
ג'וינט ישראל
מכון ברוקדייל
לגרונטולוגיה
והתפתחות אדם וחברה בישראל

אוניברסיטת תל-אביב
הפאקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
ביה"ס ללימודי המשך ברפואה
החוג לסיעוד



סיעוד לקשיש:

גורמים מוסדיים ואישיים
המשפיעים על עבודת צוות הסיעוד
במוסדות לטיפול ממושך

רבקה ברגמן
שושנה אקרלינג
חוה גולנדר
רינה שרון
אדריאן תומר

BR-S-19-83

: סיעוד לקשיש

ברגמן, רבקה



000870177147

ג'וינט ישראל
מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה
והתפתחות אדם וחברה בישראל

אוניברסיטת תל-אביב
הפאקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
ביה"ס ללימודי המשך ברפואה
החוג לסיעוד

סיעוד לקשיש: גורמים מוסדיים ואישיים המשפיעים
על עבודת צוות הסיעוד במוסדות לטיפול ממושך

רבקה ברגמן, שושנה אקרלינג, חוה גולנדר, רינה שרון, אדריאן תומר

ספטמבר, 1983

S-19-83

הצורך הגדל והולך בישראל בטיפול סיעודי בקשישים לא עצמאיים, והקשיים בגיוס צוות סיעודי מתאים לעבודה במוסדות לטיפול ממושך הובילו למחקר הנוכחי. מטרת המחקר היו לתאר (1) את הסביבה הפיזית והפסיכוסוציאלית, (2) את המאפיינים של הצוות הסיעודי, (3) את תפיסתם את תוכן העבודה, (4) את שביעות רצונם מהעבודה ואת עמדותיהם כלפי עבודה עם קשישים ו-5) ההטרדות בעבודה וגורמים המשפיעים עליה.

נערכו תצפיות ב-17 יחידות לטיפול ממושך הנמצאות ב-12 בתי אבות. נערכו ראיונות עם 82 אנשי צוות סיעודי ביחידות ועם 39 אנשי מפתח במוסדות. השתמשנו גם בכמה מסמכים כדי להשיג מידע.

המימצאים העיקריים:

- (1) הסביבה הפיזית והמתקנים ברוב המוסדות אפשרו מתן פתרונות לצרכים הפיזיים הבסיסיים של הקשישים, ואולם ברוב היחידות שררה צפיפות יתר ופרטיות החולים ופעילויות קבוצתיות היו מוגבלות.
- (2) הצוות הסיעודי הגיש טיפול בריאותי ואישי בסיסי משביע רצון. עמדותיהם כלפי הקשישים היו חיוביות. עם זאת הפעילויות הסיעודיות שנבקטו כדי לענות על צרכים פסיכוסוציאליים ושיקומיים היו בלתי מספיקות.
- (3) ארגון העבודה התבסס על הקצאה (מטלות) פונקציונלית כאשר עבודת הצוות הינה מועטה ביותר. עובדה זו הקשתה על מתן טיפול איכותי כולל ועל התפתחות הצוות.
- (4) הרכב הצוות הסיעודי על-פי רמת הכשרתם היה כדלהלן: 10% אחיות מוסמכות, 20% אחיות מעשיות ו-70% כוח עזר. השיעור הנמוך של אחיות מוסמכות לא אפשר הערכה נאותה של החולים ומתן טיפול מיומן, פיקוח, והכשרה של הצוות הסיעודי.
- (5) סך השעות של טיפול סיעודי ביום לחולה היה בין 1.5 ל-4.4 (2.3 בממוצע). איוש משרות הצוות ברוב בתי האבות היה מתחת לסטנדרטים המומלצים.

(6) ניתוח תוכן העבודה כפי שהוא נתפס על-ידי הצוות הסיעודי מראה שימוש נרחב

באחיות מעשיות ובכוח עזר מעבר לרמת הכשרתם. מטלות אשר לא בוצעו

באינטנסיביות הדרושה היו בתחום הפעילויות הפסיכוסוציאליות.

(7) אנשי הצוות הסיעודי דיווחו על שביעות רצון גבוהה מקשרים בין-אישיים

וממידת האוטונומיה שבעבודתם. הם לא היו שבעי רצון ממשכורותיהם, מן

ההזדמנויות להשתלם ולהתקדם בעבודה, והתנסו במתחים פיזיים ורגשיים

ניכרים.

(8) שיעור הנשירה הכולל היה 35.4%. השיעור הנמוך ביותר נמצא אצל אחיות במשרות

ניהול - 11%. שלושה רבעים מהעזיבות ארעו במשך השנה הראשונה לאחר תחילת

העבודה. רובם של אלו שעזבו בתקופה זו פוטרו, בעוד שהאחרים עזבו בדרך

כלל את העבודה מסיבות אישיות.

(9) נראה שמוסדות קטנים שלא למטרת רווח משביעים רצון יותר במונחים של טיפול

בחולים והשארות בעבודה.

עמוד

iv	רשימת הלוחות
vii	רשימת תרשימים
viii	הקדמה
1	1. מבוא
2	2. סקירת ספרות
2	2.1 השלכות של תכונות ארכיטקטוניות ומבניות של מוסדות לקשישים
4	2.2 תכונות אישיות של הסגל הסייעודי ותנאי עבודתם
8	3. מערך המחקר
8	3.1 מטרות המחקר
9	3.2 מודל המחקר
9	3.3 אוכלוסיית המחקר והמידגם
11	3.4 כלי המחקר, איסוף ועיבוד נתונים
13	3.5 מגבלות המחקר
14	4. התצפיות במוסדות
14	4.1 תיאור כללי של המוסד
15	4.2 הגן
16	4.3 מבנים
17	4.4 שירותים מיוחדים
18	4.5 מתקנים ושירותים בריאותיים
23	5. יחידות סיעוד גריאטרי
24	5.1 ציון צפיפות
25	5.2 שירותים וחדרי רחצה
25	5.3 ציוד
26	5.4 סביבה פיזית כוללת
27	5.5 סביבה פסיכולוגית
28	5.6 טיפול אישי בסיסי
30	5.7 תזונה
32	5.8 עמדות כלפי חולים
33	5.9 יחסים עם משפחת המטופל
34	5.10 קשרים עם הקהילה
35	5.11 יחסים בין אישיים בצוות
39	5.12 סיכום

עמוד

40	6. שעות טפול בחולה ביממה
45	7. הסגל הסיעודי
51	8. עובדים מקצועיים שאינם עובדי סיעוד המועסקים במוסדות לקשישים
51	8.1 שעורי חולים לתקן משרה
54	9. תפיסת תכני עבודה
56	9.1 שימוש בצוות הסיעודי
63	9.2 תחומי תכני העבודה
64	9.3 פעילויות בתת-ביצוע
65	9.4 סיכום
66	10. הצוות הסיעודי
66	10.1 המידגם
66	10.2 מספר המטופלים שבהם טיפל כל עובד סיעודי ביום
67	10.3 גורמים המשפיעים על בחירת העבודה
68	10.4 ציפיות תפקיד ותוכניות לגבי המשך עבודה
69	10.5 התגשמות הציפיות לגבי העבודה
70	10.6 תפיסת אפשרויות הניעות
70	10.7 תפיסת עצמית והערכת אחרים את העבודה
71	10.8 תפסית ידע, מיומנויות ועמדות
73	10.9 תפיסת עצמאות והשפעה על קבלת החלטות
75	10.10 תפיסת מאמץ פיסי ולחץ נפשי הכרוך העבודה
76	10.11 תפיסת שביעות רצון מן העבודה
79	10.12 עמדות כלפי קשישים
81	11. נשירה של הסגל הסיעודי
83	11.1 הנשירה לפי מוסדות
83	11.2 נשירת סגל סיעודי לפי גודל המוסדות וסוג הבעלות
84	11.3 נשירה של סגל סיעודי - מאפיינים מקצועיים
86	11.4 נשירה של הסגל הסיעודי לפי תכונות דמוגרפיות
88	11.5 פרופיל הנושרים בקרב עובדי הסיעוד
90	11.6 הסיבות לעזיבה
91	11.7 סיכום

עמוד

92	12. אנשי המפתח
92	12.1. איפיוניהם של אנשי המפתח
94	12.2. דעות אנשי המפתח על בעיות הסגל הסיעודי
96	12.3. בעיות הסגל הסיעודי
98	12.4. הערכת רמת הטיפול הסיעודי
99	12.5. בעיות מיוחדות הקשורות לעבודה עם קשישים
100	12.6. השתלמויות והזדמנויות קידום
101	12.7. יחסים בין אישיים
102	12.8. סיכום
103	13. מימצאים עיקריים
103	13.1. גודל המוסד וסוג הפעילות
103	13.2. הסביבה
103	13.3. אירגון העבודה ותכניה
104	13.4. הרכב הסגל וזמירותו
104	13.5. יחסי אנוש
104	13.6. שביעות רצון הצוות הסיעודי והסתגלותו
105	13.7. נשירת עובדי הסיעוד
105	13.8. איכות החיים ואיכות הטיפול
106	13.9. טיפול בריאותי
107	14. מסקנות עיקריות והמלצות
109	רשימת המקורות
114	נספחים

רשימת הלוחות

<u>עמוד</u>			
10	מידגם המוסדות	3.1	לוח
15	דירוגי הגן	4.1	לוח
16	ממוצעים, סטיות תקן ואחוז מוסדות עם דירוג נמוך בתחום המבנים	4.2	לוח
17	ממוצעים סטיות תקן ואחוז מוסדות עם דירוג נמוך בתחום השרותים המיוחדים	4.3	לוח
19	דירוג מתקנים ושרותים בריאותיים	4.4	לוח
20	ממוצעי מדדי המוסדות לפי כל אחד מהמוסדות שבמדגם	4.5	לוח
21	ממוצעים של 5 מדדי המוסד ומובהקות בין סוגי מוסדות (ANOVA)	4.6	לוח
23	מספר החדרים ותפוסתם לפי סוג החדר	5.1	לוח
25	ממוצעי דירוג וסטיות תקן של שירותים וחדרי רחצה ביחידות	5.2	לוח
26	דירוג הציון	5.3	לוח
27	דירוג הסביבה הפיסית	5.4	לוח
28	דירוג הסביבה הפסיכולוגית	5.5	לוח
30	דירוג הטיפול האישי בסיסי	5.6	לוח
31	דירוג מזון ותזונה	5.7	לוח
33	דירוג עמדות כלפי מטופלים	5.8	לוח
34	דירוג הקשר עם משפחות החולים	5.9	לוח
35	דירוג הקשרים עם הקהילה	5.10	לוח
36	דירוג יחסים בין-אישיים	5.11	לוח
37	ציוני תצפית יחידה לפי המוסדות	5.12	לוח
38	ציוני תצפית יחידה בנתוח ANOVA לפי גודל ובעלות המוסד	5.13	לוח
41	שעות טיפול במטופל ביממה ביחידות השונות	6.1	לוח
42	טווח סה"כ שעות טיפול במטופל ביממה	6.2	לוח
45	רמות ההכשרה של הסגל הסייעודי - השוואה בין ישראל וארה"ב (באחוזים)	7.1	לוח
47	רמת ההכשרה של הסגל הטיפולי לפי הבעלות של המוסד (באחוזים)	7.2	לוח

עמוד

47	לוח 7.3	ארץ המוצא עפ"י רמת ההכשרה של הסגל הסיעודי (באחוזים)
48	לוח 7.4	ממוצע שעות עבודה שבועיות לפי רמת ההכשרה של הסגל הסיעודי
49	לוח 7.5	ממוצע הותק לפי רמת ההכשרה של הסגל הסיעודי
49	לוח 7.6	רמת תפקיד לפי בעלות וגודל המוסד (באחוזים)
50	לוח 7.7	ממוצע גיל, ממוצע ותק ושעות עבודה שבועיות לפי רמת תפקיד
53	לוח 8.1	תקנים לבעלי מקצועות לא סיעודיים במוסדות לקשישים
55	לוח 9.1	ממוצע תפיסת שכיחות ביצוע פעילויות סיעודיות לפי רמת ההכשרה של עובדי הסיעוד (ANOVA)
60	לוח 9.2	ממוצע אחיות מעשיות בשכיחות ביצוע פעילויות של אחיות מוסמכות לפי זמינות מוסמכות, גודל ובעלות המוסד
61	לוח 9.3	ממוצע כח-העזר בשכיחות ביצוע פעילויות שיועדו לאחיות מוסמכות לפי זמינותן של אחיות מוסמכות ומעשיות, גודל המוסד ובעלות עליו
67	לוח 10.1	גורמים המשפיעים על בחירת העבודה לפי רמת ההכשרה של המשיב, גודל המוסד והבעלות על המוסד בו הוא עובד (ANOVA)
69	לוח 10.2	הכוונה להמשיך בעבודה לפי רמת ההכשרה של הצוות, גודל המוסד והבעלות עליו (באחוזים)
70	לוח 10.3	מילוי ציפיות העבודה לפי רמת ההכשרה של הצוות, גודל המוסד והבעלות עליו (ANOVA)
72	לוח 10.4	תפיסת הידע, מיומניות והעמדות הדרושות לביצוע העבודה לפי רמת הכשרה של הצוות, גודל ובעלות המוסד (ANOVA)
73	לוח 10.5	ממוצע תפיסת העצמאות וההשפעה על קבלת החלטות לפי רמת ההכשרה של המשיבים (ANOVA)
74	לוח 10.6	ממוצע תפיסת עצמאות לפי זמינות צוות סיעודי (ANOVA)
75	לוח 10.7	תפיסת המאמץ הפיסי והלחץ הנפשי הכרוכים בעבודה, לפי רמת ההכשרה של הצוות הסיעודי, גודל ובעלות המוסד (ממוצעים ANOVA)

עמוד

76	לוח 10.8 ממוצעי מדד המאמץ לפי זמינות צוות סיעודי (ANOVA)
77	לוח 10.9 ממוצעים של גורמים לשביעות רצון בעבודה ומדדים של הנה"ל לפי רמת ההכשרה של הצוות הסיעודי, גודל ובעלות המוסד (ANOVA)
78	לוח 10.10 מדדי שביעות רצון לפי מדדי זמינות כוח-אדם סיעודי (ANOVA)
79	לוח 10.11 סוג המטופלים המועדף ע"י הצוות הסיעודי לפי רמת ההכשרה של הצוות הסיעודי, לפי גודל המוסד והבעלות עליו (באחוזים)
80	לוח 10.12 עמדות לגבי קשישים לפי רמת ההכשרה, גודל ובעלות המוסד (ANOVA)
82	לוח 11.1 סיבות העזיבה, השוואה בין תקופה א' לתקופה ב' (באחוזים)
85	לוח 11.2 שיעורי נשירת הסגל הסיעודי לפי רמת ההכשרה, רמת התפקיד המשרה ושנות הוותק
87	לוח 11.3 נשירת הסגל הסיעודי לפי גיל, מין וארץ מוצא
89	לוח 11.4 נתוח מבחין (Standardized Canonical Discriminant Function Coefficients) על גורמי נשירה לפי סדר כח האבחנה של המשתנים
90	לוח 11.5 סיבות העזיבה לפי וותק במוסד (באחוזים)
92	לוח 12.1 ניתוח המשתנים המקצועיים של אנשי המפתח (בשנים)
93	לוח 12.2 אפיונים של אנשי המפתח לפי גודל המוסד וסוג הבעלות
95	לוח 12.3 דעות אנשי המפתח על זמינות הסגל הסיעודי (באחוזים)
96	לוח 12.4 תפיסת אנשי מפתח את הבעיתיות הכרוכה בגיוס סגל סיעודי (באחוזים)
97	לוח 12.5 השפעת נשירת סגל סיעודי על העבודה (באחוזים)
98	לוח 12.6 תפיסת אנשי המפתח בעיתיות בתחומים שונים (באחוזים)
99	לוח 12.7 תפיסת אנשי המפתח את בעיתיות חוסר הידע, המתח הנפשי והמאמץ הגופני אצל הסגל הסיעודי (באחוזים)
100	לוח 12.8 תפיסת אנשי המפתח את ההזדמנויות להשתלמיות הניתנות לסגל הסיעודי
101	לוח 12.9 תפיסת אנשי המפתח את הזדמנויות הקידום (באחוזים)
101	לוח 12.10 תפיסת אנשי המפתח את מערכות היחסים הבין אישיים (באחוזים)

רשימת תרשימים

<u>עמוד</u>			
9	מודל המחקר	3.1	תרשים
20 א'	דירוג המוסדות לסוגיהם בתחומים השונים	4.1	תרשים
36 א'	ציוני איכות של היחידות בתחומים השונים	5.1	תרשים
	שעות טיפול בחולה במשך יממה, לפי רמת התפקיד של	6.1	תרשים
40 א'	המטפל ביחידות, במוסדות מסוגים שונים		
	תחלופת סגל סיעודי במוסדות לפי רמת הכשרה ולפי	11.1	תרשים
84 א'	רמת תפקיד		

ה ק ד מ ה

החוג לסיעוד באוניברסיטת תל-אביב ערך בעשר השנים האחרונות סידרה של מחקרים על כח-אדם בסיעוד. בסידרה כלולים מחקרים על היבטים חינוכיים כגון: פרופילים ופעילויות של מורים, ברירת מועמדים, איפיוני תלמידים ונשירתם. מחקרים אחרים עסקו באחיות: אורך חיי-העבודה, תכני עבודה, שביעות רצון, מחקר על תפקיד האחות האחראית, חזרה לעבודה לאחר לידה ועל האחות כדגם תפקידי.

מחקר זה התמקד במערכת ייחודית: יחידות סיעודיות במוסדות גריאטריים. זהו נסיון ללמוד אודות המצב והגורמים המשפיעים על הנשירה, ותכני העבודה של הסגל הסיעודי בכל הרמות ביחידות כאלו.

נבחנו משתנים רבים מתוך שימוש בששה כלי מחקר ובמגוון של מתודולוגיות. צוות המחקר מקווה שמימצאי המחקר יתרמו לשיפור איכות הטיפול ולהגשמה העצמית של הסגל הסיעודי העובד במוסדות לטיפול ממושך בקשישים.

מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות האדם שיתף פעולה במחקר זה. בנוסף התקבל מימון חלקי ממשרד המדען הראשי, משרד הבריאות.

תודתנו נתונה להנהלות וצוותי העובדים, בשנים עשר המוסדות שבמידגם, על הרצון הטוב שגילו ועל שיתוף הפעולה; לסגל המזכירות ועוזרי המחקר בחוג לסיעוד באוניברסיטת תל-אביב ובמכון ברוקדייל בירושלים על סבלנותם ועזרתם.

1. מ ב ר א

מספרם ושיעורם של הקשישים באוכלוסיה בישראל עלו ושינויים משמעותיים חלו בהרכב הגילי של אוכלוסית הקשישים. מאז 1948 ועד 1980 הוכפלה אוכלוסית הקשישים פי עשר בעוד שכלל אוכלוסית ישראל הוכפלה פי חמש. יתרה מזו, האומדן הוא כי בקרב אוכלוסית הקשישים יעלה שיעור אוכלוסית הקשישים (מגיל 75 ומעלה) מ-31.4% ל-40.1% ב-1990 (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1981).

הצורך בשירותים, בעיקר בשירותים מוסדיים, עולה עם העליה בגיל. אלו שמעל גיל 75 מרכיבים את מחצית המתאשפזים בבתי החולים הכלליים ובמוסדות לטיפול ממושך. (משרד הבריאות והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1978).

ב- 1980 היו בישראל 12,500 מיטות לטיפול גריאטרי ממושך. אלו שרתו קשישים במצבי תיפקוד שונים: רבים מהם נזקקו לטיפול סיעודי מלא. על מנת לשמור על אותו שיעור של מיטות לקשישים יהיה צורך להוסיף 31% מיטות עד 1985 ו-51% עד 1990 (ברגמן, חביב, תומר, 1980).

קיים צורך דחוף לשנות את ההרכב הנוכחי של הסגל הסיעודי-במוסדות לקשישים ולהעלות את מספרם של עובדי הסיעוד לשעור המומלץ ע"י ועדות שונות שבדקו את מצבת כח-האדם במוסדות לקשישים. יהיה צורך בעליה של 60% בכח-האדם הסיעודי על מנת למלא את התקנים החדשים המומלצים. אכיפת חוק בטוח הסיעוד תחייב הרחבת השירותים הקהילתיים והמוסדיים לקשישים ומוגבלים אחרים. תכניות אלו יתאפשרו בתנאי שכח האדם הסיעודי יהיה זמין.

כיום מועסקים כ-5000 איש במוסדות גריאטריים לטיפול ממושך. הסגל הסיעודי מהווה כמחצית מכלל הבגל. 850 מן הסגל הסיעודי הן אחיות מוסמכות או אחיות מעשיות ולמעלה מ-1600 הן כח-עזר.

יש צורך בקביעת מדיניות שתבטיח איכות חיים ואיכות טיפול לקשישים במוסד, מעבר לעצם הרחבתם של השירותים והכשרת כח-האדם המועסקים בהם. לשם קביעת מדיניות כזו יש צורך במידע בדוק על מספרם והרכבם של עובדי הסיעוד ועל תכני עבודתם.

החקרים ינסו להגיע, על סמך מימצאי מחקר זה, להמלצות ייעול בתכנון כח-האדם הסיעודי, לפיתוח סטנדרטים בטיפול, להעלאת איכות חי העבודה של הצוות הסיעודי ולשיפור איכות החיים ואיכות הטיפול של הקשישים.

2. סק הספרות

קשישים שאינם מתפקדים באופן עצמאי הנכנסים למוסד מתנתקים מסביבתם הקודמת שבה היתה להם שליטה על חלק גדול מפעילויותיהם. בסביבה המוסדית החדשה נקבע סדר היום, כמעט בלעדית, על מדיניות המוסד, המטפלים וע"י האוירה במוסד. הסביבה הפסיכו-סוציאלית והסביבה הפיסית עשויות להטביע חותמן באופן מכריע על התנהגותם ורווחתם של הקשישים ואף עשויים להשפיע על הישרדותם. (Knapp and Missiakoulis, 1977).

2.1 השלכות של תכונות ארכיטקטוניות ומבניות של מוסדות לקשישים.

הקשישים במוסדות סיעודיים מוגבלים, על פי רב, מבחינה פיסית או נפשית או משתי הבחינות גם יחד. על הסביבה לאפשר להם לתפקד כפי יכולתם המירבית. תכונות פיסיות של מבנה יכולים לקדם או להפחית פעילות יום-יומית, ולהשפיע על יחסי גומלין חברתיים ושביעות רצון (Moos and Lemke, 1980). למספר תכונות פיסיות של מוסדות שידונו בפרק זה עשויות להיות השפעות בולטות.

קיימת הסכמה שנוף יפה חשוב מאוד לקשישים במוסדות, Newcomer and Caggiano (in Burnside, 1981) ממליצים על גיוון בצורה, בגבהים ובצבעים בגנים, תוך שמירה על התאמת הגן למיגבלות הקשישים. הרפז ועמיתיו (1981) מצאו שלמעלה ממחצית מדיירי בתי האבות בעיר תל-אביב מרבים לבקר בגנים ציבוריים. פעילות זו מבדילה אותם מאנשים צעירים וקשורה באופן מובהק לניידותם.

שטחים ציבוריים מאפשרים פעילות קבוצתית, תחושת "צוותא" ונטילת חלק באירועים חברתיים ע"י אנשים מוגבלים. מתקנים אלו יכולים לכלול אולמות כניסה, מועדון, חדרי אוכל, משרדי סגל וחדרי טיפולים. (Moos 1981) מדווח שאפשרויות הבחירה והשליטה בסביבה גדלים אצל קשישים במוסדות שבהם קיימים מתקנים ציבוריים. זמינותם של מתקנים אלו מעידה על הערכת הנהלת המוסד את הצורך של מטופליהם בטרטוריה מורחבת (Newcomer and Caggiano, 1981). התאמת המיתקנים הציבוריים לצרכי הקשישים עשויה להשפיע על איכות הסביבה (Moos and Lemke, 1980).

ליחידים הנתונים תדיר להשגחה וביקורת של אחרים יש לאפשר פרטיות מסוימת (Pastelan in Burnside, 1981). פינה פרטית מאפשרת ליחיד ביטוי עצמי ע"י הצגה של חפצים אישיים השייכים לו שהם משמעותיים וחשובים לגביו.

רכושנות בולטת בין קשישים שלהם מרחב מגורים מוגבל (Ittleson, 1970).
Moos (1981) מצא מיתאמים חיוביים בין הקצאת שטח פרטי ויכולת הקשיש
המוגבל להשפיע על מדיניות המוסד. Gielow (1970) מדווח על שביעות
רצון גבוהה יותר בקרב קשישים המוקפים בחפצים האישיים שבבעלותם, בחדרים פרטיים.
מן הספרות עולה כי פרטיות היא שילוב של שטח ורכוש ושלשני מרכיבים אלו השפעה
על רווחת הפרט, התקשורת החברתית שלו ושביעות רצונו. טווח השטח הפרטי הוא בין
0.4 ל- 0.6 מטרים רבועים, מרחק הקשור למגבלות ראייה ושמיעה (Louis, 1981).
מנדלסון (1977) לאחר בדיקת בתי אבות בישראל המליץ על חדרים לבודדים בני 12
מטרים רבועים, חדרים זוגיים בני 27 מטרים רבועים וחדרים בני 50 מטרים רבועים
ל- 4 דיירים.

קשישים עם מגבלות בריאותיות ותיפקודים זקוקים לעזרים אישיים ולמתקנים
תרפויטיים. Moos and Lemke (1980) ערכו רשימה של עזרים
שיסעו למוגבלים להתמצא במקום כגון: סימון קירות ודלתות, מעקות, רמפות, פעמוני
אזעקה, תאורה שתהיה חזקה אבל לא מסנוורת, שטיחים מקיר אל קיר שימנעו נפילות
ויאטמו רעשים (Newcomer and Caggiano, 1981).
מנדלסון (1977) ממליץ שבבתי האבות יהיו מתקנים לטיפול רפואי, לריפוי בעיסוק
ופיזיותרפיה. הוא מצביע על כך שכניסות לכלי רכב יהיו באותם מקומות שבהם אין
הקשישים מרבים לעבור.

מנדלסון מציע שמרכזים גריאטריים ימוקמו במרחק הליכה נוח מתחבורה ציבורית
אולם לא בתוך אזורי תחבורה סואנת. ועדה של משרד העבודה והרווחה (1980), שבחנה תנאים
במוסדות לקשישים, המליצה על מעורבות קהילתית בתכנון המקום על מתקניו ופיתוח מערכת
יחסים מתמשכת בין דיירי המוסד לבין אנשי הקהילה. Moos and Lemke (1980)
כוללים נגישות למשאבים קהילתיים במדד ההערכה שלהם של מוסדות לקשישים.

גודל המוסד ובעלותו משפיעים על איכות חיי הקשישים. Youket (1980)
מצא שמוסדות גדולים, בעלי ציוד מתוחכם מציעים טיפול טוב יותר בעוד שאיכות החיים
במוסדות קטנים, בעלי מתקנים מוגבלים יותר, טובה יותר (ראה גם Riportella-Muller, 1982).
דירוגם של המוסדות שבבעלות אירגוני מתנדבים, שלא למטרת רווח, גבוהה על פי רוב
ממוסדות הניתמכים ע"י הממשלה.

2.2. תכונות אישיות של הסגל הסיעודי ותנאי עבודתם .

איכות החיים ואיכות הטיפול במוסדות לקשישים תלויים במידה רבה בסגל הסיעודי, במדיניות המוסד ובתנאי העבודה של הסגל. יחסי הגומלין בין הגורמים הללו משפיעים על האווירה במוסד. Wandelt and Slater (1982) Wandelt, פיתחו סולם הערכה לפעילויות סיעודיות בהשתמשם בקטגוריות הבאות: פסיכו-חברתית - אישית, פסיכו-חברתית קבוצתית, פיסית, כללית, תקשורת בין מטופל ובעלי מקצועות שונים (כגון: יוזמה ואחריות). ברגמן ועמיתים (1982) קבעו מדדי הערכה לטיפול בקשישים בששה תחומים: סביבה פיסית, סביבה פסיכולוגית תקשורתית, טיפול אישי בסיסי, טיפול בריאותי, מעורבות המשפחה ורמת המטפלים.

מחקרים העלו, שהסגל מתמקד יותר בצרכים הבסיסיים הגופניים מאשר בהיבטים אחרים של הטיפול (Manard, in Youket, 1980). רב זמנס של המטפלים מוקדש לטיפול בסיסי שגרתי ולמטלות משק בית. המחברים רואים מצב זה כמאפיין את המציאות במוסדות חוסים. Gottesman ועמיתיו (1974), Flagle ועמיתיו (1977) מדווחים שמחצית משעות העבודה של הסגל הסיעודי מוקדש לטיפול אישי בסיסי. Coffree ועמיתיו (in Youket, 1980) מצאו הבדלים מזעריים בזמן המוקדש לטיפול בסיסי במוסדות שדורגו כטובים מאוד לאלו שדורגו כבינוניים. לפי Hatton (1977) גילו אחיות הערכה מועטת בלבד לפרטיות ולצרכים הטריטוריאליים של המטופלים שלהם. יתרה מכך, המחקר העלה אפשרויות נדירות בלבד לקבלת החלטות ע"י חולים ומספר מוגבל של מגעי אחות - מטופל. George (1979) מצאה קשר מובהק בין רמות הטיפול הישיר ורמת ההכשרה של הסגל הסיעודי - כח עזר בילו רב זמנס עם החולים בעוד שאחיות מוסמכות עשו זאת פחות מכולם. מחקר על מוסדות סיעודיים לקשישים בפינסילווניה (Mather, 1970) רשם 17 פעילויות סיעודיות מהן 14 בתחום הטיפול הישיר ושלוש בתחום המינהל והחינוך; כל הפעילויות דורגו לפי שכיחות ביצועם ע"י כח עזר, אחיות מעשיות ואחיות מוסמכות. היתה חפיפה ניכרת בין בעלי שלוש רמות ההכשרה בביצוע הפעילויות; להוציא רישום תרופות, סיוע בעירוים וביצוע פעילויות חינוך תוך שרות.

איכות הטיפול במוסדות לקשישים נמדדת, לעיתים, ע"י הרכב הסגל הסיעודי ומספר שעות הטיפול ביממה למטופל הניתנות ע"י כל אחת מרמות ההכשרה (Klein, 1980). במחקר שבדק 1000 מטופלים גברים ב-30 מוסדות סיעודיים לקשישים מצאו Linn ועמיתיו (1977) קשר בין שעות טיפול רבות יותר שניתנו ע"י אחיות מוסמכות לבין תפקוד משופר

של המטופל והישרדות, Rosenfeld (1979) השתמש במחקר ב-12 סולמות ולא אישר ממצאים אלו. ממצאי מחקר שנערך ביוטה, איובה וטקסס (Shaughnessy et al, in Klein, 1980) העלו שהטיפול השתפר עם העליה בזמינות הסגל הסייעודי ומטפלים אחרים. התאחדות האחיות בארה"ב שהיתה מודאגת מן המחסור באחיות בשירותים לטיפול ממושך לקשישים ביצעה מחקר שהראה שמטופלים קבלו 12.5 דקות טיפול של אחות מוסמכת ביממה (Newswatch, 1980).

שעור האחיות המוסמכות בסגל הסייעודי שונה ממקום למקום. המחלקה לסוציולוגיה באוניברסיטת פנסילוניה (Mather, 1970) ערכה סקר של הסגל הסייעודי ב-83 מוסדות סיעודיים לקשישים והעלתה ש-18% היו אחיות מוסמכות, 28% אחיות מעשיות ו-54% כח-עזר. George (1979) העלתה מימצאים דומים: 14.7%, 17% ו-66.5% בהתאמה. במונחים של היקף משרה דיווחה George על 80% העובדים במשרה מלאה בצפון קרוליינה, Stryker-Gordon (1979) על 50% עובדים במשרה מלאה במינסוטה.

בישראל, במכון ברוקדייל (ברגמן, 1980), הומלץ על סגל סיעודי בשיעור של 40% אחיות לעומת 60% כח-עזר. ועדת דרבסי (1981) הסכימה עם שיעור זה והמליצה על 2-2.5 שעות טיפול סיעודי ביממה לחולה. סקר סגל סיעוד, בישראל (ברגמן, 1980) מצא 37% אחיות בבי"ח לחולים כרוניים ו-22% אחיות במרכזים גריאטריים. מימצאים אלו אינם בודקים היקף משרה ואינם מבחינים בין אחיות מוסמכות לאחיות מעשיות.

איפיוני הסגל הסייעודי, כגון: גיל, מין ורמת הכשרה נבדקו ע"י חוקרים כדי ללמוד על הקשר בין משתנים אלו לתכני עבודה והישארות הסגל הסייעודי במוסדות לקשישים.

במחקר פנסילוניה (Mather, 1970) נמצא שכח העזר היו הצעירות ביותר ואחיות מעשיות המבוגרות ביותר בקרב הסגל הסייעודי. בבריטניה (Knapp and Missiakoulis, 1977) דיווחו כי מתוך סגל של 8588 רק 12% היו מתחת לגיל 29. גברים היוו מיעוט זעיר בסגל הסייעודי: 6.4% (George, 1979) ו-13.2% (Knapp).

שעור הנשירה הכללי של הסגל הסייעודי בארה"ב היה 40% (Wolf, 1981). שעור הישארות במוסדות לקשישים היה שונה בהתאם לרמת ההכשרה והיקף המישרה (George, 1979). רמת הנשירה בין אחיות מוסמכות שעבדו במשרה מלאה היתה 55.3% ובין כח עזר שעבדו במשרה חלקית 145.1%. ב-55% מהמוסדות שנכללו במחקר מינסוטה היתה תחלופה של 40%. ב-9% מן המוסדות היתה תחלופה של 80% או יותר (Stryker-Gordon et al, 1979).

שבעים וחמישה אחוז מן הנשירה נבעה מרצונו של העובד (Seybolt, 1978). חמישים ואחד אחוז מאלו שנשרו עשו זאת ב-9 החדשים הראשונים של העסקתם, 26% בין 9 ל-18 חודשים להעסקתם ו-23% נשרו אחרי יותר מ-18 חודשים להעסקתם (Mather, 1970). מספר מחקרים דיווחו שלסגל הסינודי בעל ההכשרה היה דימוי דוחה של טיפול בקשישים.

קשר מובהק נמצא בין שיעור הישארות בעבודה לבין תכונות אישיות ומקצועיות של הסגל כגון: גיל, ותק, עבודה קודמת עם קשישים, רמת הכנסה ומידת שביעות הרצון מן העבודה (George, 1979). רמת הכשרה והתמחויות נמצאו חזאים טובים של הישארות בעבודה (Knapp et al, 1977). ניתוח רגרסיה מרובה גילה יותר משרות בלתי מאויישות של סגל מטפל במוסדות לקשישים עם ציוד דל, פחות שטחי ציבור, פחות שטחים המיוחדים לסגל העובדים, מוסדות קטנים ואלו שבהם היו חדרים לבודדים.

הישארות היתה נמוכה יותר במוסדות רב תכליתיים שסיפקו טיפול יום וארוחות. (Knapp, 1977); היא היתה גבוהה יותר במוסדות פרטיים מאשר במוסדות שפעלו שלא למטרת רווח (Mather, 1970). קשר בין חוסר שביעות רצון מסביבת העבודה לבין הישארות נמצא ע"י Wolf (1981). Davis (Newsatch, 1980) האמין שסטטוס נמוך של סיעוד-גריאטרי וסוג העבודה עם מטופלים אלו התבטא במשכורות נמוכות ובמחסור באחיות מוסמכות בשירותים הגריאטריים. הפעילויות המיקצועיות המוגבלות בשירותים הגריאטריים נתפסו ע"י צוות מחקר פנסילווניה (Mather, 1970) כגורם משפיע על הכוונה לעזור.

שביעות רצון בעבודה קשורה לגורמי הנעה וגורמי שיור (Hertzberg, 1959). הגורמים החשובים ביותר המשפיעים על סיפוק מהעבודה היו חשיבות התפקיד, יחסים בין אישיים ופיקוח. הגורמים הנמוכים ביותר היו הכרה, תקשורת ומדיניות ארגונית (Stember et al, 1978). מחקר ישראלי על שביעות רצון של אחיות (הנדלס ועמיתיו 1982) תראה שאחיות בדרך כלל היו יותר שבעות רצון מגורמים אינטרינזיים כמו עניין בעבודה, עצמאות, השפעה ויכולת להשתמש בכישורים מאשר מגורמים אקסטרינזיים כמו משכורת, שעות עבודה ותנאים פיזיים.

שביעות הרצון הגבוהה יותר נבעה מיחסים בין אישיים והנמוכה ביותר מאפשרויות הקידום ומן ההזדמנויות להמשך לימודים. אי שביעות הרצון היתה גבוהה יותר בקרב אחיות מעשיות מאשר בקרב אחיות מוסמכות. אחיות הרבו להתלונן על עייפות פיזית ומתח נפשי. בהשוואה בין נושרים לנשארים מצאה Seybolt (1978) שביעות רצון נמוכה יותר אצל הנושרים ביחוד מן הפיקוח, מן האפשרויות המוגבלות לנצל כישוריהם ובגלל מתח ולחצים.

סקירת הספרות העלתה מימצאים סותרים על עמדות. Lutzky (1981) סבור שהסיבה לכך היא שאנשים מושפעים מסטריאוטיפים ובחוסר עקביות בכלי המחקר שמדדו עמדות לגבי קשישים. למרות זאת סבור המחבר שישנן עדויות עדכניות על שיפור בעמדות לקשישים.

Rosenfeld (1978) לא מצא קשר מובהק בין עמדות הסגל הסיעודי לקשישים לבין איכות הטיפול במוסדות.

Manard ועמיתיה (1980) קובעים שהסגל הסיעודי מאמין שפיקר תפקידו הוא להעניק "טיפול מסור ואוהב". אולם משיבים אלו דחו מטלות שכרוכות במאמץ קשה וסטנדרטים כפויים ולא הזדהו עם המוסדות בהם עבדו.

Benson (1982) סבור שלאחיות עמדות סטריאוטיפיות ועמדות שליליות לגבי קשישים כמו לציבור כולו. לפי Campbell (1971), קיימות פחות עמדות סטריאוטיפיות בין אחיות מוסמכות מאשר בין סגל סיעודי אחר. וזאת, למרות שהאחיות המוסמכות גילו פחות נכונות לעבוד עם קשישים. גיל וותק לא נתגלו כגורמים מובהקים במחקר שנערך ע"י (Gillis, 1973). אולם במחקר של Taylor-Heitzeg (1978) נתגלו העמדות החיוביות ביותר בין חברי סגל צעירים יותר ומנוסים פחות.

