

אוניברסיטת בר-אילן

בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש לואיס וגבי וייספלד

הצעה לתוכנית מחקר במסגרת הלימודים לתואר שלישי

**מצוקה מוסרית בקרב עובדים סוציאליים במוסדות לטיפול ממושך:
הקשר לרגישות מוסרית, שחיקה ועזיבת המקצוע ותפקידם הממתן
של משתנים סביבתיים ואישיים**

**Moral distress among social workers in long term care
facilities: Its relationship with moral sensitivity, burnout
and turnover intention and the moderating role of
environmental and personal resources**

מוגש על ידי שגית לב.ת.ז. 033798703

בהנחיית פרופ' ליאת איילון

תשע"ג

רמת גן

תקציר

בספרות, העוסקת באתיקה של העבודה הסוציאלית, ניתן מקום משמעותי לקונפליקט המוסרי בו נתון העובד הסוציאלי (להלן העו"ס), כאשר מחויבותו הבסיסית ללקוח מאותגרת על ידי מחויבותו לארגון בו הוא מועסק. במוסדות לטיפול ממושך, דילמה זו יכולה להתעצם בשל הירידה התפקודית ולעתים אף הקוגניטיבית של הזקן מחד, ומאפייניו הטוטאליים של המוסד מאידך. בנוסף, רוב המוסדות לטיפול ממושך בארץ נמצאים בבעלות פרטית או ציבורית ומונעים פעמים רבות משיקולים עסקיים, עובדה היכולה אף היא להגביר את דילמת המחויבות של העו"ס.

ניתן להבין את דילמת המחויבות של העו"ס באמצעות המונח "מצוקה מוסרית" הלקוח מספרות הסיעוד ומתייחס למצבים בהם האחות מתקשה לפעול על פי ערכיה המקצועיים, בשל מגבלות מוסדיות (Jameton, 1984). מטרת המחקר הנוכחי הינה לבחון לראשונה את המצוקה המוסרית של העו"ס במוסדות לטיפול ממושך. זאת באמצעות בחינת הקשר בין רגישותו המוסרית של העו"ס לבין הופעתה של מצוקה מוסרית, וכן בחינת הקשר בין המצוקה המוסרית של העו"ס לבין שחיקה וכוונה לעזיבת המקצוע. בנוסף, יבחן הקשר הממתן של משאבים סביבתיים (אקלים אתי, תמיכה, סוג המוסד ובעלות המוסד) ומשאבים אישיים (שליטה ועמידות).

אף כי מצוקה מוסרית נחקרה באופן נרחב בקרב מקצועות הבריאות, הרי שבתחום העבודה הסוציאלית היא נחקרה באופן מועט בלבד. מחקר זה יסייע בהעמקת הידע בתחום מצוקה מוסרית, בקרב עו"סים, ובפרט בקרב האוכלוסייה הייחודית של עו"סים המועסקים במוסדות לטיפול ממושך. המחקר יערך בשיטה כמותית, באמצעות שאלוני מחקר, כאשר לצורך המחקר יבנה סולם ייחודי לבחינת מצוקה מוסרית בקרב עו"סים במוסדות לטיפול ממושך. שאלוני המחקר יופצו בקרב כ-350 עו"סים, המועסקים במוסדות לטיפול ממושך בארץ. השערות המחקר תיבדקנה באמצעות מבחני פירסון ומבחני חי בריבוע לבחינת קשרים דו משתניים וניתוחים רב משתניים, כגון ניתוחי רגרסיה. בנוסף תיערכנה בחינת תיווך באמצעות ניתוח נתיבים ובחינת מיתון באמצעות אינטראקציות בניתוחים הרב משתניים.

Abstract

Within literature dealing with the ethics of social work, a prominent place is given to the moral conflict faced by the social worker, when basic obligations to the client are challenged by the social worker's commitment to the organization for which he works. This dilemma is intensified in long term care facilities, due to the elderly client's decrease in functional and cognitive abilities on one hand, and the categorical nature of the long term care facilities on the other. Additionally, the majority of long term care facilities in Israel are privately owned or public institutions, often motivated by business considerations, a fact which can increase the social worker's obligational dilemma.

The term "moral distress," taken from nursing literature and relating to situations in which the nurse has difficulty acting in accordance to professional morals due to institutional constraints (Jameton, 1984), can be aptly applied to describe the social worker's obligation dilemma. The goal of this present study is to examine the moral distress faced by the long term care social workers, enquiring the relationship between moral sensitivity and moral distress, as well as the relationship between moral distress, burnout, and intention to abandon the profession. Additionally, the mediate role of environmental resources (ethical climate, support, type of institution and institutional ownership) and personal resources (mastery and resilience) will also be examined.

Though moral distress in medical professions has been widely researched, research regarding moral distress in the field of social work is much less extensive. The present study will help deepen the knowledge of moral distress among social workers, in particular among the unique population of long term care social workers.

The study will be conducted quantitatively, through use of questionnaires. A unique scale for examining moral distress among long term care social workers will be created specifically for use in this study; the questionnaires will be distributed among 350 social

workers employed in Israeli long term care facilities. The study's hypothesis will be examined through the Pearson and Chi Square tests for examining two variable relationships and analysis of multiple variables such as regression analysis. Additionally, mediation will be examined via path analysis and recession will be examined via interactions in analysis of the multiple variables.

מבוא

בספרות התיאורטית, העוסקת באתיקה של העבודה הסוציאלית, ניתן מקום משמעותי לקונפליקט המוסרי בו נתון העובד הסוציאלי (להלן העו"ס), כאשר מחויבותו הבסיסית ללקוח מאותגרת על ידי מחויבויות שונות וסותרות לגורמים נוספים, כגון הארגון, בו הוא מועסק, בני משפחת הלקוח וגורמים נוספים בקהילה (פנחסי, 1995; פנחסי ומכאלי, 2008; Lowenberg & Levy, 1976; Linzer, 1999). במוסדות לטיפול ממושך (הכוללים מוסדות סיעודיים ובתי אבות לעצמאיים ותשושים), דילמת המחויבות של העו"ס עלולה להתעצם בשל מאפייני המוסד ודייריו. דיירי מוסדות אלו סובלים מירידה תפקודית ובריאותית ולעתים אף מירידה קוגניטיבית (משרד הבריאות, 2013; Iecovich, 2001), מנגד, מוסדות אלו נוטים להיות מתוארים כבעלי מאפיינים טוטאליים, המחלישים את כוחם של הדיירים מול הצוות והנהלת המוסד. חוסר איזון המשאבים בין הדיירים לבין ההנהלה והצוות, עלול להקשות על העו"ס לפעול על פי מחויבותו הראשונית לדיירים (לב, 2011; לבנשטיין ויקוביץ', 1996; Allen, Nelson & Netting, 2007a; Allen, Nelson, Netting & Cox, 2007b; Fogler, 2000; Nelson, 2000; Lev & Ayalon, in press; 2009). בנוסף, רוב המוסדות לטיפול ממושך נמצאים כיום בבעלות פרטית או ציבורית (ברודצקי, שנוור ובאר, 2012). הימצאותו של העו"ס במקום, הפועל על בסיס עסקי ומונע מאינטרסים כלכליים, עלולה אף היא להגביר את הקונפליקט המוסרי ולהקשות על העו"ס לפעול על פי מחויבות לדיירים (לב, 2011; לבנשטיין ויקוביץ', 1996; פנחסי ומכאלי, 2008; Lonne, 1996; McDonald & Fox, 2004; Lowenberg & Dolgoff, 1996).

מחקרים איכותניים, אשר בחנו את התמודדותם של עו"סים הניצבים בפני קונפליקט אתי, בו מחויבותם ללקוחות הייתה מאתגרת על ידי מגבלות ואילוצים מוסדיים, הצביעו על הקושי של העו"סים לפעול על פי מחויבותם ללקוחות ועל דרכי ההתמודדות שונות שנקטו, בכדי להתמודד עם קונפליקט זה. דרכי פעולה אלו נעו בטווח בין פעולה על פי המחויבות לארגון לבין פעולה על פי המחויבות ללקוח (Lev & Ayalon, in press; Hyde, 2012; Fine & Teram, 2012; Lonne, McDonald & Fox, 2004; McAuliffe & Sudbery, 2005; Papadaki & Papadaki, 2008; Wilson, 2004).

במחקרים כמותניים, אשר בחנו את התמודדותם המעשית והרגשית של העו"סים, הניצבים בפני קונפליקט אתי, עלה קשר חיובי בין הקושי של העו"ס לפעול באופן הנתפס בעיניו כמוסרי ואתי לבין הופעתם של רגשות דחק (Di Franks, 2008; O'Donnell et al., 2008). בנוסף מחקרים אלו הצביעו על

קשר שלילי בין האקלים האתי של הארגון לבין הופעתם של רגשות דחק אצל העו"ס (O'Donnell et al, 2007 Ulrich et al, 2008).

מונח תיאורטי ומחקרי, המתקשר לדילמת המחויבות הינו "מצוקה מוסרית" (moral distress). מונח זה, הלקוח מספרות הסיעוד, מתייחס למצבים בהם למצבים בהם האחות מתקשה לפעול על פי ערכיה המקצועיים בשל מגבלות מוסדיות (Jameton, 1984). מונח זה זכה לפיתוח תיאורטי (Corley, 2002; Kalvemark, Hogluod, Hasson, Westerholm, & Arentz, 2004; Pauly, Varcoe & Storch, 2012; Wilkinson, 1987/88) ולהתייחסות מחקרית נרחבת (לדוגמה: Corley, Minick, 2012; Papathanassoglou et al, 2012; Ganze et al, 2013; Eiswick, & Jacobs, 2005). מונחים תיאורטיים ומחקריים נוספים, המתייחסים באופן נרחב יותר לקונפליקט המוסרי והאתי של האחות בפרט, ואיש מקצוע הבריאות בכלל ולהשלכות הפסיכולוגיות של הקונפליקט, הינם: "דחק מוסרי" (moral stress), המתייחס למצבים בהם איש המקצוע נדרש לבצע החלטה, המערבת שני עקרונות אתיים סותרים (Zuzelo, 2007), "דחק אתי" (ethical stress) הנחוה, כאשר איש המקצוע מתמודד עם דילמות מוסריות (Raines, 2000) וכן "דחק מצפוני" (stress of conscience) המתייחס לשכיחות ולעוצמת הטירדה המצפונית של איש המקצוע, הנגרמת בשל גורמים פנימיים וחיצוניים (Glasberg et al., 2006). מונח מחקרי נוסף, הייחודי לעבודה סוציאלית, הינו "הפרדה" (disjuncture), המתייחס למתח הנחוה על ידי עו"ס, כאשר הם חשים פער בין ערכי קוד האתיקה לבין התנהגותם בפועל (Di Franks, 2008).

המחקר הנוכחי מהווה נדבך נוסף והרחבה של ממצאי מחקר איכותני, אשר עסק בדילמת המחויבות של העו"ס במוסד הסיעודי. במחקר נמצאה דילמת המחויבות של העו"ס כמשמעותית, כאשר מחויבתו הראשונית לדייר אותגרה ע"י מחויבויות שונות וסותרות לעיתים להנהלה, לצוות ולמשפחת הדייר. המחקר דן באופן ההתמודדות של העו"ס עם דילמה זו, בהשלכותיה הרגשיות ובמאפיינים האישיים והסביבתיים אשר השפיעו על אופן התמודדותו (לב, 2011; Lev & Ayalon, in press). מטרת המחקר הנוכחי הינה להרחיב ולתקף את ההבנה של חווית העו"ס במוסדות לטיפול ממושך, הניצב בפני דילמת מחויבות, המשתנים הקשורים לה והשלכותיה האפשריות על רווחתו של העו"ס. זאת באמצעות שימוש בפרדיגמת מחקר כמותי.

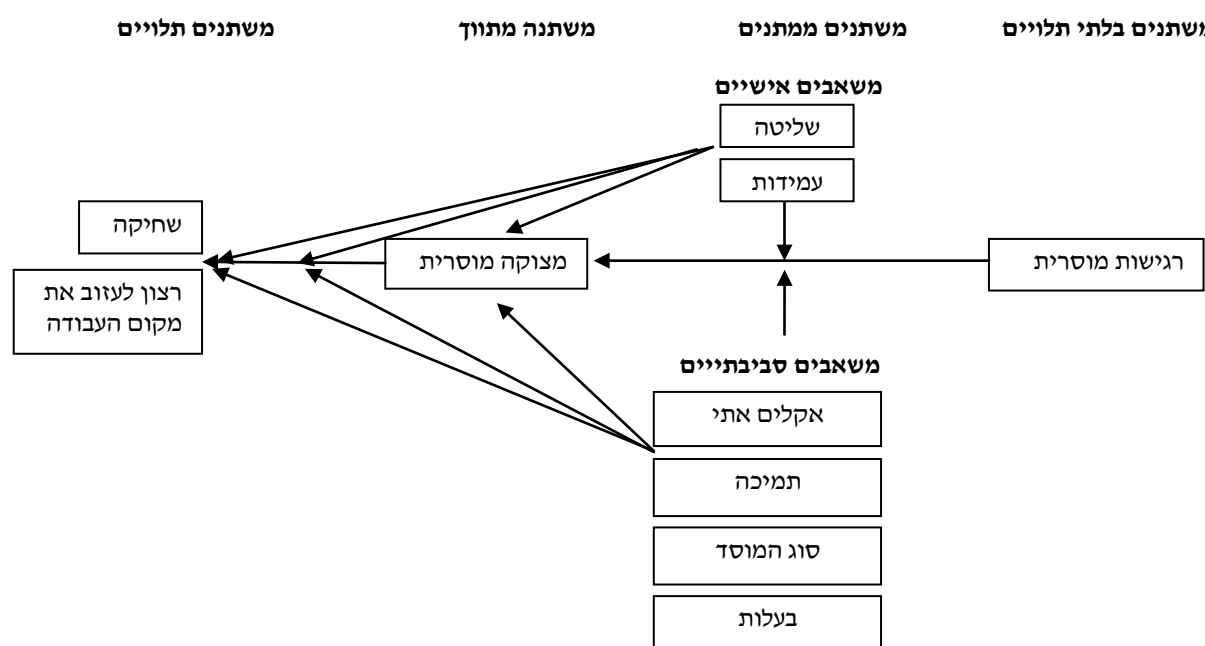
מכיוון ששאלוני המחקר, העוסקים במצוקה מוסרית ובדחק מוסרי, אתי ומצפוני, מותאמים לרוב לאוכלוסיית האחיות, ובשל ייחודיותה של אוכלוסיית המחקר הנוכחי, ייבנה שאלון לבחינת המצוקה המוסרית בקרב אוכלוסיית העו"ס במוסדות לטיפול ממושך, אשר יתבסס על ממצאי המחקר האיכותני

(לב, 2011) כמו גם על היגדים מתוך השאלונים הקיימים, אשר רלוונטים לאוכלוסיית המחקר הנוכחית (Corley, Elswick, Gorman & Clor, 2001; Di Franks, 2008 Glasberg et al., 2006; Raines, 2000)

מודל המחקר יתבסס על מודלים תיאורטיים, אשר מתארים את התפתחותה של המצוקה המוסרית בקרב אחיות ואת השלכותיה. מודלים אלו מדגישים את הקשר בין רגישותה המקצועית של האחיות לבין התפתחותה של מצוקה מוסרית וכן את הקשר בין המצוקה המוסרית לבין שחיקה ועזיבת המקצוע (Corley, 2002; Wilkinson, 1987/88). בהתבסס על מודלים אלו, המחקר הנוכחי יבחון את הקשר בין מחויבותו המוסרית והאתית של העו"ס לדיירים לבין שכיחותה ועוצמתה של המצוקה המוסרית אותה הוא חווה. מחויבותו המוסרית של העו"ס לדייר תיבחן באמצעות סולם רגישות מוסרית, הבוחן את 'ההקשבה' של איש המקצוע לערכים המוסריים, המעורבים במצבי קונפליקט ומודעות עצמית לתפקיד ולאחריות שלו במצבים אלו (Lützen, Dahlqvist, Eriksson & Norberg, 2006) כמו כן המחקר יבחון את הקשר בין המצוקה המוסרית אותה חווה העו"ס לבין חווית שחיקה ורצון לעזוב את מקום העבודה. בנוסף, יבחן הקשר הממתן של משאבים אישיים וסביבתיים על הקשר בין רגישות מוסרית למצוקה מוסרית ועל הקשר בין מצוקה מוסרית לבין שחיקה ורצון לעזוב את המקצוע. אף כי המודלים התיאורטיים של מצוקה מוסרית (Corley, 2002; Wilkinson, 1987/88) אינם מתייחסים ישירות לקשר בין מצוקה מוסרית לבין מאפיינים אישיים וסביבתיים, הרי שניתן למצוא התייחסות רחבה לקשר זה במחקרים, העוסקים במצוקה מוסרית ובדחק מוסרי, אתי ומצפוני (Lutzen et al., 2010; O'Donnell, et al., 2008; Tuvwsson et al., 2012).

