

האחות בישראל

ביטאון הסתדרות האחים והאחיות בישראל



בסניף נחל צא אג (ואושרי) הותגו



אחים ואחיות, אתם צריכים בנק שמשתלם לכם!

בנק יהב מציע:

חשבון ללא עמלות עו"ש

וגם

הלוואה עד 120,000 ₪
עד 15 שנים
בהחזרים חודשיים נמוכים החל מ-918 ₪
בריבית פריים + 1%
פטור מדמי טיפול

סיוון 8.22



הצטרפו אלינו *2617

למצטרפים חדשים. אפשרות לדחיית תשלום קרן ההלוואה בשנה הראשונה. עמלות עו"ש: עמלת ערוץ ישיר ועמלת פקיד, כמפורט בתעריפון הבנק. כל האמור בפרסום זה נכון למועד הפרסום. הבנק רשאי לשנות את התנאים בכל עת. מתן ההטבות מותנה בקיומו של חשבון עו"ש אליו יופקדו משכורות הלקוח באופן שוטף מחשבון המעסיק, מינימום משכורת חודשית 5,000 ₪ ומעלה. מתן האשראי, שיעור הריבית, קביעת הבטחונות ודמי הטיפול הינם בכפוף להסכמה לקבלת דו"ח אשראי וביצוע חיווי אשראי, הוראות הדין, נהלי הבנק ואישורו. ריבית מתואמת שנתית = 4.59%, ריבית הפריים = 3.5% נכון ל-26.8.22. אי עמידה בפירעון ההלוואה עלול לגרום חיוב בריבית פיגורים והליכי הוצאה לפועל.



תוכן העניינים

5	דבר יו"ר ההסתדרות אילנה כהן
6	משולחן העורכת חנה שצמן
8	הנחיות לכתיבת מאמרים Shatzman, C Blue_or@yahoo.com
9-13	מינהל הסיעוד - הישגים מרכזיים ותחומי פעילותה שוש גולדברג Goldberg, S., shoshy.goldberg@moh.gov.il
14-19	גברים בסיעוד קובץ, א., קיזנר, י. Kovetz, E., Kijner, Y., eladkovetz@gmail.com
20-22	משלחת כוכב מאיר לאוקראינה שמש, י., לינה רוזנברג, פבויקיס, י., מוטיעי, ט., צירולניק, מזור, מ.ד., קרצמן, ח., Shemesh, Y., Rozenberg, P., Boikis, Y., Mutai T., Cirulnik, D., Mazor, M., Kerzman H Errera S-0. Yael.Shemesh@sheba.health.gov.il
22-23	יומן מסע משלחת לאוקראינה ארה, שרה, א., Errera S-0. SarahOsnat.Errera@sheba.health.gov.il
24-25	החברה הישראלית להיסטוריה של הסיעוד גולנדר, ח., Golander, H., goland@tauex.tau.ac.il
26-34	תרומתה של לכידות להפחתת שחיקה וינצקי, ד.; לוינדון, א.; אוטיץ, ל. אילון, י. Vinitsky, D., Levinzon, A., Utitz, L., Moshe-Eilon, Y., D_vinitsky@rambam.health.gov.il
36-38	"חדר בריחה" - איכות ובריאות ארנון, מ., רוזנברג, מ., קפואה, ט., Maya Arnon, M., Moriya Rozenberg, M., Tali Capua, T., arnon.maya@gmail.com
39-43	לשלוט בחוסר השליטה קעדאן, מ., עיד, מ., רייכמן-מיירנץ, מ., קאופמן, ליהי, גורן, א., לוי, ד., סובל רויטבלט, ספי., Keadan, M., Eid, M., Reichman-Mairanz, M., Kaufmann, L., Goren, A., Levin, D., Sobel Roitblat, Sefi., shlihika@clalit.org.il
46-47	זוכרים את המטופל נורית, ב., עמיאל, ש., ספרטיקוס, א., Amiel S., Bar, N., Sprticus, A., saoyha@walla.co.il , saoyha@walla.co.il , nurit.bar@lbarzi.health.gov.il
48-49	אתגר בהוראה מעשית בתקופת קורונה וקסלר, מ., Veksler, M., marinav2110@gmail.com
51-56	קבלת החלטות על הקצאת צוות למחלקת קורונה היימס, ג.; כהן-סבאן, ה., משה-אילון, י., Hyams, G., Cohen Saban, H., Moshe – Eilon, Y y_ilion@rambam.health.gov.il
58-61	חווית לידה בימי קורונה קסטן, ח., יאנה טילמן צ'ולפייב, י., קריינין שרמן, ו., Chana Kasten, C., Tilman Chulpaev, Y., Kreynine Sherman, V., chanak@assuta.co.il
65-69	חשיבות התקווה כאסטרטגיות בתפקיד האחות אבישר, א., Avisar, I., iritavisar@gmail.com



חברי וועדת המערכת:

חנה שצמן, יו"ר

ד"ר מיכל יצחקי

ד"ר מיכל רסין

ד"ר ענת פלס-בורץ

מוריה אשכנזי

נעמי כספי

אילנה כהן

עריכה לשונית: ערן קמינסקי

צילום: חנה שצמן

עיצוב גרפי: אורלי שמואל

הוצ"ל ושיווק מודעות: בן גל הפקות

הסתדרות האחים והאחיות בישראל

הוועד הפועל של ההסתדרות

רח' ארלוזורוב 93, תל אביב, מיקוד 62098

מיכאל אלבין, מנהל לשכה

טל. 03-6921615

עו"ד אילנית רגב קונפינו, מנהלת תחום

יעוץ לפרט, טל. 03-6921316

ימי קבלה א-ה שעות 8.00-16.00

אגודה לקידום מקצועי של בתי החולים

לעדכון כתובות ניתן לשלוח הודעה

לוצאפ מספר 055-2345157 (הודעה

בלבד) info@nurse.org.il

ניתן לפנות לאגודה לקידום מקצועי

בטל. 03-6920202

החומר שממנו
עשויים
אחים ואחיות

להתקדם, לנהל, להשפיע אחים ואחיות, התואר השני בסיעוד מחכה לכם!

מאות מבוגרי החוג לסיעוד באוניברסיטת תל אביב
כבר זכו להשתלב במגוון תפקידי ניהול מרתקים
ולהוביל את מערכת הבריאות בישראל
זאת ההזדמנות שלכם להצטרף אליהם
במסלול חווייתי ומעשיר, עם המרצים
המומחים בתחומם בארץ

למה דווקא תואר שני באוניברסיטת תל אביב?

מסלול המשלב בין ידע אקדמי ועשייה בעבודה במהלך
הלימודים
כלים ודגשים על מחקר איכותי ומתקדם ותהליכי
קבלת החלטות

הלימודים מרוכזים **ביום אחד בשבוע**
בחירה בין מסלול מינהל לבין מסלול
בריאות נשים ומשפחה
דלת פתוחה להשתלבות בתפקידים
בכירים במערכת הבריאות

ההרשמה לשנה"ל תשפ"ד
תפתח בינואר 2023

☎ 03-6409497

✉ siudma@tauex.tau.ac.il

החוג לסיעוד

בית הספר למקצועות הבריאות
הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
אוניברסיטת תל אביב





דברי יו"ר הסתדרות האחים והאחיות



אחיות ואחים יקרים,

לאחר תקופה מטלטלת ורוויית אתגרים במערכת הבריאות, בארץ ובעולם, לצד חוסר יציבות מתמשך ויוצא דופן של המערכת הפוליטית הישראלית, ועל אף הקשיים הצפויים, אני שמחה לבשר לכם שכבר בתחילת שנת 2023 ניכנס למשא ומתן אינטנסיבי לשיפור ולקידום שכר האחיות בישראל.

בהמשך ישיר לכך, אני פונה לכל אחת ואחד מהאחיות והאחים בישראל להיות נכונים ודרוכים לכל התפתחות במאבק הצודק שלנו לקידום שכר האחיות והאחים בישראל. זיכרו כי רק בכוחות מאוחדים ובנחישות נצליח יחד לפלס את דרכנו, למימוש דרישתנו הראויות לשיפור תנאי העבודה של העוסקים במקצוע הכל כך חשוב שלנו - מקצוע האחיות.

לצד הדאגה לדור העתיד במסגרת הסכמי השכר שיתגבשו בשנה הבאה עלינו לטובה, הרי שבמקביל פעלנו למען הדור הוותיק למתן פיצוי בגין דחיית גיל הפרישה. כתוצאה משיתוף פעולה של האחיות, אני שמחה לבשר לכלל האחיות והאחים כי מאבקינו נשא פרי והמתווה התקדימי למתן מענקים בגין הארכת גיל הפרישה - הייחודי רק לעוסקים במקצוע האחיות - יצא לדרך, ואחיות ואחים רבים אשר עונים לתנאי הזכאות ייהנו כבר בשנה זו ממענקים שתכליתם לפצותם על הגדלת גיל הפרישה.

לאחר עוד שנה של עשייה מופתית ומבורכת של כל אחת ואחד מכם, אנו עומדים בפתחה של שנה חדשה וטובה שתישא על כנפיה בשורות טובות, בריאות ואושר לכל אחת ואחד מכם, ולכל אחת ואחד מבני ביתכם ומשפחותיכם.

בברכה חמה

אילנה כהן

עוד מעט

עוד מעט שנה חדשה
בשמחה נקבור הישנה
וננסה לשכוח
את שהיה.

נקווה לטוב,
להתחשבות בזולת
לקבלת האחר ללא סיסמאות.
שלכולם יהיה מה לאכול
בלי לזלול ולעלות במשקל.

שאיש לא יזדקק למערכת בריאות חולה
כי כולם יהיו בריאים עם מערכת
חיסונית מופלאה.

ושנדע להנות ממה שיש
מבלי להציץ לחצר של השכנה.
ושהפוליטיקאים יזכרו
מאין באו ויבינו גם
לאן הם הולכים
ויהיו קצת יותר מאנצ'ים
ופחות חזיריים וחמדנים.

ונדאג לשכן ולזר
כאילו הוא מברשרנו
ולא נתייחס אליו
כאל אויב ורשע
ואולי ואולי
יהיה קצת יותר טוב
אמן ואינשאללה.

חנה שצמן

משולחן העורכת

בערבים כבר קריר לפעמים, אבל ביום השמש עדיין מכה ללא רחם והטמפרטורות מטפסות לגבהים. כל מי שטרם המריא לארץ קרירה ומוצא עצמו דחוס בפקק בעיר עיפה, כבר מייחל לשינוי במהרה. והשינוי מורגש גם בביטאון הנוכחי של האחות בישראל.

ואכן עם בוא הסתיו המיוחל פנינו לעתיד,

ראשית, סקירה נרחבת של אנשי מינהל הסיעוד וראשת מינהל הסיעוד על מה שנעשה השנה בתחום המקצועי, כמו גם התכניות לעתיד עבור אחים ואחיות בישראל.

הדי המלחמה באוקראינה מזעזעים כל בן אנוש. ועל כן מחמם את הלב לשמוע מה תרומתה של מערכת הבריאות והאחים ואחיות בישראל שיצאו לסייע למדינה במלחמה. עוד בגיליון הפעם מאמר מרתק על מקום הגברים בסיעוד (בתקווה שמספרם יגדל במהירות), סיוע למטופלים שחווים ניתוח קולוסטומי, והתמודדות האחים והאחיות בקהילה במטרה לסייע למטופלי אלה.

חדר סימולציה לרכישת מיומנויות אינו רעיון חדש, אבל בניית חדרי בריחה כשיטת הוראה מובילה ומוסיפה נדבך חדש. כאמצעי למידה למניעת טעויות..

יגאל אלון אמר פעם כי "ללא ידיעת עברו, לא יבין האדם את ההווה שלו, מאחר שכל ההווה מעוצב על ידי העבר." הדבר נכון גם לגבי ידיעת ההיסטוריה וההתפתחות של מקצוע הסיעוד ובגיליון זה נשמע על החברה הישראלית להיסטוריה שלנו, ותרומתה.

מעט לעת אנו עשויים לחוש ששחיקה נבחן כיצד לכידות תורמת להפחתת שחיקה. נדגים התמודדות עם מצבי דחק באמצעות תקווה ואמפטיה, ונקנה, כמו תמיד, גם בסיפורי אחיות על מטופל שהן זוכרות במיוחד

מגפת הקורונה עדיין לא נפרדה מאתנו סופית וספיחיה יימצאו גם בגיליון הנוכחי, במאמרים שעוסקים בלידה עם ובעת קורונה, ובהצבת כוח אדם של אחים ואחיות למחלקות ייעודיות. והתמודדות הדרכה קלינית בתקופת מגפה.

מאחלת לכולנו

קריאה נעימה

ושנה טובה בריאה ושלווה,

חנה שצמן

בית יוליאנה

דיור איכותי למבוגרים עם רצף טיפולי



בית יוליאנה הינו בית פרימיום איכותי, באזור הפסטורלי של הרצליה הצעירה. זהו בית בוטיק עם אווירה אירופאית משפחתית של כ-120 דיירים עצמאיים. הבית הוקם על ידי עולי הולנד ופועל כמלכ"ר/חל"צ עם מוניטין וותק של למעלה מ-40 שנה. בית יוליאנה נבחר כאחד מבין 10 הבתים הטובים בארץ לפי סקר גולדפקטור לשביעות רצון הדיירים. הבית עם רצף טיפולי וללא צורך בטיפול פרטי של 24/7.



בואו להכיר אותנו
4 ימים + 3 לילות

אלא עלות



בית יוליאנה
Beth Juliana

לפרטים: 09-9704650



עקבו אחרינו | דוד רזיאל 22, הרצליה



הנחיות למחברים לכתיבת מאמר

כללים אתיים:

שמירה על כללי אתיקה בפרסום מהווה נדבך חשוב לקידום מקצוענות. כל אחד ממחברי המאמר חייב להיות שותף משמעותי, לקבל אחריות מלאה על תכני המאמר, ולעמוד באמות מידה המפורטות להלן: הגה את הרעיון ותכנן את העבודה שהובילה למאמר או השתתף באופן פעיל ומשמעותי בפירוש הממצאים או שניהם. השתתף בכתיבה או תרם באופן משמעותי לדיון בספרות ובמצאים, ולעריכה של המאמר. אישר את הגרסה הסופית.

עמדה ניהולית, גיוס נבדקים, איסוף נתונים או ניתוחים סטטיסטיים, חשובים ככל שיהיו, אינם, כשלעצמם, נימוק להיכלל במעמד "מחבר" ברשימת כותבי המאמר. ניתן לציין אנשים שתרמו למחקר אך אינם עונים להגדרה של "מחבר", במסגרת סעיף ייעודי להכרת תודות בסוף המאמר. מקובל כי בראש רשימת הכותבים יופיע שמו של אותו המחבר שתרומתו לקיום המחקר/הפרסום המדעי הייתה הרבה ביותר והמכרעת בערכה הסגולי.

המאמר יישלח לפרסום בצירוף מכתב לעורך בנוסח כדלקמן: "הנני מאשר שהשתתפתי בחיבורו של המאמר ובהסמכתי הוא נשלח לפרסום. הנני מצהיר, כי נשמרו כללי האתיקה לשם הבטחת אמון הקהילה המקצועית והציבור במחקר ובפרסום בסיועו". כל המחברים יחתמו על המכתב בשם ובחתימה אישית תוך ציון תאריך. ללא אישור הנ"ל המאמר לא יפורסם.

המערכת תקבל לעיון מאמר שטרם נמסר לפרסום בעברית. אם המאמר נמסר לפרסום בלועזית, יש ליידע את המערכת על כך. מאמרים שכבר ראו אור בבטאון האחות בישראל, מותר לפרסמם בכתב עת מקצועי אחר, באישור בכתב מהמערכת, תוך אזכור עובדת הפרסום הקודם בבטאון האחות בישראל.

תהליך השיפוט והפרסום:

בתהליך ההחלטה על פרסום כתב היד מסתייעת מערכת העיתון בחוות דעת של קוראים מעריכים ומקפידה על שיפוט אובייקטיבי-אנונימי. יתכן כי המחברים יתבקשו לתקן את המאמר לפי חוות הדעת ובהתאם להנחיות העורך הראשי שיצורפו אליהן. המאמרים יעברו עריכה מדעית ועריכת לשון.

המערכת אינה אחראית לכל שיבוש, טעות דפוס או טעות אחרת בנוסח המאמר שיפורסם. המערכת אינה אחראית לשמירת טיטות או גרסאות קודמות של המאמר, בין שהוא מודפס ובין שהוא במדיה דיגיטלית. המערכת אינה מחזירה כתבי יד ואינה שולחת תדפיסים למחברים.

את כתב היד הכתוב בעברית יש לשלוח בדואר אלקטרוני לעורכת העיתון, חנה שצמן: Blue_or@yahoo.com יש לצרף למאמר את **עמוד השער** בדף נפרד ולציין בו את שם המאמר, שמות המחברים, תפקידם, התואר האקדמי וההשתייכות המוסדית של הכותבים ובנוסף כתובת, כתובת דואר אלקטרוני ומספרי טלפון להתקשרות. בנוסף נא לרשום את פרטי המאמר והכותבים בצורה הבאה:

שם המחבר	שם המחבר באנגלית	שמות הכותבים בעברית	שמות הכותבים באנגלית	כתובת אי מייל של מכותב ראשי
----------	------------------	---------------------	----------------------	-----------------------------

המאמר יכתב בגופן דויד בגודל 12, ורווח של **שורה וחצי**, ואורכו לא יעלה על **3,000 מילים**. כולל התקציר. ורשימת מראי מקום המאמר יכתב לפי כללי כתיבה מקובלים.

לוחות, תמונות ותרשימים:

ניתן לצרף תמונות רלבנטיות לנושא המאמר. (לא יותר משלוש) על התמונות להיות באיכות גבוהה. ניתן לצרף טבלאות ושרטוטים, על רקע לבן, רק אם הם מוסיפים להבנת הכתוב, ולא חוזרים על מידע שפורט בטקסט. את הטבלאות והתצלומים יש לצרף **בנפרד** בפורמט Jpeg

מראי מקום

על מנת להקל על הכותבים יצוין רישום מראי המקום בגוף המאמר **במספרים סידוריים** ברצף במאמר. ברשימת מראי המקום **בסוף המאמר** יופיעו הפריטים **לפי סדר הא-ב** (עברית לפני אנגלית) ויכילו את המידע בסדר הבא: שםם של כל המחברים, שנת ההוצאה, אם הציטוט הוא מסקירה, ממכתב או מתקציר, יש לציין זאת בסוגריים רבועים. אם הציטוט נלקח מספר, יש לציין את שמות מחברי הפרק הרלוונטי, את שמות עורכי הספר, שם העיר, שם המוציא לאור, מספרי עמודים.

מומלץ להימנע מניסוח מגדרי בטקסט, העדיפו "ראו לוח 1" על פני "ראה לוח 1" או במקום היא או הוא, ניתן להשתמש בלשון רבים: המטופלים; החולים... וכו'

יש לנהוג חסכנות במספר המקורות שבהם נעשה שימוש (**מומלץ לא יותר מעשרים**) ולהקפיד על התאמה מלאה בין האזכורים של המקורות בטקסט לבין הופעתם ברשימת המקורות.

לפני הפרסום יישלח המאמר להגהה אחרונה. אם לא תתקבל תגובה תוך 48 שעות, יפורסם המאמר בגרסה כפי שנשלחה להגהה המחבר.

שלמי תודות - אם יש, יובאו בסוף המאמר.



מינהל הסייעוד - הישגים מרכזיים ותחומי פעילות



ד"ר שושי גולדברג, האחות הראשית הארצית וראשת מינהל הסייעוד
סופרת מכותבת: shoshy.goldberg@moh.gov.il

2. מצויינות אישית ומקצועית

שנת 2022 הוכרזה על ידי מינהל הסייעוד כשנה שבה ניתן דגש לערכים של תקווה ואמונה.

כלל האירועים בארגונים השונים הוקדשו **לתקווה ולאמונה** שהאחיות והאחים נוטעים במטופליהם בזירות הטיפול השונות. שיאו של שבוע זה היה באירוע ההוקרה ל-17 אחיות ואחים מצטיינים, אותו קיימה האחות הראשית בבית הנשיא במעמד נשיא המדינה, שר הבריאות, מנכ"ל משרד הבריאות וההנהגה הבכירה של הסייעוד בישראל. אותם 17 מצטיינים קיבלו את אות ההוקרה על פעילותם יוצאת הדופן למתן תקווה ואמונה למטופליהם.

• ערך המצויינות בו אנו דוגלים ואותו אנו מובילים זכה להכרה לאומית, כאשר בסוף שנת 2021 **ד"ר גולדברג קבלה את אות נציב שירות המדינה על מצויינות אישית בסגל הבכיר.**

• פרס משרד הבריאות על מצויינות צוותית ניתן ל**ד"ר שירלי לוז, מרינה גרינשפון, ד"ר רבקה חזן צורף, ד"ר רינה שימונוב וחנה צפנת.** הפרס ניתן על הישגים מיוחדים לשנת 2021.

• פרס משרד הבריאות על מצויינות אישית ניתן ל**טובה דוד** על הישגים מיוחדים לשנת 2021.

תחושת שליחות, ללא לאות, להגשמת החזון ומאמינים בכל ליבנו כי האחיות והאחים בישראל הם אנשי מקצוע מהמעולים ביותר שיש, הן בתחומי העיסוק הקליניים והמנהיגותיים והן בהיבטים של אנושיות, רגישות וחמלה. האחים והאחיות בישראל הוכיחו שוב ושוב את תרומתם לקידום בריאות תושבי המדינה, את עוצמת הרישיות והמחויבות ביניהם, ואת יכולתם לתת מענה ולהוביל התמודדות עם כל אתגר ומשימה בעיתות שיגרה, בחירום ובמצבי אי וודאות קיצוניים. האחים והאחיות זכו להכרה והוקרה על היותם עמוד השדרה והלב הפועם של מערכת הבריאות בישראל. במאמר זה נשתף אתכם בהישגים המרכזיים והחשובים משנת 2022:

1. מינויים חדשים במינהל הסייעוד:

הגב' לימור אייזנברג מונתה לתפקיד סגנית אחות ראשית ארצית ומנהלת המחלקה לאסדרת כוח אדם.

הגב' מיכל יהודאי ידיד מונתה למנהלת המחלקה לתשתיות מידע ונתונים.

הגב' טובה דוד מונתה למנהלת המחלקה להנחיות מקצועיות.

הגב' קרן מקדש מונתה למנהלת מערך כשירות ואיכות בסייעוד.

הגב' תמר קינן מונתה למנהלת מערך הנהלים והסטנדרטים.

ד"ר שושי גולדברג וצוות מינהל הסייעוד במשרד הבריאות מנהיגים ומובילים את האחים והאחיות במדינת ישראל להישגים יוצאי דופן ופורצי דרך, בכלל מתארי הטיפול בדירה הלאומית והבינלאומית.

מינהל הסייעוד נמצא כעת בשיא עשייה והגשמת הישגים מקצועיים, מוביל ומנהיג ציבור המונה מעל ל-88,000 אחים ואחיות, ופועל לעיצוב דמותו של מקצוע הסייעוד בישראל. מקדם יעד בו הסייעוד שותף מלא לתהליך הטיפולי, מהווה חלק אינטגרלי מהצוות המטפל, מציב את המטופל במרכז הטיפול ובליבת העשייה, מגדיל את הנגישות לשירותי בריאות ומצמצם אי-שוויון, סולל את הדרך להטמעת טכנולוגיות מתקדמות וחדשות, ומוביל ומשפיע במגוון האתגרים עימם מתמודדת מערכת הבריאות.

"מינהל הסייעוד מחוייב לחזק ולהעצים את תרומתם של האחיות והאחים למען בריאותם של תושבי מדינת ישראל. פועל לשמור על סטנדרט גבוה של מצויינות, איכות ובטיחות. מקדם תכנית עבודה לחיזוק והעצמת שלוש תחומי הליבה המרכזיים בעשיית האחים והאחיות, המהווים את המנוף המרכזי לחיזוק מערכת הבריאות בישראל: העלאת מספר האחיות והאחים האקדמאים, פיתוח מקצועי של העוסקים בסייעוד ומיצוי הפוטנציאל התפקודי".

אנו במינהל הסייעוד פועלים כצוות מתוך

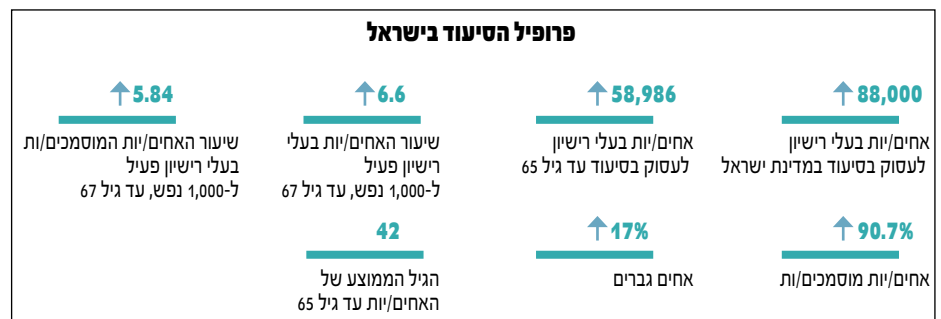
3 פעילות בינלאומית

בסוף שנת 2021 פירסם מינהל הסייעוד את מפת הדרכים Road Map, תכנית אסטרטגית ל-5 השנים הבאות (2021-2025). התכנית כוללת מדיניות בינלאומית המשקפת את הגישות היעילות ביותר לחיזוק תרומתם ועצמאותם של האחיות והאחים במערכת הבריאות, כגורם מוביל בהשפעה על בריאות תושבי המדינות בעולם. התכנית מתמקדת ב-4 תחומים מרכזיים: חינוך, אסדרת כוח אדם, מנהיגות ועשייה מקצועית.

מארבעת התחומים המרכזיים נגזרים ארבעה תחומי המיקוד הבאים: **אסדרת כוח אדם במערכת, הכשרה וכשירות, עשייה מקצועית ומתן טיפול, מנהיגות ומשילות.**

4. אסדרת כוח אדם במערכת

פרופיל האחים והאחיות בישראל 2022
משקף המשך עליה עקבית במדדים המקצועיים, האיכותיים והכמותיים כאחד, כפי שניתן לראות בטבלה הבאה:



פעולות לשימור וחיזוק תפקיד ומעמד המדריך ועוד.

5. הכשרה וכשירות

• השנה הושלם תהליך האקדמיזציה של המקצוע. **בשנת 2021 החלו 4,800 סטודנטים** את לימודי הסייעוד, לעומת 2,597 בשנת 2016 (+58%).

• **הגדלת מספר האחים והאחיות:** מספר האחים/ות בישראל עולה באופן קבוע ומבטא את מכלול הפעולות שנקטות למימוש יעד הגדלת מספרם. שיעור האחיות הנמוך לאלף נפש, הגידול באוכלוסייה והשינויים בהרכבה הדמוגרפי מדגישים את הצורך הדחוף בהעלאת מספר האחים/ות המוסמכים/ות במערכת הבריאות בישראל. כיום פועלות 28 מסגרות הכשרה שונות: 15 בתי ספר לסייעוד ו-13 חוגים באוניברסיטאות ובמכללות. לשם כך יזמנו את העלאת התקציב ומספר כיסאות הלומדים באקדמיה. השנה נוספו 346 כסאות אקדמיים ונפתחו הסבות לתואר ראשון באוניברסיטה העברית בשלוחת בית הספר לסייעוד שמיר, באוניברסיטת בן גוריון, באוניברסיטת אריאל, במכללת צפת ובמרכז האקדמי לב.

• מינהל הסייעוד מעוניין לסייע במימון שכר לימוד באמצעות הלוואה עומדת ממפעל הפיס וקרן פילנטרופית. יצאנו לתכנית בינוי להרחבת והגדלת כיתות הלימוד, המבנים והתשתיות בבתי הספר האקדמיים לסייעוד שמיר, הלל יפה, וולפסון ומרכז הכשרה לצפון. כמו כן, הסתיים פרויקט שיפוץ האודיטוריום בבית הספר האקדמי לסייעוד בהדסה. בקרוב יסתיים פרויקט שיפוץ בבית הספר האקדמי לסייעוד שערי צדק, תהליך בנייה והרחבה בבית הספר האקדמי לסייעוד נצרת ובבית הספר האקדמי לסייעוד לניאדו, וכן פרויקט הרחבה שיתחיל בזמן הקרוב בבית הספר האקדמי לסייעוד דינה (בלינסון).

• מינהל הסייעוד ממשיך ליזום ולהפגש עם סטודנטים לסייעוד בתכניות הגנריות בנושא מנהיגות בסייעוד, משתלמים מהקורסים העל בסיסיים. השנה לראשונה התקיימו מספר "אקטונים" של מחלקת הסמכה בנושאים כגון מנהיגות



צעירה, קהילה ובריאות הנפש, הוראה היברידית, טכנולוגיות וחדשנות בהוראה.

6. פיתוח מיקצועי

שיעור בוגרי הקורסים העל-בסיסיים עומד כיום על 48.4% מכלל האחיות והאחים, מספר העתיד לעלות גם בשנה הקרובה. פותחו ועודכנו תכניות הלימודים בקורסים העל בסיסיים השונים.

עיקר הדגש השנה, בשל מגפת הקורונה היה בהרחבת ההכשרות בתחום האקוטי, והעשרה של לומדים אלה בהכשרות לטיפול בחולה הנתמך באקמו עבור משתלמי קורס טיפול נמרץ (מבוגרים, ילדים ופגים). הורחבו סמכויות האחים והאחיות בתחומים, כגון אונקולוגיה, פרויות, קידום בריאות ומניעה וייעוץ הנקה. בשנת 2022 הופעלו 30 תכניות לימודים בתחומים שונים ומגוונים (4 מודולות משותפות ו-26 מודולות ייחודיות במגוון תחומים). בנוסף, בהתאם לצורכי השטח נפתחו קורסים ייעודיים ברפואה ראשונית צבאית עבור אחיות בצה"ל וקורס ייעודי ברפואה ראשונית לקופ"ח מאוחדת.

7. מומחיות בסיסית

בישראל כיום כ-480 אחים ואחיות בעלי מומחיות קלינית בסיסית בתחומים הבאים: כירורגיה, פגים, טיפול תומך, סוכרת, גריאטריה, שיקום, כאב ובתחום מדיניות ומינהל. בשנת 2022 יצאה לדרך מומחיות חדשה בתחום הפצע, סטומה ואי שליטה, ומונתה ועדה מייעצת להגדרת תפקיד אחות/ות מומחית בתחום פסיכיאטריה. בימים אלו אנו פועלים לרישום המומחיות ברפואה דחופה בתקנות.

8. בוגרי חו"ל

מינהל הסיעוד משלים בימים אלו תהליך של דיגיטציה וייעול תהליך הגשת המסמכים להכרה במעמד אחות/ות מוסמכת. כחלק

מתהליכי הפיתוח, התכנית להשלמת ידע עוברת עדכון ומתיחת פנים.

• "פרויקט עליה 2000" - נפתחו שתי תכניות הכשרה להשלמת ידע והכנת עולים חדשים לבחינת הרישוי לאחות מוסמכת.

9. עשייה מקצועית ומתן טיפול

• **הנחיות מקצועיות ומיצוי הפוטנציאל התפקודי:** ליבת פעילות מינהל הסיעוד בתחום זה ממוקדת בקביעה ובשמירה על הסטנדרטים המקצועיים המחייבים את האחים והאחיות במדינת ישראל, באמצעות הנחיות מקצועיות ובקרתן. עבודתנו בתחום ממוקדת בחתירה **למיצוי הפוטנציאל התפקודי** ומבוססת על שיתופי פעולה פוריים עם אחיות ואחים מומחי תוכן, במסגרת ועדות מקצועיות המייעצות לאחות הראשית הארצית, שמובילות את תהליך גיבושן המקצועי של ההנחיות עד לפרסומן והטמעתן בשטח.

השנה פועלות 6 וועדות מקצועיות בהשתתפות 4 אחים ואחיות, בהן ועדה ייחודית של נאמני בטיחות ומניעת היפגעות בלתי מכוונת בילדים בגילאי 0-6, לצורך מתן כלים ליישום חוזר מינהל הסיעוד בנושא "היפגעות בלתי מכוונת בילדים בגילאי לידה עד שש שנים. חינוך, מניעה וקידום בריאות על ידי אחות מוסמכת במערך האשפוז והקהילה". הוקמו ועדות מייעצות בתחום הריון ולידה, והושלמה עבודת הוועדה להסדרת המסגרת המקצועית לטיפול במטופל במתאר הבית לאחר תהליך שיתוף ציבור ייעודי בנושא. המחלקה להנחיות מקצועיות מקדמת שיתופי פעולה בינלאומיים בנושאים העוסקים בהנחיות מקצועיות, חוזרים רגולטוריים והטמעתם.

במסגרת הוועדה לפעולות חריגות הורחבו סמכויות האחיות והאחים בתחומי עשייה מגוונים, בוצעו עדכונים משמעותיים

בפעולות חריגות לאחיות, לאחים ולעוזרים בקובץ תקנות הרופאים "כשירות לביצוע פעולות חריגות", ובמהלך משבר הקורונה הוסדרו הוראות שעה לחובשים ולפרמדיקים בהתאם לצורכי תגבור וסיוע כוח אדם מיומן למערכת הבריאות.

• התוכנית הלאומית לקידום שנות החיים הראשונות וחיזוק טיפות החלב

בישראל: במסגרת התכניות האסטרטגיות המרכזיות המובלות על ידי משרד הבריאות, הוביל מינהל הסיעוד את התוכנית האסטרטגית לקידום שנות החיים הראשונות. במסגרת התוכנית האסטרטגית לקידום שנות החיים הראשונות "תמונת העתיד של טיפות החלב", בשיתוף עמותת גושן, חברת לוטם, קרן ואן ליה, קרן יד הנדיב, מטה בריאות הציבור ומינהל הסיעוד, המשכנו לפעול לחיזוקן של טיפות החלב כמרכז מקצועי, מעודכן וחדשני עבור המשפחות הצעירות בישראל.

תכנית של"מ - שותפות להורות מיטיבה

הולכת ומתפתחת: השנה הושלמה הכשרתן של אחיות בריאות הציבור בשלבא' של מודל של"מ, הוטמעה ההכשרה בקורס העל-בסיסי בקידום בריאות, מניעה וייעוץ הנקה. גובש מתווה ראשוני להסדרת סטנדרטים והנחייה מקצועית בתחום, והתקיימו מפגשי חשיבה להרחבת התכנית לתחומים משיקים נוספים במערך האשפוז.

הושלם פרויקט תכנון טיפת חלב עתידית

בשיתוף האקדמיה לאומנות ועיצוב בצלאל.

10. קהילות ידע ורישות

פעילות נוספת של מינהל הסיעוד הינה הקמה וניהול קהילות ידע ורישות בתחומים קליניים שונים עבור ציבור האחיות והאחים, ובהמשך למתן ייעוץ לציבור הרחב. קהילת הידע המקצועית הראשונה הוקמה בנושא **הנקה** בליווי וניהול המחלקה להנחיות מקצועיות, בה חברות מעל ל-600 יועצות הנקה מורשות. גם בנושא **ההדרכה**



בתקופת הקורונה, בשנים 2019-2022. הסקר מבקש לבחון נתונים דמוגרפיים, נתונים על תקופת ההכשרה, ומיצוי הפוטנציאל התפקודי של האח/ות במתארי טיפול נמרץ השונים בעת עבודתם.

13. מנהיגות

• **פעילות והכרה בינלאומית:** בשנת 2020 הכיר ארגון הבריאות העולמי במינהל הסייעוד **מרכז לשיתוף פעולה בינלאומי (Collaborative Center)**. הוכרנו כגוף יועץ לארגון הבריאות העולמי בתחומי מנהיגות, ממשל ומשילות בסייעוד. הכרה זו משמעותה הוקרה מקצועית בינלאומית מהגבוהות ביותר, המוענקת למערך סייעוד במדינה. כמרכז לשיתוף פעולה בינלאומי, מינהל הסייעוד חולק את המומחיות והידע המקצועי של הסייעוד בישראל עם מדינות רבות ברחבי העולם.

• בספטמבר הקרוב יארח משרד הבריאות בישראל את כנס שרי הבריאות השנתי

12. מחקר

פעילותנו בתחום זה ממוקדת בחקר מדיניות בריאות כבסיס להבניית תהליכים ומענה לסוגיות בעלות משמעות במערכת הבריאות בישראל. תהליכים אלו נעשים תוך שיתוף פעולה עם גורמים בשדה הקליני, במוסדות ההכשרה לסייעוד ובאקדמיה.

• השנה מובל מחקר על ידי ד"ר שושי גולדברג, ד"ר רינה שימונוב וד"ר עירית שוורץ (סגנית מנהלת בית הספר לסייעוד במאיר), בניהולן של ד"ר ירדנה קול וד"ר ציפי הורניק משירותי בריאות כללית. נושא המחקר: למידה מתמשכת בקרב אחים ואחיות רווחה סובייקטיבית. תוצאותיו יפורסמו בהמשך.

• בימים אלו עורך מינהל הסייעוד, בהובלתה של מרינה גרינשפון, סקר בקרב אחים ואחיות בוגרי הכשרה על-בסיסית בטיפול נמרץ משולב שסיימו את לימודיהם

הקלינית פועלת קהילת ידע שהולכת ומתפתחת. קהילת הידע פועלת בליווי מחלקת הסמכה. כמו כן, נמשך תהליך רישות מערך הסייעוד באמצעות קבוצות ווטסאפ, פייסבוק ואינסטגרם.

11. טרנספורמציה דיגיטלית והטמעת טכנולוגיות לשיפור השירות

מינהל הסייעוד מקדם טרנספורמציה דיגיטלית והטמעת טכנולוגיות לשיפור והנגשת השירותים הניתנים על ידו. 3 התחומים בהם התקדמנו השנה הם:

פיתוח פלטפורמה דיגיטלית חדשה לניהול קהילות ידע, שותפות בהקמת אתרי האינטרנט החדשים של משרד הבריאות, ויציאה לדרך של פרויקט פורץ דרך - "שולחן העבודה הדיגיטלי".

אתר האינטרנט של מינהל הסייעוד עובר בימים אלו תהליך תרגום למספר שפות.



המקצועי ובלקחת חלק פעיל במגוון
תכניות פיתוח בעלות השפעה משמעותית
על מדרג תפקידי האחות

• ד"ר שושי גולדברג, השתתפה בתכנית
היוקרתית של קרן וקסנר למנהלים בכירים
באוניברסיטת הרווארד, Wexner Senior
Leadership Program.

