

חלק ב': תקציר ומילות מפתח - עברית

כותרת מלאה של המחקר

בחינת ידע ועמדות של צוות רפואי בבתי חולים בנוגע לטיפול בזקנים עם דמנציה: האם מצדדים בגישת טיפול "המטופל במרכז"?

חוקרים: שם מלא ושיוך מוסדי

פרופ' פרלה ורנר - אוניברסיטת חיפה, פרופ' צבי דוולצקי - טכניון: מכון טכנולוגי לישראל, ד"ר ענת אנגל - מרכז רפואי ע"ש אדית וולפסון, ד"ר מיקי דודקביץ - מרכז רפואי הלל יפה, הלן מלכה זאבי - מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה בפורייה.

מילות מפתח

גישת "המטופל במרכז", תיאוריית ההתנהגות המתוכננת, דמנציה, בתי חולים.

תקציר

תקציר שאורכו עד **200 מילים**, אשר יכלול כותרים אלה: 1) רקע 2) מטרות 3) שיטה 4) ממצאים עיקריים 5) מסקנות 6) המלצות / השלכות לקובעי המדיניות.

רקע: "המטופל במרכז" הינה גישת הטיפול המומלצת לשיפור תוצאות הטיפול באנשים עם דמנציה, אך יישומה בבתי חולים מצומצמת ומורכבת למרות שאנשים עם ירידה קוגניטיבית המאושפזים בבתי חולים מהווים שיעור גבוה מכלל המאושפזים.

מטרות: המחקר הנוכחי נועד לבחון את תפיסות הצוות הרפואי בבתי חולים בנוגע ליישום גישת "המטופל במרכז" באנשים עם דמנציה והגורמים הקשורים לתפיסות אלה. מודל מורחב של תיאוריית ההתנהגות המתוכננת שימש כמסגרת התיאורטית.

שיטה: בוצע מחקר רוחב באמצעות שאלון מובנה בקרב 678 אנשי הצוות הרפואי (69.1% אחיות, 25.7% רופאים, 5.1% אנשי מקצועות הבריאות) בחמישה בתי חולים ברחבי הארץ.

ממצאים: נמצא כי למשתתפים תפיסות חיוביות מתונות בשלושת הממדים המעריכים את יישום גישת "המטופל במרכז" באנשים עם דמנציה. משתני המחקר הסבירו בין 21% ל- 31% בשונות המוסברת. גורמים ארגוניים – קרי, המידה בה קיימות בארגון הנחיות ברורות בנושא הנחקר והאקלים הארגוני – היו התורמים העיקריים להסבר תפיסות המשתתפים בכל הממדים.

מסקנות: מודל מורחב של תיאוריית ההתנהגות המתוכננת מהווה מסגרת נאותה להבנת הנושא הנחקר ועשוי לעזור בפיתוח תכניות הכשרה בנושא. לאנשי הצוות הרפואי בבתי חולים יש נכונות סבירה ליישם את גישת "המטופל במרכז" באנשים עם דמנציה, אך הם זקוקים להנחיות ברורות ולתמיכה מהארגון.

המלצות/השלכות לקובעי המדיניות: יישום הגישה בבתי חולים תלויה יותר בהגדרת וקביעת הנחיות ארגוניות ברורות מאשר בשינוי תפיסות של הצוות המטפל.

חלק ג': תקציר ומילות מפתח - אנגלית

Full title of research project

Assessing hospital health care professionals' knowledge and attitudes regarding care to persons with dementia: Do they support a "patient-centered" approach?

Investigators: full name and affiliations

Prof. Perla Werner - University of Haifa, Prof. Tzvi Dwolatzky - Technion: Israel Institute of Technology, Dr. Anat Engel - Edith Wolfson Medical Center, Dr. Mickey Dudkiewicz - Hillel Yaffe Medical Center, Helen Malka Zeevi – Baruch Padeh Medical Center.

Key Words

"Patient-centered" approach, Theory of Planned Behavior, Dementia, Hospitals.

Abstract

An abstract of up to **300 words** should include these headings: (1) Scientific Background (2) Objectives (3) Methodology (4) Findings (5) Conclusions (6) Policy Implications / recommendations

Scientific background: "*Patient-centered*" care is recognized as one of the best approaches to improve treatment outcomes among people with dementia. However, its implementation in hospitals is limited and complex, despite the considerable number of persons with cognitive deterioration in these institutions.

Objectives: This study aimed to examine medical staff perceptions regarding the implementation of the "*patient-centered*" approach with people with dementia and its correlates in the hospital setting. An extended model of the Theory of Planned Behavior was used as the theoretical framework.

Methodology: A cross-sectional study using a self-reporting structured questionnaire was conducted with 678 medical staff members (69.1% nurses, 25.7% physicians, 5.1% health professionals) in five hospitals across the country.

Finding: Overall, the participants reported moderately positive attitudes in the three dimensions evaluating the implementation of the "*patient-centered*" approach with people with dementia. Study variables explained 21% to 31% of the variance in the dependent variable. Organizational variables – such as having clear guidelines on the topic and the organization's climate – were the main correlates of participants' perceptions in all dimensions.

Conclusions: The use of an extended model of the Theory of Planned Behavior provided an adequate framework for understanding the research topic and may guide in the development of interventions. Hospital staff members have adequate perceptions for implementing a "*patient-centered*" approach with people with dementia, but need clear guidelines and support from their institution.

Policy Implications / recommendations: The implementation of the *patient-centered* approach in hospitals is contingent on organizational factors rather than on changing perceptions.