המשאבים הסביבתיים שיבחנו במחקר הינם: האקלים האתי של מקום העבודה - המתייחס למחויבות המוסרית של הארגון (Victor & Cullen, 1988), התמיכה הנתפסת של העו"ס (כאשר תיבחן תמיכת עמיתים, הנהלה וכן בני משפחה וקרובים), סוג המוסד (מוסד סיעודי, או בית אבות לעצמאיים ותשושים) וסוג בעלות המוסד (בעלות פרטית לעומת בעלות ציבורית). המשאבים האישיים שיבחנו הינם: שליטה - המתייחסת למידה בה אדם תופס אירועים בחייו כנמצאים תחת שליטתו (Pearlin & Schooler, 1978) ועמידות-המתייחסת למאפייני אישיות חיוביים, המסייעים לאדם בהתמודדות עם מצבי דחק (Wagnild & Young, 1993). משמעותם של משתנים אלו והקשרים ביניהם יסקרו בהמשך הפרק.

מודל המחקר



בכדי להבין את הקשרו הייחודי של המחקר, תתמקד סקירת הספרות בחלקה הראשון בתיאור המוסדות לטיפול ממושך, התמורות שחלו בהם בעשורים האחרונים וכן בתפקידו של העו"ס במוסדות אלו. מתוך הבנת מורכבותו של תפקיד העו"ס במוסדות לטיפול ממושך, חלקה השני של סקירת הספרות יתמקד בתיאור דילמת המחויבות הכפולה של העו"ס במוסדות אלו, לארגון ולדיירים ודרכי ההתמודדות שלו עם דילמה זו. חלקה השלישי של סקירת הספרות יקשור בין המונח התיאורטי והמחקרי "מצוקה מוסרית" לבין דילמת המחויבות של העו"ס. חלקה הרביעי והאחרון של הסקירה יתמקד בתיאור משתני המחקר והשערות המחקר.

מוסדות לטיפול ממושך בזקנים

בישראל, כ-3 אחוזים מכלל בני ה-65 ומעלה שוהים במסגרת מוסדית. המיטות במוסדות אלו מתחלקות לארבעה סוגים, על פי מצבם התפקודי של הדיירים: עצמאיים, תשושים, הזקוקים לעזרה חלקית בפעילויות היומיום ולרוב עצמאיים בתפקודיהם הבסיסיים, סיעודיים, הסובלים מירידה קבועה בניידות, בתפקודים הבסיסיים ובמצבם הבריאותי, ותשושי נפש, המסוגלים להתהלך, אז סובלים מירידה משמעותית בתפקודי המוח במידה כזו, שהם זקוקים לעזרה ברוב פעילויות היומיום והשגחה על בטיחותם במשך כל שעות היממה (ברודצקי, שנור ובאר, 2012; משרד הבריאות, 2013; Iecovich, 2001).

ניתן להבין את חווית המגורים במוסדות לטיפול ממושך, על פי תיאורית "המוסד הטוטאלי" (Goffman, 1961). גופמן תיאר את "המוסד הטוטאלי" כ"מקום מגורים ועבודה בו חיים מספר רב של אנשים, הנמצאים במצבים דומים, מנותקים מהחברה הרחבה לתקופה ממושכת ומנהלים צורת חיים

סגורה עם מסגרת ניהולית ופורמלית" (Goffman, 1961, עמ' 11). בדומה לכך, המוסדות לטיפול ממושך, ובייחוד מוסדות סיעודיים, מתוארים בספרות כבעלי מאפיינים טוטאליים (Lang, Löger & Amann, 2004; Thomas, 2004; Solomon, 2004), הבאים לידי ביטוי בשאיפה לקונפורמיות וציות (Solomon, 2004) ובשאיפה ליעילות תפעולית, המתבטאת בסדר יום נוקשה ובהיעדר פרטיות, אוטונומיה ואפשרויות בחירה (Angelelli, 2006; Harnett, 2010; Kane & Kane, 2001; Persson & Wästerfors, 2009; Thomas, 2004). בשל מאפיינים אלו, המעבר למוסד לטיפול ממושך יכול להתפס על ידי האדם הזקן כתחילת תהליך של אובדן אוטונומיה ועצמאות ולהקשות עליו בשמירת המשכיות התפקיד (Brownie & Horstmanshof, 2012). בנוסף, הפגיעה באינדוודואליות של הדיירים יכולה להוביל לנסיגה וסרבנות (Lang et al., 2007). על רקע הביקורת על מאפייניהם הטוטאליים של המוסדות לטיפול ממושך, צמחה החל משנות השמונים תנועה לשינוי תרבותי (culture change), אשר קראה לשינוי המבנה המסורתי של המוסדות לטיפול ממושך ואף טשטשה את ההבדלים בין סוגי המוסדות הנמצאים על רצף זה (Koren, 2010). תנועה זו מיוצגת ע"י שני מודלים עיקריים, אשר התפתחו בארה"ב, "פרוייקט עדן" (Eden Alternative) (Thomas, 2004) ו"הבתים הירוקים" (Green Houses) (Kane, Lum, Cutler, Degenholtz & Yu, 2006; Rabig, Thomas, Kane, Cutler, & McAlilly, 2006). מוסדות השינוי התרבותי מתאפיינים במעבר ממודל רפואי מוסדי, למודל מכוון לקוח ובעל מאפיינים ביתיים (Hojlo, 2004; Kane, 2001; Rabig et al., 2006; Thomas, 2004; Koren, 2010). שהינו חלק מהקהילה הרחבה ולא מנותק ממנה (Kane, 2001). מאפיין מרכזי של מוסדות אלו והיענות לצרכיו הרוחניים, כמו גם המנטלים והגופניים (Kane, 2001). מאפיין מרכזי של מוסדות אלו הינו, העצמת הדיירים, הבאה לידי ביטוי במערכת יחסים טבעית ופחות היררכית בין הדיירים והצוות, גמישות בסדר היום ועידוד האוטונומיה והמעורבות של הדיירים באחזקת הבית (Angelelli, 2006; Brownie & Horstmanshof, 2012; Cohen-Mansfield & Bester, 2006; Kane, 2001; Stone et al., 2004; Rabig et al., 2006; Thomas, 2004). כאשר אמצעים אלו מחזקים את יכולת השליטה וההגדרה העצמית של הדיירים ומסייעים להם לשמור על כבודם ועצמאותם (Brownie & Horstmanshof, 2012; Cohen-Mansfield & Bester, 2006; Rabig et al., 2006; Thomas, 2004). יש לציין, כי אף שמודלים

של שינוי תרבותי במוסדות סיעודיים אומצו במדינות שונות כמו: יפן, אוסטרליה, ארצות סקנדינביה, אנגליה, קנדה וארה"ב (יקוביץ', 2011), הרי שבשראל, החלה רק לאחרונה הכשרה של מוסדות על פי מודלים אלו (אשל, 2014).

תפקיד העובד הסוציאלי במוסדות לטיפול ממושך

אחריותו העיקרית והראשונית של העו"ס במוסדות לטיפול ממושך, הינה כלפי דיירי המוסד. תפקיד זה כולל ליווי הדייר החדש בתהליך ההסתגלות למוסד (לבנשטיין ויקוביץ', 1996; משרד הבריאות, 2007; NASW, 2003; Greene, 2004; Beaulieu, 2002), זיהוי צרכיו דרך הערכה פסיכו-סוציאלית (משרד הבריאות, 2007; NASW, 2003; Beaulieu, 2002; Greene, 2004), הענקת טיפול הנותן מענה לצרכיו החברתיים והרגשיים (NASW, 2003; Greene, 2004) ופעולה למען מימוש זכויותיו ושמירה על כבודו ופרטיותו (משרד הבריאות, 2007).

אחריות נוספת של העו"ס הינה כלפי משפחות הדיירים. אחריות זו כוללת ליווי משפחות הדיירים בתהליך ההסתגלות למוסד (משרד הבריאות, 2007), מתן סיוע ותמיכה רגשיים ואדמניסטיביים, סיוע בפתרון בעיות בין אישיות (לבנשטיין ויקוביץ', 1996; Beaulieu, 2002) וסיוע בפתרון קונפליקטים מול צוות המוסד (Iecovich, 2001; Kelchner, 2002). בנוסף, דגש רב ניתן לפעילות העו"ס בקרב הצוות הרב מקצועי של המוסד, המתבטאת בהשתתפות פעילה בדיוני הצוות הרב מקצועי ושיתוף בתהליכי פיתוח והכשרה בין מקצועית של הצוות (לבנשטיין ויקוביץ', 1996; Solomon, 2004).

בספרות העכשווית ניתן מקום רב לתפקידו של העו"ס בסנגור והעצמה של דיירי המוסד, המתבטאים בייצוג האינטרסים שלהם, הגנה על זכויותיהם וכבודם ושיפור מיומנויות ההתמודדות ויכולת קבלת ההחלטות שלהם (לבנשטיין ויקוביץ', 1996; Anderson & Dabelko-Schoeny, 2002; Beaulieu, 2002; Nelson, 2000; Nelson, 2000; Greene, 2004; Klechner, 2002; Meyers, 2006; NASW, 2003; Netting, Huber & Borders, 2001; Solomon, 2004). מיומנות חשובה נוספת של העו"ס, המתקשרת לסנגור, הינה ניהול קונפליקטיים וחילוקי דעות בין הדייר, הצוות ומשפחת הדייר (Allen et al, 2007a; Allen et al, 2007b; Iecovich, 2000). ניתן לקשור תפקידים אלו לשינויים אשר חלו בעשורים האחרונים הן במוסדות לטיפול ממושך והן בשדה העבודה הסוציאלית ומבטאים מעבר מתפיסת עולם פטרנליסטית לתפיסת עולם דמוקרטית, מכוונת לקוח, המאפשרת אוטונומיה והעצמה של הלקוחות (קטן, 1989-1990; קרן ודורון, 2005; Vourlekis, Zlotnik, & Simons, 2005; Brownie & Horstmanshof, 2012). עם זאת, מחקרים מראים כי קיים פער בין התיאוריה לפרקטיקה, כאשר עו"סים בבתי אבות

נוטים לייצג גישה בעלת אופי פטרנליסטי ביחס לדיירים הזקנים, יותר מאשר גישה בעלת אופי מסנגר ומעצים (קורן ודורון, 2005).

תפקיד נוסף של העו"ס במוסדות לטיפול ממושך, אשר התפתח בעשורים האחרונים, הינו שיווק וקידום מכירות. התפתחות תפקיד זה קשור להחלת חוק הסיעוד בשנת 1988 ולירידה בביקוש למוסדות שחלה בעקבותיו, אשר אילצה מוסדות לטיפול ממושך לאמץ אסטרטגיות חדשות המכוונות לשיווק. בניגוד לתפקידים ומיומנויות מכווני לקוח אשר צוינו לעיל, הרי שניתן לראות תפקיד זה כמכוון לצורכי המוסד באופן מובהק (Iecovich, 2001).

דילמת המחויבות של העו"ס במוסדות לטיפול ממושך

במחקר איכותני, אשר עסק בדילמת המחויבות של העו"ס במוסד הסיעודי, ומהווה בסיס למחקר זה, הופיעה דילמת המחויבות של העו"ס במספר אופנים, כאשר העיקרי בהם היה הדילמה של העו"ס בין מחויבותו לדיירי המוסד לבין מחויבותו להנהלת המוסד. סקירת הספרות הנוכחית תתמקד בדילמה זו ובדרכי ההתמודדות עימה. זאת, בשל הקרבה הרעיונית בינה לבין מצוקה מוסרית, המוגדרת, כחוסר יכולתו של איש המקצוע לפעול על פי ערכיו בשל מגבלות מוסדיות (Jameton, 1984) ואשר שכיחותה ועוצמתה בקרב עוסי"ם במוסדות לטיפול ממושך, יבדקו במחקר זה.

הדילמה בין מחויבות לדייר למחויבות להנהלת המוסד וצוותו.

על פי לבנשטיין ויקוביץ' (1996), פעמים רבות צורכי בית האבות עונים, בחלקם הגדול, לצורכי המערכת בלבד ויכולים להיות מנוגדים לצורכי הדיירים. מתוך ניגודיות זו עולה שאלת הנאמנות הכפולה, אשר לפי לבנשטיין ויקוביץ', הינה הדילמה המרכזית המאפיינת את עבודתו של העו"ס. כאשר בנוסף, קיים החשש, כי אם העו"ס יפעל נגד ההנהלה, הוא עלול למצוא את עצמו מחוץ למערכת (Allen et al, 2007a). בדומה לכך, פוגלר (Fogler, 2009) הצביעה על הקונפליקט האינהרנטי של העוסי"ם במוסדות סיעודיים בארה"ב, אשר נאלצים לאזן בין הצרכים הסותרים של הדיירים ושל המוסד הסיעודי הפרטי. הרקע לקונפליקט זה הינו הרפורמה הלאומית לטיפול ארוך טווח בארה"ב, אשר עודדה זקנים לשוב חזרה לקהילה לאחר שיקום קצר במוסד סיעודי; מדיניות אשר יכולה להיות נוגדת את הצרכים הכלכליים של המוסד הסיעודי. אף כי המדיניות בישראל הינה שונה ומוסדות סיעודיים מיועדים לשהות ממושכת (Iecovich, 2001), ניתן לשער כי ערפול התפקיד של העו"ס במוסד הסיעודי, הינו אף כאן תוצאה של צרכים מנוגדים של הדיירים ושל המוסד.

בנוסף, תפקידו של העו"ס כמעצים ומסנגר יכול לעמוד בניגוד לאינטרסים של ההנהלה, אשר תעדיף, פעמים רבות, כי העו"ס יפעל להגברת הציות של הדייר (Solomon, 2004). יתרה מכך, עצם הגדרת

תפקידו של העו"ס במוסד כמסנגר, אשר אמור להתייצב לצידו של הדייר, ממועט המשאבים אל מול הנהלת המוסד, מרובת המשאבים, מוגבל באופן אינהרנטי על ידי הסטטוס שלו כמועסק על ידי המוסד. דבר היכול להוביל לקונפליקטים בין העו"ס לבין ההנהלה וצוות המוסד (Allen et al, 2007a; Allen et al, 2007b).

במחקר איכותני, באה לידי ביטוי דילמת המחויבות של העו"ס בין מחויבותו לדיירים לבין מחויבותו להנהלת המוסד הסייעודי, בעיקר סביב שני מוקדים עיקריים. המוקד הראשון עסק בהתעמרות בדיירים, כאשר העו"ס חש קושי לפעול במצבים של חשד לאלימות. קושי זה נבע מחוסר שיתוף פעולה, חשדנות ואף התנגדות מצד ההנהלה וצוות המוסד, אשר חששו מפגיעה בשם המוסד ובצוות בשל חשיפת ההתעמרות. המוקד השני עסק באשפוז דיירים לא מתאימים. מצבים אלו התרחשו, כאשר ההנהלה, לרוב ממניעים כלכליים, אשפזה דיירים, אשר לפי תפיסתו המקצועית של העו"ס לא נמצאו מתאימים למסגרת המוסד הסייעודי (לב, 2011; ; Lev & Ayalon, in press).

