Effects of a Web-Based Course on Nursing Skills and Knowledge Learning. *Journal of Nursing Education*. Vol. 48, Iss. 2; pg. 70, 8 pgs
- Elmer, P., R., Matlin, C., McDaniel, A., M., Monastiere, G. & Paul, K. (1998). Computer use in staff development: a national survey. *Journal for nurses in staff development*, 14(3), 117-126.
- Harrington, S., S. & Walker, B., L. (2004). Can nursing facility staff with minimal education be successfully trained with computer-based training? *Nurse education today*, 24, 301-309. doi:10.1016/j.nedt.2004.02.004
- Houwing, R., H. (2007). *Pressure ulcer or decubitus clinical and etiological aspects*. Deventer, Netherlands: Ovimeex.
- Murphy, J., (2010). Nursing and Technology: A Love/Hate Relationship. *Nursing Economics*. Pitman. 28, (6). 405-409.

אוניברסיטת תל אביב
הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
בית הספר למקצועות הבריאות ע"ש סטנלי שטייר
החוג לסיעוד

4.19 מינוי "נאמנת זיהומים" כחלק ממנגנוני הטמעת נוהלי עבודה , מרסל

גבאי, שרה מודזגרשוילי

ביה"ס למקצועות הבריאות הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר החוג לסיעוד אוניברסיטת תל-אביב .

נושא מניעת זיהום במחלקה פנימית א' בי"ח ברזילי, אשקלון.

מגישות:

מרסל גבאי, * שרה מודזגרשוילי,

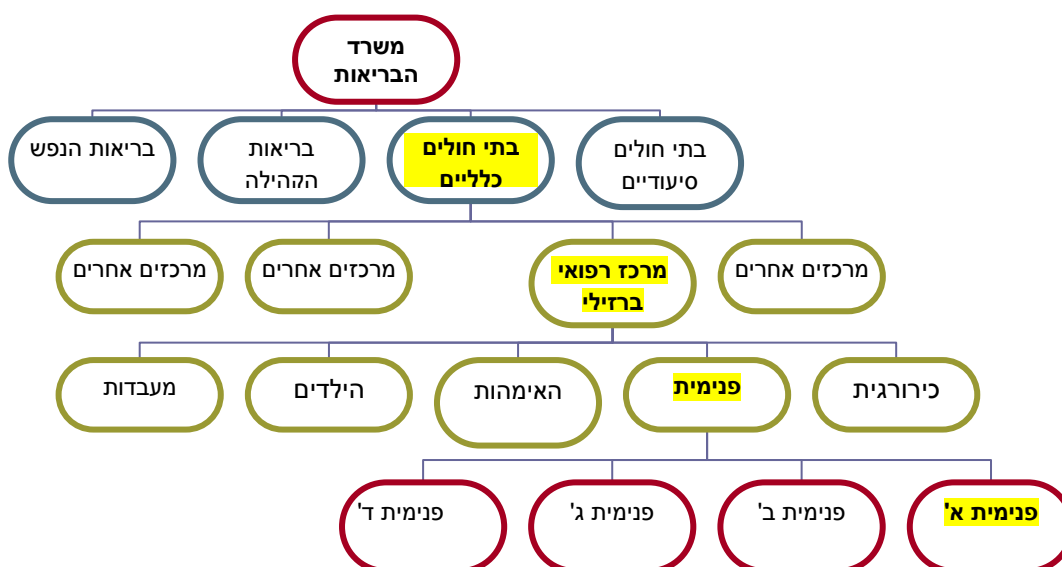
ינואר, 2011

שינוי ארגוני הוא חלק אינטגרלי של חיי העבודה הגלובלי של היום. השינוי מוגדר כהחלפת דפוסי ההתנהגות הקבועים הגלומים בעבודת האנשים בארגון בדפוסי התנהגות שונים וחדשים. השינוי הוא לעתים קרובות תופעה מורכבת ובלתי צפויה. התכנון צריך להיות טוב בהקשרים הפנימיים והחיצוניים של הארגון כאחד, ובו בזמן גמיש בכדי שניתן יהיה לטפל ביעילות בתוצאות הצפויות. תיאור נוסף של שינוי הינו המרת מצב אחד במצב אחר, מצב שהיה קיים בזמן נתון ואינו קיים עכשיו או שצורתו או תוכנו אחרים ממה שהיו. ארגונים חייבים להשתנות בהתמדה כדי לשרוד. כל ארגון במידה זו או אחרת נמצא במצב של שינוי תמידי, וכדי לשרוד, לצמוח ולשגשג הם חייבים לשנות שיטות והרגלי עבודה, להתארגן מחדש, לפתח מוצרים חדשים, להנהיג טכנולוגיה חדשה. הארגונים צריכים להתאים עצמם לסביבה משתנה כמו גם לשינויים בתפקידים (Burnes, 2004). בארגונים הקשורים לשירותי בריאות ורפואה, הדגש הוא על התייחסות היבטי איכות הטיפול הכולל בין היתר בטיחות. דרישות השטח משתנות וכך גם הצורך של הסיעוד להתעדכן ולהשתנות בהתאם (Jackson, 2004).

המסגרת בה בוצע השינוי

בית חולים ברזילי כמסגרת בה בוצע השינוי

המרכז הרפואי "ברזילי" הוקם בשנת 1961. הוא מהווה מרכז משולב של בית חולים ולשכת בריאות הציבור המחוזית. מנהל המרכז הרפואי משמש גם כרופא מחוזי של לשכת הבריאות. המרכז רואה את תפקידו, במיוחד במחוז אשקלון, להיות כתובת אחת ויחידה לכל בעיות האזרח באזור. פרט לרפואת המשפחה שנמצאת בידי הקופות, כל שאר השירותים כמו כל שירותי הריפוי בבית החולים, טיפות החלב, השירות לחולים כרוניים (גריאטריה), טיפול ביצור ויבוא מזון, טיפול בנושאי הסביבה כמו בריאות המים, ביוב, רישוי עסקים ועוד, נמצאים באחריות המרכז הרפואי ברזילי ומהווים כתובת אחת לאזרח. כאמור, בית חולים זה שייך לרשת בתי חולים ממשלתיים בבעלותו ופיקוחו הישיר של משרד הבריאות הישראלי. בבית החולים כ-500 מיטות אשפוז, כ-60 מיטות אשפוז יום וכ-40 מיטות עריסת תינוק. בית החולים כולל בתוכו 5 חטיבות: החטיבה הפנימית, הכירורגית, ילדים, אימהות ומעבדות. החטיבה הפנימית כוללת 4 מחלקות פנימיות. להלן מבנה ארגוני היררכי של בית החולים ברזילי:



המחלקה: המבנה הפיזי

השינוי בו נדון בעבודה זו בא לפתור ביעה ניהולית במחלקה פנימית א' של בית החולים בריזלי באשקלון. המחלקה משתייכת לחטיבה פנימית של בית החולים הנ"ל. המחלקה ממוקמת בבניין החדש של בית החולים, בקומה השלישית מתוך ארבע קומות. במחלקה ישנם 14 חדרים עבור החולים, המיועדים לארבעה מטופלים בחדר. חדר אחד הינו חדר טיפול נמרץ ובו לרוב מאושפזים כשלושה חולים הנתמכים נשימתית ע"י מכונות ההנשמה, אך לעיתים גם חולים אשר נמצאים במצב קריטי ללא צורך בהנשמה, אלא להשגחה צמודה. בסוף המחלקה ממוקם חדר האוכל אשר משמש כיום גם הוא לאשפוז חולים. ממוקמות בו 8 מיטות עם פרגודים ניידים בין המיטות.

שני חדרים הממוקמים בתחילת המחלקה משתייכים ליחידה הקרדיולוגית אשר מנוהלת על ידי אותו צוות סיעודי, ומשתמש באותם משאבים לוגיסטיים של מחלקת האם-פנימית א'. הצוות רפואי המיומן והמקצועי בתחומו הינו חלק מהצוות הרפואי של המחלקה עצמה, עם זאת, מבחינה רפואית ואדמיניסטרטיבית החולים השייכים ליחידה זו מנוהלים באופן נפרד מיתר המחלקה.

במחלקה שני חדרי בידוד. בכל חדר שוכב מטופל אחד. האחות המופקדת בחדרים אלו היא אותה אחות המופקדת על החדרים הסמוכים באגף. במרכז המחלקה ממוקמת תחנת אחיות. ישנו דלפק עם מחשב ובו מצויים נתונים אדמיניסטרטיביים אודות החולים: מספר החדר במחלקה, שם פרטי ושם משפחה, גילאים ומס' תעודת הזהות וכן מידע אודות החולים הצפויים להתקבל אל המחלקה מהמיון (קבלות). מצד שמאל ממוקם חדר טיפולים שבהמשכו נמצא חדר להכנת התרופות. בחדר זה יש שולחן להכנת התרופות, מקרר התרופות וארון נפרד המיועד עבור נוזלים.

לקוחות המחלקה

במחלקה מטופלים חולים המאושפזים בצורה מתוכננת ודחופה לצורך טיפול ואבחון בעקבות תחלואה פנימית חריפה או לאיזון וטיפול בסיבוכי מצבים כרוניים, לצורך הכנה לבדיקות ולאחר חלק מפעולות פולשניות במחלקות ומכוני המרכז האחרים, ושיקומם עד לשחרורם הביתה. מנתוני 2009, כמות הקבלות לפנימית א' בשנה זו היו כ- 3048, ימי האשפוז כ- 12768, ממוצעי גילאי החולים המתאשפזים במחלקה 66, גיל אשפוז מקסימאלי 101, הגיל השכיח 81. סיבות האשפוז הינן רבות ומגוונות: מגוון רחב של מחלות פנימיות, כגון: מחלות לב, ריאה, דרכי עיכול, מערכת העצבים המרכזית, מחלות ממאירות, מחלות זיהומיות ועוד.

מבנה תפקידים פונקציונאלי-היררכי

הסגל הסיעודי כולל: הנהלת המרכז, מנהלת הסיעוד, מפקחת קלינית, שאחראית על כל החטיבה הפנימית, אחות אחראית מחלקה (בעלת מאסטר בסיעוד), סגנית אחות אחראית מחלקה (בעלת BA במנהל מערכות בריאות), שני ראשי צוותים והצוות הסיעודי, המורכב מ-35 אנשי צוות סיעודי וכוח-עזר אחת. מתוך הצוות הסיעודי במחלקה, 7 אחיות הן בעלות תואר ראשון ו-4 מתוכן בוגרות קורס על-בסיסי בטיפול נמרץ במבוגרים. ישנם 8 אחיות מעשיות, 4 מתוכן משלימות את לימודיהן להסמכה.

הסגל הרפואי כולל: מנהל המרכז, סגן מנהל המרכז, מנהל מחלקה, סגן מנהל מחלקה, רופאים בכירים ורופאים מתמחים.

הצוות פרא-רפואי במחלקה ישנו צוות נוסף המלווה את החולים יחד עם הצוות הרפואי והסיעודי. הצוות הפרא-רפואי כולל: דיאטנית, פיזיותרפיסט, עובדת סוציאלית ורוקחת. זהו צוות השייך למחלקה באופן רוטיני מיום ראשון עד יום חמישי.

צוות נוסף: מזכירה רפואית, תלמידה לסיעוד, בת שרות לאומי, ומתנדבת.

שיטות העבודה

במשמרת בוקר ישנן כ-11 אחיות, במשמרת ערב כ-6 אחיות ובלילה עובדות 4 אחיות. במהלך הבוקר הפעילות השוטפת הינה: מתן טיפול סיעודי ותרופתי, לקיחת בדיקות דם, בדיקות אבחון פולשניות ובלתי פולשניות. כל זאת מתקיים במקביל לביקור רופאים, המתנהל מדי בוקר בין השעות: 10:00-12:00. המחלקה מתחלקת לשלושה צדדים, כאשר לכל צד רופאים קבועים ואחות המופקדת על אותו הצד. כמו כן על החדר לטיפול מוגבר מופקדת אחות וכך גם על חדרי היחידה הקרדיולוגית.

הרשומות הרפואיות והסיעודיות הינן רשומות ידניות. השימוש במחשב הינו לצורך ניהול אדמיניסטרטיבי ורישום דוח מצבת חולים בלבד.

אספקת שירותי רפואה וסיעוד מתקדמים עבור קהל היעד, איכות ומצוינות בטיפול מידי צוות מקצועי ומיומן, פיתוח סביבת עבודה דינאמית ואיכותית העומדת בסטנדרטים קליניים גבוהים, הענקת טיפול כוללני והתייחסות אישית אל המטופל וצרכיו הביו-פסיכו-סוציאליים וקידום מקצועי ושוויוני בקרב הצוות.

השינוי

לתכניות מניעת זיהומים צולבים בבתי החולים השונים חשיבות בלתי מבוטלת ולהיפך, השלכות שליליות מרחיקות לכת רבות להעדר כאלו. הבעיה שהתעוררה במחלקת פנימית א' של בית החולים "ברזילי", קשורה בליקויים באספקת שירות מניעת זה ברמה המנהלית בעקבות בעיות הקיימות במחלקה כמו ליקויים בחלוקת אחריות בין אנשי הצוות השונים והגדרת תחומי סמכות ואחריות ביניהם (Xingxing, 2009). אין יישור קוו ואחידות בין אנשי צוות שונים באותה המחלקה ואף קיימים הבדלים ניכרים בגישות טיפוליות בין כל מחלקה ומחלקה, בלא קיום מדיניות ברורה בנושא. העדר נוהל מניעת זיהומים צולבים מובנה ויישומי משאיר שטח זה פרוץ ללא מענה. מצב זה מסכן את החולים המאושפזים העתידיים להשתחרר לביתם, אשר גוברים סיכויי חזרתם לאשפוז או הארכת זמני האשפוז בעקבות סיבוכים (Gordts, 2005).

בעניין זה, Glickman ואחרים (2007) טוענים כי מתן טיפול באיכות גבוהה הופך להיות יותר ויותר באחריות ארגונית הבריאות. ההנהלות של בתי החולים צריכים להגדיר ביצוע נאות של הדרכת הצוותים כחלק ממדדי איכות הטיפול ולהקצות מספיק משאבים ליישום תוכניות לשיפור האיכות בנושא זה. ככל שתשומת הלב לאיכות קלינית עולה בסולם העדיפויות, יהיה זה הכרחי עבור מוסדות בריאות לפתח מבנים ארגוניים וניהוליים התומכים בפיתוח וביצוע יוזמות לשיפור איכות וליצור מנגנוני הטמעה ופיקוח על איכות הטיפול. בצורה זו, בעיות מנהיגות המתעוררות במחלקה פנימית א' של המרכז הרפואי "ברזילי" קשורות לכל תחומי הניהול המתוארים בספר של Grossman and Valiga (2006), המייצגים צרכים תואמים: הנעת המוטיבציה והעלאת רמות ידע ומיומנויות בקרב אנשי הצוות; הבהרת ותיאום ציפיות, מטרות, ושיטות העבודה, יחד עם הגדרת תפקידים; תכנון ופיתוח; פיתוח, תזמון, והקצאת אחריות לביצוע נוהלי מניעת זיהומים קיימים; הנחיית ובניית פעילות אנשי הצוות, בקרה ומעקב על ביצוע המשימות.

המחקר של Jackson (2004) מתאר אלמנטים בתהליך הקמת מערכת הטיפול המונע,

שהם:

- ✓ הערכת אמונות וערכים של הצוות לגבי תפקיד מניעת שירותי בריאות.
- ✓ הערכת תוצאות תכנית מניעתית נוכחית הקיימת במוסד לשירותי הבריאות.
- ✓ פיתוח הפרוטוקולים של שירותים ברמות מנע שונות, כולל תיעוד ותחומי אחריות. לפי התיאור של אחות אחראית המחלקה, נושא זיהומים הוא נושא לא חדש כלל, והוא עולה מדי פעם במחלקות שונות ובתקופות שונות, בהתאם להתפתחויות ברפואה ובסיעוד, ולתוצאות מחקר, אך בעיקר בעקבות תביעות, נהלים חדשים, הנחיות טיפול חדשות או הערכות ממחלקת ניהול סיכונים. אולם, בקרב צוות המחלקה לא הייתה מודעות נאותה לבעיית הזיהומים הצולבים במחלקה. לא הורגשו במיוחד ההשלכות של המצב, ולא נוהלו סטטיסטיקות הזיהומים. הנושא עלה מפעם לפעם בלא נתונים מספריים מוחשיים, אלא בעקבות דרישות תזכורת מהנהלת בית החולים. הצורך בשינוי בא בעקבות שילוב של רוב הגורמים שהוזכרו: ניסיון תביעה בבית החולים, לימודי אחיות שרואינו, תלונות החולים ובעיקר בעקבות אירוע שפקד את המחלקה. בחדר לטיפול מוגבר אושפז חולה מונשם עם חיידק עמיד לטיפול אנטיביוטי שהתפשט עד למהרה לחדר המקביל שבו שני חולים מונשמים נוספים. מוות שלוש החולים הביאה למודעות מיידית לקיום בעיה וחומרתה, הן בקרב צוות המחלקה, והן בקרב הנהלת בית החולים.

לפי תיאורית המעבר של קורט לוויין, הצעד הראשון בשינוי ארגוני הוא לספק לאותו הארגון סיבה משכנעת לשינוי, כלומר היה הצורך באירוע משמעותי בכדי שהבעיה תהיה מוחשית (Burnes, 2004). וכן, התיאור של האירוע והשלכותיו הראשוניות מתאים לשלב ראשון של תיאורית המעבר של לוויין- שלב "ההפשרה". בשלב זה, מתעוררות שאלות לגבי דפוסי העבודה הנהוגים בארגון: האם הם הדפוסים היעילים (מבחינה חוקית, כלכלית, ניהול סיכונים, הנחיות עבודה מקצועיות, דרישות הלקוח, תרבות ארגונית, כללי אתיקה ניהולית וכד'), האם קיימות שיטות עבודה או תפישות שונות או חדישות יותר המתאימות יותר למצב המשתנה, האם הנהגים תואמים שינויים מחוץ לארגון, האם הם תואמים את הקדמה הטכנולוגית או בסיס מידע מדעי מתחדש ומחודש (Jackson, 2004).

שינוי ארגוני מושכל חייב להיות מלווה בתהליך דיאגנוסטי מקדים הן ברמת הפרט והן ברמת הארגון (Marquis & Huston, 2003). כך נעשה גם במקרה של מחלקה פנימית א'. ההדבקה זוהתה על ידי הרופאה במעבדת בקטריולוגיה. תפקידה בבית החולים, בנוסף לניהול המעבדה, לשמש כרופאה זיהומולוגית של בית חולים ברזילי. כחלק משלב "ההפשרה", המחייב הגדרת שורשי הבעיה להעלאת הצלחת שלבי הצבת המטרות והיעדים, התכנון, הביצוע (Burnes, 2004), נעשה חקר אפידמיולוגי מזורז שהעלה את הסבירות הגבוהה של חוסר שמירה על כללי מניעת זיהומים בהצלבה במהלך הטיפול הסיעודי השוטף כסיבה לאירוע. חקר מעמיק יותר על-ידי קבוצת מיקוד בהשתתפות אחיות מובילות מהשטח (כמו אחיות מנוסות, ראשי צוותים ואחראיות משמרות ערב ולילה) בזמן ישיבת צוות נתן כלים משמעותיים יותר לטיפול בבעיה על-ידי ניקוב בבעיות שהובילו למצב, וביניהן:

- ✓ חוסר ידע בקרב הצוות לגבי שיטות נהוגות בהקשר למניעת העברת זיהומים בכותלי בית החולים;
- ✓ חוסר מודעות הצוות לחשיבות הנושא, ואי לכך- חוסר רצון לנקוט באמצעים נדרשים;
- ✓ ליקויי התארגנות מובנית:
- ✓ חוסר מנגנוני הטמעת נהלי משרד הבריאות, בית החולים והמחלקה בנושא זיהום צולב;
- ✓ העדר סטנדרטים טיפוליים הכוללים נושאים רלוונטיים;
- ✓ ליקויים ברישום ואי לכך- דיווח ומעקב אחר אירועים תורמי זיהומים;
- ✓ ליקויים לוגיסטיים חמורים באספקת ציוד מתקלה.

לאחר הגדרת שורשי הבעיה, המהווים גם בסיס לרציונל להכנסת שינוי בכל ארגון, קל יותר לפתח קווי טיפול בבעיה ולהגדיר את מהות השינוי הנדרש, להציב מטרות, יעדים לטווח קצר, טווח בינוני וטווח ארוך, ולנסח קריטריונים להצלחת השינוי (Heathfield, 2008). לפי כן:

מהות, או נושא השינוי: מינוי אחות לתפקיד "נאמנת זיהומים", כחלק מפיתוח מנגנוני הטמעת נוהלי עבודה בנושא מניעת זיהום צולב במחלקה פנימית א' בית חולים ברזילי.

רציונל: תוצאות ביקורת של המחלקה על-ידי רופאה זיהומולוגית בעקבות התפרצות גל זיהומים צולבים, הציבו דרישות אולטימטיביות להתייעלות טיפולית ולוגיסטית. לדברי אחות אחראית המחלקה, כטיפול ראשוני לבעיה, כל הפעולות שנקטו מרגע הכרזת מצב חירום ואילך הוצגו כהנחיות חירום. הצוות התבקש לבצעם לאלתר והן כללו: לקיחת משטחים לכל החולים שאושפזו במחלקה באותה עת וטיפול בהתאם; הפסקת קבלת חולים מהמיון למחלקה פנימית א', הפרדה מוחלטת של האגף "הנגוע", החלפת וילונות, כל הציוד שהיה באגף קודם ניזרק והוכנס ציוד חדש, חיטוי ריהוט ע"י קיטור, הנחת שלטים כמו: "אזהרה הדבקה מיידיית", "סכנה- זיהומים", הפקדת צוות ניפרד באגף שניכנס בתחילת משמרת ויצא משם בסוף המשמרת; הדרכת המשפחות של המטופלים לגבי הבעיה ועל כך שאינם יכולים להיכנס לאגף. האירוע אולם נסתיים במוות שלושת המטופלים שנדבקו, אך אמצעי הזהירות והטיפול שנקטו עזרו להתגבר על סכנת העברת הזיהום מעבר למוקד כפי שהוגדר בתחילת התהליך. הצלחת תפעול האירוע הוכיחה כי מנגנון הפעלת מצב חירום על-פי הנוהל הקיים הינו יעיל ואינו דורש שינוי. אולם, חזרה לשגרה לא באה בחשבון והתברר שיש צורך מיידי בשינוי מהותי בהתנהלות העניינים וטיפול בסיבות שהובילו למצב מלכתחילה (Batcheller, 2007). כחלק מהתייעלות זו, נבדקו הנחיות עבודה מקצועיות לכל מקצועות הבריאות ופרא-רפואה בנושא זיהום צולב ונושאים מקבילים כמו התנהלות שירותי תמיכה לוגיסטית, לעיצוב קו טיפולי אחיד וסטנדרטיזציה מדעית וחוקית של כל התהליכים. בדיקת ושדרוג נהלים אלו נועדה להעלות את היכולת להימנע מתביעות פוטנציאליות של הלקוחות,

כמו גם לקצר תקופות אשפוז ארוכות בעקבות סיבוכי שאינם קשורים לאבחנה הראשונית, אלא לעובדת האשפוז עצמו (Barnes, Nennig et al, 2007). בנהלים אלו צוינו חובות העובדים והופקדה אחריות לביצוע ומעקב על דרגים מנהליים בהתאם לסמכויות הדרושות. מאידך, לדברי אחות אחראית המחלקה, לא דובר בנהלים אלו על שיטות לאכיפתם. דבר זה הוביל לזלזול מצד העובדים, בתחילה רק במילים, ולאחר-מכן גם במעשים, עד כדי פגיעה בלתי נשלטת במושגי שירותיות ואיכות הטיפול. התופעה תפשה תאוצה מוגזמת בזמן האחרון ואף גרמה לתלונות חמורות רבות מצד המטופלים. לאחר בדיקת המצב ווידוא נסיבות האירועים האחרונים שהביאו לקבלת תלונות מהלקוחות, התברר שלא קיימת במחלקה שיטה הגורמת לעובד להישמע להוראות עבודה. לכן, נושא האכיפה של הנהלים הגיע לראש רשימת הדחיפות והועבר לטיפול בעלי עניין.

על-פי כן, הוגדרו שתי מטרות התכנית: העלאת רמת הטיפול במחלקה על-ידי פיתוח מנגנונים להבטחת הטמעת נוהל מניעת זיהומים צולבים כחלק ממדדי איכות הטיפול, וקיצור תקופות אשפוז ומניעת אשפוזים חוזרים במחלקה על רקע זיהום נרכש בכותלי בית החולים. בכדי להגיע למטרה זו, הוצבו יעדי התכנית, לפיהן ננתח את הצלחתה. במסגרת פעילות להשגת יעד פיתוח תכנית הדרכת הצוות בנושא זיהום צולב מובנית בצורה מדעית מושכלת נערכו מספר ישיבות צוות לימודיות בהן הועברו הדרכות לצוות אחיות העובדים במחלקה בנושא זיהום צולב ושיטות עבודה למניעתו על-ידי הרופאה הזיהומולוגית, המכוון גם להשגת שני יעדים נוספים: העלאת מודעות הצוות לחשיבות ביצוע העבודה לפי הדרישות החדשות ופיתוח מיומנות הצוות הסיעודי בנושאי ההדרכה זיהום צולב.

במסגרת כל שינוי ארגוני, יש לחזק את המשאבים הקיימים, על ידי זיהוי מנהיגים מכל רמות הארגון, ההנהלה הבכירה וחברים אחרים של הארגון הפנימי (המחלקה). חיזוק המחויבות שלהם באמצעות אימון וחינוך (Heathfield, 2008). חלק מחברי הארגון מקבלים בדרך כלל תפקידים נוספים הקשורים בעיקר לתהליך השינוי עצמו. ההבהרה בתחילת תפקיד חשובה עקב ההשלכות של הלחץ מהתפקיד שעשויות להיות הרסניות, עבור קבוצת עבודה ועבור העובד שנמנה לתפקיד (Whitaker, 2009). בהתאם למסקנות המתבקשות מהספרות בנושא, הוגדרה אחריות לנושאי זיהום צולב בין אנשי הצוות, אחת האחיות מונתה לתפקיד נאמנת זיהומים במחלקה, איתה נערך ראיון נוסף. לפי תפישתה, עליה להמשיך בתכנית הדרכות הצוות השוטפות ולפתח נהלים יישומיים ומנגנוני הטמעתם בהמשך, כולל רישום מוסדר של אירועים חריגים בנושא בתיק ניהול סיכונים במחלקה, חקר אירועים אלו, הסקת מסקנות והצעת המלצות בהתאם. האחיות האחראיות על נושא הזיהומים שמונתה הינה בעלת תואר ראשון בסיעוד וקורס על-בסיסי בטיפול נימרץ כללי, היא אחות בעלת ניסיון קליני כ-18 שנה. אותה האחיות רואה בסיעוד מקום מרכזי בטיפול הכוללני בחולה, כמנהל ומנתב את איכות הטיפול. היא רואה בכל אחות אחראית למתרחש במחלקה במלואו המובן של המילה, ומדגישה את חשיבותו של הטיפול המושכל ומבוסס מדעית. לצורך כך על האחיות להיות מושכלות, ללמוד הרבה, לחלוק בידע שרכשה עם שאר אנשי הצוות ולהציע שיפורים בהתאם לנלמד. הסיעוד בעיני נאמנת הזיהומים הוא מקצוע הדורש לימוד מתמשך, לעמוד בקצב של ההתפתחות הטכנולוגית וללכת עם המחקר העדכני בשטח הרלוונטי. לפי Gordts (2005), אלה תכונות וקישורים הנדרשים לאחות המובילה תחום מניעת זיהומים בבית החולים, והשקפות עולם אופייניות המובילות לשינוי אמיתי בתחום. כמו-כן, הספרות מתייחסת לתחומי פעילות נוספים: על אחראית התחום ללכד את אנשי הצוות המעורבים בתכנית על כל שלביה סביב עיקרי המטרה, להעלות את מוטיבציית הצוות להטמעה חלקה ומלאת לקחים חיוביים שיופקו ביעילות ובמהירות, להתגבר על ההתנגדויות הרבות הצפויות מצד אנשי הצוות שלא השתתפו עד כה ולא ישתתפו בעתיד בכל שלב שהוא בפיתוח התכנית, אך יהיו חייבים בביצועה כנראה ללא גמול כספי מיוחד (Shanley, 2007).

i. שלב המעבר

נתאר את עיקרי השלב השני לפי התיאוריה של לוויין- "המעבר" בתהליך השינוי, כפי התברר בשטח בעקבות הערכתנו.

תהליך שינוי בארגון הוא תהליך המפר את האיזון במערכת וגורם להתנגדות לשינוי כתהליך השואף להחזיר את המערכת למצבה הקודם והמוכר. ההתנגדות לשינוי הינה חלק מובנה בתהליך זה. לפי הגישה המערכתית, אין שינוי ללא התנגדות. ההתנגדות באה לידי ביטוי בדרכים שונות. אחת הדרכים הבולטות היא סירוב לקבל את הסמכות של הממונים החדשים. לעיתים הסירוב סמוי, לעיתים גלוי. ניתן לראות השלכות רגשיות בעוצמות שונות בארגון אצל כולם. אלה שעלו בהיררכיה ונידחים על ידי חבריהם המתנגדים לקבל את מעמדם החדש וחושבים שתפקיד זה אינו מגיע להם ואלה שלא התקדמו ומרגישים תקועים ולא מוערכים (Whitaker, 2009). בעקבות תחושות משתנות של אכזבה, כעס ופגיעה, וההשפעות של השנוי עצמו על הפרט, הפוגעים

באקלים הארגוני ובשיתוף הפעולה של הצוות, יש ירידה בתפקוד ובמוטיבציה וניתן בהחלט לחוש במשבר בתוך הארגון. תחושות אלה הינן חלק מתהליך השינוי שלא מוקדשת לו תשומת לב מספקת (Zobroski & Smythe, 2008). ההסתכלות ממוקדת במבנה הארגוני בצורה תכליתית ופרקטית איך לבצע את השינוי, אך אינה רואה את האדם בתוך התהליך ומתייחסת להתנגדות כגורם מפריע לסדר החדש שרוצים ליצור (Blakely, 2008). הגישה הניהולית להשלכות הרגשיות של תהליך השינוי באה לידי ביטוי במספר אופנים, והטובה והמתאימה ביותר למצב המתואר ביניהם- לווי העובדים באימון אישי ובסדנאות על מנת לבנות עימם את הזהות המקצועית החדשה שתתאים לתפקידם, תאפשר להם להתמודד טוב יותר עם הקשיים, לסייע לשחרר קיטור, להרחיב את שדה הראיה ולראות את מה שקורה להם בפרספקטיבות נוספות (Whitaker, 2009). במצבי משבר או שינוי, יש לשתף את העובדים בהחלטות שניצבות מולם ולבקש את עזרתם בניסיון למצוא פתרונות שיוכלו לסייע להמשיך ולשרוד, ולפתח מנגנונים ארגוניים בהם העובדים יוכלו לתרום מניסיונם ומרצם למען הצלחת השינוי המתבקש (Contino, 2004). לכן, מציעה הספרות, לטווח הקצר העצה המעשית ביותר שניתן להעניק ואשר הוכחה גם בעבר היא- לאסוף את העובדים ולהסביר בפני מה הארגון או החברה ניצבים (Blakely, 2008). יש לפנות אל צרכיהם כגון השתייכות, הערכה חברתית ומימוש עצמי. אל מול צרכים אלו יש לפתח תרבות ארגונית שתפקידה לתת משמעות לכל צורך כזה ולסייע לעובד לתת מעצמו מעבר לדרישות התפקיד הפורמאליות. אם נעודד את העובדים לעבוד יחדיו לשם השלמת המשימה, תוך כדי מתן עזרה האחד למשנהו, נוכל להעניק לעובדים תחושת שייכות למשהו גדול שקורה סביבם ושהם נוטלים בו חלק. העצמה או מתן אוטונומיה במילוי התפקיד יסייעו לתת לעובד כלים רבים יותר להתבטא ללא חשש וכך גם לנצל את היכולות הטמונות בו תוך כדי הגשמת מטרותיו ושאיפותיו, למימוש עצמי מקסימאלי (Marquis & Huston, 2003). תהליך השינוי כולל בתוכו התגברות על תהליכי האינרציה תוך ניסיון לשנות בינוניות, המתחילים כאמור בהערכת השינוי הנדרש ותכנונו. כבר בשלב זה מתעוררים תהליכי התנגדות לשינוי, המתגברים מאד בשלב המעבר של תהליך השינוי לפי לווי, כאשר לקיימים ביניהם יש למצוא פתרון יעיל ולמנוע ככל שניתן סיבות פוטנציאליות להתנגדויות אחרות (Blakely, 2008). אחת השיטות לעקוף תהליכי התנגדות היא תקשורת השינוי. חוסר וודאות בקרב הצוות שעתיד לעבור שינויים הינו גורם מעקב, ואף פוגע ועוצר בתהליך השינוי. ולהיפך, שיתוף הצוות בהחלטות ועדיף גם בתהליך קבלת ההחלטות הינו גורם מעודד צמיחה ומקדם שינויים (Nelson & Aaron, 2005). אולם, השינוי הוכנס למחלקה בתוך זמן קצר ולא צפוי. ההנחיות לעריכת השינוי הונחתו על ידי צוות מנהלי מחוץ למחלקה שכלל את הרופאה האחראית לזיהומים, אחות אפידמיולוגיה של בית החולים ומנהל המחלקה. האחות האחראית הייתה שותפה לתהליך ברמת ביצוע ההוראות אך לא שותפה להחלטות. הצוות לא השתתף בשלבי ההכנה ואף לא הודרך מקצועית בצורה ראויה ונאותה. מהראיון עם אחראית המחלקה התברר, כי מדי בוקר וצהריים (כהכנה למשמרת ערב) התקיימה מעין ישיבת צוות בהולה וקצרה. למשמרת לילה הושארו הוראות כתובות על הלוח בחדר אחיות. בנוסף, הרופאה הגיעה כ-3 פעמים במהלך התקופה לתת הרצאה בנושא זיהומים. כל אלה נעשו בצורת אילוף הכרחי ללא אפשרות בחירה מצד הצוות, ואף ללא התחשבות בדעתם בעניין. כמובן, בגלל חומרת המצב שנוצר בלית ברירה הנהלת בית החולים קבלה תמיכה מלאה מצד הצוות בשלב תכנית חירום וטיפול ראשוני בבעיה. מאידך, גם בגלל הסיבות שתוארו לעיל, וגם בגלל חוסר מדיניות ארוכת טווח ברורה בנושא, זמן קצר לאחר סגירת האירועים הכול נשכח וחזר כפי שהיה. על-פי הניסיון בשטח, כמו שגם הוכח על-ידי מחקרים מדעיים רבים, כוחו של כל נוהל טמון בין היתר ביכולתו להיות מיושם גם מבחינה מעשית וגם מבחינת בקרה ומערכת עונשין בגין אי מילוי הוראות (Contino, 2004). בהקשר זה, מטרת הענישה המשמעתית היא שמירה על התנהגות צייתנית בהקשר לכללים שרירותיים שנקבעו מראש או להוראות חדשות כלשהן. הפרת כלל שנקבע תגרור ענישה שמטרתה מניעת הפרה עתידית של כללים. ענישה משמעתית יוצרת אצל האדם הנענש זיקה שבין אי-ציות לבין עונש, ומטרתה למנוע ממנו את הרצון להפרה עתידית (ויבל רון, 2006). מצד שני, הגברת הדרישות בתהליך השינוי עלול להוביל לחוסר ביטחון ושליטה ברמת הפרט ולרמות גבוהות של מתח, זאת עקב ירידה בבהירות התפקיד (Tvedt, Saksvik, & Nytrø, 2009). כל אלה אינם תומכים בענישה כשיטה טובה להטמעת דפוסי עבודה חדשים (Zobroski, & Smythe, 2008). תהליך בריא, מצד שני, עשוי להפחית את החוויה של הלחץ ולהקל על ההתמודדות עם מצבי לחץ הקשורים לדרישות מוגברות באמצעות שיפור סביבת העבודה- הבנה טובה יותר של תהליכי שינוי תסייע בכך. כדי להגיע לשיתוף פעולה מרבי מצד הצוות ולעזור להתמודד עם ההתנגדות, נכון להפעיל תהליך של טיפול פרטני במתנגדים תוך הפעלת מערך שינוי לשינוי ארגוני הנשען על עקרונות של הוגנות, תקשורת פתוחה, תמיכה ושיתוף (Liebler & McConnell, 1999). הנהגה, הידועה גם כמוטיבציה, היא מכלול התהליכים אשר מעוררים, מכוונים ומשמרים את ההתנהגות

האנושית לעבר מטרה מסוימת. המוטיבציה היא גירוי חיצוני שבעקבותיו אנו פועלים. מכאן, שהתהליך ההתנהגותי בנוי על בסיס חיזוקים והמוטיבציה נגרמת עקב תמריצים חיצוניים ופנימיים שיעודדו את העובד לעבוד (יובל רון, 2006). בין המניעים הגורמים לאנשים לפעול- הצורך בהישג, כלומר הרצון להתמודד עם אתגרים ולחוש תחושת סיפוק כאשר עומדים בהם. מניע נוסף, היא הסקרנות כדבר הישרדותי לחקר העולם, זיהוי הסיכונים ולימוד להתמודד עמם. הרצון של האנשים להיות חלק מקבוצה מניע את האדם לפעול במידה שכתוצאה מפעולותיו הוא יהיה חלק מקבוצה כלשהי (Marquis & Huston, 2003). ליישום גישת המניעים והצרכים יש לספק לעובדים את הצרכים הבסיסיים ביותר ובמיוחד את הצורך שלהם במימוש עצמי ולתת תפקידים מאתגרים שיעוררו אצלם את הסקרנות ואת הצורך בהישג, מה שיעניק להם מוטיבציה רבה יותר לבצע את התפקיד שלהם. בפנימית א' של בית חולים ברזילי עקרונות אלו לא ייושמו עדיין לא בחלקם ולא במקצתם. אי לכך, השינוי לא הגיע עדיין לסיום שלב המעבר ובכדי להימנע מכישלון בטרם מעבר להקפאה מחדש, השלב השלישי בתהליך השינוי לפי התיאוריה של לוויין, התכנית חייבת להשתדרג בדחיפות, בהתאם לסקירת ספרות שהוצגה.

ii. שלב ההקפאה מחדש

שלב ההקפאה מחדש מתחיל לאחר הערכת מצב הישגי השינוי וקביעת המצב כמשביע רצון ובעל יכולת תפקודית לאורך זמן ביעילות ובהתמדה (Burnes, 2004). הערכת תוצאות הפעלת תכנית מניעתית במוסד לשירותי הבריאות היא אלמנט הכרחי לקביעת יעילותה ועלויות תועלת (Zobroski & Smythe, 2008). כפי שצוין קודם לכן, העדר תוכנית מניעת זיהומים במחלקת פנימית א' המוערכת, גרם לסיכון מטופלי המחלקה, ועליה ניכרת בעומסי עבודה ולירידה ברמות של שביעות רצון הלקוח מן שירות במחלקה בעקבות כך. לכן, חשוב ביותר לקבל מושג על השינויים, חיוביים ושליליים כאחד, שנגרמו במערכת על-ידי ההתערבות (Contino, 2004) על-פי לוויין, בטרם מעבר לשלב השלישי של תהליך השינוי, יש צורך בהקפאת המצב (Burnes, 2004).

הכלים למדידת מידת השגת המטרות

- ✓ אומדן ידע האחיות בנושאי מניעת זיהומים ;
- ✓ שאלון הערכת התכנית על-ידי הצוות הסיעודי, הכולל אומדן תפישות הצוות בנושא הצרכים להדרכה נוספת ותכנית והרגשת הצוות לגבי קישוריהם בנושא ורמת הידע הנחוץ ;
- ✓ בדיקת מלאי ציוד הנחוץ לביצוע נאות של הנוהל במחלקה ;
- ✓ אומדן שכיחות הזיהומים הצולבים, הכולל עריכת סטטיסטיקת אבחנות, אורך אשפוז וכמות אשפוזים חוזרים לפי סיבות רלוונטיות לנושא (כלי לטווח הארוך, לפחות שנה ממועד הכנסת השינוי)
- ✓ אומדן שביעות רצונו של המטופל המשתחרר.

קריטריוני הערכת התכנית

- ✓ ההדרכות התקיימו כמתוכנן, כל הנושאים הכלולים הועברו במלואם.
- ✓ כל הצוות הסיעודי נוכח בהדרכות.
- ✓ רמת הידע של הצוות בנושאי מניעת הזיהומים תעלה ; הצוות הסיעודי מכיר את נוהל מניעת הזיהומים ; כל אחות במחלקה תהיה מודעת להשלכות אי ציות לנוהל.
- ✓ ציוד קבוע ומתקלה הנחוץ לפי נוהל מניעת זיהומים יתקבל ממחסן הציוד באופן רציף ושותף ויותקן במקומו המיועד ; יוקצה תקציב הולם את צרכי המחלקה בציוד זה ;
- ✓ רמת המוטיבציה של האחיות תאפשר התמדה בביצוע הנחיות עבודה חדשות.
- ✓ תוצאות סקר שביעות רצון של המשתחררים יראה שיפור רב בתחום מניעת זיהומים.
- ✓ ירידה משמעותית במספר זיהומים צולבים, ירידה ניכרת בכמות האשפוזים החוזרים ואורך האשפוז הקשורים בזיהום נרכש בכותלי בית החולים לאחר הפעלת התכנית.

לאחרונה פותח מגוון רחב של תוכניות המבוססות על מנגנוני שינוי המובילים לשיפור איכות השירות והטיפול במוסדות בריאות שונים. שיטות מסורתיות לשיפור איכות מתמקדות בחינוך, מדדי איכות ותוצאות סופיות של התהליך, שימוש בתמריצים כספיים כדי לציין ביצועים נמדדים ותגמול עבור הביצועים. עם זאת, ישנם מספר שיקולים חשובים ביצירת מבנה המתאים לניהול התוכניות. ברמת בית החולים, חשוב להגיע להסכמה על מדדים לעיבוד. פעולה זו תגרום להבטחת דיוק, תמקסם את היעילות, ותקטין את נטל העלות עבור שירותים קליניים בודדים. יש להקים את הצוות הארגוני. חשוב שאנשי הארגון יבינו את יחסי הגומלין בין יכולת הארגון להשיג את המשימה שלה לבין ההצלחה בעתיד.

היבט נוסף והחשוב ביותר הוא רמת שיתוף העובד מן השורה בכל תהליך שינוי. באם עיקרון זה נלקח בחשבון על-ידי הנהלות בתי חולים, עובדיהם מהשורה הראשונה יתאמצו מאד לסייע לארגונים שלהם בהטמעת שינויים ביעילות ומהירות. זיהוי הגורמים לבעיות המתעוררות במהלך העבודה, הם בבסיס השיטות להשגת הלמידה הארגונית. כדי לשפר תוצאות ארגוניות, יש להציע שינויים בתהליכים ופעילויות המבוססים על שילוב בין הידע התיאורטי מהספרות המקצועית בנושא השינוי (שביכולת הצוות לסקור ולסכמו), לבין הידע וניסיון הצוות מהשטח הספציפי. תיקון והסרת הגורם הבסיסי יכול לעזור לשינויים, אולם שינויים בבתי חולים חייבים להיות שינויים ברמה הכוללת את ההנהלה, שתפקידה להגדיר את מטרות בית החולים, כיוון אסטרטגי ומדיניות תפעולית בהתאם. אלו עשויים להשפיע משמעותית על מטרות ועדי כל תכנית שינוי מקומית בכל מחלקה, על האסטרטגיות, מדיניות בכל נושא, יכולת גיוס משאבים נדרשים והישרדות. שינויים מיוחדים דורשים שינויים עמוקים של בית החולים: הטכנולוגיים, מבניים, ארגוניים, מנהליים ואחרים.

עבודה זו עסקה בהשלכות ניסיון הכנסת שינוי בלתי מתוכנן, ללא הכנה מוקדמת של העובדים ושל הקבוצות הרלוונטיות, כאשר השינויים מבוצעים בשיטה של "כיבוי שרפות". ללא הבדיקות בשטח של הסיבות לאירוע שהוביל לצורך בשינוי וללא אבטחת עתודות הולמות, הן מבחינה לוגיסטית והן מבחינת המשאב האנושי, תוכניות מסוג זה נותנים אולם פתרון מיידי למשבר אך אינם עומדים למבחן הזמן. השינוי שהוכנס באופן מתוכנן, באופן כולל ובחזית רחבה הוא זה שיניב פירות משמעותיים ויישאר קבוע. לאומת זאת, השינוי עליו דובר בעבודה לא היה מתוכנן, וכולל בשלב זה יצירת תפקיד חדש של נאמנת מניעה וטיפול בזיהומים בלבד, ללא הגדרת תחומי אחריותה וסמכותה. כפי הנראה, השינוי נמצא בין סוף שלב ההפשרה לבין תחילת שלב התנועה לפי הגדרות מודל השינוי של לוין.

הצלחה או כישלון של תהליך השינוי תלוי בהערכה נכונה של צרכי השטח, מידת שיתוף הצוות בתהליך קבלת החלטות, היבטיו, ערכיו, מטרותיו ויכולת סוכן השינוי, נאמנת תחום מניעת הזיהומים במקרה שלנו, להשגת שיתוף פעולה והעלאת המוטיבציה של הצוות, כושר המצאה ויצירתיות; הצלחת גיוס משאבים להכנות לקראת התכנית ותקציב להמשכיותה, שיתוף פעולה בין חלקי הצוות השונים במקצועם ומעמדם, גיוס והפעלת מומחים בנושא השינוי ושימוש במה שהציעו, רמת התמדת המבצע- האחות כסוכנת השינוי; יחסים הבין אישיים בתוך הצוות, בין מנהלי המחלקה לבין ההנהלה של המוסד הרפואי, ומידת התאמת התכניות למציאות בשטח. כל שינוי נתפס תחילה כדבר מאיים, אך אם עומד מאחוריו היגיון ותכנון, הצוות וההנהלה מכירים בחשיבותו ומשתפים פעולה.

ספציפית לנושא זיהום צולב, לצורך מניעתו, ניתורו ושליטה טובה על הזיהום הצולב

במסגרת בית החולים, חייבים להיעשות פעילויות לפי עקרונות הבאים:

- ✓ הגדרת תחום אחריות ותחום סמכות של מפעילי התכנית בכל הרמות;
- ✓ הערכה מחודשת של התכניות המופעלות, כולל יעילותן, תקצובן, מידת הטמעתן וניתוח כשלים;
- ✓ פיתוח, הטמעה והערכה תקופתית שותפת של מדיניות, תהליכים וסטנדרטים טיפוליים בהתאם לתוצאות ההערכה לפי קריטריונים מדידים ברורים;
- ✓ פיתוח בסיס ידע מדעי התעדכן מהספרות המקצועית ומהניסיון בשטח;

- ✓ איכות עבודת האחות לאחר אימוץ הנחיות עבודה חדשות תלויה בין היתר בהכשרה שיש לצוות הסיעודי. פיתוח ידע מעלה את הביטחון של הצוות הסיעודי בעבודתו ומשפר את איכות הטיפול;
- ✓ רישום ועיבוד סטטיסטי של נתוני תחלואה וניהול גורמי סיכון קיימים ופוטנציאליים ברמה תפעולית;
- ✓ הפעלת תוכניות ניתור וניהול תחלואה תעסוקתית;
- ✓ ניתור שימוש באנטיביוטיקה, חומרי ותהליכי חיטוי ועיקור בטרם שימוש חוזר בציד קבוע, דפוסי שימוש באמצעי הגנה;
- ✓ ניהול ישיבות צוות מרעננות וישיבות הנהלה שותפות בנושא מצב זיהומים צולבים.

ביבליוגרפיה

- www.Articles.co.i יובל רון (2006). מוטיבציה בעבודה. מאמרים לשימוש חופשי. נמשה מאתר :
- Batcheller, J. (2007). Maximize your impact with leadership domains. *Nursing Management*. 6: 52-53. Retrieved from www.nursingmanagement.com
- Barnes, S., M. Nennig, et al. (2007). Development of a Standard Infection Prevention and Control Preceptor Program. *American Journal of Infection Control* 35(5): E80-E81.
- Blakely, L. (2008). How to Manage Your Team in a Downturn (and Come Out on Top). *BNET.com*.
- Burnes, B. (2004). Kurt Lewin and the Planned Approach to Change: A Re-appraisal. *Journal of Management Studies* 41(6), 977-1002. Blackwell Publishing Ltd.
- Contino, D.S. (2004). Leadership Competencies: Knowledge, Skills, and Aptitudes Nurses Need to Lead. *Critical Care Nurse*. 24(3): 52-64. Retrieved from ProQuest Health and Medical Complete.
- Glickman, S.W., Baggett K. A., Krubert, C.G., Peterson, E. D. & Schulman, K.A. (2007). Promoting Quality: The Health-Care Organization from a Management Perspective. *Internal Journal Quality Health Care*, 19(6). pp. 341-348.
- Gordts, B. (2005). Models for the organization of hospital infection control and prevention programs. *Clinical Microbiology & Infection* 11(s1): 19-23.
- Grossman, S.C. & Valiga, T.M. (2006). The New Leadership Challenge: Creating the Future of Nursing. Philadelphia: F.A. Davis, Co.
- Heathfield, S.M. (2008). Use Performance Management to Help People Succeed and Improve. *Management.about.com*
- Jackson, P.L. (2004). A Systems Approach to Delivering Clinical Preventive Services. *Pediatric Nursing* 28(4). pp. 377-381.
- Liebler, J.G. & McConnell, C.R. (1999). Directing and Controlling: the Critical Cycle. Management principles for health professionals. 4th ed. pp: 267-292.
- Marquis, B.L. & Huston, C.J. (2003). Leadership Roles and Management Functions in Nursing Theory and Application. Lippincott Company, Philadelphia, PA.
- Nelson, K. & Aaron, S. (2005). The Change Management Pocket Guide. *Change Guides LLC*.
- Shanley, C. (2007). Management of change for nurses: lessons from the discipline of organizational studies *Journal of Nursing Management*, 15, 538-546
- Tvedt, S.D., Saksvik, P.Ø. & Nytrø, K. (2009). Does Change Process Healthiness Reduce the Negative Effects of Organizational Change on the Psychosocial Work Environment? *Work & Stress*, 23(1), 80-98.

- Whitaker, C. (2009). A Chief Nursing Officer's Perspective. *AORN Journal*. 89(4):745-748.
- Xingxing, Z. (2009). Infrastructure and core quality management practices: how do they affect quality? *International Journal of Quality & Reliability Management*. 26 (2). pp. 129 – 149.
- Zobroski, B. & Smythe, V. (2008). The Secret to Effective, No-Hassle Performance Reviews. *Success Factors, Inc.*

המכללה האקדמית לישראל רמת-גן
מינהל מערכות בריאות תואר MA

4.20 **בית חולים עתידי בשנת 2025.** גרודזינסקי רון סטלה, זול מירה, נטי אהרונוף
רשל.

16.01.2012

מערכת הבריאות בישראל, כמו מדינות אחרות בעולם מושפעת מהתפתחויות היסטוריות, כלכליות, התרבותיות והערכיות של הסביבה החברתית. בישראל בשל האילוצים הביטחוניים, קיים קושי לשמר את הבריאות בסדר העדיפויות החברתי. מאידך דומה כי התייחסות הציבור הישראלי לבריאות שונה מזו של עמים אחרים. (בן נון וחב', 2009)

מאז משבר הנפט בראשית שנות השבעים, מצויות מערכות הבריאות בכל העולם המערבי בתהליכי שינוי ורפורמה. העולם מצוי בפני קצב גובר והולך של שינויים בכל תחומיים החיים – דמוגרפיה, כלכלה, פוליטיקה, מדע, תרבות סגנון חיים, אקולוגיה ועוד. מערכת הבריאות ושירותים חברתיים אחרים מושפעים מתחומים המשתנים ומשפיעים על הסביבה שבה הם מצויים. (בן נון וחב', 2009)

תחזיות בתחומים שונים הקשורים להתקדמות טכנולוגית או מדעית עוסקות מטבע הדברים לא בנתונים בודדים אלא בנתונים מורכבים. לא רק העתיד, שמטבעו אינו ברור, מהווה תעלומה אלא גם האינטראקציה בין גורמים שכבר יודעים ומשפיעים על מערכת הבריאות ועל המטופל כפרט אינה פשוטה לחיזוי. התפתחות הטכנולוגיות החדשות וניסיון ההולך וגדל של הרפואה הקלינית מכריעים את השפעתם על הרפואה העתידית. בתי חולים כחלק אינטגרלי של מערכת הבריאות, התשומות והתפוקות של בתי החולים מושפעות באופן ישיר מקשרי הגומלין של הממשלה כגוף מחוקק, מפקח, קובע מדיניות ורגולציות ומקצה משאבים ותקציבים, קופת חולים כמבטח עיקרי וכספקי שירותי בריאות קהילתיים ואחרים המוגדרים בסל הבריאות והציבור כצרכן השירותים וכמממן באמצעות מסים, ביטוחים ותשלום ישיר. (תורן, פיקר, 2009)

במצב הנוכחי, עם שינויים והיכולת הטכנולוגית אשר נמצאת במגמת עליה, תקציב המופנה לבריאות, כוחות השוק ובאמצעות הספרות, ננסה בעבודה זו להביא לידי ביטוי את המגמות השונות בתחום הרפואה והבריאות והשפעתן על תפקוד בית החולים העתידי ותפקידו.

השינויים הצפויים בתפקידים של בית החולים

מבט לרפואה עתידית

האצת תהליך העיור במאה הנוכחית המעבר והתרכזות לעיר, מעברים בין המדינות והתפתחות קשרים כלכליים, ניידות הגדולה בין המדינות ובתוך המדינות, עליה ברמת החיים של הפרט וריבוי שעות הפנאי הובילו להתפתחות תרבות הפנאי ותרבות צריכה. (בן נון וחב', 2009)

כמן כן מוצר הצריכה הרפואי עובר שינוי ומהפך, "צריכת רפואה" הופכת לצריכת בריאות. פרט לרצון לדעת על אבחנה, סיבה וטיפול המומלץ למחלה, פנינו לעתיד כדי ללמוד מהם הסיכונים לפתח מחלה, מהם דרכי המניעה וכיצד ניתן לשנות אורח חיים כדי להישאר בריאים. שינוי בטרמינולוגיה וגישה לבריאות, הרפואה שהפכה ממוצר מקומי למוצר

גלובלי, מאפשר קבלת מידע וחוות דעת מכל מקום באמצעות מערכת המידע ותקשורת. קרוב לודאי שבעתיד ניתן יהיה לקבל חלק מהשירותים והטיפולים ללא צורך לעבור ממקום למקום או ממדינה למדינה. **צרכנות רפואית** מקבלת משמעות שונה כלומר, בחירה חופשית של מספקי שירותים כאשר הבסיס יוכרע על פי איכות רפואית, רמת השירות וזמינותו. מדידים אילו יהיו נגישים לצרכן בצורה מדידה והשוואתית ולכן כל ספקי השירות ובתי החולים יהיו חייבים למדוד את איכות הטיפול הרפואי ולהציג זאת בצורה פתוחה וידידותית ל"משתמש" הלא מקצועי. הגישה האקטיבית של בריאים לבריאותם ולמניעת מחלות עתידיות תשנה את פני התחלואה בעולם המודרני וכן החולים נוטלים חלק פעיל בניהול מחלתם ובמניעת סיבוכיה. (תורן, פיקר, 2009)

תחזית השינויים במערכת הבריאות נובעים גם מעליה בתוחלת החיים של הקשישים וירידה בתמותת תינוקות. **תוחלת החיים** בישראל בשנת 2009, בקרב הגברים הייתה 79.7 שנים ואילו תוחלת החיים אצל נשים 83.5 שנים. ראוי לציין כי תוחלת החיים בקרב גברים ונשים בישראל גבוהה יותר מהממוצע של מדינות OECD. ירידה משמעותית ניכרת **בתמותת תינוקות** בישראל וכן בין אוכלוסייה היהודית וערבית, אף הפער בין שתי האוכלוסיות הצטמצם החל מ-1970 עד 2008 כאשר מגמה זו נשמרת לאורך זמן. (אברבוך וחב', 2010). העלייה בתוחלת החיים הממוצעת וירידה בתמותת תינוקות, כלומר השינויים הדמוגרפיים מגדילים את "**יחסי תלות**" הכלכלי כלומר בני 0-18 ובני 65+, על כל המשמעות הכרוכה בכך בנושאי פנסיה, הוצאת בריאות ועוד. (בן נון, וחב' 2010)

שינויים טכנולוגיים מאפיינים את העשור האחרון, הכנסת טכנולוגיות חדשות ומשמעותיות הן בתחום האבחון והן בתחום הטיפול הרפואי. בדיקות גנטיות לרבות מיפוי הגנום האנושי ואולטרא סאונד לנשים בהריון, מתברר שרמת ההוצאה על נושא זה הינה בין הגבוהות ביותר בעולם. מספר הריונות חוץ גופית ומספר היחידות בישראל עולה במידה מרובה על שיעורים בכל מדינה מערבית אחרת בשל סיבה ערכית וסיבות אחרות. (בן נון וחב', 2010). שינויים טכנולוגיים מקיפים גם תחומים אחרים כמו אבחון ומעקב אחר אדם הבריא, תחום הדמיה והאבחון של מחלות, תחום הטיפול התרופתי ותחום טיפול החודרני, השימוש ב-CT ו-MRI 'ביצוע ביופסיה בהנחיית US, הטיפול בלב ובמוח באמצעות צנתור המוחדר לכלי הדם אשר מחליף ניתוח לב ומוח מסובכים. ייתכן שלשינויים הטכנולוגיים תהיה השפעה מכרעת על אספקת שירותי בריאות וכן יהיה דיון מתמשך בהכנסת טכנולוגיה לסל הבריאות. תחזית העתיד לאור השינויים הטכנולוגיים תחשוף את מערכת הבריאות **לדילמות אתיות** חדשות ותגביר את **הפערים בין עניים לעשירים** ויכולתן של אוכלוסיות מסוימות ליהנות מההתפתחויות החדשות בתחום הבריאות. (תורן, פיקר, 2009)

הפער בין יכולתה של המערכת הציבורית לספק שירותים ובין הטיפולים, התרופות ושירותי האבחון שיהיו קיימים בשוק, יגרום לכך **שההוצאה האישית תעלה, שוק הביטוח הפרטי** ישגשג, אולם גם **דרישות והציפיות** של החולים לשירות ואיכות עולות כאשר הכיסוי הוא פרטי מעל ומעבר לדרישות וציפיות משירות מהוצאה ציבורית. (תורן, פיקר, 2009). הדרישות והציפיות מאמצות יותר כללי תחרות חופשית בנותני השירותים, הרצון להישגיות,

הרגישות לצורכי הפרט וזכותו למעורבות מתעצמים בעוד שמעורבות מדינית וכלכלית מצטמצמת. אם כי, ניסיון האירופאי מלמד שתמריצים תחרותיים בצד הביקוש פחות יעילים לצד ההיצע של המערכת הבריאות וכן הניסיון בארצות הברית בנוגע היצע תחרותי של חברות הביטוח מראה על כפילויות, הוצאות מינהל ורמות מחירים גבוהות וכן סינון מטופלים ופגיעה בחלשים ובעלי הכנסה נמוכה. (בן נון, וחב' 2010)

המיתון הכלכלי עולמי וכן מצב הכלכלי הקשה בישראל ב-2009 מטילים את צלם על מערכת הבריאות. הפער בין הפיצוי הרצוי לפיצוי בפועל למערכת הבריאות בגין גידול והזדקנות האוכלוסייה, עדכון הטכנולוגי ועדכון מחירים – פער זה רק ילך ויחמיר בעתיד. (בן נון, וחב' 2010)

הגישה האקטיבית והתעניינות של אוכלוסיה הבריאה לבריאותם ולמניעת **מחלות עתידיות** תשנה את פני **התחלואה** בעולם המודרני. עלות הטיפול במחלות לב, אוסטיאופורוזיס או סוכרת יורדת בצורה משמעותית כאשר החולים נוטלים חלק פעיל ומרכזי בניהול המחלה שלהם או במניעת סיבוכיה. (תורן, פיקר, 2009). כלומר, התחזית לעתיד למחלות כרוניות שמהוות כיום מעל 80% מהסיבות לתחלואה ולתמותה תעבור שינוי משמעותי, אולם, התחלואה הנפשית כגון: חרדה, דיכאון, ומצוקה הנפשית אחרות תהווה גורם תחלואה מרכזית בחברה. (בן נון, וחב' 2010).

