

הגורמים המשפיעים על תפיסת המטופל את איכות הטיפול הסיעודי במחלקה אונקולוגית

סירת אלקטראוי אבו-חמד, פרופ' נילי טבק, ד"ר סילביה קוטון

רקע: התהליך הסיעודי, לפי הגישה המודרנית הביו-פסיכו-סוציאלית, מחייב גישה ייחודית וכוללנית לטיפול במטופל. כדי לספק טיפול סיעודי איכותי, על הצוות המטפל להבין את צרכי המטופל ולתת להם מענה.

מטרת המחקר: בחינת תפיסת המטופלים את איכות הטיפול הסיעודי במחלקה אונקולוגית. מטרה נוספת היא בדיקת הקשר בין מאפיינים סוציו-דמוגרפיים, משך האשפוז, הסטטוס התפקודי ומספר האשפוזים של המטופל, לבין תפיסתו את איכות הטיפול.

שיטת המחקר: המדגם כלל 91 מטופלים המאושפזים במחלקה אונקולוגית, במרכז רפואי גדול במרכז הארץ. כלי המחקר כללו ארבעה שאלונים למילוי עצמי: שאלון פרטים דמוגרפיים ופרטי המחלה, שאלון סטטוס תפקודי, מדד חרדה ודיכאון בבתי החולים ושאלון תפיסת איכות הטיפול הסיעודי בעיני החולים.

ממצאים: ממצאי המחקר הראו ממוצע גבוה בשאלון תפיסת איכות הטיפול ($M=4.75$, $SD=0.83$) המתקרב

לערך המקסימאלי (6), ובשאלון תפיסת איכות הביצוע (M=4.37, SD=0.48). בנוסף, ממצאי המחקר מצביעים על הבדל מובהק בין גברים לנשים בתפיסת איכות הטיפול, כאשר גברים תופסים את איכות הטיפול הסיעודי ברמה גבוהה יותר. נמצא קשר בין גיל, מצב כלכלי ורמה דתית, לבין ערכים מסוימים בתפיסת איכות הטיפול הסיעודי ותפיסת איכות הביצוע בטיפול הסיעודי. מאידך, לא נמצא קשר בין מצב משפחתי, השכלה וארץ לידה לבין תפיסת המטופל את איכות הטיפול הסיעודי. כמו כן, נמצא קשר בין מספר האשפוזים לבין תפיסת איכות הטיפול הסיעודי, אך לא נמצא קשר בין מצב נפשי ותפיסת חומרת המחלה לבין תפיסת איכות טיפול.

מסקנות: מסקנת המחקר היא, כי המאפיינים האישיים של המטופל משפיעים על תפיסתו את איכות הטיפול הסיעודי במחלקה אונקולוגית. יתרה מכך, המחקר הראה כי קיימת השפעה של גיל, מגדר, מספר אשפוזים ומצב כלכלי גם על תפיסת איכות הביצוע בטיפול הסיעודי.

מבוא

בשנים האחרונות מהוות המחלות הממאירות את סיבת המוות העיקרית בקרב חולים מבוגרים בישראל. במהלך 25 השנים האחרונות, חלה עליה של כ-18% בשיעור המאובחנים בסרטן (יעקובסון, 2000). רבים מחולים אלו הופכים להיות חולים כרוניים, הנאלצים לגייס משאבים פנימיים וחיצוניים להתמודדות.

לסיעוד תפקיד חשוב במפגש עם החולה בכל שלבי הטיפול והשיקום. הטיפול הסיעודי המקצועי שואף להקל על מצוקותיו בכל תחומי ההתמודדות, בהתאם לצרכיו האינדיבידואליים. בניסיון לפתח כלים להערכת טיפול סיעודי איכותי, נמצאו פערים בין תפיסת מטופלים לתפיסת אחיות באשר למרכיבי הטיפול (Lynn & Moore, 1997).

מאמר זה יציג ממצאים שהם חלק ממחקר גדול יותר, אשר בחן את הקשר בין גורמים שונים כדוגמת: גורמים סוציו-דמוגרפיים, משך אשפוז, מצב נפשי ותפיסת חומרת המחלה, לבין תפיסת איכות הטיפול הסיעודי.

ניתוח סוגיות אלו נותן תמונה עדכנית, על תפיסת החולים את איכות הטיפול הסיעודי במסגרת אשפוז, ועל מידת הענות הצוות הסיעודי לצרכיהם ומצוקותיהם. בעידן זה של מצוקת כוח אדם במערכת הבריאות ובמגמת מעבר למסגרות טיפול אמבולטוריות, חשוב לזהות את צרכי המטופלים ואת הדרכים שבהן הצוות הסיעודי יכול לסייע ולשפר את עשייתו, ובכך להעלות את שביעות רצונם של המטופלים מהטיפול בבית החולים.

סירת אלקטראוי אבו-חמד, MA, RN, סגנית אחות אחראית מכון המטו-אונקולוגי ילדים, ביה"ח ספרא לילדים, מרכז רפואי שיבא, תל-השומר. sirat_e@walla.com

פרופ' נילי טבק, RN, PHD, LLB, ראש תכנית המוסמך, החוג לסיעוד, אוניברסיטת תל-אביב.

ד"ר סילביה קוטון, RN, MOccH, PhD, ראש תכנית הבוגר לאחים ואחיות מוסמכים, החוג לסיעוד, אוניברסיטת תל אביב.

Mckenna and Keeney (2005), מגדירים את התפיסה כפירוש או התרשמות של האדם המבוססת על הבנה וקליטה מוחשית, כלומר: כששואלים מטופלים על תפיסתם את איכות הטיפול, הכוונה היא למעשה לשאול אותם, עד כמה הם הבינו מה היא איכות טיפול ומה הם מרכיביה.

תפיסת איכות טיפול בעיני המטופלים, מוגדרת על ידי Radwin (2000), כמכילה את התייחסות המטופלים לשמונה מימדים בטיפול הסייעודי: ידע מקצועי, רצף טיפולי, הקשבה, תאום וקישור, ייחודיות הטיפול, קשר ואכפתיות (caring) (משמעותם הרחבה תפורט בהמשך).

Radwin (2000) אימצה את הטיעונים הלקוחים ממודל תוצאות איכות בריאות (Quality Health Outcomes Model), אשר נבנה על ידי Mitchell, Ferketich and Jennings (1998) כמודל כללי להערכת תוצאים במערכת הבריאות, תוך התאמתו לסייעוד האונקולוגי. הנחות היסוד של המודל הן: א. מאפייני המטופל ומאפייני המערכת המטפלת, משפיעים ישירות על תוצאות ההתערבות הטיפולית במטופל. ב. התערבויות במאפייני המטופל ו/או מאפייני המערכת המטפלת, משפיעות על תוצאות הטיפול באופן בלתי ישיר. ג. ישנם יחסים דינאמיים בין ההתערבויות, המטופל, מאפייני המערכת המטפלת ותוצאות הטיפול.

המודל של Radwin (2000) מבוסס על שני מושגים מרכזיים. האחד, רכיבי טיפול סיעודי אונקולוגי איכותי (Attributes of high-quality cancer nursing care), אשר מייצג את מאפייני המערכת המטפלת. השני, תוצאות מצופות של טיפול סיעודי איכותי (Outcomes of high-quality cancer nursing care) כפי שתוארו על ידי החולים. כאמור, המושג – רכיבי טיפול סיעודי איכותי, כפי שנתפס בעיני המטופלים, מכיל בתוכו שמונה ממדים: 1. ידע מקצועי (Professional knowledge) – מתייחס לידע עדכני תיאורטי של האחות בנושאים שונים של הטיפול. 2. רצף טיפולי (Continuity) – טיפול על ידי אותו איש צוות, לאורך תקופת הטיפול, במידת האפשר. 3. הקשבה (Attentiveness) – הקשבת האחות לדברי המטופל והיענות לצרכיו. 4. תיאום וקישור (Coordination) – שיתוף פעולה ותקשורת בין האחות לאנשי מקצוע מטפלים אחרים, וקישור עם המטופל. 5. שותפות (Partnership) – שיתוף המטופל בקבלת החלטות, תוך מתן כבוד בהתאם ליכולותיו והשכלתו. 6. ייחודיות הטיפול (Individualization) – מתן תחושה למטופל שהטיפול מכוון לתחושותיו, תפיסתו ואסטרטגיות ההתמודדות שלו. 7. קשר (Rapport) – המטופל והאחות מקיימים קשר אנושי והכרות אחד את השני. 8. אכפתיות (Caring) – הבעת דאגה ומעקב אחר מצבו הבריאותי של המטופל (Radwin, Alster, & Rubin, 2003; Radwin, 2000).