Executive Summary

Scientific Background: The "*patient-centered*" care approach stresses the need to providing care while concentrating on the person as a whole, respecting patient's needs, values and preferences, and delivering care while providing emotional support and communicating adequately. While PCC is considered essential for delivering care to older people, including people with dementia, its implementation in hospital settings is low. This is surprising because the prevalence of dementia in acute care settings is high, and caring for this population is associated with negative clinical (e.g., falls, depression, anxiety), and institutional (higher costs, and longer hospitalization periods) consequences. The attitudes of the medical staff providing care to hospitalized persons with dementia might explain the difficulty in implementing the "*patient-centered*" approach in hospitals .

Objectives: Using the Theory of Planned Behavior as a theoretical framework, the current study aimed to examine the perceptions of medical staff in hospitals regarding the implementation of the "*patient-centered*" approach with people with dementia and their correlates.

Methodology: A cross-sectional study using a self-reporting structured questionnaire was conducted with 678 medical staff working (69.1% nurses, 25.7% physicians, 5.1% health professionals) in five hospitals across the country. Most of the participants were women (60.2 %); native Israeli (67.3%); secular (56.8%) and Jews (54.3%). Their mean age was 41 years (S.D. = 10.92, range= 22-70), and they had on average 18 (S.D. = 2.41, range =10-30) years of education. Most participants worked in internal medicine (68.8%) and orthopedics (13.4%).

The questionnaire assessed participants' attitudes regarding the implementation of the "*patient-centered*" approach using the 14-item Person-Centered Care of Older People with Cognitive Impairment in Acute Care Scale (POPAC) divided in three dimensions: using cognitive assessments and care interventions, using evidence and cognitive expertise, and individualizing care. Correlates examined included: attitudes regarding the "*patient-centered*" approach with people with dementia (assessed with one of the scales of the Approaches to Dementia Questionnaire), and attitudes regarding shared decision making (assessed with one of the Scales of the Patient- Practitioner

Orientation Scale). Other correlates examined included: subjective norms, internal and external control, subjective knowledge of Alzheimer's disease, and organizational climate.

The study's protocol was approved by the Helsinki Committees in each one of the hospitals.

Finding: First, we showed for the first time that the Hebrew version of The Person Centered Care of Older People with Cognitive Impairment in Acute Care Scale (POPAC) has very good internal reliability and validity. Second, findings showed that participants reported moderate positive attitudes toward the implementation of the "*patient-centered*" approach in all dimensions. Third, positive and statistically significant correlations were found between the dimensions of the dependent variable and subjective norms, internal and external control, subjective knowledge of Alzheimer's disease, and service climate. No statistically significant correlations were found between any of the dimensions in the dependent variable and participants' attitudes regarding the "*patient-centered*" approach and regarding shared decision-making. Fourth, the results of the hierarchical regressions showed that the variables included in the study explained a moderate portion (between 22% and 31%) of the variance in the dependent variable. Service climate and external control were the main determinants of the dependent variable in all dimensions. Finally, examining associations between the study variables and the participants' demographic and professional characteristics showed that, female and non-Jewish participants reported more positive attitudes compared to men and Jewish participants. Moreover, increased seniority was associated with more positive attitudes.

Conclusions: The current study adds valuable information to efforts to encourage the implementation of the "*patient-centered*" approach with people with dementia in acute care settings. First, we demonstrated that hospital staff members' have moderate but still adequate willingness to implement the "*patient-centered*" approach with people with dementia. This is an important finding especially in light of the stressful and complex environment in which care is provided in these institutions.

Second, we showed that although only a moderate portion of the variance was explained, our extended model of the Theory of Planned Behavior

provided an adequate framework for understanding the research topic. More importantly, findings of the model showed that the presence of explicit and clear guidelines together with a supportive organizational climate, are the most important determinants of staff members' willingness to implement a "patient-centered" approach with persons with dementia.

Policy Implications and Recommendation: The current study helps to formulate important recommendations. First, we recommend all institutions encourage their professionals' to implement a "patient-centered" approach with persons with dementia to develop clear guidelines that reflect the position and expectations of hospital managers. Second, following the development of these guidelines, it is recommended to develop programs to train medical staff in the principles of the "patient-centered" approach with people with cognitive decline. These programs must include several basic principles, such as leadership, the involvement of all professionals in the organization, including clear definitions of the specific role of each profession, the involvement of family members of people with cognitive decline, and the creation of an appropriate organizational atmosphere. Finally, the translation and validity of the POPAC in the current study provide decision-makers an important tool for monitoring the implementation of a "*patient-centered*" approach with people with cognitive decline in various care settings.

1. רקע מדעי

גישת "המטופל במרכז" - הגדרת המושג

גישת "המטופל במרכז" הוגדרה לפני כ- 20 שנה על ידי ה- Institute of Medicine (2001) כמדד מרכזי לאיכות הטיפול. אחרי סקירת ספרות ענפה ובחינת הגדרות רבות למושג (Kumar & Chattu, 2018), הושגה בישראל הסכמה לגביו. בכנס ים המלח ה- 17 (המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, 2017), הוחלט כי המושג מוגדר כ"טיפול שלם, מתואם, רציף ונגיש, המכבד את המטופל בהתאם לערכיו, להעדפותיו ולצרכיו, ומקיים שותפות פעילה בקבלת ההחלטות בינו לבין הצוות המטפל, במטרה להשיג את תוצאי הבריאות והערך הרצויים עבורו, כאינדיבידואל" (שם, עמוד 35). הגדרה זאת מאגדת את האסטרטגיות המרכזיות המוזכרות בספרות כחלק מהגישה: תקשורת יעילה, שותפות, וקידום בריאות (Constand, MacDermid, Bello-Haas, & Law, 2014). באופן כללי, ללא קשר למסגרת הטיפול או סוג החולים, יישום גישת טיפול זאת נמצאה קשורה לתוצאות חיוביות כגון מצב בריאותי טוב יותר, שביעות רצון מהטיפול גבוהה יותר של החולים, ועלויות טיפול נמוכות יותר (Eklund, et al., 2019). בהתאם לכך, גישת "המטופל במרכז" מומלצת גם לטיפול באנשים עם דמנציה (Chenoweth et al., 2019).

