

האחות בישראל

ביטאון הסתדרות האחים והאחיות בישראל



2025 ה'תשפ"ה, מחייה אב...



שנה טובה!

שירבו זכיותינו
כרימון



בנק ישראל בדק ומצא: בנק יהב הכי מומלץ, הכי הוגן והכי משתלם!

אחים ואחיות,

הצטרפו ותוכלו לקבל הלוואה עד 120,000 ₪ בהחזר חודשי החל מ-979 ₪
בריבית פריים + 1% עד 18 שנה ללא דמי טיפול

בנק יהב  
הכי משתלם. הכי בשבילך.

להצטרפות
***2617**

ע"פ סקר שביעות רצון בנק ישראל (פברואר 2025) ודו"ח מחירי השירותים הבנקאיים הנפוצים למשקי בית (יולי 2025)

ריבית מתואמת שנתית 7.22%. ריבית הפריים = 6% נכון ל-1.9.25. כפוף לתנאי הבנק. למצטרפים חדשים מעבירי משכורת/קצבה בסך מצטבר של 5,000 ₪ ומעלה. אפשרות לדחיית תשלום קרן ההלוואה בשנה הראשונה. כל האמור בפרסום זה נכון למועד הפרסום והבנק רשאי להפסיק או לשנות את התנאים בכל עת. מתן האשראי, שיעור הריבית, קביעת הביטחונות ותנאי האשראי נתונים לשיקול דעתו הבלעדי של הבנק וכפופים למתן הסכמה לקבלת דו"ח אשראי, לביצוע חיווי אשראי ולהוראות הדין. ההטבות אינן תקפות לחשבונות עסקיים. אי עמידה בפירעון ההלוואה עלול לגרור חיוב בריבית פיגורים והליכי הוצאה לפועל.



תוכן העניינים

4	SHaulskif@gmail.com	דבר יו"ר ההסתדרות סקיף, ש.
6	Blue_or@yahoo.com	הנחיות לכתיבת מאמרים המערכת
7	Blue_or@yahoo.com	משולחן העורכת שצמן, ח.
8-12	Ella.Koren@sheba.health.gov.il	הפליה במערכת הבריאות קורן, א., בלינקוב, א., רובינשטיין, ד., ווסיגון-יאלו, א., פרבר, ר.
14-17	meravb@hymc.gov.il	הטרדה מינית בקרב אחיות ישראל בן נתן, מ.
18-25	miba875@gmail.com	קמעויות וכמיהות - הקשר בין אמונות תרבותיות ותקווה: ישראלית, מ., פורמנוב, א., בבנישתי, ג.
28-33	Ninanas1966@gmail.com	טיפול מותאם תרבות נסימוב, נ.
36-38	Orly.Bruck@sheba.health.gov.il	להצמיח מצוינות בטיפול נמרץ ילדים מנוסביץ, א.
40-41	malikukusha@gmail.com	מועקה ופציעה מוסרית בקרב אחיות ואחים בישראל במלחמת חרבות ברזל עמדת לשכת האתיקה יולי 2025
43-47	Inna.Vaisman@sheba.health.gov.il	"מודל כוכב" - בניית החוסן הרגשי והחברתי של אחיות חדשות ויסמן, א., מושקוביץ, ע., והייב, ע., ארושסל, רז, דנית, צים, ח.
50-52	Blue_or@yahoo.com	האחות של היום עם הסטסטוקופ? שצמן, ח.
56	Blue_or@yahoo.com	רינה מילר לזכרה ציון, ג.
57-58	7bmeir@gmail.com, hshlomit65@gmail.com	המטופל שאנו זוכרים מאיר, ב., פלדנשטיין, ש.



חברי וועדת המערכת:

חנה שצמן, יו"ר
פרופ' מיכל יצחקי
פרופ' מירב בן נתן
ד"ר ענת פלס-בורץ
נעמי כספי
ערן קמינסקי: עריכה לשונית
אורלי שמואל: הפקה ועיצוב גרפי

הסתדרות האחים והאחיות בישראל

הוועד הפועל של ההסתדרות
רח' ארלוזורוב 93, תל אביב, מיקוד 62098
מיכאל אלבין, מנהל לשכה
טל. 03-6921615
מרינה הרן, מנהלת תחום הפרט
טל. 03-6921316
ימי קבלה א-ה שעות 8.00-16.00
מאיה הראל מזכירת ההסתדרות האחיות
טל. 03-6921379

אגודה לקידום מקצועי של בתי החולים

לעדכון כתובות ניתן לשלוח הודעה
ליוצאפ מספר 055-2345157 (הודעה
בלבד) info@nurse.org.il
ניתן לפנות לאגודה לקידום מקצועי
בטל. 03-6920202

האיורים הוכנו בעזרת יוצר התמונות
של Microsoft Bing



דברי יו"ר הסתדרות האחים והאחיות

הוא הסדרה, עיגון והרחבת תנאי הרווחה של האחיות, פועל יוצא של תקינה ראויה ותקציבים ראויים, והדגל הרביעי, אך לא האחרון בסדר העדיפות, הוא שיפור תנאי השכר בהתאם לדרישות המורכבות בהן עומדים האחיות והאחים בכלל רמות המקצוע. עקרונות אלה מהווים את יסודות החזון הארגוני שלנו לעתיד המקצוע ולבניית מערכת בריאות איכותית, שוויונית ויציבה.

אני והנהגת הסתדרות האחיות מחויבים להמשיך לבנות הסתדרות אחיות ואחים חזקה, משפיעה ושווה ערך בתוך ההסתדרות הכללית, ולהעניק לכל אחיותינו ואחינו את כלל השירותים והגיבוי להם הם ראויים. אנו קוראים לאחיות ולאחים להצטרף להסתדרות הכללית וליהנות מכלל השירותים להם אתם זכאים כחברי ההסתדרות. לסיום, אנו מבקשים לזכור את משפחות הנופלים, ואני מבקש לשלוח חיבוק חם ואוהב לכל המשפחות השכולות שבזכות יקיריהם אנו כאן. הם ואתם בליבנו נצורים לעד. עוד אנו מאחלים רפואה שלמה והחלמה מהירה לכל הפצועים, ומתפללים לשובם המהיר של כל החטופים במהרה ולחזרתם בשלום של חיילי צה"ל.

מי ייתן והשנה החדשה תביא עמה שגשוג, פריחה, שלוה ובשורות טובות לכולנו.

בברכה,

שאול סקיף

יו"ר הסתדרות האחיות והאחים בישראל

בהקשר זה, לצד העבודה הנפלאה של כלל האחיות בכלל גזרות הפעולה - בקהילה, בחינוך, בבריאות הציבור ובבתי החולים - אני מבקש לציין את עבודתם המסורה והמקצועית של האחיות והאחים בסורוקה, שעדיין בימים אלה פועלים במסירות יום-יום בתנאים קשים כדי לתת טיפול לאזרחי ישראל בנגב.

במעבר חד, וכפי שהודענו לכנסת ישראל ולמשרד הבריאות, אנחנו שמחים ומברכים על היענות משרד הבריאות לדרישתנו לקדם חקיקתו של חוק המסדיר את מקצוע האחיות, אך יחד עם זאת אנו עומדים ונעמוד נחושים על מנת שהחוק יבטיח את מעמדו הראוי של מקצוע האחיות ויאפשר לכלל הדיסציפלינות לפעול, להשפיע ולעצב את ההווה והעתיד של המקצוע, ולא נאפשר לחוקק חוק אשר יחליש את האחיות, יסכן ויגביל אותן. חשוב לציין שאחד האתגרים המרכזיים כיום הוא המחסור החמור בתקינת כוח האדם של האחיות, בכל מישורי העשייה, ועל כן דרשנו ממשרדי הבריאות והאוצר להיכנס עימנו למו"מ אמיתי, מתוך הבנה כי התקינה החסרה פוגעת לא רק באחיות ובאחים אלא ברווחה ובבריאות של כלל אזרחי ישראל.

נושא התקינה הוא אחד מארבעת הדגלים של הסתדרות האחיות והאחים. דגל נוסף הוא ההכרח במיצוב מקצוע האחיות כפרופסיה מובילה, בין היתר באמצעות קידום חוק מאוזן ומוסדר, עידוד אחיות ללימודים אקדמיים, עיסוק במחקר ופיתוח מקצועי בתחום האחיות באמצעות קורסים על-בסיסיים ופיתוח מומחיות. דגל שלישי



אחיות ואחים יקרים,

השנה החולפת הציבה בפנינו אתגרים חסרי תקדים, כך שלצד העבודה המורכבת היומיומית שאנחנו מבצעים בימי שגרה נאלצנו להתמודד עם מצב חירום מתמשך. ולא ליום או יומיים, אלא במשך שנתיים של מלחמה מאתגרת בכמה חזיתות.

כמו בשגרה וכמו במהלך הקורונה, שוב הוכחנו גם במבצע "עם כלביא" כי מקצוע האחיות הוא חוד החנית של מערכת הבריאות, וכי למרות המחסור החמור במשאבים ובכוח אדם הצלחנו ביחד להעניק טיפול רפואי מיטבי ומסור לכלל תושבי המדינה. זאת הזדמנות נוספת להעלות על נס את תרומתכם המכרעת לחוסן הלאומי, ולהודות לכל אחת ואחד מכם באופן אישי על המאמץ הרב והטיפול המסור שאתם מעניקים לאזרחי ישראל.

כפי שידוע לכם, במהלך המבצע נפל טיל על בית החולים סורוקה, אירוע אשר המחיש לכולנו עד כמה פגיעות תשתיות הבריאות בארץ בכלל ובפריפריה בפרט, ומכאן הצורך וההכרח של המדינה לתת מענה דחוף ומיידי למיגון עובדי מערכת הבריאות והמטופלים הבאים בשעריה. אנו קוראים, בהמשך לקריאתנו בוועדת הבריאות, למקבלי ההחלטות להשקיע מיידי בשיקום סורוקה ובהקמת מערך בריאותי רחב וחזק יותר בדרום ובצפון למען כלל תושבי הפריפריה בישראל.



בעלת תואר ראשון?
זו ההזדמנות שלך!

הסבת אקדמאים לסיעוד B.S.N.

- ◀ רמה אקדמית גבוהה > 100% הצלחה בבחינת הרישוי הממשלתית
- ◀ אחוז המעבר הגבוה ביותר בארץ > יחס אישי וחם לאורך כל התואר
- ◀ מימון מלא של שכר הלימוד



www.jct.ac.il | *3239    

קמפוס טל 
בית הדפוס 7, גבעת שאול
ירושלים 053-3950592

הנחיות למחברים לשליחת מאמר לאחות בישראל

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:

1. הגה את הרעיון ותכנן את העבודה שהובילה למאמר או השתתף באופן פעיל ומשמעותי בפירוש הממצאים או שניהם.

2. השתתף בכתיבה או תרם באופן משמעותי לדיון בספרות ובממצאים, ולעריכה של המאמר.

3. 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 שתרומו 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 בסיעוד". 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 טיוטות או גרסאות קודמות של המאמר, בין שהוא מודפס ובין שהוא במדיה דיגיטלית. המערכת אינה מחזירה כתבי יד ואינה שולחת תדפיסים למחברים.

לביטאון האחות בישראל מתקבלים מאמרים הנכתבים על ידי אחים/יות ככותבים ראשיים.

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. (ללא הזרה)

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) ויכללו את המידע בסדר הבא: שמם 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 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 להגהת המחבר.

שלמי תודות - אם יש, יובאו בסוף המאמר.



משולחן העורכת



המלחמה בעזה טרם הסתיימה. גם בעת כתיבת שורות אלו, חטופינו ממשיכים להיאנק בשבי החמאס, נתונים בסכנה ממשית וחמורה.

בתוך מציאות בלתי אפשרית זו, מערכת הבריאות עושה ככל יכולתה לשדר "עסקים כרגיל", כשבפועל דבר איננו רגיל. המטופלים מצפים לקבל את הטיפול הטוב והמקצועי ביותר, ואנו עושים הכל כדי לעמוד בציפייה זו, גם בתנאים קשים ומאתגרים.

בגיליון הנוכחי של האחות בישראל אנו מבקשים להאיר זרקור על נושאים מהותיים, ולתת קול לאתגרים היומיומיים שעומדים בפנינו:

קליטת צוותים צעירים למחלקות מורכבות, בדגש על טיפול נמרץ ילדים ומחלקות ילדים. איך נוכל לסייע לבוגרות הצעירות להיקלט, לשרוד, ואפילו לפרוח?

הפליה במערכת הבריאות: תופעה מוכרת ומכאיבה שפוגעת בזמינות ובאיכות הטיפול לאוכלוסיות מגוונות. אנו נבחן כיצד ניתן לקדם שוויון, לחזק את האמון ההדדי ולהוביל לבריאות מיטבית לכל.

שיפור ההיענות של הציבור החרדי לטיפול רפואי: מה הם החסמים התרבותיים, ואילו גשרים מקצועיים ניתן לבנות? התמודדות הצוותים הרפואיים עם משפחות שדבקות באמונה, בתפילה ובטקסים ברגעים של משבר רפואי: איך אפשר להעניק תמיכה מתוך כבוד לרוח ולאמונה?

נעסוק גם בנושא כאוב וחשוב: הטרדה מינית במקצועות הטיפולים. נבחן כיצד ניתן למזער את התופעה, להגן על אנשי הצוות וליצור סביבת עבודה בטוחה ומכבדת.

ונסיים ברגעים של פרידה והוקרה:

● ניפרד מרינה מילר ז"ל, לשעבר מנהלת בית הספר האקדמי לסיעוד בני ציון, אשת מקצוע משכמה ומעלה, עמיתה וידידה יקרה. יהי זכרה ברוך.

● נודה למיכל רסין על פועלה כחברה בוועדת המערכת, ונאחל לה הנאה רבה בפרק הגמלאות.

● נברך את פרופ' מירב בן נתן, שמצטרפת בשמחה לוועדת המערכת. ברוכה הבאה.

בתקווה שהשנה החדשה שבפתח תבשר גם שינוי משמעותי בחיינו בכל התחומים.

בברכה,
חנה שצמן



הפליה במערכת הבריאות - המחקר והמציאות הוכן ע"י חברי ועדת הכשרה בלשכת האתיקה

אלה קורן, ¹ RN, PhD; איה גבאי בלינקוב, ² RN, MA; דורית רובינשטיין, ³ RN, PhD;

אפרת ווסיהון-יאלו, ⁴ RN, MA; רוני פרבר, ⁵ RN, PhD

¹ מנהלת בית הספר האקדמי לאחיות ע"ש זיוה טל, קמפוס שיבא; ² יו"ר ועדת ניירות עמדה בלשכת אתיקה של האחים והאחיות בישראל, מנחת קבוצות, מאוחדת; ³ מרצה במכללה האקדמית נתניה; ⁴ מרצה בכירה, בית הספר האקדמי לאחיות ע"ש זיוה טל, קמפוס שיבא; ⁵ מנהל המחלקה לבריאות הציבור, מאוחדת

סופרת מכותבת: Ella.Koren@sheba.health.gov.il

מבוא

הפליה במערכת הבריאות היא תופעה המתקיימת בכלל המתארים של שירותי בריאות בעולם ובארץ. מטרת מאמר זה להדגים את הביטויים השונים בהפליה, תוך רצון לעורר מודעות הצוותים ובהמשך לכך מחויבות לצמצום התופעה.

הפליה במערכת הבריאות מתייחסת להבדלים בלתי מוצדקים בגישה, באיכות או בתוצאות של שירותי הבריאות, המבוססים על מאפיינים אישיים של מטופלים. ההפליה יכולה להתבטא בהבדלים בנגישות לשירותים רפואיים, באיכות הטיפול הניתן ובתוצאות הבריאותיות המתקבלות. ההפליה נובעת משילוב של גורמים מוסדיים, חברתיים ותרבותיים כמו דעות קדומות, חשיבה סטריאוטיפית, תחושות אנטגוניזם על רקע שונות ושייכות חברתית, דתית, אתנית ומגדרית, ומאפיינים אישיים כמו חזות, משקל, גיל או דת ^[8]. כתוצאה מכך נוצר קשר בין המאפיינים הביולוגיים (כמו צבע עור, מראה חיצוני, צורת לבוש או שייכות לקבוצה אתנית), החברתיים (למשל, ארץ מוצא, שפת דיבור, צורות של ביטוי עצמי ולבוש), והתרבותיים (למשל, הרגלי אכילה ועמדות כלפי מדע, טכנולוגיה ודת) לבין התנהגות אישית והתנהלות ממסדית כלפי

להתבטא בפטרנליזם חזק המפר את האוטונומיה של המטופלים וגורר תופעות כמו: תפיסת האדם כאמצעי להשגת מטרות של אדם אחר במקום כתכלית בפני עצמו; שלילת האוטונומיה והזכות לבחירה חופשית וחוסר יכולת לקבל החלטות עצמאיות; חוסר התייחסות לתחושות, רגשות וכאב של האדם; תפיסת האדם כניתן להחלפה, כמו החלפת מוצר במוצר; תפיסת אדם ככזה שאפשר לפגוע בו ללא השלכות מוסריות; שלילת סובייקטיביות ואי-הענקת משמעות לחוויות ורגשות של האדם.

השלכות התנהלות זו - אובדן האמון של המטופלים במערכת שירותי הבריאות, פחות ביעילות לטיפול ולתהליכים מקדמי בריאות, וכתוצאה מכך הגדלת פערים בבריאות. מעבר לכך, ההפליה מתבטאת בהפרת עקרון הצדק ובערך השוויון, ולעיתים היא תוצאה של התנהלות לא מודעת של הצוות המטפל. לכן יש חשיבות לפתח כשירות מקצועית מוסרית ופיתוח הרגישות למצבים בהם קיים סיכון להפליה, תוך הגברת המודעות האישית והרגישות התרבותית בקרב צוותי בריאות ^[1].

חקר תופעת ההפליה בשירותי הבריאות מציג סיבות שונות הפוגעות ביחס הוגן

נציגים של קבוצת ה"שונות". יצירת קשר זו מתווכת בתהליכי ההבניה התרבותית, החברתית והפוליטית. כך, לדוגמה, תיתכן התנהגות שמחליפה שיח תרבותי ומכבד בשיח המבטא חוסר כבוד והתנגדות כלפי נציגי קבוצה מסוימת, עקב הענקת תכונות שליליות לנציגי קבוצות אלה, לעומת העצמת התכונות החיוביות בקבוצות אחרות ומועדפות. כל אלה עלולים לגרום לגיבוש מדיניות המוצדקת ע"י עובדות מדעיות או חוקים לצורך צידוק ההפליה או יצירת שונות ביחס לפלחי אוכלוסייה נציגי ה"שונות". תופעה זו מאתגרת לא רק את החברה הישראלית בכלל אלא את כלל העוסקים בבריאות ^[6].

בשנים האחרונות הדיון האתי בתחום שירותי בריאות מדגיש את הצורך בפיתוח הכשירות המוסרית של המטפלים בכלל והאחיות בפרט, וזאת במיוחד לנוכח ההטרופניות של החברה המודרנית. הכשירות המוסרית מבוססת על מחויבות לכבוד האדם באשר הוא, על סולידריות, רגישות תרבותית ועל מחויבות לכבוד האדם ומערך הערכים שלו בכל אינטראקציה טיפולית ^[10]. תופעת ההפליה במערכת הבריאות מלווה לעיתים בפגיעה בכבוד המטופלים עד כדי תחושת הקפצה וביטול האנושיות ^[14]. תוצאת התנהלות זו עלולה



הדגמה ויזואלית שנוצרה באמצעות Chat GPT, OpenAI לפי פרומפט ע"י המחברת, 2025

הפליה על רקע נכות או מוגבלות (Ableism)

הפליה על רקע נכות או מוגבלות פיזית או נפשית^[12], כגון: שיתוק, היעדר גפה/גפיים, פגיעה בחושים, תחלואת נפש, צרכים קוגניטיביים ייחודיים. כל אלה עשויים למנוע שוויון לא רק בעקבות תפקוד שונה, אלא לעיתים מחוסר הנגשה מערכתית והיעדר התאמת התשתיות למתן שירותי בריאות לאנשים עם מוגבלויות. בנוסף להיעדר הנגשה, ולמרות ניסיון מתמשך לתיקון בשירותי בריאות בארץ ובעולם, עדיין חלק מהמטופלים מושפעים מהטיות וסטיגמות הגורמות ליחס מפלה ולא מכבד. ההפליה על רקע נכות או מוגבלות מתבטאת בחסמי נגישות פיזיים וטכנולוגיים כמו מרפאות ללא

בדיקות דם. הרופא מניח חוסם ורידים ומחדיר מחט בלי לדבר עם המטופל. בסיום הרופא אומר: "הנה סיימנו. זה לא כואב בכלל", התנהגות המבטאת היעדר התחשבות בתחושותיו האמיתיות של החולה והתייחסות כאובייקט רפואי, ולא כמישהו שיש להתחשב בתחושותיו. הדוגמאות מציגות התנהלות המלווה בתופעות של הפקציה, ביטול אנושיות והפיכת המטופלים הזקנים לשקופים^[2], תוך התנתקות מחשבתית מהמטופלים, מרצונותותיהם, מהתחושות שלהם ומהחובה להעניק להם את זכות הכבוד הבסיסית בקיום יומיומי.

ושוויוני לאוכלוסיית המטופלים. התכנים הבאים יתמקדו בדוגמאות בהן התנהלות המטופלים מעידה על הפליה. המקרים מייצגים מצבים המעידים על הצורך לחדד את נקודות העיוורון בצוות מטפל המונעות זיהוי של מצבי ההפליה, כמו גם החובה המוסרית לשיפור הרגישות המוסרית כבסיס לשדרוג הכשירות המקצועית.

גילנות (Ageism)

גילנות זו תופעה המעצבת את העמדות של הצוות המטפל על בסיס מכלול של סטריאוטיפים, עמדות ואפליה כלפי אנשים שונים על רקע גילם, תוך שיוך תכונות לאדם על רקע גילו כמו מוגבלות קוגניטיבית, תלות באחרים, חוסר מעמד וחוסר ערך חברתי^[5,13]. מקרים המתוארים בהמשך מציגים רכיבים שונים של גילנות הפוגעת במטופלים:

- בת 80, צלולה ופעילה חברתית, הגיעה לקרדיולוג במטרה להתייעץ לגבי התארגנות לטיסה ארוכה. במהלך השיחה הקרדיולוג מפנה את שאלותיו לבתה של המטופלת שמלווה אותה ולא פונה אליה ישירות. המקרה מתאר התנהגות המבטלת את האוטונומיה של האישה תוך התעלמות מהיכולת שלה לייצג את עצמה, כמו גם שלילת סובייקטיביות וחוסר עניין בנקודת מבטה, בחוויותיה או ברצונותיה.

- בת 85, הגיעה למרפאת כאב לצורך איזון כאבי פרקים בליווי כלתה. הרופא נמנע מלייצר קשר עם המטופלת ומבצע הערכת כאב באמצעות שיח עם הכלה. הרופא מתעלם מהחוויה האישית של המטופלת ומניח שכלתה יכולה להציג את חוויית הכאב של החולה. התנהגות זו מחזקת את שלילת האוטונומיה ומשדרת תפיסת חוסר חיות.

- רופא מגיע למטופל בן 75 המאובחן כסובל מהפרעה קוגניטיבית כדי לקחת

מעלית, נגישות מוגבלת למידע רפואי (שלא מונגש לכבדי שמיעה או ראייה), ויחס מפלה מצד הצוות, כמו הנחות מוטעות לגבי יכולות אינטלקטואליות לגבי איכות חיים, דבר המשפיע על ההחלטות הטיפוליות ואופן ביצוען. ההשלכות של הפליה כלפי בעלי נכות ומגבלות מתבטאות בתת-אבחון, הפניה מופחתת לפרוצדורות מורכבות ועדיפות נמוכה בטיפולים מצילי חיים.

אלי [4] במאמרה מתארת מטופלים הסובלים ממגבלות שונות שתיארו תופעות של התעלמות מצרכים עד לפטרנליזם, אינפנטיליזציה, פגיעה בכבוד ופלישה לטריטוריה אישית:

• בת 28, שסובלת מנכות, מספרת על החוויה במהלך אשפוז במחלקה אורתופדית בהמשך לשבר: "ממש רציתי שידברו איתי ויסבירו לי מה עושים. התעלמו ממני ורק דיברו עם ההורים שלי. כשההורים שלי לא היו פחדתי נורא שיעשו לי משהו שלא אדע, כי אף אחד לא דיבר איתי".

• מטופל אחר, שסבל מהאטה קוגניטיבית, נשאל האם מישו הסביר לו על הניתוח. תשובתו: "לא, רק סימנו לי מקום בו אני חייב לחתום כדי לקבל טיפול".

• אב לאישה צעירה מספר: "הם רצו לבצע טיפול פולשני, אבל כל הזמן התעלמו ממנה ומהכאב שלה. בסוף הם ביקשו את רשותי להרדים אותה כדי לסיים את הטיפול, כי היא התנגדה בגלל הכאבים, אבל הם כל הזמן התעלמו ממנה וטענו שאי אפשר לתקשר איתה. אבל אני הרי כל הזמן מתקשר איתה... לא הסכמתי להרדמה".

• מטופל בן 41: "נכנסים לחדר שלך לרגע אחד בלבד ומדברים אליך כאילו שאתה ילד בן חמש או כאילו שאתה בכלל לא שם. לפעמים אפילו לא מסתכלים עליך... כאילו שהכל חשוב יותר ממה שיש לך להגיד."

כאילו: 'אנחנו יודעים מה אנחנו עושים, אתה לא צריך לדעת'."

• אישה עיוורת, בת 51, אושפדה להתערבות כירורגית. לפני ההתערבות סידרה את חפציה האישיים על המדף שליד מיטתה. עם שובה מהפעולה לא מצאה דבר ונבהלה שזרקו את חפציה. בהמשך הסתבר שאחת האחיות "סידרה את המדף כי נראה לה לא מסודר" כשהחולה הייתה בפרוצדורה. החולה, שלומדת את הסביבה דרך מגע, חוותה חדירה לטריטוריה הפרטית ללא התחשבות בצרכיה.

מקרים אלה מתארים פטרנליזם המערכת הטיפולית עקב הפליה, תוך הדרה והתייחסות לא ראויה כלפי מטופלים עם מגבלות. גם במקרה זה המטופלים חווים שלילת האוטונומיה, חוסר נגישות למידע, זלזול בחוויות הסובייקטיביות והנחה מוטעית לפיה הם אינם מסוגלים להביע את רצונם או להבין את מצבם. ניסיונותיהם לזכות ביחס מכבד יוצרים בעיה, שבעיני המטופלים יש לעקוף אותה ע"י "הרדמה" במקום ע"י תקשורת מכבדת ואמפטיה. האירועים משקפים את אותם דפוסים של החפצה והתייחסות מפלה שמייצרת חרדה, חוסר ביטחון, חוסר אמון ופחד מאובדן שליטה על הגוף והטריטוריה הפרטית.

הפליה על רקע שייכות או זהות מגדרית (Sexism)

סקסיזם הוא אפליה, הטיה או הדרה של אדם או קבוצה על בסיס מגדר או מין, המתבטאת בשיוך תכונות לאדם על רקע הגדרתו המגדרית או נטיותיו המיניות. בהמשך לכך, בהעדפה, קיפוח או הדרת נשים, גברים או אנשים שאינם מתיישבים עם נורמות מגדריות מקובלות [11].