התוצאות המצופות של הטיפול כוללות בתוכן שני ממדים: 1. עליה ביכולת ההתמודדות של החולים עם המחלה (Increased fortitude) – הכוח והמוכנות של החולה המאפשרים לו להתמודד עם המחלה ועם תופעות הלוואי של הטיפול. 2. עלייה בתחושת הרווחה הנפשית של המטופל (Sense of well being) – המתבטאת

מסגרת תיאורטית

המחקר המוצג התבסס על מודל "יחסים חברתיים" (SRM) Social Relation Model שפותח על ידי Kenny (1994). תיאוריה זו הינה התיאוריה החדשנית ביותר בקרב התיאוריות של התפיסה החברתית, והיא תיאוריה כוללנית של תפיסת האדם (person perception).

מטרת המודל הינה לבחון ולהבין, איך האנשים נתפסים על ידי האחרים ומתנהגים עימם. האם האנשים רואים אחד את השני כדומים והאם תפיסותיהם אחד כלפי השני מדויקות? המודל מנסה לתת תשובות לשאלות הבאות: 1. האם האדם תופס ומעריך מטרות שונות בצורה שווה? 2. האם מטרות נתפסות בצורה דומה על-ידי אנשים שונים? 3. האם שני אנשים רואים אחד את השני בצורה דומה? 4. האם האנשים מודעים לדרך בה אנשים אחרים רואים אותם? 5. האם תפיסת מטרה מסוימת מדויקת במרבית המקרים? (Hamilton & Wyer, 1996; Jussim, 1996). לצורך בדיקת תפיסת המטופל את איכות הטיפול הסייעודי במחלקה אונקולוגית, ניתן להתייחס אל המטופל כ"שחקן" ביחסי הגומלין התופס את איכות הטיפול, מול האחות שהינה "בן הזוג" או "המטרה". ללא האינטראקציה של השניים יחד, לא ניתן להתייחס אל תפיסת המטופל. במודל הנוכחי קיימת חשיבות של האינטראקציה ומשך זמנה, על מנת שהפרט יגבש תפיסה מסוימת. זאת מתוך הנחה, שהאינטראקציה בין המטופל והאחות משפיעה על תפיסת המטופל את איכות הטיפול הסייעודי. במחקר זה משך האשפוז מוצג כמושג מקביל למשך ההיכרות.

סקירת ספרות

איכות הטיפול הסייעודי

איכות הטיפול הסייעודי, הינו מושג היסטורי, הנדון מזה שנים רבות. גם כיום, במאה ה-21, המושג "איכות" ממשיך להיות מעורפל בתנאים מסוימים. Donabedian (1968) הגדיר איכות כ"שיפוט הקובע מה מרכיב עבודה כטובה או כגרועה, כאשר הטוב מוגדר על ידי סטנדרטים המותווים על ידי מנהיגים מהתחום בזמן נתון". Johnson, Hallsey, Meredith, and Warden (2006) מגדירים את איכות הטיפול הסייעודי ככולל ארבעה ממדים: תקשורת, משאבי אנוש, שביעות רצון של המטופלים ושליטה בזיהומים. לפי אותם חוקרים, פעולות לשיפור איכות הטיפול חייבות לכלול: הפחתה בנפילות מטופלים, על ידי פיתוח אומדן לסיכון נפילה בקבלת המטופל ובכל משמרת, פיתוח טיפול סטנדרטי למניעת נפילות, פיתוח מערכת המתריעה לאחות על כל מטופל הנמצא בסיכון גבוה, שיפור בתייעוד הסייעודי והפחתה בטעויות בתרופות. מכאן ניתן לציין, כי למושג "איכות טיפול" קיימות מספר הגדרות, ומרביתן ניתנות למדידה אובייקטיבית.

תפיסת איכות טיפול בעיני המטופלים

תפיסה מוגדרת כ"קליטה, הבנה וכושרו של אדם לתפוס דברים בשכלו" (אבן שושן, 1993). בדומה לכך, Currie, Harvey, West,

תפיסת איכות הטיפול. התוצאות עשויות להיות מוטות מסביבת העבודה בבתי החולים ביפן, ממאפייני האוכלוסייה ומגורמים נוספים השונים ביפן לעומת ישראל.

לעומת זאת, במחקרה של Radwin (2003) נמצא קשר בין מאפייני המטופל לתפיסת איכות הטיפול הסיעודי. המחקר כלל 423 חולים במחלת הסרטן, המטופלים בבתי חולים ומרפאות בארצות הברית. ההתמקדות במחקר זה הייתה בארבעה מדדים של איכות טיפול: היענות לצרכים, ייחודיות הטיפול, שיתוף פעולה ומיומנות של הצוות הסיעודי. מניתוח הנתונים של המחקר עלו מספר נקודות חשובות. נמצא שקיים קשר סטטיסטי חיובי מובהק, בין משך האשפוז של החולה לבין הדרוג של איכות הטיפול הסיעודי. לא נמצאו מחקרים נוספים המתיחסים אל משך האשפוז כמשפיע על תפיסת איכות הטיפול, ולכן משתנה זה נבדק במחקר הנוכחי. בנוסף, נמצא שקיים קשר בין רמת ההכנסה של המטופלים לבין שיתוף הפעולה של הצוות הסיעודי כמדד לאיכות.

כמו כן, נמצא קשר בין רמת ההכנסה ורמת ההשכלה של החולים לבין היענות של הצוות, אך ממוצעי דירוג היענות אצל המשתתפים בעלי רמת הכנסה נמוכה לא נמצאו קשורים לרמת השכלתם. מצד שני, המשתתפים בעלי הכנסה בינונית וגבוהה, דירגו רמת היענות נמוכה של הצוות כאשר השכלתם עלתה. קשר נוסף נמצא בין השכלה ומין, לבין תפיסת הטיפול כייחודי. ממוצע דירוג ייחודיות הטיפול בקרב הגברים לא השתנה כאשר רמת השכלתם עלתה, בעוד שבקרב הנשים, דירוג הייחודיות של הטיפול ירד כאשר השכלתן עלתה (Radwin, 2003).

המאפיין היחיד במחקר זה, שלא נמצא קשור כלל למדדי תפיסת איכות הטיפול הסיעודי הוא מין. בדומה למחקרם של Hall & Dornan (1990), לא נמצא הבדל בין גברים ונשים ברמות שביעות רצונם משירותי הבריאות.

לעומת זאת, במחקרם של Hargraves et al. (2001) נמצא שנשים דיווחו על בעיות עם הטיפול והשירות הבריאותי יותר מאשר הגברים.

הקשר בין סטאטוס תפקודי לבין תפיסת איכות טיפול סיעודי

טיפול סיעודי איכותי חייב לכלול את צרכיו האישיים של כל מטופל ולספק לו את הטיפול המתאים, שיישע לו בהתמודדות עם מחלה כגון מחלת הסרטן (Kash, Mago & Kunkel, 2005). האופן שבו המטופל תופס את החולי והמגבלות בעקבותיו, מסתכמים בסטאטוס בריאות הכולל שמונה היבטים: תפקוד גופני (מוגבלות בפעילות פיזית כגון: הליכה, טיפוס מדרגות, הרמה ועוד), מוגבלויות פיזיות הנובעות מבעיות פיזיות, כאב גופני, בריאות כללית, תפקוד חברתי, תפקוד רגשי, חיוניות ובריאות נפשית (SF-36) הגרסה העברית (Lewin-Epstein, Sagiv-Schifter & Shmueli, 1998).