מחלת אלצהיימר וגישת "המטופל במרכז"

מספר האנשים עם דמנציה בכלל ועם מחלת אלצהיימר בפרט, צפוי לשלש את עצמו ב- 30 השנים הקרובות (ארגון הבריאות העולמי, 2019). לפיכך, הולך וגובר הצורך לפתח תכניות טיפול המשלבות התייחסות לצרכים הפיזיים והפסיכו-סוציאליים של האנשים הסובלים מדמנציה. בהתאם לכך, בשנת 2013 פורסם בארה"ב מסמך המדגיש את החובה למתן טיפול נכון באנשים עם מחלת אלצהיימר באמצעות גישת "המטופל במרכז" (Love & Femia, 2015). בשנת 2018 פורסמו שורה של מאמרים המתארים את ההמלצות המעודכנות ביותר לטיפול באנשים עם דמנציה, כאשר כולן מתבססות על עקרונות גישת הטיפול "המטופל במרכז" (Fazio, Pace, Maslow, Zimmerman, & Kallmyer, 2018). למרות צעדים אלה, חשוב לציין, כי רוב המאמצים לקדם את יישום גישת "המטופל במרכז" באנשים עם דמנציה עד כה התרכזו בקהילה ובבתי אבות (Dewing & Dijk, 2014; Sidani et al., 2018). למרות שאנשים עם דמנציה מהווים שיעור גבוה מהמטופלים בבתי חולים.

אנשים עם דמנציה המטופלים בבתי חולים

שיעור האנשים עם דמנציה בבתי חולים נע בין 17% ל- 25% לערך (Bickel et al., 2018; Reynish, Hapca, De Souza, Cvor, & Donnan, 2017). אנשים עם דמנציה נמצאים בסיכון פי 1.42 לאשפוז בבתי חולים וזאת בהשוואה לאנשים זקנים אחרים ללא דמנציה (Shepherd, Livingston, Chan, & Sommerlad, 2019). הסיבות הנפוצות ביותר לאשפוזם של אנשים עם דמנציה הן בעיות אורתופדיות, נשימתיות ואורולוגיות (Toot, Devine, Akporobaro, & Orrell, 2013). כמו כן, נמצא שבהשוואה למאושפדים אחרים,

לאנשים עם דמנציה יש תוצאות קליניות שליליות יותר במשך האשפוז כגון, נפילות, שברים, דימומים, שיעורים גבוהים של חרדה, דיכאון, ואף תמותה (Dewing & Dijk, 2014; Lehmann et al., 2018). בנוסף, משך האשפוז ועלותו גבוהים יותר באנשים עם דמנציה (Annear, Tierney, & Vickers 2016).

גישת "המטופל במרכז" מוזכרת כאחד הפתרונות למזער השלכות שליליות אלה. אך הלכה למעשה לרוב הגישה לא מיושמת בבתי חולים וזאת כתוצאה מגורמים הכוללים בין היתר: התרכזות בעיקר בנושאים טיפוליים ופחות בצרכים הפסיכו-סוציאליים של האדם המאושפז עם דמנציה (Dewing & Dijk, 2014; Digby, Lee, & Williams, 2016; Moyle, Olorenshaw, Wallis, & Borbasi, 2008), העדר ידע מספיק בנוגע לדמנציה ועמדות שאינן תומכות בגישת "המטופל במרכז" (Crowther, Bennett, & Holmes, 2017).

עמדות וידע של הצוות הרפואי בבתי חולים בנוגע לגישת "המטופל במרכז" באנשים עם דמנציה

באופן כללי נמצא כי אנשי הצוות הרפואי בבתי חולים מדווחים על עמדות חיוביות מתונות בנוגע למאושפזים עם דמנציה (de Vries, Drury-Ruddlesden & McGill, 2019; Travers, Beattie, Martin-Khan, & Fielding, 2013), ואף על רמות גבוהות יחסית של חוללות עצמית בעבודה איתם (Hunter, Armstrong, Silva, & Divine, 2019; Karantzas et al., 2016; Travers et al., 2013). ממצאים אלו חשובים לאורסקירת ספרות שבחנה את יעילותן של תכניות הכשרה בנושא דמנציה לצוות הרפואי בבתי חולים, בה נמצא, כי שינוי עמדות ורכישת ידע הם מדדים מרכזיים להצלחת התכנית. כמו כן הומלץ גם לפתח תכניות התערבות "התפורות על פי מידות" (tailor made) (Scerri, Innes, & Scerri, 2016). מכאן, כי לא ניתן ללמוד ולהשליך ישירות מהידע שנצבר בספרות הבינלאומית בלבד.

על כן, המטרה הכללית של המחקר הנוכחי הייתה לבחון את הידע והעמדות של הצוות הרפואי בבתי חולים בנוגע לגישת "המטופל במרכז" באנשים עם דמנציה, בהתבסס על תיאוריית ההתנהגות המתוכננת כמסגרת התיאורטית.