מבט לעתיד וחיזוי התחזית על פי שינויים החלים כפי שנאמר לעיל מחייב את המערכות השונות ובייחוד את מערכת הבריאות לתכנן האסטרטגי ארוכת טווח עם כי בתוך חיזוי קיימים קשיים רבים. אחת הסיבות לכך היא קפיצה ליניארית בהתפתחות טכנולוגית, כלומר גילוי מכשיר שלא יודעים עליו היום יכול לצאת בעוד שנתיים שלוש ולשנות לחלוטין את דרך אספקת השירותים הרפואיים שלנו. כמו למשל הכנסת הסטנט מצופה תרופות בצנתורי לב, התפתחות של הפריית מבחנה וסונר העל קולי, בדיקות גנטיות ועוד. מאחר ואין קוים מנחים וברורים לתכנון מערכת הבריאות מבחינה ארגונית ופיזית, יש להשאיר מקום **לגמישות** שתאפשר התאמה לשינויים בפועל ושינויים מתחזית שאנו צופים היום. (תורן, פיקר, 2009)

הקושי הפוליטי לתכנן ולהיערך מבעוד למועד לשינויים הצפויים במערכת הבריאות יחייב את המערכת להתאים את עצמה ולבצע רפורמה תחת אילוץ של משברים. כאשר במאה הנוכחית קיימת דילמת המחסור במערכת הבריאות שמראה את פניה בחריפות יכולת המערכת לאבחן ולטפל תעצים, ברם, היכולת החברה לממן את היכולות האלה תהיה מוגבלת יותר מאחר והמשאבים מצומצמים והדרישות גבוהות. (בן נון, וחב' 2010)

השינויים הצפויים בפעילויות של בית חולים

איך יראה בית חולים עתידי בשנת 2025 ?

התחזית היא שמציאות הכלכלית והמשך לחצים על עצמאות תפעולית יובילו קרוב לודאי בעשור הקרוב **להפיכת בתי חולים לתאגידים**, בתי חולים של קופות החולים יזכו לעצמאות

רבה יותר, ואף יגבשו מודל אוטונומי. כיוון ההתפתחות יהיה שחרור הדרגתי משליטת משרד הבריאות. (בן נון, וחב' 2010)

עם התחזקות רפואה פרטית יגבר הלחץ להפעלת **שר"פ** בבתי חולים הממשלתיים. במקביל תתפתח **תיירות מרפא** ויצוא של ידע רפואי למדינות מתפתחות וכך כוחה של מדינת ישראל שמסוגלת להעניק רפואה ברמה גבוהה ילך ויגדל כוחות השוק הבריאותי מכתבים כמעט ללא ספק שתיירות המרפא תתפתח ותתרחב בשנים הקרובות. (בן נון, מגנזי 2010)

שינויים דמוגרפיים: הרכב האוכלוסייה – היחס בין צעירים למבוגרים ובין חולים לבריאים, תוחלת החיים בין גברים ונשים בחלק היחס וכן מבחינת מספרים מוחלטים שבעליה, נחשבים כאחד הגורמים המשפיעים על עיצוב בית חולים העתידי. מחלות כרוניות של קבוצה זו, לעיתים הופכת מחלה זיהומית קלה או טיפול כירורגי פשוט למורכב ומסובך ונידרש ניטור צמוד ואף טיפול נמרץ. שינויים דמוגרפיים מחייב מצד אחד **תוספת של מיטות טיפול** נמרץ ומיטות מנוטרות בבית חולים כללי (לפי אתר משר הבריאות שיעור המיטות לאשפוז כללי ממשיך במגמת הירידה, 1.88 ל-1,000 נפש בסוף 2011 בהשוואה ל-2.09 בסוף 2005) לפיתוח מוסדות סיעודיים נוספים להמשך טיפול ברמה זו או אחר בקהילה. התחזית להתפתחות ועליה במספר מוסדות וביכולתם לתת טיפולים מורכבים יותר מהעבר. (תורן, פיקר, 2009)

שינויים טכנולוגיים: כפי שהוזכרו לעיל, תעשיית ביוטכנולוגיה וטכנולוגיה בתחום האבחון טיפול הרפואי מעצבים ומשנים את פני העתיד, ניתן יהיה בעזרתם לבצע התערבויות פולשניות רבות במסגרת אשפוז יום. התפתחות ושיפור טכנולוגי יהיה בסיס משמעותי בחדרי ניתוח, חדר צנתורים והדמיה בבית חולים עתידי. היום קיימים מכשירי CT, MRI בחדרי ניתוח אורטופדי נירוכירורגיה המתאימים למעקב תוך כדי ניתוח על מנת לסייע למנתח לדייק, לצמצם בחתך הניתוחי, נראה על פניו, שבעתיד יהיה פיתוח רובוטים לביצוע שלבי הניתוח. (תורן, פיקר, 2009) כפי שמפרסם בית החולים רמב"ם על מגמה העתידית של חדר ניתוח, הטכנולוגיה תעצב את גבולות הרפואה ואף תעצב את חדר ניתוח. בעוד שמקומו של המנתח בחדר הניתוחים העתידי, נדחק אל עמדת תפעול הרובוט בעתיד המנתח יוכל לבצע את עבודתו מכל מקום בעולם, המנתח יוכל להשתמש ברובוט כשלוחה של ידיו ולבצע את הניתוח מרחוק, הטכנולוגיה תאפשר לקיים מעין ניתוח ועידה, בהשתתפותם של כירורגים ממדינות שונות, לפתרון בעיות שעלולות לצוץ בניתוח, להתייעצות או ללימוד. כבר כיום כ-80% מהניתוחי הערמונית (פרוסטטה) בארה"ב מבוצעים ע"י הרובוט, כמו גם מרבית הניתוחים הגניקולוגיים האונקולוגיים והאור-גניקולוגיים ואנו צופים כי בעתיד הרובוט ישתלב בניתוחים נוספים ויגיע לאזורים נוספים בגוף האדם. למרות יתרונות הרובוטים המנתחים, התפשטותם בחדרי הניתוח עלולה להכחיד את הידע והמיומנויות שלהם, זקוק הכירורג בכדי להציל חיים בחדרי המיון ובפרוצדורות שבהן הרובוט איננו מעורב. הדור החדש של המנתחים גדל בסביבה ממוכנת, ועם פילוסופיה רפואית חדשה שעלולה לשנות את המציאות הטיפולית בעתיד. (חדשות ממרכז רפואי רמב"ם 2011)

טלרפואה : פני העתיד מאפשר לרופא בעזרת טכנולוגיה לאבחן חולה הנמצא בבית חולים אחר ואף לבצע פעולות טיפוליות מרחוק , אומנם , אבחון מרחוק קיים אבל ביצוע טיפולים ופעולות נמצא בתחילת דרכו . בית החולים כמרכז טכנולוגי חייב להכניס את נושא הטכנולוגי כחלק מתוכנית הלימודים בבית ספר לרפואה אך לא מרכז הלימודים. שילוב טלרפואה והתפתחות טכנולוגית מעורר דילמה מקצועית אנושית , מצד אחד דרישה לאיכות וטיפול משורה ראשונה ומצד שני העדר מגע אנושי ושיחה פנים מול פנים . ולמעשה רפואה העתידית צריכה להיערך לכך. (תורן , פיקר , 2009)

המשמעות של שינויים אלו (או אחרים) לאנשי מקצועות הבריאות בכלל ולאנשי מנהל בפרט

האחות : תפקיד האחות כמנהלת בבית חולים עתידי בנוסף לכישורי ניהול צוות עובר שינוי מהותי. עליה ללמוד ולהתעדכן בכל תחום הטכנולוגי והניהול תקציבי. תפקידי הניהול בבית חולים עתידי יכול לגלוש אף לרמת ניהול בית חולים . הכשרת כלל האחות בבית ספר לאחות מותאמת לרפואה העתידית ומשתנה . גבולי האחריות וסמכות מול החולה , ומול הרופא מתעצב נוכח היערכות טכנולוגי ונידרש ידע רחב בתחום. הרופא יקדיש מעט זמן לחולה ויצמצם את המגע הטיפולי , טל הרפואה יהיה חלק משמעותי מכך וכתוצאה סמכות האחות והתמחות המקצועית מול החולה תתרחב. רפואה העתידית תוביל את כל ענפי הסיעוד כמו אחות חדר ניתוח , אחות טיפת חלב , אחות חדר מיון , פנימי וכירורגית להתמקצעות שונות, למקצוע עצמאי שמחייב שיקול דעת וקבלת החלטות . כאשר היום בארץ תחום ההתמקצעות וקבלת החלטות בסיעוד מקבל תאוצה. ייתכן שפני העתיד תשנה את פני המקצוע מבחינה מגדרית ויגיעו יותר גברים ללמוד סיעוד ויחולו שינויים גם ברמת השתכרות. . (תורן , פיקר , 2009)

צוות מולטי-דיספלינרי: תפקיד הטכנאי , מקצועות פרה רפואיים משתנה בהתאם לבית החולים עתידי . יש צורך בהגדרת גבול המקצוע מחדש וסמכויות חדשות וויתור על טווח פעולות וכך התחרות על כוח העבודה האיכותי הולכת וגוברת . (תורן , פיקר , 2009)

השלכות השינויים לתפקידי ותפקוד של שירותי בריאות קהילתיים

ממשק בית חולים והקהילה בשנת 2025 :

פני העתיד מבשרות על מעבר התחלואה , הטיפול והחלמה בקהילה במקום בית החולים ולכן בסיס הכשרת הרופא חייב להיות בקהילה ובכך תעלה חשיבותה של רפואת המשפחה . כיום מתוך 5000 רופאים העוסקים ברפואה ראשונית בארץ, רק 40% הם רופאים מומחים ורק 17% עברו התמחות ברפואת המשפחה . בעידן החדש מוסדות האקדמיים יובילו את הסטודנטים לעסוק יותר ברפואה ראשונית ובפרט בקהילה בכלל. בתהליך זה יתלווה התמחות של רופאים לזמן ארוך יותר והאוניברסיטאות יספחו אליהם מרפאות קהילתיות וישנו את כללי מינוי במוסדות האקדמיים. במקביל הרופאים הקהילתיים ישתלבו במחקר

ובייחוד **מחקר קליני** , בתי חולים ימשיכו להוביל את המחקריים בהיותם מוסד אקדמי כחלק מפעילותם. (בן נון, וחב' 2010)

מיקום החולה בבית חולים ובקהילה בשנת 2025 :

החולה יגיע לבית החולים רק לצורך פרוצדורות שאותן ניתן לבצע בבית החולים . החולה ישהה הרבה זמן **בבית** ויצרוך את רוב השירותים בביתו או במרכז קהילתי. מצב זה מחייב השגחה , ניטור , מעקב רפואי ובעיקר עזרה מבחינת האופציות האבחנתיות וטיפוליות שיוצגו בפני החולה ומשפחתו . הגורם המרכזי שילווה את החולה זה רופא המשפחה בקהילה וליווי האחות עם הכשרה מקצועית מתאימה . לדוגמא : איזון ל.ד או אק"ג יהיה דרך טלפון או מערכת אינטרנט. יציאה מהאיזון תאותר מידי ותמנע הידרדרות . לא יהיה אשפוז במחלות פנימיות , החולים יטופלו בקהילה או במוסדות לאשפוז ממושך. וכך מספר החולים בבתי חולים ירד. חולה העתידי מציב ניגוד ודילמה בפנינו , מצד אחד רצון לשימוש טכנולוגי וקבלת מידע ממרכזי המידע ורופאים מומחים וטיפול בביתו ובזמן אמיתי ומצד שני , חיפוש אחר מגע אנושי , שיחה פנים מול פנים , הענקת ביטחון בעת מצוקה . מערכת הבריאות צריכה לתת **מענה לדילמה** זו ולהכשיר איש מקצוע בעלי מיומנויות מגוונות כאשר בסיס הכשרתם חייב להיות רפואי סיעודי . ייתכן האחיות תשמשנה מענה לדילמה זו. (תורן , פיקר , 2009)

רשומה רפואית בשנת 2025 :

לחולה יהיה רשומה רפואית מלאה ממחושבת בלעדית בבית שיוכל להתייעץ עם כל מרכז רפואי בעולם, בנוסף עליו להיות בקשר עם מטפלים בקהילה ובית החולים במקרה הצורך. מורכבות הנושא ופיצול בין מטפלים מחייב תיאום ושיפור בתקשורת בין כל רכיבי המערכת. (תורן , פיקר , 2009)

רפואה אישית בשנת 2025 :

למטען הגנטי האישי ישנו תפקיד מכריע בהתפתחות המחלה וכן לקביעת הטיפול בו. הכניסה של גנטיקה המולקולארית עם התפתחות הפרמקוגנטיקה נפתחה צוהר חדש של **אבחנה וטיפול**. כלומר , האבחנה תהיה **אישית** וממוקדת בחולה המסוים ותפור למידותיו האישיות. לדוגמא : סרטן השד אינו רק אבחנה היסטו פתולוגית אלא גם אבחנה גנטית. צופה לנו בעתיד טיפולים חדישים ומכוונים ספציפית למחלה ולא כלל לתאי הגוף אשר גורמים לתופעות לוואי מצומצמות יותר ומאפשרים מתן טיפול על בסיס אשפוז יום או אמבולטורי . (תורן , פיקר , 2009)

רפואה מונעת בשנת 2025 :

רפואה מונעת תהיה מושפעת מהתפתחות הטכנולוגיה ברמה של **אבחון מחלות הגנטיות** . האבחון הגנטי ומול קולרי יאפשרו זיהוי פוטנציאל לחולי , וכך למנוע התפתחות מחלות בעתיד . לדוגמא זיהוי גן שאחראי על סרטן השד , או מחלות נפש ועוד. מאידך , לא ניתן במקביל להתעלם מבעיות האתיות שעשיות להתעורר בעקבות יכולות אבחנתיות ועלינו להתמודד איתן. (תורן , פיקר , 2009)

מה היא המשמעות הכלכלית האפשרית לפרט, למערכת הבריאות ולמדינה

תחזית כוח אדם בשנת 2025

מערכת הבריאות בשנת 2025 תמשיך לעסוק בסוגיה של מחסור בכוח אדם רפואי וסיעודי. כאשר פתיחת בית הספר לרפואה החמישי בצפת אמורה לתת מענה חלקי לסוגיה זו. (בן נון וחב', 2009) במהלך העשור הקרוב אמור היחס בין מספר הרופאים לאוכלוסיה בארץ לקטון בהתמדה. בישראל ובמדינות החברות בארגון ה-OECD קיימת מגמת ירידה בשיעור הרופאים והאחיות ל-1,000 נפש. כיום, שיעור הרופאים בישראל הוא גבוה בהשוואה למדינות ה-OECD -

3.64 (לעומת 3.1 בממוצע), אך הוא צפוי לרדת באופן חד (3.09 ב-2015 ו-2.69 ב-2025). שיעור האחיות ל-1,000 נפש בישראל הוא נמוך כבר כיום בהשוואה למדינות ה-OECD (5.7 לעומת 8.4) והוא צפוי להמשיך לרדת. www.cbs.gov.il

מגמה כמעט ודאית זו נובעת משילוב של מספר גורמים ידועים ומוכרים: מצד אחד, צמצום מספר הרופאים ואחיות העולים ממדינות חבר העמים לשעבר ופרישה גוברת של ותיקים לגמלאות, ומן הצד השני, המשך הגידול הקבוע של אוכלוסיית המדינה בקצב שנתי של כ-1.8 אחוזים. לכך יש להוסיף גם את הזדקנות האוכלוסייה ואת העובדה שהתקדמות הרפואה מחייבת להגדיל את היחס בין מספר הרופאים ואחיות למספר המיטות בבתי החולים. (אטר, 2008)

לעומת זאת בשנת 2011, במקצועות אחרים המשיכה מגמת העלייה בשיעור הרוקחים, פסיכולוגים, השינניות, עובדי מעבדה רפואית, האופטומטריסטים, הגנטיקאים הקליניים, הפיזיותרפיסטים, המרפאים בעיסוק, קלינאי תקשורת ודיאטנים. שיעור מועסקים במקצועות אחרים צפוי להיות יציב. www.cbs.gov.il בבית חולים עתידי ב-2025 כמענה למחסור ייתכן ונראה רובוטים ככוח עזר לצוות בבית החולים כדי להחליף מצעים, להביא אוכל לחולים ולקחת דגימות למעבדה. רובוט שיכול לעבוד 365 יום ללא חופשה. (GERY' 2007) התוכנות וחיישנים המיוחדים בגוף הרובוטים מובילים אותם להיענות לפקודות כמו להוביל מגש אוכל, לחלק תרופות ולהעביר חפצים ממקום למקום ובכך לתת מענה לחוסר כוח אדם! (Huvane' 2008)

תקציב הבריאות בשנת 2025:

ניתוח המגמות המקרו כלכליות של מערכת הבריאות הישראלית בעשור האחרון מלמד, כי המערכת ממשיכה לפי עיקרון הסוציאל דמוקרטי של "חלק לכל" כעיקרון המנחה של מדיניות הבריאות, אולם היקף "החלק" המובטח לכל – הולך ונשחק. (בן נון, אפק, 2009)

תחזית העתיד שמראה על התפתחות טכנולוגי והרפואי מחייב את המערכת לבצע התאמה ורפורמה תחת האילוץ של משברים. במאה העשרים ואחד תתחדד ותחריף דילמת המחסור

במערכת הבריאות, יכולת המערכת לאבחן ולטפל תלך ותגדל, אולם אפשרות מימון החברה ליכולות אלה לכול תהיה מוגבלת יותר ויותר. (בן נון, 2010)

תכנית תכנון מערך האשפוז:

התכנית כוללת תחזית לטווח הבינוני (שנת 2015) ולטווח ארוך (שנת 2025) לגבי הוספת מיטות אשפוז בלבד, ואינה מתייחסת להוספת מכוניס ומרפאות או לשיפור המבנים הקיימים ולשדרוגם. תכנית זו יכולה לשמש בסיס לתכנית אב. משרד הבריאות ומשרד האוצר לא דנו בתכנית והאוצר לא אישר אותה. בשנים האחרונות רק בתי החולים המצליחים לגייס תרומות – בעיקר בתי החולים במרכז הארץ. בתי החולים מוסיפים מבנים, מכוניס וכן משפרים מבנים קיימים על פי רצונותיהם של תורמים ולא לפי צורכי מערכת הבריאות הציבורית וסדרי ועדיפותה. חלק מבתי החולים גיבשו תכניות פיתוח שחלקן מסתמך על תרומות, אולם בידי משרד הבריאות אין נתונים מלאים על המקורות הכספיים הצפויים שיאפשרו מימוש תכניות אלה, אישור המשרד מתקבל בדרך כלל באי הוספת תקני כוח אדם ותקציבים. (משרד הבריאות)

<http://www.news1.co.il/uploadFiles/176815211772919.pdf>

"בית חולים ירוק"

הכנה לשעת חירום בבתי חולים

שעת חירום מציבה למערכת הבריאות אתגר ארגוני וטיפולי מהמעלה הראשונה. הכנות מדוקדקות לפני התרחשות אירוע או מצב שיצריך היערכות לאומית לטיפול במספר רב של נפגעים הם תנאי הכרחי לתפקודן היעיל של מערכות הבריאות. תכנון המבוסס על הערכות סבירה בתנאים של אי-ודאות המלווה מתארים מסוג אלה וניצול נכון של הטכנולוגיות המתקדמות ברפואה במצב של מחסור מובנה ומתמשך במערכת הבריאות הם צווי השעה הכרחיים, שצריך לעסוק בהם באופן שיטתי ורצוף לאורך כל השנים ואף בעתיד. הגורמים המשפיעים על תכנון שירותי הבריאות בשעת חירום הם: סוג הפגיעה והיקפה, הקף היכולת וההתמודדות של מערכת הבריאות, תקצוב מתאים לשעת חירום, טכנולוגיה הרפואית, וכוח אדם המתאים שיכול להתמודד עם הטכנולוגיה ולתת מענה רפואי במצב חירום. וכמובן מענה לחיי המדף של תרופות ומכשירים בהנחה ששימוש בהם הוא בעיקר לצורכי שעת חירום, ולא ניתן למחזרם צריכה שוטפת. (שמר, 2002)

לסיכום:

שנת 2025 מבשרת שינוי משמעותי במערכת הבריאות עם פנים חדשות מזו שמוכרת לנו. בית החולים ייתן טיפול טכנולוגי וספציפי בחולה הסובל ממחלה חריפה במיטות טיפול נמרץ. רצף הטיפולי ישתנה, מירב הטיפולים בחולים החולים יתבצעו בקהילה ובעיקר בביתו של

חולה . לחצני המצוקה יתחלפו בכפתורי מדיה ואינטרנט והחולה ינהל את הטיפול באמצעות מערכת המידע עם רופא מומחה בשלט רחוק. למחלות כרוניות יתפתחו מרכזים ומוסדות שונה עם יכולות טיפול נרחבות . בית החולים העתידי יגרום להתמקצעות ושינוי תפקידים ויחייב הבנה מעמיקה במערכות מידע . שינוי תפיסה בחולי ואשפוז מחייב עליה במספר המיטות וכוח אדם רפואי וסיעודי כאשר המגמה העכשווית מורה על מחסור וחושפת את השלכותיה. בית החולים העתידי יעסוק בעיצוב ומבנה ירוק ונצטרך להסתגל למכונות ורובוטיקה כעזר ואף לתחליפי ידיים מקצועיות. העתיד והטכנולוגיה יפתחו צוהר רחב ופתוח יותר להכנה לשעת חירום בכותלי בתי החולים .

שנת 2025 תחרף את עידן המחסור הכלכלי במערכת הבריאות, ותגרום לפערים חברתיים ואי שיוויוניות ויביאו לידי ביטוי את השיקולים הקליניים מול השיקולים הכלכליים. לכן מערכת הבריאות ומקבלי ההחלטות צריכים למצוא את האיזון המיטבי בין איכות הטיפול הרפואי (שיקולים קליניים), הוגנות וסולידאריות (שיקולים חברתיים) ויעילות (שיקולים כלכליים).

העתיד הרחוק מתקרב ויש להיערך אליו.

- אטד, א. 2008. זהירות, מחסור! [The MEDICAL .CO.IL](http://TheMEDICAL.CO.IL)
- בן נון, ג. ברלוביץ, י. שני, מ. 2010. מערכת הבריאות בישראל. תל אביב : הוצאת עם עובד
- בן נון, ג. מגניזר, ר. 2010. היבטים כלכליים וחברתיים במערכת הבריאות בישראל
- בן נון, ג. אפק, א. 2009. אתיקה רפואית וכלכלת בריאות בעידן של מחסור : 3, 148, עמ': 144-148
- פעולות ופרסום סטטיסטיים חדשים בישראל. www.cbs.gov.il
- קריאה הרפואית לבריאות האדם. רמב"ם. 2011. הצצה לעתיד : כך יראה חדר ניתוחים בשנת 2030 .
- שמר, י. 2002. טכנולוגיה רפואית והכנות לשעת חירום
www.oldhealth.gov.il/emergency/mamarim/technologia_refuit.htm
תורן, א, פיקר, א. 2009. מנהיגות בלבן, ניהול סיעוד בתי חולים. ירושלים : הוצאת מאגנס.
תכנית תכנון מערך האשפוז –משרד הבריאות
<http://www.news1.co.il/uploadFiles/176815211772919.pdf>
- Gery.,M.2007.HospitalGoesRobotic. Prequest Nursing& Allied Health.Source.pg.18
- Huvane ,K.2008. A Futuristic Edge. leveraging high-tech robot systems to improve clinician efficiency and patient . www.healthcare-informatics.com/article/futuristic-edge
- Tommy. T .2012 . Designing Green Hospitals of the future.
Hospital Global- future of the green hospitals designing.www.hhmglobal.com

המכללה האקדמית לישראל רמת גן

מינהל מערכות בריאות תואר MA

4.21 גורמים המשפיעים על אנמיה בקרב תינוקות בעיר רמת גן. גרודזינסקי רון

סטלה , זול מירה, נטי אהרונוף רשל

16.01.2012

ידוע על פי הספרות שאנמיה שכיחה בקרב תינוקות בעיקר בשנתיים הראשונות לחיים . קיימים גורמים המשפיעים על אנמיה בקרב התינוקות והשפעת האנמיה על בריאותם הפיזית ומנטאלית. סקירת ספרות מלמדת שאנמיה בתינוקות פוגעת ביכולת ההתפתחות הקוגניטיבית, המוטורית והחברתית לטווח הקצר והארוך . מחקרים רבים מלמדים שגורמים משפיעים על הופעת האנמיה בקרב תינוקות, הם אנמיה מחוסר ברזל, משתנים סוציו דמוגרפים כמו השכלה וגיל האם , הכנסה וחשיפה למחלות זיהומיות.(בעבודה זו אנו לא נבדוק את משתנה גיל האם). נמצא כי אנמיה השכיחה היא אנמיה מחוסר ברזל והיא מהווה גורם סיכון להאטה בהתפתחות ותפקוד קוגניטיבי ירוד בתינוקות. מחסור בברזל שכיח מגיל שישה חודשים עד שנתיים ותופעה זו שכיחה בישראל בשל הרגלי אכילה וצריכת הברזל . עדיפות היא, מניעה על פני טיפול באנמיה מחוסר ברזל.

באיסוף הנתונים לאורך שנים בעיר רמת גן נמצא , שעם השנים יש עליה בשיעור האנמיה בקרב התינוקות המבקרים בשבע תחנות טיפות חלב ברחבי העיר . בשנת 2008 שיעור האנמיה נאמד על 12% ו-ב-2011- השיעור נאמד על 15% על אף ההמלצה לטיפול מניעתי מגיל 4 חודשים והדרכה לתזונה עשירה בברזל מגיל חצי שנה .

מטרת המחקר היא לבדוק את הקשר בין תזונה עשירה בברזל ונטילת ברזל, השכלת ורמת הסוציו אקונומי של האם ושיעור האנמיה הקיימת בעיר רמת גן.

שיטות : מתוך 2000 תינוקות ילידי 2011 , 900 ילדים הביאו תוצאות. אנמיה הוגדרה כהמוגלובין בסרום פחות מ-11 גרם%. אנמיה כמשתנה תלוי, והמשתנים הבלתי תלויים שנבחרו : תזונה עשירה בברזל, נטילת ברזל בעקביות, ידע ומצב הכלכלי של האם. הנתונים נאספו באמצעות שאלון מובנה מתוקף. המשתנים קטגוריאליים וכמותי -רציף , נבדקו ע"י מבחן t-test ו-Anova, על פי רמת מובהקות של 0.05 ועוצמת המבחן של 80% .

תוצאות : מתוך 900 תינוקות שהשתתפו במחקר 15% מהם,רמת ההמוגלובין מתחת ל-11גרם % בשנת 2011 בעיר רמת גן .

המסקנה : המחקר הראה מובהקות בשיעור אנמיה וצריכת מזון דלה בברזל ונטילת ברזל באופן לא סדיר ופחות ההשפעה של השכלה ומצב הכלכלי של האם.

תוכן עניינים :

עמ'	תקציר
עמ'	תוכן עניינים
עמ'	מבוא
עמ'	רקע מדעי
עמ'	הסבר על חשיבות המחקר
עמ'	מטרות המחקר
עמ'	השערות המחקר
עמ'	שיטות המחקר
עמ'	שיטות לעיבוד הנתונים
עמ'	שיקולים אתיים
עמ'	רשימה ביבליוגרפיה
עמ'	נספחים

אנמיה שכיחה בקרב התינוקות בעיקר בשנתיים הראשונות לחיים. סקירת הספרות מלמדת שאנמיה בתינוקות פוגעת ביכולת ההתפתחות הקוגניטיבית, המוטורית והחברתית לטווח הקצר והארוך. ישנה השפעה על יעילות המטבולית, יכולת הלמידה, עייפות והמצב רוח. אנמיה השכיחה היא מחוסר ברזל ותזונה דלה בברזל בקרב הילדים. כאשר למשתנים הסוציו-דמוגרפים, אנמיה בעת ההיריון וזיהומים ישנם השלכה עקיפה על הופעת אנמיה. ההערכה המקובלת היא כי יותר מרבע מאוכלוסיית העולם חיה עם חוסר ברזל. מחסור בברזל שכיח מגיל שישה חודשים עד שנתיים ותופעה זו שכיחה בישראל בשל הרגלי אכילה וצריכת ברזל. הטיפול הטוב ביותר לחוסר בברזל הוא כמובן המניעה, וזאת במיוחד לאור השכיחות הגבוהה באוכלוסיית הילדים. (קונסטנטיני, דובנוב-רז, 2008)

בשרות המונע כבדיקת סינון שגרתית עוקבים על רמת ההמוגלובין של תינוקות בגיל שנה. מאחר וידוע שמאגרי הברזל בקרב התינוקות מידלדלים וההתפתחות הגופנית היא מהירה מגיל 4 חודשי, הנקה או תרכובות מזון לתינוקות אינם יכולים לתת את הקצובה המומלצת של הברזל שהתינוק זקוק להתפתחות פיזית ולכן משרד הבריאות משנת 1985 החל להמליץ על תוסף מניעתי לכלל התינוקות מגיל 4-12 חודשים. מגיל 6-4 חודשים 7 מ"ג ומגיל 12-6 חודשים 15 מ"ג ברזל. מחודש דצמבר 2012 – הנוהל האריך את משך מתן הברזל עד גיל שנה וחצי (לצייץ ההנחיות לגבי התינוקות פגים הן אחרות). במידה ותוצאות ספירת הדם תקינים בגיל שנה על פי מדדים ספציפיים התקינים, ניתן להפסיק את טיפול מניעתי בברזל. בנוסף להנחיה זו אחיות השייכות לשירות המונע, מדריכות את ההורים למתן כלכלה עשירה בברזל שכוללת בשר וקטניות. (מדריך להזנת התינוק 2012-משרד הבריאות)

בעיר רמת גן לאורך השנים ישנה עליה בשיעור אנמיה בקרב התינוקות המבקרים בטיפות חלב המפוזרים בעיר. בשנת 2008 שיעור האנמיה עמד על 12% ובשנת 2011 על 15% (הנתונים הופקו מפיקוח טיפות חלב בעיר רמת גן).

שאלה המחקרית היא:

מה הם הגורמים המשפיעים על אנמיה בקרב תינוקות בגיל שנה בעיר רמת גן ?

רקע מדעי :

אנמיה הינה תופעה נפוצה בקרב תינוקות ובאה לידי ביטוי במחסור בכדוריות דם אדומות או המוגלובין נמוך שגוררים ירידה באספקת חמצן לתאי הגוף ולכן פוגעים בתפקודם. אנמיה עשויה לגרום לחולשה ולפגוע בערנות התינוק ובמקרים קיצוניים גם לגרום לעיכוב התפתחותי וקוגניטיבי. אנמיה אינה מחלה, אלא סימפטום לחוסר תזונתי או מחלות אחרות. היא יכולה להיגרם כתוצאה ממחלות תורשתיות או דימומים, אך הסיבה הנפוצה ביותר לאנמיה בקרב תינוקות היא מחסור בברזל. תינוק נולד עם מאגרי ברזל שמספיקים לארבעה חודשים בלבד. לאחר תקופה קצרה התינוק משלש את משקל גופו ומאגרי הברזל שבגופו ילכו ויתדלדלו. ללא השלמה תזונתית מתאימה, הכוללת ברזל, ומכיוון שבעיה זו

ניתנת למניעה, המלצת משרד הבריאות היא לתת תוספת ברזל לכל התינוקות באופן גורף עד בדיקת דם הראשונה בגיל שנה. (שץ 2012)

בניתוח שיעורי אנמיה מחוסר ברזל בקרב תינוקות בין השנים 1987-1997, נמצא ששכיחות אנמיה ירד מ-68% בשנת 1946 ל-50% בשנת 1985 בממוצע השנתי, אותה תקופה שהנחית בריאות הציבור למתן ברזל נכנס לתוקפה ובשנת 1996 שיעור האנמיה ירד ל-11%. (לציין שישנם הבדלים של כמעט פי 2 בשיעורי אנמיה בין אוכלוסייה ערבית ליהודית ושיעור דומה של אנמיה בין נשים דתיות וערביות מוסלמיות בשל שיעורי ולדנות). (Kaluski,Levental 2001). גם בעולם המערבי אנמיה מחוסר ברזל בקרב ילדים מהווה בעיית בריאות משמעותית במיוחד בקרב אוכלוסיות עם מצב סוציו אקונומי נמוך, במחקר שנערך בבולטימור בשנת 1999 בקרב מדגם מייצג של ילדים עם מצב סוציו אקונומי נמוך נצפתה המצאות של 35% אנמיה. (Bogen,2000)

ההערכה המקובלת היא כי יותר מרבע מאוכלוסיית העולם חיה עם חוסר ברזל. האוכלוסייה הסובלת מכך במיוחד, היא אוכלוסיית המדינות המתפתחות. קיים קושי רב בהשוואת המצב בין מדינות שונות ולבין המחקרים השונים, בשל שימוש במגוון הגדרות. עם זאת, השכיחות היא גבוהה. מספר מחקרים מישראל פורסמו בנושא זה ושתי קבוצות הגיל שנחקרו ביותר הן התינוקות ובני הנוער. בגילאים הצעירים מדובר לרוב על אנמיה (מנתוני ספירת הדם) ללא מידע על מאגרי הברזל. למרבה הצער, נמצא שוב ושוב כי רמת ההמוגלובין חוזה בצורה לקויה ביותר נוכחות של חוסר ברזל: במחקר שהתבסס על נתוני ה-National Health and Nutrition Examination Survey III האמריקאי, נמצא כי הערך המנבא החיובי של המוגלובין מתחת ל-11 גרי % לחוסר ברזל בילדים בני שנתיים ושלוש הוא סביב 30 אחוז בלבד. כיוון ששכיחות חוסר ברזל גבוהה בהרבה מזו של אנמיה, סביר להניח שנתח עצום מהתינוקות בישראל חיים עם חוסר ברזל. עוד נמצא שאי רכישת תכשירי ברזל לתינוק נמצא כגורם שהגביר את הסיכון לאנמיה. (קונסטנטיני, דובנוב-רז, 2008)

מזה שנים רבות ידוע כי אנמיה מחוסר ברזל בתינוקות פוגעת ביכולת ההתפתחות קוגניטיבית, המוטורית והחברתית לטווח הקצר והארוך (Walter, 2003). המנגנון המשוער הוא ירידה בזמינות הברזל לאנזימים מוחיים השונים. לדוגמה, במחקר שנערך בקרב יותר מ-5,000 ילדים בארה"ב, נמצא כי חוסר ברזל ללא אנמיה מכפיל פי שניים את הסיכון לציון נמוך בחשבון ומוריד את ממוצע הציון, זאת לאחר תיקון למספר ערפילניים (Halterman,2001). מחקר נוסף בסין בדק את ההשפעה של אנמיה מחוסר ברזל על התפתחות רגשית וחברתית בקרב פעוטים במרפאה ילדים, המחקר נערך בקרב 3 קבוצות ילדים. קבוצה של 70 ילדים אשר עד גיל שנתיים סבלו מאנמיה כרונית מברזל ללא טיפול, 70 ילדים עד גיל שנתיים שהיו עם אנמיה וקיבלו טיפול בברזל וילדים ללא אנמיה. קבוצות ילדים עם הוריהם הוזמנו למרפאת ילדים למפגש חברתי ומשחק. המטרה הייתה לבדוק את התייחסות הילדים האחד לשני מבחינה חברתית, החשדנות של האחד כלפי השני, סיפוק, תסכול וסובלנות, גישה לזר וכן משחק חופשי. התוצאה הייתה שילדים שסבלו מאנמיה

כרונית הראו פחות רגש חיובי, כגון סובלנות, יותר תסכול והיו זקוקים להרגעה עצמית ועיכוב בסיפוק עצמי, לעומת זאת ילדים שטופלו בברזל בגיל הינקות וילדים הלא אנמיים הראו השפעה יותר טובה מבחינה חברתית. החוקרים הסיקו שהמניעה וטיפול פוטנציאלי באנמיה מחוסר ברזל בעל משמעות רבה בקרב הילדים בגיל הצעיר מבחינה חברתית. (Chang, 2011) אנמיה מחוסר ברזל בגיל הינקות מהווה גורם סיכון לגירעונות בתשומת לב ופיתוח הזיכרון בהקשר לאירוע מסוים בגיל 9 חודשים ו-12 חודשים. המחקר מתאר שאנמיה מחוסר ברזל משפיעה לרעה על הקצאת המשאבים לזיכרון ונוירו פיזיולוגיה, תשומת הלב והכרה במהלך עיבוד המידע על גירויים מוכרים ולא מוכרים. עיכוב זה בהתפתחות הקוגניטיבית עשוי לשקף שינויים ביעילות של פונקציות במערכת העצבים מרכזיות שנראות קשורות למחסור בברזל בשלב מוקדם. (Matthew, 2007)

אנמיה וחוסר ברזל אימהי בעל השלכה משמעותית על תוצאות ההיריון. מתן תוסף ברזל לאם ותיקון האנמיה בתקופת ההיריון, משפיעה על האם והילד, מחסור בברזל אצל האם מפחיתה את מאגרי הברזל אצל העובר וכתוצאה מכך הילוד נולד עם מאגרים דלים תוך שנה הראשונה של החיים (Lindsay 2000). מחקרים אחרים מתייחסים לגורמים המשפיעים על אנמיה מחוסר ברזל מלבד התזונה אשר מהוות בעיות בתחום בריאות הציבור עולמי. נמצא קשר בין אנמיה מחוסר ברזל אצל נשים הרות במדינות בעלות הכנסה נמוכה ובינונית לבין אנמיה בקרב התינוקות כלומר נמצא קשר עם גירעונות לטווחים ארוכים של מחוסר ברזל והשפעה שלילית על התפתחות חברתית, רגשית, מוטורית כמו מוטוריקה עדינה וגסה ואף התפתחות השפה והבנה, השפעה על תפקוד הפיזיולוגי ומבנה היפוקמפוס ותפקודו, מיאליניזציה, אף עשויים לכלול שינויים למטאבוליזם של הדופאמין, כולל שינויים גנטיים לטווח ארוך. נמצא גם שהאנמיה מחוסר ברזל הובילה לדיכאון אימהי והשפעה על קשר אם וילד. הראיות מלמדות שההתערבויות היעילות ביותר היא מניעה בשלב ההריוני כלומר בשלב האסטרטגיה של תזונה וברזל אצל האם. (Maureen 2012)

על פי ניסיון בשדה הקליני, לרוב נמצא קשר בין גיל הצעיר של האם והשלכה על טיפול והתפתחות הילדים. כאשר התייחסות לתזונה ומתן ברזל בגיל הינקות, היא אחת מהם. במסגרת העבודה נתקלנו בקשר בין גילה הצעיר של האם להופעת אנמיה מחוסר ברזל, אולם, לא מצאנו מחקרים עדכניים התומכים בכך.

מחקר שבוצע ע"י הרופאים בבית החולים וולפסון, מתאר שמחלה אקוטית משפיעה על הופעת אנמיה. כאשר הפתוגנה קשורה להפרעה בחילוף חומרים של ברזל. אצל רוב הילדים עם מחלה זיהומית חריפה יש ירידה בהמוגלובין בתוך שבוע מהופעת המחלה. שכיחות האנמיה קשורה עם משך דלקת וחום. (Ballin & athers 2012)

מחקר שבוצע בדרום הארץ על מנת לבדוק את הקשר עם אנמיה ורמת ידע האם, מצא שהנכחות של אנמיה מחוסר ברזל בתינוקות בדרום הארץ מושפעת הפוך מרמת ידע אימהי לאנמיה ולדבקות בתוספי ברזל. (Bilenko & athers 2007)

מתברר שתופעת האנמיה בישראל יותר שכיחה מאשר ארצות הברית וקנדה. אנמיה מחסור בברזל שכיחה בעיקר מגיל שישה חודשים עד שנתיים וזאת בשל הרגלי אכילה וצריכת הברזל. הרגלי אכילה מתבססים בעיקר על מזונות דלים בברזל, כגון עוף ודברי חלב. הזנת התינוקות ופעוטים בחלק מהמעונות היום לילדים על בסיס מזון צמחוני. שמירה על כשרות בקרב המשפחות מפחיתה את תדירות השימוש בשר בתפריט בשל צורך להפריד בין בשר וחלב והכשרה של מוצרי בשר, המפחיתה באופן משמעותי את כמות הברזל מבשר. (תדריך ההזנה לתינוק 2012 – משרד הבריאות)

לסיכום פרק זה, על פי סיקור הספרות ומאמרים עדכניים, נוכחנו לדעת שתופעת האנמיה בקרב התינוקות היא שכיחה ונובעת מגורמים שונים ובעיקר מחוסר ברזל. תופעה זו מהווה נקודה משמעותית מבחינת בריאות הציבור וקיימת מדיניות של מתן עדיפות למניעה ראשונית החל מגיל צעיר על פני הטיפול באנמיה מחוסר ברזל על מנת לצמצם ואף למנוע נזקים בעתיד.

הסבר על חשיבות המחקר :

שרותי רפואה מונעת מופעלת באמצעות משרד הבריאות וניתנת לכל האוכלוסייה באופן אוניברסאלי ולא סטיגמאטית. השרות ניתנת על פי רמות מנע ראשונית – קידום בריאות ומניעת מחלות באמצעות חיסונים ורמות מנע שניונית – זיהוי ואבחון מחלות בעזרת בדיקות סינון. כמרבית הילדים הנולדים בעיר רמת גן מבקרים בטיפות חלב בעיר במהלך חודש הראשון של חייהם. זאת אוכלוסייה זמינה שצורכת את השירות ברצון ולכן בהתאם למטרות השירות מתן הדרכה נכונה מקדמת ומונעת בעיות התפתחות עתידיות בקרב הילדים. מחקרים רבים הראו באופן עקבי שילדים שהיו אנמיים בינקותם התפתחו פחות מבחינה קונטיבית, בעלי הישגים נמוכים יותר בבית הספר והופיעו אצלם יותר הפרעות התנהגותיות. כאשר עולים שיקולי מושג עלות תועלת של טיפול מניעתי באנמיה מול טיפול בנזקים בתקופת ההיריון ולאחר לידה בקרב התינוקות, מובן שהעלות קטנה מאוד מול תועלת מרבית ומשמעותית. השקעה של אחיות בטיפות חלב על מתן הדרכה למניעת אנמיה בנושא התזונה ומתן ברזל, זיהוי גורמים מעקבים אצל ההורים שעלולים להשפיע על מתן טיפול מניעתי וביצוע בדיקות סינון היא משמעותית להשגת מטרות ושמירה על בריאות והתפתחות הילדים. ביצוע בדיקת סינון ומעקב אחר תוצאות ותיעוד התוצאות מאפשרות ביצוע מחקר והערכת תוצאות בקרב מקבלי החלטות, שינוי מדיניות בנושא מניעה, הסברה וחינוך לתזונה ובשל חשיבות הנושא והשלכותיה בעיקר בישראל, ביצוע המחקר בנושא הנבחר חיוני ואף הכרחי.

מטרות המחקר :

מטרה הכללית :

לבדוק את הסיבות לשיעורי אנמיה בקרב תינוקות בעיר רמת גן על מנת להעריך את הסיכונים הבריאותיים והתפתחותיים בקרב התינוקות.

מטרות ספציפיות :

1. לבדוק את הקשר בין מתן ברזל בגיל 4 חודשים עד גיל שנה לבין אנמיה בקרב התינוקות בגיל שנה בעיר רמת גן .
2. לבדוק את הקשר בין מתן תזונה עשירה בברזל (תזונה הכוללת בשר וקטניות) לבין אנמיה בקרב התינוקות בגיל שנה בעיר רמת גן .
3. לבדוק את הקשר בין רמת השכלה של האם לבין אנמיה בקרב התינוקות בגיל שנה בעיר רמת גן .
4. לבדוק את הקשר בין רמת ההכנסה של האם לבין אנמיה בקרב התינוקות בגיל שנה בעיר רמת גן .

השערות המחקר :

השערה למטרה ספציפית 1 : קיים קשר שלילי בין מתן ברזל בגיל 4 חודשים עד גיל שנה לבין הופעת אנמיה בקרב התינוקות בגיל שנה בעיר רמת גן , כאשר מתן ברזל על פי הוראות משרד הבריאות בגיל 4 חודשים תמנע הופעת אנמיה בקרב התינוקות בגיל שנה .

השערה למטרה ספציפית 2 : קיים קשר שלילי בין מתן תזונה עשירה בברזל בגיל 4 חודשים עד גיל שנה להופעת אנמיה בקרב התינוקות בגיל שנה בעיר רמת גן , כאשר מתן תזונה עשירה בברזל תמנע הופעת אנמיה בקרב התינוקות בגיל שנה .

השערה למטרה ספציפית 3 : קיים קשר שלילי בין השכלת האם להופעת אנמיה בקרב תינוקות בגיל שנה בעיר רמת גן , כאשר אמהות בעלת השכלה אקדמית (מעל 12 שנות לימוד) תהיינה בעלת מודעות גבוהה יותר להקפיד על מתן ברזל מגיל 4 חודשים לפי הוראות משרד הבריאות ומתן תזונה עשירה בברזל מאשר אמהות בעלת השכלה נמוכה (מתחת ל- 12 שנות לימוד) .

השערה למטרה ספציפית 4 : קיים קשר שלילי בין רמת ההכנסה נמוכה לבין הופעת אנמיה בקרב תינוקות בגיל שנה בעיר רמת גן . כאשר אמהות עם רמת הכנסה גבוהה תהיינה בעלות הענות גבוהה יותר להוראות של משרד הבריאות מאשר אמהות עם רמת הכנסה נמוכה .

שיטות המחקר :

- **סוג המחקר :** בחרנו במחקר רטרוספקטיבי, מקרה-ביקורת.
על פי מחקר רטרוספקטיבי , בחרנו ברשומה הרפואית בתינוקות עם אנמיה-קבוצת המקרה והתינוקות הלא אנמיים –קבוצת הביקורת , בדקנו באיזו מידה גורמים המשוערים כמו טיפול מניעתי , תזונה, השכלה ורמת הכנסה משפיעים על הופעת המחלה. מימד הזמן – בחרנו תינוקות שנולדו ב- 2011, שהומלץ להם ליטול ברזל מגיל 4 חודשים עד שנה , בגיל שנה לבצע ספירת דם ולהביא תוצאות לאחות טיפת חלב.
- **אוכלוסיית המחקר :** תינוקות ילידי 2011 בעיר רמת גן שערכו ספירת דם והביאו תוצאות לאחות בתחנה והתוצאה נרשמה ברשומה רפואית של התינוק. זו אוכלוסייה יהודית עם רמות השכלה יסודית ומעלה, מרמות הכנסה נמוכה עד גבוהה מאוד. מצפון רמת גן עד דרומה, נתוני רמת השכלה ורמת הכנסה מעורבים מאוד , כאשר

רחוב משותף לשני אזורים יכול לגרום לשינוי בנתונים המוצגים. ככל שעולים לצפון העיר רמת ההכנסה ממוצעת ומעלה ורמת השכלה גבוהה יותר.

- **קריטריונים להכללה :** תינוקות שנולדו בשנת 2011, בשבוע לידה 37-40, במשקל לידה מעל 2.500 גרם.
- **קריטריונים להוצאה :** תינוקות נולדו בשנת 2011, בשבוע לידה מתחת ל-37 - פגים ועם מומים מולדים.
- **שיטת הדגימה ושיטות לגיוס המשתתפים :** שיטת הדגימה תהיה אקראית, כאשר כל תחנה תתרום חלק יחסי לפי סך התינוקות בתחנה ביחס לסך התינוקות בעיר.
- **גודל המדגם וההצדקה לכך :** הדגימה תהיה משבע תחנות טיפות חלב בכל רחבי העיר רמת גן. גודל מדגם המחושב 119 תינוקות בכל קבוצה, לפי מדגם אקראי, נבחרו 119 תינוקות אנמיים ברשימה שמית ו-119 תינוקות לא אנמיים ברשימה שמית. כאשר מתוך שתי הרשימות, נבחר על פי שיטה הסתברותית כל ילד שלישי. גודל המדגם חושב בתוכנה ps (Dupont, plummer, 1990) נקבע : טעות מסוג 1, עבור $a = 0.05$ ועוצמת מבחן 80%, כאשר ההבדל בין קבוצת המחקר לבין קבוצת הביקורת הוא ששיעור התינוקות שהוריהם מדווחים שקיבלו הדרכה על מתן תוסף ברזל בקרב תינוקות עם אנמיה : 30%. שיעור התינוקות שהוריהם מדווחים שלא קיבלו הדרכה על מתן תוסף ברזל בקרב תינוקות ללא אנמיה : 50%. על סמך ידע קליני (Maureen, 2012) בחירה של יחס 1:1 בין קבוצת המחקר לביקורת.
- **הליך המחקר :** הנתונים נאספו באמצעות שאלון מתוקף, מחולק לשני חלקים: חלק א' נתונים שנאספו מתוך רשומה הרפואית של הילד, נתונים כגון : שם משפחה, תאריך לידה, שבוע ומשקל לידה, מין ועוד. וחלק ב' : נתונים שנאספו באמצעות ראיון טלפוני של האם באמצעות שאלון. נתונים שנאספו הם לגבי מתן ברזל והזנת התינוק. חשוב לציין לצורך ביצוע המחקר, יש צורך לקבלת אישורים לביצוע המחקר: המחקר יוגש לאישור וועדת הלסינקי מוסדית וללשכת בריאות ת"א לקבלת אישור מרופאת מחוז לצורך הוצאת הנתונים ופרסום התוצאות וכן יש צורך בקבלת הסכמה מהאם לשיתוף פעולה ולהתראיין לצורך המחקר.

הגדרת המשתנים:

- **משתנה התלוי :** אנמיה

הגדרה :

יש אנמיה $Hb < 11 \text{ gr\%}$ $Mcv < 74$

אין אנמיה $Hb \geq 11 \text{ gr\%}$ $Mcv \geq 74$

אנמיה על פי משתנה כמותי –רציף, התוצאה של המוגלובין בבדיקת דם . או כמשתנה דיכוטומי : יש אנמיה או אין אנמיה.

משתנים בלתי תלויים : מצב הכלכלי , השכלת האם , נטילת ברזל , תזונה עשירה בברזל.

מצב הכלכלי : על פי משתנה אורדינאלי - נמוך , בינוני , גבוה

השכלה של האם : על פי משתנה אורדינאלי – יסודי , תיכוני , אקדמאי

נטילת ברזל : על פי משתנה נומינאלי - 1-3 פעמים בשבוע –לא נחשב שלקח באופן סדיר , 4 פעמים ומעלה –נחשב שלקח באופן סדיר. לצורך בניית רגרסיה לוגיסטית המשתנה תחולק למשתנה דיכוטומי (כן לקח באופן סדיר , לא לקח באופן סדיר).

תזונה עשירה בברזל : משתנה נומינאלי -1-3 פעמים בשבוע – לא נחשב באופן סדיר , 4 פעמים בשבוע ומעלה –נחשב שלקח באופן סדיר. לצורך בניית רגרסיה לוגיסטית המשתנה תחולק למשתנה דיכוטומי (כן לקח באופן סדיר , לא לקח באופן סדיר).

משתנים מרכזיים נוספים :

חום אצל התינוק- כאשר בוצע ספירת דם , התינוק היה עם חום .(חום מוריד את רמת ההמוגלובין 1-2 gr%). חום-כן או לא –יוצג לפי משתנה נומינאלי . המשתנה תחולק באופן דיכוטומי : היה חום בעת ביצוע בדיקה , לא היה חום בעת ביצוע הבדיקה .

הדרכת האחות : הדרכת האחות . כן או לא. על לפי משתנה נומינאלי . המשתנה תחולק באופן דיכוטומי : האם האחות הדריכה למתן ברזל ותזונה עשירה :כן או לא.

משתנים ערפיליים פוטנציאליים : האם הילד מטייל בשמש – אם רמת ההשכלה של האם נמוכה ,אזי, היא לא לוקחת אותו לטיול בשמש וגם לא נותנת לתינוק ברזל ותזונה עשירה בברזל וכתוצאה הוא סובל מאנמיה .

• שתיית מים מורתיחים –אם רמת ההשכלה של האם נמוכה ,אזי , היא לא מרתיחה מים לתינוק וגם לא נותנת לתינוק ברזל ותזונה עשירה בברזל וכתוצאה הוא סובל מאנמיה

• שתייה תה - שמפריעה לספיגה של ברזל. אם רמת ההשכלה של האם נמוכה , היא לא תקפיד על הוראת מתן הברזל לתינוק ותיתן לו אחרי נטילת ברזל, לשתות תה כתוצאה הברזל לא נספג והוא סובל מאנמיה.

כלים לשימוש במחקר : בשאלון מובנה ומתוקף .

• **הטיות אפשריות ופיתרונות למניעתן :** הטיות אפשריות הן הטיית מידע והטיית זיכרון .

הטיית מידע : מכיוון שהאחות שואלת את האם על מתן ברזל לתינוק , אם האם לא נתנה כלל ברזל או לא נתנה ברזל באופן סדיר, ייתכן שתתבייש ותמסור מידע שגוי.

הטיית זיכרון : כיוון שהמחקר רטרוספקטיבי, אנחנו שואלים אחורנית את האם על תזונה ומתן, כמות ותדירות הברזל לתינוק. יכול להיות שהאם לא תזכור ולא תדייק במסירת מידע.

יתרונות למניעת הטיות : בכל מחקר יש הטיות משלו ולא ניתן למנוע אך ניתן להתייחס אליהם . ניתן לצמצם אותם, אך לא ניתן לשלוט עליהם לגמרה . במחקר שלנו , אם נעזרים בצוות לביצוע המחקר ומילוי השאלון רצוי לא ליידע אותם על המחקר ומטרתו על מנת שמצב הרוח של המראיין לא ישפיע על המראיינת.

שיטות לעיבוד הנתונים :

הפקת טבלאות התפלגות של כל משתני המחקר. (מוצג בנספחים)

• שלב ראשון : תאור המשתנים :

משתנה כמותי רציף- (אנמיה) יוצג לפי מדדי מרכז שכיח , חציון , ממוצע ובתיאור היסטו-גרמה.