הקשר בין סטאטוס תפקודי ותפיסת איכות הטיפול הסיעודי נבדק במספר מחקרים. וין ואחרים (1991) בדקו זאת בסקר של תפיסת איכות טיפול סיעודי, שנערך בארץ בבתי חולים כלליים, כפי שהוזכר מקודם. ממצאי הסקר מראים, שבמרבית בתי החולים מודי איכות הטיפול הסיעודי גבוהים יותר בקרב חולים שרמת התלות שלהם בסיעוד גבוהה ביותר. ממצא זה, מעודד

באופטימיות, אמון וכנות: א. אופטימיות (Optimism) – מתארת תחושה חיובית כלפי הטיפול ותקווה לריפוי. ב. אמון (Trust) – תחושת ביטחון של המטופל בנוגע לטיפול. ג. כנות (Authenticity) – תחושת החולה שהוא יכול לחשוף את כל תחושותיו.

מחקר אחר שנערך בשבעה בתי חולים בדרום מזרח ארצות הברית על ידי Lynn and McMillen (1999) וכלל 448 מטופלים ו-350 אחיות, השווה בין תפיסת האחיות לתפיסת המטופלים את איכות הטיפול. תוצאות המחקר מראות שקיימים מדדים החשובים בעיני המטופלים יותר מאשר בעיני הצוות המטפל והם: סביבה פיזית, אספקטים פסיכולוגיים של הטיפול, מקצועיות האחיות והתנהגותה, תפקיד האחיות בחינוך המטופל, ותפקיד האחיות בטיפוח העצמאות של המטופל.

העניין בנושא הבטחת איכות בסיעוד בארץ מצא את ביטויו עוד בשנות ה-80 המוקדמות, בנקיטת פעולות לשיפור העשייה הסיעודית. בשנת 1988 נערך סקר של תפיסת איכות הטיפול הסיעודי בישראל במחלקות הפנימיות והכירורגיות בבתי חולים כלליים-ממשלתיים, עירוניים וציבוריים (וין, רון ובר-טל, 1991). הסקר כלל 2,065 מטופלים. מטרת הסקר היתה, לתת תנופה לתוכנית ארצית להבטחת איכות הטיפול הסיעודי במערכות האשפוז.

במחקר זה לא נמצאה השפעה מובהקת של משתני הגיל והמין של המטופל על תפיסת איכות הטיפול הסיעודי, אולם הממצא העיקרי והעקבי ביותר הראה, כי מודי איכות הטיפול הסיעודי הגבוהים ביותר נמצאו בחלק של השאלונים המתייחסים ל"היענות לצרכים הפיזיים". עורכי המחקר מציינים, כי העובדה שההיענות לצרכים הפיזיים נמצאה באיכות גבוהה יותר, הולמת את התפקיד הסיעודי המסורתי העיקרי במענה על צרכי המטופלים.

הגורמים המשפיעים על תפיסת המטופלים את איכות הטיפול הסיעודי

הקשר בין מאפייני המטופל לבין תפיסת איכות הטיפול הסיעודי

הסקירה שלהלן מסכמת את הידע שהצטבר עד עתה, בנוגע לקשר בין מאפייני המטופל (משתנים סוציו דמוגרפיים) לבין תפיסתו את איכות הטיפול הסיעודי. במחקרם של Doran, Sidani, Keatings and Doidge (2002) שבדקו 372 מטופלים ו-254 אחיות במחלקות כירורגיות בקנדה, נמצא כי מאפייני המטופל (גיל, השכלה ואבחנה רפואית) משפיעים על תפיסתו את איכות הטיפול ועל תפקוד האחיות.

מחקר נוסף שנערך ביפן על ידי Teng, Hsu, Cbien and Cbang (2007) בדק את הקשר בין אישיות האחיות ואיכות הטיפול, ואת הקשר בין נתונים דמוגרפיים של המטופל לבין תפיסת איכות הטיפול. במחקר זה נמצא קשר חיובי בין גיל המטופל לבין תפיסת איכות הטיפול, כלומר מטופלים מתחת לגיל 30 דיווחו על איכות ירודה יותר. מצד שני, לא נמצא קשר בין מין המטופל לבין תפיסתו. יתרה מכך, לא נמצא קשר בין השכלת המטופל, הכנסה חודשית, מספר המיטות באותו חדר בבית החולים ומספר ימי אשפוז, לבין

2. שאלון סטאטוס תפקודי: שאלון זה בודק את צרכיהם הפיזיולוגיים של המטופלים ונבנה על בסיס פעילויות יום יומיות (ADL= Activities of daily living) של מטופלים המופרעות על ידי מצבם התפקודי. הפריטים נמדדים על סולם ליקרט בעל 5 דרגות, כאשר ציון 1 מבטא "כלל לא זקוק לעזרה" וציון 5 משמעו "זקוק לעזרה במידה רבה מאוד" (Smeltzer & Bare, 2000) בתוך לוטינגר, (2008). מהימנות השאלון במחקר זה היא ($\alpha=0.975$).

3. מדד חרדה ודיכאון בבתי חולים: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) שאלון זה לבדיקת מצוקה נפשית, פותח על ידי Zigmund & Snaith (1983), במטרה לגלות סימני דיכאון וחרדה באוכלוסיית מטופלים לא פסיכיאטרים, המאושפזים בבתי חולים. השאלון נמצא תקף ונעשה בו שימוש במחקרים רבים (סקעת, 2007). בשאלון זה, הנבדקים מתבקשים לסמן על פני סולם ליקרט בן ארבע דרגות, (3 – רוב הזמן, 0 – כלל לא) את האפשרות הקרובה ביותר לתחושתם בשבוע האחרון. השאלון כולל 14 היגדים המתייחסים לשני תת הסולמות – חרדה ודיכאון. במחקר הנוכחי מהימנות השאלון בסולם חרדה ($\alpha=0.887$) ובסולם הדיכאון ($\alpha=0.759$).

4. שאלון תפיסת איכות הטיפול הסיעודי בעיני החולים: כלל שני תתי שאלונים:

1. 4 תת שאלון תפיסת איכות הטיפול של האחיות האונקולוגיות: שאלון זה פותח על ידי Radwin et al. (2003) במטרה למדוד את תפיסת איכות הטיפול הסיעודי במחלקה אונקולוגית בעיני החולים. השאלון תורגם לעברית, בשיטת התרגום המקובלת – תרגום ותרגום חוזר (סקעת, 2007). השאלון מכיל היגדים המתארים פעולות סיעודיות ספציפיות, המהוות את שמונת המרכיבים של טיפול סיעודי איכותי: ידע מקצועי, רצף טיפולי, הקשבה, תאום וקישור, אכפתיות, שותפות, ייחודיות וקשר. בשאלון קובצו המרכיבים לארבע קטגוריות שונות: היענות לצרכים (Responsiveness), התאמה אישית (Individualization), שיתוף ותאום הטיפול (Coordination), מיומנות ומקצועיות (Proficiency). הנבדקים התבקשו לסמן על פני סולם ליקרט בן 6 דרגות, (6- תמיד, 1- כלל לא) את האפשרות הקרובה ביותר לתחושתם בשבוע האחרון.

השאלון המקורי באנגלית נמצא תקף ומהימן (Radwin et al., 2003). במחקר הנוכחי מהימנות השאלון כולו ($\alpha=0.932$) ולכל קטגוריה בנפרד: למרכיב הענות לצרכים ($\alpha=0.880$), התאמה אישית ($\alpha=0.832$), שיתוף ותיאום הטיפול ($\alpha=0.809$) ומיומנות ומקצועיות ($\alpha=0.916$).