• ד"ר הילה פיגל לומדת בארה"ב בתוכנית
מנהיגות בינלאומית לאחיות בכירות - The
Coldiron Senior Nurse Executive Fel-
lowship Program.

• לימור איזנברג לומדת בקורס העל בסיסי
ב-CBT. הקורס עוסק בתחום הפסיכותרפיה
בשיטת הטיפול הקוגניטיבי התנהגותי.

• מיכל יהודאי ידיד התקבלה לתכנית
ענבר, תכנית לעתודה ניהולית במערכת
הבריאות.

• קרן מקדש ותמר קינן לומדות בתכנית
המומחיות במדיניות ומינהל בסיסית.

• ד"ר רינה שימונוב סיימה את לימודי
ה-PhD בחוג לסייעוד באוניברסיטת ת"א.

• קרן מקדש ומרינה גרינשפון החלו את
לימודי ה-PhD.

• ד"ר רבקה חזן צורף, חנה צפנת ומרינה
גרינשפון נשלחו לארה"ב לשיתוף פעולה
בתחום הרישוי והמבחנים האדפטיביים.

מינהל הסייעוד מחוייב לחזק ולהעצים
את תרומתם של האחיות והאחים למען
בריאותם של תושבי מדינת ישראל.

• שילוב אחים ואחיות מומחים בתחומם
**בבניית תוכן מקצועי באתרי האינטרנט
החדשים** של משרד הבריאות: כחלק
מיעדי מינהל הסייעוד למצב את מקצוע
הסייעוד בחזית העשייה המקצועית, אנו
שואפים לשלב אחים ואחיות מומחים
בתחומם בצמתי קבלת החלטות וגיבוש
תכנים מקצועיים למען הציבור הרחב.
השנה מספר מיילדות לקחו חלק
משמעותי בבניית התוכן באתר משרד
הבריאות בנושא הריון ולידה.

14. אירועים והוקרה

• **כנס מקצועי לסגל הבכיר:** לאחר
שנתיים בהן לא ניתן היה לקיים מפגשים
פרונטליים, קיימנו כנס לכל הסגל הבכיר
בסייעוד בישראל בנושא "עושים באז
תקשורת", לפיתוח וחיזוק מיומנות עמידה
מול מצלמות והופעה במדיות השונות
לייצוג מקצוע הסייעוד.

• **אירוע הוקרה על תרומה ומעורבות
בוועדות המייעצות ובפורומים השונים:**
בחדש דצמבר יתקיים אירוע הוקרה
לכל האחים והאחיות הפועלים במסגרת
הוועדות המייעצות לאחות הראשית,
ובקידום תהליכים ומיזמים במינהל הסייעוד.
אנו מיישירים מבט קדימה לאתגרי שנת
2023.

15. פיתוח מקצועי של צוות מינהל הסייעוד

צוות מינהל הסייעוד מאמין בחשיבות הפיתוח

במחוז אירופה של ארגון הבריאות העולמי
72nd WHO Europe Regional Com-
- mittee Meeting. מינהל הסייעוד בישראל
יארך את האחיות הראשיות והמנהיגות
של האחים והאחיות ממדינות החברות
ב-WHO מחוז אירופה, לאסיפה השנתית
Euro Hub GCNMOs (Government-
Chief Nursing and Midwifery
Officers hub). בין התכנים העיקריים
שיועלו באסיפה השנתית יוצגו המודל
הייחודי של מינהל הסייעוד בישראל, הכולל
את כלל המחלקות הרגולטוריות ותחומי
המציוינות והחדשנות בסייעוד בארגוני
הבריאות בישראל. ההכרה הבינלאומית לה
זוכים מינהל הסייעוד וכלל האחים והאחיות
בישראל, מעידה על הפיתוח המתמשך
וההשקעה הרבה שנעשתה בהעצמת
ההון האנושי של האחים והאחיות בארץ.

• **נציגות במועצות הלאומיות:** המועצות
הלאומיות הינן גוף ייחודי, שבמסגרתן
פועלות 23 מועצות מייעצות למנכ"ל
והנהלת משרד הבריאות בנושאי תוכן,
מדיניות ונהלים. השנה עסק מינהל
הסייעוד במינוי משקיפים ממגוון ארגוני
בריאות, אשר מייצגים את מדיניות מינהל
הסייעוד ומקצוע הסייעוד בכלל במועצות
הלאומיות.

• **יוזמה לטיפול במשבר האקלים:** מינהל
הסייעוד לוקח חלק פעיל בפורום האקלים
הישראלי בחסות נשיא המדינה. לצורך
בניית יוזמה להתערבות הוקם צוות היגוי,
אשר עוסק בגיבוש תכנית התערבות.

בקרו אותנו:

באתר מינהל הסייעוד החדש - [/https://www1.health.gov.il/nursing](https://www1.health.gov.il/nursing)

באינסטגרם - https://www.instagram.com/invites/contact/?i=kb0wd0z226u&utm_content=3ib7gtl

בפייסבוק - [/https://www.facebook.com/yomhachot](https://www.facebook.com/yomhachot)

גברים בסייעוד

אלעד קובץ¹ RN, BA; ירון קיזנר² RN, LL.B

¹אח מחלקת ילדים בבית החולים לילדים ספרא

²מדריך קליני במחלקת פסיכיאטריה ב' בית החולים השיקומי

המרכז הרפואי שיבא, תל השומר

סופר מכותב: eladkovetz@gmail.com

תקציר

מקצוע הסייעוד כיום הינו מקצוע שמרבית העוסקים בו הן נשים, אך ככל שחולפות השנים אחוז הגברים אשר בוחרים בסייעוד כמקצוע וייעוד עולה. מטרת מאמר זה היא לסקור את היסטוריית עיסוק הגברים במקצוע הסייעוד, ולבחון את ההבדלים שנמצאו במחקרים לאורך השנים בתפיסות דרכי התמודדות ומוטיבציות בקרב אחים גברים במקצוע שבו הם מיעוט.

סקירת המושג גברים בסייעוד

מרבית העוסקים במקצוע הסייעוד בימינו הן נשים, אולם בספרות ישנן עדויות רבות לכך שגברים עסקו בסייעוד מזה מאות שנים¹, ואף בתקופות מסוימות מספרם עלה על מספר הנשים. במשך השנים חל מפנה מהותי לרעת הגברים, עם יישום חזונה של פלורנס נייטינג'יל אשר ראתה בעיני רוחה את הסייעוד כמקצוע המתאים ביותר לנשים, ובכך נאסרה כניסתם של גברים לתחום הסייעוד^{2,3}. ואם לא היה די בכך, בהתבסס על חזונה כי מקצוע הסייעוד הוא נשי, בית המחוקקים בבריטניה חוקק לראשונה את חוק רישום האחיות 1919. למעשה, בכך קבע כי העיסוק בסייעוד מותאם לנשים בלבד, למעט גברים שהועסקו כסוהרים בבתי חולים פסיכיאטריים¹.

כאשר עוברים לתקופתנו נראה כי עד עצם כתיבת מאמר זה רוב העוסקים במקצוע הסייעוד הן נשים. הסיבות לכך רבות ומגוונות, בין היתר אף בהגדרת המושג "אחות", ונראה כי ההתייחסות הכמעט בלעדית היא לנשים, בין כמניקות או שנתפסות כ"רכות". כמו כן, גם בהסתכלויות הסטריאוטיפיות⁴, אך לא נתמקד בכך בסקירה הנוכחית.

ג'ייסון מצ'יין במאמרו כי אחד השינויים שבעשתיים גברים לא פנו לעיסוק בסייעוד, נבע בין היתר מכך שב-150 שנים האחרונות תפקיד האחות במתן טיפול נתפס כבעל אוריינטציה נשית. בסקירתו מצא ג'ייסון כי יש הבדלים בגישה בה אחיות רואות ומיישמות את הטיפול לעומת אחים, כאשר אחים מפעילים בעת הענקת טיפול כישורים שייחודיים להם, כגון: כוח פיזי, מיומנויות טכניות כמקור להפגנת אכפתיות, מיומנויות חברתיות, נטייה להתנתק מהמטען הרגשי הכרוך בסיטואציה מסוימת ועוד⁵.

סקירה היסטורית: גברים וסייעוד

תומאס ופול⁶ במאמרם סקרו את הצורך בהגדלת היצע האחים והאחיות, במיוחד בצל מגפת הקורונה. הם מציינים שיש מחסור חסר תקדים בערך של 13.5 מיליון אחיות בעשור הקרב ובא⁷. לשיטתם, אחת הדרכים היעילות והנכונות ביותר להתמודד עם מחסור זה הינו גיוס של אחים למקצוע.

בניגוד לדעה הרווחת כי גברים החלו לעסוק בסייעוד רק בעת האחרונה, ישנו תיעוד המראה כי עוד ב-1600 לפני הספירה הם החלו לעסוק בסייעוד, כך נראה בסקירה קצרה לפנינו:

250 לפנה"ס – נחנך ביה"ס הראשון בעולם לסייעוד בהודו. רק גברים נחשבו "טהורים" מספיק להיות אחים⁸.

418-416 לספירה – ה"תיאודוסיאניים" מתייחסים ל"פרבולני", קבוצה של 500 גברים עניים במצרים שתפקידם לטפל במצורעי אלכסנדריה⁹.

1095 – נוסד מסדר האחים של אנטוני הקדוש, שמטרתו הייתה לטפל באנשים שסבלו ממחלות מגוונות בימי הביניים¹⁰.

1099 – הוקם מסדר האבירים ההוספיטלרים מסט ג'ון בירושלים, כדי לטפל בעולי רגל חולים ופצועים בדרכם לארץ הקודש וממנה⁴.

1119 – נוסד מסדר לזרוס הקדוש בירושלים.

1180 – נוסד בצרפת מסדר ההוספיטלרים של רוח הקודש והאחוה של רוח הקודש.

1192 – נוסד מסדר האחים של בית מרי הקדושה (הבית הגרמני) בירושלים (האבירים הטבטוניים).

1334 – נוסד מסדר הקבצן (שב-1469 שונה שמו לאחוות אלקסאן, על שם אלכסיס הקדוש), אשר מטרתם לדאוג לעניים, למצורעים ול"טיפשים ומשוגעים"



של אירופה¹¹.

1535 – ג'ון הקדוש החל ללמוד תחת הנזירים של ג'רום הקדוש וטיפול בחולים.

1585 – קאמילוס דה ליס הקדוש הפך לכומר אשר הקים מסדר שנשבע לטפל בחולים ומתים, גם תוך סיכון חייו.

בשנים 1600-1700 – הפרוטסטנטים הובילו רפורמה שבעקבותיה נסגרו מנזרים ברחבי אירופה, דבר שגרם לאובדן רב של מידע אודות פעילויות סיעודיות מאורגנות.⁴
1780 – ג'יימס דורהאם הפך לאח השחור הראשון בארצות הברית¹¹.

בשנים 1850-1950 – עקב מלחמות רבות מקצוע הסיעוד החל לעבור שינוי, וכמו כן תפקידו של האח.

1859 – פלורנס נייטינג'יל פרסמה את הערותיה על עיסוק בסיעוד, וטענה כי "כל אישה היא אחות".

בשנים 1861-1865 – בעקבות מלחמת האזרחים בארצות הברית יותר ויותר נשים עסקו בסיעוד¹².

1877 – נוסדה אגודת ג'ון הקדוש אמבולנס.

1892 – נוסדה אגודת האחים לתועלת הדדית.

בשנים 1888-1914 – מסדר האחים אלקסיאן ומסדרים אחרים בנו בתי חולים ברחבי ארצות הברית, כאשר בזמן זה יותר ויותר גברים עסקו בסיעוד, תוך שמעמידים עצמם בסכנה לפגיעה במעמדם החברתי, אפליה, אי שוויון בשכר, שחיקת תפקידים והדרה ממוסדות להשכלה פורמלית בסיעוד¹³.

בשנים 1914-1918 – נאסר על גברים לשמש כאחים בחיל הרפואה בארצות הברית.

1919 – נאסר על גברים באנגליה להירשם כאחים. ברמה הבינלאומית גברים התקשו לקבל הכשרה רשמית כאחים, והיכן שכן יכלו תקופת ההכשרה שלהם הייתה קצרה בהשוואה לנשים וחסרת תוכן מהותי¹⁴.

1950 – גברים מקבלים הכרה כאחים במספר מדינות, ביניהן ארה"ב, צ'כוסלובקיה, בריטניה ועוד⁴.

1971 – נוסדה האסיפה האמריקאית לגברים בסיעוד.

מן הנאמר עולה כי גברים עסקו בסיעוד עוד מתקופות קדומות ביותר, אף לעיתים באופן מוחלט, עד העת האחרונה. מנגד, כפי שצוין בפרק הקודם, בהובלתה של פלורנס נייטינג'יל, שהייתה פורצת דרך לפיתוח, שגשוג ולביסוס מקצוע הסיעוד, נראה שהיא גם יצרה בכך צל גדול שהוביל להדרתם של גברים מעיסוק בסיעוד. כיום אנו רואים כי יש מגמה של שינוי, אם כי במרבית מדינות העולם באחוזים בודדים בלבד.

דפוסי התמודדות של גברים במקצוע הסיעוד

מחקרים רבים ניסו להסביר את ההבדלים בהתנהלות המקצועית ובדפוסי ההתמודדות המבדילים בין אחים ואחיות. מחקרים אלו העלו מספר נקודות המבדילות בין המינים, שמקורן בהבדלים החברתיים ובתפיסות החברתיות.

הומור

הומור הינו כלי לחיבור בין אנשים, מסייע בהתמודדות עם חוסר נעימות, מפחית חרדה ועוזר בעיבוד של צער ואובדן.

הספרות העוסקת בתחום חילקה את

ההומור לארבעה סגנונות: **הומור מחבר -**

חלוקה של סיפורים מצחיקים אשר מחברים את השומע אל המספר; **הומור**

העצמה עצמית - היכולת לצחוק על

חולשה אישית ללא הקטנה עצמית;

הומור של הקטנה עצמית - הומור אשר

מבטל את מספרו ומקטין אותו; **הומור**

אגרסיבי - הכולל סרקזם והקטנת האחר.

במחקר כמותי אשר בחן הומור מחבר

בקרב 672 אחים ואחיות, נמצא כי למרות

ששני המינים משתמשים בו, אחים גברים נוטים להשתמש בהומור מחבר יותר מאחיות¹⁵. מחקר נוסף שבחן שימוש בסוגי הומור בקרב עובדי רפואה וסיעוד, שבו השתתפו 75 אחים ו-75 אחיות, מצא כי אחים משתמשים בסגנונות הומור שונים בהתאם לסיטואציה החברתית¹⁶, דבר שמסייע להסיר מחסומים בטיפול במגע קרוב עם מטופלים גברים ונשים¹⁷.

ההבדלים שנמצאו בין אחיות לאחים הוסברו על ידי החוקרים בכך שמוסכמות חברתיות מאפשרות לגברים, גם במקצועות הבריאות, טווח רחב יותר של התנהגויות אשר היו עלולות להיתפס באופן שלילי על ידי אחיות.

חווית תחושת לחץ

לחץ בעבודה הוא נושא שנחקר רבות בהקשר הסיעודי, בשל הרצון ארוך השנים לשמר כוח אדם איכותי במקצוע. לחץ בעבודה בסיעוד נמצא קשור לכוונות עזיבה את מקום העבודה, את ארגוני בריאות ואף את המקצוע עצמו. אפשר לחלק לשמונה מימדים את הגורמים ללחץ בעבודה: סביבה פיזית, דרישות עבודה, אוטונומיה בעבודה, קונפליקטים בינאישיים, חוסר ביטחון בעבודה, תמיכת הארגון, חוסר תגמול ותרבות ארגונית. התשובה לשאלה האם קיימים הבדלים בחוויית תחושת הלחץ ועוצמתו בין אחים ואחיות משתנה בין מחקרים, כאשר חלקם לא מצאו הבדלים בתחושת הלחץ בעבודה¹⁸ וכאלה שמצאו כי אחיות חוות לחץ גדול יותר בעבודה¹⁹, לעומת מחקרים אחרים שמצאו כי אחים גברים חווים לחץ גבוה יותר בעבודה²⁰. נמצא כי אחים נוטים פחות לחוש לחץ מקצועי מאחיות בשל גילויי תוקפנות ואיומים פיזיים. מחד גיסא, הועלתה הסברה כי הסיבה לכך היא ההבדלים הפיזיים בין המגדרים, אשר מובילים לכך שגברים חווים מלכתחילה פחות איומים, ובמקרים בהם מאיימים

עלתה השאלה האם ה-Caring שהאחים והאחיות מעניקים הוא תכונה נשית, או שמא גם אחים גברים ניחנו ביכולת לביצועה. מחקרים אשר בחנו זאת הראו כי עם תכונות המשוייכות סטריאוטיפית לגברים, כמו שאיפה לאוטונומיה, רציונליות, ניתוק רגשי ועצמאות, אחים מביעים אמפתיה, אכפתיות וחמלה. מחקרים אלה טענו כי אכן אחים גברים מבצעים Caring, אך הוא מתבטא אחרת מנשים, זאת בשל הגבלות ומגבלות מגדריות ותרבותיות של ארץ המוצא.²³

הצלחה מקצועית בקרב גברים

הצלחה מקצועית היא מבנה רב מימדי, שניתן לחלקו לשני תתי נושאים עיקריים: הישגים אובייקטיביים כמו קידום היררכי ושכר, והישגים סובייקטיביים כמו שביעות רצון ופיתוח מקצועי. כאשר בוחנים את היכולת להצלחה של גברים במקצועות שמבחינה מסורתית "משוייכים" למין השני, יש לעשות זאת דרך שני מונחים המתייחסים לתחום. הראשון "תקרת זכוכית", שנתפס כמחסום מטאפורי בלתי נראה המונע מאנשים מסויימים (בדרך כלל נשים ומיעוטים אתניים) להתקדם לתפקידי ניהול וניהול בארגון, ללא קשר לכישורים או ההישגים שלהם. השני הוא "מעלית זכוכית", מונח המתייחס ליתרון בקידום של גברים לבנים הטרנסקסואלים במקצועות אשר נהנים מרוב נשים.²⁴

בין החוקרים בסייעוד קיימת אי-הסכמה בנוגע לקידום גברים ושכר. חלק מהמחקרים מראים כי גברים מחזיקים בעמדות ניהול ביניים ובכיר באחוז גבוה יותר מחלקם היחסי באוכלוסיית העוסקים והעוסקות בסייעוד, וכן מקבלים שכר גבוה יותר ממקבילותיהן הנשים²⁵ לעומת זאת, מחקרים אחרים אשר ניטרלו את משתנה שעות העבודה, מצאו כי בהינתן שאחוזי

התמודדות עם שחיקה

שחיקה משפיעה באופן ישיר על תחלופת העובד ועל איכות עבודתו. לפיכך, היא מעלה עניין בקרב ארגונים שמעוניינים לשמר את עובדיהם. בקרב אחים גברים נמצא כי משפחה וזוגיות תורמים להגנה מפני שחיקה מואצת. היעדר ילדים וזוגיות הם גורמים שנמצאו כקשורים לשחיקה, והשפעתם מתעצמת כאשר לאח יש פחות מעשר שנות ניסיון.²¹

דאגה (Caring) בקרב אחים גברים

דאגה (caring) וסיעוד (nursing) משוייכות באופן מסורתי-חברתי למין הנשי, עד כדי כך שהן נחשבות לעיתים כמילים נרדפות לנשיות. לא בכדי מקצועות טיפוליים בהן התכונות הבולטות הן דאגה והגשת עזרה רגשית ופיזית, זוכים לייצוג נשי בולט. תפיסות חברתיות אלה חוזקו על ידי חוקרות מגדר ומינויות בכירות כמו גיליגאן וחודורו בשנות ה-90, אשר שייכו אותן לנשים ולא לגברים. בשל העובדה שהמושג Caring מופשט, יש לו מספר הגדרות, כאשר חלקן נחשבות פנימיות למטפל - "הידע, הערכים, התפיסה, המחוייבות והפעולות המלווים בשאיפה לשימור כבודם או שלמותם של מטופלים"²² וחלקן עוסקות בביצוע של ה-Caring ביטוי של רגש חיובי באמצעות מילים, מחשבות או מעשים, מתוך כוונה לנחם ולעמוד על צורך לא מסופק של האחר, שאולי אינו מסוגל לענות על הצרכים בעצמו. הפעולה מבוצעת ברצון וללא הכללת מחשבות או רעיונות קדור-מים כלשהם, או גרימת לחץ רגשי או נזק במהלך האינטראקציה.²³

יש הרואים ב-Caring את מהות הסיעוד וכדרך לשיפור מצב בריאות המטופל. אכן במהלך לימודי הסיעוד נלמדים הכישורים להענקת Caring איכותי. במשך השנים

עליהם הגברים סומכים יותר על יכולתם להגנה עצמית.¹⁹ מאידך גיסא, אחים נוטים לחוש לחץ מקצועי גבוה יותר מאחיות בשל מחסור באוטונומיה בעבודה, קונפליקטים בינאישיים עם עמיתים לעבודה וחוסר בתגמול.²⁰

טכניקות התמודדות עם לחץ

עבודת הסיעוד היא עבודה קשה מבחינה פיזית, ויש לה גם מחיר פנימי והתמודדויות אשר מעמיסים על אחים ואחיות. מחסור בכוח אדם, חשיפה לחולי ולקונפליקטים בעבודה ומחוץ לה, מטביעים את חותמם על שני המינים.

הספרות²⁰ מצביעה על מספר סוגי אסטרטגיות שמשמשות ככלי עבודה להתמודדות עם הלחצים הללו. אסטרטגיות להתמודדות מחולקות לקטגוריות, על פי המיקוד שבו משתמש העובד כדי להתמודד עם הקושי:

1. אסטרטגיית התמודדות ממוקדת אתגר: כלומר, פתרון הבעיה אשר הובילה לתחושת הלחץ - התמודדות פרואקטיבית, אסטרטגית וחיובית לאתגר, הכוללת תכנון תוכנית פעולה ספציפית והגברת מחוייבות אקטיבית וממוקדת לפתרון הבעיה.

2. אסטרטגיית התמודדות ממוקדת רגש: עידוד עצמי, ראיית הצד החיובי באירוע, הפחתת תחושת המתח והיזכרות באירועים חיוביים יותר בעבודה.

3. אסטרטגיית התמודדות נמנעת: הבעת עניין בנושאים אחרים לא מאיימים, סיוע למטופלים אחרים שאינם גורמים ללחץ.

מחקר שבחן שימוש באסטרטגיות להתמודדות עם לחץ בקרב אחים ואחיות מצא כי אחים גברים משתמשים יותר באסטרטגיית התמודדות ממוקדת אתגר בהשוואה לאחיות, בעוד שאחיות משתמשות יותר באסטרטגיית התמודדות מבוססת רגש מאשר אחים.²⁰



“נהייתי מכל רגע בלימודים,
מהיחס האישי, המקצועיות
וחווית הלמידה”

מונאי ג'מאל,
בית הספר לניהול מערכות בריאות
חובשת במד"א

ניהול מערכות בריאות תואר ראשון (B.A) | תואר שני (M.H.M)

• חדש! למידה היברידית בשנה"ל תשפ"ג
• מלגה ייחודית לעובדי מערכות הבריאות

ההרשמה
בעיצומה!

פרופ' יעקב הרט
נשיא המכללה, דיקן בית הספר ומייסד המכללה, מומחה במנהל רפואי,
כיהן כראש החוג לאפידמיולוגיה ורפואה מונעת באוניברסיטת תל אביב.
כיהן כמנהל רפואי של מחוז פתח תקווה, מנהל בתי חולים "השרון" ולוינסטיון,
י"ר איגוד מנהלי בתי החולים, כיום נשיא איגוד מנהלי בתי החולים.



*2443 | netanya.ac.il



מגוונות, כאשר בבסיסן של כל אלו עומד השוויון בין המינים.

אם נתעלם מהמרכיבים הסטריאוטיפיים ונתמקד במהות הסיעוד, נראה כי CARING הינו טיפול הוליסטי רב תכליתי שמטרתו למקסם את הטיפול במטופל. כל איש צוות סיעודי, בין אם גבר או אישה, מביאים עימם את ארגז הכלים ליישום פעולה זו, גם אם בדרכים מעט שונות בין אחד לאחר. ומהעבר השני חשוב לציין כי גם כל מטופל נדרש ל-CARING שונה. הן המטפל והן המטופל הם אינדיבידואלים, ובכך אין דרך אחת בלעדית נכונה. למול כל זה, נראה כי כבר כיום מתחיל להתקיים שיח ופתיחות, ואכן אנו רואים כי יותר גברים פונים למקצוע הסיעוד, אך עדיין באחוזים בודדים. לדעתנו יש מקום לשינוי גישה לפיה עלינו לעבור למצב של DOING, כך שבאופן יזום יזוהו המחסומים התרבותיים והחברתיים תוך מענה ממוקד לבעיות ייחודיות לגברים בעולם הסיעוד. באופן זה נוכל הן ליהנות מעקרונות השוויון אשר אמור ומחוייב מעצם היותנו חברה דמוקרטית, והן ככלי נוסף למענה למחסור החמור באחים ואחיות שמערכות הבריאות הישראלית והעולמית מתמודדים עימו.

חלק דומיננטי יותר במקצוע הסיעוד, אם מסיבות פרקטיות כאשר הגברים נדרשו ללחימה ואם מסיבות חברתיות משום הפיכתו של המקצוע "ללא מתאים" מגדרית לגברים. בתחילת המאה העשרים הוסרו המגבלות שמנעו מגברים לעסוק בסיעוד במערב, אך את תוצאות השפעת הנסיבות החברתיות ניתן לראות עד ימינו במיתוג החברתי של מקצוע הסיעוד, אשר נתפס כנשי ומשפיע בתורו על אחוז הגברים העובדים בו.

מחקרים רבים בחנו את נקודות הדמיון והשוני בקרב אחים ואחיות. כפי שתואר, יש הבדלים בסיסיים בין אחים ואחיות בדרכי ההתמודדות עם האתגרים במקצוע והשאיפות המקצועיות, אך יש לציין כי לעיתים קרובות ההבדל בין המגדרים הוא תוצר של הבדלים בתפיסות התפקיד, נראות ומוסכמות חברתיות של מה מקובל ומה פחות מקובל לגבר לעשות.

המלצות

לאור האמור לעיל, עיקר ההתמקדות לשינוי צריכה להיות בשינוי תודעת-תפיסתי של החברה את מקצוע הסיעוד כמקצוע רב מימדי בעל גישות טיפוליות

המשרה שווים בין האחיות והאחים, לא נמצאים הבדלים סטטיסטיים מובהקים בין המגדרים בקידום ובשכר²⁶.

מחקרים שדנו בסיבות להתקדמות גברים בסיעוד הציעו כי הבולטות המגדרית והיכולות הפיזיות יכולים להסביר את השונות בהתקדמות בהיררכיית המקצוע וההזדמנויות, אך באותה עת ציינו כי הבולטות היא גם חרב פיפיות, משום שהיא שמה זרקור על האח, דבר שמעלה את תחושת הלחץ במקום העבודה²⁷. עבודות שבחנו מובילות של אחים ציינו כי הם נוטים יותר מאחיות לחפש ולעבור בין מקומות עבודה, פעולה שמאפשרת התקדמות²⁴.

מסקנות

למאמר הנוכחי היו שתי מטרות. הראשונה הייתה לסקור את הספרות העוסקת באחים מוסמכים בסיעוד מבחינה היסטורית מושגית, וזאת כדי להבין בצורה טובה יותר כיצד משתלבים גברים במקצוע שרוב העוסקות בו הן נשים. המטרה השנייה הייתה לסקור את הספרות העוסקת בהשוואות שונות בין אחים ואחיות, במטרה להבין האם קיימים הבדלים הנובעים ממגדר בתוך המקצוע.

מן הבחינה ההיסטורית הראנו כי במשך אלפי שנים עד העת החדשה גברים עסקו בסיעוד וטיפול בחולים. לעוסקים בסיעוד היו שמות ותארים שונים כמו נזירים, כמרים ואבירים, והעיסוק במתן טיפול לחולים ולפצועים על ידי גברים היה נפוץ באירופה, באסיה ובמזרח התיכון. יתרה מכך, במהלך תקופות ממושכות בהיסטוריה ליוו גברים אלו מסעות של כיבוש והתרחבות טריטוריאלית של עמים, והקימו מסדרי סיוע ורפואה באזורים עוינים. במשך מאות שנים לא שוייך טיפול סיעודי לאחד המינים, אך מגמה זו השתנתה במאה ה-19, כאשר נשים תפסו



- 1) Sasa, R. I. (2019). Male nurse: A concept analysis. *Nursing Forum*, 54(4), 593-600.
- 2) Mackintosh, C. (1997). A historical study of men in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 26(2), 232-236.
- 3) Bartfay, W. J., Bartfay, E., Clow, K. A., & Wu, T. (2010). Attitudes and perceptions towards men in nursing education. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 8(2), 1-7.
- 4) Evans, J. A. (2002). Cautious caregivers: gender stereotypes and the sexualization of men nurses' touch. *Journal of Advanced Nursing*, 40(4), 441-448.
- 5) Mott, J. (2018). Professional male caregiving: a concept analysis. *Nursing Forum*, 53(4), 574-578.
- 6) Kearns, T., & Mahon, P. (2021). How to attain gender equality in nursing- A n essay. *The BMJ*, 373(1232), 14–17.
- 7) Buchanan, J. & Catton, H. (2020) COVID-19 and the International Supply of Nurses. Report for the International Council of Nurses, Geneva. Available at: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-07/COVID19_internationalupplyofnurses_Report_FINAL.pdf
- 8) Mahon, P., & Cowman, S. (2003). The male nurse: a historical and contemporary analysis of the literature. *All Irel J Nurs Midwifery*, 2(10), 34-39.
- 9) Arif, S., & Khokhar, S. (2017). A historical glance: Challenges for male nurses. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, 67(12), 1889-1894.
- 10) Smallheer, B., Morgan, B., & Stern, R. (2020). A historical look at men's involvement in nursing and leadership. *Geriatric Nursing*, 41(1), 52-53.
- 11) Mackintosh, C. (1997). A historical study of men in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 26(2), 232-236
- 12) Wilson B. A (2003) history of men in American nursing. *Nebr Nurse*, 3(1), 15-6.
- 13) Cottingham, M. D. (2019). The missing and needed male nurse: Discursive hybridization in professional nursing texts. *Gender, Work & Organization*, 26(2), 197-213.
- 14) Clementson R.(2008) Men in nursing. *Nurs J*, 12, 37-43.
- 15) Ôga, Y., & Chiba, A. (2020). Relationship between nurses' expression of humor toward their colleagues, and their physical and mental reactions and social support. *Journal of Occupational Health*, 63(3),75-85.
- 16) Bader, M.(2022) The Affiliative Humor for the Workers in Health Institutions. *International Journal of Early Childhood*, 14(03).
- 17) Harding, T., North, N., & Perkins, R. (2008). Sexualizing men's touch: male nurses and the use of intimate touch in clinical practice. *Research and Theory for Nursing Practice*, 22(2), 88-102.
- 18) Kirkcaldy, B. D., & Martin, T. (2000). Job stress and satisfaction among nurses: individual differences. *Stress Medicine*, 16(2), 77-89
- 19) Caruso, R., Miazza, D., Berzolari, F. G., Grugnetti, A. M., Lichosik, D., & Arrigoni, C. (2017). Gender differences among cancer nurses' stress perception and coping: An Italian single centre observational study. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 39(2), 93-99.
- 20) Lee, J., & Cho, Y. H. (2016). Gender differences in job stress and stress coping strategies among Korean nurses. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, 8(3), 143-148..
- 21) Cañadas-De la Fuente, G. A., Ortega, E., Ramirez-Baena, L., De la Fuente-Solana, E. I., Vargas, C., & Gómez-Urquiza, J. L. (2018). Gender, marital status, and children as risk factors for burnout in nurses: A meta-analytic study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 2102.
- 22) Watson, J., 1985. *Nursing: Human science and human care: a theory of nursing*. Little Brown and Company, Boston
- 23) Sundus A, Younas A. (2020). Caring behaviors of male nurses: A descriptive qualitative study of patients' perspectives. *Nurs Forum*. 55(1) 575–581.
- 24) Smith, B. W., Rojo, J., Everett, B., Montayre, J., Sierra, J., & Salamonson, Y. (2021). Professional success of men in the nursing workforce: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 29(8), 2470-2488.
- 25) Schubert, S. (1997). *The advantages of being a minority': Men in nursing (Doctoral dissertation)*.
- 26) Andrews, M. E., Stewart, N. J., Morgan, D. G., & D'arcy, C. (2012). More alike than different: A comparison of male and female RNs in rural and remote Canada. *Journal of Nursing Management*, 20(4), 561–570
- 27) Yilmaz, B. K., & Dalkilic, O. S. (2019). Conceptual framework about tokenism phenomenon in organizations. *International Journal of Contemporary Economics Administrative Sciences*, 9(2), 205–231

משלחת "כוכב מאיר" למוסצ'יסקה אוקראינה

חוויות ותובנות

מרץ-אפריל 2022

י. שמש¹ RN, MA; פ. רוזנברג² RN, MA; י. בויקיס³ RN, MA; ט. מוטיעי⁴ RN, MA;

ד. צירולניק⁵ RN, B.EMS; מ. מזור⁶ RN, MA; ח. קרצמן⁷ RN, PhD

¹סגנית מנהלת הסיעוד; ²אחות אחראית שיקום נשימתי מוגבר, ביה"ח השיקומי; ³מרכזת תחום בכירה, הנהלת הסיעוד; ⁴מרכזת תחום, הנהלת המרכז לרפואת נשים ויולדות; ⁵סגן אחות אחראית מחלקת רפואה דחופה; ⁶אחות אחראית מרפאה אורולוגית; ⁷מרכזת תחום בכירה, הנהלת הסיעוד.

המרכז הרפואי שיבא

סופרת מכותבת: Yael.Shemesh@sheba.health.gov.il

*חברי המשלחת



מחלקות ביה"ח בעת הצורך), פריסת רשת תקשורת לשם הפעלת תיק מטופל ממוחשב, יצירת קשר עם יועצים מהארץ ועוד. הכנת הצוות גם כללה בחירה של אנשי צוות שינהלו את מחלקות ביה"ח, בחירת צוותים טיפוליים בעלי הכשרה בתחומים מגוונים, והכשרת הצוות למצבים מייצגים כמו כוויות קור, מצבי התייבשות ועוד.

המשלחת יצאה בראשות ד"ר דודו דגן, מנהל חטיבת בתי החולים הממשלתיים במשרד הבריאות, וכללה צוותי רפואה מכלל מערכת הבריאות, בתי החולים, קופות החולים ובריאות הקהילה והציבור. ההכנה כללה התמודדות עם תרחישים של מזג אוויר קיצוני (כמו למשל התמודדות עם טמפ' של מתחת ל-0 מעלות וחימום

רקע

משלחת "כוכב מאיר" הוקמה במטרה לאפשר טיפול רפואי נגיש לאוכלוסייה המקומית, פליטים ונפגעי הקרבות באזור ביה"ח באוקראינה. הקמת המשלחת הייתה ביוזמתם של ממשלת ישראל, משרד החוץ ומשרד הבריאות.



אימא עם תינוק עטוף בשמיכות. רצינו להעביר אותה למבנה כדי שלא תחכה בקור, אבל היא סירבה לזוז מהתור מכיוון שפחדה לפספס את תורה. רק לאחר שכנוע הסכימה להצטרף לאיש צוות ולעבור למבנה".

הפקת לקחים מקצועיים

ההכנה המקצועית לפני היציאה לאוקראינה הייתה מעולה: הכנת תיק ממוחשב "קמיליון", הכנת נהלים, הכול הותאם לטיפול במצבי חרום. גם ההכנה הלוגיסטית הייתה מעולה, וזכינו לצוות תמיכה שסייע בכל בעיה.

לפני היציאה לאוקראינה חשוב היה שנכיר את רמת הרפואה המקומית, אבל אנחנו לא ידענו מה תהיה רמת הרפואה במקום. גם לא ציפינו שנעניק טיפול במסגרת קהילתית. לפעמים הרגשנו חוסר אונים מבחינה מקצועית, בגלל היעדר ציוד בסיסי במרפאות ובבתי החולים המקומיים. בצוות התעוררו שאלות איתות, כמו עד כמה עלינו להתערב בטיפול? האם אפשר להשאיר ציוד? ומי יתחזק אותו?

הצוות שלנו אמנם השתדל לתת מענה לכולם. אבל הגיעו אנשים עם אבחנות קשות, כמו מטופלים שסבלו מדלקת מפרקים כרונית ולהם לא יכולנו לעזור. היה חשוב להסדיר את המדיניות הנדרשת לטיפול בחולים כרוניים. לאחר דיון הוחלט

גבוהות. עבדנו "ללא שעות", ובית החולים הפך די במהרה להיות "בית החולים שלנו". ביה"ח השדה הוקם כסיוע לפליטים, אבל מהר מאוד הבנו שלא מדובר בביה"ח חירום וברפואה דחופה. זה לא היה מה שציפינו לו. הפכנו די מהר מבית חולים חירום למרפאת קהילה. ביה"ח הסמוך שלח אלינו מטופלים לייעוץ. מערכת הבריאות המקומית נמצאה בפער גדול ממה שאנחנו מכירים.

נחשפנו למציאות קשה של מטופלים הסובלים מבעיות בריאותיות כרוניות. ביומיים הראשונים מדדנו לחצי דם מאוד גבוהים - 250 סיסטולי - ולא היה ברור מדוע. החלפנו מנג'טות שהבאנו מהארץ, עד שהבנו שהבעיות הן אצל כולם. לכולם זוהתה בעיה בבלוטת התריס, עקב היעדר יוד במים.

מידי יום ב-8:00 בבוקר כבר חיכו לנו בחוץ כ-80 אנשים: ילדים, נשים, גברים וקשישים שעומדים וממתנים לעזרה, בנימוס ובהבנה. גשם ושלג לא היו מכשול מבחינתם. הם במלחמה. ההסתגלות מבחינת הצוות שלנו הייתה מהירה, עם מענה מהיר לממתנים. קלטנו כ-250 מטופלים בכל יום, ונחשפנו לקשיי היענות של מטופלים לאור חוסר אמון בסיסי בצוות. אצל רבים זוהה הלחץ לקבלת עזרה רפואית. אחד מאנשי הצוות שלנו תיאר את האירוע הבא: "היה קר, בתור עמדה

המשלחת לאוקראינה יצאה בשלושה סבבים, בין ה-21 במרץ 2022 עד ה-28 באפריל, ופעלה במשך 39 ימים רצופים. בכל סבב יצאו כ-70 אנשי צוות (ממרכזי הבריאות השונים, בתי החולים בריאות הציבור והקהילה) וכללו אנשי מנהלה, לוגיסטיקה, צוות רב מקצועי, רופאים ואחיות. כל סבב נמשך כ-14 יום.