סקירת הספרות על תכונות הסגל הסיעודי ותנאי העבודה האירה מספר נקודות :
תכני העבודה מתמקדים בטיפול בסיסי על חשבון הצרכים הפסיכולוגיים חברתיים.
ישנו מחסור באחיות מוסמכות. שעורי הנשירה שונים, כשהנשירה גבוהה ביותר בקרב כח העזר ואנשים צעירים וגבוהה בעיקר במוסדות קטנים בבעלות פרטית.

שביעות רצון מקורה בד"כ ביחסים הבין אישיים, מקור אחר לאי שביעות רצון מקורה בחוסר יכולת להתקדם. עמדות לקשישים הן סטריאוטיפיות, עמדות חיוביות יותר נמצאו בקרב אחיות מוסמכות.

3. מערך - המחקר

פרק זה יציג את מרכיביו העקריים של מערך המחקר ושיטותיו.

3.1 מטרות המחקר

3.1.1 לבדוק ולתאר את הסביבה הפיסית, אירגון העבודה ואיכות החיים והטיפול במוסדות לטיפול ממושך בקשישים.

3.1.2 לתאר את תכונותיהם של הסגל הסיעודי במוסדות אלו.

3.1.3 לבחון את הנשירה בקרב הסגל הסיעודי במוסדות אלו ולמצוא גורמים המשפיעים על הישארות בעבודה.

3.1.4 לבדוק את תכני העבודה כפי שהיא נתפסת ע"י הסגל הסיעודי.

3.1.5 לבדוק את מידת שביעות הרצון בקרב הסגל הסיעודי.

3.1.6 ללמד את עמדות הסגל הסיעודי כלפי קשישים שבטיפולם.

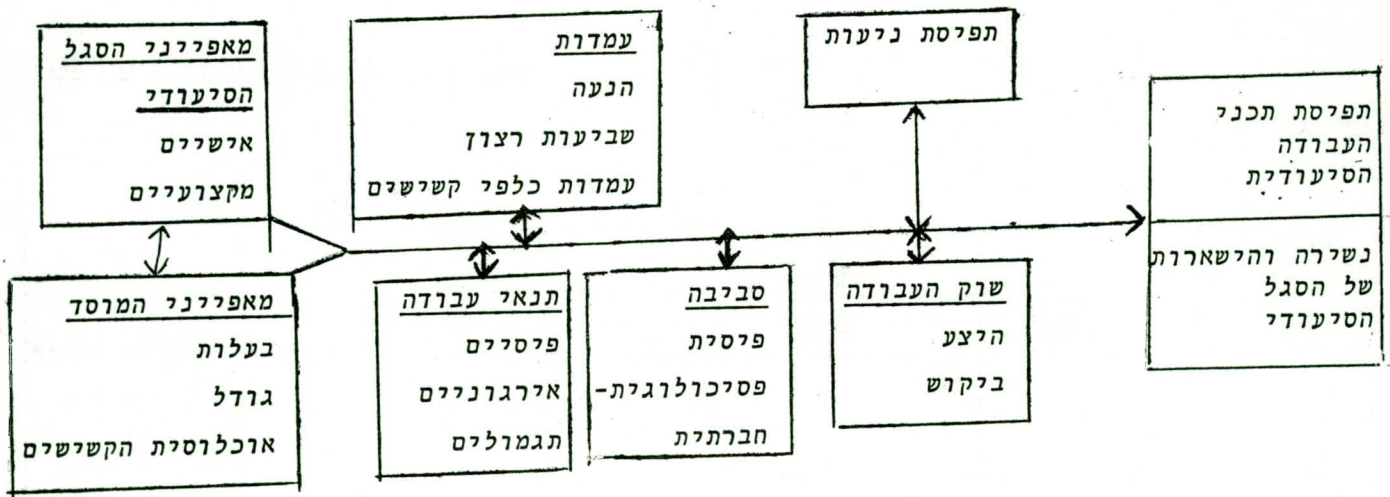
3.1.7 ללמד את דעות אנשי המינהל אודות בעיות עיקריות הנוגעות לסיעוד במוסדות.

צוות החוקרים מקוה שממצאי המחקר יתרמו לתכנון כח האדם הסיעודי, לפיתוח סטנדרטים וקווים מנחים לעשייה הסיעודית ולחיי עבודה משופרים של הסגל הסיעודי המטפל בקשישים. הכוונה היא שמימצאי המחקר ישמשו בהכנת רמות שונות של סגל סיעודי לעבודה עם קשישים וכמו כן לפיתוח מודלים וכלים להערכה ומחקר במוסדות לטיפול ממושך בקשישים.

3.2 מודל המחקר

בהתבססו על הספרות ועל תצפיות אישיות, פיתח צוות המחקר מודל שינחה את החוקרים בבחירת המידגם, בפיתוח מכשירי המחקר ובאיסוף וניתוח הנתונים. תרשים 3.1 מציג את מודל המחקר.

תרשים 3.1 מודל המחקר



3.3 אוכלוסית המחקר והמידגם

אוכלוסית המחקר כללה את כל המוסדות המוכרים ע"י משרד הבריאות, המטפלים בקשישים באיזור המרכז אשר פעלו ב-1981 ואשר היו מוסדות לקשישים תשושים או לקשישים הזקוקים לטיפול סיעודי מלא או בתי אבות כוללים אשר בהם היתה יחידה סיעודית. אוכלוסיה זו כללה 35 מוסדות שכללו בתי חולים לחולים כרוניים, בתי אבות ומרכזים גריאטריים.

סוג המוסדות שהיוו את יעד המחקר הוגבלו לכאלו שסיפקו שירותים לקשישים תשושים או קשישים הזקוקים לטיפול סיעודי מלא; וזאת משום שנראה היה שאוכלוסיה זו עלולה לסבול יותר מאשר אוכלוסית הקשישים העצמאיים מתחלופה של סגל הסיעודי.

יתרה מזו, ישנם סימנים לכך שתחלופת הסגל במוסדות אלו אמנם גבוהה יותר (ברגמן, חביב, תומר, 1982). ההגבלה הגיאוגרפית לאיזור המרכז היתה מטעמי עלות ולוגיסטיקה ואין להניח שהתה את המימצאים.

נבחר מידגם אקראי דו מימדי-שכבתי לפי גודל ובעלות של 12 מוסדות. מוסדות שבהם היו עד 100 מיטות סווגו כקטנים ואלו שבהם למעלה מ-100 מיטות כגדולים. בעלות סווגה לבעלות פרטית למטרת רווח ובעלות ציבורית שלא למטרת רווח (ממשלתית, עירונית, אירגונים וולונטריים). מספר המוסדות הקטנים באוכלוסיה היה כפול ממספר הגדולים ושיעור זה נשמר במידגם בן 12 המוסדות (לוח 3.1).

לוח 3.1 מידגם המוסדות

בעלות	גודל		
	גדול	קטן	סה"כ
ציבורית	2	4	6
פרטית	2	4	6
סה"כ	4	8	12

גודל המוסד התייחס למספר הכולל של המיטות במוסד, לא רק אלו המיועדות לחולים תשושים ולחולים הזקוקים לטיפול סיעודי מלא. ההנמקה לכך נובעת מהשפעת הגודל והבעלות על תחלופת הסגל ושביעות הרצון מן העבודה. מספר כולל של 17 יחידות, אחד מכל מוסד קטן ושנים מכל מוסד גדול נידגמו לצורך מחקר לעומק. במוסד קטן אחד ניצפו שתי יחידות בגלל אופיין המיוחד.

שנים עד ארבע אנשי מפתח רואינו בכל מוסד. אלו כללובד"כ את מנהל המוסד, האחות הראשית ואחד מן הבאים: רופא, עובד סוציאלי, אם בית, מרפא בעיסוק.

3.4 כלי המחקר, איסוף ועיבוד נתונים.

קוים מנחים בפיתוח כלי המחקר:

בבנית כלי המחקר הונחו חברי הצוות ע"י העקרונות הבאים:

א. שמוש במירב מקורות מידע ובשיטות אסוף נתונים מגוונות במגמה להקיף, לאמת ולהשוות מידע שהתקבל.

ב. אסוף נתונים באופן שיאפשר כימות רוב המידע לשם עבוד סטטיסטי; חומר תיאורי אחר ישמש להדגמת תופעות שניצפו לשם פירוש הממצאים.

ג. הקדמת שאלות פתוחות, בראיון, לשאלות סגורות בכל אחד מנושאי המחקר, במגמה לקבל תשובות ספונטניות לא מוטות.

ד. שמוש במרכיבים של כלי מחקר בדוקים מהספרות.

ה. שמירת כללי אתיקה וסודיות מחקרית.

כלי המחקר

נעשה שמוש בששה כלי מחקר:

- דו"ח תצפית במוסד גריאטרי - מוסד (נספח א')
- דו"ח תצפית במוסד גריאטרי - יחידה (נספח ב')
- שאלון לאיסוף נתונים ממנהל המוסד ומסמכי המשרד (נספח ג')
- משתני סגל סיעודי (עובדים ונושרים) (נספח ד')
- שאלון לאנשי מפתח ממוסדות גריאטריים (נספח ה')
- שאלון לצוות סיעודי (נספח ו')

עיבוד הנתונים

שיטות לעיבוד הנתונים נקבעו בהתאם לשיקולים הבאים: אופי השאלות המחקריות, סוגי המשתנים והסולמות וגודל המדגמים.

תאור כלי המחקר, הגדרות אופרטיביות ושיטת עבוד הנתונים - מתוארים בפרקים המתאימים.

מהימנות ותקפות

תוקף תוכן - התבססות על ספרות; נסיון ושיפוט מומחים ועריכת הכלים לאחר קדם-מחקר.

מהימנות - רבוי מקורות לאסוף נתונים באותו נושא; בצווע תצפיות ע"י לפחות שני צופים עצמאיים והסכמה גבוהה ביניהם לגבי דירוג הפריטים; קטיגוריזציה של השאלות הפתוחות וקידודם נעשה ע"י צוות של שני אנשים במשותף, תוך בדיקה חוזרת.

אסוף הנתונים

נמשך כ-9 חודשים וכלל שני שלבים עיקריים:

שלב א' - אסוף נתונים עיקרי:

- קבלת הסכמה בכתב מהגופים המפקחים ומהנהלות המוסדות לעריכת המחקר במוסדותיהם.
- קביעת מועדים מראש לעריכת התצפיות והראיונות במוסדות.
- עריכת תצפית במוסד וביחידות ע"י שני חברי צוות לפחות.
- פגישה עם מנהל המוסד לשם קבלת מידע ממנו וממסמכי המשרד על המוסד ועל הסגל הסיעודי (עובדים ונושרים)
- ראיון אנשי מפתח, ממקצועות שונים, על בעיות הקשורות לסגל הסיעודי.
- ראיון הצוות הסיעודי ביחידות הדגימה.

שלב ב'

- מעקב על נשירת סגל סיעודי כעבור ששה חודשים מתאריך אסוף הנתונים העיקרי.

בכל אחת מ- 17 היחידות שבהם נערכה תצפית רואיינו כ-5 מן הצוות הסיעודי; אלו כללו, בהתאם לזמינות, אחיות מוסמכות, אחיות מעשיות וכח עזר. הרכב המרואיינים ביחידות, לפי רמת הכשרתם נשמר דומה ככל האפשר להרכבם ביחידה.

מרואיינים נבחרו אקראית בין אלו שעבדו ביום עריכת התצפית במוסד. מועסקים חדשים שעבדו עד שלושה חדשים ואנשי צוות שהתקשו בהבעה בעברית לא נכללו במידגם. סה"כ עלו במידגם המרואיינים 82 מן הסגל הסיעודי ו-39 מאנשי המפתח.

מידגמי האוכלוסיות השונות היו אלו:

<u>N</u>	
12	מוסדות
17	יחידות סיעודיות
39	מרואיינים - אנשי מפתח
82	מרואיינים - צוות סיעודי ביחידות
432	סגל סיעודי - עובדים
153	סגל סיעודי - נושרים (במשך 12 חדשים לפני עריכת המחקר)
64	סגל סיעודי - נושרים (במשך 6 חדשים אחרי עריכת המחקר)

3.5 מגבלות המחקר

מגבלות המחקר היו כאלו שהיו קשורות לבחירת המידגם ולזמינות נתונים. מבחינת מידגם המוסד יש לציין שזהו מדגם אזורי ולא ארצי. מועדי עריכת התצפיות במוסד וביחידות נקבעו מראש עם ההנהלה מספר שבועות לפני הביקור. מידגם הצוות הסיעודי שרואיין היה מידגם של נוחיות: אלו שענו לקריטריוני הראיון, היו זמינים בעת ביקור החוקרים ביחידה להסכימו להתראיין היו את המידגם. שער האחיות המוסמכות והמעשיות שרואיין היה גבוה בהרבה משעורן ביחידה. לפיכך יוצגו הניתוחים בהתאם לרמת ההכשרה של המרואיינים ולא כמקשה אחת. נתונים שהופקו מרשימות המשרד לקו, לעתים, בחסר.

4. התצפיות במוסדות.

המודל שעליו מתבסס מחקר זה כולל את המוסד כגורם אפשרי המשפיע על תכני הטיפול ועל ההישארות בעבודה של הסגל הסיעודי. סביבתם של המוסדות נבחנה בשתי רמות: ברמה המוסדית הכוללת וברמת היחידה הבודדת.

פרק זה מדווח על תצפיות ברמה המוסדית הכוללת. הנתונים נאספו על ידי שנים מחברי צוות המחקר, לפחות, כשכל אחד מהם דירג את הפריטים באופן עצמאי. סיכומי הדירוגים נעשו במשותף ובמקרים של חילוקי דעות נערכו בירורים להבהרת הנושא השרוי במחלוקת והוחלט על סיכום סופי. במקרים מסויימים נדלה מידע נוסף ע"י הצגת שאלות למנהל האדמיניסטרטיבי. ההערכות היו על סולם בן 4 דרגות: 1 - לא קיים, 2 - גרוע, 3 - בינוני 4 - טוב. תדריך התצפית כלל 31 פריטים ב- 5 תחומים: תיאור כללי, הגן, המבנים, מתקנים לשירותים מיוחדים, מתקנים לטיפול בריאותי. (נספח א).

4.1 תיאור כללי של המוסד.

שנת ייסוד המוסדות נעה מ- 1910 עד 1977. שלושה מוסדות הוקמו לפני קום המדינה ושלושה מוסדות הוקמו ב- 10 השנים האחרונות. גילם של 6 מוסדות נע בין 10 ל- 30 שנה. 8 מן המוסדות שירתו חולים הזקוקים לטיפול סיעודי בלבד. יתר ארבעה המוסדות היו בתי אבות שבהם קיימות יחידות סיעודיות נפרדות. הקשישים מופנים למוסדות ע"י שלושה גופים ומשרד הבריאות מפנה קשישים סיעודיים, משרד הרווחה מפנה קשישים תשושים ומשרד הבטחון מפנה את זכאיו. שני מוסדות במידגם קיבלו חלק גדול מלקוחותיהם מבתי אבות המנוהלים ע"י סוכנות האב. חלק מן החולים היו חברי אירגוני המוצא שהמוסד היה בבעלותם ואחדים היו חולים פרטיים. הגוף המפנה אחראי עפ"י לתשלום. במקרים רבים כוסה חלק מן התשלום ע"י החולה ו/או בני משפחתו.

המינהלנים ציינו את מחיר האישפוז ליום לחולה כפי שסוכם עם משרד הבריאות. הסכום ביולי 1981 היה 250 שקל ליום, חולים פרטיים שלמו עד 450 שקל. אمدן העלות לחולה סיעודי ליום באותה זמן היה 350 שקל ולתשוש 225 שקל. (פקטור ואחרים, 1982). המוצא האתני של החולים: ב- 4 מוסדות היה הרוב מארצות אירופה, ב- 2 מוסדות היה הרוב מארצות אסיה אפריקה וב- 6 מוסדות היתה האוכלוסיה מעורבת.

כתשעים אחוז מן קשישים המאושפזים היו מעל לגיל 75. בשני מוסדות היו 40% מן המטופלים מתחת לגיל 75. בכל המוסדות, למעט אחד, באו רב החולים מהסביבה הגיאוגרפית הקרובה.

רב המוסדות, 9 מתוך 12 ממוקמים בערים; שמונה מהם שכנו במרכז העיר או היישוב עם גישה נוחה לשירותי תחבורה ציבורית. תכיפות התחבורה הציבורית בכל המוסדות היתה לפחות פעם בשעה. תשעה מן המוסדות שכנו במבנה מרכזי. שני מוסדות בביתנים ולמוסד אחד היה מבנה מעורב; בנין מרכזי וביתנים. יש לציין שלמעלה ממחצית המוסדות יועדו מלכתחילה למטרות אחרות.

סידורי הבטחון במוסדות נבדקו בגלל החשש שמטופלים יעזבו את המוסד ללא ביקורת ובגלל הצורך במניעת כניסתם של אנשים שאינם מורשים לכך. היבטים של סידורי בטחון כללו: שומרים או שוערים, נעילת כניסות, מערכות אזעקה וכו'. ב-6 מוסדות לא ניצפו סידורי בטחון כלשהם, שלושה דורגו כבינוניים בתחום זה ושלושה כטובים. לששה מתוך שמונה המוסדות הקטנים לא היו כלל סידורי בטחון בכל 4 המוסדות הגדולים דורגו כבינוניים או טובים. לשני המוסדות ששכנו במבני ביתנים היו סידורים טובים מאשר לאלו במבנים מרכזיים. לסוג היישוב לא היה קשר לסידורי הבטחון.

4.2 הגן

הגן הוא הסביבה העקריית למנוחה ובידור אצל קשישים (Harpaz, 1981). מבין 12 המוסדות רק לאחד, הממוקם בליבה של עיר גדולה, לא היה גן מסביב למבנה. במוסד אחר בוצעה בניה בשטח הגן ולכן לא היה ברובו בשימוש. דירוג הגן כלל 6 פריטים. הממוצעים, סטיות התקן ואחוז המוסדות שבהם דרוג הפריט היה נמוך מובאים בלוח 4.1.

לוח 4.1 דירוגי הגן

הפריט	ממוצע הדירוג	סטיות התקן	% המוסדות שבהם דורג הגן כלא קיים או גרוע
גודל	3.25	1.39	16.7
מצב תחזוקה	3.17	1.27	33.3
צל	3.25	1.21	25.0
מקומות ישיבה	3.33	1.16	16.7
תאורה	2.42	1.24	50.0
התאמה לצרכי המטופלים	3.00	1.21	33.3
מדד כולל	3.08	1.17	25.0

כפי שעולה מלוח 4.1 דורגו פריטי הגן והמדד הכולל על פי רוב: בין בינוני לטוב. כל הדירוגים, פרט לתאורה, היו מעל לבינוני. יתכן והסיבה לדירוג הנמוך של התאורה היתה העובדה שהקשישים, בד"כ, אינם משתמשים בשטח הגן בשעות החשכה. לעומת זאת עלולה תאורה לקויה להשפיע לרעה על אנשי הסגל העובדים במשמרות ערב ולילה.

4.3 מבנים

Moos and Lemke (1980) הצביעו על חשיבותם של מבנים המשמשים כמעונות לקשישים, בעיקר מבחינת ההיבטים האסטטיים. דירוג שבעה הפריטים בתחום הסביבתי-ארכיטקטוני מופיע בלוח 4.2.

לוח 4.2 ממוצעים, סטיות תקן ואחוז מוסדות עם דירוג נמוך בתחום המבנים.

הפריט	ממוצע	סטית תקן	אחוז המוסדות המדורגים דירוג נמוך
התאמה לצרכי המטופלים	3.17	.94	16.7
גישות	3.25	.84	25.0
הסקה ואיוורור	3.50	.52	0.0
תחזוקה כללית	3.08	1.08	33.3
שלמות מתקנים	3.17	.84	25.0
אסטיקה	3.17	.83	25.0
ציון כולל מבנים	3.33	.78	16.7

דירוג המבנים היה גבוה מעט מזה של הגנים. לגבי ציון התחזוקה יש לציין שתאריכי עריכת התצפית נקבעו מספר שבועות מראש, ביום שנבחר ע"י המוסד. יש להניח שאילו נערכה התצפית באקראי ללא הודעה מראש היה המצב פחות טוב.

4.4 שירותים - מיוחדים

לזמינותם של שטחי בידור ועיסוק ציבוריים השפעה ניכרת על איכות חייהם של קשישים. במוסדות (Moos, 1981). שלושה פריטים דורגו בתחום זה: ספריה ואזורי בידור, בית כנסת, וחדרי ריפוי בעיסוק. יש לציין שלעיתים היה אותו השטח בשימוש רב תכליתי (בית כנסת, בידור וריפוי בעיסוק). בזמנים שונים במשך היממה או השבוע. הדירוג שניתן היה עבור התאמתו של השטח למטרה שיוחדה לו והציוד שבו בלי להתחשב לתכיפות השימוש בו. חדרי ריפוי בעיסוק דורגו בינוניים ($\bar{X}=3.0$), ספריה וחדרי בידור 2.17, ממוצע הדירוג של בתי הכנסת היה נמוך ביותר (1.75).

לוח 4.3 ממוצעים, סטיות תקן ואחוז מוסדות עם דירוג נמוך בתחום השירותים המיוחדים

הפריט	ממוצע	סטית תקן	אחוז המוסדות בהם לא קיים הפריט או שדורג כנמוך
שטחי בידור, ספריה	2.17	1.47	58.3
בתי כנסת	1.75	1.36	75.0
חדרי תעסוקה	3.00	85	16.6
מדד כולל חדרי עזר	2.33	1.23	37.3

בארבעה המוסדות הפרטיים הקטנים כלל לא נמצאו שירותי בידור. שלושה מתוך ארבעה המוסדות הציבוריים הקטנים דורגו "כטובים" בתחום שטחי הבידור/ספריה. בתשעה מביין 12 המוסדות לא היו בתי כנסת. באלו נכללים כל המוסדות הפרטיים ומחצית המוסדות הציבוריים. ב-3 המוסדות בהם קיים היה בית כנסת הוא דורג "טוב". רב השטחים והמתקנים שבהם נערך הריפוי בעיסוק דורגו "כבינוניים".

במוסד אחד לא הוקצה שטח לריפוי - בעיסוק ואחד דורג כגרוע, שני המוסדות היו בבעלות פרטית, מיפצאים אלו העלו כי במידגם זה היו המוסדות הציבוריים ערוכים טוב יותר לסיפוק צרכי העיסוק והתרבות. לדירוג הכללי הנמוך של חדרי העזר וההתאמתם למטרתם ישנה השלכה על איכות החיים של דיירי המוסדות מחד ועל העבודה היומיומית של סגל המטפלים מאידך.

4.5 מתקנים ושירותים בריאותיים

מצב בריאותם של קשישים במוסדות סיעודיים דורש בדרך כלל מידה ניכרת של פיקוח, מעקב ומניעה. הימצאותם של מתקנים מתאימים במוסד עשויה לתרום לפעולות מניעה, איבחון מדויק וטיפול הוליסטי בחולה. כמו כן יפחת הצורך בהעברתם של החולים לטיפול אמבולטורי או אישפוז, על כל המשברים הנפשים והפיסיים הכרוכים בהעברה כזו. דירוגם של 9 הפריטים הללו נע מ"לא קיים" (מעבדה $\bar{x}=1.08$) לבינוני ומעלה (מרחק מן המרכז הרפואי $\bar{x}=3.75$).

שלושה פריטים דורגו בדירוג גבוה יחסית: ציוד לטיפול סיעודי, מרחק ממרכז רפואי ותקשורת עם מרכז זה. אלו הם המשאבים העיקריים השימושיים בטיפול הבריאותי השוטף. חדרים לבדיקה רפואית היו בשני שליש מן המוסדות. המתקנים ביותר מתוחכמים ויותר יקרים פיסיו-תרפיה, טיפול שיניים, מכשירי רנטגן ומעבדות, דורגו כ"טובים", במידה והיו זמינים. הדירוג של המדד הכולל נע בין גרוע לבינוני ו-50% מן המתקנים או השרותים במוסדות דורגו פחות מ"בינוני". מדד זה הוא הממוצע האריטמתי של תשעה הפריטים אשר משקלם בטיפול הבריאותי אינו שווה ערך בהכרח.

מתאמי פירסון הצביעו על קשרים חיוביים בין דרוג שירותי הפיזיותרפיה ודירוג טיפול השיניים ($r=.78$, $p<.001$). קשר דומה נמצא בין הדירוג המתייחס לחדר לבדיקות רפואיות ובין חדרי הטיפולים ($r=.75$, $p<.01$). מיתאם שלילי נמצא בין תקשורת עם המרכז הרפואי לבין זמינות מכשיר רנטגן ($r=-.83$, $p<.001$). יתכן ומימצא זה מראה שבמידה ולא קיים מכשיר רנטגן (וכפי הנראה גם מכשירים דומים) גדל הצורך בתקשורת עם בית החולים.

לוח 4.4 דירוג מתקנים ושירותים בריאותיים

הפריט	ממוצע	סטית תקן	אחוז המוסדות בהם דורג הפריט כגרוע או ג. מאד.
פיסיוטרפיה	2.00	1.28	58.3
חדר-טיפולים	2.67	1.55	33.3
חדר בדיקות רפואיות	2.75	1.30	33.3
מכשיר רנטגן	1.25	.87	91.7
מעבדה	1.08	.29	91.7
טיפול שיניים	1.75	1.36	75.0
ציוד לטיפול סיעודי שוטף	3.50	.67	8.3
מרחק מן המרכז הרפואי	3.75	.45	0.0
תקשורת עם המוסד הרפואי	3.33	.89	8.3
מדד מתקנים ושירותי בריאות	2.50	.52	50.0

חושב מדד כולל של המוסדות אשר הורכב מממוצעי 4 המדדים אשר בהם דובר. (לוח 4.5).
 התפלגות המדד הכולל העלתה שרמה כללית נמוכה נמצאה ב-3 מתוך 12 המוסדות, רמה כללית
 בינונית ב- 7 מוסדות ורמה טובה ב-2 מוסדות. הממוצע היה 2.92 וסטיית התקן 1.67.

ממוצעי כל אחד מ- 4 המדדים והמדד הכולל של כל אחד מ-12 המוסדות מובאים
 בלוח 4.5 ראה (תרשים 4.1).

לוח 4.5 ממוצעי מדדי המוסד (גנים, מבנים, מבני עזר, מתקנים ושירותי בריאות ומדד כולל) לפי כל אחד מהמוסדות שבמידגם.

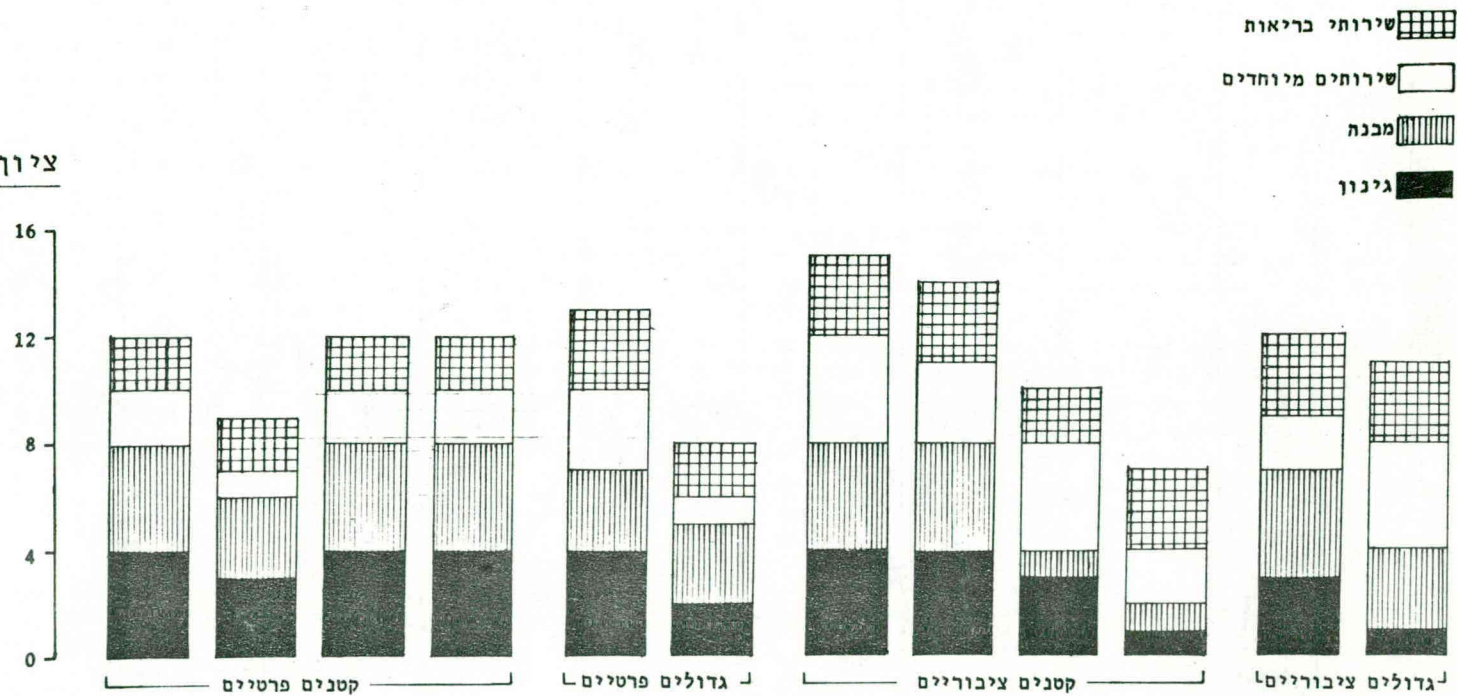
המוסדות	מדד הגן	מדד מבנים	מדד שירותים מיוחדים	מדד מתקנים ושירותים בריאותיים	מדד כולל
קטנים-פרטיים	(1)	4	4	2	3
	(2)	3	3	1	2
	(3)	4	4	2	3
	(4)	4	4	2	3
גדולים-פרטיים	(5)	4	3	3	3
	(6)	2	3	1	2
קטנים-ציבוריים	(7)	4	4	4	4
	(8)	4	4	3	4
	(9)	3	1	4	3
	(10)	1	1	2	2
גדולים-ציבוריים	(11)	3	4	2	3
	(12)	1	3	4	3

כפי שעולה מן הלוח ישנה שונות גבוהה בין מוסדות ב- 4 המדדים השונים. שני מוסדות בלבד היו טובים (7,8) כמעט בכל התחומים שנצפו ושנים (6,10) היו גרועים כמעט בכל התחומים. בשאר המוסדות, כאמור, היו הבדלים בין התחומים בתוך כל מוסד.

ניתוח שונות של המדדים הללו (לוח 4.6) שנערך לפי בעלות וגודל המוסדות העלה הבדלים בין מוסדיים מובהקים רק לגבי שירותים מיוחדים, לפי בעלות ($p < .05$). ההבדלים בין המוסדות לפי בעלות לגבי מיתקנים ושירותים בריאותיים היו כמעט מובהקים ($p < .06$).

דירוג המוסדות לסוגיהם בתחומים השונים

ציון כולל



לוח 4.6 ממוצעים של 5 מדדי המוסד ומובהקות ההבדלים בין סוגי מוסדות
(גודל ובעלות). לפי ניתוח "ANOVA"

המדד	סוג המוסד	ממוצע	מובהקות F Ratio
גן	פרטי	3.5	ל.מ.
	ציבורי	2.6	
	קטן	3.3	ל.מ.
	גדול	2.5	
מבנים	פרטי	3.3	ל.מ.
	ציבורי	3.2	
	קטן	3.3	ל.מ.
	גדול	3.1	
שירותים מיוחדים (דת, תרבות ובידור)	פרטי	1.7	.02
	ציבורי	2.9	
	קטן	2.3	ל.מ.
	גדול	2.3	
מתקנים ושירותים בריאותיים	פרטי	2.2	.06
	ציבורי	2.7	
	קטן	2.4	ל.מ.
	גדול	2.6	
מדד כולל	פרטי	2.7	ל.מ.
	ציבורי	2.9	
	קטן	2.8	ל.מ.
	גדול	2.7	

המסקנות העיקריות הנובעות מנתוני תצפית המוסדות היו שברוב המוסדות נחוצים שיפורים בתחומים הבאים:

- א. מתקנים ושירותים בתחומי הדת, התרבות והעיסוק.
- ב. זמינות מתקנים של פיזיותרפיה, מעבדות וריפוי שיניים.
- ג. סידורי בטחון.
- ד. תאורה בגן.

גודל המוסדות והבעלות לא הבחינו, על פי רוב, בין הפריטים שניצפו.

5. יחידות סיעוד גריאטרי .

תצפיות בוצעו ב- 17 יחידות ב-12 מוסדות. שנים מחברי צוות המחקר בקרו בכל אחת מן היחידות, באותו זמן, דרגו . התרשמויותיהם לפי פריטי שאלון התצפית, בנפרד וסיכמו את הדירוג הסופי. בארבעת המוסדות הגדולים ובמוסד אחד קטן נערכו התצפיות בשתי יחידות, בשבעה מוסדות קטנים נערכה תצפית ביחידה אחת, בכל מוסד.

מספר המיטות ביחידות נע בין 12 ל-66 כשהממוצע היה 33 (סטית התקן 1.38). משתנה גודל החדרים, בלוח 5.1, נקבע לפי מספר המיטות. ממוצע המיטות בחדר היה 2.8 .

לוח 5.1 מספר החדרים ותפוסתם לפי סוג החדר.

גודל החדר (לפי מס' המיטות)	מספר היחידות עם סוג זה של חדר	מספר החדרים	תפוסה אפשרית מירבית	תפוסה ממשית	אחוז תפוסה
מיטה אחת	7	14	14	14	100%
2 מיטות	15	70	140	138	99%
3 מיטות	13	36	108	108	100%
4 מיטות	12	55	220	155	70%
5 מיטות או יותר	13	25	?	148	?

מלוח 5.1 עולה כי בשני שלישים (59%) מן היחידות לא היו חדרים ליחידים. חדרים לבודדים, בני שתיים ושלוש מיטות היו כולם בתפוסה מלאה בעוד שבחלק מן החדרים הגדולים יותר היו מיטות ריקות. יש לציין שרב הקשישים היו בחדרים שבהן שלוש מיטות או יותר ושמערך כזה לגבי חולים אלו, פירושו, שהייה ממושכת של חדשים ולעתים אף שנים בתנאים אלו.

שאלון התצפית ביחידה (נספח ב') כלל 50 פריטים שהתייחסו למבנים ומתקנים פיסיים (ציוד); תהליך - (אינטראקציה עם החולים) ובתוצאה - (ההופעה החיצונית של החולה).

התצפיות כללו מדד צפיפות ופריטים בתחומים הבאים:

- א. שירותים וחדרי רחצה
- ב. ציוד
- ג. סביבה פיזית
- ד. סביבה פסיכולוגית
- ה. טיפול אישי בסיסי
- ו. תזונה
- ז. יחס לחולים
- ח. קשר עם קרובי חולים
- ט. קשר לקהילה
- י. תיפקוד צוות

הדירוג היה: 1. גרוע מאד. 2. גרוע. 3. סביר. 4. טוב. לגבי כל תחום חושב מדד ממוצע הפריטים בתחום. הממוצעים וסטיות התקן של כל הפריטים וציון המדד של כל תחום מובאים בלוחות 5.2 עד 5.11

5.1 ציון צפיפות

ציון כולל של צפיפות ניתן ע"י עורכי התצפית, לפי התרשמותם, על בסיס הערכת המרחב בחדרים ובשטחי איזורי הבידור, האוכל, התעסוקה והשירותים. הציון הממוצע היה 3.1 (סטית תקן 90).

מצב הצפיפות בלמעלה מ- 35% מן היחידות דורגו "גרוע" או "גרוע מאד". עורכי התצפית דיווחו שלמרות שהשטח היה מוגבל היה ניצול יעיל ורב תכליתי של השטח במשך שעות היום. יש לזכור ששימוש רב-תכליתי של שטחים מאפשר אמנם טיפול בחולה אולם מעמיס על הצוות עבודה נוספת. כמו כן, יש לציין שהתצפיות נערכו בקיץ ולרשות החולים עמדו מרפסות ושטחי גן. נוצר הרושם שבחורף המצב שונה.

5.2 שירותים וחדרי רחצה - זמינות שירותים דורגה כ"גרועה מאד" כאשר היה תא שירותים אחד ליותר מ- 10 חולים; "גרועה" כשהיה תא ל-6 עד 10 חולים; "סבירה" ל-3 עד 5 חולים "וטובה" ל-1 עד 2 חולים. דירוג ההתאמה של חדרי השירותים והרחצה לצרכי החולים התייחס לרוחב הדלת, הימצאות מעקות וכו'.

לוח 5.2 ממוצעי דירוג וסטיות תקן של שירותים וחדרי רחצה ביחידות.

הפריט	הממוצע	סטית התקן	% היחידות שבהן הדירוג גרוע וגרוע מאד
זמינות	2.0	1.0	76.5
התאמה לצרכי החולים	2.9	.83	23.5
תחזוקה	2.8	.73	35.3
מדד שירותים וחדרי רחצה	2.5	.80	58.8

לוח 5.2 מראה שפריטי שירותים וחדרי רחצה קבלו דירוג של פחות מ"סביר". יש להדגיש שב-76.5% מן היחידות היה המצב מבחינת מספר יחידות השירותים - "גרוע" או "גרוע מאד". יש לקחת בחשבון שמחסור ביחידות שירותים עלול להחמיר מצבים של אי שליטה בסוגרים. מספר מספיק של חדרי שירותים עשוי, לעומת זאת, לאפשר אימון החולים שאינם שולטים, לשליטה בסוגרים. הפחתת מצבי אי שליטה על סוגרים עשוי להשפיע לטובה לא רק על החולה אלא גם על תיפקוד הצוות ושביעות רצונו (Magid & Rhys-Hearn, 1981).

5.3 ציוד

טיפול שיגרתי בחולים גריאטריים מצריך אספקה שוטפת ותחזוקה של ציוד בסיסי. לשם הערכה של תחום זה נבחרו: זמינות והתאמה של ציוד חדר-טיפולים כגון ארון תרופות, צנתרים, מכשירי שאיבה וכו', כסאות גלגלים (נוחיות ובטיחות) וציוד שיגרתי כגון תרופות, מצעים וכו'. בולט הדירוג הנמוך (2.3) של חדרי הטיפולים (לוח 5.3) רב החולים טופלו, כנראה, במיטותיהם.