המשתנים האורדינאליים (מצב הכלילי , השכלת האם, נטילת ברזל) יוצגו לפי מדדי מרכז שכיח וחציון בתיאור גרף עמודות.

המשתנים הנומינאליים (נטילת ברזל , חום אצל התינוק , הדרכת אחות) יוצגו לפי מדדי מרכז שכיח ובתיאור גרפי .

• שלב שני : עיבוד חד משתנים :

בדיקת הקשר בין המשתנים התלוי (קיום אנמיה) לבין משתנים הבלתי תלויים (השכלת האם , רמת הכנסה , נטילת ברזל , תזונה עשירה בברזל, חום אצל התינוק, הדרכת האחות)

1. לבדיקת הקשר בין משתנה התלוי הכמותי-רציף (אנמיה) לבין בדיקת הקשר למשתנים הבלתי תלויים האורדינאליים (רמת השכלה ומצב כלכלי) , נבצע מבחן Anova (מבחן לא –תלות).

2. לבדיקת הקשר בין משתנה התלוי כמותי (אנמיה) לבין משתנים בלתי תלויים דיכוטומי (מתן ברזל , תזונה , חום אצל התינוק, הדרכת האחות) , נבצע מבחן t-test למשתנים בלתי תלויים.

שלב שלישי: עיבוד רב משתני :

בשלב זה נבנה מודלים מבוססים על רגרסיה לוגיסטית .

למודל זה נכניס את כל הנתונים שנמצאו מובהקים בשלב החד משתני או שהם בעלי חשיבות קלינית. רמת המובהקות הוגדרה כ-0.05.

העיבוד הסטטיסטי נעשה בעזרת תוכנה –spss-14 .

שיקולים אתיים :

שיקולים אתיים שנלקחו בחשבון בעת עשיית המחקר הם :

- ✓ תרומת הידע למטפלים – אחיות ורופאים וכן מקבלי ההחלטות על הגורמים המשפיעים על אנמיה והשפעתה בטווח רחוק בקרב הילדים , מניעה וצמצום נזקים בעתיד ועיקרון של עשיית טוב לאנושות .
- ✓ בביצוע המחקר האוטונומיה של האמהות נלקחה בחשבון כלומר , הסכמה מדעת להשתתף במחקר.
- ✓ בתשוא לא נגרם נזק כלשהו.
- ✓ נעזרנו בשאלון מתוקף .
- ✓ על מנת לא להטריח את האמהות , בוצע ראיון טלפוני .
- ✓ ישנה כשירות לחוקרות שהן אחיות אקדמיות.
- ✓ השאלונים נעשו אנונימיים .
- ✓ ננקטו עקרונות אתיים כמו מתן כסף או ניצול מצוקה נפשית או פיזית לצורך המחקר.
- ✓ נלקח בחשבון אישור הלסינקי מוסדי , לשכת הבריאות המחוזית ורופאת המחוז , מפקחת המחוז לביצוע המחקר והוצאת נתונים .
- ✓ לא ניתן לתינוקות טיפול ניסיוני כלשהו אלא המלצה לטיפול בברזל מניעתי כתרופה יחידה עלפי תדריך להזנת התינוק של משרד הבריאות.

ביבליוגרפיה :

מדריך לאנשי מקצוע להזנת התינוק והפעוט (2012). חוזר ראש שירותי בריאות הציבור – משרד הבריאות.

קונסטנטיני, ג. דובנוב-רז, ג. (2008). *המשאב החסר*. THE MEDICAL.
<http://www.themedical.co.il/Article>

<http://www.articles.co.il> שץ, א. (2012). *אנמיה בתינוקות*.

Ballin A, Senecky Y, Rubinstein U, Schaefer E, Peri R, Amsel S, Vol M, Amit Y, Boaz M. (2012). *Anemia associated with acute infection in children* Department of Pediatrics, Wolfson Medical Center, Holon, israel.ballin@wolfson.health.gov.il.

Bilenko N, Yehiel M, Inbar Y, Gazala E. (2007). *Association between anemia in infants, and maternal knowledge and adherence to iron supplementation in southern Israel*. Ministry of Health, Southern District, Beer Sheva, Israel.

Bogen, D. Duggan, A. Dover, G. Wilson, M. (2000). *Screening for iron deficiency anemia by dietary history in a high-risk population*. Pediatrics. V ;105:P.1254-1259.

Burden, M. Westerlund, A. Armony-Sivan. Jacobson, S. Lozoff, B. Angelilli, M. Jacobson, J. (2007). *An Event-Related Potential Study of Attention and Recognition Memory in Infants With Iron-Deficiency Anemia*. *pediatrics* Vol. 120 No. 2. pp. e336 - e345

Chang S, Wang L, Wang Y, Brouwer ID, Kok FJ, Lozoff B, Chen C. (2011). *Iron-deficiency anemia in infancy and social emotional development in preschool-aged Chinese children*. *Pediatrics*;127(4):e927-33. doi: 10.1542/peds.2010-1659. Source: Chinese Centers for Disease Control and Prevention, Beijing, China.

Dupont, W.D. & Plummer, W.D. (1990). *Power and sample size calculations: A review and computer program*. *Controlled Clin. Trials* 11, 116-128.

Halterman JS, Kaczorowski JM, Aligne CA, Auinger P, Szilagyi G. (2001). *Iron deficiency and cognitive achievement among school-aged children adolescent in the united states*. *pediatrics* 107:1381-6

Lindsay' H. (2000). *Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome* 1'2'3. American Society for Clinical Nutrition

Maureen' M. (2012). *Integrated strategies needed to prevent iron deficiency and to promote early child development*. [Journal of Trace Elements in Medicine and Biology](#). [Volume 26, Issues 2–3](#), pages 120–123

Kaluski,N, Leventhal¹,A. Averbuch,Y. Rishpon ,S. Cohen- Dar,M. Habib,S. Bellmaker,I . Rubin ,L. Rachimie,S. Amitai¹,Y . Palti,H. (2001).*Five decades of trends in anemia in Israeli infants: implications for food fortification policy* .European Journal of Clinical Nutrition European Journal of Clinical Nutrition) 55, 82±87

Walter,T.(2003). *Effect of iron deficiency anemia on cognitive skills and neuromaturation in infancy and childhood* Food Nutr Bull. (4suppl):s104-10

נספחים:
תיאור משתנים

נתונים סוציו-דמוגרפיים	קבוצה 1	קבוצה 2	P
רמת השכלה	שכיח + חציון	שכיח + חציון	
רמת הכנסה	שכיח + חציון	שכיח + חציון	

ניתוח חד משתני

משתנה בלתי תלוי	קבוצת מחקר	קבוצת ביקורת
השכלה		
רמת הכנסה		
תדירות מתן ברזל		
תדירות מתן תזונה עשירה בברזל		
הדרכה של האחות		
חוס אצל התינוק בעת ביצוע הבדיקה		

ניתוח רב – משתני

משתנה	OR	P	95% CI
רמת השכלה			
רמת הכנסה			
תדירות מתן ברזל			
תזונה עשירה בברזל			
הדרכה של האחות			
חוס אצל התינוק בעת ביצוע הבדיקה			

מס' שאלון	קב' המחקר
תאריך ביצוע ראיון	לא ביצע ס.ד.ס

מעקב אחר תוצאות ס.ד. המתבצעת באופן שגרתי אצל פעוטות בני שנה

1. שם המשפחה _____ שם פרטי _____ 2. שם האם _____
3. תאריך לידה ____/____/____ 4. טלפון _____
5. מין: 1. זכר 2. נקבה 6. משקל לידה בגרמים _____ 7. שבוע הריון בלידה _____
8. האם הפעוט סובל מבעיות בריאות כרוניות? 1. לא 2. כן אם כן, פרט _____

ספירת דם לפעוט: (למלא מתיק בריאות)

9. תאריך ביצוע ס.ד. ____/____/____ 10. Hg _____ MCV _____
10. האם נאמר לך אי פעם שיש לתת לילד תוסף ברזל? 1. לא 2. כן 3. לא זוכרת (אם לא לעבור לשאלה 12)
11. באיזה גיל היה הפעוט כאשר קיבלת הדרכה למתן תוסף ברזל? _____ חודשים

טיפול בתוסף ברזל עד גיל שנה:

- 12.1. האם נתת לפעוט (שם הפעוט) תכשיר ברזל במשך שנה הראשונה? 1. לא 2. כן

12. שם התכשיר	13. גיל התחלה (בחודשים)	14. גיל סיום (בחודשים)	15. אופן מתן
1. טיפות פריפל 3 2. סירופ פרופל 15 3. לא זוכרת			1. סדיר-מעל 5 שבועות 2. 3-4 שבוע 3. 1-2 שבוע 4. בכלל לא

16. האם במהלך תקופת מתן תוסף ברזל הגדלת את המינון? 1. לא 2. כן, אם כן, באיזה גיל _____ חודשים

17. תזונת התינוק מהלידה

מזון	מגיל (חודשים)	עד גיל (חודשים)
הנקה בלעדית		
תחליף חלב (תמ"ל)		
אחר _____		

18. אילו מזונות את נוהגת לתת לילדך

מס' פעמים בחודש	מס' פעמים בשבוע	גיל התחלה בחודשים	
			דייסה מועשרת בברזל
			מוצרי בשר (עוף, הודו, בקר, כבד)
			חלב פרה ומוצרי
			קטניות/מוצרי סויה
			תה
			ביצים

19. האם את לקחת ברזל באופן סדיר בזמן ההיריון של (שם הילד)? 1. לא 2. כן

20. האם לקחת ברזל באופן סדיר 6 שבועות אחרי לידה? 1. לא 2. כן

פרטי המשפחה:

21. שנת לידה : אם _____

22. ארץ לידה : אם _____

23. שנת עליה : אם _____

24. שנות השכלה : אם _____

25. האם האם עובדת מחוץ לבית : 1. לא 2. כן, במה _____

26. מס' ילדים במשפחה כולל הילד הנבדק _____

27. מס' החדרים בבית (לא כולל מטבח, מרפסות ושרותים) _____

28. מקום הילד במשפחה _____

29. ההכנסה עבור משק בית (כולל ב. לאומי והכנסות אחרות) היא :

1. מתחת 2800 ש"ח 2. בין 2801-5000 ש"ח 3. 5001-5900 ש"ח 4. 5901-7100 ש"ח

5. 7101-8400 ש"ח 6. 8401-9700 ש"ח 7. מעל 9701 ש"ח

30. איך היית מגדירה את משפחתך ? 1. חרדי 2. דתי 3. מסורתי 4. חילוני

נכתב ע"י : דר' שרית רחמני אחות בריאות הציבור, מפקחת המחוז לשכת הבריאות תל אביב.

4.22 גילנות בקרב אחיות בישראל : אירית אבני, סיגלית ארבוף, סטלה גרודזינסקי
רון , רשל נטי אהרונוף

ידע ועמדות כלפי קשישים בקרב אחיות העובדות במחלקות גריאטריות תוך השוואה לאחיות בריאות הציבור

תשרי תשע"ד

אוקטובר 2013

תקציר

העלייה המתמשכת בתוחלת החיים תורמת הן לגידול במספר ובאחוז הקשישים בקרב האוכלוסייה, והן להזדקנות אוכלוסיית הקשישים עצמה. שינויים אלו מובילים להתעצמות תופעות חברתיות, המתבטאות בהתנהגות שלילית כלפי אוכלוסיית הקשישים. את התופעה הזו, הנקראת גילנות, נחקר בעבודה זו.

גילנות (Ageism) הינה אפליה על רקע גיל. צעירים מתייחסים לקשישים כקבוצה נבדלת, ואף מפסיקים לזהותם כיצורים אנושיים. על פי הספרות, הסיבות לגילנות הן מגוונות. אחת הסיבות לגילנות הינה תחושת האיום של המוות, והיותם של הזקנה והמוות בלתי נמנעים. סיבה אפשרית נוספת לגילנות הינה החשש של צעירים מפני איבוד צלם אנוש. בנוסף ישנו האיום על הערך העצמי, לפי שהזקנה מביאה עמה ירידה במאפיינים שמתקשרים לערך העצמי של האדם.

ניתן להגדיר את הגילנות כמחלה של החברה המודרנית. החברה המודרנית עברה שינויים דמוגרפיים ואקונומיים שחלו במאתיים השנים האחרונות בעולם, והביאו, בין השאר, לירידה במעמדם החברתי של הקשישים. מיסוד הגילנות ושוורשיה השליליים החלו בארצות הברית ובארצות אחרות, כגון: בריטניה, סין וישראל, אם כי במידה פחותה יותר. על פי מחקרים, גילנות נפוצה ואף נמצאת במגמת עליה בקרב אנשי הרפואה, הסיעוד ושאר מקצועות הבריאות ברחבי העולם.

מטרת המחקר: להשוות בין תופעת הגילנות בקרב אחים ואחיות (להלן אחיות) העובדים במחלקות גריאטריות, לבין גילנות בקרב אחיות העובדות בבריאות הציבור בישראל.

שיטות המחקר: המחקר הינו מחקר חתך המבוסס על מדגם נוחות. נדגמו 124 אחיות, 62 מבית חולים הרצוג בירושלים ו- 62 אחיות העובדות בבריאות הציבור במחוז תל אביב. נבדקו עמדות ורמת ידע כמשתנה התלוי. המשתנים המסבירים שנבחרו: גיל, השכלה, תחום העיסוק, הכשרה מקצועית וניסיון קודם. הנתונים נאספו בעזרת שאלון פלמור שבדק רמת ידע עם אלפא קרונבך של 0.63, ושאלון קוגן שבדק עמדות כלפי הקשישים עם אלפא קרונבך של 0.81.

ממצאים: 124 אחים ואחיות מילאו שאלונים, ברמת היענות של 77.5%. נמצאו רמות ידע בינוניות ועמדות לא חיוביות כלפי קשישים בשתי הקבוצות. בניתוח על פי מודל רב-משתני, נמצא שלהשכלה ולידע ישנה השפעה חיובית מובהקת על עמדות גילניות. בעלי השכלה גבוהה ובעלי ידע גבוה מבטאים עמדות תומכות יותר בקשישים. אחוז השונות המוסברת של המודל אינה גבוהה, ועומדת על 23.5%, מה שמצביע על כך שקיימים גורמים נוספים המשפיעים על גילנות.

לסיכום: רמת הידע הבינונית וההשפעה המובהקת של הידע וההשכלה על הגילנות, מדגישה את הצורך בהרחבת תוכניות הלימוד בסיעוד ובמתן הכשרה גרונטולוגית. בנוסף, כיוון שיכולת הניבוי נמוכה יש מקום לביצוע מחקר נוסף באוכלוסיות גדולות ומקיפות יותר.

מבוא

ההתקדמות המואצת של הטכנולוגיה והרפואה בעשורים האחרונים, בשילוב עם עלייה ברמת החיים, הביאו לשיפור ניכר במניעה ובטיפול במחלות, וכתוצאה מכך לעלייה בתוחלת החיים (Leon, 2011). כיום, בני 65 ומעלה מהווים 10% מהאוכלוסייה בישראל, והתחזית לשנת 2030 עומדת על 14% מכלל האוכלוסייה ("הזקנים בישראל", 2009). העלייה המתמשכת בתוחלת החיים תורמת לגידול במספר הקשישים, לעליה באחוז הקשישים בקרב האוכלוסייה, ואף להזדקנות אוכלוסיית הקשישים עצמה. שינויים אלו מהווים כר פורה להתעצמותן של תופעות חברתיות המתבטאות בהתנהגות שלילית כלפי אוכלוסיית הקשישים. תופעה זו, המכונה גילנות, הינה נושא המחקר דלהלן.

בבואנו לחקור את תופעת הגילנות, ראשית יש לתת את הדעת על המושג אפליה. אפליה הינה מונח סוציולוגי המציין הבדלה בין קבוצות חברתיות שונות, קטגוריות חברתיות או פרטים שונים. הבדלה זו מעניקה לקבוצה, קטגוריה, או פרט מסוימים, יתרונות או חסרונות בהתייחסות אליהם, מבלי שתהיה הצדקה עניינית לכך. אפליה יכולה להיות על בסיס מין, גזע, לאום, גיל וכולי, והיא עשויה להיות מכוונת או עקיפה. במגילת העצמאות נקבע כי מדינת ישראל "תקיים שוויון זכויות חברתי ומדיני גמור לכל אזרחיה בלי הבדל דת, גזע ומין". כמו כן, באחדים מחוקי מדינת ישראל מופיע איסור על אפליה של אדם על פי מאפיינים אחדים ("אפליה", 2013).

אחד החוקים למניעת אפליה הינו חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, אשר חוקק על מנת להסדיר את זכויותיהם של חולים ומטופלים ולמנוע אפליה. בסעיף הרביעי של החוק נאמר: "מטפל או מוסד רפואי לא יפלו בין מטופל למטופל מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא, נטייה מינית או מטעם אחר כיוצא באלה" ("חוק זכויות החולה", 2010). ההחלטה לעגן בחוק זכויות אלו נבעה מההבנה כי מדובר באנשים שבשל מצבם חשופים לפגיעה בזכויותיהם הבסיסיות הן מבחינה חוקית והן מבחינה אנושית. אנשים אלו נתונים במצב של תהייה ואי וודאות, בתחושת תלות במטפלים ובמוסדות המטפלים ובתנאים של לחץ נפשי.

במשך שנים רבות, חקיקת זכויות האדם כללה איסור אפליה מטעמי דת, גזע, מין ולאום. אך עם הארכת תוחלת החיים, חלה עליה במספר המקרים של יחס לא נאות ואפליה בנגישות לטיפול רפואי מצד המערכת הרפואית כלפי קשישים. לפיכך, הוצע להוסיף את איסור האפליה על בסיס גיל ("הצעת חוק זכויות החולה", 2009). כאמור לעיל, לשון תיקון החוק מתייחסת לאיסור אפליה מטעמי גיל וכולי, אך אינה נותנת את הדעת לשיקולים רפואיים ("חוק זכויות החולה", 2010).

אפליה על רקע גיל הינו מושג שהתפתח לפני מספר עשורים ומתייחס לענף צר של אפליה הקרוי גילנות – Ageism. הצורך לחקור נושא זה הינו הרצון בהגברת נראות התופעה ובפיתוח כלים להתמודד עימה. ננסה להסביר מהם שורשיה של התופעה ונפרט את מרכיביה. תופעת הגילנות נחקרה בעבר בהקשרים שונים, אנו נתייחס לתופעה בהקשר של הימצאותה בקרב אחיות העובדות במחלקות גריאטריות, תוך השוואה לאחיות העוסקות בתחום בריאות הציבור בישראל. מכיוון שאחיות העובדות במחלקות גריאטריות, באות במגע יום יומי עם אוכלוסייה זו, נרצה לבדוק האם תופעת הגילנות גוברת או פוחתת בקרב אחיות במחלקות גריאטריות לעומת אחיות בתחום אחר. בנוסף נבחן האם משתנים נוספים כגון גיל האחיות, הכשרה בגריאטריה, חשיפה במקום העבודה לקשישים, ניסיון קודם בעבודה עם קשישים והשכלה, משפיעים על התופעה.

1. סקירת ספרות

1.1 עמדות

מההיבט הפסיכולוגי, עמדה היא הערכה כללית שיש לפרט בנושאים שונים או על אנשים שונים. מחיי היומיום ומתוך ניסיונו, ידוע כי לכל אחד מאתנו יש יחס שונה לאנשים שונים, לרעיונות שונים, להתנהגויות שונות ולמצבים שונים. במילים אחרות ניתן לומר, כי אנו נוקטים עמדה כלשהי כלפי כל גירוי. מכאן עולה שעמדה הינה הערכה כוללת וקבועה (יחסית), שבעזרתה יש לנו נכונות להגיב באופן מסוים על גירויים. כפי שהוזכר, עמדות מתייחסות למצבים ולאנשים רבים ולכן הן כלליות מטבען. עמדות יכולות להיות חיוביות או שליליות, והן שונות זו מזו בחשיבותן ובעוצמתן. עמדות הן לרוב יציבות, אך יכולות להשתנות במהלך הזמן (כהן ופרידמן, 2002).

ישנם שלושה מרכיבים לעמדה. המרכיב הקוגניטיבי עונה על השאלה – מהן דעותיו, מחשבותיו ואמונותיו של הפרט על הנושא. המרכיב הרגשי עונה על השאלה – מה הפרט מרגיש כלפי אדם, מצב, התנהגות, רעיון וכדומה. המרכיב ההתנהגותי עונה על השאלה – כיצד הפרט נוטה לפעול כלפיו, כלומר – מהי הנכונות לפעולה.

לעמדות חשיבות רבה בחיינו. הן עוזרות לנו להסתגל לסביבה ואף להגיב לאירועים שונים. יתר על כן, כיוון שלכל אחד ואחת מאתנו עמדות שונות משל אחרים או דומות לשל אחרים, אזי העמדות מספקות לנו נושאי שיחה עם החברה. תפקיד העמדות לא מסתכם בכך, והן מסייעות לנו להסתגל לסביבה ולקבל החלטות וכן לשמור על הדימוי העצמי (כהן ופרידמן, 2002).

1.2 מהי תופעת הגילנות?

מושג הגילנות הינו מורכב וקשה להגדרה. ד"ר רוברט בטלר, מי שהיה המנהל הראשון של המכון הלאומי לזקנה בארצות הברית, גיבש באופן רעיוני ותיאורטי את המושג, ואף טבע את המונח Ageism. בטלר ניסה לבנות הגדרה אופרטיבית למושג גילנות (דורון, 2010).

בטלר (Butler, 1969) הגדיר את המושג גילנות כ"תהליך של סטריאוטיפיזציה שיטתית ואפליה נגד אנשים רק בשל היותם קשישים, דבר המאפשר לצעירים להתייחס לקשישים כקבוצה נבדלת, ואף אולי להפסיק לזהותם כיצורים אנושיים". כמו כן הוא מתאר כי היה מודע לגילנות עוד בטרם היה לה שם. בבית הספר לרפואה נפגש בטלר עם דעות קדומות בנושא גיל, והחלטתו לחקור תאים מזדקנים נחשבה למוזרה ואף זיכתה אותו בכינוי "חובב גופות". הוא מתאר כיצד הופתע לשמוע את חבריו הסטודנטים לרפואה ואת לקסיקון המונחים האכזרי שלא נודע בציבור, המשקף יחס שלילי כלפי חולים, ובעיקר כלפי חולים מבוגרים (Butler, 2005).

קיימת הגדרה נרחבת מבוססת אמונות לגבי ההשפעה של הזדקנות ביולוגית על כל בני האדם בכל גיל, אשר מתקשרת לפחדים ולדעות קדומות במהלך החיים. בהגדרתה הצרה, גילנות הינה אפליה כנגד קשישים על רקע גילם. כפי שנשים מופלות ומדוכאות כתוצאה מסקסיזם, וכמו שמיעוט אתני מדוכא על ידי גזענות, כך קשישים סובלים מאפליה כתוצאה מגילם. ניתן להגדיר גילנות גם כתהליך סיסטמי של סטריאוטיפים ואפליה נגד אנשים עקב גילם הזקן. קשישים מוגדרים כסנייליים, כנוקשים בחשיבתם, כמגובלים ביכולותיהם, וכבעלי מוסר מיושן. גילנות מתארת מצב בו דורות צעירים מתייחסים לקשישים כשונים מהם, ולכן חדלים לראות בהם חלק מהציבור (Bytheway, 2005).

ניתן להבחין בגילנות ברמה הבין-אישית המתבטאת בהימנעות ממגע עם קשישים, בבדיחות על קשישים, בהתנהגות מתנשאת ופטרונית, ובעמדות שליליות וסטריאוטיפיות כלפיהם (Palmore, Branch & Harris, 2005). ברמה הממסדית מערבת הגילנות קיפוח בתחומים חברתיים כגון דיור, קבלה לעבודה, פיטורין וטיפול לקוי בשל גיל מתקדם (Palmore, 2004). תופעות חברתיות המשקפות גילנות כוללות: שימוש בשפה מזלזלת ובדיחות על אנשים קשישים; תקשורת שמעלה על נס גיל צעיר, יופי פיזי ומיניות, ולעומת זאת מתעלמת מאנשים מבוגרים או מציירת אותם באורח שלילי. כמו כן היבטים חברתיים של גילנות כוללים נורמות של גיל, גישה פטרונית, שפה גילנית והפרדה בין צעירים לקשישים על רקע גיל (Butler, 2009; Palmore et al. 2005).

1.3 הסיבות לתופעת הגילנות

חוקרים רבים סבורים כי העמדות השליליות וההתנהגות המפלה כלפי אנשים קשישים נובעות בעיקר מהפחד מפניהם. אנשים קשישים מייצגים את העתיד שלנו שבו המוות הוא ודאי, ובנוסף הם מתקשרים למאפיינים של ירידה ביכולות חברתיות וקוגניטיביות עם פגיעה צפויה בערך העצמי. בודנר (2009) מתייחס במאמרו לשלוש סיבות העשויות להסביר את תופעת הגילנות. 1. איום המוות: אנשים קשישים מחדדים את העובדה שגם אם המוות לא יהיה תוצאה של מחלה, תאונה או התקפת טרור, ברור מעל לכל ספק שלא ניתן להימנע מהזקנה ומהמוות שמגיע בעקבותיה. לכן, כשאנו נחשפים למראהו של אדם זקן, אנו רואים את הסוף הבלתי נמנע של חיינו שלנו. 2. חשש מאיבוד צלם אנוש: האפשרות של איבוד שליטה על הגוף ועל תפקודיו. המראות והריחות שנלווים לאובדן השליטה בקרב קשישים, מזכירים לנו את הטבע הפיזי, החייתי שלנו, והוא מצדו מזכיר לנו עד כמה שביר צלם האנוש שלנו. 3. איום על הערך העצמי: הזקנה מביאה עמה ירידה במאפיינים שמתקשרים לערך עצמי. כך, למשל, גברים שואבים חלק מהערך העצמי שלהם מכוחם הפיזי, ואילו נשים מבססות חלק מערכן העצמי על יופיין. כשמתבוננים באנשים קשישים רואים כיצד פוחתים מאפיינים אלה עם הגיל, וכך עלולים אנשים קשישים להזכיר לנו את הפגיעה העתידית בערך העצמי שלנו.

במחקר משנת 2004 בדקו מרטנס ועמיתיו (Martens, Greenberg, Schimel & Landau, 2004) אם קשישים מעוררים בצעירים אסוציאציה של מוות. הם הראו לקבוצה אחת תמונות פנים של צעירים ולקבוצה שנייה תמונות פנים של צעירים ושל קשישים גם יחד. לאחר מכן, הם ביקשו מהסטודנטים שהשתתפו במחקר להשלים מילים, שאת חלקן ניתן היה להשלים כך שיהיו קשורות למוות. נמצא כי נבדקים שנחשפו לתמונות של קשישים השלימו יותר מילים בדרך הקשורה למוות, בהשוואה לנבדקים שנחשפו לתמונות של צעירים בלבד (לדוגמה, הם השלימו את המילה "בר" "כ"קבר" ולא "כ"גבר"). בניסיון להתמודד עם איום המוות, מנסים הצעירים להגדיר את עצמם כשונים מהקשישים, ומבליטים את עמדותיהם השליליות כלפי קשישים. כלומר, כאשר צעירים מגדירים קשישים כשונים וכנחותים מהם, הם מצליחים באופן זמני להרחיק מעצמם את איום הזקנה ולהגן על הערך העצמי שלהם.

1.4 תיאוריות פסיכולוגיות המסבירות גילנות

שתי תיאוריות מרכזיות בפסיכולוגיה החברתית מנתחות את מקורות הגילנות וביטוייה בקרב צעירים וקשישים: תיאוריית ניהול האימה (TMT – Terror Management Theory) ותיאוריית הזהות החברתית (SIT – Social Identity Theory).

תיאוריית הזהות החברתית מתאימה יותר להסביר גילנות ביחס לקשישים, בטענתה כי אנשים מגבשים זהויות קבוצתיות בקלות רבה ובהתבסס על קריטריונים מינימאליים, ורק לאחר מכן מגלים הטיות קוגניטיביות שתומכות בקבוצה שבה בחרו (קבוצת הפנים). לפי תיאוריה זו, יתכן שהזהות הקבוצתית שגיבשו המשתתפים מהווה חלק אינטגרלי מזהותם האישית ונובעת מהצורך לקיים תפיסה עצמית חיובית ובכך להעריך כי קבוצת הפנים שלהם שווה יותר, וקבוצת החוץ שווה פחות (Tajfel, 1981).

תיאוריית ניהול האימה משמשת כמסגרת תיאורטית להבנת גילנות מצד אנשים צעירים, ומציגה זווית ראייה אחרת לגבי גילנות. התיאוריה מתייחסת להשפעה שיש לחרדת מוות על ההתנהגות החברתית של הבריות. האנשים יוצרים מנגנונים פסיכולוגיים הכוללים אימוץ תפיסות עולם ובניית הערכה עצמית, ואלו מאפשרים להם להתמודד ואף לחסום את חרדת המוות שלהם (Greenberg, Pyszczynski & Solomon, 1986).

1.5 השפעות תופעת הגילנות על חברות ותרבויות

מחקרים שונים מראים עד כמה משפיעות עמדות גילניות על החשיבה וההתנהגות החברתית. כך, לדוגמה, נמצא כי כשצעירים שוכחים מידע, מיוחסת השכחה שלהם לחוסר תשומת לב או לחוסר מאמץ. מאידך גיסא, כשקשישים שוכחים מידע מיוחסת השכחה שלהם לחוסר יכולת. עוד נמצא כי קשישים נתפסים כידידותיים וחמים יותר מאנשים צעירים, אך גם כפחות חכמים, כפחות הישגיים וכפחות אחראיים מהם (בודנר, 2009).

ניתן להגדיר את הגילנות כמחלה של החברה המודרנית. החברה המודרנית עברה שינויים דמוגרפיים ואקונומיים במאתיים השנים האחרונות, מה שגרם, בין השאר, לירידה במעמדם החברתי של קשישים. בישראל לדוגמה, שיעורם של הקשישים באוכלוסייה עלה בצורה ניכרת. במקביל לעלייה בשיעור הקשישים באוכלוסייה, החליטה מדינת ישראל לעודד פרישה לגמלאות כמדיניות, כך שהקשישים לא יכולים להמשיך להחזיק בעבודות נחשבות או בעמדות כלכליות כבעבר.

בישראל בפרט ובעולם בכלל, הקדמה הטכנולוגית יצרה משרות חדשות שאנשים מבוגרים התקשו למלא. האורבניזציה הרחיקה אנשים צעירים מבתיהם, והובילה להחלשה של הקשרים המשפחתיים במשפחה המורחבת. הצעירים הפסיקו לחפש חכמה והדרכה אצל הסבא והסבתא, ומעמדו של הדור השלישי במשפחות איבד את צביונו ואת חשיבותו. היציאה של קשישים ממעגל העבודה גרמה להם להיחשב לבלתי יצרניים, ואף הפכה אותם לעול על מעמד הביניים הנושא בנטל הכלכלי-חברתי. התפתחות מערכות החינוך הציבוריות הרחיבה את היקף האוכלוסייה שיודעת קרוא וכתוב, ובאופן זה הפחיתה ממעמדם של הקשישים, שבעבר העבירו בעל פה את המורשת התרבותית ואת החכמה. לסיכומו של עניין, ניתן לומר כי המודרניזציה ערערה את מעמדו של הדור המבוגר (בודנר, 2009).

מחקר שנערך באוניברסיטת בר אילן בשנת 2013 על ידי ברגמן ועמיתיו (Bergman, Bodner & Cohen-Fridel, 2013) במטרה לבדוק את תופעת הגילנות בקרב ערבים ויהודים בישראל, מצאו

שערים יותר סביליים כלפי הקשישים, בדרך כלל מפגינים פחות פחד מקשיש וממראהו, ומציגים את תרומתם של הקשישים לחברה. לעומת זאת, נשים ערביות מפגינות חרדה מזקנה ומהזדקנות בדומה לישראלים, והן יותר מעורבות בטיפול תובעני בקשישים מאחר והן נחשבות כמטפלות העיקריות. הממצאים מלמדים על השפעה תרבותית בקשר לתופעת הגילנות בקרב ישראלים וערבים.

במחקר הנ"ל נבדקו ההבדלים התרבותיים בין יהודים ישראלים לבין ערבים מוסלמים ישראלים, בקשר לתפיסתם ויחסם לקשישים. חלקם של הקשישים בקרב האוכלוסייה היהודית גבוה כמעט פי 4 מבאוכלוסייה הערבית, מצב שיכול להוביל לצורך בהגדלת השירותים הייחודיים לקשישים בחברה הישראלית. נתון זה יכול לתרום להעצמת תופעת הגילנות בחברה הישראלית, להתייחסות אל הקשישים כנטל על החברה, ולהוביל לחשיבה כי הזקנה היא בעיה. החברה הערבית בישראל, כמו תרבויות ערביות אחרות במזרח התיכון, עוברת שינוי. זאת למרות ההחזקה בדעות מסורתיות, לפיהן הקשיש מהווה את עמוד התווך של המשפחה. ניתן לראות כיצד יותר ויותר ערבים מבוגרים וצעירים מתחילים לחשוב על מטפלים מחוץ למשפחה, כגון בתי אבות או בתי מחסה, כחלופה לטיפול בבית. יחד עם זאת, בהתאם למפקד האוכלוסין הכללי ומפקד בתי אבות משנת 1995, נמצא כי רק 0.3% מיושבי בתי קשישים הינם ערבים מוסלמים ו-99% הינם יהודים. ממצא זה יכול לרמז כי מוסלמים ערבים עדיין מעדיפים טפל בקשישיהם בתוך המשפחה ובקהילה.

ערעור מעמדם של קשישים הביא להתרחבות תופעת הגילנות, ומתקשר להשפעות תרבותיות שקשה להתעלם מהן (Cuddy, Norton & Fiske, 2005). מחקרים שנעשו בשנים האחרונות מראים כי גילנות הינה תופעה כלל עולמית שחוצה תרבויות, וניתן למצוא אותה גם בארצות שנחשבות למסורתיות ולקולקטיביסטיות (Bodner & Lazar, 2008). תרבויות מערביות מעריכות לרוב אינדיבידואליזם והיצמדות לחברה המקדשת נעורים ומחזיקה לרוב בדעות שליליות כלפי קשישים וזקנה (Wang & Mallinkrodt, 2006). לעומת זאת, תרבויות מסורתיות נוטות יותר להישען על ערכים קולקטיביסטיים, התומכים ומוקירים קשרים משפחתיים, וכמו כן מדגישות יחסי גומלין והדדיות בין יחידים המעדיפים באופן מובהק קשר טבעי בין כל חברי המשפחה (Boggatz & Dassen, 2005).

הגילנות קיימת בתרבויות רבות ומתקיימת במצבים חברתיים שונים לאורך כל מעגל החיים, והיא יכולה ללוש צורות שונות במגדרים שונים. קשישים מפנים רגשות שליליים כלפי צעירים, אך בעיקר צעירים מפנים רגשות שליליים כלפי קשישים. עם הזמן, מושג הגילנות התפתח, ויש הבנה כי מעבר לתמונות, למילים, למעשים או להתייחסות, התופעה מושרשת היטב בחברה בתחומים רבים (Butler, 2005).

בודנר (2009), ציין במאמרו כי גם כשאנשים מגיעים לגיל הזקנה הם ממשיכים להחזיק בתפיסות גילניות. מחד גיסא, הם יכולים להכיר בשייכותם לקבוצת גיל זו ולהתמקד ביתרונות המסוימים שמקנה להם גילם, כגון ניסיון חיים, ידע נרחב, או כישורי התמודדות שנרכשו לאורך שנים. באפשרותם לקבל על עצמם תפקידים חברתיים הנגזרים משלב זה במעגל החיים והם אף יכולים לתפוס את קבוצת הגיל הצעירה כנחותה מהם ולהחזיק בעמדה שהצעירים פחות מנוסים, פחות תרבותיים, או יותר שטחיים. אך מאידך גיסא, קיומן של עמדות גילניות בחברה פוגע במעמד החברתי של הקשישים והופך את ההשתייכות לקבוצת גיל זו לבלתי מושכת. לפיכך, קשישים עשויים להפנים עמדות גילניות, להכחיש את שייכותם לקבוצת הגיל המבוגרת ולנסות להוסיף ולהשתייך

לקבוצות גיל צעירות יותר. דפוס זה של התנהגות בגיל הזקנה יכול אף להתבטא בהבעת עמדות שליליות כלפי בני גילם המבוגרים, אותם יגדירו חלק מהקשישים כשונים מהם וכ"קשישים באמת".

במאמרו סקר בודנר (2009) מחקרים המלמדים כי סטריאוטיפים שליליים כלפי הזקנה יכולים לפגוע במוטיבציה, בתחושת המסוגלות העצמית ובביצועים הקוגניטיביים של קשישים. במעקב של עשרים שנה אחרי כמה מאות אנשים שהיו בני 50 ומעלה בשנת 1975, נמצא כי אלה שהחזיקו בתפיסות חיוביות יותר לגבי הזקנה דיווחו על בריאות תפקודית טובה יותר. במחקר אחר שבו נבדק הקשר בין סטריאוטיפים שליליים לגבי הזקנה לבין ירידה בשמיעה בקרב כמה מאות דיירים בני 70-96 בדור מוגן, נמצא שסטריאוטיפים שליליים היו קשורים לירידה בשמיעה, כך שמי שביטא יותר עמדות שליליות גם סבל יותר מירידה בשמיעה. כמו כן, נמצא כי חשיפה תת סיפית לסטריאוטיפים שליליים על הזקנה הובילה לעלייה בלחץ הדם ולהאצת קצב הלב בהשוואה לחשיפה למילים חיוביות. השפעה דומה נמצאה גם על יציבות ומהירות ההליכה. עוד נמצא כי אנשים עם תפיסות חיוביות יותר לגבי זקנה נטו לשמור על אורח חיים בריא יותר שכלל דיאטה מאוזנת, התעמלות, ונטילה נכונה של תרופות (Hausdorff, Levy & Wei, 1999).

סקר מקיף שנעשה על 6,600 אנשים בני חמישים ומעלה בשנים 1975-1997, גילה כי אנשים עם תפיסות עצמיות חיוביות יותר לגבי הזקנה, כפי שאלו נמדדו בשנת 1975, חיו בממוצע 7.5 שנים יותר מאנשים עם תפיסות עצמיות פחות חיוביות לגבי הזקנה (Levy, Slade, Kunkel & Kasl, 2002). מקום העבודה אף הוא מייצג את הסטריאוטיפים הללו, שהם חלק מהסביבה החברתית. קיימות גישות התייחסות חיוביות ושליליות של מנהלים לגבי עובדים קשישים. כאשר התייחסות לעובד הזקן חיובית, המנהלים מתייחסים לעובדים אלו כבעלי ניסיון מקצועי וידע נרחב, ככאלה שיש להם מחויבות לאיכות, כנאמנים, כאנשים שיכולים להתמודד עם משברים, וכבעלי יכולת שיתוף פעולה עם עובדים אחרים בארגון. לעומת זאת, כאשר התייחסות לעובדים הקשישים היא שלילית, הם מתוארים כפחות גמישים, כפחות מוכנים להסתגל לשינויים טכנולוגיים, כבעלי הגבלות פיזיות, כמורגלים לשיטות עבודה ישנות, וככאלה שמשולם עבורם ביטוח בריאות גבוה (Helen & Kathryn, 2007).

עוד נמצא במחקרים כי הערכים החיוביים המוזכרים לעיל, אינם קיימים כלפי מבוגרים בחברות גדולות. כלומר, למרות שלמבוגרים יש ניסיון ויכולת שיפוט, מחויבות לארגון ולאיכות, נוכחות גבוהה ודייקנות, כל אלה לא מוערכים מספיק בחברות הגדולות. יחד עם זאת קיימים מקומות עבודה אשר מעסיקים פנסיונרים כמדריכים לדור הצעיר, ושם ישנה מודעות לתרומתם (Helen & Kathryn, 2007).

1.6 גילנות בעולם

ניתוח השוואתי בינלאומי מלמד, כי לתופעת הגילנות ישנם היבטים אוניברסאליים, חוצי גבולות וחברות, כאשר לכל מדינה יש היבטים הייחודיים לה (דורון ואחרים, 2011). מיסוד הגילנות ושורשיה השליליים החל בארצות הברית, ובמידה פחותה יותר במדינות אחרות (Nelson, 2005). במהלך העשורים האחרונים של המאה ה-20 הצטברו עדויות ביחס לגילנות, ומחקרים העלו נתונים המציגים את הקשישים כתלותיים יותר ממה שהם באמת. כל זה טופח על ידי מדיניות פרישה ומדיניות לגבי מוסדות סיעוד ובתי אבות. צורות אפליה שונות החלו להעמיק, וזאת בנוסף על אפלייתם של מיעוטים אתניים ושל נשים (Townsend, 2006).

לאחר מלחמת העולם השנייה החלה מודעות רבה יותר ליחס המפלה כלפי קשישים, אשר באה לידי ביטוי בעיקר בתוכניות מדיה. נושא זה יצר השפעה פוליטית על הרחבת הרווחה במדינה, והוביל לביצוע סקרים בקרב היסטוריונים חברתיים וכלכליים בנושא הקשישים. בעקבות כך נוסדה בבריטניה הרפואה הגריאטרית, במקביל לחניכתו של ה- National Health Service (Townsend, 2006). לכל אלה נוספו אספקטים כמו הגברת תשלומי הפנסיה ויחס התלות שהתגבר בחברה. שינויים אלו התרחשו בבריטניה במקביל, ויצרו מיסוד של מספר גופים רשמיים בנושאים חברתיים, ביניהם המוסד לזכויות האדם, שפעל בשנת 1998 ואשר התבסס על ועידה אירופית. מוסד זה הדגיש זכויות אזרחיות פוליטיות, מבלי להתייחס לזכויות כלכליות חברתיות ותרבותיות. כל אלה יצרו שינוי בחשיבה ובתודעה האזרחית בבריטניה (Townsend, 2006).

וולקר (Walker, 2006) ציין במאמרו את המימדים הפוליטיים הגלובליים שיצרה גודלה של אוכלוסיית הקשישים. מימדים פוליטיים אלו הפכו במהרה לפרדיגמת מפתח בתחום הגרונטולוגיה, תוך שחוקרים פמיניסטיים מבקרים את הפרדיגמה המביאה להזנחה של מחקרים על שיוך לגזע ולמוצא אתני. הכישלון הגדול, לפי וולקר, היה ביצירת פרדיגמה שראתה בקשישים קבוצה הומוגנית של אנשים חסרי יכולת כתוצאה מתהליכים בלתי נמנעים של הזדקנות ביולוגית. לפיו, יש לאמץ חשיבה חדשה בנושא, אשר תיקח בחשבון את כל השינויים הגלובליים המשלבים כלכלות עולמיות, סחר בינלאומי וביטול גבולות מסחריים. הבנק הבינלאומי מעריך כי יותר מ- 70% מאוכלוסיית העולם המזדקנת מסתמכת על מקורות מימון לא פורמאליים, כמו משפחה. באיזורים פחות מפותחים, בעיקר מדרום למדבר הסהרה, באסיה, באפריקה ובסין הכפרית, הקשישים מתפרנסים רק ממה שצברו בחייהם, או נתמכים במשפחתם.

קשישים מהווים תמיד חלק עני יותר משאר אוכלוסיית העולם. במדינות מתפתחות, רוב הקשישים חווים עוני, ובעיקר הנשים. אולם יש לציין כי אלו החיים במדינות מתפתחות חווים עוני, תזונה לקויה, מחסור במקומות עבודה ומגורים שאינם מוגנים לכל אורך חייהם, לכן קשה להצביע על החמרה במצבם לעת זקנה. הדורות האחרונים שהתעסקו בענייני חברה לא ראו בחשיבותם של צרכים אלו והתעלמו מהם, מה שיצר מחסומים גדולים לאלו המחפשים קידום ורווחה לקשיש. ההסבר לכך נעוץ בכך שאנשים מושפעים בראש ובראשונה מן הצרכים הכלכליים, ורק לאחר מכן מצרכים חברתיים (Walker, 2006).

השפעת יחס החברה לזקנה הינה בעיקר בתחום הפוליטי. בעידן הפוסט-מודרני, המאיים לפזר את יסודות הרווחה הליבראלית התרבותית והאתית, נראה כי ההתייחסות לקשיש ולזקנה השתנתה לבלי הכר. קשיש נתפס כיום כאדם שצריך להגביל את התמיכה בו, על מנת להציל את הדורות הצעירים. צורת חשיבה זו מביאה סכנות קיום ממשיות לקשישים. לראיה, הביטחון הפנסיוני, שהתקיים עד כה בארצות הברית לרוב העובדים, ואשר החל להתפרק בשנים האחרונות. תוכניות פנסיה מוגדרות הוחלפו בתוכניות עם סיכון ותגמול נמוך, יחד עם קיבעון בשכר ותוך כדי העלאת יוקר הדירה, כך שערכם של החסכונות ירד. הפוליטיקה הניאו-ליבראלית מתאפיינת בניסיון לצמצם רשתות בטחון חברתיות כמו Medicaid ו-Medicare. במדינות מתפתחות העתיד של הקשישים מבטיח עוד פחות מאשר בארצות הברית, וזה בא לידי ביטוי בפעילותם של הקרן למטבע עולמי והבנק העולמי, המנסים לפתות ממשלות באמריקה הלטינית ובאסיה להפחית הוצאות ציבוריות על פנסיות ושירותי בריאות ולהפריט שירותים אלו. מדינות רבות חתמו על חוזים מסחריים, המאפשרים לשירותי רפואה פרטיים להתקיים במדינות מפותחות, ורובם בארצות הברית (Polivka, 2006).

מרכז לחקר Agging ADN ב- 2007 השווה בין תופעת הגילנות בארצות הברית ובקנדה. תופעה זו קיימת בקרב הנשאלים בשתי המדינות, אולם היא מורגשת יותר בקנדה. הגילנות מתבטאת בצורות שונות במדינות אלו, שוני שבא לידי ביטוי בין השאר בשירותי הרפואה. שונות בבריאות יכולה להיות מוגדרת כשונות מסומנת, או כחוסר שוויון בין נשים וגברים על בסיס גזע, מוצא אתני, מגדר, גיל, רמת השכלה, או כל קריטריון אחר (Spitze, 2005).

טייוואן נחשבת מדינה מזרחית עם קריטריונים מערביים ביחס להעסקת מבוגרים. הקריטריונים שאומצו על ידי נלקחו מקריטריונים של האו"ם. הנתונים מראים כי אוכלוסיית הקשישים בטייוואן תהיה 14.6% בשנת 2018, אך קיימת במדינה זו רשת בטחון חלשה לפורשים מהעבודה. נוצר מצב בו רק מיעוט האנשים יכול ליהנות מפרישה מוקדמת מעבודתם, שכן לרוב אין תמיכה במצב פרישה. 31.6% בגילאי 60-64 עבדו בשנת 2006, מה שמעיד על העסקה נמוכה של מבוגרים. העסקה של מבוגרים אף הולכת ויורדת בהשוואה למדינות מפותחות. בטייוואן, גיל 60 נחשב באופן לא רשמי כזקן, וכל מי שמועסק מעל גיל 60 נחשב עובד זקן. חשוב לציין עוד שבטייוואן אין ממשלה חזקה שתומכת או מתערבת בנושאים אלו. לכן הקשישים באוכלוסיה סובלים מגילנות הלוכשת צורה של סטריאוטיפים שליליים בעת העסקת עובדים מעל גיל 60 (Lou, 2012).

גילנות מופיעה גם ברוב רחבי אירופה, כולל בריטניה, אם כי בבריטניה מתחילים להבין את הדינאמיקה של הזקנה ואת הפוטנציאל הטמון באוכלוסיה המבוגרת בחברה. דוגמא לכך הינה היחס לאזרחים הותיקים כאלו המעצבים את החברות בעתיד, אם כי יש עדיין הרבה לעשות ולהשפיע ביחס לקשיש. אחד הגורמים המשמעותיים שמשפיעים על גילנות באירופה, הם המודלים הכלכליים והיחס למבוגר במקומות העבודה. הפרסום האגרסיבי בנושא המבוגר החלש, יחד עם האובססיה לבני הנוער, מחמיר את ההשפעה על גילנות, ולכן ההמלצה היא חקיקה לשוויון הזדמנויות שתוביל למעורבות הצעירים והמבוגרים בשינוי עמדות במגזר הציבורי ובחברה (Abrams, Russell, Vauclair & Swift, 2011).

לסיכום, גילנות כתופעה חובקת תרבויות בעולם כולו, לובשת צורות שונות. בכל מדינה מפותחת או מתפתחת קיימת תופעה זו ברבדים שונים של החיים, ומהמקורות שנאספו כאן נראה כי התופעה נוגעת בשטחי חיים שונים. שינוי התופעה עובר דרך מודעות, מחקרים, שינוי חקיקה ומידע נגיש לכל.

1.7 גילנות בקרב מקצועות הטיפול

ההתייחסות אל הזקנה ואל הטיפול בזקנה מושפעת מהערכים שלנו, מנורמות חברתיות ותרבותיות, מאירועי חיים, ממערכות היחסים שלנו עם אנשים קשישים בעבר ובהווה, מזיכרונות, מתפיסת עולם ולעיתים גם מדעות קדומות. החברה המערבית המודרנית והפוסט-מודרנית, העסוקה במרדף אובססיבי אחרי מעיין הנעורים האבודים ואשר סוגדת לערכים כמו כוח ועצמאות כלכליים, גופניים, או חברתיים, מתקשה לראות בזקנה כוח. לתפיסתה, הזקנה משדרת חולשה, תלות ואובדן שליטה, לכן רבים חרדים מפני ההזדקנות. כמו כן, הטיפול בקשיש בתחומים שונים, מושפע מההתייחסות האישית של המטפל אל הזקנה, התייחסות אשר נובעת מרקע היסטורי, חברתי, תרבותי ופסיכולוגי. התייחסות המטפל משפיעה במידה זו או אחרת על המטופל הקשיש, ועשויות להיות לה השלכות, על אף שהבעיות שעמן מתמודדים הקשישים חוצות דיסציפלינות מקצועיות.

תפקידו הוא להעצים את הקשישים, אך לא פחות מכך את המטפלים בהם, בעיקר לנוכח העובדה שהתגמול הכלכלי והסטאטוס החברתי שלהם אינם גבוהים במיוחד. נראה שהקניית ראייה רחבה, מעבר לגבולות התפקיד ולתחום שבאחריות המטפל, תסייע לפיתוח גישה מקצועית מיטיבה, ותצמיח דור חדש של מטפלים שיוכלו לראות שלצד עבודתם המקצועית קיימת גם שליחות ותרומה. התחושה של היעדר עצמאות שמתעוררת אצל הקשיש מהווה איום אשר מתקשר ברוב המקרים גם לקושי לתת אמון מלא בסביבה. מציאות זו מהווה אתגר גדול גם למטפלים בקשישים, אלה שבהם תלויים הקשישים ועליהם הם צריכים לסמוך (בר טור, 2002).

רובם הגדול של המטפלים, אם לא כולם, צעירים ממטפליהם, לעיתים בעשרות שנים, ושייכים לדור אחר ולתקופה אחרת. צעירים אלו מלווים את האוכלוסייה הקשישה בשלבים הקשים של החיים. המפגש של המטפלים לסוגיהם - עובדים סוציאליים, רופאים, מרפאים בעיסוק, פסיכולוגים, פיזיותרפיסטים, אחיות ומטפלים סיעודיים ואחרים - עם אדם באימים, יכול להיות מרתק, אך גם מורכב וקשה. כל מפגש טיפולי בין מטפל צעיר לאדם הקשיש הוא לפיכך אתגר כפול. מצד אחד, זהו אתגר לאדם המבוגר, המתמודד עם קשיי ההזדקנות וזקוק לטיפול רפואי, לתמיכה או לטיפול נפשי כלשהוא שאינו מוכר ומוכן למטפלים רבים כמו הטיפול הרפואי. מצד שני, זהו אתגר למטפל הצעיר, שצריך לנסות, באמצעות כלים מקצועיים, לסייע לאדם רב ניסיון ובעל חוכמת חיים לנווט את נפשו בטלטלות החיים. מה כבר יכול אדם צעיר להציע לאדם באימים? מה הוא מבין או יודע על החיים? עד כמה ניתן לסמוך עליו? כך תוהה בליבו האדם הזקן, ויחד איתו גם המטפל הצעיר.

התהיות הללו אינן מצטמצמות רק לתחום הטיפול הנפשי. כל מפגש טיפולי, סיעודי או שיקומי עם אדם ששייך לתקופה אחרת, לתרבות שונה, או שבא מרקע היסטורי שונה, הוא בבחינת אתגר לא פשוט. עם זאת, מפגש כזה גם מרחיב את ההבנה והידע שלנו כמטפלים לגבי השונות הרחבה הקיימת בחברה שבה אנו חיים, ולגבי היחס שמקבל המטופל מהמטפל שלו. חשוב שננסה להבין מהי המשמעות של להיות אדם זקן ואלו השלכות יש לזקנה על תחומי החיים. כל מפגש טיפולי בין המטפל לבין האדם הזקן הוא לפיכך אינטראקציה בין שני בני אדם בעלי רגשות, מחשבות, דעות קדומות, ערכים, ניסיון חיים, סגנון חיים ועוד. כל אחד מהצדדים מביא למפגש זה מטען גדול המשפיע על אופי היחסים שיתפתחו (בר טור, 2002).

בספרות מצוין מחקר מוכר שמתאר את הסינדרום YAVIS (Young Attractive Verbal) Intelligent and Successful). סינדרום זה משקף את העדפת המטפלים לטפל באנשים צעירים, אטרקטיביים וורבליים, אינטלקטואלים ומצליחים. הואיל והמעמד החברתי של המטופל מקרין על המטפל, הדירוג המקצועי של המטפלים בקשישים במקצועות השונים נמוך מזה של עמיתיהם. הם אינם מתוגמלים כראוי, לא מבחינת המעמד החברתי, לא מבחינת תחושת הערך המקצועי ולא מבחינה כלכלית. התגמול הנמוך מתבטא גם באמונה שהטיפול בזקן דורש השקעה גדולה. מאחר שסיכויי ההחלמה או השיפור קטנים, הרי שגם התגמול הרגשי למטפל יהיה קטן וללא השוואה להשקעה הנדרשת (בר טור, 2002).

נלסון (Nelson, 2005) ציין במאמרו כי מדריכים, מחנכים ואנשי מקצוע בתחומי בריאות אחרים, מושפעים מדעות קדומות נגד קשישים. ישנם רופאים רבים עם דעות שליליות כלפי קשישים, וחולים קשישים נתפסים כמדכאים, כסגילים, כחשוכים או כנוקשים. רופאים כועסים או מתוסכלים כאשר הם מתעמתים עם חולים בעלי מגבלה קוגניטיבית או פיזית, והם עשויים להפנות את הקשיש לטיפול לא מתאים. אי שוויון באיכות הטיפול בהשפעה של הגיל יכול להופיע בטכניקה או בצורת הטיפול. חוסר השוויון בא לידי ביטוי בזמן שהרופא מקדיש בקביעת הדיאגנוזה של הקשיש,

באינטראקציה בין רופא לקשיש או למשפחה הצעירה שלו, בהערכת הטיפול והכללתו. תתכן אף טעות בטיפול הנובעת מהנחות גילניות, כגון אבחנת סימפטומים מסוימים כטבעיים לגיל, ולא כסימני מחלה. זאת ועוד, קשישים מופנים פחות לפסיכיאטר לשם הערכה וטיפול מאשר צעירים (Hillerbrand & Shaw, 1990). חלק מאי השוויון באיכות הטיפול נובעת מתפיסת המטפלים, לפיה בעיות של קשישים אינן רציניות או חשובות כמו מצבים דומים בקרב הצעירים.

מנקודת מבטם של פסיכולוגים, מצאו החוקרים, כי בטיפול הפסיכולוגי אין נטיה לגילנות אלא ל-healthism, קרי - סטריאוטיפים על אנשים הנמצאים בבריאות גופנית ירודה (Gekoski & Knox, 1990). כפי שצינו קיין וקיין (Kane & Kane, 2005), תפיסות לגבי ירידה תפקודית גורמות למטפלים לראות בקשיש אדם חלש, מוגבל פיזית, חסר יכולת לדאוג לעצמו, שברירי או חסר יכולת להתמודד, מבולבל, עקשן ורגזן.

ישנה סטיגמה גילנית כי לכל הקשישים יש בעיית זיכרון, דעה אשר מושרשת היטב עד אשר הקשיש יוכיח אחרת. הספרות מדגימה כי רק ל-15% מהאנשים בגיל 65 יש דמנציה קלה, ומתוכם רק 5% יפתחו דמנציה קשה. האמונה שלזקן יש חוסר זיכרון גורמת לאבחון שגוי כמו מחלות נפש. רוב הקשישים חווים אבדנים הקשורים לבריאות ולמוות של קרובים וחברים. מעבר למוסד או לדור מוגן, עשויים לגרום לקשיש לסבול מדכאון, והמטפלים נדרשים להיערך לכך. למרות הנאמר לעיל, הם אינם מטופלים בדיכאון. ישנם קשישים נפגעי רכוש כתוצאה מגניבות ומשוד, או נפגעי אלימות. מטפלים רבים, פסיכולוגים למשל, אינם מאמינים שהקשיש יכול להתאושש משמעותית בעזרת טיפול. אין ציפייה מקשיש שיחלים מאירועים אישיים קשים, ולטענת הגורמים המטפלים, הקשישים חסינים לטיפול. כל אלה מובילים להתנהגות מזלזלת וילדותית כלפי קשישים. כל זאת חרף ממצאים המצביעים על כך שקשישים מראים יכולת התאוששות ממצבים פיזיים או פסיכולוגיים קשים. נתון זה נכון בעיקר ביחס לקשישים המחשיבים את עצמם כבעלי ערך, אשר יכולתם להתגבר טובה יותר מאשר קשישים שחושבים כי אין להם ערך.