2. 4 תת שאלון תפיסת איכות הביצוע של הצוות הסיעודי בעיני המטופלים: שאלון זה נלקח מתוך עבודת הגמר של קוגן (2007) וחובר בעבר על ידי גוזל (2000). השאלון המקורי כולל 20 היגדים מעבודת הצוות הסיעודי ומחולק לשלושה תחומים: סיעודי, רפואי ומנהלי. במחקר זה נגזרו 17 היגדים מהשאלון המקורי ונוספו 11 היגדים על ידי עורכת המחקר, הקשורים לעשייה הסיעודית במחלקה האונקולוגית. השאלון כולל תיאורים מעבודת היום יום

ומחזק את הגישה הסיעודית, לפיה החולה מקבל את הטיפול הסיעודי בהתאם לצרכיו ובעיותיו. יתרה מכך, במצב הנתון של משאבים מוגבלים יש ל"העדפה" זו של החולים התלתיים ביותר משנה תוקף (וין ואחרים, 1991).

ממצאים שונים נמצאו במחקרם של Xiao and Barber (2008), שבדקו את הקשר בין דיווחם של מטופלים על סטאטוס בריאותי לבין שביעות רצון ואיכות טיפול סיעודי. במחקרם, מטופלים אשר דיווחו על סטאטוס בריאותי ותפקודי טוב יותר, הביעו שביעות רצון ואיכות טיפול טובה יותר. מחקרים נוספים תומכים בגישה זו, מתוך הסבר כי מטופלים העצמאיים בתפקוד, אינם זקוקים לעזרה רבה מהצוות, האינטראקציה פחותה ביניהם, הם פחות חשופים לחיכוכים עם הצוות המטפל, ולכן הם יותר שבעי רצון (lezzoni, Davis, Soukup & O'Day, 2002; Thi, Briancon, Empereur & Guillemin, 2002). מחקר זה כאמור, בחן את הסוגיות שהועלו בסקירת הספרות בקרב מדגם של אוכלוסיית חולים אונקולוגים בישראל.

השערות המחקר

1. קיים קשר בין מאפיינים סוציו-דמוגרפיים (כגון: מגדר, גיל, מצב משפחתי) של מטופלים לבין תפיסתם את איכות הטיפול הסיעודי.
2. קיים קשר בין משך האשפוז של המטופלים לבין תפיסתם את איכות הטיפול הסיעודי.
3. קיים קשר בין הסטאטוס התפקודי של המטופלים לבין תפיסתם את איכות הטיפול הסיעודי.
4. קיים קשר בין מספר האשפוזים של המטופל לבין תפיסתו את איכות הטיפול הסיעודי.

שיטות המחקר

מדגם: במחקר השתתפו 91 מטופלים אונקולוגים מאושפזים, שנמצאים במהלך קבלת טיפול כימי או קרינתי למחלתם. הקריטריונים להשתתפות במחקר היו: מטופלים יודעי קרוא וכתוב, שאינם מוגדרים כ"נוטים למות" ובמצב קוגניטיבי תקין. **כלי המחקר:** ארבעה שאלונים למילוי עצמי: 1. שאלון פרטים אישיים ופרטי מחלה. 2. שאלון סטאטוס תפקודי. 3. מדד חרדה ודיכאון בבתי חולים. 4. שאלון תפיסת איכות הטיפול הסיעודי האונקולוגי.

1. שאלון פרטים דמוגרפיים ופרטי המחלה: השאלון פותח והותאם לצורך המחקר הנוכחי. השאלון כולל שלושה חלקים: א. פרטים אישיים של המטופל (כגון גיל, מגדר, מצב משפחתי, רמת השכלה, רמת דתיות). ב. פרטים הקשורים למחלה (סוג המחלה, משך הזמן שעבר מאז גילוי המחלה, סוג הטיפולים שעבר, משך האשפוז ומספר האשפוזים). ג. שאלות הקשורות לתפיסת חומרת המחלה ומצב הבריאות. מקדם המהימנות בשאלון זה היה $\alpha = 0.714$.

תיכונית. כ- 65% מהנבדקים מגדירים את מצבם הכלכלי כממוצע ביחס להכנסה במשק. בלוח 1 מוצגים מדדי הסיכום של משתני המחקר הרציפים. ניתן לראות כי ממוצע תפיסת חומרת המחלה הינו 3.66 (סטיית תקן 0.88). זהו ערך בינוני הנוטה לגבוה בתפיסת חומרת המחלה של נבדקי המחקר. בשאלון הבדוק את המצב הנפשי, עליו ענו כל הנבדקים, התקבל ציון ממוצע של 1.16 (סטיית תקן 0.59) (בסולם של 3-0). הציון מצביע על מצוקה נפשית בינונית. ברמת הדיכאון ממוצע התשובות היה 1.18 (סטיית תקן 0.61) כלומר במצב דיכאוני בינוני, ומצד שני ברמת החרדה ממוצע התשובות לכלל הנבדקים היה 1.14 (סטיית תקן 0.71) כלומר רמת חרדה בינונית. מניתוח זה עולה, כי קיימת מצוקה נפשית בינונית בקרב נבדקי המחקר. בשאלון הבדוק את הסטאטוס התפקודי, נמצא כי מרבית הנבדקים במצב תפקודי טוב ממוצע 4.42 (סטיית תקן

של הצוות הסייעודי. בשאלון הנוכחי החלוקה לתחומים שונתה לפי צרכי המחקר הנוכחי. השאלון חולק לשישה תחומים: הקפדה על עקרונות האתיקה, שמירה על היגיינת המטופל, הדרכה והסבר, מיומנות ומקצועיות, הענות לצרכים פיזיים, יחס ותקשורת. השאלון המחודש עבר תיקוף מומחים. הנבדק התבקש לציין את האפשרות, אשר משקפת ביותר את השכיחות בה נתקל בהתנהגויות אלו, מצד האחיות באשפוז הנוכחי. הדירוג על פי סולם ליקרט מ-1 (לעיתים קרובות מאוד) ועד 5 (לעיתים רחוקות מאוד). מהימנות השאלון במחקר זה הייתה גבוהה ($\alpha=0.915$). בנוסף נבדקה מהימנות לחמש הקטגוריות של תפיסת איכות הביצוע: הקפדה על עקרונות האתיקה ($\alpha=0.695$), שמירה על היגיינת המטופל ($\alpha=0.834$), הדרכה והסבר ($\alpha=0.763$), מיומנות ומקצועיות ($\alpha=0.862$) והענות לצרכים פיזיים ($\alpha=0.837$). יחס ותקשורת נבדקו על ידי שתי שאלות: הראשונה בודקת את מידת ההקשבה של האחיות למטופל,

השנייה בודקת את היחס הסובלני של האחיות כלפי המטופל ובני משפחתו. הליך המחקר: לביצוע המחקר נתקבלו הסכמות משלושה גורמים: וועדת האוניברסיטה (אישור הצעת התזה באוניברסיטת תל-אביב), המרכז הרפואי (וועדה אתית והנהלת הסייעוד) והנבדקים. שלב העברת השאלונים תואם עם האחיות האחראיות של המחלקות האונקולוגיות (כולל המטו-אונקולוגיה והשתלות מוח עצם), וארך כשנה וחצי. קליטת הנתונים הממוחשבת ועיבודם הסטטיסטי בוצע באמצעות תוכנת SPSS.