היבטים מרכזיים של סקסיזם: יחס מפלה ברמה האישית כמו זלזול, הטרדה או יחס פטרוני על בסיס מגדר; הפנמת

סטריאוטיפים מגדריים; אמירות או התנהגויות שמחזקות סטריאוטיפים מגדריים. סקסיזם במערכת הבריאות גורר התייחסות שונה לנשים וגברים, כמו תת-אבחון וטיפול שונה באותן המחלות תוך התעלמות משונות בסימפטומטולוגיה של החולי [17]. מחקרים הבוחנים את מידת ההכלה של שירותי בריאות בעשורים האחרונים מעידים על הטיית באבחון, טיפול, איזון כאב וסוגיות בריאות אחרות, על רקע חוסר התחשבות במגדר ובדפוס החיים האינטימיים בהתאם לשיוך מגדרי אישי. כל אלה גוררים אי-התאמת שירותים [15] הן בתחומים של שירותים קהילתיים, קידום בריאות, רפואה כללית ופסיכיאטריה. להלן דוגמאות המעידות על חוסר כבוד, השפלה ואף בורות ביחס למטופלים על רקע סקסיזם:

• מטופל בתהליך שינוי מגדרי פונה לרופא משפחה המשתיין למגזר החרדי, בבקשה למרשם לטיפול הורמונלי ובדיקות דם לצורך התחלת התהליך בהמשך להמלצות שקיבל מבית החולים. הרופא העביר את הפניה לרופא המחוזי, תוך סירוב לבקשת המטופל בטענה שזה נוגד את אמונתו ושזה תהליך של פגיעה במטופל. גם אחות באותה מרפאה סירבה להזריק את הטיפול ההורמונלי בטענה שזה נוגד את האמונה שלה. לדבריה, היא לא הצליחה לתפקד. בטיפול מול המחוז ביקשה סיוע בבריאות הנפש לראות איך ניתן לסייע לעצמה.

• רופא בביקור של מטופלת טרנסג'נדרית פונה אליה בשמה הקודם ובמין זכר, כמו גם התעקשות לטפל בה כמו בגבר. לדבריו: "איני מעוניין להשתתף בקרקס. רפואה זה עניין מקצועי ומבוסס על מדע ולא על תחפושות והמצאות של אנשים".

• זוג לסביות מגיעה לביקור רופא במהלך חופשת לידה, והרופא שואל באיזה אמצעי מניעה הן משתמשות במהלך התקופה שלאחר הלידה.



הפליה על רקע משקל (Weightism) או גודל (Sizeism)

מתבטאת בתפיסה סטריאוטיפית של בעלי משקל גבוה כעצלנים, פחות מוכשרים, חסרי משמעת עצמית, מרושלים וחסרי ערך חברתי. ממצאי מחקר מעידים [8] על ממצאים מטרידים, לפיהם בעלי משקל גבוה סובלים בשירותי בריאות ליחס המלווה בהתנהגויות הבאות:

- שיוך הסימפטומים והתלונות למשקל עודף הגורר תת-אבחון, טיפול לא מותאם, ריבוי טעויות בניטור בתהליכי חולי והחלמה [9].

- יחס של חוסר כבוד והתנהגויות שנתפסות ע"י המטופלים הסובלים מעודף משקל כהשפלה וביוש. לדוגמה, צוות המסרב לסייע לחולה מנותח לרדת מהמיטה לשירותים.

- חוסר כבוד המלווה בהיעדר הדרכה, מתוך תפיסה שחולים הסובלים מעודף משקל הם בעלי יכולות אינטלקטואליות מצומצמות.

- חוסר אמונה בפרוגנוזה של החלמה במצבים שכיחים. לדוגמה, חולה הגיע לטיפול על רקע כאבי גב. נאמר לו "עד שלא תרד במשקל אין על מה לדבר. כואב הגב? תיכף גם תסבול מכאבי ברכיים". האם גוף גדול שולל את הזכות הבסיסית לבריאות?

לסיכום

הפליה במערכת הבריאות היא תופעה נרחבת המשפיעה על איכות וזמינות הטיפול עבור אוכלוסיות שונות. הפליה גורמת להבדלים בנגישות לשירותים רפואיים, בטיב הטיפול ובתוצאות הבריאותיות, תוך שהיא מושפעת מגורמים חברתיים, תרבותיים ומוסדיים. השלכות ההפליה חמורות: אובדן אמון המטופלים

במיוחד לנוכח תחושות של הפרת זכויות, חוסר צדק או חוסר כבוד כלפי אחד הצדדים המעורבים בקונפליקט. הדוגמה הבאה מתארת גזנות מוסדית המובלת בנימוק של Ethnocentrism:

• הגזעה [3]

באחת המרפאות הממוקמת במרכז קהילתי גדול הוחלט על ביצוע מחקר רפואי בכמאתיים מטופלים השייכים לאותה קבוצה אתנית, ללא ידיעתם וללא קבלת הסכמתם. רופאה שיזמה את המחקר נתנה הנחיות לצוות סיעודי ללקיחת דגימות מעבדה מהמטופלים. כשנשאלה ע"י הצוות הסיעודי האם המטופלים יודעים וחתמו על הסכמה להשתתף בניסוי, הרופאה טענה שמניסיון העבר שלה מדובר באוכלוסייה שלא מבינה מחקר ולא משתפת פעולה. כמו כן, הוסיפה שאם הדבר יוודא לאוכלוסייה זו הרי שהמחקר עלול להתפרש כבעל "ניחוח גזעני". רוב הצוות הסיעודי הצדיק את הרופאה והשתתף בנטילת דגימות דם לצורך המחקר. אחת האחיות התנגדה לכך וטענה בפני ההנהלה כי מדובר בהתנהגות לא מוסרית. לדברי ההנהלה, השיקול המנצח היה תרומה למחקר שתוצאותיו יקדמו בריאות הקבוצה הנחקרת, ובהמשך של האוכלוסייה הכללית שעלולה להידבק.

• פערים

סקירת מחקרים על מדדי בריאות במדינת ישראל מצביעה על פערים בין קבוצות אתניות שונות, כאשר אחת הסיבות לכך היא היעדר היענות לטיפולים ולבדיקות סקר. הפערים נצפים בחברה הדתית-חרדית, בחברה הערבית, בקהילה הבדואית ובקהילת יוצאי אתיופיה.

- טינר ושות' [16] מציגים מחקר איכותני על הפליית נשים צעירות, בקבוצת גיל 13-26, המעיד על הפליה משולבת על רקע גילנות וסקסיזם. הינה מספר ציטוטים מהמחקר: "הייתי בת 13 כשאמרו לי שזה יעבור כשאגדל. עכשיו אני בת 20 וזה לא עבר ואני סובלת כבר שבע שנים"; "הבנתי שקיימת התפיסה הזו של 'את צעירה, את בשנות ה-20 שלך. את לא באמת יודעת על מה את מדברת'"; "אמרו לי שאני צעירה וברירה ועדיף לתת את הטיפול למישהו אחר שבאמת זקוק. הבנתי שאני לא נראיתי כסובלת מספיק, כי אני צעירה"; "זה לא היה רק 'את צעירה וטיפשה', זה היה גם 'את אישה ובלונדינית, אז כנראה שלא תביני'"; "הבנתי שאין מה ללכת לרופאים, לא אכפת להם מהסבל שלך. היום אעשה הכל כדי לא להגיע לרופא".

תיאורים אלה מתארים את הסיבות לאובדן אמון במערכת טיפולית על רקע חוויות של הפליה על רקע סקסיסטי במגוון רחב של מצבים, שבעתיד יחמיר את הפערים בבריאות.

גזענות (Racism) או הגזעה

בדומה לגילנות, סקסיזם והפליה על רקע מגבלות, הגזעה [3] גורמת לפטרנליזם, החפצה ונטילת אוטונומיה וכבוד.

גזענות זו עלולה להתבטא ב-Nativism (תחושת עליונות של ילידי הארץ על פני זרים), Xenophobia (פחד, חשד והיעדר רצון בכל סוג של שיתוף פעולה עם זרים), Ethnocentrism (מתן העדפה לקבוצת שייכות על רקע תרבות, דת, אמונה, מנהגים, לבוש). תופעת הגזענות יוצרת רגישות של פלחי אוכלוסייה שונים, העלולים להעניק משמעות של גזענות לקונפליקטים אישיים וחברתיים. מצב זה גורר תגובות בעוצמה אמוציונלית גבוהה,

במערכת, פגיעה בהיענות לטיפול והעמקת פערי הבריאות. לעיתים, ההפליה מתרחשת באופן לא מודע כתוצאה מסטריאוטיפים ודעות קדומות המשפיעות על קבלת ההחלטות הרפואיות. כדי לצמצם את התופעה רצוי לעסוק בפיתוח כשירות מוסרית ומקצועית בקרב אנשי הצוות המטפל. הדבר כולל הכרה בנקודות עיוורון, חינוך לתקשורת מכבדת ושוויונית, הגברת רגישות תרבותית ופיתוח מדיניות ברורה למניעת הפליה מכל סוג. ישנן סיבות נוספות להפליה במערכת הבריאות שלא הוזכרו, כגון: שייכות למעמד סוציו-אקונומי, רמת אוריינות בריאותית, מגורים בפריפריה, סטטוס של פליט/עובד זר, תחלואה נפשית, אמונות לא קונבנציונליות או סרבנות לטיפול, רקע פלילי והיסטוריה של שימוש בסמים. כל אלה, בנוסף למה שהוזכר, עלולים לגרום להפליה בשירותי בריאות [1].

שוויון בטיפול הרפואי הוא לא רק ערך מוסרי, הוא הכרח לשיפור בריאות הציבור וליצירת אמון בין מטופלים לאנשי המקצוע. מערכת הבריאות חייבת לקחת אחריות ולהוביל שינוי משמעותי להבטחת צדק ושוויון לכל אדם, ללא תלות בגילו, מינו, מוצאו, מגבלותיו או זהותו האישית.

ביבליוגרפיה:

1. אברבך, אבני (2018) אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות. הורד מ: <https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/inequality-2018.pdf>
2. רובינשטיין, ד. (2013), כאב, סבל ומעמד השקיפות של החולה השיטיוני בעיני הצוות המטפל, בתוך: רובינשטיין, ד., טבק, נ. (עורכים), אתיקה בסייעוד עכשווי, דיונון, 289 – 316.
3. שנהב יונה (2008). גזענות בישראל. מכון ון ליר בירושלים, הוצאת הקיבוץ המאוחד, ירושלים.
4. Ali, A., Scior, K., Ratti, V., Strydom, A., King, M., Hassiotis, A. (2013) Discrimination and Other Barriers to Accessing Health Care: Perspectives of Patients with Mild and Moderate Intellectual Disability and Their Carers. Retrieved from: <https://journals.plos.org/plosone/article/metrics?id=10.1371/journal.pone.0070855>
5. Alon, S., Golander, H., & Carmel, S. (2013). The implication of ageism on elderly people's everyday life. In: I. Doron (Ed.) Ageism in the Israeli Society - The Social Construction of Old Age (pp 67-93). Jerusalem, Van Leer Institute. Hakibbutz Hameuchad Pub (Hebrew).
6. Campbell, Hirschnall, & Magar (2018) Ending discrimination in health care settings. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/ending-discrimination-in-health-care-settings>
7. Chrisler, J. C., & Barney, A. (2016). Sizeism is a health hazard. *Fat Studies*, 6(1), 38–53. <https://doi.org/10.1080/21604851.2016.1213066>
8. Davis, B. A. (2020) "Discrimination: A Social Determinant of Health Inequities", *Health Affairs* DOI: 10.1377/hblog20200220.518458. Retrieved from: <https://www.healthaffairs.org/content/forefront/discrimination-social-determinant-health-inequities>
9. Jackson (2016) Obesity, Weight Stigma and Discrimination. *Journal of Obesity and Eat Disorders* 2:3. doi: 10.21767/2471-8203.100006 Retrieved from: <http://obesity.imedpub.com/obesity-weight-stigma-and-discrimination.php?aid=9698>
10. Jormsri, P., Kunaviktikul, W., Ketefian, S., & Chaowalit, A. (2005). Moral competence in nursing practice. *Nursing Ethics*, 12(6), 582-594. Retrieved from: <https://doi.org/10.1191/0969733005ne828oa>
11. Hansen, M., Schoonover, A., Skarica, B. et al. (2019) Implicit gender bias among US resident physicians. *BMC Med Educ* 19, 396. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1818-1>
12. Lindsay, S., Fuentes, K., Ragnathan, S., Lamaj, L., & Dyson, J. (2022). Ableism within health care professions: a systematic review of the experiences and impact of discrimination against health care providers with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 45(17), 2715–2731. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2107086>
13. Mauk, K., L. (2022). *Gerontological nursing: competencies for care* (5th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. Chapter 1
14. Nussbaum, M. (2006). Objectification. *Philosophy & Public Affairs*. 24. 249 - 291. 10.1111/j.1088-4963.1995.tb00032.x.
15. Polish (2019) How Sexism Hurts Mental Health, According To A New Study. Retrieved from: <https://www.bustle.com/p/how-sexism-hurts-mental-health-according-to-a-new-study-18745788>
16. Tinner, L. & Alonso Curbelo, a. (2025) An exploration of discrimination in healthcare for young women in Scotland: An intersectional study. *SSM - Qualitative Research in Health*, 7 (111534) <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2025.100534> Retrieved from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667321525000125?via%3Dihub>
17. Travis, C. B., Howerton, D. M., & Szymanski, D. M. (2012). Risk, Uncertainty, and Gender Stereotypes in Healthcare Decisions. *Women & Therapy*, 35(3–4), 207–220. <https://doi.org/10.1080/02703149.2012.684589>



מתאים
לאחים ואחיות

תואר שני בלימודי זיקנה גרונטולוגיה מתמחים בזיקנה, מובילים בטיפול

ביה"ס לבריאות הציבור
הפקולטה למדעי הבריאות
אוניברסיטת בן-גוריון בנגב



מובילים את מקצוע הסיעוד בעידן הזיקנה

מגמת ניהול טיפול

מסלול התמחות ייחודי וחדשני להכשרה
בכלי מעשי ונדרש במרחב הטיפולי
תכלול מערך הטיפול, ליווי אישי ומשפחתי

מגמת ניהול שירותים ומערכי דיור לזקנים

לבוגרים תוענק, בנוסף לתואר השני, תעודה לניהול
מערכי דיור לזקנים בישראל המוכרת ע"י משרד הרווחה
מהווה תנאי לניהול בתי אבות ודיור מוגן

קידום בסיעוד

- פיתוח קריירה לתפקידי ניהול, הדרכה ומומחיות בתחום הזיקנה, הגריאטריה והקהילה
- התכנית מוכרת לצורך אפשרות לגמול השכלה לאחים ואחיות ועבור המשך לימודי מומחיות
- הלימודים בפקולטה למדעי הבריאות משלבים ידע מקצועי רב-תחומי, הכשרת שדה מעשית, סימולציות וסיורים. בשיתוף ביה"ח סורוקה ובליוי מומחים קליניים, מהאקדמיה ומהשטח
- לימודים ביום אחד בשבוע לאורך שנתיים, חלק מימי הלימוד מקוונים
- אפשרות לתזה והמשך לדוקטורט
- התכנית מתאימה לבוגרי תואר ראשון בסיעוד ומדעי הבריאות



ההרשמה פתוחה!

milkas@bgu.ac.il | 08-6477427
אתר התכנית: in.bgu.ac.il/fohs/gerontology

הטרדה מינית בקרב אחיות בישראל

היקף התופעה, השלכותיה ודרכי התמודדות מערכתיות

פרופ' מירב בן נתן RN, PhD, מנהלת ביה"ס אקדמי לאחים ואחיות הלל יפה

ממונה על הטרדה מינית ושוויון מגדרי במרכז הרפואי הלל יפה

פרופ' חבר קליני בחוג למדעי האחיות, אוניברסיטת תל אביב

סופרת מכותבת: meraav@hy.health.gov.il

הגדרת התופעה ושכיחותה

הטרדה מינית מופיעה בחוק למניעת הטרדה מינית (תשנ"ח 1998) וכוללת שישה סוגי התנהגות אסורה: הצעות חוזרות בעלות אופי מיני, התייחסויות חוזרות המופנות לאדם המתמקדות במיניותו, התייחסות מבזה או משפילה על רקע מין או מיניות, מעשים מגונים, סחיטה באיומים לקיום מעשה מיני ופרסום תצלום, סרטון או הקלטה בעלי תוכן מיני (1). החוק קובע כי הטרדה מינית מהווה עילה אזרחית לנזק, עבירה פלילית והפרה משמעתית. כאשר מדובר במסגרת עבודה - כלומר, יחס בין ממונים, כפופים, קולגות או ספקים - אף מעשה שבהסכמה עשוי להיחשב כהטרדה (2).

הטרדה מינית במקומות עבודה, ובמיוחד במקצועות טיפוליים, מהווה תופעה חברתית, מוסרית ובריאותית חמורה הפוגעת בזכויות יסוד, ברווחה הנפשית ובתפקוד המקצועי של הנפגעים (3), כאשר ידוע שהטרדה מינית בקרב עובדים במערכות בריאות ובקרב אחיות ואחים מהווה תופעה רחבת היקף ברחבי העולם, עם שונות גבוהה בין מדינות, מוסדות וסביבות עבודה. מטא-אנליזה רחבת היקף שפורסמה בשנת 2020, שכללה נתונים מ-43 מחקרים ויותר מ-52,000 אחיות, העלתה כי 53.4% מהאחיות חוו הטרדה מינית לפחות פעם אחת במהלך הקריירה, וכ-12.6% מהן

שונים, לרבות מטופלים, רופאים, קולגות, מנהלים ואף בני משפחה של מטופלים (5). ההטרדות עשויות לכלול התבטאויות פוגעניות, נגיעות בלתי רצויות, הערות מיניות, הצעות מגונות ולעיתים אף כפייה סמויה או גלויה, המבוססת על יחסי מרות או תלות (6).

אף על פי שהחוק שקיים בישראל משנת 1998 למניעת הטרדה מינית בישראל מחייב כל מוסד בריאות למנות ממונה, להנהיג נהלים ברורים ולבצע פעולות מנע, מחקרים וממצאים מהשדה מצביעים על פער ניכר בין הדרישות החוקיות לבין היישום בפועל (7). אחיות רבות נמנעות מלדווח על מקרי הטרדה בשל חשש מתגובת הסביבה, תפיסת חוסר יעילות של המנגנונים הקיימים או תחושת בושה ואשמה. תופעה זו של תת-דיווח רק מעמיקה את ממדי הבעיה ומקבעת תרבות של שתיקה (5).

השלכות הטרדה מינית על אחים ואחיות

מחקרים מצביעים על כך שנפגעות הטרדה מינית בסביבת העבודה חוות רמות גבוהות של חרדה, דיכאון, תחושות בושה, ירידה בערך העצמי ואף תסמינים פוסט-טראומטיים (8). עבור אחיות ואחים תחושות אלה מחריפות בשל הצורך להמשיך לתפקד בסביבה בה התרחש האירוע, לעיתים לצד האדם הפוגע.

דיווחו על הטרדה מינית בשנה שקדמה למחקר (4). שכיחות גבוהה זו חוצה מגזרים, מגדרים וגילאים, ומצביעה על בעיה מערכתית נרחבת שממשיכה להוות אתגר בריאותי, מוסרי וארגוני (3).

נתוני הסקירה מצביעים גם על שונות ניכרת בין מדינות לפי רמת הכנסה, כאשר שיעורי ההטרדה הגבוהים ביותר דווחו במדינות בעלות הכנסה גבוהה, תוצאה שנובעת ככל הנראה מהגדרות ברורות יותר, מודעות גבוהה יותר ומנגנוני דיווח מפותחים. גורמים משפיעים נוספים כללו גיל, מגדר, אופי היחסים הבין-מקצועיים ותרבות הארגון (4).

בישראל טרם בוצע מחקר אפידמיולוגי רחב ומקיף הבוחן את היקף ההטרדה המינית בקרב אחיות מוסמכות. עם זאת, מקורות עקיפים מצביעים על היקף מדאיג. דו"ח נציבות שירות המדינה לשנת 2023 הדגיש כי תחום הבריאות מהווה מוקד מיוחד לטיפול במניעת הטרדות מיניות, והצביע על ריבוי פניות וקשיים ביישום מערכות תמיכה והכשרה בתחום זה בבתי חולים ציבוריים (2).

הייחודיות של מקצוע האחיות הינה בעובדה שרוב המועסקים בו הינן נשים, פועל בסביבה היררכית רפואית ומבוסס על אינטראקציה אינטימית עם מטופלים ובני משפחותיהם. מקצוע שחושף את האחים והאחיות באופן יומיומי לפוטנציאל לפגיעות מינית. מקור הפגיעה עשוי להיות מגורמים



סימנים ברורים לכך שנחצה גבול שאינך צריכה לסבול.

מה לעשות מיד לאחר האירוע

- כתבי לעצמך תיעוד מדויק: זמן, מקום, מה קרה, מי היה נוכח.
- שמרי כל מסר, מייל או צילום רלוונטי.
- שוחחי עם קולגה אמינה. תמיכה ראשונית יכולה לעזור רגשית וגם לשמש כעדות.
- אל תישארי לבד עם התחושות.

למי לפנות בתוך המוסד

בכל מוסד רפואי ציבורי או ממשלתי בישראל קיים **ממונה על מניעת הטרדה מינית**, ולעיתים גם ממונה על שוויון מגדרי. תפקידם:

- להקשיב לך באופן דיסקרטי.
- להסביר לך את האפשרויות שלך.
- להנחות אותך האם וכיצד להגיש תלונה רשמית.
- ללוות אותך בכל שלב.
- זכותך לקבל מידע מלא על ההליך ולפעול בקצב שנכון לך, גם אם תבחרי לא להגיש תלונה פורמלית.

דרכי פעולה אפשריות

לפי החוק למניעת הטרדה מינית⁽¹⁾, עומדות לרשותך כמה אפשרויות:

- הגשת תלונה במקום העבודה, בכתב או בעל פה לממונה או למנהל/ת.
- פנייה לוועדת המשמעת של שירות המדינה (אם מדובר בעובד ציבור).
- הגשת תביעה אזרחית לתשלום פיצויים, גם ללא הוכחת נזק.
- הגשת תלונה פלילית במשטרה במקרים חמורים, לפי שיקול דעתך.

תמיכה וסיוע רגשי ומשפטי

- מעבר למוסד עצמו, את יכולה לפנות ל:
- מרכזי הסיוע לנפגעות ונפגעי תקיפה מינית - חינום, אנונימי וזמין 24/7.

או ממונה, היעדר אמון בתהליך הדיווח וחשש מהוקעה ציבורית מונעים מנפגעות לחשוף את הפגיעה (7). כך נוצר מצב בו הארגון משרת הלכה למעשה את הפוגע ולא את הנפגעת, ומעביר מסר של סובלנות לאלומות מגדרית (13).

ההשלכות הרב-מערכתיות של הטרדה מינית בקרב אחיות מחייבות תגובה רב-מערכתית: פסיכולוגית, ארגונית, משפטית ותרבותית. כדי להבטיח סביבת עבודה בטוחה, תומכת ומכבדת, יש צורך בהכרה רשמית בעוצמת הנזק, בפיתוח מענים מערכתיים אפקטיביים ובהובלה מוסרית על ידי הנהלות המוסדות הרפואיים (14).

מה עליך לעשות במקרה של הטרדה מינית?

המלצות אישיות ומערכתיות

הטרדה מינית במקום העבודה איננה גזירת גורל, וגם לא "מחיר" שצריך לשלם בעבודה עם אנשים. החוק עומד לצדך, והמוסדות מחויבים לפעול על מנת להגן עליך. להלן המלצות ברורות - מה ניתן לעשות, למי ניתן לפנות ומהן זכויותיך כאח או אחות בישראל.

זיהוי נכון של הטרדה

- הטרדה מינית אינה חייבת להיות פיזית כדי להיות חמורה. שימי לב להתנהגויות כגון:
- הערות חוזרות על מראה חיצוני או בגדים.
- שיחות מיניות לא הולמות, בדיחות גסות.
- הצעות חוזרות למפגש אישי בניגוד לרצונך.
- מגע פיזי ללא הסכמה.
- שיתוף בתכנים פורנוגרפיים, תמונות או סרטונים.

- ניסיון לנצל סמכות או מרות לצרכים אינטימיים.

גם אם לא אמרת "לא" באופן מפורש, תחושת אי-נוחות, פחד או השפלה הם

ההשלכות אינן זמניות בלבד, ובמקרים מסוימים עשויות להוביל להתפרצות של מצבים נפשיים כרוניים, התמכרויות ואף נטישה של המקצוע (9).

הטרדה מינית פוגעת באופן מהותי בתחושת המחויבות הארגונית של האחיות והאחים, ברמת שביעות הרצון שלהם מהעבודה

ובמוטיבציה להישאר במקצוע. נפגעות רבות מדווחות על ירידה באמון בהנהלה, תחושת בידוד חברתי ותחושת "נטישה מוסדית", במיוחד כאשר התגובה המערכתית אינה מספקת או אף מאשימה את הנפגעת או הנפגע (8). תחושות אלו מובילות לשחיקה מואצת, היעדרויות תכופות מהעבודה, ירידה בפרודוקטיביות ואף עזיבת מקום העבודה או עזיבת המקצוע בכלל (9).

מחקרים מראים קשר בין הטרדה מינית לבין ירידה באיכות הטיפול, שגיאות קליניות ויחסי צוות פגומים (8). אחיות הנמצאות תחת מצוקה רגשית מתמשכת מתקשות לגלות אמפתיה, סבלנות וריכוז הנדרשים בעבודה הקלינית. מצב זה מסכן את בטיחות המטופלים, מחליש את הקשרים הטיפוליים ויוצר מעגל מתמשך של פגיעה באיכות השירות הרפואי (10).

מעבר להשפעה על הפרט, הטרדה מינית מהווה נטל כלכלי כבד על מערכת הבריאות. עלויות הכוללות עזיבה מוקדמת של עובדים, גיוס והכשרה מחדש, תביעות משפטיות, היעדרויות ואובדן פריון מגיעות להיקפים משמעותיים (11). יתרה מכך, מוניטין שלילי הנובע מהתעלמות או טיוח של מקרים עלול לערער את אמון הציבור במוסד הרפואי, ולפגוע באטרקטיביות של התחום עבור כוח אדם איכותי (12).

במקרים רבים ההטרדה המינית אינה מטופלת כלל או מטופלת באופן לקוי, מה שמנציח תרבות של שתיקה והכחשה. היעדר תגובה משמעותית מצד הנהלה



ודילמות אתיות בתחום ההטרדה המינית.

- יש לשלב ממונות בשטחי המחלקות, ולא רק כגורם אדמיניסטרטיבי, כדי להגיש את המענה.

- יש לפתח מודלים של תמיכה קבוצתית (peer support) לאחיות ואחים שחוו פגיעה, בשיתוף עם אחיות CBT.

רמה מחקרית:

- יש לערוך מחקר לאומי אפידמיולוגי שיבחן את שיעורי ההטרדה המינית בקרב אחיות ואחים בישראל, לפי מגזר, מחוז וסוג מוסד (ציבורי/פרטי).

- נדרש מחקר איכותני שיבחן את חוויות ההתמודדות והדיווח בקרב אחיות ואחים ממגזרים שונים, לרבות נשים ערביות, יוצאות אתיופיה וגברים בסיעוד.

- חשוב להעריך את יעילותם של מנגנוני הדיווח הקיימים והדרכות למניעה בבתי חולים.

ובעולם, תוך הדגשת ההשלכות הנפשיות, המקצועיות והמערכתיות של הפגיעה. למרות קיומו של חוק ברור המחייב את המעסיקים ליישם נהלים ברורים למניעה ולטיפול, המציאות מלמדת על פער עמוק בין הנחיות החוק לבין היישום בפועל. שיעורי הדיווח הנמוכים, הפחד מस्टיגמה והיעדר תמיכה מערכתית משמרים תרבות של שתיקה שפוגעת באחיות, במקצוע ובאיכות השירות הרפואי כולו.

הממצאים מדגישים את הצורך בשינוי מערכתי רחב: מהכשרת מנהלים, דרך הנגשת מידע ועד לפיתוח מענים טיפוליים ורגשיים מותאמים לאחיות שחוו פגיעה. ההכרה בעומק הבעיה היא שלב ראשון לקידום סביבת עבודה בטוחה, שוויונית ומכבדת.

המלצות קליניות ומחקריות להמשך

רמה קלינית ומוסדית:

- יש להטמיע הדרכות חובה שנתיות לעובדי מערכת הבריאות, כולל סימולציות

- יועצת השוויון המגדרי של ההסתדרות, אם את חברה בארגון עובדים.

- היחידה למגדר במשרד הבריאות.

- הסתדרות האחיות בישראל.

ארגונים אלה יוכלו לספק לך תמיכה רגשית, ייעוץ משפטי, ליווי למוסדות ולבתי משפט והגנה מפני פגיעה נוספת.

חשוב לדעת

- אסור להפעיל נגדך סנקציה על כך שהתלוננת או בירת.