במחקר שבוצע בקרב רופאי שיניים בנושא ידע ועמדות כלפי קשישים, נמצא שרופאות שיניים שעבדו בסקטור הציבורי הראו יותר ידע בטיפול בקשישים, והיו בעלות יחס חיובי יותר כלפיהם. לעומת זאת, רופאות שפנו ללימודי המשך בתחום לא הראו שום השפעה לגבי רצונם לטפל בקשישים (Allyson, 2001). כמו כן, במחקרים שבוצעו בתחומי טיפול ושיקום שונים, ניתן לראות כי בקרב הפיזיותרפיסטים קיימת הטיה בטיפול, הנובעת מגיל המטופל. הקשיש מקבל טיפול רפואי ירוד ויחס שונה לעומת צעיר עם אותה בעיה ועם אותם סימפטומים. בהקשר זה חשוב לציין כי ישנה חשיבות להכרת ביטויים גלויים וסמויים של תופעה הקיימת בטיפול, מאחר ויעדי טיפול צנועים והקטנת שאיפות עלולים לפגוע בפוטנציאל השיקומי בקרב הקשישים (ברזילי, 2007).

1.8 השפעת המשתנים הנחקרים על גילנות על פי הספרות

הזקנה היא מערכת של סמלים ומשמעויות שטומנת בחובה את התרבות כגורם המעצב את עולמנו, כאשר הערכים, הנורמות, המיתוסים וההיסטוריה הייחודית מתקשרים למעגל התרבות (ספקטור - מרזל, 2006). במסגרת מחקר זה, בחרנו לבדוק את הידע והעמדות של אנשי המקצוע, בעיקר מתחום הסיעוד, וכן את השפעתם של משתנים כגון גיל, השכלה, ניסיון קליני, הכשרה מקצועית בתחום הגרונטולוגיה וחשיפת מקום העבודה, על ידע ועמדות בנושא הגילנות.

1. עמדות וידע: הזדקנות האוכלוסייה ברחבי העולם והנטייה של המבוגרים למחלות כרוניות ומוגבלויות מובילה לשימוש נרחב יותר בשרותי הבריאות. כמו כן, עמדותיהם של אנשי

המקצוע הינם בעלי השפעה מכרעת על איכות הטיפול ועל העדפותיהם בבחירת המקצוע (Yun-e, Norman & Alison, 2012). בשל כך קיים מחסור באנשי מקצוע בתחום שיוכשרו לטפל בקשישים ולסייע לאוכלוסייה זו להישאר עצמאית ככל האפשר (Heise, Jhonsen, Himes & Wing, 2012).

במחקר שבוצע בקרב סטודנטים לסיעוד בשבדיה במטרה לבדוק את העמדות והידע של האחיות, על פי סקאלה של קוגן, נמצא כי לסטודנטים לסיעוד בשנה ראשונה היו עמדות שליליות יותר כלפי קשישים מאשר לסטודנטים בשנה שלישית. החוקרים ייחסו את השינוי בעמדות להיעדר ידע בתחום הגרונטולוגיה בשנה הראשונה, בעוד תלמידי השנה השלישית השלימו ידע והכשרה תיאורטית וקלינית בתחום (Soderhamn, Lindencrona & Gustavsson, 2001). ממצאים דומים הוצגו באוסטרליה בקרב סטודנטים בשנה ראשונה בסיעוד, שאומנם עמדותיהם חיוביות כלפי הקשישים, אך הם אינם שואפים לעבוד עמם בשל חוסר יכולת לתקשר איתם או בשל התלות הפיזית והנפשית שלהם במטפלים, יחד עם תפיסת עבודה עם אוכלוסייה זו כמדכאת וכמשעממת. בסיס לעמדות שליליות מעין אלו נובע מתפיסה לפיה הזדקנות משולבת עם נכות (Henderson, Xiao, Siegloff, Kelton & Paterson, 2008). ממצאי מחקר שבוצע מאוחר יותר באנגליה במחלקה אונקולוגית בקרב אחיות תיאר כיצד ללא קשר למין, לניסיון קליני ולהכשרה בתחום הגרונטולוגיה של האחות, קיימות עדיין עמדות שליליות, תפיסות מוטעות ואף קיצוניות כלפי הקשישים.

ההמלצה החשובה היא שינוי תרבותי קיצוני לשם צמצום התופעה (Kearney, Miller, Paul, & Smith, 2013). יש לקדם אסטרטגיה לפיתוח גישה חיובית ותוכניות מקדמות הנוגעות בחשיבות העליה בתוחלת החיים ואיכות החיים. זאת בניגוד להתמקדות הבלעדית בגישה ביו-רפואית-קלינית להזדקנות. שינוי שכזה צפוי להשפיע על עמדות ותפיסות חיוביות של הסטודנטים לסיעוד כמטפלים לעתיד בעת עבודה עם מבוגרים (Henderson et al., 2008). קיים צורך בטיפול אסטרטגי ושורשי בשינוי עמדות המטפל, לפי שטיפול בקשישים נחשב למקצוע לא אטרקטיבי בתחום הבריאות, ולעיתים מכונה "שירות סינדרלה". עם גידול האוכלוסייה העולמית והעליה בגיל הקשישים ובצורך לטפל בהם, תגדל גם חשיבותו של התחום הגרונטולוגי (Kydd & Wild, 2013). כפי שצינו דוגלס ואיימרד (Eymard & Douglas, 2012) במחקרם, הידע בגרונטולוגיה בקרב אנשי סיעוד ורפואה חיוני לטיפול טוב ואיכותי, ויוביל להפחתת גילנות במוסדות הרפואיים.

2. גיל: מחקר של הופ (Hope, 1994) לא הוכיח קשר בין גיל האחות ועמדותיה כלפי הקשישים. הרדמן (Herdman, 2002) הציג עמדה שונה, לפיה גילה הצעיר של האחות משפיע על עמדותיה, והיא נוטה להעדיף טיפול בצעירים ובילדים. גייסלון (Jacelon, 2002) הציג מסקנה תואמת, לפיה גילה המבוגר של האחות מוביל לעמדות חיוביות כלפי הקשישים. מחקר של הווידי (Hweidi, 2006) שבוצע בקרב סטודנטים ירדנים, ציין קורלציה חיובית בין גיל ועמדות חיוביות, כאשר סטודנטים מבוגרים הראו יחס חיובי כלפי הקשיש יותר מאשר סטודנטים צעירים. יון-אי ואחרים (Yun-e et al., 2012), בדקו ומצאו שהמנבאים הפוטנציאליים כגון גיל, ומשתנים דמוגרפיים כמו מין והשכלה, אינם מנבאים עקביים לגבי גילנות כלפי קשישים.

בגיוס כוח אדם סיעודי, יש לצפות לכוח אדם מבוגר יותר, מתוך מחשבה שהגיל המבוגר יכול להשפיע על תמיכה בקשישים ולהוביל לעמדות חיוביות יותר. עם זאת, מתברר שנושא הגיל פחות רלוונטי בקבלת ההחלטות על העסקת העובד. ממצאים מלמדים כי שיפור יכולת התעסוקה של

עובדים מבוגרים אינו מוביל בהכרח לשינוי בעמדות גילניות. נושא זה רלוונטי לגיבוש מדיניות ולהתערבויות בשינוי גישה בקרב העובדים המבוגרים (Gringart, Edwards, Monterosso, Jansz & Helmes, 2012).

3. השכלה: על פי מחקרים, עמדותיהן של אחיות מוסמכות כלפי קשישים חיוביות יותר מאשר עמדותיהן של סטודנטיות לסיעוד בשנת הלימודים הראשונה. קיימת לכך חשיבות רבה בלימוד ובחינוך דור הסטודנטים לסיעוד, מאחר שאחיות מוסמכות מהוות מודל לחיקוי עבור הסטודנטים בתחומים השונים של המקצוע. יש לכך חשיבות גם מבחינת היחס ואיכות הטיפול המוענק לקשיש (Soderhamn et al., 2001; Jacelon, 2002).

4. ניסיון קליני: במחקר שבוצע ב-2001 על ידי סודרהם ואחרים (Söderhamn et al., 2001), נמצא שניסיון קליני מועט משפיע על עמדות שליליות ומוביל לטיפול פחות טוב בקשיש. גייסלון (Jacelon, 2002) ציין, שניסיון עבודה רב משפיע על עמדות חיוביות. במחקר נוסף, שבוצע בקרב אחיות ירדניות במטרה לבדוק את גישתן בקרב חולים אקוטיים, נמצא שעמדותיהן של אחיות עם ניסיון קליני רב שנים היו פחות חיוביות. עמדותיהן של אחיות שעבדו במחלקות כיורוגיות היו יותר חיוביות מאשר עמיתיהן במחלקות האקוטיות. מכך הסיקו שיש לשים דגש רב על נושאים הקשורים לטיפול בקשיש בתוכניות הכשרה בסיעוד (Hweidi & Al-Hassan, 2005). באוסטרליה, במחקר בקרב סטודנטים בשנה ראשונה, ציינו הנחקרים את חשיבותו של ניסיון קליני קודם עם קשישים ושל עמדות חיוביות כלפיהם. ממחקר זה עולה נטיה לגיבוש עמדות פחות סטריאוטיפיות ביחס לקשישים (Henderson et al., 2008).

5. הכשרה מקצועית בתחום הגרונטולוגיה: מחקרים מציינים, כי הכשרה בגרונטולוגיה הינה משמעותית מבחינת טיפול והשפעה על עמדות האחיות כלפי קשישים, והיא אף מפחיתה חרדה מפני הזדקנות בכלל והזדקנות עצמית בפרט. כמו כן, מעלה ההכשרה בתחום הגרונטולוגיה את ערך תחום הסיעוד הגרונטולוגי, ומשנה את חוויית הטיפול (Hope, 1994; Wells, Forman, Gething, Petralia, 2004; Haight, Christ & Dias, 2008; Eymard & Douglas, 2012).

ניתן לעודד חוויה לימודית באמצעות שילוב קורסים, סימולציות, תמונות חיוביות של קשישים ופעילות למידה שמשדרת אמפתיה (Heise et al., 2012). לפיכך, ידע והכשרה בגרונטולוגיה משפיעים על עמדות חיוביות כלפי קשישים (Yun-e et al., 2012).

6. חשיפה במקום העבודה: מחקר שבוצע ב-2008 בקרב סטודנטים לסיעוד, מצא שחשיפה טכנית לטיפול ועבודה עם קשישים הובילו לחוויה חיובית ולעמדות חיוביות בקרב הסטודנטים (Haight et al., 2008). מחקרם של דנוורת' וקירון (Dunworth & Kiwan, 2012) בבריטניה, העלה ממצאים בנוגע לחשיפה לקשישים במקום העבודה, והראה כי עצם החשיפה לקשישים בקרב אחיות ועובדים סוציאליים גרמה לעמדות חיוביות ביחס אליהם. מכאן עולה חשיבות חשיפת מטפלים לעבודה עם קשישים, על מנת לחזק עמדות חיוביות בקרבם. מחקר נוסף מצביע על כך שידע של אחות מבוגרת וחשיפתה לקשישים, עשויים לשנות את עמדות הסטודנטים לסיעוד על הקריירה העתידית שלהם ועל בחירה בתחום הגרונטולוגיה (Heise et al., 2012).

בישראל נעשו מעט מאוד מחקרים בנוגע לידע ולעמדות האחיות כלפי הקשישים במחלקות השונות, וניתנה התייחסות מחקרית מועטת לגבי השינוי הדמוגרפי בגיל. עבודה זו מנסה לאמוד את תופעת הגילנות בקרב אחיות שמטפלות באוכלוסיית הקצה: קשישים ותינוקות, ולהביא נתונים נוספים מהארץ על מנת לאושש ואף להוסיף למחקרים הקיימים.

2. מתודולוגיה

2.1 מטרת המחקר

מטרת העל של מחקר זה הינה בדיקה של עוצמת תופעת הגילנות בקרב אחיות העובדות במחלקות גריאטריות ומטפלות בקשישים, תוך השוואה לאחיות העובדות בבריאות הציבור ומטפלות בתינוקות בישראל.

2.1.1 מטרות ספציפיות

- לבחון האם קיים הבדל בתופעת הגילנות בין אחיות גריאטריות העוסקות בקשישים לבין אחיות בריאות הציבור בישראל, וכן להשוות את רמת הידע בנושא גילנות בקרב אחיות בשתי האוכלוסיות הנ"ל.
- לבדוק את הקשר בין הכשרה על-בסיסית בתחום הגרונטולוגי לבין ידע ועמדות גילניות בקרב אחיות גריאטריות שהוכשרו לכך, לעומת האחיות בבריאות הציבור בישראל.
- לבדוק את הקשר בין רמת ההשכלה לידע ולעמדות גילניות בקרב אחיות גריאטריות ואחיות בריאות הציבור בישראל.
- לבדוק את הקשר בין גיל האחיות לידע ולעמדות גילניות בקרב אחיות גריאטריות ואחיות בריאות הציבור בישראל.
- לבחון את הקשר בין ניסיון קודם (עבודה עם קשישים בעבר) של האחיות לבין ידע ועמדות גילניות כלפי קשישים.

2.2 שאלת המחקר

האם תופעת הגילנות מודגשת פחות בקרב אחיות העובדות במחלקות גריאטריות ומטפלות בקשישים, בהשוואה לאחיות בריאות הציבור המטפלות בתינוקות בישראל.

2.3 השערות המחקר

1. קיים הבדל בין סוג העיסוק של האחיות לבין ידע ועמדות גילניות. מצופה שאחיות העוסקות בתחום הגריאטריה תהינה בעלות ידע רב יותר ועמדות פחות גילניות מאשר אחיות בריאות הציבור.

2. קיים קשר בין ההכשרה המקצועית לבין ידע ועמדות גילניות בקרב אחיות גריאטריות ואחיות בבריאות הציבור בישראל. אחות עם הכשרה על-בסיסית בגריאטריה תהיה בעלת ידע רב יותר ועמדות חיוביות יותר כלפי קשישים מאשר אחות ללא הכשרה זו.

3. יימצא קשר בין השכלה לבין ידע ועמדות גילניות בקרב אחיות גריאטריות ואחיות בבריאות הציבור בישראל. ככל שהשכלת האחות גבוהה יותר היא תהיה בעלת ידע רב יותר ועמדות חיוביות כלפי קשישים.

4. יימצא קשר בין פרמטר של גיל האחות לבין ידע ועמדות גילניות. ככל שאחות מבוגרת יותר, היא תהיה בעלת יותר ידע ועמדות חיוביות כלפי קשישים.

5. קיים קשר בין ידע האחות בנושא גריאטריה לבין עמדתה כלפי קשישים. ככל שרמת הידע גבוהה יותר, עמדת האחות כלפי קשישים תהיה חיובית יותר.

6. יימצא קשר בין ניסיון קודם (עבודה עם קשישים בעבר) של האחות לבין ידיעותיה ועמדותיה כלפי קשישים. ניסיון קודם בטיפול בקשישים מוביל לרמת ידע גבוהה יותר ולעמדות חיוביות ופחות גילניות.

2.4 שיטת המחקר

המחקר הינו מחקר חתך המבוסס על מדגם נוחות. איסוף הנתונים התבצע בעזרת שאלונים מתוקפים. השאלונים בנויים משאלות סגורות ובוחנים ידע ועמדות לגבי תופעת הגילנות בקרב אחיות.

2.4.1 אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר כוללת אחים ואחיות העוסקים בטיפול בחולים קשישים/גריאטריים, ואחיות העובדות בבריאות הציבור המטפלות באוכלוסייה צעירה.

2.4.2 המדגם

אוכלוסיית המחקר מנתה 124 אחים ואחיות. קבוצת המחקר היתה אחים ואחיות העובדים במחלקות גריאטריות בבית חולים הרצוג בירושלים, וקבוצת הביקורת כללה אחים ואחיות העובדים בבריאות הציבור, בלשכת הבריאות מחוז תל אביב: רמת גן, בני ברק, חולון בת-ים ותל אביב.

2.4.3 צורת הדגימה

קריטריונים להכללה: אחיות שעובדות בתחום הגריאטריה ובריאות הציבור.

שיטת גיוס משתתפים: פניה ישירה ובכתב למנהלת הסיעוד בבית חולים הרצוג ומפקחת המחוז בלשכת הבריאות המחוזית בתל אביב. פניה למפקחות ערים של טיפות חלב, אחיות אחראית על טיפות חלב ומחלקות בית חולים. פניה ישירה לאחיות וכן השתתפות בישיבות צוות לשם הצגת הנושא וחלוקת השאלונים. חולקו 160 שאלונים בשתי קבוצות המחקר, נאספו 124 שאלונים, 62 מכל קבוצה. רמת ההיענות עמדה על 77.5%.

2.4.4 כלי המחקר

השאלון נפתח בהסבר למשיבים על חשיבות המחקר והצורך בתשובות כנות ומלאות שיסייעו להצלחת המחקר. השאלון בנוי משלושה שאלונים סגורים הבודקים רמת ידע ועמדות כלפי קשישים, ושאלון סוציו-דמוגרפי.

שאלון FAQ (Palmore's Facts on Aging Quiz) (Palmore, 1977; 1998) – בודק את רמת

הידע לגבי זקנה. בשאלון 25 שאלות עם תשובות "כן", "לא" ו"לא יודע", על מנת להבדיל בין ידע לניחוש. דוגמא לשאלה: כל חמשת החושים נוטים להתקשות בגיל המבוגר. כן/לא/לא יודע. כל תשובה נכונה מזכה בנקודה אחת, כשככל שהניקוד גבוה יותר יש יותר ידע על זיקנה. טווח הניקוד נע בין 0 ל-25. השאלון תורגם ותוקף לעברית בשנת 1986 על ידי איגלשטיין ו-וויינסברג (1986) ונמצא מהימן כמו השאלון המקורי, אלפא קרונבך 0.76. במחקר הנוכחי, מהימנות השאלון עמדה על 0.63. בדיקת רמת הידע בנושא הזקנה משמש כאחד המשתנים התלויים בהשערות המחקר.

שאלון Kogan's (Kogan Attitudes Towards Old People) (Kogan, 1961) – בודק את עמדות

האחיות כלפי הזקנה. השאלון תורגם לעברית ותוקף על ידי נטע ברזילי, המהימנות הפנימית היא אלפא קרונבך 0.81 (מקסים, 2009). מהימנותו נמצאה זהה במחקר הנוכחי. השאלון מכיל 34 היגדים הנחלקים ל-17 זוגות של אמירות חיוביות ושליליות, בדרוג של סולם ליקרט, כך שכל היגד נבדק פעמיים. לדוגמא: "עדיף שרוב הקשישים יחיו ביחידות דיור ביחד עם אנשים בני גילם" – אמירה שלילית. לעומת זאת האמירה החיובית היא: "עדיף שרוב הקשישים יחיו ביחידות דיור שמאכלסות גם אנשים צעירים". הזוגות מפורזים בשאלון בצורה רנדומלית על מנת ליצור מהימנות גדולה יותר לתשובות. הנבדקים התבקשו להתייחס לכל אמירה ולדרג בסולם מ-1 עד 6. כאשר 1 = "לא מסכים כלל", ו-6 = "מסכים במידה רבה". הניקוד הכולל בשאלון נע מ-34 ועד ל-204, כאשר ככל שהציון גבוה יותר הוא מייצג עמדות תומכות (ציון נמוך מייצג גילנות).

שאלון סוציו-דמוגרפי – משמש לאיסוף הנתונים לגבי בדיקת משתנים בלתי תלויים במחקר,

כמו: גיל, מגדר, מקום לידה, לאום, השכלה, הכשרה מקצועית כללית וספציפית לגרונטולוגיה, מקום עבודה וניסיון עבודה עם קשישים.

ניתוח סטטיסטי:

- לבדיקת הבדלים בין משתנים דיכוטומיים/קטגוריאליים בוצע מבחן χ^2 .
 - לבדיקת הבדלי ממוצעים של משתנים רציפים בין משתנים דיכוטומיים/קטגוריאליים בוצע מבחן t.
 - לבדיקת קורולציה בין משתנים רציפים בוצע מבחן פירסון.
 - מהימנות נבדקה בעזרת אלפא של קרונבך
- כל התוצאות במחקר ברמת מובהקות של $p \leq 0.05$ נחשבו על גבול המובהק. תוצאות של $p > 0.05$ נחשבו מובהקות. העיבודים הסטטיסטיים מומשו בתוכנת SPSS.

3. ממצאי המחקר

חולקו 160 שאלונים בשתי קבוצות המחקר. מתוכם נאספו 124 שאלונים, 62 מכל קבוצה. רמת ההיענות עמדה על 77.5%.

היענות	אחיות גריאטריות	אחיות בריאות הציבור (ברה"צ)	סה"כ
מס' השאלונים שהועברו	80	80	160
מס' השאלונים שהתקבלו	62	62	124
% ההיענות	77.5%	77.5%	77.5%

אחוז האחיות במדגם (83.06%) היה גבוה מאחוז האחים (16.94%) כאשר כל האחים עובדים בבית חולים הרצוג, שכן בבריאות הציבור עובדות רק אחיות. מרבית האחיות שהשתתפו במחקר הן יהודיות (78.23%), ואילו שאר המשתתפים היו ערבים (14.52%) או ממוצא אחר (7.26%). כמו כן, קצת מעל מחצית מהאחיות הגדירו את עצמן כחילוניות (53.23%), השאר מסורתיות (30.65%) ודתיות (16.13%).

מרבית האחיות שהשתתפו במחקר הן בקבוצת הגיל 41-50 שנים (34.68%), אך קבוצת הגיל של בנות 51 שנים ומעלה מהוות אחוז דומה (33.87%). קבוצת הגיל 21-30 שנים מנתה 14.52% ו-40-31 שנים היוותה 16.94% מאוכלוסיית המחקר. מרבית האחיות מוסמכות, ללא תואר (29.03%), בעלות תואר ראשון (41.94%), בעלות תואר שני (23.39%). מעטות מהן (7.26%) עברו הכשרה על-בסיסית בגריאטריה (n=9).

המאפיינים הסוציו-דמוגרפים של אוכלוסיית המדגם מוצגים בלוח מספר 1.

לוח 1 : מאפיינים סוציו-דמוגרפים של אוכלוסיית המדגם

משתנה	תת קבוצה	N	% מהמדגם
מין	זכר	21	16.94%
	נקבה	103	83.06%
מוצא	יהודי	97	78.23%
	ערבי	18	14.52%
	אחר	9	7.26%
דת	דתי	20	16.13%
	מסורתי	38	30.65%
	חילוני	66	53.23%
מקום לידה	ישראל	65	52.42%
	ברה"מ לשעבר	42	33.87%
	אחר(כולל אירופה ומדינות ערב)	17	13.71%
קבוצות גיל	30-21	18	14.52%
	40-31	21	16.94%
	50-41	43	34.68%
	+51	42	33.87%
השכלה	אחות מעשית	7	5.65%
	אחות מוסמכת ללא תואר	36	29.03%
	אחות מוסמכת תואר ראשון	52	41.94%
	אחות מוסמכת תואר שני	29	23.39%
הכשרה על-בסיסית בגרנטולוגיה	ללא הכשרה	115	92.74%
	עם הכשרה	9	7.26%
תחום עיסוק	אחיות בריאות הציבור	62	50.00%
	אחיות גריאטריות	62	50.00%

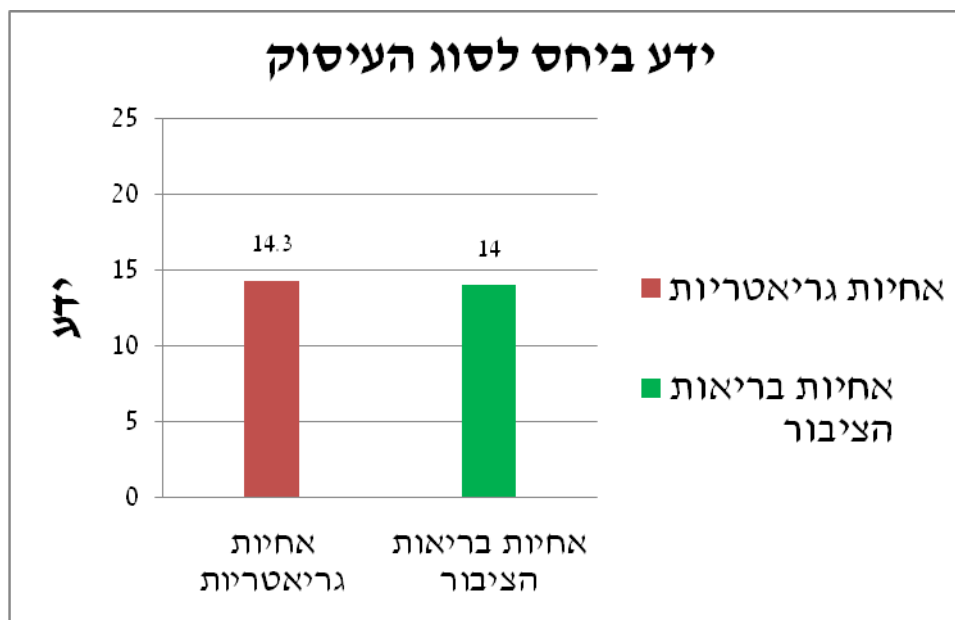
44.35%	69	אין ניסיון קודם במוסד גריאטרי	ניסיון עבודה קודם במוסד גריאטרי
55.65%	55	יש ניסיון קודם במוסד גריאטרי	

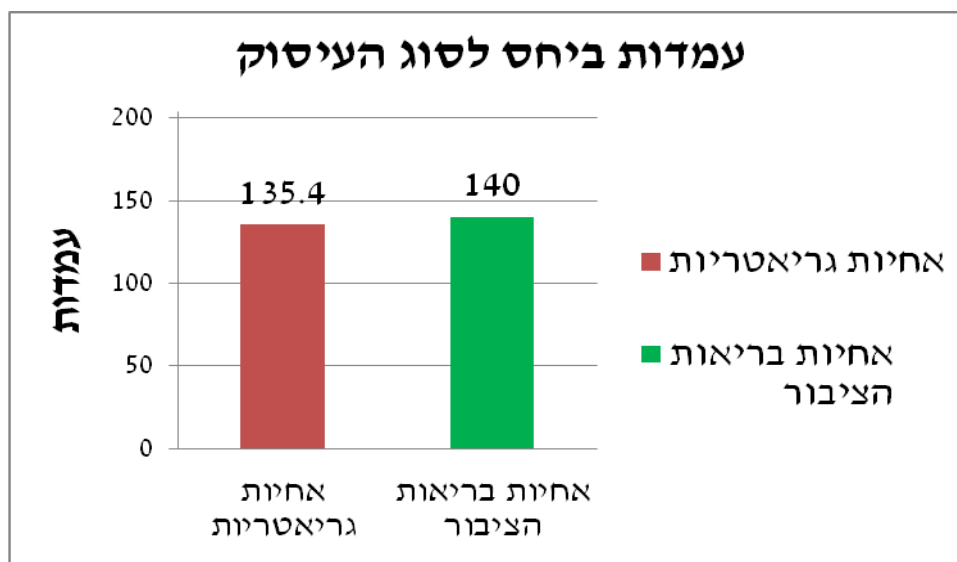
3.1 סקירת הממצאים על פי ההשערות

השערה מספר 1: קיים הבדל בין סוג עיסוק האחות לבין ידע ועמדות גילניות. מצופה שאחיות העוסקות בתחום הגריאטריה תהינה בעלות ידע רב יותר ועמדות פחות גילניות מאשר אחיות בריאות הציבור. הממצאים מוצגים בלוח 2 וגרפית:

לוח 2: ממצאים בנוגע להבדל בין סוג העיסוק לבין ידע ועמדות גילניות

מאפיין	אחיות גריאטריות	אחיות בריאות הציבור	סה"כ	מובהקות סטטיסטית
ידע	3.8±14	3.0± 14	3.4±14.1	0.673
	7-24	9-20	7-24	
עמדות	21.5±135.4	17.5±140	19.7±137.7	0.192
	100-187	101-178	100-187	





בבדיקת ההבדל בין סוג העיסוק לבין ידע ועמדות גילניות לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטי ברמת הידע בין סוגי העיסוקים השונים, ($p=0.673$). המחקר מצא כי דווקא בקרב האחיות הגריאטריות הציון הממוצע הינו נמוך יותר בהשוואה לאחיות בריאות הציבור, ומבטא יותר גילניות. יחד עם זאת, ההבדל בין הקבוצות אינו מובהק, ($p=0.192$). לכן השערה זו לא אוששה ונדרש לשפר ידע ועמדות בשתי אוכלוסיות המחקר.

השערה מספר 2: קיים קשר בין ההכשרה בתחום הגרונטולוגיה לבין ידע ועמדות גילניות בקרב אחיות גריאטריות ואחיות בבריאות הציבור בישראל. אחות עם הכשרה על-בסיסית בגריאטריה תהיה בעלת ידע רב יותר ועמדות חיוביות יותר כלפי קשישים. הממצאים מוצגים בלוחות 3 + 4 וגרפית:

לוח 3: ממצאים בנוגע לקשר בין הכשרה בתחום הגרונטולוגיה לבין ידע

מאפיין		אחיות גריאטריות	אחיות בריאות הציבור	סה"כ	מובהקות סטטיסטית
ידע	קיבלו הכשרה בתחום הגרונטולוגיה (9)	4.0±19.1 13-24	5.0±12.5 9-16	4.9±17.7 9-24	0.087
	לא קיבלו הכשרה בתחום הגרונטולוגיה (115)	3.3±13.6 7-23	2.9±14.1 9-20	3.1±13.9 7-23	0.477
מובהקות		0.001>	0.471	0.048	

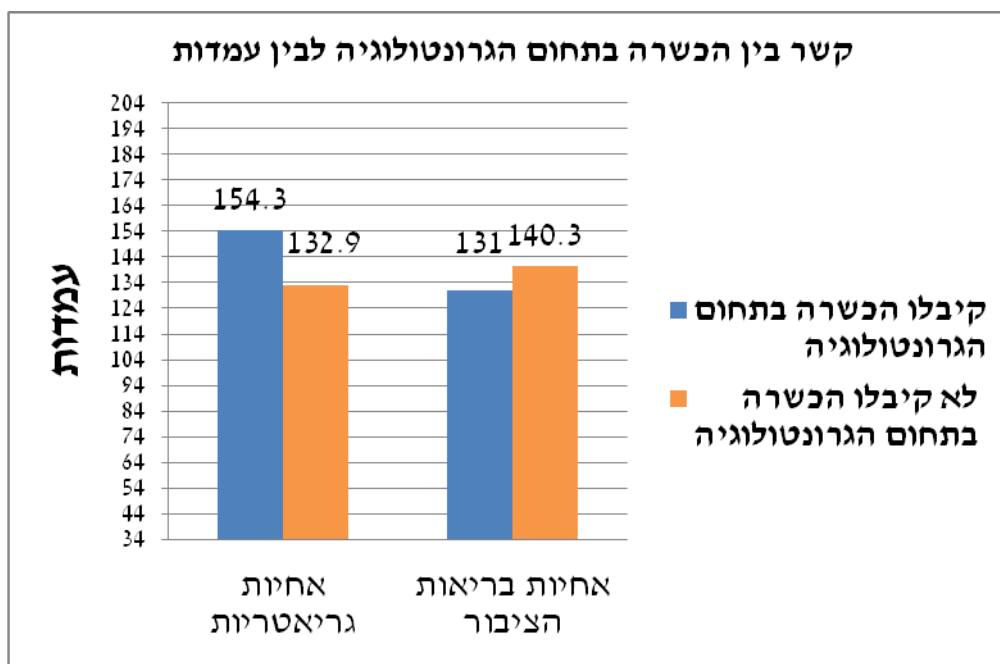
בבדיקת הקשר בין ההכשרה בתחום הגרונטולוגיה לבין ידע, נמצא הבדל (על גבול המובהקות) ברמת הידע בקרב אחיות אשר קיבלו הכשרה בתחום הגרונטולוגיה, כך שרמת הידע גבוהה יותר בקרב אחיות גריאטריות בהשוואה לאחיות בריאות הציבור (19.1 לעומת 12.5, $p=0.087$).

לעומת זאת, לא נמצא הבדל ברמת הידע בין תתי-העיסוקים בקרב אחיות אשר לא קיבלו הכשרה. בקרב קבוצת האחיות הגרונטולוגיות ובכלל המחקר, נמצא הבדל מובהק, כך שדווקא אלו שלא קיבלו הכשרה בגרונטולוגיה גילו ידע רב יותר ($p < 0.001$ ו- $p = 0.048$ בהתאמה). בקרב אחיות בריאות הציבור רמת הידע גבוהה יותר בקרב אחיות אשר לא קיבלו הכשרה, אם כי באופן לא מובהק ולכן השערה זו לא אוששה.

לוח 4 : ממצאים בנוגע לקשר בין הכשרה בתחום הגרונטולוגיה לבין עמדות

מאפיין		אחיות גריאטריות	אחיות בריאות הציבור	סה"כ	מובהקות סטטיסטית
עמדות	קיבלו הכשרה בתחום הגרונטולוגיה (9)	28.0±154.3 101-187	2.8±131.0 129-133	26.3±149.1 101-187	0.299
	לא קיבלו הכשרה בתחום הגרונטולוגיה (115)	19.6±132.9 100-183	17.7±140.3 101-178	18.9±136.8 100-183	0.037
מובהקות		0.012	0.027	0.069	

בבדיקת הקשר בין ההכשרה בתחום הגרונטולוגיה לבין עמדות, לא נמצא הבדל מובהק בין העיסוקים בקרב אלו אשר קיבלו הכשרה, אם כי בקרב אחיות בריאות הציבור נמצאו יותר עמדות של גילניות. בקרב האחיות אשר לא קיבלו הכשרה בתחום הגרונטולוגיה נמצא כי אחיות גריאטריות גילו יותר עמדות של גילניות ($p = 0.037$). בקרב כלל אוכלוסיית המחקר, ובמיוחד בקרב האחיות הגריאטריות, נמצא כי עמדות גילניות קיימות יותר דווקא אצל אלו אשר לא קיבלו הכשרה ($p = 0.069$ ו- $p = 0.012$ בהתאמה). לעומת זאת, בקרב אחיות בריאות הציבור התופעה הפוכה, כך שעמדות גילניות קיימות בקרב אחיות אשר קיבלו הכשרה בתחום ($p = 0.027$). השערה זו אוששה בקרב כלל המחקר ובקרב אחיות גריאטריות, אך לא בקרב אחיות בריאות הציבור.

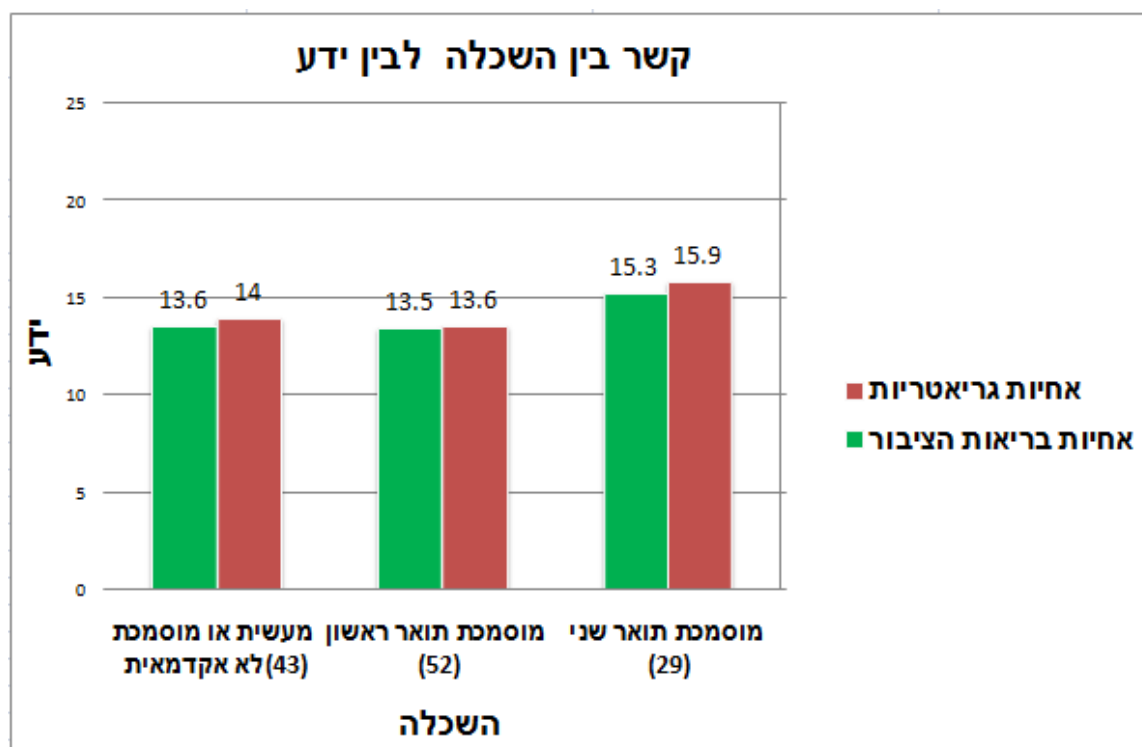


השערה מספר 3: יימצא קשר בין השכלה לבין ידע ועמדות גילניות בקרב אחיות גריאטריות ואחיות בבריאות הציבור בישראל. ככל שהשכלת האחות גבוהה יותר, היא תהיה בעלת ידע רב יותר ועמדות חיוביות כלפי קשישים. הממצאים מוצגים בלוחות 5 + 6 וגרפית:

לוח 5: ממצאים הנוגעים לקשר בין השכלה לבין ידע

מאפיין		אחיות גריאטריות	אחיות בריאות הציבור	סה"כ	מובהקות סטטיטית
ידע	מעשית או מוסמכת לא אקדמאית (43)	14.0±2.8	13.6±3.1	13.8±2.9	0.67
		9-23	9-20	9-23	
	מוסמכת תואר ראשון (52)	13.6±3.4	13.5±3.1	13.6±3.3	0.943
		7-22	9-19	7-22	
	מוסמכת תואר שני (29)	15.9±5.2	15.3±2.1	15.6±3.9	0.695
		8-24	11-20	8-24	
מובהקות		0.161	0.134	0.023	

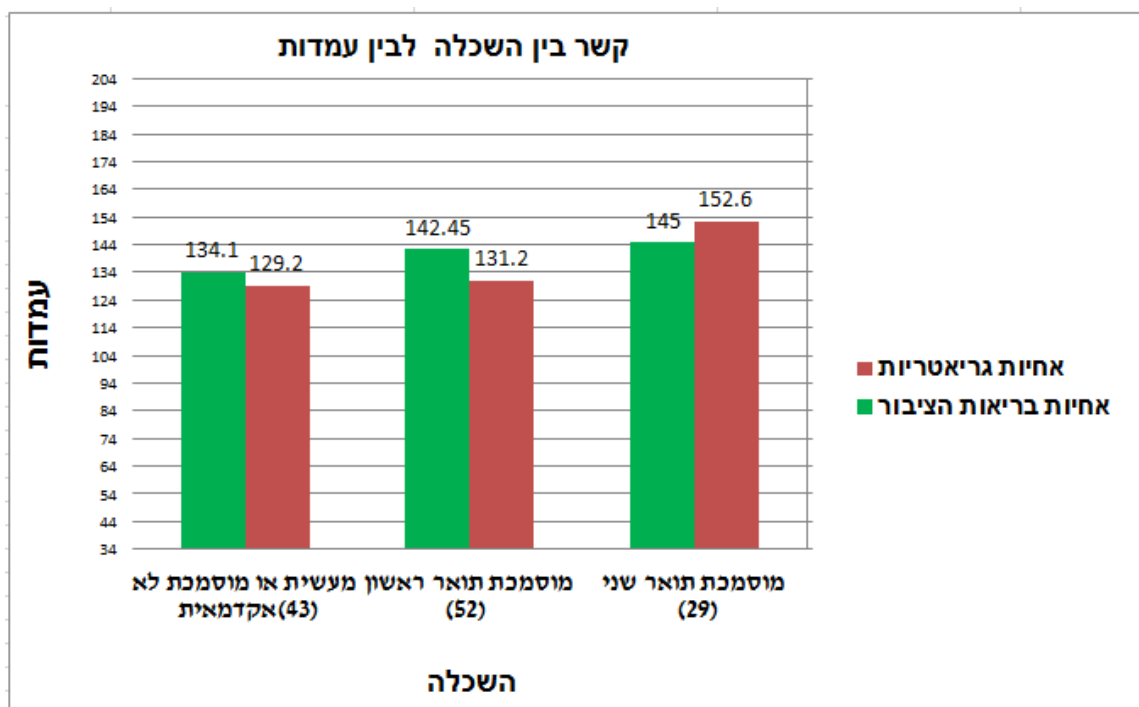
בבדיקת הקשר בין השכלה לבין ידע נמצא קשר מובהק בכלל האוכלוסייה, כך שרמת הידע אצל אחיות מוסמכות עם תואר שני הייתה גבוהה יותר, לעומת אחיות ללא תואר ואחיות עם תואר ראשון ($p=0.023$). כאשר מנתחים את רמת הידע בכל אחת מקבוצות האחיות או בכל רמת השכלה בנפרד, לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטי.



לוח 6 : ממצאים הנוגעים לקשר בין השכלה לבין העמדות

מובהקות סטטיסטית	סה"כ	אחיות בריאות הציבור	אחיות גריאטריות	מאפיין
0.326	131.8±16.2 101-178	134.1±15.2 109-173	129.2±17.4 101-178	מעשית או מוסמכת לא אקדמית (43)
0.034	136.4±19.3 100-183	142.45±15.9 120-178	131.2±20.6 100-183	מוסמכת תואר ראשון (52)
0.342	148.7±21.0 101-187 0.001	145.0±21.5 101-170 0.114	152.6±20.6 117-187 0.002	מוסמכת תואר שני (29)
				מובהקות

בבדיקת הקשר בין השכלה לבין עמדות כלפי קשישים, נמצא כי בכלל אוכלוסיית המחקר ובקרב אחיות גריאטריות, העמדות של אחיות עם תואר שני כלפי קשישים היו חיוביות יותר באופן מובהק סטטיסטי ($p=0.001$ ו- $p=0.002$ בהתאמה). בקרב אחיות עם תואר ראשון נמצא הבדל בין הקבוצות, לפיכך לאחיות בריאות הציבור עמדות חיוביות יותר מאלו של אחיות גריאטריות ($p=0.034$). בשאר רמות ההשכלה לא נמצא הבדל בין שתי קבוצות האחיות ($p=0.326$ בקרב אחיות ללא תואר ו- $p=0.342$ בקרב אחיות עם תואר שני). לפי ממצאים אלו ניתן לומר שהשערה זו אוששה.



השערה מספר 4: יימצא קשר בין פרמטר של גיל האחות לבין ידע ועמדות גילניות. ככל שהאחות מבוגרת יותר, היא תהיה בעלת יותר ידע ועמדות חיוביות כלפי קשישים. הממצאים מוצגים בלוחות 7 + 8:

לוח 7: ממצאים הנוגעים לקשר בין גיל האחות לבין ידע

מאפיין		אחיות גריאטריות	אחיות בריאות הציבור	סה"כ	מובהקות סטטיסטית
ידע	גיל 40-21 שנים (39)	14.8±3.9	12.9±2.5	14.1±3.6	0.111
		7-23	9-19	7-23	
	גיל 41 ומעלה (85)	13.9±3.7	14.3±3.0	14.2±3.3	0.571
		8-24	9-20	8-24	
מובהקות		0.395	0.101	0.908	

בבדיקת הקשר בין גיל האחות לבין ידע לא נמצא הבדל ברמת הידע של האחיות בשתי קבוצות הגיל (ידע ממוצע בקבוצת גיל 40-21 הינו 14.1, ובקבוצת הגיל 41 ומעלה הינו 14.2). כמו כן, בכל קבוצת גיל לא נמצאה מובהקות סטטיסטית בין רמת הידע של אחיות גריאטריות לבין רמת הידע של אחיות בריאות הציבור ($p = 0.111$ בקבוצת גיל 40-21, $p = 0.571$ בקבוצת גיל 41 ומעלה).

לוח 8: ממצאים הנוגעים לקשר בין גיל האחות לבין עמדות

מאפיין		אחיות גריאטריות	אחיות בריאות הציבור	סה"כ	מובהקות סטטיטית
עמדות	גיל 21-40 שנים (39)	132.8±24.1 100-187	146.6±13.3 123-170	137.7±21.7 100-187	0.027
	גיל 41 ומעלה (85)	137.1±19.7 101-176	138.0±18.2 101-178	137.6±18.8 101-178	0.822
מובהקות		0.439	0.109	0.983	

בבדיקת הקשר בין גיל האחות לבין העמדות של האחיות כלפי קשישים, נמצא כי בקרב קבוצת הגיל 21-40 שנים, העמדות של אחיות בריאות הציבור היו חיוביות יותר באופן מובהק מאלו של האחיות הגריאטריות ($p=0.027$). בקרב קבוצת הגיל מעל 41 שנים לא נמצא הבדל בין שתי קבוצות האחיות (ממוצע העמדות בקרב אחיות גריאטריות הינו 137.1 ובקרב אחיות בריאות הציבור הינו 138.0). בכלל אוכלוסיית המחקר, לא נמצא הבדל בעמדות כלפי קשישים על פי קבוצת הגיל של האחיות ($p=0.983$). לפי ממצאים אלו ניכר כי השערה זו לא אוששה.

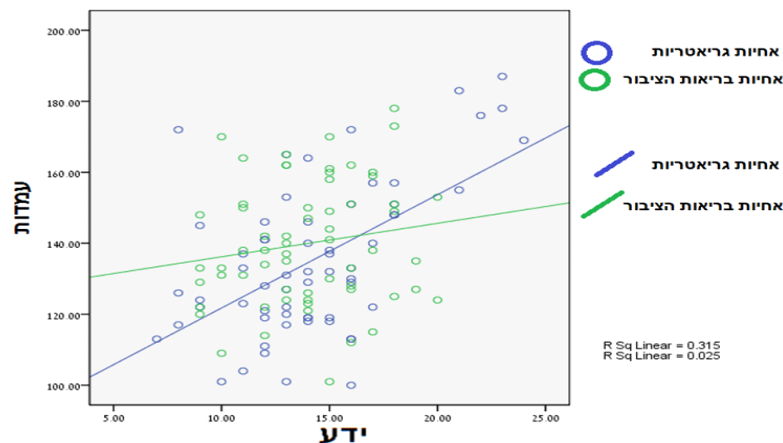
השערה מספר 5: קיים קשר בין ידע האחות בנושא גריאטריה לבין עמדתה כלפי קשישים.
ככל שרמת הידע גבוהה יותר, כך עמדת האחיות כלפי קשישים תהיה חיובית יותר. הממצאים מוצגים בלוח 9 וגרפית:

לוח 9: ממצאים הנוגעים לקשר בין ידע האחות לבין עמדותיה

אחיות גריאטריות	אחיות בריאות הציבור	סה"כ	
0.562	0.160	0.397	מקדם המתאם בין ידע לעמדות
0.001>	0.215	0.001>	מובהקות של מקדם המתאם

בבדיקת הקשר בין ידע האחות לבין עמדות כלפי קשישים, נמצא כי בקרב אחיות גריאטריות קיים קשר חיובי מובהק ובמידת חוזק בינונית בין ידע לעמדות $p > 0.001$ בקרב אחיות בריאות הציבור נמצא קשר חלש ($R = 0.16$) ולא מובהק בין ידע לעמדות. בקרב כלל אוכלוסיית המחקר נמצא קשר חיובי מובהק ובמידת חוזק בינונית בין ידע לעמדות $p > 0.001$ על פי ממצאים אלו ניכר שהשערה אוששה.

קשר בין ידע האחות בנושא גריאטריה לבין עמדתה כלפי קשישים



השערה מספר 6: יימצא קשר בין ניסיון קודם (עבודה עם קשישים בעבר) של האחות, לבין ידיעותיה ועמדותיה כלפי קשישים. ניסיון קודם בטיפול בקשישים מוביל לרמת ידע גבוהה יותר ולעמדות חיוביות ופחות גילניות. ממצאים מוצגים בלוחות 10 + 11:

לוח 10: ממצאים הנוגעים לקשר בין ניסיון קודם לרמת ידע

מאפיין		אחיות גריאטריות	אחיות בריאות הציבור	סה"כ	מובהקות סטטיסטית
ידע	עבדו עם קשישים בעבר (55)	14.8±3.9	14.5±3.2	14.7±3.7	0.796
	לא עבדו עם קשישים בעבר (69)	13.2±3.4	13.8±2.9	13.6±3.1	0.452
מובהקות		0.112	0.427	0.07	

בבדיקת הקשר בין ניסיון קודם של האחות בטיפול בקשישים לבין ידע, נמצא כי בכלל אוכלוסיית המחקר היתה נטיה לרמת ידע גבוהה יותר אצל אחיות שעבדו בעבר עם קשישים, אך הבדל זה נמצא על גבול המובהקות ($p=0.07$). לא נמצא הבדל ברמות הידע בקרב האחיות הגריאטריות ובקרב אחיות בריאות הציבור בין אלו שעבדו עם קשישים לבין אלו שלא. בתתי-הקבוצות של ניסיון בעבודה עם קשישים, לא נמצא הבדל בידע בין אחיות גריאטריות לבין אחיות בריאות הציבור.

לוח 11: ממצאים הנוגעים לקשר בין ניסיון קודם לעמדות

מאפיין		אחיות גריאטריות	אחיות בריאות הציבור	סה"כ	מובהקות סטטיסטית

עמדות	עבדו עם קשישים בעבר (55)	133.0±21.1	140.1±15.7	134.9±19.9	0.241
	לא עבדו עם קשישים בעבר (69)	139.7±21.9	139.9±18.2	139.9±19.3	0.967
מובהקות		0.238	0.980	0.162	

בבדיקת הקשר בין ניסיון קודם של האחות בטיפול בקשישים לבין עמדותיה, נמצא כי בקרב כלל אוכלוסיית המחקר וברמות העיסוק השונות, לא קיים הבדל בעמדות כלפי קשישים בין אחיות שעבדו עם קשישים לבין אלו שלא. בתתי-הקבוצות של ניסיון בעבודה עם קשישים, לא נמצא הבדל בעמדות כלפי קשישים בין אחיות גריאטריות לבין אחיות בריאות הציבור. מממצאים אלו עולה כי השערה זו לא אוששה.

לוח 12: קשר חד-משתני בין המשתנים השונים וגילנות

משתנה	B	מובהקות
גיל	-0.048	0.769
השכלה	4.712	0.001
מקום עבודה	4.613	0.192
ידע	2.309	<0.001

לוח 13: קשר רב-משתני בין המשתנים השונים וגילנות

משתנה	B	מובהקות
גיל	-0.118	434.
השכלה	3.811	0.005
מקום עבודה	6.069	0.063
ידע	2.170	<0.001

לאחר שבוצע ניתוח חד-משתני עבור משתנים היכולים לנבא גילנות, בוצע מודל רב-משתני הכולל את המשתנים גיל, השכלה, מקום עבודה וידע. השכלה וידע נמצאו כמשתנים מובהקים אשר יכולים לנבא עמדות של גילנות, זאת בנטרול שאר המשתנים במודל. עם זאת, למודל זה יכולת ניבוי של 23.5%. המדדים שנמצאו תורמים באופן מובהק הם ידע והשכלה, בעוד מקום העבודה תורם באופן גבולי בלבד.

4. דיון

מטרתנו העיקרית במחקר זה הייתה לבדוק את רמת הידע והעמדות של האחים והאחיות העובדים בבית החולים הרצוג, העוסקים בטיפול יומיומי במגוון מחלות ומצבים המאפיינים את הקשישים, כלפי תופעת הגילנות. זאת בהשוואה לאחיות בריאות הציבור בלשכת הבריאות במחוז תל אביב, אשר פוגשות את אוכלוסיית הקשישים כסבים וכסבתות המלווים את נכדותיהן ונכדיהם לטיפות חלב.

חיפשנו לבחון: כיצד רמת הידע של האחיות משפיעה על עמדותיה כלפי הקשישים? האם לגילה הכרונולוגי של האחיות יש השפעה על רמת הידע שלה כמו גם על עמדותיה? והאם רמת השכלה, הכשרה גרונטולוגית קודמת ועיסוק קודם עם קשישים הינם גורמים המשפיעים על רמת הידע ועל מידת התמיכה בקשישים?

על מנת לבדוק את רמת הידע ואת העמדות העברנו שאלונים מתאימים, כפי שפורט בפרק המתודולוגיה. בשאלונים נבדקו מספר משתנים העשויים להשפיע על רמת הידע ועל העמדות של שתי אוכלוסיות המחקר, החל ממשתנים דמוגרפיים (מין, מוצא, דת, מקום לידה, גיל), ועד רמת השכלה, סוג הכשרה מקצועית וניסיון עבודה קודם שיש לאינפורמנטים בעבודה אל מול ציבור הקשישים. באופן כללי, מלמד המחקר כי רמת הידע בינונית-נמוכה, ויש לכך השפעה על מידת הגילנות בשתי אוכלוסיות המחקר.

השערת המחקר הראשונה שלנו הייתה, שימצא הבדל בין סוג העיסוק של האחיות לבין רמת הידע שלה ועמדותיה הגילניות. על פי השערה זו, אחיות העוסקות בתחום הגריאטריה תהיינה בעלות רמת ידע גבוהה יותר ועמדות פחות גילניות בהשוואה לאחיות בריאות הציבור. השערת מחקר זו נשללה ונהפכה על פיה. מצאנו כי דווקא בקרב האחיות הגריאטריות רמת הידע נמוכה, והן מגלות יותר עמדות גילניות כלפי קשישים (עמדות 13.7.7, ידע 14.1). הסבר אפשרי לתוצאות עשוי להיות שדווקא הקרבה היומיומית של האחיות אל אוכלוסיית הקשישים היא שגורמת להן לתחושות שליליות ולעמדות גילניות כלפי אותה אוכלוסייה. אחיות גריאטריה אינן באות במגע עם מגוון רחב של קשישים אלא בעיקר עם קשישים חולניים ודמנטיים, בשעה שאחיות טיפת החלב נתקלות דווקא בקשישים מתפקדים פעילים ובריאים למדי המסייעים בגידול הנכדים.

ממצאים אלו דומים לממצאים שתוארו במאמרם של קירני ואחרים (Kearney et al., 2013) באנגליה, אשר הצביעו על עמדות גילניות קיצוניות של אחיות כלפי הקשישים במחלקה אונקולוגית (ממוצע עמדות 102). מחקר אחר שנערך במדינות ערב על ידי הווידי ואל-חסן (Hweidi & Al-Hassan, 2005), העלה אף הוא ממצאים דומים כאשר השווה בין עמדות של אחיות במחלקה כירורגית לבין עמדות האחיות במחלקה אקוטית (ממוצע עמדות 110). ממצאיהם הראו כי לאחיות במחלקה כירורגית שטיפלו במגוון רחב של גילאים היתה עמדה חיובית יותר, והן תמכו יותר בקשישים מאשר אחיות במחלקה האקוטית. לעומת זאת, במחקרם של מלור ואחרים (Mellor, Chew & Greenhill, 2007), הוצגו עמדות חיוביות בקרב אחיות מאוסטרליה שטיפלו בקשישים כרוניים (עמדות 173.4, ידע 9.35). כמו כן רמת ידע נמוכה הוצגה בעבודה של מקסים 2009 ועמדה על 12.7.

חשוב להדגיש כי מחקרים אלו בחנו אוכלוסיית אחיות כללית בבתי החולים בהם משך הטיפול בחולה הקשיש משתנה בהתאם למצבו ולסוג המחלקה. במחקרים אלו לא נערכה השוואה בין שתי קבוצות אחיות ממקצועות הקצה. בכך תרומתו של מחקרנו זה המשווה בין אחיות גריאטריה,

הרואות את הקשיש במצב קשה של חולי, לבין אחיות העוסקות בתחום סיעוד אחר (במקרה דן – בריאות הציבור), הרואות קשישים בריאים המשתלבים בקהילה.

השערת המחקר השנייה בחנה קיום קשר בין הכשרה גרונטולוגית לבין ידע ועמדות גילניות, בקרב אחיות מתחום הגריאטריה ואחיות בריאות הציבור. על פי השערה זו, אחות בעלת הכשרה על בסיסית בתחום הגריאטריה, תהיה בעלת רמת ידע גבוהה יותר ועמדות חיוביות יותר כלפי קשישים. נמצא כי אחיות משתי הקבוצות אשר לא עברו הכשרה בתחום הגרונטולוגיה הציגו עמדות גילניות. עם זאת, לא מצאנו הבדל סטטיסטי מובהק בין רמת הידע של אחיות גריאטריות שעברו הכשרה בתחום לבין רמת הידע של אחיות גריאטריות ואחיות בריאות הציבור שלא עברו הכשרה. הסבר אפשרי לתוצאה זו עשוי להיות מבוסס על רמת הידע הנמוכה למדי בקרב כלל אוכלוסיית הנבדקות וניתן ללמוד מתוצאה זו על רמה נמוכה של יעילות בהכשרה הגרונטולוגית בכל הנוגע לעמדות גילניות.