תוצאות המחקר

תיאור המדגם: המדגם כלל 91 נבדקים, המאושפזים באחת מהמחלקות האונקולוגיות, במרכז רפואי גדול במרכז הארץ. מרבית הנבדקים (84.6%) הם ילידי הארץ, 56% מהם נשים והשאר גברים. מרבית המרואיינים (70.3%) נשואים עם ילדים, והגיל הממוצע של המרואיינים הוא 50 שנים (סטיית תקן 13.07). מרבית הנבדקים יהודים (91.2%), והשאר מוסלמים ודרוזים. הנטייה הדתית השכיחה היא חילונית (65.9%) ולאחריה מסורתית (24.2%). רוב הנבדקים בעלי השכלה אקדמאית (53.9% בעלי תואר ראשון/או תואר שני) ו-23.1% הינם בעלי השכלה

לוח 1: ממדי סיכום של משתני המחקר הרציפים

משתנה	\bar{X}	s.d	Min	Max	α קרונובר
תפיסת חומרת המחלה (n=91)	3.66	0.88	1	5	0.714
מצב נפשי (n=91)	1.16	0.59	0	2.43	0.887
דיכאון (n=91)	1.18	0.61	0	2.43	0.759
חרדה (n=91)	1.14	0.71	0	3	0.887
סטאטוס תפקודי (n=91)	4.425	1.07	1	5	0.975
תפיסת איכות הטיפול (n=91)	4.758	0.83	2	6	0.932
הענות לצרכים	5.16	0.78	3.6	6	0.880
התאמה אישית	4.55	1.07	1.6	6	0.832
שיתוף ותיאום הטיפול	3.45	1.70	1	6	0.916
מיומנות ומקצועיות	4.45	0.49	2.50	5	0.916
תפיסת איכות הביצוע (n=91)	4.37	0.48	2.91	5	0.915
אתיקה	4.44	0.75	1.67	5	0.695
שמירה על היגיינת המטופל	4.53	0.58	3	5	0.834
הדרכה והסבר	4.29	0.66	2.33	5	0.763
מיומנות ומקצועיות	4.45	0.49	2.5	5	0.862
הענות לצרכים פיזיים	3.70	1.01	1	5	0.837
יחס ותקשורת					
1. הקשבה לחולה (n=70)	3.63	1.079	1	5	
2. יחס בסובלנות (n=89)	4.62	0.791	1	5	

איכות הטיפול הסיעודי והתאמת הטיפול אליו יורדת ולהיפך – ככל שגיל המטופל יורד תפיסתו את איכות הטיפול הסיעודי עולה. עם זאת, עוצמת הקשר חלשה – בינונית. קשרים לינאריים שליליים מובהקים נמצאו גם בין גיל המטופל לבין "שמירה על היגיינת המטופל" ($r = -0.230, p < 0.05$) ו"הדרכה והסבר" ($r = -0.316, p < 0.01$).

קשר בין משך האשפוז לתפיסת איכות הטיפול הסיעודי
 בקטגוריה זו נמצא הבדל מובהק רק בתפיסת השמירה על היגיינת המטופל ($f = 3.242, p < 0.05$). הדבר בא לידי ביטוי בתפיסה חיובית יותר בקרב המאושפדים מעל 10 ימי אשפוז, בהשוואה לאלה המאושפדים עד 5 ימי אשפוז.

קשר בין הסטאטוס התפקודי של המטופל לתפיסת איכות הטיפול הסיעודי

לוח 2: בדיקת מקדם מתאם פירסון בין סטאטוס תפקודי, לבין תפיסת המטופל את איכות הטיפול הסיעודי.

sig	סטאטוס תפקודי (r)	n	
0.420	0.086	91	תפיסת איכות טיפול
0.918	0.011-	91	הענות לצרכים
0.073	0.190	90	התאמה אישית
0.220	0.132-	88	שיתוף ותיאום הטיפול
0.078	0.185	91	מיומנות ומקצועיות
*0.046	0.210	91	תפיסת איכות הביצוע
0.077	0.186	91	אתיקה
0.861	-0.019	88	שמירה על היגיינת המטופל
*0.038	0.218	91	הדרכה והסבר
0.181	0.141	91	מיומנות ומקצועיות
0.223	0.157	62	הענות לצרכים פיזיים
			יחס ותקשורת
0.761	0.037	70	1. הקשבה לחולה
0.162	0.149	89	2. יחס בסובלנות

($p < 0.05$)*

בלוח 2 ניתן לראות, שלא נמצא קשר מובהק בין הסטאטוס התפקודי של המטופלים לבין תפיסתם את הממד הכללי של איכות הטיפול הסיעודי. אך עם זאת, קשר מובהק נמצא בין הסטאטוס התפקודי של המטופלים לבין תפיסתם את איכות הביצוע. הקשר הוא חיובי, כלומר ככל שהסטאטוס התפקודי גבוה יותר, כך תפיסת איכות הביצוע גבוהה יותר ולהיפך. עוצמת הקשר חלשה יחסית. קשר חיובי מובהק נוסף הוכח בין הסטאטוס התפקודי של

1.07), כלומר הנבדקים ציינו כי הינם עצמאיים ואינם זקוקים לעזרת הצוות הסיעודי בפעולות היומיות.

להלן יוצגו הממצאים העיקריים המתייחסים להשערות המחקר:

קשר בין מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של המטופל ותפיסת איכות הטיפול הסיעודי

נמצא כי קיים קשר בין מאפייני המטופל הבאים: מגדר, מידת דתיות, מצב כלכלי וגיל, לבין תפיסתו את איכות הטיפול הסיעודי במחלקה אונקולוגית. נמצא הבדל מובהק בין תפיסת איכות הטיפול הסיעודי בין גברים לנשים ($t = 2.185, p < 0.05$). ממוצע תפיסת איכות הטיפול הסיעודי בקרב הגברים היה גבוה יותר מהנשים (4.965 לעומת 4.596 בהתאמה).

מבין ארבעת המרכיבים של תפיסת איכות הטיפול הסיעודי, נמצא כי קיים הבדל מובהק בין גברים לנשים במרכיב הענות לצרכים ($t = 2.626, p < 0.05$). הממוצע בקרב הגברים היה 5.395 לעומת 4.988 בקרב נשים, כלומר תפיסת הגברים בהיענות לצרכים נמצאה גבוהה יותר מאשר בקרב נשים. במרכיב התאמה אישית נמצא הבדל בין גברים לנשים על גבול המובהקות ($t = 1.818, p = 0.072$). יתרה מכך, בתפיסת המטופל את איכות הביצוע ומרכיביו, לא נמצאו הבדלים מובהקים פרט להיענות לצרכים פיזיים ($t = 2.494, p = 0.072$). ממוצע גברים היה גבוה מאשר נשים (4.086 ו-3.455 בהתאמה). מכאן ניתן לומר, כי תפיסת הגברים בנוגע להיענות לצרכים הפיזיים גבוהה יותר בהשוואה לנשים. כמו כן, ברכיב שבדק את היחס הסובלני של האחות כלפי המטופל ובני משפחתו נמצא, כי ממוצע הציונים של גברים הגבוה מנשים (4.8 ו-4.47 בהתאמה). מכאן ניתן להסיק, כי גברים תופסים את היחס הסובלני של הצוות הסיעודי במחלקה האונקולוגית באופן גבוה יותר בהשוואה לנשים.

הבדל על גבול המובהקות ($t = 1.926, p = 0.058$) הוכח גם בין בעלי מצב כלכלי מעל הממוצע (4.497), לבין בעלי מצב כלכלי ממוצע או מתחת לממוצע בתפיסת איכות הביצוע (4.312). בהתאם לכך ניתן לראות, כי בעלי מצב כלכלי מעל הממוצע הינם בעלי תפיסת איכות ביצוע גבוהה יותר, בהשוואה לבעלי מצב כלכלי ממוצע או מתחת לממוצע.

כמו כן, נמצא הבדל בין בעלי מצב כלכלי מעל הממוצע לבין בעלי מצב כלכלי ממוצע או מתחת לו, ברכיב שבדק את היחס הסובלני של האחות כלפי המטופל ובני משפחתו ($t = 1.661, p < 0.05$). הממוצע בקרב בעלי מצב כלכלי מעל הממוצע היה 4.82, בעוד שבקרב בעלי מצב כלכלי ממוצע או מתחת, הממוצע היה 4.52. לפיכך ניתן להבחין, כי תפיסתם של בעלי מצב כלכלי מעל הממוצע את היחס הסובלני של האחות כלפיהם הייתה גבוהה יותר, בהשוואה לבעלי מצב כלכלי ממוצע או מתחת לממוצע. בנוסף נמצא, כי קיים קשר שלילי ליניארי מובהק ($r = -0.256, p < 0.05$) בין גיל המטופל לבין תפיסתו את איכות הטיפול הסיעודי במחלקה אונקולוגית ומידת ההתאמה האישית של הטיפול. משמעות הדבר היא, שככל שגיל המטופל עולה, תפיסתו את

מחקרם של Teng et al. (2007), מחקרה של Radwin (2003) ומחקרם של Hall and Dornan (1990) אינם תומכים בממצא זה. לעומת זאת, מחקרם של Hargraves et al. (2001) העלה, כי נשים דיווחו על בעיות עם הטיפול והשירות הבריאותי יותר מאשר הגברים. ממצא זה תומך בתוצאת המחקר הנוכחי.