תיאוריית ההתנהגות המתוכננת – Theory of Planned Behavior

תיאוריה זו מבוססת על ההנחה כי התנהגות האדם הינה רציונלית ומבוססת על מידע שיטתי הנגיש לצורך קבלת החלטות או ביצוע פעולה (Werner, 2004). התיאוריה רואה בכוונה ההתנהגותית את הגורם העיקרי להתנהגות, ובעמדות, בנורמות סובייקטיביות ובתפיסת שליטה כגורמים העיקריים לכוונה להתנהג. עמדות (attitudes) מוגדרות כהערכה הכוללת של הפרט כלפי הנושא הנחקר. נורמות סובייקטיביות (subjective norms) הן תפיסות הפרט את הלחץ החברתי המופעל עליו מצד אנשים המשמעותיים לו. תפיסת שליטה (perceived behavioral control) מתייחסת לתפיסת הפרט את המסוגלות שלו לבצע את ההתנהגות המסוימת. יש לציין, שלאחרונה מומלץ להוסיף לשלושת הגורמים הקלאסיים שבתיאוריה, גם משתנים ייחודיים לנושא הנחקר (Werner, 2004). במחקר הנוכחי נוספו שני גורמים ייחודיים

לנושא: ידע בנוגע למחלת אלצהיימר ואפיונים ארגוניים. גורמים אלה נבחרו על סמך ספרות שהוכיחה כי הן ידע של אנשי מקצוע בנוגע למחלת אלצהיימר (Brossard Saxell, Ingvert, 2019; Hunter & Divine, 2019; Lethin, 2019), והן אפיונים ארגוניים של מקום עבודתם) כולל, גודל הארגון, מיקום גיאוגרפי, ותפיסות בנוגע לאקלים שירות (נמצאו קשורים לעמדות אנשי המקצוע בנוגע לגישת "המטופל במרכז" (Abdelhadi & Drach-Zahavy, 2011; Brossard Saxell et al., 2019; Hashjin, Kringos, Manoochehri, Ravaghi, & Klasinga, 2014; Karantzas et al., 2016).

2. מטרת המחקר

בהתבסס על הספרות הקיימת עד היום, מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבחון את תפיסות הצוות הרפואי בבתי חולים בנוגע ליישום גישת "המטופל במרכז" באנשים עם דמנציה והגורמים הקשורים לתפיסות אלה, כאשר מודל מורחב של תיאוריית ההתנהגות המתוכננת שימש כמסגרת התיאורטית המנחה את המחקר.

3. השערות המחקר

השערות המחקר התבססו על סקירת הספרות כפי שתוארה לעיל.

השערות בנוגע למשתנים המרכזיים: המשתתפים ידווחו על:

1. רמה מתונה של עמדות בנוגע ליישום גישת "המטופל במרכז" עם אנשים עם דמנציה.
2. רמה בינונית-גבוהה בנוגע לגישה עצמה.
3. רמה בינונית-גבוהה בנוגע לתהליך קבלת החלטות משותף.
4. רמה נמוכה של נורמות סובייקטיביות בנוגע ליישום גישת "המטופל במרכז".
5. רמה גבוהה של חוללות עצמית (שליטה פנימית) ורמה נמוכה של יכולת שליטה חיצונית.
6. רמה בינונית של ידע סובייקטיבי בנוגע למחלת אלצהיימר.
7. רמה בינונית של תפיסות בנוגע לאקלים שירות.

השערות בנוגע לקשרים בין המשתנה התלוי (בשלושת ממדיו) למשתנים הקלאסיים של התיאוריה:

8. ימצא קשר חיובי ומובהק מבחינה סטטיסטית בין הגורמים הקלאסיים של תיאוריית ההתנהגות המתוכננת (עמדות, נורמות סובייקטיביות ויכולת שליטה), לבין המשתנה התלוי - עמדות בנוגע ליישום גישת "המטופל במרכז" עם אנשים עם דמנציה על שלושת ממדיו.

השערות בנוגע לקשרים בין המשתנים הקלאסיים בתיאוריה למשתנים הייחודיים:

9. ימצא קשר חיובי בין משתני התיאוריה לבין הידע הסובייקטיבי בנוגע למחלת אלצהיימר.
10. ימצא קשר חיובי בין משתני התיאוריה לבין אקלים השירות.
11. משתני התיאוריה יהיו חיוביים יותר בבתי חולים במרכז הארץ בהשוואה לבתי חולים בפריפריה.

12. משתני התיאוריה יהיו חיוביים יותר בבתי חולים גדולים בהשוואה לבתי חולים קטנים יותר.

השערה בנוגע לתרומה הייחודית של המשתנים הבלתי תלויים להסבר המשתנה התלוי:

13. בהעדר מספיק מידע בנוגע לנושא, לא הוצבה השערה בנוגע לגורם החשוב ביותר להסבר המשתנה התלוי.

השערות בנוגע לקשרים בין המשתנים הקלאסיים בתיאוריה לבין האפיונים האישיים והמקצועיים של המשתתפים:

למרות שלפי הנחותיה הבסיסיות של התיאוריה להתנהגות מתוכננת, אין קשרים בין משתני התאוריה למשתני רקע, בשל ראשוניותו של המחקר, נבחנו קשרים אלה, והוגדרו השערות המבוססות על ספרות קיימת.

14. בהשוואה לגברים, נשים ידווחו על רמות חיוביות/גבוהות יותר בכל המשתנים הנחקרים.

15. ימצא קשר שלילי ומובהק בין המשתנים הנחקרים לבין גיל המשתתפים.