אתגרים רבים עמדו בפני הצוותים, שהציפו חוויות אישיות ומקצועיות במהלך ההכנה והשהות במקום. להלן מעט מהחוויות שהעלה הצוות במפגשי עבודה במהלך ובסיום ההשתתפות במשלחת, וכן חוויות שהועלו על הכתב.

חוויה אישית ומקצועית - חוזק ועוצמה

בין אנשי הצוות שהצטרפו למשלחת היו עובדים שהגיעו ברגשות מעורבים. מצד אחד היה על חלקם לחץ של המשפחה והילדים שחששו מנסיעה לאזור הלחימה, ומצד השני הופנה על חלקם גם לחץ מצד הדור המבוגר (הורים, סבים) שלא לנסוע עקב אירועים היסטוריים קשים כלפי היהודים. כך למשל ביקרנו בבית קברות יהודי ישן, וגילינו במקום קבר אחים גדול עם מצבה אחת. המקום לא היה מתוחזק. החוויה הייתה קשה, אבל גם מחברת ומחזקת.

רוב החששות וההתלבטויות נעלמו ברגע שהגענו לאתר. ידענו כי אנו נמצאים כאן מבחירה, מתוך רצון להושיט עזרה לעם באסון. דגל ישראל שהונף בגאווה בכניסה לבית החולים השדה עורר בנו התרגשות וגאווה.

מרגע שהגענו למקום התגבשנו כקבוצה מלוכדת בעלת מוטיבציה גבוהה לעזור, ולעשות הכול על מנת "להציל את העולם". החיבור בין אנשי הצוות היה מהיר. תמכנו אחד בשני כאילו אנו עובדים כך שנים. המוטיבציה לעבוד ורמת האדרנלין היו

יומן מסע

משלחת הראשונה מרץ 2022

אורה שרה-אוסנת RN, MRN, אחות ברפואה דחופה

SarahOsnat.Errera@sheba.health.gov.il



תקווה לאנשים שאיבדו את ביתם ונמצאים בחוסר ודאות אישי, משפחתי ולאומי.

אני יוצאת כבת לדור שלישי לשואה, בידיעה שאנחנו נשלחים כנציגות של המדינה היחידה בעולם שהחליטה באופן ממלכתי שלא ייתכן שנראה אנשים אחרים במדינה אחרת בסבל ונשתוק, ובחרה לשלוח סיוע רפואי והומניטרי.

ואני, אני רק יודעת שעם ארגז הכלים הקטן שלי - הידע, הגמישות, האנושיות והחמלה שיש בי - רוצה להאמין שבאמת אצליח ונצליח לעשות שם מעט טוב, ולהביא לשם מעט מן האור בתוך החושך.

יוצאים למסע בשליחות המדינה בכבוד, עם דגלי המדינה מורמים. שמחה וגאה שנבחרתי לייצג את בית החולים שיבא ואת מדינת ישראל.

◆ 21/03/22 – יום היציאה

אחרי לילה מלא התרגשות ללא שינה, בשדה התעופה טקס חגיגי עם ראש הממשלה ושר החוץ. תפילת הדרך ועולים

◆ 20/03/22 ערב יציאת המשלחת

אז זהו, עוד כמה שעות יוצאים לדרך. אני לא מאמינה שזה באמת קורה, אחרי שלושה שבועות של חוסר ודאות. הרגשות מתחילים לעלות. וואו, יש כל כך הרבה מהם. התרגשות, התעלות, שמחה, מתח, ציפיה ופחד. בזמן תחרות כזאת של מי יותר חזק. והחששות, יש מיליון. האם נצליח לעשות שם טוב? האם נפיה מעט תקווה? האם אסתדר עם מחסום השפה? האם אפשר לתקשר ולחמול מבלי לדבר? האם נתחבר בין אנשי הצוות?

ואני שואלת את עצמי מה מביא אותי לצאת למסע הזה, ומה אני מביאה איתי אליו. תחושת השליחות והשייכות של להיות חלק ממשהו עצום ומרגש? יצר ההרפתקנות שלי שאוהב את האתגר ואת הלא ידוע? או רצון לסייע?

אנחנו יוצאים 70 אנשי צוות מבתי חולים וקופות חולים בארץ, למסע מסתורי בארץ אחרת פצועה מקרבות, בניסיון לתת מעט

לשמר את המצב הקיים אבל לא להתחיל טיפולים תרופתיים חדשים, כדי לא להשאיר מטופל עם תרופות חדשות שלא ניתן להשיג אותן. במהלך עבודתנו הסדרנו מפגשים קבועים בינינו להתאמת הטיפול למציאות הקיימת.

אנשי הרפואה במקום ביקשו שנכיר גם את התרבות המקצועית במקום. כך למשל, מנהל ביה"ח המקומי חשש שהאוכלוסייה המקומית תושפע מחוסר ההיררכיה בין אנשי הצוות לבין מטופלים, ולכן ביקש שהצוותים יפנו אחד לשני בשם משפחה ותואר מקצועי ולא בשם הפרטי. אין ספק שהיענות ותקשורת הפתוחה בינינו הידקה את הקשר עם ביה"ח המקומי.

מטבע הדברים האוכלוסייה המקומית רובה ככולה לא ידעה אנגלית, וחלק מאנשי הצוות שלנו לא דיברו רוסית. יחד עם זאת, לא התעוררה בעיית תקשורת עם המטופלים, מכיוון שהפתרונות בעזרת תרגומון בגוגל היו יעילים.

סיכום

לא נוכל למחוק מחזות קשים של פליטים השוכבים על הרצפה בבתי ספר, וחיייהם ארוזים בשקית אשפה, אפילו לא במזוודה. לא נוכל לשכוח את הילדים הקטנים המתרוצצים במסדרונות מקלטי הפליטים, בלי להבין מה כולם רוצים. גם לא את תורי הפליטים בדרך לפולין כדי להציל את עצמם או את יקיריהם.

יחד עם זאת, עם הזיכרונות הקשים, צצים כל הזמן זיכרונות של חיוכים מלאי תודה, של סיפוק על כך שהצלחנו להקל, ולו במעט, על הסבל של אותם האנשים.

המשלחת שלנו שינתה במקצת חייהם של רבים. אנחנו גאים בנו כחברה ישראלית שעזרה בשעת מצוקה. במיוחד גאים בנו כחברי משלחת על המסירות, הסבלנות האינסופית, הרוך שבו העניקו טיפולם לאנשים מאוקראינה ולליבים מלא החסד.



רואים כ-150 מטופלים מדי יום, והסיפורים עצובים וכואבים ולא פעם אנחנו מזילים דמעה יחד איתם. צוות של עו"ס ופסיכיאטר נותנים מענה למצוקה הנפשית.

הלילה אני עובדת במחלקת האשפוז, שם שוכבת מטופלת אונקולוגית שצריכה להמשיך טיפול כימותרפי אך אין לה איפה, אישה עם סיבוך של הרפס כי לא היה לה כסף לטיפול תרופתי, איש מבוגר עם גודש ריאתי שאין לו איך להשיג חמצן, ונער עם אפילפסיה שלא לקח טיפול והגיע לאחר פרכוס.

◆ יום ראשון - 3/4/22

יום אחרון למסע פה. מתחילים לסכם את החוויה המטלטלת הזאת. לא ייאמן שעבדו כמעט שבועיים. אנשים שלפני שבועיים לא הכרתי כלל, הפכו ללא ידיעתם לאחים שלי ולחבריי הטובים ביותר. אני מופתעת עד כמה החוויה הזאת גיבשה, טילטלה ותשאיר חותם לכל החיים.

מתחילים סיכומים במפגש בוקר מסכם ליום פעילות אחרון. לא ייאמן שטיפלנו ב-1,800 מטופלים. בערב עוד טקס פרידה, עם חלוקת תעודות הוקרה וציורים שציירו לנו תלמידי בית הספר המקומי, שריגשו עד דמעות. אני מודה על הזכות שהייתה לי להיות חלק מחוויה עוצמתית שכזו, ומההזדמנות לתת מעט תקווה ואור למדינה שחרב עליה עולמה.

ולעבור טריאז' ראשוני. שם אנו מקבלים אותם וממיינים אותם לטיפול הרלוונטי. מחלקים לילדים בובות ומשחקים איתם, כדי לשמח ולו במעט. רוב המטופלים אינם דורשים טיפול דחוף, אך מחפשים מענה לבעיות רפואיות כרוניות שלא קיבלו עליהן מענה הולם. תחושת עצבות נופלת עלי על הידיעה שיש מקומות שבהם אין מערכת בריאות שנותנת מזור לתושביה, אך גם מבינה פתאום איזה מזל יש לנו כישראלים שיש לנו מערכת בריאות טובה. בטריאז' אני שוברת שיניים כדי להבין למה המטופל הגיע. אני נעזרת בחבריי דוברי השפה, במתנדב שהשאיר את משפחתו בארץ "כי לא יכל לראות מה קורה פה ולשבת בבית", ובסטודנטית מקומית לרפואה שבאה לעזור כי הלימודים הושבתו, וגם כדי ללמוד מאיתנו.

ומה שבעיקר העלה בי חיוך היא ההבנה שכדי לזהות הפרעות קצב, מצוקה נשימתית ואת המטופל ש"נראה לא טוב", אפשר גם ללא שפה, ושניתן להפגין הבנה ואמפתיה גם בלי לדבר.

◆ 26/03/22 - מוצאי שבת

תיכף סוגרים פה שבוע, אחרי ארוחת שישי חגיגית ולאחריה משחק כדורסל בין צוותי הרפואה למאבטחי המשלחת (כי צריך קצת ספורט ואוורור). בין לבין נשמעת אזעקה, ואנחנו בתרגול מופתי יורדים למרחב המוגן. בימים האחרונים אנחנו

על טיסה לקרקוב, ומשם באוטובוסים לכיוון הגבול עם אוקראינה. בדרך מתחילים להכיר את החברים למסע הזה. צוותים שונים מבתי חולים וקופות חולים שונים בישראל, לראשונה בתולדות המדינה יוצאים לשליחות הזאת.

בדרך צופים בנופים של פולין, המדינה בה בני העם שלי עברו שואה. הידיעה שכמה דורות אחרי נוסעים באותם דרכים, הפעם לסייע ולתת עזרה, מרגשת אותי. עוברים את הגבול לאוקראינה, שם אנו רואים שורות רכבים שמנסים לברוח לצד השני. ילדים ונשים (לגברים אסור לצאת משטח אוקראינה) עם מזוודות ועגלות ומחנות פליטים על הגבול. המראות מצמררים ומזכירים תקופות אפלות בהיסטוריה. אחרי יום מפרך מגיעים אל העיירה מוסטיצ'קה, שם מחכה לנו מחנה אוהלים בדמות בית חולים שדה. מוכן ופרוס ומחכה לנו לתת עזרה, מזור ובריאות לפליטים ולאוכלוסייה המקומית.

דגלי ישראל ואוקראינה מונפים בכניסה. תחושת גאווה מציפה את הלב.

◆ 22/03/22

לאחר טקס מרגש עם ראשת העיר, אנו פותחים את בית החולים באופן רשמי. עשרות אנשים מחכים בסבלנות בכניסה. אנחנו פותחים את עמדות הרישום והמיון הראשוני, והעומס גדול. אני שוברת את שיניי בעיניי השפה. מסיימים את היום הראשון עם קליטה של כ-100 מטופלים – נשים, גברים וילדים – בתחושת סיפוק מטורפת.

◆ 24/03/22

אנחנו כאן כבר כמה ימים, והם מגיעים בהמוניהם. גברים נשים וטף, עומדים בכניסה משעות הבוקר המוקדמות ומחכים בשקט מופתי בכניסה למתחם בית החולים. בחוץ עומדת אחות ומאתרת את המטופלים הדחופים ביותר, ומכניסה אותם פנימה ישירות. האחרים ממתינים להירשם

כרטיס ביקור: החברה הישראלית להיסטוריה של הסיעוד (הילה"ס)

פרופ' חוה גולנדר

סופרת מכותבת: goland@tauex.tau.ac.il

להדגיש את חשיבות התייעוד ההיסטורי של פרטים וארגונים, להציג אמצעים ומקורות, וכן להנגיש את הכלים המאפשרים היום לכל אחד מאיתנו לתעד בקלות יחסית את עשייתנו, לספר את הזיכרונות ולהמחיש את אמירותינו באמצעות מסמכים אישיים, תצלומים ומקורות רשמיים.

חתם את נושא התייעוד הכנס האחרון (28.6.2022), שהיה מוצלח במיוחד, וכותרתו: "מסיפור לתייעוד - אנשים עושים היסטוריה: סיפורים של אחיות ומחזורים בצינוי הדרך של הסיעוד בישראל".

המושב הראשון עסק בתייעוד שבע"פ (oral history), ובו חלקו בוגרות בית הספר לאחיות בשנות החמישים והשישים את חוויותיהן ותובנותיהן בזיקה להכשרה המקצועית, ליחס לתלמידה, להטלת האחריות ולתכני העשייה הטיפולית אז בהשוואה להיום. המושב השני עסק בדרכי התייעוד בכתב, במה ניתן ללמוד מתצלומים, וכיצד ליצור סרט דוקומנטרי באמצעים פשוטים. המושב השלישי והאחרון עסק בתייעוד באמצעות מחקר, והוענק בו תעודות הוקרה לשתי כלות שבלטו בעשייתן בתחום התייעוד בסיעוד.

בתום כל כנס אנו מוציאים מהדורה מפורטת ומיוחדת של ספר תקצירים מקוון, המוענק לחברים במטרה לסכם, לתעד, להמחיש, להזכיר ולשתף באירועי הכנס, נושאים ותכניו. ספר התקצירים בצורתו הנוכחית משתלב גם בקריאה

ההקמה התמקדנו במרכיבי המקצוע: פתחנו בכנס שהתמקד בהתפתחות החינוך הסיעוד, מנהיגות ותוכניות לימוד (2014); המשכנו בדיון במתודולוגיה הייחודית של חקירה ומחקר היסטורי בסיעוד (2015); עברנו להתמקד במגמות והתמחויות בעשייה הקלינית בראי הזמן (2016); והשלמנו בכנס שהוקדש לסוגיות של מדיניות ומינהל מאז ועד היום (2017).

שני הכנסים הבאים יוחדו לנסיבות המיוחדות האופייניות, ואולי גם מיוחדות, את הסיעוד בישראל: קליטת עלייה ורב-תרבותיות, מלחמות ומתיחות ביטחונית, קיבוצים, שרותי בריאות וארגונים פילנתרופיים, ונגענו מעט בזווית הראיה השונות בין המטופלים והמטפלים בראי ההיסטוריה, וכן בהשלכות הפוליטיות והחברתיות של הטיפול הבריאותי (2018), מכאן נסללה הדרך לעיסוק, הכמעט אובססיבי שלנו בשלוש השנים האחרונות, **בקידום התייעוד**. האמונה המכוונת אותנו היא שכל אחות ואח יכולים לספר ולתעד את ההיסטוריה המקצועית שלהם. מכלול הסיפורים האישיים המצטברים הם המרכיבים בסופו של תהליך את ההיסטוריה הקולקטיבית של מורשת הסיעוד בישראל. מתוך כך, במהלך שנות הקורונה יזמנו סדרה בת חמישה מפגשים מקוונים, שנערכו בשיתוף פעולה עם ארגונים אחרים, כמו אוצרות - אוסף המכתבים הלאומי, יד בן צבי והמרכז האקדמי פרס. איפשרו לנו

החברה הישראלית להיסטוריה של הסיעוד היא קבוצת עניין חדשה יחסית, שהוקמה ב-24 ביוני 2013 ביוזמת ארבע מייסדות: ד"ר נירה ברטל, פרופ' חוה גולנדר, ד"ר דורית וייס ופרופ' שפרה שורץ.

מטרותיה: לקדם את **העניין** בהיסטוריה של הסיעוד בישראל, **לשמר את מורשת הסיעוד, לפתח את המחקר וההוראה** ולהפיץ את **הידע**, להדגיש את **תרומות הסיעוד** בעבר ולספק **תובנות בימינו**. בקיצור, לספר את הסיפור שלנו, לתעד את עשייתנו, להעריך את התפתחות הסיעוד ולדון בהיבטיה השונים. ברוח זו החברה מארגנת כנסים מדעיים מדי שנה, מייצעת ומסייעת לקבוצות עניין בתייעוד ובפרסום פרקי היסטוריה מקומיים, מפיצה דפי מידע בין חבריה, וגם מעניקה תעודות הוקרה לאחיות מנהיגות פורצות דרך על תרומה משמעותית בסיעוד בתחומים שבהם עסקו נושאי הכנסים. היום אנו מונים כ-280 חברים, ופתחנו קבוצה בפייסבוק שבה 360 חברים. החוג לסייעוד באוניברסיטת תל אביב מספק לנו במשך כל השנים בית חם, ומהווה שותף אמיתי למטרותינו. ידעונו דיגיטלי על המתרחש בחברה להיסטוריה בארץ ובעולם מופץ לחברים 2-3 בשנה.

כדי להשיג את מטרות הארגון אנו פועלים במספר מישורים. הפעילות המרכזית שלנו מתרכזת סביב ארגון **הכנסים השנתיים**. מדי שנה מוקדש הכנס לחשיפה, לדיון ולטיפול של נושא נבחר. לאחר כנס



מדף הספרים בנושאי היסטוריה של הסייעוד בישראל

לנו בישראל כמו גם לכל אחת מהמדינות החברות בארגון הגג האירופאי של ההיסטוריה של הסייעוד. אלא שבשלב זה תוכניות בודדות בלבד מקיימות במסגרתן קורסים בהיסטוריה של הסייעוד. יש המנמקים זאת בהיעדר עניין או תכלית בלימוד ההיסטוריה, הרוב בכך שלא נשארו שעות הוראה פנויות בתוכנית ויש קדימות לשיעורי החובה, או בכך שאין מורים מתאימים ועוד. קידום ההוראה מהווה אתגר ראוי שנייחס לו משנה חשיבות וקדימות בשנים הקרובות.

מעורבות ושיתוף בזירה הבינלאומית:

החברה הישראלית חברה ומעורבת בארגון הגג הבינלאומי European Association for the History of Nursing. הארגון מקיים מפגשים וכנסים משותפים, ויש לו כתב עת מקוון היוצא פעם בשנה - The European Journal for nursing History and Ethics.

בשנה הבאה נחגוג עשור להקמתנו, וניערך להרחיב את שורותינו ולרענן ולקדם את מטרותינו.

נסיבות, מגמות עיקריות, ועל נקודות מפנה קריטיות בהתפתחות המקצוע, מספק פרספקטיבה, הערכה לעבר ותובנות לכיווני עשייה נדרשים. לימוד ההיסטוריה מסייע לגיבוש של זהות מקצועית, מסייע ליוקרה מקצועית, ומלמד על תרומת הסייעוד להיסטוריה של מדינת ישראל. אכן, "עם שאיננו מכבד את עברו, ההווה שלו דל ועתידו לוט בערפל" (יגאל אלון).

היכל התהילה ותעודות הוקרה מטעם

החברה הישראלית להיסטוריה של הסייעוד. כבר בכנס ההקמה (2013) העניקה החברה 3 תעודות הוקרה ל-3 אחיות חלוצות, חוקרות פורצות דרך שהניחו את יסודות ההיסטוריה של הסייעוד במחקר ובהוראה. ובהמשך מוענקות כל שנה תעודות הוקרה למנהיגות פורצות דרך בסייעוד.

הוראה: השאיפה לקדם את הוראת ההיסטוריה של הסייעוד ולכלול אותה בתוכנית הלימודים המחייבת של סטודנטים מתחילים ומתקדמים לסייעוד, היא משותפת

שלנו לספר את הסיפור: לתעד, לרשום, להציג ולהפיץ מידע רלוונטי הקשור בעשייה סיעודית ובמורשת המקצועית. העולם הדיגיטלי מזמן לנו היום כלים רבים, זמינים וידידותיים לבצע את המשימה: לשתף את הזיכרונות ולתעד את הסיפורים, לצבוע אותם בתצלומים חיים, לחזק במסמכים סרוקים ולבסס בעובדות ומחקרים. אנו, מצידנו, נשמח לסייע ולספק במה משתפת לשיח ולתיעוד מורשת הסייעוד הקולקטיבית.

קידום המחקר ההיסטורי, פרסומו ברבים והעשרת מדף הספרים של ההיסטוריה של הסייעוד בישראל, אלו מטרות מרכזיות שהצבנו לעצמנו כחברה. אכן, בהדרגה הולך דף הספרים ומתמלא באוטוביוגרפיות של אחיות ובספרי עיון, פרי עבודת מחקר של דוקטורנטים ואחיות חוקרות, המאירים פרקים עלומים ומרתקים מעשייתן החלוצית של אחיות בתקופת טרום המדינה, במחנות העקורים, במלב"ן, בקיבוצים, בשורות הצבא וכן בבתי החולים ובקהילה. המחקר ההיסטורי מלמד על

תרומתה של לכידות צוותית להפחתת השחיקה בקרב הצוות המטפל

וינצקי, ד. RN, MA.¹; לוינדון, א. RN, MA.²; אוטיץ, ל. RN, MA.³; אילון, י. RN, PhD.⁴

¹ אחות מחלקת ילדים ב', ² אחות אחראית מחלקת ילדים ב', ³ מנהלת הסייעוד

⁴ מבקרת הפנים בביה"ח, הקריה הרפואית לבריאות האדם

ביה"ח רות לילדים, הקריה הרפואית לבריאות האדם

סופרת מכותבת: D_vinitsky@rambam.health.gov.il

בדרכים מגוונות. יש מקום להמשיך ולחקור את הנושא, כדי לזהות אמצעים יעילים יותר לחיזוק הלכידות.

מבוא

שחיקת צוותי מטפלים בארגוני בריאות הינו נושא שנדון ונחקר רבות בעולם, ונמצא כבעל השלכות ישירות על איכות הטיפול, חוויית המטופל, בריאות העובד והעלויות הכלכליות במערכת. נמצא ששכיחות התופעה גבוהה במקצועות הבריאות יחסית למגזרים אחרים. בסקר בהשתתפות 27,500 אנשים מארה"ב, נמצא כי שיעור השחיקה בקרב העוסקים במקצועות הרפואה היה 38% לעומת 27% במקצועות אחרים⁽³¹⁾. בישראל נמצא שרמת השחיקה בקרב עובדי מערכת בריאות עומדת על מדד 3.4 מתוך 4, יחסית ל-2.2 בקרב עובדי מגזר פרטי וציבורי בעשור האחרון. בבתי החולים הכלליים מדד זה גבוה אף יותר, ועומד על 3.5⁽⁶⁾. על פי המודל של מאסלך השחיקה מורכבת מ-3 מימדים:

1. תשישות רגשית (Emotional Exhaustion) - תחושת מתיחה עד הקצה וריקון של המשאבים הרגשיים והפיזיים של

(שיעור היענות - 43%), מרביתן אחיות (81%) השיבו לשאלון. כמחצית מהמשיבים הם עובדים צעירים (מתחת לגיל 40, וותק נמוך בעבודה).

כמחצית דיווחו על תחושת שחיקה סובייקטיבית במידה קלה. נמצא מתאם סטטיסטי בין הערכה סובייקטיבית של העובדים לגבי מידת השחיקה שלהם לבין תשישות נפשית ($r=0.665, p<0.0001$).

לא נמצא קשר מובהק בין שחיקה לבין מרבית המדדים הסוציו-דמוגרפים והמקצועיים, למעט קשרים מובהקים והפוכים בין רמת הדה-פרסונליזציה ועליה בגיל ($r=-0.323, p=0.003$), או עליה בוותק מקצועי ($r=-0.271, p=0.014$). נמצא קשר מובהק סטטיסטי בין רמת לכידות גבוהה לבין רמת שחיקה נמוכה בשני מימדים: תשישות נפשית ודה פרסונליזציה. לא נמצא קשר בין רמות הלכידות למימד נוסף של השחיקה - הגשמה עצמית. רמה גבוהה יותר של ל"צ ורמה נמוכה יותר של שחיקה נמצאו בקרב אלה שהשתתפו ברוב הפעילויות החברתיות והמקצועיות של המחלקה.

מסקנות: ל"צ מפחיתה מרמת השחיקה, ועל כן אנו מציעים לבסס ולהגביר את ל"צ

תקציר

רקע: שחיקת צוותי מטפלים בארגוני בריאות הינה תופעה מוכרת ונפוצה. לשחיקה השלכות ישירות על איכות הטיפול, חוויית המטופל, בריאות העובד והעלויות הכלכליות במערכת הבריאות. לכידות צוותית נחקרה בקשר ליעילות בעבודת צוות, אך לא נבדקה השפעתה על מידת השחיקה של הצוותים המטפלים.

מטרות המחקר: בדיקת הגורמים המשפיעים על מידת הלכידות הצוותית (ל"צ), והבנת תרומתה להפחתת השחיקה בקרב הצוות המטפל.

שיטה: מחקר חתך, מבוסס שאלון אנונימי, המורכב ממספר חלקים: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ומקצועיים, רמת השחיקה על פי שאלון מסלאך, ושאלה סובייקטיבית, מידת הלכידות והשתתפות בפעילות מקצועית וחברתית של מחלקה. השאלון הועבר לאנשי צוות רב-מקצועי בחטיבת ילדים בבית חולים-על בצפון הארץ. סטטיסטיקה תיאורית והסקתית בוצעה באמצעות SPSS גירסה 25. $P < 0.05$ נחשב כמשמעותי.

תוצאות: שמונים ושבעה אנשי צוות



הפרט (= ממד הדחק האינדיבידואלי).

2. ציניות/דה-פרסונליזציה (Depersonalization) – תגובה שלילית ואדישה באופן מוגזם ביחס להיבטים שונים של העבודה, לדוגמה ניתוק, אדישות וניכור של האדם המטפל ביחס למטופליו ולא כלפי העצמי (= ממד ההקשר הבין אישי).

3. ירידה בהגשמה עצמית (Reduced Personal Accomplishment) – תחושת חוסר יכולת/מסוגלות וחוסר בהישגיות ותפוקה בעבודה (= ממד ההערכה העצמית)⁽²⁶⁾.

השחיקה פוגעת בעובד ובארגון בו הוא מועסק. העובד עלול לחוש ירידה בשביעות רצון מהעבודה, ירידה במשמעות העבודה והקריירה, פגיעה בדימוי העצמי ובתחושת המסוגלות, מצוקה נפשית, דיכאון, חרדה, סימפטומים סומטיים, מחשבות אובדניות עד כדי התאבדות, ביטויים התנהגותיים של ציניות, דה-פרסונליזציה, תחלואה ופגיעה באיזון בית-עבודה וחי הנישואין^(26,3).

ברמת הארגון, שחיקה נמצאה קשורה לנטייה להיעדרויות, כוונות לעזוב את מקום העבודה ועזיבה בפועל. בקרב הנשארים בכל זאת במקום העבודה, השחיקה עלולה להוביל להפחתת פעילות ויצרנות וירידה במחויבות הארגונית. יתרה מכך, עובד שחוק עלול להשפיע על עובדים אחרים ביצירת אווירה לא נעימה והפרעה לביצוע המשימות הנדרשות⁽²⁶⁾.

למקצועות הבריאות מאפיינים ייחודיים הגורמים לשחיקה נפשית. בראש ובראשונה, חשיפה מתמדת לבעיות נפשיות, חברתיות וגופניות של המטופלים. בנוסף, מצופה מאיש הבריאות להיות תמיד יודע, מבין, מכיר ומתחשב. לעתים גם מאפיינים אישיותיים ומניעים אישיים אשר גרמו לבחירה במקצועות הבריאות, למשל אהבת אדם, עלולים להקשות על עובד הבריאות. אנשים כאלו פעמים רבות רגישים במיוחד לסבלם של אחרים, ורואים בעבודתם ובהצלחה בה שליחות. רגישות

זו יוצרת מעמסה נפשית ודחק מתמשך בעבודה, שעלול בהמשך להוביל לשחיקה נפשית⁽⁵⁾.

הצוותים הרפואיים נמצאים כיום בלחץ מתמיד הנובע מסיבות כגון דרישות גבוהות של ההנהלה ומשפחות החולים, היעדר תקנים ותקציבים. לחץ זה עלול אף הוא לגרום לשחיקה, אולם אין באפשרותנו לשנות מציאות זאת. על מנת למזער השלכותיה של השחיקה על העובד ועל הארגון, חיוני ביותר למצוא דרכים להגן על הצוות בפניה.

לכידות צוותית

תמיכת עמיתים היא גורם המעודד לכידות צוות וחשובה בהפחתת השחיקה, מכיוון שהיא מצמצמת ממידת התשישות הנפשית⁽²²⁾. פינס וארונסון⁽²⁷⁾ מציינים שמעמסה נפשית ודחק מתמשך בעבודה קשים במיוחד כאשר לעובד אין אפשרות לבטא את רגשותיו, בשל היחסים חסרי האיזון בינו לבין אלה שאיתם הוא עובד. תמיכה חברתית היא משאב קריטי במצבים המהווים לחץ עבור העובד, ועוזרת למלא מחדש משאבים אנרגטיים מדולדלים, ובכך למנוע שחיקה⁽¹⁸⁾. בלשון יום-יום מזהה הלכידות עם "רוח הצוות", המקלה על חבריה לעמוד בפני לחצים מבחוץ ובפני מתחים פנימיים

העלולים לפגוע ביכולתה של הקבוצה להשיג את יעדיה⁽¹⁾. Carron et al.⁽¹¹⁾ טוענים שלכידות קבוצתית היא תהליך דינמי, ולכן יש צורך בעידוד מתמיד של תחושת לכידות.

את הגורמים המקדמים ומשפיעים על מידת ל"צ ניתן לחלק למספר קבוצות:

1. התנהגויות הצוות ועמדות הצוות כלפי הקבוצה - מידת שיתוף הפעולה, הצעות והמלצות, היסטוריה של הצלחות המעמד שמעניקה הקבוצה לכל חבר ומידת הקושי להתקבל לקבוצה.

2. סגנון מנהיגות - לדוגמה, מנהיגות ממוקדת במשימה או ממוקדת בתהליך חברתי.

3. משתנים דמוגרפיים ואישיותיים של אנשי הצוות - כגון מידת הניסיון האישי.

4. משתנים מצביים - כמו משך זמן שהקבוצה נמצאת ביחד, גודל הקבוצה, היכולת להחליף רעיונות ולשתף בבעיות, מידת תלות הדדית במשימה, תכניות התערבות מקצועיות וחברתיות ברמה קבוצתית, איום כלשהו שחברי הקבוצה עלולים להיתקל בו⁽¹⁷⁾.

הלכידות נחשבת לגורם מפתח ליעילות הצוות⁽¹⁶⁾. מעבר לביצועים, הלכידות נקשרת גם לשביעות רצון חברי הקבוצה, הגנה וריסון תחושת שחיקה בקרב צוות סיעודי חדש במקצוע, כמו גם צוות וותיק^(21,7).

לאור ממצאים אלה ניתן להסיק שלכידות בצוות היא גורם חשוב במניעת שחיקה, אולם נעשו מעט מחקרים בנושא זה.

לסיכום: שחיקה הינה תופעה השכיחה יותר בקרב עובדי בריאות יחסית לעובדים אחרים. לשחיקה השפעות ברמת העובד והארגון כאחד. חלק מהגורמים לשחיקה אינם בשליטת העובד או הדרג המנהל, אולם גורמים אחרים, כגון ל"צ התורמת להפחתת השחיקה, ניתנים להשפעה. במחקר הנוכחי בדקנו מספר גורמים העשויים לחזק את הל"צ (התנהגויות הצוות ופעילויות חברתיות ומקצועיות), ובחנו את השפעתם על שיעור שחיקת העובדים בבי"ח לילדים.

מטרות המחקר:

1. לבדוק את הקשר בין שחיקה לבין לכידות צוותית.
2. לבדוק את השפעת מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ומקצועיים על רמת השחיקה ורמת לכידות צוותית.

במחקרים שונים. מהימנות פנימית של הכלי - אלפא קרונברך נע בין 0.71 ל-0.90. במבחן Test- Retest (לאחר 4 שבועות) מהימנות נעה בין 0.6 ל-0.8 (24). הכלי תורגם לעברית ונמצא תקף ומהימן⁽²⁾.

השאלון מורכב מ-22 פריטים בצורת הצהרה על תחושות אישיות או עמדות בקשר לעבודה, עם מטופלים בסקלה מ-0 (אף פעם לא) ועד 6 (כל יום). נמדדת שחיקה ב-3 מימדים, ובכל מימד מחשבים ציון כולל. ראו **טבלה מספר 1** לפירוט הציונים⁽³⁰⁾.

3. הערכה סובייקטיבית של מידת השחיקה: כל משיב התבקש לציין את מידת השחיקה שהוא חש על סולם של רמה גבוהה, בינונית או נמוכה.

4. שאלון לכידות והתנהגויות תומכות: כולל 15 פריטים - 10 מתייחסים לכידות הצוות ו-5 להתנהגויות תומכות. שאלות אלו הן חלק משאלון בשפה האנגלית – Team work quality (לודוויג, 2007). השאלון תורגם לעברית ונמצא כי התוקף והמהימנות של השאלון בעברית דומה לזה שבגרסה האנגלית [גרסה אנגלית - לכידות: אלפא קרונברך 0.97 והתנהגויות תומכות 0.89 (8,19)].

הגרסה העברית - לכידות: אלפא קרונברך 0.72 והתנהגויות תומכות 0.82 (4). התשובות נמדדות על סולם ערכים שנע בין 1 (רמת לכידות נמוכה מאוד בצוות) ל-5 (רמת לכידות גבוהה מאוד בצוות).

5. התרומה בעיני הצוות של פעילויות לקידום לכידות ותדירות השתתפות בפעילויות אלו - השאלון נבנה לצורך מחקר, כולל תיאור פעילויות חברתיות ומקצועיות הנעשות במחלקה. על המשיב לדרג את המידה בה כל פעילות מקדמת לדעתו את ל"צ בסקלה מ-1 (לא מסכים בכלל) ועד 5 (מסכים במידה רבה מאוד), 0 - עבור פעילות לא קיימת במחלקה,

השחיקה תהיה תואמת את ממצאי שאלון מדידת שחיקה.

שיטה

אנלוגיית המחקר הם הצוות הרב-מקצועי הקבוע של 5 מחלקות בחטיבת ילדים בבית חולים-על בצפון הארץ (ביה"ח רמב"ם). לא הוכללו רופאים מתמחים, אשר עוברים בין המחלקות השונות ולא תמיד נמצאים פרק זמן ארוך מספיק על מנת ליצור קשר חברתי ומקצועי מבוסס עם הצוות הגרעיני של מחלקה.

כלי המחקר

שאלון אנונימי המורכב ממספר חלקים: 1. משתני רקע: דמוגרפיים - גיל, מאפיינים משפחתיים, לאום, רמת הדתיות; מקצועיים - סקטור, היקף משרה, ותק מקצועי ובמחלקה, עבודה במשמרות, השכלה, תפקיד במחלקה.

2. שאלון שחיקה נפשית (MBI - Maslach Burnout Inventory) (Maslsch, 1996) - השאלון פותח על ידי Maslach, (1996) Jackson & Leiter⁽²⁵⁾ ונמצא מהימן ותקף

3. לבדוק התאמה בין מידת השחיקה על פי הערכה סובייקטיבית של אנשי צוות, למול מידת שחיקה הנמדדת על ידי כלי אובייקטיבי מקובל לאומדן השחיקה.

4. לבדוק את הקשר בין פעילויות חברתיות ומקצועיות לרמת השחיקה ולכידות צוותית.

5. לזהות את הפעילויות החברתיות והמקצועיות העשויות לחזק את הלכידות הצוותית בעיני הצוות.

השערות המחקר:

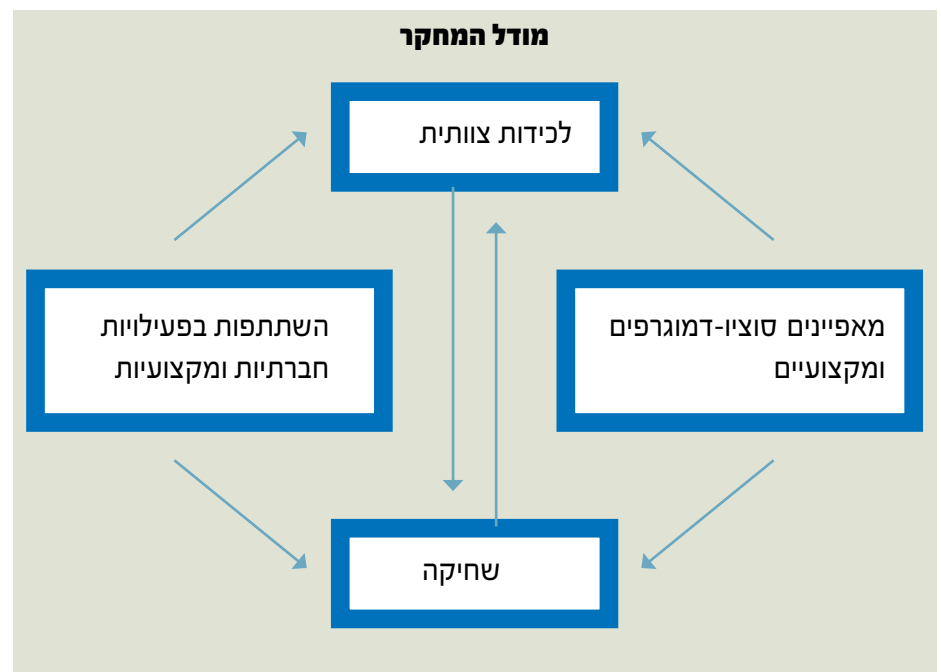
1. רמת שחיקה נמוכה תימצא בקרב אנשי צוות:

א. שידווחו על רמת לכידות צוותית גבוהה.
ב. שידווחו על מעורבות רבה בפעילויות החברתיות והמקצועיות במחלקה.

2. יימצא קשר בין רמת השחיקה ו/או לכידות צוותית למאפיינים סוציו-דמוגרפיים ומקצועיים.

3. רמת לכידות צוותית גבוהה תימצא בקרב אנשי צוות שידווחו על מעורבות רבה בפעילויות חברתיות ומקצועיות.