- גם אם האירוע התרחש מחוץ לשעות העבודה (למשל, בשיחת טלפון או בהתכתבויות), עדיין מדובר בהטרדה במסגרת יחסי עבודה.

- החוק עומד לצדך, ולא דורש הוכחה "מלאה" כדי לטפל במצב.

- את לא לבד.

לסיכום

הסקירה מציגה את ממדי תופעת ההטרדה המינית בקרב אחיות ואחים בישראל



ביבליוגרפיה

1. חוק למניעת הטרדה מינית, התשנ"ח-1998. ספר החוקים 1669, עמ' 166.
2. נציבות שירות המדינה. תפיסת ההפעלה לממונה על השוויון המגדרי והממונה על הגיוון התעסוקתי בשירות המדינה - 2024. ירושלים: ממשלת ישראל; 2024.
3. Fitzgerald LF, Cortina LM. Sexual harassment in work organizations: A view from the 21st century. In: Travis CB, White JW, Rutherford A, Williams WS, Cook SL, Wyche KF, editors. APA handbook of the psychology of women: Vol. 2. Perspectives on women's private and public lives. Washington, DC: American Psychological Association; 2018. p. 215–234.
4. Lu L, Dong M, Lok GKI, Feng Y, Wang G, Ng CH, et al. Worldwide prevalence of sexual harassment towards nurses: A comprehensive meta-analysis of observational studies. J Adv Nurs. 2020;76(4):980–990.
5. Smith KM, Markwell A, Naughton C, Ramsey LP, Hardy C. "I just stay silent": Facilitators and barriers to reporting sexual harassment in healthcare. Med Educ. 2023;57(3):213–221.
6. Keplinger K, Johnson SK, Kirk JF, Barnes CM. Women at work: Changes in sexual harassment between September 2016 and September 2018. PLOS One. 2019;14(7):e0218313.
7. נציבות שירות המדינה. דו"ח שוויון מגדרי בשירות המדינה 2023. ירושלים: ממשלת ישראל; 2023.
8. Shaw E, Hegewisch A, Hess C. Sexual harassment and assault at work: Understanding the costs. Institute for Women's Policy Research. 2018;IWPR B376:1–12.
9. Kahsay WG, Negarandeh R, Dehghan Nayeri N, Hasanpour M. Sexual harassment against female nurses: a systematic review. BMC nursing. 2020 Jul 13;19(1):58.
10. Zeighami M, Zakeri MA, Mangolian Shahrabaki P, Dehghan M. Strategies to prevent workplace sexual harassment among Iranian nurses: a qualitative study. Frontiers in Psychology. 2022 Aug 22;13:912225.
11. Papantoniou P. Sexual harassment and organisational silencing in nursing: a cross-sectional study in Greece. BMJ open. 2021 Nov 1;11(11):e050850.
12. La Torre G, Firenze A, Colaprico C, Ricci E, Di Gioia LP, Serò D, Perri G, Soncin M, Cremonesi D, De Camillis N, Guidolin S. Prevalence and risk factors of bullying and sexual and racial harassment in healthcare workers: a cross-sectional study in Italy. International journal of environmental research and public health. 2022 Jun 6;19(11):6938.
13. Ghaffar I, Azeem I, Khaskheli WA, Khan M. unspoken challenges: sexual harassment and its impact on social and professional life of female nurses in karachi. Priority-The International Business Review. 2024;2(2):259-64.
14. Navarro-Abal Y, Climent-Rodríguez JA, Vaca-Acosta RM, Fagundo-Rivera J, Gómez-Salgado J, García-Iglesias JJ. Workplace violence: impact on the commitment and involvement of nurses at work. Journal of Nursing Management. 2023;2023(1):9987092.

ועדת המערכת מאחלת לאחים ואחיות ישראל ולבני משפחותיהם שנת בריאות ושלווה





קמעות וכמיהות-

הקשר בין אמונות תרבותיות ותקווה:

השוואה בין צוותי טיפול נמרץ ובין משפחות המטופלים בטיפול נמרץ

מיכל בר ישראלית¹, RN, BA, אלכסנדר פורמנוב², RN, MA, ג'ולי בנבנישתי³, RN, PhD,

¹ המחלקה לטיפול נמרץ לב-חזה נירוכירורגיה, ² אח ראשי, המחלקה לטיפול נמרץ לב-חזה נירוכירורגיה,

³ בית הספר לאחיות

המרכז הרפואי האוניברסיטאי הדסה

סופרת מכותבת: miba875@gmail.com

תקציר

תקווה היא מרכיב בעל משמעות בתהליך החלמה במצבים רפואיים, ובהתאמה, נוכחות פרקטיקות אמוניות וטקסיות נצפתה בקרב מטופלים ומשפחותיהם במחלקות טיפול נמרץ. תועדו מקרים רבים בהם מטופלים ומשפחותיהם עורכים תפילות וטקסים ומשתמשים בקמיעות מסוגים שונים. המחקר הנוכחי בחן אמונות תרבותיות וריטואלים של יהודים, מוסלמים ונוצרים. המחקר מבוסס שאלונים במטרה לעמוד על הקשר ההוליסטי בין אמונות תרבותיות ותקווה בקרב בני משפחה של מטופלים וצוות רפואי בשש מחלקות טיפול נמרץ. ממצאי המחקר הנוכחי מצאו קשרים חיוביים ומשמעותיים סטטיסטית בין אמונות תרבותיות ורמת תקווה. רוב אנשי הצוות ובני המשפחה מאמינים כי תפילה מובילה לתוצאות טובות, וכי תפילה משפיעה על הבריאות. בני משפחות המטופלים מאמינים בשכיחות גבוהה יותר באמירת תפילות, במחשבות המשפיעות על הגורל, בברכת איש דת היכולה להביא מזל טוב, ובשימוש בקמיעות להגנה מנזק והשפעה מיטיבה על הבריאות. אמונות תרבותיות אלו מסייעות לאנשים להתמודד

רקע

עם חוסר ודאות ומפחיתות חרדה. למאפיינים דמוגרפים ותרבותיים הייתה השפעה מועטה על קשרים אלו.

מימי קדם ועד ימינו הקמעות נחשבים לפריטים פופולריים ביותר בקרב בני תרבויות וקהילות השונות, וקשורים כמעט בכל תחומי החיים. הצורך בהגנה מפני סכנות למיניהן היא תגובה אנושית טבעית, המתגברת שבעתיים כשהאיום בלתי נשלט או אינו ידוע. בני אדם נאלצו להתמודד עם תלאות החיים כמו פגעי מזג אוויר, מחלות ותאונות, ועשו ככל יכולתם כדי לגבור עליהן. דוגמא אוניברסלית לשימוש בקמעות היא האמונה כי הם מגינים מהשפעת שדים ורוחות. אמונה זו מייחסת לקמע יכולת הגנה, שמירה וחזיקה באמצעות האלים או הכוח הקדוש השולט בעולם. הקמיעות נוצרו כדי לפייס את מחוללי הסכנה והפגעים הללו, וכדי להגן על בעלי הקמיעות מפניהם⁽¹⁻⁴⁾. מקובלת הטענה שעצם האמונה נותנת כוח רפוי. במצבים של חולי, אי-שליטה וסכנת חיים, אנשים מחפשים אחיזה ותקווה בפעולות הנחשבות מסורתיות. כאשר אדם קושר בין שינוי חיובי במצב

הרפואי שלו או של יקיריו לבין פעולות כמו תפילה או פרקטיקות רוחניות, יש בכך מרכיב של תקווה. תקווה היא מושג פסיכולוגי רחב, רב-ממדי המתקשר עם ציפיותו של אדם להשגת תוצאות נחוצות המבוססות על מטרות עתידיות מציאותיות. תקווה יכולה להיות גורם מעודד שמשמר את ההתנהגות במטרה להשיג מטרה מסוימת. שלא כמו אופטימיות, שהיא קו אישיות שמתייחס לציפייה העקרונית שהעתיד יהיה טוב, תקווה היא מצב נפשי קונקרטי שניתן לטיפול. זו הציפייה שמשוה טוב יקרה הודות לפעולה מסוימת. כנראה שיש קשר בין חוויית תקווה לבין התנהגות מקדמת בריאות. כיום מצטברות עדויות מחקריות כי תקווה והתערבות מעודדת תקווה יכולות להשפיע על איכות החיים של חולים, כמו בירידה בתסמיני דיכאון ובהפחתת כאב פיזי. "אם התקווה הייתה תרופה, ה-FDA היה מאשר אותה"^(5,6).

רבים עשויים להיות מופתעים מהעובדה שקשה להגדיר מהי 'דת' ומהי 'מאגיה', ושהגבולות ביניהן לעיתים קרובות מטושטשים. לכן יש המגדירים את היהדות כדת מאגית או מאגיה בעלת שורשים דתיים עמוקים⁽⁷⁾. אפשר להגדיר דת כהבעה



מוסדית של אמונות וערכים משותפים. אפשר להגדיר רוחניות כאמונה אישית, לא מוסדית וחיונית בחוויה מיסטית, ולא בהכרח אמונה באלוהים שמספקת כיוון ומשמעות. אמונה יכולה להתבטא ב'שפה המאגית', בפעולות להן היבט תקשורתי, כגון: דיבור, כתב, טקס⁽⁸⁾. השפה המאגית היא שפה ביצועית, תכליתית לפעול באמצעות הדיבור לשינוי המציאות. המאגיה היהודית היא מערכת ממוסדת למדי של פעולות לחש וטקסט, המיועדת לשפר את חיי היומיום של האדם, גברים ונשים כאחד. עקרונותיה מושתתים על אמונה עזה בקיום ישויות על-טבעיות וכוחות נעלמים רבי-עוצמה בעולם, וביכולתו של האדם להכניעם ולכוונם לפעול כרצונו⁽⁹⁾. למשל, תפילה מוגדרת כהבעה אוניברסלית של רצון אנושי להיבלע עם הקודש או המקודש, והיא מיושמת בקרב מאמינים דתיים ללא דת⁽¹⁰⁾. רבים משלבים אלמנט של תפילה רוחנית בחיי היומיום.

מספר השקפות תרבותיות ורוחניות כוללות אמונה באמונות טפלות/תפלות⁽¹¹⁾. אמונה טפלה מוגדרת כאמונת לוואי, שאינה האמונה הראשית המרכזית, וכן כאמונה חסרת טעם, כי לא תעזור בכל מקרה. לעיתים קרובות זו אמונה שנוגדת את חוקי הטבע וחסרת בסיס מדעי. כלומר, אם פלוני מאמין שבכוח המחשבה שלו או באמצעות פעולה או חפץ ביכולתו להשפיע על משהו שיקרה או לא יקרה, זו כנראה אמונה טפלה. בדרך כלל האדם שמחזיק באמונה טפלה יודע שהיא טפלה⁽¹²⁾. אוכלוסיות אתניות שונות מייחסות לפרקטיקות מגוונות ('אמונות טפלות') יכולת להשפיע על מציאות^(13,14). למשל, הליכה מתחת לסולם (מזל רע) או שימוש בחמסה (מזל טוב). אנו מוצאים סימנים מאגיים שחדרו למאגיה היהודית, המוסלמית והנוצרית מן העולם היווני-הרומי והשתכנו בהן דרך קבע. הוצע שבין המאגיה היהודית

והמוסלמית מתקיים תהליך שאילה בין-תרבותי דו-כיווני והדדי^(7,15).

במשך שנים רבות של עבודה בטיפול נמרץ צפיתי במקרים רבים בהם מטופלים ומשפחותיהם השתמשו בפרקטיקות חזותיות, מילוליות ובטקסים שלא מעולם הרפואה. פרקטיקות אלו כללו תפילות, טקסים וקמענות מסוגים שונים (איור 1). בשיחות שניהלתי איתם גיליתי את החשיבות הרבה של התפילות, הטקסים והקמענות על האמונה והתקווה של המטופלים ומשפחותיהם שיבראו. בתייעוד הקמיעות, הטקסים, התפילות והפרקטיקות השונות סביב מיטת המטופל, נחשפתי לעולם שלם של עושר עצום הכולל עיצובים עכשוויים לצד עתיקים, תרבות חומרית יהודית, נוצרית ומוסלמית של סמלים חזותיים וטקסטים מאגיים מתורת הנגלה והנסתר, טקסים שנערכו סביב מיטת המטופל, מלאכים ושדים במסורות השונות וכוחות הריפוי ברפואה בנס, במבחן האמונה ובאפקט האין-בו (פלציבו). המחקר הנוכחי בחן אמונות תרבותיות וריטואלים של יהודים, מוסלמים ונוצרים. התייחסנו למכלול פעולות שבבסיסן רעיון רוחני, אמונות שמגנות ממזל רע (למשל, הימנעות מחתולים שחורים, לא לעבור מתחת לסולם, לא לפתוח מטריה בבית, להימנע ממראה שבורה, נקוש על עץ שלוש פעמים), ומנגד אמונה שמטרתה לזמן את המזל הטוב (למשל, להצליב אצבעות, ללבוש חולצת מזל, לכתוב דברים חשובים בעט מסוים). ייתכן שחלוקה זו היא מלאכותית, כי למעשה ברגע שמזמנים את המזל הטוב מרחיקים או מבטלים את המזל הרע ולהפך. המדד המודד תקווה במחקר זה נבחר על מנת להבחין בקשר ההוליסטי בין אמונות תרבותיות ובין זיהוי סימנים למצבים רגשיים שונים (כמו ייאוש כאשר הדברים משתבשים או הקלה כאשר מצב המטופלים משתפר) בסביבה

של טיפול נמרץ.

מטרות והשלכות המחקר: (א) לתאר

שיעור אמונות תרבותיות ורוחניות בקרב בני משפחה של מטופלים בטיפול נמרץ, ולתאר שיעור אמונות תרבותיות ורוחניות בקרב צוותים של טיפול נמרץ. (ב) לבחון את הקשר בין עמדות אמונה רוחנית ותקווה בקרב צוותי הרפואה והסיעוד בטיפול נמרץ. (ג) לבחון את הקשר בין עמדות אמונה רוחנית ותקווה בקרב בני משפחה של מטופלים בטיפול נמרץ. בהתבסס על תוצאות ראשוניות אלו להציע התערבות רלוונטית לעובדי הסיעוד במחלקות טיפול נמרץ.

שיטות

מחקר תיאורי מתאמי באמצעות דגימת נוחות התבצע במרכז הרפואי האוניברסיטאי הדסה עין כרם. נכללו כל שש יחידות המרכז לטיפול נמרץ: לב-חזה, קרדילוגי, נירוכירורגי, ילדים, פנימי וטיפול נמרץ כללי. שאלונים אנונימיים ומקודדים חולקו לבני משפחה של מטופלים ולצוות הרפואי במרכז.

בן משפחה מוגדר כקרוב למטופל (או קרוב משפחה או אדם שמגדיר את עצמו כקרוב - "אדם משמעותי"), עד שני בני משפחה לכל מטופל. הוקדש זמן במהלך פגישות צוות לחלוקת השאלונים לצוות ולפגישות עם אחות ראשית מכל מחלקה. כל בן משפחה גויס על ידי אחד מהחוקרים לאחר שהאחות המטפלת זיהתה איזה בן משפחה שייך לאיזה מטופל בטיפול נמרץ. התבצע סיבוב יומי בכל חדרי ההמתנה של כל שש היחידות לטיפול נמרץ, עד שהושג גודל דגימה מספק.

כלי איסוף נתונים: מכיוון שלא היה בנמצא שאלון הבודק אמונות תרבותיות (פרקטיקות רוחניות, טקסים, חמסות, תפילות וקסמים), נדרש היה לפתח כלי מחקר ייחודי למטרה



איור 1: מגוון קמיעות וחפצים סמליים בהם עשו שימוש מטופלים מוסלמים, נוצרים ויהודים במחלקות טיפול נמרץ בבית החולים הדסה עין כרם בירושלים ותועדו במסגרת המחקר, ומשקפים את מגוון האמונות התרבותיות ואת הרב תרבותיות של באי המרכז הרפואי.

ביחידות אלו. על מנת להשיג עוצמה של 80% ורמת מובהקות של 0.05, חישובנו דגימה מייצגת של 90 אחיות ו-120 בני משפחה. קריטריוני ההכללה לאחיות היו עבודה של לפחות שלושה חודשים ביחידת טיפול נמרץ. קריטריוני ההכללה לבני משפחה היו כי אדם אהוב עליהם היה מאושפז לפחות 24 שעות בטיפול נמרץ. בשלב הראשוני לניתוח הנתונים חושבו משתני המחקר, כדי להשיג אמינות פנימית באמצעות מבחן קרונבך-אלפא (בציון 0.76). כל הנתונים הדמוגרפיים נותחו באמצעות סטטיסטיקות תיאוריות על ידי חישוב ממוצע, תדירות, סטיית תקן ומדד חציוני. כדי לבחון קשרים בין האמונות השונות ורמת התקווה, חושב ציון כללי לשאלון התקווה. בוצעו חישובי מתאם ספירמן בין כל אחת מהאמונות ורמת התקווה. כדי לבחון הבדלים בין הקבוצות ברמת האמונה באמונות השונות, בוצעו מבחני חי-ריבוע בהשוואה בין שיעורי

קשרים בין סקאלת התקווה הממלכתית לבין חמישה סולמות קיימים, ונמצאה התאמה טובה. נמדדה תקפות הבחנה והציון בסקאלת התקווה הממלכתית הראה קשר חיובי חזק לציונים בסקאלת התקווה הנטייתית, שנלקחה באותו הזמן. דוגמת שאלה: "יש הרבה דרכים להתמודד עם כל בעיה שאני נתקל בה עכשיו" (נכון בהחלט 6, שקר מוחלט - 1). השאלון תורגם כך שכל נשאל קיבל שאלון בשפת האם שלו. הכלי הסופי הוערך על ידי חוקרי תרבויות ומומחים רוחניים ונמצא תקף. לאחר בדיקת פיילוט נמצא כי לכלי המחקר הנוכחי יש עקביות פנימית של 0.87.

ניתוח נתונים: הנתונים שנאספו הוזנו לתוך תוכנת Excel ונותחו באמצעות תוכנת סטטיסטיקה (SPSS version 25 statistical software). גודל הדגימה חושב באמצעות תוכנת ביו-סטטיסטיקה (18). בסך הכל, יש 67 מיטות ו-168 אחיות העובדות

זו. פיתוח השאלון התבסס על תצפיות ותיעוד במחלקות, סקירת ספרות, ראיונות עם חוקרי תרבויות ודיונים עם מנהיגים רוחניים בקהילה. הכלי כולל רשימה של 48 אמונות תרבותיות, רוחניות, תפילות והתנהגויות תרבותיות שונות (נבחרו מתוך: 16), לגביהן נשאלות שתי שאלות: שאלה אחת שואלת את המשתתף האם הוא מאמין (כן או לא) בכל אחת מהאמונות התרבותיות, והשאלה השנייה שואלת את המשתתף האם הוא מאמין שבראות/מחלה מושפעות מהאמונות הללו. כדי למדוד תקווה נעשה שימוש בשאלון סולם מצב התקווה ((State Hope Scale 17). שאלון זה כולל שש הצהרות שלפיהן המשתתפים מסכימים בסולם ליקרט של שש נקודות, הנע בין אחד (שקר מוחלט) לשש (נכון בהחלט). הציון כולל את סכום הנקודות והטווח נע בין 36-6. ציון גבוה מציין רמה גבוהה של תקווה. תהליך האימות המקביל בוצע על ידי חישוב



האמונות השונות. משמעות סטטיסטית נקבעה על פי $p < 0.05$.

אישורים אתיים ומוסדיים: ועדת האתיקה המוסדית נתנה אישור לביצוע מחקר זה (מספר אישור-HMO-20-0170) ועדת האתיקה במוסד העניקה למחקר פטור מקבלת הסכמה מדעת עבור אחיות, רופאים ובני משפחה, שכן השאלונים היו אנונימיים ולא נדרשו פרטים מזהים.

ממצאים

תיאור דמוגרפי של הצוות הסייעודי ומשפחות החולים: במחקר השתתפו 100 עובדי צוות סיעודי, מתוכם 71.4% נשים. ממוצע שנות ההשכלה עמד על 17.64 (סטיית תקן 3.35). כ-40.5% מהמדגם הגדירו עצמם חילונים, 31% מסורתיים ו-28.6% דתיים. מרבית המשתתפים במדגם (65.6%) הינם נשואים. במחקר השתתפו 133 בני משפחה של מטופלים, מתוכם 51.5% נשים. ממוצע שנות ההשכלה עמד על 13.76 (סטיית תקן 4.37). כמחצית מבני המשפחה במדגם הגדירו עצמם כמסורתיים (52.7%) והשאר חילונים (22%), או דתיים (25.3%). כ-70% מכלל המשתתפים יהודים וכ-28% מוסלמים. מרבית המשתתפים במדגם (73.5%) הינם נשואים. מבחינת קרבה למטופל, מרבית המשתתפים היו הורי המטופל (32.6%) או בן/בת של המטופל (34.8%).

סטטיסטיקה תיאורית של האמונות והקשר בין האמונה לבין תקווה בקרב הצוות הסייעודי: מעל למחצית מכלל המשתתפים במדגם מאמינים באמירת תפילות להביא תוצאה טובה (61%), בתפילת הדרך (54%) ובעין רעה (52%). בהמשך לכך, נמצאו גם האמונות הבאות כאמונות חזקות (גרף 1): נבואה שמגשימה את עצמה (47%), חלומות נבואיים (41%), שמע ישראל (39%) מחשבות של אנשים

(39%), פעולות המשפיעות על הגורל (35%), וברכה של איש דת (34%). באופן כללי, קיימת התאמה בין רמת האמונה של הנבדק באמונה מסוימת לבין רמת ההשפעה שלה על בריאות המטופל לתפיסתו. כלומר, כאשר נבדק מאמין שאמונה מסוימת היא חשובה, הוא גם בדרך כלל מאמין שהאמונה משפיעה לטובה על בריאות המטופל (גרף 2). על מנת לבחון קשרים בין האמונות השונות לבין רמת התקווה, חושב ציון כללי לשאלון התקווה. בהמשך, חושבו מתאמי ספירמן בין כל אחת מהאמונות לבין רמת התקווה. נמצאו מספר מתאמים חיוביים בין חלק מהאמונות לבין רמת התקווה. בפרט, נמצא כי אנשים המאמינים שאסור לפתוח מטרייה בבית, שחמסה מביאה מזל, שללכת מתחת לסולם מביא מזל רע, שיש חפצים המביאים מזל, ב-12 אבני חושן וכן שפעולות מסוימות עלולות להביא למזל רע, מדווחים גם על רמת תקווה גבוהה יותר בהשוואה לאנשים שאינם מאמינים באמונות אלו.

סטטיסטיקה תיאורית של האמונות והקשר בין האמונה לבין תקווה בקרב בני המשפחה: כמעט כל בני המשפחה דיווחו על כך שהם מאמינים שאמירת תפילות יכולות להביא לתוצאה טובה (96%). בנוסף, האמונות הבאות נמצאו כבעלות השפעה רחבה במדגם: אותיות עשרת הדיברות (87%), שימוש בקמעות כהגנה מנזק (75%), שמחשבות של אנשים משפיעות על גורל אחרים (69%), שברכה של איש דת יכולה לשנות את המזל (68%), שנבואה מגשימה את עצמה (67%) וכן האמירה "מזל וברכה" (66%). באופן כללי, קיימת התאמה בין רמת האמונה של הנבדק באמונה מסוימת לבין רמת ההשפעה שלה על בריאות המטופל לתפיסתו. כלומר, כאשר נבדק מאמין

שאמונה מסוימת היא חשובה, הוא גם בדרך כלל מאמין שהאמונה משפיעה לטובה על בריאות המטופל. על מנת לבחון קשרים בין האמונות השונות לבין רמת התקווה, חושב ציון כללי לשאלון התקווה. בהמשך, חושבו מתאמי ספירמן בין כל אחת מהאמונות לבין רמת התקווה. נמצאו מספר מתאמים חיוביים בין חלק מהאמונות לבין רמת התקווה. בפרט, נמצא כי אנשים המאמינים שחמסה מביאה מזל, שמאמינים בהורסקופ, במגן דוד, באותיות של עשרת הדיברות, ובתפילת הדרך מדווחים גם על רמת תקווה גבוהה יותר בהשוואה לאנשים שאינם מאמינים באמונות אלו. בהמשך נבחנו הבדלים ברמת האמונה וברמת התקווה על פי רמת החומרה של החולה (קל-בינוני בהשוואה לקריטי-אנוש). בבדיקה זו נמצא הבדל מובהק, כאשר רמת התקווה של בני משפחה לחולים במצב קל או בינוני הינה גבוהה יותר (ממוצע=4.76, סטיית תקן=0.98) בהשוואה לבני משפחה לחולים במצב קריטי או אנוש (ממוצע=4.44, סטיית תקן=0.82), $p = 0.06$. לא נמצא הבדל במספר האמונות של בני משפחה לחולים במצב קל או בינוני הינה גבוהה יותר (ממוצע=14.01, סטיית תקן=8.22) בהשוואה לבני משפחה לחולים במצב קריטי או אנוש (ממוצע=13.59, סטיית תקן=7.90), $p = 0.84$.

הבדלים בין הקבוצות באמונות: על מנת לבחון הבדלים בין הקבוצות ברמת האמונה באמונות השונות (גרף 3), נערכו מבחני חי בריבוע המשווים בין שיעורי האמונות השונות. נמצא כי בני המשפחה מאמינים בשכיחות גבוהה יותר באמירת תפילות, שמחשבות של אנשים יכולות להשפיע על גורל של אחרים, שברכה של איש דת יכולה לשנות מזל, נישוק מזוזה לשמירה, מזל וברכה, שימוש בקמעות להגנה מנזק,

שטר של הרבי מלובביץ', עשרת הדיברות, וכן פיל עם חדק מורם. בהמשך לכך, נמצא כי קיימת אמונה חזקה יותר גם שאמונות מסוימות משפיעות לטובה על בריאות המטופל, בעיקר בהיבטים הבאים: שמחשבות יכולות להשפיע על גורל של אנשים אחרים, ברכה של איש דת, מזל וברכה, שימוש בקמעות להגנה מנזק, עשרת הדיברות ופיל עם חדק מורם. כן נמצא כי במחלקת טיפול נמרץ ילדים ישנו שימוש גבוה יותר באמונות שונות (ממוצע 16.07, סטיית תקן 10.71) בהשוואה למחלקות האחרות ($p=0.031$). לא נמצא הבדל בין המחלקות ברמת התקווה. עוד נמצא כי לא-יהודים (ממוצע 6.74, סטיית תקן 8.51) הם בעלי תקווה גבוהה יותר בהשוואה ליהודים (ממוצע 4.60, סטיית תקן 0.73) ($p=0.019$). לא נמצאו הבדלים ברמת ההשכלה.

דין

הימצאות בן משפחה מאושפז בטיפול נמרץ היא אירוע משברי. בני המשפחה חווים רמות גבוהות של חרדה ועשויים להסתייע במגוון דרכים להתמודדות עם המצב. אלמנט משמעותי בהתמודדות הוא האמונה התרבותית רוחנית⁽¹⁹⁾. מעבר לפרדיגמה הרפואית המערבית המסורתית קיים גם מגוון רחב של הסברים לגבי הסיבה למחלה, המספקים אסטרטגיות לשיקום הבריאות (למשל בצפון אתיופיה, הכרה באמונות תרבותיות, מסורות מיסטיות, פולחן, טקסים רוחניים, אירועים סמליים וחפצי אמונה רוחניים אשר מטופלים ומשפחותיהם מאוד מאמינים בהם (בחיי היומיום ובפרקטיקה קלינית), הינה חלק בלתי נפרד מגישה הוליסטית מקיפה בטיפול הרפואי, בתהליך ההחלמה ובטיפול הממוקד במטופל ומשפחתו^(22,21). כמו כן, בקרב אנשי מקצוע בטיפול קריטי, אירועים יומיים שכוללים מוות

ומחלה יכולים להוביל לשחיקה⁽²³⁾. ארגון הבריאות העולמי מעודד מדיניות הדוגלת בגישה הוליסטית תרבותית המתאימה לצרכים האישיים של המטופלים ומניעת אי שוויון. גישה הוליסטית במתן טיפול סיעודי היא אסטרטגיה כוללת המטפלת בכל היבטי הטיפול הממוקד במטופל, תוך התייחסות לצרכים נפשיים, רוחניים וחברתיים של המטופל^(24,25). סקירת הספרות שלנו העלתה מחקרים שעסקו בקשר ההוליסטי בין אמונות תרבותיות, רוחניות, ריטואלים ותקווה⁽²⁶⁻²⁸⁾, אך מעטים התייחסו לתפיסות הצוות הסיעודי, רפואי ומשפחות מטופלים.