לוח 5.3 דירוג הצירוד.

הפריט	ממוצע	סטית התקן	%היחידות בהן דורג כגרוע או גרוע מאד
חדר טיפולים	2.3	1.29	58.3
כסאות גלגלים וכר'	3.2	.83	23.5
צירוד שוטף	3.6	.63	7.1
מדד צירוד	3.1	.78	23.5

5.4 סביבה פיסית כוללת.

היחידה היא עולמם של חלק גדול של החולים הגריאטריים. איכות חייהם נקבעת במידה רבה ע"י הסביבה הפיסית שלהם, בעיקר כאשר ניידותם מוגבלת. בתצפית היחידה ניצפו שבעה פריטים בתחום הסביבה הפיסית. התאמה לצרכי החולים, למשל, דורגה כאשר הותקנה תמיכה בכסא גלגלים לחולה נמוך מאד. הסקה ואיוורור דורגו לפי זמינות, איכות ובטיחות. כ"כ ניצפו אפשרויות האיוורור של החדרים. דרכי גישה כללו: רמפות, וצורך לעבור דרך חדרי חולים. בדירוג רמת הרעש נלקחו בחשבון רעשים שהפריעו לתקשורת; בין אם מקורם בקולות אדם או בטיפול רעשני בצירוד. כללית דורג תחום זה בדירוג גבוה ע"י עורכי התצפית כשההבדלים בין היחידות קטנים (לוח 5.4).

לוח 5.4 דירוג הסביבה הפיסית.

הפרט	ממוצע	סטית תקן	% היחידות בהן מדורג גרוע או גרוע מאד
התאמת הצידוד לצרכי החולים	3.1	.66	17.6
נקיון היחידה	3.7	.59	5.9
הסקה ואיוורור	3.6	.51	-
גישות לגינה/מרפסות	3.6	.62	5.9
שטחי בידור	2.9	1.00	25.0
ריחות	3.6	.79	17.6
רמת הרעש	3.5	.72	11.6
מדד סביבה פיסית	3.4	.61	5.9

5.5 סביבה פסיכולוגית.

תחום זה נמדד ע"י ארבעה פריטים: פרטיות, אפשרות לביטוי אישי, תקשורת וטיפול החן והאסתטיקה הסביבתית. פרטיות דורגה ע"י התבוננות בסביבת מיטת החולה, אפשרויות לתיחום בעת קבלת טיפול, הקצאת מקום להחזקת חפצים אישיים וזמינות מקום שאפשר בו לשבת לבד או לקבל אורחים.

ביטוי אישי - נצפתה זכות המטופל להביא ולהשתמש בחפצים שהובאו מן הבית כמו תמונות, כריות וצמחים. חשיבות הימצאות חפצים אישיים בשטח הפרטי של המטופל הודגש ע"י (Burnside, 1981) Pastalan.

תקשורת - אמצעי לתקשורת כללו אמצעים פסיכיים כגון פעמון ודגמי התנהגות של הצוות; יכולתו לקיים קשר עין והתאמת רמת הקול של המטפל לרמת השמיעה של המטופל.

טיפול הסביבה - דורג לפי צבעי החדרים, צמחי בית, פרחים, תמונות ווילונות.

הדירוג הנמוך ביותר (לוח 5.5) ניתן לפרטיות, שחשיבותה לאיכות החיים וכבוד האדם גדולה לאין ערוך. מחקרים מצאו קשר בין מידת הפרטיות המתאפשרת לחולים לבין שביעות רצונם. הדירוג הכללי של תחום הסביבה הפסיכולוגית מצביע על כך שהוא טעון שיפור. לסביבה פסיכולוגית לקויה השפעה הן על החולה והן על המטפל.

לוח 5.5 דירוג הסביבה הפסיכולוגית.

הפריט	הממוצע	סטית התקן	אחוז היחידות שבהן הדרוג גרוע או ג. מאד
פרטיות	2.0	.94	70.6%
אפשרויות לביטוי אישי	2.5	.94	58.8%
תיקשורת	2.4	1.00	47.1%
טיפול חן הסביבה	3.0	.78	23.5%
מדד סביבה פסיכולוגית	2.5	.86	35.3%

5.6 טיפול אישי בסיסי.

ששה פריטים, מייצגים בשאלון התצפית את תחום הטיפול האישי הבסיסי; התאמת הביגוד לצרכי המטופלים, מצב הביגוד, נקיון אישי, טיפוח החן האישי, תנוחה ותנועה וטיפול במצבי אי שליטה בסוגרים. בנוסף לכך היה פריט שסיווג את הביגוד. ביחידה אחת בלבד הותר שימוש בבגדים מוסדיים בלבד, בחמש יחידות השתמשו בעיקר בביגוד פרטי ובשאר היחידות היה שימוש בביגוד פרטי ומוסדי.

התאמת הביגוד לצרכי המטופלים - נמדדה במונחים של התאמה מבחינת מזג האוויר, מבחינת הגודל ושימוש בפיגמות במשך שעות היום, אצל חולים שלא היו מרותקים.

מצב הביגוד דורג מבחינת הנקיון והתחזוקה; שלמות, כפתורים, רוכסנים, גיהוץ

וכו'.

נקיון אישי - דרוג הפריט התיחס לנקיונו האישי של המטופל; תשומת לב ניתנה

למצב הצפורניים, העור והפה.

טיפול החן האישי - ושמירה על הצביון והאופי האישי של האדם הם בסיסיים מבחינת

התפיסה העצמית ושמירה על הערך העצמי של האדם כפרט. בתחום זה התבוננו עורכי התצפית

במצב התגלחת של הגברים, הסרת שער מפני הנשים, תסרוקות ותספורות, וענידת תכשיטים

ועדיים אישיים.

תנוחה ותנועה - הם מרכיבים בסיסיים של הטיפול הפיסיולוגי, נחוצים למניעת

כוווצות ופצעי לחץ ותורמים רבות לנוחותו של החולה. יש לשער כי הדאגה לתנועה ולתנוחות

ישיבה המאפשרות תקשורת תורמים למצבם הגפשי ולתפיסתם העצמית של החולים. לחולים עם

אי-שקט מוטורי, ביחוד ביחידות פסיכוגריאטריות, נחוצה תכנית תנועה קבועה כחלק מן

המשטר הטיפולי שלהם. תצפיות בתנוחה ותנועה כללו: מספר החולים הרתוקים למיטה, סוגי

פעילות גופנית, תכיפות התנועה, עזרה לחולה בתחום הניידות ונקיטה באמצעי בטיחות.

למצבי אי שליטה בסוגרים, השכיחים אצל חולים גריאטריים, הוסבה תשומת לב מיוחדת.

עורכי התצפית שמו לב אם החולים נקיים וכמה זמן עבר עד שניקו אותם. הצוות נשאל לגבי

נוהלי אימון לשליטה וטיפול במצבי אי שליטה, תכניות אישיות או תכניות אימון שיגרתיות

ותכיפות הרחצות. השימוש בצנתר היה, על פי רוב, בסמכותו של הרופא. בשום יחידה, לא

נמצאו תכניות לאימון במצבים של אי שליטה. אחד המימצאים המדאיגים היה חוסר הפרטיות

המוחלט של חולים אשר נוקו מהפרשותיהם.

דירוג הפריטים בתחום הטיפול האישי הבסיסי (לוח 5.6) הראה דרוג גבוה למדי

($\bar{x} = 3.5$). יש לציין בעיקר את הדירוג הגבוה של הטיפול במצבים של אי שליטה. הדירוג

הנמוך ביותר ניתן לטיפול החן האישי ($\bar{x} = 2.9$) כלומר טיפול בשער, בתגלחת, איפור

וכו'. יתכן שפעילויות אלה נתפסו ע"י הצוות כמותרות בהשוואה לטיפול במצבי אי

שליטה.

לוח 5.6 דירוג הטיפול האישי הבסיסי.

הפריט	ממוצע	סטיית תקן	אחוז היחידות שבהן דורג הפריט כגרוע או ג. מאד
התאמת הלבוש	3.4	.78	17.6
מצב הלבוש	3.5	.72	11.8
נקיון אישי	3.6	.51	0
טיפול החץ האישי	2.9	.90	29.4
תנוחה ותנועה	3.4	.79	5.9
טיפול במצבי אי שליטה	3.8	.44	0
מדד טיפול אישי בסיסי	3.5	.51	0

5.7 תזונה.

תצפיות בתחום התזונה נערכו בזמן הארוחה העיקרית ולפני הארוחה במטבח; כמו כן נסקר התפריט השבועי. נבחנו כמות האוכל, איכותו והמיגוון שלו. כמו כן, נבדקו ההיבטים הפסיכולוגיים, הפונקציונאליים והאסטטיים הקשורים באוכל ובהגשתו.

כמות המזון נבחנה מבחינת ההרכב התזונתי, גודל המנות והאפשרות לקבלת תוספות, במידה והחולה ביקש זאת. איכות המזון נבחנה לפי חוס האוכל המוגש, טעמו וזמינות דיאטות מיוחדות, בהתאם לצורך. מיגוון - התייחס לאפשרויות הבחירה החילופיות ולמיגוון במשך ימי השבוע. התאמת המזון נבחנה לפי יכולתם של החולים ללעוס את האוכל ולעכלו.

הבחינה האסטטית של המזון והגשתו התייחסה למיקום איזור האכילה, נקיון, טיפוח הסביבה, כלי האוכל והסכו"ם, כיסוי השולחנות בעת הארוחה, הימצאות מפיות וסינרים. בד"כ ניתנו לחולים כפות בלבד וזאת גם במקרים שהיו מסוגלים להשתמש בסכינים ומזלגות. מפיות ומפות שולחן נמצאו רק לעתים נדירות.

עורכי התצפית בחנו את מידת העזרה והעידוד שקבלו החולים לאכול בכוחות עצמם. באותם מקרים שבהם האכילו את החולים, נבדקה מידת הסבלנות של המטפלים המאכילים וטיב האינטראקציה שלהם עם החולה בעת ההאכלה.

התייבשות אצל קשישים היא תופעה שכיחה. חולים עם צנתרים, נוטלי תרופות משתנות וכל הקשישים בתקופת הקיץ בארץ, חייבים לקבל נוזלים במידה מספקת. בעת התצפית נבדקה זמינות השתיה בין הארוחות והעידוד שקבלו החולים בעניין זה.

התצפיות נערכו בעת ארוחת הצהריים והתייחסו בעיקר לארוחת העיקרית. משיחות עם הצוות התברר שארוחת הערב הוגשה בין 5 ל- 6 בערך כך שמירווח השעות שנשאר בין ארוחת הערב לארוחת הבוקר שלמחרת היה גדול.

דירוג המזון כשלעצמו היה גבוה (3.6). ההיבטים הפסיכולוגיים דורגו בדירוג נמוך יותר (לוח 5.7)

הממצאים מרמזים על הצורך בשיפורים בתחום ההיבטים הפסיכולוגיים הקשורים למזון.

לוח 5.7 דירוג מזון ותזונה.

הפריט	ממוצע	סטית תקן	אחוז היחידות שבהן דורג כגרוע או גרוע מאד
כמות המזון	4.0	.00	0
איכות המזון	3.7	.49	0
מיגוון	3.0	1.13	33.3
הגשת המזון	2.7	.96	33.3
עזרה ועידוד	3.5	.64	6.7
מדד מזון ותזונה	3.6	.51	0

5.8 עמדות כלפי חולים.

רווחתם של הקשישים תלויה, במידה רבה, באופן שבו מתייחסים אליהם כאל פרטים. הם מושפעים גם מתפיסתם את יחס הצוות והתנהגותו כלפי חולים אחרים. גם המורל של הצוות מושפע מן העמדות ההדדיות שבין מטפלים וחולים.

תחום העמדות כלפי חולים כלל עשרה פריטים. חלק מן הפריטים דרגו התנהגויות מילוליות ואחרים לא-מילוליות. חלק מן הפריטים ביטא פעילויות שיקומיות בטיבן כגון עידוד לקבלת החלטות ופעילות חברתית. רב התצפיות היו בתחום מצבי טיפול שיגרתיים.

יחס וטון דיבור ביטא את ההתרשמות הכללית מאיכות היחסים בין הצוות למטופלים ביחידה, לדוגמא: פניה לקשיש בשמו, ניסוחים פטרנליסטיים וטון דיבור, גילויי סבלנות ואי סבלנות בעת מגעים ותכני השיחות בין הצוות למטופלים. באופן כללי דווח על כך שלרב המגעים והתיקשורת היתה מטרה תיפקודית מוגדרת ולא מטרה אישית - חברתית. רק לעיתים נדירות באה היזמה ליצירת תקשורת מצד הצוות. פריט התקשורת התייחס לכך אם לצוות היתה שפת דיבור משותפת עם המטופלים, לאפשרויות התקשורת הטכניות של המטופל עם הצוות (פעמון, טווח ראייה) ולמידה שבה הסתכל המטפל במטופל בעת השיחה עמו.

נוכחות הצוות הסיעודי התייחס למידה שבה שהה הצוות הסיעודי בין המטופלים ומידת הימצאותו בתחנת האחות, וכמו כן למהירות ההיענות לקריאת המטופלים ובהתחשב בדחיפות צרכיו של החולה.

התחשבות במיגבלות תנועה ראייה ושמיעה דורגו לפי מידת העידוד או העזרה הפיסית, בהתאם למקרה, שנתן הצוות למטופלים עם קשיי ניידות. היבט אחר היה נגישות ציוד או אוכל. כמו כן דורג מידת המאמץ שהשקיע הצוות לפצות על מוגבלות החולים ע"י סיוע בשימוש נכון בעזרי שמיעה, ראייה ומשענות הליכה.

ההתמודדות עם אי שליטה על הסוגרים קשה הן למטופל והן למטפל. יש לציין שגישת המטפלים בנושא זה היתה בד"כ סובלנית, לא מעליבה והטיפול היה יעיל.

קבלת החלטות במקום מטופלים ועשיה עבורם עלולה לעיתים, להזיק יותר מאשר להועיל. עידוד לעצמאות הוא תהליך החוסך, בסופו של דבר, זמן ומאמץ. לשם קבלת תוצאות חיוביות ממתן עידוד כזה יש צורך באומדן מקיף של יכולתו של החולה. עידוד לקבלת החלטות, טיפול עצמי והשתתפות בפעילות חברתית ניצפו בהקשר ליכולת התיפקוד של המטופל במישור הפיזי והנפשי.

דוגמאות לתהליך זה: מתן בחירה לגבי מקום ישיבה בעת פעילות חברתית, בחירת ביגוד, אכילה והלבשה עצמאיים, במידת האפשר, וצפייה בצורותא בטלויזיה (פעילות קבוצה חברתית). כפי שעולה מלוח 5.8 דורגו פריטים שנגעו לעידוד לעצמאות מירבית של המטופל נמוך יחסית והשונות בין היחידות היתה רבה מאשר בפריטים שבהם היה המטפל מקבל ההחלטה והסוכן המחליט. הסבר חלקי לממצא זה עשויה להיות דעת הצוות והנהלת המוסד, הגורסים שההשקעה בעידוד כזה אינה מצדיקה את התוצאות הצפויות ממנה.

לוח 5.8 דירוג עמדות כלפי המטופלים.

הפריט	ממוצע	סטית התקן	אחוז היחידות שבהן דורג גרוע או גרוע מאד.
גישה וטון דיבור	3.5	.62	5.9
תיקשורת	3.5	.62	5.9
נוכחות הצוות הסיעודי	3.6	.81	6.3
היענות לקריאת המטופלים	3.8	.58	6.3
התחשבות במיגבלות תנועה	3.6	.49	0
התחשבות במיגבלות ראייה ושמיעה	3.4	.96	18.8
יחס במצבי אי שליטה	3.8	.58	6.3
עידוד לקבלת החלטות	2.8	1.00	37.5
עידוד לתיפקוד עצמאי	2.8	1.08	40.0
עידוד לפעילות חברתית	2.1	1.19	66.7
מדד העמדות למטופל	3.5	.62	5.9

5.9 יחסים עם משפחת המטופל.

תפיסת הפרט כחלק מן המשפחה והקהילה ועידוד להמשך הקשרים ביניהם חיונית לקשישים. רצוי, איפוא, שהמוסדות יעודדו ויאפשרו ביקורם של בני משפחה וחברים ללא הגבלה ויאפשרו להם ליטול חלק בטיפול בחולה. כמו כן זקוקים בני המשפחה למידע, תמיכה והדרכה כאשר הורה, בן זוג, או חבר נמצא במוסד סיעודי.

הצוות הסיעודי נשאל אודות שעות הביקור. על פי רוב, היו הגבלות מיזעריות. הצוות עודד בני משפחה לבקר אף בשעות הארוחה. תמיכה למשפחה נבדקה ע"י מעקב אחרי שיחות עם בני משפחות הקשישים שבמוסד; תגובות הצוות הסיעודי לשאלות המבקרים ולדרך שבה התקבלו המבקרים. ברב המקרים ניתן המידע לבני המשפחה לפי בקשתם, ע"י עובדי הסיעוד מכל הרמות.

בכל היחידות כמעט היתה השתתפות בני המשפחה בהאכלה, הליכה, הולכה ושיחה. בני המשפחה לא עסקו כלל בניקוי החולה. בני משפחה התבקשו, לעיתים קרובות, לדאוג לצרכי החולה ולשירותים שמחוץ למוסד. למשל: קניית פריטי ביגוד, תיקון משקפיים או סידורים לטיפול שיניים.

לוח 5.9 דרוג הקשר עם משפחות החולים.

הפריט	ממוצע	סטית תקן	אחוז היחידות בהן דורג כגרוע או גרוע מאד
פתיחות היחידה לבני המשפחה	3.9	.34	0
תמיכה ומידע לבני המשפחה	3.7	.71	11.1
השתתפות המשפחה בטיפול	3.6	.70	10.0
מדד קשר עם בני המשפחה	3.7	.48	.0

5.10 קשרים עם הקהילה.

יותר ויותר בולטת הנטיה לראות במוסדות לקשישים חלק בלתי נפרד מן הקהילה. ביטוי לקשרים הדדיים עם הקהילה התבטאו במחקר זה בנוכחות מתנדבים מן הקהילה במוסד, במשמעות שניתנה לפעילותם ובעמדת הצוות הסיעודי למתנדבים. עדויות לפעילות מתנדבים ביחידה לוקטה ע"י הסתכלות ותחקיר. בלמעלה ממחצית היחידות שבהם נערכו תצפיות היה המידע מוגבל והמימצאים המובאים בלוח 5.10 מבוססים על מידע שנאסף ב- 11 יחידות. המידע החלקי והדירוג הנמוך בתחום הקשרים עם הקהילה מעיד על פעילות מצומצמת מאד של מתנדבים מן הקהילה.

לוח 5.10 דרוג הקשרים עם הקהילה.

מספר היחידות	אחוז היחידות בהן היה הדרוג גרוע או גרוע מאד	סטית תקן	ממוצע	הפריט
נדכחות מתנדבים מן				
11	81.8	.98	1.8	הקהילה
7	71.4	.95	2.3	משמעות פעילות המתנדבים
4	25.0	1.50	3.3	עמדת הצוות למתנדבים
17	63.6	1.09	2.0	מדד קשרים עם הקהילה

5.11 יחסים בין אישיים בצוות.

עורכי התצפית התמקדו ביחסים הבין-אישיים בתוך הצוות הסיעודי ובינם לבין צוות בין-מקצועי. חלק מן המידע נאסף בזמן הריאיונים אולם על פי רוב נאסף המידע בתחום זה ע"י האזנה וצפיה ביחסי הגומלין בין חברי הצוות ביחידה.

הופעה חיצונית ניכללה בתחום זה. בחירת נושא זה נבעה מן התחושה שהפרט מביע את הערכתו העצמית בדרך לבושו והופעתו. ההופעה משפיעה גם על הדרך בה תופסים אותו האחרים. עורכי התצפית יצאו לב לנקיון, סדר וטיפוח החן האישי.

טון הדיבור והתנהגויות לא-מילוליות עשויים לעתים להביע יותר מאשר תכני הדברים. הרמת קול, כעס, דיבור "מלמעלה למטה" היו היבטים שנבחנו בתצפית היחידה.

שיתוף פעולה בין חברי הצוות הסיעודי נמדד ע"י בחינת העזרה שניתנה ע"י אנשי הצוות הסיעודי לחבריהם בעת ביצוע משימות קשות, ומידת ההיענות ומהירותה בעת בקשה לעזרה מצד עמית. התנהגויות דומות נבחנו בין הצוות הסיעודי לבעלי מקצועות אחרים.

נבדק היחס אל צורת לא מקצועי בעיקר לעובדי הנקיון ותחזוקה. אופן הפניה אל פועלות הנקיון, ומידת השימוש "בבקשה" ו"תודה" בעת מתן הוראות.

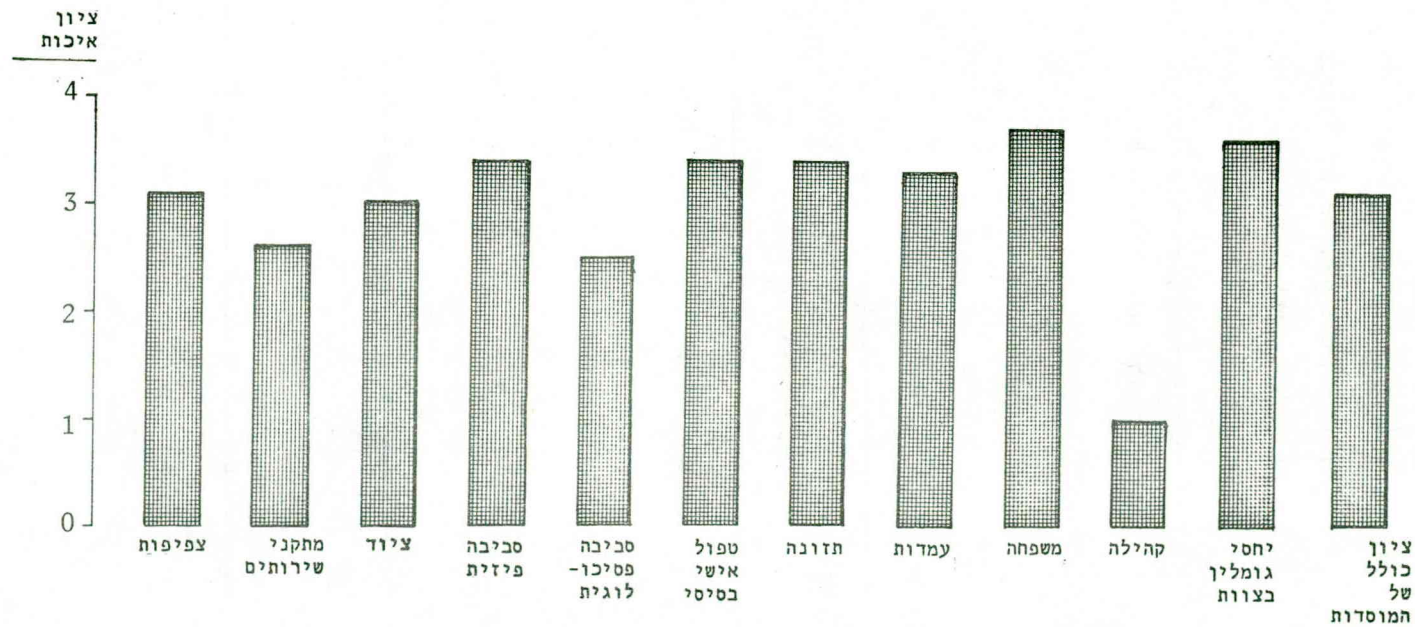
בעת עריכת התצפית היו הזדמנויות מעטות, להתבונן וללמד אודות יחסי גומלין בין הצוות הסיעודי להנהלה. התרשמויות עורכי התצפיות התבססו על מערכות הקשר בין האחות האחראית והצוות הסיעודי ובמידה והיה צורת מפקח נכללו גם היחסים אתו. תשומת לב מיוחדת הוקדשה למעקב שבדק אם האינטראקציה היתה באופיה חד צדדית - מתן הוראות ע"י ההנהלה - או שהיה דיון ענייני דו-צדדי. באופן כללי דורגו מערכות היחסים, בתוך הצוות הסיעודי ובינו לבין ההנהלה, דירוג גבוה למדי. בכל המקרים היה הדירוג הממוצע בין סביר לטוב והשונות בין היחידות נמוכה (לוח 5.11).

לוח 5.11 דירוג יחסים בין אישיים.

הפריט	ממוצע	סטית תקן	אחוז היחידות שבהן דורג כגרוע או גרוע מאד
הופעה חיצונית	3.3	.59	5.9
הטון ביחסים בין אישיים	3.5	.51	0
שיתוף פעולה בין הצוות הסיעודי	3.8	.44	0
שיתוף פעולה בין מקצועי	3.9	.36	0
יחס לעובדים לא מקצועיים	3.6	.65	7.7
יחסי הנהלה - צוות	3.8	.58	6.3
מדד יחסים בין אישיים של הצוות	3.8	.44	-

תרשים 5.1

ציוני איכות של היחידות בתחומים שונים



לוח 5.12 ציוני תצפית יחידה לפי המוסדות

המוסד גודל רבעלזת	המדד	שירותים וחדרי רחצה	סביבה פיזית	סביבה פסיכולוגית	ציוד	טפול אישי בסיסי	מזון ותזונה	עמדות לחולים	קשרים עם בני המשפחה	קשרים עם הקהילה	תפקוד עובדים צפיפות	מדד שעות טפול בחולה ביממה	מדד כולל
קטן פרטי 1	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	1.35	4
קטן פרטי 2	3	3	2	2	2	3	3	4	1	4	3	2.34	3
קטן פרטי 3	3	3	3	3	3	4	3	3	2	3	4	1.96	3
קטן פרטי 4	2	3	3	3	4	4	4	4	-	4	4	2.25	3
גדול פרטי 5	2	3	1.5	2	2	3	3	3	-	4	4	1.57	3
גדול פרטי 6	2.5	3	1.2	3	3	3	-	3	1.5	2.5	3.5	1.92	3
קטן ציבורי 7	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4.40	4
קטן ציבורי 8	4	4	4	3	4	4	4	4	-	4	4	3.96	4
קטן ציבורי 9	2	3	3	2	2	3	4	3	3	4	3	1.63	3
קטן ציבורי 10	2	2	2	3	3	3	3	3	1	4	3	2.39	3
גדול ציבורי 11	2.5	4	3	3	3	4	4	4	1	3.5	4	2.80	3
גדול ציבורי 12	2.5	3.5	3	4	4	3.5	3	3	1	3	3.5	1.67	3
מובהקות	ל.מ.	ל.מ.	ל.מ.	p<.05	ל.מ.	ל.מ.	ל.מ.	ל.מ.	ל.מ.	ל.מ.	ל.מ.		

שנים עשר המדדים והציון הכולל של היחידה נותרו בניתוח שונות לגבי גודל ובעלות.

לוח 5.13 ציוני תצפית יחידה בניתוח ANOVA לפי גודל ובעלות המוסד

מובהקות ההבדל	בעלות		מובהקות ההבדל	גודל		ממוצע כללי $\bar{x}$	המדד
	ציבורי	פרטי		קטן	גדול		
.18	3.4	2.8	.81	3.0	3.1	3.1	צפיפות
							שירותים וחדרי
.26	2.8	2.4	.48	2.5	2.7	2.6	רחצה
.38	3.2	2.9	.22	2.8	3.3	3.0	ציון ד
.92	3.7	3.4	.95	3.4	3.4	3.4	סביבה פיסיית
.12	2.8	2.2	*.02	2.1	2.9	2.5	סביבה פסיכולוגית
							טיפול אישי
.34	3.5	3.3	.41	3.3	3.5	3.4	בסיסי
.87	3.4	3.4	.24	3.2	3.5	3.4	תזונה
.79	3.3	3.2	.10	3.1	3.5	3.3	עמדות
.85	3.7	3.8	.09	3.5	3.9	3.7	מעורבות המשפחה
.84	1.9	2.0	*.02	1.2	2.5	1.9	מעורבות הקהילה
							טיפול עובדים
.65	3.6	3.7	.84	3.6	3.6	3.6	(יחסי אנוש)
							שעות טיפול לחולה
.09	2.7	2.0	.09	2.0	2.6	2.3	ביממה
.16	3.3	2.9	.06	2.8	3.3	3.1	ציון כולל ליחידה

*מובהק.

5.12 סיכום

לוח 5.12 מביא ממוצעים מעוגלים של היחידות בכל אחד מהמוסדות של עשרת התחומים שנדונו, ציון הצפיפות ושעות הטיפול לחולה ביממה (ראה פרק 6). בנוסף לכך חושב לכל מוסד ציון הערכה שכלל את 12 התחומים הנ"ל.

לוח 5.13 מציג את 12 המדדים ואת ציון ההערכה הכולל כפי שנותח בניתוח שונות לגבי גודל ובעלות. לשני מדדים בלבד, הסביבה הפסיכולוגית ומעורבות הקהילה, היה קשר מובהק לגודל המוסד, ואף לא לאחד מן המדדים היה קשר לבעלות. עם זאת, יש לציין שברוב המקרים הייתה ההערכה הממוצעת גבוהה יותר לגבי יחידות במוסדות קטנים וציבוריים.

לסיכום, התצפיות ביחידות העלו מספר מימצאים חשובים: התחומים התקינים היו: הקשר עם המשפחה, יחסים בין-אישיים בקרב הצוות הסיעודי, הטיפול האישי הבסיסי, המזון והסביבה הפיסית. תחומים טעוני שיפור היו: מעורבות הקהילה, סך כל שעות טיפול למטופל ביממה, הסביבה הפסיכולוגית ומתקני השירותים.

ניתוח הנתונים לפי גודל ובעלות המוסד גילה כי בכל המקרים דורגו המוסדות הקטנים בדירוג ממוצע גבוה (יותר) או, לפחות שווה בהשוואה למוסדות הגדולים. רק בשני מדדים, הסביבה הפסיכולוגית ומעורבות הקהילה היו ההבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית. הבעלות על המוסדות לא העלתה הבדלים מובהקים בין מוסדות בבעלות פרטית וציבורית אם כי לגבי 9 מדדים דורגו המוסדות הציבוריים גבוה מאשר המוסדות הפרטיים; לגבי 3 מדדים היה הדירוג שווה. ניתן לסכם שמוסדות קטנים וציבוריים דורגו גבוה ממוסדות גדולים ופרטיים.

אחת הסיבות לכך שנתקבלו רק שני הבדלים סטטיסטיים מובהקים הוא המספר הקטן של היחידות ($N=17$) במידגם. כמו-כן נמצא שהמוסדות היו שונים זה מזה מכמה בחינות שלא נבדקו בניתוח זה כגון ותק המוסד, עלות הטיפול, הרקע הסוציאקונומי והעדתי של המטופלים וכו' (ראה פרק 4.1). יש להניח שמידגם גדול יותר היה מעלה הבדלים ברורים יותר.

6. שעות טפול בחולה ביממה.

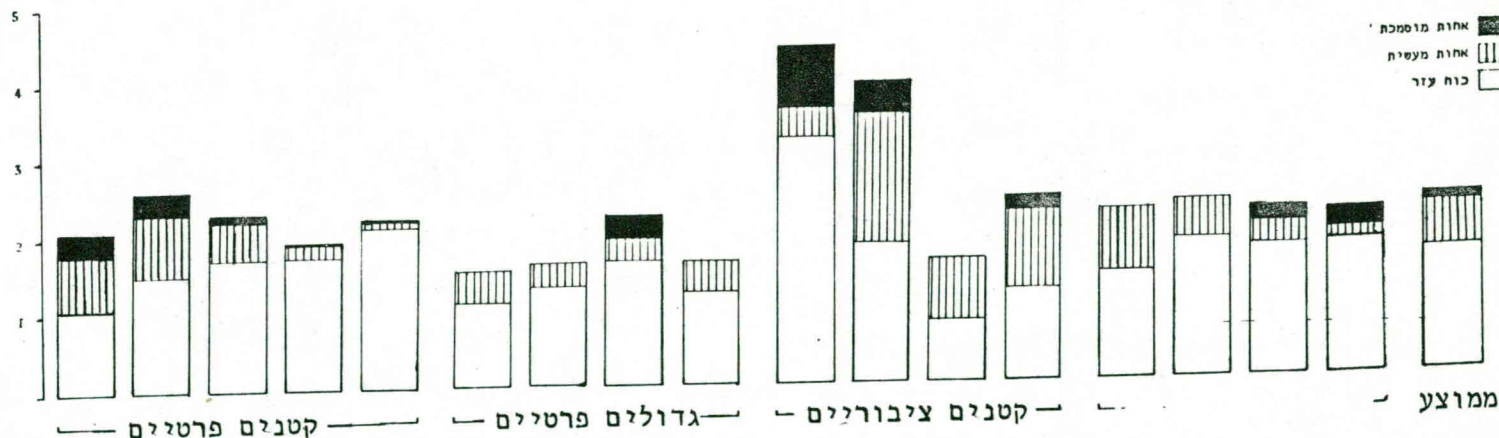
על מנת לחשב את מספר שעות הטיפול שניתנו לחולה ביממה, נרשמה מצבת כח האדם בכל אחת מ-17 היחידות בשבוע שלפני איסוף הנתונים העיקרי. נבחר תמיד שבוע ללא אירועים חריגים.

החולים ביחידות שבהן נערכו התצפיות היו תשושים, כאלו הזקוקים לטיפול סיעודי במשך כל שעות היממה וחולים פסיכוגריאטריים. מספר החולים ביחידות נע בין 12 ל-66.

מדד שעות הטיפול במטופל ביממה המוצג בלוח 6.1 נעשה ע"י חישוב מספר שעות העבודה ביחידה במשך שבוע, סה"כ בשלוש משמרות (בוקר, ערב לילה) לגבי עובדי סיעוד לסוגיהם (אחיות מוסמכות, אחיות מעשיות וכח עזר). כל אחד משבעה הסכומים הללו חולקו ב-7, כמספר ימי השבוע, ובמספר החולים ביחידה (נספח צ'). לגבי כל אחת מן היחידות מובאים המדדים הבאים: סה"כ שעות טיפול במטופל ביממה, מספר שעות הטיפול ביממה במטופל בכל אחת מן המשמרות ביממה, ומספר שעות הטיפול ביממה ע"י כל אחד מ-3 רמות הצוות הסיעודי.

שעות טיפול בחולה במשך יממה, לפי רמת התפקיד -
של המטפל ביחידות, במוסדות מסוגים שונים

מה"כ
שעות
טיפול
לחולה
ביממה



לוח 6.1 שעות טיפול* במטופל ביממה ביחידות השונות.

שעות טיפול ביממה לפי רמת ההכשרה של האחות			משמרות				סה"כ שעות טיפול ביממה	היחידה
א. מוסמכות	א. מעשיות	כ. עזר	לילה	ערב	בוקר			
0.72	0.72	1.12	0.32	0.45	1.34	2.11	(1)	מוסדות
0.27	0.82	1.50	0.59	0.93	1.06	2.59	(2)	קטנים
0.13	0.48	1.73	0.28	0.78	1.30	2.34	(3)	פרטיים:
0.08	0.21	1.75	0.18	0.69	1.09	1.96	(4)	
0.20	0.13	2.14	0.13	0.41	1.91	2.25	(5)	
0.0	0.42	1.11	0.46	0.28	0.78	1.52	(6)	מוסדות
0.0	0.28	1.32	0.36	0.40	0.82	1.62	(7)	גדולים
0.32	0.21	1.66	0.68	0.50	1.02	2.19	(8)	פרטיים
0.0	0.41	1.24	0.56	0.41	0.68	1.65	(9)	
0.82	0.37	3.21	0.45	1.52	2.43	4.40	(10)	מוסדות
0.42	1.72	1.82	0.67	1.29	2.00	3.96	(11)	קטנים
0.0	0.84	0.80	0.19	0.61	0.84	1.63	(12)	ציבוריים:
0.19	0.98	1.22	0.24	0.82	1.33	2.39	(13)	
0.0	0.80	1.42	0.44	0.76	1.02	2.22	(14)	מוסדות
0.0	0.59	1.78	0.44	0.74	1.19	2.37	(15)	גדולים
0.16	0.30	1.74	0.24	0.66	1.28	2.18	(16)	ציבוריים:
0.22	0.17	1.76	0.16	0.80	1.19	2.15	(17)	
0.18	0.56	1.61	0.38	0.70	1.26	2.33		ממוצעים

* הספרות שאחרי הפסיק מייצגים חלקי שעה ולא דקות.

לוח 6.2 טרוח סה"כ שעות טיפול במטופל ביממה

ממוצע	טרוח		
	גבוה	נמוך	
1.26	2.43	0.68	משמרת יום
0.70	1.52	0.28	משמרת ערב
0.38	0.68	0.13	משמרת לילה
1.61	3.21	0.80	שעות טיפול ע"י כח עזר
0.56	1.72	0.13	שעות טיפול ע"י אחיות
			מעשיות
0.18	0.82	0.0	שעות טיפול ע"י אחיות
			מוסמכות
2.33	4.40	1.52	סה"כ שעות טיפול ביממה

בעדויות על מחסור באחיות במוסדות סיעודיים לקשישים (Newswatch, 1980) שהוגשו לוועדת בית הנבחרים בארה"ב נמסר שקשישים חולים קבלו בממוצע 12.5 דקות טיפול ביממה ע"י אחות מוסמכת. במחקר זה העלינו שמספר שעות הטיפול הממוצע ביממה שניתן לחולה ע"י אחות מוסמכת היה 10.8 דקות. בממוצע העניקו לחולה $2\frac{1}{3}$ שעות טיפול ביממה ע"י כל הצוות הסיעודי. מחצית מזמן זה ניתן למשמרת בוקר. שני שליש מזמן הטיפול ניתן ע"י כח עזר.

בכל היחידות ניתנו רוב שעות הטיפול במשך היום וברב המקרים עמדו במקום השני שעות הערב. בכל היחידות עלו שעות הטיפול שניתנו ע"י כח עזר במידה ניכרת על אלו שניתנו ע"י אחיות מעשיות ואחיות מוסמכות יחד. מתוך 17 היחידות נמצאו חמש שבהן כלל לא היו אחיות מוסמכות במשך השבוע שבו נאספו הנתונים.