16. ימצא קשר חיובי ומובהק בין המשתנים הנחקרים לבין רמת ההשכלה של המשתתפים.

17. בהשוואה למשתתפים יהודיים, משתתפים לא יהודיים ידווחו על רמות חיוביות/גבוהות

יותר בכל המשתנים הנחקרים.

18. בהשוואה לרופאים, אחיות ואנשי מקצועות הבריאות ידווחו על רמות חיוביות/גבוהות יותר בכל המשתנים הנחקרים.

19. ימצא קשר חיובי ומובהק בין המשתנים הנחקרים לבין ותק במקצוע, מספר שנות עבודה בארגון, ומספר שנות הניסיון בעבודה עם אנשים עם דמנציה.

20. משתתפים אשר השתתפו בתכנית הכשרה בנושא הנחקר ידווחו על רמות חיוביות/גבוהות יותר בכל המשתנים הנחקרים, בהשוואה לאלה שלא השתתפו בתכנית כזו.

4. שיטות העבודה:

4.1 הליך המחקר: בוצע מחקר רוחב באמצעות שאלון מובנה בקרב אנשי הצוות הרפואי העובדים בחמישה בתי חולים ברחבי הארץ: הקריה הרפואית לבריאות האדם רמב"ם; המרכז רפואי ע"ש ברוך פדה בפורייה; המרכז הרפואי לגליל; המרכז הרפואי הלל יפה; והמרכז הרפואי ע"ש אדית וולפסון.

פרוטוקול המחקר אושר על ידי וועדת הסינקי בכל בית חולים. לאחר מתן אישור זה, מרכזת המחקר קיימה פגישות עם מתאמי המחקר בכל בית חולים על מנת להסביר את מטרות והליך המחקר. בתורם, מתאמי המחקר הסבירו למשתתפים הפוטנציאליים את חשיבות המחקר, מטרותיו ואת התרומה הצפויה ממסקנותיו. שאלון מובנה ואנונימי, למילוי עצמי חולק לכל הרופאים, אחיות, ואנשי מקצועות הבריאות, במחלקות הפנימיות והאורתופדיות.

4.2 כלי המחקר ומשתני המחקר: נעשה שימוש בשאלון מובנה שכלל 63 פריטים (ראה

נספח 1), אשר בדקו:

המשתנה התלוי - עמדות בנוגע ליישום גישת "המטופל במרכז" בטיפול באנשים עם

דמנציה: הוערכו על ידי השאלון Person Centered Care of Older People with Cognitive Impairment in Acute Care Scale – POPAC (Edvardsson, Nilsson, Fetherstonhaugh, & Crowe, 2013), אשר תורגם לעברית על ידי שיטת הלך ושוב.

השאלון כולל 15 פריטים המעריכים את עמדותיהם של אנשי מקצוע בנוגע למעורבותם בביצוע פעולות התומכות בעקרונות של גישת "המטופל במרכז" באנשים עם דמנציה. כל פריט דורג בסולם מסוג ליקרט בעל 6 דרגות, מ-1 (אף פעם לא) (ועד 6) כל הזמן).

משתנים בלתי תלויים: אלה כללו עמדות בנוגע לגישת "המטופל במרכז" באנשים עם דמנציה, עמדות בנוגע לתהליך קבלת החלטות משותף, נורמות סובייקטיביות, יכולת שליטה חיצונית, חוללות עצמית, ידע סובייקטיבי בנוגע למחלת אלצהיימר, אפיונים אישיים, מקצועיים, וארגוניים.

עמדות בנוגע לגישת "המטופל במרכז" באנשים עם דמנציה: נבחנו על ידי אחת משתי הסקלות של ה- (Lintern, Woods, & Phair, 2000) Approaches to Dementia Questionnaire) הכוללת 11 פריטים אשר דורגו בסולם מסוג ליקרט בעל 5 דרגות, מ-1 (מסכים במידה רבה) (ועד 5) לא מסכים במידה רבה). הכלי תורגם לעברית בשיטת הלוך וחזור. לאחר היפוך הפריטים, חושב אינדקס כללי על ידי מיצועם, כאשר ציון גבוה יותר פירושו עמדות חיוביות יותר. המהימנות הפנימית של האינדקס נמצאה טובה (קרונברך אלפא = 0.80).

עמדות בנוגע לתהליך קבלת החלטות משותף: הוערכו על ידי אחת משתי הסקלות של ה- (Krupat, Hiam, Fleming, & Freeman, 1999) Patient – Practitioner Orientation Scale) הכוללת 9 פריטים הבוחנים עמדות בנוגע לתקשורת בין מטפל–מטופל. כל הפריטים דורגו בסולם מסוג ליקרט בעל 6 דרגות, מ-1 (מסכים במידה רבה) (ועד 6) לא מסכים במידה רבה). הכלי תורגם לעברית בשיטת הלוך וחזור. חושב אינדקס כללי על ידי מיצוע הפריטים, כאשר ציון גבוה יותר פירושו עמדות חיוביות יותר. המהימנות הפנימית של האינדקס נמצאה נאותה (קרונברך אלפא = 0.66).

נורמות סובייקטיביות: הוערכו על ידי שלושה פריטים הבוחנים תפיסות המשתתפים בנוגע ללחץ החברתי המופעל עליהם ליישום גישת "המטופל במרכז" עם אנשים עם דמנציה. כל פריט דורג בסולם מסוג ליקרט בעל 7 דרגות, מ-1 (לא מסכים במידה רבה) (ועד 7) מסכים במידה רבה). נבנה אינדקס כללי על ידי מיצוע הפריטים. המהימנות הפנימית של האינדקס נמצאה נאותה (קרונברך אלפא = 0.62).