המחקר שלנו בדק את הקשר ההוליסטי בין האמונות התרבותיות והתקווה להחלמה בקרב צוותי הרפואה ובני משפחות המטופלים בשש יחידות טיפול נמרץ במרכז הרפואי הדסה עין כרם. השערת המחקר היא שבאמצעות מתודולוגיה איכותנית ניתן להבין כיצד האמונות הללו משפיעות על קידום בריאות, רוחחה, התמודדות ותקווה באופן שיספק לאחיות כלים הוליסטיים ורוחניים לתמיכה.

במחקר נמצא כי רוב אנשי הצוות ובני המשפחה מאמינים כי תפילה מובילה לתוצאות טובות, וכי תפילה משפיעה על הבריאות. כן נמצאו קשרים חיוביים בין כמה אמונות תרבותיות ורמת התקווה. ניתוח התוצאות מעלה כי שיעור האמונות התרבותיות של בני המשפחה היה גבוה משמעותית בהשוואה לצוות טיפול נמרץ. נמצא הבדל ברמות התקווה של בני המשפחה של מטופלים במצב קל או בינוני, שהיו גבוהות באופן משמעותי בהשוואה לבני המשפחה של מטופלים במצב קריטי. בנוסף, ניכר שסימנים קטנים לשיפור במצב הבריאות של המטופל היו קשורים באופן חזק לתחושות של תקווה, ובני המשפחה שמו לב לכל דבר חיובי במצבים קשים. על אף שהתבצע במרכז

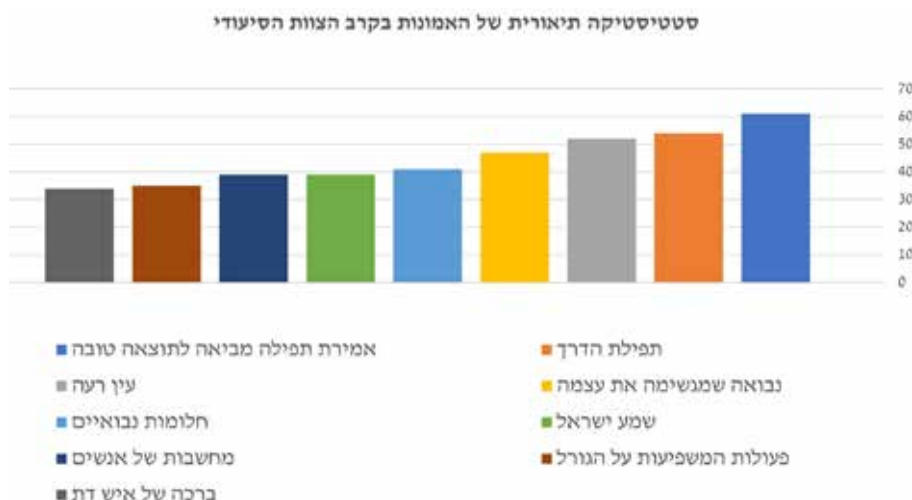
רפואי אחד בלבד, המחקר התייחס הן לאנשי הצוות והן למטופלים בקשת תחומי טיפול נמרץ, ולמגוון דתות, תרבויות ואומות שונות. לכן, מוצע כאן כי האמונות התרבותיות והרוחניות חשובות ומגוונות עבור משפחות המטופלים בטיפול נמרץ, מקדמות התמודדות ועמידות, ועבור אנשי מקצוע מונעות שחיקה והתשה רגשית. צוות רפואי המכיר את האמונות התרבותיות של המשפחות והמטופלים, ויודע לזהות ולתמוך באמונות התרבותיות, עשוי לעודד תחושת תקווה בחולים ובני משפחותיהם. על האחיות לדאוג לאמונות התרבותיות והרוחניות שלהן, וכן לתמוך ולעודד את בני המשפחה בזמן משבר.

השלכות עבור הסיעוד

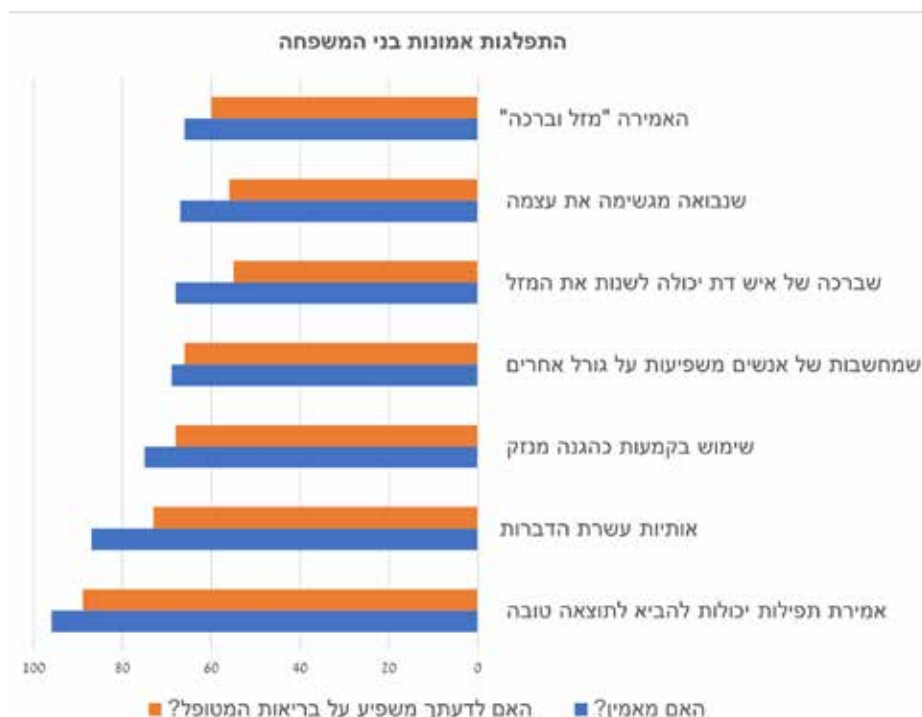
1. הצוותים הסיעודיים צריכים לאפשר למשפחות לנהל תפילות וטקסים סביב מיטת המטופל.
2. יש לאפשר למשפחות המטופלים להשאיר עם המטופל קמיעות, בשל אמונתם החזקה בהשפעתם המיטיבה על בריאות המטופל והחלמתו והעובדה שהם מעניקים למשפחה כוח ותחושה שביכולתה לפעול למענו.
3. יש לאפשר למשפחות שימוש תפילות, קמיעות, וטקסים גם כאשר הצוות לא מאמין בהשפעתם על הבריאות.
4. יצירת תקווה מקטינה כאב, חרדה ומקדמת בריאות ורווחה. יש להכשיר סטודנטים וצוותים בסדנאות תקווה.
5. לגבי תקווה במסגרת טיפול נמרץ, הצוות הסיעודי צריך להעריך את האמונות הרוחניות והנורמות התרבותיות של המשפחות והמטופלים כדי להעניק טיפול שמתמקד במשפחה/מטופל.
6. התקווה יכולה להיות להחלמה מלאה, כמו גם למוות נטול כאבים.
6. יצרת שקט ייעודית לקמיעות ולתפילות עליה כתוב בעברית, ערבית ואנגלית את המילה "קמיע", ואותה ניתן לחבר למיטת



גרף 1: האמונות התרבותיות הנפוצות ביותר בקרב צוות רפואי במחלקות טיפול נמרץ שהשתתפו במחקר (באחוזים).



גרף 2: אמונות תרבותיות נפוצות במיוחד בקרב בני משפחה של מטופלים בצוות רפואי במחלקות טיפול נמרץ שהשתתפו במחקר (באחוזים).



המטופל. בזאת, הצוות מביע את הכבוד לאמונות הרוחניות של המטופל ומשפחתו (איור 2).



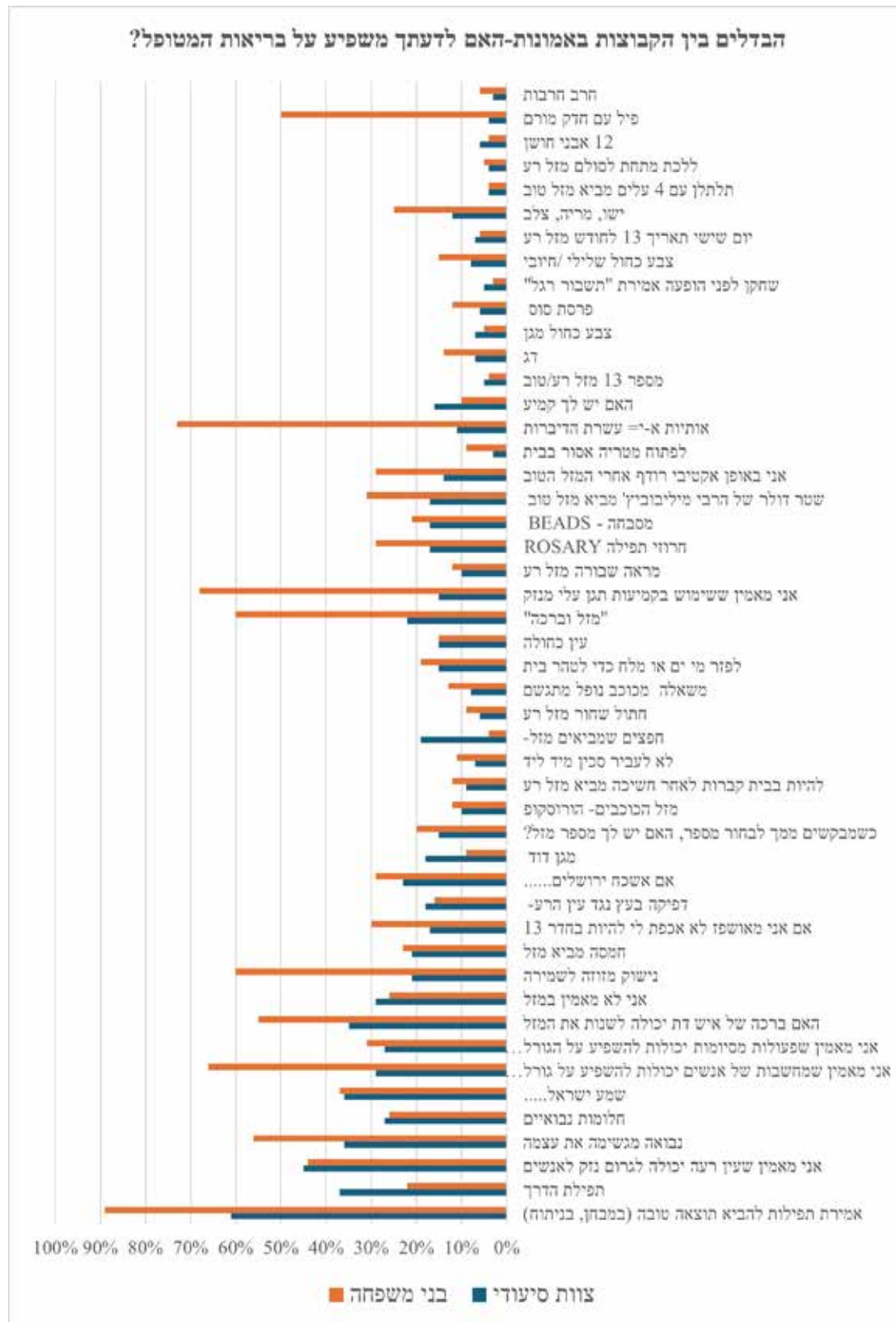
איור 2: שקית ייעודית לקמיעות ולתפילות עליה כתוב בעברית, ערבית ואנגלית את המילה "קמיע" ואותה ניתן לחבר למיטת המטופל.*

מסקנות

משפחות של מטופלים חולים קריטיים נשענות רבות על תפילות, קמיעות וטקסים כדי להתמודד עם אשפוזים במחלקת טיפול נמרץ. עם זאת, ישנו הבדל בשכיחות ההחזקה באמונות תרבותיות אלו בין הצוות הרפואי שמעורב בטיפול במטופלים ובני המשפחות. היכולת להתייחס בצורה הוליסטית לאמונות דתיות, רוחניות ולתרבויות שונות, ולעזור למשפחות המטופלים לשמור על אמונותיהם ולטפח תקווה במהלך האשפוז, היא היבט חשוב בטיפול הוליסטי ומקיף. עלינו להעלות את המודעות לנושא זה בקרב צוותי הרפואה, כך שיוכלו להשתלב עם מסורות ואמונות המשפחות ולהעניק טיפול הוליסטי שיביא לשיפור יכולת המשפחות להתמודד עם הלחץ שנוצר בעקבות אשפוז ביחידת טיפול נמרץ.

* לגבי המילה "קמיע" בערבית היו יותר מחמש אפשרויות, התייעצתי עם אנשי אקדמיה וכך נבחרה המילה.

גרף 3. רמות פופולריות של באמונות תרבותיות בקרב צוות רפואי ובני משפחות של מטופלים שהשתתפו במחקר (באחוזים).





7. בוהק, ג. (2018). המגעים בין המאגיה היהודית והמאגיה המוסלמית בימי הביניים ובעת החדשה. בתוך: ח'מסה ח'מסה ח'מסה: גלגולו של מוטיב באמנות ישראלית עכשווית, שמיר, שירת-מרים; נוי, עידו (עורכים). יד לא' מאיר המוזיאון לאומנות האסלאם, ירושלים. 28-36
4. גרוס, ויליאם. (2019). תכשיטי קמע יהודיים מן העולם המוסלמי. בתוך: שפת התכשיט, פישוף, איריס (עורכת). יד לא' מאיר - המוזיאון לאומנות האסלאם, ירושלים. 131-139.
1. דייויס, ע. פרנקל, ד.א. (1995). הקמיע העברי. הוצאת מכון יעוז סיוע ומחקר למדעי יהדות, ירושלים. 212 עמודים.
8. הררי, י. (2018). מאגיה יהודית: עקרונות, פעולות, מטרות. בתוך: ח'מסה ח'מסה ח'מסה: גלגולו של מוטיב באמנות ישראלית עכשווית, שמיר, שירת-מרים; נוי, עידו (עורכים). יד לא' מאיר המוזיאון לאומנות האסלאם, ירושלים. 18-28
9. הררי, י. (2021). בין כישוף לקבלה מעשית: שמע ישראל כפרקסיס ביצועי. בתוך: שמע ישראל: על קמיעות, סגולות, ומאגיה, בנוביץ, ננסי; מבורך, דודי (עורכים). מוזיאון ישראל, ירושלים 75-92.
3. מטרס, חגית. (2017) "אשא עיני אליההרים מאין יבא עזרי"? פסוקי תהלים על גבי קמעות לרפואה. בתוך: אסיף ליסיף כח: מחקרים בפולקלור ובמדעי היהדות לכבוד פרופסור עלי יסיף. רזון, טובה; אריה ספיר, נילי, זבה-אלרן, צפי; רוטמן, דודו. (עורכים). אוניברסיטת תל-אביב, תל אביב. 313-352.
15. צבר, שלום. (2000) תורה ומגיה - ספר התורה ואבזריו כחפצים מגיים בתרבות ישראל באירופה וברצות האסלאם, פעמים: רבעון לחקר קהילות ישראל במזרח, 85, יד יצחק בן צבי, ירושלים. עמודים 149-179. <https://www.jstor.org/stable/2342945>.
3. צבר, ש. (2018), כיצד נכנסה החמסה לבית הכנסת? גלגולו ח'מסה ביהדות ובתרבות העממית בישראל. בתוך: ח'מסה ח'מסה ח'מסה: גלגולו של מוטיב באמנות ישראלית עכשווית, שמיר, שירת-מרים; נוי, עידו (עורכים). יד לא' מאיר המוזיאון לאומנות האסלאם, ירושלים. 44-54.
19. Benbenishty, J., & Biswas, S. (2015). Cultural competence in critical care: case studies in the ICU. *Journal of Modern Education Review*, 5(7), 723-728.
21. Bialek, K., & Sadowski, M. (2021). Stress, anxiety, depression and basic hope in family members of patients hospitalised in intensive care units—preliminary report. *Anaesthesiology intensive therapy*, 53(2), 134-140. <https://doi.org/10.5114/ait.2021.105728>.
12. Caspi, A., Shmuel E., Chajut, E. (2024). A Quantitative Examination of Half-Belief in Superstition. *Journal of Individual Differences*, 45(1), 16–31. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000401>.
14. Chinchanchokchai, S., Pusaksrikit, T., & Pongsakornrunsilp, S. (2017). Exploring different types of superstitious beliefs in risk-taking behaviors: What we can learn from Thai consumers. *Social Marketing Quarterly*, 23(1), 47-63. <https://doi.org/10.1177/1524500416672439>.
16. Conklin, E.S. (1919) Superstitious Belief and Practice among College Students. *The American Journal of Psychology* 30(1), 83-102. <https://www.jstor.org/stable/1413662>.
6. Corn, B.W., Feldman, D.B., Wexler, I. (2020). The science of hope. *The Lancet Oncology* 21(9), 452-459.
23. De Diego-Cordero, R., Iglesias-Romo, M., Badanta, B., Lucchetti, G., & Vega-Escaño, J. (2022). Burnout and spirituality among nurses: A scoping review. *Explore*, 18(5), 612-620.
26. Hamilton, J. B., Kweon, L., Brock, L. U. B., & Moore, A. D. (2020). The use of prayer during life-threatening illness: a connectedness to God, inner-self, and others. *Journal of religion and health*, 59(4), 1687-1701.
10. Ho, J. Q., Nguyen, C. D., Lopes, R., Ezeji-Okoye, S. C., & Kushner, W. G. (2018). Spiritual care in the intensive care unit: a narrative review. *Journal of intensive care medicine*, 33(5), 279-287. doi.org/10.1177/0885066617712677.
20. Kahissay, M. H., Fenta, T. G., & Boon, H. (2020). Religion, spirits, human agents and healing: a conceptual understanding from a sociocultural study of Tehuledere community, Northeastern Ethiopia. *Journal of religion and health*, 59(2), 946-960. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0728-6>.
5. Krause, N., & Pargament, K. I. (2018). Reading the Bible, stressful life events, and hope: Assessing an overlooked coping resource. *Journal of religion and health*, 57(4), 1428-1439. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0610-6>.
11. Lloreda-Garcia, J. M. (2017). Religion, spirituality and folk medicine/superstition in a neonatal unit. *Journal of religion and health*, 56(6), 2276-2284. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0408-y>.
28. Noble, A., Noble, L. M., Spector, R., et al., (2022). Spiritual Interventions Used by Jewish Women to Facilitate the Family Continuum: A Qualitative Study. *Journal of Integrative and Complementary Medicine* 28(6). 506-516 <https://doi.org/10.1089/jicm.2021.0359>.
13. Sabar, S. (2011). Words, Images, and Magic: The Protection of the Bride and Bridegroom in Jewish Marriage Contracts. In: Boustani, R.S., Kosansky, O., Rustow, M. (Eds.), *Jewish Studies at the Crossroads of Anthropology and History: Authority, Diaspora, Tradition*. University of Pennsylvania Press: Philadelphia, USA. pp. 102–132.
27. Shattuck, E. C., & Muehlenbein, M. P. (2020). Religiosity/spirituality and physiological markers of health. *Journal of religion and health*, 59(2), 1035-1054.
17. Snyder, C. R., Simpson, S. C., Ybasco, F. C., et al., (1996). Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of personality and social psychology*, 70(2), 321. doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.321.
24. UNESCO <https://www.unesco.org/en>.
22. Valle, M., & Lohne, V. (2021). The significance of hope as experienced by the next of kin to critically ill patients in the intensive care unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2), 521-529. <https://doi.org/10.1111/scs.12864>.
18. Vanderbilt biostatistics program 2022. <http://biostat.mc.vanderbilt.edu/wiki/bin/view/Main/PowerSampleSize>.
25. WHO report on Health equality.2021 https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab_1. (accessed 19/6/2025).



אחים ואחיות, המרכז האקדמי פרס מקדם את מסלול הקריירה שלכם במערכת הבריאות בישראל!

בראשות:

פרופ' ציון חגי

דיקן הפקולטה למקצועות הבריאות במרכז האקדמי פרס
ויו"ר ההסתדרות הרפואית בישראל

המרצים הטובים בתחום
מערכת הבריאות בישראל!

גם

למידה היברידית גמישה

גם

המוסד שזכה במקום הראשון
בשביעות רצון הסטודנטים
שנה רביעית ברציפות!

וגם





תואר ראשון B.A. במנהל מערכות בריאות בשנתיים בלבד!

הטבה ייעודית
לעובדי כל
קופות החולים*
₪6,000



קורסים המוכרים
להסבה לסייעוד



לימודי בוקר // ערב
לבחירתך



תעודות תואר פלוס:
ניהול משאבי אנוש, קידום הבריאות,
גנטיקה, אמבריולוגיה ורפואה מותאמת אישית ועוד!

תואר שני M.H.A. במנהל מערכות בריאות ב-4 סמסטרים בלבד!

מלגה ייעודית
לעובדי כל
קופות החולים*
₪2,000



מותאם לבכירים
במערכת הבריאות
הישראלית



בראשות
פרופ' שפרה שורץ



קורסים מגוונים:
יזמות וחדשנות, ניהול
ארגוני בריאות הלכה
למעשה, וסדנת GCP
למתאמי מחקר קליני



סמינר מעשי
עם מומחים
ממערכת הבריאות

לפרטים, חייגו:
***9165**

ההרשמה בעיצומה!
רח' שמעון פרס 10, רחובות
* ללא כפל מלגות, ט.ל.ח.

המרכז האקדמי פרס



טיפול מותאם תרבות היענות בקרב האוכלוסייה החרדית

נינה נסימוב MPH, MA

פרנטיס סוכרת למגזר החרדי, שירותי בריאות כללית, מחוז דן פת

סופרת מכותבת: Ninanas1966@gmail.com

הקדמה

היענות לטיפול מהווה מרכיב מרכזי בשיפור הבריאות והרווחה של הפרט והקהילה. עם זאת, קיימים הבדלים תרבותיים המעצבים את תפיסות הבריאות וההיענות לטיפול. באוכלוסייה חרדית, השואפת לשמור על אורח חיים מסורתי וערכים ייחודיים, ההתאמה התרבותית של הטיפול הרפואי היא גורם מכריע בהצלחת הטיפול. בעוד שחשיבותו של מעמד חברתי-כלכלי כמנבא פערים בבריאות נתמכת על ידי שורה של מחקרים, הקשר בין היענות לטיפול במגזר החרדי לא נבדק עד היום, והמידע על שכיחות וטיפול בסוכרת באוכלוסייה החרדית מצומצם ומוגבל.

מאמר זה בוחן את הדרכים בהן ניתן להתאים את הטיפול הרפואי לאורח החיים והערכים של המגזר החרדי, במטרה להגביר את ההיענות לטיפול ולהשיג תוצאות בריאותיות מיטביות. המאמר יסקור את האתגרים הייחודיים המאפיינים את המגזר החרדי, וכן ידון בדרכים להתגבר עליהם באמצעות התאמות תרבותיות.

התרבות החרדית

האוכלוסייה החרדית מהווה כ-11% מכלל האוכלוסייה בישראל (פראן וקלינגר, 2018) ונוטה להתגורר בקהילות נבדלות וסגורות, התבדלות המעמיקה את הניכור בין המגזר החרדי לחברה הישראלית. ריכוז עיקרי של

החרדים הוא בירושלים ובני ברק.

המגזר החרדי, בהשוואה למגזר הכללי, מצוי במצב סוציאקונומי נמוך יותר. שיעור העוני בקרבם עמד בשנת 2015 על 52.4% (קלינר קסיר ומחור שי, 2017). עם זאת, בריאותם טובה יותר מהצפוי ביחס למגזר החברתי-כלכלי אליו הם שייכים. השפעה זו מתרחשת באמצעות תמיכה ועזרה קהילתית וראייה חיובית לחיים המפחיתה מתח נפשי, עצת רבנים ועסקנים, גמח"ם לתרופות מרשם ומימון המונים במצוות הרב לרפואה פרטית (יובל וחב', 2019).

חשוב לציין שהאוכלוסייה החרדית בישראל אינה בנויה מקשה אחת והיא מורכבת מקבוצות וזרמים שונים ומגוונים. שלושת הזרמים הגדולים הם החסידיים, הליטאים והספרדים, וישנם גם מספר פלגים נוספים כמו העדה החרדית המכילה בתוכה את סאטמר, תולדות אהרן ונטורי קרתא, וכן חוזרים בתשובה, קהילות חב"ד וברסלב, חרדים מודרניים וחרדים לאומיים. ההבדלים והניגודים ביניהם גדולים בהשקפת עולם ובאורחות חיים, ולכן בהתערבות טיפולית יש לבחון את התאמת ההתערבות לקבוצות השונות (גל, 2015).

התרבות החרדית וסוכרת

על פי דוח רישום הסוכרת הלאומי (2019), שיעורי הסוכרת בעולם וגם בישראל עולים עם הגיל בכל מוצא אתני ובכל מגדר, למרות התוכניות לשידום הבריאות, ההסברה

והטכנולוגיות החדשות. נוסף לכך, מקרי המוות המיוחסים לסוכרת וההוצאות הבריאותיות עקב סוכרת ממשיכות לעלות ברחבי העולם, ויש לכך השלכות חברתיות, כלכליות ובריאותיות. איזון סוכרת מקטין את התמותה, את שיעור סיבוכי הסוכרת ואת עלויות הטיפול בחולים (Ogurtsova et al., 2017).

שיעורי הסוכרת באוכלוסייה החרדית גבוהים במעט משאר האוכלוסייה היהודית. לפי סקר של חברת גאוקרטוגרפיה משנת 2016, כ-18% מהחרדים מעל גיל 18 חולים בסוכרת מסוג 2 וכ-3% מהם חולים מסוכרת סוג 1 (טמיר, 2017).

המגזר החרדי מאופיין באורח חיים יושבני (כוללים, ישיבות, בתי מדרש), ארוחות גדולות סביב השבתות והחגים, וכן במודעות נמוכה לבריאות - פעילות גופנית, הרגלי תזונה וצריכת מוצרי סוכר גבוהים. לפי נתוני אגף התזונה, על פי סקר ברוקדייל (2020), נמצאה צריכה גבוהה של מזונות מזיקים בצורה משמעותית בקרב משפחות בציבור החרדי לעומת הציבור הכללי. לדוגמה, 78% ממשקי הבית החרדים רוכשים מאפים מתוקים לעומת 60% בציבור הכללי, 89% מהמשפחות החרדיות קונות חטיפים מתוקים לעומת 74% בציבור הכללי. בהרגלי השתייה מוביל הציבור החרדי ברכישת שתייה מתוקה, בשיעור של 79% לעומת 51% בציבור הכללי.



תואר שני בהתפתחות הילד עם צרכים מיוחדים?

המרכז האקדמי הרב תחומי ירושלים
(לשעבר מכללת הדסה)

תחום התפתחות הילד עם צרכים מיוחדים צמח משמעותית בעשורים האחרונים עם התרחבות המסגרות הטיפוליות והצורך בליווי מותאם. כיום עוסקים בו אנשי מקצוע ממגוון תחומים - רפואה, קלינאות תקשורת, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, פסיכולוגיה ועבודה סוציאלית. בעקבות זאת עלה הצורך בהכשרת אנשי מקצוע בכירים לשיפור השירות הרב-תחומי. תכנית התואר השני בהתפתחות הילד עם צרכים מיוחדים נועדה לתת מענה לכך, ומתמקדת בילדים מגיל לידה עד 18.

שכר לימוד אוניברסיטאי | מלגה בגובה 5,000 ₪

- ✓ התכנית היחידה בישראל לתואר שני שמתמקדת בילדים עם צרכים מיוחדים.
- ✓ הכשרת בוגרים לעבודה וניהול מערכות רב מקצועיות.
- ✓ יתרון משמעותי בתפקידי ניהול ותפקידי הדרכה והכשרה של הורים ומטפלים.