השערת המחקר השלישית בחנה את הקשר בין השכלה לבין ידע ועמדות גילניות, בקרב שתי קבוצות המחקר. על פי השערה זו, ככל שרמת ההשכלה של האחות גבוהה יותר, כך היא תהיה בעלת ידע רב יותר ועמדות חיוביות יותר כלפי קשישים. השערה זו אומתה. נמצא כי בשתי קבוצות המחקר, ככל שרמת ההשכלה גבוהה יותר כך רמת הידע גבוהה יותר, וכן העמדות כלפי קשישים חיוביות יותר. ממצאים אילו תאמו את מחקרם של סודרהם ואחרים (Soderhamn et al., 2001), ושל גייסלון (Jacelon, 2002), אשר בחנו את הקורלציה בין השכלה לעמדות כלפי קשישים בקרב אוכלוסיית האחיות המוסמכות וסטודנטים לסיעוד שנה ראשונה, על פי תוצאותיהם, השכלה גבוהה משפיעה על עמדות חיוביות ועל תמיכה בקשישים, בהתאם לתוצאות המחקר שלנו.

השערת המחקר הרביעית ביקשה לבחון קיום קשר בין גיל האחות לבין רמת הידע כמו גם עמדותיה הגילניות. על פי השערה זו, ככל שהאחות מבוגרת יותר, כך היא תהיה בעלת ידע נרחב יותר ותחזיק בעמדות חיוביות יותר כלפי קשישים. השערה זו נשללה כאשר הממצאים העלו שלפרמטר הגיל אין כל השפעה על רמת הידע ועל העמדות הגילניות. הספרות המחקרית בנושא חלוקה. ממצאנו זה תואם את ממצאיו של הופ (Hope, 1994), אשר לא הוכיח קשר בין גיל האחות לבין עמדותיה כלפי קשישים. לעומת זאת, הרדמן (Herdman, 2002) הציג ממצא שונה, כאשר הראה כי גילה הצעיר של האחות משפיע על עמדותיה והיא אף נוטה להעדיף טיפול בצעירים ובילדים. גייסלון (Jacelon, 2002), הציג מסקנה לפיה גילה המבוגר של האחות מוביל לעמדות חיוביות כלפי קשישים. מחקר של הווידי (Hweidi, 2006) שבוצע בקרב סטודנטים ירדניים, זיהה קורלציה חיובית בין גיל הסטודנטים ועמדות חיוביות כלפי קשישים. סטודנטים מבוגרים הראו יחס חיובי יותר כלפי הקשיש בהשוואה לסטודנטים צעירים. עם זאת, יון-אי ואחרים (Yun-e et al., 2012) לא מצאו כל קשר עקבי בין משתנה הגיל לבין ידע ועמדות, כפי שנמצא במחקר זה.

לסיכום, הספרות המחקרית כאמור לעיל, אינה מציגה ממצאים חד משמעיים בכל הנוגע לגיל האחות כפרמטר המשפיע על עמדותיה כלפי קשישים. נראה כי עמדות האחיות כלפי קשישים כגורם התלוי בגילם הכרונולוגי, קשור לרקע התרבותי והחברתי ממנו הן באות.

השערת המחקר החמישית בחנה קיום קשר בין רמת הידע של האחות בנושא גריאטריה לבין עמדתה כלפי קשישים. על פי ההשערה, ככל שרמת הידע גבוהה יותר, כך עמדתה של האחות כלפי קשישים תהיה חיובית יותר. השערה זו אומתה כאשר נמצא קשר חיובי מובהק ובמידת חוזק בינונית בין שני הפרמטרים בקרב אחיות גריאטריות. לעומת זאת, בקרב אחיות בריאות הציבור נמצא

קשר חלש יותר בין שני הפרמטרים. ממצא זה אינו מפתיע בהיותו מאשש את הקשר בין קיומו של ידע מוקדם בתחום הגריאטרי לבין עמדות גילניות חיוביות יותר, שכן היכרות מעמיקה עם נושא הגרונטולוגיה עשויה לחדד בקרב האחיות את התובנה כי לא מתקיים קשר חד-ערכי בין זקנה לבין דמנציה, היעדר יכולות שכליות ופיזיולוגיות וכדומה. ידע בתחום הגרונטולוגיה מעלה את ערך תחום הסיעוד הגרונטולוגי ומשנה את חוויית הטיפול. ממצא דומה ממחקרם של סודרהם ואחרים (Soderhamn et al., 2001), הצביע על היעדר ידע בתחום הגריאטריה והגרונטולוגיה, אשר מוביל לעמדות שליליות, בעוד שהשלמת ידע משפרת את העמדות באופן משמעותי.

כאמור לעיל בממצאי השערות מס' 2, 3, ו-5, הן רמת השכלה גבוהה והן הכשרה בתחום הגריאטריה מעלות את רמת הידע ומובילות לעמדות חיוביות יותר כלפי קשישים. ממצאנו אלו תואמים את המחקרים המובאים בסקירת הספרות, אשר הסיקו כי להכשרה גרונטולוגית משמעות של ממש מבחינת אופי הטיפול ומידת ההשפעה על עמדות האחיות כלפי קשישים. בנוסף, הכשרה גרונטולוגית מפחיתה את מידת החרדה לגבי נושא ההזדקנות בכלל וההזדקנות העצמית בפרט (Hope, 1994; Soderhamn et al., 2001; Jacelon, 2002; Wells et al., 2004; Haight et al., 2008; Yun-e et al., 2012; Eymard & Douglas, 2012).

השערת המחקר השישית בחנה קיום קשר בין ניסיון עבודה קודם של אחיות עם קשישים לבין רמת ידיעותיה ועמדותיה כלפי הקשישים. על פי השערה זו, ניסיון קודם של האחיות בעבודה עם קשישים יוביל לרמת ידע גבוהה יותר, כמו גם לעמדות חיוביות יותר ופחות גילניות. השערה זו אומתה בחלקה, כאשר נמצא קשר בין ניסיון קודם עם קשישים לבין רמת הידע הגבוהה. יחד עם זאת, לא נמצא כל קשר בין עמדות הגילנות של האחיות בשתי קבוצות המחקר לבין ניסיון הקודם בעבודה עם קשישים, זאת בדומה לממצאי המחקר של הווידי ואל-חסן (Hweidi & Al-Hassan, 2005). סודרהם ואחרים (Soderhamn et al., 2001) מצאו כי ניסיון קליני מהווה גורם משפיע שלילי בכל הנוגע לעמדות גילניות כלפי קשישים, ואף מוביל לרמת טיפול גרועה יותר. גייסלון (Jacelon, 2002) הציג עמדה הפוכה, כשמצא שניסיון העבודה של אחיות משפיע על עמדותיהן כלפי קשישים באופן חיובי, כך שאחיות מנוסות יסגלו לעצמן עמדות תומכות יותר כלפיהם. אם כך, עבודה עם קשישים עשויה להגדיל את רמת הידע המעשי של האחיות, אך לא לשנות את עמדתה ביחס לקשישים. לצורך כך אין די בניסיון, ויש ולהעשיר את ההכשרה הגרונטולוגית אותה עוברת האחיות באמצעים חינוכיים כגון הרצאות וסדנאות.

כיווני תוצאות המחקר מלמדים שישנה חשיבות רבה להכשרת האחיות המטפלות בקשישים, הן לצורך הגדלת הידע, שיפור העמדות והתמיכה בקשישים, והן לצורך שיפור הטיפול. חשיבות ההכשרה ושיפור העמדות חיוניים לתדמית הסיעוד ובעיקר לרצון לטיפול בקשיש. כמו כן, יש מקום לביצוע מחקרי המשך תוך בחינת הידע והעמדות בקרב אחיות בעלות התמחויות שונות.

4.1 מגבלות המחקר

- בניית תוצאות המחקר בוצע מודל רב משתני הכולל את המשתנים גיל, השכלה, מקום עבודה וידע. השכלה וידע נמצאו כמשתנים מובהקים המאפשרים ניבוי עמדות גילניות תוך נטרול שאר המשתנים במודל. עם זאת, מאחר ולמודל זה יכולת ניבוי של 23.5% בלבד, לא ניתן להשליך את תוצאות המחקר על כלל אוכלוסיית האחים והאחיות בישראל. לפיכך, קיימים גורמים נוספים שמשפיעים, או שמשתנה הגילנות לא נמדד בצורה מספיק טובה.

- כלי המחקר נמצאים בשימוש בארץ לאחר שתורגמו לעברית, והינם מהימנים ומתוקפים. עם זאת, מאחר והם נמצאים בשימוש מזה מספר עשורים, בהחלט יתכן כי הם אינם מותאמים לתרבות ולתקופה הנוכחית. בנוסף, המהימנות הנמוכה גררה הוצאה של חלק מהשאלות מהניתוח.

- המחקר מבוסס על מדגם נוחות. השאלונים הופצו במחלקות ומולאו על ידי אנשי הצוות, בדרך כלל במהלך המשמרת. לפיכך יתכן שהשאלונים לא מולאו באופן עצמאי לחלוטין, ועל ידי כך נוצרו הטיות.

- חלק מהנחקרים לא מילאו את כל השאלות ולכן נאלצנו לפסול חלק מהשאלונים.

- בשלב חלוקת השאלונים נתקלנו בהתנגדות קלה מצד חלק ממשותפי המחקר, דבר שעורר צורך בשכנוע נוסף ובהסברים אודות חשיבות הנושא.

תרומת המחקר שלנו הייתה להשוות את רמת הידע ואת מידת הגילניות של אחיות בבית החולים ובקהילה אשר פוגשים את הקשיש ברמות ובסיטואציות שונות. כיווני תוצאות המחקר מלמדים שיש חשיבות רבה להכשרת האחיות המטפלות בקשישים, הן לצורך הגדלת הידע, שיפור העמדות והתמיכה בקשישים, והן לצורך הבטחת הטיפול ושיפורו. הכשרה ושיפור העמדות חיוניים לתדמית הסיעוד ובעיקר לרצון לטיפול בקשיש. כמו כן, יש מקום לביצוע מחקרי המשך תוך בחינת העמדות בקרב אחיות בעלות התמחויות שונות.

5. סיכום ומסקנות

מסקירת הספרות ראינו, כי אוכלוסיית הקשישים פוגשת צורות שונות של התייחסות ועמדות גילניות, המעוררות שאלות מוסריות בקרב אנשי מקצוע ואנשי האקדמיה. הנושא נחקר בשנים האחרונות, ומחקרים בנושא עסקו ביחס של האחים והאחיות ומקצועות הבריאות כלפי אוכלוסיית הקשישים. עם הזדקנות האוכלוסייה בעולם, עולה במקביל צריכת שירותי הבריאות, ויש צורך להיערך לתופעה על ידי הגברת המודעות לעניין ושינוי בגישה. בעבודה זו נבדקו הידע והעמדות כלפי קשישים, מצד אחים ואחיות המטפלים בקשישים, ומצד אחיות בריאות הציבור שאינן מטפלות בקשישים אלא באוכלוסייה צעירה, כאשר המשותף לשתי אוכלוסיות אלו הינו המקצוע.

מצופה היה שאחים ואחיות המטפלים בקשישים יהיו בעלי ידע נרחב יותר ועמדות חיוביות יותר מאשר אחיות שאינן מטפלות בקשישים. ממצאי המחקר הצביעו על כך שבקרב אחים ואחיות העובדים עם קשישים, הציון הממוצע של ידע הינו נמוך יותר בהשוואה לאחיות בבריאות הציבור, ומבטא עמדות גילניות יותר. עוד עולה כי רמת הידע וההשכלה נמצאו כמשפיעים על עמדות גילניות כלפי קשישים, כאשר ככל שרמת הידע וההשכלה היו גבוהים יותר, כך העמדות כלפי קשישים היו חיוביות יותר. יחד עם זאת, אחוז השונות המוסברת של המודל אינה גבוהה ועומדת על 23.5%, ולכן לא ניתן להשליך את ממצאי המחקר על כל אוכלוסיית האחים והאחיות.

5.1 המלצות

- ראשית, בהיעדרו של הבדל מובהק בין אחיות גריאטריות לבין אחיות בריאות הציבור ברוב ההשערות שנבחנו, המלצתנו היא לפעול לשינוי כולל ונרחב בגישה ובתפיסה החברתית

כלפי הקשיש. יש לבנות תוכנית חינוכית ולימודית במסגרות חינוך החל מהגיל הרך, אשר תוביל לשינוי בנושא הגילנות ברמה הלאומית, החברתית והתרבותית.

- בקרב אחיות גריאטריות, יש צורך בהעשרה בתחום הגרונטולוגיה באמצעים חינוכיים, תוך שימת דגש על עמדות חיוביות כלפי קשישים, והתמקדות בתרומתם של קשישים לחברה.
- על פי תוצאות המחקר, רמת הידע בתחום הגרונטולוגי נמוכה באופן כללי. לפיכך ישנה חשיבות לבניית תוכניות לימוד מתמשכות הכוללות הרצאות, ימי עיון וסדנאות בתחום, על מנת לרענן את הידע הקיים ולהוסיף ידע חדש ועדכני.
- רמת ידע גבוהה מביאה לעמדות חיוביות יותר כלפי קשישים. לשם כך קיים צורך בשיפור ובעדכון תחום לימודי הגריאטריה והגרונטולוגיה, תוך הפיכת תחום זה לליבת לימודי הסיעוד. יצירת מעורבות קלינית וחוויה לימודית וטיפולית, יסייעו להרחיב את הידע וליצור עמדות חיוביות כלפי הקשיש.
- מכיוון שנמצא קשר בין רמת השכלה גבוהה לבין רמת ידע ועמדות גילניות חיוביות, אנו ממליצים על הענקת תמריצים למחקרים ויצירת הילה למקצוע הגריאטריה, אשר יעודדו את אנשי מקצועות הבריאות להמשיך לחקור ולבחור לעסוק בתחום זה.
- נדרשים מחקרי המשך אשר יבדקו את משתנה מין המטפל, ובנוסף משתנים תרבותיים, כמשפיעים על עמדות כלפי קשישים.
- יש לפעול לבניית כלי מחקר מעודכנים, שיתנו תוקף ומהימנות גבוהים למחקרים הבאים.

ביבליוגרפיה

- איגלשטיין, ש'. ווינסברג, א'. (1986). ידע ועמדות של בני נוער בנושא הקשישים. **גרונטולוגיה**, 35, 12-3.
- ברודסקי, ג'. וגולדברג, א'. (2011). גילנות בישראל ובאירופה: ממצאים ראשוניים מתוך הסקר החברתי האירופי (ESS). **גרונטולוגיה**, לח (2-3), 92-73.
- ברזילי, נ'. (2007). הטיה עקב גיל בטיפול פיזיותרפי הניתן לזקנים. **גרונטולוגיה**, לד(1), 23-13.
- דורון, י'. (2010). גילנות ואנטי גילנות בפסיקת בית המשפט העליון. **המשפט**, יד, 126-65.
- דורון, י'. ואחרים. (2011). גילנות בישראל ובאירופה: ממצאים ראשוניים מתוך הסקר החברתי האירופי (ESS). **גרונטולוגיה**, לח (2-3).
- מקסים, ט'. (2009). גילנות בקרב אחיות בישראל: **עמדות כלפי מטופלים זקנים במחלקות אקוטיות בבתי חולים**. עבודת גמר לתואר "מוסמך". אוניברסיטת חיפה.
- הזקנים בישראל: עובדות ומספרים** (2009). ירושלים: משאב, אש"ל, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- ספקטור-מרזל, ג'. (2006). הזיקנה הישראלית – מקורות משמעות. **גרונטולוגיה**, 2, 34-11.
- Abrams, D., Russell, P. S., Vauclair, M. & Swift, H.S. (2011). *A snapshot of ageism in the UK and across Europe*. London: Age UK.

- Allyson, N. (2001). Knowledge and attitudes of dentists regarding ageing and elderly. *Gerodontology*, 29(2), 624-631.
- Bergman, S.Y., Bodner, E. & Cohen-Fridel, S. (2013). Cross-cultural ageism: ageism and attitudes toward aging among Jews and Arabs in Israel. *International Psychogeriatrics*, 25(1), 6-15.
- Bodner, E. & Lazar, A. (2008). Ageism among Israeli students: Structure and demographic influences. *International Psychogeriatrics*, 20, 1046-1058.
- Boggatz, T. & Dassen, T. (2005). Ageism care dependency and care for older people in Egypt: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 56-63.
- Butler, R. N. (1969). Ageism: Another form of bigotry. *Gerontologist*, 4 (9), 243-246.
- Butler, R. N. (2005). Ageism: Looking back over my shoulder. *Generations*, 29 (3), 84-86.
- Butler, R. N. (2009). Combating ageism. *International Psychogeriatrics*, 21, 211.
- Bytheway, B. (2005). Ageism and age categorization. *Journal of Social Issues* 61(2).
- Cuddy, A. J. C., Norton, M. I. & Fiske, S. T. (2005). This old stereotype: The stubbornness and pervasiveness of the elderly stereotype. *Journal of Social Issues*, 61, 265-283.
- Dunworth, M. Kirwan, P. (2012). Do nurses and social workers have different values? An exploratory study of the care for older people. *HTML*, 26(3), 226-231.
- Eymard, A. & Douglas, D.(2012). Ageism among health care providers and interventions to improve their attitudes toward older adults: An integrative review. *Gerontol Nurse*, 38 (5), 26-35.
- Gekoski, W., Knox, V. (1990). Ageism or healthism? Perception based on age and health status. *Journal of Aging and Health*, 2, 15-27.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T. & Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In R. F. Baumeister (Ed.), *Public and private self*. (pp. 189-212). New York: Springer Verlag.
- Gringart, E., Helmes, E., Jansz, J., Monterosso, L. & Edwards, M. (2012). Negative stereotyping of older nurses despite contact and mere exposure: The case of nursing recruiters in Western australia. *Journal of Aging & Social Policy*, 24(4), 400-416.
- Haight, B., Christ, M. & Dias, J. (2008). Does nursing education promote ageism? *Journal of advanced nursing*, 20(2), 382-390.
- Hausdorff, J. M., Levy, B. R. & Wei, J. Y. (1999). The power of ageism on physical function of older persons: Reversibility of age-related gait changes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, 1346-1349.

Heise, B., Jhonsen, V., Himes, D. & Wing, D. (2012). Developing positive attitudes toward geriatric nursing among millennials and generation xers. *Nurse Education Perspectives*, 33(3), 156-161.

Helen, D., & Kathryn, T. (2007). Ageism in the workplace. *Generation*. pp:84-89.

Henderson, J., Xiao, L., Siegloff, L., Kelton, M. & Paterson, J. (2008). Older people have lived their lives: first year nursing students' attitudes towards older people. *School of Nursing & Midwifery, Flinders University*, 30(1), 32-45.

Herdman, E. (2002). Challenging the discourses of nursing ageism. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 105-114.

Hillerbrand, E. & Shaw, D. (1990). Age bias in a general hospital: Is there ageism in psychiatric consultation? *Clinical Gerontologist*, 2(2), 3-13.

Hope, K. W. (1994). Nurses' attitudes towards older people: A comparison between nurses working in acute medical and acute care of the elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 605-612.

Hweidi, I. & Al-Hassan, M. (2005). Jordanian nurses' attitudes toward older patients in acute care setting. *Pubmed*, 52(3), 225-32.

Hweidi, I. (2006). Jordanian nursing student's attitudes toward the elderly. *Nurse Education Today*, 26(1), 23-30.

Jacelon, C. S. (2002). Attitudes and behaviors of hospital staff toward elders in an acute care setting. *Applied Nursing Research*, 15(4), 227-234.

Kane, R. L., Kane, R. A. (2005). Ageism in healthcare and long-term care. *Generations Journal of the American Society on Aging*, 29, 49-54.

Kearney, N., Miller M., Paul, J. & Smith, K. (2013). Oncology healthcare professionals' attitudes toward elderly people. *Annals of Oncology*, 11, 599-601.

Kogan, N. (1961). Attitudes toward old people: The development of a scale and an examination of correlates. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62(1), 44-54.

Kydd, A., & Wild, D. (2013). Attitudes towards caring for older people. *Older People*, 25(3), 7-22.

Leon, D. A. (2011). Editorial: Trends in European life expectancy: A salutary view. *International Journal of Epidemiology*, 40(2), 271-277.

Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S.V. (2002). Longevity created by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 261-270.

Lou, L. (2012). Attitudes towards ageing and older people's intentions to continue working. *Career Development International*, 17(1), 83-98.

- Martens, A., Greenberg, J., Schimel, J. & Landau, M. J. (2004). Ageism and death: Effects of mortality salience and similarity to elders on distancing from and derogation of elderly people. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 1524-1536.
- Mellor, P., Chew, D. & Greenhill, J. (2006). *Nurses' attitudes toward elderly people and knowledge of gerontic care in a multi-purpose health service*. Retrieved September 3, 2013, from <http://www.ajan.com.au/vol24/vol24.4-7.pdf>
- Nelson, T. D. (2005). Ageism: Prejudice against our feared future self. *Journal of Social Issues*, 61 (2), 207-221
- Palmore, E. B. (1977). Facts on aging: A short quiz. *The Gerontologist*, 17, 315-320.
- Palmore, E. B. (1998). *Facts on aging quiz*. New York: Springer Publishing Company.
- Palmore, E. B. (2004). Ageism in Canada and the United States. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 41, 19-46.
- Palmore, E. B., Branch, L., & Harris, D. (2005). The multidimensional nature of ageism: Construct validity and group differences. *Journal of Social psychology*, 145, 335-362.
- Polivka, E. (2006). Gerontology for the 21st century. *The Gerontologist*, 46(4), 558-563.
- Söderhamn, Lindencrona, C. & Gustavsson, S. (2001). Attitudes toward older people among nursing students and registered nurses in Sweden. *Nurse Education Today*, 21(3), 225-229.
- Spitze, D. (2009). Engendering health disparities. *Canadian Journal of Public Health*, 96, 78-96.
- Tajfel, H. (1981). *Human group and social categories: Studies in social psychology*. Cambridge, England: University Press.
- Townsend, P. (2006). Policies for the aged in the 21st century: More structured dependency or the realization of human rights? *Ageing and Society*, 26.
- Walker, A. (2006). Towards an international political economy of ageing. *Ageing and Society*, 25(6), 815-839.
- Wang, C. C., Mallinkrodt, B. S. (2006). Differences between Taiwanese and U.S. cultural beliefs about ideal adult attachment. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 192-204.
- Wells, Y., Foreman, P., Gething, L., & Petralia, W. (2004). Nurses's attitudes toward aging and older adults-examining attitudes and practices among health services providers in Australia. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(9), 5-13.
- Yun-e, L., Norman, J. & Alison, E. (2012). Nurses attitudes towards older people: A systematic review. *International Journal of Nursing Studie*, 50(9), 1271-1282.

מקורות אלקטרוניים :

- אפליה. (אין תאריך). בתוך **ויקיפדיה**. אוחר ב : 2.9.2013. מ :
<http://he.wikipedia.org/wiki/%D7%90%D7%A4%D7%9C%D7%99%D7%94>
- בודנר, א'. (2009). גילנות וסיבותיה בגיל הצעיר ובגיל המבוגר. **דורות**, 112, אוחר ב : 1.4.2013. מ :
www.dorotmagazine.co.il
- בר טור, ל'. (2002). מי מטפל במטופל? מיומנות מקצועית ורגשית של מטפלים בקשישים. **יד לקשיש**.
אוחר ב : 2.4.2013. מ : agewww.yad-lakashish.co.il/old
- הצעת חוק זכויות החולה (תיקון – איסור הפליה על בסיס גיל), התשס"ט – 2009. אוחר ב : 6.5.2013. מ :
<http://www.knesset.gov.il/privatelaw/data/18/>
- חוק זכויות החולה (תיקון מס' 4). התש"ע – 2010. אוחר ב : 2.9.2013. מ :
<http://oknesset.org/vote/1105/>
- כהן, א'. ופרידמן, ד'. (2002). הפסיכולוגיה החברתית: עמדות - הגדרות ואפיונים. **מטח המרכז**
לטכנולוגיה החינוכית. אוחר ב : 1.2.2013. מ : lib.cet.ac.il

נספח: שאלון המחקר

משתתף/ת נכבד/ה שאלון זה משמש לצורך הכנת עבודת מחקר במסגרת לימודי תואר שני בניהול מערכות בריאות במכללה האקדמית לישראל, ולא לשום צרכים פנים ו/או חוץ ארגוניים. כעורכות המחקר, הננו מבטיחות כי כל אינפורמציה שתמסר במסגרת מחקר זה, תהיה חסויה ומסווגת, התשובות מוזנות למחשב ללא כל נתון המזהה את הנחקר. השאלות בשאלון נבחרו בקפידה רבה, וכל אחת מהן חשובה למטרת המחקר. מובן, שתשובות כנות ומלאות חשובות להצלחת המחקר. תשובותיך ישולבו עם תשובותיהם של נחקרים אחרים, וישמשו אך ורק לצורכי ניתוח סטטיסטי. ברצוננו להבהיר מראש, כי שאלון זה איננו מבחן. אין תשובות נכונות או שגויות. נבקש להדגיש שוב כי הנך נדרש לענות בכנות רבה, על מנת להבטיח כי תשובותיך תשקפנה במדויק את עמדותיך.

אנו מודות לך מאוד על עזרתך האדיבה. בתודה מראש על שיתוף הפעולה

הקף/י בעיגול את התשובה הנכונה:

רוב הקשישים (+65) הם סנילים (בעלי פגם בזיכרון, חוסר התמצאות או דמנטיים) כן/לא/לא יודע	כן/לא/לא יודע
כל חמשת החושים נוטים להתקשות בגיל המבוגר	כן/לא/לא יודע
לרוב לקשישים אין עניין או יכולת לקיים יחסי מין	כן/לא/לא יודע
פעילות הריאות יורדת בגיל במבוגר	כן/לא/לא יודע
רוב הקשישים מרגישים אומללים רוב הזמן	כן/לא/לא יודע
הכוח הפיזי נוטה לרדת עם הגיל	כן/לא/לא יודע
לפחות אחד מכל 10 קשישים חי במוסד (בית אבות, בית חולים לחולי נפש, מוסד גריאטרי וכדומה)	כן/לא/לא יודע
נהגים קשישים מעורבים פחות בתאונות מאשר נהגים מתחת לגיל 65	כן/לא/לא יודע
רוב העובדים הקשישים לא יכולים לעבוד באופן יעיל כמו עובדים צעירים	כן/לא/לא יודע
כ-80% מהקשישים הם בריאים מספיק כדי לבצע פעילויות יום-יום מקובלות	כן/לא/לא יודע
רוב הקשישים נכנסים לשגרת דרכיהם ולא יכולים להשתנות	כן/לא/לא יודע
לקשישים בדרך כלל לוקח יותר זמן ללמוד משהו חדש	כן/לא/לא יודע
כמעט בלתי אפשרי לרוב הקשישים ללמוד דברים חדשים	כן/לא/לא יודע
זמן התגובה של רוב הקשישים נוטה להיות איטי יותר מאשר של צעירים	כן/לא/לא יודע
באופן כללי, רוב הקשישים הם די דומים	כן/לא/לא יודע
רוב הקשישים משועממים לעיתים רחוקות	כן/לא/לא יודע
רוב הקשישים בודדים ומבודדים חברתית	כן/לא/לא יודע
לעובדים קשישים יש פחות תאונות עבודה מאשר לעובדים צעירים	כן/לא/לא יודע
יותר מ-15% מהאוכלוסייה של ישראל הם בני 65+	כן/לא/לא יודע
רוב הרופאים נוטים לתת עדיפות נמוכה לקשישים	כן/לא/לא יודע
לרוב הקשישים הכנסה מתחת לקו העוני	כן/לא/לא יודע
רוב הקשישים עובדים או היו מעוניינים לעבוד במשהו (כולל התנדבות)	כן/לא/לא יודע
רוב הקשישים נוטים להיות יותר דתיים כשהם מזדקנים	כן/לא/לא יודע
רוב הקשישים מתרגזים או כועסים לעיתים רחוקות	כן/לא/לא יודע
המצב הסוציו אקונומי והבריאותי של הקשישים (בהשוואה לצעירים) בשנת 2020 יהיה דומה למצבם היום	כן/לא/לא יודע

דרגו בכול היגד את מידת הסכמתכם: 1- מסכים מאוד 6- לא מסכים כלל

6	5	4	3	2	1	עדיף שרוב הקשישים יחיו ביחידות דיור ביחד עם אנשים בני גילם	1
6	5	4	3	2	1	אפשר לחוש נינוח עם רוב הקשישים	2
6	5	4	3	2	1	יש משהו שונה אצל רוב הקשישים, וקשה לצפות את התנהגותם	3
6	5	4	3	2	1	אחת התכונות המעניינות אצל קשישים היא נטייתם לספר על עברם	4
6	5	4	3	2	1	רוב הקשישים מקובעים בדרכיהם ואינם יכולים להשתנות	5
6	5	4	3	2	1	רוב הקשישים בד"כ אינם מתערבים בעניינם של אחרים ונותנים עצה רק כאשר הם מתבקשים	6
6	5	4	3	2	1	רוב הקשישים מעדיפים להתפטר מעבודתם מיד כאשר יכולים לקבל את הפנסיות שלהם או כאשר הילדים שלהם יכולים לתמוך בהם	7
6	5	4	3	2	1	כאשר אתה חושב על כך (מסתבר) כי לקשישים ישנה אותה כמות של חולשות כמו לאחרים	8
6	5	4	3	2	1	רוב הקשישים נוטים להניח לבתיהם להפוך להיות דלים/ בלויים ולא אטרקטיביים	9
6	5	4	3	2	1	אתה יכול להיות סמוך ובטוח כי תמצא שכונת מגורים נעימה (דווקא) כאשר חי בה מספר ניכר של אנשים קשישים	10
6	5	4	3	2	1	טיפשי לטעון כי החוכמה באה עם הגיל המבוגר	11
6	5	4	3	2	1	זה ברור שרוב הקשישים מקבלים מאוד אחד את השני	12
6	5	4	3	2	1	לקשישים יש יותר מדי כוח בעסקים ובפוליטיקה	13
6	5	4	3	2	1	נראה כי לרוב הקשישים ישנה הופעה נקייה ומסודרת	14
6	5	4	3	2	1	רוב הקשישים גורמים לבן אדם לחוש לא בנוח	15
6	5	4	3	2	1	רוב הקשישים שמחים, נעימים ובעלי מצב רוח טוב	16
6	5	4	3	2	1	רוב הקשישים משעממים אחרים עם הדיבור המתמיד שלהם על ימי העבר הטובים	17
6	5	4	3	2	1	רק לעיתים רחוקות ניתן לשמוע קשישים מתלוננים על התנהגות הצעירים	18
6	5	4	3	2	1	רוב הקשישים מבזבזים יותר מידי זמן בחיטוט בענייני אחרים ובמתן עצות שאף אחד לא מבקש	19

20	רוב הקשישים אינם זקוקים ליותר אהבה וחיזוק הביטחון מכל אחד אחר	1	2	3	4	5	6
21	אם הקשישים מצפים שיחבבו אותם עליהם להיפטר מהחסרונות המעצבנים שלהם	1	2	3	4	5	6
22	רוב הקשישים יעדיפו להמשיך לעבוד עד כמה שהם יכולים, לפני שיהיו תלויים באחרים	1	2	3	4	5	6
23	כדי לשמור על סביבת מגורים יפה, עדיף שלא יגורו בה יותר מידי קשישים	1	2	3	4	5	6
24	ניתן לסמוך על רוב הקשישים שהם ישמרו את ביתם נקי ומסודר	1	2	3	4	5	6
25	יש אך מעט, ויוצאים מן הכלל, אולם באופן כללי, רוב הקשישים דומים זה לזה	1	2	3	4	5	6
26	אנשים מחכימים ככל שהם מזדקנים	1	2	3	4	5	6
27	רצוי שרוב הקשישים ידאגו יותר להופעתם החיצונית, לרוב הם לא מספיק מסודרים	1	2	3	4	5	6
28	ראוי כי לקשישים יהיה יותר כוח בעסקים ובפוליטיקה	1	2	3	4	5	6
29	רוב הקשישים הם מעצבנים, קוטרם ובלתי נעימים	1	2	3	4	5	6
30	עדיף שרוב הקשישים יחיו ביחידות דיור (בתי דירות) שמאכלסות גם אנשים צעירים	1	2	3	4	5	6
31	רוב הקשישים מתלוננים ללא הרף על התנהגותם של הצעירים	1	2	3	4	5	6
32	רוב הזקנים, באמת, אינם שונים מכל אחד אחר. קל להבין אותם כמו את הצעירים	1	2	3	4	5	6
33	רוב הקשישים באים בדרישות רבות מאוד לאהבה וחיזוק הביטחון	1	2	3	4	5	6
34	רוב הקשישים יכולים להסתגל בהתאם לדרישות של מצבים חדשים	1	2	3	4	5	6

להקף בעיגול את התשובה המתאימה לך:

1. גיל _____

2. מין _____

א. זכר

ב. נקבה

3. מקום מגורים

א. ישראל

ב. אירופה

ג. ברה"מ לשעבר

ד. מדינות ערב

ה. אחר _____

4. לאום

א. יהודי

ב. ערבי

ג. נוצרי

ד. אחר _____

5. כיצד היית מגדיר את עצמך

א. דתי

ב. מסורתי

ג. חילוני

6. הכשרה מקצועית

א. אח/ אחות מוסמכת

ב. אח/ אחות מעשית

7. מספר שנות ותק _____

8. השכלה

א. אח/ אחות מעשית ללא תואר אקדמאי

ב. אח/ אחות מוסמכת ללא תואר אקדמאי

ג. אח/ אחות מוסמכת עם תואר ראשון

ד. אח/ אחות מוסמכת עם תואר שני

ה. הכשרה על בסיסית בתחום הגרונטולוגי

ו. תואר אחר _____

9. האם עבדת פעם במוסד גריאטרי

א. לא

ב. כן, ציין מספר שנות עבודה _____

10. מקום העבודה הנוכחי

א. בית חולים "הרצוג"

ב. תחנה לבריאות המשפחה

ג. אחר _____

11. מספר שנות עבודה כולל עם מטופלים קשישים (מעל גיל 65) _____

12. האם היית מעורב בטיפול מכל סוג שהוא באדם זקן שלא במסגרת העבודה, (לדוגמא:

קרוב משפחה זקן)

א. לא

ב. כן

תודה על שיתוף הפעולה

המכללה האקדמית לישראל
ברמת גן

4.23 מיקור חוץ של שירותי מכבסה בבית-החולים ברזילי, אשקלון_גרודזינסקי
רון סטלה

יוני 2012

תוכן העניינים

מבוא.....	
מיקור חוץ בבתי-חולים.....	
שירותי מכבסה.....	
יתרונות וחסרונות לביצוע מיקור חוץ.....	
פתרונות משולבים.....	
סיכום.....	
רשימת מקורות.....	

מבוא

בבתי-חולים רבים בארץ, השירות המלונאי הוא חלק בלתי נפרד מהשירות אותו מקבל כיום המטופל כלקוח אשר מגיע לבית-החולים. תחום המלונאות חשוב מאוד במתן השירות ללקוח, ולכן יש צורך מתמיד לבצע שינויים בארגון ולהעלות את שביעות רצון הלקוחות. בנוסף, על בית החולים להיות רווחי. לכן, בנוסף לשיפור איכות השירות יש צורך לייעל את המערכת מבחינה כלכלית, כאשר לעיתים נדרשים שינויים ארגוניים כדי לבצע ולהשיג יעילות כלכלית.

בעבודתי בחרתי להתמקד בנושא בולט, שהתעניינות בו הולכת ומתרחבת בשנים האחרונות, נושא מיקור החוץ (outsourcing). אתמקד במיקור חוץ של שירותי המכבסה בבית-החולים ברזילי שבאשקלון.

אנו חיים בתקופה של שינויים, המתרחשים בקצב ובעוצמה גבוהים מאוד. בתי-החולים, כמו כל ארגון, מתקיימים בסביבה עסקית-ארגונית מסוימת. אשר על כן, הם נאלצים לפעול כגוף בעל כדאיות עסקית. עקב כך, בשנים האחרונות עוברים בתי-החולים שינויים ניהוליים ותפעוליים שנועדו להוביל להתייעלות. חלק מהשינויים כרוכים בהעברת תחומי פעילות שונים, שאינם בתחום התמחותו המרכזית של בית-החולים, לספקי שירותים חיצוניים שונים.

אחת משיטות הניהול המודרניות המאפשרת התייעלות היא התקשרות עם ספק שירותים חיצוני – כלומר, מיקור חוץ (רחימי, מזרחי ומגנזי, 2011). מה זה מיקור חוץ? לפי שטאובר (2003), אחת הדרכים לייעל את המערכת היא באמצעות מעבר ל"מיקור חוץ" – מצב בו הארגון מוציא לניהול חיצוני תהליכים, שבמבנה הארגוני המסורתי היו מנהלים בתוך מסגרתו הפנימית. התפתחות מיקור החוץ כאסטרטגיה של שינוי ארגוני התרחשה, לטענת גלין (1998), על בסיס תפיסת העולם הניאו-ליברלית שהתפתחה בעשורים האחרונים, כדי לשפר את היעילות הכלכלית, לשפר את שביעות רצון הלקוחות ולצמצם מצבים של חוסר ודאות.

שיפור שביעות רצון הלקוחות חיוני מאוד לארגונים, מכיוון שבתנאי השוק כיום, המאופיינים בתחרות קשה בין הארגונים שורדים ארגונים המסוגלים לשפר את ביצועיהם בקצב מהיר מזה של המתחרים. שביעות רצון הלקוחות היא אחת הדרכים להתחרות בארגונים מתחרים (גלברזון, 2002). שירות טוב מבטיח חזרה של הלקוחות לאותו מקום, והופך את הלקוחות לאנשי יחסי הציבור של הארגון. לכן איכות השירות חשובה לשביעות רצון הלקוחות, והדבר נכון גם בענף המלונאות שבו חשוב מאוד ניהול איכות, כדי להשיג שיפור משמעותי באיכות ופריזון (אשכנזי, 1994).

קיימת מגמה של עלייה במעבר למיקור חוץ בעולם. חברות אמריקאיות רבות מרבית להשתמש במיקור חוץ לשם היעילות הכלכלית ורמת שביעות רצון גבוהה של הלקוחות, אך השיקול המרכזי שמביא חברות רבות בארה"ב לעבור למיקור חוץ הוא השגת יתרון תחרותי, שיפור איכות השירות והתמקדות בעיסוקי הליבה של החברה. במקביל, חברות רבות באירופה עוברות לשיטת מיקור החוץ לשם הפחתת עלויות. התחום שהכי הרבה מועבר למיקור חוץ בעשור האחרון הוא תחום מערכות המידע, מכיוון שלגורם החיצוני יש לרוב יכולת אחסון נתונים טובה יותר (Kakabadse & Kakabadse, 2002). גם בשירותי הבריאות,

הנטייה לעבור למיקור חוץ בישראל ובעולם הולכת וגדלה. הארכת תוחלת החיים, גידול האוכלוסייה והזדקנותה, הדרישה הגוברת של צרכני הבריאות לטיפולים איכותיים וטכנולוגיות חדשות – כל אלה מהווים גורמים עיקריים המשפיעים על העלייה המתמשכת בהוצאות הבריאות בישראל ובעולם, והדבר מטיל עומס ניכר על המשאבים הכספיים המוגבלים של הארגונים הרפואיים (רחימי ואחרים, 2011). אי לכך, המעבר למיקור חוץ מאפשר לבתי החולים, קופות החולים והמרפאות לשפר את יעילותם ונותן להם אפשרות להתמקד בעיסוק הליבה – מתן שירות רפואי.

מיקור חוץ בבתי-חולים

כפי שצינתי כבר קודם, הדרך להשגת השיפורים היא מעבר למיקור חוץ בבתי-חולים, מכיוון שלבתי-חולים יש צורך רב להיות רווחיים ולכן הם אינם יכולים להרשות לעצמם מצב של חוסר שביעות רצון. בתי-חולים צריכים לעודד מבקרים ולכן הם צריכים לפתח חדשנות, מכיוון שחולים עם אי שביעות רצון מהשירותים הרפואיים הופכת לתופעה נפוצה (Gauntley, 1997). אי שביעות רצון מהשירותים הפך לתופעה שכיחה לפי טענת Magnezi, Kedem, and Reuveni (2004), בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי שנוסד ב-1995, אשר הביא לכך שכל האזרחים מקבלים שירותי בריאות בשוויון ובצדק. בעקבות זאת, לאזרחים יש אפשרות בחירה, ולכן הטיפול בישראל הפך להיות יותר תחרותי. כמו שצויין לעיל, שירותי הבריאות מאופיינים בעלויות גבוהות, משאבים מצומצמים ותחרות גדולה, ולכן מערכות בריאות רבות בוחנות דרכים ליעול המערכת, כאשר אחת הדרכים היא מעבר למיקור חוץ. תחומי מיקור החוץ העיקריים בבתי החולים הם: אבטחה, ניקיון, שירותי מכבסה, קפיטריה, מערכות מידע, שירותי רפואה – בעיקר בתחום הדימות והרפואה – תחבורה וחנייה (מגנזי וראובני, 2010). בישראל בוצע מחקר, שמטרתו הייתה השוואה בין בתי-החולים הציבוריים והפרטיים בכל הקשור בפנייה למיקור חוץ. מנתוני המחקר עולה כי כ-94% מבתי-החולים בישראל רוכשים שירותים באמצעות מיקור חוץ: 82% מבתי-החולים הממשלתיים ו-100% מבתי-החולים הציבוריים, בתי-החולים של שירותי בריאות כללית ובתי-החולים הפרטיים (רחימי ואחרים, 2011). על פי נתונים אלה ניתן לומר, שמיקור החוץ כן פופולרי בבתי-החולים בארץ.

מה הם הגורמים המשפיעים על ההחלטה לבצע מיקור חוץ בבתי-חולים? לפי המחקר שבוצע בישראל, הגורמים העיקריים שמשפיעים על ההחלטה לבצע מיקור חוץ הם: חיסכון בעלויות, שביעות רצון הלקוח, גמישות תפעולית והתמקדות בעיסוק הליבה של המערכת (רחימי ואחרים, 2011).

לסיכום, ניתן לומר שבפני מערכת הבריאות ושירותי הרפואה הציבוריים עומד כיום אתגר גדול, צריך להסתגל למציאות החדשה ולתת מענה הולם לצרכים המשתנים של האוכלוסייה. כל זאת, מכיוון שיש תחרות דינאמית בסביבה החיצונית. מכאן שיש צורך בשינוי, ואכן ארגונים ובתוכם בתי החולים, קופות החולים ומרפאות – במציאות העכשווית עוברים שינויים מסוגים שונים, החל בשינויים מבניים וכלה בשינויים טכנולוגיים, גיאוגרפיים וכדומה (סמואל, 2006).

דרך עבודתי רציתי לראות האם מיקור חוץ בפונקציית שירותי המכבסה בבית-החולים שבו אני עובדת הוא תהליך יעיל ואיכותי, והאם השימוש באמצעי זה מוביל לירידת בעלויות של בית-החולים? על מנת להבין ולבחון את כדאיות הוצאת פונקציית שירותי המכבסה למיקור חוץ ערכתי ביקור וביצעתי ראיון עם המנהלת וסגנית-מנהלת שירותי המכבסה בבית-החולים ברזילי, שבעיר אשקלון.

בית-החולים ברזילי קיים מזה 50 שנה. מרכז רפואי זה מהווה מרכז משולב של בית-חולים ולשכת בריאות הציבור המחוזית. מחוץ לרפואת המשפחה שנמצאת בידי הקופות, כל שאר השירותים, כמו כל שירותי הריפוי בבית-החולים, טיפות החלב, השירות לחולים כרוניים (גריאטריה), טיפול בייצור ויבוא מזון, טיפול בנושאי הסביבה כמו בריאות המים, ביוב, רישוי עסקים, נמצאים באחריות המרכז הרפואי ברזילי ומהווים כתובת אחת לאזרח. בית החולים מסונף לפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן גוריון שבנגב. מספר מיטות האשפוז בבית-החולים עומד כיום על 490 מיטות אשפוז, וטיפול יום עומד על 65, עריסות תינוק 40, מספר חדרי ניתוח – 7. איזור השירות פרוס מאשדוד בצפון, קרית גת וקרית מלאכי במזרח, שדרות בדרום ואשקלון במערב, לרבות יישובי הפריפריה. בית-החולים נמצא כעת בתהליכי הרחבה ובנייה של מחלקות נוספות, בשאיפה לצמוח מ-500 מיטות ל-800 מיטות, על מנת להמשיך ולקלוט מטופלים נוספים מאיזורים כמו אשדוד וקרית מלאכי, ועל-ידי כך לאפשר שירותי בריאות וסיעוד הוגנים לאוכלוסיית אזור הדרום הסובלת ממצוקות רבות (לוי, ח"ת).

שירותי מכבסה

שירותי המכבסה במרכז הרפואי ברזילי נקראים "מערך טקסטיל משולב", מפני שהוא מתאפיין במגוון רחב של תחומים הנוגעים לכלל הסקטורים: מתן שירות לחולה – איסוף והעברת כ-62 טון כביסה בחודש לקבלן חוץ, ניפוק כביסה נקייה למחלקות ולמכונים, תפעול כלל הווילונות והפרגודים (כיבוס ותיקון) בכל שטח בית-החולים ותחנות אם וילד. כמו כן, מתן שרות לסגל – אספקת מדים לחדרי ניתוח, טיפול נמרץ כללי וצנתורים; העברת מדים למנהלי מחלקות, וכיבוס מדי עובדי המשק. משנת 2002 ישנה גם מכבסת-פנים, אשר מטפלת כיום בכ-17 טון כביסה בחודש. כמו כן ניתנים שירותי מתפרת-פנים – תיקונים שוטפים של כלל פרטי הטקסטיל, תפירת אוגרי כביסה, תפירת וילונות חדשים, תפירת ציוד לאירוח, תפירת אביזרי עזר למאושפז ולצוות הסיעודי, תפירת כיסויים שונים. במחלקת מערך הטקסטיל המשולב בסך הכל 10 עובדים, כולל מנהלת וסגנית-מנהלת מחלקה. לכל עובד מטלות אישיות בתחומים שונים.

כפי שנאמר קודם לכן, בבית-החולים ברזילי יש מיקור חוץ של שירותי מכבסה. נשאלת השאלה – אם מחליטים להשתמש במיקור חוץ, מה הן האפשרויות הטובות ביותר? הדבר תלוי בין היתר במיקום בית-החולים, במספר הכולל של הספקים הזמינים עבורו, במידת הקשיחות של שוק העבודה, ברצון בית-החולים להשקיע הון, ובכמות הזמן שההנהלה הבכירה יכולה להשקיע (Philips, 2000).

מאז קיומו של בית-החולים ברזילי, כביסה מלוכלכת מכבסים ומגהצים אצל קבלן חוץ. בשיטה של קבלנים חיצוניים, הממשל (המרכזי או המקומי) הוא האחראי לעצם קיומו

של השירות ולתקצובו, אבל ההספקה עצמה מתבצעת באמצעות גורמים פרטיים (כ"ץ, 1997). הקבלנים השונים מתחרים ביניהם על הזכות לספק את השירות, והתחרות נעשית באמצעות התמודדות על מכרז שהרשות מציעה (כ"ץ, 1997). לפני כשנתיים זכתה שוב חברת "מכבסה מכנית – אשקלון" במכרז מתן שירותי כיבוס וגיהוץ למרכז הרפואי ברזילי. החברה ממוקמת באזור התעשייה הצפוני, אשקלון (ליד מד"א), ובשל הקירבה לבית-החולים מסוגלת לתת פתרונות מיידיים בעת הצורך. המכבסה נותנת שירות לבית-החולים כבר יותר מ-20 שנה. המכבסה התחייבה לבצע את העבודות עבור הממשלה תחת מכרז, הכל בכפיפות להוראות ההסכם על כל נספחיו, כולל מפרט הדרישות המיוחדות של המרכז הרפואי ברזילי. בכל רבעון, המכבסה מחויבת להעביר למרכז אישור רואה-חשבון לגבי תשלום משכורת לעובדיה. על-פי ההסכם, המכבסה גם הציגה למשרד הבריאות הסכם גיבוי על מכבסה אחרת. ניתן לראות שהבחירה לקבל שירותים בשיטת מיקור החוץ בבית-החולים ברזילי נעשתה לפי מספר עקרונות, אשר הופיעו גם במחקר שבוצע בישראל, כולל: בחירת ספק מועדף במכרז, הגדרת סל השירותים המדויק, מחויבות של הספק החיצוני לארגון, קביעת כיסוי שירותי כולל, שיתוף עובדי הארגון, גמישות בהחלפת הספק, שמירה ואבטחת מידע, היצמדות לחוקים ולנהלים וקבלת החלטות שקולה ומדודה (רחימי ואחרים, 2011).

כמו כן, מהראיון עם הצוות הניהולי של שירותי המכבסה בבית-החולים ברזילי ראיתי שהקריטריונים המרכזיים להערכת החוזה עם ספק מיקור החוץ הם: איכות השירות, הצעות המחיר וניסיון קודם. כפי שמשקף מממצאי המחקר שבוצע בישראל, הקריטריונים להערכת מיקור חוץ בישראל הם: איכות השירות 100%, הצעות מחיר 83.3%, ו-75% ניסיון קודם (רחימי ואחרים, 2011).

יתרונות וחסרונות לביצוע מיקור חוץ

היתרונות העיקריים

הופעת מיקור החוץ נובעת מהתפתחות כלכלית, טכנולוגית וחברתית. בנוסף, בעקבות הגלובליזציה, הטכנולוגיה מתחדשת, יש תנודות כלכליות והדבר גורם לצורך בהסתגלות לציד חדש. כל זה יכול לפגוע בעבודה, ובעקבות זאת יש עדיפות למיקור חוץ, מכיוון שבאמצעות מיקור חוץ פותרים זאת (גלין, 1998).

שטאובר (2003) מוסיף, כי ביצוע הפעילות בחברה לאורך זמן גורם לעיתים לנטייה של המנגנון המבצע להתעבות ולהתייקר, יש צורך לקנות ציוד חדש, בכל שנה צוברים העובדים ותק נוסף ושכרם – יחד עם העלויות הנלוות – עולה, העובדים הוותיקים מקבלים קידום ונוספים עובדים חדשים. במיקור חוץ יש צמצום של 1% עד 10% במשרות כוח האדם (רחימי ואחרים, 2011).

יחד עם זאת, שחרור משאבים יכול לתרום בכך שהמקום הפיזי שמתפנה יכול להיות מנוצל לפעילות הליבה כמו טיפול בחולים, ולייעול המערכת. גלין (1998) מצדיקה ומוסיפה, שקיים מודל "ליבה-שוליים". ההנחה הבסיסית במודל זה היא שהארגון צריך להתמקד בעיקר בפעילויות הקריטיות לתפקידו השוטף. הארגון צריך להתמקד בעיסוקים המרכזיים לקיומו. בכל הנוגע לפעילויות ה"שוליות" יסתייע בקבלני משנה אשר יבצעו עבורו את

הפעילות הנדרשת, מכיוון שהם מומחים בתחום אותו הם מספקים ולכן מצפים מהם לספק שירותים טובים יותר ברמת מחיר נמוכה יותר.

החסרונות העיקריים

גלין (1998) טוענת, שבניגוד ליתרונות הרבים שיש למיקור חוץ, כמו: איכות הטיפול, זמינות וצמצום עלויות, יש גם חסרונות בכך שלפעמים יש תוספת של עלויות על רמת האיכות הנמוכה של השירותים או המוצרים המתקבלים. לטענתה, המודל המתאים לכך הוא מודל "ההשתתפות החלקית" (Partial Inclusion), שהוא מודל בתחום האישי. עיקרו הוא, שלא ידוע לנו הרבה על העובדים ה"חיצוניים" – מה רמת מחויבותם לארגון, ואפילו מה רמת הביצוע שלהם – לעומת העובדים המוגדרים כעובדים "קבועים". לכן, המוצרים אותם מייצרים במיקור חוץ לא יהיו בהכרח באיכות גבוהה. לפי המחקר שבוצע בישראל, אחד החסרונות הבולטים הוא החשש לחוסר מחויבות ארגונית ויצירת מעמדות בארגון (רחימי ואחרים, 2011). חיסרון נוסף שבולט מאוד הוא התלות בספק החוץ. לפי טענת Quinn and Hilmer (1995), עם המעבר למיקור חוץ אובדת היכולת לעקוב הפעילות ומתעלמים מהם. לעיתים הספקים יכולים לעכב את הספקת המוצר, והארגון לא תמיד יכול לעקוב אחר ההספקה מכיוון שטווח השליטה שיש לארגון על המוצר או השירות קטן. מנהלת שירותי המכבסה בבית-החולים ברזילי ציינה, שבכל בוקר הם מחכים לקבלת הכביסה "כמו שמחכים ללחמניות חמות במאפייה". פעמים רבות יש עיכובים, הכביסה לא מגיעה בזמן, והדבר מעכב את העברת הכביסה למחלקות ואת הטיפול במטופלים.

עוד מוסיפים Gavius and Rabinowitz (2003), כי ארגון המחליט לרכוש את הידע שלו מגורם חיצוני מוותר על הידע הפנימי שלו, שהוא תמיד מקור הכוח של הארגון. בזמנים שבהם פיתוח הטכנולוגיה הוא מהיר כל כך, ארגון צריך להיות תחרותי וידע הופך למשהו שזקוקים לו מאוד בארגון. בנוסף, ארגונים צריכים להמשיך ולזהות את האפשרות של הידע כמשאב הנגישות. פיתוח ואחזקת העלות של משאב הידע הם כמיטב ההחלטות החשובות בארגון. מנהלת שירותי הכביסה של בית-החולים ברזילי ציינה לדוגמה, שהם תפרו מוצרים למכון הרנטגן באופן עצמאי והדבר הוזיל את עלויות, כי אם בית-החולים היה קונה את המוצרים מספק חיצוני זה היה עולה לו פי 10.

לא תמיד תהליך העברת הפעילות למיקור חוץ מצמצם עלויות. שטאובר (2003) טוען, שלפני שיוצאים למיקור חוץ יש לבחון שיקולים כלכליים לעומק. צריך לבדוק מה עלות הפעילות כיום, ומהו המחיר שהחברה תקבל בתמורה להוצאת הפונקציות לספק. כך בודקים כדאיות כלכלית. לפי שיחה עם מנהלת שירותי המכבסה בבית-החולים ברזילי, בשנת 2009 שולם לקבלן חוץ סכום גבוה של 2,138,699 ש"ח עבור כביסה וגיהוץ.

לסיכום, Quinn and Hilmer (1995) מוסיפים כי לפני שארגון עושה חוזה עם ספק הוא צריך לדעת, שלא תמיד העלויות יהיו נמוכות יותר בהשוואה להשארת הפונקציה בחברה עצמה, מכיוון שלפעמים יש שיעור של סיכון שצריך לקחת בחשבון, כמו דרישות של השוק שהולכות ומשתנות, אך הלקוח נמצא בחוזה עם הספק ולא ניתן לשנות בכל עת את החוזה. שטאובר (2003) מדגיש, שצריך לבחון היטב את הספק, מכיוון שמיקור חוץ מאופיין בתלות בספק ובתקשורת עימו לאורך זמן.

פתרונות משולבים

בזמן האחרון ישנה עלייה בשימוש בכביסה בבתי-החולים, בעיקר בגלל הגידול בפעילות הכירורגית המבוצעת בחולי-חוץ אשר מחייבת שימוש בשיעורים גבוהים בהרבה של כביסה מאשר הטיפול באישפוז. מפתיע עוד יותר, שהשירותים הניתנים לחולי-חוץ יכולים לייצר פי-2, שלוש או ארבע יותר כביסה מאשר המטופלים באישפוז, בגלל מספר הפעמים שבהם מציעים את המיטה בכל יום (Philips, 2000).

לפי הראיון עם מנהלת שירותי המכבסה, גם בבית-החולים ברזילי חלה עלייה משמעותית בצריכת הכביסה בעקבות העלייה במספר המאושפזים והפעילויות במחלקות השונות. בהשוואה לשנת 2009, בשנת 2010 הייתה עלייה של 9.18% במספר המאושפזים, וק"ג הכביסה עלתה 4.22% (המרכז הרפואי ע"ש ברזילי, 2010). אם נסתכל לפי מחלקות נראה, שהעלייה הגבוהה ביותר בצריכת הכביסה התרחשה במכון הצנתורים (כ-20%). באישפוז יום פנימי, קוצבים, רנטגן, CT, ואולטרה סאונד גדלה צריכת הכביסה בכ-15.5% (המרכז הרפואי ע"ש ברזילי, 2010). תופעה זו הובילה לעלויות גבוהות יותר. נשאלת השאלה, מה בתי-החולים אמורים לעשות לגבי גידול זה, ואיך עליהם להתמודד עימו?