צוות המחקר שקל חישוב מדד של שעות טיפול לחולה ביממה אשר ישקף לא רק כמות אלא גם איכות. במחקר שנערך ע"י Harman (1977) השתמשו בשיטת שיקלול בהתאם לרמות ההכשרה השונות של הצוות הסיעודי. לפי שיטה זו חושבו שעות הטיפול לחולה ביממה כך: שעת אחות מוסמכת שווה לשעה וחצי; שעת אחות מעשית שווה לשעה ורבע ושעת כח עזר שווה שעה אחת. חישוב זה העלה את מספר שעות הטיפול מ-3% ל-16% עם עליה ב-25% במקום שהיו יותר אחיות מעשיות ואחיות מוסמכות.

ניתוח ניסיוני שנערך לפי נתוני מחקר זה העלה שממוצע סה"כ שעות טיפול לחולה ביממה עלה אך במעט: מ-2.33 ש' ל-2.54 שעות טיפול לחולה ביממה. (הפיזור בין היחידות עלה מ-0.77 סטיות תקן ל-0.87 סטיות תקן).

בבחינה מחודשת של המימצאים הללו הוחלט להתחשב בממוצע האריתמטי של שעות טיפול לחולה ביממה כבסיס לחישוב שעות טיפול ביממה, כפי שהם מוצגים בלוח 6.1 וזאת מן הטעמים הבאים:

1. ההבדל בין שני המדדים קטן.
2. המחקר לא כלל בדיקה של ביצוע של יחידים.
3. לא נמצא בספרות מדד משוקלל של שעות טיפול במוסדות גריאטריים.
4. מידת ההשפעה של גורמים נוספים, כגון משפחה ומתנדבים לא נלקחו בחשבון.

מספר מקורות בספרות המקצועית מספקים המלצות לתקני איוש של עובדי סיעוד. הם מובאים להלן לצורך השוואה עם מימצאי המחקר הזה.

ועדת משרד העבודה והרווחה (1981) לצרכים ועלויות במוסדות לקשישים, המליצה על מינימום של 0.4 ומקסימום של 0.5 תקני סגל סיעודי, ברוטו, לחולה. צוין ש-60% מהצוות הסיעודי צריכים להיות אחיות מוסמכות או אחיות מעשיות ו-40% כח עזר. המדד הזה, כאשר הוא מוסב לשעות טיפול למעשה ביממה לחולה, נטו, לפי 1.6 תקנים או 8 שעות עבודה ליחידה שווה ל-2.5 - 2 שעות טיפול סיעודי ביממה.

ועדת הנדלסמן (1974) שדנה בנושא הסגל הסיעודי בבי"ח כלליים ממלתיים המליצה על 2.35 שעות טיפול בחולה ביממה נטו ביחידות לטיפול ממושך שיסופקו ע"י 35% אחיות מוסמכות, 35% אחיות מעשיות ו-30% כח עזר.

דו"ח Wiche (Lum, 1979) בארה"ב הציע מינימום של 2.7 ומקסימום של 4.9 שעות טיפול סיעודי לחולים ביחידות במוסדות סיעודיים כאשר השעות מחולקות בשיעור של : 1 אחות מוסמכת; 2 אחיות מעשיות ו-2 כח עזר.

תקני האיוש המובאים מדו"ח הנדלסמן הם אלו המומלצים ליחידות שיקום ואישפוז ממושך. המלצות לגבי מוסדות גריאטריים לא נמצאו והנ"ל ניראו הרלוונטיים ביותר לצורך השוואה למימצאי מחקר זה.

Phys Hearn (1979) פיתחה שיטה לקביעת איוש סגל סיעודי במוסדות לקשישים. נוסחתה היתה מבוססת על צרכי הטיפול הישיר של כל מטופל, טיפול עקיף ומדיניות המוסד.

מדיניות הטיפול עבור 676 מטופלים בחמישה מוסדות סיעודיים במערב אוסטרליה קבעה צורך ב- 30 שעות טיפול סיעודי במטופל בשבוע (4.3 שעות טיפול ביממה).

שעות הטיפול הסיעודי למטופל ביממה הנחוצות לפי סוגי המטופלים היו:

חולים פסיכו-גריאטריים כרוניים	4.6 שעות.
חולים עם מגבלות פיסיות כרוניות	4.6 שעות.
חולים בתהליכי שיקום	4.2 שעות.
חולים במחלות חריפות או מחלימים	3.7 שעות.
חולים אמבולנטים עם בעיות פסיכיות חברתיות	2.0 שעות.

השוואת מימצאי המחקר עם הדוחות שהוזכרו העלה:

שעות טיפול

ממוצע שעות הטיפול במחקר זה ($\bar{x} = 2.33$) עלו בקנה אחד עם המלצות דו"ח משרד העבודה והרווחה (2.5 - 2), דמו להמלצות דו"ח הנדלסמן ($\bar{x}=2.35$) אולם היו נמוכות מהמלצות דו"ח Wiche האמריקני ($\bar{X}=2.7$) והמלצות Rhys-Hearn (4.3). שתי יחידות במחקר זה היו גבוהות מההמלצות ושש יחידות היו נמוכות מן המינימום הנמוך ביותר שהומלץ-זה של משרד העבודה והרווחה ($\bar{x} = 2.0$).

הרכב הצוות הסיעודי

שיעורן של האחיות המוסמכות ביחידות שנבדקו היה נמוך מן התקנים בכל המקרים. בחמש יחידות לא היו כלל אחיות מוסמכות. שעות הטיפול שניתנו ע"י האחיות המוסמכות והאחיות המעשיות יחד היו רק שליש מכלל שעות הטיפול. שיעור נמוך מאשר בכל ההמלצות שהוזכרו.

בסיכום, תקני איוש הצוות הסיעודי ביחידות, כפי שהם מתבטאים במונחים של שעות טיפול במטופל ביממה, היו נמוכים מן ההמלצות הנמוכות ביותר במחצית היחידות ורמת ההכשרה של צוות הסיעודי היה נמוך מן המומלץ, בכל היחידות.

7. הסגל הסיעודי

פרק זה בודק את התכונות המקצועיות והאישיות של הסגל הסיעודי המועסק במוסדות שבהם השהיה היא לזמן ממושך ואשר משרתים קשישים תשושים וכאלו הזקוקים לטיפול סיעודי מתמיד.

נתונים אודות הצוות הסיעודי נאספו בעזרתם האדיבה של אנשי המינהל הכללי והסיעודי במוסדות. מקור הנתונים ברישומי המוסד, ללא ציון שמות. לגבי חלק מן המשתנים שנבדקו כגון; מין ורמת הכשרה היה מידע. שלם; לגבי משתנים אחרים, כגון; ארץ מוצא היה המידע חלקי. (נספח ד').

סה"כ 432 עובדי סיעוד הועסקו ב-12 המוסדות, בעת איסוף הנתונים העיקרי. הטווח הבין-מוסדי נע בין 7 ל-98. טווח הגילים של הסגל הסיעודי נע בין 17 ל-73 שנה. הממוצע 38.9. החלוקה לקבוצות גיל היתה: עד גיל 25 - 38.9%, 26 - 35 - 19.4%, 36 - 45 - 18.8%, 46 - 60 - 19.2%, מ-61 +3.7%. בהשוואה מצאה George (1979) טווח גילים 17-74 וממוצע של 35.5.

לגבי ארץ המוצא היו נתונים לגבי 331 מן האנשים. חלק מן הנתונים הסתמכו על מידע בלתי - ברור; יוצאי אסיה אפריקה 44.4%, ילידי הארץ 29.9% (אלה כללו דור ראשון לילידי הארץ ודורות רבים בארץ, יהודים וערבים) האחרים, רובם יוצאי מזרח אירופה, היו 25.7%. שמונים וחמישה אחוז מהסגל הסיעודי היו נשים, אחוז הגברים שנמצא (15%) גבוה מזה שמצאו בארה"ב במחקר George (1979), שבו היו הגברים רק 6.4% מכלל עובדי הסיעוד. רמת ההכשרה של עובדי הסיעוד נמצאה דומה מאד למה שמצאו בארה"ב (George, 1979).

לוח 7.1 רמות ההכשרה של הסגל הסיעודי - השוואה בין ישראל וארה"ב (באחוזים)

ישראל	ארה"ב	
9.8	13.4	אחיות מוסמכות
21.4	17.5	אחיות מעשיות
68.8	69.1	כח עזר

רק 4.9% מכלל העובדים סיימו קורס-על בסיסי מוכר בסיעוד. מכלל הסגל הסיעודי 13.2% נכללו בדרגות מינהליות אשר כללו אחיות אחראיות מחלקה, מפקחות ומנהלות שירותי סיעוד.

שעות העבודה השבועיות נעו בין 8 ל-54. הממוצע היה 40.8 שעות שבועיות. 25.2% עבדו עד 36 שעות שבועיות, 40.3% עבדו בין 37 ל-45 שעות שבועיות ו-34.5% עבדו למעלה מ-46 שעות שבועיות. מימצאים אלו דומים למימצאי מחקר אמריקאי (George, 1979) שבו הטרוח נע בין 4 ל-80 שעות שבועיות והממוצע 39.5 שעות שבועיות.

ותק במוסד - נע בין עד שנה ל-31. כשליש (36.7%) הועסק פחות משנה, 15.1% - שנתיים, 28.3% בין 3 ל-5 שנים ו-20% שש שנים ויותר. ממוצע הותק במוסד היה 3.9 שנים. מאחר ושלושה מן המוסדות שבמידגם יוסדו במשך 6 השנים האחרונות הוריד הדבר את משך ההעסקה האפשרי במוסדות. בארה"ב היה הטרוח בין חודש ל-41 שנה והממוצע 5 שנים.

מאחר, ורמת ההכשרה של הסגל הסיעודי ושיעור העובדים בעלי ההכשרה הגבוהה יותר קובעים במידה רבה את רמת הטיפול הסיעודי, נערך ניתוח המשתנים העיקריים לפי רמות ההכשרה - אחיות מוסמכות, אחיות מעשיות וכח עזר.

מכון ברוקדייל דיווח בסקר על כח האדם בשירותים לקשישים בישראל, (ברגמן, חביב, תומר, 1980) על הרכב כח האדם ב-119 מוסדות טיפול ממושך בקשישים. הם מצאו שב-60% מן המוסדות היתה לפחות אחת מוסמכת אחת ב-68% מן המוסדות הועסקו אחיות מעשיות וב-89% הועסקו כח עזר.

מתוך 12 המוסדות במחקר זה 75% העסיקו אחיות מוסמכות ובכל המוסדות היו אחיות מעשיות וכח עזר. נמצא טרוח בין-מוסדי רחב ביותר בשעורי רמות ההכשרה. אחיות מוסמכות בין 0% ל-21.4%, אחיות מעשיות בין 3.8% ל-50% וכח עזר בין 35.7% ל-88.5%. לדוגמה: באחד המוסדות שבו הועסקו 43 עובדי סיעוד היתה החלוקה כדלהלן: אחות מוסמכת אחת, חמש אחיות מעשיות ו-37 כח עזר. במוסד אחר, ציבורי-גדול, מצאנו מתוך סגל סיעודי בן 84 אנשים תשע אחיות מוסמכות, 27 אחיות מעשיות ו-48 כח עזר.

בעלות-המוסד הבחינה באופן משמעותי ($P < .001$) בין שיעורי בעלי ההכשרה הסיעודית הגבוהה: במוסדות ציבוריים היה מספר האחיות המוסמכות גדול באופן מובהק מאשר במוסדות הפרטיים (לוח 7.2).

לוח 7.2 רמת ההכשרה של הסגל הסיעודי לפי הבעלות של המוסד (באחוזים)

רמת ההכשרה בעלות	אחיות מוסמכות	אחיות מעשיות	כח-עזר	סה"כ	
פרטית (N=177)	2.8	17.5	79.7	100	
ציבורית (N=253)	14.6	24.1	61.3	100	
=N	42	92	296	430	
χ^2 p<.001					

גודל המוסד לא היה משתנה מבחין לגבי רמת ההכשרה של הסגל הסיעודי. ההתפלגויות במוסדות גדולים וקטנים היתה דומה.

גיל - היה משתנה מבחין בין רמות ההכשרה השונות של הצוות הסיעודי (p<.001) כוחות עזר היו צעירות מאשר אחיות. הגיל הממוצע של האחיות המוסמכות היה 43.8 שנה, של האחיות המעשיות 44.5 ושל כח העזר 35.6.

ניתוח לפי ארץ המוצא העלה שהאחיות המוסמכות היו, ברובן, יוצאות ארצות אירופה בעוד שכח העזר מוצאן עפ"י מארצות אסיה אפריקה. (לוח 7.3) ההתפלגות לפי ארצות המוצא מייצגת את המצב בסגל הסיעודי בכל ענפי הסיעוד בארץ.

לוח 7.3 ארץ המוצא עפ"י רמת ההכשרה של הסגל הסיעודי (באחוזים)

רמת ההכשרה ארצות המוצא	אחיות מוסמכות N=23	אחיות מעשיות N=76	כח עזר N=232	
אסיה אפריקה (N=147)	4.3	40.8	49.5	
ילידי ישראל (N=99)	39.1	14.5	34.1	
ילידי אירופה וארצות אחרות (N=85)	56.6	44.7	16.4	
	100.0	100.0	100.0	
סה"כ (N=331)	23	76	232	
χ^2 p<.001				

שני שלישים (66.7%) מן האחיות המוסמכות וכשליש (30.7%) מן האחיות המעשיות אחזו בתפקידי ניהול; ואכן כמחצית (48%) מ-56 משרות הניהול בסייעוד היו בידי אחיות מעשיות. למימצא זה, המראה שאחיות מעשיות במוסדות רבים אחראיות על הטיפול הסייעודי, יש לייחס תשומת לב מידית.

כפי שעולה מניתוח השונות בלוח 7.4 עובדות אחיות מוסמכות ואחיות מעשיות במוסדות סיעודיים-גריאטריים מספר דומה של שעות שבועיות. וזאת משום שהן כפופות לאותם הסכמי עבודה. כמחצית (47.3%) מכח העזר עובדים 46 שעות שבועיות או יותר ($p < .001$).

לוח 7.4 ממוצע שעות עבודה שבועיות לפי רמת ההכשרה של הסגל הסייעודי.

ממוצע שעות שבועיות		סטיית התקן
אחיות מוסמכות	33.0	10.9
אחיות מעשיות	35.9	8.4
כח עזר	43.6	7.5

$p < .001$ (ANOVA)

הסגל הסייעודי במוסדות פרטיים עבד בממוצע מספר רב יותר של שעות ($\bar{x}=43.6$) מאשר הסגל הסייעוד במוסדות ציבוריים ($\bar{x}=38.9$) (ANOVA F prob=.000). לא נמצאו הבדלים מובהקים בממוצע שעות העבודה לפי גודל המוסד.

מניתוח שונות עולה שאחיות מעשיות היו בעלות הוותק הגבוה ביותר בסגל הסייעודי (לוח 7.5). ניתן להסביר ממצא זה מתוך שהן מחזיקות באחוז גבוה של משרות הניהול.

לוח 7.5 ממוצע הותק לפי רמת ההכשרה של הסגל הסיעודי.

ממוצע שנות ותק		סטית תקן
אחיות מוסמכות	3.7	3.2
אחיות מעשיות	6.0	7.0
כח עזר	3.2	3.6
p<.001 (ANOVA)		

לאחיות בתפקידי ניהול תפקיד חשוב לשמש כדוגמא להזדהות, באירגון הטיפול, בחינוך והדרכה של הסגל הסיעודי ובקביעת האוירה והמוראל ביחידה, לפיכך, נערך ניתוח נוסף כדי ללמד יותר אודות קבוצה זו.

חמישים ושש אחיות הועסקו ברמה ניהולית. בין 3.7% ל-19% מכל הסגל הסיעודי במוסד יחיד הועסקו בתפקידי ניהול. מוסדות ציבוריים העסיקו אחוז גבוה יותר של אחיות בתפקידי ניהול מאשר מוסדות בבעלות פרטית ($p<.01$). גודל המוסד התגלה אף הוא כגורם מבחין מובהק יותר משרות ניהול לאחיות במוסדות גדולים. (לוח 7.6).

לוח 7.6 רמת תפקיד לפי בעלות וגודל המוסד (באחוזים).

רמת התפקיד	בעלות		גודל	
	פרטי	ציבורי	גדול	קטן
מינהל	10.7	14.9	15.9	8.0
אחיות מן השורה	9.6	19.3	11.6	22.0
כח עזר	79.7	65.9	72.5	70.0
סה"כ	100.00	100.0	100.0	100.0
N=	177	242	276	150

$\chi^2 p<.01$

גילך הממוצע של אחיות בתפקידי ניהול היה 44.8, שהוא דומה לגילן של האחיות מן השורה, אולם גבוה בהרבה מכח-העזר. ההתפלגות המינית לפי רמת התפקיד היתה דומה. לאחיות בתפקידי ניהול היה וותק כפול ($\bar{X}=7.4$) מאשר לשאר הסגל הסיעודי והן עבדו באופן ממוצע

פחות שעות שבועיות מאשר שאר הסגל. כח-עזר עבדו בממוצע שש שעות בשבוע יותר מאשר אחיות בתפקידי ניהול, בהתאם להסכמי העבודה (לוח 7.7).

לוח 7.7 ממוצע גיל, ממוצע ותק ושעות עבודה שבועיות לפי רמת התפקיד.

רמת התפקיד	ממוצע הגיל	ממוצע הוותק (בשנים)	ממוצע שעות עבודה שבועיות
אחיות בתפקידי ניהול	44.8	7.4	37.1
אחיות מן השורה	43.5	3.7	34.5
כח עזר	36.1	3.4	43.0
ממוצע	38.2	3.9	40.8

$p < .001$ (ANOVA)

ניתן להרכיב פרופיל מסכם של הסגל הסייעודי מן הנתונים שהובאו בפרק זה. מעל לשני שלישים מן הסגל היו כח עזר, 85% היו נשים. אחיות היו מבוגרות מכח העזר ועבדו פחות שעות בשבוע. לאחיות המעשיות היה הוותק הגבוה ביותר. במונחי רמת תפקיד היו כמחצית ממשרות הניהול בידי אחיות מעשיות ומחצית בידי אחיות מוסמכות. אחיות אלו היו מבוגרות יותר ובעלות וותק רב יותר במוסד מאשר שאר הסגל הסייעודי.

8. עובדים מקצועיים שאינם עובדי סיעוד המועסקים במוסדות לקשישים.

מגבלותיהם של מטופלים במוסדות סיעודיים לקשישים מטילות על המוסד אחריות למילוי רוב הצרכים הגופניים, הפסיכולוגיים, החברתיים ורפואיים. זמינותם של רופאים, פיזיותרפיסטים, עובדי תעסוקה, עובדים סוציאליים, פסיכולוגיים ומדריכים חברתיים מאפשרת לעובדי הסיעוד להתפנות למשימות סיעודיות ייחודיות ולבצע מטלות אלו ללא לחץ תוך התייחסות נינוחה למטופלים. כמו כן מאפשרת זמינות עובדים מקצועיים אלו עבודת צוות בזמן-מקצועי פוריה והתייחסות לצרכי החולה בשטחים שונים וברמות שונות. חסרונם של עובדים אלו, מאלץ אחריות לבצע חלק מן המטלות החיוניות משטחי עבודתם של עובדים אלו.

הנתונים נאספו ממנהל המוסד שהתבקש לציין את מספר התקנים או חלקי התקן לגבי כל אחד מסוגי העובדים הללו במוסדו. ברוב המוסדות לא הועסקו כלל פסיכולוגיים ומדריכים חברתיים ולכן לא התייחסנו לעובדים אלו בניתוח הנתונים. (נספח ג').

8.1 שעור החולים לתקן

חושב שעור החולים לתקן לגבי העובדים למיניהם. נתונים אלו הושוו להמלצות ועדת דרבסי (ירוני, 1981). ועדה זו הוקמה כדי לבחון עלויות ולהמליץ על שיעורי איוש במוסדות לקשישים.

8.1.1 רופאים

ממוצע מס' המטופלים לתקן ב-12 המוסדות היה 1:88 בהשוואה למומלץ בדו"ח דרבסי (1981) שהוא 1:100. ב-8 מהמוסדות היה מצב איוש תקני רופאים טוב מהמומלץ לגבי מוסדות סיעודיים וב-4 היה המצב פחות טוב. במוסד אחד היה שעור החולים למשרת רופא 1:284.

8.1.2 פיזיותרפיסטים

נמצא שממוצע שיעור המטופלים לתקן של פיזיותרפיסט היה 1:130 שהוא מתחת לתקן המינימלי המומלץ בדו"ח דרבסי (1:100). בשני מוסדות כלל לא היה פיזיותרפיסט ובמוסד אחד לא הועסק פיזיותרפיסט כחלק מן הסגל, אלא לפי שעות. ב-6 מוסדות נוספים היו יותר חולים לפיזיותרפיסט מן המוצע ובשלושה מוסדות היה המצב טוב בהרבה מן המומלץ.

8.1.3 עובדים סוציאליים

במחצית המוסדות לא הועסקו כלל עובדים סוציאליים. מתוך 6 המוסדות שבהם היו עובדים סוציאליים היה השיעור הממוצע של מטופלים לעובד סוציאלי 1:123 - שיעור טוב מהמינימום המוצע בדו"ח דרבסי. ב-4 מוסדות היה המצב טוב בהרבה מהמומלץ. בשני מוסדות היה מספר המטופלים לתקן עו"ס גדול בהרבה מן המינימום המומלץ.

8.1.4 מרפאים בעסוק

התקן המינימלי המומלץ לפי דו"ח דרבסי הוא 1:400 - 1:200, נתוני המחקר העלו טווח הנע בין 28 ל-152. יש לציין שבתיאור הכישורים הנדרשים לאיוש תקני מרפאים בעיסוק באותו דו"ח נדרשת תעודה מבית ספר מוכר לריפוי בעיסוק; התרשמות אוספי הנתונים במוסדות היתה שבחלק גדול מן המוסדות לא עמדו המרפאים בעיסוק בדרישה זו, רובם היו מורות או מדריכות למלאכת יד ללא הכשרה תרפויטית או גריאטרית. עם זאת דעת החוקרים היא היא שהשיעור המומלץ בדו"ח דרבסי הוא נמוך מדי, אלא אם כן מסייעות מתנדבות או עוזרות למרפאות בעיסוק בעלות הסמכה מוכרת לעובדים המקצועיים.

השירות הנתונים אודות בעלי מקצועות שאינם סיעודיים עם ממצאי סקר כח-האדם של מכון ברוקדייל (ברגמן, חביב, תומר, 1980) העלה שיעורים דומים. בסקר ברוקדייל לא היו עובדים סוציאליים במחצית המוסדות. בשליש מן המוסדות לא הועסקו פסיכותרפיסטים ובשאר היה השיעור לפי המומלץ ע"י ועדת דרבסי. למרות שנתוני ברוקדייל כללו מגוון של סוגי מוסדות כמו בתי אבות ובתי חולים לחולים כרוניים, הממצאים דומים כללית לממצאי מחקר זה.

הבעיה מרכזית היא המחסור הקיים בעובדים סוציאליים, פזיטרפסטים ומרפאים בעיסוק בעלי הכשרה מתאימה בחלק גדול מן המוסדות. פירוש של מחסור זה הוא נטל כבד יותר של עובדי הסיעוד וירידה ברמת הטיפול הסיעודי.

לוח 8.1 תקנים לבעלי מקצועות לא סיעודיים במוסדות לקשישים
בהשוואה לתקני מינימום אופטימיים המומלצים בדו"ח דרבסי
(מספר מטופלים לתקן)

מוסד	מס' מיטות	תקני רופא	שעור חולים לרופא	תקני פיזיו-טרפסטים	שעור חולים לפיזיו-טרפיסט	תקני עו"ס	שעור חולים לעו"ס	תקני רפוי בעיסוק	שעור חולים לריפוי בעיסוק
קטן פרטי 1	60	1.5	40	0.50	120	-	-	1.25	48
" 2	29	0.5	58	-	-	-	-	0.5	58
" 3	45	0.5	90	0.34	135	-	-	0.34	135
" 4	71	0.25	284	0.50	142	-	-	0.5	142
גדול פרטי 5	152	1.5	101	0.50	304	-	-	1	152
" 6	110	1.0	110	0.50	220	-	-	1	110
קטן ציבורי 7	42	1.0	42	1.50	28	1.00	42	1.5	28
" 8	12	0.25	48	-	-	0.34	36	0.2	60
" 9	30	0.34	90	לפי ע'	-	0.34	90	0.5	60
" 10	33	1.0	33	0.50	66	1.5	22	1.0	33
גדול ציבורי 11	139	3.0	46	3.25	46	0.5	278	2.75	51
" 12	340	3.0	113	3.0	113	1.34	255	11	31
ממוצע לגבי מוסדות שבהם קים סוג העובד:									
			88		130		123		78
<u>דו"ח דרבסי</u>									
הצעת מינימום	100	1	100	1	100	1	133	1	400
הצעת אופטימום	100	1	100	1	80	1	100	1	200

9. תפיסת תכני עבודה.

על מנת ללמוד מהם תכני העבודה המבוצעים ע"י הצוות הסיעודי, התבקש כל אחד מ-82 המרואיינים, עובדי סיעוד ברמות שונות, לציין באיזו תכיפות הם מבצעים כל אחד מ-41 המטלות היחודיות. התגובות דורגו על סולם בן 6 דרגות: אף פעם, לעתים רחוקות, לפעמים, לעתים קרובות, בדרך כלל, תמיד. הפעילויות השתייכו לחמישה תחומים: קליני, טיפול אישי, טיפול בסביבה, פעילויות חברתיות-פסיכולוגיות אירגון היחידה והדרכה. לוח 9.1 מביא את הפריטים, מציין ע"י בעלי אלו רמות הכשרה על הפעילות להתבצע, ואת ממוצע השכיחות שבהם התבצעה הפעילות ע"י כל הצוות וע"י כל רמה בנפרד.

הפריטים שנבחרו בכל תחום כללו פריטים שתאמו ביצועם ע"י כל אחד מ-3 רמות הצוות הסיעודי בנפרד, או בצירופם של יותר מאחד. רשימת המטלות נתנה לשלושה מומחים בתחום הסיעוד הגריאטרי להערכה. כל אחד מן המומחים רשם בנפרד ע"י בעלי איזה רמה או רמות הכשרה רצוי שתבוצע כל מטלה. היתה הסכמה מלאה לגבי 35 מטלות. לגבי שאר שש המטלות הנותרות שופט אחד נבדל מדעת רוב השופטים בכך שהוסיף או השמיט רמה אחת של צוות סיעודי. במקרים אלה נתקבלה דעת הרוב (נספח ו').

בלוח 9.1 מבוססים הציונים על שכיחות ביצוע הפעילות כפי שנתפסה ע"י המשיבים בעלי רמות ההכשרה השונות. אפשרית אי - הלימה בין התפיסה לבין הביצוע למעשה. יתכן ותפיסת המשיבים. התייחסה לרמה המקובלת ביחידה, לפתיחות עמיתיהם או הבנתם את רמת הטיפול הסיעודי הרצויה.

מוצע תפיסת שכיחות ביצוע פעילות סיעודיות 9.1 לוח

לפי רמת ההכשרה של עובד הסיעוד (ANOVA)

F	מובהקות	ANOVA	כח עזר N=45	אחיות מעשיות N=24	אחיות מוסמכות N=13	כל הצוות הסיעודי N=82	הדרג הרצוי לביצועה	הפעילות
תחום הטיפול הקליני								
.01	2.9	5.4	5.8	4.1	מוסמכת	הערכה שגרתית של מצב המטופל	1	
.01	3.0	4.4	5.8	3.9	מוסמכת	זהיר מצבים והפניה למומחים	2	
						בצוע טפולים לפי הוראת רופא	3	
.01	1.8	5.6	5.2	3.5	מוסמכת ומעשית	מדידת דופק ולחץ דם	4	
.01	1.3	5.3	4.8	3.0	מוסמכת ומעשית	חוקנים	5	
.01	2.7	5.5	3.8	3.7	מעשית וכ"ע	טפול בפצע לחץ ומניעתם	6	
.01	2.4	5.7	4.5	3.7	מעשית וכ"ע			
תחום הטפול האישי								
.01	5.8	3.4	2.5	4.5	מעשית וכ"ע	רחצת החולה והלבשתו	7	
.01	5.9	4.4	3.5	5.1	מעשית וכ"ע	שנוי תנחות והפיכת החולה	8	
ל.מ.	4.3	3.3	3.0	3.8	מעשית וכ"ע	הפעלה לתנועות והולכה	9	
.01	4.4	3.4	2.2	3.8	מעשית וכ"ע	צחצוח שיניים וטפול פה	10	
.01	5.5	3.1	1.8	4.2	כ"ע	סירוק, גילוח ואפור	11	
.01	5.8	4.0	3.1	4.8	מעשית וכ"ע	נקי החולה מהפרשות	12	
.01	5.9	4.8	4.2	5.3	מעשית וכ"ע	האכלת החולה	13	
.01	5.6	4.3	4.8	5.1	מעשית וכ"ע	דאגה למנוחה ולשינה	14	
ל.מ.	3.4	2.5	3.2	3.1	מוסמכות, מעשיות וכ"ע	טפול במכשירי עזר ותותבות	15	
טיפול בסביבה								
.01	5.8	3.6	2.3	4.6	כ"ע	סדור מיטות	16	
.05	1.9	1.1	1.1	1.5	עובדי נקיון	נקיון במחלקה ובשירותים	17	
					כ"ע ועובדי נקיון	דאגה לאיורור	18	
.01	5.7	3.9	4.2	4.9	כ"ע ועובדי נקיון	סדור כביסה	19	
.01	4.3	2.1	1.2	3.1	כביסה			
.01	5.3	4.3	2.4	4.6	מעשיות וכ"ע	הגשת אוכל (כולל חלוקה)	20	
ל.מ.	1.6	1.0	1.0	1.3	עובדי מטבח	שטיפת כלים	21	
טפול נפשי חברתי בחולה								
ל.מ.	5.2	5.2	5.6	5.2	כולם	הקשבה לבעיות החולה ושיחה עמו	22	
ל.מ.	5.2	5.0	5.6	5.2	כולם	עודד החולה לעשית דברים בעצמו	23	
ל.מ.	4.3	4.7	4.2	4.4	מוסמכת ומעשית	עודד לקבלת החלטות	24	
ל.מ.	3.5	3.3	3.6	3.4	כולם	סדור החולים לפעילות בקבוצות	25	
.01	2.7	4.5	4.8	3.6	מוסמכת	מסירת מידע למשפחה	26	
.05	4.3	5.1	5.5	4.7	מוסמכת ומעשית	הקשבה, עודד ותמיכה בקרובים	27	
עבודה ארגונית והדרכה								
.01	1.1	2.2	4.2	1.9	מוסמכת	סידור עבודה לצוות	28	
.01	1.5	4.3	5.2	2.9	מוסמכת ומעשית	ניהול רשומות	29	
						הסתכלות שגרתית בחולים ובצוות	30	
.05	5.1	5.6	6.0	5.4	מוסמכת ומעשית	השתתפות בבקורי רופאים	31	
.01	1.9	4.7	5.2	3.3	מוסמכת	קבלת הוראות מרופאים ואחרים	32	
.01	2.3	5.0	4.9	3.5	מוסמכת	הזמנה וטיפול בצידוד	33	
.01	1.5	2.5	4.7	2.3	מוסמכת ומעשית	השתתפות בישיבת צוות ביחידה	34	
.05	3.7	5.0	5.3	4.4	כולם	השתתפות בישיבות צוות במוסד	35	
.05	3.4	4.4	5.3	4.0	מוסמכת	קבלה והדרכה של עובדים חדשים	36	
ל.מ.	3.7	4.0	4.7	3.9	מוסמכת	הדרכה שוטפת של הצוות	37	
.01	2.2	3.8	5.3	3.2	מוסמכת	קבלת חולה ביחידה או העברתו	38	
.01	2.3	4.7	5.0	3.5	מוסמכת	הדרכה אישית וקבוצתית של המשפחה	39	
.01	2.2	2.6	5.0	2.7	מוסמכת	תיאום עם עובדים אחרים	40	
.01	1.3	3.1	4.2	2.3	מוסמכת	במוסד או מחוצה לו		
.01	1.5	2.3	4.7	2.2	כ"ע, אחר	העברת בדיקות, צילומים או ציוד	41	

9.1 שימוש בצוות הסיעודי.

9.1.1 פעילויות שצריכות להתבצע ע"י כל הצוות.

חמש פעילויות סוגר כמטלות שתבוצענה ע"י כל 3 הרמות של הצוות הסיעודי. לגבי ארבע מהן לא נמצאו הבדלים מובהקים בדיווח על תכיפות הביצוע בין 3 הרמות של עובדי הסיעוד.

המטלות היו:

- מס. 15 טיפול במכשירי עזר ופרוטזות ($\bar{x}=3.1$ ל.מ.)
מס. 22 הקשבה לבעיות החולה ולשוחח עמו ($\bar{x}=5.2$ ל.מ.)
מס. 23 עידוד החולה לעשות דברים בעצמו ($\bar{x}=5.2$ ל.מ.)
מס. 25 סידור החולים לפעילות בקבוצות ($\bar{x}=3.4$ ל.מ.)
מס. 34 השתתפות בישיבות צוות ביחידה ($\bar{x}=4.4$; Sig F<.05) כח עזר השתתף פחות.

מבין 5 המטלות לא היו, כאמור, הבדלים מובהקים בשכיחות הביצוע בין הרמות השונות של עובדי הסיעוד. אמנם, בהשתתפות בישיבות צוות ביחידה מסרו כוחות העזר על השתתפות פחותה אולם זה היה מימצא צפוי, מה גם שהתצפיות ביחידה והשיחות עם המנהל ואנשי המפתח העלו שהיו פגישות צוות מעטות מאד ביחידות.

שכיחות גבוהה (ממוצע גבוה) של הקשבה לחולה ושל עידוד של החולה לעשות דברים בעצמו הראה שהצוות הסיעודי חש שהוא מבצע את המטלה. העירו שאילו היה הזמן בידם היו מרבים בפעילויות אלו. תצפיות ביחידה הראו אמנם שהצוות סייע לחולים ועודד אותם לאכול ($\bar{x}=3.5$) אולם היה עידוד מועט לפעילות עצמאית אחרת ($\bar{x}=2.8$). כמו כן, העלו התצפיות ביחידה שהמערך הפיזי של היחידה לא איפשר מגעים אינטימיים ושקטים בין הצוות למטופלים.

9.1.2 פעילויות שאינם בתחום הסיעוד.

שלושה פריטים סווגו כלא - סיעודיים. ואמורים להתבצע ע"י עובדי נקיון, שליחים ומידי פעם ע"י כח עזר: נקוי היחידות והשירותים, הדחת כלים והעברת בדיקות או ציוד. ניקוי היחידות והדחת כלים כמעט ולא נעשו ע"י אחיות מוסמכות או אחיות מעשיות ורק לעתים רחוקות ע"י כח עזר. העברת בדיקות וציוד נעשה לעתים קרובות מאד ע"י אחיות מוסמכות. ניתן להסביר זאת בכך שברב המוסדות נלקחו הבדיקות והציודים מן היחידה ע"י נהג ולקיחה הובנה, כנראה, כהעברת החומר לידי וזאת אמנם פעילות סיעודית מינהלית רצויה.

9.1.3 יעילות הניצול של עבודת האחיות המוסמכות.

האחיות המוסמכות היוו 9.8% ($N=13$) מכלל הצוותים הסיעודיים שרואיינו ב-17 היחידות. בדרך כלל נעשה שימוש יעיל בעבודתן. שתיים עשרה פעילויות סווגו כייחודיות לאחיות מוסמכות ואמנם בשכיחות הביצוע של פעילויות אלה היה לאחיות המוסמכות ממוצע גבוה מאשר לרמות האחרות של הצוות הסיעודי. על פי רוב ציינו שהן מבצעות את המטלה "בדרך כלל" אלא אם כן זו היתה פעילות המתבצעת, על פי טבעה פעם ביום או פעם בשבוע כמו סידורי עבודה, למשל. שנים עשר הפריטים כללו: פעילויות קליניות (הערכת מצבו של החולה) פעילות תומכת (מסירת מידע למשפחת החולה) ופעילויות הנהלה בתחומי המינוח והמינהל.

פעילויות שהתאימו לעשייה, הן ע"י אחיות מוסמכות והן ע"י אחיות מעשיות, בוצעו ע"י שתי הרמות. אולם, אחיות מוסמכות בצעו, לעתים, פעילויות שהיו מתפקידן של אחיות מעשיות ואפילו כח עזר. דוגמאות של ביצוע מטלות שהן חלק מתפקידם של בעלי רמת ההכשרה נמוכה יותר, ע"י אחיות מוסמכות היו: עשית חוקנים, טיפול בפצעי לחץ, דאגה לשינה ומנוחה ניקוי חולים מהפרשות, האכלה, דאגה לתנוחה הפיכת חולים, הולכה והפעלה לתנועה. מספר אחיות מוסמכות הדגישו בעת הראיון שהן מבצעות פעילויות אלו כדי להחשב חלק מן הצוות על מנת שלא לבודד את עצמן. בחלק מן המקרים הן העירו שהן מבצעות פעילויות אלו עבור חולים עם צרכים מורכבים במיוחד. בהתחשב במספרן המצומצם של אחיות מוסמכות בשירות הגריאטרי, נראה, שקיים לגביהן ניצול שלא הולם את מיומנותיהן.

9.1.4 יעילות הניצול של עבודת האחיות המעשיות.

האחיות המעשיות היוו 21.4% (N=24) מכלל הצוותים הסיעודיים ביחידות שרואיינו. הן תפסו עצמן כמבצעות, תמיד או בדרך כלל, עשר פעילויות שסווגו כתפקידי אחיות מוסמכות. רב הפעילויות הללו היו בתחום האירגון וההדרכה, צפוי היה שמחסור באחיות מוסמכות יגרום לכך שאחיות מעשיות תבצענה פעולות שיועדו לאחיות מוסמכות. לפיכך, נותחו פריטים אלו בניתוח ANOVA על מנת להיווכח אם זמינות אחיות מוסמכות השפיעה על שכיחות ביצוע הפעולות הללו ע"י אחיות מעשיות. האחיות המעשיות קובצו לפי שעות טיפול לחולה ביממה ע"י אחות מוסמכת, במוסד שבו עבדו. הקבוצות היו: 0-0.8 שעות = מינימום זמינות אחיות מוסמכות; 0.27 - 0.13 שעות = זמינות בינונית של אחיות מוסמכות; 0.82 - 0.42 שעות - מקסימום זמינות אחיות מוסמכות.