**המרכז
האקדמי
הרב תחומי
ירושלים**
Since 1970



ההרשמה בעיצומה. *2292

מאמינים בך

אי היענות לטיפול התרופתי היא סוגיה רחבה החוצה תרבויות, רקע אתני, מבנה אישיות, אופי הטיפול, עלות הטיפול ובפרט סוג המחלה. אי לכך ישנה חשיבות רבה להתאמת הטיפול למטופל על פי גילו, מצבו המשפחתי, מצבו הכלכלי, הרגשי, רמת השכלה והבנה של הטיפול (Ogurtso-va et al, 2017).

התאמה תרבותית

ישראל היא אומה בעלת שונות דתית עצומה, שבשנים האחרונות עומדת במרכז השיח המקצועי והציבורי בתחום הבריאות, במיוחד במגזר החרדי והערבי. נמצא שתוכנית מותאמת תרבות - המביאה בחשבון הבדלים בשפה, בידע, בערכים, במנהגים, באמונות בנוגע לבריאות, בדת ובדתיות, בתפקוד המשפחה, בדגש על הכלל לעומת הפרט, באורחות חיים (כגון דפוסי אכילה והארוחה), במסגולות עצמית ובמידת האמון במערכת הרפואית - מעלה את ההיענות לטיפול (רוזן ואח', 2008). במגזר החרדי אי היענות לטיפול היא סוגיה מורכבת במיוחד, בשל גורמים נוספים כמו השקפות דתיות, סגנון החיים הייחודי ומודעות נמוכה יותר לנושאי בריאות. ההתאמה התרבותית של הטיפול הרפואי היא גורם מכריע בהצלחת הטיפול. האופי הכרוני של מחלת הסוכרת מחייב שימוש בגישות שונות לשיפור ההקפדה על הטיפול מבחינת תזונה, תרופות והרגלים שונים. הגדרת המושג היענות לטיפול השתנתה בשנים האחרונות, מהיענות לטיפול, Compliance, שפירושו ציות לרופא כי הוא מקור הסמכות והידע בעוד שהמטופל אמור להיות ממושמע וציות, ל-Adherence, היצמדות לטיפול. על פי תפיסה זו, הרופא והמטופל עובדים יחד, הידברות, כצמד לאיזון המחלה (אקוס, 2018). על מנת לשפר את היענות לטיפול בחולי סוכרת יש לזהות את הממדים,

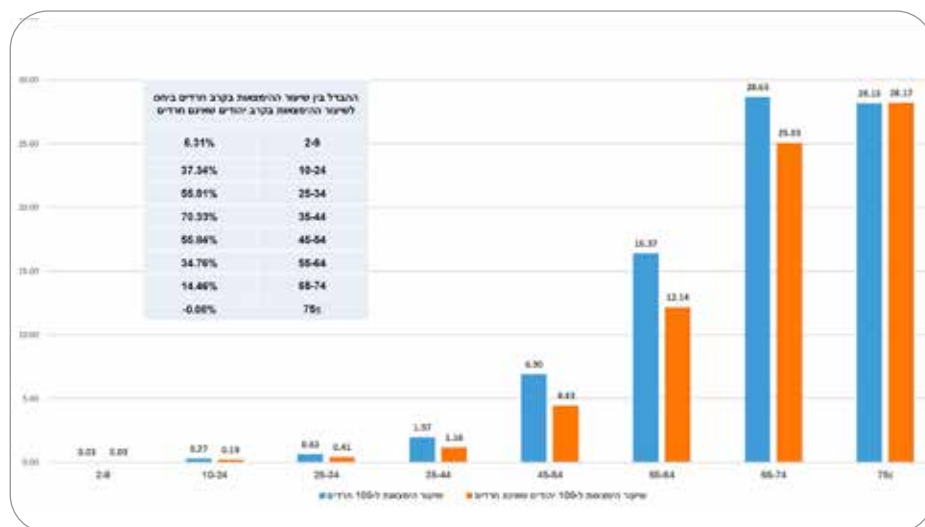
הרפואי". עם זאת, לפי הספרות, כ-50% מחולי הסוכרת אינם נצמדים לטיפול התרופתי, התזונתי וההתנהגותי (Ogurtso-va et al., 2017) במטה-אנליזה שכללה ניסויים קליניים אקראיים של חולים עם סוכרת, שיעורי ההתמדה נעו בין 41% ל-81%, ושיעורי הפסקת הטיפול נעו בין 10% ל-61% במהלך מעקב של 12 חודשים (Polonsky & Henry, 2016).

הסיבות לחוסר ההיענות מגוונות: קשיים בהבנת השפה והמושגים הרפואיים, בלבול ושכחה בלקיחת התרופה או מינון יתר, ריבוי תרופות בזמנים שונים, מתן מרשמים על ידי רופאים שונים, מצב כלכלי וניסיון לחסוך בהוצאות על ידי הפחתת המינון או דילוג המנה, אמונות ורצונות של המטופל, האמונה שתרופות גורמות לנזק או חיפוש

צריכת משקאות מתוקים בציבור החרדי, יחד עם ממתקים וחטיפים, מוטמעת מילדות החל מגיל הרך כפרס וכתגמול במסגרת המשפחה, בגנים, בתלמודי התורה, ובהמשך במוסדות החינוך, בישיבות, בכוללים, בשבתות וחגים, בשמחות ולהבדיל באזכרות. צריכת שתייה מתוקה, ממתקים וחטיפים מעלה את הסיכון למצבי חולי רבים, ביניהם מחלת הסוכרת.

המצב מדאיג עוד יותר כאשר בוחנים את הנתונים של רשם הסוכרת הלאומי, המעלים כי בקרב הציבור החרדי שיעורי הסוכרת גבוהים משמעותית לעומת הציבור היהודי הכללי. לפי הנתונים, הפער הגדול ביותר הוא בגיל 25-34, ולפיו הסיכוי של צעיר חרדי לחלות בסוכרת גבוה פי 1.5 ביחס לצעיר יהודי שאינו חרדי.

שיעור הימצאות סוכרת ל-100 איש לפי גיל בשנת 2019 - השוואה בין חרדים ליהודים שאינם חרדים



אלטרנטיבה אחרת (אופנהיימר וקורצ'ין, 2008).

מחקרים מראים כי חוסר זמינות של התרופות ועלותן היקרה, היעדר כיסוי ביטוחי, היעדר התאמה תרבותית ואוריינות בריאות לקויה, הם הגורמים העיקריים לאי דבקות בטיפול. בנוסף, חוסר אמון במערכת הבריאות, היעדר אמון במטפל ותקשורת לקויה עימו (Polonsky & Henry, 2016).

היענות לטיפול

היענות לטיפול היא סוגיה שחשיבותה הרפואית והחברתית רבה, והיא מושג מרכזי בעשייה הטיפולית. היא הוגדרה על ידי ארגון הבריאות העולמית (WHO, 2018) כ"היצמדות לטיפול ומידה שבה אדם מתנהג ביחס לנטילת תרופות על פי הנחיות, הקפדה על דיאטה, ביצוע שינויים בהרגלי חיים והסכמה עם המלצות הצוות



ההתייעצות עם חברי הקהילה, קבלת המלצות וחיפוש אחר אלטרנטיבות טבעיות יותר. היכרות הצוות המטפל עם הנחיות הרמב"ם וחז"ל אחרים יכולה לעזור להעלות את ההיענות לטיפול על ידי התאמת ההסברים וההנחיות לערכים ולמסורת של המטופלים. קשר טוב בין החולה למטפל, רגישות לחששותיו, מסוגלות עצמית גבוהה ומוטיבציה גבוהה של החולה קשורים להיענות גבוהה לטיפול (סימון-תובל ואח' 2014). על מנת שהיעילות המלאה של התרופות תושג, והמטופלים יקפידו על משטרי הטיפול שנקבעו, למטפלים צריכה להיות סבלנות וסובלנות להסביר למטופלים את ההשפעת התרופה ותופעות הלוואי. השימוש במונחים כמו "קומפליינס נמוך" ו"לא מציינים" עבור מטופלים שאינם צורכים כל גלולה בזמן הרצוי, עלול להטיל עליהם סטיגמה ביחסים העתידיים שלהם עם הצוות המטפל (Osterberg & Blaschke, 2005).

בחינת מורכבות הטיפול חשובה להיענות לטיפול. יש להתייחס למספר הטיפולים ביום, תופעות לוואי ועלות כספית. מחקרים מראים על אי היענות בטיפול בגלל חוסר יכולת כלכלית וניסיון לחסוך בהוצאות על התרופות על ידי הפחתת המינון, דילוג על המנה, או בכלל אי קניה של התרופה עקב עלות יקרה (אופנהיימר וקורצ'ין, 2008; Po-lonsky & Henry, 2016). למרות שהתרופות הישנות זוכות להיענות גבוהה יותר בגלל עלותן הנמוכה, הסבר נכון על התרופות החדשות (GLP1, DPP4, GLT2) ישפיע על ההיענות. לדוגמה, מינון פחות תכוף מביא להתמדה בטיפול.

סוכרת, כמו מחלות כרוניות אחרות, דורשת חינוך לבריאות והסבר מפורט על המחלה והטיפול בה על מנת להשיג היענות לטיפול. השכלה נמוכה גורמת למוגבלות

(אקוס, 2018). על המטפל להשקיע את מירב המשאבים בהגברת האמון של המטופל במטפל באמצעות חיזוק הקשר, בהסבר על מהות המחלה, ומניעת המחלה בשפה פשוטה ובתוכניות לקידום בריאותו של המטופל (קגיה ואח', 2021). יש להתייחס לאמונות ורצונות של המטופל הגורמות לחסמים ותפיסות מוטעות לגבי המחלה והטיפול בה. האמונה שהתרופות גורמות לנזק, והפחד מהיפוגליקמיה ותופעות לוואי של התרופות, גורמים לחיפוש אלטרנטיבה אחרת (אופנהיימר וקורצ'ין, 2008; Polonsky & Henry, 2016).

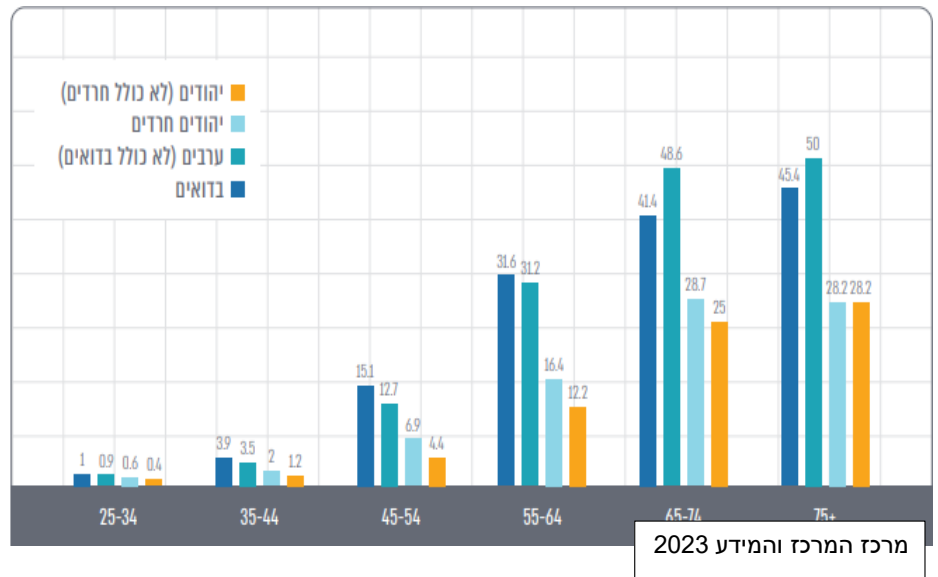
במגזר החרדי, משמעת לרבנים ולמנהיגים דתיים היא גורם משמעותי בקבלת החלטות לגבי טיפול רפואי. הרבנים והמובילים הרוחניים משפיעים רבות על תפיסות הבריאות ועל ההיענות לטיפול, מה שיכול להוביל להעדפת טיפולים מסורתיים או אלטרנטיביים ולחסמים בקבלת טיפול רפואי קונבנציונלי. בנוסף, הקשר החזק בין חברי הקהילה החרדית משפיע על החלטות בריאותיות דרך

החסמים והשיטות המשפיעות על כך. הסיבות לאי היענות מגוונות וכוללות גורמים הקשורים למטופל כמו אמונות אישיות, יחסיו עם המטפל, התרופות והגורמים הלוגיסטיים במערכת הבריאות. מאמר זה מתמקד בגורמים הקשורים ליחסים בין המטפל למטופל.

גורמים הקשורים ביחסים בין מטפל למטופל

בהתאם לגישת המטופל במרכז, המטופל שותף בקבלת ההחלטות הקשורות למצבו הבריאותי ולבניית תוכנית טיפול אישית המותאמת לתרבותו ויכולותיו. פיתוח יחסי אמון בין מטפל ומטופל באמצעות הקשבה פעילה ואמפתיה, הינם העקרונות החשובים להצלחת התהליך (להמן-וויס ואח', 2022). על המטפל לתת התייחסות לגורמים התנהגותיים וסביבתיים רבים העשויים להשפיע על רמת ההיענות לטיפול בקרב החולים. עיקר האתגר באיזון החולה הסוכרתי הוא גיוסו לטיפול, לרבות היענות לטיפול התרופתי, התזונתי והתנהגותי





במהלך הליכה לבית הכנסת שלוש פעמים ביום, ולהוסיף 10 דקות הליכה מסביב לבית הכנסת או לסידורים. אפשר לשלב פעילות גופנית בשיעורים ולימוד תורה, כמו תרגילי קימה וישיבה או מתיחות בזמן ההפסקות. רעיונות נוספים הם לשלב תרגילי מתיחה או תרגילי כוח קלים בזמן ביצוע מטלות ביתיות כמו שטיפת כלים, ניקיון או בישול ועוד.

לשיפור ההיענות לשינוי תזונתי יש להתאים את התזונה למטופל, לתרבות האכילה ולהרגלי תזונה מהבית. מחקרים מראים שתזונה ים תיכונית היא הקרובה לכך. היא מוכרת כאחת השיטות הבריאות ביותר, בעלת שליטה גליקמית טובה בקרב חולי סוכרת סוג 2 (Alonso-Domínguez et al., 2019). שיטה זו קלה ליישום ומחזיקה מעמד לאורך זמן, ותואמת את המלצותיו של הרמב"ם, אבי הרפואה המונעת. לאחרונה נעשו מחקרים על גישות נוספות לתזונה דלת פחמימה, כגון תזונה קטוגנית, פליאו ואטקינס, ולכן על הצוות המטפל להכיר את הגישות ולהיות רגישים למסורות התרבותיות של המטופלים שלהם, כך שהיעוץ וההתערבויות יהיו מתאימים וסביר שיהיו בעלי תוצאות משמעותיות יותר.

תמיכת המשפחה ומצבו הרגשי של המטופל חשובים מאוד להיענות לטיפול. מחקרים מראים קשר בין דבקות בטיפול בסוכרת לדיכאון, ומצבו הרגשי של המטופל הסוכרתי עשוי להשפיע על יכולת ההיענות להמלצות הרפואיות ולעקוב אחר הטיפול (DaSantos, et al., 2022). כדי לשפר את ההיענות לטיפול בסוכרת אצל אנשים שחסרים ביטחון ביכולתם, ניתן להשתמש בהתערבויות התנהגותיות וקוגניטיביות. תמיכה משפחתית וחברתית חשובה מאוד לחיזוק ההיענות לטיפול, במיוחד עבור קשישים.

האגודה האמריקאית לסוכרת (ADA) והאיגוד האירופי לחקר הסוכרת (EASD) ממליצים על גישה פרטנית לקביעת יעדי HbA1c ובחירת טיפול. מודל טיפול זה מרמז כי יש לקחת בחשבון מספר גורמים לגבי החלטות הטיפול, כולל מניעת סיכון המטופל מהיפוגליקמיה ועלייה במשקל, העדפות אישיות לגבי יעדי הטיפול, נוכחות של מחלות נלוות או סיבוכים (למשל, מחלות לב וכלי דם), משך הזמן של מחלת הסוכרת ותוחלת חיים עתידית. התערבויות טיפוליות באורח חיים, כולל טיפול בתזונה ופעילות גופנית שנקבעו לקידום משקל גוף בריא, הן הבסיס לניהול סוכרת סוג 2 בהנחיות הנוכחיות, אך לרוב יהיה צורך לשלב אותן עם טיפול תרופתי אנטי-היפרגליקמי (Blonde et al., 2018).

לפעילות גופנית סדירה יש יתרון בריאותי חשוב לאיזון הסוכר, אך רוב החולים אינם פעילים במהלך היום. מומלץ להשתמש באפליקציות להגברת המוטיבציה הפנימית, אך לרוב המגזר החרדי זו אינה אפשרות בשל שימוש בפלאפון כשר. ההמלצה היא לבצע פעילות גופנית במשך 150 דקות בשבוע, כלומר 20-30 דקות ביום. ניתן לחלק את הזמן הזה, כמו למשל

ביכולת הקריאה והכתיבה, היעדר הבנה של המחלה וההנחיות הרפואיות, קשיים בהבנת השפה והמושגים הרפואיים, מה שנקרא אוריינות בריאותית (אופנהיימר וקורצ'ין, 2008 2016 Polonsky&Henry). אוריינות בריאותית היא מדד ליכולתם של המטופלים לקרוא, להבין ולהתנהג על פי הנחיות רפואיות. אוריינות בריאותית ירודה שכיחה יותר בקרב מיעוטים אתניים, עולים, אנשים במצב סוציואקונומי נמוך, קשישים וחולים הסובלים ממחלות כרוניות המתקשים לקרוא תוויות על התרופות ולהבין את עקומות הסוכר (Schillinger et al., 2022).

למרות הזמניות של חומרי קריאה באינטרנט וחבורות המחולקים בקופות החולים, יש מטופלים שאינם מבינים מושגים רפואיים רבים אשר נכתבים בשפה גבוהה מדי עבור חולים בעלי אוריינות נמוכה, מה שמסביר חלק מחוסר ההיענות לטיפול. על חולי סוכרת להבין כיצד ליטול את התרופות, כיצד להזריק אינסולין ובאיזה מינון, מה לאכול וכיצד לשנות הרגלי חיים, והכל בצורה מובנת, מפורטת ועם דוגמאות מן החיים המותאמות לאורח חיים, לגיל ולתרבות של החולה.



מסקנות

מאמר זה בחן את הדרכים בהן ניתן להתאים את הטיפול הרפואי לאורח החיים והערכים של המגזר החרדי, במטרה להגביר את ההיענות לטיפול ולהשיג תוצאות בריאותיות מיטביות. המאמר סקר את האתגרים הייחודיים המאפיינים את המגזר החרדי, וכן דן בדרכים להתגבר עליהם באמצעות התאמות תרבותיות.

סוכרת היא מגפה עולמית הנמצאת במגמת עלייה. יש להפעיל תוכניות התערבות להעלאת מודעות והתאמה

תרבותית בהתאם לאמונות וצרכי האוכלוסייה. מחקרים מראים כי יש פער בין ציפיות המטופל והצוות המטפל לגבי תוכניות טיפול ויישומן. לכן, על הצוות המטפל לבחון מהי המגבלה העיקרית הגורמת להיענות ירודה. לאחיות המתמחות בסוכרת יש את הידע והמיומנויות לקדם תוכניות התערבות ומניעת סוכרת. מעורבות האחיות בקידום בריאות בקהילה, בטיפול והיענות לטיפול חשובה מאד, אך עליהן ללמוד את הגישה להתאמת תרבות חרדית כדי להבטיח שהטיפול יותאם לערכי הקהילה החרדית

ויעודד היענות גבוהה יותר לטיפול. כתיבת מאמר זה וקריאת עשרות מאמרים העשירה את הידע האישי שלי בנושא הסוכרת ושכיחותה בעולם, ההיענות הנמוכה לטיפול של החולים מסיבות רבות ומגוונות, והתערבויות הנעשות בעולם ובארץ לאיזון החולים ומניעה בכל הרמות. מגמות התחלואה והתמותה מסוכרת, שהולכות ועולות עם השנים, מעלות נקודה למחשבה שיש להשקיע בנושא חשוב זה ולפתח תוכניות התערבות נוספות המותאמות לאוכלוסיות השונות.

ביבליוגרפיה

1. אופנהיימר, ע'. וקורצ'ין, ע. (2008). דבקות בטיפול תרופתי. The Pharma: ירחון לרופאים ורופאי משפחה, גיליון מס' 5.
2. אקוס, מ' (2018). היענות לטיפול בקרב חולי סוכרת סוג 2. מכון תנובה למחקר. גיליון 5, 13-15.
3. גל, ר' (2015). החרדים בחברה ישראלית. מוסד שמואל נאמן למחקר למדיניות לאומית.
4. הרטל, מ' (2020). הרגלי צריכת מזון ועמדות כלפי התוכנית לסימון מוצרי מזון. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
5. טמיר, א' (2017). תמונת מצב בישראל: השמנה, סוכרת והרגלי בריאות. המועצה הלאומית לסוכרת, מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות, קרן די-קור ומיזם עוצמה.
6. יובל, פ'. טור-סיני, א'. בן-שחר, ר' (2019). דפוסי שימוש וקידום שירותי הבריאות בקרב האוכלוסייה החרדית.
7. להמן-וויס, ר. יצחק, ב. להד, א. (2022). הטיפול בסוכרת במרפאה הראשונית. המדריך לטיפול בסוכרת, המועצה הלאומית לסוכרת. ירושלים: The MEDICAL Group. עמ' 496-500.
8. משרד הבריאות, (2019). דוח רישום הסוכרת הלאומי לשנת 2019. חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר. המרכז הלאומי לבקרת מחלות. ירושלים: ישראל.
9. סימן-תובל, צ. שמואלי, א. הרמן-בהם, א. (2014). העדפות בנוגע לזמן ולסיכון, תפישות החולה והיענות לטיפול רפואי כרוני בקרב מיעוטים אתניים. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.
10. פראן, ס' וקלינגר, א' (2018). תחזיות אוכלוסיית ישראל 2015-2065. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ירושלים.
11. קגיה, ש. אשכנזי, י. יערי, ע. רוזן, ב. (2021). אמון במערכת הבריאות בישראל בשנת 2018. דוח מחקר ברוקדייל.
12. רוזן, ב'. אלוועי, א'. אקר, נ'. איסמעיל, ש'. קראקרה אברהם, א' (2008). קידום בריאות באוכלוסייה הערבית: באיזו מידה מתקיימת התאמה תרבותית וכיצד ניתן לחזק אותה. מאירס גוינט ברוקדייל.
13. World Health Organization, (2020). https://www.health.gov.il/UnitsOffice/ICDC/Chronic_Diseases/Diabetes/Pages/default.aspx
14. Alonso-Domínguez, R., García-Ortiz, L., Patino-Alonso, M. C., Sánchez-Aguadero, N., Gómez-Marcos, M. A., & Recio-Rodríguez, J. I. (2019). Effectiveness of a multifactorial intervention in increasing adherence to the Mediterranean diet among patients with diabetes mellitus type 2: a controlled and randomized study (EMID study). *Nutrients*, 11(1), 162.
15. Blonde, L., Dipp, S., & Cadena, D. (2018). Combination glucose-lowering therapy plans in T2DM: case-based considerations. *Advances in Therapy*, 35(7), 939-965.
16. DaSantos, A., Goddard, C., & Ragoobirsingh, D. (2022). Self-care adherence and affective disorders in Barbadian adults with type 2 diabetes. *AIMS Public Health*, 9(1): 62-72.
17. Ogurtsova, K. (2017). da Rocha Fernandes JD Huang Y. Linnenkamp U. Guariguata L. Cho NH Cavan D. Shaw JE Makaroff LE IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. *Diabetes Res Clin Pract*, 128, 40-50.
18. Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England journal of medicine*, 353(5), 487-497. doi: 10.1056/NEJMra050100
19. Polonsky, W. H., & Henry, R. R. (2016). Poor medication adherence in type 2 diabetes: recognizing the scope of the problem and its key contributors. *Patient preference and adherence*, 10, 1299.
20. Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., Palacios, J., Sullivan, G. D., & Bindman, A. B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *Jama*, 288(4), 475-482.

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

**חדש! הסתדרות האחים והאחיות מאפשרת לכם לבחון את הנושא
בפגישה פנסיונית עם המומחים של סוכנות MVP !**



שיתוף פעולה זה יאפשר לכם

- ✓ לתכנן את יעוד הכספים בקופות הגמל, בהתחשב בצבירות בקרנות הפנסיה
- ✓ לעבור על המוטבים בקופות ולהתאימם לצרכים והרצונות שלכם
- ✓ לבדוק את ביצועי הקופות, ביחס לקופ"ג האחרות בשוק
- ✓ לבחון את דמי הניהול ביחס לשוק
- ✓ להתאים את מסלול ההשקעה הטוב ביותר ביחס למועד מימוש הכספים

**לפרטים נוספים ולתאום פגישה ללא עלות
עם מומחה פנסיוני 03-7108778**

מחלקת עמיתים:

טל. 072-2790003 | פקס. 072-2790090 | *9083

moked@kavb.org.il

לתאום פגישה עם סוכן פנסיוני: 03-7108778



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
• בכפוף להוראות החוק וכללי המשיכה. ** המידע המוצג אינו מהווה יעוץ או שיווק פנסיוני ואין לראות בו תחליף ליעוץ או שיווק פנסיוני המתחשב במאפיינים ובצרכים של כל אדם. כמו כן, אין לראות במידע המוצג משום ייעוץ משפטי או ייעוץ בענייני מס.

קו הבריאות

חברה לניהול קופ"ג בע"מ



בעוד שחברות שונות עוצרות את מתן הלוואות לעמיתים, אנחנו ממשיכים לתת הלוואות בתנאים מיטבים:

בהמשך לשיפור וייעול השירות, קו הבריאות שמחה להרחיב את סל שירותיה לעמיתיה:
✓ 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 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 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

*** חשוב מאוד *** עמיתים לפני פרישה צריכים לעדכן את כתובת המייל שלהם למייל חיצוני מחוץ למוסד בוא הם עובדים.

- 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 הלוואה כפי שיקבעו מעת לעת, יגברו התנאים אשר יוסכמו בין הצדדים.
- אי עמידה בפירעון הלוואה עלול לגרום חוב 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 והסדר 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.

להצמיח מצויינות:

חידוש תהליך ההדרכה והקליטה ועיצוב פרופיל האחות בטיפול נמרץ ילדים

אורלי מנוסביץ MA, RN

אחות טיפול נמרץ ילדים וראש צוות הדרכה במחלקה, בית החולים לילדים ספרא, מרכז רפואי שיבא

סופרת מכותבת: Orly.Bruck@sheba.health.gov.il

רקע

תהליך ההכשרה של אחיות ואחים בטיפול נמרץ ילדים עבר שינויים בשנתיים האחרונות בבית חולים ספרא לילדים במרכז הרפואי שיבא. מטרת השינוי הייתה לשפר את איכות הטיפול, להתאים את ההכשרה לצרכים המורכבים של המטופלים ולעמוד בדרישות המקצועיות הגבוהות של המחלקה. כל זאת משקף את התפיסה לפיה תהליך הכשרה מיטבי של אחיות ואחים חדשים ישפר את המיומנויות הקליניות שלהם, ויגביר את יכולת ההתמודדות עם מצבים רפואיים מורכבים. צוות אחיות מיומן תורם לשיפור איכות הטיפול ולצמצום טעויות רפואיות.

סקירת ספרות

עבודת האחיות במחלקת טיפול נמרץ ילדים דורשת רמת מיומנות קלינית גבוהה, ידע עדכני ורב-תחומי, שליטה במכשור רפואי מתקדם, וכן יכולת לזיהוי מוקדם של מצבים קריטיים של הילדים הנמצאים במצבים מורכבים (4). הכשרת האחיות מורכבת, בעלת אתגרים, אורכת חודשים רבים בהתאם ליכולות האחות ובעלת אחוזי נשירה גבוהים. יש לזכור כי חלק ניכר מהאחיות מגיע ללא ניסיון קודם בתחום, ועל כן הכשרתן מצריכה משאבים ולוחות זמנים ממושכים יותר (7). לאורך תקופה זו,

לארגון. עזיבת אחות טיפול נמרץ ילדים נובעת משילוב של עומס רגשי ופיזי גבוה, שחיקה גבוהה ומואצת עקב לחץ מתמיד וחשיפה למצבי חיים ומוות, סבל של מטופלים ותחושת אחריות כבדה המגבירה את הלחץ והעומס (5), לצד חשיפה לסיכונים בריאותיים ותעסוקתיים וחוסר איזון בין עבודה לחיים אישיים (8).