חלק מבתי-החולים עשויים להמשיך ולהשתמש במוצרים חד-פעמיים – אופציה שלרוב איננה יעילה מבחינה כלכלית. אבל יש דרכים נוספות שבהן ניתן לצייד מתקן בכביסה נקייה והיגיינית ובאיכות גבוהה. לטענת Philips (2000), בפני בתי-החולים עומדות מספר אפשרויות: (א) להמשיך או לחזור לעשות את הכביסה בעצמם במקום. עם זאת, צעד זה נחשב לרוב ליקר מדי, למעמסה כבדה על כוח האדם, ולאופציה שתופסת יותר מדי מקום. כמו כן, היא איננה חלק משירותי הליבה שמספקים בתי-חולים. (ב) הצטרפות לבתי-חולים אחרים שמפעילים מכבסה שיתופית קיימת או מכבסה מרכזית. אמנם אפשרות זו היא ריאלית עבור חלק מבתי-החולים, אך עבור בית-החולים ברזילי זו בכלל לא אופציה מכיוון שאין בית-חולים נוסף בקרבת מקום. (ג) רכישת המצעים/הכביסה בעצמם ושימוש במכבסה מסחרית חיצונית או במתקן דומה, שמספקים את השירות. מגמה זו מתחזקת בקרב אלה שמפסיקים לבצע את העבודה בעצמם. (ד) השגת כביסה בשכירות. אפשרות זו נחשבת לטובה ביותר במונחים של הקטנת ההוצאות ושליטה בהן.

בבית-החולים ברזילי מצאו פתרון אחר לצמצום העלויות. בשנת 2002 הוקמה מכבסת-פנים במטרה לחסוך תשלום לקבלן חוץ. מבנה המכבסה ממוקם מזרחית למערך הטקסטיל – במקור היה זה אולם עם מלתחה, ובעבר נעשה בו שימוש לצורך מיון וספירת הטקסטיל "המלוכלך" טרם שינועו לקבלן חוץ. בתחילה הוכנסו למבנה מכונת כביסה ומייבש (5 ק"ג), על מנת לכבס וילונות מכווצים, ובכך לחסוך עלויות ניקוי יבש על-ידי קבלן חוץ. בשנת 2003 הוכנסו לשימוש מכונת כביסה תעשייתית (23 ק"ג) ומייבש (32 ק"ג), במטרה לכבס את כלל השמיכות ובכך לחסוך עוד בתשלום לקבלן חוץ. בשנת 2006 הושלם מהלך רכישת מכונה ומייבש נוספים, וכך נמצאים היום במכבסה שתי מכונות כביסה תעשייתיות (סה"כ 46 ק"ג) ושני מייבשים (סה"כ 64 ק"ג), בנוסף על המכונות הביתיות (בשנת 2009 הוחלפו מכונות הייבוש והכיבוס לקיבולת של 7 ק"ג).

משנת 2006 ועד היום הוכנסו לכיבוס-פנים פריטים נוספים, כגון: חיתולים ופרטי יונק, שמיכות פוך, בגדי עבודה, מפות, וילונות ואביזרים מיוחדים. באוקטובר 2010 הוחל

בכיבוס של מגבות גדולות (ההפרדה נעשית באמצעות צוות הסיעוד במחלקות), וכך מכבסת-הפנים של בית-החולים ברזילי מסוגלת לכבס באופן עצמאי 17 טון לחודש. מכבסת-פנים עובדת ב-2 משמרות – במשמרת הראשונה מועסק עובד אחד מטעם בית-החולים, ובמשמרת השנייה מועסק עובד קבלן אחד.

כמו כן, על-ידי רכישת פריטים חדשים ללא כפתורים ושינוי חלק מהפריטים הקיימים, ע"י החלפת הכפתורים בסקוץ' הצליח בית-החולים לחסוך 2.3 ש"ח מעלות הגיהוץ לפריט (לא כולל מע"מ) אצל קבלן חוץ. משנת 2002 ועד סוף 2010 חסך בית-החולים ברזילי, בעקבות פתיחת מכבסת-הפנים, 2,300,000 ש"ח מההוצאות המשולמות לקבלן (המרכז הרפואי ע"ש ברזילי, 2010).

כפי שהוזכר לעיל, כיום מטפלת מכבסת הפנים ב-17 טון כביסה בקירוב לחודש, כאשר היעד הוא להגיע ל-20 טון. כמו כן, בית-החולים ממשיך לחפש שיטות נוספות לצמצום עלויות הטיפול בכביסה.

מסקירת פעילות שירותי הטקסטיל המשולב/שירותי הכביסה בבית-החולים ברזילי עולה, כי על מנת להפוך את תהליך מיקור החוץ למצב של "win-win" עבור בית-החולים והמכבסה כאחד, יש לזכור את הדברים הבאים: בתי-חולים מדברים על איכות גבוהה, שירות ברמה גבוהה ועלות נמוכה. אבל כאשר שופטים שירותי כביסה שלושת האלמנטים הללו מושפעים מאוד זה מזה. כלומר, אם בית-החולים רוצה את השירות הטוב ביותר האפשרי, ביחד עם האיכות הגבוהה ביותר האפשרית, העלות תהייה גבוהה יותר באופן פרופורציונלי (Philips, 2000).

סיכום

על-פי סקירת ספרות ומאמרים, השימוש במיקור חוץ בבית-חולים נועד להשיג מספר מטרות מרכזיות: לאפשר לבית-החולים להתרכז בשירות הליבה, לשפר ולשמור על איכות השירותים הנוספים הקשורים למלונאות, לספק נגישות וגמישות לחידושים טכנולוגיים, לשפר את מערכות המידע ולהתאימם לשינויים המהירים בתחום המחשוב והתקשורת, ולשמור על רמה גבוהה של שירותים נוספים הנצרכים על-ידי בית-החולים. במקביל לאיכות השירות ישנם שיקולים כלכליים של הקטנת עלויות בעזרת המעבר למיקור חוץ.

במעבר למיקור חוץ ישנם גם חסרונות: תלות בספקים שלעיתים אינם מחויבים בארגון, שינויים ביחסי העבודה הפנים-ארגוניים, ואפשרות שמיקור החוץ לא רק שלא יביא להקטנת העלויות אלא אולי אף יגדיל אותן. לכן, בעת בחירת שימוש בספק חיצוני יש צורך לבדוק באופן מעמיק ויסודי את היתרונות והחסרונות שבפעולה זו, ולבדוק קיום ספק העונה לצרכים על מנת לקבל החלטה מושכלת לגבי כדאיות המעבר למיקור חוץ באותו תחום. לפעמים שילוב מקורות הפנים בארגון ומקורות חוץ יביאו לתוצאה הטובה ביותר, כפי שעולה מניתוח שירותי המכבסה/טקסטיל משולב בבית-החולים ברזילי שבאשקלון.

רשימת מקורות

אשכנזי, י. (1994). איכות השירות בענף המלונאות. משאבי אנוש, 78, 24-29.

- גלברזון, ש. (2002). *ניהול התפעול ושיפור ביצועים*. (מהדורה מתוקנת). תל-אביב : אוניברסיטת תל אביב - דיונון.
- גלן, א. (1998). *מיקור חוץ – דו"ח מחקר מס' 14/98*. תל-אביב : המכון למחקר עסקים בישראל.
- המרכז הרפואי ע"ש ברזילי. (2010). *מערך טקסטיל משולב – דוח מסכם לשנת 2010*. אשקלון : ברזילי.
- כ"ץ, י. (1997). *הפרטה בישראל ובעולם*. תל-אביב : פקר הוצאה לאור.
- לוי, ח. (ח"ת). אודות בית החולים ברזילי. *המרכז הרפואי ע"ש ברזילי*. נדלה מתוך : <http://www.barzilaime.org.il/?CategoryID=374>
- מגנזי, ר., וראובני, ח. (2010). מיקור החוץ (outsourcing) ככלי לריסון עלויות במערכת הבריאות.
- בתוך : ג. בן-נון ור. מגנזי (עורכים), *היבטים כלכליים וחברתיים במערכת הבריאות בישראל* (עמ' 76-91).
- סמואל, י. (2006). *ארגונים – מאפיינים, מבנים, תהליכים*. חיפה : אוניברסיטת חיפה.
- רחימי, ב., מזרחי, ר., ומגנזי, ר. (2011). האתגרים וההזדמנויות בביצוע מיקור חוץ בבתי החולים
- הציבוריים והפרטיים בישראל. *הרפואה*, 150(1), 60-56.
- שטאובר, י. (2003). *אאוטסורסינג – העברת פעילות מהארגון לניהול חיצוני*. רמת גן : ספרי ניהול ועסקים.
- Gauntley, P. (1997). Innovations in healthcare food services. *Hospital Quarterly*, 1(1), 4-7.
- Gavious, A., & Rabinowitz, G. (2003). Optimal knowledge outsourcing model. *Omega – International Journal of Management Science*, 31(6), 451-457.
- Kakabadse, A., & Kakabadse, N. (2002). Trends in outsourcing: Contrasting USA and Europe. *European Management Journal*, 20, 189-198.
- Magnezi, R., Kedem, R., & Reuveni, H. (2004). Outsourcing of primary care: Satisfaction level in the Israeli defense forces. *Military Medicine*, 169, 379-384.
- Philips, G. (2000). From the top: 10 rules for outsourcing linen service. *Health Facilities Management*, 13(2), 36-40.
- Quinn, J. B., & Hilmer, F. G. (1995). Strategic outsourcing. *The McKinsey Quarterly*, 1, 48-70.

המכללה האקדמית לישראל ברמת גן

4.24 מצב מערכת הבריאות בישראל גרודזינסקי רון סטלה, נטי אהרונוף רשל

מצב מערכת הבריאות בישראל בהשוואה להצהרת הארגון הבריאות
העולמי בכנס Alma Ata (1978) לעומת מאמרו של ד"ר Robert Sade
(1971) בו הוא טען ש"שירות רפואי אינה זכות ואינה זכות יתר – הוא
שירות המסופק ע"י רופאים ואחרים לאנשים הרוצים לרכוש אותו".

אוגוסט 2012

במאמרו Robert Sade (1971) מציג גישה השונה בבסיסה מהרגלי המחשבה המוכרים לנו לגבי שירותי הבריאות. במאמרו הוא טוען ש"שירות רפואי אינה זכות יתר – הוא שירות המסופק על ידי רופאים ואחרים לאנשים הרוצים לרכוש אותו". גישה זאת נוגדת את התפיסה והאסטרטגיה של ארגון הבריאות העולמי (WHO), אשר בכנס ב Alma-Ata, ב 1978 הצהיר שבריאות מהווה זכות אנושית בסיסית וממשלות אחריות לבריאות אוכלוסייתן. יישומה של האחריות מותנה, בין השאר, בהספקה של שירותי בריאות ורווחה הולמים לכל שכבות האוכלוסייה (חורב, 2008).

בעבודותינו אנחנו נבדוק באיזו מידה המצב כיום בישראל משקף את האמירות הנ"ל.

ב- 1995 נכנס לתוקף במדינת ישראל חוק ביטוח בריאות ממלכתי. לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי שירותי הבריאות הינם משאב ואותו צריך להבטיח לכל פרט באוכלוסייה ובהתאם לצרכים הבריאותיים שלו וזה ללא קשר ליכולת הכספית שלו לשלם עבור השימוש בו (בן נון, 2009). בינואר 1995 צורפו באופן מידי כל אוכלוסיית הבלתי מבוטחים בארץ ישראל למעגל הביטוח וזה כ-5% מהאוכלוסייה. בעצם חובת הביטוח והזכאות האוניברסלית לשירותי בריאות נתפסים כמהפכה חברתית וכמתן ביטוי לתפיסה שרואה בבריאות זכות יסוד המבוסס על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית (בן נון, 2009). זה תואם להצהרת ב Alma Ata ב 1978 שלפיה לממשלה אחריות לבריאות אזרחי המדינה. חוק במדינת ישראל מבוסס על מספר עקרונות שכוללים: חובת הביטוח לכל תושב המדינה, זכות המבוטח לבחירה ומעבר בין קופות החולים, זכאות של כל תושב לסל שירותים מוגדר, גביית דמי ביטוח באופן פרוגרסיבי ולא גרסיבי כמו שזה היה לפני חקיקת החוק, הקצאת מקורות הציבוריים לקופות חולים באופן שהחליש את תמריצי קופות החולים לסינון מבוטחים כדאיים (שיטת הקפיטציה) ואחריות המדינה להשלמת מימון עלות הסל. שילוב של עקרונות אלה הבטיח רבות לגבי אופייה הציבורי והסולידארי של מערכת הבריאות בארץ ישראל. אולם, תרומתו זו של החוק עם השנים הלכה ונשחקה עקב תיקוני חקיקה שונים ובעיקר עקב צמצום היקף המימון הציבורי של המערכת והרחבתם של היקפי התשלומים הפרטיים (בן נון, 2009). החוק בא לעזור במימוש התפיסה ששירותי הבריאות צריכים להינתן על בסיס צורך וללא תלות ביכולת הפרט לשלם עבורם. תפיסה זו מבטאת את ערך הבריאות כזכות יסוד של הפרט. לפי מאמרו של בן נון (2009) נהוג להבחין בשלושה ממדים מרכזיים הנחוצים למימוש זכות לבריאות: הוגנות (Equity), נגישות ומצב בריאות (Equality).

הוגנות (Equity) – תשלום על פי יכולת ולא לפי שימוש. לפי החוק במדינת ישראל ישנו מס בריאות כלומר התשלום מתבצע באופן פרוגרסיבי, לפי גובה ההכנסה. יחד עם זאת כאזרחי המדינה, אנו משתתפים במימון מגוון שירותי בריאות. מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1994 ישנם שינויים כלכליים בהוצאה הלאומית לבריאות. בין השנים 2009-1998 עלה סך ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל ב-907 ש"ח לנפש (במחירי 2005). אם נפרק לגורמים את הסכום הזה נראה, שהעלייה נובעת מעלייה במימון הפרטי של מערכת הבריאות

ב-847 ש"ח לנפש, מול ירידה מקבילה של 192 ש"ח לנפש במימון הממשלתי המופנה לבריאות (אברבך ואחרים, 2010).

לפי אפשטיין וחורב (2007) קיימים שלושה מעגלים של חסמים כלכליים, שמונעים מאוכלוסיות חלשות לקבל טיפול רפואי. המעגל הראשון מתייחס לתשלומי השתתפות עצמית עבור שירותים מסוימים שכלולים בסל השירותים הבסיסי, כמו: ביקור בחדר מיון, אגרת ביקור אצל רופא מקצועי, תשלום על תרופות בסל וכדומה. המעגל השני של חסמים כלכליים מתייחס לתשלומי הביטוח המשלים שאינם מתייחסים לגובה הכנסת הפרט. המעגל השלישי מתייחס לתשלומים על שירותים רפואיים שאינם כלולים כיום בסל הבסיסי של שירותי הבריאות, וגם כמעט ואינם כלולים בתוכניות של שירותי הבריאות הנוספים, כמו: רפואת שיניים, טכנולוגיות ותרופות מסוימות. כמובן שעבור האוכלוסיות החלשות התשלום מהווה חסם לקבלת הטיפול הדרוש, ולכן הן מוותרות על טיפולים רפואיים, דבר שגורם לירידה במצב הבריאותי בקרב אותן קבוצות אוכלוסייה. לפי הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנערך בשנת 2007 בקרב אוכלוסיית בני ה-20 ומעלה, קיימים פערים גדולים בויתור על שירותים לפי רמת הכנסה. 36.9% מבעלי ההכנסה הנמוכה (עד 4,000 ש"ח) מוותרים על תרופות בגלל קשיים כלכליים, לעומת 5.6% מבעלי ההכנסה שמעל 8,000 ש"ח. וויתורים דומים קיימים גם בתחום טיפולי שיניים: 66.4% מבעלי ההכנסה הנמוכה מוותרים על טיפולי שיניים, לעומת 25% מבעלי ההכנסה שמעל ל-8,000 ש"ח (אברבך ואחרים, 2010). ישנה ירידה במימון הממשלתי לבריאות ועלייה בתשלומים הפרטיים אותם משלם הציבור עבור רכישת שירותי בריאות. ככל שחלק גדול יותר ממימון המערכת עובר ממימון ממשלתי-ציבורי למימון פרטי, כך גדל הקשר בין הכנסתו של הפרט ליכולתו לצרוך שירותי בריאות חיוניים. המשמעות הבריאותית והחברתית היא ברורה: זה הוא בעצם תהליך פעיל ומתקדם של מניעת שירותי בריאות חיוניים מאוכלוסיות חלשות ושל פגיעה בעקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי (דורון, 2009).

נגישות – זכאות לסל שירותים רחב והספקתו לא תלויה בתשלום, פריסת שירותי הבריאות שווה בין אזורים שונים, פריסת כוח אדם שווה בין אזורים שונים שמאפשר הגעה יחסית קלה לכל האוכלוסייה ומשך המתנה יחסית קצר לקבלת טיפול. לפי הנתונים שבמאמרים קיים אי-שוויון בפריסת שירותי הבריאות בין אזורים שונים במדינת ישראל. להלן עיקרי ההבדלים:

א. אי-שוויון אזורי בפיזור מיטות אשפוז

שיעור המיטות בישראל נמצא בירידה מתמדת כבר תקופה ארוכה. ישנה מצוקת אשפוז במחוזות הפריפריאליים. שיעור המיטות לאשפוז כללי במחוזות הצפון והדרום נמוך משמעותית בהשוואה לשאר המחוזות. בפריפריה יש כ-1.5 מיטות לאלף נפש, ואילו במרכז כמעט פי-2 (2.7 מיטות לאלף נפש). קיים פער גדול אף יותר בעמדות ניתוח, כאשר בפריפריה מספר עמדות הניתוח לנפש הוא בין 3.2-3.5 לאלף נפש, בעוד שבאזור המרכז מספר עמדות הניתוח הוא בין 7.8-8.9 לאלף נפש, כלומר, כמעט פי-3 (אפשטיין וחורב, 2007).

מנתוני המחקרים אנחנו רואים, שבדיקת פריסת המיטות לפי אגפי אשפוז שונים מראה, כי תמונת הפערים בין המרכז לפריפריה חוזרת על עצמה. אזורי הצפון

והדרום מתאפיינים בשיעורי מיטות נמוכים באגף הפנימי, אגף הילדים, טיפול נמרץ, טיפול נמרץ ילדים, פסיכיאטריה, מחלות ממושכות ושיקום.

ב. אי-שוויון אזורי בפיזור כוח אדם

התמונה דומה גם בפיזור כוח האדם במקצועות הבריאות. הנתונים שמוצגים במאמרים מראים ששיעור הרופאים המועסקים במחוזות הצפון והדרום לאלף נפש הם הנמוכים במדינה. מצב זה לא השתנה מאמצע שנות התשעים. יתרה מזו, בשנים האחרונות חלה ירידה נוספת בשיעור הרופאים. בשנת 2008 היה שיעור הרופאים המועסקים באזור הצפון 1.6 לאלף נפש, באזור הדרום – 2.1 לאלף נפש, ובאזור המרכז – 3.8 לאלף נפש (אברבוך ואחרים, 2010).

גם לפי מומחיות הרופאים ישנו פיזור לא שווה בין המרכז לפריפריה. ישנה מצוקה של רופאים מומחים ומתמחים בכל מיני תחומים, כמו: הרדמה, טיפול נמרץ ילדים, כירורגיה כללית, גריאטריה ורפואת ילדים. התופעה דומה גם כשמדובר בכוח האדם במקצועות אחרים. מחוזות הצפון והדרום מאופיינים לרוב בשיעורים נמוכים ביותר של כוח אדם מועסק לנפש. שיעור האחיות המוסמכות, רופאי השיניים, ושיעור המועסקים במקצועות עזר נמוכים בדרום ובצפון ביחס לשאר אזורי המדינה (אברבוך ואחרים, 2010).

לסיכום, הפער בין מרכז לפריפריה בפיזור מיטות אשפוז וכוח אדם גורם לירידה בנגישות לשירותי בריאות באזורי הפריפריה, וכך גם לירידה במצב הבריאות של אותן קבוצות אוכלוסייה שמתגוררות באזורים הללו. לדוגמא, ישנו הבדל בישראל בתוחלת החיים לפי אזור מגורים. בהשוואה בין המחוזות, תוחלת החיים הגבוהה ביותר נצפתה במחוז ירושלים (80.1 שנים) והנמוכה ביותר במחוז הצפון (77.9) והדרום (77.3) (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ומשרד הבריאות, 2006).

מצב בריאות (Equality) – לצמצם פערים במצבי הבריאות הניתנים למניעה בעזרת תוכנית התערבות, בקרב קבוצות שונות. חוק ביטוח בריאות ממלכתי מבוסס אומנם על עקרונות של צדק ושוויון ועזרה הדדית, אך אינו מתייחס לפערים בבריאות בין אוכלוסיות שונות. מדינת ישראל כוללת קבוצות דת, לאום ותרבות מגוונות. בתוך האוכלוסייה ישנם הבדלים משמעותיים מבחינת רמת הכלכלה (עניים ועשירים), רמת ההשכלה (נמוכה וגבוהה), הדת (יהודים, מוסלמים, נוצרים, ערבים, דרוזים), והתרבות (עולים שהגיעו לישראל במשך עשרות שנים). ההבדלים בין הקבוצות באים לידי ביטוי גם במדדי בריאות, בסגנון חיים, בהתנהגות בריאותית, בתפיסות והשקפות הקשורות לבריאות ולאורח חיים בריא. לדוגמא: תוחלת החיים בלידה גבוהה יותר בקרב יהודים בהשוואה לערבים, גם בקרב הזכרים וגם בקרב הנקבות. ההבדל בתוחלת החיים, שקיים בין ערבים ליהודים, גם הולך וגדל. בשנת 1996 היה ההבדל בתוחלת החיים בלידה בין גברים יהודים וערבים 1.5 שנים, ובשנת 2005 הוא גדל ל-3.8 שנים. גם בנשים הפער גדל באותן השנים מ-3.1 שנים ל-4.0 שנים (אפשטיין וחורב, 2007). ברוב המאמרים שקראנו ראינו שהאוכלוסייה ממוצא אתיופי מוזכרת כקבוצת סיכון גבוה לתחלואה בסוכרת. סוכרת היא מחלה שקשורה בין השאר לתזונה ולאורח חיים, לכן העלייה

במחלה בקרב העולים מאתיופיה קשורה בין היתר לשינויים בהרגלי התזונה שלהם כאשר הם עלו ארצה, ללחצים הנפשיים הקשורים בעלייה, ולמצב החברתי-כלכלי הנמוך יחסית של קבוצה זו. קבוצה זאת לא סבלה מסוכרת בארץ המוצא שלה הודות לאורח החיים שלה שם. אחרי העלייה לארץ, במשך שנים אחדות, שכיחות הסוכרת אצלם הייתה נמוכה בהשוואה לכלל האוכלוסייה. כעבור מספר שנים נוספות ועד היום, בעקבות השינויים בתזונה ואורח- החיים הישראלי-מערבי, עלתה הסוכרת אצלם באופן קיצוני. לפי סקר שבוצע בקרב עולים מאתיופיה, מיד עם הגעתם לישראל רק 0.4% מתוכם אובחנו כחולי סוכרת; לאחר 4 שנים בישראל עלתה שכיחות הסוכרת ל-8.9%, לאחר 7 שנים לשהותם בארץ השכיחות הייתה 9.6%, ולאחר 12-16 שנים לשהותם בארץ עמדה השכיחות על 17.6% (אפשטיין וחורב, 2007). על יסוד הדוגמאות שבמאמרים ניתן לומר שבארץ ישראל לא רק שקיימים פערים במצבי בריאות בין קבוצות אוכלוסייה אלא עם השנים הפערים הולכים וגדלים.

לסיכום, חוק ביטוח בריאות ממלכתיבמטרתו, לקרב לעיקרון ששירותי בריאות הם זכות, אולם בחוק חסרה הדרך אותה מתווה המדינה לצמצום פערים בבריאות בין קבוצות שונות באוכלוסייה (חורב, 2008). הכשלים ושינויים באופן הפעילות בשלושת הממדים הוגנות: (Equity), נגישות ומצב בריאות (Equality) משקפים נקודות מתוך גישה המתוארת במאמרו של דוקטור Sade.

בנוסף למגבלות למימוש הזכות לבריאות באופן שווה שתיארנו לעיל (הגישה הסוציאל – דמוקרטית), מערכת הבריאות בישראל נמצאת כיום בתהליכי הפרטה אשר מחלישים את תפיסת הבריאות כזכות שווה לכולם ומתאימים יותר לגישה כלכלית ליברלית בה לכל אדם (רופאים) הזדמנות להתפתח ולממש את כישוריו, כפי שטוען דוקטור Sade (1971) במאמרו, שהרופא יכול לבחור כיצד יראו שירותי הרפואה אותם יספק ובאותו אופן הצרכן יכול לבחור את הרופא ואת השירות שיצרוך. בישראל כמו שנתנו כבר דוגמאות למול ההקפאה הגורפת של מיטות כלליות במערכת הציבורית, מתחילה מגמה של פיתוח מיטות פרטיות, לדוגמא: 'מכבי שירותי בריאות' מפתחת בשנים אחרונות תשתיות של אשפוז פרטיים (חדרי ניתוח ומיטות) ומפנה אליהם מבוטחים רבים, שרוב רובם בעלי ביטוח משלים, המממשים את זכות בחירת רופא (בן נון, 2009). פתיחת שירותי אשפוז פרטיים מאפשר לקופות להעביר את ההוצאות האשפוז על חשבון הביטוח המשלים, מאפשר למבוטחי ביטוח משלים למממש את הזכות הבחירה ברופא וכמובן מאפשר השתכרות משמעותית נוספת לעובדי מערכת הבריאות ממערכת הפרטית, שיכולות התגמול שלה גמישות יותר. אם נסתכל על פריסת המיטות הכלליות הפרטיות בישראל אנחנו יכולים לראות שפריסתם מצויה בעיקר באזור תל-אביב (54%), באזור חיפה (26%) –אזורים שבהם ניתן לממש את פוטנציאל הרווח ביתר קלות, כמו כן התפלגות המיטות הכלליות לפי אגפים מצביעה על משקל היחסי גבוה של מיטות כירורגיות (מעל 8% מסך כל המיטות באגף) – מיטות שבהן שיעור הרווח גדול יותר (בן נון, 2009). לאור הדוגמאות ניתן להגיד שכניסתו של המגזר העסקי לתחום של אספקת שירותי הבריאות היא סלקטיבית גם בבחירת סוגי המטופלים וגם בבחירת סוגי השירותים ובכך ישנה פגיעה במתן שירותי בריאות בצורה שוויונית.

לסיכום, לדעתנו למרות הקונפליקט ביניהם, שתי הגישות מתקיימות בישראל בעוצמה שונה לאורך הזמן. ניתן לציין שחקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי היה אלמנט מובהק של בעד

הבריאות כזכותומאז פעילויות כמו: הפרטה שירותים וירידה במימון הממשלתי ועליה במימון הפרטי – הם פנייה ישירה לגישתו של דוקטור Sade.

רשימת מקורות

- אברבך, א., קידר, נ., וחורב, ט. (2010). אי-שוויון בבריאות והתמודדות עמו 2010. ירושלים: משרד הבריאות – האגף לכלכלה וביטוח בריאות. נדלה מתוך: <http://www.patients-rights.org/uploadimages/Health>
- אפשטיין, ל., וחורב, ט. (2007). אי-שוויון בבריאות ובמערכת הבריאות; הצגת הבעיה וקווים למדיניות להתמודדות עמה. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- בן נון, ג. (2009). מחוק ביטוח בריאות ממלכתי ועד עידן הזהב והפלטינום. בתוך: ח. דורון (עורך), מערכת הבריאות לאן? מחוקביטוחבריאותשוויונילאי-שוויון בבריאות (עמ' 48-7). בארשבע: הוצאתהספריםשלאוניברסיטתבן-גוריון.
- דורון, ח. (2009). הנסיגה מעקרונות החוק. בתוך: ח. דורון (עורך), מערכת הבריאות לאן? מחוקביטוחבריאותשוויונילאי-שוויון בבריאות (עמ' 70-49). בארשבע: הוצאתהספריםשלאוניברסיטתבן-גוריון.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות. (2006). פרופילבריאותי-חברתישל היישובים בישראל 1998-2002. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ומשרד הבריאות-האגף
- לכלכלה וביטוח בריאות. נדלה מתוך: <http://www.cbs.gov.il/publications>
- חורב, ט. (2008). צמצום אי-שוויון בבריאות הניסיון הבינלאומי ויישומו לישראל. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי. התשנ"ד – 1994.
- Sade, R. M. (1971). Medical Care as a Right: A Refutation. *New England Journal of Medicine*, 285, 1288 – 1292.

המכללה האקדמית לישראל ברמת גן

4.25 **לחצים בעבודה** גרודזינסקי רון סטלה, נטי אהרונוף רשל

אוקטובר 2012

תוכן העניינים

.....	מבוא
.....	סקירת ספרות
.....	נתונים / ממצאים
.....	סיכום
.....	מסקנות
.....	המלצות ליישום
.....	רשימת מקורות

במסגרת עבודה זו בחרנו בנושא לחץ ושחיקה בעבודה וננסה בעזרת סקירת ספרות ומאמרים להציג שהלחצים שאנו חווים וצוברים בחיי היום יום כעובדים וכמנהלים במסגרת עבודתנו, בסופו של דבר פוגעים בנו. תופעת הלחץ והשחיקה בשנים האחרונות שוברת שיאים חדשים ואכן רואים את ביטויים בהישגים שלנו וביכולת להשיג תוצאות טובות יותר, בחיים האישיים ובמערכת היחסים, בקשרים המקצועיים, בבריאות וברוחה שלנו.

הרעיון המרכזי שאנחנו בחרנו להציג, שבזמנים מודרניים ובעידן הטכנולוגי המתקדם, ההשפעות הגלובליות, סיבות חברתיות וכלכליות מאלצות כל ארגון לחשוב על התייעלות, עובדה זו נכונה גם לתחום הבריאות ובפרט בסיעוד. בשל כך ביטויי הלחץ והשחיקה מופיעים יותר ויותר בקרב העובדים בדרגים השונים. ביטויים ללחצים אלה מורגשים מבחינה מנטאלית, התנהגותית, חברתית ותפקודית.

המטרה היא להציג את הסיבות, ההשפעות החיוביות והשליליות הנובעות מהלחצים המתעוררים במסגרת עבודתנו ולדון האם יש ביכולתם של הארגונים השונים להציע רעיונות או פתרונות להפחתת לחצים כתוצאה מהסיבות שיוזכרו בהמשך.

רקע קצר על מקום העבודה : בתפקידנו כאחיות, סטלה עובדת **בבית החולים** ברזילי במחלקה כירורגית כללית וכלי הדם, בתפקיד סגנית אחות אחראית מזה כ- 13 שנים.

מרכז הרפואי ברזילי באשקלון הוקם בשנת 1961. מרכז רפואי זה הוא שילוב של בית-חולים ולשכת בריאות הציבור המחוזית. מחוץ לרפואת המשפחה שנמצאת בידי הקופות וכל שאר השירותים, כמו כל שירותי הריפוי בבית-החולים, טיפות החלב, השירות לחולים כרוניים (גריאטריה), טיפול בייצור ויבוא מזון, טיפול בנושאי הסביבה כמו בריאות המים, ביוב, רישוי עסקים, נמצאים באחריות המרכז הרפואי ברזילי ומהווים כתובת אחת לאזרח. בית החולים מסונף לפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן גוריון שבנגב. מספר מיטות האשפוז בבית-החולים עומד כיום על 490 מיטות אשפוז וטיפול יום עומד על 65, 40 עריסות תינוק ועוד 7 חדרי ניתוח. השירות ניתן באזורים : אשדוד בצפון, קריית גת וקריית מלאכי במזרח, שדרות בדרום ואשקלון במערב, לרבות יישובי הפריפריה. בית-החולים נמצא כעת בתהליכי הרחבה ובנייה של מחלקות נוספות בשאיפה לצמוח מ-500 מיטות ל-800 מיטות וזאת על מנת להמשיך ולקלוט מטופלים נוספים מאזורים שצוינו ועל-ידי כך לאפשר שירותי בריאות וסיעוד הוגנים לאוכלוסיית אזור הדרום הסובלת ממצוקות רבות. הסגל הרפואי של המרכז מונה כ-2000 אנשי מקצוע מתוכם כ-350 רופאים, כ-700 אחיות, כ-300 פרה רפואי, מנהל ומשק כ-500 וישנם גם מתנדבים ובנות שרות לאומי (לוי, ח"ת). המחלקה הכירורגית כללית וכלי דם היא היחידה בתחום זה בבית החולים, מחלקה מאוד דינמית וקולטת מטופלים מהמחלקה לרפואה דחופה, מחלקות אשפוז, מרפאות חוץ, מרפאות הקהילה מכל רחבי הארץ. צוות המחלקה מטפל במגוון רחב של מחלות ופציעות המחייבות ניתוחים, טיפול שמרני ומעקב. העבודה במחלקה זו מתאפיינת לעיתים בעומס רב, אחריות וטיפול במספר רב של חולים בו זמנית, בשל כך הצוות נדרש לקבלת החלטות מהירות, דיוק ועמידה בלוח

זמנים, עמידה בדרישות מרובות מצד החולים ובני משפחתם. בשל כך העבודה במחלקה הינה תובענית ולעיתים קרובות מתבצעת באווירה של לחץ והמולה.

רשל מועסקת בלשכת הבריאות המחוזית בתל אביב, בשטח **בריאות הציבור**. בלשכת הבריאות המחוזית ישנן מחלקות רבות כמו שרותי המניעה-טיפת חלב, כרוניים, תזונה, שיניים, רוקחות ועוד. הלשכה מפקחת על שרותי מניעה בערים תל אביב, רמת גן, בני ברק, חולון ובתים ופרט לתל אביב שבה העירייה אחראית על טיפות החלב מבחינת הפעלה וכוח האדם, הלשכה מפעילה את טיפות חלב בארבעת הערים ובהן יש 34 תחנות לבריאות המשפחה (טיפות חלב), בכל תחנה עובדות כ- 3-6 אחיות במשרות מלאות וחלקיות בהתאם למספר המשפחות המטופלות בתחנה שרות המונע כולל טיפול בתינוק ופעוט עד גיל 6 ונשים הרות והפעלת תוכניות קידום בריאות. (הארגון אינו מאפשר פרסום כוח אדם ותקינה)

רשל אחות אחראית בטיפת חלב באחת התחנות בעיר רמת גן, איתה עובדות עוד 3 אחיות ומזכירה, במרפאה זו מטופלים כ- 2100 משפחות אשר מגיעות לתחנה על מנת לקבל טיפול מניעתי עם ילדיהם עד גיל 6 שנים. ישנה חלוקה לפי אזורי המגורים של מטופלים לארבעת האחיות בתחנה. רשל עובדת ב-100% משרה –תיאורטית 75% מוקדשת לטיפול במשפחות ו-25% אמור להיות מוקדש לניהול התחנה. עבודתה היום יומית וריבוי המטלות מטשטשים לגמרה את החלוקה הזו. מידי יום מתקבלים כ-13-15 הורים וילדים לטיפול בטיפת חלב, כל ביקור כולל מעקב גדילה, התפתחות, מתן חיסונים, הדרכה ושאלות בנושאים הרלוונטיים. משך כל ביקור אורך בין חצי שעה. בטיפת חלב האחיות עובדות בתחנה באופן עצמאי, תחת נהלים והפעלת שיקול דעת בנושאים שונים אל מול המשפחות. מטלות הנדרשות ע"י הארגון, בדיקות וחיסונים החדשים שנכנסים לתוכנית החיסונים, דרישות ורגישות ההורים במקביל דורשים מהאחות ריכוז וקשב רב. האחראיות הגדולה המוטלת על כתפי האחיות בעת הטיפול ובהתאם לכך מרכיב הלחץ נותן את אותותיו.

סקירת ספרות :

תופעת הלחץ והשחיקה בשנים האחרונות שוברת שיאים חדשים, מתברר שלחץ במקום העבודה הינו מקור מספר אחד בחיים המודרניים.

מהו לחץ? לחץ מתבטא בתחושה אישית של מצוקה שעלולה להשתקף במגוון של ביטויים אישיים התנהגותיים, כמו: התפרצות, אימפולסיביות, ועוד. שינויים מנטאליים, כמו: קשיי ריכוז, קושי בקבלת החלטות, חשש מכישלון, חוסר ארגון מנטאלי וקשיים רגשיים, כמו: תסכול, כעס, אי שקט, חרדה ושינויים פיזיים, כמו: עייפות, מתח בשרירים ועוד. ניתן להוסיף ולומר כי לחץ הנו מצב שהאדם חש איום על רווחתו. תחושה של "לחץ אופטימאלי" היא סובייקטיבית, לאדם אחד הוא מהווה לחץ, לאדם השני תחושת אתגר ולאדם השלישי הוא מהווה תחושת אדישות (לזר, 2007).

מהו לחץ ארגוני? לחץ בארגון מתבטא כאשר הצבת היעדים של ההנהלה לצמיחה עסקית, ארגונית מהירה אינם עומדים בהתאמה במציאות הארגון בהתחשב בכוח אדם, רמת המיומנות והזמן הנדרש לשם השלמת המשימות. ישנן חברות המצויות בתהליכים תמידיים

ומהירים של צמיחה ושינוי כמו: קליטת עובדים חדשים ועזיבתם של הוותיקים, ריבוי משימות בפרקי זמן קצרים כמו ניהול פרויקטים, מיזוג ופרוק של החברה, פיטורין, קיצוצים ועוד. בתוך הארגון שעובר תהליכים מהירים ושונים נמצא העובד שנדרש ממנו לבצע את משימתו בריכוז, יצירתיות והתמדה כאשר במקביל הוא שומע את קולו המהדהד של ההנהלה "חייבים להצליח בכל מחיר!". לחצים אילו מצטרפים למטרות ומשימות מחוץ לעבודה (משפחה, לימודים, מצב כלכלי, ביטחוני ועוד). העומס המוטל על המנהלים בדרגים השונים והעובדים מהשורה במפעלים וארגונים השונים מקבל ביטוי בולט בשעות העבודה הרבות והמרוכזות ויוצר הפרה של איזון בין הבית לעבודה על כל המשתמע מכך. העומס המצטבר על האדם משפיע על תחושת מצוקה, דחק והערכה עצמית ובכך רווחתו ובריאותו נפגעות (טוביאנה, 2006).

שחיקה: לחץ מתמיד על העובד מוביל למצב של שחיקה, כאשר הוא מרגיש מרוקן לחלוטין מכל האנרגיות ומחפש דרכים על מנת להיחלץ ממצב זה. (לזר, 2007).

בעידן המודרני זמינות הטכנולוגיה – המחשב, הדואר האלקטרוני, הטלפון הסלולארי, הפקס וכדומה, מהווים גורם משמעותי בעלייה לתחושת הלחץ והשחיקה. זמינות הטכנולוגיה כופה על מנהל/עובד לטשטש את הגבולות בין החיים האישיים לחיי העבודה. טשטוש זה עובד בדרך כלל לטובת הארגון. במקום להתנתק נפשית מהאחריות והקשיים בעבודה ולהתמסר למשפחה, לעיתים המנהל/העובד מוצא את עצמו פעיל 24 שעות (לרום, 2002).

מרבית המנהלים והעובדים הפועלים בסביבה תחרותית ומאתגרת נמצאים בסוג של מלכוד. מצד אחד הם ניזונים ונהנים מאתגרים מעוררי לחצים, כי זה לחץ חיובי, מאתגר, מדרבן ליצירתיות וחתירה להישגים. עובדים ומנהלים הישגיים שתרומתם קריטית להצלחת הארגון, אינם מעוניינים לוותר על מרכיב האתגר, "הקרב" וההישגיות, שהם חלק מהגדרתם העצמית ומקור חשוב לסיפוק ולהנאה המקצועית. מצד שני, מצבים היומיומיים מסוג זה דוחקים את המנהלים ועובדים מעבר לשיא, ומעבר לנקודת האופטימום ויוצרים את הלחץ. בנקודה הזו המשאבים שלרשותם נמוכים מול הדרישות שלפניהם. הם נמצאים במצב אשר מהווה איום ויוצר את המנגנון "להילחם או לברוח" Fight or Flight " (מנגנון הישרדותי אבולוציוני בעת סכנת חיים). כניסה למצב זה פוגעת בתפקוד ובביצועים של העובד בכל רמה, במצב זה, הוא נדרש לפעולה מהירה ללא חשיבה אלא באופן אוטומטי וימשיך להשתמש בו גם במצבי חיים השגרתיים שאין "סכנת חיים" ובהמשך מופיעים נזקים בריאותיים שהוזכרו לעיל (שטדלר, 2011).

השפעת הלחץ על העובד באה לידי ביטוי מול הלקוחות וכתוצאה מכך נגרמים נזקים רבים לארגון. לדוגמא: תפקוד נציגי שרותי לקוחות במוקדים טלפונים, מושפע על איכות השרות הניתן ללקוחות, הנציגים מגלים מידה הולכת וגוברת של חוסר סבלנות כלפי הלקוחות, התבטאויות לא מקצועיות עד כדי ניתוק טלפון (שטדלר, 2011).

תופעת הלחץ ושחיקה במערכת הרפואית הפכה להיות כחלק טבעי של עבודת הרופאים ואחיות. במערכת הרפואית, מעצם טיבה, העובד אינו יכול להוביל שינויים ארגוניים שימנעו

את הופעת אירועים הלחוצים. מצוקת המתמחים בבתי חולים בישראל, מחסור בכוח אדם, עומס התורניות, האחריות על עשרות חולים המאושפזים, הצורך בקבלת החלטות מקצועיות דחופות והרות גורל, החשש מתביעות על רשלנות רפואית, כל אלה מעלים את הלחצים הפסיכולוגיים והפיזיולוגיים. כמו כן, ברפואה הקהילתית, קיצורי זמן לבדיקת מטופלים, עמידה במדדי איכות, מערכת אישורים הבירוקרטית הקשיחה, מענה לטלפונים ודרישות המטופלים ומשפחותיהם, מובילים לשחיקת המטופלים והשפעה על איכות עבודתן וגורמות נזק לארגון, כתוצאה מתופעות המתלוות לשחיקה : אובדן עניין בעבודה, זלזול, התפתחות גישה צינית כלפי העבודה ומטופלים, ירידה באיכות הביצוע, היעדרויות מהעבודה ופרישה מוקדמת. השלכות השחיקה על המטפל עצמו הן : פגיעה ברווחה נפשית, בדמוי העצמי, הערכה עצמית ובאיכות החיים, בחיי חברה, משפחה ובהמשך בעיה בריאותית ונפשית (בר אילן ואחרים, 2011).

אחים ואחיות במסגרת הקהילה ואשפוז חווים לחץ ושחיקה ברמה שונה בשל אופי החוויה במקרים ובמצבי טראומה בקרב המטופלים. עם התפתחות המדיקליזציה, חשיפה ושקיפות מידע, לחץ המערכת במתן טיפול איכותי, ציפיות המטופלים לקבל שירות מהיר ואיכותי, עומס וריבוי מטלות וטיפולים, תחלופה מהירה של חולים ומעבר מחולה לחולה כל אלה משפיעים ומוספים ללחץ ושחיקה בקרב אנשי הסיעוד.

ברם, על פי מחקרים, נבדקו מספר גורמים בעלי השפעה מכרעת על תחושת לחץ ושחיקה. הגורמים הם : גורמים סביבתיים - סביבה תומכת בעבודה שיאפשר התמודדות במצב דוחק, תנאי עבודה, תנאי העסקה והשפעתו על המוטיבציה של העובד וכן גורמים אישיותיים, כמו : פרפקציוניזם, מעורבות יתר עם המטופלים, הערכה עצמית, תחושת השליטה ומטרה בחיים, רמת השכלה נמוכה, וניסיון נמוך בעבודה הובילו את הצוות הסיעודי למצבי לחץ ושחיקה מהירים יותר (Jinky, 2008).

בשנים האחרונות נעשו מחקרים רבים העוסקים בחקר השפעתו של הלחץ בסביבת העבודה הסיעודית על השחיקה, ומגמת מחקר זו נמשכת גם היום.

במחקרים של Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber (2002) נמצא כי לתופעת השחיקה בקרב האחיות ישנו קשר ישיר לרמות הלחץ ולמעשה השחיקה עצמה נמצאה כמקור העיקרי לכך, דבר שהוכיח את עצמו כמוביל להשלכות מקצועיות שליליות רבות והחמורות שבהן הינה העלייה בשיעורי תמותת המטופלים. מחקר זה התבצע בקרב 168 בתי החולים בקליפורניה, בו השתתפו 10,184 אחיות משלוש המחלקות – אורתופדית, כירורגית כלי דם ופנימית ו 232,342 מטופלים בגילאים 20-85. מטרתו של מחקר זה הייתה לבדוק את השפעת היחס בין מספר האחיות למספר החולים בהן נדרש היה לטפל, על תופעות הלחץ, השחיקה ושביעות הרצון וכן ההשלכות הטיפוליות. הממצאים הראו כי באותם המקרים בהם נדרשו אחים ואחיות לטפל במספר רב יותר של מטופלים שיעורי הלחץ, השחיקה ואובדן שביעות הרצון נמצאו גבוהים בהתאם. נתוני הבסיס היו כי היחס ההתחלתי בין אחיות למספר המטופלים הינו 1:4 בהתאם, כאשר כל מטופל נוסף הוסיף עמו סיכוי פי- 23% לתחושת השחיקה והלחץ וסיכוי פי- 15% לאובדן שביעות הרצון בקרב אותן אחיות. בכל

הנוגע להשלכות הטיפוליות, במצב בו היחס הקיים ל אחות – מטופל הינו 1:4 בהתאם, הסיכוי לתמותה קיים בקרב 4000 מטופלים. כאשר יחס המטופלים לאחות עולה ל-6 במספר, הסיכוי לתמותה עולה פי- 2.3 לכל 1000 מטופלים, וביחס של 8 מטופלים ל אחות הסיכוי לתמותה עולה ל- 2.6 לכל 1000 מטופלים. לפיכך מסקנת המחקר היא שככל שהיחס בין אחיות למספר המטופלים בהם היא נדרשת לטפל גבוה יותר, עולים מימדי הלחץ, השחיקה ואובדן שביעות רצון ובו זמנית ועולה הסיכוי לתוצאות טיפוליות פטאליות.

Wu, Zhu, Wang, Z., Wang, M., & Lan (2007) אשר מחקרים עסק בבדיקת הקשר בין הלחץ בסביבת עבודה לבין השחיקה בקרב אחיות בבית החולים בסין, מייחסים את מקור תופעת השחיקה לתוצאה ישירה של לחץ ממושך בעבודה, אשר מתפתחת כאשר הדרישות מהעבודה אינן תואמות את יכולות העובד. לדבריהם, אחיות חשופות בעבודתן ללחץ רב באופן מתמשך ולפיכך קיים סיכוי גדול יותר לחוות את השחיקה. מחקרים בוצע בקרב שלושה בתי חולים כלליים בסין ובו השתתפו 445 אחיות, מתוכן 132 מהמחלקה הפנימית, 205 מהמחלקה כירורגית ו- 108 אחיות משאר המחלקות אשר נבחרו באופן רנדומלי. לפי מסקנת המחקר אחיות המחלקות הפנימית והכירורגית חוות את השחיקה ברמות גבוהות יותר ביחס לשאר אחיות. בעת בדיקת השפעת הלחץ על השחיקה בקרב כלל קבוצת האחיות שהשתתפו במחקר, הפאקטור המנבא המשמעותי ביותר לקריטריון תשישות אמוציונלית הינו העומס בתפקיד וכן חוסר הסיפוק מהתפקיד. הפאקטור המנבא המשמעותי ביותר לדח- פרסונליזציה הינו חוסר סיפוק מאופי העבודה והתפקיד עצמו, והמנבא המשמעותי ביותר לירידה בהישגים המקצועיים גם כאן הינו חוסר סיפוק מאופי העבודה והתפקיד ודרישות תפקיד סותרות.

מחקר שבוצע בביה"ח בברזיל בקרב אחיות שעובדות במחלקות ששינויים ומעברים אצל המטופל מהירים מאוד כמו מחלות כלי דם וטיפול נמרץ לב, נמצא שאחיות משתמשות באסטרטגיות שונות להתמודדות ונעזרות במשאבים אישיים כמו שליטה עצמית, תמיכה חברתית ועוד. כאשר שימוש באסטרטגיות הארגוניות יכול לשחק תפקיד חיוני בתוכניות ניהול ומניעת לחץ ושיפור איכות החיים של האחיות במסגרת עבודתן. לדוגמא: ניתן להשתמש באחיות בריאות הנפש למתן תמיכה והתמודדות עם מצבי הלחץ וכיוצא בזה (Ferraz Bianchi, 2004).

מחקר נוסף באוסטרליה בדק את השפעה של מתח על שביעות רצון האחיות במסגרת הטיפול בחולים אקוטיים בבתי החולים הציבוריים. המחקר מסביר שמאפיינים דמוגרפיים כמו גיל האחיות יכול להיות מנבא משמעותי בהתמודדות במצבי הלחץ. מנבאים משמעותיים הטובים היו בעיקר בציוני בריאות הנפש כמו: במגננוני בריחה, הימנעות, התרחקות ושליטה עצמית. אולם, מנבאים הבולטים ביותר אף מוצלחים היו בקרב אחיות שעבדו יחד באותה יחידה ונהנו מתיכה חברתית. כאשר לממצאים אילו יש השלכה לפתרונות ארגוניים להתמודדות בלחץ ושיחקה במסגרת העבודה (Others & Chang, 2006).

במחלקה כירורגית כללית וכלי דם בבית החולים ברזילי מטפלים במגוון רחב של בעיות רפואיות הדורשות התערבות כירורגית. תקן מיטות אשפוז במחלקה 36 מתוכם 4 מיטות לכירורגית כלי דם. במחלקה ישנם 10 חדרי אשפוז, המיועדים ל-3 מטופלים בכל חדר, 2 חדרי אשפוז המיועדים ל-2 מטופלים 21 חדרים למטופל בודד. התפוסה הממוצעת של כלל מיטות האשפוז בתקן המחלקה כירורגית כללית בשנת 2010 הייתה 96.4% והתפוסה הממוצעת של מיטות האשפוז בתקן לכירורגית כלי דם בשנת 2010 הייתה 158% (המרכז הרפואי ע"ש ברזילי, 2010). כיום ישנם 3 ימי ניתוחים קבועים בשבוע שבהם מתבצעים כ-15-5 אלקטיביים ביום ויום נוסף בשבוע שבו מתבצעים ניתוחי ססיות (במסגרת קיצור תורים עם קופות החולים, לרוב נדרש אשפוז קצר עד יומיים). כמובן 24 שעות ביממה מתבצעים ניתוחים דחופים (תאונות דרכים, כריתת תוספתן וכדומה). במחלקה מטפלים בחולים מגיל 14 עד 120 שנה. תקופת האשפוז הממוצעת הינה 4 ימים (המרכז הרפואי ע"ש ברזילי, 2010). ביום מספר הקבלות נע בין 5-15 ובאופן דומה גם מספר השחרורים היומי. מספרים אילו מראים את הדינמיקה ותחלופה רבה של החולים במהלך החודש. עומס הפניות הינו רב ובחודשי החורף, מספר החולים המאושפזים במחלקה מגיע לכ- 50 ולעיתים אף יותר, כאשר מנגד נוצרת בעיית הצפיפות וקשיים לצוות לספק את צורכי המחלקה, להקדיש את תשומת הלב הראויה לכל חולה ולהעניק טיפול איכותי בסטנדרטים גבוהים. הרכב הצוות הסיעודי במחלקה כולל 33 אחים ואחיות מתוכם כ-13 וותיקים וכ-20 חדשים (עד שלוש שנים במחלקה) ו-2 כוחות עזר. מתוך כלל הצוות הסיעודי, 20 עובדים בהיקף 100% משרה, 4 עובדים בהיקף 80% משרה ו-9 עובדים בהיקף 50% משרה. הצוות מורכב מ-27 אחים/ות מוסמכים/ות ו-6 אחיות מעשיות שמתוכן 5 משלימות לאחיות מוסמכות. בראש הצוות עומדת אחות אחראית, סגניתה ו-2 ראשי צוותים. צוות המחלקה עובד 24 שעות ביממה 365 יום בשנה. העבודה מחולקת ל-3 משמרות ביממה, כל אחות (במשרה מלאה) נדרשת לעבוד 5 משמרות בשבוע. במשמרת בוקר עובדים 8 אחים ואחיות הכוללים אחות אחראית וסגניתה. במשמרת ערב עובדים 6 אחים ואחיות ובמשמרת לילה 4. הגדרת התפקיד של סגנית אחות אחראית כוללת עבודה שוטפת וטיפול במטופלים לפני ואחרי הניתוח, בהתאם לכוח האדם באותו יום במחלקה מספר ההפקדות על טיפול במטופלים משתנה. במקביל לכך סגנית אחות אחראית מופקדת על עבודות ניהוליות במחלקה לפי שיקול דעת האחות אחראית וכמובן בהיעדרותה, כל נושא הניהולי באחריותה. הדינאמיות ואינטנסיביות של המחלקה בשל אופי החולים והמצבים הרפואיים מעמיד את הצוות הרפואי ובעיקר את הצוות הסיעודי בפני אתגרים ומשימות במשך 24 שעות שבעה ימים בשבוע. מצב של הפעלה מתמדת, ריבוי משימות ודרישות הממונים לטיפול זמין וציפייה של המטופלים בגילאים שונים ומשפחותיהם לטיפול איכותי ואמפאטי יוצר לחץ מתמיד על הצוות וגורם לעייפות ולשחיקה.

בטיפת חלב תחושת הלחץ והעומס מתבטא אחרת. אחיות עובדות 5 ימים בשבוע, 4 ימים משמרת בוקר משעה 8-16 ויום בשבוע משמרת ערב מ-11 עד 19 בערב. קבלת קהל מתבצע על פי זימון, אולם, ישנם מצבים דחופים כמו לקיחת בדיקת דם דחוף לתינוק, מגפה המונית

שמביאה את האוכלוסייה לביצוע חיסונים, הגעת הורים באופן בהול לתחנה מאחר ואינם מסתדרים וחוששים ממצבי הזנה וגדילה של תינוקם החדש שעתה נולד.

צפייה לאיכות ודרישה לזמינות ונוחות למפגש הטיפולי מצד ההורה שמבקר עם ילדו בטיפת חלב, דרישה להכלה, הקשבה ומתן הדרכה ומענה לשאלות הרבות של המטופלים, ריבוי הטיפולים, חיסונים ומעקבים השונים, מצבים רגשיים השונים שיש לתת להם מענה בתחנה, טיפול במשפחות וילדים בסיכון, הכנת דוחות, ביצוע מעקבים השונים והזמנת מטופלים, אלה הם מצבים שמעוררים לחץ ושחיקה בקרב האחיות בקהילה. העדר כוח אדם (נובע בעיקר בשל רמת פניה נמוכה של אחיות לבריאות הציבור), העומס, התסכול, העייפות, חוסר שביעות רצון מתמשך, חוסר הערכה ותגמול הולם מביאים את האחיות למנגנוני הגנה עצמית והימנעות במידת האפשר במעורבות עם המטופל. יחד עם זאת, ישנן גם תופעות לא חיוביות כמו אימפולסיביות, עצבנות, היעדרויות, העדר יוזמה עד כדי אדישות, פרישה מוקדמת ועוד. יצירת מנגנוני הגנה אישיים משחקים תפקיד חשוב בהתמודדות האחות למול לחץ ושחיקה במהלך עבודתה.

אחיות במסגרת עבודתן בבית חולים ובקהילה מנסות לתמרן את השעות העבודה והמשמרות על מנת להקל על תחושת הלחץ כאשר תמיכה ועזרה משפחתית משפיעה ומכרעת. אולם מעבר לכך לא ניתן לבצע שינויים ארגוניים גדולים מאחר מצוקת כוח אדם היא חריפה, חונקת ואף מתסכלת והמטלות רבות וגדלות עוד יותר.

סיכום :

מקצוע הסיעוד הוא ללא ספק מקצוע תובעני ורווי לחצים ממקורות שונים, צוות הסיעודי צריך להתמודד עם רמות גבוהות של לחץ מסוגים שונים (לחץ נפשי ולחץ פיזי), דבר שמשפיע על איכות הטיפול, על הרצון להישאר במקצוע וכן על היכולת לגייס עובדים חדשים. בהסתמך על הדברים המובאים בסקירת ספרות ועל הממצאים, לתופעות הלחץ ושחיקה בקרב הצוות הסיעודי ישנם מספר גורמים הקשורים לסביבת העבודה, אופי העבודה ומסגרת. כמו כן למרכיבים אלה השלכות שליליות, ובניהן השפעה על הרצון להמשיך ולעסוק במקצוע הסיעוד, היעדרויות לא מתוכננות, העדר יוזמה, מוטיבציה וירידה בתפקוד לאורך הזמן. תופעות אילו מעלות את העומס בקרב עובדים אחרים בצוות ומביא לעייפות והגדלת הסבירות לביצוע טעויות ואיכות טיפול ירודה. השחיקה המתמדת גורמת לעזיבתם של עובדי הסיעוד הוותיקים, אשר מוחלפים בעובדים חדשים ופחות מנוסים, תקופת ההכשרה של עובד חדש בתחום הסיעוד עד להשגת יכולת תפקוד מלאה במחלקה אורכת כשנתיים עד שלוש שנים, בתקופה זו העומס והלחץ על אחים ואחיות הוותיקים עולה עקב הצורך לכסות על העובד שעזב ובמקביל ללמד עובד חדש, דבר זה מביא לשחיקה מוגברת של העובדים הוותיקים שעדיין עובדים במחלקה.