תפיסת שליטה: נבחנו שני סוגי שליטה – פנימית – קרי חוללות עצמית, וחיצונית – קרי יכולת שליטה חיצונית.

חוללות עצמית: הוערכה על ידי שלושה מתוך 10 הפריטים שב- Self Perceived Behavioral Management Self-Efficacy Profile (Pizzacalla et al., 2015). כלי זה נועד לבחון את תפיסות אנשי מקצוע לגבי יכולתם (competence) ליישם מיומנויות ניהול בעיות התנהגות בקרב אנשים עם דמנציה. כל הפריטים דורגו בסולם מסוג ליקרט בעל 7 דרגות, מ-1 (כלל לא בטוח) (ועד 7) בטוח במידה רבה). הכלי תורגם לעברית בשיטת הלוך וחזור. נבנה אינדקס כללי על ידי מיצוע הפריטים כאשר ציון גבוה יותר מעיד על חוללות עצמית גבוהה יותר. המהימנות הפנימית של האינדקס נמצאה נאותה (קרונברך אלפא = 0.72).

יכולת שליטה חיצונית: הוערכה על ידי פריט אחד אשר בחן את המידה בה המשתתפים סבורים שיש בארגון בו עובדים הנחיות המחייבות יישום גישת "המטופל המרכז" באנשים עם דמנציה. הפריט דורג בסולם מסוג ליקרט, מ-1 (כלל לא) ועד 7 (במידה רבה). ידע סובייקטיבי בנוגע למחלת אלצהיימר: המשתתפים התבקשו להעריך באמצעות פריט אחד באיזו מידה הם יודעים על מחלת אלצהיימר. הפריט דורג בסולם מסוג ליקרט בעל 5 דרגות, מ-1 (בכלל לא יודע/ת) ועד 5 (יודע/ת במידה רבה מאוד).

אפיונים אישיים: אלה כללו: גיל, מגדר (גבר/ אישה), מצב משפחתי (רווק/ נשוי/ גרוש/ אלמן), מקום לידה (ישראל/ אסיה או אפריקה/ אירופה או אמריקה/ אחר), השכלה (מספר שנות לימוד), ודת (יהודי/ מוסלמי/ נוצרי/ דרוזי).

אפיונים מקצועיים: אלה כללו: תפקיד (רופא/ אחות/ עובד סוציאלי/ דיאטן/ פיזיותרפיסט), מחלקה, מספר שנות וותק במקצוע, מספר שנות עבודה בארגון הנוכחי, מספר שנות ניסיון בטיפול באנשים עם דמנציה, ואחוז המטופלים שלהם עם דמנציה (0%-10%, 11%-30%, 31%-50%, 50% ומעלה). בנוסף, המשתתפים התבקשו לציין אם קבלו הכשרות בנוגע לגישת "המטופל במרכז" (0 – לא קיבלו הכשרה, 1 – קיבלו הכשרה).

אפיונים ארגוניים: אלה כללו גודל בית החולים, מיקומו הגיאוגרפי, ואקלים שירות. גודל בית החולים: נאסף מידע לגבי מספר המיטות בבתי חולים, כאשר בתי חולים עם פחות מ-550 מיטות (המרכז הרפואי הלל יפה והמרכז הרפואי פורייה) הוגדרו כבינוניים, ובתי חולים עם 550 מיטות ויותר הוגדרו כגדולים (הקריה הרפואית רמב"ם, המרכז הרפואי נהריה והמרכז הרפואי וולפסון).

מיקום הגיאוגרפי: המרכז הרפואי הלל יפה והמרכז הרפואי וולפסון, הוגדרו כממוקמים במרכז, והקריה הרפואית רמב"ם, המרכז הרפואי נהריה והמרכז הרפואי פורייה, כפריפריה. אקלים שירות: נבחן על ידי סולם המעריך איכות השירות בארגון (Schneider, White, & Paul, 1998). הסולם כלל 8 פריטים המדורגים מסולם מסוג ליקרט בעל 5 דרגות, מ-1 (גרוע) ועד 5 – מצוין). נבנה אינדקס כללי על ידי מיצוע הפריטים, כאשר ציון גבוה יותר משקף אקלים ארגוני טוב יותר. המהימנות הפנימית של האינדקס נמצאה נאותה (קרונברך אלפא = 0.88).

4.3 ניתוח נתונים: הנתונים הוקלדו ונותחו באמצעות תוכנת SPSS. ראשית, נעשה שימוש בסטטיסטיקה תיאורית (ממוצעים, סטיית תקן, אחוזים ועוד) על מנת לתאר את המדגם ואת המשתתפים המרכזיים. שנית, נבחנו קשרים דו-משתניים על ידי מתאמי פירסון וספירמן, ומבחינת וניתוח שונות, לפי רמת המשתנה. שלישית, בוצעו רגרסיות היררכיות בצעדים כדי לבחון את התרומה הייחודית של המשתתפים הבלתי תלויים להסבר כל אחד משלושת הממדים של המשתנה התלוי.