התמודדות העו"ס עם דילמת המחויבות הכפולה לדייר ולהנהלת המוסד וצוותו

בכדי לפתור את הידלמה הנובעת ממחויבותו הכפולה של העו"ס לדייר ולהנהלת המוסד וצוותו, לבנשטיין ויקוביץ' (1996) טוענות, כי על העו"ס לצאת מתוך הנחה כי בית האבות שכר את שירותיו כדי לטפל בדיירים, מתוך נאמנות לערכי המקצוע, ובו זמנית להיות נאמן ומסור למערכת המעסיקה אותו. מתוך עמדה זו על העו"ס לנסות לנתח בפני ההנהלה את היתרונות, העשויים לצמוח למוסד מהגמשת חוקי המוסד והפיכתם ליותר הומנים ומכוונים לדייר, ומנגד את הסיכון בפגיעה במוניטין המוסד ובשרידותו, כתוצאה מאי התחשבות בצורכי הדיירים. באמצעות אסטרטגיה זו, על העו"ס להוכיח, כי צרכי המוסד וצרכי הדיירים, חד הם ואין סתירה ביניהם לטווח הארוך (לבנשטיין ויקוביץ', 1996; Iecovich, 2000). במטרה לסייע לעו"ס להתמודד ולהכריע בדילמות וקונפליקטים בין הדייר למוסד, בנו נלסון ושות' (Nelson et al., 2001) מודל המורכב מארבעה מימדים, אשר צריכים להילקח בחשבון בכל קונפליקט אפשרי: א. הצרכים החברתיים, רגשיים או פיזיים של הדייר; ב. מידת הדחיפות של צורכי הדייר; ג. המנדט של כוח חוקי או אתי, אשר יתמוך בצורך זה; ו-ד. הכוח הסביר של הצוות וההנהלה להתנגד למאמצי הסינגור של העו"ס. בנוסף, הם מציינים חמש אסטרטגיות לפתרון בעיות (Thomas & Killman, 1974, cited by Allen et al, 2007b), אשר בשלובן עם ארבעת המימדים המוזכרים, יכול לסייע לעו"ס במוסד הסייעודי להעריך את הקונפליקט הפוטנציאלי, ולבחור את אסטרגיית הפתרון המתאימה: א. הימנעות- כאשר צורכי הדייר נמוכים, ומנגד סיכויי ההתנגדות או ההרגזה של הצוות הינם גבוהים; ב. פיוס- כאשר עמדת הדייר אינה ראלית או ללא בסיס חוקי או אתי; ג. פשרה- כאשר צורכי הדייר

וההתנגדות המוסד הינם שקולים ד. פתרון בעיות- כאשר צורכי הדייר אינם גבוהים והתנגדות ההנהלה הינה נמוכה; ו-ה. כפיה- כאשר צורכי הדייר, דחיפותם והנמדט האתי והחוקי הינם גבוהים, אך ההנהלה או הצוות מתנגדים להיענות לצורכי הדייר (Allen et al, 2007b; Nelson et al., 2001)

במחקר איכותני נמצא, כי עוסי"ם אשר היו מסוגלים לעמוד מול ההנהלה והצוות לצורך הגנה על צורכי הדיירים וזכויותיהם, לעתים אף במחיר עימות, היו אלו אשר תפסו את משאביהם האישיים והסביבתיים כגבוהים. משאבים אלו באו לידי ביטוי, בין השאר, במעמד היררכי גבוה, תמיכה פורמלית ולא פורמלית ומערכת יחסים חיובית עם ההנהלה והצוות (לב, 2011).

מצוקה מוסרית ודחק מוסרי אתי ומקצועי

בכדי להעמיק בהבנת דילמת המחויבות של העו"ס במוסד הסיעודי ובהשלכותיה הרגשיות וכן בכדי ל"תרגם" דילמה זו לכלי מדידה אמפיריים, ניתן להסתייע במונחים, אשר צמחו מספרות הסיעוד, ועוסקים בדילמות אתיות של איש המקצוע והשלכותיהן הרגשיות. בסקירה להלן נתמקד במונח מצוקה מוסרית וכן במונחים דחק מוסרי, אתי ומצפוני. בחלקו הראשון של פרק זה נגדיר מונחים אלו, נקשור בינם לבין דילמת המחויבות ונבחון אותם בהקשר לעבודה סוציאלית.

הגדרת מצוקה מוסרית

המונח "מצוקה מוסרית" הוגדר לראשונה על ידי ג'מטון (Jameton, 1984). לדבריו, מצוקה מוסרית מתרחשת, כאשר האדם יודע מה הדבר הנכון לעשותו, אך אילוצים מוסדיים הופכים את הפעולה הנכונה לכמעט בלתי אפשרית. ווילקינסון (Wilkinson, 1987/88), בעקבות מחקר איכותני שערכה, הרחיבה את הגדרת המונח, בצינה כי האילוצים המוסדיים יכולים להיות הן אובייקטיבים והן נתפסים. בנוסף, היא הדגישה את ההשפעות הפסיכולוגיות של מצוקה מוסרית, המתבטאות ברגשות שליליים של כעס, תסכול ואשמה וכן חוסר איוון פסיכולוגי. קורלי ועמיתיה (Corley et al. 2001) הרחיבו אף הם את ההגדרה של המצוקה המוסרית, בתארים אותה כחוסר איוון פסיכולוגי כואב, אשר נגרם כתוצאה מהכרה בפעולה הנכונה מבחינה אתית ועם זאת אי ביצועה בשל מגבלות של חוסר זמן, חוסר נכונות של מפקחים, מבנים רפואיים כוחניים מגבילים, מדיניות ארגונית או שיקולים חוקיים (עמ' 251-250).

בשונה מכך, הדגישו אפשטיין והמריק (Epstein & Hamric, 2009) כי המוקד של המצוקה המוסרית הינו אתי ולא פסיכולוגי. לדבריהם, מצוקה מוסרית מופיעה, כאשר הערכים והמחויבויות של איש המקצוע מופרים ונותרים ללא מענה והדבר מוביל לפגיעה באינטגרציה המוסרית שלו. עם זאת, הצטברותם של אירועי מצוקה מוסרית, על רקע סביבה ארגונית, המתאפיינת בקשיים אתיים, קשיי תקשורת או בעיות מנהיגות, מובילים להיווצרותו של משקע מוסרי (Webster & Byliss, 2000), המתאפיין במצב בו איש

המקצוע מכניע את ערכיו ומאבד את זהותו המוסרית. למשקע מוסרי זה ישנן השלכות פסיכולוגיות (כגון חרדה ודיכאון) ומקצועיות (כגון שחיקה והמנעות ממטופלים).

הרחבה מושגית נוספת של המצוקה המוסרית מופיעה במחקרם האיכותני של קלוומרק ושות' (Kalvemark et al., 2004) אשר בדק מצוקה מוסרית בקרב אנשי מקצוע שונים בתחום הבריאות. על פי ממצאיהם, מצוקה מוסרית אינה מתרחשת רק כאשר אילוצים מוסדיים מונעים מאיש המקצוע לפעול על פי שיקול דעתו המוסרי, אלא אף במקרים שבהם אנשי המקצוע פועלים על פי החלטתם המוסרית, אך בעשותם כן, הם פועלים בניגוד לתקנות המוסדיות. כלומר, מצב, בו איש המקצוע אינו יכול לשמר את כל האינטרסים והערכים המעורבים, יוביל למצוקה מוסרית.

מרכיבים משמעותיים, הנמצאים בבסיסה של ההגדרה התיאורטית של המצוקה המוסרית, מעבר למגבלות ואילוצים מוסדיים או פנימיים, הינם המודעות המוסרית, התפיסות המוסריות ורגשות האמפתיה של איש המקצוע (Corley, 2002; Lutzen & Kvist, 2012; Wilkinson, 1987/88). ללא מאפיינים מוסריים אלו של איש המקצוע, הרי שהוא לא יחוה מצוקה מוסרית, אף במצבים בהם סביבת עבודתו מתאפיינת באקלים אתי שלילי, המקשה עליו לפעול באופן מקצועי ומוסרי.

בספרות התיאורטית והמחקרית קיימים מונחים נוספים, המתייחסים באופן נרחב יותר לקונפליקט המוסרי והאתי של איש המקצוע וההשלכות הפסיכולוגיות של הקונפליקט. מונחים אלו משמעותיים לצורך הבנה תיאורטית ומחקרית נרחבת ומעמיקה יותר של הקונפליקט המוסרי של איש המקצוע. להלן נסקור בקצרה מונחים אלו.

מונח משמעותי, המתקשר לתגובות הרגשיות של עוסי"ם המתמודדים עם קונפליקט אתי הינו "הפרדה" (disjuncture). מונח זה מתייחס למתח שהעו"ס חש כתוצאה מאי יישום התנהגות אתית אשר מצופה ממנו על פי קוד האתיקה של העוסי"ם. מתח זה עולה כאשר העו"ס חווה פער בין ערכי קוד האתיקה לבין התנהגותו בפועל (Di Franks, 2008). מונח נוסף, המתקשר להשלכות הרגשיות של הקונפליקט האתי על איש המקצוע, הינו דחק אתי (ethical stress), אשר הוגדר לראשונה על ידי ריינס (Raines, 2000) כדחק הנחוה, כאשר מתמודדים עם דילמות מוסריות. בדומה לכך, דחק מוסרי (moral stress), הוגדר כדחק, אשר בא לידי ביטוי כאשר איש המקצוע נדרש לבצע החלטה מקצועית, המערבת שני עקרונות אתיים סותרים (Zuzelo, 2007). במחקר איכותני של לוטזן ושות' (Lutzen et al., 2003) נמצאו שלושה תנאים מקדימים להתפתחותו של דחק מוסרי: א) רגישות מוסרית של האחיות לפגיעות המטופל וחוסר האוטונומיה שלו; ב) חווית האחיות, כי גורמים חיצוניים מונעים מהם לעשות את הטוב ביותר עבור המטופל; ג) חווית חוסר שליטה על המצב המסויים. בעקבות זאת, לוטזן ושות' (Lutzen et al., 2003)

הגדירו דחק מוסרי, כדחק הנחוה, כאשר האחות מודעת לעקרונות האתיים, המונחים בכך המאזניים במצב מסויים, אך גורמים חיצוניים מונעים ממנה לבצע את ההחלטה, אשר תפחית את הקופנליקט בין שני העקרונות האתיים המנוגדים (לדוגמה : הארכת חיים מול איכות חיים או אוטונומיה מול מניעת נזק). מונח נוסף הינו דחק מצפוני (stress of conscience), המתייחס לשכיחות ולעוצמת הטירדה המצפונית של איש המקצוע, הנגרמת בשל גורמים פנימיים וחיצוניים (Glasberg et al., 2006).

יש הטוענים כי קיימת חפיפה רבה בין המונחים, בייחוד ביחס למצוקה מוסרית ודחק מוסרי ואתי וקשה להגדיר באופן ברור את ההבדל ביניהם (Lutzen et al, 2010) וכן כי ההבדלים נובעים ברובם מטרמינולוגיה שונה, כאשר מצוקה מוסרית התפתחה בעיקרה בצפון אמריקה, בעוד מקורו של הדחק המוסרי בארצות סקנדינביה (Pauly et al., 2012). עם זאת, בניסיון ליצור הבחנה בין המונחים, הגדירו לוטזן וקויסט (Lutzen & Kvist, 2012) את המצוקה המוסרית, כמתקשרת למימד הפסיכולוגי, דחק מצפוני, כמתקשר לנקודת מבט תיאולוגית פילוסופית ודחק מוסרי, כמתייחס להיבטים הפיזיולוגיים. אבחנה נוספת אותה הם עורכים בין מצוקה מוסרית לבין דחק מוסרי, רואה את המצוקה המוסרית כמתייחסת להיבטים הרגשיים השליליים, בעוד דחק מוסרי מתייחס למודעות אתית, ואף יכול להוביל לתוצאות חיוביות, כמו מניעת עיוורון מוסרי (Lutzen & Kvist, 2012).

הקשר בין מצוקה ודחק מוסריים לבין דילמת המחויבות

על אף העיסוק התיאורטי והמחקרי המועט במצוקה מוסרית ודחק מוסרי בעבודה הסוציאלית (McGregor, 2011; O'Donnell et al., 2008; Openshaw, 2011; Ulrich et al, 2007; Weinberg, 2009), נראה כי המונחים מצוקה ודחק מוסריים עשויים להיות משמעותיים לחווית העבודה של העו"ס במוסד הסיעודי. חשיבותם של מונחים אלו יכולה לנבוע ראשית, מעצם היותו של המוסד הסיעודי, מוסד רפואי, אשר מטפל באוכלוסייה ירודה מבחינה רפואית, תפקודית וקוגניטיבית, בדומה לאוכלוסייה המטופלת, לעתים קרובות, על ידי מקצוע הסיעוד (לבנשטיין ויקוביץ', 1996; Iecovich, 2001). בנוסף, ניתן למצוא קווים משותפים בין דילמת המחויבות של העו"ס במוסד הסיעודי, אשר באה לידי ביטוי, כאשר מחויבותו הראשונית של העובד לדייר מאותגרת על ידי מחויבותיו למוסד, לבין המצוקה המוסרית, המופיעה, כאשר העו"ס חש, כי אינו יכול לממש את חובתו המוסרית כלפי המטופל, בשל מגבלות מוסדיות (Jameton, 1984) ואף כאשר הוא מממש את מחויבתו לדייר, אך בעשותו כן הוא פועל בניגוד לתקנות המוסדיות (Kalvemark et al, 2004).

ניתן לראות, כי דילמת המחויבות, בה נתון העו"ס במוסד לטיפול ממושך, יכולה להקביל למצבי מצוקה מוסרית ודחק מוסרי, אשר נידונו בספרות. בעוד דילמת המחויבות שמה דגש על ניגוד האינטרסים האפשרי בין הגורמים השונים להם מחוייב העו"ס והדילמה האתית, אשר יכולה לנבוע ממחויבויות סותרות אלו, הרי שהמונחים, מצוקה מוסרית וכן דחק מוסרי, אתי ומצפוני מוסיפים מימד נוסף, המתייחס להשפעה הרגשית- פסיכולוגית של הדילמה האתית על העו"ס, כאשר המחויבויות הסותרות והקושי של העו"ס לממש את מחויבותו הראשונית לדייר, יכולים להובילו לחווית מצוקה ודחק.

רגישות מוסרית

רגישות מוסרית הוגדרה ע"י לוטזן ועמיתיו (Lützén et al., 2006) כ'הקשבה' לערכים מוסריים, המעורבים במצבי קונפליקט, ומודעות עצמית לתפקיד האדם ואחריותו במצב. בנוסף, הרגישות המוסרית כוללת על פי לוטזן ועמיתיו מרכיב של פעולה מוסרית בתוך מערכת יחסים בין אישית, זאת בשונה מרגישות אתית, אשר לדבריהם מתייחסת לידע של תיאורית האתיקה ועקרונתיה, ללא מרכיב פעולה. לעומתם, וויבר ועמיתיו (Weaver, Morse & Mitcham, 2008) מעדיפים את המונח 'רגישות אתית' על פני 'רגישות מוסרית', בשל ההקשר המקצועי בו פועלים אנשי המקצוע ותלותם בקוד האתי. הם מגדירים רגישות אתית כיכולת לקבל החלטה, המערבת אינטלגנציה וחמלה, בתוך חוסר הוודאות בטיפול, כאשר ההחלטה מצריכה הבנה של הקוד האתי, ניסיון קליני, לימוד אקדמי וידע אישי. בנוסף, נדרשת יכולת לצפות תוצאות ואומץ לפעול. על אף השונות בהגדרות אלו, הרי שהמשותף להן הינה ראייתה של הרגישות המוסרית כבסיס הראשוני וההכרחי לפעולה מוסרית ולהתפתחות מוסרית (Lutzen & Kvist, 2012; Rest, 1982).