כמו כן נמצא, כי קיימים הבדלים בין גברים לנשים במרכיבים של תפיסת איכות הטיפול הסיעודי. המרכיבים הם: הענות לצרכים, התאמה אישית, הענות לצרכים פיזיים ויחס הסובלני של האחות כלפי המטופל ובני משפחתו. הממצא המעניין הוא, שלגברים תפיסה גבוהה יותר במרכיבים אלו בהשוואה לנשים. ממצא זה אינו תומך בתוצאות מחקרם של Larsson, Larsson, and Starrin (1999), אשר מצאו כי לנשים תפיסת איכות טיפול סיעודי גבוהה יותר בהשוואה לגברים, במיוחד במיומנות ומקצועיות, שביעות רצון מתנאים פיזיים וגישת הזיהיה וההתמצאות של הצוות המטפל. לעומת זאת, במחקרם של Frojd, Swenne, Rubertsson, Gunningberg and Wadensten (2011) נמצא, כי לנשים דירוג גבוה יותר ברכיב שבדק את מידת השיתוף בהחלטה על הטיפול בהשוואה לגברים. מצד שני, לגברים היה דירוג גבוה יותר ברכיב שבדק את שביעות רצונם מהאוכל, המיטות והאווירה הפיזית של המקום בהשוואה לנשים. הסבר להבדל בין הממצאים במחקר הנוכחי לבין הממצאים בספרות, הינו המבנה המתודולוגי של המדגם, שוני בין תרבותי, מדגם נוחות, שיטת איסוף נתונים שונה ושימוש בסולמות אחרים.

ממצאי המחקר הנוכחי הצביעו, כי לא קיים הבדל בין מטופלים בעלי מצב כלכלי מעל הממוצע, לבין בעלי מצב כלכלי ממוצע או מתחת לממוצע, בתפיסת איכות הטיפול הסיעודי. יחד עם זאת, הממצאים הצביעו, כי קיימת מידה של הבדל על גבול המובהקות ($t(89) = 1.926, p = 0.058$) בין מטופלים בעלי מצב כלכלי מעל הממוצע, לבין בעלי מצב כלכלי ממוצע או מתחת לממוצע, בתפיסת איכות הביצוע. ניתן לומר כי למטופלים בעלי מצב כלכלי מעל הממוצע, תפיסת איכות ביצוע גבוהה יותר, בהשוואה למטופלים בעלי מצב כלכלי ממוצע או מתחת לממוצע. יתרה מזאת, נמצא כי תפיסתם של מטופלים בעלי מצב כלכלי מעל הממוצע את יחס האחות כלפיהם חיובית יותר, בהשוואה למטופלים בעלי מצב כלכלי ממוצע או מתחת לממוצע.

ממצאי המחקר מראים, שקיים קשר שלילי מובהק בין גיל המטופל לבין תפיסתו את איכות הטיפול הסיעודי, כלומר ככל שגיל המטופל עולה, תפיסתו את איכות הטיפול הסיעודי יורדת. הספרות מכילה מחקרים משני הסוגים: אלו הטוענים כי קיים קשר בין גיל המטופל לבין תפיסתו את איכות הטיפול הסיעודי (Doran, et al., 2002; Teng et al., 2007; Radwin, 2003; 1991; Frojd et al., 2011; Rahmqvist, 2001; Teng et al., 2007). הטוענים כי לא קיים קשר כזה (וין ואחרים, 1991; Radwin, 2003). במחקרם של Frojd et al. (2011), שבדק את תפיסתם של 2,734 מטופלים, המאושפזים בבית חולים אוניברסיטאי בשוודיה, את איכות הטיפול, נמצא קשר הפוך מזה שנמצא במחקר הנוכחי. מטופלים מבוגרים יותר דירגו את איכות הטיפול ברמה גבוהה

המטופלים לבין הדרכה והסבר, כלומר ככל שהסטטוס התפקודי גבוה יותר, כך תפיסת ההדרכה וההסבר הניתנים למטופל גבוהה יותר ולהיפך. עם זאת, עוצמת הקשר חלשה יחסית.

קשר בין מספר אשפוזי המטופל לתפיסת איכות הטיפול הסיעודי
הממצאים המובאים בלוח 3 מראים, שקיים קשר חיובי מובהק בין מספר האשפוזים של המטופל לבין תפיסתו את איכות הטיפול הסיעודי. כלומר, ככל שמספר האשפוזים של המטופל עולה, כך גם תפיסתו את איכות הטיפול הסיעודי עולה. בנוסף נמצא גם, כי ככל שמספר האשפוזים של המטופל עולה, כך גם תפיסתו את ההתאמה האישית בטיפול עולה.

לוח 3: בדיקת מקדם מתאם פירסון בין מספר אשפוזים, לבין תפיסת המטופל את איכות הטיפול הסיעודי.

Sig	מספר אשפוזים (r)	n	
*0.025	0.234	91	תפיסת איכות טיפול
0.150	0.152	91	הענות לצרכים
*0.014	0.258	90	התאמה אישית
0.083	0.186	88	שיתוף ותיאום הטיפול
0.154	0.151	91	מיומנות ומקצועיות
0.111	0.168	91	תפיסת איכות הביצוע
0.118	0.165	91	אתיקה
0.380	0.095	88	שמירה על היגיינת המטופל
0.183	0.141	91	הדרכה והסבר
0.214	0.131	91	מיומנות ומקצועיות
0.161	0.180	62	הענות לצרכים פיזיים
0.054	0.232	70	יחס ותקשורת
0.158	0.151	89	1. הקשבה לחולה 2. יחס בסובלנות

*($p < 0.05$)

דין

המחקר הנוכחי בדק את הקשרים בין הגורמים הסוציו-דמוגרפיים של המטופל, משך האשפוז, מספר אשפוזים, תפיסת חומרת המחלה, מצב נפשי וסטטוס תפקודי, לבין תפיסת המטופל את איכות הטיפול הסיעודי במחלקה אונקולוגית. להלן יידונו הקשרים בין כל מאפיין לחוד לבין תפיסת איכות הטיפול הסיעודי.

תוצאות המחקר הנוכחי הצביעו, כי קיים הבדל מובהק בין גברים לנשים בתפיסת איכות הטיפול הסיעודי. נמצא כי הגברים הינם בעלי תפיסת איכות טיפול גבוהה יותר בהשוואה לנשים. תוצאות

כלל המטופלים לקבלת הדרכה והסבר על פרוצדורות ותהליכים בטיפול. ממצא זה אף מדגיש את החשיבות לכך, כפי שנמצא כי בין 70%-86% מהמטופלים חושבים שהמידע שקיבלו מהרופאים ומהאחיות כפוף לאחריות שלהם בטיפול (Frojd et al., 2011).

קשר ליניארי חיובי הוכח גם בין מספר האשפוזים של המטופל, לבין תפיסתו את איכות הטיפול הסיעודי. כלומר ניתן להסיק, שכלל שמספר האשפוזים של המטופל עולה, תפיסתו את איכות הטיפול הסיעודי עולה. ההסבר לכך נובע מתחושת הביטחון והאמון בחזרה לאשפוז במחלקה שהמטופל מוכר לה, המהווים למעשה חלק מהצרכים הפסיכו-סוציאליים של המטופל. הרגשה זו באה לידי ביטוי בהתנהגות הצוות הסיעודי, בראייה מקצועית ומעמיקה ובניטור מצבו של המטופל (Hupcey, 2000).