לוח 9.2 מראה שאמנם מתוך 10 המטלות המובאות להלן בוצעו 7 ע"י אחיות מעשיות לעתים בשכיחות גבוהה יותר כשזמינות האחיות המוסמכות היתה נמוכה יותר. הפעילויות הללו היו:

2 #	הפניה למומחים (ל.מ.)
26 #	מסירת מידע למשפחת החולה על מצבו (ל.מ.)
31 #	השתתפות בביקור רופאים (מובהק $p < .05$)
35 #	השתתפות בישיבות צוות מוסדית (ל.מ.)
36 #	הדרכת צוות חדש (ל.מ.)
37 #	הדרכה שיגרית של הצוות (מובהק $p < .001$)
40 #	תיאור עם עובדים אחרים (ל.מ.)

למרות שלגבי חמישה מתוך שבעה הפריטים לא היו ההבדלים הסטטיסטיים מובהקים הנטיה שהסתמנה היתה ברורה. יתכן והמידגם הקטן של המשיבות המעשיות בקבוצת המוסדות בעלי הזמינות הגבוהה של האחיות המוסמכות (4 מתוך 24) השפיע על הממצא. המטלות הללו הן מטלות אירגוניות שיגריות שצריכות להתבצע ע"י האחות הבכירה ביותר, כאשר אין אחות מוסמכת, מבוצעות מטלות אלה בהכרח על ידי אחות מעשית.

שלוש המטלות שלא הושפעו מזמינותן של אחיות מוסמכות ביחידה היו:

- # 1. הערכת מצבו של החולה (ל.מ.).
32. קבלת הוראות מרופאים (מובהק $p < .05$)
38. קבלת חולים והעברתם (מובהק $p < .05$)
-

הסבר אפשרי לרמה הגבוהה של פעילות האחיות המעשיות בתחום הערכת מצבו של החולה ככל שזמינות האחיות המוסמכות עולה, הוא בכך שזאת תוצאה של מאמצי האחיות המוסמכות ללמד את האחיות המעשיות להתבונן בחולה ולדווח על שינויים במצבו. לגבי שני הפריטים האחרים (קבלת הוראות מרופאים וקבלת חולים והעברתם) הייתה שכיחות הביצוע של האחיות המעשיות נמוכה בהרבה במוסדות בהן הייתה זמינות האחיות המוסמכות בינונית מאשר במוסדות בהן הייתה זמינות זו מינימלית. ברם, שלוש הפעילויות הללו דורשות בחינה בשדה על מנת לבדוק יכולתן של האחיות המעשיות לבצען. עשר הפעילויות נבחנו כגבי רמת פעילות שמעבר להכשרה של האחיות המעשיות לפי גודל המוסד והבעלות עליו. נמצא שאחיות מעשיות תפסו עמץ מבצעות בשכיחות גבוהה יותר ובעקביות פעילויות מתחום תפקידן של אחיות מוסמכות במוסדות גדולים ובמוסדות פרטיים; בשני המקרים לא נמצאה מובהקות סטטיסטית.

לוח 9.2 ממוצע אחיות מעשיות בשכיחות ביצוע פעילות של אחיות מוסמכות לפי זמינות מוסמכות, גודל ובעלות המוסד.

פריט מס'	הפעילויות	זמינות אחיות מוסמכות				גודל המוסד		בעלות המוסד	
		מינימום N=8	בינונית N=12	מקסימום N=4	מובהקות ההבדל Sig F	קטן N=13	גדול N=11	פרטית N=11	ציבורית N=13
1	הערכת מצבו של החולה	5.4	5.2	6.0	ל.מ.	5.5	5.3	5.11	5.6
2	הפניה אל מומחים	5.4	3.8	4.0	ל.מ.	4.2	4.5	4.8	4.1
26	מסירת מידע למשפחה על מצב החולה	4.9	4.3	4.0	ל.מ.	4.5	4.5	4.9	4.2
31	השתתפות בביקור רופאים	5.9	4.3	3.5	<.05	4.1	5.4	5.4	4.1
32	קבלת הוראות מרופאים	5.8	4.4	5.5	<.05	4.8	5.3	5.3	4.9
35	השתתפות בישיבות צוות מוסדיות	5.0	4.4	2.7	ל.מ.	4.3	4.5	4.9	4.0
36	הדרכת צוות חדש	5.0	4.0	2.5	ל.מ.	4.2	3.9	4.9	3.5
37	הדרכה שוטפת של הצוות	5.5	3.2	2.5	<.001	3.5	4.2	4.6	3.3
38	קבלת חולים והעברתם	5.9	4.0	4.7	<.05	4.5	5.0	5.4	4.2
40	תיאום עם עובדים אחרים	4.1	2.9	2.0	ל.מ.	2.7	3.5	3.6	2.7

* לא משמעותי לגבי כל הפעילויות.

לוח 9.3 ממוצע כח-תעזר בשכיחות ביצוע פעילויות שיועדו לאחיות מוסמכות ומעשיות לפי זמינותן של אחיות מוסמכות ומעשיות, גודל המוסד ובעלות עליו.

פרט מס'	הפעילויות	זמינות אחיות מוסמכות ומעשיות			גודל המוסד		בעלות המוסד	
		מינימום	בינונית	מקסימום	קטן	גדול	פרטית	ציבורית
		N = 24	N = 12	N = 8	N = 19	Sig. N=25	N = 24	Sig. N=20
1	הערכת מצבו של החולה	2.3	3.8	3.3	2.6	3.1	3.0	2.8
2	הפניה למומחה	2.6	3.8	3.4	2.7	3.3	3.3	2.8
24	עידוד החולה לקבלת החלטות	4.0	4.0	5.6	5.1	3.6	4.0	4.7
26	מסירת מידע למשפחה	2.5	3.4	2.0	3.2	2.3	3.0	2.4
27	הקשבה עידוד ותמיכה במשפחה	3.7	5.3	4.6	4.8	3.9	4.2	4.4
30	הסתכלות שיגרית בחולים ובצוות	5.0	5.6	4.6	4.9	5.2	5.2	5.0
32	קבלת הוראות מרופאים	2.8	1.5	2.1	1.8	2.6	2.7	1.9
35	השתתפות בישיבות צוות מוסדיות	3.3	4.3	2.5	3.3	3.5	3.2	3.7
36	הדרכת צוות חדש	3.0	4.6	4.3	3.6	3.7	2.9	4.6
37	הדרכה שוטפת של הצוות	2.2	2.5	1.6	1.9	2.3	2.4	1.8
38	קבלת חולים	2.3	2.7	1.6	1.9	2.6	2.5	2.1

9.1.5 עבודת כח העזר

כח העזר היווה 68.8% ($N=44$) מכלל הצוותים הסיעודיים ב-17 היחידות שניכללו במחקר. כח העזר נוצל כהלכה בכל הפעילויות שסווגו בתחום פעילותן. לגבי 11 פעילויות מתחום פעילות אחיות מוסמכות ומעשיות, נמצא שכח העזר ביצעו אותן בשכיחות רבה, כלומר מעבר ליכולתן (לוח 9.3). מאחר והיה צפוי שכח העזר ימלא פעילויות שמעבר לרמת ההכשרה שלהם במקרה שזמינות אחיות מוסמכות ומעשיות תהיה נמוכה, נותחו ממוצעי שכיחות הביצוע של הפעולות הללו, ע"י כח העזר, לפי זמינות אחיות מוסמכות ואחיות מעשיות במוסד. שילוב שעות הטיפול במטופל ביממה ע"י אחיות מוסמכות ואחיות מעשיות הונפקה מלוח מצבת כח האדם הסיעודי ביחידות. המוסדות חולקו לפי זמינות אחיות מוסמכות ומעשיות:

פחות מ-0.50 שעות - מינימום, 0.51 עד 1.00 שעות - בינוני ויותר משעה אחת - מקסימום. הניתוח העלה קשרים שונים בפעילויות השונות, יתכן והמימצאים הלא-עקביים הם תוצאה של הטלת מטלות על כח עזר סיעודי בהתאם לכישוריהם האישיים ולא על סמך זמינות כח אדם סיעודי בעל הכשרה. יתכן גם שמימצאים אלו עלו כתוצאה מתפיסותיהם של כח העזר שחשו שהם מבצעים מטלות שונות בעוד שתפקידם היה למעשה שולי. תוצאות ניתוח ANOVA לפי גודל ובעלות היו דומים לאלו שהוזכרו.

הלוחות 9.2 ו-9.3 הראו שימוש יתר של אחיות מעשיות וכח עזר בפעילויות שהיו אמנם מענינו של כל הצוות הסיעודי אולם החלטות בתחומים אלו ופיקוח על ביצועם צריך היה להיעשות ע"י צוות סיעודי בעל הכשרה גבוהה יותר. למשל, "הערכת מצבו של החולה", "הפניה למומחה" - (כשהכוונה כנראה להפניה לאחות ברמת הכשרה גבוהה יותר), "עידוד החולה לקבלת החלטות" - (כאשר הובהר למטפל מפי בעל הרמה הגבוהה יותר מהן ההחלטות שביכולת החולה לקבל), "הקשבה ומתן עידוד ותמיכה למשפחת החולה" - (כאשר זהו אמנם תהליך של הקשבה, וכח העזר מגיב בגילוי חוס אנושי והבנה אולם לא במתן מידע והדרכה), ו-"הערכה שיגרתית" - (של אירועים, שינויים במצב אשר אינם שיגרתיים ומסירתם לאחות בעלת הכשרה מקצועית לשם קבלת החלטה והתערבות). בעלת הכשרה מקצועית לשם קבלת החלטה והתערבות).

9.2 תחומי תכני העבודה.

התחום הקליני.

נראה ששכיחות ביצוען של המטלות בתחום זה הולמות את תכיפות ביצוען הצפויה. כל רמות עובדי הסיעוד נוצלו היטב בתחום הטיפול הקליני וזיהו מצבים חיוניים. כח העזר לא נוצל דיו בתחום הטיפול והמניעה של פצעי לחץ, פעילות שחייבת להיות חלק בלתי נפרד מרחצת החולה ומדאגה לתנוחתו - פעילויות שנעשו תכופות ע"י כח העזר. אחיות מעשיות וכח עזר פעלו מעבר לרמת ההכשרה שלהן באיבחון ובהפניה למומחה - אלא אם כן, פירושיהם לפעילויות אלה היה זיהוי מצב ופניה לאחות האחראית. אחיות מוסמכות הקדישו מזמנן לביצוע פעילויות כגון טיפול בפיצעי לחץ ועשיית חוקן. פעולות שיכלו להתבצע ע"י בעלי הכשרה נמוכה יותר.

תחום הטיפול האישי.

בתחום הטיפול האישי נוצל כח העבודה של האחיות המעשיות וכח העזר לגבי רוב הפריטים. כלל שכיחות הטיפול בפה, בהולכת החולה ובדאגה לתנועתו, כמו כן, בטיפול ושימוש בתותבות ומכשירי עזר, היתה נמוכה ממה שרצוי לסוג החולים הקשישים במחלקות שבהם נערכו התצפיות. על רב הפעילויות דווח על ידי הצוות הסיעודי בצורה דומה לזו שנצפתה ע"י חברי צוות המחקר ביחידות. חריג אחד היה בתחום הדאגה להופעתו החיצונית וטיפולו החץ של המטופל - פעילות שדורגה בשכיחות נמוכה בתצפית היחידה בעוד שהצוות הסיעודי דווח על שכיחות ביצוע גבוהה.

תחום הטיפול בסביבה.

ביצוע פריטים בתחום זה נתפס בהתאם לצפוי ע"י בעלי רמת ההכשרה המתאימה. התצפיות ביחידות העלו מימצאים דומים.

התחום הפסיכולוגי-חברתי.

פריטים בתחום זה דווחו כמבוצעים בתכיפות גבוהה, לבד מפעילויות קבוצתיות. עידוד החולה לקבלת החלטות היתה בשכיחות גבוהה למדי בכל רמות הסיעוד ($\bar{x}=4.4$) אולם פריט זה נצפה ביחידות ע"י צוות המחקר בשכיחות נמוכה יותר. הצוות טען שחולים אלו אינם מסוגלים לקבל החלטות. המטלות בוצעו כמצופה ע"י אנשים ברמת הכשרה מתאימה. פעילויות שנתפסו כמבוצעות לעיתים נדירות, הוערכו כך גם, ע"י עורכי התצפית ביחידות.

אירגון היחידה.

מטלות בתחום זה, כפי שדורח ע"י המרואיינים, בוצעו בשכיחות הרצויה ע"י בעלי ההכשרה המתאימה, וע"י בעלי הכשרה הנמוכה מן הרצוי. פעילויות כגון הדרכת הצוות השונות בשיבות צוות במוסד וביחידה, הדרכת המשפחות-דורח בשכיחות גבוהה בהרבה ממה שדורח ע"י עורכי התצפיות ביחידות. נמצא שלמעשה קיימות תכניות מעטות מאוד להשתלמויות כך שהלימוד נעשה באופן ספונטני, תוך כדי עבודה.

9.3 פעילויות בתת-ביצוע

הפעילויות הבאות, לפי דורח המרואיינים, בוצעו בתכיפות נמוכה מן הרצוי לטיפול איכותי.

דאגה לתנועה והולכת המטופלים

חשוב מאד לסייע למטופלים ללכת במקרים שהדבר אפשרי. הם זקוקים לפעילות זו על מנת להפחית אי שקט, למנע כוויצות ופצעי לחץ, כדי לשפר את מצבם הנפשי וכדי לגרות את המערכות הפסיכולוגיות כמו: מחזור הדם, הפרשת הנוזלים, מערכות העיכול והמערכת העצבית- שרירית. מטופלים זקוקים גם להתנעה אקטיבית או פאסיבית כקבוצה או בטפול יחידני. ממוצעי שכיחות - הביצוע של פעילויות אלו שדורחל היו: אחיות מוסמכות- 3.0, אחיות מעשיות - 3.3. כח עזר 4.3.

טיפול פה ושניים.

טיפול פה ושניים כולל, במידת האפשרי, צחצוח שיניים או תותבות ושטיפת הפה מספר פעמים ביום. לגבי מטופלים מבולבלים או כאלו עם פצעים או דלקות בחלל הפה - נתנת בדרך כלל הוראה מיוחדת לטיפול כזה. ממוצע שכיחות הביצוע של פעילות זו היתה: אחיות מוסמכות - 2.2 אחיות מעשיות 3.4 וכוח עזר 4.4.

טיפול ועזרה בתותבות ומכשירי עזר.

פריט זה כלל ניקוי, איכסון התאמה ופיקוח על שימוש בתותבות ומכשירי עזר כגון: משקפיים, מכשירי שמיעה, שיניים תותבות, תותבות גפיים, ומכשירי עזר להליכה. כמעט לכל המטופלים דרוש אחד מן העזרים הללו. הנטיה, לעתים, לדאבוננו היא להחזיר אביזרים אלו למשפחה. ממוצע שכיחות הביצוע של ביצוע המטלה הזאת היה: ע"י אחיות מוסמכות 3.2, ע"י אחיות מעשיות 2.5, ע"י כח עזר 3.4.

9.4 סיכום

המימצאים העיקריים הנוגעים לתפיסת תכני העבודה ע"י הצוות הסיעודי היו:

1. הצוות הסיעודי, בכל שלש הרמות, נוצל במלואו.
2. אחיות מעשיות וכח עזר דיווחו על ביצוע פעילויות שסורגו מעבר לכישוריהם.
3. ככל שירדה זמינות האחיות המוסמכות עלה שימוש היתר בסגל האחיות המעשיות, אולם, זמינות גבוהה יותר של אחיות בעלות הכשרה, מוסמכות ומעשיות, לא התקשר באופן מובהק לשימוש יתר בכח עזר.
4. משימות פקידותיות, טיפול אישי וטיפול בסביבה בוצעו במידה צפויה ע"י בעלי רמת ההכשרה התואמת.
5. פעילויות בתחום הפסיכולוגי-חברתי דווחו בשכיחות גבוהה מזו שהתרשמו עורכי התצפיות ביחידה.
6. מטלות בתחום אירגון היחידה בוצעו לעתים קרובות מן הרצוי ע"י צוות סיעודי ברמות הכשרה נמוכות.
7. דאגה לתנועה והולכה של החולים, טיפול הפה והשניים ודאגה לתותבות ומכשירי עזר שונים דווחו ובוצעו בשכיחות נמוכה מן הרצוי.

10. הצורות הסיעודי.

10.1 המידגם

חלק מן הנתונים במחקר זה נאספו ע"י עריכת ראיונות עם הצורות הסיעודי ביחידות שעלו במידגם (נספח ר'). רואיינו חמישה עד ששה אנשים בכל יחידה. נעשו מאמצים לכלול לפחות שתיים עד שלוש אחיות ו- 2 - 3 כח-עזר. בקרב 82 אנשי הצורות שרואיינו, היה ייצוג יתר של אחיות, על מנת לאסוף מידע על קבוצה זו שהיא קטנה יחסית. עולים חדשים היו בתת-ייצוג בגלל מגבלות הלשון. למרות מגבלות המידגם דמה מידגם עובדי הסיעוד שרואיינו לכלל הסגל הסיעודי במוסדות. ההבדלים בין מידגם המרואיינים לכלל הסגל הסיעודי נבעו מתת-ייצוג של כח העזר שהיו צעירים יותר, ואשר רבים מהם היו יוצאי ארצות אסיה ואפריקה.

שבוע העבודה המלא המקובל בישראל הוא בן 47 שעות לכח עזר ובן 40 שעות לאחיות. ישנן קבוצות שעובדות פחות שעות: אמהות לתינוקות, נשים מעל גיל 47 ואחיות העובדות במשמרות לילה. ביחידות שנבדקו עבדו עובדי סיעוד בין 16 ל-60 שעות שבועיות. הממוצע היה 41.7 שעות שבועיות. 6.2% עבדו 18-35 שעות שבועיות, 66.6% עבדו 36 - 46 שעות שבועיות ו-27.2% עבדו 47 שעות שבועיות ויותר. למעלה ממחצית עובדי הסיעוד (53.1%) עבדו במשמרת יום בלבד, 8.6% עבדו לילות או ערבים בלבד ו-38.3% עבדו משמרות מעורבות. לעובדי הסיעוד הממוצע, היו כ-10 שנות וותק בסיעוד מהן כשני שליש (6.7 שנים) בעבודה עם קשישים.

10.2 מספר החולים שבהם טיפל כל עובד סיעודי ביום.

המרואיינים נשאלו בכמה חולים הם מטפלים בדרך כלל במשך היום, התשובות נעו בין 3 - ל-63 כשהשכיח 12 והממוצע 19.9. לפי רמת ההכשרה של המטפל: אחיות מוסמכות טיפלו ב-23.4 מטופלים אחיות מעשיות ב-23.7 מטופלים וכח עזר ב-16.9.

אחיות מוסמכות ואחיות מעשיות דווחו על מספר דומה של מטופלים ביום מצב המרמז על הדימיון שבתפקידן, הכולל פיקוח על כל החולים ביחידה מסוימת ולעיתים אף ביחידה נוספת. המספר הגבוה של המטופלים עליהן מופקדות מטפלות מכל רמות ההכשרה מעיד על שיטת עבודה לפי מטלות ולא בשיטה הממוקדת בחולה. סיעוד ראשוני, הממוקד בחולה

נתפס היום כשיטה הרצויה בטיפול איכותי, ביחוד במוסדות שבהם הסיעוד הוא המרכיב העיקרי בטיפול.

מספר המטופלים ביום למטופל נותח לפי גודל המוסד והבעלות עליו. לא נמצאו אמנם הבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית אולם נמצא שעובדי סיעוד במוסדות קטנים, טיפלו בפחות חולים ביום ($\bar{x}=16$), מאשר עובדי סיעוד במוסדות גדולים ($\bar{x}=23$). במוסדות ציבוריים היה המספר הממוצע של המטופלים למטפל 17 ביום בעוד שבמוסדות פרטיים היה מספרם 22.

יתכן וניתן להסביר מימצא זה בכך שבמוסדות קטנים האוירה יותר ביתית, ובנסיונם של מוסדות ציבוריים להנהיג עבודת צוות בסיעוד. George (1979) מדווחת ש-72% מן הצוות טיפלו ב-10 או יותר מטופלים ביום בהשוואה ל-74% במחקר זה.

10.3 גורמים המשפיעים על בחירת העבודה.

המרוויינים התבקשו לדרג שבעה גורמים, על סולם בן 4 דרגות (1 אין השפעה - 4 השפעה רבה) לגבי מידת השפעתם על בחירת העבודה הנוכחית. לוח 10.1 מביא את ממוצע ההשפעה של כל אחד מן הגורמים, לפי רמת ההכשרה של המשיב, לפי גודל המוסד והבעלות על המוסד בו הוא עובד.

לוח 10.1 גורמים המשפיעים על בחירת העבודה לפי רמת ההכשרה של המשיב, גודל המוסד והבעלות על המוסד בו הוא עובד (ANOVA).

סה"כ המשיבים N=82	רמת ההכשרה	גודל המוסד		הבעלות	
		קטן	גדול	פרטית	ציבורית
הצורך בכסף	2.7	3.4	3.2	3.2	3.3
צורך לצאת מן הבית	2.1	2.8	2.2	2.3	2.5
רצון לעזור לאחרים	3.9	3.6	3.7	3.7	3.6
רצון להשתמש בידע ובנסיון	3.4	3.4	2.9	3.1	2.7
שמעתי שהמקום טוב	2.7	2.4	2.8	2.9	2.8
מקום נח עבדתי	3.2	3.1	3.4	3.3	3.2
רצון לעבוד עם קשישים	3.0	3.2	3.2	3.3	2.7*

*p<.05

**p<.01

שני הגורמים שנמצאו בעלי ההשפעה הגדולה ביותר על בחירת העבודה היו: א. גורם אלטרואיסטי - הרצון לעזור לאחרים ($\bar{x} = 3.6$) וב. גורם ענייני - הצורך בכסף ($\bar{x} = 3.3$). הגורם שדורג נמוך ביותר היה הרצון לצאת מן הבית. ניתן להסביר זאת באופי העבודה במוסדות לקשישים אשר לה קוים רבים משותפים עם עבודת הבית.

גורם אחד היה קשור באופן מובהק ($p < .01$) לרמת ההכשרה: הרצון להשתמש בידע, אחיות מוסמכות ומעשיות דרגו גורם זה גבוה יותר מאשר כח העזר. במציאות מסוגלות אמנם רב האחיות להשתמש בידע שלהן במוסדות לקשישים משום שעל פי רוב כולל תפקידן תיפקודי פיקוח וביצוע פעילויות קליניות מיוחדות. "הרצון לעבוד עם קשישים" היה רב יותר במוסדות פרטיים ($p < .05$) מאשר במוסדות ציבוריים. המוניטין של המקום, "שמעתי שזהו מקום טוב", לא היווה גורם בעל השפעה רבה ($\bar{x} = 2.8$) לגבי בחירת העבודה. הנוחיות שבמקום העבודה היווה גורם בעל השפעה רבה יותר ($\bar{x} = 3.20$) לגבי עובדי סיעוד בכל הרמות.

10.4 ציפיות תפקיד ותכניות לגבי המשך עבודה.

בריאיון נשאל הצוות כמה זמן בכוונתם להמשיך בעבודתם הנוכחית. לכשליש (35.8%) לא היו תכניות, 40.7% ציפו להמשיך בעבודתם זו בחמש השנים הקרובות, 17.3% שנה עד שנתיים ו-6.2% תכננו לעזוב את העבודה. ההתפלגות לפי רמת ההכשרה, גודל המוסד והבעלות עליו (לוח 10.2) לא העלו הבדלים מובהקים בין הקבוצות לגבי תכניותיהם להמשך העבודה. עם זאת בלטה נטיה חזקה יותר להמשך עבודה אצל אחיות מעשיות, אחריהן אצל אחיות מוסמכות וכח עזר. בין המועסקים במוסדות ציבוריים ובמוסדות קטנים היתה הנטיה להמשיך העבודה גבוהה מאשר במוסדות פרטיים. התכניות להמשך עבודה כפי שהצהירו עליהם המרואיינים, תואמת את מצב הנשירה לפי הרשומות. במחקר על 1616 אחיות שעבדו בשירותים שונים בישראל. (הנדלס 1982) נמצאו נטיות דומות לגבי ההשארות בתפקיד. גם במחקר של George (1979), הצהירו אחיות מעשיות על כוונה להישאר בעבודה זמן רב יותר (בחודשים) (143 חדשים $\bar{x}$) אחריהן אחיות מוסמכות (104 חדשים $\bar{x}$) וכח עזר (93 חדשים $\bar{x}$).

לוח 10.2 הכוונה להמשיך בעבודה לפי רמת ההכשרה של הצוות, גודל המוסד והבעלות עליו.
*
(באחוזים)

הכוונה להישאר	רמת ההכשרה				גודל המוסד		הבעלות על המוסד	
	מוסמכות	מעשיות	כח עזר	כולם	קטן	גדול	פרטית	ציבורית
	N=12	N=24	N=44	N=81	N=40	N=41	N=40	N=41
1. מתכוון לעזוב	0.0	4.2	9.1	6.2	2.5	9.8	10.0	2.4
2. שנה אחת	15.4	4.2	13.6	11.1	15.0	7.3	17.5	4.9
3. שנתיים	23.0	0.0	4.5	6.2	7.5	4.9	5.0	7.3
4. חמש שנים	30.8	58.3	34.1	40.7	45.0	36.6	35.0	46.3
5. אינני יודע	30.8	33.3	38.6	35.8	30.0	41.5	32.5	39.0
סה"כ	100	100	100	100	100	100	100	100

* המימצאים אינם מובהקים סטטיסטית

5.10 התגשמות הציפיות לגבי-העבודה.

כאשר נשאלו המרואיינים באיזו מידה תאמה העבודה את ציפיותיהם (1 - גרועה מאשר ציפו, 2 - כפי שציפו או 3 - טובה מאשר ציפו), ציינו 58% שהעבודה היא כפי שציפו, 27% מצאו אותה טובה מציפו ו-15% גרועה מכפי שציפו. מימצאי מחקר George (1979) היו דומים: 67% מצאו את העבודה כפי שציפו, 23% מצאו אותה טובה יותר, ו-10% גרועה מכפי שציפו. מימצאים אלו מעידים על גישה ריאלית בהערכת העבודה לפני קבלתה. רמת הגשמת הציפיות לפי רמת ההכשרה של הצוות היתה גבוהה ביותר בקרב האחיות המעשיות אולם ההבדלים לא היו מובהקים. האחיות המעשיות מצאו, כפי הנראה, יותר שדה לפעילות עצמאית וסטטוס מאשר היו מוצאות בכל תחום אחר. ניתוח ANOVA, כאמור, לא העלה הבדלים מובהקים בין מוסדות קטנים וגדולים ובין מוסדות ציבוריים ופרטיים (לוח 10.3).

לוח 10.3 מילורי ציפיות העבודה לפי רמת ההכשרה של הצוות, גודל המוסד והבעלות עליו (ANOVA)

	$\bar{X}$	N		
רמת ההכשרה	2.1	(N = 13)	אחיות מוסמכות	ל.מ.
	2.5	(N = 24)	אחיות מעשיות	
	2.1	(N = 44)	כח עזר	
גודל המוסד	2.3	(N = 40)	קטן	ל.מ.
	2.1	(N = 41)	גדול	
הבעלות	2.2	(N = 40)	פרטי	ל.מ.
	2.3	(N = 41)	ציבורי	

10.6 תפיסת אפשרויות הניעות.

יתכן והכוונה להשאר או לעזוב את העבודה מושפעת מתפיסת האדם את אפשרויות הניעות שלו. כשנשאלו המראיינים אפ יוכלו להשיג עבודה אחרת ציינו למעלה ממחצית הנשאלים (53.3%) שיוכלו להשיג עבודה טובה יותר, 34.7% סברו שיוכלו להשיג עבודה ברמה דומה ו-12% אמרו שלא יוכלו להשיג עבודה אחרת. ניתוח לפי רמת ההכשרה של המראיינים העלה שאחיות מוסמכות, יותר מאחרים, האמינו שיוכלו להשיג עבודה טובה יותר, ההבדלים לא היו מובהקים. לפי המחסור באחיות בישראל, נראה כי תפיסת האחיות המוסמכות היא אמנם מציאותית, לגודל המוסד והבעלות עליו לא היתה השפעה על תפיסת הניעות של עובדי הסיעוד.

10.7 תפיסה עצמית והערכת אחרים את העבודה.

ארבע שאלות ייצגו הערכת העבודה ע"י המראיינן ואחרים, המטופע בכולן היה גבוה ביותר (3.7 - 4) בגלל הפיזור המוגבל לא נערכו לגבי משתנה זה עיבודים נוספים. השאלות היו:

$\bar{x}=4.0$	הערכה עצמית של העבודה
$\bar{x}=3.9$	הערכת המטופלים את עבודתו
$\bar{x}=3.8$	הערכת הממונים את עבודתי
$\bar{x}=3.7$	הערכת אחרים את עבודתי

10.8 תפיסת ידע, מיומנויות ועמדות.

שבע שאלות נשאלו כדי לבדק את תפיסת רמות הידע, המיומנויות והעמדות הדרושות בעבודה, מידת השימוש בהם וההזדמנויות לקידום מקצועי ואישי (לוח 10.4). הדירוג לגבי כל פריט היה מ-1 (כלל לא) ועד ל-4 (מאד).

כללית, הראו התשובות שהצוות חש שעבודתם דורשת ידע מיומנויות ועמדות מיוחדות אילו ישנן בידם והם משתמשים בהם בעבודתם. נרמז בכך שהם הביאו אתם לעבודה כישורים שמהם נהנים המטופלים, אולם המוסד אינו מאפשר להם העשרת תפקידם ע"י לימודים או העלאה בתפקיד. המקור היחיד לפיתוח התפקיד הוא הנסיון בעבודה עצמה. ממצאי מחקר דומים לאלה של דוח הנדלס (1982) אחיות מוסמכות ואחיות מעשיות העריכו את הצורך בידע בעבודתן באופן מובהק גבוה יותר מאשר כח העזר ($p < .01$). האחיות המוסמכות היו יחידות שדווחו שניתנת להן האפשרות להשתתף בתכניות חינוכיות מחוץ למוסד ($p < .001$). נראה שאמנם במציאות האחיות המוסמכות הן אלו שניתנת להן האפשרות להשתתף בתכניות חינוכיות מחוץ למוסד.

אחיות מוסמכות ראו פחות אפשרות לקידום בעבודתן מאשר אחיות מעשיות וכח עזר. יתכן וזאת משום שרובן היגיעו כבר לתפקיד מינהלי. עובדים במוסדות קטנים ציינו שהם יכולים ליישם ולהשתמש בידע שלהם יותר מאשר עובדים במוסדות גדולים ($p < .05$).

לוח 10.4 תפסית הידע, מיומנויות והעמדות הדרושות לביצוע העבודה לפי רמת ההכשרה של הצוות וגודל ובעלות המוסד. (ANOVA).

הפריט	ממוצע	רמת ההכשרה של של הצוות הסיעודי						בעלות		גודל	
		א. מוסמכות א. מעשיות כח-עזר פרטית ציבורית קטן									
	N= 82	N= 13	N= 24	N= 44	N= 40	N= 41	N= 40	N= 41			
עבודתי דורשת ידע וטכניקה ספציפיים	3.4	3.9	3.7	3.0**	3.4	3.3	3.5	3.2			
עבודתי דורשת גישה מיוחדת למטופלים	3.9	3.9	4.0	3.8	3.9	3.9	3.8	3.9			
ברשותי הידע, הגישה והטכניקות הנחוצות	3.9	3.8	3.9	3.8	3.9	3.9	3.8	3.9			
עבודתי מאפשרת לי לנצל את היכולת שיש לי	3.5	3.7	3.5	3.4	3.3	3.6	3.7	3.2*			
יש לי אפשרות ללמוד תוך כדי עבודה	2.8	2.6	2.8	2.9	2.7	2.9	2.7	3.0			
המוסד מאפשר לי להשתתף בימי עיון, הרצאות והשתלמויות	2.0	3.5	1.8	1.8**	2.1	1.9	2.2	1.9			
יש לי אפשרות להתקדם בתפקיד	1.6	1.2	1.4	1.8*	1.7	1.5	1.5	1.7			

*p<.05

**p<.001

10.9 תפיסת עצמאות בעבודה והשפעה על קבלת החלטות:

המרוויינים נשאלו אם הם חשו בעצמאות ובהשפעה על קבלת החלטות בעבודתם. רובם סברו שכן; אצל אחיות מוסמכות היתה התחושה של עצמאות והשפעה על קבלת החלטות הגבוהה ביותר, אחריהן האחיות המעשיות ובסוף כח-העזר. ונראה שכן הדבר במציאות. ההבדלים בין רמות ההכשרה לא היו מובהקים לגבי הפריטים הבודדים, אולם, מדד תחושת העצמאות העלה הבדלים מובהקים בין רמות ההכשרה השונות ($p < .05$) לוח 10.1.

מחקרי George (1979) והנדלס (1982) בדקו משתנה זה והמימצאים הראו אותה נטיה כמו מחקריו. גודל המוסד והבעלות עליו לא הבחינו לגבי תפיסת העצמאות וההשפעה על קבלת החלטות.

לוח 10.5 ממוצעי תפיסת העצמאות וההשפעה על קבלת החלטות לפי רמת ההכשרה של המשיבים (ANOVA)

הפריט	כולם N = 81	רמת ההכשרה של הצוות		
		אחיות מוסמכות N = 13	אחיות מעשיות N = 24	כח-עזר N = 44
. מתחשבים בהערותי ובהצעותי	3.6	4.0	3.5	3.5
. מתחשבים בהצעותי בתחום ארגון העבודה	3.5	4.0	3.5	3.3
. יש לי חופש פעולה להחליט, בעצמי	3.8	4.0	3.9	3.6
. מדד עצמאות	3.6	4.0	3.6	3.4*

* $p < .05$

קיימת הנחה שקיים קשר בין תחושת העצמאות לבין זמינות עובדי סיעוד ברמות הכשרה שונות במוסד. לפיכך נותח המדד לפי שלושה היבטים של זמינות צוות סיעודי: שעות טיפול סיעודי בחולה ביממה ע"י אחיות מוסמכות ומעשיות וע"י סה"כ הצוות הסיעודי. כל אחד משלושת המדדים קובצו לקבוצות מינימום, בינוני ומקסימום לפי השעות שנימדדו ביחידה בה עבד כל מרואיין.

זמינות שעות טיפול ע"י אחות מוסמכת נמצא גורם מבדיל לגבי מדד תחושת העצמאות באופן מובהק, אך לא הראה נטיה לינארית. למקסימום שעות טיפול ע"י אחיות מוסמכות ומעשיות היה קשר חיובי עם מדד עצמאות גבוה יותר (לוח 10.6). יתכן שצוות סיעודי ברמת הכשרה גבוהה יותר, וצוות רב יותר קשור לסביבה שבה ניתן להציע הצעות עצמאיות וליישם אותן.

לוח 10.6 ממוצע תפיסת עצמאות לפי זמינות צוות סיעודי (ANOVA) (N = 82)

לפי זמינות שעות טיפול ע"י אחיות מוסמכות		לפי זמינות שעות טיפול ע"י אחיות מוסמכות ומעשיות		לפי זמינות סה"כ שעות טיפול	
מינימום	3.7	מינימום	3.5	מינימום	3.5
בינוני	3.4	בינוני	3.6	בינוני	3.5
מקסימום	3.9	מקסימום	3.9	מקסימום	3.9
p < .05		ל.מ.		ל.מ.	

10.10 תפיסת המאמץ הפיסי והלחץ הנפשי הכרוך בעבודה

עבודה עם קשישים חולים עלולה לעלות במאמץ פיסי ונפשי רב. רוב המרואיינים חשו שעבודתם דרשה מאמץ רב. (1 = כלל לא, 4 = במידה רבה)

לוח 10.7 מראה על תפיסת מאמץ פיסי גבוהה יותר של כח העזר. ($p < .001$) מאחר וכח-העזר מופקד על רוב הטיפול האישי ניתן היה לצפות למימצא זה. לחץ נפשי, לעומת זאת, עלה ככל שעלתה רמת ההכשרה. על הנושאים בעול התפקידים הגבוהים יותר מוטלת אחריות רבה יותר ונטל הלחצים הקשורים בצד האירגוני של העבודה. ההבדלים במדד המאמץ לא היו מובהקים מבחינה סטטיסטית לגבי המשתנים התלויים. דווח על פחות מאמץ ולחץ במוסדות קטנים ומוסדות ציבוריים.

לוח 10.7 תפיסת המאמץ הפיסי והלחץ הנפשי הכרוכים בעבודה, לפי רמת ההכשרה של הצוות הסיעודי. גודל ובעלות המוסד (ANOVA, ממוצעים).

הפריט	כולם	רמת הכשרה של הצוות הסיעודי		בעלות		גודל	
		מוסמכות	מעשיות כח-עזר	פרטית	ציבורית	קטן	גדול
	N = 82	N = 13	N = 24	N = 44	N = 40	N = 41	N = 41
מאמץ פיסי	3.5	2.8	3.4	3.8	3.6	3.4	3.6
מאמץ נפשי	3.6	3.8	3.7	3.6	3.7	3.6	3.7
מדד מאמצים	3.6	3.3	3.5	3.7	3.6	3.5	3.6

*** $p < .001$

לוח 10.8 מראה ירידה קלה בתפיסת המאמץ הפיסי והלחץ הנפשי ככל שעולה זמינות האחיות המוסמכות והמעשיות וסה"כ הצוות הסיעודי.

לוח 10.8 ממוצע מדד המאמץ לפי זמינות צוות סיעודי (ANOVA)

לפי שעות טיפול בחולה ביממה ע"י אחות מוסמכת ואחות מעשית	לפי שעות טיפול בחולה ביממה ע"י צוות סיעודי, לפי סה"כ שעות טיפול בחולה	לפי שעות טיפול בחולה ביממה ע"י אחות מוסמכת
מינימום 3.6	מינימום 3.7	מינימום 3.7
בינוני 3.6	בינוני 3.5	בינוני 3.5
מקסימום 3.4	מקסימום 3.4	מקסימום 3.4
ל.מ.	ל.מ.	ל.מ.

10.11 תפיסת שביעות רצון מן העבודה

שביעות רצון מן העבודה הוא גורם עיקרי המשפיע על איכות העבודה ועל ההישארות בה. המרואיינים התבקשו לדרג שבע שאלות בנושא זה על סולם בן 4 דרגות (1 = נמוך, 4 = גבוה). ארבעה פריטים היו במישור הבין אישי ושלושה פריטים התייחסו למצבים אקסטרנינסיים.