תהליך הקליטה עבר סטנדרטיזציה כבר בתהליך המיון והסינון המקדים ועד לשלבי הכנסה מתקדמים. תהליך המיון והסינון המקדים טמן בחובו תיאום ציפיות ראשוני בהתאם לדרישות המחלקה, ביצוע ריאיון מובנה לכלל המועמדים המבוסס על ערכים משמעותיים ומחייבים לעבודה בטיפול נמרץ ילדים לצורך בדיקת התאמה מקצועית, רגשית ואישיותית, סיור מעמיק להמחשת העשייה והמטופלים בטיפול נמרץ ילדים, וביצוע של מיומנות קלינית בסיסית כגון פעולת חישוב רוקחי ומיומנות ידנית של שטיפת סט עירוני נוזלים, המאפשרת להעריך את יכולות ההתמודדות עם אתגרים בלתי צפויים. בהמשך לתהליך הסינון, ולאחר מציאת התאמה של המועמד, צירוף לקבוצת וואטסאפ של המחלקה והצגת עצמית של המועמד במטרה ליצור תחושת שייכות ושותפות.

תהליך הקליטה חולק לשני שלבים, שהראשון אורך כארבעה חודשים

האחיות מטפלות במטופלים הפדיאטריים תחת פיקוח צמוד של צוות ההכשרה. לרוב, אחיות חדשות מתקשות לרכוש את המיומנויות קליניות המורכבות ולפתח חשיבה קריטית (7). לכן, פיתוח הכשרה יעודית ומובנית כוללת שילוב של ידע (9). בנוסף, בשנים האחרונות, לאור העלייה בסמכויות ובדרישות האחיות, יחד עם כניסת טכנולוגיות מתקדמות חדשניות, עלה הצורך בביצוע שינויים ועדכונים של תכנית ההכשרה.

מטרת תכנית ההכשרה

הכשרת אחיות לעשייה המורכבת בטיפול נמרץ ילדים תוך שמירה על איכות הטיפול, יצירת תחושת שייכות וביטחון עצמי, צמצום נשירה והעלאת שביעות הרצון שלהם מהתפקיד.

תהליך שינוי ההדרכה

בשנתיים האחרונות העלייה בתקינת מספר המיטות במחלקה להפעלת 19 מיטות אשפוז, ושיעור עזיבה גבוה של אחיות טיפול נמרץ ילדים, הובילו ליצירת שינוי של תכנית הכשרה אשר מטרתיה כללו: שיפור תהליך הסינון המקדים, אפיון פרופיל אחות טיפול נמרץ ילדים, העלאת של אחוזי הצלחת הקליטה ל-80%, שימור האחיות בסיום תהליך ההכשרה והעלאת תחושת המחויבות והשייכות



מקיפה את היכולות, הכישורים והצרכים הייחודיים של אחות טיפול נמרץ ילדים, וגם מתן תמיכה וליווי מקצועי לצוות הקולט, וייתכן כי בעתיד יסייע ביעול של תהליך ההכשרה.

הכלי מבוסס על שאלון מובנה עם מאגר שאלות אחיד המאפשר הערכה אובייקטיבית של מועמד בהתאם לפרופיל התפקיד. השאלון כולל היגדים מפורטים המאפיינים את תפקידה של האחות, כגון עמידה וקבלת החלטות במצבי לחץ, חוסן רגשי, עבודה בצוות, קולגיאיות, סגנון תקשורת, גמישות, מהירות ויכולת לעבוד בסביבה דינמית ויכולת למידה עצמית. וכן, שימוש במאגר שאלות התנהגותיות לבדיקת מידע וידע רלבנטי כגון הערכת מיומנות לטיפול במצבים קשים של ילדים או מדדים להערכת חוסן רגשי, ויכולת התמודדות עם אירועים טראומטיים. וכן, מדדים להערכת נקודות חוזק וחולשה אצל המועמד, וגם היבטים ארגוניים מקצועיים, כמו למשל, קבלת סמכויות וחסמים ארגוניים.

במהלך הריאיון שני המראיינים יבחנו את כל המועמדים על פי אותם קריטריונים. היגדי השאלון מתייחסים לכישורים הנדרשים תוך שאילת שאלות פתוחות מהמאגר, כל שאלה משויכת להיגד, ובכך מתמקדות בחוויות קונקרטיות של המראיין. ניקוד התשובות ינתן על פי קריטריונים מוגדרים, הציון הסופי יבוסס על ממוצע הדירוגים באותה קטגוריה.

סיכום והמלצות

שינוי תהליך הקליטה ואפיון פרופיל אחות טיפול נמרץ ילדים דורשים שילוב של מודלים הדרכתיים מתקדמים, הגדרת סמכויות ברורות ופיתוח מיומנויות מקצועיות ואישיות.

עדכון תכנית ההכשרה תורם לשיפור איכות

שכללה מספר סדנאות בנושאי מתן משוב, פתרון דילמות, פתרון קונפליקטים, חוויית המדריך וסגנונות ניהול. התכנית כללה סדרה בת שלושה מפגשים, בפרקי זמן קבועים, ומנתה כ-15 אנשי צוות בליווי של יועצת ארגונית ובשיתוף מלא של מערך ההדרכה בבית החולים.

אפיון פרופיל אחות טיפול נמרץ ילדים

אחות טיפול נמרץ ילדים נדרשת לרמת מומחיות גבוהה, גמישות רגשית ויכולת תגובה מהירה למצבים רפואיים, לצד ידע קליני ייחודי בילד ומשפחתו⁽⁶⁾. בשונה מטיפול נמרץ מבוגרים, טיפול נמרץ ילדים מתמקד בטיפול בילדים במצבים קריטיים, כאשר מצבי החירום נוטים להיות קיצוניים יותר ובעלי קצב הידרדרות מהיר מאשר במבוגרים⁽³⁾. על כן, נדרשת מהאחות דריכות מתמדת, חושים מחודדים ויכולת תגובה מהירה למצבים משתנים. ילדים אינם "מבוגרים קטנים", ישנם הבדלים פיזיולוגיים, אנטומיים ורגשיים מהותיים⁽¹⁾, ולכן האחות נדרשת להעמיק את הידע בתקופת ההכשרה על התפתחות הילד, להכין תרופות במינונים מותאמים ומתן טיפול רב-מערכתי ייחודי⁽²⁾. בנוסף, אחות טיפול נמרץ ילדים נדרשת להפגין יכולות תקשורת גבוהות עם הילד ובני משפחתו, אמפתיה מיוחדת, הכלה של מצוקה משפחתית והתמודדות עם חרדה ולחץ של ההורים⁽²⁾.

אפיון מקצועי ומדויק של פרופיל אחות טיפול נמרץ ילדים מאפשר להבין מהו ה-DNA של אחות טיפול נמרץ ילדים טובה, ובכך להיערך לפני גיוס ממוקד של צוות חדש, הכשרה ופיתוח צוות האחיות⁽⁴⁾. לאור האמור לעיל, נבנה כלי אובייקטיבי לאפיון פרופיל אחות טיפול נמרץ ילדים. הכלי לאפיון אחות טיפול נמרץ ילדים הינו כלי מקצועי שמטרתו להעריך בצורה

בתחילתו תקבל האחות ערכת קליטה הכוללת מתנה אישית ומקום אחסון לצידוד אישי, והתחלת ניהול הטיפול במטופלים פדיאטריים ברמת מורכבות קלה תוך עלייה הדרגתית ברמת הקושי בהתאם למסוגלות העצמית של האחות. האחות תלווה על ידי אחות קולטת, בעלת ותק של כחמש שנים במחלקה, שנמצאה כמתאימה לשלב הראשון של תהליך ההדרכה. השלב השני אורך כחודשיים ובמהלכו האחות תטפל במטופלים מורכבים במצבי חולי שונים ויסתיים, כאשר האחות תהיה בעלת מסוגלות לנהל טיפול עצמאי כמצופה מאחות טיפול נמרץ ילדים. לרוב, האחות תלווה על ידי אחות קולטת נוספת, מדריכה קלינית, בעלת ותק מקצועי יותר שנמצאה כמתאימה לשלב זה. האחות תעבור בהצלחה שני מבחנים עיוניים ולאחריהם יבוצע טקס "יציאה לעצמאות" בנוכחות צוות המחלקה ובו תוענק תעודת גמר. לאורך תהליך הקליטה בוצעו התאמות ושיפורים שוטפים תוך פיקוח צמוד וביצוע הערכות תקופתיות אחר התקדמות האחות. השיפור הרציף התבסס על משוב קבוע והיישום בפועל נעשה באמצעות קבוצות מעקב בהנחיית מדריך, שיחות "שולחן עגול" ופעילויות לקליטה חברתית. הקולט החברתי הוא אח או אחות שסיימו את תהליך ההדרכה בשלוש השנים האחרונות, ותפקידם לסייע לאחות החדשה לחוש שייכות חברתית. כחלק מהתכנית, במהלך השנה הראשונה במחלקה החל ליווי אישי ומקצועי תוך ביצוע הכשרות מחייבות, רפליקציה מקצועית ותמיכה רגשית. כחלק מהליווי יבוצעו מפגשים מו-סדרים עם פסיכולוגית ממרפאת "ביחד", שתלווה אותם לצורך אוורור, תמיכה, העלאת בעיות, עיבוד חוויות וגיבוש כקבוצה. במקביל לשינוי תהליך הקליטה של אחיות במחלקה לטיפול נמרץ ילדים, בוצעה תכנית התערבות להעשרת צוות ההדרכה,

במערכת דיגיטלית עם ממשק למילוי
 סטטיסטיים ותמיכה בתהליכי קבלת
 תבניות, איסוף נתונים והדגמת דוחות
 החלטות מקצועיות בתחום האחיות.



הטיפול בילד ומשפחתו, שכן האחיות
 מקבלות כלים מעודכנים להתמודדות עם
 מצבים מורכבים וטכנולוגיות חדשות. כל
 האמור לעיל, יחד עם פיתוח כלי לאפיין
 פרופיל אחות טיפול נמרץ ילדים, מהווים
 צעדים מרכזיים להעלאת איכות ההדרכה
 והטיפול ולהבטחת סביבת עבודה מקצועית
 המותאמת לצרכים המיוחדים של מחלקת
 טיפול נמרץ ילדים.

מומלץ לבצע מחקר עתידיני על מנת
 לבחון עד כמה ניתן לנבא את ההצלחה של
 המועמד להיות אחות טיפול נמרץ ילדים
 דרך הכלי המובנה כסינון מקדים בשלב
 הראיון קבלה לעבודה, והאם ניתן לאפיין
 פרופיל מדויק לאחות טיפול נמרץ ילדים.
 כמו כן, הכלי יכול להוות בסיס רב עוצמה
 לדירוג והסקת מסקנות על נקודות חוזק
 וחולשה אישיות ומקצועיות, זיהוי צרכי
 הדרכה והכשרה מותאמת, וגיבוש תכניות
 לפיתוח קריירה. כלי זה ניתן לפתח

תודות

גב' ענת מושקוביץ - מנהלת האחיות, בית החולים לילדים ספרא, המרכז הרפואי שיבא.
 גב' שירלי ספיר - שותפה לדרך, אחות טיפול נמרץ ילדים וראש צוות הדרכה בדימוס.
 ד"ר ענת פלס בורץ - מרכזת תחום איכות ובטיחות הטיפול ומחקר באחיות.
 גב' ורד לוי-שחר - יועצת ארגונית ואחראית על פיתוח מנהלים, יחידת ההדרכה, המרכז הרפואי שיבא.
 מר יעקובובסקי - מפקח קליני, טיפול נמרץ, בית חולים ספרא.

ביבליוגרפיה

1. Coetzee, M. (2005). Are children really different from adults in critical care settings? Southern African Journal of Critical Care. Vol.21, no 2.
2. Diane Dennis et al. (2022). The Different Challenges in Being an Adult Versus a Pediatrics Intensivist, critical care explor. 1;4 (3).
3. Douglas. S., Cartmill. R., Brown. R., Hoonakker. P., Slagle. J., Schultz Van Roy. K., M Walker. J., Weinger. M., Wetterneck. T., & Carayon. P. (2013). The Work of Adult and Pediatric Intensive Care Unit Nurses. Nursing Research United States. 62 (1) 50-58.
4. F., Ann. (2023). What Is a Pediatric Intensive Care Nurse? Nurse Journal.
5. Masterson, K. et al. (2024). Voice of the nurse in pediatric intensive care: a scoping review. BMJ Open , N12.p.e 082175.
6. Nunn .M. (2023). Pediatric Intensive Care Nursing , An Issue of Critical Care Nursing Clinics of North America 1 ed edition. What Makes a Good PICU Nurse?
7. Mosavian. P., & Mir. K.(2017). Learning and quality improvement: nursing in the pediatric intensive care unit.
8. Ruiz-Romero, A., García-Costa, L., Durban-Carrillo, G., & Bosch-Alcaraz, A. (2022). Efficacy of a theoretical and practical programme to newly hired nursing personnel in a Paediatric intensive care unit: a pilot study. Enfermería Intensiva (English ed.), 33(3), 141-150
9. Wheeler. D.S., Wong. H.R., Shanley. T.P. (2014). Nursing Care in the Pediatric Intensive Care Unit . Pediatric Critical Care Medicine. (second ed.) (1) 41-46.



**תוכנית
הלימודים
משלבת
פרונטלי
+ זום**

**המחלקה למדעי
חברה ובריאות**
הפקולטה למדעי החברה
אוניברסיטת בר-אילן



הפקולטה למדעי החיים
ע"ש גודמן
אוניברסיטת בר-אילן



**תואר שני בגרונטולוגיה: מדעי הזקנה - תוכנית
לימודים בינתחומית העוסקת בחקר וטיפול
באוכלוסיית הגיל השלישי באמצעות שילוב ייחודי
של קורסים ממדעי החברה וממדעי החיים.**

תואר שני בגרונטולוגיה: מדעי הזקנה מעניק כלים
לטיפול באוכלוסיית הגיל השלישי בתחומי רווחה,
בריאות, רפואה מונעת, שיקום ועוד.

לימודי גרונטולוגיה: מדעי הזקנה מיועדים לבוגרי
מדעי החברה ומדעי החיים, עבודה סוציאלית,
פסיכולוגיה, סיעוד, ובעלי מקצועות הבריאות אשר
מעוניינים להתמקצע בחקר הזיקנה ולהשתלב במגוון
תפקידים כגון: ניהול בתי אבות, מרכזים סיעודיים,
ניהול מרכזי יום, מכוני מחקר בתחום הביולוגיה של
הזקנה והגרונטולוגיה.

חדש! מגמת "טיפול בזקנים" הכוללת שילוב ייחודי של
קורסים יישומיים. במסגרת המגמה תלמדו כיצד לקדם
תקשורת טובה עם המטופל הזקן, ועקרונות חשובים
באבחון וטיפול. הלימודים במגמה אינם מעניקים
הסמכה או רישיון לעסוק כמטפלים בתחום, בוגרי
המגמה יוכלו להמשיך ללימודי תעודה בפסיכותרפיה
במגוון בתי ספר.

תואר שני בלימודי גרונטולוגיה: מדעי הזקנה מקצוע לעתיד של כולנו

**אוניברסיטת בר-אילן מזמינה
אותך להבין את הגיל השלישי
ולהתפתח מקצועית.**

ההרשמה פתוחה!

**לפרטים נוספים ולהרשמה ניתן ליצור
קשר 03-5317010 | 03-5317297**



מדעי החברה



מדעי החיים

biu.ac.il

מוקד המידע לשירותך: *9392

משפיעים על המחר, היום.

מועקה ופציעה מוסרית בקרב אחיות ואחים בישראל במלחמת חרבות ברזל

"לשכת האתיקה, הסתדרות האחים והאחיות בישראל", יולי 2025

רקע

לשכת האתיקה של האחים ואחיות בישראל פועלת מתוך מחויבות למנהיגות מוסרית ולשמירה על בריאותם של צוותי האחיות בישראל בכלל ובריאות הנפש בפרט, במיוחד לנוכח האתגרים שהתעצמו מאז פרוץ מלחמת "חרבות ברזל" ב-7 באוקטובר 2023. מסמך זה מתבסס על דיווח של אחיות, שפעלו במתארי הטיפול בדרום, בצפון ובמרכז הארץ, ומצביע על מועקה ואף פציעה מוסרית של הצוותים.

ב-7 באוקטובר 2023 פלשו אלפי מחבלים ליישובים בדרום הארץ, ביצעו מעשי טבח, אונס וחטיפה. צוותי הבריאות התמודדו עם פצועים קשים, שהגיעו למרכזים רפואיים תחת אש, התייצבו למשמרות למרות הסיכון והאיום. צוותים רבים התמודדו עם מתח אתני בעקבות הטרוגנית רב-תרבותית, פחד להגיע למקומות עבודה הממוקמים ביישובים שאוכלוסיית תושביהם ברובה ערבית או בדואית, ודרישות מטופלים שלא תאמו את ערכי המקצוע. הצוותים פעלו תחת עומס קליני, פיזי ורגשי ונחשפו לסוגיות מוסריות נוקבות על רקע פערים בין ערכיהם המקצועיים לבין רגשות עזים של פחד, אובדן וזעם, דאגה לילדיהם שנשארו בבית, איום על הרווחה האישית והמשפחתית עקב אובדן קורת גג. מצבים אלה גרמו למועקה ולפציעה מוסרית המאיימות על החוסן האישי, הזהות המקצועית והלכידות הארגונית.

• **קונפליקט בין ערכים מקצועיים לרגשות לאומיים:** הענקת טיפול במקביל לחיילים, אזרחים ולעיתים גם למחבלים יצר דיסוננס מוסרי, על רקע החובה המקצועית להעניק טיפול לאלה שנתפסים כאויב.

• **מתח בין עמיתים בצוותים הטרוגניים:** שיוך תחושות של הזדהות עם אויב לעמיתים ממגזר ערבי לוותה באובדן אמון ותחושות של ניכור, שהביאו לשחיקה של סולידריות מקצועית, חרף המאמצים לשמר שיתוף פעולה.

• **בקשות מטופלים המנוגדות לערכי המקצוע:** סירוב של מטופלים לקבל טיפול ולשתף פעולה עם מטפלים ממגזר ערבי העמיד את הצוותים בפני קונפליקט בין שמירה וכיבוד אוטונומיה של המטופל לבין ערכי שוויון וסביבת עבודה בטוחה.

• **קונפליקט בין האישי למקצועי:** האחים והאחיות נקרעו רגשית בין חובותיהם לבית ומשפחה לבין החובה להגיע לעבודה. הם חוו אובדן יקירים, פונו מביתן, חשו סכנה מרחפת על החיים האישיים או חיי קרובים, תוך קושי לאזן בין ה"אני הפרטי" לבין ה"אני המקצועי".

סיכום והמלצות

מועקה ופציעה מוסרית עלולות לפגוע בחוסן אישי ובאיכות הטיפול. לשכת האתיקה קוראת להנהלות בכירות באשפוז ובקהילה, אנשי אקדמיה וקובעי מדיניות במשרד הבריאות לפעול להבטחת סביבת עבודה בריאה המקדמת שלומות של צוותי בריאות כאחת המטרות המהותיות בניהול

מועקה מוסרית (Moral Distress) היא תגובה למצבים בהם האחות יודעת מה נכון לעשות מוסרית, אך אינה יכולה לעשות זאת בשל אילוצים מערכתיים, כמו נהלים, היררכיה, מחסור במשאבים. מצב זה מלווה ברגשות של תסכול, כעס וחוסר אונים מוסרי.

פציעה מוסרית (Moral Injury) מתרחשת כאשר יש תחושת שותפות לעשייה שנתפסת כהפרה חמורה של ערכים מוסריים. מצב זה מלווה בתחושות של בושה, אשמה, אובדן משמעות, פגיעה בזהות ובמסוגלות מקצועית ובפגיעה סוציו-קוגניטיבית. פציעה מוסרית ניכרת בהשפעות רב-ממדיות: רגשיות (חרדה, דיכאון, ניתוק רגשי), קוגניטיביות (בלבול מוסרי, ירידה בביטחון העצמי, ערעור זהות מקצועית) ופיזיות (עיפות, הפרעות שינה, תסמינים פסיכוסומטיים), שמשבשות את תפקודם של חברי הצוות, שוחקות את הכשירות המוסרית, פוגעות באמפתיה, מובילות לשחיקה בקרב אחיות ופוגעות ברווחתם ובאיכות הטיפול.

מועקה מוסרית, שאינה מטופלת לאורך זמן, עלולה להעמיק לכדי פציעה מוסרית. לכן, חשוב לראות במועקה מוסרית אות אזהרה ולטפל בה.

מלחמת 7.10 כגורם לפציעה מוסרית בקרב אחיות ואחים בישראל

מתח בלתי פוסק בין הרגשות והתחושות האישיים של הצוותים לבין מערך האמונות האישיות על בסיס ערכי המוסר, יצרו קונפליקטים ואתגרים הבאים:



המקצועית וכנדבך אסטרטגי של ניהול מערכות בריאות.

מלי קושא

יו"ר לשכת האתיקה

איה גבאי בלינקוב

יו"ר וועדת ניירות עמדה

שותפים לכתיבת המסמך:

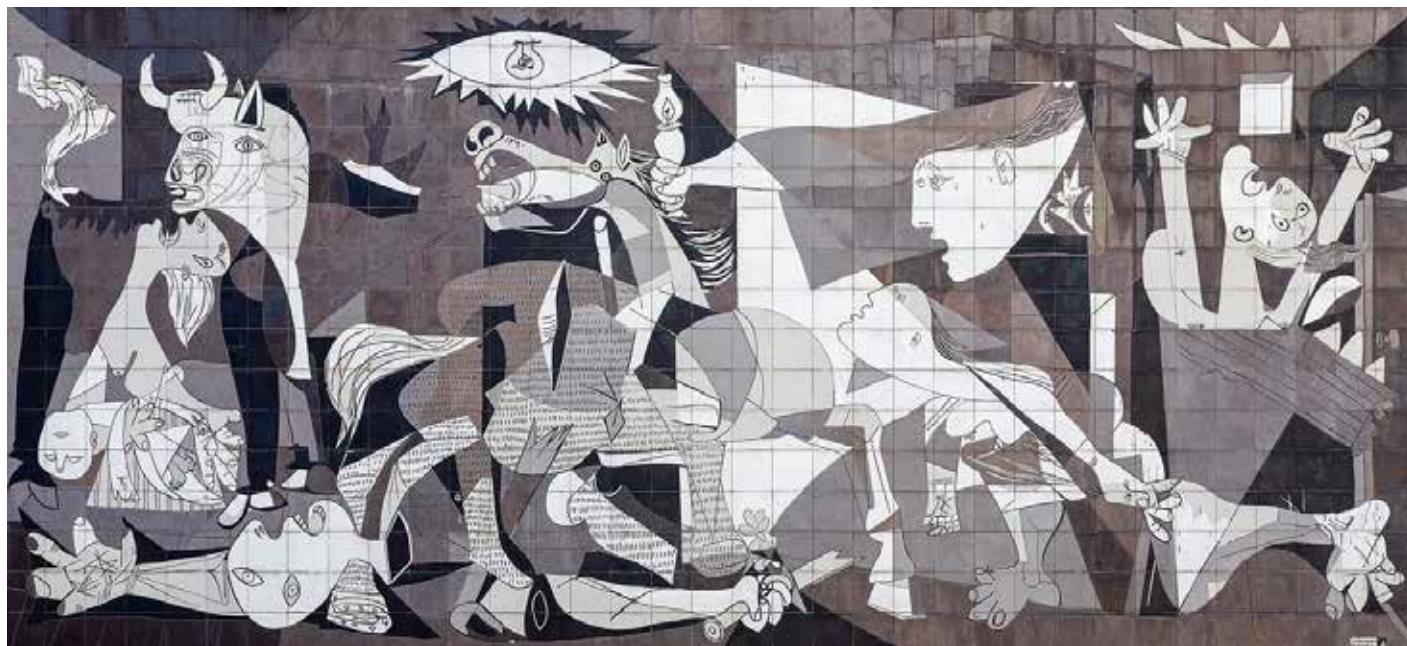
ד"ר אלה קורן, בלאל אגבאריה, ד"ר רות קפלן, יעל בן גל, ד"ר דורית רובינשטיין

מוסרית לזיהוי מצבים בעלי פוטנציאל למועקה ופציעה מוסרית על רקע קונפליקטים ערכיים, פערים בין צוותים, עומסים ולחצים פוליטיים; תוכניות לחיזוק החוסן המוסרי, בדגש על כלים רפלקטיביים, עיבוד רגשי והתמודדות עם מועקה ופציעה מוסרית; שיח בהקשר של מועקה ופציעה מוסריות בארגונים המספקים שירותי בריאות; פיתוח כשירות מוסרית תוך מיצוב ערכי המוסר, כחלק מהזהות

מערכת הבריאות תוך אימוץ הפעולות הבאות:

קביעת מדיניות לקידום אקלים מוסרי בארגון: כתיבה ופרסום של נהלים להתארגנות במצבי קיצון; תוכנית ייעוץ, הנחיה והתערבות להפחתת מועקה ופציעה מוסריות; הכללת שלומות של צוותים במדדי האיכות הארגוניים

פיתוח הזהות המקצועית על בסיס כשירות מוסרית: הכשרה ופיתוח רגישות



גרניקה (Guernica) של פבלו פיקאסו, צוירה בשנת 1937 כתגובה להפצצת העיירה הבסקית גרניקה על ידי הגרמנים. הפצצה גרמה ל-1,600 הרוגים ועוד אלפי פצועים.

מקורות

- Bonson, A., Murphy, D., Aldridge, V., Greenberg, N. & Williamson, V. (2023). Conceptualization of moral injury: A socio-cognitive perspective. *Journal of Military, Veteran and Family Health*, 9(2), 75–81. <https://doi.org/10.3138/jmvfh-2022-0034>
- Diener, E. (Ed.). (2009). *Assessing Well-being: The Collected Works of Ed Diener*. Springer Science & Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4>
- Fourie, C. (2017). Who Is Experiencing What Kind of Moral Distress? *AMA Journal of Ethics*, 19(6):578-584. doi:10.1001/journalofethics.2017.19.6.nlit1-1706
- Hamric, A. B., & Epstein, E. G. (2017). A Health System-wide Moral Distress Consultation Service: Development and Evaluation. *HEC forum: an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues*, 29(2), 127–143. <https://doi.org/10.1007/s10730-016-9315-y>
- Hilton, L. (2020) 4Rs Strategy Offers a Fresh Perspective to Confront Ethical Challenges. *Nurse.com*. www.nurse.com/blog/2020/09/15/4-rs-strategy-offers-a-fresh-perspective-to-confront-ethical-challenges
- Rushton, C. H., & Turner, K. (2020). Suspending Our Agenda: Considering What Will Serve When Confronting Ethical Challenges. *AACN advanced critical care*, 31(1), 98–105. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2020569>
- Salari, N., Shohaimi, S., Khaledi-Paveh, B., Kazemini, M., Bazrafshan, M. R., & Mohammadi, M. (2022). The severity of moral distress in nurses: a systematic review and meta-analysis. *Philosophy, ethics, and humanities in medicine: PEHM*, 17(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s13010-022-00126-0>



העתיד שלכם. מתחיל במסלולי הקידום של החוג למדעי האחיות באוניברסיטת תל אביב



זאת ההזדמנות שלכם. להזניק את הקריירה, להוביל עשייה משמעותית, להתמקצע, לנהל ולהשפיע.