5. ממצאים

5.1 תיאור המשתתפים: במחקר השתתפו 678 אנשי מקצוע: 46.6% מהקריה הרפואית רמב"ם, 16.7% מהמרכז הרפואי וולפסון, 14.9% מהמרכז הרפואי פורייה, 11.1% מהמרכז

הרפואי הלל יפה, ו- 10.8% מהמרכז הרפואי לגליל. רוב המשתתפים היו נשים (60.2%); ילדי הארץ (67.3%); חילוניים (56.8%); ויהודים (54.3%). בקרב הלא יהודים 26.2% היו מוסלמים, 15.3% היו נוצרים, ו- 1.7% דרוזים. הגיל הממוצע של המשתתפים היה 41 שנים (ס.ת. = 10.92, טווח = 22-70), וממוצע שנות לימוד היה 18 (ס.ת. = 2.41, טווח = 10-30). לגבי האפיונים המקצועיים, יותר משני שלישי (69.1%) מהמשתתפים היו אחיות, 25.7% היו רופאים, והיתר היו אנשי מקצועות הבריאות (3.8% עובדים סוציאליים, 0.7% דיאטנים, ו- 0.6% פיזיותרפיסטים). בנוסף, רוב המשתתפים עבדו במחלקות פנימיות (68.8%) ואורתופדיות (13.4%). היתר עבדו בכירורגיה כללית (9.5%), נירולוגיה (5.9%), מיון (1.6%), השירות הסוציאלי (0.7%), ומחלקת נשים (0.1%). למשתתפים היו בממוצע 13 שנות ותק במקצוע (ס.ת. = 11.27, טווח = 45 - >1), ו- 13 (ס.ת. = 10.24, טווח = >1) 44 - שנים בארגון הנוכחי.

באשר לניסיון באנשים עם דמנציה, נמצא כי למשתתפים היה בממוצע 11 (ס.ת. = 9.70, טווח = 0 - 38) שנות ניסיון עם אוכלוסייה זאת, כאשר 42.6% דיווחו כי אחוז המטופלים שלהם עם דמנציה נע בין 11% עד 30%, ו- 21.1% דיווחו כי אחוז זה נע בין 30% ל- 50%. כשליש מהמשתתפים (28.2%) דיווחו כי רק 0% עד 10% מהמטופלים שלהם הם אנשים עם דמנציה, ו- 7.9% בלבד דיווחו על יותר מ- 50% מטופלים כאלה.

פחות ממחצית המשתתפים (42.3%) דיווחו כי קבלו הכשרה בנושא גישת "המטופל במרכז".

5.2 בחינת התוקף והמהימנות של הכלי לבחינת עמדות המשתתפים בנוגע ליישום גישת "המטופל במרכז" עם אנשים עם דמנציה

ראשית, נבדקו המתאמים בין 15 הפריטים (item-total correlations), כאשר נמצא כי ערכי המתאם בין כל הפריטים (למעט פריט 5) נעו בין 0.44 עד 0.67 - ערכים אלה עומדים בקריטריונים המקובלים בספרות (Ware & Gandek, 1998). בנוסף לזה, הורדת פריט זה מהסקלה מעלה את המהימנות הפנימית הכללית של הסקלה מ- 0.88 ל- 0.90. על כן, פריט מספר 5 נשמט מניתוחים עתידיים. שנית, במטרה לזהות תת-סולמות, בוצע ניתוח גורמים מסוג Varimax, כאשר נקבע רף טעינות של 0.40 מעלה. בדומה לתוצאות מפתחי השאלון התקבלו שלושה גורמים מרכזיים - שימוש בהערכה קוגניטיבית והתערבויות טיפול, שימוש בראיות ומומחיות, וטיפול אינדיבידואלי - אשר הסבירו 60.61% מהשונות המוסברת (לוח 1). בהמשך, נבנה אינדקס כללי עבור כל גורם על ידי מיצוע הפריטים בתוכו, כאשר ציון גבוה יותר פירושו עמדות חיוביות יותר בנוגע למעורבות בפעולות המצדדות בגישת "המטופל במרכז". המהימנות הפנימית של כל אינדקס הייתה נאותה עד טוב מאוד (קרונברך אלפא = 0.77, 0.70, ו- 0.86, עבור שימוש בהערכה קוגניטיבית והתערבויות טיפול, שימוש בראיות ומומחיות, וטיפול פרטני, בהתאמה).

לוח 1: ניתוח גורמים לפריטים בכלי המעריך עמדות בנוגע ליישום גישת "המטופל במרכז" עם אנשים עם דמנציה (n=678)

האם לפי דעתך, במחלקה שלך:	גורם 1	גורם 2	גורם 3
הצוות הרפואי מעריך את המצב הקוגניטיבי של מטופלים מבוגרים בזמן הקבלה.	0.82		
הצוות הרפואי עושה התאמות סביבתיות כדי למנוע גירוי יתר בקרב אנשים מבוגרים עם ירידה קוגניטיבית (חדרים יחידים, הפחתת רעשים).	0.51		
הצוות הרפואי מאבחן סימפטומים של ירידה קוגניטיבית (לדוגמה: דמנציה, דליריום).	0.76		
הצוות הרפואי מקדיש יותר זמן למטופלים עם ירידה קוגניטיבית בהשוואה למטופלים בלי ירידה קוגניטיבית.	0.58		
הצוות הרפואי משתמש בכלים מבוססי ראיות כדי להעריך את מצבם הקוגניטיבי של מטופלים מבוגרים (לדוגמה, מבחן המיני-מנטל).		0.74	
הצוות הרפואי מתייעץ עם מומחים (לדוגמה גריאטר) אם נמצא שלמטופל יש ירידה קוגניטיבית.		0.73	
הצוות הרפואי משתמש בהנחיות מבוססות ראיות בטיפול באנשים מבוגרים עם ירידה קוגניטיבית.		0.74	
הצוות הרפואי משתמש במידע על הרקע האישי של מטופלים מבוגרים כדי לתכנן את הטיפול בהם (לדוגמה: הרגלים, תחומי עניין).			0.59
הצוות הרפואי משתף בני משפחה בטיפול של אדם מבוגר עם ירידה קוגניטיבית.			0.40
הצוות הרפואי מספק המשכיות בצוות המטפל באנשים מבוגרים עם ירידה קוגניטיבית (לדוגמה אותן אחיות לטיפול באותם אנשים כל הזמן).			0.75
הצוות הרפואי מעריך בשיטתיות האם אנשים מבוגרים עם ירידה קוגניטיבית מקבלים את הטיפול העונה לצרכים שלהם.			0.71
הצוות הרפואי משתף אנשים מבוגרים עם ירידה קוגניטיבית בקבלת החלטות בטיפולים עבורם (בדיקות, טיפולים).			0.67
הצוות הרפואי מוודא שאנשים עם ירידה קוגניטיבית עוברים בדיקות/התייעצויות במחלקה במקום ללכת למחלקות אחרות.			0.73
הצוות הרפואי דן בדרכים השונות להתאים את הטיפול המורכב לאנשים עם ירידה קוגניטיבית.			0.71
אחוז השונות המוסברת	18.19	15.80	26.62