הקשר בין רגישות מוסרית לבין מצוקה מוסרית מעוגן במודלים המתארים מצוקה מוסרית (Corley, 2002 ; Wilkinson, 1987/88). על פי מודלים אלו, המודעות המוסרית, התפיסות המוסריות ורגשות האמפתיה של איש המקצוע, מהווים מרכיב בסיסי, אשר בלעדיו לא תוכל להתפתח מצוקה מוסרית. בדומה לכך, רגישות מוסרית נמצאה במחקר איכותני כאחד התנאים להתפתחותו של דחק מוסרי (Lutzen et al., 2003).

על אף הקשר התיאורטי בין רגישות מוסרית לבין מצוקה מוסרית ודחק מוסרי, אתי ומצפוני, הרי שנמצאו מעט מחקרים אשר בחנו את הקשר בין מונחים אלו. במחקרים אלו נמצא קשר חלקי בין דחק מוסרי ודחק מצפוני לבין אחד משלושת הרכיבים של סולם רגישות מוסרית (Lützén et al., 2006) : נטל מוסרי, הנוטה להתייחס להיבטים השליליים הרגשיים של הרגישות המוסרית, בעוד שני הרכיבים האחרים של סולם הרגישות המוסרית : חוזק מוסרי ואחריות מוסרית, נטו פחות להיות קשורים למצוקה מוסרית

(Glasberg, Eriksson & Norberg, 2008; Lutzen ,Blom ,Ewalds-Kvist & Winch , 2010;)

(Tuvwsson et al., 2012).

משתנים סביבתיים : אקלים אתי

אקלים אתי הוגדר ע"י ויקטור וקולן (Victor & Cullen, 1988) כהוראות, האיסורים וההיתרים הנתפסים בהתייחס למחויבויות מוסריות בארגון (עמ' 101). האקלים האתי זוכה להתייחסות משמעותית בספרות המחקרית העוסקת באתיקה בתחום הסיעוד ואף פותחו כלים לבחינת האקלים האתי בתחום הסיעוד (McDaniel, 1997; Olson, 1998). בספרות זו, מוגדר האקלים האתי, כמספק את ההקשר להתנהגות וקבלת ההחלטות האתית של האחות, תוך התייחסות לאינטראקציה האנושית בתוך הארגון (Olson, 1998).

הקשר בין האקלים האתי לבין מצוקה ודחק מוסריים נחקר בהרחבה הן בקרב אחיות והן בקרב עוסי"ם, המעוסקים בארגוני בריאות. במחקרים אלו נמצא כי ככל שהאקלים האתי במקום העבודה היה גבוה יותר, כך פחת הדחק האתי אותו חווה איש המקצוע (Lutzen et al., 2010; O'Donnell, et al., 2007; Ulrich et al., 2008) וכן פחתה המצוקה המוסרית אותה הוא חווה (Corley et al., 2005; Hamric & Blackhall, 2007; Pauly, Varcoe, Storch & Newton, 2009; Sile'n, Svantesson, Kjellstro'm', Sidenvall & Christensson, 2011).

משתנים סביבתיים : תמיכה

מחקרים אשר בחנו את הקשר בין מצוקה מוסרית ודחק מצפוני לבין התמיכה אותה חוו אנשי המקצוע עולה כי ככל שאיש המקצוע בתחום הבריאות חווה תמיכה גבוהה יותר מעמיתיו, כך פחת הדחק המצפוני אותו הוא חווה (Glasberg, Eriksson & Norberg, 2007, 2008). בדומה לכך, ככל שהאחיות היו יותר שבעות רצון מאפשרויות ההתייעצות עם עמיתים, כך פחתה המצוקה המוסרית אותה הן חוו (de Veer, Francke, Struijs & Willems, 2012). בדומה לכך, ממחקרים איכותניים עולה, כי תמיכת עמיתים היוותה מקור תמיכה עיקרי לסיפוק הבנה ואמפתיה עבור אחיות, אשר התמודדו עם רגשות שליליים כתוצאה מקונפליקטים מוסריים לא פתורים (Gutierrez, 2005). תמיכה זו אף נטתה להתפס כמקור תמיכה מועדף, נגיש וזמין יותר עבור האחיות, מאשר מקורות תמיכה פורמליים (Cronqvist, Lützen& Nyström, 2006).

מקור תמיכה נוסף עבור אנשי מקצוע בתחום הבריאות, המופיע בספרות המחקרית, הינה תמיכה ממנהלים. בדומה לתמיכת עמיתים, ככל שתמיכת המנהלים הייתה גבוהה יותר, כך פחת הדחק המצפוני אותו חוו אנשי המקצוע (Ahlin Ericson-Lidman, Eriksson, Norberg & Strandberg, 2013; Glasberg et al., 2007, 2008). מנגד, ככל שתמיכת המנהלים נטתה להיות יותר אינסטרומנטלית, מכוונת מטרות ומשימות, ופחות רגישה ונגישה, הרי שהמצוקה המוסרית שחוותה האחות גברה (de Veer et al., 2012).

משתנים סביבתיים: סוג המוסד

בישראל, כ-30% מדיירי המוסדות לטיפול ממושך מוגדרים כעצמאיים ותשושים ומתגוררים בבתי אבות, אשר נחלקים לשני סוגים: בתי אבות רגילים, המיועדים עבור דיירים עצמאיים ותשושים בלבד, ובתי אבות משולבים, המכילים בנוסף מחלקה לסיעודיים ותשושי נפש. כ-70% מדיירי המוסדות מוגדרים כסיעודיים ותשושי נפש ומתגוררים במחלקות סיעודיות. מחלקות אלו נמצאות בבתי אבות, בתי חולים לחולים כרוניים, בבתי חולים כלליים, בקיבוצים וכן בתוכניות של דיור מוגן. בישראל קיים שוני בין שני סוגי המחלקות בהתייחס לפיקוח עליהן, כאשר משרד הרווחה מפקח על המחלקות לעצמאיים ותשושים ומשרד הבריאות מפקח על המחלקות לסיעודיים ותשושי הנפש (ברודצקי, שנור ובאר, 2012; Iecovich, 2001). בדומה לישראל, בארה"ב קיימת חלוקה בין מוסדות לטיפול ממושך, בעלי אוריינטציה רפואית, המיועדים לדיירים ירודים מבחינה תפקודית וקוגניטיבית, וזקוקים להשגחה רפואית וסיעודית רציפה (nursing homes, nursing facilities) ובתי אבות עבור דיירים במצב תפקודי שמור יותר, המספקים דיור, השגחה, מעקב תרופתי וסיוע בפעולות היומיום (לדוגמה - residential care & sheltered-housing assisted living facilities) (Lewin-VHI, Inc., 1996; NASW, 2003; Zimmerman et al., 2005). עם זאת, נראה כי החלוקה בארה"ב גמישה יותר מאשר בארץ, ובתי האבות מכילים לעתים אף דיירים שמצבם התפקודי והקוגניטיבי ירוד יותר (Zimmerman et al., 2003, 2005).

מחקרים אשר השוו מדדי טיפול ואיכות חיים בבתי אבות ובמוסדות סיעודיים הציגו תמונה מורכבת. מחד, נמצא כי מוסדות סיעודיים העניקו יותר שירותים (הכוללים שירותי בריאות, חברה ופנאי) לדיירים מאשר בתי אבות (Zimmerman et al., 2003) וכי חולים הנוטים למות במוסדות הסיעודיים קיבלו יותר סיוע פיזי וסבלו מפחות כאבים פיזיים וקוצר נשימה מאשר חולים הנוטים למות בבתי אבות (Sloane et al., 2003). מאידך, נמצא כי חל שיפור מובהק באיכות חייהם של זקנים, אשר עברו ממוסד סיעודי לבית אבות (Kelley-Gillespie, 2012) וכי בתי אבות העניקו יותר פרטיות ואפשרויות בחירה

לדיירים מאשר מוסדות סיעודיים (Zimmerman et al., 2003). בנוסף, נמצא כי בני משפחה בבתי אבות היו יותר שבעי רצון מהטיפול בהוריהם הנוטים למות מאשר בני משפחה במוסדות סיעודיים (Sloane et al., 2003).

קבוצת מחקרים נוספת מצביעה על היעדר שוני מובהק בין שני סוגי המוסדות. במחקרים אלו נמצא, כי איכות חייהם של דיירים חולי דמנציה לא הייתה שונה בין בתי אבות למוסדות סיעודיים (Zimmerman et al., 2005) וכי לא נמצאו הבדלים בסגנונות פתרון קונפליקטים של הצוות והדיירים בין שני סוגי מוסדות אלו (Small & Montoro-Rodriguez, 2006).

משתנים סביבתיים: סוג בעלות המוסד

מאמצע שנות השמונים מתבצע בישראל תהליך הפרטה של חברות עסקיות בבעלות הממשלה וצמצום בחלקו של המגזר הציבורי במשק (זוסמן, 2005). תהליך ההפרטה לא פסח אף על המוסדות לטיפול ממושך (קטן, 2008). כיום, כ-58% מהמוסדות לטיפול ממושך נמצאים בבעלות פרטית, כ-39% נמצאים בבעלות של גופים וולנטרים ללא מטרות רווח ורק כ-3% מהמוסדות נמצאים בבעלות ממשלתית (ברודצקי, שנור ובאר, 2012).

ארוו (Arrow, 1963) טען כי מוסדות בתחומי הבריאות למטרות רווח, מתמודדים עם קונפליקט אינהרנטי בין מתן טיפול באיכות גבוהה לבין גריפת רווחים. בשל כך, מצביע ארוו על העדפה ברורה למוסדות ללא מטרות רווח בתחומי הבריאות, אשר מצמצמים קונפליקט זה ועל כן יכולים להעניק שירות באיכות גבוהה יותר עבור לקוחותיהם. בדומה אליו, טענו מק'ארטור ומור (McArthur & Moore, 1997) כי הכנסת שיקולים עסקיים לשירותי בריאות עלולה לפגוע בחולים וברוחת הקהילה, כאשר בשל האינטרס להפחתת עלויות, תינזק איכות הטיפול.

טענות אלו מוצאות סימוכין במחקרים רבים, אשר השוו מימדי איכות שונים בין מוסדות לטיפול ממושך למטרות רווח וללא מטרות רווח. במחקרים אלו נמצא, כי מוסדות ללא מטרות רווח, לעומת מוסדות למטרות רווח התאפיינו באיכות טיפול גבוהה יותר (לדוגמה: Amirkhanyan, Kim & Williams, Zimmerman, Sloane & Reed, 2005; Heponiemi et al., 2011, 2012; Gage et al., 2009; Shimizutani & Suzuki, 2007). ואף על איכות טיפול גבוהה יותר במוסדות אינה חד משמעית. מחקרים אחרים מצביעים על היעדר הבדלים משמעותיים בין סוגי המוסדות לטיפול ממושך (Lambright, 2008; Harrington, Woolhandler, Mullan, Carrillo & Himmelstein, 2001; Wan, Zhang, & Unruh, 2006). צ'יסטין ועמיתיה

(Chesteen, Helgheim, Randall & Wardell, 2005) טענו כי הסיבה להיעדר מממצאים חד משמעיים, נובעת מכך, שרוב המחקרים נטו להתמקד רק בבחינת מימד התוצאה, איכות המוסד, ללא בחינת שני משתנים מתווכים משמעותיים: איכות התשומה, המתבטאת בדרגת המוגבלות של הדיירים, ואיכות התהליך, המתמקדת בתהליך הטיפול בדיירים. במחקר נמצא, כי אף שלא נמצאו הבדלים מובהקים בין שני סוגי המוסדות בבחינת איכות המוסד, הרי שהיו הבדלים מובהקים באיכות התשומה ובאיכות התהליך, כאשר מוסדות לטיפול ממושך ללא מטרות רווח, לעומת מוסדות למטרות רווח, התאפיינו באוכלוסיית דיירים מוגבלת יותר מחד, אך בהשקעה גבוהה יותר בתהליך הטיפול בדיירים מאידך. במחקרים אשר נערכו בישראל, לבחינת ההבדלים באיכות המוסדות הסיעודיים, בהקשר לבעלות שלהם, נמצא כי איכות הטיפול הייתה גבוהה יותר באופן מובהק במוסדות סיעודיים ללא מטרות רווח מאשר מוסדות סיעודיים עם כוונת רווח (לוסקי וגבעון, 2009; 2005; Clarfield et al, 2009). לוסקי וגבעון (2005) מסבירים פער זה בנטייתם של המוסדות ללא כוונת רווח לפעול לטובת הציבור וכן בתקצוב הגבוה יותר שלהם על ידי משרד הבריאות לעומת המוסדות העיסוקיים.

מחקרים אשר בחנו היבטים אתיים, המבדילים בין מוסדות סיעודיים למטרות רווח ושלא למטרות רווח, הציגו אף הם תמונה מורכבת ולא חד משמעית. במחקרים אלו נמצא כי מוסדות סיעודיים ללא מטרות רווח התאפיינו באקלים אתי טיפולי לעומת מוסדות למטרות רווח. עם זאת, בניגוד להשערת המחקר, מוסדות למטרות רווח לא התאפיינו באקלים אתי אגואיסטי באופן מובהק (Filipova, 2011). מנגד, מחקר אשר בחן הבדלים בחפיפה ערכית של העובד והארגון בין מוסדות סיעודיים עם כוונת רווח וללא כוונת רווח, לא מצא הבדלים מובהקים בין הקבוצות (Ren, 2013).

משתנים אישיים: שליטה

שליטה הוגדרה לראשונה על ידי פרלין וסקולר (Pearlin & Schooler, 1978) כמידה שבה האדם תופס מצבים בחייו כנמצאים תחת שליטתו, זאת בניגוד לתפיסתם כנתונים לשליטה ביד הגורל. במחקרים נמצא כי תפיסת השליטה של האדם מהווה משאב אשר ממתן את הקשר בין גורמי מתח לבין התפתחות מצבי דחק בעקבותם (Mausbach et al. 2006 ; Pearlin & Schooler, 1978).

במחקרים אשר בחנו שליטה בהקשר תעסוקתי, נמצא, כי קושי לפתור קשיים בעבודה, או אי נקיטת פעולה לפתירת קשיים אלו, היו קשורים בירידה בתחושת השליטה ועלייה בסמפטומים פסיכולוגיים של מצוקה (Thoits, 1994). בנוסף, נמצא כי עליה בדחק תעסוקתי הפחיתה את תחושת השליטה (Norton, Gupta, Stephens, Martire & Townsend, 2005).

הקשר בין חווית השליטה של העובד לבין הופעתם של מצוקה ודחק על רקע מוסרי, נבחן במחקר, אשר נערך בקרב אחיות העובדות במחלקות פסיכאטריות בשבדיה. במחקר נמצא כי ככל שהשליטה אותה חוו האחיות הייתה גבוהה יותר, כך פחת הסיכון שלהן לפיתוח דחק מצפוני (Tuvwsson et al., 2012).

משתנים אישיים: עמידות

עמידות (resilience) מתייחסת למאפייני אישיות חיוביים המסייעים לאדם להסתגל למצבי דחק, זאת באמצעות יכולתו להשתנות בהתאם לדרישות הסביבתיות ובכך לשמר ואף לשפר את האיזון והשליטה (Block & Kremen, 1996; Jackson, Firtko & Edenborough, 2007; Wagnild & Young, 1993). ממחקרים אשר בחנו עמידות בהקשר תעסוקתי עולה, כי ככל שהעמידות אותה חווה העובד הייתה גבוהה יותר, כך הוא חווה פחות שחיקה (Cooke, Doust & Steele, 2013; Gito, Ihara & Ogata, 2013). פחות דיכאון (Gito et al., 2013; Wagnild & Young, 1993), פחות תשישות רגשית (Manzano García, 2012) ופחות טראומטיזציה משנית (Cooke et al., 2013).