4. התפיסה הסובייקטיבית של רמת





טבלה מספר 1 - ציון מדדי השחיקה על פי סולם מסלאך

ציון תחום המימד			ממדי השחיקה
גבוהה	בינונית	נמוכה	
27 ומעלה	19-26	עד 18.9	תשישות נפשית (9 Emotional Exhaustion (EE): המידה בה עובד חש עייפות, מתח, התרוקנות נפשית ושחיקה מעבודתו
מעל 10	6-9	עד 5.9	דה פרסונליזציה/ציניות (5 Depersonalization (DP): המידה בה עובד מפתח עמדות ציניות, שליליות ומרוחקות כלפי מטופליו
33 ומטה	34-40	40 ומעלה	הישגיות עצמית (8 Personal Accomplishment (PA): המידה בה עובד חש חוסר מסוגלות, חוסר בהישגיות ותפוקה בעבודה. הערה: יש להפוך את קטגוריות התשובה בהיגדים אלו.

תוצאות

אוכלוסיית מחקר

שמונים ושבעה מתוך 200 אנשי צוות השיבו לשאלון מחקר (שיעור הענות - 43%). 71% מתחת לגיל 50 ונשואים, 39% בעלי ותק עד 5 שנים, מעל למחצית עובדים במשרה חלקית ובכל המשמרות, מרביתם ללא תפקיד ניהולי. מרבית המשיבים יהודים (62%) ומגדירים עצמם כחילונים. לרוב המשיבים תואר אקדמי או קורס על בסיסי. (טבלה מס' 2).

דה פרסונליזציה, וירידה ביעילות ובהישגיות) חושבה המהימנות הפנימית. היגדים בעלי הקשר הפוך עובדו בהתאם.

מתאם פירסון בוצע לחישוב הקשר בין כלל השאלונים: שחיקה, ל"צ והתנהגויות תומכות, השתתפות בפעילויות במחלקה ושאלון הבוחן את תדירות השתתפות בפעילויות מחלקת.

והתדירות בה הוא משתתף בפעילויות המתוארות (בסקלה של: פעילות לא קיימת במחלקה, לא משתתף כלל, משתתף בחלקו, משתתף ברובו).

הליך איסוף הנתונים

התקבל פטור מהחתמה על טופס הסכמה מדעת ע"י וועדת הלסינקי המוסדית. השאלונים חולקו לאנשי צוות במחלקות המשתתפות במחקר, והוחזרו למעטפה ייעודית בתחנת אחיות.

ניתוח סטטיסטי

סטטיסטיקה תיאורית במונחים של ממוצעים, סטית תקן, חציונים, אחוזונים וטווחים נעשתה לכלל המשתתפים במחקר. עבור שאלוני שחיקה, ל"צ והתנהגויות תומכות, השתתפות בפעילויות במחלקה ושאלון תדירות השתתפות בפעילויות מחלקת חושב מדד כללי על סמך מיצוע ההיגדים. ההבדל בין מדדים קטיגוריאליים (מין, סקטור, מצב משפחתי וכיוצ"ב) בהתייחס למדד המחושב של מיצוע ההיגדים עבור כל שאלון בנפרד נבחן לפי t-test, Anova. מובהקות תהיה כאשר $p < 0.05$. עבור כל אחד מממדי השחיקה (תשישות,



טבלה מס' 2 - מאפיינים סוציודמוגרפיים ומקצועיים (N=87)

הנושא	קטגוריות	N	%
סקטורים	סיעודי	71	82
	רפואה	5	6
	מקצועות רפואה נלווים	5	6
	לא ענו	6	7
גיל	20-30	23	26
	30-40	24	28
	40-50	15	17
	50-60	16	18
	+60	4	5
	לא ענו	5	6
מצב משפחתי	נשוי/ה	62	71
	רווק/ה	16	18
	גרוש/ה	3	3
	אלמנה/ה	0	0
	לא ענו	6	7
מספר ילדים מתחת לגיל 18 <small>הערה: רק 40 עובדים ענו על סעיף זה</small>	1	10/40	25
	2	19/40	47.5
	3	6/40	15
	+3	5/40	12.5
ותק במחלקה	1-5	34	39
	5-10	13	15
	10-15	8	9
	15-20	6	7
	+20	21	24
	לא ענו	5	6
ותק במקצוע	1-5	21	24
	5-10	14	16
	10-15	14	16
	15-20	5	6
	+20	28	32
היקף משרה	לא ענו	5	6
	חלקי	47	54
	מלא	35	40
	לא ענו	5	6

רמת השחיקה:

כמחצית מהמשיבים (50.6%) דיווחו על הישגיות עצמית גבוהה, בעוד ש-71.3% דיווחו על רמה נמוכה של דה-פרסונליזציה ותשישות נפשית (41.4%) **(טבלה 3)**.

טבלה מס' 3 - רמת השחיקה

תחום	רמת השחיקה		
	נמוכה [N] (%)	בינונית [N] (%)	גבוהה [N] (%)
תשישות נפשית	36 (41.4%)	21 (24.1%)	30 (34.5%)
דה-פרסונליזציה	62 (71.3%)	16 (18.4%)	9 (10.3%)
הישגיות עצמית	9 (10.3%)	34 (39.1%)	44 (50.6%)

על השאלה הסובייקטיבית של רמת השחיקה ענו 40 משיבים (46%). כמחצית מהמשיבים מרגישים שחוקים במידה קלה, 40% במידה בינונית ו-7.5% במידה קשה. נמצא מתאם סטטיסטי מובהק בין הערכה סובייקטיבית של מידת השחיקה לבין מדד תשישות נפשית ($r=0.665$, $p<0.0001$).

בנוסף, נמצאו קשרים מובהקים והפוכים בין רמת הדה-פרסונליזציה ועליה בגיל בין רמת דתיות ($r=-0.323$, $p=0.003$) או/ו עליה בוותק מקצועי ($r=-0.271$, $p=0.014$).

לכידות צוותית:

המהימנות הפנימית של כלל השאלון הייתה גבוהה (אלפא קרונברך 0.915). המהימנות הפנימית של 10 הפריטים המודדים לכידות היא 0.87 והתנהגויות תומכות 0.83 - בדומה למתואר בספרות (4).

רמת הל"צ הממוצעת הייתה גבוהה 4.1 ± 0.6 (2.13-5.00). לא נמצא קשר מובהק בין לכידות לבין מדדים סוציו-דמוגרפיים ומקצועיים שנבדקו, פרט ללאום, כך שרמת הלכידות הייתה גבוהה יותר בקרב אנשי צוות ממגזר יהודי ונוצרי יחסית למגזר מוסלמי (4.15 במגזר היהודי, 4.18 במגזר הנוצרי לעומת 3.75 במגזר מוסלמי. $p=0.045$).

קשר הפוך ומובהק נמצא בין תשישות נפשית ודה-פרסונליזציה לרמת הל"צ. ממוצע לכידות נמוך קשור לרמת שחיקה גבוהה **(טבלה מס' 4)**.

אנשי צוות שלהם ממוצע ל"צ נמוך דיווחו על רמת שחיקה סובייקטיבית "קשה", אך ללא מובהקות סטטיסטית.



גרף מס' 2 - הקשר שבין רמת הל"צ להשתתפות בפעילויות חברתיות ומקצועיות במחלקה

הפעילויות וההתנהגויות התורמות לל"צ דורגו ע"י המשיבים בציונים גבוהים. הממוצע של כולן נע בין 3.6 עד 4.5 (בסקלה של 1-5). לא נמצא קשר מובהק במידת התרומה של הפעילויות החברתיות, המקצועיות והתמיכה על מידת הלכידות בעיני הצוות. הממוצעים הגבוהים ביותר בכל אחת מהקטגוריות הם: פעילות תמיכה - עזרה הדדית בזמן משמרת, פעילות חברתית - חגיגת אירועים ושמחות, ופעילות מקצועית - עדכון שוטף בחידושים (גרפים 1-5).

אלו המשתתפים בפעילויות באופן חלקי או כלל לא ($p=0.007$).

העובדים שהשתתפו ברוב הפעילויות להעשרת ידע וסדנאות תקשורת ואוורור רגשי, העריכו על פי הערכה סובייקטיבית את רמת השחיקה שלהם כנמוכה, לעומת אלה שהשתתפו בחלקן או לא השתתפו. לא ניתן היה לבדוק את מידת מובהקות הנתונים, עקב מדגם קטן של משיבים על הערכה סובייקטיבית של שחיקה.

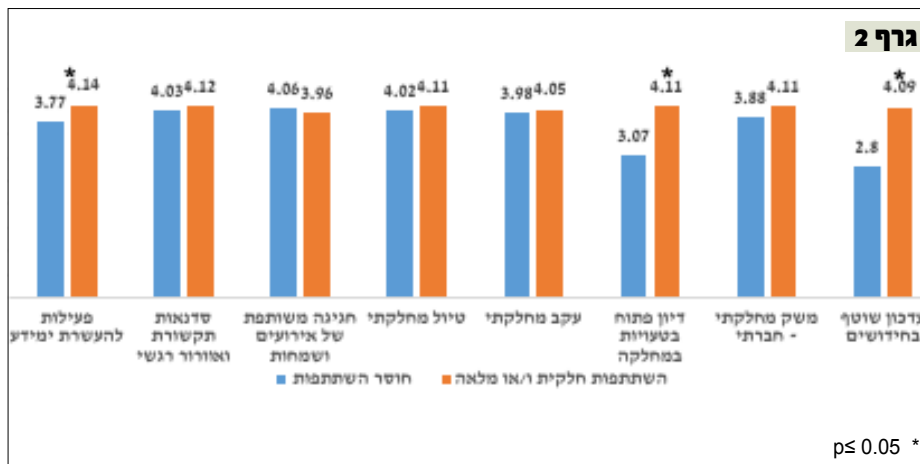
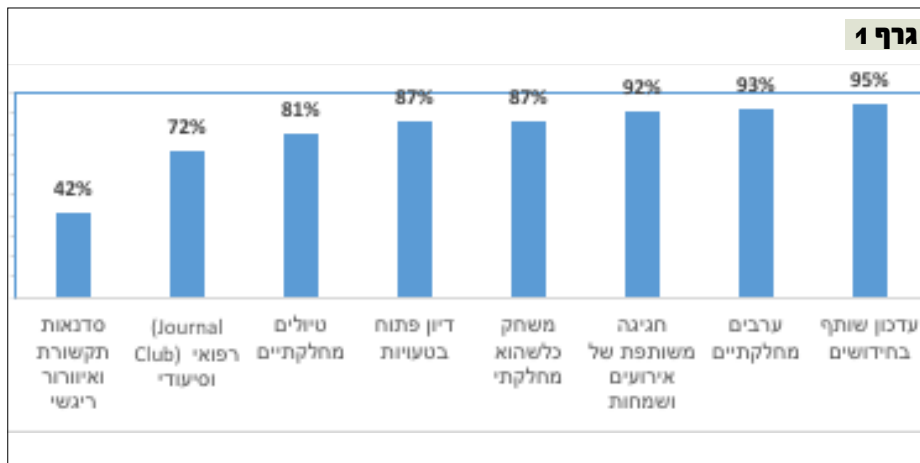
נמצא קשר חיובי ומובהק סטטיסטית בין ממוצע רמת הל"צ לבין השתתפות בדיון פתוח בטעויות במחלקה, עדכון שוטף בחידושים ופעילות להעשרת ידע (גרף מס' 2).

טבלה מס' 4 - הקשר שבין ממוצע רמת הלכידות לרמת השחיקה בממדים שונים

P	ממוצע רמת הלכידות	רמת השחיקה
0.007	4.1 4.3 3.8	תשישות נפשית
		נמוכה
		בינונית גבוהה
0.006	4.1 3.9 3.5	דה-פרסונליזציה
		נמוכה
		בינונית גבוהה
S.N	4.1 4.1 3.9	הגשמה עצמית נמוכה
		נמוכה
		בינונית
		גבוהה

השתתפות אנשי הצוות בפעילויות חברתיות ומקצועיות והקשר לשחיקה ול"צ

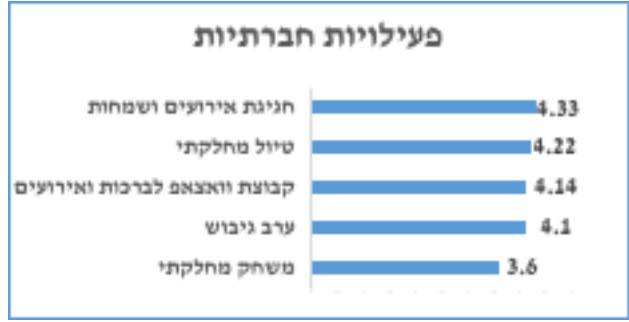
נמצאה רמת השתתפות גבוהה של אנשי צוות ברוב הפעילויות החברתיות והמקצועיות (72-95%), פרט להשתתפות בסדנאות תקשורת וסדנאות אוורור רגשי (42%) (גרף 1).



גרף מס' 1 - שיעור המשתתפים בפעילויות חברתיות ומקצועיות

נמצא קשר סטטיסטי מובהק והפוך בין מדד דה-פרסונליזציה לבין שיעור ההשתתפות בסדנאות תקשורת ואוורור רגשי וחגיגה משותפת של אירועים ושמחות. מבין אלו המשתתפים ברוב סדנאות התקשורת ואוורור רגשות, 95% מדווחים על רמת שחיקה נמוכה, לעומת 66.7% מבין אלו המשתתפים בפעילויות באופן חלקי או כלל לא ($p=0.013$). מבין אלו המשתתפים ברוב החגיגות המשותפות של אירועים ושמחות, 83% מדווחים על רמת שחיקה נמוכה, לעומת 51.7% מבין

גרף 3



גרף 4



גרף 5



דיון

עובדי הבריאות בארץ ובעולם חשופים ללחצים שונים, ונמצא כי רמת השחיקה שלהם גבוהה יחסית לזו של עובדים אחרים (6, 31). ניתן לחלק את הגורמים המנבאים רמת השחיקה לשלוש קבוצות עיקריות: מאפייני העבודה והתפקיד, מאפיינים ארגוניים ומאפיינים דמוגרפיים ואישיותיים (13, 27). במחקר הנוכחי נבדק הקשר בין רמת השחיקה למאפיינים הדמוגרפיים והארגוניים.

רוב המשתתפים במחקרנו דיווחו על רמת שחיקה סובייקטיבית נמוכה עד בינונית. רק שליש דיווחו על רמות גבוהות של תשישות נפשית, ו-10% דיווחו על רמות גבוהות של דה-פרסונליזציה והישיגות עצמית נמוכה. כמו כן, נמצא מתאם סטטיסטי מובהק בין רמת השחיקה הסובייקטיבית למידת התשישות הנפשית, וקשר הפוך ומובהק בין גיל וותק מקצועי למימד הדה-פרסונליזציה.

ממצאים אלו דומים לממצאי סקר משרד

ידע או דיון פתוח בטעויות ועדכון שוטף בחידושים ללכידות צוותית.

ממצאים אלו תואמים למחקר בו נמצא כי השתתפות בפעילויות במקום העבודה קשורה לשביעות רצון גבוהה יותר מהיבטי עבודה רבים, ומידה פחותה של לחץ, תשישות וביטויי ציניות (20). פעילויות אלו עוזרות לבסס את מעמד העובד בתוך הקבוצה מבחינה מקצועית ואישית, ומחזקות תחושת ל"צ. תהליכים בין אישיים כגון שיתוף סיפורים אישיים, ארוחות משותפות, הפסקות קפה, חגיגת אירועי חיים חשובים (ימי הולדת, נישואים) (10, 13), כמו גם התערבויות קבוצתיות המקנות כלים לקידום לכידות, מפחיתים תחושת שחיקה, משפרים תקשורת והכרות בין חברי הצוות ומפתחים אמון ועבודה כקבוצה (16, 9). ההשתתפות בפעילויות הללו יוצרת קירבה אישית ומקצועית בין חברי הצוות, דבר המוביל לתחושת ל"צ, שנמצאה כתורמת להפחתת השחיקה. קבוצה מלוכדת יכולה לספק תמיכה חברתית ולעזור לעובד למלא מחדש

הבריאות (2019), בהם נמצא כי רמת השחיקה במערך הילדים הייתה נמוכה יותר לעומת חטיבות אחרות (3.4 לעומת 3.6). (6). הסבר אפשרי נוסף הוא העובדה שרק כמחצית מהמשיבים הם עובדים צעירים בעלי וותק נמוך. בספרות נמצא כי העובדים הצעירים נוטים לדווח על רמות שחיקה גבוהות יותר בהשוואה לעובדים בני 40 ומעלה (28, 14, 6). לרוב הגיל ומספר שנות הוותק קשורים האחד בשני. אחיות מנסות יותר, אשר ממשיכות לפעול בתפקידן לאורך שנות הקריירה שלהן, מפתחות אסטרטגיות התמודדות המאפשרות להן להמשיך בפעילותן המקצועית לנוכח דרישות התפקיד המשתנות, והמשאבים האישיים והארגוניים העומדים לרשותן (29, 15).

מרבית אנשי הצוות משתתפים ברוב האירועים ופעילויות המחלקה (חברתיות או מקצועיות). נמצא כי ההשתתפות בפעילויות אלו מפחיתה מרמת השחיקה. יתרה מכך, זוהי קשר חיובי מובהק בין השתתפות בפעילויות מסוג העשרת



ובנוסף מרבית המשיבים היו מסקטור הסיעוד. על כן ייתכן ומידת הכללת הממצאים מוגבלת. כל הפעילויות החברתיות והמקצועיות קיבלו ציון גבוה מבחינת חשיבותן למידת הלכידות הצוותית. חוסר שונות זה לא מאפשר לזהות פעילויות שהן חשובות במיוחד. רבים מאנשי הצוות לא ציינו את מספר הילדים שלהם, ולכן לא ניתן היה לבדוק השפעת פרמטר זה על תחושת השחיקה והלכידות. בנוסף, לא נבדק נושא הטיפול בהורים מבוגרים. שני פרמטרים אלו, בעיקר בתקופת הקורונה, עלולים להשפיע על תחושת העומס הרגשי והפיזי של אנשי הצוות, וכפועל יוצא תחושת השחיקה במימדיה השונים.

סיכום

לשחיקה השפעות שליליות על העובדים במערכת בריאות, הארגונים והמטופלים. נעשים מאמצים למזער את שיעורי התופעה, וחשוב לבסס ולטפח את הלכידות הצוותית בדרכים מגוונות כאמצעי להפחתת השחיקה בקרב העובדים. יש לבצע התערבויות יזומות לקידום הלכידות הצוותית, ולהמשיך בזיהוי גורמים המקדמים או מעכבים אותה בקרב סקטורים שונים של הצוות המטפל ובסביבות עבודה שונות. חשיבות הלכידות הצוותית באה לידי ביטוי בעיתות רגיעה, אך בעיקר בעיתות משבר כמו תקופת הקורונה.

למועסקים במשרה חלקית או בעלי ותק קצר במחלקה⁽¹⁶⁾. ייתכן וחוסר ההתאמה בממצאים נובע מגודל המדרג או מאפייני עבודה עם מטופלים צעירים (מגיל אפס עד 18) כגורמים מתערבים. ממצא מעניין הינו הקשר בין רמת הל"צ ללאום. בקרב יהודים ונוצרים תחושת הל"צ הייתה גבוהה יותר יחסית למוסלמים. ייתכן כי פער זה קשור להבדלים באמונות וגישות תרבותיות כלליות, אך לא נמצאה ספרות להשוואה בנושא. הסבר אפשרי נוסף הוא המצב הסוציו-פוליטי במדינה, בו קיימת תחושת חוסר אמון ולעיתים אף ניכור בין תושבים מבני לאום שונים. מצב זה עלול להקרין גם על תחושות העובדים, על אף שבבית החולים עובדים יחדיו מזה שנים רבות בני לאום שונים במצבי שגרה וחירום, כתף אל כתף.

כפי שעולה מן הספרות ומהמחקר שלנו, טיפוח ל"צ היא אחת הדרכים להפחתת השחיקה, בנוסף לקידום עבודת צוות יעילה. עידן הקורונה מאתגר מאוד את היכולת לשמור על ל"צ מחד, ומגביר שחיקה מאידך. אנו ממליצים להמשיך לקיים ולהעמיק פעילויות חברתיות ומקצועיות, ובפרט מפגשים וסדנאות לטיפוח הל"צ, דווקא בתקופה מורכבת זו, בכפוף להנחיות משרד הבריאות.

למחקר הנוכחי יש מספר מגבלות. המשיבים שייכים כולם לביה"ח לילדים, אשר שונה במאפייניו מביה"ח הכללי,

משאבים אנרגטיים מדולדלים⁽¹⁸⁾. במחקר הנוכחי נמצא קשר מובהק והפוך בין לכידות לשני ממדי שחיקה - תשישות נפשית ודה-פרסונליזציה - אולם לא נמצא קשר בין ל"צ לבין הישגיות עצמית. מדד התשישות הנפשית והדה-פרסונליזציה מושפעים מגורמים חיצוניים, בעוד שתחושת ההישגיות העצמית מושפעת יותר מגורמים פנימיים והערכה אישית של הפרט את יכולותיו. יתכן כי העובדים בעלי הוותק הגבוה נותרים לעיתים בתפקידם גם אם אינו מעורר בהם תחושה של הגשמה עצמית, אולם הל"צ עוזרת להתמודד עם הדיסוננס הנלווה למצב.

לא נמצאו פעילויות ספציפיות התורמות בצורה מובהקת לתחושת לכידות גבוהה על פי תפיסת המשיבים לשאלון, וזאת מכיוון שכלל הפעילויות דורגו כבעלות חשיבות רבה. עם זאת, מספר פעילויות בלטו במיוחד במידת חשיבותן: עזרה הדדית בזמן המשמרת, נכונות של אנשי צוות לבצע החלפות בסידור, ומתן תמיכה הדדית ברגעי משבר. ממצאים דומים התקבלו גם במחקרים אחרים, בהם אסטרטגיות התערבות כגון פעילויות לבניית צוותים וקבוצות תמיכה עזרו להתמודד עם תחושת השחיקה^(23,16).

הקשר בין לכידות צוותית לבין יעילות הצוות נחקר רבות, אולם נושא ל"צ בהקשר לתחומים אחרים כגון שחיקה, נחקר פחות, על אף שנמצא כי לכידות חברתית עשויה להפחית שחיקה⁽¹⁶⁾. במחקר הנוכחי נמצאה רמת ל"צ גבוהה ללא קשר מובהק למשתנים דמוגרפיים ומקצועיים. בחלק מהמחקרים המתוארים בספרות זוהה קשר בין ל"צ למשך הזמן שצוות נמצא ביחד. בהתאם לממצאים אלה היה צפוי שרמת הל"צ תהיה גבוהה יותר בקרב אנשי צוות המועסקים במשרה מלאה או בעלי וותק ארוך יותר במחלקה, יחסית

1. אביעד בר חיים (1994), התנהגות ארגונית, כרך ב' רמת אביב: אוניברסיטה פתוחה, עמ' 29-31.
2. דר' גדעון עמנואל אנהולט וגב' נטלי מויאל (2016), האם אימון בוויסות רגשית מקטין שחיקה וסימפטומים של מצוקה נפשית בקרב העובדים עם אנשים בעלי מוגבלות שכלית התפתחותית. המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.
3. דוח ועדת ההיגוי בנושא הסקר למדידת חוסן ושחיקה בקרב עובדי מערכת הבריאות דצמבר 2016 - מרץ 2017.
4. לודיג, ד (2007). השפעת סגנונות המנהיגות הצוות, לכידות הצוות והתנהגויות תומכות בצוות על מחויבות לצוות בקרב צוותים חינוכיים-טיפוליים בפנימיית בישראל. עבודת גמר מחקרית.
5. מלאך פיינס, א' (1984). שחיקה נפשית: מהותה ודרכי ההתמודדות עמה. תל אביב: צ'ריקובר.
6. ממצאי סקר לאומי של משרד הבריאות, 2019
7. Angela, L., Sean, F., Nicole, E., Jessica, L., Jeffrey, I. (2014). Group Cohesion and organizational commitment: Protective Factors for Nurse Residents Job Satisfaction, Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction And Burnout. Prof Nurs 30:89-99
8. Aube', C., & Rousseau, V. (2005). Team goal commitment and team effectiveness: The role of task interdependence and supportive behaviors. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 9(3), 189-204.
9. Birk, E., LaSala, K. B., & Wagstaff, M. (2011). Evaluation of a team-building retreat to promote nursing faculty cohesion and job satisfaction. *Journal of Professional Nursing*, 27(3), 174-178.
10. Brown, J., Lewis, L., Ellis, K., Beckhoff, C., Stewart, M., Freeman, T., & Kasperski, M. (2010). Sustaining primary health care teams: What is needed?. *Journal of Interprofessional Care*, 24(4,) 463-465.
11. Carron, A., Widmeyer, W., Brawley, L (1985). The Development of an Instrument to Assess Cohesion in Sport Teams: The Group Environment Questionnaire. *Journal Of Sport Psychology*. 1985.7.244-266
12. Cordes, C.L., & Dougherty, T.W. (1993). A Review & an Integration of Research on Job Burnout. *The Academy of Management Review*, 18(4), 621-656.
13. Dunn, J. H., & Holt, N. L. (2004). A qualitative investigation of a personal-disclosure mutualsharing team building activity. *Sport Psychologist*, 18(4), 363-380
14. Garrosa, E. et all (2006). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: an exploratory study
15. Gold, Y. (1985). Does teacher burnout begin with student teaching? *Education*, 105, 254-257
16. Grossman, R. How Do Teams Become Cohesive? A Meta-Analysis of Cohesion's Antecedents. University of Central Florida
17. Hiriyappa, B (2016). *Group Dynamics And Team Building : A Handbook*.
18. Hobfoll, S.E & Shirom, A. Conservation of resources theory: Applications to stress and management in the workplace, 2000.
19. Hoegl M., & Gemuenden, H.G. (2001). Teamwork quality and the success of innovative projects: A theoretical concept and empirical evidence. *Organization Science*, 12 (4), 435-449.
20. Jenny, H.L. et all (2018). Associations between healthcare worker participation in workplace wellness activities and job satisfaction, occupational stress and burnout: a cross-sectional study in Botswana
21. Lasalvia, A., Bonneto, C., Bertani, M. et all (2009). Influence of perceived organizational factors on job burnout : survey of community mental health staff. *The British Journal of Psychiatry* (2009), 195, 537-544.
22. Li ,L ., Hong, R., Wei-Jun, Y. (2015). The relationship between social support and burnout among ICU nurses in Shanghai: Across-sectional study. *Chinese Nursing Research* 2 (2015) 45-50.
23. Madhavappallil, T., Vandana, K., & Choi, J. (2014). Correlates of job burnout among human services workers: Implications for workforce retention. *Journal of Sociology & Social Welfare*, 41 (4), 69-90.
24. Maslach Burnout Inventory Third Edition.1997)) Christina Maslach, University of California at Berkeley Susan E. Jackson, New York University Michael P. Leiter, Acadia University.
25. Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd ed.).
26. Maslach, C., Schaufeli, W.B. and Leiter, M.P. (2001). Job Burnout. In S. T. Fiske, D. L. Schacter, & C. Zahn-Waxler (Eds.), *Annual Review of Psychology*. 52, 397-42.
27. Pines, A.M., & Aronson, E., *Career Burnout: Causes and Cures*. NY: Free press, 1988.
28. Pradas-Hernandez, L et all (2018). Prevalence of burnout in paediatric nurses: A systematic review and meta-analysis
29. Rashedi, V., Rezaei, M., Gharib, M.(2014). Burnout and Socio-demographic Characteristics of Nurses in Iran. *GMJ*.2014;3(4):232-7
30. Ribeiro F. Vivian. (2014). Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of exelence. *Int Arch Med*. 2014; 7 :22
31. Shanafelt Tail D., Boone S., Tan L., et all .(2012). Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. *Arch Intern Med*. 2012;172(18):1377-1385.

הבוסטר השני לקריירה שלכם



תואר שני M.H.A בניהול מערכות בריאות

מערכת הבריאות בישראל מחכה למנהלים טובים, שיעזרו לשפר ולשנות את פניה. כמי שמכירים את המערכת מבפנים, זו ההזדמנות שלכם להתקדם לתפקיד משמעותי ולשדרג את התנאים והשכר, עם תואר שני (M.H.A) בניהול מערכות בריאות בשערי מדע ומשפט.

בראש התוכנית עומד פרופסור איתמר גרוטו, לשעבר משנה למנכ"ל משרד הבריאות.



יום לימודים אחד בשבוע
במשך 4 סמסטרים,
במתכונת היברידית
המאפשרת לשלב
לימודים ועבודה.



בין הקורסים הנלמדים:
אפידמיולוגיה, רפואה
דיגיטלית, תכנון אסטרטגי
ועיצוב מדיניות בריאות
ועוד.



אפשרות להשתלב
בתפקידים ניהוליים
משמעותיים בבתי
החולים, בקופות החולים
ובארגונים נוספים.



זכאות למלגה
לעובדים במערכת
הבריאות.



תוכנית הלימודים
מותאמת לצרכים
הנוכחיים והעתידיים
של שירותי הבריאות
בארץ ובעולם.

שדרגו את הקריירה והשפיעו על מערכת הבריאות בישראל!

חשיבות סימולציות רב-תחומיות: "חדר בריחה" - איכות ובטיחות

מאיה ארנון¹; RN, MHA ; מוריה רוזנברג²; RN, MHA ; ד"ר טלי קפואה³

¹פיתוח הדרכה ואסטרטגיה, ²בטיחות המטופל, ³מנהלת רפואית

מ.ט.ס - מרכז סימולציה איכילוב

סופרת מכותבת: arnon.maya@gmail.com

מהחדר בפרק זמן מוגדר⁽⁵⁾. בעבר נעשה שימוש בחוויות למידה מגוונות המאפשרות השתתפות פעילה, וזאת במטרה לשפר את בטיחות המטופלים^(3,6).

חינוך רפואי אינטר-דיסציפלינרי (IPE - Inter-Professional Education) מאפשר אימון משותף, וזאת לצורך שיפור תוצאי בריאות, ומוגדר ע"י ארגון הבריאות העולמי כאימון משולב של לפחות שני סטודנטים מדיסציפלינות שונות⁽⁸⁾. הלימוד המשותף אמור לעזור ללומדים לעבוד בשיתוף כצוות רב-מקצועי לטובת איכות הטיפול במטופל, לייצר תובנות לגבי יחסי העבודה בצוות רב-תחומי בנוגע לאחריות והסמכות במהלך הטיפול, לספק נקודת מבט הוליסטית במתן טיפול למטופל בהיבטים של התמחויות ספציפיות הנזקקות לטיפול בו, וכן לגורמים אנושיים ורגשיים. כמו כן, מטרתו לשפר את בטיחות הטיפול במטופל על ידי שיפור התקשורת בין מטפלים בדיסציפלינות שונות האחראיות לטיפול באותו המטופל⁽⁹⁾.

שיטות

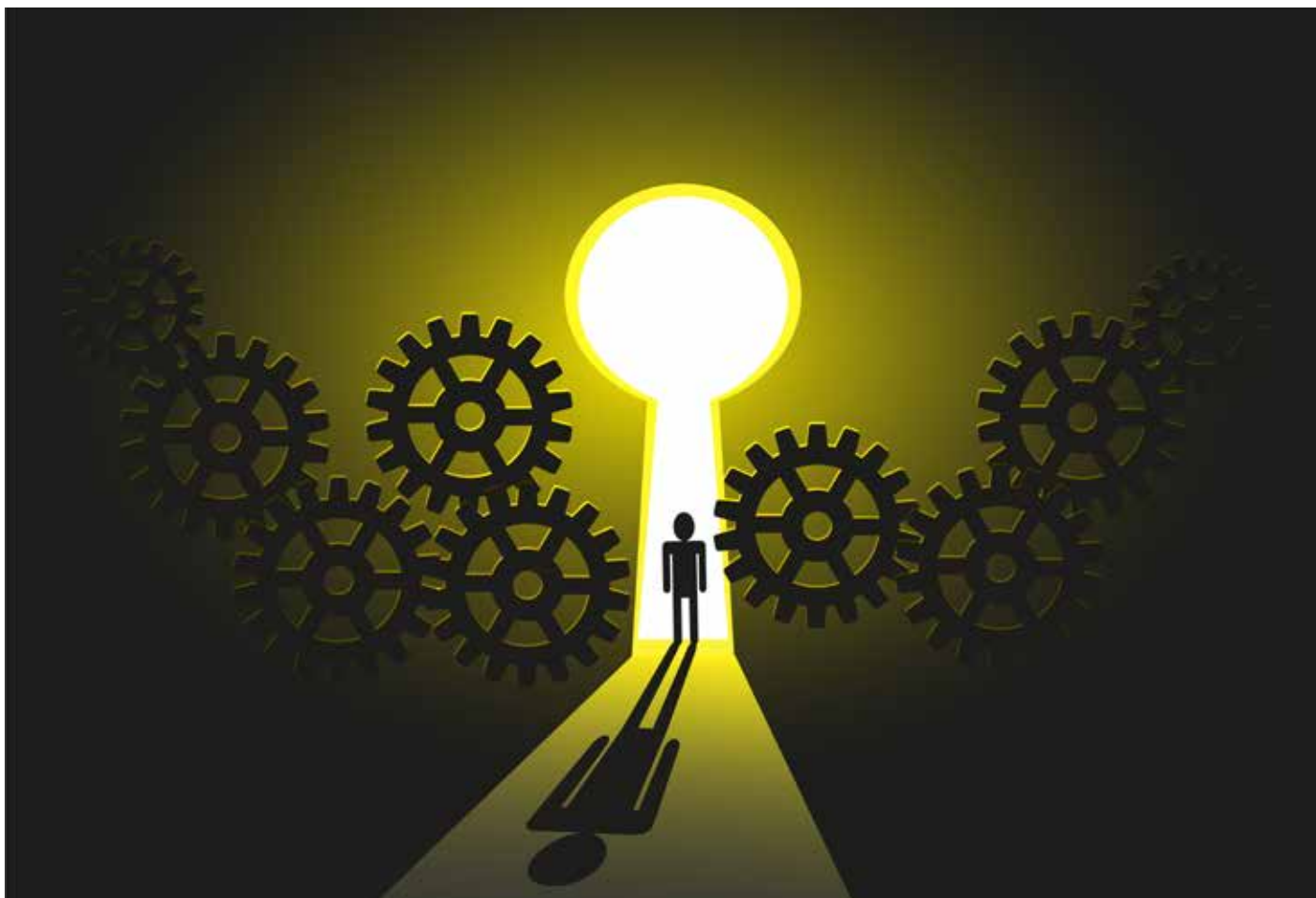
תכנון והטמעתו "חדר בריחה" המדמה אירועי בטיחות מטופל כדי לשלב למידה פעילה, משחק והטמעת נושאים אלו על ידי הצוות הרפואי והסיעודי. בחרנו כפיילוט להתחיל עם אוכלוסיית יעד של צוות מלר"ד ילדים, מכיוון שחדר המיון מאופיין

המסר מהצוותים בשטח הוא שזהו נושא משעמם ללימוד, הזוכה לשיתוף פעולה חלקי והופך למטלה לא רצויה בקרב עובדים ומנהלים. לכן חשבנו כי נדרש "חישוב מסלול מחדש", שיכלול בחירת שיטה חדשה שתתאים לדור הצעיר של הצוותים הלומדים. למידה אקטיבית, סדנה קצרה וממוקדת, באופן חוויתי. בחרנו להתחיל את תכני "חדר הבריחה" בתחום בטיחות הטיפול, לאור העובדה שטעויות הן חלק בלתי נפרד מכל סביבת עבודה מורכבת. אתגר מרכזי של מע' הבריאות הוא מניעה של טעויות בטיפול, ושיפור תרבות בטיחות ע"י הפיכת טעויות להזדמנות ללמידה.

עבודת צוות היא מיומנות הכרחית לטיפול איכותי ובטיחותי בחולים במסגרת בית החולים⁽³⁾. ארגון הבריאות העולמי ממליץ על שילוב יכולת זו כחלק בלתי נפרד מההכשרה בתוכניות הלימוד של מקצועות הבריאות⁽⁴⁾. Serious games היא מתודולוגיה הכוללת משחקי קופסה, משחקי וידאו ומציאות מדומה שנועדה לשיפור מיומנויות קוגניטיביות ופסיכומטריות ועבודת צוות. מחקרים כבר הדגימו יעילות לעומת לימוד בדרך מסורתית. חדרי בריחה הם משחקים מבוססי-קבוצות בהם השחקנים חייבים לעבוד יחד, לפתור חידות ולהשתמש ברמזים, כדי להשלים סדרת משימות שתאפשר להם להימלט

רקע

סימולציה הינה מתודולוגיה מעשית ליצירת חווית למידה מבוססת חיקוי על בסיס תרחישים מהחיים האמיתיים. למידה מבוססת סימולציה נמצאת בשימוש נרחב, נבחנה ונחקרה במשך למעלה משישה עשורים בתחומים מקצועיים רבים כמו ניהול, הנדסה, סיעוד ורפואה. סימולציה רפואית נעזרת במודלים ובובות ממוחשבות המדמות אדם. חינוך רפואי מבוסס סימולציה מספק סביבה בטוחה ומבוקרת, מסייע בתרגול וחיידוד של מיומנויות פרוצדורליות, אבחון ותקשורת, ופיתוח ביטחון עצמי, וכמו כן מיומנויות קוגניטיביות, פסיכומטריות ורגשיות. מחקרים דיווחו כי שימוש יעיל בסימולציה רפואית תורם לשיפור בטיחות המטופלים. הספרות מציגה מספר אתגרים בשימוש בסימולציה, כגון חוסר ניסיון המחנך באסטרטגיות הוראת סימולציות, משאבי תקציב וכוח אדם⁽¹⁾. בארץ קיימים מספר מרכזי סימולציה בגדלים שונים ובארגונים מגוונים (בתי חולים, אוניברסיטאות ומכללות). זיהוי אירועים חריגים בתחום בטיחות המטופל ודיווח על טעויות/כמעט טעויות, הן יכולות חיוניות של עובדי מערכת הבריאות. לימוד עקרונות בטיחות המטופל יכול להיות מאתגר⁽²⁾. לרוב הוא נלמד באמצעות "לומדות" ו/או הדרכות פרונטליות.



אמצעים

חדר המדמה "חדר הלם" במיון ילדים כולל כל הציוד והמכשור הרפואי; "בובה חכמה" בגודל ילד אשר ניתן לנהל איתה דיאלוג; כתבנו תסריט וצילמנו קבוצת שחקני סימולציה מקצועיים; עמדת מחשב ניידת הכוללת תוכנת "קמליון" - תיק תיעוד רשומה רפואית תרגילי; כתיבת תרחיש קליני מתאים למחלקת אוכלוסיית המתאמנים; הכנת "תדריך" שכלל את הסבר כללי המשחק; הצבת מטרה בעלת אלמנט "משחקי" - מציאת מינימום 25 טעויות, וכן הגבלה בזמן לצורך כך; דפים ידניים לחלוקה למתאמנים לצורך רישום הטעויות; רשימת טעויות ידועות לצורך דף ההערכה של התרחיש.