לוח 10.9 מראה על שביעות רצון גבוהה מכל הגורמים הבין-אישיים. דו"ח הנדלס (1982) העלה ממצאים דומים. כח-העזר פחות שבע רצון מאשר אחיות מן הפיקוח ($p < .05$) ואכן רב האחיות היו בעצמן בתפקיד פיקוחי. שביעות הרצון מן הגורמים האקסטרנינסיים, היתה נמוכה יותר. שביעות הרצון מן המשכורת ירדה עם הירידה ברמת ההכשרה (ל.מ.) כן גם שביעות הרצון משעות העבודה ($p < .01$). ואמנם, כפי שציינו קודם לכן, כח-העזר עבדו יותר שעות היו תחת לחץ פיסי גדול יותר והשתכרו פחות. המדד הכולל משקף מצב זה ($p < .05$). גם במחקר של George (1979) נמצאה עליה בשביעות הרצון עם העליה ברמת ההכשרה של עובדי הסיעוד. לבעלות על המוסד לא היה קשר לגורמי שביעות הרצון. לגודל המוסד היה קשר עם גורמי שביעות הרצון. במוסדות קטנים דורגה שביעות רצון גבוהה יותר לגבי כל 10 הגורמים, לגבי 8 מהם באופן מובהק.

יש לציין ממצא זה משום שיש להניח ששביעות הרצון מן העבודה הוא החיזוק העיקרי לאנשים העובדים עם קשישים מוגבלים.

10.9 ממוצעים של גורמים לשביעות רצון בעבודה ומדדים של הנ"ל לפי רמת ההכשרה של הצוות הסיעודי, גודל בעלות המוסד (ANOVA).

הגורם לשביעות רצון	כולם N=81	רמת ההכשרה של הצוות הסיעודי			גודל		בעלות		Sig.
		מוסמכות N=13	מעשיות N=24	כח עזר N=44	קטן N=40	גדול N=41	פרטית N=40	צבורית N=41	
יחסים עם החולים	3.8	3.9	3.8	3.7	ל.מ.	3.9	3.7	0.05	3.8
יחסים עם משפחות החולים	3.6	3.9	3.6	3.6	ל.מ.	3.7	3.6	ל.מ.	3.7
יחסים עם עמיתים בעבודה	3.6	3.7	3.7	3.5	ל.מ.	3.6	3.6	ל.מ.	3.6
יחסים עם ממונים	3.7	3.9	4.0	3.5	0.05	3.9	3.8	ל.מ.	3.7
מדד יחסים בין אישיים	3.7	3.9	3.8	3.6	0.05	3.8	3.7	ל.מ.	3.7
משכורת	2.6	3.2	2.8	2.4	ל.מ.	3.0	2.3	0.01	2.5
שעות עבודה	3.5	4.0	3.7	3.3	0.01	3.8	3.2	ל.מ.	3.6
תנאים פיסיים	3.3	3.4	3.5	3.2	ל.מ.	3.5	3.1	0.05	3.4
מדד אקסטריןסי	3.2	3.5	3.3	3.0	0.06	3.4	2.9	ל.מ.	3.2
מדד כולל של שביעות רצון	3.5	3.7	3.6	3.3	0.05	3.6	3.3	ל.מ.	3.5

נערך ניתוח שונות (ANOVA) לגבי 3 המדדים לפי זמינות כח-אדם (שעות טיפול בחולה ביממה); אחיות מוסמכות, אחיות מוסמכות ומעשיות, וסה"כ שעות טיפול בחולה ביממה ע"י צוות סיעודי. נמצאו הבדלים מובהקים אולם הקשר לא היה לינארי ולא נמצא לו פירוש (לוח 10.10).

לוח 10.10 מדדי שביעות רצון לפי מדדי זמינות כח-אדם סיעודי (ANOVA)

המדד						זמינות אחיות מוסמכות						זמינות אחיות מוסמכות סה"כ שעות טיפול בחולה ומעשיות ביממה ע"י צוות סיעודי					
יחסים בין אישיים																	
מינימום			3.7			מינימום			3.6			מינימום			3.5		
בינוני			3.6 ל.מ.			בינוני			3.8 p<.06			בינוני			3.8 p<.05		
מקסימום			3.7			מקסימום			3.7			מקסימום			3.7		
מדד אקסטרינזי																	
מינימום			3.3			מינימום			3.0			מינימום			2.8		
בינוני			3.0 ל.מ.			בינוני			3.4 p<.05			בינוני			3.3 p<.05		
מקסימום			3.4			מקסימום			3.4			מקסימום			3.4		
מדד שביעות רצון כולל																	
מינימום			3.6			מינימום			3.3			מינימום			3.2		
בינוני			3.4 ל.מ.			בינוני			3.6 p<.05			בינוני			3.6 p<.01		
מקסימום			3.5			מקסימום			3.5			מקסימום			3.5		

10.12 עמדות כלפי קשישים

מה חש הצוות הסיעודי כלפי סוג האוכלוסיה שעליה הם מופקדים על מנת לקבל תשובה לשאלה זו נשאלו המרואיינים: "אילו בחרת להחליף את מקום עבודתך היית מעדיפה לטפל בקשישים כמו אלו הנמצאים במחלקתך, לטפל בקשישים בריאים, לטפל בקשישים בקבוצות גיל אחרות או במצבי בריאות אחרים"? למעלה ממחצית המשיבים רצו לטפל באותו סוג של קשישים מוגבלים, יותר משליש רצו לטפל באחרות, יותר מכח העזר, העדיפו "אחרים", ואמנם יש להם הזדמנויות ריאליות לממש זאת. צוות סיעודי במוסדות קטנים יותר ובמוסדות פרטיים הראו נטיה, לא מובהקת סטטיסטית, לטפל באותו סוג אוכלוסיה בהם הם מטפלים בהווה.

לוח 10.11 סוג המטופלים המועדף ע"י הצוות הסיעודי לפי רמת ההכשרה של הצוות הסיעודי, לפי גודל המוסד והבעלות עליו (באחוזים).

האוכלוסיה המועדפת	כולם	רמת ההכשרה		גודל		בעלות	
		א. מוסמכת א.	מעשית כח-עזר	קטן	גדול	פרטית	ציבורית
	N = 81	N = 13	N = 24	N = 44	N = 40	N = 40	N = 41
אותו סוג מטופלים	54.9	53.8	50.0	56.8	60.0	48.8	48.8
קשישים בריאים	7.3	0	4.2	11.4	5.0	9.8	4.9
קבוצות גיל אחרות	13.4	46.2	45.8	31.8	35.0	41.5	46.3
מצבים בריאותיים שונים	24.4	37.8					
			ל.מ.	ל.מ.	ל.מ.		

בחמשן הראיון נשאלו המרואיינים על מידת הסכמתם (5 = מסכים 1 = לא מסכים) לגבי תשע קביעות אודות פוטנציאל השיקום של קשישים והמשאבים שיש להשקיע בטיפול בהם. שתי שאלות הצביעו על הסכמה עם פוטנציאל שיקום נמוך וציונם הותאם.

לוח 10.12 הראה שהמשיבים לא העריכו במידה רבה את פוטונציאל השיקום של הקשישים אלא חשבו שיש להציע לקשישים שירותים כדי שיוכלו להשתמש כהלכה בכוח שנותר בהם. רמת הכשרה של הצוות, לא הבחין בין העמדות לגבי אף אחת מן הפריטים, לא אובחנה גם נטיה ברורה. לצוות במוסדות ציבוריים היו עמדות חיוביות יותר לגבי הצורך להכיר את האוכלוסייה המטופלת. לצוות במוסדות קטנים יותר היו עמדות חיוביות ביותר ביחוד לגבי פוטנציאל השיקום של אוכלוסיית הקשישים שבטיפולם וגם במדד הכולל. מאחר ולמוסדות הקטנים היה שיעור גבוה של יותר אחיות מוסמכות ואחיות מעשיות וכן יותר עובדים ממקצועות אחרים יתכן ולדפוס האיוש של הצוות הסיעודי במוסד השפעה על עמדותיו לגבי קשישים.

לוח 10,12 עמדות לגבי קשישים לפי רמת ההכשרה, גודל ובעלות המוסד (ANOVA)

ה פ ר י ט	כולם	רמת ההכשרה			גודל המוסד		הבעלות	
		מוסמכות מעשיות	כח עזר	קטן	גדול	פרטית	ציבורית	
	N=81	N=24	N=44	N=40	N=41	N=40	N=41	
לכל חולה כאן יש עדיין מידה של יכולת שיקומית	2.6	3.0	2.2	2.6	2.7	2.4	2.5	
יש להפנות משאבים להעלאת רמת הטיפול של כל קשיש	3.3	3.6	2.9	3.3	3.4	3.2	3.2	
יש לעודד את הקשיש להשתתף בהחלטות	3.8	3.8	3.8	3.8	3.9	3.6	3.5	
תפקיד המטפלים לדאוג לפעילות חברתית	3.5	3.9	3.1	3.6	3.7	3.4	3.7	
צריכים להכיר היטב את עברו וזהרגליו של הקשיש	4.2	4.6	4.3	4.0	4.3	4.1	4.1	
הפעלת גופים מתנדבים במוסד תתרום לקשישים	4.6	4.8	4.6	4.6	4.7	4.6	4.8	
קשיש במצב דימה לא לו כאן צריך להמצא במוסד	2.9	2.7	2.8	3.0	3.4	2.4	2.7	
רוב הקשישים מעל גיל 75 יגיעו למצב דומה	2.6	2.8	2.5	2.5	3.0	2.1	2.5	
מגיע לקשישים אלו שירותים מוסדיים גם על חשבון שירותים לאחרים	3.8	3.5	3.7	4.0	3.6	4.1	4.1	
מדד עמדות כולל	3.6	3.8	3.5	3.6	3.5	3.7*	3.6	

* $p < .05$ ** $p < .01$

בסיכום: לגבי רב המשתתפים שנדונו בפרק זה, הסתמנו נטיות חיוביות יותר במוסדות קטנים יותר, במוסדות ציבוריים ובמקומות בהם זמינות הצוות הסיעודי היתה גבוהה יותר.

11. נשירה של הסגל הסייעודי.

נשירת הסגל הסייעודי נתפסת בדרך כלל כתופעה שלילית; יש לנשירת סגל סייעודי השלכות על עלות הטיפול, מוראל הצוות ורמת הטיפול בחולה. Stryker-Gordon (1979) מצא כי גיוס, ברירה, הכשרה, הדרכה של עובד חדש ופיקוח עליו עלולה לעלות במחיר שווה ערך למספר משכורות חדשיות. גיבוש הצוות נפגע ע"י הצורך לקלוט אנשים חדשים. הזמן והמאמץ הנחוצים על מנת להדריך את העובדים החדשים מוסיפים לעומס העבודה של הסגל הסייעודי. טיפול לא מאוזן, ביצועים כלליים נחותים, שהם לעתים קרובות תוצאה של תחלופת עובדים, גורמים לעגמת נפש למטופלים ולבעיות לסגל הסייעודי ולפיקוח. חשוב לא פחות לגבי החולים הוא הזעזוע שבניתוק מערכות יחסים מוכרות וקבועות ויצירת קשרים חדשים.

תחלופה מסויימת רצויה. אנשים חדשים עשויים להביא עמם רעיונות חדשים ועמדות שונות. בטיפול מתמשך מתקחים, לעיתים, עם הזמן, רגישויות והיזמה, כתוצאה מחסר בגירוי ובאתגרים חדשים. במידה והסגל החדש נבחר בקפידה ומגלה הנעה חזקה הוא עשוי להשפיע באופן חיובי על השירות ע"י הנהגת גישות חדשות.

נשירה מסויימת כתוצאה ממוות, פרישה, מחלות, לידות והעתקת מקום המגורים היא בלתי נמנעת וניתן לזהות את רב הנושרים בכח עוד לפני מועד הנשירה. תיכנון במועדו. דאגה למילוי מקום הנושרים עשויים להפחית מן ההשפעות השליליות של התחלופה על הסגל הסייעודי.

נשירה נמדדה, במחקר זה, בשני שלבים: שלב א' היתה השנה שקדמה לעריכת הריאיונות ושלב ב', ששמש כבקורת, היו ששה החדשים שאחרי איסוף הנתונים העיקרי לעריכת הריאיונות במוסד. בכל אחד משני השלבים נרשמו נתונים דמוגרפיים ומקצועיים וסיבת העזיבה של כל אחד מאנשי הצוות הסייעודי (נספח ד'). אותו הטופס שימש לאיסוף נתונים של כל הצוות הסייעודי שהועסק בשנה שקדמה לאיסוף הנתונים. לגבי הנושרים נרשמה סיבת העזיבה ומשך ההעסקה עד לעזיבה (נספח ד'). שעור הנשירה חושב ע"י שימוש במספר העובדים במוסד כמכנה ומספר הנושרים כמונה: $\frac{100 \times \text{נושרים}}{\text{עובדים}}$ (Price, 1977).

מספר הנושרים בשלב א' היה 153. מספרם בשלב ב' היה 64. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות לגבי: גיל, מין, ארץ מוצא, רמת ההכשרה, הכשרה על בסיסית, ותק במוסד, היקף המשרה ורמת התפקיד. סיבות העזיבה היו שונות באופן מובהק בין שתי קבוצות הנושרים ($p = 000$).

בשני השלבים היו כמחצית סיבות העזיבה סיבות שמחוץ למערכת כגון: שינוי מקום מגורים, חופשת לידה וכו'. בשלב א' דווח על יותר נושרים שפוטרו ע"י ההנהלה בעוד שבשלב ב' דווח על יותר נושרים שעזבו את העבודה מיזמתם הם (לוח 11.1).

לוח 11.1 סיבות העזיבה השוואה בין תקופה א' לתקופה ב' (באחוזים)*

התקופה סיבת העזיבה	תקופה א' (12 חדשים לפני איסוף הנתונים)	תקופה ב' (6 חדשים אחרי איסוף הנתונים)
סיבות חיצוניות N=91	51.2	47.5
החלטת העובד N=23	4.9	28.8
פיטורין ע"י המעביד N=68	43.9	23.7
סה"כ	100	100
N=182	N=123	N=59

$p < .001$

* 34 מקרים חסרים

הנתונים המובאים בהמשך מתייחסים לשלב א' בלבד וזאת בגלל שתי סיבות: א. שתי הקבוצות היו דומות לגבי רוב המשתנים ו-ב. חלק מנושרי שלב ב' נכללו בקבוצת העובדים בשלב א' ואילו נכללו בניתוח היו גורמים להטיית הממצאים.

בלוחות בפרק זה מיוצגים שעורי הנשירה וכן מובהקות סטטיסטית של ההבדלים שבין העובדים והנושרים בשלב א'.

11.1 הנשירה לפי מוסדות.

גורמים רבים בתוך המוסד עלולים להשפיע על נשירת עובדים, למשל: איכות המנהיגות, סוגי החולים ותנאי העבודה. ניתן לצפות לשעור תחלופה גבוה יותר במוסדות צעירים בהיותם מצויים עדיין בתהליך ברירה: צוות העובדים ובתקופה בה בוחנים גם אנשי הסגל הסיעודי את המוסד. יש ומדיניות המוסד גורסת פיטורי עובדים לפני תום תקופת מתן הקביעות כדי למנוע מתן הקביעות הנדרשת בהסכמי העבודה בישראל.

בשלב א' היה שעור הנשירה הממוצע בכל המוסדות 35.4%. הטווח נע בין 0 ל-46%. בחמישה מוסדות היה שעור הנשירה מעל לממוצע ובשבעה מתחתיו. במוסד אחד היה שיעור נשירה חריג-158%.

11.2 נשירת סגל-סיעודי לפי גודל המוסדות וסוג הבעלות.

מחקר שנערך במינסוטה (Stryker-Gordon, 1979) (ב-110 מוסדות העלה תחלופה נמוכה יותר במוסדות קטנים. במחקר זה, למרות שההבדלים לא נמצאו מובהקים מבחינה סטטיסטית נימצא ההיפך. שונות שיעור הנשירה במוסדות קטנים היתה רבה ונעה בין 0 ל-158 אחוזים. ממוצע שיעור הנשירה במוסדות קטנים היה 44% ובמוסדות גדולים 31%.

לגבי סוג הבעלות מצביעים מימצאי מחקר Stryker-Gordon (1979) על תחלופה נמוכה יותר במוסדות ציבוריים. George (1979) מצאה שעור תחלופה של אחיות גבוה יותר במוסדות פרטיים ושל כח עזר במוסדות ציבוריים. במחקר זה לא נמצא קשר מובהק בין נשירת סגל סייעודי לבין סוג הבעלות על המוסדות.

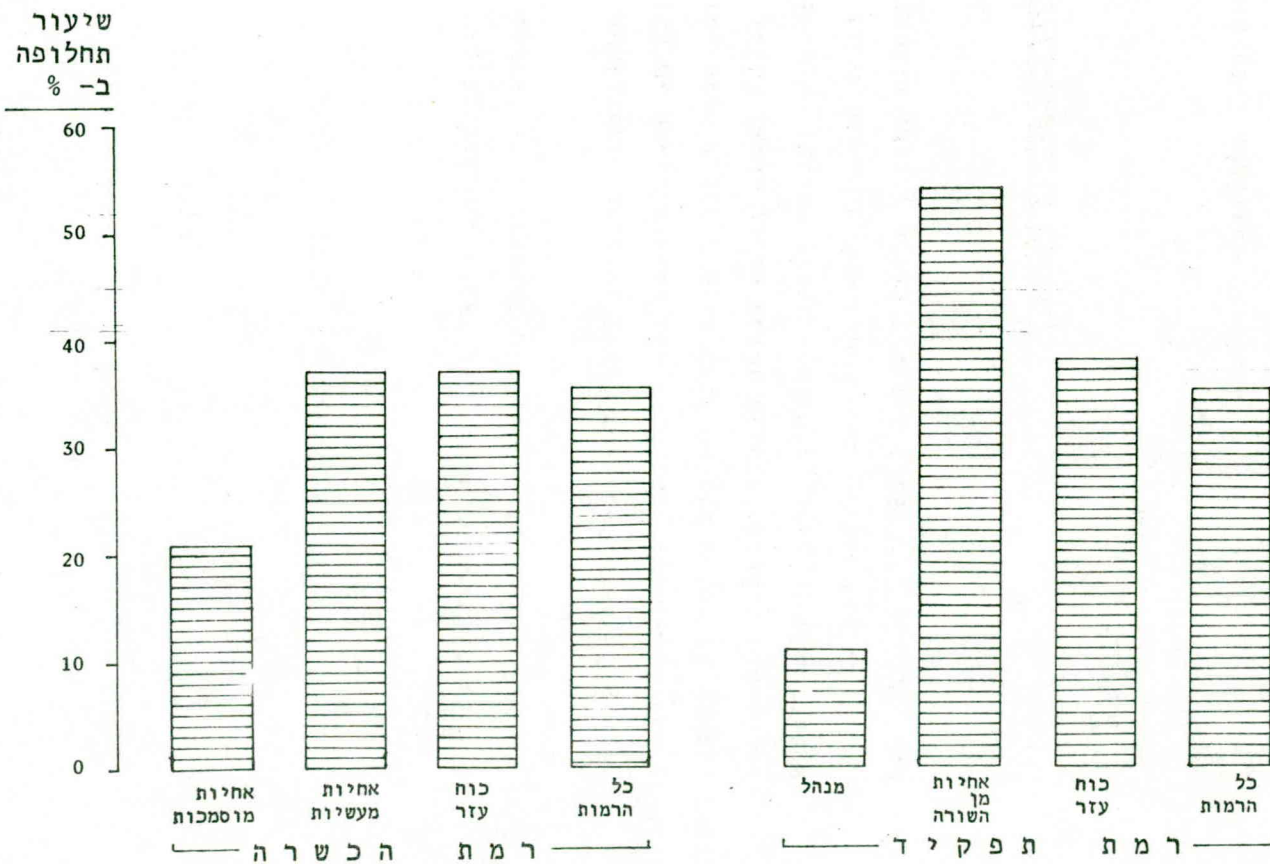
יתכן וההבדלים שנמצאו בארה"ב בין שעורי התחלופה במוסדות פרטיים וציבוריים משקפים את ההבדלים ברמות השכר בין שני סוגי המוסדות. בישראל נקבעים תנאי השכר של עובדי הסיעוד למיניהם בהסכמי עבודה קיבוציים שאליהם מגיעים לאחר משא ומתן בין הסתדרות האחים והאחיות לבין המעבידים העיקריים.

11.3 נשירה של סגל סיעודי-מאפיינים מקצועיים.

מחקר שנערך ב-15 מוסדות לטיפול ממושך בקשישים (George, 1979) (העלה שיעורי נשירה מ-55% אצל אחיות מוסמכות במשרה מלאה ועד ל-145% אצל כח עזר במשרה חלקית; השונות הבין-מוסדית היתה גבוהה. שיעור הנשירה עלה ככל שרמת ההכשרה של הסגל הסיעודי היתה נמוכה יותר. במחקר זה לא נמצאו הבדלים מובהקים בנשירה לפי רמת ההכשרה של הסגל הסיעודי אולם שיעור הנשירה בקרב האחיות המוסמכות המעטות במידגם היה קטן מהרבה משעור הנשירה של אחיות מעשיות וכח עזר. יתכן ושיעור הנשירה הנמוך של האחיות המוסמכות נבע מכך שאחוז גבוה מביניהן הועסק בתפקידים בכירים (לוח 11.2).

רק ל-21 מן העובדים ולשבעה מבין הנושרים היתה הכשרה על-בסיסית כלשהי. אחוז הנושרים בין בעלי ההכשרה העל-בסיסית היה 33.3, קרוב לאחוז הנשירה הכללי 35.4.

תחלופת סגל סיעודי במוסדות לפי רמת הכשרה ולפי רמת תפקיד.



לוח 11.2 שיעורי נשירת הסגל הסייעודי לפי רמת ההכשרה, רמת התפקיד, היקף המשרה ושנות הוותק.

שעורי הנשירה באחוזים		מספר העוזבים	מספר העובדים	
<u>רמת ההכשרה</u>				
		9	42	אחיות מוסמכות
x ²	ל.מ.	34	92	אחיות מעשיות
		110	296	כח-עזר
		153	430 ^א	סה"כ
<u>רמת התפקיד</u>				
		6	56	תפקידי ניהול
		35	65	אחיות מן השורה
x ²	p<.001	109	305	כח-עזר
		150 ^{ג'}	426 ^{ב'}	סה"כ
<u>היקף משרה</u>				
		28	94	36- (שעות שבועיות-משרה חלקית)
		59	174	37-45 (משרה מלאה לאחיות חלקית לכח-עזר)
x ²	ל.מ.	57	149	46+ (משרה מלאה ויותר)
		144 ^{ה'}	417 ^{ד'}	סה"כ
<u>וותק (בשנים)</u>				
		166	158	1
		10	65	2
		13	122	3-5
x ²	p<.001	12	86	6+
		151 ^{ז'}	431 ^{ר'}	סה"כ

א) שני מקרים חסרים (ג) 3 מקרים חסרים (ה) 9 מקרים חסרים ז) 2 מקרים חסרים
 ב) 6 מקרים חסרים (ד) 15 מקרים חסרים (ו) מקרה אחד חסר

רמות התפקידים של הסגל הסיעודי חולקו לתפקידי הנהלה (אחות אחראית יחידה, מפקחות ומנהלת שירותי הסיעוד במוסד וסגניותיה), אחיות מן השורה (מוסמכות ומעשיות) וכח עזר.

ניתן לייחס את אחוז הנשירה הנמוך בינן המחזיקים בתפקידי הנהלה בהישגי הקידום המקצועי שלהם. מחצית מהמחזיקות בתפקידי הנהלה היו אחיות מעשיות שהגיעו למעמד שאליו לא יכלו לצפות בשירותי בריאות אחרים. יתכן וניתן להסביר את אחוז הנושרים הגבוה 54% מבין האחיות מן השורה (מוסמכות ומעשיות) במטלות הלא נעימות הכרוכות בעבודה עם קשישים חולים ובחוסר הדינאמיות בעבודה במוסד לטיפול ממושך. בנוסף לכך, קיימות אפשרויות מצומצמות מאוד לקידום במוסדות הללו מאחר ומספר התפקידים הבכירים קטן. האחיות המעשיות והמוסמכות מסוגלות, בדרך כלל, למצוא מקומות עבודה כאחיות מן השורה בשירותי בריאות אחרים בשל המחסור באחיות.

היקף המשרה לא היווה גורם מובהק שיסביר שיעור נשירת סגל סיעודי אם כי שיעור הנשירה גדל עם מספר שעות העבודה השבועיות (לוח 11.2). George (1979) דיווחה על שיעור נשירה גבוה, יחסית, של אחיות במשרה חלקית בהשוואה לנשירת אחיות במשרה מלאה בכל רמות ההכשרה של הצוות הסיעודי.

הבחינה ההדדית של עובדים ומעבידים מתרחשת על פי רוב בחדשים הראשונים של העבודה. בהתאם להסכמי העבודה הקיבוציים בישראל מוענקת קביעות בתום שנה להעסקת עובד הסיעוד. ניתן היה, איפוא, לצפות לכך שהנשירה בשנה הראשונה תהיה גבוהה ביותר ואמנם כך נמצא בלוח 11.2.

11.4 נשירה של הסגל הסיעודי לפי תכונות דמוגרפיות.

לנשירת עובדי סיעוד יש בדרך כלל שתי נקודות שיא: בין הצעירים בעלי ניעות גבוהה ובין המבוגרים הפורשים מן העבודה. כך גם במחקר זה (לוח 11.3).

אחוז ההישארות של גברים בסיעוד גבוה בדרך כלל מזה של נשים משום שאינם עוזבים או מפסיקים עבודתם בגלל לידת ילדים, גידולם או העתקת מקום מגורים בעקבות ראש המשפחה (ברגמן ועמיתים, 1977). במחקר זה היה שיעור נשירת הגברים גבוה מזה של הנשים. יתכן והתופעה קשורה לאחוז הנמוך (15%) של הגברים בסגל הסיעודי דבר המעמיס על חלק קטן מן העובדים מעמס גבוה של מאמץ פיסי. נתונים על ארץ המוצא של הסגל הסיעודי היו זמינים רק לגבי חלק מן האוכלוסיה וגם אלו לא נראו תמיד אמינים. יתכן ומקורו של השעור הגבוה של הנשירה בקרב ילידי הארץ הוא בהזדמנויות החליפיות הפתוחות בפני קבוצה זו השולטת היטב בעברית ואשר לה קשרים חברתיים בארץ.

לוח 11.3 נשירת הסגל הסיעודי, לפי גיל מין וארץ מוצא.

מס' העובדים	מס' הנושרים	שעור נשירה (באחוזים)		
מין:	זכר	64	32	50
נקבה	364	121	33	
סה"כ	428 ^א	153	35.7	
לא מובהק χ^2				
גיל:	25 <	66	38	58
26-35	84	20	24	
36-45	81	24	30	
46-60	83	16	19	
+	61	7	44	
סה"כ	330 ^ב	105 ^ג	31.8	
$p < .01$				
ארץ מוצא: אסיה-אפריקה	147	23	16	
ישראל	99	51	52	
אחר	85	27	32	
סה"כ	331 ^ד	101 ^ה	30.5	
$p < .001$				

(א) 4 מקרים חסרים

(ב) 102 מקרים חסרים

(ג) 48 מקרים חסרים

(ד) 101 מקרים חסרים

(ה) 52 מקרים חסרים

5. 11 פרופיל הנושרים בקרב עובדי הסיעוד

הקבוצה האופיינית שנשרה היתה מורכבת מנשים מתחת לגיל 25, ילידי הארץ, כח עזר שעבדו 37 שעות שבועיות, או יותר, בעלות ותק של פחות משנה במוסד.

את הנושרים "בסיכון" מבין הסגל הסיעודי במוסדות לקשישים מייצגים ילידי ישראל, מתחת לגיל 25, שעבדו במוסד פרטי, קטן, כח עזר או אחות מעשית. בתפקיד אחות מן השורה שעבדו למעלה מ- 37 שעות בשבוע ובעלי ותק של פחות משנה במוסד.

על מנת להבהיר את השפעת המשתנים שנבדקו במחקר על נשירתם של עובדי סיעוד נערכה בדיקה מבחינה-discriminant analysis. למשוואה הוכנסו המשתנים שנדונו ובנוסף להם 4 מדדים נוספים. שנים עשר המשתנים הללו הראו הבחנה מובהקת ($p < .001$) כשהסיווג תקף ב-68.4% מתוך 391 המקרים (300 עובדים ו-91 נושרים) שלגביהם היו כל הנתונים זמינים (לוח 11.4).

השוואה בין שני סוגי הניתוחים הסטטיסטיים ששימשו בפרק זה, לוח דו-משתני וניתוח מבחין מראה על נטיות דומות לגבי רב המשתנים.

לוח 11.4 ניתוח מבחין מתוקנן Standardized Canonical Discriminant Function
Coefficients על גורמי נשירה, לפי סדר כח האבחנה של המשתנים.

המשתנה	מקדם	הנטיה המסתמנת לגבי נשירה מוגברת
1. זמינות אחיות מוסמכות ומעשיות בצוות	1.030	פחות אחיות מוסמכות ומעשיות
2. גודל המוסד	1.005	מוסדות קטנים
3. ותק במוסד	0.654	פחות ותק
4. סוג הבעלות	0.646	מוסדות בעלות ציבורית
5. רמת ההכשרה של הצוות הסיעודי	0.411	פחות ההכשרה
6. ציון כולל של איכות היחידה	0.322	הערכה נמוכה יותר
7. זמינות אחיות מוסמכות בצוות	0.318	פחות אחיות מוסמכות
8. גיל הצוות הסיעודי	0.124	צעירים יותר
9. שעות טיפול סיעודי לחולה ביממה	0.109	יותר שעות טיפול
10. רמת התפקיד של הצוות הסיעודי	0.094	רמת תפקיד נמוכה יותר
11. היקף המשרה של הצוות הסיעודי	0.084	היקף משרה גדול יותר
12. מין	0.027	גברים

$p < .001$

Canonical correlation = .30058

11.6 הסיבות לעזיבה.

המעסיקים התבקשו לציין את הסיבה לעזיבה של כל אחד מן הסגל הסיעודי שעזב את המוסד; 50.4% עזבו מסיבות שאינן קשורות לעבודה (סיבות משפחתיות, בריאות העובד או משפחתו, סיום עבודה זמנית או המשך לימודים) 43.9% עזבו כתוצאה מאי שביעות רצון המעביד (יחס גרוע למטופלים, רמת כישורים לקויה, הזנחה, חוסר יכולת להסתדר עם שאר הצוות, העדרויות, התנהגות בלתי מוסרית ובעיות שפה); 5.7% עזבו כתוצאה מאי שביעות רצון העובד (תנאי עבודה, חוסר אתגר בעבודה ואי נכונות לעבוד במשמרות לילה). בשני מוסדות היוו הסיבות שאינן קשורות לעבודה 85% מכלל הסיבות לעזיבה; בשלושה מוסדות אחרים פוטר 80% מן העוזבים ע"י ההנהלה.

כפי שעולה מתוך לוח 11.5 נשרו שני שליש מן העוזבים בגלל סיבות שאינן קשורות לעבודה, אחרי שנה או יותר. שני שלישים מאלו שעזבו מרצונם הם או שפוטר, עשו זאת תוך ששה החדשים הראשונים לעבודתם במוסד. יש לציין שסיבות העזיבה ניתנו, מסיבות לוגיסטיות, ע"י הנהלת המוסדות ולא ע"י הנושרים עצמם.

לוח 11.5 סיבות העזיבה לפי וותק במוסד (באחוזים).

סה"כ	3+ שנים	1-2 שנים	7-12 חדשים	4-6 חדשים	1-3 חדשים	ותק במוסד
						סיבות העזיבה
100	28.3	35.0	11.7	6.7	18.3	סיבות שאינן קשורות לעבודה (N=60)
100	0	16.7	16.7	33.3	33.3	אי שביעות רצון העובד (N=6)
100	11.3	11.3	17.0	25.4	34.0	פיטורין (N=53)
100	19.3	23.5	14.3	16.8	26.1	כולם (N=119)

p<.05

11.7 סיכום

שעור הנשירה של הסגל הסיעודי היה 35.4%, שליש עזבו בשלושה החדשים הראשונים לעבודתם במוסד. מחצית עזבו מסיבות אישיות שאינן נוגעות לעבודה; השאר, פוטר ברובם. הגורמים המוסדיים שנמצאו קשורים לנשירה היו: גודל (קטן), בעלות (ציבורית) ופחות אחיות בסגל. המאפיינים האישיים של נושרים היו, וותק נמוך, רמת תפקיד נמוכה, גיל צעיר וילידי הארץ. כפי שצויין, שיעור מסויים של נשירה הוא בלתי נמנע ולעתים אף רצוי. מחקר זה אינו מאפשר מתן תשובה לשאלה מי הם העוזבים, האם הם טובים יותר או הטובים פחות או מהו שעור הנשירה האופטימלי. מה שניתן להסיק ממחקר זה הוא שהנשירה היתה נמוכה במיוחד בקרב בעלי תפקידי הניהול ואחיות מוסמכות. יתרה מזו, רב הנשירה חלה בתקופה קצרה יחסית ממועד העסקת העובד כך שגרעין יציב של עובדים ותיקים נשאר. עזיבה בקבוצה זו היתה עפ"ר מסיבות שאינן קשורות לעבודה. המצב הכללי של נשירת סגל סיעודי, כפי שעולה ממחקר זה, סביר למדי בהתייחס לממצאי מחקרים אחרים.

12. אנשי המפתח.

אנשי מפתח במוסדות רואיינו על מנת ללמד את המאפיינים האישיים והמקצועיים שלהם, כיצד הם תופסים את הבעיות העקריות הקשורות לסגל הסעודי ודרכים הנראות להם לפתרון הבעיות הללו. (נספח ה').

12.1 איפיוניהם של אנשי המפתח

בכל אחד מן המוסדות רואיינו, במידה והדבר ניתן, שלושה אנשי מפתח: האחות הראשית, המינהלן ואיש מקצוע אחר (רופא, עובד סוציאלי, פיסיותרפיסט, מרפא בעיסוק). רואיינו 39 איש, בין אדם אחד לארבעה בכל אחד מן המוסדות; 11 מינהלנים, 11 אחיות ראשיות ו-17 "אחרים", ביניהם, חמישה רופאים וארבעה עובדים סוציאליים.

גילם של אנשי המפתח נע בין 27 ל-72, הממוצע היה 49. ממוצע הגילים של המינהלנים היה 58, של האחיות הראשיות 48 ושל האחרים 43. עשרים וארבעה (61.5%) היו נשים ו-15 (38.5%) היו גברים.

למעלה ממחציתם נולדו באירופה (53.9%) 28.2% נולדו בישראל ו-17.9% נולדו באסיה או אפריקה. אלו שנולדו בחו"ל היו בארץ בין 8 ל-52 שנה (ממוצע 31.7 שנה). רק ל-22% מאנשי-המפתח במוסדות היתה הכשרה כלשהי במינהל, מדעי הרוח או קורסים מקצועיים. מימצאים דומים על נסיון והכשרה של הסגל הבכיר במוסדות לקשישים עלו במחקר ברוקדייל (ברגמן, חביב, תומר, 1980). לוח 12.1 מציג ניתוח המשתנים המקצועיים של אנשי המפתח.

לוח 12.1 ניתוח המשתנים המקצועיים של אנשי המפתח (בשנים)

המשתנה	מינימום-מקסימום	מינהלנים	אחיות	אחרים	כולם
		$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$
נסיון בגרונטולוגיה	1 ש' - 49 ש'	15	12	8	10.9
ותק במוסד	1 ש' - 35	11	10	6	8.2
ותק בתפקיד	1 ש' - 49	13	7	7	8.7

בעלי הוותק הרב והמבוגרים ביותר היו המינהלנים, אחריהן האחיות הראשיות כשלאחרים הנסיון הקצר ביותר. ניתוח נוסף של המשתנים הללו, לפי גודל וסוג הבעלות (לוח 12.2), הראה אנשי מפתח מבוגרים יותר ובעלי וותק רב יותר במוסדות גדולים ובמוסדות פרטיים.

לוח 12.2 איפיונים של אנשי המפתח לפי גודל המוסד וסוג הבעלות.

גודל המוסד		האיפיונים
בעלות המוסד		
גיל	יותר אנשים מבוגרים במוסדות גדולים $p < .05$	ל.מ.
ארץ לידה	ל.מ.	ל.מ.
ותק בגרנטולוגיה	יותר אנשי מפתח מנוסים במוסדות גדולים (נטיה ל.מ.) $p < .08$	יותר אנשי מפתח מנוסים במוסדות פרטיים $p < .05$
ותק במוסד	בעלי ותק רק יותר במוסדות גדולים (ל.מ.)	בעלי ותק רב יותר במוסדות פרטיים (ל.מ.)
ותק בתפקיד	ל.מ.	בעלי ותק רב יותר בתפקיד במוסדות פרטיים $p < .01$
הכשרה בגרונטולוגיה	ל.מ.	ל.מ.
הכשרה מסוג אחר	ל.מ.	ל.מ.

רק 2.6% מאנשי המפתח תכננו לעזב את תפקידם בטווח זמן קצר, עשירית התכוננו להמשיך בעבודתם במשך שנה עד שנתיים, למעלה ממחצית אנשי המפתח האמינו שישארו בתפקידם זמן רב וכשליש מהם לא ידעו לומר מה תכניותיהם או שלא ענו. מימצאים אלו ידומים לתשובות הצוות הסיעודי ביחידות לגבי תכניותיהם להמשיך עבודה.

גיל לא היווה גורם לגבי התכניות להמשיך העבודה. למרות שלמקצועם של אנשי המפתח שרואיינו לא היה קשר מובהק לתכניותיהם להמשיך עבודה, נמצא שרק כמחצית מן האחיות הראשיות (56%) תיכננו להמשיך בתפקידן במשך שנים רבות בהשוואה ל-86% מן המינהלנים ול-100% מן האחרים.

לסיכום, אנשי המפתח שרואיינו היו ברובן נשים, למרות שהמנהלנים היו על-פי רוב גברים. קבוצת מנהיגות זו היתה ברובה ממוצא אירופאי, רובם מבוגרים למדי. לרובם לא היתה הכנה בגרונטולוגיה. נסיונם בעבודה עם קשישים היה שונה, הממוצע, היה 10 שנים. רב המרואיינים, בעיקר מינהלנים וכאלו שאינם עובדי סיעוד תיכננו לעבוד בתפקידם במשך שנים רבות.