עמידות מהווה משאב אישיותי חשוב עבור עוסי"ם, שכן המפגש המתמיד עם לקוחות, המתמודדים עם אירועים טרומטיים וקשיים רגשיים מחד, ונעדרי משאבים מספקים מאידך, יכול לגרום לעומס והצפה של רגשות שליליים בקירבם (Collins, 2007). גורם משמעותי נוסף לדחק עבור העוסי"ם הינו הארגון עצמו, אשר לעתים מעמיס בדרישותיו כלפי העו"ס או שדרישותיו מנוגדות למחויבותו של העו"ס ללקוח (Collins, 2008). בנוסף, כאשר הארגון שם דגש על יעילות כלכלית, הדבר יכול לפגוע במענה הרגשי ובתמיכה לה זקוק העו"ס (Collins, 2007). מתוך כך, עמידות בקרב עוסי"ם מתוארת לא כתכונה אישיותית יציבה ופסיבית של העו"ס, אלא כחלק מתהליך דינמי ומתמשך, הנובע מאינטראקציה מתמדת בין המקצוע, ללקוח ולארגון (Carson, King & Papatraianou, 2011; Collins, 2007, 2008). במחקר שנערך בקרב עוסי"ם מתלמדים, נמצא כי ככל שהעמידות אותה חווה העו"ס הייתה גבוהה יותר, כך פחתה המצוקה הפסיכולוגית אותה הוא חווה. בנוסף, עמידות תיווכה באופן מלא את הקשר השלילי בין אינטלגנציה רגשית של העוסי"ם לבין המצוקה הפסיכולוגית אותה הם חוו, כך שעוסי"ם אשר הכשירויות הרגשיות והחברתיות שלהם היו גבוהות, פיתחו עמידות לדחק (Kinman & Grant, 2011).

הקשר בין עמידות לבין מצוקה ודחק על רקע מוסרי, נבחן במחקרים אשר עסקו באנשי בריאות בשבדיה. במחקרים אלו נמצא כי ככל שהעמידות אותה חוו אנשי המקצוע הייתה גבוהה יותר, כך פחת הדחק המצפוני אותו הם חוו (Glasberg et al., 2007, 2008).

שחיקה

שחיקה הוגדרה על ידי מסלץ' וג'קסון (Maslach & Jackson, 1981) כסינדרום המכיל שלושה רכיבים עיקריים: א. תשישות רגשית- כאשר העובד חש כי משאביו הרגשיים מרוקנים; ב. דה פרסונליזציה- המתבטאת בפיתוח עמדה שלילית וצינית כלפי הלקוחות; ו-ג. הישגיות- כאשר העובד מעריך באופן שלילי את כשירותו ואת הישגיו בעבודה. התייחסות להיבט האתי והערכי של סינדרום השחיקה, מופיעה במודל של מסלץ' ולייטר (Maslach & Leiter, 2008), אשר מגדירים שחיקה, כחוסר התאמה בין האדם לארגון, המופיעה במימדים שונים, כאשר מימד מרכזי הינו חוסר התאמה ערכית (Maslach & Leiter, 2008; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). אישוש למודל זה נמצא במחקר אשר בחן את הקשר בין חפיפה ערכית של העובד והארגון לבין שחיקה, בו נמצא כי ככל שפחתה החפיפה בין ערכי העובד לערכי הארגון, כך גברה השחיקה אותה חווה העובד (Siegall & McDonald, 2004).

התייחסות תיאורטית ומחקרית לקשר בין מצוקה מוסרית לבין מימדי שחיקה מופיעה לראשונה במודל התפתחות המצוקה המוסרית של ויליקנסון (Wilkinson, 1987/1988), כאשר על פי המודל, כאשר האחות חווה מצוקה מוסרית ואינה מצליחה להתמודד עימה, היא תחוש חוסר אונים והצפה. תחושת השלמות שלה תיפגע, ההערכה עצמית תופחת והיא תטה להמנע ממטופליה ואולי אף תאבד את היכולת להעניק טיפול הולם עבורם. באופן דומה, על פי מודל המצוקה המוסרית של קורלי (Corley, 2002) שחיקה מהווה תוצאה של מצוקה מוסרית.

במחקרים נמצא כי דחק מצפוני ומצוקה מוסרית התקשרו למימדי שחיקה שונים, כך שככל שהעובד חווה דחק מצפוני גבוה יותר, כך גברה השחיקה אותה הוא חווה (Glasberg et al., 2007; Gustafsson, Eriksson, Strandberg & Norberg, 2010; Juthberg et al., 2007). חווה יותר מצוקה מוסרית, כך גברה השחיקה אותה הוא חווה (Meltzer & Huckabay, 2004; Ohnishi et al., 2010). במחקרים איכותניים, אשר בחנו את השפעותיה של המצוקה המוסרית בקרב אחיות, נמצא, כי אחיות אשר התמודדו עם מצבי מצוקה ודחק מוסריים, חוו שחיקה, שהתבטאה בין השאר ברגשות חוסר אונים, בדידות, תסכול, כאב, כעס, דיכאון, אשמה ובעיות בריאותיות (Gutierrez, 2005; Severinsson, 2003; Sundin-Huard & Fahy, 1999).

כוונה לעזוב את מקום העבודה

בדומה לשחיקה, מחקרים רבים קושרים בין מצוקה ודחק על רקע מוסרי ואתי לבין כוונת איש המקצוע לעזוב את מקום עבודתו. במחקרים אלו נמצא, כי ככל שאנשי המקצוע חוו דחק אתי או מוסרי גבוה יותר,

כך גברה נטייתם לעזוב את מקום עבודתם הנוכחי (DeTienne, Agle, Phillips & Ingerson, 2012; O'Donnell et al., 2008; Ulrich et al., 2007). כמו כן נמצא כי אנשי מקצוע, אשר חוו מצוקה מוסרית, נטו פחות לרצות להישאר במקום עבודתם הנוכחי (Cummings, 2011; Elpern, Covert & Kleinpell, 2005) ונטייתם לעזוב את מקום העבודה גברה (Papathanassoglou et al., 2012; Piers et al., 2011). מחקרים נוספים, אשר בחנו את הקשר בין מימדים אתיים של מקום העבודה לבין רצון לעזוב, מצאו, כי ככל שחוסר ההתאמה האתית בין האדם לבין הארגון היתה גבוהה יותר, כך גברה נטייתו של איש המקצוע לעזוב את מקום העבודה (Ambrose, Arnaud & Schminke, 2008), וכן ככל שאיש המקצוע חווה יותר קונפליקטים אתיים, כך גבר רצונו לעזוב את מקום העבודה (Schwepker, 1999).

סיכום

מטרת המחקר הנוכחי הינה לבחון את הקשר בין רגישותו המוסרית של העו"ס במוסדות לטיפול ממושך לבין הופעתה של מצוקה מוסרית, וכן את הקשר בין מצוקה מוסרית לבין שחיקה ורצון לעזוב את מקום העבודה. בנוסף, ייבחן תפקידם הממתיך של משאבים סביבתיים (אקלים אתי, תמיכה, סוג הארגון וסוג בעלות) ומשאבים אישיים (שליטה ועמידות) את הקשר בין רגישות מוסרית לבין דחק מוסרי ואת הקשר בין דחק מוסרי לבין שחיקה וכוונה לעזיבת המקצוע.

השערות המחקר

1. ימצא קשר חיובי בין רגישותו המוסרית של העו"ס לבין מצוקה מוסרית, כך שככל שרגישותו המוסרית של העו"ס גבוהה יותר, כך הוא יחווה יותר מצוקה מוסרית.
2. ימצא קשר חיובי בין מצוקה מוסרית לבין שחיקה וכוונה לעזוב את המקצוע. כך שעוסי"ם החווים מצוקה מוסרית גבוהה, יטו יותר לחוש מצוקה מוסרית ולשקול עזיבת המקצוע.
3. ימצא קשר שלילי בין אקלים אתי לבין מצוקה מוסרית. כך שככל שהאקלים האתי במוסד גבוה יותר, המצוקה המוסרית אותה יחווה העו"ס תהא נמוכה יותר.
4. ימצא קשר שלילי בין חווית התמיכה של העו"ס לבין מצוקה מוסרית. כך, ככל שחווית התמיכה של העו"ס תהיה גבוהה יותר, הוא יחווה פחות מצוקה מוסרית.
5. ימצא קשר בין סוג המוסד לבין מצוקה מוסרית. כך שעוסי"ם המועסקים בבתי אבות יחוו פחות מצוקה מוסרית מאשר עוסי"ם, המועסקים במוסדות סיעודיים.
6. ימצא קשר בין סוג בעלות הארגון לבין מצוקה מוסרית. כך שעוסי"ם, המועסקים במוסדות בבעלות פרטית יחוו יותר מצוקה מוסרית מעוסי"ם המועסקים במוסדות בבעלות ציבורית.
7. ימצא קשר שלילי בין תפיסת השליטה של העו"ס לבין מצוקה מוסרית. כך ככל שתפיסת השליטה של העו"ס גבוהה יותר, הוא יחווה פחות מצוקה מוסרית.
8. ימצא קשר שלילי בין תפיסת העמידות של העו"ס לבין מצוקה מוסרית. כך, ככל שתפיסת העמידות של העו"ס גבוהה יותר, הוא יחווה פחות מצוקה מוסרית.

השערות מיתון

9. אקלים אתי, כמשאב סביבתי, ימתן את הקשר החיובי המשוער בין רגישות מוסרית לבין מצוקה מוסרית. כך, במצבים בהם הרגישות המוסרית של העו"ס גבוהה, ויחד עם זאת, האקלים האתי של הארגון הינו גבוה, הוא יחוה פחות מצוקה מוסרית מאשר במצבים בהם הרגישות המוסרית שלו גבוהה, אך האקלים האתי של הארגון הינו נמוך.
10. תמיכה, כמשאב סביבתי, ימתן את הקשר החיובי המשוער בין רגישות מוסרית לבין מצוקה מוסרית. כך, במצבים בהם הרגישות המוסרית של העו"ס גבוהה, ויחד עם זאת, הוא יחוה תמיכה רבה, העו"ס יחוה פחות מצוקה מוסרית מאשר במצבים בהם הרגישות המוסרית שלו גבוהה והתמיכה אותה הוא חווה היא מעטה.
11. סוג המוסד כמשאב סביבתי, ימתן את הקשר החיובי המשוער בין רגישות מוסרית לבין מצוקה מוסרית. כך במצבים בהם הרגישות המוסרית של העו"ס גבוהה, עו"ס המעוסק בבית אבות יחוה פחות מצוקה מוסרית מאשר עו"ס המעוסק במוסד סיעודי.
12. סוג בעלות הארגון, כמשאב סביבתי, ימתן את הקשר החיובי המשוער בין רגישות מוסרית לבין מצוקה מוסרית. כך במצבים בהם הרגישות המוסרית של העו"ס גבוהה, עו"ס המעוסק במוסד ללא כוונת רווח, יחוה פחות מצוקה מוסרית מאשר עו"ס המעוסק במוסד פרטי, עם כוונת רווח.
13. שליטה כמשאב אישי, תמתן את הקשר החיובי המשוער בין רגישות מוסרית לבין מצוקה מוסרית. כך, במצבים בהם הרגישות המוסרית של העו"ס גבוהה, ויחד עם זאת, הוא בעל תפיסת שליטה גבוהה, הוא יחוה פחות מצוקה מוסרית, מאשר במצבים בהם הרגישות המוסרית שלו גבוהה אך תפיסת השליטה נמוכה.
14. עמידות כמשאב אישי, תמתן את הקשר החיובי המשוער בין רגישות מוסרית לבין מצוקה מוסרית. כך, במצבים בהם הרגישות המוסרית של העו"ס גבוהה, ויחד עם זאת, הוא בעל תפיסת עמידות גבוהה, הוא יחוה פחות מצוקה מוסרית, מאשר במצבים בהם הרגישות המוסרית שלו גבוהה אך תפיסת העמידות נמוכה.

שיטת המחקר

"הליך המחקר: המחקר יכלול שני שלבים. בשלב הראשון יבנה סולם מצוקה מוסרית לעוסי"ם במוסדות סיעודיים, השאלון יבנה על בסיס ממצאי מחקר איכותני, שעסק בדילמת המחויבות של העו"ס במוסד הסיעודי (לב, 2011) כמו גם על היגדים מתוך השאלונים הקיימים, אשר רלוונטים לאוכלוסיית המחקר הנוכחית (Corley, Elswick, Gorman & Clor, 2001; DiFranks, 2008; Glasberg et al., 2006; Raines, 2000).

לאחר בניית השאלון הראשוני, הוא יועבר למספר מומחים בתחום העבודה הסוציאלית, הזיקנה והאתיקה לצורך חוות דעתם ולשם קביעת תוקף נראה. בשלב הבא יועבר השאלון לשתי קבוצות מיקוד. הקבוצה הראשונה תכלול עובדים סוציאליים במוסדות סיעודיים והקבוצה השנייה תכלול מומחים בתחום, זאת במטרה לבחון את מובנות השאלות ואת התאמתן לנושא המחקר. השלב השני של המחקר יכלול כ-350 עוסיים מתוך 456 מוסדות לטיפול ממושך הקיימים בארץ (308 מוסדות סיעודיים ו-146 בתי אבות). בשלב זה יועברו כל השאלונים (כפי שמפורט בנספחים א'-ח'). מערך המחקר המוצע הינו סקר רוחב בנקודת זמן אחת (cross sectional survey).

לאחר אישור וועדת האתיקה של האוניברסיטה, תעשה פנייה לגופים האחראיים באגף הגריאטריה של לשכת הבריאות ובלשכת הווחה לצורך קבלת הסכמה לביצוע המחקר. איתור המוסדות לטיפול ממושך יתבצע באמצעות רשימת המוסדות הסיעודיים, הקיימת באתר משרד הבריאות ורשימת בתי האבות, הקיימת באתר לשכת הווחה. מדגם המחקר יהיה מדגם נוחות ויושג על ידי חלוקת השאלונים בימי עיון והשתלמויות ארציים ומחוזיים, המיועדים לעוסיים במוסדות לטיפול ממושך וכן בפניה ישירה לעוסיים במוסדות, לצורך מילוי השאלון.

כלי המחקר:

1. שאלון מצוקה מוסרית - ייבנה שאלון ייחודי לבחינת המצוקה המוסרית בקרב אוכלוסיית העוסיים המועסקים במוסדות סיעודיים בישראל. השאלון יתבסס על ממצאי מחקר איכותני, אשר בחן את דילמת המחויבות של העוסים במוסד הסיעודי (לב, 2011) וכן על היגדים רלוונטיים מתוך שאלונים קיימים, העוסקים במצוקה מוסרית ודחק מוסרי אתי ומצפוני, אשר רלוונטים לאוכלוסיית המחקר הנוכחית (Corley et al., 2001; Glasberg et al., 2006; Raines, 2000). השאלון יועבר תחילה לקבוצת מיקוד, בכדי לבחון את התאמתו.

2. שאלון רגישות מוסרית - השאלון פותח על ידי לוטזן ועמיתיו (Lützén et al., 2006). השאלון כולל תשעה היגדים, הבוחנים את המודעות של האדם להיבט המוסרי של המצב, ויכולתו לראות ולשקף את הפגיעות של אחרים. הסולם מכיל שלושה רכיבים: 1. נטל מוסרי, לדוגמה, "היכולת שלי לחוש את צרכי המטופל, משמעותה שלעתיים קרובות אני מוצא את עצמי במצבים בהם אני חש/ה חסרת אונים"; 2. חוזק מוסרי-לדוגמה "יש לי יכולת טובה מאוד לחוש כיצד אני אמור/ה לשוחח על דברים קשים עם המטופל"; ו-3. אחריות מוסרית-לדוגמה, "אני חש/ה אחריות תמידית לכך שהמטופל יקבל טיפול טוב, אף כאשר המשאבים אינם מספקים." הנבדק מתבקש להעריך את מידת הסכמתו לכל היגד על סולם ליקרט בין שש דרגות, הנע מ"אי הסכמה מלאה" (1) ל"הסכמה מלאה" (6). במחקרם של גלסברג ועמיתיו (Glasberg et al., 2006).