נפוצות וקריטיות. הטעויות נלקחו מתחום בטיחות הטיפול, כגון טעויות בדיהוי, פערי תיעוד ברשומה וטעויות בסביבת המטופל. בתחילת התרחיש הוצג סרטון קצר המתאר העברת משמרת. בכל אימון התרחיש השתתפו לפחות רופא/ה ואח/ות, ולעיתים הצוות כלל יותר משתתפים בו זמנית. לאחר הצפייה בסרטון הקצר הוקצבו עבורם 10 דקות, וזאת לצורך מציאת לפחות 25 טעויות בטיחות בחדר. בסיום הזמן בתוך חדר הבריחה, המשתתפים הוצאו מן החדר ובוצע תחקור של הממצאים החריגים שאותרו, ומעבר ולימוד של טעויות אשר לא זוהו. המשוב ניתן על ידי צוות בטיחות המטופל. בסיום האימון מילאו כלל המשתתפים שאלון בנושא תפיסת הידע והביטחון שלהם בנושא.

בסביבה דינמית, אינטנסיבית ובעל תחלופה גבוהה של מטופלים, ריבוי העברות מידע בין צוותים, בעל רכיב זמן קריטי, ורוב הזמן מתמודד עם מצבי עומס ותפוסת מטופלים גבוהה, וכל זאת תוך טיפול במגוון בעיות רפואיות. כמו כן, קיימת משמעות לבחירת צוות עבור פיילוט במרכז סימולציה אשר ישתף פעולה, כולל פינוי זמן לטובת עבודת צוותים לצורך התכנון, ההכנה והביצוע. חדר הבריחה תוכנן על פי רשימה של כלל אירועי בטיחות הטיפול שהתרחשו במלר"ד ילדים בשנה האחרונה. בהמשך התקיימה התייעצות עם רופאים מומחים ברפואה דחופה ילדים ואחיות אחראיות במלר"ד ילדים, שהיוו "מומחי התוכן" לצורך דיוק טעויות נפוצות הרווחות בחיי היומיום עבורם. בעקבות רשימה זו נכתב תרחיש קליני שהתבסס על 25 שגיאות

51 מתאמנים של מלר"ד ילדים "דנה" איכילוב עברו את ההכשרה, מתוכם 34 מילאו שאלון ומשוב דיגיטלי.

חלוקה לסקטורים: 52.9% סיעוד, 11.8% רופאים בכירים, 32.4% רופאים מתמחים, והשאר סטודנטים, סטאז'רים ועוזרי רופא.

30 מתאמנים נתנו ציון 5 סולם לייקרט לגבי שביעות רצונם מהאימון.

מתוך 34 מתאמנים של מלר"ד ילדים 32 נתנו ציוני 4 ו-5, בשאלה של "עד כמה האימון הועיל/חידש/ריענן לך אלמנטים מעבודתך".

אוכלוסיות נוספות שהחלו לעבור אימון זה: רופאים וסיעוד "ליס" איכילוב, מחלקות פנימיות, מלר"ד מבוגרים כללי. סה"כ

המטופל ומעורר את הצוות לתשומת לב אליהם.

מסקנות

פיתחנו אימון סימולטיבי חדשני ורב-דיסציפלינרי במתודולוגיית "משחקים רציניים" ובפורמט של "חדר בריחה".

מטרתו העלאת מודעות ותרגול ידע בנושא בטיחות המטופל, תוך הדגשת האחריות המשותפת של כלל הצוות המטפל במטופל לשמירה על תרבות בטיחות. תקוותנו שהאימון יתורגם לעלייה בשיעורי הדיווח על אירועים חריגים, ולתחושת ביטחון רב יותר בקרב הצוותים מכלל הדיסציפלינות בתפקידיהם כפעילים ושותפים אקטיביים לצורך קידום בטיחות הטיפול.

מולאו 38 שאלונים דיגיטליים, ומתוכם 20 נתנו ציון 4 ו-11 נתנו ציון 5 בסולם לייקרט לגבי שביעות רצונם מאימון. כך שמתוך 38 מתאמנים, 31 הביעו שביעות רצון גבוהה/ גבוהה מאוד מהאימון.

על פי המשובים המילוליים חידקנו תובנות לגבי התפוקות מהאימון: הגברת בטחון לצוותים כשותפים פעילים בבטיחות המטופל, שיתוף פעולה אקטיבי ממגוון סקטורים שעשוי לסייע במטרה של הפחתת חסמי ההיררכיה בצוות, אשר נחשבת סכנה לבטיחות החולה, ומדגיש אחריות משותפת לשמירה על תרבות בטיחות. מצאנו הבדלים בנקודות המבט בין הרופאות/ים לאחים/יות, כאשר כל סקטור בקיא באלמנטים שונים של בטיחות

ביבליוגרפיה

1. Alotaibi FZ, Agha S, Masuadi E. Orientation of Healthcare Educators Towards Using an Effective Medical Simulation-Based Learning: A Q-Methodology Study. *Adv Med Educ Pract.* 2022 May 13;13:507-519. doi: 10.2147/AMEP.S363187. PMID: 35592357; PMCID: PMC9113552.
2. Zhang XC, Lee H, Rodriguez C, Rudner J, Chan TM, Papanagnou D. Trapped as a Group, Escape as a Team: Applying Gamification to Incorporate Team-building Skills Through an 'Escape Room' Experience. *Cureus.* 2018 Mar 2;10(3):e2256. doi: 10.7759/cureus.2256. PMID: 29725559; PMCID: PMC5931417
3. Diemer G, Jaffe R, Papanagnou D, Zhang XC, Zavodnick J. Patient Safety Escape Room: A Graduate Medical Education Simulation for Event Reporting. *MedEdPORTAL.* 2019;15:10868. Published 2019 Dec 27. doi:10.15766/mep_2374-8265.1086
4. Nicholson S. Peeking behind the locked door: a survey of escape room facilities [white paper]. Scott Nicholson website. <http://scottnicholson.com/pubs/erfacwhite.pdf>. Updated May 24, 2015.
5. Murray M, Sundin D, Cope V. New graduate nurses' understanding and attitudes about patient safety upon transition to practice. *J Clin Nurs.* 2019 Jul;28(13-14):2543-2552. doi: 10.1111/jocn.14839. Epub 2019 Mar 20. PMID: 30803103
6. World Health Organization (WHO) Patient Safety Curriculum Guide. Multi-professional Edition. Genf: WHO; 2011. Available from: http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/PSP_Curriculum_Global_Evaluation_Study.pdf
7. Davis K, Lo HY, Lichliter R, Wallin K, Elegores G, Jacobson S, Doughty C. Twelve tips for creating an escape room activity for medical education. *Med Teach.* 2021 Apr 19:1-6. doi: 10.1080/0142159X.2021.1909715. Epub ahead of print. PMID: 33872114
8. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. WHO; 2010. http://www.who.int/hrh/resou rces/frame work_actio n/en/. Accessed November 12, 2020.
9. Hamilton P, Coey-Niebel C, McCaig J, Zlotos L, Power A, Craig G, Peacock S, Paton C. Evaluation of Inter-Professional Education (IPE) with medical, nursing and pharmacy students through a simulated IPL Educational Intervention. *Int J Clin Pract.* 2021 Nov;75(11): e14725. doi: 10.1111/ijcp.14725. Epub 2021 Aug 18. PMID: 34382304.

שלמי תודות - לד"ר איילת רמון מנהלת מיון ילדים, ד"ר חגית פדובה, סמנכ"ל המערך לאיכות ובטיחות המטופל, נטע פור אייזנברג מנהלת מ.ט.ס, אפרת פרץ MA מנהלת צוות בטיחות המטופל, ראיסה גבנטמכר RN רכזת תחום בטיחות המטופל, יפה ליליב MBA מנהלת פרויקטים המערך לאיכות ובטיחות, אריה כהן- מדרוך טכנולוגי מ.ט.ס, סיון מזור, RN מלר"ד ילדים "דנה" איכילוב.



לשלוט בחוסר השליטה

פרויקט ייחודי ליצירת רצף טיפולי ולשיפור איכות הטיפול למנותחי סטומה

מופיד קעדאן¹; RN, MS; מוחמד עיד²; RN, MSN; מורן רייכמן-מיירנץ³; BSC, RD; ליהי קאופמן⁴; BSC;

אביבה גורן⁵; BA, MA; דורית לוין⁶; BSC, RD; ספי סובל רויטבלט⁷; RN, MSN;

¹מנהל יחידת שקד, ²אח אחראי סטומה, ³דיאטנית סוכרת וגסטרו, ⁴דיאטנית אחראית יחידת שקד,

⁵עו"ס מנהלת חפר יחידת שקד, ⁶דיאטנית מחוזית, מחוז שרון-שומרון, ⁷מנהלת סיעוד מחוזית, מחוז שרון-שומרון

שירותי בריאות כללית, מחוז שרון-שומרון, יחידת שקד – היחידה להמשך טיפול

מכותב ראשי: shlihika@clalit.org.il

תקציר

סטומה, פתח שיוצרים בצינור מערכת העיכול ומשיקים לפני השטח של הבטן כדי להטות אליו את מסלול המעבר של הצואה, מתבצעת במצבים של נזק למעי או מחלת מעי, כשחלק מהמעי הדק או הגס זקוק למנוחה ארוכת טווח או להסרה, למשל בסרטן הקולון והרקטום, כוליטיס כיבית, מחלת קרוהן ודיברטיקולוזיס. בעקבות ניתוח עם הוצאת סטומה ייתכנו סוגים שונים של סיבוכים, בהם גירוי של העור, עצירות, חסימות, חסרים תזונתיים וקושי נפשי.

לאחר ההדרכה הראשונית שהמטופלים והמטופלות מקבלים בבית החולים, יש צורך בגורם שיוכז את הדרכות ההמשך ואת המעקב בקהילה, הן מהבחינה הסיעודית והן מהבחינה התזונתית, כדי להתמודד עם האתגרים הללו ולמנוע אותם במידת האפשר.

בשנת 2018 הוקם ביחידת שקד, היחידה להמשך טיפול של מחוז שרון-שומרון בשירותי בריאות כללית, פרויקט ייחודי ליצירת רצף טיפולי ולשיפור איכות הטיפול

רקע

סטומה - הגדרה וסוגים

סטומה היא פתח שיוצרים בצינור מערכת העיכול ומשיקים לפני השטח של הבטן, כדי להטות אליו את מסלול המעבר של הצואה. תוכן המעי מתנקז אל תוך שקית חיצונית. יש כמה סוגי סטומה. הנפוצים ביותר הם איליאוסטומי – סטומה מהאיליום, קולוסטומי – סטומה מאזורים שונים בקולון (בהתאם לחלק המעי שאינו תקין), ואורוסטומי – סטומה שמנקזת שתן דרך שחזור של שלפוחית השתן שיוצרים באופן מלאכותי מהמעי⁷.

סטומה יכולה להיות זמנית, כדרך להגן על אזור מסוים במעי לתקופה קצובה, או קבועה, אם למשל האזור שנכרת במעי כולל שרירים טבעתיים האחראיים על השליטה.

מצבי סטומה

סטומה להפרשת צואה היא טיפול מתאים למצבים של נזק או מחלה במעי, כשחלק מהמעי הדק או הגס זקוק למנוחה ארוכת טווח או להסרה, למשל סרטן הקולון והרקטום, כוליטיס כיבית, מחלת קרוהן

במנותחי סטומה. לצורך העבודה הוטמעה ביחידה מערכת מקוונת המאפשרת העברת מידע על מנותחי סטומה אל **אח הסטומה המחוזי בקהילה מטעם יחידת שקד**, בעודם מאושפזים בבית החולים. עם קבלת התראה על שחרור צפוי של מטופל עם סטומה, האח דואג לתיאום ביקור בית לבדיקת פעולת הסטומה ולהדרכה על התפעול שלה. במקביל, הוא מעדכן את **הדיאטנית של יחידת שקד**, וגם היא פועלת לתיאום ביקור בית להדרכה תזונתית. בשנת 2021 טופלו במסגרת הפרויקט 84 מטופלים. במאמר זה נציג כמה מהם ואת מהלך הטיפול בהם, ונראה כי במסגרת הפרויקט מתקיים רצף טיפולי מיטבי, שכן המטופלים מופנים בשלב מוקדם, מייד עם השחרור מהאשפוז, להדרכה של אח ודיאטנית סטומה שמתקיימת בביתם. במקרה הצורך הם מופנים גם לגורמים נוספים. הם מקבלים יעוץ מקצועי ושוטף, המסייע להם להתמודד עם האתגרים הלא פשוטים שבפניהם הם ניצבים בעקבות הניתוח שעברו.

ודיברטיקולוזיס,⁵ ואף טראומה.

הסיבוכים האפשריים

סטומה יכולה לגרום לסיבוכים שונים, בהם גירוי של העור^{8,9}, עצירות, חסימות⁹, חסרים תזונתיים וקושי נפשי^{1,2,3,4}. כל אלה משפיעים לרעה על איכות החיים.

הרקע לפרויקט

במצב תקין, המטופלות והמטופלים מתנהלים לפי פרוטוקול תזונתי שבו עוברים בהדרגה מדיאטה מגבילה לדיאטה מלאה בתוך כשלושה חודשים, והם מתפעלים את הסטומה באופן עצמאי.

ואולם, לאחר ההדרכה הראשונית שהם מקבלים בבית החולים, יש צורך בגורם מוסמך שירכז את הדרכות ההמשך ואת המעקב בקהילה, הן מהבחינה הסייעת והן מהבחינה התזונתית⁶.

במצב של היעדר המשכיות זו קורה לא פעם שהציוד ההתחלתי שנרשם להם כבר אינו מתאים, בשל שינויים טבעיים שמתרחשים במבנה הסטומה, ויש להתאים ציוד חדש. במקרה כזה עלולים להיגרם דליפות מהסטומה, גירוי בעור, ריח לא נעים ואי נוחות. כמו כן, פעמים רבות מטופלים ממשיכים לצרוך דיאטה מגבילה שכבר אינה מתאימה להם, ועליהם לקבל הנחיות כיצד להתקדם ולחזור באופן מסודר לתזונה מלאה. המצב עלול לגרום לתופעות כמו עצירות או שלשולים בגלל חוסר סיבים תזונתיים בתפריט, או להיפך – צריכה מוגברת ולא מבוקרת של סיבים, התדרדרות המצב התזונתי בשל חוסר אספקה של רכיבי מזון חיוניים, קושי נפשי ותופעות נוספות. כאן מקומו של הפרויקט הייחודי בשקד – היחידה להמשך טיפול.

תחום הסטומה הולך וגדל משנה לשנה, והטכנולוגיה, הציוד וסוגי הטיפול מתחדשים ומתעדכנים ללא הרף. להענקת טיפול מיטבי נדרש צוות ייעודי לנושא, מעודכן

ומיומן, שיוכל להתאים למטופלים את הטיפול האישי המדויק וללוות אותם לאורך הדרך.

מטרות ויעדי הפרויקט

מטרות

שיפור איכות חיי המטופלים

הדרכה מסודרת בבית ומענה רציף לשאלות מאפשרים טיפול מדויק יותר, והפחתה ברמת הסטרס שהמטופלות והמטופלים נמצאים בו לאחר השחרור מבית החולים, ומאפשרים תחושה מסוימת של שליטה בניהול הסטומה, אף שאין שליטה בפעולתה.

צמצום עלויות מיותרות

בחירת ציוד המתאים באופן ספציפי לסוג הסטומה והתאמתו מחדש מדי פעם, לפי השינויים שחלים במבנה הסטומה לאורך השבועות הראשונים שאחרי הניתוח, וכן הכנת תוכנית תזונה מותאמת אישית, עשויים להפחית הוצאות מיותרות שנגרמות עקב החלפה תדירה של הציוד בשל דליפות.

יעדים

רצף טיפולי

תקשורת בין בית החולים לבין הקהילה תאפשר הדרכות המשך בנושאי התזונה, ותפעול הסטומה ותכתיב מעקב.

שיתוף מידע

העברת מידע שוטף בין הדיאטנית לאח הסטומה כדי לקבל תמונה רחבה על מצב המטופלים.

עבודה רב-מקצועית

שיתוף פעולה עם אנשי צוות נוספים שלעיתים מוזמנים לתת ייעוץ, כמו מרפאות בעיסוק, עובדת סוציאלית ופסיכולוג, יכולים לסייע ולתרום רבות לשיפור איכות החיים של המטופלים, שנפגעה בעקבות הניתוח.

שיטות

בשנת 2018 הוטמעה בשירותי בריאות כללית מערכת מקוונת המאפשרת העברת מידע על מנותחי סטומה אל **אח הסטומה המחוזי בקהילה מטעם יחידת שקד**, בעודם מאושפזים בבית החולים. אח הסטומה מעדכן את הרופא או הרופאה המטפלים ואת אח או אחות המרפאה על השחרור הצפוי, ומבקש להזמין את הציוד הנדרש עבור כל מטופל, כדי שיהיה מוכן מייד בשחרור.

ביום השחרור מתקבלת אצל **אח אחראי הסטומה** התראה דרך המערכת המקוונת. הוא יוצר קשר עם המטופל או המטופלת לתיאום ביקור בית לבדיקת פעולת הסטומה ולהדרכה על התפעול שלה (או מעביר את הטיפול ל**אח או אחות מצוות היחידה** המיומנים בטיפול בסטומה), ובמקביל מעדכן את **הדיאטנית האחראית של יחידת שקד**. היא מתאמת איתם ביקור בית להדרכה תזונתית מכוונת לסטומה (או מעבירה את הטיפול ל**דיאטנית או דיאטן מצוות** היחידה שיש להם ניסיון טיפולי בתחום).

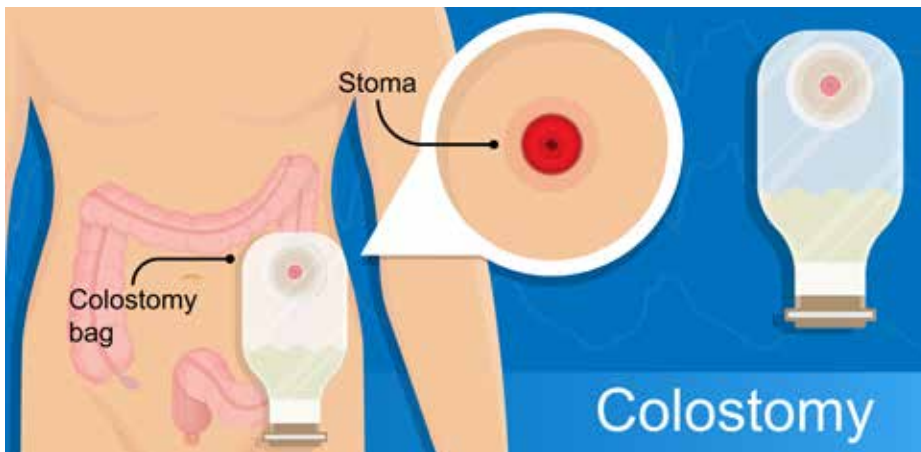
לאחר ההדרכות המטופל מוזמן ליצור קשר טלפוני ישיר עם האח ועם הדיאטנית המטפלים בעת הצורך, לכל שאלה או בעיה. האח והדיאטנית משתפים ביניהם מידע על המטופלים ומתייעצים באופן שוטף.

במקרי הצורך הם פונים ומבקשים עבור המטופל ייעוץ של המרפאה בעיסוק, העובדת הסוציאלית או הפסיכולוג הרפואי של יחידת שקד.

האח אחראי הסטומה והדיאטנית האחראית מנהלים מאגר מידע המתרחב כל הזמן, וכולל נתונים על המטופלים ועל הסטומה שהם נושאים.

נתונים

בשנת 2021 טופלו במסגרת הפרויקט



של המטופל. בשיחה שנערכה שבוע לאחר מכן, הבת דיווחה כי פ' משתף יותר פעולה בעניין המזון, והוא מקפיד למשל על צריכת מנת החלבון והפירות שמגישים לו. בשיחה עם אח הסטומה שנערכה מאוחר יותר באותו יום, דיווחו לו כי היציאה מוצקה יותר. כחודש לאחר מכן נראתה עלייה רצויה ברמת החלבון בדם, עם ALB-3.78.

עובדת סוציאלית

במהלך ביקורי הבית של אח הסטומה ושל הדיאטנית, צפו ועלו קשיים רגשיים משמעותיים אצל אשתו של המטופל, שהיא המטפלת העיקרית של פ' ומטפלת באופן בלעדי בסטומה ומחליפה את הצידוד גם היא בעצמה לא בקו הבריאות ועוברת תקופה לא פשוטה, הן ברמה האישית והן סביב הטיפול האינטנסיבי בבעלה. צוות הפרויקט פנה לעובדת סוציאלית של שקד, והיא יצרה קשר עם המשפחה לתיאום ביקור בית. בביקוריה של העובדת הסוציאלית אצל המשפחה דובר על החיים עם הסטומה, על האופן שבו היא משפיעה על איכות החיים של המטופל, ועל היבטים בזוגיות הקשורים בכך. ניתן מקום לביטוי הרגשות החיוביים והשליליים נוכח הטיפול בסטומה, והוכר בלגיטימיות של ביטוי קושי או דחייה במהלך הטיפול. האוורור הרגשי הועיל, ומועיל בכלל, במצבי ההסתגלות מול איום משמעותי בטיפול.

בציוד ובציוד העזר ועל דרך הזמנתם, ובמקביל נשלחה לאחות האחראית במרפאת האם רשימת ציוד עדכנית לשם הזמנת הציוד מבית המרקחת.

באחד הימים, כשבוע לאחר ההדרכה הראשונית, הסטומה התפרקה. אשתו של פ' לא הצליחה למקם מחדש את הצידוד. אח הסטומה נקרא לעזרה, הגיע, טיפל בסטומה והדריך את המשפחה. בשיחת מעקב שנערכה כמה ימים מאוחר יותר עם הדיאטנית, שוב דיווחה אשתו של פ' על קושי בתפעול הסטומה ועל דליפות. הדיאטנית יצרה קשר עם אח הסטומה ועדכנה אותו. האח הגיע להדרכה נוספת, ובה נמצא כי הסטומה שקעה מעט, ולכן הצידוד החלף לציוד מתאים שהוביל לשיפור ולהפסקת הדליפות. לאחר כשבועיים אשתו של המטופל יצרה קשר עם אח הסטומה וביקשה הדרכה נוספת, ייתכן שמתוך לחץ או חוסר ביטחון, והוא הגיע לביקור בית נוסף.

דיאטנית

ייעוץ התזונה נערך בנוכחות אשתו וביתו של פ'. היו להן שאלות רבות בנושא תזונה לקראת הפגישה, והדיאטנית ענתה על כולן. המשפחה קיבלה הדרכה על שלבי ההתקדמות בהזנה מבחינת מרקמי המזון ואופן הכנתו, והנחיות לתזונה רבת חלבון בהתאם למגבלת תפקודי הכליה

84 אנשים, מתוכם 42 גברים ו-42 נשים. הגיל הממוצע 63.5 והגיל החציוני 67.5. ל-40 מהם קולוסטומי, ל-30 איליאוסטומי ול-16 אורוסטומי (2 מטופלים עברו הוצאת אורוסטומי נוסף על סטומה לניקוז צואה). 50 מהסטומות היו זמניות ו-35 היו קבועות (למטופל אחד היה אורוסטומי קבועה ואיליאוסטומי זמנית). 51 מהניתוחים בוצעו באופן דחוף ו-33 באופן אלקטיבי.

במסגרת הפרויקט נערכו 77 ביקורי בית של אח סטומה להדרכה על הטיפול בסטומה, ו-68 ביקורי בית של דיאטנית להדרכה על התזונה המותאמת למצב הסטומה בשלבים השונים שאחרי הניתוח. היו מקרים מסוימים שבהם מטופלים אושפזו במחלקות שיקום או סיעוד מייד לאחר הניתוח, ולכן לא הספיקו לקבל ביקור בית של סיעוד ותזונה, והיו מקרים אחרים שבהם המטופלים הסתפקו בהדרכת הטיפול בסטומה ולא היו מעוניינים בהדרכת תזונה.

תיאורי מקרה

להלן נתאר בקצרה כמה מקרים של מטופלים מהפרויקט ואת תוצאות ההתערבות.

פנחס

המטופל, בן 75, עבר ניתוח כריתת מעי דק על רקע חסימה, ובו הוצאה איליאוסטומי זמנית. ברקע לימפומה על שם הודג'קינס ואי ספיקת כליות כרונית.

BMI-21.8, ALB-3.18. האיליאוסטומי פעלה באופן תקין, עם יציאות נוזליות יחסית.

אח סטומה

אח הסטומה הופנה למטופל לאחר השחרור מבית החולים. בביקור נראה כי האיליאוסטומי בולטת ללא סימני מצוקה: העור מסביב לסטומה היה ללא סימני גירוי או פצעים. אח הסטומה הדריך את ביתו ואת אשתו של פ' על אופן השימוש

מיכאיל

המטופל, בן 75, עבר כריתת מעי גס ימני להוצאת גידול, ובעקבות דליפה מההשקה הוצאה איליאוסטומי זמנית. האיליאוסטומי פעלה בתפוקה גבוהה (High Output II-) (eostomy), מצב שבו הסטומה מפרישה מעל 1,000 מ"ל ליממה.

אח סטומה

לאחר השחרור מבית החולים, אח הסטומה הופנה אליו להדרכה על אופן השימוש בצידוד. בביקור נראה כי הצידוד שנרשם למטופל בבית החולים כבר לא היה מתאים, כי הסטומה שינתה את צורתה, כפי שכאמור קורה לא פעם בשבועות הראשונים שלאחר הניתוח, ולכן המטופל סבל מדליפות ונאלץ להחליף את הבסיס פעם ביום במקום פעם בשלושה ימים. העור סביב הסטומה נעשה אדמומי ומגורה. אח הסטומה המליץ על צידוד אחר, המתאים יותר למצב הסטומה ולצורתה הנוכחית, כולל אביזרי עזר, ומאז הדליפות פסקו. לאחר שבועות אחדים מ' התקשר לבקש ביקור נוסף, ודיווח ששוב הצידוד מחזיק מעמד פחות משלושה ימים. בבדיקה בביתו לא נראתה סיבה לדליפות הקשורה לסוג הצידוד, אך נמצאו ליקויים באופן התפעול של הסטומה והחלפת הצידוד. אח הסטומה הדריך את מ' לשימוש נכון בצידוד.

דיאטנית

בתחילת הדרך הסטומה הפרישה קרוב ל-2 ליטר ליממה. כמו כן, בימים הראשונים שלאחר הניתוח המטופל אושפז פעמים אחדות עקב התייבשות והפרעות אלקטרוליטיים. הדיאטנית יצרה קשר עם רופאיו ממחלקת כירורגיה, שגם הם במעקב צמוד איתו, ושוחחה איתם על דרך הטיפול המיטבית. הוחלט על תיסוף אלקטרוליטיים בעזרת תכשיר Electronece וכמוסות מגנזיום, ולאחר כשבועיים הוחלט

גם על הגבלת צריכת נוזלים. נוסף על כך, הוא נטל אימודיום לפי פרוטוקול, קיבל עירווי נוזלים של 2 ליטר פעם בשבוע, והתחיל לקחת כולסטרמיין לספיגת מלחי מרה. המטופל הציג היענות גבוהה לטיפול, וטיפל בעצמו בסטומה ותפעל אותה. הוא ניהל רישום יומי של מאזן הנוזלים שלו, ושיתף אותה ואת בדיקות המעבדה שלו באופן יום-יומי בקבוצת ווטסאפ שהקים, הכוללת את רופאיו ואת הדיאטנית. בתחילת הטיפול לא נראה שינוי בכמות הפרשה מהסטומה, אבל עם הגבלת הנוזלים, וככל שהקפיד יותר, חלה הטבה וכמויות הפרשה פחתו. כשלושה חודשים לאחר הניתוח, המטופל עבר ניתוח לסגירת הסטומה, והוא ממשיך להיות מלווה מהבחינה התזונתית על ידי דיאטנית היחידה.

אברהם

המטופל, בן 40, עבר ניתוח בעקבות דיברטיקולוזיס ובו הוצאה קולוסטומי זמנית. בעברו היה במשקל עודף, והשיל אחוז ניכר ממשקל הגוף באמצעות תזונה נכונה ופעילות גופנית.

אח סטומה

עם שחרור המטופל מבית החולים הוא היה זקוק למידע ולהכוונה לגבי תפעול הסטומה והצידוד, ולא הייתה ברשותו כמות מספקת של צידוד מתאים לימים הבאים. המטופל סבל מדליפות ומאי נוחות סביב הסטומה, והחלפות הצידוד היו תכופות. לאחר הביקור של אח הסטומה, בשיתוף עם אחות המרפאה, הותאם עבורו צידוד למצב ולצורה הספציפיים של הסטומה והדליפות פסקו, כמות החלפות פחתה ותחושת האי נוחות חלפה.

דיאטנית

גם בתחום התזונה לא היה ל-א' מספיק ידע על המזון המתאים במצב סטומה, וימים ספורים לאחר השחרור מבית החולים,

המטופל חזר לאכול תזונה מלאה, הכוללת מגוון גדול מאוד של מאכלים, שרבים מהם מוכנים, מעובדים וקנויים. הוא סבל מריבוי יציאות רכות דרך הקולוסטומי ומגזים. הדיאטנית הדריכה אותו לתזונה מותאמת לתקופת ההסתגלות של הסטומה, והסבירה לו על דרך ההתקדמות ההדרגתית בסוגי המזון ובמרקמים. המטופל החל ליישם את ההמלצות, ועד מהרה חלה הטבה משמעותית באופי היציאות בסטומה ובכמותן. המטופל היה בקשר צמוד עם הדיאטנית בווטסאפ לשאלות ולדיווח. כשבועיים לאחר מכן הוא אף חזר לאימון גופני, אחרי תקופה שבה נמנע ממנה סביב הניתוח. נוסף כי לאחר שבועות אחדים חלה הרעה באופי הפרשות, והתברר כי היא נגרמה מחוסר יישום של ההנחיות. הדיאטנית שוחחה שוב עם א', והוא הביע נכונות לחזור ולהקפיד על ההמלצות התזונתיות.

אירנה

דיאטנית ואח סטומה

המטופלת, בת 82, הופנתה ליעוץ דווקא לאחר ניתוח לסגירת סטומה. היא סבלה מעצירות של יומיים וחצי, וסוף השבוע התקרב. נוצר חשש שמא תזדקק לטיפול אינטנסיבי בעצירות. הדיאטנית יצרה קשר עם אח הסטומה כדי להתייעץ לגבי אופן הפעולה, והם החליטו להדריך את המשפחה איך להתנהל תזונתית, ובמקביל להנחות אותם שאם לא תהיה יציאה במשך עוד יום אחד נוסף לפנות למיון. לבסוף, מערכת העיכול של המטופלת חזרה לפעולה במהלך אותו יום. הדיאטנית המשיכה לנהל איתה שיחות הדרכה שוטפות בנוגע להתקדמות בסוגי המזונות, ויחד הן התאימו לה תזונה שתעזור לעודד יציאות סדירות, שעקרונותיה דומים לאלה של ניתוח סטומה. א' התחילה להתקדם במרקמים ובסוגי המזונות, עם הדרכה



הציוד המדויק ביותר עבור המטופל ותזונה נכונה יכולות להפחית שימוש עודף בציוד, וכתוצאה מכך **לצמצם עלויות**. בעתיד ישולבו בטיפול גם מרפאות בעיסוק המתמחות בסטומה, שכבר החלו להשתתף בהדרכות בנושא, יפותח כלי הערכה למדידת איכות הטיפול ולכימות אשפוזים חוזרים הקשורים לסיבוכי סטומה, וכן יורחב וישוכלל מאגר המידע.

האח והדיאטנית מדברים ביניהם על כל מטופל, **משתפים ביניהם מידע** ומנהלים מעקב רציף אחר המטופלים. הם זמינים מאוד לשאלות של המטופלים. כמו כן, האח והדיאטנית מעניקים טיפול בראייה הוליסטית **ורב-מקצועית**, ומערבים בו אנשי מקצוע נוספים במקרה הצורך, כמו רופאים ועובדת סוציאלית. מענה זה מקל את ההסתגלות של המטופלים למצבם החדש עם הסטומה, משפר את **איכות חייהם** ומייעל את הטיפול. התאמת

טלפונית צמודה. כעת היא יכולה לצרוך תזונה רגילה, כמעט כפי שהייתה רגילה לפני הניתוח, והיציאות שלה סדירות.

מסקנות

במסגרת פרויקט הסטומה המתנהל ביחידת שקד, היחידה לטיפול ביתי במחוז שרון-שומרון של שירותי בריאות כללית, מתקיים **רצף טיפולי** מיטבי, שכן המטופלים מופנים בשלב מוקדם, מייד עם השחרור מהאשפוז, ליעוץ של אח ודיאטנית סטומה.

ביבליוגרפיה

1. גולן, רבקה (2018). "הסתגלות ושיקום של בעלי סטומה - מנקודת מבטה של אחות" פתחון פה 33, עמ' 7.
2. שפירא אורית ודנה רכבי הלר (2018). "האם לעולם חוסן? חוסן נפשי בהתמודדות עם מחלה". פתחון פה 33, עמ' 14.
3. Ayaz-Alkaya, S. (2018). "Overview of psychosocial problems in individuals with stoma: A review of literature". IWJ16, 243-249.
4. Brown, H. Randle, J. (2005). "Living with a stoma: a review of the literature". JCN 14, 74-81.
5. Burch, J. (2013). "Care of patients with a stoma". Nursing Standard 27:32, 49-56. doi: 10.7748/ns2013.04.27.32.49.e734
6. Cronin, E. (2013). "Dietary advice for patients with a stoma". Gastrointestinal Nursing 11:3.
7. Mitchell, A. et al. (2019). "Dietary management in people with an ileostomy: a scoping review protocol". JBI Evidence Synthesis 17:2, 129-136.
8. Park, John J. Del Pino, A. Orsay, C. P. Nelson, R. L. Pearl, R. K. Cintron, J. R. and Abcarian H. (1999). "Stoma complications". Diseases of the colon and rectum 42, 1575-1580.
9. Shabbir, J., D. and Britton, C. (2009). Stoma complications: a literature overview. Colorectal Diseases 42, 958-964.



להברות ועדת מערכת

מיכל יצחקי, מיכל רסין,

מוריה אשכנזי, ענת פלס-בורץ, נעמי כספי

תודה על פעילותכן המבורכת להכנת ביטאוני האחות בישראל,
לעידוד אחים ואחיות לכתיבת מאמרים מאמרים ולשיתוף המידע עם אחרים.

ולאילנה כהן יו"ר הסתדרות האחים והאחיות

על השקעתה ותרומתה בביטאון למען האחים והאחיות בישראל

כל השנה אתם דואגים לבריאות שלנו תתנו לנו לדאוג לכסף שלכם.

החל מ - 1.10.2021 ניהול ההשקעות בקופת הגמל עבר לבית ההשקעות "מור"

בית ההשקעות חדשני עם ניהול השקעות פורץ דרך.

✓ מיסודה של הסתדרות האחים והאחיות בישראל

✓ דמי ניהול מהנמוכים בשוק*

✓ גיבוי של האיגוד המקצועי

✓ שירות אדיב ואישי

✓ ניהול איכותי ומקצועי

אצלנו לא גובים דמי ניהול על הפקדות

אנו עומדים לשירותך בכל עת!
מחלקת עמיתים:

טל. 072-2790003 | פקס. 072-2790090 | 9083*
moked@kavb.org.il



כתובתנו: רחוב וייצמן 14, תל אביב 6423914

אתר החברה: www.kav-habriut.co.il

* דמי הניהול נגבים על בסיס הוצאות בפועל
* אין באמור לעיל משום תחליף ליעוץ/שיווק פנסיוני האמור להינתן על ידי יועץ/ משווק מוסמך, בהתאם למאפיינים האישיים של כל אדם.

קו הבריאות

חברה לניהול קופ"ג בע"מ



הלוואה בתנאים מיטיבים לעמיתי קופת הגמל:

- ✓ בהמשך לשיפור וייעול השירות, קו הבריאות שמחה להרחיב את סל שירותיה לעמיתה:
- ✓ הלוואה חוץ בנקאית הניתנת לכל צורך, מנכסי הקופה, כחלק מהשקעותיה.
- ✓ ההלוואה ניתנת בתנאים טובים ולרוב בריבית הנמוכה מהיצע הבנקים.
- ✓ זכויותך בקופה נשמרות והינך רשאי להמשיך ולהפקיד כספים בקופה.

סוגי ההלוואות:

- ✓ **הלוואה מסוג שפיצר:** פירעון ההלוואה בתשלומים חודשיים שוטפים (קרן+ריבית).
- ✓ **הלוואה מסוג בלון:** הקרן והריבית על ההלוואה נפרעות בתשלום אחד, מתן ההלוואה לתקופה של עד שנה.
- ✓ **הלוואה מסוג גרייס:** קרן ההלוואה תגבה בתשלום אחד בסוף התקופה שנבחרה והריבית תפרע בתשלומים חודשיים שוטפים החל ממועד קבלת ההלוואה.

עמיתים שכספם נזיל - יהנו מהלוואה של עד 80% מנכסי העמית בקופה
עמיתים שכספם אינו נזיל - יהנו מהלוואה של עד 30% מנכסי העמית בקופה

פרטים מלאים לקבלת הלוואה ניתן למצוא באתר החברה: <https://www.kav-habriut.co.il>

או בטלפון: 072-2790003

בברכה,
אילנה כהן

אין באמור לעיל משום התחייבות החברה לתת הלוואה או לקבוע את שיעורי הריבית.
כל מתן אשראי כפוף לאישור הקופה בהתאם לתנאים ולמדיניות הקופה כפי שיהיו מעת לעת.
במקרה של סתירה בין הדעה זו לבין תנאי ההלוואה כפי שיקבעו מעת לעת, יגברו התנאים אשר יוסכמו בין הצדדים.
א- עמידה בפירעון הלוואה עלול לגרום חיוב בריבית פיגורים והליכי הוצאה לפועל לרבות מימוש נכסי העמית בקופה כולם או חלקם תוך תשלום מס מקסימלי, ככל ונכסי העמית אינם נזילים.
החברה רשאית לבצע שינויים בהלוואות הניתנות בהתאם לנהלי החברה, תקנונה וההסדר התחיקתי.