דוקטורט בחוג למדעי האחיות

במסגרת המדרשה לתארים מתקדמים
בפקולטה למדעי הרפואה והבריאות

- אוניברסיטה מובילה ברמה בינלאומית
- אנשי סגל בכירים ומנוסים
- מחקר מתקדם בהנחיית מומחים בינלאומיים
- **וגם:** סדנת הכנה לדוקטורט – קורס ייחודי לליווי תכנון וכתובת הצעת המחקר

תואר שני במדעי האחיות M.S.N

- אוניברסיטה מובילה עם מיטב המרצים
- שילוב בין ידע אקדמי ויישומי
- ריכוז הלימודים ביום אחד בשבוע
- גמישות במסלולי הבחירה (מינהל וטכנולוגיות או בריאות נשים ומשפחה)

קורסים ללימודי המשך

- מיטב המרצים המומחים בתחומם בארץ

הצטרפו אל אלפי הבוגרים והבוגרות שכבר השתלבו בתפקידים
מרתקים ומובילים את מערכת הבריאות בישראל

לפרטים ומידע: ☎ 03-6409660



המחקר
של היום -
רפואת המחר

החוג למדעי האחיות (Nursing)
החומר שממנו עשויים אחים ואחיות



"מודל כוכב"

בניית החוסן הרגשי והחברתי של אחיות חדשות

אינה יופה ויסמן,¹ RN, BA, MHA; ענת מושקוביץ,² RN, BA, MHA; עאליה והייב,³ RN, MPH;

ליאת ארושט,⁴ RN, BA; דנית רז,⁵ RN, BA, MHA; חלי צים,⁶ RN, BA;

1 מרכזת תחום א; 2 אחות ראשית, בית חולים ספרא לילדים, שיבא; 3 אחות אחראית מחלקת ילדים א; 4 אחות אחראית מחלקת טיפול נמרץ ילדים; 5 אחות אחראית מחלקת ילדים ב; 6 אחות אחראית מחלקת המטו-אונקולוגיה ילדים, בית חולים ספרא לילדים, שיבא

סופרת מכותבת: Inna.Vaisman@sheba.health.gov.il

תקציר

רקע

קליטה של אחיות חדשות בארגוני בריאות מציבה אתגר בפני הארגון, בעיקר בשל ההשפעות הכלכליות והתפעוליות הכרוכות בכישלון תהליך הקליטה והשימור. מחקרים מראים כי מלבד למיומנויות הקליניות והמקצועיות, לתמיכה הרגשית והחברתית יש תפקיד מכריע בתהליך.

מטרות

פיתוח מודל לקליטה של אחיות חדשות בבית חולים ספרא לילדים בשיבא, תוך שימת דגש על שילוב מקצועי, רגשי וחברתי. המודל שואף לשפר את תחושת המסוגלות, השייכות והחוסן של האחיות החדשה, במטרה לשמרה בארגון לאורך זמן.

התערבות

פותח "מודל כוכב", הממקד את תהליך הקליטה באחות הנקלטת ומגדיר תפקידים ברורים לצוות המחלקה. המודל כולל שלבים מובנים: החל בריאיון לעבודה, דרך ליווי צמוד בתהליך ההכשרה ועד לתמיכה מתמשכת בשנה הראשונה.

תוצאות

מאז יישום המודל (ינואר 2024) נקלטו 63 אחיות חדשות, 83% סיימו את תהליך הקליטה ונשארו לעבוד במחלקה.

מסקנות

"מודל כוכב" מדגיש את החשיבות של קליטה רגשית וחברתית לצד הקליטה המקצועית. אימוץ גישה זו יכול לשפר את תהליכי הקליטה והשימור של אחיות חדשות בארגוני בריאות.

רקע

קליטה של אחות חדשה במחלקה הוא אירוע המעסיק ארגוני בריאות בעולם, בשל המחיר הגבוה שמשקיע הארגון בכישלון הקליטה ובשימור אחיות.⁽⁶⁾ ההגדרות לתהליך קליטה של אחיות מוסמכות משתנה מארגון לארגון. אף שיש ספרות ענפה של שיטות קליטה שונות מענה לצרכים של האחיות הנקלטות, כגון סוציאליזציה, הדרכה, תקשורת בין-אישית ויכולות קליניות, יש התייחסות מועטה במחקר אל הקליטה החברתית והליווי הרגשי של אחות חדשה. עם תחילת העבודה של אחות חדשה במחלקה מצוותת לה אחות קולטת, שתפקידה ללוות את האחיות עד שהיא מיומנת דיה לביצוע הפעולות הנדרשות ממנה בתפקידה. תפקיד האחיות הקולטות הוא לשמש כגוף ידע ולהקנות מיומנות מקצועית, וכן להעריך את התקדמותה ויכולותיה של האחיות הנקלטות.⁽⁷⁾ מחקרים אשר בחנו את

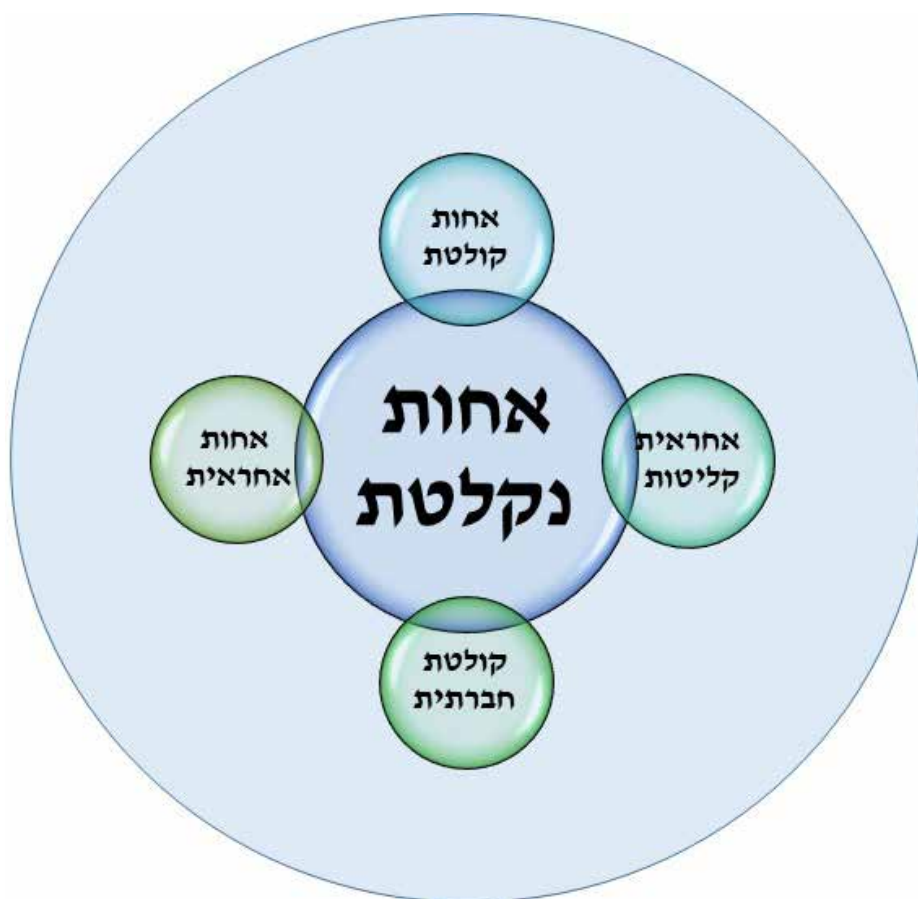
מערכת היחסים בין אחות נקלטת לקולטת מצאו שאין די ברמתה המקצועית של האחיות הקולטות כדי להבטיח את הצלחת התהליך, וכי לפן הרגשי והחברתי יש השפעה על הקושי אותו חווה האחיות בתהליך הקליטה⁽²⁾, מה שישפיע בהמשך על הצלחת הקליטה והישארות האחיות הנקלטות במחלקה לאורך זמן⁽⁷⁾.

נוסף על כך, נמצא כי תהליכי חברות לא מותאמים לאחות החדשה, וחוסר יכולת להפגין את רגשותיה והקשיים שהיא חווה מוסיפים אף הם לרמת הלחץ הנתפס שמשפיע על שביעות הרצון מהעבודה וכוונה לעזוב את מקום העבודה⁽⁵⁾.

תהליך קליטת אחות חדשה ליחידת טיפול נחשב לשלב מכריע בהשתלבותה המקצועית, החברתית והרגשית בארגון. בית חולים ספרא לילדים בשיבא מעסיק יותר מ-600 אחיות, ומדי שנה נקלטות כחמישים אחיות חדשות.

למרות ההשקעה הרבה במשאבים כלכליים ואנושיים, בשנת 2023 כ-61% מהאחיות שהחלו את תהליך הקליטה לא השלימו אותו. מרבית האחיות (90%) עזבו בשל תחושת חוסר התאמה אישית, ו-6% מהעדיבות נבעו מהחלטת צוות המחלקה. תהליך הקליטה המסורתי כולל ליווי צמוד של אחות קולטת, ומייצר מערכת יחסים

תיאור הפרויקט



עקרונות מרכזיים במודל

השתלבות רגשית:

- היכרות מקדימה של האחות החדשה עם הצוות הניהולי של המחלקה והצוות שאחראי על קליטות במחלקה.
- תקשורת רציפה עם האחות החדשה לפני תחילת עבודתה במחלקה.
- עידוד לשאילת שאלות והבעת חששות בסביבה תומכת.
- הטמעת תרבות ארגונית המבוססת על דלת פתוחה בין כלל האחיות בבית חולים, ואחיות חדשות בפרט, ובין הנהלת המחלקה ומטה הנהלת בית החולים.

השתלבות חברתית:

- מינוי אחות קולטת חברתית שתפקידה

"מודל כוכב" שם במרכזו את האחות הנקלטת, תוך הגדרת הצוות המשתתף בתהליך הקליטה והקצאת תפקידים ברורים לכל אחד מהמעורבים.

המודל מתמקד בשלושה ממדים עיקריים: השתלבות רגשית, חברתית ומקצועית. השינוי בתפיסה הוא בהבנה כי קליטה חברתית ורגשית טובה תקדם חוויה חיובית של מסוגלות עצמית, וכך האחות תבצע את תפקידה כמצופה. במודל הוגדר תפקיד חדש - אחות קולטת חברתית. על האחות קולטת חברתית ללוות את האחות החדשה בתהליך הקליטה ולהיות אחראית על השתלבותה החברתית במחלקה.

אינטנסיבית בין האחות הקולטת לאחות הנקלטת. עם זאת, חוסר הצלחה של תהליך זה מוביל לעומסים רגשיים, לשחיקת צוות המעורב ולתחושת אכזבה כללית.

מטרות

1. הבניית מודל לקליטה של אחיות חדשות בבית חולים ספרא לילדים, תוך כדי התמקדות בהשתלבות הרגשית והחברתית לצד ההשתלבות המקצועית של האחות.
2. שימור אחיות חדשות בארגון לאורך זמן.

התערבות

למידת תהליכי קליטת אחיות חדשות בבית חולים לילדים נמצא במיקוד העשייה של הנהלת בית חולים לילדים במשך שנים רבות. במטרה להבין את תהליכי הקליטה באופן מיטבי, ולשם בניית מודל לקליטת אחות חדשה, נערכו שולחנות עגולים עם האחיות הנקלטות והקולטות, וכן נערך מחקר שבחן את הסיבות לניעות אחיות חדשות בבית החולים. מממצאי המחקר עלה כי מערכת יחסים עם האחות הקולטת היא הסיבה המובילה לניעות פנים-ארגונית בקרב אחיות, וכי יותר משליש מהאחיות שהשתתפו במחקר נתנו לסיבה זאת דירוג גבוה לניעות. הסיבות הבאות בחשיבותן הן קושי נתפס של תהליך הקליטה, קשיים חברתיים ומאפייני הטיפול.

כמו כן, נעשתה סקירה של תכנים, דילמות, חששות ובעיות שמעלות האחיות בקבוצות אחיות ברשתות. נבנתה קבוצת עבודה שבה השתתפו אחיות אחראיות שפיתחו את בניית המודל. המודל מגדיר את הצוות שמשתתף בתהליך קליטה של אחות, ולכל אחד הוגדר תפקיד בתהליך.

המודל הוצג בישיבת צוות של אחיות אחראיות ובישיבה עם כלל האחיות שעוסקות בקליטת אחיות בית חולים ספרא לילדים. המיזם התחיל בינואר 2024.



מתבצע תיאום ציפיות. היא שולחת לאחות החדשה קיט קליטה שכולל הסבר על המחלקה, רשימת מצבים מייצגים, תרופות שכיחות ורשימת כל הנהלים שעליה לקרוא. כמו כן, מעדכנת בנוגע לאחות קולטת מקצועית וחברתית, וקובעת משמרות לימים הראשונים.

יתרה מזו, בשיחות עם אחיות חדשות בלט הצורך שהאחיות והאחים במחלקה יכירו אותן מהיום הראשון להתחלת עבודתן במחלקה, ויידעו שמצטרף אליהם איש צוות חדש. לפיכך, כל איש צוות חדש שמצטרף למחלקה שולח לאחות אחראית תצלום שלו וסיפור אישי קצר. יום לפני המשמרת הראשונה של האחות החדשה אחראית המחלקה מצרפת את האחות החדשה לקבוצות וואטסאפ מחלקתיות, שולחת את התצלום והסיפור האישי וכל הצוות מברך את האחות על הצטרפותה למחלקה. האחות הקולטת יוצרת קשר עם האחות החדשה להיכרות וברכות.

היום הראשון במחלקה

היום הראשון בעבודה חדשה נחשב אירוע מרגש ומלחיץ. מלבד האתגר של יצירת קשרים חדשים, הימים הראשונים הם מהותיים להגדרת התפקיד ולתיאום ציפיות. האחיות החדשות הדגישו את החוויות המורכבות שלהן בימים הראשונים בעבודה. תחושת הזרות וחוסר היכרות עם המוסדות של בית החולים, וגם תחושה שאינן יודעות מה מצפה להן מידי יום.

האחיות דיווחו כי מיקוד השיח בימים הראשונים הוא ברמת המשימות הקונקרטיות וההספק הנדרש מהן, ופחות

לאחר קבלת החלטה חיונית ואישור קליטה, האחות האחראית יוצרת קשר עם האחות החדשה ומברכת אותה על הצטרפותה לצוות המחלקה.

מבחן ממשלתי

המבחן הממשלתי הוא יום חשוב בחייה הטרם-מקצועיים של האחות החדשה. יום לפני המבחן הממשלתי האחות האחראית יוצרת קשר עם הנבחנות ומאחלת להן הצלחה במבחן. האחיות מדווחות כי תשומת לב מצד האחיות האחראיות לקראת הבחינה הממשלתית גורמת לתחושת שייכות ולחיבור למחלקה טרם תחילת העבודה.

שלב טרום-קליטה

בשיחות שנערכו עם אחיות חדשות הן ציינו שמרגע הריאיון ועד לתחילת עבודתן בפועל יש נתק בין האחות המועמדת ובין צוות המחלקה. לכן הושקעה מחשבה רבה במערכת היחסים שיש לבנות בין האחות החדשה ובין צוות המחלקה המשתתף בהדרכתה ובתהליך הקליטה בשלב שלפני התחלת העבודה.

שלב טרום-הקליטה, לפי המודל, מתמקד ביצירת קשר בין האחות המועמדת ובין הצוות שילווה אותה בתהליך. תכנון תהליך הקליטה כולל:

- מינוי אחיות קולטות (מקצועית וחברתית).
- התאמת תוכנית קליטה אישית בהתאם לוותק המקצועי של האחות הנקלטת.
- כשבוע לפני תאריך הקליטה המשוער, אחות שאחראית על קליטת אחיות חדשות במחלקה יוצרת קשר עם האחות החדשה להיכרות ראשונית. במעמד שיחה זו

להעניק לאחות החדשה תמיכה חברתית רציפה ולוודא את השתלבותה במחלקה. למשל, השתתפותה באירועים חברתיים.

- קיום מפגשים ושיחות "מה נשמע" בין האחות הקולטת החברתית לאחות החדשה.

השתלבות מקצועית:

- ציוות שתי אחיות קולטות לכל אחות חדשה לכל היותר, לשמירה על עקביות בתהליך ההדרכה בשלב הראשון של הקליטה, הנמשך כארבעה חודשים.
- בשלב השני חשיפה הדרגתית לאחיות קולטות נוספות, שלב שאורך כחודשיים.
- שמירת רצף קליטה באמצעות תקשורת רציפה בין האחיות הקולטות.
- העברת משוב וסיכום כל משמרת לשקיפות תהליך הקליטה מול האחות הנקלטת.
- המודל בנוי כרצף תהליכים, החל משלב הריאיון טרם התחלת העבודה ועד שנה מהקליטה. כל שלב מלווה בתמיכה ממוקדת וכולל נקודות זמן להערכה ובקרה של ההתקדמות.

ריאיון

המעטפת הרגשית והחברתית מתחילה כבר בשלב הריאיון לעבודה. במהלך הריאיון האחות החדשה נפגשת עם הצוות הניהולי של בית החולים והמחלקה המיועדת. תהליך זה כולל:

- הצגת בית החולים, חזונו וערכיו על ידי הנהלת האחיות.
- ביצוע תיאום ציפיות בין האחות החדשה לדרישות בית החולים והמחלקה.
- סיור במחלקה והצגת דרישות התפקיד על ידי האחות האחראית.



ברמת השיח העמוק יותר או כזה שעוסק בהיבטים של הסתגלות או רגשות בעבודה החדשה. על כן, לאחר הטמעת המודל, ביום הראשון לעבודה האחות החדשה מלווה באחות קולטת והמיקוד הוא באוריינטציה פיזית וחברתית, היכרות עם כלל הצוות הנוכח ביום זה, תיאום ציפיות ולמידת תכנית הקליטה. האחות הקולטת מדריכה את האחות החדשה על מערכות עבודה תומכות מרכזיות, כמו מערכת משמרות, הזמנת הסעות וכדומה.

ביום זה האחות הקולטת מסיירת עם האחות החדשה בבית החולים להיכרות עם המחלקות והצוותים הניהוליים במחלקות. כמו כן, נערכת היכרות קצרה עם מטה הנהלת בית חולים לילדים. האחות אף מקבלת שי קטן להצטרפותה למשפחת המחלקה, והיא הולכת לחדר האוכל לארוחת צהרים עם האחות הקולטת.

קליטה מקצועית, חברתית ורגשית

קליטה מקצועית: האחיות החדשות מדווחות כי הקושי העיקרי בקליטה הוא ריבוי מדריכים. כל אחות קולטת עלולה ללמד שיטות עבודה שונות, דבר היוצר בלבול ומקשה על האחות הנקלטת. לפיכך, התוכנית מציעה מבנה מדורג המחולק לשני שלבים עיקריים.

בשלב הראשון, האחות הנקלטת מוצמדת לשתי אחיות קולטות קבועות. שלב זה מתאפיין בהדרכה צמודה, דייקנית ומילולית, המאפשרת למידה יסודית של נהלי העבודה הבסיסיים ובניית ביטחון מקצועי ראשוני. שלב זה נמשך כארבעה חודשים. לאחר ביסוס היסודות, בשלב השני, האחות הנקלטת מתחילה לעבוד עם צוות נוסף ונחשפת לשיטות עבודה מגוונות. מעבר זה מתבצע באופן הדרגתי ומאפשר פיתוח גישת עבודה עצמאית ומשוחררת יותר. לשם שמירה על רצף הדרכה יעיל נפתחת

קבוצת תקשורת ייעודית לכל מודרך, המאפשרת העברת מידע שוטפת בין האחיות הקולטות על התקדמות האחות בכל משמרת והגדרת יעדי המשך קליטה. הקליטה המקצועית בנויה בהתאם לסטנדרט קליטה בכל מחלקה, המחולקת לשלבי קליטה וכוללת חשיפה הדרגתית למצבים מייצגים ומורכבות מטופלים בדרגת קושי עולה. כל משמרת מתחילה בתיאום ציפיות ומסתיימת בשיחה סיכום עם דוגמאות לשימור ולשיפור בתפקוד במהלך המשמרת. תהליך המשוב הוא גורם משמעותי בהצלחת האחות בקליטה. קיום שיחות אישיות ובדיקת קצב הסתגלות והתקדמות האחות בקליטה יעזור לה להרגיש מוערכת ויאפשר לה להשתפר ולהתפתח בתפקידה החדש.

לפי המודל, נוסף על המשוב הקצר בסוף כל משמרת, האחות הקולטת נותנת משוב לאחות החדשה אחת לשבועיים לפחות. במעמד שיחה זו בודקים האם הושגו יעדי הקליטה שהוגדרו לשבועיים אלו, ומגדירים יעדים לשבועיים הבאים. שיחה זו מקדמת הבנה הדדית של סטטוס הקליטה. לאחר כחודש במחלקה האחות האחראית מבצעת הערכה ראשונה, שבה משתתפת גם האחות הקולטת. שיחות משוב נוספות נערכות כעבור שלושה חודשים ושישה חודשים מתחילת העבודה של האחות.

קליטה חברתית: כאמור, לפי המודל לכל אחות חדשה מוצמדת אחות קולטת חברתית המשמשת כעוגן חברתי ומשמעותי בתהליך ההשתלבות. תפקידה לספק תמיכה שוטפת ולהיות זמינה לכל שאלה או סוגיה שמתעוררת. הקליטה החברתית כוללת היכרות מעמיקה עם כלל הצוות העובד במחלקה, וכן שיחות "מה נשמע" שבועיות בתקופה הראשונה לקליטה. האחות הקולטת החברתית מוודאת שהאחות החדשה משתלבת באירועים

החברתיים של המחלקה ומרגישה חלק מהצוות.

קליטה רגשית: הפן הרגשי בתהליך הקליטה מקבל דגש מיוחד דרך יצירת תקשורת פתוחה ושקופה עם כל גורמי

המחלקה. צוות המחלקה, הצוות הניהולי וצוות מטה בית החולים מעודדים שיח פתוח המאפשר להעלות חששות ושאלות, תוך קבלת מענה מהיר ומדויק. באחריות האחות האחראית לשוחח עם האחיות החדשות לפחות אחת לשבוע, ולהתעדכן על סטטוס ההתקדמות שלהן ברמה המקצועית, הרגשית והחברתית. שיחה זו מאפשרת לאחות החדשה לחלוק ולשתף בחוויות הקליטה. כמו כן, האחיות החדשות מוזמנות לשיח ב"שולחן עגול" עם צוות הנהלת בית חולים לילדים לשיתוף חוויות ותחושות, וישיבות אלו מתנהלות אחת לשלושה חודשים.

התרבות הארגונית שתוארה תורמת לתחושת השייכות של העובד החדש ומטפחת את הצלחתו המקצועית.

שחרור לעצמאות

שחרור לעצמאות בעבודה של אחות חדשה הוא שלב שממנו חוששת כל אחות. מנקודת זמן זו אחות שלווה באחות קולטת ועבדה בהשגחה צמודה, מתחילה את עבודתה באופן עצמאי. כדי לרכך את התהליך עליו להיות הדרגתי ומובנה, תוך הגדרת ציפיות ברורות מהאחות החדשה. לפני השחרור לעצמאות נערכת שיחה ובה האחות האחראית והאחות הקולטת מסכמות את התהליך שעברה האחות עד כה, ומגדירות את תחילת עבודתה של האחות החדשה כאחות עצמאית בתפקוד. בשיחה זו מבהירים לאחות החדשה כי היא לא לבד, וכי בכל משמרת שבה תעבוד יהיה איש צוות ייעודי שתוכל להתייעץ אתו ולקבל ממנו עזרה. הצוות הניהולי של המחלקה והאחות הקולטת המקצועית



של האחות החדשה. שילוב ההיבטים המקצועיים, החברתיים והרגשיים, עם מערך התמיכה המובנה, מספק לאחות החדשה את התשתית הנדרשת להצלחה בתפקידה ולהשתלבות מיטבית במחלקה.

לפני התחלת הפרויקט.

מסקנות והמלצות

תהליך הקליטה לפי "מודל כוכב" מבטיח התייחסות מקיפה לכל היבטי ההשתלבות



והחברתית מלוות את התהליך במתן תמיכה טלפונית רציפה או בנוכחות פיזית.

ניהול קליטות

האחות האחראית במחלקה מנהלת את כל התהליך ועוקבת אחר התקדמות האחיות החדשות. היא מבצעת שיחות משוב קבועות ומפגשי "מה נשמע" עם האחיות הנקלטות, ופגישות חודשיות עם צוות האחיות הקולטות, ובהם דנים על התקדמות הצוות החדש והצורך בשינוי או שימור תכנית ההמשך. נוסף לכך, נערכות פגישות ניהוליות קבועות עם צוות הנהלת האחיות בבית החולים ספרא לילדים, המאפשרות ראייה רחבה של תהליכי הקליטה ושיפורם המתמיד.

תוצאות

ההטמעה של המודל החלה בינואר 2024. במהלך שנת 2024 נקלטו 63 אחיות חדשות לבית חולים לילדים. אחת-עשרה אחיות (17%) עזבו תוך 6 חודשים, לעומת 50%

ביבליוגרפיה

1. Cochran, C. (2017). Effectiveness and best practice of nurse residency programs: A literature review. *Medsurg Nursing*, 26(1), 53.
2. Frögéli, E., Rudman, A., & Gustavsson, P. (2019). The relationship between task mastery, role clarity, social acceptance, and stress: An intensive longitudinal study with a sample of newly registered nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 91, 60-69.
3. Garcia, M. G., Watt, J. L., Falder-Saeed, K., Lewis, B., & Patton, L. (2017). Orienting and onboarding clinical nurse specialists: a process improvement project. *Clinical Nurse Specialist*, 31(3), 163-168.
4. Gardiner, I., & Sheen, J. (2016). Graduate nurse experiences of support: A review. *Nurse Education Today*, 40, 7-12.
5. Hallaran, A. J., Edge, D. S., Almost, J., & Tregunno, D. (2023). New nurses' perceptions on transition to practice: A thematic analysis. *Canadian Journal of Nursing Research*, 55(1), 126-136.
6. Hunsberger, M., Baumann, A., & Crea-Arsenio, M. (2013). The Road to Providing Quality Care: Orientation and Mentorship for New Graduate Nurses. *Canadian Journal of Nursing Research* 45(4):72-87.
7. Kovetz, E. Simna, H. Shemesh-Milger, V., & Moskowitz, A. (2021). Mapping the factors that affect the organizational internal turnover of new nurses in a hospitals. *The Nurse in Israel*, 205, 42-46.
8. Reebals, C., Wood, T., & Markaki, A. (2022). Transition to practice for new nurse graduates: Barriers and mitigating strategies. *Western Journal of Nursing Research*, 44(4), 416-429
9. Wildermuth, M. M., Weltin, A., & Simmons, A. (2020). Transition experiences of nurses as students and new graduate nurses in a collaborative nurse residency program. *Journal of Professional Nursing*, 36(1), 69-75.
10. Young, J. E. (2016). Development of a Guide to Successful Onboarding of New Nurse Graduates (Doctoral dissertation, Walden University).



אחים ואחיות !

יש לכם קרן השתלמות שמשתלמת לכם במיוחד!

**חדש! הסתדרות האחים והאחיות מאפשרת לכם לבחון את הנושא
בפגישה פנסיונית עם המומחים של סוכנות MVP !**

שיתוף פעולה זה יאפשר לכם

- ◆ לבדוק את ביצועי הקרן, ביחס לקרנות השתלמות אחרות
- ◆ לבחון את דמי הניהול ביחס לשוק
- ◆ להתאים את מסלול ההשקעה הטוב ביותר ביחס למועד מימוש הכספים



**לכרטיס נוספים ולתאום פגישה ללא עלות
עם מומחה פנסיוני 03-7108778**

מחלקת עמיתים:

טל. 072-2790004 | פקס. 072-2790094 | *9083

moked@yahav-hst.org.il

לתאום פגישה עם סוכן פנסיוני: 03-7108778



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 ליעוץ/שיווק פנסיוני האמור להינתן על ידי יועץ/משווק מוסמך, בהתאם למאפיינים האישיים של כל אדם
• בכפוף להוראות החוק וכללי המשיכה. ** המידע המוצג אינו מהווה יעוץ או שיווק פנסיוני ואין לראות בו תחליף ליעוץ או שיווק פנסיוני המתחשב במאפיינים ובצרכים של כל אדם. כמו כן, אין לראות במידע המוצג משום ייעוץ משפטי או ייעוץ בענייני מס.