12.2 דעות אנשי המפתח על בעיות הסגל הסיעודי.

כאשר נשאלו אנשי המפתח אם לדעתם מספרם של עובדי הסיעוד נמוך מדי, מספיק או גבוה מדי, התברר שהקבוצה שנתפסה כחסרה היו האחיות המוסמכות. מספרן של האחיות המעשיות היה מספק. לא היו הבדלים מובהקים בין תפיסות המנהלים, האחיות הראשיות ובעלי המקצועות האחרים בעניין זה ונראה שהתגובות אמנם משקפות מציאות ולא אינטרסים ייחודיים של קבוצה זו או אחרת.

כאשר בוחנו התגובות, לפי שעות טיפול בחולה ביממה (המוסדות קובצו ל-3 רמות על פי מספר שעות טיפול), נמצא שבאף אחד מן המוסדות שבהם היו שעות טיפול מעטות לא נטען שיש יותר מדי סגל סיעודי ובאף אחד מן המוסדות שבהן היו שעות הטיפול מירביות לא נטען שחסר אצלם סגל סיעוד.

לוח 12.3 דעות אנשי המפתח על זמינות הסגל הסיעודי (באחוזים).

סוג העובד	זמינות	פחות מדי	מספיק	יותר מדי	סה"כ
סה"כ עובדי סיעוד	16.2	75.7	8.1	100	
אחיות מוסמכות	54.1	45.9	-	100	
אחיות מעשיות	13.2	81.6	5.3	100	
כח עזר	18.9	64.9	16.2	100	

תגובות לשאלה בדבר היצע מספיק של כל סוגי הסגל הסיעודי נבדקו בהתייחס למספר שעות הטיפול הממשיות במטופל ביממה בכל אחד מן המוסדות. נראה שהקשר בין שני המדדים היה רופף ביותר.

שמונים ושנים אחוז מן המוסדות שבהן שעות הטיפול הסיעודי במטופל ביממה ע"י אחות מוסמכת היו קטנות מאד, טענו שהיו פחות מדי אחיות מוסמכות בהשוואה ל-50% מן המוסדות עם מקסימום שעות טיפול ביממה ע"י אחות מוסמכת.

שלושים ושבעה פתרונות הועלו לשיפור איוש הסגל הסיעודי. ההצעות נגעו להרכב הסגל, איכות הסגל, תוספת תקנים, וס יפוח תלמידי בתי ספר לאחיות לשירותים גריאטריים, העלאת משכורות ושיפור בתנאי העבודה.

12.3 בעיות הסגל הסיעודי.

תגובות לשאלות שהוצגו למינהלנים לגבי הליכי גיוס וברירה של הסגל הסיעודי העלו שכח העזר גויס, בדרך כלל, בלשכות העבודה ואחיות-ע"י פירסום בעיתונות. אולם, המקור העיקרי היו פניות עצמאיות של מועמדים שהתבססו על קשריהם עם מועסקים אחרים במוסד. לגבי היצע עובדי סיעוד בשוק העבודה סברו אנשי המפתח שכח עזר ניתן היה להשיג בקלות אולם היה קושי בגיוס אחיות מוסמכות (לוח 12.4). לאנשי המפתח בסגל הסיעודי, למנהלת שירותי הסיעוד ולאחות האחראית עשויה להיות השפעה מכרעת על איכות הטיפול ועל האוירה בקרב הסגל הסיעודי. המרואיינים נשאלו, לפיכך, אם נתקלו בקשיים למלא משרות אלו באנשים מתאימים. כרבע מן המרואיינים דיווחו על קשיים בגיוס סגל סיעוד בכיר.

לוח 12.4 תפיסת אנשי מפתח את הבעיות הכרוכה בגיוס סגל סיעודי (באחוזים).

מידת הקושי	קשה לגייס	אפשר לגייס	קל לגייס	סה"כ
רמת הסגל				
כללי	27.3	59.1	13.6	100
אחיות מוסמכות	60.0	33.3	6.7	100
אחיות מעשיות	31.4	48.6	20.0	100
כח עזר	20.6	38.2	41.2	100

נראה שאנשי המפתח סברו שהם מסוגלים להתמודד, בדרך כלל, עם בעית הנשירה. כפי שצויין בפרק הקודם היה שעור הנשירה 35.4%. נשירת אחיות מוסמכות הטרידה את אנשי המפתח פחות מנשירת שאר הרמות (לוח 12.5). נראה, שהסיבה לכך היא שאחיות מוסמכות מהוות רק 10% מכלל הסגל הסיעודי ושעור הנשירה בו נמוך (21%) בהשוואה לשעורי הנשירה של מעשיות וכח עזר (37%).

לוח 12.5 השפעת נשירת סגל סיעודי על העבודה (באחוזים).

רמת הסגל הסיעודי	השפעת הנשירה	מפריעה	ניתן להתמודד	איננה משפיעה	סה"כ
כלל הסגל הסיעודי	9.7	71.0	19.4	100	
אחיות מוסמכות	12.0	20.0	68.0	100	
אחיות מעשיות	6.1	51.5	42.4	100	
כח עזר	17.1	45.7	37.1	100	

הסתגלות הסגל הסיעודי ברמות ההכשרה השונות לטיפול בקשישים היתה בעיתית במחלקות שבהן יותר חולים הזקוקים לטיפול סיעודי מתמיד מאשר במחלקות תשושים (לוח 12.6).
ההצעות שהציעו אנשי המפתח לפתרון קשיי ההסתגלות הללו התייחסו בעיקר להכשרה מוקדמת בסיעוד גריאטרי.

איוש משמרות ערב, לילה וחגים מהווה לעתים בעיה מבחינת סידור העבודה של הסגל הסיעודי וזאת למרות העובדה שעבודה במשמרות אלה כרוכה בהטבות כספיות ניכרות. במחקר זה עלה שרק העבודה בחגים נתפסה כבעייתית ע"י אנשי המפתח.

רשימה נוספת של בעיות אפשריות הוצגה לאנשי המפתח. העדרויות ובעיות משפחתיות נתפסו כתחומים בעייתיים ביותר. הסעת עובדים היוותה בעיה מסויימת. הגדרות תפקיד וחילוקי דעות בקרב הסגל הסיעודי לא נתפסו כבעייתיים או שניתן היה להתמודד איתם.

לוח 12.6 תפיסת אנשי המפתח בעיתיות בתחומים שונים (באחוזים).

סה"כ	איך בעיה	ניתן להתמודד	בעייתי	מידת הבעיה	תחום הבעיה
100	14.7	61.8	23.5	עם קשישים סיעודיים	הסתגלות לעבודה
100	31.5	47.4	21.1	עם קשישים תשושים	הסתגלות לעבודה
<u>משמרות</u>					
100	64.5	32.3	3.2		ערב
100	63.4	33.3	3.3		לילה
100	30.0	46.7	23.3		חגים
100	21.9	50.0	28.1		העדרויות
100	80.1	8.6	11.4		הגדרת תפקידים
100	57.6	27.3	15.3		תחבורה
100	74.4	25.6	-		חילוקי דעות בקרב הסגל הסיעודי
100	28.1	46.9	25.0		בעיות אישיות ומשפחתיות

12.4 הערכת רמת הטיפול הסיעודי

באופן כללי העריכו אנשי המפתח את הטיפול במוסדות כסביר או טוב. ביחידות סיעודיות היתה ההתפלגות: רמה נמוכה 5.3% סבירה 34.2% טובה - 60.5%. ביחידות לתשושים רמה סבירה 47.4%, רמה טובה 52.6%. המנהלנים היו שבעי רצון מכולם מרמת הטיפול, 80% מהם בהשוואה ל- 55% מן האחיות הראשיות ו-53% מן המקצועות האחרים העריכו את רמת הטיפול כטובה.

הצעות לשיפור רמת הטיפול הסיעודי התמקדו בעיקר בפיתוח הסגל ואירגון הטיפול הסיעודי. מספר הצעות התייחסו למטופלים עצמם. למשל, יותר פיסיותרפיה, יותר ריפוי בעיסוק ותנאים פסיכיים משופרים.

5. 12 בעיות מיוחדות הקשורות לעבודה עם קשישים.

חוסר ידע, מתח נפשי ומאמץ פיסי הן בעיות שבהם נתקל סגל סיעודי בעבודתם עם קשישים מוגבלים או חסרי אונים. אנשי המפתח דיווחו על כל שלושת ההיבטים כבעיות במוסדותיהם.

לוח 12.7 תפיסת אנשי המפתח את בעיות חוסר הידע, המתח הנפשי והמאמץ הגופני אצל הסגל הסיעודי (באחוזים).

מדידת הבעיה	בעייתי	ניתן להתמודד	איך בעיה	סה"כ	תחום הבעיה
חוסר ידע	42.1	47.1	15.8	100	
מתח נפשי	30.8	53.8	15.4	100	
מאמץ גופני	28.9	57.9	13.2	100	

אנשי המפתח הציעו מספר דרכים להקלת הבעיות הללו: יותר תקנים סיעודיים, יותר גברים בכל משמרת, שבוע עבודה קצר יותר וברירה קפדנית יותר של הסגל הסיעודי. אחרים ציינו את חשיבות פיתוח הסגל הן מבחינה חינוכית והן מבחינה רגשית, הועלו הצעות לשיפור הסביבה ע"י תוספת ציוד והורדת הצפיפות.

ניתן לעתים ליעל את העבודה ולהפחית במידת מה מן המתח והמאמץ ע"י אספקת ציוד מתאים. אולם אנשי המפתח לא התייחסו אל מצב הציוד כאל בעיה עיקרית.

12.6 השתלמויות והזדמנויות קידום.

חינוך הוצע לעתים קרובות כפתרון להתגברות על בעיות האיוש. אנשי מפתח נשאלו לכן אם קיימות הזדמנויות להשתלמויות בסייעוד גריאטרי במוסדותיהם.

לוח 12.8 תפיסת אנשי המפתח את ההזדמנויות להשתלמויות הניתנות לסגל הסייעודי.

רמת ההכשרה	הזדמנויות להשתלמויות	אין	מעטות	ישנן	רבות	סה"כ
אחיות מוסמכות	35.7	17.9	21.4	25.0	100	
אחיות מעשיות	43.7	18.9	31.3	6.3	100	
כח עזר	35.5	25.8	22.6	16.1	100	

כפי שעולה מלוח 12.8 היו רק הזדמנויות מעטות להעלאת רמת הידע בכל רמות ההכשרה של הסגל הסייעודי.

מצבן של האחיות המוסמכות טוב יחסית לשאר. יתכן שהדבר כך משום שיש להן הזדמנויות להשתתף בהשתלמויות וימי עיון מחוץ למוסד. לאחיות המעשיות ההזדמנויות המעטות ביותר וזאת למרות העובדה שהן אחראיות לחלק גדול מן הטיפול הסייעודי במוסדות.

סוגי הפעילויות החינוכיות התחלקו לשלוש קבוצות עיקריות. המסגרת השכיחה ביותר היו ימי עיון או קורסים קצרים שאורגנו ע"י משרד הבריאות, קופ"ח או הסתדרות האחים והאחיות. הזדמנויות אחרות היו סיפוחים זמניים לבתי חולים כלליים ותוכניות חינוך תוך שירות במוסדות.

בהשוואה לשירותי אישפוז אחרים קיימים במוסדות סייעודיים לקשישים משרות בכירות מעטות יחסית בסייעוד. מצב זה אושר ע"י אנשי המפתח שאמרו שהזדמנויות הקידום מעטות בעיקר לכח העזר.

לוח 12.9 תפיסת אנשי המפתח את הזדמנויות הקידום (באחוזים).

רמת ההכשרה	הזדמנויות הקידום			
	איך	מעטות	רבות	סה"כ
אחיות מוסמכות	66.6	26.7	6.7	100
אחיות מעשיות	71.8	21.9	6.3	100
כח עזר	80.7	16.1	3.2	100

מאחר וחוסר אפשרות להתקדם עלולה להשפיע על מוראל הסגל, הועלו הצעות לדרכים שיש לנקוט בהם לשיפור המצב. ההצעה הרווחת ביותר היתה לאפשר לכח העזר לקבל מעמד גבוה יותר או/ו שכר גבוה יותר. מרואיינים אחרים סברו שאין מקום לשינוי במצב הקיים.

12.7 יחסים בין אישיים.

במערכת שבה מעטות ההזדמנויות להמשך לימודים או קידום ובמקום שבו רב המאמץ הפיסי והמתח הנפשי, נעשית איכות היחסים הבין-אישיים לגורם מרכזי במוראל הסגל. אנשי המפתח ראו את יחסי האנוש במוסדותיהם כחיוביים מאד. כאשר היו בעיות הן התעוררו בתוך הסגל הסיעודי.

לוח 12.10 תפיסת אנשי המפתח את מערכות היחסים הבין-אישיים (באחוזים).

מערכת היחסים	טיב מערכת היחסים			
	לקויה	תקינה	טובה מאד	סה"כ
בין הסגל הסיעודי לפיקוח במוסד	2.9	47.1	50.0	100
בין הסגל הסיעודי לבעלי מקצועות אחרים	-	38.5	61.5	100
בין הסגל הסיעודי לבין עצמם	10.5	65.8	23.7	100

מאחר ואל אנשי המפתח מגיעות בקשות תלונות והצעות מן הסגל הסיעודי התבקשו אנשי המפתח לרשום את תחומי הבקשות הרווחות ביותר ע"י הצוות הסיעודי. לפי סדר השכיחות היו התשובות:

N	
17	סדור עבודה ואירגונה
10	שכר ותנאי עבודה
10	ייעוץ והדרכה מקצועית
8	בעיות אישיות
6	בקשות להשתלמויות והמשך לימודים
5	בוררות בחילוקי דעות בסגל
5	שיפור המתקנים והציוד

8. 12 סיכום

הבעיות העיקריות שצויינו ע"י אנשי המפתח התייחסו ליידע, זמינות סגל סיעודי מתאים בשוק העבודה ותכונות אישיות של הסגל הסיעודי. הצעות לפתרונות חזרו והדגישו את הצורך בחינוך בסיסי והמשך חינוך טובים יותר, ברירה טובה יותר של הסגל, אירגון העבודה הסיעודית, שיפור במתקנים ובציוד.

ההיצע הנוכחי של סגל סיעודי ניתפס כמספק לגבי אחיות מעשיות וכח עזר, אולם צוין מחסור באחיות מוסמכות. אנשי המפתח חשו שהם מסוגלים להתמודד עם בעיות הנשירה בכל רמות הסגל הסיעודי. בעיות סגל ייחודיות כללו: הסתגלות לעבודה עם קשישים מוגבלים ביותר, איוש משמרות בחגים וגיוס אנשי מפתח לסגל הסיעודי במוסדות.

רמת הטיפול הסיעודי הוערכה כסבירה או טובה, בעיקר ע"י המינהלנים. יחסי אנוש דורגו בדרוג גבוה. אנשי המפתח הכירו במתח הנפשי הרב ובמאמץ הפיסי, בצורך בידע ובחוסר ההזדמנויות לקידום אצל הסגל הסיעודי. הצעותיהם להסרת הבעיות הללו שמו דגש על פיתוח הצוות, אירגון העבודה, ברירת הסגל הסיעודי ושיפור המתקנים והציוד.

13. מימצאים עיקריים.

13.1 גודל המוסד וסוג הבעלות

היחס בין גודל המוסד וסוג הבעלות עליו, לבין המשתנים התלויים כמו שביעות הרצון של הצוות הסייעודי, נשירת הסגל ואיכות הטיפול הם גורמים שיש להתחשב בהם בזמן תכנון שירותים. במחקר זה נמצאו קשרים מובהקים ונטיות עקביות בין המשתנים הללו. על פי רוב היו למוסדות הקטנים הציבוריים תוצאות חיוביות יותר מאשר למוסדות גדולים פרטיים.

13.2 הסביבה.

תצפיות במוסדות העלו סביבה פיסית נאותה, תחזוקה סבירה, שטחי גנים נאים ושמישים וקוי תחבורה נוחים למדי אל המוסדות. תאורה בגינה וסידורי בטחון נמצאו לקויים.

מצב היחידות היה פחות טוב. עורכי התצפית דיווחו על צפיפות. המצב בשליש מן היחידות דורג כגרוע, או גרוע מאד. השירותים היו מעטים ולא מספקים מבחינה איכותית. הציוד לרחה, תנועה ופיסיוטרפיה היה מזערי.

13.3 אירגון העבודה ותכניה.

הטיפול הסייעודי אורגן לפי מטלות. כל עובד סיפק טיפולים ל- 20 או יותר מטופלים ביום. עבודת צוות סיעודית ובין-מקצועית היתה מזערית. הן האחיות המעשיות והן כח העזר בצעו טיפולים שמעבר לרמת כישוריהם בעיקר באותם מצבים שבהם היה מחסור באחיות מוסמכות. צרכים הקשורים לטיפול אישי בסיסי בוצעו כהלכה, אולם לא ניתנה תשומת לב מספקת לתיפקודים פסיכולוגיים-חברתיים כמו עידוד לעצמאות, ייעוץ למשפחות והשתתפות בהשתלמויות. שלוש הבעיות העיקריות שדווחו ע"י אנשי המפתח נגעו לגיוס סגל איכותי, איוש משמרות חג והעדרויות.

13.4 הרכב הסגל וזמינותו.

הסגל הסייעודי היה מורכב מ- 10% אחיות מוסמכות, 20% אחיות מעשיות ו-70% כח עזר. הטווח במס.שעות הטיפול הסייעודי ביממה למטופל היה רחב, מ- 1.52 שעות עד 4.40 שעות (ממוצע - 2.33 שעות). מחצית משעות הטיפול ניתנו במשמרת היום, שני שליש משעות הטיפול ניתנו ע"י כח העזר. בשליש מן היחידות לא נמצאו כלל אחיות מוסמכות בשבוע שנתוניו שמשו בסיס לניתוח. מספר רב יותר של שעות טיפול בחולה ביממה, ביחוד ע"י אחיות מוסמכות ומעשיות, היה קשור באמונת הצוות ביכולתו לתרום ובתחושת מתח נמוכה יותר. מספר שעות טיפול רב יותר ע"י אחיות מוסמכות ומעשיות נמצא במתאם עם איכות יחידה גבוהה יותר. פסיכופיסיסטים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים ועובדי תעסוקה הועסקו בדרך כלל בשיעור נמוך מן התקנים המומלצים.

13.5 יחסי אנוש.

יחסים בין אישיים דורגו על פי רוב כחיוביים ע"י עורכי התצפית, ע"י הצוות הסייעודי ביחידות ועל ידי אנשי המפתח. יש לשער שיחסים אלו הם מקור חשוב של תמיכה לסגל הסייעודי ותורם לנשירה שאינה גבוהה יחסית ולרצון להשאר בתפקיד.

13.6 שביעות רצון הצוות הסייעודי והסתגלותו.

נראה שהצוות הסייעודי היה שבע רצון מן ההיבטים האינטרינזיים של עבודתם. היו להם עמדות חיוביות לקשישים והם חשו שהחולים, הממונים עליהם ומשפחותיהם מעריכים את עבודתם. הם תפסו עצמם כבעלי עצמאות בעבודתם וסברו כי ניתנת להם ההזדמנות להשתמש בידע שלהם ובמיומנויות שבידיהם. אנשי הצוות הסייעודי ניגשו והחלו בתפקידם בטיפול בקשישים עם ציפיות ריאליות ותיכננו להמשיך בתפקידם; וזאת, למרות שכמחצית מן הצוות ציינו שיש ביכולתם להשיג מקום עבודה טוב מזה שיש בידם. ברם, הצוות הסייעודי, בכלל, וכח העזר, בפרט, לא היו שבעי רצון ממשכורותיהם, גם הצוות הסייעודי וגם אנשי המפתח האמינו שעבודתם כרוכה במאמץ פיזי ובמתח נפשי ניכרים. הם סברו שההזדמנויות להמשיך לימודים והשתלמויות במוסד עצמו ומחוץ לו הם מזעריות וכך גם ההזדמנויות הקידום שלהם.

7. 13 נשירת עובדי הסיעוד.

שעור הנשירה הכללי שנמצא נמוך מעט מן המדווח בספרות. לגבי כל הסגל הסיעודי היה השיעור 35.4%. לגבי אחיות מוסמכות 21% ולגבי אחיות בתפקידים בכירים 11%. שלושה רבעים ממקרי הנשירה חלו בשנה הראשונה להעסקת העובד, תקופת נסיון לגבי העובד והמעביד כאחד. כמחצית (45%) מן העוזבים פוטר, רובם זמן קצר ביותר לאחר התחלת העבודה. חמישים אחוז מן הנשירה היו מסיבות שאינן קשורות לעבודה ואירעו בתקופות מאוחרות יותר. אנשי המפתח חשו שהנשירה לא היוותה בעיה עיקרית וניתן היה להתמודד אתה. ניתוח קנוני מבחין העלה פחות נשירה במוסדות שהסגל שלהם כלל יותר אחיות בעלות הכשרה, במוסדות גדולים יותר ובין עובדים בעלי הכשרה גבוהה יותר וותק רב יותר.

8. 13 איכות החיים ואיכות הטיפול.

איכות החיים של המטופל כיחיד כולל שני משוורים: טיפול אישי בסיסי, ותמיכה-ואלן נמצאו ברמה טובה. לעומת זאת, מידת השליטה של המטופל בחייו היתה מוגבלת מאוד והאפשרויות שניתנו לו לקבל החלטות ולהביע את ייחודו ע"י חפצים פרטיים היו מצומצמות מאוד. חוסר פרטיות היתה תופעה רווחת. הסגל התמקד על היבטים פיסיים של הטיפול על חשבון פעילויות פסיכולוגיות-חברתיות.

כך גם לגבי פעילויות חברתיות. לרשות המטופלים כמעט ולא עמדו עובדים או מתנדבים לאירגון פעילויות מסוג זה. שטחים לעבודה קבוצתית ובידור היו מצומצמים, או שלא היו קיימים כלל. פיצוי מה לחסר בתכניות יזומות מצד המוסדות ניתן ע"י פתיחת המוסדות למשפחות וחברים.

הסביבה הפיסית של המוסדות לא איפשרה איכות חיים. למרות שהמוסדות היו נקיים, חסרו אוירה ביתית וטיפול אסטטי. גנים ומרפסות שימשו באופן יעיל.

13.9 טיפול בריאותי.

ששים אחוז מאנשי המפתח דרגו את הטיפול הסיעודי במוסדם כטוב. תצפיות העלו מחסור במתקנים וציוד כגון: מכשירי רנטגן, ציוד מעבדות ויחידות לטיפול בשיניים. קשרים המשכיים עם בתי חולים באיזור יכולים לפצות על חסרים אלו. צרכים בריאותיים בסיסיים מולאו, אולם, הטיפול המונע והטיפול המשקם כמו: תנועה, אימון בעשיית צרכים ושימוש בעזרים ובתותבות-לא היו מספקים.

14. מסקנות עיקריות והמלצות.

1. נראה שמוסדות קטנים, ציבוריים טובים יותר מבחינת הטיפול הסיעודי וצרכי הסגל, יש לתת את הדעת למימצא זה בעת תכנון מוסדות לקשישים.
2. הסביבה הפיסית והמיתקנים במוסדות שעלו במידגם, איפשרו טיפול אישי בסיסי טוב, אולם, היו צפופים מדי, נעדרו בהם פרטיות והזדמנויות לפעילות קבוצתית. יש להקצות שטח ומיתקנים כדי לענות על צרכים אלו.
3. מספר שעות הטיפול הסיעודי ביממה בחולה אינם מספיקים ברוב המוסדות. יש לבחון מחדש את התקנים המומלצים לגבי שעות הסגל הסיעודי והרכבו וליישם את ההמלצות המתאימות.
4. שעות נמוך של אחיות מוסמכות למטופלים לא מאפשר הערכה נכונה של מצב החולה וטיפול נאות בו. כמו כן, לא התאפשרו פיקוח מתאים והדרכת הסגל הסיעודי. אנו ממליצים על היצע רב יותר של אחיות מוסמכות, בעזרת תכניות חינוכיות, תנאי עבודה משופרים וע"י פיתוח תדמית חיובית של תפקיד האחות הגריאטרית.
5. ניתוח של תכני העבודה הראה שאחיות מעשיות וכח עזר ביצעו פעילויות סיעודיות שמעבר לכישוריהן. אנו ממליצים על תאורי תפקיד ופיתוח דרישות לתפקידי סיעוד גריאטרי. כמו כן מומלץ על פיתוח תכניות חינוכיות שיגשרו על הפער בין כישורי הצוות הסיעודי לבין העשיה הסיעודית.
6. מה שנראה כהכנה בלתי מספקת בסיעוד גריאטרי, לגבי כל רמות ההכשרה, משמש בסיס להמלצתנו שכל תכנית סיעוד בסיסית תיכלול מרכיב של תיאוריה ועשיה בסיעוד גריאטרי ושיתכניות מתקדמות תעמודנה לרשות מומחים קליניים בסיעוד.
7. לרשות הסגל הסיעודי בכל רמות ההכשרה היו הזדמנויות מיזעריות לקידום והמשך לימודים. אנו ממליצים על ייסוד מערכת של תכניות לימודים בין-מוסדיות ותוך-מוסדיות לכל רמות הסגל הסיעודי. זאת על מנת לעודד את העובדים ולאפשר להם לממש את יכולתם המירבית.
8. הצוותים הסיעודיים ביחידות דיווחו על מתח נפשי ויותר מאמץ פיסי. אנו ממליצים שתמצאנה דרכים להפגת מתחים נפשיים ושיונפק ציוד מתאים ותכניות פיזיותרפיה להקלת המאמץ הפיזי.

9. מצאנו שהנשירה היתה נמוכה יחסית ושרובה הצטמצמה בששה החודשים הראשונים להעסקת העובד. על מנת להפחית נשירה של עובדים חדשים, אנו ממליצים להתוות הנחיות לפיתוח שיטות ברירה, אוריינטציה ותמיכה בעובדי סיעוד חדשים.

10. אירגון העבודה היה מבוסס, על פי רב, על שיטת המטלות. עבודת צוות היתה מעטה. שיטה זו מונעת גמישות טיפול כוללני איכותי. אנו ממליצים על פיתוח סיעוד ראשוני ועבודת צוות ועל שיפור שיטות הפיקוח על מנת לשפר את איכות הטיפול ואיכות החיים של המטופלים.

11. הטיפול הבריאותי והטיפול האישי - בסיסי היו טובים. העמדות כלפי קשישים היו חיוביות אולם נחוץ שיפור בפעילות בתחום המניעה, השיקום וההתייחסות האישית. אנו ממליצים שגופים מינהלתיים ומקצועיים וכמו כן הסגל המוסדי עצמו, ידגישו את ההיבטים הפסיכולוגיים - חברתיים, שיקומיים ומונעים של הטיפול ע"י הקצאת משאבים ופיתוח תכניות מתאימות.

12. נמצא שמעורבות הקהילה ופעילות מתנדבים במוסדות היתה מזערית. אנו ממליצים על טיפוח מעורבות כזו ע"י פיתוח קשרים עם גופים מתנדבים בקהילה וע"י הבטחת קליטתם של המתנדבים במוסדות.

13. כמו כן אנו ממליצים על הקמת מרכזי טיפול לדוגמה שבהם יושם הדגש על איכות חיים, על היבטים שיקומיים בטיפול ועל ניצול יעיל של הסגל הסיעודי. מרכזים כאלו יש לקשור לתכניות חינוכיות קיימות בסיעוד.

ביבליוגרפיה

- Benson, Evelyn R. 1982. Attitudes towards the elderly: a survey of nursing literature. J. Geront. Nursing 8: 279-281.
- Bergman, S.; J. Habib and A. Tomer. 1982. Manpower in Services for the Aged in Israel (Discussion Paper 80-82) Jerusalem: Brookdale Institute. (Hebrew)
- Bergman, R.; H. Golander; T. Natan; M. Rabinovitz; and A. Ron. 1982. Quality of care in services for the elderly: a working group report. Special series 12-82. Jerusalem: Brookdale Institute. (Hebrew)
- Bergman, S.; J. Habib; and A. Tomer. 1980. Manpower in Services for the Aged in Israel (Discussion Paper 45-80) Jerusalem: Brookdale Institute. (Hebrew)
- Bergman, R.; N. Shavitt; L. Zwanger; and R. Sharon. 1977. Workshop of graduates of schools for practical nurses in Israel. Int. J. Nursing Studies 14: 167-198.
- Campbell, Margaret Eleanor. 1971. Study of the attitudes of nursing personnel towards the geriatric patient. Nurs. Research 20: 147-151.
- Central Bureau of Statistics, No. 32, 1981.
- Darabassi Report. 1981. Committee for Examination of Needs and Costs in Homes for the Aged. Jerusalem. (Hebrew)
- Factor, H.; Michal Guttman; and Amir Shmueli. 1982. Mapping of the long-term care services for the aged in Israel. Special Series 15-82. Jerusalem: Brookdale Institute. (Hebrew)

Flagle, Charles D.; John P. Young; Eleanor McKnight; and Lester Danahy.

1977. Health services in long-term care. Baltimore: John Hopkins University.

George, Linda K. et al. 1979. Quality of care in nursing homes:

attitudinal and environmental factors. Durham: Duke University Medical Center.

Gielow, Patricia Diane. 1970. The relationship between environmental personalization and life satisfaction for elderly nursing home

residents. Master's Thesis, School of Nursing, Adelphi University. Garden City, New York.

Gillis, Marian. 1973. Attitudes of nursing personnel towards the aged.

Nurs. Research. 6: 517-20.

Gottesman, Leonard E. and Norman C. Bourestom. 1974. Why nursing homes do what they do. Gerontologist pp. 501-506.

Harman, R.J. 1977. Nursing information systems. J. Nurs. Admin. 7: 14-20.

Hatton, Jean. 1977. Nurses' attitudes towards the aged: relationship to nursing care. J. Geront. Nurs. 3: 21-26.

Harpaz, H.; I. Sivan; and M. Padida. 1981. Population in Tel Aviv homes for aged: characteristics, life conditions and attitudes.

Gerontologia 19-20: 27-40. (Hebrew)

Hendels, Y.; L. Apel and A. Sagin. 1982. Satisfaction of nurses at work.

Social and Economic Research Institute, Federation of Labour.

Tel-Aviv.

Hendelsman, M. et al. 1971. Nursing personnel in general hospitals.

Tel-Aviv: Institute of Work Productivity. (Hebrew)

Herzberg, F. et al. 1959. Motivation to work. 2nd ed. New York: Wiley

Interscience.

- Ittleeson, W. et al. 1970. Bedroom size and social interaction in the psychiatric ward. Environment and Behavior 12: 255-270.
- Klein, Susan D. 1980. Synthesis and dissemination of health services research for state and municipal leaders. National Center for Health Services Research, Department of Health and Human Services. Hyattsville: Maryland.
- Knapp, Martin and Kostas, Harissis. 1981. Staff vacancies and turnover in British old people's homes. Gerontologist 21: 76-83.
- Knapp, Martin and Missiakoulis, Spyros. 1977. Predicting turnover rates among old people's home staff. Discussion Paper 177/3. Personal Social Services Research Unit. University of Kent at Canterbury.
- Linn, Margaret W.; Lee Gurel and Bernard S. Linn. 1977. Patient outcome as a measure of quality of nursing home care. Am. J. Publ. Health (April): 337-344.
- Louis, Margaret. 1981. Personal space boundary needs of elderly persons: an empirical study. J. Geront. Nurs. 7: 395-400.
- Lum, J. 1979. WICHE panel of experts. J. Nurs. Admin. 9: 11-18.
- Lutzky, Neil S. 1981. Trends in research on attitudes towards elderly persons. Paper presented at the XII International Congress on Gerontology, Hamburg.
- Magid, S. and Rhys-Hearn, C. 1981. Characteristics of patients as related to nursing needs. Inter. J. Nurs. 18: 97-106.
- Mather, William G.; Virginia C. Colflesh; Charles C. Crawford and H. Kirk Dansereau. 1970. Characteristics and turnover of nursing personnel in a medical sociological center. Pennsylvania nursing homes. 1970 Research Report, No. 2. Pennsylvania State University.

- Mendelson, S.B. 1977. General conclusions on norms, standards and the preparation of guidelines for the physical design of homes and environments for the aged in Israel. Draft report, Government Committee on the Provision of Services to the Aged.
- Ministry of Health and the Central Bureau of Statistics. 1978. Statistics of diagnosis of hospitalized patients, 1974. Special Publication no. 577. Jerusalem.
- Ministry of Social Affairs. 1981. Report of the committee to examine the needs and cost of institutions for the aged. Mimeo. (Hebrew)
- Ministry of Social Affairs. 1980. Report A: Committee to examine conditions in homes for the aged. Jerusalem. (Hebrew)
- Moos, Rudolf H. and Sonne, Lemke. 1980. Assessing the physical and architectural features of sheltered care settings. J. Geront. 35: 571-583.
- Moos, Rudolf H. 1981. Environmental choice and control in community care settings for older people. J. Appl. Soc. Psych. 11: 23-7.
- Newcomer, Robert J. and Michael A. Caggiano. 1981. Environment and the aged person. Chapt. 3 in Irene Burnside-Mortenson (ed.), Nursing and the Aged, 2nd ed. New York: McGraw-Hill.
- Newswatch. 1980. Nurse Shortage Hits Nursing Homes Hardest Due to Job Conditions. Witnesses Testify. Geriatric Nursing. Nov-Dec.pp. 216.
- Pastalan, L. 1981. How the elderly negotiate their environment in Irene Burnside-Mortenson (ed.), Nursing and the Aged, 2nd ed. New York: McGraw-Hill.
- Price, J.J. 1977. Turnover. Ames, Iowa: Iowa State University Press.

- Rhys-Hearn, C. 1979. Staffing geriatric wards, trials of a package - 1. Nursing Times 75: 45-48.
- Rhys-Hearn, C. 1982. Report of updated values for Western Australian nursing homes patients. Mimeo.
- Riportella-Muller, R. and D. Slesinger. 1982. The relationship of ownership and size to quality of care in Wisconsin nursing homes. Gerontologist 22: 429-434.
- Rosenfeld, Alan S. 1978. Final Report. A comprehensive study of the quality of life and care in Worcester nursing and rest homes. Mass.: City of Worcester.
- Seybolt, J.; C. Pavett and D.D. Walker. 1978. Turnover among nurses: it can be managed. J. Nurs. Admin., pp. 4-9.
- Stember, M; Ferguson, J.; Conway, K.; Yingling, M. 1978. Job Satisfaction research - an aid in decisionmaking. Nurs. Admin. Q. 24: 95-105.
- Stryker-Gordon, R. 1979. Minnesota study suggests means of reducing turnover rates in nursing homes. J. Nurs. Admin. :17-20.
- Taylor-Heitzeg, Kathleen and Thomas Lee Harned. 1978. Attitudes toward old people: a study of nurses who care for the elderly. J. Geront. Nurs. 4: 43-47.
- Wandelt, Mabel A. 1972. Three instruments for measuring the quality of nursing care. Hospital Topics (August), 20-29.
- Wolf, Gail A. 1981. Nursing turnover: some causes and solutions. Nurs. Outlook, 233-236.
- Youket, Paul W. 1980. Studies of nursing home care: growth, staff and resident activities, costs, patient classification and case mix, and quality. Ph.D. Thesis, Brandeis University.