אנו עומדים לשירותך בכל עת!
מחלקת עמיתים:

טל. 072-2790003 | פקס. 072-2790090 | *9083
moked@kavb.org.il



כתובתנו: רחוב וייצמן 14, תל אביב 6423914

אתר החברה: www.kav-habriut.co.il

* דמי הניהול נגבים על בסיס הוצאות בפועל

* אין באמור לעיל משום תחליף ליעוץ/שיווק פנסיוני האמור להינתן על ידי יועץ/ משווק מוסמך, בהתאם למאפיינים האישיים של כל אדם.

זוכרים את המטופל

סיפורי אחיות מרתקים מלמדים על הקשר המיוחד שיש לאחיות ולאחים עם מטופלים וכדאי שנבינים

לבד



שרה עמיאל | saoyha@walla.co.il

להצטרף אליו נמשיך בביקור ואת מרים הוא פנה אל העובדת הסוציאלית הישארי כאן לטיפולך.

הדלת נטרקה אתה לבד אל מול העובדת הסוציאלית ואני הצופה מהצד בתוך השקט הסמיך ואז היא החלה לדבר ולדבר וחזרה בדיוק על אותם הדברים שנאמרו אך מספר דקות קודם לכן אתה צריך לעזוב יש לך מסגרת כאן זה לא המקום.. גם הוסיפה את נושא הזיהומים שיש בבית החולים .. ודיברה ודיברה ודיברה... וכל הזמן הזה לא הגבת לדבריה שוב כאילו לא בך מדובר ומשראתה שכך עצרה והשתתקה שילבה ידיה והמשיכה לעמוד מולך ולא הוסיפה דבר.

אט אט הגבהת ראשך מעל המגש והתבוננת בה בעיניים לחות בקול רועד ... תראי אמרת לה אני לא יכול לחזור לשם תביני זה כבר לא המקום שלי שמה , תביני שם אני לבד שם אף אחד לא רואה אותי, ואני פוחד את מבינה... אני פוחד את מבינה ... אני רק לא רוצה למות לבד בחד ושימצאו אותי.... אחר-כך.

למה ולא לשתף אותי אם היה מעדיף תוספת סוכר לתוך הדייסה שלו.

אל החדר נכנס צוות בליווי ראש המחלקה ועובדת הסוציאלית ניגשו ליחידה המצומצמת שלך בוקר טוב ובתאבון איך אתה נראה טוב, נו אז מה קורה איתנו...? אתה משוחרר מזה יומיים לא נוכל לאפשר לך יותר עליך לעזוב היום את המחלקה! טען כלפיך ראש המחלקה העובדת הסוציאלית הוסיפה משלה יש לך מקום מסודר אתה כבר כמה שנים שם אוהבים אותך בית חולים זה לא מקום מגורים... מדוע אתה מסרב ללכת.. המנהל הוסיף ברוב חשיבות זה גם מסוכן עתה חלילה שלא תסתבך בזיהום חדש. וכאילו לא בך מדובר נשארתי רכון ובלי להישיר מבט לאיש פשוט סובבת את הכף הלוח ושוב בתוך הקערית. המילים עפות מעל ראשך ואתה לא מגיב! פשוט שניחו לך.

גם אני עמדתי ממלאכתי והתמזגתי לתוך הדממה המעיקה בחדר מה עכשיו?! מנהל המחלקה הביע חוסר סבלנות ויצא את החדר תוך שהוא מזרז את הצוות

קרני שמש טובות חדרו מבעד לחלון היישר אל היחידה שלך לא כל אחד זוכה למיטה ליד החלון התיישבת על המיטה הורדת רגליים לארץ בכדי להתחיל את ארוחת הבוקר שלך שהוגשה לפני מספר דקות השענת ידך על הארונית באופן כזה שרק מטופל עצמאי מסוגל לכך. את המטופלים הסיעודיים היינו מורדים לכורסא עם קשירת ייצוב. בחנת את תכולת המגש שהגישו בריכוז מה כאילו משהו יכול להשתנות מאותו התפריט שהוגש אתמול ולפני אתמול ויוגש גם מחר אם תישאר עדיין במחלקה.

את הדייסה הזזת קדימה והסטת את הגבינה לאחור הוספת סוכר לדייסה החלת לבחוש בתנועות עדינות בסבלנות אט אט ולהבליע את הסוכר אל תוך הדייסה היית שקוע כל כך בארוחה שלך שאני לא חושבת אפילו שהבחנת בנוכחות שלי בחדר. אותו הזמן שהייתי במחיצה ליד מסייעת למטופל השכן בהאכלה, הוא להבדיל ממך ללא היה מסוגל לעשות זאת לבד ואף לא להחליט מה קודם

שיהיה לכולנו חג שמח !

בבריות ובהנאה

בחיק חברים ומשפחה!

הסתדרות האחים והאחיות



רגעים של אושר

נורית בר | nurit.bar@lbarzi.health.gov.il



ואז את יודעת שפרט למשכורת קיבלת רווח משני ענק. אי של שפיות בתוך עולם מורכב.

5. את מרגישה שאת תורמת לבניית חברה טובה יותר כשאת באה במגע עם אוכלוסיות שונות: נפגעי נפש. אנשים עם צרכים מיוחדים. עובדים זרים וילדיהם. הורים בתחילת הדרך. מגוון רחב של אוכלוסיות בסיכון. ואוכלוסייה נורמטיבית עם משברים נורמטיביים.

ואז את מבינה כל יום מחדש שבחרת את המקצוע הנכון על אף שאחרי שנה בבית ספר לסייעוד רצית לעזוב ואיזה מזל שנשארת ובחרת במקצוע כל כך מגוון. עם כל כך הרבה תחומים ותת תחומים. ואת שותפה בניית חברה טובה יותר בריאה יותר ועוד.

לאחר הלידה ובכלל"

כל כך מספק להיות בפרשת הדרכים של זוגות צעירים צמאים למידע וזקוקים לו.

3. את פועלת בתחום מניעת אלימות במשפחה ואת פוגשת שוב ושוב את אותה אישה מוכה שמתקשה לצאת ממערכת זוגית אלימה וחווה אירוע קשה עד כמעט מוות או נכות. ולא משתפת פעולה. ואז יום אחד היא באה אלייך ואומרת תודה החלטתי להתחיל טיפול במרכז למניעת אלימות בגלל שהבנתי ממך שילדי יישארו יתומים. ואז נפל לי האסימון על חומרת המצב הסכנה לילדי וחובתי לפעול.

4. מקצוע לחיים. את עובדת ולומדת ורוכשת כלים נוספים ומיומנויות רבות ואת משתמשת בהם עם משפחתך ועם חברותייך לעבודה ובכלל. ואת תומכת בהם בתחומים השונים כמו יחסי גומלין במשפחה. הורות טובה דיה. רווחה נפשית

רגעים של אושר בעבודה כאחות בבריאות הציבור/טיפת חלב

1. מרגש ללכת לקניות בסופר עבור המשפחה לאחר שעות העבודה ואז ניגש אלייך הורה ומספר לך שאת היית האחות שטיפלה בבנו בן 20 היום.

בתחילה את עושה חישובים של גיל שהרי לולא היה מזכיר לך לא שמת לב שעברו כל כך הרבה שנים. את נשארת צעירה לנצח. ואחרי כן את מתפנה למחמאות הוא מציין ש"לא ישכח אותך כי היית שם בשבילו כהורה"

2. את הולכת בערב לאירוע של חברה מהעבודה ואת יושבת בשולחן עם אורחים שהם מכרים של החברה החוגגת והם היו אצלך בקורס הכנה ללידה. ואז פונה אלייך הבעל ואומר "עברנו קורס היה נהדר אבל מה שהיה הכי חשוב והציל את הזוגיות שלנו היה ההדרכה שלך לזוגיות בהריון

אבא מוותר

פריקוט אנה | annasp315@gmail.com



הוא ראה שאני בוכה להתחיל להרגיע אותי. המשכנו לשוחח ונפרדנו לשלום. אח"כ הלכתי לשירותים והמשכתי לבכות שם כי לא רציתי לבכות ליד מטופלים.

כעבור כחודש גיליתי כי האישי המקסים הזה התאשפז מרצונו בנווה שבא ונפטר שם.

אני כבר כמעט 10 שנים בתחום, זאת הפעם היחידה שלא יכולתי לשלוט בדמעות שלי מול מטופל.

זה הסיפור שחקוק ביזכרוני עד היום.

כעבור מס' דקות הוא נכנס אלי לחדר התיישב והוציא אלבום תמונות. הוא סיפר לי כי בתו היחידה נפטרה באופן פתאומי יומיים לאחר יום השנה האזרחית. הוא התחיל להראות לי תמונות של הבת שלו ולספר לי עלייה. באותו רגע לא יכולתי לשלוט בדמעות שזלגו מעיניי, חשבתי לעצמי עד כמה הגורל אכזר, אדם זה נלחם במחלה בשביל הבת שלו ועכשיו היא איננה.

עבדתי שנתיים במחלקת תינוקות בתל השומר וז שנים האחרונות אני עובדת בקופת חולים לאומית.

הסיפור שאני רוצה לשתף קרה לפני כמה שנים זה היה ביום שישי, מיותר לציין כי יום זה הוא תמיד עמוס בקופת חולים. יצאתי מחדר האחות, ופגשתי מטופל שלא ראיתי מזה כמעט חודש בסניף, ברכתתי אותו לשנה האזרחית החדשה, והמשכתי בעיסוקיי. שמת לב כי הוא נראה עייף ולא מגולח, ידעתי כי הוא חולה סרטן עם פיזור גרורתי והנחתי כי ישנה החמרה במצבו.

אתגר בהוראה מעשית בלימודי סיעוד במהלך תקופת קורונה

וקסלר מרינה (c) RN, PhD, מדריכה ומורה באקדמיה לסיעוד מאיר

סופרת מכותבת: marinav2110@gmail.com

לבצע אומדן כאב למטופלת מבוגרת עם רקע של ירידה קוגניטיבית. המטופלת שכבה במיטה והייתה עם המסכה.

הסטודנטית ניגשה אליה כדי לבצע אומדנים שונים, ובין היתר לבדוק את רמת הכאב. היא שאלה שאלות נכונות על הכאב, אך לא הצליחה לקבל מהמטופלת תשובה ברורה. בנוסף, המסכה הסתירה את פניה של המטופלת, כך שלא היה ניתן לראות את הבעות פניה. הסטודנטית לא ידעה מה לעשות. אני, כמדריכה קלינית, הייתי חייבת לזהות את הקושי אצלה ולעזור לה להתמודד עם המצב. הגענו יחד למטופלת, ומצאנו דרך יצירתית לגרום למטופלת לשתף פעולה גם בלי להסיר מסכה - המטופלת קיבלה מסכה שקופה שבעזרתה היה ניתן לראות הבעות פניה. צעד אחר צעד, דרך מתן דוגמה אישית שלי בטיפול במטופל, ניהול דיונים קליניים, ניתוח אירועים ומתן משוב אישי יומי, בעזרת כל הכלים המעשיים האלה התאפשר לי להגיע לכל סטודנט ולהוריד את רמת החרדה בתקופת הלימודים תחת מגבלות קורונה.

אתגר נוסף שחוויתי כמדריכה קלינית הוא הקושי שלי להתמודד עם העובדה כי בעצם גם אני לא מכירה את הסטודנטים, איני יודעת אם הם צוחקים או האם הם עצובים. עטיית מסכה יכולה לעזור לסטודנטים לברוח באופן זמני מהמתח ומהחרדה שהם חווים במהלך ההתנסות. לכן, חשוב שהמדריכה הקלינית תהיה עם

בשלים שונים במהלך לימודיהם בהתנסות קלינית בחטיבת המבוגר. אני זוכרת במיוחד קבוצה אחת של שישה סטודנטים, שהגיעו להתנסות קלינית ראשונה בחטיבת המבוגר לתקופה של שמונה שבועות.

הסטודנטים בקבוצה זו, לפני שעלו להתנסות קלינית ראשונה, למדו את כל החומר העיוני באמצעות הזום, ללא מפגשים פיזיים בבית הספר. המפגש עם המטופל היה מצד אחד מאוד מרגש עבורם, ומצד שני מפחיד. הסטודנטים מאד חששו להידבק בקורונה או להדביק את בני משפחותיהם, ולכן נטו פחות להיות בסביבת המטופל, שלא לדבר על לגעת במטופל ולטפל בו מבחינה סיעודית.

הם הציבו שאלות אשר בדרך כלל לא עלו בתקופה שקדמה לפני הקורונה: "האם אני חייב כל הזמן לטפל במטופל עם כפפות?", "האם אני עוטה כפפות לצורך מדידת לחץ דם למטופל שסובל מסוכרת ללא מחלות מדבקות ועכשיו מאושפז בגלל שבר בגפה?", "במידה והמטופל ששוכב במיטה ללא מסכה, האם אני חייב להכריח אותו לשים מסכה על הפנים? ומה לעשות אם הוא מסרב?". סטודנטית שיתפה כי היא נמצאת בדילמה כאשר היא מתקרבת למטופלת ורוצה לזהות אותה, והמטופלת לא כל כך שומעת אותה: "האם אני צריכה להסיר את המסכה שלי ולהתקרב עוד יותר אל המטופלת?". סטודנטית אחרת התקשתה

אחד התפקידים שלי כמורה בכללית האקדמיה לסיעוד קמפוס מאיר, הוא הדרכה קלינית באחת ממחלקות בית החולים מאיר. במהלך ההתנסות הקלינית סטודנטים לסיעוד מתנסים במתן טיפול סיעודי בתנאים אמיתיים, ועל ידי כך הם מיישמים את הידע הנלמד באופן תיאורטי, לומדים ומתרגלים מיומנויות רפואיות וסיעודיות ונחשפים למקצוע הסיעוד. מה מבדיל התנסות קלינית לפני מגפת קורונה לבין התנסות במהלך המגפה? הרי ישנן אותן מטרות התנסות שכל סטודנט חייב להשיג על מנת להתקדם בלימודי סיעוד.

במהלך ההתנסות נחשפים הסטודנטים למגוון רחב של מצבים רפואיים ולומדים ליישם בפועל את המיומנויות הבינאישיות. הם מתקשרים באמצעות תקשורת בינאישית מול המטופל/ים, מול צוות רב-מקצועי במחלקה, מול מדריכה קלינית ובינם לבין עצמם. כחלק מהתמגנות מפני הידבקות בקורונה, על כל הצוות המטפל כולל הסטודנטים לעטות מסכה. המסכה הקשתה על התקשורת המילולית.

לדוגמה, החלישה רמזים שמיעתיים חיוניים להבנת דיבור, במיוחד עם מטופל כבד שמיעה. בנוסף, עטיית מסכה השפיעה גם על תקשורת בלתי מילולית, מכיוון שהיא מסתירה הבעות פנים ותנועות שפתיים של מטופל.

התקופה של מגפת קורונה אתגרה אותי בעבודה. אני מדריכה סטודנטים לסיעוד



שחשו בלבול וחרדה בתקופה זו וחשו קשיי הסתגלות לשינוי; מעבר מהיר מהוראה מקוונת להתנסות קלינית; זמינות לאורך כל ההתנסות; יצירת עניין ומוטיבציה אצלם.

לאחר יותר משנתיים של מגפת הקורונה, זאת היתה תקופה מאתגרת שלימדה אותי רבות.

עכשיו אני מוכנה לכל שינוי שיבוא.

אצבע על הדופק, תשתמש בעקרונות של תקשורת יעילה כגון עקרונות של הקשבה פעילה, אותם ניתן להביא לביטוי גם תחת עטית מסכה, תהיה נוכחת ותתמוך בסטודנט. ובמילים אחרות: "להיות שם" עבורו, כי זה מפתח ההצלחה.

לצד האתגרים והקשיים חוויתי גם הצלחות כמדריכה קלינית. הצלחות בולטות היו בהקשר האישי עם כל סטודנט: תמיכה רגשית בסטודנטים, במיוחד בסטודנטים



השחר

המכללה לשוחרי דעת בתל-אביב-יפו
חוויה אינטלקטואלית ותרבותית

20%

הנחה מיוחדת
לאחים ואחיות
(אין כפל הנחות)



מכללת השחר מזמינה אתכם
להרצאות ומפגשים מרתקים
ומרחיבי דעת שיועברו על ידי
המרצים הבכירים והמעניינים
ביותר בתחומם

יצירות האמנות המאוחרות של המאסטרים הגדולים

מרצה: יונתן הירשפלד

מוזיאון ארץ ישראל, חיים לבנון 2, רמת אביב

ימי ראשון, 10 מפגשים שבועיים

13:00 - 11:30

סדרת הרסיטלים הגדולה

יצירות המופת החשובות בהיסטוריה של המוזיקה הקלאסית

מנגן ומנהל אמנותי: המאסטרו גיל שוחט

מרכז ענב (על גג העיר), אבן גבירול 71 תל אביב

ימי שלישי, 6 מפגשים חודשיים

12:30 - 11:00

הסדרה הגיאוגרפית - סיפורי מסע

נופים מרהיבים, פסיפס אנושי, תרבויות ואמונות

מרצים: עידן צ'רני, יותם יעקובסון, יואל שתרנג,

רועי גליץ, אייל ברטוב, נפתלי היליגר

מוזיאון ארץ ישראל, חיים לבנון 2, רמת אביב

ימי שני, 8 מפגשים שבועיים

13:00 - 11:30

המוח והנדסה גנטית - חידושים והתפתחויות

מרצים: ד"ר רועי בלתזר תירוש, ד"ר רביד דורון, אירית כינור,

עמית אברון, עמי אייזן

מוזיאון ארץ ישראל, חיים לבנון 2, רמת אביב

ימי ראשון, 10 מפגשים שבועיים

11:00 - 09:30

ליאוניד פטשקה וכוכבי הג'אז

סדרת ג'אז מלאת תשוקה, להט, נשמה וקצב

מוזיאון ארץ ישראל, חיים לבנון 2, רמת אביב

ימי שישי, 5 מפגשים חודשיים

13:00 - 11:30

דרמות נבחרות בספר בראשית

מרצה: רבקה חגי

מוזיאון ארץ ישראל, חיים לבנון 2, רמת אביב

ימי ראשון, 8 מפגשים שבועיים

13:00 - 11:30

לפרטים והרשמה: מכללת השחר טל': 03-5248731 פקס: 03-5248949



קבלת החלטות על הקצאת צוות למחלקת קורונה ("מחלקת כתר") בגלי הקורונה הראשונים

היימס, ג.¹ RN, MA, PICURN ; כהן-סבאן, ה.² RN, PhD, ERRN, CCRN ; משה-אילון, י.³ RN, PhD
¹מנהלת הסיעוד, ²סגנית מנהלת הסיעוד, ³מבקרת הפנים

ביה"ח רמב"ם

סופר מכותב: y_eilon@rambam.health.gov.il

תקציר

על אחים ואחיות אחראיים א"א לקבל החלטות ניהוליות ולשאת באחריות להן, לאחר ששקלו את צעדיהם בתהליך שיטתי. תהליך זה מושפע מסגנון הניהול, סגנון קבלת ההחלטות, מאפיינים אישיים ומאפייני סביבת העבודה^(9,11). בעיתות משבר, כמו בעידן הקורונה, המחסור במשאבים מחד וההנחיות המשתנות בהתאם להתפתחות המצב, מאתגרים את יכולת קבלת ההחלטות המושכלת. תהליך בחירת סגלי סיעוד שיעברו לטפל בחולי הקורונה השפיעה על העובדים עצמם, המחלקה והארגון. במחקר הנוכחי נבדקו הגורמים שהשפיעו על (א"א) בבחירת הצוות הסיעודי שיעבור למחלקת הקורונה, והרגשות שעוררו בחירות אלו בקרב הא"א.

שיטה: מחקר חתך אנונימי מבוסס שאלון ובו מספר חלקים, ביניהם: נתונים דמוגרפיים ומקצועיים, סגנון הניהול על פי אדיג'ס^(1,10), סגנון קבלת החלטות ניהוליות (General Decision Making Style instrument)⁽¹³⁾. הקריטריונים לבחירת הצוות שיעבור למחלקת קורונה ורגשות הא"א בתהליך זה. הניתוחים הסטטיסטיים כללו סטטיסטיקה תיאורית, עיבוד דו-משתני למציאת קורלציות בין המשתנים הנבדקים, ומודל רב-משתני לאפיון סגנון ניהול ו/או קבלת ההחלטות. שאלות

פתוחות עברו ניתוח תוכן כמקובל.

ממצאים: 52 אחים ואחיות אחראיים השיבו לשאלון המחקר (שיעור היענות – 65%). מרבית המשיבות הן נשים, בעלות ניסיון ניהולי טרם כניסתן לתפקיד, ותק מקצועי ממוצע מעל ל-10 שנים [12.9±10.7] (0.5-38) והשכלה אקדמית בתחום הניהול. למרבית המשיבות מעל ל-10 אנשי צוות סיעודי במחלקתן, בגילאי 31-40 שנים או 51-60 שנים. קרוב ל-65% מכלל הצוותים היו אנשי צוות עם התוויות נגד לעבודה במחלקת קורונה (לדוגמה, הריון או מחלות כרוניות). למרבית הא"א (71.2%) סגנון ניהול "מתכלל" (=יוצר אינטגרציה בין חברי הצוות ומוצא איזון בין צרכים פרטיים לארגוניים) וסגנון קבלת ההחלטות "רציונלי" (=מבוסס חקירה מעמיקה ולוגית של אלטרנטיבות שונות) (80.8%). לא נמצא קשר מובהק בין סגנון הניהול וסגנון קבלת ההחלטות. בחירת הצוות להעברה נעשתה על בסיס רצון העובד, אך גם בהתאם לדרישות הארגון ומשרד הבריאות, תוך שמירה ככל הניתן על רצף הפעילות המחלקתית. קבלת ההחלטות נעשתה בפורום מצומצם (מנהלת הסיעוד וסגניתה) ולוותה ברגשות מעורבים.

דיון: בחירת האחים ואחיות שיעברו ממחלקת האם למחלקת הקורונה השפיעה על העובד, הצוות הסיעודי הנותר

במחלקה והמטופלים (הן במחלקת הקורונה והן במחלקת האם). קבלת ההחלטות בתנאי אי-ודאות כמו בעידן הקורונה, חייבה נקיטת פעולה מהירה והבנת משמעותה, לעיתים בדיעבד, בניגוד לסגנון הניהול וסגנון קבלת ההחלטות המקובל של רבים מהא"א. יתרה מכך, פעמים רבות לא היו חלופות רבות להחלטות והבחירה נעשתה במתכונת הדומה לפעילותה של אחות מומחית במדיניות ומינהל מחד - קרי ידע בניהול, ניסיון ואינטואיציה - ומאידך התחשבות ככל הניתן ברצון העובדים, צרכי הארגון והנחיות משרד הבריאות. הסתירה בין הדרך הרגילה בה מקבלים ההא"א החלטות ומנהלים את צוותם אל מול דרישות המצב הנוכחי, גרמה לרגשות המנוגדים שנלוו לתהליך בחירת הצוות הסיעודי שיעבוד במחלקות הקורונה. התהליך לווה בחשש מפני פגיעה אפשרית בבריאות העובדים עצמם ואיכות הטיפול במחלקות האם, בד בבד עם תחושת הגאווה וההבנה של חשיבות המשימה. מודעות הא"א לגורמים שונים שהיו מעורבים בשלב ההכרעה, ביניהם היגיון, ידע, ניסיון, אינטואיציה, רגשות ופחד מפני השלכותיה של החלטה מוטעית, הם שגרמו לקשת רחבה זו של רגשות.

רקע

לאחים ולאחיות האחראיים א"א סמכות ואחריות לקבל החלטות ניהוליות על בסיס יומיומי ולשאת בתוצאות החלטות אלו. לעיתים, המידע והזמן העומדים לרשותם לצורך קבלת החלטות אלו מוגבל, ועל כן עליהם לקבוע אילו החלטות יקבלו מיידית ואילו ישהו. תהליך קבלת החלטות סדור מסייע לא"א בהשגת מטרות המחלקה והארגון בכלל, הגברת מידת שביעות הרצון של עמיתיהם והכפופים להם והגברת מחויבותם לארגון (9, 11). נמצא כי תהליך קבלת ההחלטות מושפע מגורמים שונים, ביניהם סגנון הניהול, סגנון קבלת ההחלטות, מאפיינים אישיים (כגון ותק והשכלה מקצועית) ומאפייני סביבת העבודה (9, 11). בעיתות חירום המחסור במשאבים (מידע, זמן וצוות) מקשה על תהליך קבלת ההחלטות הניהוליות. תנאי אי-ודאות מחד והצורך בקבלת החלטות מהירות מאידך, עלול להעמיד את הא"א בפני קושי רב, דבר שיכול לפגוע בהחלטות הסופיות שיקבלו. תקופת הקורונה היא דוגמא למצב חירום בו נדרשו הא"א לקבל החלטות בתנאי אי-ודאות, משאבים מוגבלים ותדירות גבוהה של שינויים בדרישות שהוצבו ע"י הארגון לנוכח הנחיות משרד הבריאות.

מסגרת מושגית

סגנון ניהול

פרופ' אדיג'ס פיתח בשנות השבעים של המאה ה-20 מודל לאפיון סגנונות ניהול, המבוסס על שני מרכיבים בסיסיים: קבלת החלטות וביצוע וישום ההחלטות שהתקבלו. על פי מודל זה קיימים ארבעה סגנונות ניהול עיקריים, הנבדלים האחד מהשני בדרך פעילותו של המנהל לגבי ניהול המשימה והעובדים: ביצועי, מינהלתי, יזם ומערכתי (טבלה מספר

1) (1, 10). לאורך השנים תיאר אדיג'ס סגנון ניהול נוסף - "ענף העץ היבש - (Dead Wood) "סגנון המאפיין מנהלים שנמצאים תקופה ארוכה בארגון ונש- חקו בתפקידם. כל מה שמעניין אותו זו ההישרדות. לא מתלונן, כל הזמן הכל בסדר במחלקתו. בניגוד לאחרים, לעולם לא יתנגד להכנסת שינוי, מכיוון שיחוש שהתנגדות מחסלת אותו. כשיוצא לו

להנהיג שינוי הוא יסכים מיד, ימנה ועדות, יאסוף חומר אך לא יעשה דבר מעשי, מכיוון שכך הוא נשאר מוגן. עיקר פעולתו עוסקת בשימור המצב הקיים והימנעות משינויים. לכל מנהל סגנון מוביל מובהק וסגנונות משנה. למשל, מנהל ביצועי עוסק עם סגנונות משנה של מערכתי וניהולי יסומן כ- Pai, מנהל מערכתי עם סגנון משנה של יזם יסומן כ- le.

טבלה מספר 1 – מאפייני המנהל על פי מימדים שונים – המודל של אדיג'ס.

מערכתי Integrator (I)	יזם ("מבוער השרפות") Entrepreneur (E)	מינהלתי (מינהל/בירוקראט) Administrative (A)	ביצועי/יצרן תוצאות/"הזאב הבודד" Producer (P)	
יצירת אינטגרציה בין חברי הצוות, מציאת איזון בין צרכים פרטיים וצרכים ארגוניים	יצירת רעיונות ופרויקטים חדשניים	טיפול בפרטים, הוצאה לפועל, שיטתיות, סדר וארגון	עשייה, הטלת מטלות	מצטיין ב
גיבוש קונצנזוס, הסכמה, מציאת פשרות	יצירתיות, חדשנות, לקיחת סיכונים, פורח באוויירת משבר	שמירה והשלטת סדר	כל הזמן עסוק	התנהגות מאפיינת
באיזה מידה הדברים מקובלים, באיזו מידה שולטת ההרמוניה (טווח ארוך)	מה הדבר החדש שנוכל לעשותו, כיצד ניתן לעשותו שונה (טווח ארוך)	כיצד (האיך) של העבודה (טווח קצר)	מה נעשה ומבוצע (ברגע זה טווח קצר)	מוקד התעניינות
רגיש, מתייחס לאנשים, מבין, נוהג לבריות	נלהב, מלהיב, כריזמטי, מרגש, יצירתי	איטי, זהיר, מחושב, אנליטי, שמרן, הגיוני	התמסרות מוחלטת לעשייה, כח עבודה בלתי נדלה, תקיפות	תכונות אישיות בולטות
האם קיים קשר בינאישי, האם מושגת הבנה והמערכת מתפקדת בהרמוניה	עד כמה האווירה שוקקת, פעלתנית, עם פרודוקטיביות נראית לעין	עד כמה הדברים רציונאליים	עד כמה עובדים קשה	קנה מידה להערכת עצמו ואחרים
עפ"י קונצנזוס חברתי	נכון לאותו הרגע, ללא מחויבות קבועה, החלטות למניעת בעיות בעתיד	על בסיס תקדימים מן העבר, כללי לוגיקה	ירי מהמותן, נעשה ונשמע, זבנג וגמרנו	סגנון קבלת החלטות
נמצא מעבר לשעות עבודה, כל זמן שצריך	לא ידוע מתי יגיע, לא ידוע מתי יעזוב	מגיע בזמן ועוזב בזמן	מגיע ראשון ועוזב אחרון	הגעה לעבודה
סבלניות, יש בהן הקשבה	סוערות עם "יריות" לא צפויות	מאוד מסודרות	בתנועה תוך כדי עמידה במסדרון	הישיבות שורך



סגנון קבלת החלטות

קבלת החלטות היא אחת מהמיומנויות החשובות ביותר של המנהל, אשר במקרים רבים מעמידה אותו בפני אתגרים. קבלת החלטות בארגונים מתרחשת פעמים רבות בתנאי עמימות. סדר הפעולות בקבלת החלטות ארגונית הוא קריטי, ותהליך קבלת החלטות ארגונית כפוף תמיד למערכת כללים ונהלים. כמו כן, קונפליקטים ויחסי כוחות הם גורמים דומיננטיים בקבלת החלטות ארגונית⁽²⁾. החלטותיה של האחות העוסקת בניהול, ברמות השונות, עלולות להשפיע על פעילות צוותה, תכנית הטיפול של המטופל (איכותה, בטיחותה ותוצאותיה) והארגון כולו^(11, 12). בתהליך קבלת החלטות נשענים על מידע ונתונים (גלויים ומרומזים) אשר לאחר ניתוחם, הבנתם וקביעת חשיבותם בעיניי מקבל החלטות, משמשים בסיס לבחירת החלופה המתאימה ביותר להתמודדות עם המצב, תוך צמצום השפעת המצב והתמודדות עם סיכונים אפשריים. בנוסף, עליה לחשוב אם תעשה זאת בעצמה או תתייעץ עם גורמים אחרים⁽⁹⁾. על כן, עם הזמן סגנון קבלת החלטות הופך ל"תבנית על פיה נוהג הפרט לקבל החלטות"^(9, 11, 13).

קיימים מודלים שונים לקבלת החלטות ע"י מנהלים, המבוססים על כמות המידע העומדת לצורך קבלת החלטה, מבנה המשימה, דעות ויחסי הכוחות של המעורבים בתהליך קבלת החלטות, ניסיון העבר של המנהל ועוד⁽¹⁴⁾.

אחיות נדרשות לא פעם לקבל החלטות מהירות בתנאי אי-ודאות. התהליך מושפע ממידע אובייקטיבי וסובייקטיבי, והנתונים הזמינים לאחות בעת קבלת החלטה.

במחקר הנוכחי בחרנו להתבסס על התיאוריה שפיתחו Scott & Bruce (1995)⁽⁹⁾, על פיה קיימים 5 סגנונות

מרכזיים לקבלת החלטות:

1. קבלת החלטות רציונלית – מבוססת חקירה רחבה, מעמיקה ולוגית של אלטרנטיבות שונות.
2. קבלת החלטות אינטואיטיבית – נשענת על רגשות ו"תחושות בטן".
3. קבלת החלטות "תלויה" – נשענת על חיפוש עצה והכוונה של אחרים.
4. קבלת החלטות נמנעת – ניסיון להימנע ככל הניתן מקבלת החלטה.
5. קבלת החלטות ספונטנית – מבוססת תחושה של דחיפות ורצון לסיים את התהליך מהר ככל הניתן.

מודלים מתקדמים יותר של קבלת החלטות של אחיות מבוססים על התפיסה שקבלת החלטות הוא תהליך רב-מימדי, המבוסס על שילוב בין מידע אודות המטופל טרם הגעתו לקשר הטיפולי הנוכחי, אומדן סיכונים, סטנדרטים טיפוליים סיעודיים, מאפייני המצב הנוכחי, רמזים לבעיות של המטופל ועוד.

בחירת צוות שיעבוד במחלקת קורונה

הצוות הסיעודי המטפל בחולי הקורונה מקורו בעיקר בעובדים שנגרעו ממחלקות האם שלהם. על כן נדרשו הא"א בביה"ח להקצות סגל סיעודי שיעבוד במחלקות הקורונה. אחד מהקריטריונים המרכזיים למעבר למחלקת הקורונה הוא נכונות העובדים להתנדב ולעבוד במחלקה זו, אולם נקבעו גם קריטריונים ע"י הנהלת ביה"ח, ביניהם: אחיות שאינן בהריון, ללא חולה אונקולוגי המתגורר עימם באותו הבית. בחירת אנשי הצוות שיעברו דרשה מהאחים ואחיות עמידה בדרישות הארגון מחד, אולם בו זמנית התחשבות בבקשות אנשי הצוות ושמירה על רצף הפעילות המחלקתית. בתהליך זה נדרשה האחות א לקבל החלטות לא קלות ולהפעיל שיקול דעת ניהולי. המצב החדש

והלא מוכר של מגיפה מתגברת עורר בנו את הצורך בקיום מחקר, שיבחן את תהליך בחירת העובדים שהועברו לעבודה במחלקת הקורונה, לצורך זיהוי הגורמים שהשפיעו על תהליך זה.

מטרות המחקר

1. לבחון את השפעת סגנון הניהול וסגנון קבלת ההחלטות של האחים והאחיות האחראיים על תהליך בחירת הצוות שיעבוד במחלקת הקורונה.
2. זיהוי הקריטריונים על פיהם בחרו האחים והאחיות האחראיים את הצוות שיעבוד במחלקת הקורונה, מעבר להנחיות הארגוניות שניתנו.

שיטה

אנכלוסיית היעד הייתה א"א במחלקות אשפוז, מרפאות ומכונים בביה"ח ומנהלות סיעוד בחטיבות (N=80). המידע נאסף באמצעות קישור לשאלון מקוון שנבנה בתוכנת "נמלה", המאפשרת קליטת המידע ללא זיהוי פרטי השולח. הפצת הקישור לשאלון נעשתה מספר פעמים. בפעמים החוזרות הודגש בפני המשיבים שמי שכבר ענה מתבקש לא לענות בשנית. שאלון הסקר כלל מספר חלקים:

1. נתונים דמוגרפיים ומקצועיים – ותק מקצועי בתחום הניהול, מגדר, השכלה מקצועית ואקדמית ומאפיינים משפחתיים.
2. מאפייני הצוות הסיעודי במחלקה – מספר, גיל, מצב בריאות.
3. שאלון סגנון ניהול של אדיג'ס (1, 10):

השאלון מורכב מ-20 היגדים, המתארים מצבים שונים ומגוונים במקום העבודה. לכל מצב יש 4 דרכי פעילות שונות, המאפיינות את סגנונות הניהול השונים. המשיב צריך לסמן את הספרות 8, 4, 2 או 1, לפי מידת התאמת כל אחת מדרכי הפעולה לדרך בה היה נוהג בכל מצב



בריאות, ניהול בתי אבות). מרביתן ללא ילדים מתחת לגיל 9 (76%), ומחציתן מטפלות בהורים מבוגרים.

למרבית המשיבות 20-11 או 30-21 אנשי צוות במחלקתן (28.8% בכל קבוצה). הגיל השכיח של אנשי הצוות היה 40-31 שנים או 60-51 שנים. קרוב ל-65% מכלל הצוותים היו אנשי צוות עם התוויות נגד לעבודה במחלקת קורונה (לדוגמה, הריון או מחלות כרוניות).

סגנון ניהול וקבלת החלטות

סגנון הניהול הבולט של האחיות היה "מתכלל", המתאפיין ביצירת אינטגרציה בין חברי הצוות ומציאת איזון בין צרכים פרטיים לארגוניים (71.2%). סגנון קבלת ההחלטות הבולט הוא "רציונלי", המבוסס על חקירה רחבה, מעמיקה ולוגית של אלטרנטיבות שונות (80.8%). לא נמצא קשר מובהק בין סגנון הניהול וסגנון קבלת ההחלטות.

תהליך קבלת ההחלטות לבחירת הצוות שיעבוד במחלקות הקורונה

עיקר ההנחיות בנושא הקצאת הצוותים למחלקת קורונה התקבל מהנהלת הסיעוד, וההנחיות שניתנו היו ברורות במידה

החלטות ושאלות הקשורות בנושא הקצאת הצוותים. עיבוד דו-משטני נעשה לצורך מציאת קורלציות בין סגנון ניהול וקבלת החלטות, סגנון ניהול ו/או קבלת החלטות למדדים דמוגרפיים, סגנון ניהול/קבלת החלטות לשאלות בתחום הקצאת הצוותים. מודל רב-משטני הופעל לצורך אפיון סגנון ניהול ו/או קבלת החלטות על פי ניסיון בניהול, מגדר, שנות ותק, מספר אחיות בצוות, קבלת מידע והתייעצות עם אחרים. השאלות הפתוחות עברו תהליך של ניתוח תוכן איכותני כמקובל.

ממצאים

משטני רקע

חמישים ושבע א"א השיבו לשאלון (שיעור היענות - 71%). בניתוח הסופי נכללו 52 שאלונים בלבד, זאת מכיוון ש-5 שאלונים מולאו באופן חלקי ולא ניתן היה להפיק מהם מידע מספק למחקר (שיעור היענות סופי - 65%). מרבית המשיבות הן נשים, בעלות ניסיון בניהול טרם כניסתן לתפקיד (60%), בעלות ותק מקצועי ממוצע מעל ל-10 שנים $[10.7 \pm 12.9]$ (0.5-38) והשכלה אקדמית בתחום הניהול (מנהל מערכות

מתואר (8=מאפיין במידה הרבה ביותר את המשיב, 4=מאפיין לפעמים, 2=מאפיין מעט מאוד, ו-1=נקודה הכי פחות). בכל תיאור מצב (=שורה בשאלון) יש לשבץ את אחת מהספרות 1,2,4,8 פעם אחת בלבד. שקלול נקודות השאלון מצביע על הסגנון אליו משתייך המנהל. נעשה שימוש מחבר נרחב בשאלון, והוא נמצא תקף ומהימן במידה רבה באוכלוסיות שונות.

4. סגנון קבלת החלטות ניהוליות - GDMS (General Decision Making Style instrument) Scott and Bruce 1995⁽¹³⁾:

הכלי מורכב מ-25 היגדים, שיש לדרגם על סולם בן 5 דרגות (1=כלל לא מסכים, 5=מסכים במידה רבה מאוד). ההיגדים מתכנסים ל-5 פקטורים המאפיינים את חמשת סגנונות קבלת ההחלטות ש-Scott & Bruce (1995) זיהו.