- al., 2008) נמצאה מהימנות פנימית של $\alpha=0.69$. לצורך המחקר, תורגם השאלון לעברית ולאחר מכן תורגם חזרה לאנגלית. כמו כן התבצעה התאמה של השאלון לתחום העבודה הסוצאלית.
3. שאלון אקלים אתי - שאלון אקלים אתי (EEQ) פותח על ידי מק'דניאל (McDaniel, 1997) במטרה להעריך את מידת האקלים האתי בארגוני בריאות. השאלון מכיל 20 היגדים בסולם ליקרט של 5 דרגות, מ"כלל לא מסכים" (1) ל"מסכים מאוד" (5). במחקרו של מק'דניאל (McDaniel, 1997) המהימנות הפנימית של הסולם הייתה $\alpha=0.93$ לסולם כולו, ומהימנות של מבחן ומבחן חוזר הייתה 0.88. ניתוח פקטורים תמך בחד מימדיותו של הסולם. לצורך המחקר, תורגם השאלון לעברית ולאחר מכן תורגם חזרה לאנגלית.
4. שאלון תמיכה - שאלון זה לקוח מתוך השאלון הסקנדינבי לגורמים פסיכולוגיים וחברתיים בעבודה (Lindström et al., 2000). השאלון נבחן במדינות סקנדינביה ונמצא תקף ואמין. הנבדק מתבקש להעריך את מידת הסכמתו עם כל היגד על סולם ליקרט בין חמש דרגות מ"לעתיים רחוקות או אף פעם" (1) עד "לעתיים קרובות או תמיד" (5). הסולם מורכב משלושה גורמים: תמיכה ממנהל הישיר (שלושה פריטים), תמיכה מעמיתים (שני פריטים) ותמיכה ממשפחה וחברים (שלושה פריטים). במחקרם של גלסברג ועמיתיו (Glasberg et al 2007, 2008) נמצאה מהימנות פנימית לתמיכה ממנהל ישיר $\alpha=0.88$, המהימנות הפנימית של תמיכה מעמיתים הייתה $\alpha=0.77$, והמהימנות הפנימית של תמיכה מחברים ובני משפחה הייתה $\alpha=0.71$. לצורך המחקר, תורגם השאלון לעברית ולאחר מכן תורגם חזרה לאנגלית.
5. שאלון סוג המוסד - משתנה זה ייבחן באמצעות השאלה: מהו סוג המוסד בו הינך מועסק, כאשר יתאפשרו שלוש תשובות: 1. מוסד סיעודי. 2. בית אבות לעצמאיים ו/או תשושים. 3. בית אבות משולב (הכולל מחלקות לעצמאיים ו/או תשושים ומחלקות לסיעודיים ו/או תשושי נפש).
6. שאלון בעלות המוסד - משתנה זה ייבחן באמצעות השאלה: מהו סוג בעלות המוסד בו הינך מועסק, כאשר יתאפשרו שלוש תשובות: 1. פרטי. 2. ציבורי (מלכ"ר) ו-3. ממשלתי. מכיוון שקיימים בישראל רק שלושה מוסדות גריאטריים, המטפלים באוכלוסייה סיעודית, לא יכללו מוסדות אלו בניתוח.
7. שאלון שליטה - השאלון פותח על ידי פרלין וסקולר (Pearlin & Shcool, 1978) ותורגם ע"י הובפול וולפיש (Hobfoll & Walfish, 1984). השאלון כולל שבעה היגדים המנוסחים באופן חיובי ושלילי כגון: "אין לי הרבה שליטה על דברים שקורים לי"; "מה שיקרה לי בעתיד תלוי בעיקר בי". הנבדק מתבקש להעריך את מידת הסכמתו לכל היגד על סולם ליקרט בן 4 דרגות מ (1) = לא מסכים/ה ועד (4) = מסכים/ב

מאוד. בבדיקת מהימנות השאלון במחקרם של הובפול וולפיש (Hobfoll & Walfish, 1984) נמצא אומדן מהימנות פנימית $\alpha=0.88$.

8. שאלון עמידות - שאלון עמידות, הבוחן מאפייני אישיות חיוביים, המסייעים להסתגלות היחיד, פותח על ידי וגנילד ויאנג (Wagnild & Young, 1993). השאלון מורכב מ-25 פריטים, לגביהם הנבדק נדרש להביע את מידת הסכמתו על סולם ליקרט בין שבע דרגות, מלא מסכים (1) עד מסכים (7). במחקרם של וגנילד ויאנג (Wagnild & Young, 1993) נמצאה מהימנות פנימית של $\alpha=0.91$. לצורך המחקר, תורגם השאלון לעברית ולאחר מכן תורגם חזרה לאנגלית.

9. שאלון שחיקה - שאלון מסל'י (Maslach & Jackson, 1986) מהווה את אחד מכלי המדידה הנפוצים ביותר למדידת שחיקה מקצועית, כאשר נעשה שימוש בסולם זה במחקרים רבים ברחבי העולם. הסולם מכיל 22 היגדים, המקיפים שלושה היבטים של חווית העבודה: תשישות רגשית, דה פרסונליזציה והישגיות. הנבדק מתבקש להעריך את מידת הסכמתו לכל היגד על סולם בין 7 דרגות. ככל שניקוד התשישות הרגשית והדה פרסונליזציה גבוה יותר, וניקוד תחושת ההישגיות נמוך יותר, כך השחיקה גבוהה יותר. השאלון תורגם ע"י איילון (Ayalon, 2008). במחקרה של איילון נמצאה מהימנות פנימית של $\alpha=0.86$ לתשישות רגשית, $\alpha=0.74$ לדה פרסונליזציה ו $\alpha=0.76$ להישגיות.

10. שאלון רצון לעזוב את מקום העבודה - השאלון פותח על ידי כהן (Cohen, 1998) ומורכב משלושה היגדים בסולם ליקרט של 5 דרגות מ-1 (מאוד לא מסכים) ל-5 (מסכים מאוד), כאשר ככל שהניקוד גבוה יותר, כך גבוהה יותר כוונת העזיבה. המהימנות הפנימית שנמצאה במחקרו של כהן הינה $\alpha=0.82$. לצורך המחקר, תורגם השאלון לעברית ולאחר מכן תורגם חזרה לאנגלית.

11. שאלון פרטים דמוגרפיים - מטרת השאלון הינה איסוף אינפורמציה אודות הנבדקים לצורך אפיונם. השאלון כולל שאלון כגון: גיל, מגדר, וותק, השכלה, מצב משפחתי והגדרה דתית. **שיטת ניתוח הנתונים:** השערות המחקר תיבדקנה באמצעות מבחני פירסון ומבחני חי בריבוע, לבחינת קשרים דו משתניים וכן ניתוחים רב משתניים, כגון ניתוחי רגרסיה דו-כיווניים. בנוסף תיערכנה בחינת תיווך באמצעות ניתוח נתיבים (path analysis) ובחינת מיתון באמצעות אינטראקציות בניתוחים הרב משתניים.

חשיבות המחקר ותורמתו: המחקר הנוכחי יבחן לראשונה מצוקה מוסרית והמשתנים הקשורים בה בקרב עוסקים במוסדות לטיפול ממושך. בכך יסייע מחקר זה להבנת חווית העבודה של העוסקים במוסדות לטיפול ממושך ולפיתוח כלים, אשר יסייעו בשיפור רווחתם ובהעצמתם. יתרה מכך, בשל ההשלכות

המשמעותיות של מצוקה מוסרית על רווחתם של המטופלים (Wilkinson, 87/88; corley, 2002), הרי שמודעות למצוקה המוסרית של העוסקים והתמודדות עימה יוכלו לתרום לרווחתם ובטחונם של הדיירים. בנוסף, אף כי עוסקים במוסדות לטיפול ממושך מהווים אוכלוסיה ייחודית, הרי שהדילמות והקונפליקטים המוסריים עימם מתמודדת אוכלוסייה זו, יכולים להיות משמעותיים ורלוונטיים לאוכלוסיות נוספות של עוסקים המועסקים במסגרות פרטיות וציבוריות. זאת, על רקע תהליך ההפרטה של שירותי הרווחה בישראל בעשורים האחרונים.

מקורות

- אשל (2014). *הכשרת צוותי בתי אבות לעבודה על פי מודל ה Green House*. נדלה בתאריך 6 בינואר, 2014 מ- <http://www.eshelnet.org.il/>.
- ברודצקי, ג', שנור, י. ובאר, ש. (2012). *קשישים בישראל שנתון סטיטסטי 2012*. נדלה בתאריך 6 בינואר, 2014 מ- <http://mashav.jdc.org.il/?CategoryID=233&ArticleID=162>.
- זוסמן, צ. (2005). *מסגרת לדיון במדיניות ההפרטה בשירותים חברתיים*. בתוך: י. קופ (עורך). *הקצאת משאבים לשירותים החברתיים- 2005*. עמ' 255-278. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- יקוביץ, א. (2011). *תוכניות חדשניות לטיפול בזקנים המוגבלים בתפקודם: סקירת ספרות*. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי. נדלה בתאריך 27 לאוגוסט 2013, מ- http://www.btl.gov.il/Publications/research/Documents/mechkar_105.pdf
- לב, ש. (2011). *דילמת המחויבות של העובד הסוציאלי במוסד הסיעודי*. חיבור לשם קבלת התואר מוסמך. אוניברסיטת בר אילן, רמת גן.
- לבנשטיין, א. ויקוביץ, א. (1996). *הזקן, המשפחה והמסגרת המוסדית- סוגיות ושיטות התערבות*. (מהדורה שניה). תל אביב: רמות.
- לוסקי, י. וגבעון, י. (2005). *יעילות ואיכות בבתי אבות סיעודיים: מלכריים לעומת מוסדות עסקיים*. בתוך: י. קופ (עורך). *הקצאת משאבים לשירותים החברתיים- 2005*. עמ' 307-334. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- משרד הבריאות (2007). *נהלים לבית חולים גריאטרי- נהלי עבודה סוציאלית*. נדלה בתאריך 27 לאוגוסט, 2013. מ- <http://www.old.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=39&catId=801&PageId=4255>

- משרד הבריאות (2013) *בחירת מוסד האשפוז המתאים לקשיש*. נדלה בתאריך 27 לאוגוסט, 2013 מ-
<http://www.health.gov.il/Subjects/Geriatrics/GeriatricHospitalization/Pages/HospitalizeElderlyInInstitutions.aspx>
- פנחסי, ב. (1995). בחירה בין נאמנויות. *דורות*, 4, 16-17.
- פנחסי, ב. ומיכאלי, נ. (2008). סוגיות אתיות בעבודה סוציאלית. בתוך: ג. שפר, י. אכמון וג. וויל (עורכים). *סוגיות אתיות במקצועות הייעוץ והטיפול הנפשי*. עמ' 539-550. ירושלים: מאגנס, האוניברסיטה העברית.
- קטן, י. (1989-1990). דמוקרטיזציה במוסדות לקשישים: גורמים מסייעים ובולמים. *גרונטולוגיה*, 45-46, עמ' 34-54.
- קטן, י. (2008). הפרטת שירותי הרווחה לזקנים- תמונת מצב ולקחים ראשוניים. *דורות*, 109, 30-35.
- קורן, ח. ודורון, י. (2005). תפקידי העובדים הסוציאליים בבתי אבות: רצוי, מצוי והפער ביניהם. *חברה ורווחה*, כה (2), 185-206.
- Ayalon, L. (2008). Subjective socioeconomic status as a predictor of long-term care staff burnout and positive caregiving experiences. *International Psychogeriatrics*, 20(3), 521-537.
- Ahlin, J., Ericson-Lidman, E., Ericsson, S., Norberg, A., & Strandberg, G. (2013). Longitudinal relationships between stress of conscience and concepts of importance. *Nursing ethics*.
- Allen, P.D., Nelson, H.W., & Netting, F.E. (2007a). Current practice and policy Realities revisited: Undertrained nursing home social workers in the U.S. *Social Work in Health Care*, 45 (4), 1-22.
- Allen, P.D., Nelson, H.W., Netting, F.E. & Cox, D.M. (2007b). Navigating conflict: A model for nursing home social workers. *Health and Social Work*, 32(3), 231-234.
- Ambrose, M. L., Arnaud, A., & Schminke, M. (2008). Individual moral development and ethical climate: The influence of person-organization fit on job

- attitudes. *Journal of Business Ethics*, 77(3), 323-333.
- Amirkhanyan, A. A., Kim, H. J., & Lambright, K. T. (2008). Does the public sector outperform the nonprofit and for-profit sectors? Evidence from a national panel study on nursing home quality and access. *Journal of Policy Analysis and Management*, 27(2), 326-353.
- Angelelli, J. (2006). Promising models for transforming long-term care. *The Gerontologist*, 46(4), 428-430.
- Anderson, K. A., & Dabelko-Schoeny, H. I. (2010). Civic engagement for nursing home residents: A call for social work action. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(3), 270-282.
- Arrow, K. (1963). Uncertainty and welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 5, 941-973.
- Beaulieu, E.M. (2002). A guide for nursing home social workers. New York: Springer.
- Brownie, S., & Horstmanshof, L. (2012). Creating the conditions for self-fulfilment for aged care residents. *Nursing Ethics*, 19(6), 777-786.
- Chesteen, S., Helgheim, B., Randall, T., & Wardell, D. (2005). Comparing quality of care in non-profit and for-profit nursing homes: A process perspective. *Journal of Operations Management*, 23(2), 229-242.
- Clarfield, A. M., Ginsberg, G., Rasooly, I., Levi, S., Gindin, J., & Dwolatzky, T. (2009). For-profit and not-for-profit nursing homes in Israel: Do they differ with respect to quality of care?. *Archives of gerontology and geriatrics*, 48(2), 167-172.

- Cohen, A. (1998). An examination of the relationship between work commitment and work outcomes among hospital nurses. *Scandinavian Journal of Management*, 14(1), 1-17.
- Cohen-Mansfield, J., & Bester, A. (2006). Flexibility as a management principle in dementia care: The Adards example. *The Gerontologist*, 46(4), 540-544.
- Corley, M.C. (2002). Nurse moral distress: A proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*, 9 (6), 636-650.
- Corley, M.C., Elswick, R. K., Gorman, M., & Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of advanced nursing*, 33(2), 250-256.
- Corley, M.C., Minick, P., Elswick, R. K. & Jacobs ,M. (2005). Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*, 12(4), 381-389.
- Cronqvist, A., Lützen, K., & Nyström, M. (2006). Nurses' lived experiences of moral stress support in the intensive care context. *Journal of nursing Management*, 14(5), 405-413.
- Cummings, C. L. (2011). What factors affect nursing retention in the acute care setting?. *Journal of Research in Nursing*, 16(6), 489-500.
- de Veer, A. J., Francke, A. L., Struijs, A., & Willems, D. L. (2012). Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlational questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*.
- DeTienne, K. B., Agle, B. R., Phillips, J. C., & Ingerson, M. C. (2012). The Impact of Moral Stress Compared to Other Stressors on Employee Fatigue, Job Satisfaction, and Turnover: An Empirical Investigation. *Journal of business ethics*, 110(3), 377-391.
- Di Franks, N. N. (2008). Social workers and the NASW Code of Ethics: Belief, behavior, disjuncture. *Social work*, 53(2), 167-176.