יהב אחים ואחיות

חברה לניהול קופות גמל בע"מ



בעוד שחברות שונות עוצרות את מתן הלוואות לעמיתים, אנחנו ממשיכים לתת הלוואות בתנאים מיטבים:

- ✓ בהמשך לשיפור וייעול השירות, קרן ההשתלמות שמחה להרחיב את סל שירותיה לעמיתה:
- ✓ הלוואה חוץ בנקאית הניתנת לכל צורך, מנכסי הקרן, כחלק מהשקעותיה.
- ✓ ההלוואה ניתנת בתנאים טובים ולרוב בריבית הנמוכה מהיצע הבנקים.
- ✓ זכויותיך בקרן נשמרות והינך רשאי להמשיך ולהפקיד כספים בקרן.

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

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

או בטלפון: 072-2790030

*** חשוב מאוד *** עמיתים לפני פרישה צריכים לעדכן את כתובת המייל שלהם למייל חיצוני מחוץ למוסד בוא הם עובדים.

- אין באמור לעיל משום התחייבות החברה לתת הלוואה או לקבוע את שיעורי הריבית.
- החברה רשאית לבצע שינויים בהלוואות הניתנות בהתאם לנהלי החברה, תקנונה והסדר התחיקות.
- החברה רשאית לבטל את המשך האפשרות להלוואות לעמיתים בהתאם לשיקול דעתה.
- אישור מתן ההלוואה לעמית מותנה בנהלי החברה והוראות הדין, ותנאי ההלוואה כפופים לקבוע בנהלי החברה וכן לחיתום לפי מודל חיתום, כולל בדיקה בלשכת אשראי.
- אי-עמידה בפירעון ההלוואה או בהחזר האשראי עלול לגרום חיוב בריבית פיגורים והליכי התאה 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 לייעוץ/שיווק פנסיוני האמור להינתן על ידי יועץ/משווק מוסמך, בהתאם למאפיינים האישיים של כל אדם.

האחות של היום - עם הסטטוסקופ?

חנה שצמן RN, MA

לשעבר מנהלת ביה"ס האקדמי לסייעוד, שיבא, מורה בחוג לסייעוד אוניברסיטת תל אביב

סופרת מכותבת: Blue_or@yahoo.com



הקדמה

כחלק מתפקידי כעורכת "ביטאון האחות בישראל", אני פונה מעת לעת לאחים ולאחיות בבקשה לשלוח מאמרים מקצועיים לפרסום. הפניות נעשות לעיתים ישירות לראשי עמותות מקצועיות, ולעיתים באמצעות פרסום בפייסבוק. הפרסומים שלי בפייסבוק תמיד מלווים בתמונה, כדי למשוך את תשומת לב הקוראים. לרוב, התגובות המילוליות למודעות אינן רבות, ולכן קשה לי לדעת כמה אחים ואחיות אכן קוראים את ההודעה, וכמה מהם שולחים בעקבותיה מאמר לביטאון.

מה רבה הייתה הפתעתי כאשר תמונה שפרסמתי זכתה לתגובות וחשיפה יוצאת דופן.

צפו בה 11,731 משתמשי פייסבוק, ורבים הגיבו בתגובות מילוליות:

"הכפ" - היכן הוא?"

חלק ניכר מהתגובות התייחס להיעדר הכפ, הכובע המסורתי של האחות. בין התגובות:

• "חסר הכובע על הראש".

• "לא נעלם הכפ'?"

• "איפה כובע האחות של פעם?"

• "חבל שזה נעלם ביחד עם המדים הלבנים".

ה"כפ", למי שאינו זוכר, היה במקור כיסוי הראש של הנזירות שטיפלו בחולים בראשית ימי הסייעוד. עם השנים הוא הלך והצטמצם לצורת כובע קטן, ששימש להבחנה בין בוגרות בתי ספר לסייעוד ובין

• "הסטטוסקופ אינו חלק מהופעת האחות, הוא שייך לרופאים".

• "נראה לי שאלו רופאות לפי המכשיר על הצוואר".

• "אחיות לא הלכו עם סטטוסקופ על הצוואר".

• מטופלת כתבה: "בילדותי, בשנות ה-50-60, אחיות לבשו חצאית וחולצה לבנים, אחיות בכירות לבשו סרט קטיפה על הכפ'. אף אחות לא נשאה סטטוסקופ. זה היה רק לרופאים".

אחיות מוסמכות, תלמידות ועובדי בריאות אחרים.

בדומה למקצועות נוספים, מלבד שומרי המלכה, צבא, משטרה ושפים, יצא הכובע מהאופנה ונעלם בהדרגה.

"הסטטוסקופ שייך לרופאים" - האמנם?

כאמור, התקבלו תגובות נחרצות בנוגע לנוכחות הסטטוסקופ:



הולדת הסטטוסקופ

מאתיים שנה חלפו מאז פרסום המאמר של רנה לאַנֶק (René Laennec) בשנת 1819, שבו חשף את השימוש הקליני בסטטוסקופ. ההיסטוריה מספרת כי בשנת 1816 לאַנֶק חיפש דרך להאזין ללב של מטופלת מבלי להצמיד את אוזנו לחזה, ולכן גלגל דף נייר לצורת גליל והצמיד אותו לגוף המטופלת, וגילה שהצליל ברור וחזק יותר. כך נולד רעיון האוסקולטציה המודרנית.

בהמשך פותח הפטוסקופ - כלי עץ גלילי ששימש, ועדיין משמש בחלק מהעולם, מיילדות להאזנה לדופק העובר. כיום, במדינות רבות בעלות הכנסה גבוהה מכשירי הקרדיוטוקוגרפיה (CTG) והדופלר הידני החליפו את השימוש בפטוסקופ של פינארד⁽³⁾.

בשנת 1851 פיתח ארתור לִיֶרֶד את הסטטוסקופ הבינ־אוזני, שכלל שני צינורות המאפשרים האזנה בשתי האוזניים. חלק מהרופאים קיבלו את החידוש בהתלהבות, ואחרים התעקשו להמשיך להשתמש בסטטוסקופ מעץ עד תחילת

המאה ה־20. הסטטוסקופ המודרני, למרות שינויים בחומרים ובאיכות השמע, דומה במבנהו לדגמים ההיסטוריים. הוא נשאר כלי אבחנתי מרכזי בזכות זמינותו, מהירות השימוש בו והעובדה שאינו מצריך מקור אנרגיה.

הרופא עם הסטטוסקופ

למרות 200 שנות היסטוריה ויותר, הסטטוסקופ עדיין נותר אחד הכלים האבחנתיים הנפוצים ביותר⁽⁴⁾. למרות שכלים אבחנתיים רבים מחליפים את המסכת, עדיין זה כלי שמאפשר אבחון מהיר של דלקת ריאות, הפרעות קצב או בעיות במערכת העיכול. הוא זמין ומהיר, ואין צורך בחיבור למקור אנרגיה כמו מטען. כל שצריך זה ידע וכושר שמיעה מעולה, וכמובן מוכנות.

בהערת אגב אני יכולה לציין מהניסיון האישי שלי, שהרופאים המבוגרים עדיין מרבים להשתמש בסטטוסקופ בעוד שרופאי המשפחה והצעירים נוטים לוותר עליו.

יחד עם זאת, כאשר רוצים במבט מהיר

לזהות מיהו הרופא במחלקה גם אם אינו לובש יותר חלוק לבן, מספיק לבחון למי יש סטטוסקופ על הצוואר. ניזכר בסרטים הרבים בהם מופיע הרופא, כמו הסדרה הידועה "ER" והחדשות יותר כמו "האנטומיה של גריי" ו"ד"ר אודיסאה", ונשים לב לעובדה שלרוב הרופא מופיע במדים ועם סטטוסקופ החובק את צווארו, על מנת לציין את מעמדו הרם.

אבל האם אנו זקוקים למדים על מנת לזהות את המקצוע?

אין פלא שהצופים בתמונות של האחות של פעם והאחות של היום טענו בביטחון שאין אלה אחיות, כי יש להן את הצינור על הצוואר.

הסטטוסקופ והאחיות - היסטוריה מקומית ועולמית

למרות התדמית הציבורית, האחיות החלו להשתמש בסטטוסקופ כבר משנות ה־30 של המאה ה־20 בארצות הברית ובבריטניה⁽⁵⁾. השימוש בארץ התרחב בעיקר משנות ה-60-50, ובשנות ה-70 הפך לחלק

סיכום

ברורה ולבצע את עבודתו בידע, במיומנות ובמקצועיות.

הסטטוסקופ, שהיה פעם "שייך" לרופאים, הפך לכלי יומיומי עבור אחיות, ואולי זה רק מסמל את השינוי הגדול שעבר המקצוע. הרי בסופו של יום, מה שחשוב באמת הוא הידע, המיומנות והמסירות שבשירות המטופל. לא הכובע ולא הצינור על הצוואר הם שמגדירים אותנו, אלא הידיים, האוזניים והלב שאיתם אנחנו מטפלים.

במערכת הבריאות פועלים אנשי מקצוע רבים, כל אחד בתחומו, כל אחד עם הכשרה ייחודית. פעם היה מספיק לראות כובע לבן קטן או חלוק כדי לדעת מי עומד מולך. היום, בלי ה"כפ" ובלי המדים המסורתיים, אנחנו מסתמכים פחות על מראה חיצוני ויותר על הדרך שבה איש הצוות ניגש למטופל. האחריות של כל איש צוות היא להציג את עצמו בצורה

אינטגרלי מעבודת האחות עם עליית הסיעוד המקצועי והמעבר למודל של סיעוד עצמאי מבוסס ידע קליני.

כיום, אחיות משתמשות בסטטוסקופ מדי יום - בבדיקת נשימה, דופק, קולות מעיים, האזנה לזרימת דם ועוד - ומשלבות את הנתונים עם מיומנויות סיעודיות כדי להעניק טיפול איכותי ומדויק. גם סטודנטים לסיעוד נדרשים לשליטה בשימוש בסטטוסקופ כחלק מהכשרתם.

ביבליוגרפיה

1. Roguin A. Rene Theophile Hyacinthe Laënnec (1781-1826): the man behind the stethoscope. Clin Med Res. 2006 Sep;4(3):230-5. doi:10.3121/cmr.4.3.230. PMID:17048358; PMCID:PMC1570491.
2. Donoso F A, Arriagada S D. René Théophile Hyacinthe Laënnec (1781-1826). Two hundred years of the stethoscope. Arch Argent Pediatr. 2020 Oct;118(5):e444-e448. doi:10.5546/aap.2020.eng.e444. PMID:32924399.
3. Engelhart CH, Nilsen ABV, Pay ASD, Maude R, Kaasen A, Blix E. Practice, skills and experience with the Pinard stethoscope for intrapartum Foetal monitoring: Focus group interviews with Norwegian midwives. Midwifery. 2022 May;108:103288. doi:10.1016/j.midw.2022.103288. Epub 2022 Feb 19. PMID:35240433.
4. Weinberg, F. The history of the stethoscope. Can Fam Physician. 1993; 39: 2223-4.
5. Lydia Wytenbroek. In Honor of Nurses Week – The Stethoscope: A Tool of Nurses' Trade since the 1930s. 2016 York University.
6. Zirahgi Markus, R. (2021, July 22). Stethoscope: A tool of nurses' trade. University of Maiduguri. <https://unimaid.edu.ng>

בזמן ובמקום

חנה שצמן

ביקורת ספר מתוך אוצר הכתיבה של נטלי

<https://www.facebook.com/10147280502393>

עוד ספר כן ומרגש של חנה שצמן וגם הפעם היא לא מאכזבת.

זהו יומן חיים מרתק, שבו הסופרת חוזרת אל תחנות משמעותיות במסעה מילדותה כתינוקת ועד לבגרותה. דרך סיפור חייה האישי, היא נוגעת גם בסיפורו של מקצוע שלם: האחיות.

הספר משמש גם כתיעוד חברתי-היסטורי, ובוחן כיצד השתנה תפקיד האחיות לאורך השנים לצד התמורות שעברה החברה הישראלית כולה. בין מסעות ותחנות, בין געגועים למה שהיה לתקווה לעתיד. שצמן כותבת בגובה העיניים, באומץ וברגישות. הנדודים, היא מגלה, גובים מחיר אבל לעיתים גם מביאים מתנות לא צפויות.

נהייתי מאוד והתחברתי.

וכמו תמיד מחכה בקוצר רוח לספר הבא שלה.

נטלי



אחיות ואחים, מגיע לכם יותר!

הצגות • סרטים • סטנדאפ • הופעות חיות • הרצאות

לילדים ומבוגרים!

מצפון ועד דרום ובמחירים - חלום!



מחכים לכם כאן!



כי תרבות היא

התרופה הכי טובה לנפש!

חפשו אותנו בגוגל: "פרינדס ההסתדרות" | 9976* |    

היום משתלם לך להיות חבר/ת ההסתדרות!

לנהל, להוביל ולהשפיע על מערכת הבריאות

תואר שני M.A. באֶחָיוֹת* (סיעוד) באקדמית תל-אביב-יפו

התכנית מעניקה לסטודנטים.ות
כלים מעשיים לקידום מדיניות
ומנהיגות, בשילוב פרקטיקום
ייחודי, כדי להוביל שינויים
משמעותיים במערכת הבריאות
ולקדם איכות ומצוינות בטיפול.

בתכנית הלימודים שלושה אשכולות מרכזיים:

קורסים מתודולוגיים
ידע בשיטות מחקר,
סטטיסטיקה
ואפידמיולוגיה

3

מדיניות בריאות
קורסים העוסקים
באיכות, בטיחות,
אתיקה, כלכלת בריאות,
רפואה מותאמת אישית,
יזמות וחדשנות
דיגיטלית בתחום

2

ניהול ומנהיגות
קורסים המעניקים כלים
מעשיים לאומדן, תכנון
והטמעה של מדיניות, עם
דגש על אתגרי הניהול
באֶחָיוֹת בעולם המשתנה,
ניהול המשאב האנושי
והשוואה בין-לאומית

1

שנתיים לימודים | יום אחד בשבוע
3 סמסטרים בקמפוס
וסמסטר אחרון בלמידה מרחוק

שכר לימוד אוניברסיטאי

*הענקת התואר מותנית באישור המל"ג



הבריאות שלנו צריכה אותך

זה הזמן להירשם לתואר שני בתחומי הבריאות במכללה האקדמית עמק יזרעאל

M.S.N. במדעי האחיות (סיעוד)

M.H.A במנהל מערכות בריאות

M.A בגרונטולוגיה קהילתית

בואו ללמוד אצלנו בראש שקט
מגוון מלגות לזכאים, כולל למפונים, לוחמים, בני.ות קהילות שונות ועוד.

*הטבות ומלגות בכפוף לתקנון.

האקדמית
עמק יזרעאל
ע"ש מקס שטרן



YVC.AC.IL | *8166

הזדמנות אחרונה להרשם!

דברים לזכרה רינה מילר ז"ל

ד"ר נטלי ציון RN, PhD

natally.zion@b-zion.org.il סופרת מכותבת:



בשנת 1990 התמנתה רינה למנהלת בית הספר לסייעוד בני ציון - המוסד שבו החלה את דרכה. משם המשיכה להוביל, להשפיע, לעצב ולהצמיח. רינה נחשבה למנהיגה פורצת דרך - אחות שהאמינה בערכים של אנושיות, חמלה, מסירות ומקצועיות בלתי מתפשרת. לצד הובלה ניהולית, ניחנה ביכולת לראות כל אדם, לזהות פוטנציאל, לטפח ולקדם - תמיד בצניעות, באצילות ובאהבה.

דמותה ממשיכה לחיות בלבבות של מאות תלמידים ובוגרים, אנשי סגל ושותפים לדרך. רינה מילר לא הייתה רק מנהלת - היא הייתה סמל.

יהי זכרה ברוך.

נטלי ציון, מנהלת ביה"ס לאחיות בני ציון

בו המשיכה לעסוק גם בשהותה בארצות הברית. עדינותה, חמלתה וגישתה האימהית בלטו בכל מקום שבו דרכה. עדות לכך ניתן למצוא גם באירועים קטנים, כמו הרגע שבו נישקה ילד מאושפז בארה"ב - מעשה טבעי של אהבה, שלא תמיד התקבל בהבנה בסביבה זרה.

לאחר שובה לישראל, רינה הצטרפה מחדש לבית הספר - הפעם כמדריכה קלינית. דמותה הותירה חותם עמוק על דורות של אחים ואחיות צעירים, שעיצבו את זהותם המקצועית לאור ערכיה ודמותה. כבר אז זוהו כישוריה ניהוליים הבולטים, ושרה אביר, מנהלת בית הספר באותם ימים, סימנה אותה כיורשת טבעית לתפקיד.

ביה"ס האקדמי לאחיות בני ציון נפרד השנה בכאב עמוק ממנהלת בית הספר האקדמי לשעבר, רינה מילר ז"ל, שהלכה לעולמה לאחר מאבק ממושך במחלה קשה.

רינה הייתה הרבה יותר ממנהלת. היא הייתה מורה ומחנכת, מנהיגה, אשת מקצוע למופת, אישה אצילית ויוצאת דופן. הקשר שלה עם בית הספר החל כבר בשנות ה-60, כתלמידה בבית הספר לסייעוד "רוטשילד". עוד במהלך לימודיה פגשה את חיים, מי שעתיד היה להפוך לבעלה - אהבה שנולדה במחלקה אורתופדית בית החולים, ונרקמה למרות מוסכמות התקופה.

את דרכה המקצועית החלה כאחות במחלקת ילדים - תחום שקרוב ללבה,

זוכרים אותך

אנו ממשיכים בפרויקט:

**אחים ואחיות מספרים
על מטופל שנשאר חקוק בלב**

מוזמנים לשלוח ספורים על מפגשים משמעותיים שלכם עם מטופלים במעגל החיים

את הסיפורים יש לשלוח לעורכת הביטאון
Blue_or@yahoo.com



עבודות טלאים

שלומית ביטן פלונשטיין

סופרת מכותבת: hshlomit65@gmail.com

אבל עם ילדיי שלי אני לא מצליחה ליצור את החיבור הכל כך חשוב וחיוני."

"אני לא יכולה למות, עליי לסדר את מגירות הבדים והטלאים שלי ולהשלים את העבודות השונות". ישבתי איתה מספר דקות נוספות, בשתיקה, אך גרייס נותרה שקועה בעבודתה ומחשבותיה.

בהמשך עזבתי את המחלקה והמשכתי הלאה. כשהגיע הזמן לסדר את חדר העבודה שלי במרתף, מצאתי כרטיס ביקור ישן שנתנה לי גרייס ונזכרתי בסיפורה. מעניין אם היא עדיין בחיים.

באותה תקופה עבדתי באשפוז ביתי ועלה בדעתי לקפוץ אליה ולדרוש בשלומה. לא הייתי בטוחה אם היא עדיין בחיים, ואם תרצה לראות אותי, אבל ניסיתי את מזלי.

אישה צעירה פתחה את הדלת. הצגתי את עצמי וסיפרתי שאני סקרנית לדעת מה שלומה של גרייס המטופלת, אותה פגשתי כמה חודשים קודם לכן.

האישה הצעירה סיפרה שהיא נכדתה של גרייס והזמינה אותי להיכנס. "גרייס חלשה, כמעט ולא יוצאת מחדרה, אבל תשמח לביקור". עליתי לחדרה של גרייס, ובדרך התפעלתי מעבודות הטלאים הרבות התלויות על הקיר, מונחות על כל כיסא, כורסא וספה בבית החווה המטופח. כאשר נכנסתי לחדרה של גרייס היא זיהתה אותי מיד. "את האחות מארץ הקודש שגדלה בירושלים הקדושה". הסמקתי במבוכה וסיפרתי לה שאני עדיין חושבת על שיחתנו מלפני כשנתיים.

שלפתי את הטלפון הנייד שלי והראיתי לגרייס תמונות של עבודות הטלאים שלי,



אותי אליו."

גרייס הוסיפה: "יש לי כל כך הרבה פיסות בד בצבעים שונים והדפסים שונים, וכל כך הרבה עבודות לא גמורות. אני לא יכולה להשאיר אי-סדר כזה לבעלי המסכן ולבניי. אני חייבת לסיים את העבודות, להשליט סדר בפיסות הבד שלי, לחלק אותן לתלמידותי וחברותי כדי שיידעו מה לעשות איתן ועם כל מה שאני אוהבת, וזו עבודה של לפחות שנה".

היא הוסיפה וסיפרה שיש לה שלושה בנים, כל אחד מהם מאוד מצליח בתחומו, אבל הכאב המאוד גדול שלה הוא שאין קשר בין הבנים. הם נפגשים פעמיים בשנה, בחג ההודיה וכריסמס, בבית ההורים, אבל בין לבין הם אפילו לא מתעניינים מה קורה איש אצל אחיו. רק הבן הצעיר ביותר ואשתו, החיים בחווה המשפחתית, מתעניינים בהורים המבוגרים.

"את רואה את שמיכת הטלאים הזו?", אמרה גרייס והוסיפה: "את פיסות הבד השונות אני מטליאה ומחברת ומתאימה,

עבדתי במחלקת נשים בהרטפורד קונטיקט. במחלקה נשים ונערות שאושפזו לצורך הפסקות הריון, כמו גם מסיבוכי הריון, ממחלות וזיהומים במערכת הרבייה הנשית ומערכת השתן, ומגידולים שונים (בכל הגוף, כמו גם במערכת הגניטלית).

יום אחד התקבלה למחלקה מטופלת בשם גרייס, אישה כבת שבעים. אחות משמרת הלילה מסרה: "יש לה כנראה חסימת מעיים סופנית על רקע גידול ממאיר שהחל בשחלה, והיא מאושפזת לאיזון כאב ובחירת האופציה הטיפולית. אני לא חושבת שהמטופלת מבינה את מצבה, כי היא מדברת על תוכניות לעתיד הרחוק בעוד שנה ויותר. היא תהיה ברת מזל אם תשרוד את השבועיים הקרובים". כשניגשתי לבדוק את גרייס ראיתי שהיא עסוקה בתפירה של שמיכת טלאים יפיפיה, ומכיוון שהתעניינתי בנושא סיפרה שהיא אמנית טלאים. "את שמיכת הטלאים הזו אני מכינה לתערוכה שתיערך בעוד 7 חודשים".

התעניינתי בדוגמת הטלאים המורכבת, שהייתה מורכבת מפיסות קטנות ורבות. פיסה אחת פיסה קטנה ממנו יצרה יריעה מרהיבה וססגונית. תוך כדי שיחה סיפרתי לה שאני מירושלים.

גב' גרייס הגיבה: "העיר הקדושה? מעולם לא פגשתי אדם שחי שם. רק קראתי על העיר בכתבי הקודש (הנוצרים)". היא חייכה אליי והוסיפה: "את יודעת, כולם חושבים שאני אמות, ומהר, אבל אני יודעת שזה לא נכון. יש לי עוד כל כך הרבה לעשות כאן, ועד שלא אסיים האל הטוב לא ייקח



שנוצרו בהשפעת השיחה ההיא, והודיתי לה על העזרה המופלאה שהעניקה לי. המשכתי לבקר את גרייס לבקשת נכדתה, עד שנפטרה כמה חודשים מאוחר יותר.

כאשר נפטרה התקשרה אליי נכדתה, ביקשה שאבוא לקחת ארגז גדול מלא בשאריות בדים שהותירה עבורי. עד היום, קרוב לעשר שנים לאחר פטירתה, נמצא הארגז בחדר התפירה שלי. נוספו אליו שאריות בד רבות, ולעיתים קרובות אני הופכת בו כדי למצוא את אותה פיסת בד מושלמת לעבודה.

בימים אלה אני טורחת לתפור שמיכת טלאים יפה לנכדה החדשה שלי, ובוררת בארגז של גרייס למצוא את פיסת הבד המושלמת. אין ספק, חיינו כנראה מורכבים מטלאים-טלאים. מקווה שהם תואמים בצבע ובצורה ליצירת פסיפס מושלם.

האחות כמטופלת

בטי מאיר

סופרת מכותבת: 7bmeir@gmail.com

בדיוק מה שאני צריכה ורוצה לעשות, להיות עם המטופל, לתת לו יד.

וכך היה. לאורך כל חיי המקצועיים היה לי חשוב המגע עם המטופלים. לתת יד, להניח יד על הכתף, להעביר דרך היד שלי את המסר - אני כאן, איתך.

בשנה א', בהתנסות הקלינית בחדרי הלידה, כשלא ידעתי הרבה ולא יכולתי לעשות כלום, נהגתי לעמוד ליד היולדות ולהחזיק להן את היד. זה כל מה שיכולתי לעשות, וזה היה כנראה הרבה. הרבה יותר ממה שחשבתי. הן זכרו אותי, באו להיפרד ממני, להראות לי את תינוקן ולברך אותי בכל הברכות על העזרה שנתתי. כמה כוח יש בידיים שלנו.

ההרדמה עשתה את עבודתה, החל הרופא את הטיפול. למרות ההרדמה זה כאב. כבר הכרתי את התחושה. הוא השתדל להיות עדין וניסה להצחיק, ואני עצמתי עיניים חזק בניסיון להתעלם מהכאב.

ואז נעמדה לידי תלמידת שנה ג', שהייתה בהתנסות במיון באותו בוקר. היא החזיקה בידי, החזיקה חזק, ואני החזרתי והחזקתי בה גם כן. זה שינה לגמרי את התחושה של הטיפול. זה היה כל כך עוצמתי. באותם רגעים הבנתי בדרך הכי ברורה, הכי בסיסית והכי עמוקה - זו אחות, זה סיעוד, זה מה שאני צריכה לעשות כאחות, להחזיק את היד למטופל. בפעולה הזו עוברות תחושות של חמלה, דאגה ותמיכה, ואפילו כוחות של ריפוי. הרגשתי שזה

במהלך חיי סבלתי פעמים רבות מציפורן חודרנית בבהונות הרגליים. לא פעם ולא פעמיים עברתי התערבויות כירורגיות, עד שהאחות במרפאה הכירורגית נתנה לי את העצה הכי טובה כיצד לטפל במצב הזה וכיצד למנוע אותו מראש. היא לימדה אותי שכדי לכוון את צמיחת הציפורן כלפי מעלה, צריך לשים בכל ערב חוט דקיק מצמר גפן מתחתיה.

שנים רבות הצלחתי להימנע מהתופעה המציקה והסוררת, ובכל זאת, כשהגעתי לבית הספר לאחיות, ממש בתחילת שנה א', זה שוב זה קרה.

נשלחתי לחדר המיון הכירורגי כדי ששוב יבצעו טיפול כואב ולא נעים. כשזריקת

בבנק מסד דואגים לכם אישית עם הטבות שוות לאחיות ואחים

פותחים חשבון משכורת* בבנק מסד ונהנים מחבילת הטבות במיוחד בשבילכם

הלוואת התארגנות
עד

₪ 50,000

עד 60 תשלומים

בריבית של פריים + 0.5%

וגם

פטור מעמלות עו"ש**

+
הלוואה עד

₪ 30,000

לשנתיים ללא ריבית והצמדה

ובנוסף

הלוואה לכל מטרה

עד 250,000 ₪

ל-120 חודשים בריבית החל מ פריים + 1%

ועוד מגוון הטבות בתוכניות חיסכון,
כרטיסי אשראי, משכנתאות והלוואות לרכבים.

לפרטים נוספים והצטרפות לבנק מסד

כנסו לאתר האינטרנט: www.bankmassad.co.il

או במוקד הטלפוני *2446

מסד
מקבוצת הבינלאומי

* למעבירי משכורת בגובה 7,000 ₪ ומעלה. ** מותנה בשימוש חודשי בכרטיס אשראי בנקאי במינימום 1,500 ₪ הבנק רשאי לשנות את תנאי המבצע ו/או להפסיק בכל עת. אי עמידה בפירעון ההלוואה עלולה לגרור חיוב בריבית פיגורים והליכי הוצאה לפועל. ריבית הפריים נכון ל-15.08.25 הינה 6%.

חדש!

תואר שני (M.A.) באֲחִיּוֹת רְפואָה (סיעוד)

◀ משך התוכנית: שנה ו-4 חודשים

◀ יום אחד מרוכז בשבוע

◀ תחילת הלימודים: אוקטובר 2025

המכללה
האקדמית
רמת גן



www.iac.ac.il

***2455**

* התוכנית אושרה ע"י המל"ג והענקת התואר מותנית באישורה