המהימנות הפנימית המדווחת היא אלפא קרונברך בגבולות 0.68-0.94 לכל הכלי. אלפא קרונברך לכל פקטור היא: רציונלי -0.77-0.85, אינטואיטיבי-0.78-0.84, תלוי -0.68-0.86, נמנע-0.93-0.94 וספונטני -0.87. מחשבים ממוצע בכל אחד מתת-הסולמות לאבחון סוג סגנון ההחלטות. 5. שאלות הקשורות בנושא הקצאת הצוותים, בין השאר: האם ניתנו ההנחיות ע"י הנהלת ביה"ח והמידה בה ההנחיות היו ברורות.

6. שתי שאלות פתוחות - הקריטריונים שהנחו את האחות האחראית בבחירת אנשי הצוות שיוקצו למחלקת קורונה, והרגשות שנלוו לתהליך הקצאת הצוות.

משך המענה לשאלות הסקר היה בממוצע כ-15 דקות.

ניתוח הנתונים

סטטיסטיקה תיאורית נעשתה למדדים דמוגרפיים, סגנון ניהול, סגנון קבלת



המערכת עדיין לא מיוצבת וקשה בכלל להבין מה קורה. בנוסף, כמעט אין ניסיון או ידע רלוונטי. התגובה למרחב הכאוטי מחייבת בראש ובראשונה פעולה, ורק אז הבנה וגיבוש מענה. בירור אנליטי לא יעזור, אין שהות לכנס מומחים או ללמוד מהניסיון, וגם גישוש אחרי מידע (שהוא תהליך איטי) יספק לנו מידע חלקי שכבר אינו רלוונטי. יש צורך להגיב במהירות, לרוב ממקום של אינטואיציה, ואז לבחון את התוצאה ולהמשיך להתמודד עד שנהיה במרחב מובן יותר. זה עשוי לקרות בשל התייצבות או בשל קבלת הנחיות מחייבות מגורמים חיצוניים. את הפתרון המתאים ביותר לבחירת אנשי הצוות ניתן היה לגבש רק בדיעבד, והוא השתנה בין מחלקה למחלקה. רק דרך בחינת השפעת ההחלטות שהתקבלו ולמידה מתמדת ניתן היה לקבל החלטות ברורות בנושא (6). על כן, הא"א התייעצו עם המעגל המידי של מומחים זמינים (מנהלות הסיעוד, וסגניות) ונצמדו להנחיות הארגוניות, שהתבססו על הנחיות משרד הבריאות, ניסיונם של ארגונים אחרים והחלטות ארגוניות מקומיות.

מספר החלופות האפשריות לבחירת הצוות לא תמיד הייתה גדולה, וזאת בתלות למספר העובדים במחלקה ומאפיינים אישיים שלהם. בתהליך רגיל בוחנים חלופות שונות העומדות בפנינו בהתבסס על 4 אמות מידה מרכזיות: היתרון שבכל חלופה מול הסיכון הגלום בה, החלופה שתיתן את התוצאה הטובה ביותר ותשיג את השינוי הרצוי תוך שיבוש הכרחי הקל ביותר למהלכו התקין של הארגון, וכן רמת הדחיפות של הפתרון הנדרש (אם גבוהה, הנטייה היא לבחור בקו הפעולה הקצר ביותר להשגת הפתרון) ומגבלות הצוות (7). לנוכח העובדה כי מספר אנשי הצוות במחלקה הוא מוגבל, כמו גם הצורך למצוא פתרון מהיר שיפגע במידה הקלה,

אסטרטגית משמעותית מאוד. השפעותיה על העובד, הצוות הסיעודי הנותר במחלקה והמטופלים (הן במחלקת הקורונה והן במחלקת האם) רבה. בעיתות שגרה היכולת לשתף את העובדים בתהליכי קבלת החלטות ולבסס את קבלת ההחלטות על תהליך שיטתי ומעמיק, היא חשובה ומעודדת את גיוסם לביצוע המשימה, גם אם היא מורכבת וקשה. אולם במצבי אי-ודאות גבוהה, כמות תקופת הקורונה, המתאפיינים במחסור במידע מחד ומאידך הנחיות המשתנות בהתאם להתפתחות המצב, יש לקבל החלטות בתהליך מהיר ומושכל ככל הניתן. לא ברור היה משך הזמן שמחלקות הקורונה הייעודיות תפעלנה, העומס הצפוי על מערכת הבריאות וההשלכות האישיות והארגוניות של המחלה. קבלת החלטות בתנאי אי-ודאות מסוג זה היא מצב מורכב שמצריך היערכות והתארגנות מיוחדת, שמשמעותה קבלת החלטה על בסיס של היעדר מידע או על בסיס מידע חלקי או לקוי (5). בנוסף, המידע האובייקטיבי (עובדות מוסכמות ומדעיות) היה מוגבל (דרכי ההעברה, מי בסיכון מוגבר וכו'), ואילו המידע הסובייקטיבי (מבוסס על הרגשה, דעה, חוויה אישית) היה לעיתים רבות יותר ומטעה (4). במחקר הנוכחי נמצא כי סגנון הניהול הבולט של הא"א היה "מתכלל", המתאפיין ביצירת אינטגרציה בין חברי הצוות ומציאת איזון בין צרכים פרטיים לארגוניים, וסגנון קבלת ההחלטות הבולט הוא "רציונלי", מבוסס חקירה רחבה, מעמיקה ולוגית של אלטרנטיבות שונות. יחד עם זאת, לא נמצא קשר מובהק בין סגנון הניהול וסגנון קבלת ההחלטות. ניתן לייחס ממצא זה למרחב בו נדרשו לפעול ולקבל החלטות הא"א, אשר הוגדר ע"י פרופ' דייס סנאודן כ"מרחב כאוטי". במרחב זה גבולות הבעיה אינם ברורים, ההשתנות מהירה,

בינונית-רבה [3.9±0.8 (3-5) בסולם 1-5]. הא"א בחרו את העובדים שיוקצו למחלקת הקורונה לרוב בהתייעצות עם מנהלת הסיעוד (48.1%) או סגן/סגנית (46.2%), ולא נמצא קשר מובהק בין בחירת האנשים עימם התייעצה הא"א לסגנון הניהול או סגנון קבלת ההחלטות שלה. הקצאת העובדים לוותה ברגשות שליליים, כגון: לחץ הקשור בצורך לשמור על איכות הטיפול והמשך פעילות מחלקת האם, התמודדות עם התנגדות אנשי הצוות לעבודה במחלקת הקורונה, קושי/אשמה הקשור לחשיפה ביועדן של אנשי הצוות לחולים מאומתים, וחוסר ודאות לגבי העתיד. מאידך, ההחלטה לוותה גם ברגשות חיוביים, כגון הבנת חשיבות המשימה הלאומית והתגייסות למשימה.

הקריטריונים המרכזיים לבחירת הצוות שהוקצה למחלקת קורונה היו מקצועיות ויכולת הסתגלות מהירה לעבודה בעצמאות מירבית (הכשרות מקצועיות, ידע, ביצוע אחריות משמרת, ניסיון), התנדבות, התחשבות במאפיינים אישיים (כגון: מצב בריאות של העובד ו/או בני משפחתו, תמיכה של המשפחה, יחסי אנוש טובים), קבלה לעבודה על תקני קורונה, ושמירה על יכולת תפקוד מחלקת האם לאחר הקצאת העובדים למחלקת הקורונה.

דין

הקצאת העובדים לעבודה במשמרות השונות הינה אחת מהמשימות המרכזיות והשכיחות ביותר בה עוסקים הא"א בעיתות שגרה וחירום כאחד. יחד עם זאת, הצורך בהקצאת צוות סיעודי למחלקות הקורונה התאפיין בצורך לקבל החלטה בתנאי אי-ודאות אישיים וארגוניים גדולים, בפתאומיות, ולנוכח העלויות והירידות בשיעור חולי הקורונה גם בהפסקות וחזרות. בחירת העובדים שיעברו ממחלקת האם למחלקות הקורונה הינה החלטה

הגאווה וההבנה של חשיבות המשימה. מודעות הא"א לגורמים שונים שהיו מעורבים בשלב ההכרעה, ביניהם היגיון, ידע, ניסיון, אינטואיציה, רגשות ופחד מפני השלכותיה של החלטה מוטעית, הם שגרמו לקשת רחבה זו של רגשות (8). **לסיכום:** בעיתות משבר האחים והאחיות האחראיות נטו לתהליך קבלת החלטות במתכונת של היענות אוטומטית להנחיות, על מנת להתמודד עם הקושי הרגשי הנלווה לניהול צוות וקבלת החלטות קשות במצבי עמימות ואי-ודאות קיצונית.

עם זאת, נוצרה סתירה בין ערכים המאפיינים את סגנון הניהול וקבלת ההחלטות של מרבית הא"א שהשתתפו במחקר - יצירת אינטגרציה בין חברי הצוות ומציאת איזון בין צרכים פרטיים לארגוניים, וקבלת ההחלטות מבוססת חקירה רחבה, מעמיקה ולוגית של אלטרנטיבות שונות. סתירה זו גרמה לרגשות המנוגדים שנלוו לתהליך בחירת הצוות הסייעודי שיעבוד במחלקות הקורונה. התהליך לווה בחשש מפני פגיעה אפשרית בבריאות העובדים עצמם ואיכות הטיפול במחלקות האם בד בבד עם תחושת

ביותר בהמשך שגרת מחלקת האם, הפכה בחירתן של הא"א לתהליך הדומה לפעילותה של אחות מומחית בתחומה, המשתמשת בידע והניסיון הרחבים שלה על מנת להגיע לפתרון הרצוי בצורה של היקש מבעיות אחרות שפתרה בעבר (12). האינטואיציה הפכה להיות חלק בלתי נפרד מתהליך קבלת ההחלטות שלהן, וכמו כן ביססו את החלטתן על קריטריונים כגון הנכונות להתנדב לעבוד במחלקת קורונה וקריטריונים מקצועיים. בדרך זו יכלו לתת מענה מהיר והולם, המתאים לצורכי הצוות, מחלקת האם והארגון.

ביבליוגרפיה

1. אדיג'ס, י. (1980). ניהול לקוי - סיבות וטיפול. הוצאת צ'ריקובר.
2. בר-חיים, א. (2015), קבלת החלטות: הצופן המפעיל התנהגות ארגונית. יחידה 10 בתוך התנהגות ארגונית, כרך ג, יחידות 9-12, האוניברסיטה הפתוחה, רמת אביב.
3. בר-חיים, א. (2017). התנהגות ארגונית – מקרו, יחידה 13, האוניברסיטה הפתוחה, רעננה.
4. קניאל, ש. (2010). האומץ להחליט ולפעול: קבלת החלטות אצל היחיד והקבוצה. רמות – אוניברסיטה תל אביב.
5. אתר Board Excellence – BE, קבלת החלטות בתנאי אי-ודאות (2019). <https://director.org.il>.
6. מסגרת קינפין: איך מסווגים אי – ודאות? אתר DOAlogue (2020) <https://doalogue.co.il/blog/%d7%9e%d7%a1%d7%92%d7%a8%d7%aa-%d7%a7%d7%99%d7%a0%d7%a4%d7%99%d7%9f-%d7%90%d7%99%d7%9a-%d7%9e%d7%a1%d7%95%d7%95%d7%92%d7%99%d7%9d-%d7%90%d7%99-%d7%95%d7%95%d7%93%d7%90%d7%95%d7%aa/>
7. כהן ד. (2019). המנהל כמקצוען – תהליך קבלת החלטות. המרכז הישראלי לשיוק. <https://www.marketing-center.co.il/%D7%94%D7%9E%D7%A0%D7%94%D7%9C-%D7%9B%D7%9E%D7%A7%D7%A6%D7%95%D7%A2%D7%9F-%D7%AA%D7%94%D7%9C%D7%99%D7%9A-%D7%A7%D7%91%D7%9C%D7%AA-D7%94%D7%97%D7%9C%D7%98%D7%95%D7%AA/>
8. שורץ, מ. (2019). כללי מפתח לקבלת החלטות אפקטיבית. ניהול בגובה העיניים. <https://www.eyelevel.co.il/%d7%9b%d7%9c%d7%9c%d7%99-%d7%9e%d7%a4%d7%aa%d7%97-%d7%9c%d7%a7%d7%91%d7%9c%d7%aa-%d7%94%d7%97%d7%9c%d7%98%d7%95%d7%aa-%d7%90%d7%a4%d7%a7%d7%98%d7%99%d7%91%d7%99%d7%aa/>
9. Abood, S.A., & Thabet, M. (2017). Impact of Leadership Styles on Decision Making Styles among Nurses ' Managerial Levels. Journal of Nursing and Health Science, 6(5): 71-78.
10. Adizes, I. (2010). Management and Mismanagement Styles, Adizes Institute Publications.
11. Chisengantambu-Winters, C., Robinson, G.M & Evans, N. (2020). Developing a decision-making dependency (DMD) model for nurse managers. Heliyon, 6(1):03128. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405844019367878>.
12. Johansen ML & O'Brien JL. (2016). Decision Making in Nursing Practice: A Concept Analysis. Nursing Forum, 51(1):40-8. doi: 10.1111/nuf.12119. Epub 2015 Feb 2.
13. Scott, S. G., & Bruce, R. A. (1995). Decision-making style: The development and assessment of a new measure. Educational and Psychological Measurement, 55(5), 818-831. doi: 10.1177/0013164495055005017
14. Turpin, M. & Mario, M. (2004). Decision-making: Theory and practice. ORiON. 20. 10.5784/20-2-12. https://www.researchgate.net/publication/272777021_Decision-making_Theory_and_practice.

"זוכרים אותך"

אחים ואחיות מספרות על מטופל שנשאר חקוק בלב

הגיע הזמן לשתף אחרים בחלק מהעשייה המקצועית שלנו.
מוזמנים לשלוח סיפורים קצרים (עד 3000 מילה)
על מפגשים משמעותיים שלכם עם מטופלים במעגל החיים.
שמות המטופלים כמו גם מקום העבודה/התרחשות יישארו חסויים למעט הציון:
בית חולים, קהילה, מוסד גריאטרי, מחלקה וכדומה.
הנחיות ישלחו על סמך דרישה (ראו סיפורה של שרה עמ' 46)

מצפה לסיפורים שלכם, חנה שצמן

Blue_or@yahoo.com

חויית לידה בימי קורונה במחלקת אם ויילוד בבית החולים אסותא אשדוד הציבורי

חנה קסטן¹ RN, MHA ; יאנה טילמן צ'ולפייב² RN, M.A ; ורד קריינין שרמן³ RN, M.H.A

¹ מנהלת סיעוד בחטיבת מיילדות וילדים, מיילדת; ² אחות כללית, מיילדת

³ אחות אחראית מחלקת אם ויילוד, יועצת הנקה ומדריכה קלינית

בית החולים הציבורי אסותא אשדוד

סופר מכותב: chanak@assuta.co.il



Cov-2. הומלץ בעולם על הפרדה אפשרית בין היולדת ליילוד לאחר הלידה¹⁷, אך לאחר מספר חודשים מהתפרצות הנגיף, והעדויות אשר הצטברו, נצפה כי הסיכון להדבקת היילוד על ידי היולדת, הן בעת הנקה והן בעת הטיפול בו, הוא נמוך וההמלצות השתנו בהתאם. נמצא כי החסרונות, כפי שיתוארו בהמשך, בהפרדת היולדת והיילוד עולים על היתרונות, וברוב המוחלט של המקרים הומלץ לאשפז את היולדת והיילוד יחדיו¹⁸.

מחלקות האם והיילוד בבתי החולים נותנות מענה רפואי וסיעודי התואם את צרכי היולדת. בתקופת המגיפה קיים צורך ייחודי ורגיש הדורש התאמות של כלל הגורמים המקצועיים בבתי החולים,

סוגיית הפרדת היילוד מיולדת חיובית ל-SARS-Cov-2 העסיקה רבות בתי חולים בארץ ובעולם עם פרוץ המגיפה. במאמר זה נתאר את הנחיות משרד הבריאות בנושא וההתמודדות וההתארגנות של בית החולים הציבורי אסותא אשדוד בנושא המתואר, תוך התייחסות ליתרונות והחסרונות בהפרדת היולדת מהיילוד בהיבט הקליני והשירותי, ותפקידם המשמעותי של צוותי הסיעוד והצוותים הרב-מקצועיים התומכים בצורכי היולדות המאומתות ומשפחתן.

מבוא

בתחילת המגיפה יצאו הנחיות שונות לגבי התנהלות עם יולדת חיובית ל-SARS-

תקציר

ב-30 בינואר 2020 הצהיר ארגון הבריאות העולמי שהתפרצות ה-SARS-Cov-2 הינה מצב חירום כלל עולמי. ב-11 למרץ 2020 הוכרזה פנדמיה¹⁵. התפרצות המגיפה השפיעה על כל תחומי החיים. בתוך כך, לידת בימי הקורונה הפך לחוויה שונה ומאתגרת בכל האספקטים⁵.

לידה היא חוויה מרגשת ומשמעותית בחיי היולדת, ומלווה בשינויים הורמונליים. לידת יש ציפיות וחששות רבות ביחס לתהליך הלידה ותקופת ההתארגנות שאחריה. עם פרוץ המגיפה, תחלואת ה-SARS-Cov-2 הביאה עמה חוסר וודאות וחששות רבות ללידת ומשפחתה⁷.



בתחילת התפרצות מגפת ה-SARS-Cov-2 ההנחיה הייתה הפרדה מוחלטת בין האם והילוד, אך בפועל כאשר הופיע מקרה ראשון של יולדת מאומתת ל-SARS-Cov-2 באסותא אשדוד ההנחיות שונות, וניתנה אפשרות ליולדת להחליט בעצמה על סוג הבית, תוך הדרכה ומתן מידע על החלופות. נמצא כי רוב היולדות המאומתות ביקשו להתאשפז במחלקת אפס הפרדה, בליווי בן משפחה ביחד עם היילוד.

בימי הגל השני הוחלט בביה"ח לבדוק את כל היולדות המתאשפזות בבדיקת PCR. היולדות הגיעו לחדר לידה, חלקן הגיעו ללדת כאשר ידעו שהן חיוביות ל-SARS-Cov-2 וחלקן לא היו, אבל התגלו כחולות חיוביות ל-SARS-Cov-2 וקבלת הידיעה לפני ו/או אחרי הלידה הוסיפה חששות רבים לאלה הקיימים ממילא.

יולדות שאובחנו במסגרת הסיקור בחדרי לידה נאלצו להתמודד עם מצב חדש שלא הכירו קודם, ולבצע שינויים בהתארגנות – הן נאלצו לשהות בבידוד בעת שהיו זקוקות הכי הרבה לתמיכה של משפחתן. היו יולדות שביקשו להיבדק פעם נוספת, כי היה להן קושי להתמודד עם התשובה החיובית. יש לציין שבני הזוג של היולדות נבדקו אף הם.

היולדות חששו מהשלכות של המחלה לגביהן ולגבי תינוקן, הביעו חשש מהסטיגמה של "חולת קורונה" והעלו שאלות רבות בנושא הנקה והאפשרות להעברת המחלה לתינוק. היו יולדות שהופרדו מתינוקן מסיבה רפואית של היולדת או היילוד, ומיד כשהתאפשר אוחדו. נתאר מקרה של יולדת חיובית ל-SARS-Cov-2, שמפאת מצבה אושפזה בטיפול נמרץ. כשעברה למתחם קורונה של מחלקת יולדות הייתה חלשה בכדי לטפל בתינוק, וביקשה שישהה במחלקת יילודים. במקרה זה לא ניתן היה להביא

מדרכי הנשימה או במגע, ההמלצה על ידי גופים רבים הינה עטיית מסיכה ושמירה על היגיינת ידיים בעת ההנקה¹¹. עם זאת, וכפי שצוין קודם לכן, נראה כי הסיכון התיאורטי בהדבקה תינוקות על ידי אם מניקה הוא נמוך לעומת הסיכונים הידועים לאם ולתינוק בעת הפרדתם, ובפרט בשעות הראשונות לאחר הלידה.

במחקר שבדק ותיאר את חוויותיהן של נשים שילדו בבית חולים במהלך מגפת SARS-Cov-2, תוארו תחושות של חרדה, דיכאון, תחושת תמיכה לא מספקת בלידה והרגשה לא בטוחה ללדת בבית חולים. אימהות טריות נאלצו להתמודד כעת לא רק עם הלחצים הידועים של התקופה לאחר הלידה, אלא גם עם הנטל של המגיפה והחששות אשר הוא מביא עימו. על כן הפרדה בין היולדת והיילוד ללא קשר לחומרת המחלה עלולה להוביל למכלול של תוצאות לא רצויות, מחלות ואף למוות בקרב היולדת והיילוד. לצוות המטפל יש תפקיד חשוב במתן תמיכה לנשים אלו, בדגש מיוחד על נשים עם רקע של הפרעות פסיכולוגיות^{8,10}.

חווית הלידה באסותא אשדוד

בית החולים אסותא אשדוד הוקם בשנת 2017 כבית חולים ציבורי המונה כ-300 מיטות. זהו בית החולים החדש ביותר בישראל, לאחר 40 שנה בהן לא הוקם בית חולים במדינה. מחלקת אם ויילוד באסותא אשדוד מונה 110 מיטות ומורכבת מ-3 תתי מחלקות: מחלקת יולדות, מחלקת יילודים ומחלקת אפס הפרדה.

כדי להתמודד עם המציאות החדשה בבית החולים ובאגף המיילדות, הותאמו הליכי עבודה שיעניקו מענה בטיחותי ליולדות, למלוויהן וליילודים. נכתבו נהלים מבוססים על פי הנחיות משרד הבריאות. לאורך הזמן ההנחיות התעדכנו.

לשמירה על חוויית לידה ועל הסטנדרטים הקליניים⁹.

סקירת ספרות

עם פרוץ מגפת הקורונה העסיקה דילמת ההפרדה בן היילוד לאמו רבות צוותים רפואיים.

הפרדה בין יולדות חיוביות ל-SARS-Cov-2 לבין תינוקן עלולה לפגוע בקשר אם-יילוד ובהנקה. במחקרים נמצא כי הסיכוי להדבקת היילוד זהה עבור היילודים ששהו בבית מלא עם אימם, תוך הקפדה על היגיינה, לזה שבקרב יילודים שהופרדו מהאם מיד לאחר הלידה. ישנן יותר עדויות לנזקים בהפרדה בין היולדת ליילוד מאשר הסיכון ליילוד בהדבקתו^{2,7}. ברובם המכריע של המקרים יילודים שהם חיוביים ל-SARS-Cov-2 יהיו ללא תסמינים או עם תחלואה קלה^{4-6, 12-14}.

ידוע כי לתינוקות המופרדים מאימהותיהם יש קצב לב וקצב נשימה מוגברים ורמות סוכר נמוכות.

הפרדה כזו מובילה ללחץ אצל היולדת, דבר המוביל לסבל משמעותי, והמתח הפיזיולוגי הנלווה עשוי לעכב החלמה והתאוששות מהלידה. היבט נוסף הינו העומס והנטל על מערכת הבריאות. כאשר יילודים מופרדים מהיולדות הדבר מצריך משאבים כפולים: 2 חדרי אשפוז בבידוד בבית חולים, 2 אנשי צוות נפרדים בטיפול ביולדת וביילוד, ו-2 סטים של ציוד מיגון בכל טיפול ביולדת והיילוד⁹.

ההנקה הינו היבט נוסף שחשוב לדבר עליו. במספר מחקרים שנעשו לא בודד נגיף הקורונה בדגימות בחלב אם^{3,16}. ארגון הבריאות העולמי (WHO)¹⁵.

האקדמיה לרפואת ההנקה¹ ממליצים על המשך הנקה לנשים מאובחנות בקורונה. מכיוון שהנקה היא מגע קרוב אשר עלול להעביר את הנגיף בחשיפה להפרשות

בשום שלב לא דובר על להפריד מאתנו את הילדה! רק ביקשו לטפל בה עם מסיכה ולאחר חיטוי ידיים.

כל הבדיקות של הרופאים לילדה ולי נעשו בחדר יחד איתי לפי בקשתי. בסה"כ מדובר בחוויה קשה מאוד לכשעצמה, אבל הרגשתי שבית החולים באמת עשה את המקסימום בשבילנו, והשתדלו להרגיע אותנו ולתמוך בנו כל הזמן."

פוסט זה מחדד עוד יותר את התפקיד המרכזי שיש לצוות הסיעודי בחוויית היולדת בלידה בתקופת ה-SARS-Cov-2. למרות הבידוד והמגע המרוחק בין הצוות ליולדת ותינוקה, עצם מתן היחס האישי, התחשבות בצרכי היולדת ומשפחתה ואי הפרדת היולדת והתינוק, תרמו רבות לשיפור החוויה הכוללת והיולדת יצאה עם תחושה שיש מי שדאג לה וטיפל בה על הצד הטוב ביותר בהתחשב בנסיבות.

סיכום

לסיכום, לידה כשלעצמה מעוררת בקרב רוב הנשים חששות ולחצים - מהלידה עצמה, האשפוז, הכאב, המפגש עם התינוק והתקופה "שאחרי". בתקופת התפרצות ה-SARS-Cov-2 חששות אלה התעצמו.

כצוות מטפל התאמנו את עצמנו לאורך התקופה לשמירה על בטיחות היולדות והתינוקות, תוך יצירת אמון ותחושת ביטחון. למדנו לזהות את היתרונות מהתקופה ושילבנו טכנולוגיה בעשייה שלנו, כמו הדרכות הכנה ללידה שבוצעו באופן מקוון, סוירים וירטואליים ורשת מצלמות בחדרי אשפוז של יולדות מאומתות בהסכמתן.

נמצא כי הפרדת היולדת והיילוד לאחר הלידה מיותרת ברוב המקרים ועלולה לגרום יותר נזק מתועלת הן ליולדת והן ליילוד, ולכן הותאמו תנאי האשפוז כך שהאשפוז יהיה משותף ויבטיח את בטיחות ויעילות הטיפול הן ליולדת והן ליילוד.

לחיוב יחסית (עד כמה שניתן בהתחשב בנסיבות) את החוויה שלי מבית החולים אסותא באשדוד. אז בעצם נלקחה ממני בדיקת קורונה כמה שעות לאחר שהגעתי לבית החולים (בדיעבד מסתבר שיכולתי לסרב לה. לא אומרת שזה האידיאל, רק חושבת שחשוב לדעת את זה), והתשובות הגיעו רק למחרת לאחר שכבר ילדתי.

החשש היה שם כמובן, והצוות היה כולו ממוגן במיגון מלא כאילו אני חיובית. מבחינת מסיכה ביקשו מאתנו לשים בכל פעם שנכנס לחדר איש צוות, אך בלידה עצמה כשהתקשיתי לנשום והורדתי את המסכה לא אמרו לי כלום.

בעלי היה איתי והיה כל הזמן כמובן עם מסיכה. יום למחרת, כשהגיעו התשובות החיוביות, העבירו אותנו- אותי, את בעלי והתינוקת - למעין חדר שאורגן לבידוד. חתמנו על טופס שיש מצלמות בחדר, אבל יכולנו בכל עת להסיט את הווילון ולהיות בפרטיות.

בחדר הייתה עוד חולה מאומתת אחת והתינוק שלה. ניתן לנו מס' טלפון דרכו תקשרנו עם הקבלה של מחלקת אפס הפרדה (היינו באותה קומה שלהם, אבל מעט מרוחקים), ולרוב הצוות היה זמין מאוד ונענה לכל בקשותינו יחסית במהירות, למרות שבכל פעם שאחות נכנסה היא הייתה צריכה להתמגן מיגון מלא, דבר שסרבול אותה מאוד.

התייחסו אלינו מאוד יפה. לבעלי אסור היה לחזור אם היה יוצא, ולכן הוא נשאר אתנו כל הזמן, ובית החולים התחשב במצב ונתן לו גם ארוחות.

אומנם התחושה של להיות בבידוד ובלי צוות זמין בסביבה ובלי יכולת לצאת מהחדר לא נעימה, אבל בהתחשב בנסיבות הרגשנו שיש עם מי לדבר ויש מי שדואג לנו.

אחיות נכנסו כל הזמן לראות שהכל בסדר וטיפלו בכל בקשותינו מיד, והכי חשוב:

אליה את התינוק לסירוגין, מחשש של הדבקה. לכן, ההפרדה הייתה מלאה. בשחרור של היולדת והתינוק זיהינו קושי בחיבור של האם לתינוק. האירוע חיזק את הצורך בהגדרת מתחם ליולדות מאומתות קורונה, בו הן ישהו עם תינוקן והמלווה שלהן.

הושם דגש במתחם על יצירת אווירה פרטית ותנאים נוחים ליולדות ולמלווים, ונעשו התאמות של התנאים הפיזיים. כל זאת תוך הקפדה על הנגשה תרבותית. מכיוון שלמלווים אסורה הייתה יציאה מהמתחם, ניתן פתרון להסעדה. במתחם היה מקרר ובו פרטי מזון, פינת קפה וכיבוד קל.

הצוותים הרפואיים נדרשו בתקופה זו לעבודה במיגון מתאים לטיפול ביולדות שבידוד, עקב חשיפה לחולי SARS-Cov-2 וליולדות מאומתות. הצוות היה עסוק בהדרכות רבות. כל ההדרכות הפכו לאישיות במקום קבוצתיות, כדי לתת מענה לחששות של היולדות והמלווים. צוות העובדות הסוציאליות במחלקת יולדות תוגבר, על מנת לסייע ליולדות להתמודד עם המצב המתגבר. הקשר עם הקהילה התהדק, כדי לאפשר רצף טיפולי ביולדת וביילוד לאחר שיחרורם מבית החולים.

ברשת החברתית הוצג פוסט אשר מציג את זווית מבטה של יולדת אשר התגלתה כחיובית ל-SARS-Cov-2 במהלך לידה, ונאלצה להתאשפז במתחם קורונה יחד עם תינוקה:

"לידה בתקופת קורונה. אז התרחיש הכי רגוע שדימייתי התממש, והתגלנו אני ובעלי כחולי קורונה כשבאנו ללדת השבוע.. כמובן שלפני כן לא היו לנו שום תסמינים ולא היה לנו מושג בכלל. אני רואה שיש המון בלבול ודיווחים נוראיים של יולדות מבתי חולים על בידודים במחלקות שונות ובתנאים מזעזעים, והייתי רוצה לציין



1. Academy of Breastfeeding Medicine Statement on Coronavirus (2019). (COVID-19) <https://www.bfmed.org/abm-statement-coronavirus>
2. Bartick, M. C., Valdés, V., Giusti, A., Chapin, E. M., Bhana, N. B., Hernández-Aguilar, M. T & Feldman-Winter, L. (2021). Maternal and infant outcomes associated with maternity practices related to COVID-19: The COVID mothers study. *Breastfeeding Medicine*, 16(3), 189-199.
3. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, Li J, Zhao D, Xu D, Gong Q, Liao J, Yang H, Hou W, Zhang Y. (2020). Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet*. 7;395(10226):809-815.
4. Facchetti F, Bugatti M, Drera E, et al. (2020). SARS-CoV2 vertical transmission with adverse effects on the newborn revealed through integrated immunohistochemical, electron microscopy and molecular analyses of Placenta. *EBioMedicine*, 59:102951.
5. Juan J, Gil MM, Rong Z, Zhang Y, Yang H, Poon LC. (2020). Effect of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on maternal, perinatal and neonatal outcome: systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*, 56(1):15-27.
6. Kallem VR, Sharma D. (2020). COVID 19 in neonates. *J Matern Fetal Neonatal Med*, May 18:1-9.
7. Mollard, E., & Wittmaack, A. (2021). Experiences of Women Who Gave Birth in US Hospitals During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Patient Experience*, 8, 2374373520981492.
8. Mayopoulos, G. A., Ein-Dor, T., Dishy, G. A., Nandru, R., Chan, S. J., Hanley, L. E., ... & Dekel, S. (2021). COVID-19 is associated with traumatic childbirth and subsequent mother-infant bonding problems. *Journal of Affective Disorders*, 282, 122-125.
9. Mortazavi, F., & Ghardashi, F. (2021). The lived experiences of pregnant women during COVID-19 pandemic: a descriptive phenomenological study. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 1-10.
10. Ravaldi, C., Wilson, A., Ricca, V., Homer, C., & Vannacci, A. (2020). Pregnant women voice their concerns and birth expectations during the COVID-19 pandemic in Italy. *Women and Birth*.
11. Salvatore, C. M., Han, J. Y., Acker, K. P., Tiwari, P., Jin, J., Brandler, M., & DeLaMora, P. (2020). Neonatal management and outcomes during the COVID-19 pandemic: an observation cohort study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(10), 721-727.
12. Shalish W, Lakshminrusimha S, Manzoni P, Keszler M, Sant'Anna GM. (2020). COVID-19 and Neonatal Respiratory Care: Current Evidence and Practical Approach. *Am J Perinatol*, 37(8):780-791.
13. Trevisanuto D, Cavallin F, Cavicchiolo ME, Borellini M, Calgaro S, Baraldi E. (2020). Coronavirus infection in neonates: a systematic review. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, Sep 17:fetalneonatal-2020-319837.
14. Woodworth KR, Olsen EO, Neelam V, Lewis EL, Galang RR, Oduyabo T, Aveni K, Yazdy MM, Harvey E, Longcore ND, Barton J, Fussman C, Siebman S, Lush M, Patrick PH, Halai UA, Valencia-Prado M, Orkis L, Sowunmi S, Schlosser L, Khuwaja S, Read JS, Hall AJ, Meaney-Delman D, Ellington SR, Gilboa SM, Tong VT;(2020). CDC COVID-19 Response Pregnancy and Infant Linked Outcomes Team; COVID-19 Pregnancy and Infant Linked Outcomes Team (PILOT). Birth and Infant Outcomes Following Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection in Pregnancy - SET-NET, 16 Jurisdictions, March 29-October 14, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. Nov 6;69(44):1635-1640.
15. World Health Organization. WHO: Coronavirus disease (COVID-19): Pregnancy and childbirth. Published 2020. Accessed November 28, 2020.
16. Zeng L, Xia S, et al. (2020). Neonatal Early-Onset Infection With SARS-CoV-2 in 33 Neonates Born to Mothers With COVID-19 in Wuhan. *China JAMA Pediatrics*, 174:722-25.

17. הנחיות להתמודדות עם תחלואה מנגיף הקורונה החדש- עדכון 16, נספח 19. הריון ולידה. 7/5/20. מספר סימוכין 226017920

18. חוזר משרד הבריאות: הריון ולידה בעידן הקורונה. 4/3/21 סימוכין: 47781821

יהב אחים ואחיות

חברה לניהול קופות גמל בע"מ



הלוואה בתנאים מיטיבים לעמיתי קרן ההשתלמות:

בהמשך לשיפור וייעול השירות, קרן ההשתלמות שמחה להרחיב את סל שירותיה לעמיתה:

✓ הלוואה חוץ בנקאית הניתנת לכל צורך, מנכסי הקרן, כחלק מהשקעותיה.

✓ הלוואה ניתנת בתנאים טובים ולרוב בריבית הנמוכה מהיצע הבנקים.

✓ זכויותיך בקרן נשמרות והינך רשאי להמשיך ולהפקיד כספים בקרן.

סוגי הלוואות:

✓ **הלוואה מסוג שפיצר:** פירעון הלוואה בתשלומים חודשיים שוטפים (קרן-ריבית).

✓ **הלוואה מסוג בלון:** הקרן והריבית על הלוואה נפרעות בתשלום אחד, מתן הלוואה לתקופה של עד שנה.

✓ **הלוואה מסוג גרייס:** קרן הלוואה תגבה בתשלום אחד בסוף התקופה שנבחרה והריבית תפרע בתשלומים חודשיים שוטפים החל ממועד קבלת הלוואה.

עמיתים שכספם נזיל - יהנו מהלוואה של עד 80% מנכסי העמית בקרן

עמיתים שכספם אינו נזיל - יהנו מהלוואה של עד 50% מנכסי העמית בקרן

פרטים מלאים לקבלת הלוואה ניתן למצוא באתר החברה: <https://www.k-aht.co.il>

או בטלפון: 072-2790030

בברכה,
אילנה כהן

• אין באמור לעיל משום התחייבות החברה לתת הלוואה או לקבוע את שיעורי הריבית.
• החברה רשאית לבצע שינויים בהלוואות הניתנות בהתאם לנהלי החברה, תקנונה והסדר התחיקתי.
• החברה רשאית לבטל את המשך האפשרות להלוואות לעמיתים בהתאם לשקול דעתה.
• אישור מתן הלוואה לעמית מותנה בנהלי החברה והוראות הדין, ותנאי הלוואה כפופים לקבוע בנהלי החברה וכן לחיתום לפי מודל חיתום, כולל בדיקה בלשכת אשראי.
• אי-עמידה בפירעון הלוואה או בהחזר האשראי עלול לגרום חיוב בריבית פיגורים והליכי הוצאה לפועל.

אנו עומדים לשירותך בכל עת!
מחלקת עמיתים:

טל. 072-2790004 | פקס. 072-2790094 | 9083*
moked@yahoo-hst.org.il



כתובתנו: רחוב וייצמן 14, תל אביב 6423914

אתר החברה: www.k-aht.co.il

* דמי הניהול נגבים על בסיס הוצאות בפועל

* אין באמור לעיל משום תחליף ליועץ/שיווק פנסיוני האמור להינתן על ידי יועץ/משווק מוסמך, בהתאם למאפיינים האישיים של כל אדם.



קרן ההשתלמות של האחים והאחיות מודה לכם על הטיפול והמלחמה במגיפת הקורונה

- ✓ מיסודה של הסתדרות האחים והאחיות בישראל
- ✓ ניהול איכותי ומקצועי
- ✓ דמי ניהול מהנמוכים בשוק*
- ✓ שירות אדיב ואישי
- ✓ גיבוי של האיגוד המקצועי
- ✓ מתן הלוואה לעמיתים



אנו עומדים לשירותך בכל עת!
מחלקת עמיתים:

טל. 072-2790004 | פקס. 072-2790094 | *9083
moked@yahoo-hst.org.il



כתובתנו: רחוב וייצמן 14, תל אביב 6423914

אתר החברה: www.k-aht.co.il

* דמי הניהול נגבים על בסיס הוצאות בפועל

* אין באמור לעיל משום תחליף ליועץ/שיווק פנסיוני האמור להינתן על ידי יועץ/משווק מוסמך, בהתאם למאפיינים האישיים של כל אדם.