- Elpern, E. H., Covert, B., & Kleinpell, R. (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 14(6), 523-530.
- Epstein, E. G., & Hamric, A. B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *Journal of Clinical Ethics*, 20(4), 330–342.
- Filipova, A. A. (2011). Ethical Climates in For-Profit, Nonprofit, and Government Skilled Nursing Facilities: Managerial Implications for Partnerships. *JONA'S healthcare law, ethics and regulation*, 13(4), 125-131.
- Fogler, S. (2009). Using conflict theory to explore the role of nursing home social workers in home- and community-based service utilization. *Journal of Gerontological Social Work*, 52, 859–569.
- Gage, H., Knibb, W., Evans, J., Williams, P., Rickman, N., & Bryan, K. (2009). Why are some care homes better than others? An empirical study of the factors associated with quality of care for older people in residential homes in Surrey, England. *Health & social care in the community*, 17(6), 599-609.
- Ganze, D. , Raanan, O., Khalaila, R., Bennaroch, K., Scherman, S., Bruttin, M., et al., (2013) Moral distress and structural empowerment among a national sample of Israeli intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), 415–424
- Glasberg, A. L., Eriksson, S., Dahlqvist, V., Lindahl, E., Strandberg, G., Söderberg, et al., (2006). Development and initial validation of the stress of conscience questionnaire. *Nursing Ethics*, 13(6), 633-648
- Glasberg, A. L., Eriksson, S., & Norberg, A. (2007). Burnout and ‘stress of conscience’ among healthcare personnel. *Journal of advanced nursing*, 57(4), 392-403.
- Glasberg, A. L., Eriksson, S., & Norberg, A. (2008). Factors associated with “stress of conscience” in healthcare. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22, 249-258.

- Goffman, E. (1961). *Asylums*, New York: Doubleday.
- Greene, R. R. (2004, December). *Roles and functions of nursing home social workers in the provision of psychosocial care*. Paper presented at the conference Evaluating Social Work Services in Nursing Homes: Toward Quality Psychosocial Care and Its Measurement, Washington, DC. Retrieved August 28, 2013 from <http://www.socialworkpolicy.org/documents/IASWRNursingHome.pdf>
- Gutierrez, K. M. (2005). Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24(5), 229-241.
- Gustafsson, G., Eriksson, S., Strandberg, G., & Norberg, A. (2010). Burnout and perceptions of conscience among health care personnel: a pilot study. *Nursing Ethics*, 17(1), 23-38.
- DiFranks, N. N. (2008). Social workers and the NASW Code of Ethics: Belief, behavior, disjuncture. *Social work*, 53(2), 167-176.
- Fine, M., & Teram, E. (2012). Overt and Covert Ways of Responding to Moral Injustices in Social Work Practice: Heroes and Mild-Mannered Social Work Bipeds. *British Journal of Social Work*.
- Hamric, A. B., & Blackhall, L. J. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical care medicine*, 35(2), 422-429.
- Harnett, T. (2010). Seeking exemptions from nursing home routines: Residents' everyday influence attempts and institutional order. *Journal of Aging Studies*, 24(4), 292-301.
- Harrington, C., Woolhandler, S., Mullan, J., Carrillo, H., & Himmelstein, D. U. (2001). Does investor ownership of nursing homes compromise the quality of care? *American Journal of Public Health*, 91(9), 1452-1455

- Heponiemi, T., Elovainio, M., Kouvonen, A., Kuusio, H., Noro, A., Finne-Soveri, H., & Sinervo, T. (2011). The effects of ownership, staffing level and organisational justice on nurse commitment, involvement, and satisfaction: A questionnaire study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(12), 1551-1561.
- Heponiemi, T., Elovainio, M., Kouvonen, A., Noro, A., Finne-Soveri, H., & Sinervo, T. (2012). Ownership type and team climate in elderly care facilities: the moderating effect of stress factors. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 647-657.
- Hyde, C. A. (2012). Ethical Dilemmas in Human Service Management: Identifying and Resolving the Challenges. *Ethics and Social Welfare*, 6(4), 351-367.
- Hobfoll, S. E., & Walfisch, S. (1984). Coping with a threat to life: A longitudinal study of Self concept, social support, and psychological distress. *American Journal of Community Psychology*, 12, 87-99.
- Hojlo, C.M. (2004, December). *The Philosophy and Strategic Implementation of Culture Transformation: Implications for Psychosocial Care Measurement in Nursing Homes*. Paper presented at the conference Evaluating Social Work Services in Nursing Homes: Toward Quality Psychosocial Care and Its Measurement, Washington, DC. Retrieved August 28, 2013 from <http://www.socialworkpolicy.org/documents/IASWRNursingHome.pdf>.
- Iecovich, E. (2000). Sources of stress and conflicts between elderly patients, their family members and personnel in care settings. *Journal of Gerontological Social Work*, 34(2), 73-88.
- Iecovich, E. (2001). An Israeli Perspective. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 1(2),15-19.
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: the ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Juthberg, C., Eriksson, S., Norberg, A., & Sundin, K. (2007). Stress of conscience

- and perceptions of conscience in relation to burnout among care-providers in older people. *Journal of Clinical Nursing*, 17(13), 1897-1906
- Kalvemark, S., Hogluod, A.T., Hasson, M.G., Westerholm, P. & Arentz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science & Medicine*, 58, 1075-1084
- Kane, R. A. (2001). Long-term care and a good quality of life bringing them closer together. *The Gerontologist*, 41(3), 293-304.
- Kane, R. L., & Kane, R. A. (2001). What older people want from long-term care, and how they can get it. *Health Affairs*, 20(6), 114-127.
- Kane, R. A., Lum, T. Y., Cutler, L. J., Degenholtz, H. B., & Yu, T. C. (2007). Resident Outcomes in Small-House Nursing Homes: A Longitudinal Evaluation of the Initial Green House Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(6), 832-839.
- Kelchner, E.S. (2002). Social work with older adults in health care and residential setting in the new millennium: A return to the past. *Journal of Gerontological Social Work*, 36, 115-125.
- Kelley-Gillespie, N. (2012). A Secondary Analysis of Perceptions of Quality of Life of Older Adults Residing in a Nursing Home and Assisted Living Setting Using an Integrated Conceptual Model of Measurement. *Applied Research in Quality of Life*, 7(2), 137-154.
- Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement. *Health Affairs*, 29(2), 312-317.
- Lang, G., Löger, B., & Amann, A. (2007). Well-being in the nursing home—a methodological approach towards the quality of life. *Journal of Public Health*, 15(2), 109-120
- Lev, S. & Ayalon, L. (In press). Running between the Raindrops: The Obligation Dilemma of the Social Worker in the Nursing Home. *Health and Social Work*

- Levy, C. (1976). *Social Work Ethics*. New York: Human Sciences Pr.
- Lindström, K., Elo, A., Skogstad, A., Dallner, M., Gamberale, F., Hottinen, V. , Knardahl, S. & Orhede, E. (2000). *User's guide for the QPS Nordic – General Nordic questionnaire for Psychological and Social Factors at Work*. Nordic Council of Ministers, Copenhagen. Retrieved September 2, 2013 from <http://www.norden.org/en/publications/publikationer/2000-603>
- Lewin-VHI, Inc. (1996). *National study of assisted living for the frail elderly. Literature review update*. Contract No. HHS-1-94-0024. Retrieved 8 January, 2014 from <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/2000/alfdiff.htm>
- Linzer, N. (1999). *Resolving ethical issues in social work practice*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Lonne, B., McDonald, C., & Fox, T. (2004). Ethical practice in the contemporary human services. *Journal of Social Work*, 4(3), 345-367.
- Lowenberg, F.M. & Dolgoff, R. (1996). *Ethical decisions for social work practice*. Itasca IL: Peacock.
- Lutzen, K., Blom, T., Ewalds-Kvist, B. & Winch, S. (2010). Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nursing Ethics*, 17 (2), 213 -224.
- Lutzen, K., Cronqvist, A., Magnusson, A. & Andersson, L. (2003). Moral stress: synthesis of a concept. *Nursing Ethics*, 10 (3), 312-322
- Lützén, K., Dahlqvist, V., Eriksson, S., & Norberg, A. (2006). Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nursing Ethics*, 13(2), 187-196.
- Lützén, K., & Kvist, B. E. (2012). Moral distress: A comparative analysis of theoretical understandings and inter-related concepts. *HEC forum*, 24 (1), 13-25.

- Maslach, C. & Jackson S. E. (1981) The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* ,2, 99–113.
- Maslach, C. & Jackson S.E. (1986). *Manual of the Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. John Wiley & Sons.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.
- Mausbach, B. T., Patterson, T. L., von Känel, R., Mills, P. J., Ancoli-Israel, S., Dimsdale, J. E., & Grant, I. (2006). Personal mastery attenuates the effect of caregiving stress on psychiatric morbidity. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(2), 132-134.
- McAuliffe, D., & Sudbery, J. (2005). ‘Who Do I Tell?’ Support and Consultation in Cases of Ethical Conflict. *Journal of Social Work*, 5(1), 21-43.
- McDaniel, C. (1997). Development and psychometric properties of the Ethics Environment Questionnaire. *Medical Care*, 35(9), 901-914.
- McGregor, I. (2011). Social workers in moral distress. *Community Care* ,1852, 28-29.
- Meltzer, L. S., & Huckabay, L. M. (2004). Critical care nurses’ perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care*, 13(3), 202-208.
- Meyers, S. (2006). Role of the social worker in old versus new culture in nursing homes. *Social Work*. 51(3) July 2006, 273-277.
- National Association of Social workers (2003). NASW standards for social work services in long-term care facilities. Retrieved 28 August, 2013 from <http://www.socialworkers.org/practice/standards/NASWLongTermStandards.pdf>
- Nelson, H.W. (2000). Injustice and conflict in nursing homes: toward advocacy

- and exchange. *Journal of Aging Studies*, 14(1), 39-61.
- Nelson, H.W., Netting, F.E., Huber, R. & Borders, K. (2001). The social worker-ombudsman partnership: Using a resident-centered model of situational conflict tactics. *Journal of Gerontological Social Work*, 35(3), 65-82.
- Norton, T. R., Gupta, A., Stephens, M. A. P., Martire, L. M., & Townsend, A. L. (2005). Stress, rewards, and change in the centrality of women's family and work roles: Mastery as a mediator. *Sex Roles*, 52(5-6), 325-335
- O'Donnell, P., Farrar, A., Brintzenhofes, K., Conrad, A.P., Danis, M., Grady, C., Taylor, C., & Ulrich, C.M. (2008). Predictors of Ethical Stress, Moral Action and Job Satisfaction in Health Care Social Workers. *Social Work in Health Care*. 46 (3)29-51.
- Ohnishi, K., Ohgushi, Y., Nakano, M., Fujii, H., Tanaka, H., Kitaoka, K., ... & Narita, Y. (2010). Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nursing Ethics*, 17(6), 726-740.
- Openshaw, L. (2011 October). *Moral distress and the need for moral courage in social work practice*. Paper presented at NACSW Convention 2011, Pittsburgh, PA. Retrieved August 27, 2013, from <http://www.nacsw.org/Publications/Proceedings2011/OpenshawLMoralDistressE.pdf>
- Olson, L. L. (1998). Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 345-349.
- Papathanassoglou, E., Katanikola, E., Kalafati, M., Giannakopoulou, Lemonidou, C. & Albarran, J.M. (2012). Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. *American Journal of Critical Care*. 2012;21:41-52.
- Papadaki, E., & Papadaki, V. (2008). Ethically Difficult Situations Related to Organizational

- Conditions Social Workers' Experiences in Crete, Greece. *Journal of Social Work*, 8(2), 163-180.
- Pauly, B. M., Varcoe, C., & Storch, J. (2012). Framing the issues: Moral distress in health care. *Hec Forum* .Vol. 24(1), 1-11.
- Pauly, B., Varcoe, C., Storch, J., & Newton, L. (2009). Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nursing Ethics*, 16(5), 561-573.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of health and social behavior*, 2-21.
- Persson, T. & Wästerfors, D. (2009). Such Trivial Matters: How staff account for restrictions of residents' influence in nursing homes. *Journal of Aging Studies*, 23(1), 1-11.
- Piers, R. D., Azoulay, E., Ricou, B., Ganz, F. D., Decruyenaere, J., Max, A., ... & Benoit, D. D. (2011). Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 306(24), 2694-2703.
- Rabig, J., Thomas, W., Kane, R. A., Cutler, L. J., & McAlilly, S. (2006). Radical redesign of nursing homes: Applying the Green House concept in Tupelo, Mississippi. *The Gerontologist*, 46(4), 533-539.
- Rahman, A. N., & Schnelle, J. F. (2008). The nursing home culture-change movement: Recent past, present, and future directions for research. *The Gerontologist*, 48(2), 142-148.
- Raines, L.R. (2000). Ethical decision making in nurses. *JONAS' Healthcare, Law, Ethics, and Regulation*, 2(1), 29-41.
- Reamer, F.G. (1982). *Ethical dilemmas in social services*. New York: Colombia University Press.
- Ren, T. (2013). Sectoral Differences in Value Congruence and Job Attitudes: The Case of

- Nursing Home Employees. *Journal of business ethics*, 112(2), 213-224.
- Rest, J. R. (1982). A psychologist looks at the teaching of ethics. *Hastings Center Report*, 12(1), 29-36.
- Schwepker Jr, C. H. (1999). The relationship between ethical conflict, organizational commitment and turnover intentions in the salesforce. *The Journal of Personal Selling and Sales Management*, 43-49.
- Severinsson, E. (2003). Moral stress and burnout: qualitative content analysis. *Nursing & health sciences*, 5(1), 59-66.
- Shimizutani, S., & Suzuki, W. (2007). Quality and efficiency of home help elderly care in Japan: Evidence from micro-level data. *Journal of the Japanese and International Economies*, 21(2), 287-301.
- Siegall, M., & McDonald, T. (2004). Person-organization value congruence, burnout and diversion of resources. *Personnel Review*, 33(3), 291-301.
- Silén, M., Svantesson, M., Kjellström, S., Sidenvall, B., & Christensson, L. (2011). Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context: perceptions and instrument usability. *Journal of clinical nursing*, 20(23-24), 3483-3493
- Solomon, R. (2004). The role of the social worker in long-term care. *Journal of Gerontological Social Work* 43(2/3) ,187-202.
- Stone, R. I., Reinhard, S. C., Bowers, B., Zimmerman, D., Phillips, C. D., Hawes, C., Fielding, J.A. & Jacobson, N. (2002). *Evaluation of the wellspring model for improving nursing home quality*. Commonwealth Fund, Picker/Commonwealth Program on Quality of Care for Frail Elders. Retrieved September 9, 2013, from <http://www.globalaging.org/health/us/evaluation.pdf>
- Sundin-Huard, D.& Fahy, K. (1999). Moral distress, advocacy and burnout: Theorising the relationships. *International Journal of Nursing Practice*, 5(1), 8-13

- Thoits, P. A. (1994). Stressors and problem-solving: The individual as psychological activist. *Journal of Health and Social Behavior*, 143-160.
- Thomas, W. H. (2004). *What are old people for?: How elders will save the world*. Publisher: VanderWyk & Burnham. Retrieved 29 July, 2013. From: <http://books.google.co.il/books?id=1fBHqMaqaJQC&printsec=frontcover&hl=iw#v=onepage&q&f=false>
- Tuvwsson, H., Eklund, M. & Wann-Hansson, C. (2012). Stress of Conscience among psychiatric nursing staff in relation to environmental and individual factors. *Nursing Ethics*, 19(2), 208-219
- Ulrich, C., O'Donnell, P., Taylor, C., Farrar, A., Danis, M., & Grady, C. (2007). Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States. *Social Science & Medicine*, 65(8), 1708-1719.
- Victor, B., & Cullen, J. B. (1988). The organizational bases of ethical work climates. *Administrative Science Quarterly*, 101-125.
- Vourlekis, B., Zlotnik, J. L., & Simons, K. (2005). *Evaluating social work services in nursing homes: Toward quality psychosocial care and its measurement: A report to the profession and blueprint for action*. Institute for the Advancement of Social Work Research. Retrieved August 28, 2013 from <http://www.socialworkpolicy.org/documents/IASWRNursingHome.pdf>
- Wan, T. T., Zhang, N. J., & Unruh, L. (2006). Predictors of resident outcome improvement in nursing homes. *Western Journal of Nursing Research*, 28(8), 974-993.
- Wagnild, G. & Young H. (1993). Development and psychometric valuation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement* 1, (2), 165-178.