נ ס פ ח א'

דו"ח תצפית במוסד גריאטרי - המוסד

שם המוסד: _____ טלפון: _____

כתובת: רח' _____ מס' _____ ישוב _____

המראיין _____

שעות התצפית (כולל שעות צהריים) _____

סוג המוסד: 1. מרכז גריאטרי 2. בית אבות סיעודי 3. מוסד סיעודי 4. אחר _____

סוג הישוב: 1. ישוב כפרי 2. עיר 3. עיר גדולה 4. אחר _____

מיקום לגבי הישוב: 1. מבודד 2. בשוליים 3. במרכז _____

גישה למוסד: 1. תחבורה פרטית 2. שירות מוניות 3. אוטובוס _____

תדירות תחבורה ציבורית: 1. לעתים רחוקות 2. יום א' 3. כל שעה 4. לעתים קרובות _____

סדורי בטחון: 1. אין 2. גרועים 3. בינוני 4. טוב _____

פירוט: _____

סוג המבנה 1. בנין מרכזי 2. ביתנים 3. מעורב _____

<u>הגינה</u>	<u>1 אין</u>	<u>2 גרוע</u>	<u>3 בינוני</u>	<u>4 טוב</u>
מימדים	1	2	3	4
מצב טיפוח	1	2	3	4
צל	1	2	3	4
מקומות ישיבה	1	2	3	4
תאורה	1	2	3	4
התאמה (רמפות שביל, מעקים)	1	2	3	4
ציון כולל גינה	1	2	3	4

הערות: _____

<u>מבנים</u>	<u>1 אין</u>	<u>2 גרוע</u>	<u>3 בינוני</u>	<u>4 טוב</u>
התאמה לצרכים (מעליות, רמפות)	1	2	3	4
פתחים	1	2	3	4
הסקה/מיזוג אוויר	1	2	3	4
נקיון	1	2	3	4
מצב תחזוקה	1	2	3	4
שלמות מתקנים	1	2	3	4
טיפול (וילונות תמונות)	1	2	3	4
ציון כולל, מבנים	1	2	3	4
<u>חדרי עזר</u>	1			
חדר תרבות/ספריה	1	2	3	4
בית כנסת	1	2	3	4
חדר עיסוקים	1	2	3	4
ציון כולל	1	2	3	4
<u>מבנים ושירותים רפואיים</u> <u>וטיפוליים</u>				
חדר פיזיותרפיה	1	2	3	4
מרפאה	1	2	3	4
חדרי ייעוץ	1	2	3	4
רנטגן	1	2	3	4
מעבדה	1	2	3	4
טיפול שיניים	1	2	3	4
ציוד לטיפול סיעודי שוטף (חמצן, עגלות תרופות חוקנים)	1	2	3	4
הערות:				
קירבה למרכז רפואי	1	2	3	4
קשר למרכז רפואי	1	2	3	4
ציון כולל מבנים ושירותים רפואיים-טיפוליים	1	2	3	4
הערות:				

נ ס פ ח ב'

דו"ח תצפית במוסד גריאטרי - היחידה

שם המוסד: _____

סוג היחידה (לפי הגדרת המנהל) 1) סיעודית 2) תשושים 3) פסיכו-גריאטרית
4) מעורב 5) אחר 6) כולל

צפיפות (לפי סוג היחידה)

סוג החדר	מספר חדרים	תפוסה (מס' מיטות מלאות)
חדר לבודד		
2 בחדר		
3 בחדר		
4 בחדר		
5 ויותר בחדר		
סה"כ		

ציון צפיפות כולל (התרשמות משטח, גישה למטופל, אפשרות שמירה על איכות החיים)
1. גרוע מאד 2. גרוע 3. בינוני 4. טוב

שירותים וחדרי רחצה

מספר המטופלים ליחידת שירותים 1. 10+ 2. 6-10 3. 3-5 4. עד 2

1 איך	2 גרוע	3 בינוני	4 טוב
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

התאמה לצרכי המטופלים

אחזקה וטיפול

ציון שירותים כללי

ציוד משק בית וטיפול

1	2	3	4
1	2	3	4

חדר טיפולים

ציוד שוטף עגלות נכים, כסאות

4 3 2 1
4 3 2 1

רמת אספקה שוטפת
ציון כולל משק בית וטיפול

כללי

4 3 2 1
4 3 2 1
4 3 2 1
4 3 2 1
4 3 2 1
4 3 2 1
4 3 2 1
4 3 2 1
4 3 2 1
4 3 2 1
4 3 2 1
4 3 2 1

פרטיות (פרגוד)
אפשרות לביטוי אישי (תמונות, כריות)
התאמת הצידוד לצרכי המטופל
נקיון היחידה
טיפול סטטי
אפשרויות הקשורות (פעמון, קשר עין, מוניטור)
הסקה/איורור
גישה למרפסת/גינה
איזור בידור ביחידה
רמת הרעש
מצב הריחות
ציון כולל

המטופלים

4 3 2 1
4 3 2 1
4 3 2 1
4 3 2 1
4 3 2 1
4 3 2 1
4 3 2 1
4 3 2 1

סוג הלבוש 1. מוסדי 2. מעורב 3. פרטי
התאמת הלבוש
מצב הלבוש
נקיון אישי (צפרנים)
טיפול החן האישי (תגלחת, איפור, תסרוקת)
דאגה לתנוחה ותנועה
דאגה לניקוי וריקון הפרשות במצבי אי שליטה על סוגרים
ציון כולל לבוש וטיפול אישי

מזון ותזונה

4	3	2	1	כמות
4	3	2	1	איכות
4	3	2	1	מיגוון (אפשרות בחירה)
4	3	2	1	צורת הגשה (אסטטית ופונקציונאלית)
4	3	2	1	עזרה ועידוד (כולל שתיה)
4	3	2	1	ציון כולל מזון ותזונה

היחס למטופל (אישי וקבוצתי)

4	3	2	1	צורת הפניה וטון הדיבור
4	3	2	1	התחשבות במיגבלות תנועה
4	3	2	1	התחשבות במיגבלות ראייה ושמיעה
4	3	2	1	יחס במצבי אי שליטה על סוגרים
4	3	2	1	היענות הצוות לקריאת המטופלים
4	3	2	1	בקרה שיטתית על מטופלים (או נוכחות הסגל הסייעודי)
4	3	2	1	תיקשורת מילולית ואחרת
4	3	2	1	עידוד לקבלת החלטות (אישית וקבוצתית)
4	3	2	1	עידוד לתיפקוד מירבי
4	3	2	1	דאגה להפעלה קבוצתית ובידור
4	3	2	1	ציון כולל יחס וטיפול אישי וקבוצתי

הערות:

קשר עם קרובי המטופלים ועם הקהילה

4	3	2	1	פתיחות היחידה
4	3	2	1	תמיכה ומתן מידע למשפחה
4	3	2	1	שיתוף המשפחה בטיפול (איזון)
4	3	2	1	ציון כולל קשר עם המשפחה
4	3	2	1	הימצאות מתנדבים
4	3	2	1	משמעות פעילותם
4	3	2	1	יחס למתנדבים ע"י הצוות
4	3	2	1	ציון כולל קשר לקהילה
4	3	2	1	<u>תיפקוד עובדים</u> (יחסים בין אישיים)
4	3	2	1	הופעה חיצונית של הסגל
4	3	2	1	טון הדיבור ויחסים בין אישיים
4	3	2	1	שיתוף פעולה בין אנשי צוות סיעודי
4	3	2	1	שיתוף פעולה בין אנשי צוות בין-מקצועי
4	3	2	1	יחס לעובדים לא מקצועיים
4	3	2	1	יחס צוות סיעודי - הנהלה
4	3	2	1	ציון כולל יחסים בין אישיים

סיכומי לוח מצבת כח-אדם סיעודי במשך שבוע

_____ שעות טיפול יומי אחיות מוסמכות
 _____ שעות טיפול יומי אחיות מעשיות
 _____ שעות טיפול יומי כח-עזר ומטפלות
 _____ סה"כ שעות טיפול משמרת בוקר
 _____ סה"כ שעות טיפול משמרת ערב
 _____ סה"כ שעות טיפול לילה

נ ס פ ח ג'

שאלון לאיסוף נתונים ממנהל המוסד ומסמכי המשרד

המוסד _____

המראיין _____

משתנים אירגוניים

שנת ייסוד המוסד _____

שנת ייסודו עמוד גריאטרי _____

תפקיד המראיין (1 מנהל (2 מנהל אדמיניסטר. (3 אחות ראשית (4 רופא (5 אחר

בעלות המוסד (1 ממשלה (2 עיריה (3 קופ"ח/משען (4 גוף וולונטרי (5 פרטית/משפחתית
(6 פרטית/חברה (7 אחר _____

גודל המוסד (מס' מיטות) _____ מיטות _____

מס' מיטות ביחידות סיעודיות _____ מיטות _____

תפוסה (מס' מיטות תפוסות) ביחידות סיעודיות _____ מיטות _____

מחיר ליום אישפוז חולה פרטי ביח' סיעודית _____ שקלים _____

מחיר ליום אישפוז חולה קופ"ח ביחידה סיעודית _____ שקלים _____

מחיר ליום אישפוז חולה משרד הבריאות ביחידה סיעודית _____ שקלים _____

מס' מיטות ביחידות תשושים/תשושי נפש _____ מיטות _____

תפוסה מס' מיטות תפוסות ביחידות תשושים ותשושי נפש _____ מיטות _____

מחיר ליום אישפוז חולה פרטי ביחידות תשושים _____ שקלים _____

מחיר ליום אישפוז קופ"ח ביחידות תשושים _____ שקלים _____

מחיר ליום אישפוז חולה משרד הבריאות ביחידות תשושים _____ שקלים _____

מס' מיטות ביחידות שיקומיות _____ מיטות _____

תפוסה ביחידות שיקומיות _____ מיטות _____

מחיר ליום אישפוז לחולה פרטי ביחידה שיקומית _____ שקלים _____

מחיר ליום אישפוז לחולה קופ"ח ביחידה שיקומית _____ שקלים _____

מחיר ליום אישפוז לחולה משרד הבריאות ביחידה שיקומית _____ שקלים _____

האם קיימת חלוקה לפי סוגי יחידות? (1 אין (2 חלקית (3 ברורה

המטופלים

כמה חולים ממונים ע"י?

1. משדד הבריאות _____
2. קופת חולים _____
3. פרטי _____
4. אחר, פרטי: _____

המטופלים (המשך)

ההרכב עדתי של המטופלים (1 אסיה אפריקה (2 בלקן (3 אמריקה הלטינית
(4 מז' אירופה (5 מע' אירופה (6 ישראל
(7 ארצות אנגלו סקסיות (8 יוצאי ארץ מסויימת
(9 מעורב

התפלגות הגילים, מספר האנשים בגיל:

- (1 עד 64 _____
- (2 65-74 _____
- (3 75-84 _____
- (4 85 + _____

מקום מגורי המטופלים לפני העברתם למוסד באחוזים (אומדן).

1. בסביבה הקרובה _____
2. בישוב מרוחק מהמוסד _____
3. בחו"ל _____
- במוסד אחר _____

הערות:

הקשר לקהילה:

המקשר (1 מנהל (2 עו"ס (3 אחר _____
האם ישנם גופים ציבוריים רשמיים הקשורים למוסד (1 לא (2 כן
האם ישנם גופים וולונטריים ("ויצו", "הדסה") הקשורים למוסד (1 לא (2 כן
האם ישנם גופים פרטיים הקשורים למוסד (1 לא (2 כן
קשרים עם הקהילה: (דירוג: (1 אין (2 מעט (3 במידה בינונית (4 במידה רבה

סוג הקשר	תכיפות	היקף	משמעות
תרומות	4 3 2 1	4 3 2 1	4 3 2 1
עבודה טיפולית	4 3 2 1	4 3 2 1	4 3 2 1
עבודה משרדית	4 3 2 1	4 3 2 1	4 3 2 1
אירגון אירועים במוסד	4 3 2 1	4 3 2 1	4 3 2 1
אירגון אירועים מחוץ למוסד	4 3 2 1	4 3 2 1	4 3 2 1
פעילות חברתית	4 3 2 1	4 3 2 1	4 3 2 1
פעילות תרבותית	4 3 2 1	4 3 2 1	4 3 2 1

ציון כולל להערכת הקשר עם הקהילה _____

מס' עובדי סיעוד במוסד

האם, בשנה האחרונה מספר עובדי הסיעוד במוסד (1 ירד (2 נשאר קבוע (3 עלה

מהי דרך איוש המשרות בצוות הסיעודי? _____

מי אחראי לאיוש משרת הסיעוד ?

הערות: _____

כלל העובדים במוסד

סוג העובד	מס' תקנים	מס' משרות	הערות
רופא			
מינהלן			
אח' מוסמכות			
אח' מעשיות			
כוח-עזר			
עובדי מינהל			
משק בית			
עובד סוציאלי			
פיזיותרפיסט			
מרפא בעסוק			
מדריך חברתי			
דיאטיקן			
מטפלים פרטיים			
שומר			
פסיכולוג			
מטבח			
מכבסה			
אם בית			
תחזוקה			
גנן			
אחר			

נ ס פ ח ד'

הסגל סיעודי (עובדים - ונושרים)

שם המוסד: _____

סוג היחידה: _____

- תפקיד העובד: 1. אחות ראשית
2. אחות אחראית יחידה
3. מפקחת קלינית
4. אחות מן השורה
5. אחר (פרט)

- סוג העובד: 1. אחות מוסמכת
2. אחות מעשית
3. כח-עזר
4. אחר

הכשרה על
בסיסית
(הגבוהה
ביותר)

1. קורסים על בסיסים
2. קורס מיוחד בגריאטריה
3. לימודי תעודה
4. תואר ראשון בסיעוד
5. תואר שני

שנת לידת העובד: _____

מין העובד: (1) זכר (2) נקבה

ארץ לידת העובד: _____

שנת עליה: _____

ותק במוסד: _____

מספר שעות עבודה בשבוע: _____

האם העובד עזב את המשרה? (1) לא (2) כן

אם כן: מה היא סיבת העזיבה? _____

האם אוישה המשרה? (1) לא (2) כן

נ ס פ ח ה'

שאלון לאנשי מפתח במוסדות גריאטריים

שם המוסד: _____

המראיין: _____

תפקיד המראיין: (1 מנהל (2 מנהל אדמיניסטרטיבי (3 אחות ראשית (4 רופא/מנהל רפואי
(5 עו"ס (6 אחר _____

שנת לידה: _____

מין (1 נקבה (2 זכר

ארץ מוצא: _____

שנת עליה: _____

ותק במוסדות גריאטריים (בשנים) _____

ותק בתפקיד (בשנים) _____

הכשרה מיוחדת בגריאטריה (1 לא (2 כן פרט: _____

הכשרה מיוחדת בשטחים אחרים (1 לא (2 כן פרט: _____

מהן בעיניך 3 הבעיות העיקריות הקשורות בצוות הסיעודי שבהן אתה נתקל בעבודתך במוסד?

מהם הפתרונות שיש בידך לבעיות שצינת?

לפניך מספר בעיות בתחומים שונים הקשורים בסיעוד במוסדך את(ה) מתבקש(ת) להעריך באיזו מידה מהווה כל נושא בעיה במוסדך:

מספר עובדי סיעוד (כללי)	1 פחות מדי	2 מתאים	3 יותר מדי
מספר האחיות המוסמכות	1	2	3
מספר האחיות המעשיות	1	2	3
מספר המטפלות או כח-עזר	1	2	3

הצעות לשינוי המצב:

זמינות עובדי סיעוד (כללי)	1 קשה להשיג	2 ניתן להשיג קל להשיג
זמינות אחיות מוסמכות	1	2
זמינות אחיות מעשיות	1	2
זמינות כח-עזר	1	2

האם תחלופת עובדי סיעוד אצלכם	1 משבשת את העבודה	2 ניתן להתמודד	3 אינה מפריעה
האם תחלופת אחיות מוסמכות	1	2	3
האם תחלופת אחיות מעשיות	1	2	3
האם תחלופת מטפלות וכח-עזר	1	2	3

האם הסתגלות לעבודה עם קשישים אצל עובדי סיעוד	1 מהווה בעיה	2 ניתן להתמודד	3 אין בעיה
האם הסתגלות לעבודה במחלקה הסייעודית	1	2	3
האם הסתגלות לעבודה במחלקת תשושים	1	2	3
האם הסתגלות לעבודה במחלקה השיקומית	1	2	3

הצעות לפתרון:

נכונות הצוות לעבוד במשמרות מסוימות:

1	מהוה בעיה	2	ניתן להתמודד	3	אין בעיה	במשמרות ערב
1	"	2	"	3	"	במשמרת לילה
1	"	2	"	3	"	בשבתות וחגים

האם קימות בעיות באיזו תפקידים מסויימים בתחום הסיעוד?

1	מהוה בעיה	2	ניתן להתמודד	3	אין בעיה	אחות ראשית במוסד
1	"	2	"	3	"	אחראית מחלקה
1	"	2	"	3	"	אחרים:

האם העדרויות מן העבודה בקרב עובדי סיעוד

1	"	2	"	3	"	במוסד:
---	---	---	---	---	---	--------

האם קימת בעיה בעיה של הגדרת תפקידים סיעודיים במוסדכם 1. מהוה בעיה 2. ניתן להתמודד 3. אין בעיה

חילוקי דיעות בין הצוות הסיעודי למטפלים אחרים 1. מהוה בעיה 2. ניתן להתמודד 3. אין בעיה

האם תנאי העבודה מהוים בעיה לגבי עובדים הסיעודיים 1. מהוה בעיה 2. ניתן להתמודד 3. אין בעיה

בעיות אישות (סידור ילדים, בריאות וכו') 1. מהוה בעיה 2. ניתן להתמודד 3. אין בעיות

כיצד היית מגדיר(ה) את רמת הטיפול הסיעודי ביחידות השונות?

1	נמוכה מדי	2	סבירה	3	טובה	מחלקה סיעודית
1	"	2	"	3	"	מחלקת תשושים
1	"	2	"	3	"	מחלקת שיקומית

הצעות לפתרון:

חוסר הידע הקשור בטיפול בקשישים בין עובדי הסיעוד במוסדכם

1 מהוה בעיה 2 ניתן להתמודד 3 אינו מהוה בעיה

המאמץ הנפשי הכרוך בעובדה ממושכת עם קשישים

1 מהוה בעיה 2 ניתן להתמודד 3 אינו מהוה בעיה

האם הקושי הפיזי הכרוך בעובדה עם קשישים שבחלקם אינם מסוגלים לשרת את עצמם

1 מהוה בעיה 2 ניתן להתמודד 3 אינו מהוה בעיה

הצעות לפתרון:

האם מצב הצינוד ביחידות?

1 מהוה בעיה 2 ניתן להתמודד 3 אינו מהוה בעיה

האם ניתנות אפשרויות השתלמות לצוות בתחום סיעוד קשישים?

1 לא ניתן 2 במידה מעטה 3 במידה בינונית 4 במידה רבה

1. לאחיות מוסמכות	1 לא ניתן	2 במידה מעטה	3 במידה בינונית	4 במידה רבה
2. לאחיות מעשיות	1 "	2 "	3 "	4 "
3. למטפלות וכח-עזר	1 "	2 "	3 "	4 "

מהו סוג ההשתלמות?

האם ניתנות במוסדכם הזדמנויות קידום בתפקיד לעובדי סיעוד?

לאחיות מוסמכות	1 לא קיימות	2 לעיתים	3 קיימות בהחלט
לאחיות מעשיות	1 "	2 "	3 "
למטפלות וכח-עזר	1 "	2 "	3 "

הצעות לפתרון:

כיצד היית מגדיר את מערכת יחסי האנוש במוסדכם?

9 ל.ד.	3 טובה מאד	2 תקינה	1 לקויה	בין הצוות הסיעודי לפיקוח הסיעודי במוסד
9 ל.ד.	"	3	2	בין הצוות הסיעודי לבעלי מקצועות אחרים
9 ל.ד.	"	3	2	בין עובדי הסיעוד לבין עצמם

הצעות לפתרון:

מהן הבקשות הרווחות ביותר המגיעות אליך מן הצוות הסיעודי?

הערות אחרות בקשר לצוות הסיעודי במוסדכם?

מהי שיטת ארגון העבודה הסיעודית במוסדכם?

1. הפקדת חולים 2. עבודת צוות 3. שיטת פונקציונאלית

רעיונות לשיפור עבודת הצוות במוסדכם:

האם יש בדעתך להמשיך לעבוד בעבודתך הנוכחית?

1. לא 2. עוד שנה 3. עוד שנתיים 4. משך זמן ארוך 5. אינני יודע

נ ס פ ח ר'

שאלון לצוות הסיעודי

שם המוסד: _____

סוג היחידה: 1. סיעודית 2. תשושים 3. פסיכוגריאטרית 4. מעורב 5. אחר

המראיין: _____

מין 1. נקבה 2. זכר

שנת לידה: _____

מצב משפחתי: 1. רווקה 2. נשואה 3. נשואה+ילדים

ארץ מוצא: _____

שנת עליה: _____

השכלה סיעודית: 1. אחות מוסמכת 2. אחות מעשית 3. כח-עזר או מטפלת
היקף המשרה: (שעות שבועיות) _____

משמרות (על פי רב) 1. בוקר 2. ערב 3. לילה 4. מעורב

נתק בעבודה בסיעוד: (בשנים) _____

נתק בעבודה עם קשישים: (בשנים) _____

העדרויות מן העבודה בשלושת החדשים האחרונים (בימים) _____

הסיבה: 1. מחלה 2. חופשת לידה 3. חופשה 4. אחר _____

האם יש בדעתך להמשיך בעבודתך הנוכחית?

1. לא חושבת להמשיך 2. עוד שנה 3. עוד שנתיים 4. 5 שנים 5. אינני יודעת

האם העבודה שאת עושה היא מה שחשבת למצוא?

1. גרוע ממה שחשבתי 2. כפי שתארתי לעצמי 3. טובה מאשר חשבתי

האם את שבעת רצון מעבודתך במוסד?

1. כלל לא 2. מרוצה במידה מועטה 3. במידה בינונית 4. מרוצה 5. מרוצה מאד

תכני עבודה

האם הפעילויות הבאות הן חלק מעבודתך ביחידה

6	5	4	3	2	1
אף פעם לא	לעתים רחוקות	לעתים רחוקות	לעתים רחוקות	לעתים רחוקות	לעתים רחוקות
					בדרך תמיד
					קרובות כלל

טיפול קליני:

הערכה שגרתית של מצב המטופל (כולל בדיקה

פיזית)

6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

זיהוי מצבים והפניה למומחה (פסיכולוג, רופא

עיניים)

6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

ביצוע טיפולים לפי הוראה רופא (זריקות,

תרופות, החלפת קטטר)

6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

מדידת דופק ולחץ דם

6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

חוקנים

6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

טיפול בפצעי לחץ ומניעתם

6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

טיפול אישי:

רחצת החולה והלבשתו

6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

שינוי תנוחות ותמיכת החולה

6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

הפעלת לתנועות והולכה

6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

צחצוח שיניים וטיפול פה

6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

סירוק, גילוח ואיפור

6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

ניקוי החולה מהפרשות

6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

האכלת החולה

6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

דאגה למנוחה ושינה

6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

טיפול בעזרים: (הרכבת מכשירי ראייה ושמיעה,

6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

כולל פרוטזות גפיים ותותבות)

6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

טיפול בסביבה:

סידור מיטות

6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

ניקיון במחלקה ובשירותים

6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

דאגה לאוורור

6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

סידור כביסה

6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

6 5 4 3 2 1
6 5 4 3 2 1

הגשת אוכל (כולל חלוקה)

שטיפת כלים

טיפול נפשי חברתי בחולה

6 5 4 3 2 1
6 5 4 3 2 1
6 5 4 3 2 1
6 5 4 3 2 1
6 5 4 3 2 1
6 5 4 3 2 1

הקשבה לבעיות החולה ושיחה עמו

עידוד החולה לעשות דברים בעצמו (אוכל, סירוק)

עידוד לקבלת החלטות (אוכל, הלבשה, עשיית צרכים)

סידור החולים בקבוצות לשם בידור ותעסוקה

מסירת מידע למשפחה על מצב החולה

הקשבה, עידוד ותמיכה לקרובי החולה

עבודה אירגונית והדרכה

6 5 4 3 2 1
6 5 4 3 2 1
6 5 4 3 2 1
6 5 4 3 2 1
6 5 4 3 2 1
6 5 4 3 2 1
6 5 4 3 2 1
6 5 4 3 2 1
6 5 4 3 2 1
6 5 4 3 2 1
6 5 4 3 2 1
6 5 4 3 2 1
6 5 4 3 2 1
6 5 4 3 2 1
6 5 4 3 2 1
6 5 4 3 2 1
6 5 4 3 2 1
6 5 4 3 2 1

סידור עבודה לצוות

ניהול רשומות (רפורט, גליון חולה)

הסתכלות שיגרית בחולים, ביחידה ובצוות

השתתפות בביקורי רופאים

קבלת הוראות לטיפול מרופאים ומטפלים אחרים

הזמנת ציוד וטיפול בציוד

השתתפות בישיבות צוות במחלקה

השתתפות בישיבות צוות במוסד

קבלה והדרכה של עובדים חדשים

הדרכה שיגרית של הצוות

קבלת החולה ביחידה או העברתו

קבלת מתנדבים והדרכתם

הדרכה אישית וקבוצתית של המשפחה לגבי הטיפול בחולה

תיאום עם עובדים אחרים במוסד ומחוצה לו (עובדי משק,

מינהל)

העברת בדיקות או, צילומים או ציוד חסר

בכמה מטופלים, בממוצע, את מטפלת ביום רגיל?

ניעות

אילו רצית האם יכולת להשיג מקום עבודה אחר?

1. לא, אין לי אפשרות להשיג עבודה אחרת
2. אני יכולה להשיג עבודה אחרת באותה רמה
3. אני יכולה להשיג מקום עבודה טוב מזה

אילו בחרת להחליף את מקום עבודתך, האם היית מעדיפה ?

1. לטפל בקשישים כמו אלו הנמצאים במחלקתך
2. לטפל בקשישים בריאים
3. לטפל בקבוצות גיל אחרות
4. אחר (פרט):

באיזו מידה השפיע כל אחד מהגורמים הבאים על החלטתך לבחור במקום העבודה הנוכחי?

1 לא	2 במידה מועטה	3 במידה בינונית	4 במידה רבה
1	2	3	4
הייתי זקוק(ה) לכסף			
1	2	3	4
רציתי לצאת מן הבית			
1	2	3	4
חשתי רצון לעזור לאחרים			
1	2	3	4
רציתי לנצל את הנסיון והידע שלי			
1	2	3	4
שמעתי שזה מקום עבודה טוב ומעניין			
1	2	3	4
המיקום וסדרי העבודה נוחים לי			
1	2	3	4
רציתי לעבוד עם קשישים			

חשיבות העבודה

1	2	3	4
לדעתי, אני עושה עבודה חשובה			
1	2	3	4
המטופלים מעריכים את עבודתי			
1	2	3	4
הממונים עלי מעריכים את עבודתי			
1	2	3	4
אנשים מסביב מעריכים את עבודתי			

ידע בעבודה

4	3	2	1
במידה רבה	במידה בינונית	במידה ממעטה	לא

4	3	2	1	עבודתי דורשת ידע וטכניקה ספציפיים
4	3	2	1	עבודתי דורשת גישה מיוחדת למטופלים
4	3	2	1	ברשותי הידע, הגישה והטכניקות הנחוצות
4	3	2	1	עבודתי מאפשרת לי לנצל את היכולת שיש לי
4	3	2	1	יש לי אפשרות ללמוד תוך כדי עבודה
4	3	2	1	המוסד מאפשר לי להשתתף בימי עיון, הרצאות והשתלמויות
4	3	2	1	יש לי אפשרות להתקדם בתפקיד

עצמאות והשפעה

4	3	2	1	מתחשבים בהערותי והצעותי לגבי הטיפול בקשישים
4	3	2	1	מתחשבים בדעותי בתחום אירגון העבודה
				בעבודה היומיומית שלי יש לי חופש פעולה להחליט
4	3	2	1	בעצמי (למשל: במי לטפל קודם מתוך ההפקדה)

מתח בעבודה

4	3	2	1	העבודה דורשת מאמץ גופני
4	3	2	1	העבודה דורשת מאמץ נפשי

שביעות רצון: באיזו מידה את מרוצה,

4	3	2	1	מיחסין עם המטופלים
4	3	2	1	מיחסין עם משפחות המטופלים
4	3	2	1	מיחסין עם חכריך לעבודה
4	3	2	1	מיחסין עם הממונים עליך
4	3	2	1	ממשכורתך
4	3	2	1	משעות העבודה וסידורי העבודה
				מהתנאים הפיזיים הקשורים לעבודה (ציוד, תאבורה,
4	3	2	1	מבנה)

עמדות לגבי קשישים במחלקה

5	4	3	2	1
נכון מאד	נכון	ד' נכון	לא כ"כ נכון	לא נכון

1 לכל חולה כאן יש עדיין מידה של יכולת שיקומית

יש להפנות מאמצים וכסף כדי לעלות את רמת הטיפול של קשיש

5 4 3 2 1

יש לעודד את הקשיש להשתתף בהחלטות הנוגעות לו גם כשזה דורש מאמץ מצד הצוות (למשל רוטינה יומית)

5 4 3 2 1

תפקיד המטפלים לדאוג לפעילות חברתית קבוצתית של הקשישים פה.

5 4 3 2 1

מטפלים צריכים להכיר היטב את עברו והרגליו של כל קשיש.

5 4 3 2 1

הפעלת גופים מתנדבים במוסד תתרום לקשישים

5 4 3 2 1

לדעתי, קשיש במצב דומה לאלו המטופלים כאן צריך להימצא במוסד, גם אם ישנם תנאים בבית

5 4 3 2 1

במוקדם או מאוחר יגיעו רב הקשישים מעל גיל 75 למצב דומה לזה של החולים כאן

5 4 3 2 1

מגיע לקשישים במצב זה שירותים מוסדיים טובים גם אם זה על חשבון דברים אחרים כגון הרחבת רשת מועדוני נוער בקהילה

5 4 3 2 1

REFERENCE

עיון בלבד



JDC-Israel
Brookdale Institute
of Gerontology
and Adult Human Development

Tel-Aviv
University

Sackler School of Medicine
School of Continuing Medical Education
Department of Nursing

NURSING THE AGED:

Institutional and Personal Factors
Influencing the Work of Nursing Personnel
in Long-Term Care Institutions

Rebecca Bergman
Shoshana Eckerling
Hava Golander
Rina Sharon
Adrian Tomer

Jerusalem, May 1983
S-19-83

NURSING THE AGED: INSTITUTIONAL AND PERSONAL
FACTORS INFLUENCING THE WORK OF NURSING
PERSONNEL IN LONG-TERM CARE INSTITUTIONS

Rebecca Bergman RN, Ed.D.

Shoshana Eckerling RN, M.A.

Hava Golander RN, M.S.N.

Rina Sharon M.A.

Adrian Tomer M.A.

Department of Nursing, Tel Aviv University

in cooperation with the

Brookdale Institute of Gerontology and Adult Human Development, Jerusalem.

September, 1983

S-19-83

ABSTRACT

The increasing need in Israel for nursing care of dependent aged, and the difficulty in recruiting appropriate nursing personnel in long-term institutions led to this study. The objectives were to describe 1) the physical and psycho-social environment, 2) the characteristics of nursing personnel, 3) their perceptions of work content, 4) their satisfaction and attitude to work with the aged, and 5) job retention and factors affecting same.

Observations were carried out in 17 long-term care units in 12 homes for the aged. Interviews were conducted with 82 unit nursing personnel and 39 key people in the institutions. Various documents were also used for obtaining data.

Major findings showed:

1. The physical environment and facilities in most of the institutions enabled meeting the basic physical needs of the aged, but the units were overcrowded and had limited privacy and group activities.
2. The nursing personnel provided satisfactory basic personal and health care. Their attitude to the aged was positive. However, nursing activities related to meeting psycho-social and rehabilitation needs were inadequate.
3. Work organization was based on functional (task) assignment with minimal team work. This impeded provision of holistic quality care and staff development.
4. Composition of nursing personnel by level of preparation was 10% registered nurses, 20% practical nurses and 70% aides. The low ratio of registered nurses did not permit adequate patient assessment and specialized care, supervision and teaching of nursing personnel.
5. Hours of nursing care per patient-day ranged from 1.5 to 4.4 (mean 2.3). Staffing in most of the homes was below recommended standards.
6. Analysis of work content as perceived by nursing personnel showed extensive use of practical nurses and aides beyond their level of competence. Under-performed tasks fell into the psycho-social realm of activity.
7. Nursing personnel reported high satisfaction with interpersonal relations, and autonomy in their work. They were dissatisfied with salaries, educational and career opportunities and experienced considerable emotional and physical stress.
8. Overall attrition was 35.4%. The lowest attrition was 11% for nurses in management positions. Three-fourths of the attrition occurred within the first year of employment. Most of those leaving in this period were discharged, while others usually left for personal reasons.
9. Small, non-profit institutions appeared to be more satisfactory in terms of patient care and personnel retention.

TABLE OF CONTENTS

	<u>Page</u>
LIST OF TABLES	vi
LIST OF FIGURES	vii
PREFACE	viii
1. INTRODUCTION	1
2. LITERATURE REVIEW	2
2.1 Implications of Architectural and Structural Characteristics of Institutions for Aged	2
2.2 Personnel Characteristics and Work Conditions	4
3. STUDY DESIGN AND METHODOLOGY	8
3.1 Study Objectives	8
3.2 Study Model	9
3.3 Study Population and Sample	9
3.4 Research Tools and Data Analysis	11
3.5 Study Limitations	13
4. INSTITUTIONAL FACILITIES	14
4.1 General Description	14
4.2 Gardens	15
4.3 Buildings	16
4.4 Specialized Facilities	17
4.5 Health Care Facilities	18
5. THE NURSING CARE UNITS	23
5.1 Crowding Rating	24
5.2 Toilet Facilities	25
5.3 Equipment	26

	<u>Page</u>
5.4 General Physical Environment	26
5.5 Psychological Environment	27
5.6 Basic Personal Care	28
5.7 Nutrition	30
5.8 Attitude to Patients	32
5.9 Family Relations	33
5.10 Community Relations	34
5.11 Staff Interaction	35
5.12 Summary	39
6. PATIENT CARE HOURS	40
7. THE NURSING STAFF: AN OVERVIEW	45
8. NON-NURSING PROFESSIONALS EMPLOYED IN INSTITUTIONS FOR THE CARE OF THE AGED	51
8.1 Patient-Employee Ratio	51
9. STAFF PERCEPTION OF WORK CONTENT	54
9.1 Utilization of Nursing Personnel	56
9.2 Work Content Domains	63
9.3 Underperformed Tasks	64
9.4 Summary	65
10. THE NURSING STAFF: A STUDY SAMPLE	66
10.1 The Sample	66
10.2 Patient Contacts	66
10.3 Job Selection	67
10.4 Job Expectations and Plans	68
10.5 Fulfillment of Job Expectations	69

	<u>Page</u>
10.6 Perceived Job Mobility	70
10.7 Self-Perception and the Job	70
10.8 Perception of Knowledge, Skill and Attitudes	71
10.9 Perceived Job Autonomy and Decisionmaking Influence	73
10.10 Perception of Stress	75
10.11 Perception of Staff Satisfaction	76
10.12 Attitude to the Aged	79
11. ATTRITION OF NURSING PERSONNEL	81
11.1 Staff Attrition by Institutions	83
11.2 Staff Attrition by Institutional Size and Ownership	83
11.3 Staff Attrition, by Occupational Characteristics	84
11.4 Staff Attrition by Demographic Characteristics	86
11.5 Staff Attrition in Profile	88
11.6 Reasons for Leaving	90
11.7 Summary	91
12. KEY STAFF	92
12.1 Characteristics of Key Staff	92
12.2 Key Staff Opinion on Nursing Staff Problems	94
12.3 Staff Problems	96
12.4 Satisfaction with Care	98
12.5 Special Problems of Working with the Aged	99
12.6 Education and Promotion Opportunities	100
12.7 Interpersonal Relations	101
12.8 Summary	102

	<u>Page</u>
13. MAJOR FINDINGS	103
13.1 Institutional Size and Ownership	103
13.2 Work Environment	103
13.3 Work Organization and Content	103
13.4 Staff Composition and Availability	104
13.5 Interpersonal Relations	104
13.6 Nursing Personnel Satisfaction and Adjustment	104
13.7 Staff Attrition	105
13.8 Quality of Life and Quality of Care	105
13.9 Health Care	106
14. MAJOR CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS	107
BIBLIOGRAPHY	109
APPENDICES	114

LIST OF TABLES

	<u>Page</u>
Table 3.1 Sample of Institutions	10
Table 4.1 Garden Ratings	15
Table 4.2 Building Ratings	16
Table 4.3 Special Facilities Ratings	17
Table 4.4 Health Care Facilities Ratings	19
Table 4.5 Mean Ratings, by Individual Institutions	20
Table 4.6 Means and Significance (ANOVA) of Indices	21
Table 5.1 Number and Occupancy of Nursing Care Unit Beds, by Room Type	23
Table 5.2 Toilet Facility Ratings	25
Table 5.3 Equipment Ratings	26
Table 5.4 Physical Environment Ratings	27
Table 5.5 Psychological Environment Ratings	28
Table 5.6 Personal Care Ratings	30
Table 5.7 Nutrition Ratings	31
Table 5.8 Attitude Ratings	33
Table 5.9 Family Relations Ratings	34
Table 5.10 Community Relations Ratings	35
Table 5.11 Staff Interaction Ratings	36
Table 5.12 Unit Observation Ratings, by Institution	37
Table 5.13 Mean and Significance (ANOVA) of Unit Ratings, by Institutional Size and Ownership	38
Table 6.1 Daily Patient Care Hours, by Wards	41
Table 6.2 Range of Total Care Hours	42

		<u>Page</u>
Table 7.1	Staff Training Levels: Israel vs. the United States	45
Table 7.2	Staff Training Level, by Institutional Ownership	47
Table 7.3	Staff Ethnic Origins, by Training Level	47
Table 7.4	Mean Hours of Work, by Training Level	48
Table 7.5	Mean Seniority, by Training Level	49
Table 7.6	Training Level, by Ownership and Institution Size	49
Table 7.7	Selected Personnel Variables, by Job Level	50
Table 8.1	Non-Nursing Professionals Employed in the Institution Sample	53
Table 9.1	Mean Frequency of Tasks by Training Level	55
Table 9.2	LPN Mean in RN Tasks, by Available RN Staff, Institutional Size and Ownership	60
Table 9.3	Aide Mean on RN and LPN Tasks, by Available Nursing Staff, Institutional Size and Ownership	61
Table 10.1	Factors Influencing Job Selection, by Training Level, Institutional Size and Ownership (ANOVA)	67
Table 10.2	Intent to Continue on Job, by Training Level, Institutional Size and Ownership	69
Table 10.3	Mean Fulfillment of Job Expectations, by Training Level, Institutional Size and Ownership (ANOVA)	70
Table 10.4	Perception of Knowledge, Skill and Attitudes, by Training Level, Institutional Size and Ownership (ANOVA)	72
Table 10.5	Mean Perceived Job Autonomy, by Training Level of Preparation (ANOVA)	73
Table 10.6	Mean Perceived Job Autonomy Index, by Staff Availability (ANOVA)	74
Table 10.7	Perceived Stress by Training Level, Institutional Size and Ownership (ANOVA)	75

		<u>Page</u>
Table 10.8	Stress Index, by Staff Availability (ANOVA)	76
Table 10.9	Mean Perceived Work Satisfaction, by Training Level, Institutional Size and Ownership (ANOVA)	77
Table 10.10	Satisfaction Indices, by Measures of Available Manpower (ANOVA)	78
Table 10.11	Desired Clientele, by Training Level, Institutional Size and Ownership	79
Table 10.12	Attitudes to the Aged, by Training Level, Institutional Size and Ownership (ANOVA)	80
Table 11.1	Reasons for Leaving, by Study Phase	82
Table 11.2	Staff Attrition, by Training Level, Job Level, Hours of Work, and Years of Tenure	85
Table 11.3	Staff Attrition, by Age, Sex and Continent of Origin	87
Table 11.4	Standardized Canonical Discriminant Function Coefficients (given in order of power of discrimination) for Staff Attrition Variables	89
Table 11.5	Reason for Leaving, by Length of Employment	90
Table 12.1	Occupational Variables of Key Staff	92
Table 12.2	Key Staff Characteristics, by Institutional Size and Ownership	93
Table 12.3	Key Staff Opinions of Nursing Staff Sufficiency	95
Table 12.4	Key Staff Opinions on Recruiting Potential	96
Table 12.5	Key Staff Opinions of the Impact of Attrition on Work	97
Table 12.6	Key Staff Opinions on Potential Problem Areas	98
Table 12.7	Key Staff Opinions on Problems of Staff Knowledge, Emotional and Physical Stress	99
Table 12.8	Key Staff Opinions on Educational Opportunities for Nursing Staff	100

	<u>Page</u>
Table 12.9 Key Staff Opinions of Staff Opportunities for Promotion	101
Table 12.10 Key Staff Opinions on Interpersonal Relations Among Staff	101

LIST OF FIGURES

	<u>Page</u>
Figure 3.1 Study Model	9
Figure 4.1 Means of Various Domains in Institutions	20a
Figure 5.1 Quality Scores of Selected Variables in Units	36a
Figure 6.1 Hours of Nursing Care per Patient-Day by Level of Preparation of Nursing Personnel and by Type of Institution	40a
Figure 11.1 Attrition in Institutions by Job Level and Training Level	84a