“התואר הינו מוכר ונחשב במקום
העבודה, מהווה עליית מדרגה
משמעותית ברמת המקצועיות
וכמובן במסלולי הקידום”


אנג'לה איגילוב,
סטודנטית תואר שני לניהול בגרונטולוגיה,
אחות ראשית, בית אבות גלבוץ.

ההרשמה
בעיצומה!


ניהול בגרונטולוגיה*


תואר שני (M.A)

מלגה ייחודית לעובדי מערכות הבריאות 

מסלול בלעדי המשלב ניהול לצד חקר הזיקנה 

פרקטיקום מבוקש ויוקרתי 

חדש! מתכונת לימודים היברידית** 

יום לימודים אחד בשבוע! ושישי חופשי 

ארבעה סמסטרים ללא סמסטר קיץ 

*המל"ג אישרה את פתיחת תוכנית הלימוד לתואר שני בניהול בגרונטולוגיה. הענקת התואר מותנית באישור המל"ג.
**לשנה"ל תשפ"ג ובכפוף להחלטות המל"ג.

*2443 | netanya.ac.il



חשיבות התקווה והאמונה כאסטרטגיות מובילות בתפקיד האחות



אירית אבישר, RN, MHA, יו"ר האגודה הישראלית לסייעוד קנאביס רפואי (ע"ר), מרפאה עצמאית בשר"פ

סופר מכותב: <mailto:iritavisar@gmail.com>

חיובית, "נוכחות אוהדת", כבוד וקבלת האחר. דגשים אלה חשובים ומהותיים לעיצוב מערכת יחסים טיפולית בין מטפל למטופל או משפחה⁵.

משפחות רבות מאבדות תקווה ואמונה, בעיקר כאשר מדובר בקשישים החולים בדמנציה מתקדמת. הטיפול העיקרי במטופל באמצעות בני המשפחה חשוב מאד, ולעתים קרובות יש צורך לתמוך ולעודד את בני משפחתו של המטופל.

הטיפול בחמלה הוא החוליה החסרה בין טיפול המבוסס על ראיות מדעיות (EBM evidence based medicine) לבין מערכת יחסים טובה, אינטואיטיבית, לבבית בין מטפל למטופל ומשפחתו.

תיאור מקרה: אביבה

בעקבות טיפול בקנאביס חל שיפור משמעותי במצבה של מטופלת עם מחלת האלצהיימר ודמנציה מתקדמת. המטופלת, שהייתה אגרסיבית והסתובבה בבית ללא הפסקה, חזרה לדבר ברור ונרגעה מאד. כשבועיים לאחר פגישת הטיפול אתי, צלצל בנה של המטופלת בהתרגשות ואמר: "...החזרת לי את אימא שלי, ראיתי את השינוי מול עיניי... אפילו הפדיקוריסטית שמגיעה אחת לחודש ציינה כמה היא רגועה, וזה מעורר בנו תקווה שיש סיכוי לטיפול".

השפעת סטרס (מתח נפשי) רפלקציה:

סיפורי האישי מלווה בסטרס מתמשך כמעט כל חיי. מאז גיל ההתבגרות

רקע

במהלך חיינו אנו מאמצים תכונות המובילות להגברת התפיסה האישית והזהות העצמית במצבים שונים בחיים. בנוסף, הצמיחה מתוך משבר או מחלה מוסיפה אסטרטגיות וזיהוי אפשרויות חדשות, בתחושה כללית אופטימית המשולבת בעוצמה וכוח.

משבר

את המילה "משבר" בסינית כותבים על ידי שני סימנים: סכנה והזדמנות (ראו תמונה). לשיטתם, בכל משבר טמונה ההזדמנות לשינוי ולצמיחה.

בעברית, למילה 'משבר' יש כפל משמעויות: 1. לשון קושי.

2. כיסא מיוחד עליו יושבת היולדת.

כלומר, המשבר הינו חלק משמעותי בהצמחת כוחות חדשים לעולם. הרב קוק כתב שכשם שהירח מתמעט כדי להתמלא מחדש, והים נסוג מהחוף בשעת השפל כדי להתקרב לחוף בשעת הגאות, כך אפילו הירידה הגדולה ביותר היא לצורך עלייה מחדשת¹.

חמלה

בימי יוון הקלאסית אריסטו (322-384 לפנה"ס) תיאר את החמלה כאחת מחמש המעלות הדרושות כדי שאדם יפרח וישמח. חמלה משמע לחוש סבל ביחד עם מישהו. החמלה מתארת מודעות עמוקה לסבל של האחר, יחד עם הרצון להקל עליו.

בספרות הבינלאומית ממקמים את האדם במרכז, תוך שימת דגש על תקשורת

תקציר

רקע: העלייה בתחלואה הכרונית העלתה את הצורך בתקשורת ממוקדת ואמפטיית, התומכת במטופל ומשפחתו. הקשר הטיפולי שבין המטפל והמטופל, או משפחתו, מוגדר כמערכת יחסים מסייעת. המבוססת על אמון הדדי וכבוד, וכן עוסק בטיפול האמונה והתקווה. המילים "אמונה" ו"תקווה" קשורות בדרך כלל לשיח דתי, אך הן מושגים אנושיים בסיסיים.

רציונל: מתוך הכרת השטח והניסיון הקליני נראה כי קיימת הטבה במצבם של מטופלים בעלי תקווה ואמונה, ויש מקום לחדד את הסוגיה בתפקיד האחות.

מטרה: לבחון את חשיבות אסטרטגיות התקווה והאמונה בתפקוד האחיות.

שיטה: קריאת סקירות ספרות ומחקרים בנושא תקווה ואמונה ותפקיד האחות, והשתתפות בסדנא והרצאות בנושא.

מסקנות: טיפול עם השימוש באסטרטגיית החמלה מהווה חלק מרכזי בין הטיפול המבוסס ראיות מדעיות (EBM evidence based medicine) לבין מערכת יחסים טובה, אינטואיטיבית, לבבית בין מטפל למטופל.

המלצות: חשיבות רבה יש לתפקיד האחות באומדן רמת התקווה והאמונה של המטופלים, בעיקר בקרב החולים הכרוניים או הסובלים ממחלות קשות. הצוות הסייעודי, בהיותו אמפטי, יוכל לסייע במילוי הצרכים הפיזיים, הרגשיים והרוחניים של המטופל.

התחושה היא של כישלון וחוסר יכולת, פעמים רבות עד כדי פסיביות מוחלטת והפסקת עבודה.

תיאור מקרה: צילה

אחת המטופלות, צירת במקצועה שחדלה לצייר בשל כאב כרוני שהוביל לדיכאון וייאוש, סיפרה בביקור חוזר כי קיבלה מענה לכאב מהקנאביס, אך נמצאת בייאוש ועדיין לא מוצאת את הכוחות לחזור לצייר. היא שיתפה שמצבה הוביל לבעיות כלכליות, והם נאלצים למכור את הבית. היא לפני מעבר דירה וממש חסרת תקווה שיום אחד תרגיש טוב. בפגישה עיקר השיח היה לסייע לה למצוא "אור" בחייה, ולהראות כי קיים שיפור במצבה. הסברתי כי מחשבות שליליות מבזוזות לה אנרגיה ומתישות אותה עוד יותר. יחד חיפשנו את הדברים הטובים בשלב זה בחייה, ואז סיפרה כמה היתה רוצה לחזור לצייר. באותו ערב חזרה לביתה וקיבלתי ממנה הודעה מרגשת מאד, כי נטעתי בה כזו תקווה והיא ממש מרגישה צורך לצייר עכשיו, ובמיוחד עבורי את הציור הראשון, לאות תודה כי השבתי לה את האמונה והתקווה, ובעיקר את עצמה.

עצבות, מתח, חרדה ותסכול נלווים לדיכאון. בכי, עצבנות וכעס, מחסור באנרגיה, בחילות והקאות, כאבים בכל מיני מקומות בגוף, כולם יכולים להופיע כתוצאה מהדיכאון ואף להגביר אותו. אדם חסר אמונה או תקווה נכנס למעגל קסמים המקשה עליו להחלים. ביקורת עצמית והאשמה עצמית מגבירים את הדיכאון, הייאוש וחוסר התקווה. אנשים הסובלים ממחסור חמור בשינה מאבדים לעתים קרובות את התקווה או האמונה כי יחזרו לישון ולתפקד. כמה מחקרים הוכיחו את השפעות החיוביות של אמונה על הבריאות של אנשים. מחקר שבדק את

פקוחות, כדי להיות מסוגלת להתחבר פנימה לעצמי בכל רגע שאצטרך את השלווה. הניסיון האישי המוצלח שלי, עם הרבה אמונה ותקווה, הביא אותי לסייע לאחרים.

בשנים האחרונות, ובעיקר מאז פרוץ מגפת ה-COVID-19, דיווחו אנשים רבים בעולם על תחושת סטרס מתגברת, תחושה המובילה אותם לתשישות נפשית וגופנית ולהגברת היארעות מחלות עם זיקה למתח נפשי. המחלות המוכרות כבעלות זיקה למתח נפשי הן בעיות במערכת החיסון, אלרגיה, אסתמה, הפרעה במחזור החודשי, דלקות מפרקים, מחלות מעי דלקתיות, כאבי ראש ומיגרנה, מחלות לב וכלי דם, מחלות עור וסרטן.

שרשרת אירועים שליליים או מחלה כרונית גורמים לאדם לפתח גישה שלילית לחיים. אנשים הסובלים ממחלות כרוניות אינם מרבים בפעילויות או לטייל בטבע. ההוצאות הכספיות הרבות על טיפולים ותרופות משפיעים רבות על העומס הכלכלי, וגורמות להערכת מצב רוחם. מטופלים רבים עוברים בין רופאים בחיפוש אחר מזור או הקלה במצבם, ולאט-לאט מאבדים תקווה לאפשרות של שיפור במצב. רבים מהחולים הכרוניים מתקשים לישון טוב בלילה, מכיוון שהם סובלים ממחשבות שליליות ומוטרדים. כתוצאה ממצבם ומהעייפות הכרונית עלולים להתפתח דיכאון והסתגרות והימנעות מאירועים חברתיים, המחמירים את מצבם ואת הבדידות. דיכאון לעתים מתלווה למחלה קשה או מוות של אדם קרוב, גירושין, פיטורין או בעיות בעבודה. מערכת החיסון מושפעת ממצב רוח דיכאוני ועלולה להיחלש. אדם הסובל מדיכאון נוטה לראות את חצי הכוס הריקה, וכל פעילות נראית כמתישה. כאשר המטופל רואה את הכל "שחור", הוא עלול לשכוח דברים חיוביים או אירועים משמחים בחייו.

סבלתי מכאבים, ובהמשך אובחנתי עם פיברומיאלגיה. מהחוויה האישית של מכאבים כרוניים, המתמשכים על פני יום וליל ומלווים בעייפות וחוסר תקווה מתמשכים, הרגשתי "בחיים" אבל לא "חיה". לאט-לאט התחלתי לאבד תקווה ואמונה שאולי יום אחד ארגיש טוב יותר. באותה תקופה, עם הקושי הבריאותי, התגרשתי ונותרתי עם 3 ילדים קטנים וכלב. התקופה הקשה והמאתגרת הזו, שלווה בקשיים ולחצים כלכליים, השפיעה על בריאותי והובילה להתפרצות מחלת הטרשת הנפוצה אצלי. לסבל ולכאב נוספו קשיי הליכה, נוקשות, חולשה ותופעות עצביות לא נעימות בכל מיני מקומות בגוף. השפעות המחלות פגעו גם במצב רוחי שהידרדר, והובילו לצריכת תרופות נוגדות דיכאון. השימוש בהן גרם לתופעות לוואי וליצירת תלות בתרופות. הגעתי למצב בו אני צורכת תרופות רבות ומקבלת טיפולים במרפאת כאב וטיפולים ברפואה משלימה (מכל סוג שקיים), אך ללא שיפור במצבי. בשלב נואש זה החלטתי לצרוך קנאביס, במחשבה שאולי יהווה כטיפול של המוצא האחרון. להפתעתי, הטיפול בקנאביס חולל פלאים ושיפר את מצבי הגופני. תחושות העייפות הקשות חלפו, ולא הייתי עייפה כל הזמן. שינת הלילה הפכה רציפה. הקנאביס סייע לשינה איכותית וממושכת. התחלתי לקום בבוקר רעננה, עם פחות נוקשות וכאב, עם תחושת שיפור רב, והצלחתי לעלות בהיקף המשרה בעבודה. אולם, משהו עדיין היה חסר לי. לא הרגשתי "בריאה" במלוא מובן המילה, והבנתי שעלי לחקור את הנושא. נרשמתי לקורס קבלה, ולקורסים נוספים במרכז רוחני בינלאומי בשם "בראהמה קומאריס". קיבלתי ידע על אופן ההתבוננות פנימה לתוכי, וכיצד ניתן לחדש את האמונה והתקווה בעזרת כלים כמו תרגול מדיטציה. המדיטציה לפי ארגון בראהמה קומאריס מתבצעת בעיניים



מאפשרים לגוף לרפא את עצמו. גופנו מושפע ממחשבות ואירועים שליליים. תחושת מתח או טראומה יכולה לגרום למחלה ברובד נפשי וגופני כאחד. תקווה ואמונה יסייעו לגוף להתמודד טוב יותר עם האתגרים הבריאותיים, הגופניים והנפשיים כאחד. תקווה ואמונה יסייעו גם בשינוי הגישה של המטופל לעצמו ולסביבה.

תיאור מקרה: עמי

אצל מטופלים דתיים האמונה קיימת משמעותית בהשוואה לחילוניים, אך בפגישת טיפול עם מטופל חרדי אין להניח הנחות ויש לבדוק את הימצאותה. סיפורו של עמי עמו נפגשתי להדרכה, מובא כאן לדוגמה. מטופל בן 68 עם מחלה נירולוגית מתקדמת, שבמהלך הפגישה עמי ישב במבט מושפל ובקושי דיבר. בנו אשר השתתף בשיחה סיפר על סבלו של אביו. בשלב מסוים של הפגישה הבנתי כי עלי לעזור קודם כל תקווה ואמונה בקשיש, אחרת לא יקשיב להדרכה שלי, שכן נראה היה מיואש. פניתי אליו והזכרתי לו שהוא נשמה בתוך גוף, כי אולי הוא שכח, אבל הוא ילד של אלוהים. הוא חיך, והמשכתי: "אתה קיבלת אתגרים שאתה יכול לעמוד בהם. אלוהים לא נותן לאדם אתגרים שלא יעמוד בהם. לכן עליך לזכור כי אתה נשמה ולפעול כמו כזו. הגוף הסובל שלך הוא רק גוף, שלך, והוא לא 'אתה'". הקשיש ובנו היו נרגשים ממילותי, בעיקר בשל היותי חילונית שלא ציפו לשמוע ממנה מלים אלו. הם הודו לי מאד ולקדושו ברוך הוא שהפגיש בינינו. בסיומה של הפגישה הייתה תקווה ואמונה (תרתי משמע) באוויר.

הארות

בעקבות הלימודים והניסיון האישי המוצלח עם תרגול מדיטציה יומיומי, התחלתי ליישם במסגרת העבודה השגרתית

אותה, ומרגישים בהעדרה את הייאוש בעוצמה. במקום בו יש אובדן תקווה, יש אובדן של ציפייה ושכנוע לגבי העתיד, אובדן חיוניות ואובדן משמעות ותכלית בחיים. תקווה היא לא רק תופעה של הכרה או מחשבה, אלא משפיעה על הרגש והנעה לפעולה.

בני של תקווה: בספר שמות פרק ב' פסוק ו', מתוארת בת פרעה אשר בעומדה על גדות היאור, שמעה קול בכי תינוק מתיבה קטנה במים. לפי קול הבכי זיהתה לאיזה לאום משתייך התינוק הבוכה: **"ותפתח ותראהו את הילד והנה נער בכה ותחמל עליו ותאמר מילדי העברים זה"**.

הפרשנים מסבירים על דרך הדרש, כי ליבה של בת פרעה הרחומה גילה לה שמדובר בתינוק יהודי דווקא בשל אופי הבכי. מה מיוחד בבכי זה? הרבי מסלונים בעל ה"נתיבות שלום" מסביר כי המיוחד בבכי יהודי הנו כי מדובר בבכי של תקווה, ולא בכי של ייאוש. לתפיסתי, מנהגי האבלות עתיקי היומין על חורבן הבית אינם מעודדים ביטוי צער על העבר, אלא געגוע ותקווה לעתיד, ולכן בכי של יהודי הינו בכי של תקווה.

אמונה האמונה היא כוח הטמון בנו ומשפיע על הבחירות בחיינו (Tillich, 2002). במובנה הרחב, האמונה היא מצב פסיכולוגי בו אדם חש כי טענה או הנחה מסוימת היא נכונה, ללא קשר אם היא ניתנת להוכחה לוגית או אמפירית, גם לדעת המאמין. קיים קשר הדוק בין הרקע התרבותי והחינוכי של מטופל לבין האמונה שלו.

איך ניתן לחזק אמונה ותקווה אצל מטופלים?

מטופלים זקוקים לאמפטיה, למישהו שיקשיב ל"צרות שלהם". מצד שני, בעת ההקשבה על המטפל לנסות לסדוק סדקים של אור בחשכה, במטרה ליצור אצל המטופל המתלונן את השינוי הרצוי. כאשר מטופלים בהיבט הרגשי והקוגניטיבי

מידת האמונה בקרב 126 חולי דיאליזה כרוניים, מצא כי אמונה היא גורם חשוב בתהליך ההסתגלות לטיפול⁷. מחקר אחר בחן את הקשר שבין אמונה דתית והתמודדות עם הטיפול בקרב 120 מטופלים בכימותרפיה.

נמצא כי בנוכחות אמונה דתית חזקה הייתה יותר תקווה ומסוגלות גבוהה להתמודד עם טיפול כימותרפי⁴ אמונה הייתה גורם מרכזי בחיפוש אחר משמעות, ובמידת היכולת להתמודד עם האבחנה החדשה של סרטן אצל 30 חולים שנשאלו⁶. מחקר אחר, שבדק קבוצה גדולה יותר של חולי סרטן (n=402), הסיק כי מטופלים המדווחים על עצמם כבעלי אמונה דתית מביעים פחות צרכים פסיכו-סוציאליים וצורך גדול יותר בתפילה. האמונה שינתה את חוויית הסרטן של חולים אלה לטובה, בהשוואה לחסרי האמונה¹¹. מחקר אחר מצא קשר ישיר בין כוח האמונה וההתמודדות עם מחלה או מוות¹³.

אמונה ותקווה הן מעבר לתחום המוכח על ידי עובדות, ובכל זאת אנו מתפקדים כל יום על בסיסן. מערכת האמונות שלנו מקנה ביטחון להמשיך ולפעול. סוגיה חשובה היא האם האמונה או התקווה סבירות. תקווה מציאותית (רצון המלווה בציפייה) מחפשת תוצאה חיובית בתוך מציאות רבת אפשרויות. מנגד, דיכאון, פסימיות וחוסר תקווה קשורים לעיתים קרובות מאוד לעיוותים שליליים של המציאות.

הגדרות

תקווה נהוג להתייחס לתקווה כאל ציפייה להתרחשות דבר טוב. תקווה היא הרצון שתגשם במציאות התרחשות שהאדם רוצה בקיומה. היא כוללת רגש של ציפייה ורצון להתרחשותו של דבר מה, חומרי או רוחני. אנו מזהים תקווה כאשר אנו חווים

במרפאה, בכל מקום בו נתקלתי במטופל חסר תקווה או אמונה, משפטים "רוחניים" מעוררי תקווה. העליתי את הנושא של חשיבות הטיפול בגוף ובנפש בכל הדרכת מטופל, ולימדתי את המטופלים כיצד לתרגל מדיטציה בעיניים פקוחות כדי להגיע לרווחה בריאותית. עם הזמן נוכחתי לדעת כי מטופלים רבים, בדיוק כמו שקרה לי לפני שנים רבות, נמצאים בנקודה שבה הכל נראה "שחור" ומתקשים להרחיק לראות מעבר לעצמם. הבנתי כי בעצם החזרה על דבריהם, במלים אחרות, חיוביות יותר, תוך הצגת האפשרויות, כמו להאיר בעזרת פנס לכיוון אחר, שאולי המטופל לא מסוגל לחשוב עליו, ניתן לחזק את האמונה והתקווה באמצעות סוגסטיות (בתרגום מאנגלית "הצעה"). המוח האנושי מחולק לשני חלקים עיקריים. החלק הגדול המהווה 95% מהמוח הוא התת מודע. התת מודע אחראי על הרגלים, ערכים, אמונות, התנהגויות, פעולות רצונות ובלתי רצוניות, כגון שפת גוף, נשימה בקצב מסוים ורגשות שליליים וחיוביים. מוחנו פועל לפי הוראות התת מודע, שאינו אוהב להשתנות ולכן נוטה לדחות הצעות לשינוי או תיקון התנהגותי. טיפול באמצעות סוגסטיה עוקף את הגורם הבירוקרטי במוח המודע, ועשוי לסייע למטופל הזקוק לשינוי. ניתן להציע למטופל דרכי פעולה מסויימות, או לומר לו משפטים כמו "תדמיין את עצמך בעוד שנה, מה היית רוצה לעשות?", "נסה לדמיין את עצמך אחרי השינוי, אותו שינוי שאתה רואה כבלתי אפשרי", "מי מהמעגל הקרוב עשוי לשמח אותך אם יתלווה אליך לטיפול הבא בבית החולים?", "ספר על מקרה בו הרגשת שאתה מצליח והיה לך סיפוק". מומלץ לשים דגש קודם כל על תיאור המצב הרצוי, ולהביא את המטופל לנסות ולראות את עצמו כבר עושה או מרגיש את מה שהיה רוצה

להרגיש. בהמשך ניתן גם לסייע ב"איך אתה חושב ש __ יתקיים?". אדם שסובל מכאבים, גם אם הם ממושטים בכל הגוף, עדיין יכול למצוא אזור שאינו כואב או מציק. כדאי לנסות ולסייע בראייה כי לא הכל שחור או לבן, ולהאיר כלפי הצדדים החיוביים או הטובים אצל המטופל. טיפול בהתמקדות היה השלב הבא עבורי. לקחתי סדרת טיפולים עבור עצמי. בהתבוננות פנימה הבנתי הרבה דברים, שעזרו לי להרגיש טוב ולהגיע לבריאות שלמה. הטיפול בהתמקדות אולי פועל בצורה דומה למודל S39, שמציג גישה המיועדת לטיפול מערכת יחסים טיפולית בין המטופל למטופל ומשפחתו. המודל מבוסס על כמה מיומנויות מסורתיות בסיסיות שעשויות להיות תכונות מולדות, אך חלקן דורשות תרגול וטיפול. המודל מסייע בפיתוח מערכת יחסים טיפולית הכרוכה בחמלה, וניתנת ליישום בקלות עם תוצאות משמעותיות, במיוחד בהקשר של ניהול מחלות כרוניות כאשר "המטופל במרכז". הקשבה פעילה, נוכחות, הכרה בערך של אכפתיות, נאמנות, הקלה פיזית על סבלו של המטופל, ובעזרת הקשר הטיפולי שנוצר. בסיעוד המורכב מערכים אישיים ומקצועיים באמצעות התנהגויות המדגימות את המימד הרגשי והרוחני של אכפתיות מאדם אחר, כמו גם את המימד המעשי של הטיפול בו באופן שיכיר ויקל על סבלו. חייבת להיות הכרה, קבלה וכבוד על ייחודו של "האדם", החולה במצוקה. הכוונה להיות יותר מ"רק אדיב" למטופל. היכולת להזדהות, לנהל תקשורת תומכת, תוך מודעות, רגישות ומתן אישור לרגשותיו של אדם אחר, דבר שהוא מרכזי לפיתוח הקשר הטיפולי בין המטופל והמטפל, וחלק בלתי נפרד מהריפוי. בני אדם זקוקים לקשרים חברתיים. קיים כוח מרפא ב"ביחד" מכל הבחינות, הן המעשיות והן הפסיכולוגיות, אבל גם אנרגיה חיובית

שמסדר המטפל למטופל יכולה להיות טיפולית, בזכות האמונה שהוא מסדר. תקשורת תומכת יכולה להעניק שפע של תוצאות חיוביות, למטופל ולמטפל כאחד. לבוא למקום מסויים, להודות, להסכים, לסלוח כדרך של יישום מערכת יחסים טיפולית, ביחס לטיפול במחלות ארוכות טווח וטיפול פליאטיבי, במיוחד בטיפול בסוף החיים. מתייחס להיות יחד עם המטופל באותו "מקום", פיזי או רוחני. השלב הבא שלי היה להצטרף לקורס מיינדפולנס, שנפתח במרכז הרפואי בו עבדתי. שיטת המיינדפולנס (או "קשיבות" בעברית) לקוחה מהפסיכולוגיה הבודהיסטית, ומשמעותה סוג של תשומת לב שאפשר לפתח על ידי אימון ותרגול. דרך חיים שיש בה תרגול מתמיד יומיומי, שמטפח את מה שהבודהיסטים מכנים "איכויות הלב": ערנות, סבלנות, תשומת לב וחמלה. בשנים האחרונות מצטברים מחקרים רבים שמתבססים על הטכנולוגיות החדשות להדמיה של המוח, ומצביעים על יעילות הרבה של הקשיבות בטיפול בסטרס, בדיכאון, בחרדה, בהפרעות אישיות, בהפרעות קשב וריכוז, בתסמונות של כאבים גופניים כרוניים ואף בהפרעות פסיכוטיות. צוות סיעודי מתפקד כ"סוכני שינוי" שמתערבים באופן אקטיבי, מקדמים ומניעים תהליכים, ומובילים את המטופלים, שפונים אלינו מתוך הידע שלנו כמומחים בתחום מסוים. מצד שני, הקשיבות מזמינה אותנו להיות עם האנשים כשותפים, עדים ומלווים בנוכחות שקטה וקשובה ונושמת, ולא מכוונת. בדומה לקשיבות, קיימות שיטות טיפול נוספות למטופל. התמקדות, NLP, היפנוזה דמיון מודרך, ושיטות התנהגותיות שמשלבות CBT עם קשיבות ועוד. מחקרים רבים אישרו כי התקווה חיונית לתהליך החלמה בבריאות הנפש, הן



נראה שיש השפעה מגינה ומעצימה בבניית היכולת של האדם להתמודד עם בריאותו, תהליכי המחלה, הסבל שהם גורמים והיכולת לייצר בריאות פעם נוספת. חשוב להקפיד על הכשרה מספקת בנושא תקווה ואמונה, לרבות במצבי בעיה, שתעזור לסטודנטים הלומדים סיעוד לדמות את הפרקטיקות הקליניות שלהם כדי להיות מסוגלים להגיב, באופן כללי, לצרכי הסובלים ולסבל האישי שלהם. סיפורי האישי הוביל אותי להבנה כי ללא תקווה ואמונה לא ישתפר מצבי ולא ארגיש טוב. אנשים רבים מחפשים את הישועה ממקור חיצוני, מתרופות או טיפולים שיקבלו מרופא זה או אחר. מקובל לומר כי "השינוי מתחיל מבפנים", אצל האדם עצמו, שקודם כל חייב להיות מודע לצורך ו"לרצות" בשינוי. ללא מודעות, לא יהיה כל שינוי בפועל. על האחות להאיר בפנס על צדדים חיוביים אצל המטופל, ו"להרים" לו את התקווה והאמונה.

לאדם החולה, תוך צמצום הפער בין תקווה של בני משפחה לגבי עצמם לבין האדם המושפע. לפיכך, תכנית זו עשויה לתרום להגדלת התקווה של משפחות במסע ההחלמה של בני משפחה של חולי נפש.

מסקנות

תקווה ואמונה הן תופעות רב-שכבתיות הכרוכות באמונה בדברים שאנו לא בטוחים בהם, בליווי ציפייה ו/או שכנוע. הרבה דברים בחיים אינם בטוחים. תקווה ואופטימיות קשורות לתוצאות בריאותיות חיוביות, באותה מידה שחוסר תקווה קשור לתוצאות שליליות. על הצוות הסיעודי להיות מסוגל לזהות תקווה ואמונה במטופלים, בעיקר סביב אירועים של משברי חיים.

קשה להגדיר את המונח אמונה. עם זאת, מחברים רבים ניסו באמצעות מספר מחקרים להבין את המבנה של האמונה ולנתח את ההשפעה שלה על בריאות האדם. כאשר אחיות מתערבות ברוחניות של אדם, הן יכולות לקדם אצלו אמונה.

בחולים והן בבני משפחתם. תכנית "קשת" נועדה להגביר את התקשורת של בני משפחה עם שימוש במסלולים קוגניטיביים. מחקר⁸ בדק בני משפחה של מטופלים עם מחלות נפש. במחקר נבדקה קבוצת הניסוי מול קבוצת ביקורת, שלא קיבלה התערבות כלל. התכנית התמקדה בהוראה אודות קוגניציה וכיצד היא קשורה לתפקוד היומיומי, בשילוב עם אימון מימוניות תקשורת מנקודת מבט מתווכת. במהלך 15 מפגשים, שהתקיימו אחת לשבועיים, היה שיתוף מכוון בין המשתתפים והנגשת ידע, שהיה בעבר ידוע בעיקר לאנשי מקצוע. המשתתפים עבדו בקבוצות, קראו מאמרים וצפו בסרטים. רמת התקווה נמדדה בסולם על שם שניידר, לפני תחילת התכנית ולאחר שישה חודשים. קבוצת הניסוי הציגה עלייה משמעותית בתקוותם כלפי קרוב המשפחה החולה, עם ירידה נלווית בפער שבין התקווה למשפחה וחברים ביחס לעצמם מול תקוותם כלפי האדם החולה. "קשת" הגבירה משמעותית את התקווה של בני משפחה הנוגעת

ביבליוגרפיה

1. ד"ר מרים אבנרי כהן בבלוג "שובי נפשי" 24/7/2020, באתר פסיכולוגיה עברית.

- Aristotle. (350 B.C.E) On Sense and Sensibles, and on Eudemian Ethics, Aristotle's works.
- Clarke, D. (2003). Faith and hope. *Australasian Psychiatry*, 11(2), 164-168.
- Herth K. A. (1989) The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer. *Oncology Nurse Forum*, 16, 67-72.
- McCance, T., Slater, P., & McCormack, B. (2009). Using the caring dimensions inventory as an indicator of person-centred nursing. *Journal of clinical nursing*, 18(3), 409-417.
- O'Connor A. P., Wicker C. A., Germino B. B. (1990) Understanding the cancer patient's search for meaning. *Cancer Nursing*, 13, 167-175.
- O'Brien M. E. (1982) Religious faith and adjustment to long-term hemodialysis. *Journal of Religion and Health*, 21, 68-80.
- Redlich, D., Hadas-Lidor, N., Weiss, P., & Amirav, I. (2010). Mediated learning experience intervention increases hope of family members coping with a relative with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 46, 409-415.
- Resnick, S. G., Fontana, A., Lehman, A. F., & Rosenheck, R. A. (2005). An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophrenia Research Journal*, 75(1), 119-128.
- Samoutis, G. (2019). Cultivating a Therapeutic Compassionate Relationship: The 3S Approach. *Journal of Medicine and Life*, Vol. 12, Issue. 449-452-
- Soothill, K., Morris, S. M., Harman, J. C., Thomas, C., Francis, B., & McIlmurray, M. B. (2002). Cancer and faith—does it make a difference among patients and their informal carers? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(3), 256-263.
- Tillich P. (2002) *Dinâmica da Fé*. Trad. Walter Schlupp. São Leopoldo: Sinodal.
- Trentini M., Silva S. H., Valle M. L., Hammerschmidt K. S. A. (2005) Coping with the adverse and favorable situations by aged persons in chronic health conditions. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 38-45.

חדש מבית הדפוס: אחים ואחיות כותבים

על הספר:

"מדים כפולים" מתאר ומתעד את התפתחותו של הסיעוד בצה"ל. הספר עוקב אחר פועלן של האחיות הצבאיות החל בפלמ"ח ובארגוני הלוחמה טרום הקמת המדינה, דרך השנים המעצבות של המדינה ומוסדותיה ועד למלחמת לבנון הראשונה. המעיין בספר עשוי לגלות כי תרומתן של האחיות בצה"ל לא הסתכמה רק בשעת חירום אלא ובעיקר התאפיינה בתרומה לחברה הישראלית ואף מחוצה לה.

בהוצאת מודן ומשרד הביטחון, ניתן לרכישה ברשתות ובאתרי

האינטרנט של סטימצקי וצומת ספרים. המחבר: ד"ר רונן שגב, אח מוסמך, עבד ביחידה הנפרולוגית בב"ח השרון, הרצה



ניתן לרכוש בחנויות ובאתרי האינטרנט של סטימצקי וצומת ספרים וכן באתר הוצאת מודן.

במחלקה למדעי הסיעוד במרכז האקדמי רופין. מתשפ"ג, מרצה בחוג לסיעוד באוניברסיטת תל-אביב.



כל תא בגופי זעק למנוחה, המשמעת העצמית הדריכה אותי. לבשתי את המדים המבטלים את האני שלי ועטיתי עליי את זהות האחות - האחות האסרטיבית, האחות הערנית, האחות שמקשיבה, האחות שמנחה, האחות המושיטה יד והאחות המלווה.

אורית שיפמן, אחות מוסמכת, אחות טיפול נמרץ, בעלת תואר שני בניהול מערכות בריאות. בתחילת דרכה עבדה במחלקה פנימית, חלק ממוטופליה היו עבריינים, נרקומנים, אסירים וחיללים, עליהם היא כותבת ולא רק. בערותה התגוררה בקיבוץ הנמצא על גבול הלבנון שאליו חדרו מחבלים ונורו קטיושות על יישובי הגליל כדבר שבשגרה, וכמעט נורתה למוות.

דמות האחות בקיבוץ שבתה את ליבה ולכן בגיל 16 התלה את לימודי האחיות בבית החולים הסמוך לקיבוץ.

ספרה הראשון מסורבת נכתב להעלאת המודעות בנושא בעיית מסורבות הגט. ספרה זכה לפרסום רב ובעקבותיו מעבירה הרצאות בנושא זה.

מודן סובלני 98 מ
ISBN 978-965-599-620-3
9 789655 996203

ניתן לרכוש את הספר באתר הזה
www.oritbooks.com

או בטלפון
054-4683130

תשלום בביט
20% הנחה!



מיקה מנדלביץ



אחות ליבי

מיקה מנדלביץ

"סוד קסמה של המחלקה הוא נגה התינוקת הנטושה. כך היא מכונה בכאב על ידי הצוות. כך הוצגה לה בסיבוב הראשון בשיבוצה במחלקה, על ידי האחות האחראית."



ורדה הייתה אחות בבית החולים. בראשית דרכה המקצועית פגשה תינוקות יפהייה שאושפזה במחלקה לכירורגיית ילדים, ונפשתייה נקשרו זו בזו בקשר אנושי וייחודי שנמשך לאורך ארבעים שנה.

ביד עדינה מפגישה הסופרת את גיבורות הספר עם אנסמבל מרתק של דמויות, ומתארת כיצד השתרגו חייהן, על האכזבות והניצחונות, האתגרים והמתנות. הסיפור צובר תאוצה ומותיר את הקורא נרגש ונפעם לנוכח ההתמסרות ואהבת האדם שבו, עד לסימו שובה הלב.

מיקה מרים מנדלביץ הינה סופרת, כתבה חמישה ספרי ילדים, שאת הרעיונות להם שאבה מתוך עולמם של נכדיה. זהו ספרה הראשון למבוגרים.

מיקה למדה לתואר ראשון ושני בסיעוד, מילאה תפקידים מגוונים בארבעים ואחת שנות עבודתה במקצוע, החל מתפקידה כאחות זוטרה בבית החולים, דרך היותה מרצה באקדמיה לסיעוד, ועד למינויה כמנהלת "קורס טיפול נמרץ בילדים". חוויותיה כאחות, חייה בכפר ומשפחתה הם מקור השראה ויצירתה.



ניב



האיש שאהב אלונים

כתבה: מיכל בן גל
איור: יפעת נחשון



האיש שאהב אלונים נכתב בהשראת אגדה שהתפרסמה בשנת 1953 בצרפת. אגדה זו תרגמה לשפות רבות.

רפאל שלנו, מישראל, כמו הגבורים האמתיים אלזאר בופיה מצרפת, ג'אדב פיינג', איש היערות מהדז' או ואנגרי מאתאי מקניה ועוד רבים אחרים בארצות שונות ברחבי העולם - כל אלה החליטו לעשות מעשה, להפוך מקום שומם לעמק פורה מלא עצים. שוחרי טבע אלה מוכיחים לנו שכל אדם, אם רק רצה, יכול לשנות לטובה את סביבתו. צריך רק להחליט! ולעשות!

עופר בינדל ממושב חגלה מוביל זה עשר שנים את פרויקט השבת עצי האלון לשון, מיזם התנדבותי לשקום היער שהכחד, ומפעיל קבוצות של מתנדבים מכל הגילים, מעמק חפר ומהסביבה.

לסבו של עופר קראו רפאל, וגם הוא היה חקלאי מעמק חפר, ממקומי כפר ויתקין.

הספור הביוגרפי והאגדה שלובים יחד בספר זה.

להזמנת - עופר: gwagon81@gmail.com



גיל דרור סוכנות לביטוח ופיננסים בשיתוף הראל חברה לביטוח,
מציעים לאחים והאחיות בישראל ובני משפחותיהם, מעטפת שירותים
והגנות ביטוחיות בתנאים מועדפים.

- כיסוי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
- כיסוי רחב לתרופות
- כיסוי עבור שירותים אמבולטורים
- טיפולים רפואיים וטכנולוגיות חדישות בארץ ובחו"ל
- ביצוע הליך אבחון פרטי מהיר בבית חולים אסותא
- קבלת פיצוי כספי במקרה של מחלה קשה ועוד.



גיל דרור סוכנות לביטוח ופיננסים בשיתוף פספורטכארד,
מזמינה אתכם להינות משירות אישי ומקצועי בביטוח נסיעות לחו"ל

- שירות סוכן אישי לביצוע הפוליסה ובעת אירוע
- ליווי וסיוע ללקוחות בהליך חיתום רפואי
- כיסוי להוצאות רפואיות בביטוח נסיעות לחו"ל והרחבת כיסויים לקורונה
- כרטיס ביטוח ייחודי שמשלם את ההוצאות הרפואיות בחו"ל



ללא השתתפות עצמית

**אנו מזמינים אתכם לפגישה ללא עלות
במסגרתה נבצע את הליך הבדיקה והסקת המסקנות
לפרטים נוספים: 09-8911089 או לנייד 052-4707340 (שרון)
ימים ראשון עד חמישי בין השעות 08:30 - 16:00**