קשר ליניארי חיובי נוסף נמצא בין מספר האשפוזים של המטופל, לבין מידת ההתאמה האישית של הטיפול. כלומר ככל שמספר האשפוזים של המטופל עולה, כך מידת ההתאמה של הטיפול בו עולה. זאת מתוך ידיעה כי הצוות מכיר את המטופל, יודע באופן כללי את הצרכים להם הוא זקוק וכך מנסה לענות עליהם על-ידי תיאום הטיפול באופן אישי. הגישה למטופל מתרחבת אל מעבר לסוג האבחנה שלו ולמספר החדר בו הוא מאושפז, אלא למטופל כאדם הנזקק לטיפול (Frojd et al., 2011; Schmidt, 2003).

הגורמים המשפיעים על תפיסת איכות הטיפול הסיעודי

השאלה המרכזית במחקר הנוכחי היתה, מה הם הגורמים המשפיעים על תפיסת המטופל את איכות הטיפול הסיעודי במחלקה אונקולוגית. לצורך בדיקת שאלה זו בוצע שימוש במודל רגרטיות, לניבוי תפיסת איכות הטיפול ותפיסת איכות הביצוע בטיפול הסיעודי. מבין כל הגורמים שנבדקו במחקר הנוכחי נמצא, כי למגדר, גיל, מצב כלכלי ומספר אשפוזים קיימים השפעות על תפיסת איכות הטיפול וחלק מהם על תפיסת איכות הביצוע בטיפול הסיעודי. נמצא כי לכל אחד מהגורמים השפעה בכיוון שונה מהשני. כפי שהוזכר מקודם, לחלק השפעה שלילית, פרט

למצב כלכלי ומספר אשפוזים, אשר להם השפעה חיובית. המשתנה היחיד שנמצא כמשפיע על שתי התפיסות בצורה מובהקת הינו הגיל. בדומה לכך מחקריהם של Rahmqvist (2001) ו-Rahmqvist & Bara (2010) מצאו, כי לגיל חשיבות רבה בהשפעה על תפיסת איכות טיפול ועל שביעות רצון המטופלים מהטיפול הניתן להם. למטופלים בגיל מבוגר יותר היו תפיסה ושביעות רצון גבוהים יותר בהשוואה לצעירים. ממצא זה מנוגד לממצאי המחקר הנוכחי: ככל שהגיל עולה תפיסת איכות הטיפול ותפיסת איכות הביצוע בטיפול הסיעודי יורדת.

יש לציין שהמשתנים דלעיל הינם חלק ממאפיינים נרכשים, נלמדים או מולדים, אך המשתנה של מספר האשפוזים הינו בשליטה של הצוות המטפל ואילו המערכת. לממצא זה קיימת חשיבות עליונה. על מנת לזכות בתפיסת איכות טיפול סיעודי גבוהה, חלה אחריות לבניה מערכתית כדי לאפשר למטופלים לחזור ולהתאשפז באותה מחלקה, דבר שעשוי להוביל לשביעות רצון גבוהה ואף להפחתה בתלונות במידה יחסית.

יותר, בהשוואה למטופלים צעירים. בסך הכל יותר מ-83% מהמטופלים דירגו את תפיסת איכות הטיפול ברמה טובה, כלומר שביעות רצונם מאיכות הטיפול טובה. יתרה מכך, המחקר מראה כי בדיקת שביעות רצון המטופלים מאיכות הטיפול אינה מספיקה כדי לאמוד את איכות הטיפול, וכי קיים צורך בבדיקה על ידי כלי לשיפור איכות הטיפול.

השערה נוספת במחקר זה טענה לקשר בין משך האשפוז של המטופלים, לבין תפיסתם את איכות הטיפול הסיעודי. ממצאי המחקר מראים, כי קיים הבדל מובהק בין מטופלים המאושפזים עד 5 ימי אשפוז, מטופלים המאושפזים בין 6-10 ימי אשפוז ומטופלים המאושפזים מעל 10 ימי אשפוז, בתפיסתם את מידת השמירה על היגיינת המטופל. בבדיקה ספציפית נמצא, כי התפיסה חיובית יותר בקרב המאושפזים מעל 10 ימי אשפוז, בהשוואה לאלה המאושפזים עד 5 ימי אשפוז. מחקרה של Radwin (2003) מהווה תמיכה לממצא זה, בו נמצא כי קיים קשר בין משך האשפוז של המטופל, לבין תפיסתו את איכות הטיפול הסיעודי. בנוסף, נמצא קשר סטטיסטי מובהק בין משך האשפוז של המטופל, לבין מרכיבי הטיפול האיכותי.

אישוש ההשערה בהיבט זה מספק תמיכה למודל Social Relation Model (SRM), שפותח על ידי Kenny (1994), על פיו המשתנה "משך האשפוז" מקביל למשתנה "משך ההיכרות". על סמך מודל זה לאינטראקציה בין האחות והמטופל קיימת חשיבות רבה במהלך ההיכרות ביניהם. תפיסה חיובית יותר של הטיפול הסיעודי הוכחה במטופלים שמשך אשפוזם ארוך יותר, בהשוואה לאלו שהיו מאושפזים מעט זמן. ההסבר לכך נובע מהאינטראקציה הממושכת בין האחות והמטופל במשך 24 שעות ביממה, דבר המאפשר למטופל להבין ולתפוס את איכות הטיפול המוצע בידי הצוות הסיעודי. הכוונה היא, שלמטופלים אלו קיימת הזדמנות רבה להערכה של איכות הטיפול בהשוואה למטופלים שלא נמצאים במסגרת אשפוזית (Radwin, 2003). על פי השערת המחקר השלישית, לא קיים קשר בין הסטאטוס התפקודי של המטופל לבין תפיסתו את איכות הטיפול הסיעודי, אך ממצאי המחקר הראו קשר ליניארי חיובי בין הסטאטוס התפקודי, לבין תפיסתו את איכות הביצוע בטיפול הסיעודי. מתוך כך ניתן לומר, כי ככל שהסטאטוס התפקודי של המטופל גבוה, כך תפיסתו את איכות הביצוע בטיפול הסיעודי גבוהה יותר. מחקרים רבים תומכים בממצא זה ואף מסבירים כי מטופלים בעלי סטאטוס בריאותי ותפקודי טובים יותר, תופסים את איכות הטיפול הסיעודי כגבוהה יותר. ההסבר לכך הוא שמטופלים אלו אינם נחשפים ואינם זקוקים לעזרה של הצוות הסיעודי, משום שהם פחות תלויים בו, כך שהקשר בניהם פחות אינטנסיבי וכתוצאה מכך, הם יותר שבעי רצון (lezzoni et al., 2002; Thai et al., 2002; Xiao et al., 2008).

ממצא נוסף הראה קשר בין הסטאטוס התפקודי של המטופל, לבין תפיסתו את איכות ההדרכה וההסבר הניתנים לו. הסבר לכך לא נמצא בספרות המקצועית, אך נמצא כי קיימת חשיבות בקרב

תרומות המחקר

מיקוד המחקר הנוכחי בגורמים המשפיעים על תפיסת המטופלים האונקולוגיים את איכות הטיפול הסייעודי, האיר נקודות חשובות במרכיבי הטיפול האיכותי, כפי שהם נתפסים בעיני המטופלים. תוצאות המחקר עשויות לסייע למנהלות ולאחיות האחראיות לנווט ולשים דגש על מרכיבים בתפיסת איכות הטיפול החשובים למטופלים, כמו הענות לצרכים פיזיים, נפשיים, התאמה אישית, יחס, הסבר והדרכה ועוד.

בנוסף, ממצאי המחקר הראו השפעה חיובית של מספר האשפוזים על תפיסת איכות הטיפול. בהיבט זה חלה אחריות ניהולית בהקצאת משאבים, כוח אדם, הגדלת מחלקות ומספר מיטות, על מנת לאפשר למטופלים להתאשפז לפי הצורך באותה מחלקה, ולא רק בזמן קבלת הטיפול הכימי או הקרינתי.