מסקנות :

לחץ ושחיקה לאורך זמן ממושך מורידים את שביעות הרצון העובד, שהוא גורם משמעותי בניהול משאבי אנוש ומשפיע על החלטת העובד להישאר או לעזוב את מקום עבודתו. עובד

אינו שבע רצון במקרים רבים משפיע באופן שלילי על עובדים אחרים במחלקה, ובכך איכות התפקוד הכללי של המחלקה נפגע. אנו למדים הודות הצורך בשינוי ותכנון תנאי העבודה וסביבתה באופן כזה שמעבר לכך שיהווה מקור הכנסה יש לשאוף ליצירת סביבת עבודה תומכת, מאתגרת ובו זמנית תאפשר לעובדים לתפקד בצורה מיטבית לאורך זמן. על מנת לצמצם את גורמי הלחץ והשחיקה בסביבת העבודה הסיעודית ולעלות את שביעות הרצון העובדים ישנו צורך בתוכנית התערבות המקצועית בנושא זה שאמורה לשאוף לשיפור תנאי העבודה. כחלק מהתוכנית אנו ממליצות לכלול את ההמלצות הבאות.

המלצות ליישום :

האחריות להתמודדות עם הלחץ העולה חל על ארגון ועובד כאחד. השפעות השליליות של לחץ בעבודה הביאו את הארגונים וגופים השונים ברחבי עולם לפתח שיטות להפקת לחצים ע"י מיומנויות אישיות בקרב מנהלים ועובדים בסביבת עבודתם (שטדלר, 2011).

- מודעות להמצאות הלחץ היא שלב ראשון בהתמודדות, וכדי להימנע משלב המתלווה –שחיקה, יש לזהות את הסמנים המלווים (לרום, 2002).
- אימון אישי שמלמד את העובד בכל דרג וארגון כיצד להקטין את השפעת הלחץ ולהגיע לביצועים טובים ואף משופרים יותר (שטדלר, 2011).
- חשוב לחזק את הערכה העצמית של העובד ולתת משמעות לתפקידו בארגון על מנת להביא אותו להזדהות עם מקום עבודתו, גאווה מקצועית וארגונית (לזר, 2007).
- מומלץ למנהל בארגון ליצור אוירה חברתית ורשת תומכת בקרב העובדים על מנת שתהיה אפשרות לעזרה ותמיכה ברגעי לחץ ושחיקה וכך ליצור כוח ארגוני ויעיל בעת המשבר (לזר, 2007).
- לאפשר קיום סדנא למניעה שחיקה נפשית, אשר יעיל בכל ארגון בעיקר במערכת הבריאות. הסדנא מאפשרת העלאת בעיות והקשבה, מעודדת שיתוף פעולה ומאפשרת אוירה המקצועית הבין צוותית ובין אישית ובעיקר מתמקדת בין היתר, בגורמי חוסן. לדוגמא: הפיכת סטרס לאתגר, שינוי התנהגות למציאת פיתרון בעיות בעת מצבי לחץ, נטילת אחריות אישית מונעת. בהירות הבעיה ביחס לפתרונות והתמודדות לפתרון בעיות (סולומון, 2010).
- רצוי שכל מנהל בארגון /מחלקה ידאג לקיום תנאים סוציאליים עבור העובד, כמו יציאה לחופשה, ערבי גיבוש, טיולי גיבוש לעובדים על מנת להשתחרר מתחושת לחצים ושחיקה ולחזק את הקשר ומחויבות עם הארגון וליצור רשת תמיכה חזקה ורחבה.
- הוספת מנגנוני תגמול עובדים המבוסס על פרמטרים שונים כגון, ניסיון, ותק, יכולת אישית, הצטיינות, השקעה וכדומה.
- על-מנת לתת לעובדים להרגיש שהם מתפתחים ומתקדמים וכך לעלות את המוטיבציה ניתן לחלק תחומי אחריות בין העובדים, לדוגמא, נאמן החייאה, נאמן זיהומים, אחראי מלאי ציוד רפואי במחלקה וכדומה.

לחץ הגובר בעידן המודרני מקיף את כולנו כארגון וכיחיד. לחץ מהווה זרז להשפעות שליליות על תפקוד יומיומית, בריאות והרווחה שלנו. המודעות לנושא חשוב על מנת שנוכל להתמודד ולמנוע את התופעות הנלוות. אחריות הארגון והנהלה הבכירה להציע ולאפשר הצעות לפיתרון ומניעת הבעיה כפי שהוזכר לעיל על מנת להתייעל בעת משבר.

רשימת מקורות:

בר אילן, א., חיימוב, ט., דופלט, ק., מלניק, ס., וינקר, ש., קיטאי, א. (2011). עומס, שחיקה וצורך בהחלמה בקרב מתמחות ברפואה פנימית וברפואת המשפחה. *הרפואה*, 180 (8), 625-628.

המרכז הרפואי ע"ש ברזילי (2010). *ניתוח סטטיסטי-דוח מסכם לשנת 2010*. אשקלון: ברזילי.

טובינה, י. (2006). *כשהעובדים בלחץ וכשהארגון בלחץ*. מערכת הפסיכולוגיה העברית. נדלה מתוך:

www.hebpsy.net/articies

לוי, ח. (ח"ת). אודות בית החולים ברזילי. המרכז הרפואי ע"ש ברזילי. נדלה מתוך: <http://www.barzilaic.org.il/?CategoryId=374>

לרום, ת. (2002). לחץ ושחיקה בעת משבר. *משאבי האנוש*, 180, 16-18.

לור, מ. (2007). *לחץ ושחיקה בעבודה בשירות לקוחות*. נדלה מתוך www.allcareers.co.il.

סולומון, א. (2010). שחוקים-התמודדות עם לחץ ושחיקה בעבודה. *משאבי אנוש-אתוסיה*. נדלה מתוך: <http://www.ethosia.co.il>

שטדלר, א. (2011). "מילכוד 22" על חרדות ולחצים בקרב מנכ"לים ומנהלים בכירים ישראל. *משאבי אנוש*, 280-279, 54-58.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloan, D.M., Sochalski, J., & Silber, J.H. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Dissatisfaction. *Journal of American medical association*, 288(16), 1987-1993.

Chang, E., Daly, J., Hancock, K., Bidewell, J., Johnson, A., Lambert, A., Lambert, C. (2006). The Relationships Among Workplace Stressors, Coping Methods, Demographic Characteristics, and Health in Australian Nurses *Journal of Professional Nursing*. Volume 22, Issue 1, P. 30-38.

J. (2008). Organizational Role Stress Indices Affecting Burnout, Leilanie Lu among Nurses. www.bridgew.edu/soas/jiws/May08/jinkyLu

Ferraz Bianchi,E.(2004). Stress And Coping Among Cardiovascular Nurses: A
Issues in Mental Health Nursing, Volume 25, N. 7 .P.737- 745. . Surevy In Brazil
www.ingentaconnect.com/cntaent/apl/

Wu, S., Zhu, W., Wang, Z., Wang, M.& Lan, Y. (2007) Relationship Between Burnout
and Occupational Stress among Nurses in China. *Journal of Advanced Nursing*, 59(3),
233-239.

המכללה האקדמית לישראל ברמת גן

4.26 פּעריס במצבי בריאות בין קבוצות אוכלוסיה גרודזינסקי רון סטלה, חובב_סיגל

ינואר 2012

בעבודתנו בחרנו להתמקד בנושא בולט מאוד, שהתעניינות בו הולכת ומתרחבת בשנים האחרונות, נושא הפערים במצבי הבריאות בין קבוצות אוכלוסיה שונות במדינת ישראל. חוק ביטוח בריאות ממלכתי משנת 1994 מבוסס אמנם על עקרונות של צדק ושוויון ועזרה הדדית, אך אינו מתייחס לפערים בבריאות בין אוכלוסיות שונות. ממה נובעים הפערים במצבי הבריאות או במילים אחרות – אי-השוויון בבריאות? כדי להבין ולסכם את הסיבות העיקריות להיווצרות הפער/אי-השוויון בבריאות במדינת ישראל קראנו מספר מאמרים הנוגעים לנושא זה. לפי המאמרים ראינו שקיימים מדדים רבים המעידים על קיומו של אי-שוויון/פער בבריאות במדינת ישראל. המדדים האלה הם: תוחלת חיים, תמותת תינוקות, תמותה כללית, תחלואה ונכות, תאונות ופגיעות, התנהגות מסכנת בריאות, היענות לבדיקות אבחון מוקדם שיכולות להציל חיים (סרטן השד, סרטן המעי הגס) ומדדים של נגישות ואיכות שירותי הבריאות.

על-פי טענות החוקרים, הסיבות העיקריות להיווצרות הפערים נעוצות במאפיינים שמחוץ למערכת הבריאות, במאפייני האוכלוסיה, ובמאפייני מערכת הבריאות עצמה. ננסה להציג ולהסביר כל אחד מהם.

הסיבה העיקרית להיווצרות אי-שוויון/פער בבריאות מקורה באי-שוויון/פער במעמד חברתי-כלכלי (פער גדל והולך במעמד החברתי-כלכלי). גורמים חברתיים וכלכליים הם בעלי השפעה חזקה ומשמעותית על מצב הבריאות, והם באים לידי ביטוי בפערים בהכנסה, בחינוך ובהשכלה; פערים הגדלים ומתרחבים במעמד החברתי-כלכלי במדינה לפי אזור מגורים, מאפייני מוצא, דת ומידת הדתיות.

ראינו מהמאמרים שקראנו ולמדנו, שהקשר בין הגורמים החברתיים-כלכליים לבין בריאות נחקר רבות. רווחה כלכלית והשכלה מוכרים כגורמים משמעותיים ביותר בקביעת מצבם הבריאותי של יחידים. למעמד חברתי-כלכלי לא רק השפעה מיידי, אלא גם השפעה מצטברת על מצב התחלואה של היחיד (אברבוך, קידר וחורב, 2010).

הפגיעה בבריאות בקרב אוכלוסיות ממעמד נמוך מתרחשת עקב מחסור במשאבים, קושי ברכישת שירותי בריאות, חיי דחק, קשיים בהתמודדויות יום-יומיות. העוני מלווה, פעמים רבות, ברמת השכלה ירודה/נמוכה, דבר שמגביר את הסיכון לאימוץ הרגלי בריאות לקויים ופיתוח בעיות שונות. החיים בעוני יוצרים מצוקה בריאותית, שבדרכה תורמת להנצחת העוני (בן-נון, ברלוביץ ושני, 2005).

שיעור האוכלוסיה הענייה בישראל גבוה מאוד ביחס למדינות מערביות אחרות. 20% מהמשפחות חיות כיום מתחת לקו העוני. המוסד לביטוח לאומי מגדיר מספר סיבות למקום הגבוה של ישראל בסולם תחולת העוני, והן: תמיכה כספית ממשלתית נמוכה, בהשוואה למדינות אחרות, לאוכלוסיות בגיל העבודה; מבנה דמוגרפי של החברה הישראלית – שיעור גבוה של משפחות גדולות; וכן מאפיינים תרבותיים, המשליכים על ההתנהגות של קבוצות אוכלוסיה שונות בתחום התעסוקה (אנדבלד, פרומן, ברקלי, גוטליב, 2009).

בשנת 2008 היו בישראל 420,100 משפחות עניות, שהן 1,651,300 נפשות – מתוכן 783,600 ילדים. לפי המאמרים ראינו, שמדובר גם על הבדלים לפי המפה הגיאוגרפית (פריפריה גיאוגרפית). ישנם הבדלים בהכנסה בין המרכז לדרום ולצפון. אזורי גיאוגרפיים המאופיינים ברמת עוני גבוהה בכלל, ושל הילדים בפרט, הם ירושלים ואזור הפריפריה (דרום

וצפון) (אנדבלד ואחרים, 2009). לדוגמה, רמת השכר של העובדים השכירים במחוז המרכז בשנת 2007 הייתה 9,217 ש"ח לחודש ובמחוז תל-אביב - 8,963 ש"ח, כאשר השכר במחוז הדרום היה 7,130 ש"ח לחודש, והשכר הנמוך ביותר היה במחוז הצפון 6,747 ש"ח (אנדבלד ואחרים, 2009). אחוז משמעותי מהתושבים באזורי הפריפריה מקבלים קצבת הבטחת הכנסה, גמלאות, נכות וסיעוד מביטוח לאומי.

השאלה הנשאלת היא למה יש הבדל בין המרכז לדרום ולצפון? ניתן לשייך את זה קודם כל להיסטוריה של ארץ ישראל. ישראל היא מדינה קטנה עם צפיפות אוכלוסיה גדולה מאוד. פריסת התושבים אינה אחידה וזה נובע הן מהמבנה הגיאוגרפי של המדינה והן מהתהליכים ההיסטוריים שהתרחשו בה. אבל לא רק הצפיפות שונה בין הדרום והצפון לבין המרכז, אלא גם הרכב האוכלוסיה שונה. היהודים מתגוררים לרוב באזור המרכז, ואילו רוב האוכלוסיה הערבית מתרכזת בצפון המדינה: 45% במחוז הצפון – אוכלוסיה ערבית. במחוז הדרום האוכלוסיה הערבית היא 11%, רובה מהמגזר הבדואי (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2009).

האוכלוסיה היהודית והאוכלוסיה הערבית אינן הומוגניות ומורכבות ממספר תת-קבוצות. השונות הזאת מתבטאת בהבדלים סוציו-דמוגרפיים, כלכליים, השכלתיים, תרבותיים ודתיים, מה שמשפיע על מצבן הבריאותי. באזורי הפריפריה הגיאוגרפית (צפון ודרום) מתגורר אחוז גבוה יחסית של עולים, שגם נבדלים במעמד חברתי-כלכלי והרגלים. חלק גדול מהעולים ממשיך לשמור על הרגלי חיים המוכרים לו מארץ המוצא, וגם לכך יש השפעה על הבריאות. לפי המוסד לביטוח לאומי, משפחות עניות הן משפחות מקבוצות אוכלוסיה שונות, כמו: עולים שמהווים 18%, משפחות גדולות, מרובות ילדים, של רוב האוכלוסיה החרדית 70%-60%, משפחות ערביות 49%, וקשישים – תחולת העוני בקרב הקשישים היא 23% (אנדבלד ואחרים, 2009).

לפי המאמרים ראינו, שישנו קשר הדוק בין רמת ההכנסה לבין השכלה. ככל שרמת ההכנסה גבוהה יותר, בדרך כלל גם רמת ההשכלה גבוהה יותר. הבדל זה מצוי גם בין האזורים הגיאוגרפיים במדינת ישראל. לדוגמה, בשנת 2008, שיעור הסטודנטים בני 20-29 הלומדים לתואר ראשון באוניברסיטאות, שהם תושבי יישובים יהודיים מבוססים, עמד על 10.1% - שיעור כמעט כפול מן השיעור המקביל בעירות הפיתוח – 5.9% וביישובים ערביים – 4.9% (סבירסקי, 2010א).

אנחנו רואים שתושבי אזור הפריפריה (דרום וצפון) שונים ברמת חייהם ובמאפיינים חברתיים אחרים מתושבי המרכז, וזה אומר לנו שיש לנו לא רק פריפריה גיאוגרפית גם פריפריה "חברתית", כאשר לעניין זה יכולה להיות/ישנה השפעה על אופי התחלואה, אופי השימוש בשירותי הבריאות וסיכונים בריאותיים. כדי להראות את השפעת הפערים בהכנסה, הפערים בחינוך, והפערים בתחומי החיים האחרים על מצב הבריאות, להלן מספר דוגמאות מהמאמרים שהתבססו עליהם בכתיבת העבודה.

תוחלת חיים ותמותה הם מדדים חשובים למצב הבריאות של אוכלוסיה. בשנים האחרונות ישנה עלייה בתוחלת החיים גם בקרב הנשים וגם בקרב הגברים. בישראל, תוחלת החיים בלידה בשנת 2009 הייתה בממוצע 79.7 שנים בקרב גברים, ו-83.5 שנים בקרב נשים (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2010). ישנו הבדל בתוחלת החיים לפי אזור המגורים.

בהשוואה בין המחוזות, תוחלת החיים הגבוהה ביותר נצפתה במחוז ירושלים (80.1 שנים) והנמוכה ביותר במחוז הצפון (77.9) והדרום (77.3) (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ומשרד הבריאות, 2006). קיים הבדל גם מבחינת קבוצות האוכלוסיה – תוחלת החיים בלידה גבוהה יותר בקרב יהודים בהשוואה לערבים, גם בקרב הזכרים וגם בקרב הנקבות. ההבדל בתוחלת החיים, שקיים בין ערבים ליהודים, גם הולך וגדל. בשנת 1996 היה ההבדל בתוחלת החיים בלידה בין גברים יהודים וערבים 1.5 שנים, ובשנים 2005 הוא גדל ל-3.8. גם בשנים הפער הוא גדל באותם שנים מ-3.1 שנים ל-4.0 שנים (אפשטיין וחורב, 2007).

ישנו גם פער בתמותה הכללית בין ערבים ליהודים, גם בקרב הזכרים וגם בקרב נקבות. חוקרים גם מצביעים על קשר בין תמותה כללית להשכלה – ככל שההשכלה נמוכה יותר הסיכוי למוות עולה.

תמותת תינוקות גם היא מדד חשוב למצב בריאות האוכלוסיה ואיכות שירותי הבריאות. לפי המאמרים ישנו קשר בין תמותת תינוקות להשכלת האם ולאזור המגורים. שיעור תמותת התינוקות גבוה יותר בדרום ובצפון, ונמוך יותר במרכז. ניתן לומר, שכל שיעור גבוה יותר בסולם החברתי-כלכלי, כך שיעור תמותת התינוקות נמוך יותר. בקשר עם ההשכלה היחס הוא דומה, ככל שהשכלת האם גבוהה יותר גם שיעור תמותת התינוקות נמוך ויותר, ולהיפך. לדוגמה, בקרב נשים עם פחות מ-4 שנות לימוד נמצא, בשנים 2000-2002, כי תמותת התינוקות גבוהה פי 4.6 לעומת נשים שההשכלה שלהן עולה על 16 שנות לימוד (אפשטיין וחורב, 2007).

קיים פער גם בתחלואה. דוגמה לכך היא מחלת הסוכרת. שכיחות המחלה תלויה בממדים חברתיים-כלכליים. לדוגמה, שיעור חולי הסוכרת גבוה פי חמישה בקרב מקבלי קצבאות ביטוח לאומי – כ-15% לעומת 3% בקרב יתר המבוטחים (יסעור-בית אור, 2010). כמו כן, שיעור חולי הסוכרת בקרב חסרי ההשכלה מגיע ל-19.6 לכל מאה נפש, לעומת 5.7 בקרב בעלי תעודת בגרות או בעלי השכלה אקדמית (אפשטיין וחורב, 2007). ראינו קודם, גם מהדוגמאות, שהשכלה קשורה למצב כלכלי; לכן ניתן להגיד שכלל שהאוכלוסיה חלשה יותר מבחינה כלכלית, שיעור התחלואה במחלת הסוכרת גבוה יותר.

ישנו גם הבדל בתחלואת סוכרת בין יהודים לערבים בשני המינים (גברים ונשים). בקרב גברים שיעור הסוכרת גבוה פי 1.6 בערבים מאשר ביהודים, ובקרב הנשים השיעור גבוה פי 1.9 בערביות לעומת יהודיות (אברבך ואחרים, 2010).

ברוב המאמרים שקראנו ראינו שמזכירים את האוכלוסיה ממוצא אתיופי כקבוצת סיכון גבוה לתחלואה בסוכרת. סוכרת היא מחלה שקשורה בין השאר לתזונה ולאורח חיים, לכן העלייה במחלה בקרב העולים מאתיופיה קשורה בין היתר לשינויים בהרגלי התזונה שלהם כאשר הם עלו ארצה, ללחצים הנפשיים הקשורים בעלייה, ולמצב החברתי-כלכלי הנמוך יחסית של קבוצה זו. קבוצה זאת לא סבלה מסוכרת בארץ המוצא שלה הודות לאורח החיים שלה שם. אחרי העלייה לארץ, במשך שנים אחדות, שכיחות הסוכרת אצלם הייתה נמוכה בהשוואה לכלל האוכלוסיה. כעבור מספר שנים נוספות ועד היום, בעקבות התזונה ואורח-החיים הישראלי-מערבי, עלתה הסוכרת אצלם באופן קיצוני. לפי סקר שבוצע בקרב עולים מאתיופיה, מיד עם הגעתם לישראל רק 0.4% מתוכם אובחנו כחולי סוכרת; לאחר 4 שנים בישראל עלתה שכיחות הסוכרת ל-8.9%, לאחר 7 שנים לשהותם בארץ השכיחות

הייתה 9.6%, ולאחר 12-16 שנים לשהותם בארץ עמדה השכיחות על 17.6% (אפשטיין וחורב, 2007).

הבאנו דוגמאות מהמאמרים, וראינו ששכיחות מחלת הסוכרת תלויה ברמה החברתית-כלכלית. מעניין היה לגלות שגם איזון מחלת הסוכרת תלוי/קשור במעמד חברתי-כלכלי. לדוגמה, שיעור חולי הסוכרת עם רמת HbA1c מעל 9% (מצב של חוסר-איזון) בקרב בעלי הכנסה נמוכה, בגילאי 45-54 עומד על 26% לעומת 19.4% בקרב בעלי הכנסה לא נמוכה באותה קבוצת גיל (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2007). קיים גם קשר בין רמת האיזון של מחלת הסוכרת ובין המעמד החברתי-כלכלי של יישוב המגורים. האיזון טוב פחות ככל שמעמד היישוב נמוך יותר (אפשטיין, 2009).

פערים בבריאות בין קבוצות שונות קיימים גם בתחום בריאות הנפש. ככל שהמעמד החברתי-כלכלי נמוך יותר כך הסיכון לחלות בדיכאון או בחרדה גבוה יותר. העולים מהווים קבוצת סיכון משמעותית להתאבדויות. בשנת 2007, שליש מכלל ההתאבדויות בישראל בוצעו על-ידי עולים מברית-המועצות, שהגיעו לארץ משנת 1990, ועל-ידי עולים מאתיופיה שעלו משנות השמונים (אברבוך ואחרים, 2010).

עד עתה נתנו דוגמאות לפער הקיים בבריאות האוכלוסיה לפי השכלה, הכנסה, אזור מגורים, קבוצת אוכלוסיה, ארץ מוצא. לפי המחקרים ראינו שגם לרמת הדתיות יש השפעה על הבריאות. האוכלוסיה היהודית במדינת ישראל מחולקת גם לפי רמת הדתיות. 43% מגדירים את עצמם חילוניים, 39% כמסורתיים, 10% דתיים ו-8% כחרדים (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2009). ההבדלים בין הקבוצות באים לידי ביטוי במאפיינים דמוגרפיים, כגון: גודל המשפחה ודפוסי הפרייון, בסגנון החיים, בהתנהגות בריאותית, אך גם בשימוש בשירותי הבריאות. כל אלה יכולים להשפיע על מצב הבריאות. לדוגמה, האוכלוסיה החרדית שונה בצורה משמעותית משאר הקבוצות הדתיות; זוהי אוכלוסיה צעירה עם שיעור עוני גבוה מאוד וסגנון חיים מיוחד. קיים שיעור גבוה מאוד של נשים חרדיות המאובחנות עם סרטן שד בשלב מאוחר של המחלה, לעומת נשים לא חרדיות. סרטן השד הינו המחלה הממארת השכיחה ביותר בישראל ובעולם. אחת הבדיקות החשובות והשכיחות לגילוי מוקדם של המחלה היא ממוגרפיה. גילוי מוקדם של המחלה הוא האמצעי היעיל ביותר למלחמה בסרטן השד. בוצע מחקר בירושלים שגילה, כי הפרוגנוזה בקרב נשים חרדיות גרועה הרבה יותר מאשר בנשים חילוניות, וזאת כתוצאה מאי-ביצוע בדיקת ממוגרפיה בגיל המומלץ. חוסר הידע, או מידע מוטעה בנושא, בולטים במיוחד אצל נשים חרדיות, ומונעים מהן לקחת אחריות על בריאותן, להיבדק על-ידי רופא או לבצע בדיקות ממוגרפיה בגיל המומלץ, עובדה העלולה למנוע גילוי מוקדם שבכוחו להציל חיים.

לסיכום, על יסוד הדוגמאות שבמאמרים ניתן לומר שישנו קשר הדוק בין בריאות האדם לבין סביבתו. הסביבה של האדם היא סביבתו הכלכלית, ההתנהגותית, הנפשית והתרבותית. כאשר אחד מהמרכיבים הללו בסיכון, גם הסיכון הבריאותי עולה בהתאם. הסיבה השנייה העיקרית להיווצרות פער במצבי הבריאות בין קבוצות אוכלוסיה שונות היא מערכת הבריאות. כאן נתייחס לפערים שקיימים בין קבוצות אוכלוסיה שונות בישראל בנגישות לשירותי בריאות.

1. הבדלים בתשתיות: לפי הנתונים שבמאמרים קיים אי-שוויון בפריסת שירותי הבריאות בין אזורים שונים במדינת ישראל. להלן עיקרי ההבדלים:

ג. אי-שוויון אזורי בפיזור מיטות אשפוז

מערכת בתי-החולים מהווה מרכיב מרכזי בשירותי הבריאות, הן מבחינת הוצאות המערכת והן מבחינת הידע המקצועי, המחקר והטכנולוגיה. יותר ממחצית כוח האדם הרפואי שבמערכת הבריאות מועסק בבת-חולים (בן-נון ואחרים, 2005). בשנת 2006 הייתה ההוצאה לשירותי בתי-החולים כשליש מההוצאה הלאומית לבריאות (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2009). שיעור המיטות בישראל נמצא בירידה מתמדת כבר תקופה ארוכה. ישנה מצוקת אישפוז במחוזות הפריפריאליים. שיעור המיטות לאישפוז כללי במחוזות הצפון והדרום נמוך משמעותית בהשוואה לשאר המחוזות. בפריפריה יש כ-1.5 מיטות לאלף נפש, ואילו במרכז כמעט פי-2 (2.7 מיטות לאלף נפש). קיים פער גדול אף יותר בעמדות ניתוח, כאשר בפריפריה מספר עמדות הניתוח לנפש הוא בין 3.2-3.5 לאלף נפש, בעוד שבאזור המרכז מספר עמדות הניתוח הוא בין 7.8-8.9 לאלף נפש, כלומר, כמעט פי-3 (אפשטיין וחורב, 2007). מנתוני המחקרים אנחנו רואים, שבדיקת פריסת המיטות לפי אגפי אישפוז שונים מראה, כי תמונת הפערים בין המרכז לפריפריה חוזרת על עצמה. אזורי הצפון והדרום מתאפיינים בשיעורי מיטות נמוכים באגף הפנימי, אגף הילדים, טיפול נמרץ, טיפול נמרץ ילדים, פסיכיאטריה, מחלות ממושכות ושיקום. ישנו גידול משמעותי של האוכלוסיה בעשור האחרון, וכמובן שגם האוכלוסיה בפריפריה גדלה. כפי שצויין לעיל, אחד המרכיבים בגידול האוכלוסיה בפריפריה הוא העולים שמגיעים ומתגוררים באזורי הפריפריה, והמשפחות הערביות שהן מרובות ילדים בדרך כלל. עם זאת, כמות מיטות האישפוז אינה גדלה, וכמו שאמרנו, ישנה מגמת ירידה בשיעור המיטות. אם אנחנו מדברים על ירידה, אז כל ירידה נוספת בצפון ובדרום, שמלווה בצמיחת אוכלוסיה, היא ירידה נוספת בנגישות לשירותי הבריאות, וכך הפערים בין אזורים אלה לבין שאר אזורי הארץ מתרחבים.

ד. אי-שוויון אזורי בפיזור כוח אדם

התמונה דומה גם בפיזור כוח האדם במקצועות הבריאות. הנתונים שמוצגים במאמרים מראים ששיעור הרופאים המועסקים במחוזות הצפון והדרום לאלף נפש הם הנמוכים במדינה. מצב זה לא השתנה מאמצע שנות התשעים. יתרה מזו, בשנים האחרונות חלה ירידה נוספת בשיעור הרופאים. בשנת 2008 היה שיעור הרופאים המועסקים באזור הצפון 1.6 לאלף נפש, באזור הדרום – 2.1 לאלף נפש, ובאזור המרכז – 3.8 לאלף נפש (אברבוך ואחרים, 2010).

גם לפי מומחיות הרופאים ישנו פיזור לא שווה בין המרכז לפריפריה. אנו שומעים כל הזמן בחדשות, שבפריפריה ישנה מצוקה של רופאים מומחים בכל מיני תחומים, כמו: הרדמה, טיפול נמרץ ילדים, כירורגיה כללית, גריאטריה ורפואת ילדים. כל הזמן מדווחים על מחסור קבוע בפריפריה ברופאים מומחים ומתמחים. התופעה דומה גם כשמדובר בכוח האדם במקצועות אחרים. מחוזות הצפון והדרום

מאופיינים לרוב בשיעורים נמוכים ביותר של כוח אדם מועסק לנפש. שיעור האחיות המוסמכות, רופאי השיניים, ושיעור המועסקים במקצועות עזר נמוכים בדרום ובצפון ביחס לשאר אזורי המדינה (אברבך ואחרים, 2010). לסיכום, הפער בין מרכז לפריפריה בפיזור מיטות אישפוז וכוח אדם גורם לירידה בנגישות לשירותי בריאות באזורי הפריפריה, וכך גם לירידה במצב הבריאות של אותן קבוצות אוכלוסיה שמתגוררות באזורים הללו.

2. היבטים כלכליים של מערכת הבריאות.

מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי בשנת 1994 ישנם שינויים כלכליים בהוצאה הלאומית לבריאות. בין השנים 1998-2009 עלה סך ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל ב-907 ש"ח לנפש (במחירי 2005). אם נפרק לגורמים את הסכום הזה נראה, שהעלייה נובעת מעלייה במימון הפרטי של מערכת הבריאות ב-847 ש"ח לנפש, מול ירידה מקבילה של 192 ש"ח לנפש במימון הממשלתי המופנה לבריאות (אברבך ואחרים, 2010). זאת אומרת, שישנה ירידה במימון הממשלתי לבריאות ועלייה בתשלומים הפרטיים אותם משלם הציבור עבור רכישת שירותי בריאות. ככל שחלק גדול יותר ממימון המערכת עובר ממימון ממשלתי-ציבורי למימון פרטי, כך גדל הקשר בין הכנסתו של הפרט ליכולתו לצרוך שירותי בריאות חיוניים.

כאזרחי המדינה, אנו משתתפים במימון מגוון שירותי בריאות. לפי אפשטיין וחורב (2007) קיימים שלושה מעגלים של חסמים כלכליים, שמונעים מאוכלוסיות חלשות לקבל טיפול רפואי. המעגל הראשון מתייחס לתשלומי השתתפות עצמית עבור שירותים מסוימים שכלולים בסל השירותים הבסיסי, כמו: ביקור בחדר מיון, אגרת ביקור אצל רופא מקצועי, תשלום על תרופה בסל וכדומה. המעגל השני של חסמים כלכליים מתייחס לתשלומי הביטוח המשלים שאינם מתייחסים לגובה הכנסת הפרט. המעגל השלישי מתייחס לתשלומים על שירותים רפואיים שאינם כלולים כיום בסל הבסיסי של שירותי הבריאות, וגם כמעט ואינם כלולים בתוכניות של שירותי הבריאות הנוספים, כמו: רפואת שיניים, טכנולוגיות ותרופות מסוימות.

כמובן שעבור האוכלוסיות החלשות התשלום מהווה חסם לקבלת הטיפול הדרוש, ולכן הן מוותרות על טיפולים רפואיים, דבר שגורם לירידה במצב הבריאותי בקרב אותן קבוצות אוכלוסיה. לפי הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנערך בשנת 2007 בקרב אוכלוסיית בני ה-20 ומעלה, קיימים פערים גדולים בויתור על שירותים לפי רמת הכנסה. 36.9% מבעלי ההכנסה הנמוכה (עד 4,000 ש"ח) מוותרים על תרופות בגלל קשיים כלכליים, לעומת 5.6% מבעלי ההכנסה שמעל 8,000 ש"ח. וויתורים דומים קיימים גם בתחום טיפולי השיניים: 66.4% מבעלי ההכנסה הנמוכה מוותרים על טיפולי שיניים, לעומת 25% מבעלי ההכנסה שמעל ל-8,000 ש"ח.

לסיכום, ההוצאה הממשלתית לבריאות יורדת וההוצאה הפרטית עולה. כאמור, ההוצאה הפרטית מורכבת בעיקר מתשלומים של משק הבית. כאשר משקי הבית משלמים עבור שירותי בריאות – השתתפות עצמית, ביטוח בריאות, מעבר למסי בריאות ושירותים פרטיים – האי-שוויון גדל, כי משקי הבית בעלי ההכנסה הגבוהה יותר יכולים להרשות

לעצמם לרכוש שירותים ומוצרים שאינם בהישג ידם של משקי בית בעלי הכנסה נמוכה (סבירסקי, 2010ב).

הסיבה השלישית העיקרית שגורמת לפערים במצבי בריאות בין קבוצות אוכלוסיה בארץ – פערים שקיימים באיכות השירותים. כאן נתייחס לשונות התרבותית שקיימת במדינת ישראל.

קיים חסם תרבות, שהוא גורם משמעותי במניעת ניצול מתאים של שירותי בריאות והשגת רמת בריאות מקסימלית (אפשטיין, 2010). את החסם התרבותי ניתן לחלק ל: א) תפיסה תרבותית שונה של בריאות וחולי; ב) שירותי בריאות שאינם מותאמים תרבותית. להלן הסבר לגבי כל אחד מהם.

א. תפיסה תרבותית שונה של בריאות וחולי

מדינת ישראל כוללת קבוצות דת, לאום ותרבות מגוונות. בתוך האוכלוסיה, כפי שהסברנו והדגמנו, ישנם הבדלים משמעותיים מבחינת רמת הכלכלה (עניים ועשירים), רמת ההשכלה (נמוכה וגבוהה), הדת (יהודים, מוסלמים, נוצרים, ערבים, דרוזים), והתרבות (עולים שהגיעו לישראל במשך עשרות שנים). ההבדלים בין הקבוצות באים לידי ביטוי גם במדדי בריאות, בסגנון חיים, בהתנהגות בריאותית, בתפיסות והשקפות הקשורות לבריאות ולאורח חיים בריא. הבאנו כבר דוגמה של מחקר שבדק פרוגנוזה של סרטן השד בקרב נשים בישראל, וראינו שלרמת הדתיות יש משמעות רבה יחסית, כי הפרוגנוזה גרועה יותר בקרב נשים חרדיות לעומת חילוניות, מכיוון שרמת הדתיות משפיעה על גישתו של הפרט לנושאי המניעה, לאבחון המוקדם ולשילובים השונים במהלך הטיפול הרפואי (למשל, נשים חרדיות מעוניינות להיות מטופלות אצל רופאות) (אפשטיין וחורב, 2007).

ב. שירותי בריאות לא מתאימים תרבותית

בארץ ישראל, השפות הנפוצות הן עברית, ערבית, רוסית ואנגלית. המקור לריבוי הלשוניות הוא גלי העלייה שהגיעו במהלך למעלה משישים שנות קיומה של המדינה. לרוב האוכלוסיה היהודית ולחלק משמעותי מהאוכלוסיה הערבית שליטה טובה בשפה העברית. יחד עם זאת ישנן קבוצות, במיוחד של עולים או קשישים מהמגזר הלא יהודי, שמתקשות בעברית ושליטתן בשפה מוגבלת לתקשורת בסיסית בלבד. לא רק עולים חדשים מתקשים בעברית, אלא גם עולים ותיקים שהגיעו לארץ בגיל מבוגר ומתקשים להשתלט על השפה. מחקר שנעשה לאחרונה על-ידי משרד הקליטה, בנושא השליטה בעברית גילה, שעולים מבריה"מ לשעבר דיווחו כי שליטתם בשפה העברית מספיקה לענייני יום-יום, אך כשליש דיווחו שבאופן כללי שליטתם בשפה אינה מספיקה (אברבוך ואחרים, 2010).

חוסר ידיעת השפה במידה מספקת מהווה מחסום משמעותי בפני התושבים הזקוקים לשירות רפואי; הדבר מוביל לתקשורת לקוייה עם הצוות המטפל ולפגיעה באיכות הטיפול. בנוסף לתקשורת עם הצוות המטפל קיים תחום נוסף, שבו קשיי

השפה פוגעים בצורה משמעותית ביכולתו של האזרח להשתמש בצורה נכונה ומתאימה בשירותי הבריאות. אנחנו מדברים על תחום המידע שמספקים ארגוני הבריאות למבוטחים; מדובר בטופס הסכמה, עלוני מידע בנושא קידום הבריאות, חומר הסבר לאוכלוסיה בנוגע לזכויות, ושילוט בשפות המובנות לאוכלוסיות העיקריות המגיעות לשירות. רוב הטפסים ועלוני המידע אינם מתורגמים לשפות שונות, וזה מונע מהאזרחים להכיר את שירותי הרפואה, את הדרכים המועילות לקידום ושימור הבריאות ובמקביל, את היכולת לממש את הזכויות שעומדות לרשותם.

חוץ ממחסומים לשוניים קיים מחסום נוסף שהוא המחסום התרבותי. אנשי המקצוע שבאים במגע ישיר עם המטופלים חייבים להכיר את הרקע התרבותי שלהם, כדי להתייחס לצרכים השונים והמיוחדים של אותה קבוצת אוכלוסיה. דוגמה שכבר הזכרנו היא יוצאי אתיופיה. הפער התרבותי בין העולים מאתיופיה לבין החברה הקולטת, חוסר ההיכרות שלהם עם מערכת רפואית, חוסר ידיעת השפה העברית וגם היעדר השכלה כלשהי הביאו לתוצאות בריאותיות בעייתיות. מצבם הבריאותי של העולים מאתיופיה התדרדר מאז עלייתם לישראל (ראה לעיל דוגמת הסוכרת). אם השירות הרפואי היה מותאם תרבותית לקבוצה זאת, והיא הייתה מקבלת הדרכה מתאימה להרגלי תזונה נכונים, יכול להיות ששיעור תחלואת הסוכרת בקרב העולים מאתיופיה לא היה גבוה כל כך.

אנו רואים שבעיות שפה, מחסור בפרסומים המותאמים לרקע התרבותי של קבוצות שונות באוכלוסיה, חוסר בתרגומים לשפות שונות ומחסור באנשי מקצוע שצמחו מתוך אותן קבוצות אוכלוסיה – שיכולים לגשר על החסמים התרבותיים – גורמים לעלייה בפערים במצבי הבריאות בין אוכלוסיות שונות.

כפי שמשקף מהמאמרים הרבים, הסיבות לפער בבריאות מורכבות, והן כוללות את: מדיניות הממשלה, מערכת הבריאות, האוכלוסיה עצמה ואנשי המקצוע. על מנת לטפל באי-השוויון בבריאות שקיים במדינת ישראל, ישנו צורך ראשוני בהכרת מוסדות המדינה בקיומו של אי-השוויון ובצורך המיידי לפעול לצמצומו. כמובן שלמערכת הבריאות יש תפקיד מרכזי בצמצום אי-השוויון בבריאות. מערכת הבריאות צריכה: (1) למנוע את ההשלכות הבריאותיות שנגרמות על-ידי הפערים החברתיים-כלכליים-תרבותיים באוכלוסיה של מדינת ישראל. (2) לאתר ולטפל בפערים הקיימים בבריאות (איזון מחלות כרוניות) וכך לצמצם את היקף אי-השוויון הבריאותי הקיים.

מה הן הפעילויות? הפעילויות צריכות להיות מכוונות:

(1) לחלוקה אחרת של המשאבים והתקציב העומדים כיום לרשות מערכת הבריאות. כאן אנחנו מדברים קודם כל על התשתיות הפיזיות, על זמינות ונגישות ואיכות שירותי הבריאות בין אזורים גיאוגרפיים שונים (צפון, דרום ומרכז). יש צורך בפיתוח בתי-חולים בפריפריה, מתן תמריצים למשיכת כוח אדם מקצועי לפריפריה, הכשרת מטפלים מקבוצות שונות ע"י קורסים להכשרת אחיות מהמגזר הבדואי למשל.

הקמת בית-ספר חמישי לרפואה הוא דוגמה נוספת לצמצום הפער. כמובן שכל האמור מחייב תוספת תקציבית.

(2) הקטנת החסמים הכלכליים שעומדים בפני האוכלוסיה למינימום, כדי שהאזרח יקבל שירותי בריאות על-ידי ביטול דמי ההשתתפות העצמית לא רק בשירותי מניעה (לדוגמה, ביטול אגרת טיפת חלב בשנת 2009), אלא גם ביטול או הקטנה משמעותית של דמי ההשתתפות העצמית בתרופות, בדיקות לחולים כרוניים, לאנשים בעלי צרכים מיוחדים כמו בעלי מוגבלות ונכים. סבסוד גובה הביטוח המשלים לפי רמת ההכנסה, ולא כפי שזה מקובל כיום. הכנסת טיפול שיניים לסל הבריאות. שינוי תמריצים, הקטנת המימון הפרטי, והגדלת הסל הציבורי הם צעדים מאקרו-כלכליים וקשורים למשרד האוצר.

(3) צמצום החסם התרבותי: על-ידי א) מתן מידע מתאים – שילוט בשפות שונות, הכנת חומר הסברה וטפסים של הסכמה מדעת בשפות שונות (רוסית, אנגלית, אמהרית), תוך התייחסות לרקע התרבותי. כמו כן, הקמת שירותי תרגום מקצועיים, בניגוד לשימוש הנהוג כיום באנשים לא מקצועיים לצורך תרגום. מתן הסבר לקבוצות אוכלוסיה שונות, בצורה שתתאים לרקע התרבותי שלהם, במטרה לספק ידע ולקדם הרגלי חיים בריאותיים. ב) הכשרת אנשי מקצוע – יש צורך בלימוד נושא אי-השוויון הבריאותי בכל מסגרות הבריאות (במוסדות האקדמיים לרפואה, לסיעוד, לעובדות סוציאליות, תזונה ועוד), כדי לתת/לרכוש כלים תרבותיים שיאפשרו טיפול מתאים בקבוצות שונות באוכלוסיה. כמו כן, יש לפתח ולהכשיר עובדים שכבר מועסקים במערכת הבריאות, להציג להם את הבעיות, הסיבות והתוצאות של אי-השוויון בבריאות.

התאמה תרבותית של שירותי הבריאות חיונית לקיום תקשורת יעילה בין מטפל ומטופל, והיא יכולה להשפיע על ההבנה ועל ההתייחסות לבריאות, הן ברמת מנע ראשונית (היענות לחיסונים, הימנעות מעישון, פעילות גופנית), והן ברמת מנע שניונית – אבחון מוקדם (היענות לממוגרפיה), וברמת מנע שלישונית – שיקום במקרים של מוגבלות ונכות.

ההתמודדות עם אי-שוויון בבריאות היא אחריות לאומית, ולכן מערכת הבריאות אינה מסוגלת להתמודד ולטפל בכך לבדה. יש צורך במעורבות של משרדי הממשלה השונים (משרד האוצר, משרד החינוך, משרד הרווחה והתרבות, המשרד לפיתוח הנגב והגליל וכדומה), של הרשויות המקומיות, ראשי העדות השונות והקהילה האקדמית. המכשול העיקרי לביצוע מוצלח של הפעילויות לצמצום הפער בבריאות הוא היכולת לרתום את כל הגורמים למטרה. לאחר הצלחת גיוס הגורמים השונים למטרה עדיין קיים צורך בהשגת שיתוף פעולה יעיל בין הגופים השונים, אשר בלעדיהם לא ניתן לממש את הפעילויות ולהשיג את המטרה – צמצום הפער במצבי הבריאות במדינת ישראל.

לסיכום, אנחנו רוצים להגיד שלאנשי המקצוע יש השפעה גדולה מאוד על כל נושא אי-השוויון הבריאותי. כאנשי מקצוע, אין ביכולתנו להשפיע ולהתמודד עם בעיות הכנסה,

השכלה וכדומה, אך ביכולתנו לזהות את המטופלים עם הבעיות, להבין את הרלבנטיות שלהן לבריאות, ולתכנן פעילויות שיביאו לצמצום הפער בבריאות.

רשימת מקורות

אברבונן, א., קידר, נ., וחורב, ט. (2010). אי-שוויון בבריאות והתמודדות עמו 2010. ירושלים:

משרד הבריאות – האגף לכלכלה וביטוח בריאות. נדלה מתוך:

<http://www.patients-rights.org/uploadimages/Health>

אנדבלד, מ., פרומן, א., ברקלי, נ., וגוטליב, ד. (2009). 2008 – ממדי העוני והפגרים

החברתיים.

דוח שנתי. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי – מינהל המחקר והתכנון. נדלה מתוך:

http://www.btl.gov.il/Publications/oni_report/Documents/oni2008.pdf

אפשטיין, ל. (2009). אי-שוויון בבריאות בישראל: הבעיה, הסיבות והפעילות הדרושה לצמצום.

בתוך: ח. דורון (עורך), מערכת הבריאות לאן? מחוק ביטוח בריאות שוויוני לאי-

שוויון

בבריאות (עמ' 73-99). באר שבע: הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן-גוריון.

אפשטיין, ל. (2010). אי-שוויון ואי-צדק בשירותי בריאות ובמצב הבריאות. בתוך: ג. בן-נון ור.

מגנזי (עורכים), היבטים כלכליים וחברתיים במערכת הבריאות בישראל (עמ' 325-

308).

אפשטיין, ל., גולדווג, ר., איסמעיל, ש., גרינשטיין, מ., ורוזן, ב. (2006). צמצום אי-השוויון

ואי-

הצדק בבריאות בישראל: לקראת מדיניות לאומית ותכנית פעולה. ירושלים:

מאירס-

ג'וינט-מכון ברוקדייל.

אפשטיין, ל., וחורב, ט. (2007). אי-שוויון בבריאות ובמערכת הבריאות; הצגת הבעיה וקווים

למדיניות להתמודדות עמה. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית

בישראל.

בן-נון, ג., ברלוביץ, י., ושני, מ. (2005). מערכת הבריאות בישראל. תל-אביב: הוצאת משרד

הביטחון.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2009). שנתון סטטיסטי לישראל 2009 – מספר 60.

ירושלים:

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2010). שנתון סטטיסטי לישראל 2009 – מספר 61.

ירושלים:

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות. (2006). פרופיל בריאותי-חברתי של

הישובים

בישראל 1998-2002. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ומשרד הבריאות-

האגף

<http://www.cbs.gov.il/publications> : נדלה מתוך:

ועדת ספיבק. (2011, אוגוסט). *צדק חברתי ובריאות – נייר עמדה כבסיס לדיון ציבורי רחב*.

מתוך:

<http://j14.org.il/spivak/wp-content/uploads/2011>

יסעור-בית אור, מ. (2010, 14 ביוני). דו"ח: ערבים ואתיופים חולים יותר – ומטופלים פחות.

ynet – חדשות בריאות. נדלה מתוך: <http://www.ynet.co.il/articles>

מדינת ישראל. (1994). *חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994*.

סבירסקי, ב. (2010א). אי-שוויון בבריאות: העיקר איננו הבריאות. בתוך: ג. בן-נון ור.

מגנזי (עורכים), *היבטים כלכליים וחברתיים במערכת הבריאות בישראל* (עמ' 292-

269).

סבירסקי, ב. (2010ב, 14 בספטמבר). זה הזמן להגדיל את ההוצאה הציבורית לבריאות. מרכז

אדוה – רופאים לזכויות אדם – האגודה לזכויות האזרח. נדלה מתוך:

<http://www.adva.org/Uploaded>

רכס, א. (2011, 13 במרץ). אי-שוויון בבריאות בישראל. נייר עמדה. הלשכה לאתיקה של

ההסתדרות הרפואית. *DoctorsOnly*. נדלה מתוך: <http://doctorsonly.co.il>

תדירות הצעת האחיות את צמן, לפי
בית חולים

הערה	הדגש
תדמית/מראה של בית החולים	תדמית/מראה של בית החולים
חומר שיתוף פעולה של צוותים	חומר שיתוף פעולה של צוותים
בחילי מול בני חולים אחרים	בחילי מול בני חולים אחרים
סקרן שביעות רצון נמוכים	סקרן שביעות רצון נמוכים

○ משא העבודה נגזר מעמודי האש שפורסמו ע"י משרד הבריאות, מהחזון הארגוני של בית החולים ברזילי ודרישת הנהלת הסיעוד לשנה החדשה.



✓ קידום תחום בריאות הציבור

✓ צמצום אי השוויון בבריאות (גיאוגרפי וחברתי)

✓ חיזוק אופייה הציבורי של מערכת הבריאות

✓ הכשחת איכות הרפואה ושירותי הבריאות בישראל

חלון המרכז הרבוא'
ברזילאי-עלכת ובעלילכת!

מרכז המטפח את המשאב האנושי, מוביל בריאות בקהילה ומעודד מחקר וחינוך במקצועות הרפואה.



הגדרת המצורבות הקהילה וההובלה של צרכי
ההבראות והחילוק לבראות על ידי בית החולים

תכנון ואטרות הסיצוד



- ✓ יצירת שביעות רצון אצל צוות בית החולים
- ✓ חיזוק הסיצוד כפרופסיה מקדמת בראות
- ✓ הטמעת ערך הלימוד בסיצוד
- ✓ הטמעת הניהול כחלק מהאחריות
- ✓ המקצועיות של צוות האחיות

כלים ושיטות מדידה

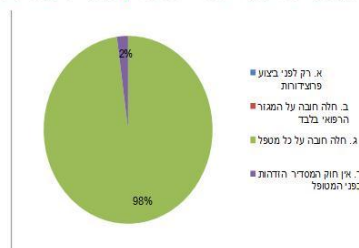
- מיליון שאלון ע"י הצוות הסיצודי במחלקות: ילדים, כירורגיה ואורתופדיה.
- תצפיות
- שאלה שתוצג למטופלים בעת שחרורם מהאשפוז: האם הצוות הסיצודי הציג עצמו בפניך?

טבלת תכנון ביצוע

אופי הביצוע	ל"י	אחראי ועומדים	מדיד בדיקה
1. קבלת אישור הנהלה דרפוזית ומישידות	04/2013	גלית, מיכל, סני	קיים אישור
2. קבלת אישור מנהלי המחלקות/אחיות אחראיות	04/2012	גלית, מיכל, סני	הפרויקט קיבל אישור
3. ישיבת צוות ראשונית במחלקות השותפות בפ"ל	05-06/2013	גלית, מיכל, סני	הצוותים הסיצודיים משפרי לפרויקט
4. חלוקת שאלונים ותצפיות	05-06/2013	גלית, מיכל, סני	כל השאלונים שהופצו, מולאו
5. עיבוד נתונים	06/2013	גלית, מיכל, סני	איסוף וריכוז הנתונים מהשאלונים והתצפיות

אופי הביצוע	ל"י	אחראי ועומדים	מדיד בדיקה
7. הערכת ביניים	08/2013	חברות הקבוצה	עלה במספר האודות המצפיות את עצמן
8. המשך הרצת הפיילוט	08-10/2013	חברות הקבוצה	כל השאלונים הופצו
9. הערכת הפרויקט על הפצת שאלון, תצפיות ושיבוץ הנתונים. קבלת שוב חיוני מהמטופלים בנושא הבנת צוות	10/2013	חברות הקבוצה	כל השאלונים הופצו % האחריות המציגות את עצמן על ל-90% במחלקות הפיילוט
10. הצגת תוצאות סיום הפרויקט להנהלת המוסד	12/2013	חברות הקבוצה, הנהלת המוסד	כל בית החולים חשף לפרויקט ועיבוד על פי
11. הרצת רוחבית של הנושא בכל בית החולים	2014-2015	חברות הקבוצה- תומכות אחראיות מחלק, מנהלי מחלק, כלל צוות בית החולים	שביעות רצון המטופלים מהצגת צוות "מונחת" לראש הטבלה

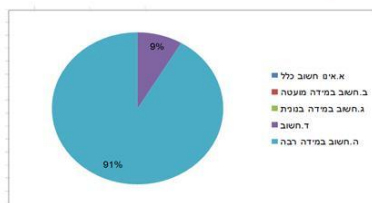
האם על כל חוק לכונן החולה חלה חובת מסירת מידע קבוצה להנהל המוסד?



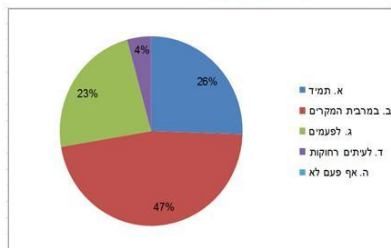
לוח זמנים

זמן	אפריל 2013	מאי 2013	יוני 2013	יולי 2013	אוגוסט 2013	ספטמבר 2013	אוקטובר 2013	נובמבר 2013	דצמבר 2013	2014
תכנון										
1. קבלת אישור ההנהלה הרפואית והסיצודית	25/4									
2. קבלת אישור מנהלי המחלקות/אחיות אחראיות	28-29/4									
3. ישיבת צוות ראשונית למחלקות המשתתפות בפ"ל		28/5 יריד מחלקת ילדים	16/6 אורחותיה 20/6 כירורגיה							
4. חלוקת שאלונים ותצפיות			בזמן ישיבת צוות	23/6						
5. עיבוד נתונים										
6. הטמעת התהליך				1/7						
7. הערכת ביניים					15/8					
8. המשך הרצת הפיילוט										
9. הערכת פרויקט ע"י שאלונים ותצפיות										
10. הצגת תוצאות סיום הפרויקט להנהלת המוסד									15/12	
11. הרצת רוחבית של הנושא לכלל בית החולים										חודש יוני 2014

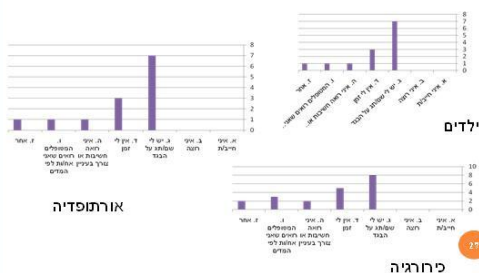
האם לדעתך חשוב להציג את עצמך בפני המטופל?



האם אהיה נוח/ת להציג את עצמך (עם ותפקיד) בפני המטופל לפני השתתפותי בטיפול/ פיוצ'ר פרוצדורה?



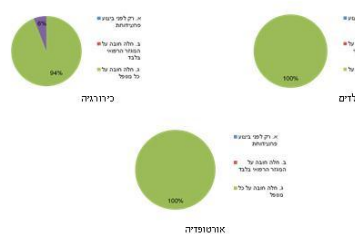
מדוע לדעתך אחי/אחות אינם מציגים את עצמם?



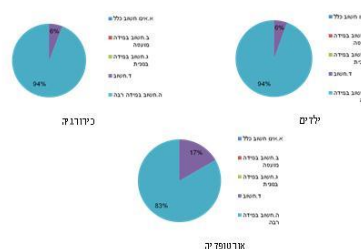
תוצאות... (הצרכים ביניים)

- בכל המהלכות בהן מבוצע הפיילוט האחות עונדות תג זיהוי
- בכל האחות בהן מבוצע הפיילוט, קיים שילוט המציג את בעלי התפקיד העיקריים במהלך ההליכה
- בכל המהלכות בהן מבוצע הפיילוט, קיים לוח הפקדות מרכזי/ לוח הפקדות בחדרים
- האחות מציגות את עצמן בכניסתן לחדר
- הורים שנשארו לגבי זהות האחות המטפלת בהם, ידעו להשיב כי האחות הציגה עצמה בתחילת הטיפול ובנוסף האחות נחנה הסבר לגבי הפעילות אותה היא מבצעת.
- מהלכות שאינן משתתפות בפילוט, תלו לוח הפקדות מרכזי

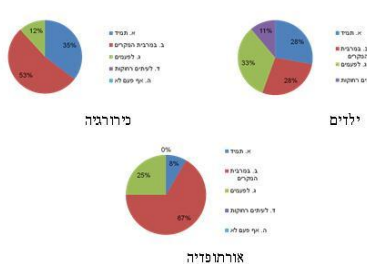
האם את/ם חוק/ות כלי/ות החולה, חלה חובת מסירת מידע מדבר להיות המטופל?



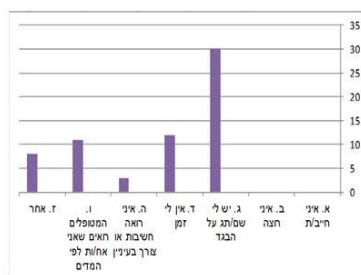
האם לדעתך חשוב להציג את עצמך בפני המטופל?



האם אהיה נוח/ת להציג את עצמך (עם ותפקיד) בפני המטופל לפני השתתפותי בטיפול/ פיוצ'ר פרוצדורה?



מדוע לדעתך אחי/אחות אינם מציגים את עצמם?





אי שליטה על סוגרים
פסלר אביבה-א. אחראית אורולוגיה
מירב חסן-אחות מוסמכת

תפקידי רצפת האגן

- הם מאפשרים לנו לשלוט על הצרכים. כיוצא בזה גורם לסגירת הסוגרים, להרמת אברי האגן ולהפעלתם של מספר רפלקסים, המתבטאים בהרפיית שריר השלפוחית ושריר החלחולת (רקטום)
- עוזרים בשמירה על מנח נכון של השלפוחית, הרחם והחלחולת באגן בזמן פעילות כמו גם בזמן מנוחה.
- שרירים אלו חיוניים לתפקוד מיני (זיקפה ואורגזמה) וללידה (כיון שעליהם משנה ראש התינוק את כיוון ירידתו בתעלת הלידה מאחורה קדימה, כלפי פתח הנרתיק).