- Weaver, K., Morse, J., & Mitcham, C. (2008). Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 62(5), 607-618.
- Webster, G. & Byliss, F.(2000). Moral Residue, in *Margin of error: The ethics of mistakes in the practice of medicine*, ed, S. Rubin & L. Zoloth. Hagerstown, Md.: University Publishing Group.
- Weinberg, M. (2009). Moral distress: a missing but relevant concept for ethics in social work. *Canadian Social Work Review*, 26 (2), 139-151.
- Wilkinson, J.M. (1987/1988). Moral distress in nursing practice. *Nursing Forum*. 23(1), 16-29.
- Williams, C. S., Zimmerman, S., Sloane, P. D., & Reed, P. S. (2005). Characteristics associated with pain in long-term care residents with dementia.*The Gerontologist*, 45(suppl 1), 68-73.
- Wilson, G. (2004). Dilemmas and ethics: Social work practice in the detection and management of abused older women and men. *Journal of elder abuse & neglect*, 14(1), 79-94.
- Zimmerman, S., Gruber-Baldini, A. L., Sloane, P. D., Eckert, J. K., Hebel, J. R., Morgan, L. et al., (2003). Assisted living and nursing homes: Apples and oranges?. *The Gerontologist*, 43(suppl 2), 107-117.
- Zimmerman, S., Sloane, P. D., Williams, C. S., Reed, P. S., Preisser, J. S., Eckert, J. K., ... & Dobbs, D. (2005). Dementia care and quality of life in assisted living and nursing homes. *The Gerontologist*, 45(suppl 1), 133-146.
- Zuzelo, P.R. (2007). Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing Ethics*. 14(3). 344-359.

נספחים

נספח א' - שאלון רגישות מוסרית

מסכימ/ה לחלוטין					לא מסכימ/ה לחלוטין		
6	5	4	3	2	1	1 אני חש/ה אחריות תמידית לכך שהמטופל יקבל טיפול טוב אף כאשר המשאבים אינם מספקים	
6	5	4	3	2	1	2 יכולתי לחוש את צרכי המטופל הינה תמיד מועילה בעבודתי	
6	5	4	3	2	1	3 יש לי יכולת טובה מאוד לחוש כיצד אני אמור/ה לשוחח על דברים קשים עם המטופל	
6	5	4	3	2	1	4 היכולת שלי לחוש את צרכי המטופל משמעותה, כי אני פועל/ת מעבר לכוחותי	
6	5	4	3	2	1	5 יש לי יכולת טובה מאוד לחוש כאשר המטופל לא מקבל טיפול טוב	
6	5	4	3	2	1	6 אני חש/ה כי קשה לי לדון ברגשות העולים בי כאשר המטופל סובל	
6	5	4	3	2	1	7 בעת הטיפול במטופלים, אני תמיד מודע/ת לאיזון בין הפוטנציאל לעשיית טוב והסיכון לגרימת נזק עבורם	
6	5	4	3	2	1	8 היכולת שלי לחוש את צרכי המטופל משמעותה שלעתים קרובות אני מוצא/ת את עצמי במצבים שבהם אני חש/ה חסר	

						אונים	
6	5	4	3	2	1	עוזר לי לדעת מה טוב או רע עבור המטופל, כאשר אני יכול/ה לעקוב אחר חוקים ונהלים	9

נספח ב' - שאלון אקלים אתי

	כלל לא מסכימ/ה	לא מסכימ/ה	מתלבט/ת	מסכימ/ה	מסכימ/ה מאוד
1	1	2	3	4	5
ההנהלה בארגון זה מביעה עניין בהתנהלות אתית					
2	1	2	3	4	5
אף כי אני מודעת/ת לכך כי יש לשקול עלויות כספיות, רוב הזמן אני חושבת/ת כי ההנהלה בארגון זה יותר דואגת לרווחים כספיים מאשר לטיפול אתי					
3	1	2	3	4	5
מנהלים בכל הרמות בארגון זה עובדים יחד בכדי לבנות פרקטיקה אתית משותפת					
4	1	2	3	4	5
החלטות הצוות בארגון זה משקפות שיקולים אתיים					
5	1	2	3	4	5
ההנהלה מספקת לעובדיה הדרכה אתית, כאשר הדבר נחוץ					
6	1	2	3	4	5
מחויבות אתית אינה מתוגמלת בארגון זה					
7	1	2	3	4	5
כאשר מתרחשות הפרות של כללי אתיקה, לארגון זה יש נהלים בכדי לזהות ולהתמודד עימם.					
8	1	2	3	4	5
התרבות הארגונית של ארגון זה הינה אתית					
9	1	2	3	4	5
אם יש לי דאגה אתית, אני יודעת/ת כי היא תתימך על ידי ארגון זה					
10	1	2	3	4	5
בארגון זה קיימת תקשורת פתוחה על נושאים אתיים בין					

					העובדים וההנהלה				
11				1	2	3	4	5	הנהלים והמדיניות לעובדים בארגון זה לא תומכים בהתנהלות אתית
12				1	2	3	4	5	לעתים אני חש/ה כי לארגון זה יש מטרות שונות ממני, בייחוד בהקשר להתנהלות אתית
13				1	2	3	4	5	מדיניות הצוות ביחידת העבודה שלי הינה אתית באופן עקבי
14				1	2	3	4	5	כאשר אני זקוק/ה לכך, קיימות אפשרויות לעובדים לעסוק בדיונים אתיים ביחידה.
15				1	2	3	4	5	אם אדווח על הפרה של כללי אתיקה של עובד, אקבל תמיכה מהמנהל הישיר שלי
16				1	2	3	4	5	לדעתי, דאגות של עובדים על נושאים אתיים לא "נשמעות" במקום עבודתי
17				1	2	3	4	5	במידה ואדווח על הפרה של כללי אתיקה של אחד העובדים, עלולים לנקום בי
18				1	2	3	4	5	כעובדים איננו בטוחים היכן אנו עומדים בהקשר לדילמות אתיות אשר אנו נפגשים עימם בעבודתנו.
19				1	2	3	4	5	ישנה וועדת אתיקה בארגון זה, אשר הינה זמינה עבורי במידת הצורך
20				1	2	3	4	5	אני מעורב/ת בדיונים העוסקים בנושאים אתיים בעבודתי

נספח ג'- שאלון תמיכה

לעתים רחוקות	לעתים רחוקות	לפעמים	לעתים רחוקות	לעתים רחוקות	לעתים רחוקות	לעתים רחוקות	לעתים רחוקות	לעתים רחוקות	לעתים רחוקות

או תמיד	למדי		למדי	או אף פעם	
5	4	3	2	1	1 במידת הצורך, האם את/ה יכול/ה לקבל תמיכה ועזרה בעבודתך מעמיתך לעבודה?
					2 במידת הצורך, האם את/ה יכול/ה לקבל תמיכה ועזרה בעבודתך מהמנהל הישיר שלך?
5	4	3	2	1	3 במידת הצורך, האם עמיתך לעבודה מעוניינים להקשיב לבעיותך, הקשורות לעבודה?
5	4	3	2	1	4 במידת הצורך, האם המנהל הישיר שלך מעוניין להקשיב לבעיותיך הקשורות לעבודה?
5	4	3	2	1	5 במידת הצורך, האם את/ה יכול לדבר עם חבריך על בעיות הקשורות לעבודה?
5	4	3	2	1	6 במידת הצורך, האם את/ה יכול לדבר עם בן זוגך או עם כל אדם קרוב אחר על בעיות הקשורות לעבודה?
5	4	3	2	1	7 האם הישגיך בעבודה מוערכים על ידי המנהל הישיר שלך?
5	4	3	2	1	8 האם את/ה מרגיש/ה כי חבריך/משפחתך יכולים להוות מקור תמיכה כאשר את/ה חווה קשיים בעבודתך?

נספח ד' - שאלון שליטה

לפניך רשימת רגשות ופעולות של אנשים, ציין/י עד כמה הם מתאימים או לא מתאימים עבורך.

מאוד מסכימ/ה			מאוד לא מסכימ/ה	
4	3	2	1	1 יש לי מעט שליטה על הדברים שקורים לי
4	3	2	1	2 אין באמת דרך שבה אני יכול/ה לפתור כמה מן הבעיות שמפריעות לי
4	3	2	1	3 אני יכול/ה לשנות רק במידה מועטה הרבה דברים שחשובים לי בחיים
4	3	2	1	4 לעיתים קרובות אני מרגיש/ה חסר אונים מכדי להתמודד עם הבעיות שלי בחיים
4	3	2	1	5 לעיתים קרובות אני מרגיש/ה נדחף/ת על ידי אחרים
4	3	2	1	6 העתיד ומה שיקרה לי תלויים רק בי
4	3	2	1	7 אני יכול/ה לעשות כמעט כל דבר שאני באמת מחליט לעשות

נספח ה'- שאלון עמידות

מסכימ/ה						לא מסכימ/ה	
7	6	5	4	3	2	1	1 כאשר אני מתכננת/תוכניות, אני מבצעת אותם לפי התכנון
7	6	5	4	3	2	1	2 בדרך כלל אני מסתדרת/בדרך אחרת זו או אחרת
7	6	5	4	3	2	1	3 אני מסוגלת/לסמוך על עצמי יותר מאשר על כל אחד אחר
7	6	5	4	3	2	1	4 לשמור על עניין בדברים מאוד חשוב עבורי
7	6	5	4	3	2	1	5 אני יכולה/להסתדר לבדי במידת הצורך
7	6	5	4	3	2	1	6 אני חש/ה גאווה שהישגתי דברים בחיי
7	6	5	4	3	2	1	7 אני בדרך כלל לוקחת/דברים בקלות
7	6	5	4	3	2	1	8 אני מיוודת/עם עצמי
7	6	5	4	3	2	1	9 אני מרגישה/שאיני יכולה/להתמודד עם דברים רבים בו זמנית
7	6	5	4	3	2	1	10 אני נחושה/ה
7	6	5	4	3	2	1	11 לעתים רחוקות אני תוהה מה הטעם של כל זה
7	6	5	4	3	2	1	12 אני מטפלת/בכל דבר בתורו
7	6	5	4	3	2	1	13 אני יכולה/לעבור זמנים קשים מכיוון שחוויתי קשיים בעבר
7	6	5	4	3	2	1	14 יש לי משמעת עצמית
7	6	5	4	3	2	1	15 אני שומרת/על עניין בדברים
7	6	5	4	3	2	1	16 אני בדך כלל מוצאת/משהו לצחוק עליו
7	6	5	4	3	2	1	17 האמונה שלי בעצמי מאפשרת לי לעבור זמנים קשים
7	6	5	4	3	2	1	18 בזמני משבר, אני אדם שאנשים לרוב יכולים להישען עליו
7	6	5	4	3	2	1	19 אני בדרך כלל מסתכלת/על מצב במספר דרכים
7	6	5	4	3	2	1	20 לפעמים אני מכריח/ה את עצמי לעשות דברים בין אם אני רוצה ובין אם לא
7	6	5	4	3	2	1	21 לחיים שלי יש משמעות
7	6	5	4	3	2	1	22 אני לא מתעכבת/על דברים שאיני יכולה/לעשות דבר בהקשר אליהם

23	כאשר אני במצב קשה, אני בדרך כלל אמצא את הדרך לצאת ממנו	1	2	3	4	5	6	7
24	יש לי מספיק אינרגיה לעשות את מה שאני צריכה לעשות	1	2	3	4	5	6	7
25	זה בסדר אם יש אנשים שאינם מחבבים אותי	1	2	3	4	5	6	7

נספח ו'- שאלון שחיקה

בבקשה קרא/י כל הצהרה וענה/י באיזו תכיפות הצהרה זו נכונה עבורך. אם אינך יודעת/התשובה, נחש/י.

		מעולם לא	מספר פעמים בשנה או פחות מזה	פעם בחודש או פחות מזה	מספר פעמים בחודש	פעם בשבוע	מספר פעמים בשבוע	כל יום
1	אני מרגישה/ה מרוקנת/מבחינה רגשית בעבודתי	1	2	3	4	5	6	7
2	אני מרגישה/ה עייפה/ה נפשית בסוף יום העבודה	1	2	3	4	5	6	7
3	אני מרגישה/ה עייפה/ה כשאני קמה/ה בבוקר וצריכה/ה להתמודד עם עוד יום עבודה	1	2	3	4	5	6	7
4	אני יכולה/ה להבין בקלות את רגשותיהם של הדיירים כלפי דברים שונים	1	2	3	4	5	6	7
5	אני מרגישה/ה שאני מתייחס לחלק מהדיירים כאילו היו חפצים	1	2	3	4	5	6	7
6	עבודה עם אנשים במשך יום שלם מהווה מאמץ נכבד בשבילי	1	2	3	4	5	6	7
7	אני מתמודדת/ת בצורה מאוד יעילה עם הבעיות של הדיירים	1	2	3	4	5	6	7
8	אני מרגישה/ה שחוקה/ה בעבודתי	1	2	3	4	5	6	7
9	אני מרגישה/ה שאני משפיעה/ה בצורה חיובית על חייהם של אנשים אחרים באמצעות עבודתי	1	2	3	4	5	6	7
10	הפכתי לחסרת/ת רגש כלפי אנשים מאז שלקחתי עבודה זו	1	2	3	4	5	6	7

מספר פעמים בשבוע	פעם בשבוע	מספר פעמים בחודש	פעם בחודש או פחות מזה	מספר פעמים בשנה או פחות מזה	מעולם לא		
7	6	5	4	3	2	1	11 אני חושש/ת שעבודה זו הופכת אותי לנוקשה מבחינה רגשית
7	6	5	4	3	2	1	12 אני מרגיש/ה מלא/ה באנרגיה
7	6	5	4	3	2	1	13 אני מרגיש/ה מתוסכל/ת בעבודתי
7	6	5	4	3	2	1	14 אני מרגיש שאני עובד קשה מדי בעבודתי
7	6	5	4	3	2	1	15 לא באמת איכפת לי מה קורה לחלק מהדיירים
7	6	5	4	3	2	1	16 עבודה ישירה עם אנשים גורמת לי ללחץ רב מדי
7	6	5	4	3	2	1	17 אני יכול/ה בקלות ליצור אווירה רגועה עבור הדיירים
7	6	5	4	3	2	1	18 אני מרגיש/ה התעלות לאחר עבודה ישירה עם הדיירים
7	6	5	4	3	2	1	19 השגתי הרבה דברים בעלי משמעות בעבודתי
7	6	5	4	3	2	1	20 אני מרגיש/ה שהגעתי לקצה גבול יכולתי
7	6	5	4	3	2	1	21 בעבודתי, אני מתמודד/ת עם בעיות נפשיות בצורה רגועה ביותר
7	6	5	4	3	2	1	22 אני מרגיש/ה שהדיירים מאשימים אותי בחלק מבעיותיהם

נספח ז'- שאלון כוונה לעזוב

מהי מידת הסכמתכם עם ההיגדים הבאים

מסכימ/ה מאוד				מאוד לא מסכימ/ה		
5	4	3	2	1	1	אני חושב/ת רבות על עזיבת המוסד הסיעודי
5	4	3	2	1	2	אני מחפש/ת באופן פעיל מקום עבודה חלופי למוסד הסיעודי
5	4	3	2	1	3	בהקדם האפשרי אעזוב את המוסד הסיעודי

נספח ח'- שאלון פרטים אישיים

1. מין : 1. זכר 2. נקבה
2. מהו גילך? _____
3. מצב משפחתי : 1. רווק/ה
2. נשוי/אה
3. גרוש/ה
4. פרוד/ה
5. אלמן/ה
4. השתייכות דתית : 1. יהודי
2. מוסלמי
3. נוצרי
4. אחר
5. ארץ מוצא _____
6. כיצד היית/ה מגדיר את רמת הדתיות שלך?
1. חילוני
2. מסורתי
3. דתי
4. חרדי
7. מהי השכלתך?
1. תואר ראשון
2. תואר שני
3. תואר שלישי
8. מספר השנים בהן הינך מועסק/ת כעובד/ת סוציאלית/ת _____
9. מספר השנים בהם הינך עובד/ת כעובד/ת סוציאלית/ת במוסדות סיעודיים _____
10. מספר השנים בהם הינך עובד/ת כעובד/ת סוציאלית/ת במוסד הסיעודי הנוכחי _____