בתחום הקליני, עשוי מחקר זה לתרום לגוף ידע נרחב בנושא, בייחוד כי נושא זה טרם נבדק במחקר רב משתתפים במסגרת אשפוז בבתי חולים. ממצאי המחקר מזהים את צרכי המטופלים ואת הדרכים בהם הצוות הסייעודי יכול לסייע ולשפר את התערבותו היום יומית. על בסיס ההתמקדות באלמנטים ובמשתנים המשפיעים על תפיסת המטופל את איכות הטיפול הסייעודי, ניתן לפתח כלי לתמיכה רגשית ונפשית, באופן תיאורטי ומעשי כאחד. ממצאי המחקר עשויים להוביל לפתיחת דרך במחקרים דומים ביחידות שונות בבתי החולים בארץ, ואף בבתי חולים ובקופות חולים, תוך שימוש והמשך פיתוח של כלי המחקר והתאמתו לפי הצורך. בתחום החינוכי, תוצאות המחקר הובילו להבנת הגורמים המשפיעים על תפיסת המטופל את איכות הטיפול הסייעודי. המידע עשוי לסייע למטופלים להבין את הצרכים החשובים בעיני המטופל. מכאן משתמע, שיש חשיבות להכליל את הנושא בבתי הספר לסייעודי כבר מתחילת התהליך החינוכי, ובהמשך בהכשרות הייחודיות לאונקולוגיה, בפיתוח יכולות תקשורתיות ובהתאמתן לכל פרט על פי צרכיו.

המלצות המחקר

מחקרים עתידיים בתחום יוכלו לבדוק את הגורמים המשפיעים על תפיסת הורים לילדים חולים, או מטפלים עיקריים למטופלים שאינם מתקשרים את איכות הטיפול הסייעודי. בנוסף, ניתן לבחון את תפיסת המטופלים ביחידות ובמחלקות שונות בבית החולים. כמו כן, ניתן להשוות בין תפיסת הצוות הסייעודי לבין תפיסת המטופלים. צורך נוסף שעלה מהמגבלה של המחקר הנוכחי הוא, הוספת פרמטרים נוספים שלא נבדקו כמו תזונה, נוחות פיזית, איכות המיטה, שירותים ואמצעים טכנולוגיים בטיפול הסייעודי. לבסוף, קיימת חשיבות בהמשך התאמת כלי המחקר לאוכלוסיית המטופלים בארץ.

מקורות

אבן שושן, א. (1993). המילון העברי המרוכז. ירושלים: קרית ספר בע"מ.

גוזל, פ. (2000). סטייה מנהלים מקצועיים במסגרת מחלקות אשפוז בבית חולים. עבודת גמר במחלקה לקרימינולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן, רמת גן.

וין, צ., רון, ר. ובר-טל, י. (1991). סקר איכות הטיפול הסייעודי בבתי-חולים כלליים ממשלתיים, עירוניים ממשלתיים וציבוריים, 1988-1990. משרד הבריאות, שירותי אשפוז ואוניברסיטת תל-אביב, החוג לסייעודי. הוצא מ: www.phr.org.il/default.asp?PageID=66&ItemID=1449

יעקובסון, א. (2000). טיפול בחולה האונקולוגי, המלצות לצוות המטפל קהילה-בי"ח. המחלקה לתכנון ופיתוח בסייעודי: שירותי בריאות כללית. עמ' 1-12.

לוטינגר, ל. (2008). תפיסת צרכי טיפול- מטופלים, צוות סיעודי ומה שביניהם. עבודת גמר לקראת תואר מוסמך בסייעוד, אוניברסיטת תל אביב, תל אביב.

סקעת, א. (2007). הקשר בין תפיסת החולה את איכות הטיפול הסייעודי למצוקה נפשית בחולי סרטן, בשנה הראשונה למחלתם. עבודת גמר לקראת תואר מוסמך בסייעוד, אוניברסיטת תל אביב, תל אביב.

קוגן, א. (2007). כוונות התנהגות של הצוות הסייעודי לעבוד על פי נהלים רפואיים. עבודת גמר לקראת תואר מוסמך בסייעוד, אוניברסיטת תל אביב, תל אביב.

Currie, V., Harvey, G., West, E., McKenna, H., & Keeney, S. (2005). Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 51(1), 73-82.

Donabedian, A. (1968). Promoting quality through evaluating the process of patient care. *Medical Care*, 6(3), 182.

Doran, D. I., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of the nursing role effectiveness model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 29-39.

Frojd, C., Swenne, C. L., Rubertsson, C., Gunningberg, L., & Wadensten, B. (2011). Patient information and participation still in need of improvement: evaluation of patients' perception of quality of care. *Journal of Nursing Management*, 19, 226-236. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01197.x.

Hall, J. A., & Dornan, M. C. (1990). Patient socio demographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta analysis. *Social Science Medicine*, 30, 811-818.

Hamilton, D. L., & Wyer, N. A. (1996). Person perception and interpersonal perception: bridging the gap. *Psychological Inquiry*, 7(3), 259-267.

- Rahmqvist, M. (2001). Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. *International Journal for Quality in Health Care*, 13, 385-390.
- Rahmqvist, M., & Bara, A. C. (2010). Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *International Journal for Quality in Health Care*, 22, 86-92.
- Schmidt, L. A. (2003). Patients' perceptions of nursing care in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 44(4), 393-399.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. (2000). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* (9th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Teng, C. I., Hsu, K. H., Cbien, R. C., & Cbang, H. Y. (2007). Influence of personality on care quality of hospital nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, 22 (4), 358-364.
- Thai, P. L., Briancon, S., Epereur, F., & Guillemin, F. (2002). Factors determining inpatient satisfaction with care. *Social Science & Medicine*, 54, 493-504.
- Xiao, H., & Barber, J. P. (2008). The effect of perceived health status on patient satisfaction. *Value in Health*, 11(4), 719-725.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.
- Hargraves, J. L., Wilson, I. B., Zaslavsky, A., James, C., Walker, J. D., Rogers, G., & Cleary, P. D. (2001). Adjusting for patient characteristics when analyzing reports from patients about hospital care. *Medical Care*, 39(6), 635-641.
- Hupcey, J. E. (2000). Feeling safe: the psychosocial needs of ICU patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 32, 361-367.
- Iezzoni, L. I., Davis, R. B., Soukup, J., & O'Day, A. B. (2002). Satisfaction with quality and access to healthcare among people with disabling conditions. *International Journal of Quality Health Care*, 14, 369-381.
- Johnson, K., Hallsey, D., Meredith, R. L., & Warden, E. (2006). A nurse driven system for improving patient quality outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(2), 168-175.
- Jussim, L. (1996). Social perception and the social relation model. *Psychological Inquiry*, 7(3), 268-275.
- Kash, K. M., Mago, R., & Kunkel, E. J. (2005). Psychosocial oncology: supportive care for the cancer patient. *Seminars in Oncology*, 32(2), 211-218.
- Kenny, D. A. (1994). *Interpersonal perception: A social relations analysis*. New York: Guilford Press.
- Larsson, B. W., Larsson, G., & Starrin, B. (1999). Patients' views on quality of care: a comparison of men and women. *Journal of Nursing Management*, 7, 133-139.
- Lewin-Epstein, N., Sagiv-Schifter, T., Shabtai, E. L. & Shmueli, A. (1998). Validation of the 36-item short-form Health Survey (Hebrew version) in adult population of Israel. *Medical Care*, 36(9), 1361-1370.
- Lynn, M. R., & McMillen, B. J. (1999). Do nurses know what patients think is important in nursing care? *Journal of Nursing Care Quality*, 13(5), 65-74.
- Lynn, M. R., & Moore, K. (1997). Relationship between traditional quality indicators and perceptions of care. *Seminars for Nurse Managers*, 5, 187-193.
- Mitchell, P., Ferketich, S., & Jennings, B. (1998). Quality health outcomes model. *Journal of Nursing Scholarship*, 30, 43-46.
- Radwin, L. (2000). Oncology patient perception of quality nursing care. *Research in Nursing and Health*, 23(3), 179-190.
- Radwin, L. (2003). Cancer patients' demographic characteristics and ratings of patient-centered nursing care. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(4), 365-370.
- Radwin, L., Alster, K., & Rubin, K. M. (2003). Development and testing of the oncology patient perceptions of the quality of nursing care scale. *Oncology Nursing Forum*, 30(2), 283-290.