רצפת האגן

מהי רצפת האגן?

- מורכבת מרקמות חיבור, שרירים, עצבים וכלי דם היוצרים מעין ערסל בפתחו התחתון של האגן.



אי שליטה על סוגרים

- תלונה על נקיטת שתן / צואה שאינם רצוניים.
- אובדן יכולת הפקוח ובקרה על נקיטת צואה וגזים באופן רצוני.
- העדר יכולת להתאפק.

אמצעי אבחון

- אנמנזה
- בדיקה גופנית
- בדיקות מעבדה
- אורודינמיקה



גורמי סיכון

- מין
- גיל
- מעל 3 לידות
- לידה טראומטית
- נידות
- UTI
- עצירות



טיפול באי שליטה

- טיפול התנהגותי
- טיפול תרופתי
- טיפול ניתוחי



אי שליטה כתופעה

- 50% מהאנשים הסובלים מאי שליטה לא פונים לרופא ולא מדברים על כך.
- נשים סובלות יותר מגברים 1:20
- אי נקיטת שתן (דליפת שתן). זו מוגדרת כבעיה היגיינית וחברתית, המשבשת את התפקוד היומיומי המקצועי והחברתי של הסובלים ממנה.
- בגיל המעבר שכיחות התופעה מגיעה ליותר מ- 50% מאוכלוסיית הנשים.



סוגי אי שליטה

- URGE INCONTINENCE אי שליטה בגלל דחיפות.
- STRESS INCONTINENCE אי שליטה במאמץ.
- אי שליטה עקב מלאות יתר.



שאלות נפוצות

שאלה: האם דליפת שתן היא תופעה הקשורה לסוכרת?

תשובה: בהחלט ניתן לראות את דליפת השתן כבעיה מלווית לסוכרת וזאת עקב הפגיעה העצבית שהסוכרת עלולה לגרום לעצבי השלפוחית. דליפת השתן האופיינית, כסיבוך לסוכרת, הנה קושי בריקון השלפוחית בשל יכולת כיווץ לקויה של שריר השלפוחית. עם הזמן עלולה השלפוחית לפתח Overflow Incontinence בגלל שכמויות השתן הגדולות שלא התרוקנו מתחילות לגלוש מהשלפוחית. אך מאחר וניתן למצוא גם סוגי דליפת שתן אחרים בקרב חולי סוכרת חשוב לעבור איבחון.

שאלות נפוצות

שאלה: האם דליפת שתן הנה תופעה היכולה לעיתים להופיע ולעיתים להיעלם?

תשובה: כן, אך זה כמובן תלוי בגורם לדליפה. למשל: יש הסובלים מדליפה רק בזמן התקררות המלווה בהתקפי שיעול או בתקופות של תרגול בצורה נמרצת, בעיקר של ספורט או התעמלות המערבים קפיצות וניתורים. מטופלים הסובלים מדליפת שתן מתוך דחיפות מעידים על כך שהתופעה מתרחשת אצלם בעיקר כשמזג האוויר קר מאוד, ו/או בתקופות של מתח נפשי, ו/או בהקשר להרגלי תזונה מסוימים (כמו צריכת כמויות גדולות של נוזלים, בעיקר המכילים קופאין או אכילת מאכלים עם תיבול חריף). בד"כ - ככל שהמרווח בין דליפה לדליפה ארוך יותר וכמות השתן הדולפת קטנה יותר - כך סימן שהנזק, הגורם לדליפה, קטן יותר ומתאים יותר לטיפול שמרני / שיקומי. אם הדליפה היא תמידית, או כאשר היא מתרחשת לעיתים קרובות מאוד, עם דליפה גדולה מאוד סימן שהבעיה יותר חמורה וייתכן ויהיה צורך בהתערבות ניתוחית.

שיטת פאולה

שיטת פאולה- התעמלות השרירים הטבעתיים - הינה שיטה ייחודית המבוססת על היכולת הטבעית של הגוף לרפא את עצמו. בתרגול השיטה מופעלים השרירים הטבעתיים, שרירים הנמצאים סביב פתחים שונים בגופנו, ואשר פועלים על פי התנועה הבסיסית של החיים: תנועת פעימה של כווץ-שחרור, פתיחה- סגירה. פאולה גרבורג, ממציאת השיטה, גילתה כי השרירים הטבעתיים השונים פועלים כמערכת אחת הקשורה ביחסי גומלין לכל מערכות הגוף. השיטה משתמשת בעיקרון זה לשכלול היכולת, שיפור איכות החיים ולריפוי.

שיטת פאולה

תרגול - הפעלה רצונית חוזרת של כל שריר טבעתי - מהדהד ביתר שרירי מערכת הספינקטרים ובגוף כולו. כלומר, התרגול יוצר תגובות שרשרת המממשות את פוטנציאל הגוף לרפא את עצמו. כל אחד משרירי המערכת יכול להיות מפתח לאיזון הגוף כולו.

5.3 מניעת הדבקויות בניתוחים קיסריים ככלי להפחתת סיבוכים פוסט- ניתוחיים- טל בן וליס , טניה ווסובניקוב

אגידה פוסט- ניתוחית
החוג לרפואה

מניעת הדבקויות בניתוחים קיסריים ככלי להפחתת סיבוכים פוסט- ניתוחיים.

טל בן וליס חל"ר: 059497300
טניה ווסובניקוב ח"ר: 309633600

חוגש עבר, פרופ' בריטריט



ניתוח קיסרי

ניתוח קיסרי (= לידת תינוק, הוא הליך ניתוחי, חלופה ללידה גינאלית, בו מבצעים חתך, דרכי פותחים את הרחם ומיילדים את העובר הלידה. בהמשך, תופרים את הרחם.

הרגלים שני סוגים של ניתוח קיסרי:

ניתוח קלאסי (מבוצע חיתוך אופייני במרכז הבטן, (midline vertical) בעדו מוצא התינוק, אלו הניתוחים אשר נעשו בעבר במרבית המקרים.

ניתוח עם חתך רוחבי (פגש פלג): נפוץ יותר כיום. מבוצע חתך רוחבי בחלק התחתון של הבטן, (oblique). החיתוך קטן יותר, גורם לפחות איבוד דם, קל לסגור הרחם אחר מניע לידה גינאלית מאוחר יותר. החסרונות- הניתוח ארוך זמן יותר, אין גישה טובה לבטן עליונה ויש נטייה גדולה יותר של הדבקויות כגון שלפוחית, רחם וארמנטום.

חלופה 5.3.1: ניתוח קיסרי עם חתך רוחבי (פגש פלג) vs חתך אופייני במרכז הבטן (midline vertical).
החלופה 5.3.2: ניתוח קיסרי עם חתך רוחבי (פגש פלג) vs חתך אופייני במרכז הבטן (midline vertical).
החלופה 5.3.3: ניתוח קיסרי עם חתך רוחבי (פגש פלג) vs חתך אופייני במרכז הבטן (midline vertical).

ניתוח קיסרי

ניתוח קיסרי: כחול כיום את אחד הניתוחים השכיחים ביותר בעולם הרפואה המודרנית.

למעט פשוט עבר אחוז הלידות שהסתיימו בניתוח קיסרי על 10-15%, כיום המספר כ-20-30%.

במקרים השכיחים האחרונים שער הסבוכים, וחלילה זה מותנה כמובן מניחות קיסרי יחדיו בצורה דרמטית מאוד וזכרם הולך ונעשה בדרך כלל לניסוח בטוח עם שער סבוכים נמוך יחסית.

שער הסבוכים האישיים והעבריים בניתוח קיסרי אלקטיבי נמוך יותר בצורה משמעותית מניתוחים קיסריים דחופים שבו נעשים בשל בעיה פואדמית שנוצרה בנתיב ההיריון או חוד כדי להקל הלידה.

ניתוח קיסרי מבוצע בד"כ בשנים בהן יש סיכון, אימהי או עוברי, לבצע לידה רגילה.

במקרים בהם האישה עברה בעבר יותר מניתוח קיסרי אחד, כמליצתם על ניתוח קיסרי חוזר יחד עם זאת יש לזכור שככל שמספר הניתוחים עולה, גם הסיכון לאישה ועובר עולה.

מדוע יש עלייה בניתוחים קיסריים?

התפתחות רפואית ומטבולית.

עלייה במספר הלידות.

נשים שמבקשות ללדת בניתוח קיסרי, כדי להימנע מסיבוכי הלידה כגון טריטומה של העובר או טריטומה של האישה.

אחת משתי הסיבות העיקריות להגדלת תדירות הניתוחים קיסריים, לא כל קשר לסיבוכי הניתוח הראשוני.



סיבוכי הניתוח הקיסרי:

שאר הדמומים והצורך במנוח דם גבוה יותר לאחר ניתוח קיסרי.

שאר הדמומים והצורך בסיוע פול אנסטזיה. לאחר הלידה ובסיוע ההקדמה גבוה יותר.

התפתחות ארוכה יותר והכאבים בדרך כלל חזקים יותר.

בנייתוחים קיסריים נעזקים בניתוחים חוזרים ישנם סבוכים אופייניים הכוללים פגיעה במערכת השתן והמעי במהלך הניתוח, סבוכים של השרשרת שליה לא תקינה שתואר למימנם במהלך ההיריון וקושי בהפרדת השליה עדי כדי צורך במרחות רחם במצבים קיצוניים.

סבוכי הדדמות.

נזיר מאוד- אך שער התפתחות האימהות לאחר ניתוח קיסרי גבוה מאשר בלידה רגילה.

ליסד- סכימה פסימה בשכיחות גבוהה יותר.

לאחרונה דווח על סיכוי גבוה יותר למימנות עובר בהיריון הבא.

כל ה"כל" בריטני, רחוק מודע לקיומם של סיבוכים אלה!

5.3.1: ניתוח קיסרי עם חתך רוחבי (פגש פלג) vs חתך אופייני במרכז הבטן (midline vertical).
5.3.2: ניתוח קיסרי עם חתך רוחבי (פגש פלג) vs חתך אופייני במרכז הבטן (midline vertical).
5.3.3: ניתוח קיסרי עם חתך רוחבי (פגש פלג) vs חתך אופייני במרכז הבטן (midline vertical).

1 מכל 5 נשים תלד בניתוח קיסרי.

1 מכל 2 נשים שמנותחות, תסבול מהדבקויות.



כיצד נוצרות הדבקויות?

פתופיזיולוגיה

- אירי הבטן: מעיים, רחם ושלפוחית השתן עטופים עיני קרום דק ששמו פריטונאום (קרום הצפק). תפקידו להפריד בין איברי האגן והבטן. בני תוחים, הצפק נפגע וניזוק באופן בלתי נמנע. כחלק מתהליך ההחלמה הטבעי, ללא קשר למיזמונו של המנתח.
- הנוק לצפק: גורם להידבקויות תוך-בטניות. רקמות שהיו אמורות להיות מופרדות באופן טבעי, מתחברות ומחברות בין איברים בחלל הבטן והאגן.
- הדבקות הן תגובה של הרקמה לפגיעה. הפגיעה יכולה להיות מכנית, טרמית, או חשמלית כמו לאחר ניתוח.
- הפגיעה מעוררת שרשרת אירועים שבסופם נוצרים משקעי פיברין המסמכים בין נקודות בחלל הצפק. החלמתו של חלל הצפק מהירה וניתן למצוא הדבקות כבר 3 שעות לאחר הנוק. חלק מההידבקויות זמניות ומתפרקות לאחר 72 שעות, אך בהעדר גורמי פירוק מספקים (כמו לאחר ניתוח נרחב) או בהפרעה לתהליכי הפירוק (כמו בזיהום) יוצרו הדבקות אשר יישארו לאורך זמן.



<http://www.nashim.net/?CategoryID=69&ArticleID=1986>

מחקר SCAR:

- מטרות המחקר הייתה ללמוד את היקף ההידבקויות לאחר ניתוחים ומידת המעמסה על שרתי הבריאות שהן ביאות.
- המחקר השתמש בביאור נתונים סקוטי ובו 5.1 מיליון פציינטים וכלל איסוף וניתוח של כל האשפוזים של כל הפנותחים בשנת 1986.
- המחקר כלל מעקב אחר כל האשפוזים למשך 10 שנים וחישוב היארעות שנתית של אשפוזים הקשורים להידבקויות. נכללו במחקר 29,790 בנותחים.
- ממצאים: שליש מהמטופלים! אושפזו שוב בממוצע פעמיים, בשל מצבים הקשורים באופן ישיר או עקיף להידבקויות. 6% מהאשפוזים היו קשורים ישירות להידבקויות. ניתוחים בניעי הסופני (קולון ורקטום) שחלה וחצוצרה היו בסיכון הגבוה ביותר לצורך באשפוזים חוזרים בשל הדבקות. כמות האשפוזים הלכה וגדלה עם השנים.

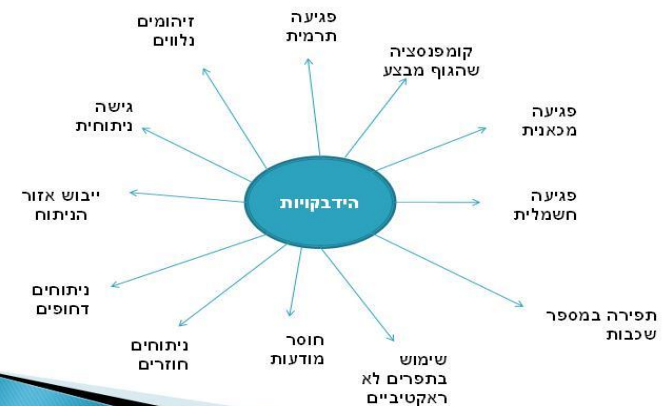
<http://nashim.sheba.co.il/Articles/508.htm>

מבלי להיכנס לכל הסיבוכים המיידים ולסכנות הכרוכות בביצוע ניתוח, כשמביאים בחשבון רק את הסיבוך, הידבקויות:

לאחר ניתוח קיסרי ראשון הסיכון להידבקויות הוא כ-40 אחוז.

לאחר שלושה ניתוחים קיסריים הסיכון מאמיר ל-80 – 85 אחוז.

http://www.womenshealthsolutions.co.uk/bgdisplay.html?itemname=adhesions_pelvic_pain_basic_information



האם ניתן לפתור את בעיית ההידבקויות ללא עזרים חיצוניים?

ניתן להפחית את שיעור ונוצצת ההידבקויות במהלך ניתוח על ידי מספר צעדים בסיסיים, אשר תלויים בגישה הניתוחית ובכיוונויות המנתח:



- ככל שגישה הניתוח פתוחה יותר- הנוק גדול יותר.
- נוגיעה מזערית ברקבה,
- שימוש מופחת בתפרים,
- שימוש בתפרים עדינים ולא ריאקטיביים,
- הפחתת כמות הגופים הזרים,
- הפחתת הסיכון לזיהום,
- שימוש בהגדלה,
- מניעת התייבשות הפריטונאום,
- מניעה ככל האפשר מיצירת טק רקטתי ושימוש בחשמל,
- מניעת נשירת טלק מהכפפות.



Uterus Adhesions



Bowel adhesions

<http://adhesions.de/adhesions/types-of-adhesions/>

כמה זה עולה ללא טיפול?

ניתוחים להסרת הדבקויות (adhesiolysis), גרמו ליותר מ- 300,000 אשפוזים בשנה.

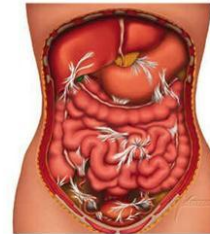
עלויות האשפוז ועלויות ניתוחיות בתחום מערכת העיכול, שנתן והרבייה עלו כ-1.3 מיליארד דולר!

Ray NF, Denton WG, Thamer M, Henderson SC, Perry S. Abdominal adhesiolysis: inpatient care and expenditures in the United States in 1994. J Am Coll Surg. 1998; 186:1-9

פתרונות



שיטות למניעת הדבקויות



קיימות 2 שיטות למניעת הדבקויות:

1. מתן תרופות, בצורה סיסטמית או מקומית.

2. שימוש נוזלים המוחדרים לחלל הצפק ותכשירים יוצרי חייץ (Barriers) בחלל הצפק.



הזלפת נוזלים לחלל הצפק

- הפרדה מניית של אברי הבטן על ידי הצפתם בנוזל (Hydro-floating) תוך שימוש בתמיסת Icodextrin 4%-ADEPT.
- אדפט (Adept) הוא נוזל למניעת הדבקויות המיוצר ע"י חברת בקסטר האמריקאית ומאושר לשימוש ע"י רשות הבריאות האמריקאית (FDA) ומשרד הבריאות הישראלי.
- אדפט הוא נוזל סטרילי שקוף ללא צבע המכיל פולימר מתכלה של גלקוז. המשמש "לשטיפת" האיברים והרקמות בתוך חלל הבטן והאגן במהלך הניתוח, וכן כסיכור מימי למניעת הדבקויות. המנתה משאיר בסוף הניתוח תמיסת אדפט בכמות של עד ליטר בתוך חלל הבטן והאגן. החומר מצפה את אברי הבטן ומשאר בתוכו במשך 3-4 ימים, פרק הזמן הקריטי להיווצרות הדבקויות.
- האדפט נוסף דרך דרכי הלימפה ומופרש בשתן. יתרונה של תמיסה זו הוא ספיגתה האיטית מחלל הצפק, והימצאותה בחלל הניתוחי במשך חמשת הימים שלאחר ניתוח בהם מתרחשות ההידבקויות.
- PAMELA הוא מחקר שהוצג בכנסים אך תוצאותיו לא התפרסמו בעיתונות. המחקר מצא ADEPT-Icodextrin מוריד שכיחות הדבקויות יחסית לתמיסת ריגור במחקר. אחר אצל 62 נשים נמצאה ירידה בנמיות הדבקויות, בהקפס וחומרותם.
- נחקר מניתוחים קיסריים, ניתן להוסיף לחומרים אלה את מי השפיר: שמרינבם שומני ויטלים לשמש כנוזל חוצץ נוסף שספיגתו איטית.
- עלותו: 770 ש"ח



http://www.baxter.com/healthcare_professionals/products/adept.html

מתן תרופות, בצורה סיסטמית או מקומית

נבדקו תרופות רבות, הן במתן תוך צפקי במהלך הניתוח והן במתן סיסטמי. לא נמצאה עדיין תרופה המונעת הדבקויות בצורה יעילה.



חומרים יוצרי חייץ (barriers):

חומרים אלו מונחים במקום בו קיים חשש ליצירת הדבקויות, כגון איזור ניתוח. החומרים מפרידים בין האיברים ועוזרים להחלמת האזור ללא הדבקויות.

גיונסון & גיונסון פיתחו בראשית שנות ה-90 את רשת האינטרסיד (Interceed) וגיל האינטרקוט (Intercoat) המייצרים שכבה המפרידה בין האיברים בבטן ובכך מונעים היווצרות הידבקויות. החומרים נספגים לגמרי תוך 28 ימים ונטולים תופעות לוואי.



Intercoat

- אינטרקוט-ג'ל למניעת הדבקויות המונח בעזרת מוליך ומיועד לשימוש בעיקר בניתוחים לפרוסקופיים.



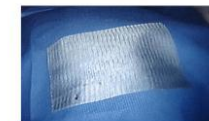
לסיכום:

- הדבקויות מהוות בעיה שכיחה אך לא מוכרת דייה בקרב הציבור.
- מניעת הידבקויות חשובה בעיקר במקרים של מחלות הקשורות קשר הדוק ליצירת הדבקויות בעיקר בנשים המעוניינות בפרייה.
- לאחרונה נעשה מאמץ רב בחקר היארעות ובחבנה של התהליכים הגורמים להידבקויות ומניעתן. הפחתת הדבקויות תלויה בגישה הניתוחית. בנוסף נרכש ניסיון בשימוש בתכשירים להפחתת הדבקויות.
- לטכניקת הניתוח עדיין חשיבות מכרעת. הקפדה על כללי הכירורגיה הנכונה יחד עם שימוש באמצעים חדשים והמשך מחקר עשויים להפחית את שיעור ההידבקויות ואת התחלואה הנלווית להן.
- נכון להיום המודעות לחומרים שהוצגו, נמוכה באוכלוסייה.

Interceed

- יריעה של פחמימה מורכבת (ORC צלולוז מחומצן). היריעה נספגת בקלות, קלה לשימוש ומשפעת את המערכת החיסונית.

- חסרונותיה: עלולה להתנתק ולנדוד ממקום ההנחה ובכך שעוזרת רק באופן נקודתי. עם זאת הוכחה כיעילה באופן משמעותי במספר עבודות מבוקרות, הן במניעת הדבקויות ראשוניות והן הפחתת התחלואה מהדבקויות.



שם המוצר	קופה/ביטוח פרטי	סוג הביטוח	עלות מלאה	אחוז החזר	עלות לאחר
אינטרסיד	כללית	מושלם	699 ש"ח	50%	350 ש"ח
אינטרסיד	כללית	פלטיניום	699 ש"ח	75%	175 ש"ח
אינטרסיד	מכבי	מגן זהב וכסף	699 ש"ח	83%	120 ש"ח
אינטרסיד	מאוחדת/לאומית כולם		699 ש"ח	50%	350 ש"ח
אינטרסיד	ביטוחים פרטיים	יש לוודא ע"פ הפוליסה ולתאם החזר לפני הניתוח	699 ש"ח	100%	ללא
אינטרקוט ג'ל	כללית	מושלם	1199 ש"ח	50%	600 ש"ח
אינטרקוט ג'ל	כללית	פלטיניום	1199 ש"ח	75%	300 ש"ח
אינטרקוט ג'ל	מכבי	מגן זהב וכסף	1199 ש"ח	83%	205 ש"ח
אינטרקוט ג'ל	מאוחדת/לאומית כולם		1199 ש"ח	50%	600 ש"ח
אינטרקוט ג'ל	ביטוחים פרטיים	יש לוודא ע"פ הפוליסה ולתאם החזר לפני הניתוח	1199 ש"ח	100%	ללא

בעיות פריין- היקף התופעה

- כ 15% מהזוגות סובלים מבעיות אי-פריין.
- כלומר: כ- 50 מיליון זוגות בעולם וכ- 100,000 זוגות בישראל

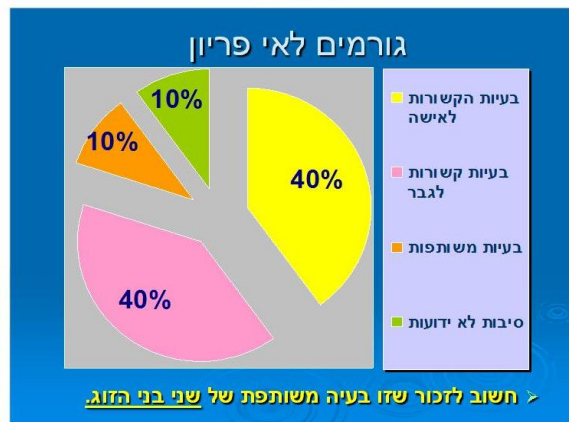
מתמודדים עם בעיות אי-פריין.

המרכז הרפואי ע"ש ברזילי, אשקלון
THE BARZILAI MEDICAL CENTER ASHKELON
affiliated to the Faculty of Health Sciences
Ben-Gurion University of The Negev

מוסוף לפקולטה לרפואה
אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

טיפול פוריות- מצגת הדרכה

היחידה לפריות והפריה חוץ-גופית

➤ תקינות הזרע מושפעת מכמה גורמים:

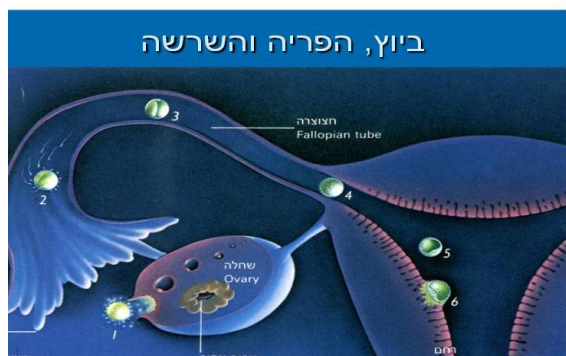
1. גורם גנטי
2. וריקוצלה- הרחבת הורידים באשך הגורמת לבעיה בניקוז ורידי האשך והתחממות האשך.
3. זיהומים, נטילת תרופות
4. בעיות הורמונאליות
5. מחלות ילדות (אשך טמיר)
6. ועוד...



גורמים זכריים

- תת פוריות הגבר מוגדרת כבדיקת זרע נמוכה.
- בדיקת זרע מורכבת מכמה פרמטרים:

1. נפח- 1.5 (מ"ל)
2. כמות- 39 (מיליונים)
3. תנועתיות- 40 (אחוזים)
4. אחוז צורות זרע תקינות- 4 (קרוגר באחוזים)

סיכויי הצלחה בטיפול IVF IVF ברזיל- שנת 2011

נשים בגיל ≥ 35 שנים, עד 3 מחזור טיפול
35% הרייון (לשאיבה)

הזמן הנדרש כדי להרות באוכלוסיה הכללית

זמן חשיפה	הריונות (אחוזים)
1 חודש	17-23
3 חודשים	31-57
5 חודשים	50-72
12 חודש	83-88
24 חודש	93

הוראות הדרכה לטיפול- הזרעה תוך רחמית דגשים

- השתדלי להזריק בשעות קבועות ולא לפני 12 בצהריים.
- הקפידו על שתייה מרובה.
- כאשר יש הוראה להזריק אוביטרל צריך לוודא, שיש מי שיזריק לך בשעות הערב המאוחרות (כנראה ב- 22:00).
- זוגות המעוניינים לתת את הזרע ביום ההזרעה בביתם, נא להצטייד בכוסית סטרילית.
- הזרע יכול לשהות עד שעה בכוסית.
- בבוקר ביצוע ה- IUI יש להגיע ב- 8:30 למזכירות היחידה עם התחייבות להשבתה והזרעה.
- את זרע יש להביא בכלי סטרילי, למעבדת IVF שבאשפוז- יום מומלץ לקיים יחסי מין ביום האוביטרל ובשעות הערב המוקדמות ביום ההזרעה.



הוראות הדרכה לטיפול- הזרעה תוך רחמית

- עליך להכין התחייבות מקופ"ח (בדיקות-דם +אולטרא-סאונד) 5 X.
- ביום ה- 1-3 למחזור לבוא ב- 7:30 בבוקר ליחידת IVF.
- למסור התחייבות בדלפק היחידה ולקבל מדבקות, לבצע בדיקות דם U.Sj+.
- לאחר ביצוע בדיקת הדם והאולטראסאונד את משוחררת לביתך, אך בצהריים עליך להתקשר בין השעות: 12:00 – 13:00 על מנת לקבל הוראות להמשך טיפול (טלפון: 08-6745933/1).
- בזמן קבלת ההוראות, רשמי אותן על דף.
- יש להזריק את הזריקות לפי ההוראות ולהגיע לבדיקות-דם ואולטרא-סאונד בתאריך שיימסר לך בטלפון.



הנחיות ליום שאיבת ביציות:

אישפוז לשאיבת ביציות:

- שאיבת הביציות מבוצעת בחדר ניתוח בהרדמה כללית.
- עליך להיות בצום, משעה 24:00 ביום הקודם לשאיבה.
- ביום ביצוע שאיבת ביציות צריך להגיע ב- 7:30 בבוקר עם התחייבות שלב ב' + מיקרומניפולציה (במידת הצורך) ליחידת IVF.
- לפני הכניסה לחדר ניתוח עליך להסיר לך ותכשיטים.
- יש להביא זרע בכלי סטרילי (עד שעה מזמן המתן), למעבדת IVF שבאשפוז יום.
- באותו היום, בשעות הצהריים, לאחר שתייה, אכילה וירידה מהמיטה תשתחררי לביתך, הקפידו על שתייה מרובה!!
- למחרת שאיבת-ביציות עליך להתקשר בין השעות 10:00-12:00 לקבלת תוצאות ההפריות, מועד החזרת העוברים והנחיות לגבי המשך טיפול.
- יום אחרי השאיבה**
- אנטיביוטיקה ל- 5 ימים
- טיפול תמיכה ברירית הרחם (עד לבדיקות זרע להריון)



השלבים לקראת טיפולי IVF

- עליך להכין התחייבות מקופ"ח לשלב א', שלב ב', מיקרומניפולציה.
- ביום ה- 1-3 למחזור עליך לבוא ב- 7:30 ליחידת IVF ולמסור התחייבות שלב א' ולקבל מדבקות, לבצע בדיקות דם U.Sj+.
- עליך להתקשר בין השעות 12:00 - 13:00, על מנת לקבל הוראות לגבי המשך הטיפול טלפון: 08-6745933/1).
- יש להזריק את הזריקה לפי ההוראות ולהגיע ל- u/s + בדיקות דם ביום שנמסר לך בטלפון.
- אם אינך מזריקה לעצמך יש להצטייד במס' פקס לקופ"ח לשם מתן ההוראות הזריקה.
- השתדלי להזריק בשעות קבועות ולא לפני 12 בצהריים.
- חשוב!! להקפיד על שתייה מרובה במשך כל הטיפול (כ- 2 ליטר ביום).
- כאשר מתקבלת הוראה להזריק אוביטרל / פרגנל צריך להגיע ב- 23:00 שיש מי שיזריק לך בשעה 23:00.



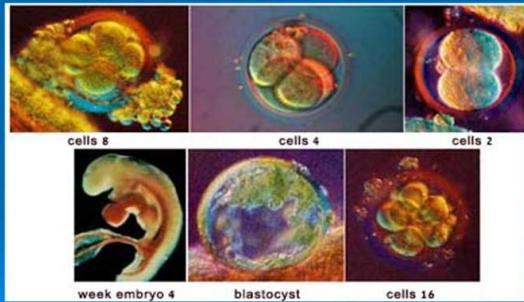
שאיבת ביציות



שחלה בגירוי- US



שלבי הבשלת הביצית



ICSI - מיקרומניפולציה

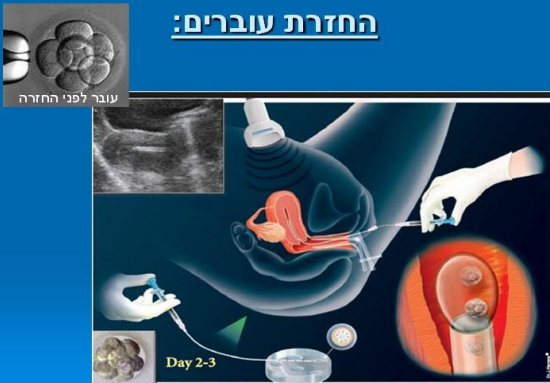
ישנם שתי שיטות הפריה במעבדה:

1. IVF - הנחת הזרעונים והביצית בצלוחית והמתנה להפריה בצורה טבעית כלומר חדירת הזרע את הביצית בצורה ספונטנית.

2. ICSI - (מיקרומניפולציה) הזרקת תא זרע בודד לתא הביצית באמצעות מיקרומניפולטור.



החזרת עוברים:



החזרת עוברים:



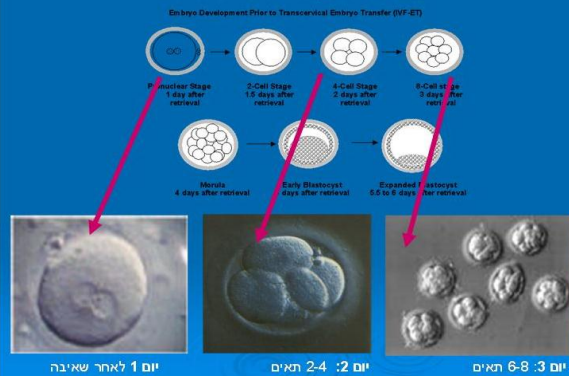
בבוקר ההחזרה יש להגיע בשעה שנתבקשתם, עם שלפוחית שתן מלאה, על מנת שניתן יהיה להדגים בצורה טובה את תהליך ההחזרה בעזרת האולטרסאונד הבטני.

החזרת העוברים מבוצעת בחדר ניתוח (בסמוך למעבדה).

הנחיות לאחר החזרת עוברים:

- יש להימנע ממאמץ פיזי מוגבר ומקיום יחסי מין
- המשיכי בטיפול התרופתי עד בדיקת הריון.
- באם לאחר החזרת העוברים מופיע דמם, נא לידע את הצוות בהקדם.
- עליך להגיע לבדיקת דם להריון ביום שנקבע לך וכולנו תקווה שנוכל למסור לך רק בשורות טובות.
- במקרה של שאלות, צורך בהבהרות, את תמיד מזמנת להתקשר ליחידה.

שלבי חלוקה ראשוניים



עובר צעיר



ביצית מופרית

מאחלים לכם הצלחה מרובה בטיפול

מכל צוות IVF ברזילי

המרכז הרפואי ע"ש ברזילי אשקלון, 78306, ISRAEL, TEL: (072) 7-6745555/666, FAX (072) 7-6736750
 07-6736750 פקס: 07-6745555/666, טל: 78306

מטרת - על

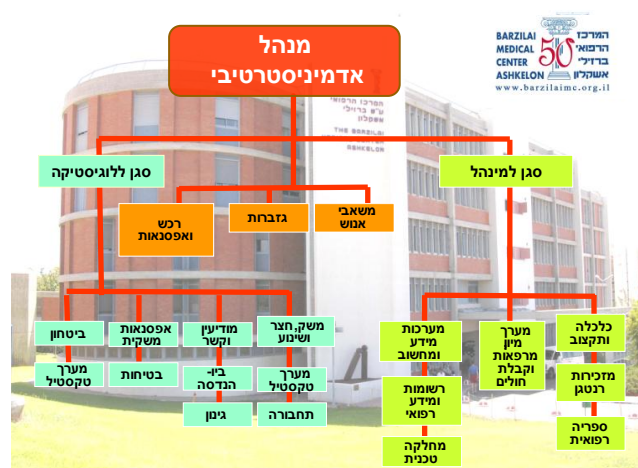
פיתוח והכשרת צוות סיעודי מהארגון בטיפול בפצועים במחלקה לרפואה דחופה

אבחון ארגוני- תעודת זהות של הארגון

- מרכז רפואי ברזילי נוסד בשנת 1961
- משלב בתפיסה ייחודית את כל שירותי הבריאות הקהילתיים והאזוריים (בי"ח + לשכת בריאות + בי"ס לסיעוד)
- פרופיל המרכז: מספק שירותים קליניים ושירותי דימות רפואי ומעבדה. בית החולים משרת כחצי מיליון נפש ומטפל בכ-100,000 פניות לשנה (נכון ל-2011), מקצתן מהרשות הפלסטינית
- מסונף לפקולטה לרפואה של אוניברסיטת בן גוריון
- ביה"ח מטפל באוכלוסייה החל מאשדוד בצפון ועד לשדרות בדרום, קריית גת וקריית מלאכי במזרח
- האוכלוסייה באזור מתקרבת ל-500,000 תושבים

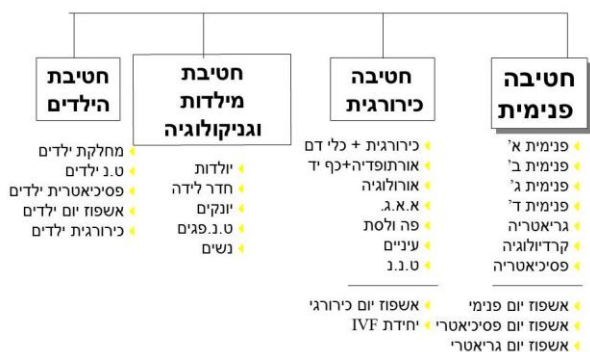
משמעויות-

- ביה"ח היחיד באזור כביש אשדוד - אשקלון מוגדר
- נותן שירות חירום ולכן נמצא בכוננות 24 שעות ביממה חשיבות היערכות והדרכה מקדימה בנושא מצב חירום
- במרכז הרפואי מועסקים כ-1700 עובדים:
- מיטות אשפוז - מספר מיטות בברזילי לעומת בתי חולים אחרים





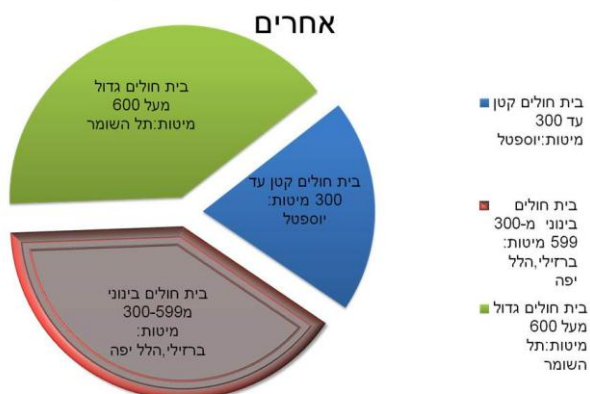
אשפוז



מרכז רפואי ברזילי



מספר מיטות בברזילי לעומת בתי חולים



מיטות אשפוז



חזון

- חזון המרכז: הפיכת המרכז הרפואי ברזילי למרכז המגיש מערך שירותים רפואיים ברמה איכותית גבוהה המהווה כתובת מרכזית לכל צרכי הבריאות
- חזון הסיעוד: העשייה הסיעודית המודרנית מהווה צומת מרכזית וחולייה מקשרת במפגש מבין המעורבים בטיפול בו

רציונל

- מרכז רפואי ברזילי הוא בה"ח היחיד באזור והקרוב ביותר לרצועת עזה, המרכז נמצא באיום מתמיד של ירי רקטות. בנוסף פועלים באזור מפעלים תעשייתיים רבים המאחסנים חומרים רעילים ומסוכנים.
 - המרכז מיועד לטפל בנפגעי פעולות איבה ותאונות למיניהם חיילים ואזרחים שנפגעו בנפת אשקלון ובאזור עוטף עזה וכן קולט נפגעים בוויסות שניוני גם מאזורים מרוחקים יותר.
 - צוות סיעודי מהמחלקות השונות בבה"ח מגיע לעזרה למלר"ד עם רמת ידע ומיומנות לא אפקטיבית. הדבר פוגע באיכות הטיפול בפצועים הרבים ובנוסף גורם לתסכול רב הן בצוות הסיעודי במלר"ד והן בצוות הסיעודי במחלקות בארגון.
- ❖ יוזמה וחדשנות : פרויקט מאין זה לא התבצע במרכז הרפואי.

יעד

- ❖ כל הצוותים הסעודיים המיועדים, תדענה את הגישה הטיפולית לפצועים במלר"ד



ניתוח SWOT

- ❖ תוכנית עבודה לשנת 2013

ניתוח SWOT

חוזקות	חולשות	גורמים פנימיים
מקום המרכזי לקליטה בטיפול נפגעי לחומה וישובי עוטף עזה ורצועת עזה הנהלה חדשה ניסיון רב בטיפול בפצועים מכשיר MRI חדש	חוסר צוות מקצועי למצבי חירום בארגון עומס בחולים במלר"ד מס' מיטות קטן במלר"ד חוסר בתחומי התמחות: ניורו כירורגיה, כירורגית חזה חוסר באחיות מומחיות ברפואה דחופה במלר"ד חוסר ברופאים ממוחייים ברפואה דחופה במלר"ד הנהלה חדשה איום בטחוני מתמיד מיון לא ממוגן	גורמים חיצוניים
SO מכשיר MRI חדש ערייה תומכת בניין אשפוז כירורגי חדש מיון ממוגן לקליטת פצועים מנהל בית החולים מקושר למשרד הבריאות	WO הנהלה חדשה תורמים	הזדמנויות
ST מומחים בכל התחומים	WT איום בטחוני מיון לא ממוגן	איומים

לוח גאנט

❖ הכשרת אחיות בארגון לטיפול בפצועים במלר"ד מרכז רפואי ברזילי

לוח גאנט

שם תוכנית	מרץ 3/12	אפריל 4/12	מאי 5/12	יוני 6/12	יולי 7/12	אוגוסט 8/12	ספטמבר 9/12	מאי 5/13
1. קבלת אישור הנהלה	13/3							
2. הצגת תוכנית הפרויקט		11/4						
3. ישיבת צוות ראשונית		22/4						
4. בחירת 5 אחיות			8/5					
5. מינוי 5 אחיות שידריכו את 12 האחיות במלר"ד.			8/5					
6. חלוקת שאלונים				18/6				
7. 2 ימי עיון				26/6				
8. הכרת למדה				26/6				
9. תוכנית התנסות					1/7-30/7			
11. הערכת הפרויקט						4/8, 7/8, 8/8		
12. הצגת תוצאות							5/9	
13. רענון + למדה								14/5

הכשרת אחיות בארגון לטיפול בפצועים במלר"ד מרכז רפואי ברזילי

אופן ביצוע	לוח	אחראי ושותפים	מדד בקרה
8. הכרת למדה במחשב בנושא גישה לפצועים	06.2012	תחשת שותפי הפרויקט בשיתוף מתאמת טראומה	12 אחיות מתמצאות בלמדה במחשב בנושא גישה לפצועים
9. תוכנית התנסות של 12 האחיות מהפילוט במלר"ד	07.2012	אחות אחראית מלר"ד - אחות O אחראית מלר"ד - מתאמת טראומה - 3 ראשי צוותים במלר"ד	12 אחיות מתמצאות בסביבה הפיזית במלר"ד. 12 אחיות רכשו דע ונמננות בגישה לפצוע במלר"ד
10. הערכת הפרויקט על ידי חלקת שאלונים לבדיקת הדע והנמננות של 12 האחיות המשתתפות בפילוט.	08.2012	שותפי הפרויקט	אסוף וריכוז נתונים אחות הדע והנמננות
11. הצגת תוצאות סיום הפרויקט להנהלת המוסד	09.2012	תחשת שותפי הפרויקט - הנהלת המוסד	מנהל הפרויקט ונהלת המוסד קבלו את התוצאות
12. רענון דע אחת לשנה לאחות שהשתתפו בפילוט על-ידי למדה והתנסות במלר"ד	09.2013	תחשת שותפי הפרויקט - מתאמת טראומה במלר"ד	12 אחיות המשתתפות בפרויקט רכשו דע ונמננות

הכשרת אחיות בארגון לטיפול בפצועים במלר"ד מרכז רפואי ברזילי

אופן ביצוע	לוח	אחראי ושותפים	מדד בקרה
1. קבלת אישור הנהלה ופנהלת היסוד קבלת אישור מנהל פאנת אחראית מלר"ד.	03.2012	תחשת שותפי הפרויקט	קום אישור
2. הצגת תוכנית הפרויקט להנהלת היסוד וריכוז תחש אישור להפצות במחלקות השתתפות בפרויקט.	04.2012	תחשת שותפי הפרויקט	התכנית התקבלה
3. ישיבת צוות ראשונית במחלקות השתתפות בפרויקט	04.2012	תחשת שותפי הפרויקט ושותפי אחראית השתתפות בפרויקט	צוות היסודי נחשף לתוכנית הפרויקט
4. בחירת 3 אחיות שיאשרו בפרויקט מ-4 מחלקות המשתתפות בפילוט מרכז 12 אחיות	05.2012	בחירת המחלקות : ארטופדיה, נשים כירורגיה ואורולוגיה על ידי פנהלת היסוד	12 אחיות המעוררות להכשרה, הכרות את התכנית, באמצעות אחות אחראית
5. מינוי 5 אחיות שידריכו את 12 האחיות במלר"ד במחלקות קבלת הכנתן	05.2012	אחות אחראית מלר"ד - אחות סגנית מלר"ד - מתאמת טראומה - 3 ראשי צוותים במלר"ד	אחת 5 אחיות בעלי פוטנציאל לשילוב במסגרת ההדרכה
6. חלוקת שאלונים לבדיקת רמת הדע והנמננות של 12 האחיות המשתתפות לפי ההשירה	06.2012	תחשת שותפי הפרויקט	אסוף וריכוז נתונים מהשאלונים
7. 2 ימי עיון - בנושא הגיית דע ונמננות לטיפול בפצועים במלר"ד	06.2012	תחשת שותפי הפרויקט מתאמת טראומה במלר"ד	12 אחיות המשתתפות בפרויקט כירורג בכיר, ארטופד בכיר

הכשרת אחיות בארגון לטיפול בפצועים במלר"ד מרכז רפואי ברזילי

בעיות ופתרון

בעיה	פתרון
בקרת משרד הבריאות בבית החולים יצרה עיכוב בתוכנית. על כן הקורס נדחה לחופשת הקיץ (יולי, אוגוסט).	דחית מועד ההתנסות מיד לאחר הבקרה.
חוסר שיתוף פעולה של מנהל טראומה במתן הרצאות	הצעת מרצה חלופי בנושא טראומה
בעיות טכניות באולם ההרצאות	בחירת מיקום חלופי למתן הרצאות
חוסר שיתוף פעולה של אחות אחראית באחת מהמחלקות הייעודיות	השתתפות בהמשך הפרויקט

משאבים

- ❖ לומדה במערכת מחשוב
- ❖ אולם הרצאות של המרכז הרפואי
- ❖ כיבוד
- ❖ שימוש בציוד משרדי
- ❖ שדה קליני במלר"ד
- ❖ משאב אנושי:
- ❖ מרצים - רופאים ואחיות בהתנדבות
- ❖ מתן שעות נוספות לאחיות שהשתתפו בפיילוט

בעיות ופתרון

- ❖ ביצוע בהתאם למטרות ויעדים

ביצוע בהתאם למטרות ויעדים

ביצוע	תאריך	האחות תתמצא במבנה הפיזי של מלר"ד. תקבל הסבר על שיטות עבודה בכל אגף (כירורגי, אורטופדי). האחות תקבל הסבר על הרשומות הנחוגות במלר"ד (גיליון המטופל וקובץ הטפסים). האחות תקבל הסבר על מאפייני מלר"ד המתייחסים לסוג הפצועים (קל ובינוני). האחות מתמצאת לגבי כל הרשום מעלה.
7/12	7/12	האחות תכיר נוהלי עבודה באגף כירורגי.
7/12	7/12	האחות תכיר נוהלי עבודה באגף אורטופדי.
7/12	7/12	האחות תקבל ספצו לפי עקרונות A.T.L.S.
7/12	7/12	האחות תסייע לרופא בביצוע גבס או רדוקציה לפצועים בחדר גבס.
7/12	7/12	האחות תסייע לרופא בחדר תפירה במתן טיפול לפצועים.
7/12	7/12	האחות תבצע פעילויות סיעודיות במיומנות ועל בסיס עקרונות הסייעוד באגף כירורגי- אורטופדי במלר"ד : סיוע לרופא בחדרת טרוקר חזה. סיוע לרופא בהתקנת הקיבועים למיניהם (סד טומס, קרמר, SKIN TRACTION). חבישות למיניהם. טיפולם בחתכים השונים. מתן עירוי נוזלים לפי הוראת רופא. מתן IM . D.T 0/5 cc לפי הוראת רופא.

תוכנית התנסות לצוותים סיעודיים מהארגון לטיפול בפצועים

•נושא :

הכשרת צוותים סיעודיים מהארגון לטיפול בפצועים (קל, בינוני) במלר"ד.

❖ מטרה:

מתן מענה לפצועים על ידי צוותים סיעודיים מהארגון במלר"ד.

❖ תוכנית:

תוכנית ההתנסות תאפשר לצוות הסיעודי מהארגון להתנסות במגוון מצבים מזדמנים הדורשים מתן מענה בפצועים במלר"ד. התוכנית כוללת הדרכה שתינתן על ידי סגנית א. אחראית מלר"ד, מתאמת טראומה ו 3 ראשי צוותים.

❖ התכנית מיועדת לאחים/אחיות מוסמכות בעלות ותק של שנה בארגון.

פרוט תוכנית ההתנסות:

משך ההתנסות כ-4 ימים במשמרת בוקר.

בין השעות 11:00 – 15:00 .

יומיים באגף כירורגי.

יומיים באגף אורטופדי.

ביצוע בהתאם למטרות ויעדים

לכבוד

מחלקה -----

במסגרת קורס מנהל בכיר בחרנו להפעיל פרויקט בנושא:
הכשרת צוותים סיעודיים מהארגון במתן מענה לפצועים במלר"ד.

שותפים בפרויקט: גליה רוזנברג לאה מרילאשילי, אוסנת מימון, שוש רשף, ענת אליאסי

הנדון: קורס הקניית ידע ומיומנויות בטיפול בפצועים במלר"ד

הנך מוזמנת/להשתתף בקורס הנ"ל שיפתח בביה"ח במסגרת חינוך תוך שרות בתאריכים המופעים מטה.

מטרת הקורס:

הקניית ידע והיבטים סיעודיים בטיפול בפצועים במלר"ד.

מקום הקורס:

אולם ע"ש דר' מלי – בניין אשפוז חדש.

תדירות ומשך הלימודים:

פעם בשבוע בין השעות 15:00 – 11:00.

מפגש ראשון: יום ב' 18.6.12.

מפגש שני : יום ג' 26.6.12.

תוכנית ההתנסות

מועד ההתנסות: יולי 2012.

תדירות ההתנסות: יומיים בשבוע בין השעות 15:00 – 11:00 במשך שבועיים במלר"ד.

סה"כ 4 ימי התנסות.

תאריכי התנסות יתואמו עם אחיות אחראיות.

דרישות הקורס:

השתתפות חובה במפגשים ובתוכנית ההתנסות בטיפול בפצועים במלר"ד.

מצ"ב תוכנית הקורס העיוני ו תוכנית ההתנסות.

בברכה

יהודית הדר

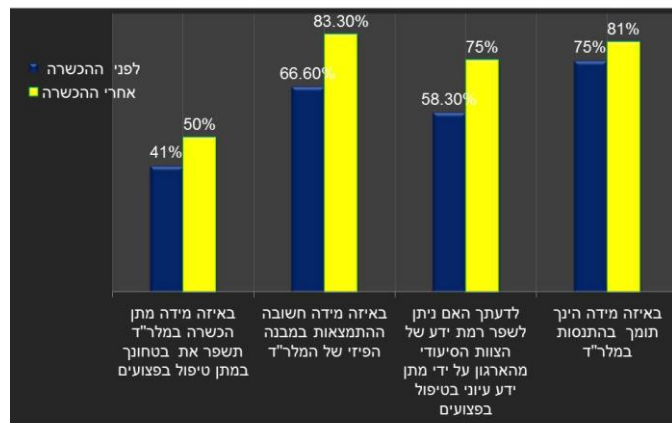
מרכזת חת"ש

העתק: גב' לימור שיימן – מנהלת הסיעוד

הקניית ידע ומיומנויות לטיפול בפצועים במלר"ד
בתאריכים 18.6.12 ו 26.6.12
בין השעות 11:00- 15:00

מס'	תאריך	שעות	נושא	מרצה
1	18.6.12 יום ב'	11:00-11:30	- הצגת הפרויקט וחלוקת שאלונים	חברי הקבוצה
2	18.6.12 יום ב'	11:30-12:15	עקרונות הטיפול בנפגע טראומה - על פי ATLS סקירה ראשונית שניונית ודפנטיבית	גב' יוספה דיין מתאמת טראומה
3	18.6.12 יום ב'	12:15-13:00	- חבלות בטן - פגיעות בטן כהות - פגיעות חודרות (ירי, סכין)	דר' ליבשיץ כירורג בכיר
	18.6.12 יום ב'	13:00-13:30	הפסקת צהריים	
4	18.6.12 יום ב'	13:30-14:30	חבלות חזה Pneumothorax - Tention Pneumothorax- Chest ribs fracture- Flail chest-	דר' ליבשיץ כירורג בכיר
5	18.6.12 יום ב'	14:30-15:00	הבטים סיעודיים בפגיעות חזה	גב' יוספה דיין מתאמת טראומה

שאלון הכשרת צוות במלר"ד



לפניך מספר שאלות המתייחסות למספר היבטים בתחום עיסוקך. אנא סמן/י סביב התשובה המתאימה ביותר על פי הסולם הבא:

במידה רבה מאוד						במידה רבה						במידה מסוימת						במידה מועטה						כלל לא						לא כללונשי					
5						4						3						2						1						0					
כאזיה מידה הינן תומך/ת התנסות במלך"ד																																			
כאזיה מידה לדעתך תשפר ההתנסות במלך"ד את העבודה במחלקתך																																			
כאזיה מידה חשובה לדעתך מעורבות מחלקתך בפירוק זה																																			
כאזיה מידה אתה מתמודד בצורה יעילה במצבי לחץ																																			
כאזיה מידה מתן ההכשרה במלך"ד תשפר את ביצועיך במתן טיפול בפצעים																																			
האם התנסות בסביבה הפיזית של המלך"ד בארגון																																			
כאזיה תדירות נקראת למלך"ד לעזרה																																			
האם אתה מרגיש מוטסל בהגיעך לעזרה במלך"ד																																			
כאזיה מידה חשובה התמצאות במבנה הפיזי של המלך"ד																																			
כיצד להערכתך תפקדת במלך"ד במתן מענה בטיפול בפצעים																																			
כיצד לדעתך,האם ניתן לשפר את רמת הידע של הצוות הסיעודי מתארגון על ידי מתן ידע עיוני בטיפול בפצעים																																			
כאזיה מידה אתה מכיר את מאפייני המלך"ד המתחייבים לטיפול הפצעים																																			
כאזיה מידה נחשפת בזמן מתן עזרה במלך"ד לפצעים																																			
כאזיה מידה שלטת ביכולת למתן עזרה ראשונה לפצעים במלך"ד																																			
כאזיה מידה סייעת לרופא בבצוע גבס או דרוקציה לפצעים																																			
כאזיה מידה סייעת לרופא בתפידה וטיפול בפצעים																																			
כאזיה מידה סייעת לרופא בהחדרת טרוקר																																			
כאזיה מידה סייעת לרופא בהתקנת קיבועים למיניהם(סד תומס,סד מרמר)																																			
כאזיה מידה התנסות בחבישות וחתכים למיניהם בטיפול בפצעים																																			

האם יש לך הארה, הערה, הצעה בנושא המדויק?

משוב לאחר ההתנסות

- דרישה לימי התנסות קלינית נוספים
- רענון שנתי
- ניתנו כלים להתמודדות
- העשרת ידע ועניין
- הערכה למארגני הפרויקט

לסיום

אל חברי קורס מינהל: גליה רוזנברג; שוש רשף; אוסנת מימון; לאה מירלאשוילי; ענת אליאסי

שלום לכן,
אחד הגורמים הדומיננטיים להצלחתו של ארגון הוא ההון האנושי - מקצועי שבו.
אין ספק שבפריקט זה הוכחתן את המכוונות לכך.
בחתרן בנושא משמעותי והוכחתן שמטרות ניתן להשיג (גם אם לא קל).
ישר כוח.

תודה מיוחדת ליהודית על הליווי והתמיכה בתהליך.
יהודית, צריך לבחון אפשרות לשלב את הנושא בתכניות ההדרכה השנתיות:
1. להגדלת מספר האחיות.
2. רענון המשכי של ידע ומיומנויות לאחיות שהשתתפו בסדנא.

בברכה,
לימור שיימן
מנהלת הסיעוד

מאת: אושרה מויאל
נשלח: ה' 26/07/2012 15:20
אל: לימור שיימן
נושא: FW: קורס מינהל בכיר

From: ענת אליאסי
Thursday, July 26, 2012 2:52 PM : Sent
To: אושרה מויאל
Subject: קורס מינהל בכיר

הי,
אבקש ליידע את לימור.
תודה ענת



אינדקס שמות מחברים

שם	עמודים	יפעת מימון	27
אביבה פסלר	23,367	כוכי כרמי	362
אביטל סיאג	6,28,74	לאורה אמירוב	132
אהובה לוסטיג	32	לילה שוורצמן	35
אורנה בראון-אפל	213	לימור שיימן	2,28,32
אורנית כהן	2, 27	מוריה טובול	35
אילן סגל	27	מזל אמויאל	17,191
אלווירה דיגילוב	191	מיכל גרינבלט	362
אלעפיניש אמניה.	149	מירב אספרנסה	191
אמיל חי	20	מירב חסן	23,367
אסתי פורקוש	23	מנחם שלזינגר	22
אסתר בר יוסף	29, 34	מריה צייטלין	27
אתי אקריש	193, 207	מרים מירילאשוילי	193,207
גלית אמוזיג	177,362	מרסל גבאי	45,230
גנדי רכטמן	149	משה רוטנשטיין	24
געפרי גמאל	20	מתיתיהו ברקוביץ	22
דליה אלמקיאס	191	נימי מימון	32
דפי שושני	181,240	סיגל קרקש	32
וולדמיר שלייכובר	20	סימה בניאל	193,207
ויקי אבוטבול	149	סנדרה אבוטבול	149
זהבה חורי	7, 74	עמוס כץ	20,21
חדוה דליקן	22	פרידה ברק	17
חיים יוספי	21	קליכמן ליאוניד	17
טל אור סבג	132	רדמילה מירדחנוב	181
טל בן וליד חליס	64,108	רות יוסף	74
טמנו פנטה	191	רעות בן זאב	52
טניה ווסובניקוב	370	שירן בורד	213
יובל בן מרדכי	32	שמואל צנגן	27
יוסי בלייר	2, 29,32,34	שמחה בן גיאת	193,207
ייבגני פישמן	21	שרגא אבינר	22
		שרה מודזגרשוילי	36,45,164,230
		תמר דוד	29,34