ממד 1 – שימוש בהערכה קוגניטיבית, ממד 2 – שימוש בראיות ומומחיות, ממד 3 – טיפול

פרטני

5.3 תיאור משתני המחקר

המשתנה התלוי- כפי ששוער, עמדות המשתתפים בנוגע ליישום גישת "המטופל במרכז" עם אנשים עם דמנציה היו בינוניות: ממוצע = 4.06 (ס.ת. = 1.02) בממד שימוש בהערכה קוגניטיבית והתערבויות טיפול, ממוצע = 3.82 (ס.ת. = 1.15) בממד שימוש בראיות ומומחיות, וממוצע = 3.91 (ס.ת. = 0.97) בממד טיפול פרטני. השוואה ברמת הממדים הראה כי, קיים הבדל מובהק מבחינה סטטיסטית בין הממד הראשון לממד השני ($t_{(672)} = 5.93, p < 0.01$).

בין הממד הראשון לממד השלישי ($t_{(671)} = 4.73, p < 0.01$), ואף בין הממד השני לשלישי ($t_{(673)} = -2.53, p < 0.05$), כאשר רמת העמדות בנוגע ליישום גישת "המטופל במרכז" הייתה גבוהה יותר בממד המשקף שימוש בהערכה קוגניטיבית והתערבויות טיפול, ונמוכה יותר בממד המשקף שימוש בראיות ומומחיות.

המשתנים הבלתי תלויים הקלאסיים בתיאוריה: כפי ששוער, המשתתפים דווחו על עמדות חיוביות מתונות בנוגע לגישת "המטופל במרכז" באנשים עם דמנציה (ממוצע = 3.92, ס.ת. = 0.61). עמדות נמוכות במקצת דווחו בנוגע לתהליך קבלת החלטות משותף (ממוצע = 3.64, ס.ת. = 0.72).

באשר לנורמות הסובייקטיביות, המשתתפים דווחו על רמה בינונית-גבוהה של חשיפה ללחץ חברתי ליישם את גישת "המטופל במרכז" (ממוצע = 3.95, ס.ת. = 1.24), ולא על רמה נמוכה כפי ששוער. באשר לשליטה הנתפסת, המשתתפים דווחו על רמות בינוניות-גבוהות של חוללות עצמית (קרי, יכולת שליטה פנימית) (ממוצע = 4.27, ס.ת. = 1.16), כפי ששוער. אך, בניגוד למשוער, דווחו על רמות דומות (ממוצע = 4.25, ס.ת. = 1.57) גם בנוגע למחויבות הארגון ליישום גישת "המטופל במרכז" (קרי, יכולת שליטה חיצונית). המשתנים הבלתי תלויים הייחודיים למחקר: בהתאם למשוער המשתתפים דווחו על רמות בינוניות של ידע סובייקטיבי בנוגע למחלת אלצהיימר (ממוצע = 3.56, ס.ת. = 0.77). כמו כן, גם בנוגע לאקלים שירות נמצאו כמשוער, תפיסות בינוניות (ממוצע = 3.56, ס.ת. = 0.67).

5.4 קשרים בין המשתנה התלוי (בשלושת ממדיו) למשתנים הקלאסיים של התיאוריה

כפי ששוער נמצאו קשרים חיוביים ומובהקים בין המשתנה התלוי לבין: נורמות סובייקטיביות ($r = 0.26, 0.26, 0.34, p < 0.01$), בממד הראשון, השני והשלישי, בהתאמה), שליטה חיצונית ($r = 0.21, 0.35, 0.33, p < 0.01$), בממד הראשון, השני והשלישי, בהתאמה), וחוללות עצמית ($r = 0.27, 0.23, 0.32, p < 0.01$), בממד הראשון, השני והשלישי, בהתאמה). ההשערות בנוגע לקשר בין המשתנה התלוי לגורם העמדות – הן בנוגע לגישת "המטופל במרכז" והן בנוגע לתהליך קבלת החלטות משותף – לא אוששה.

5.5 קשרים בין המשתנה התלוי (בשלושת ממדיו) למשתנים הייחודיים במחקר

כפי ששוער נמצאו קשרים חיוביים ומובהקים בין המשתנה התלוי לבין: ידע סובייקטיבי בנוגע למחלת אלצהיימר ($r = 0.18, 0.19, 0.16, p < 0.01$), בממד הראשון, השני והשלישי, בהתאמה), ואקלים השירות ($r = 0.40, 0.32, 0.47, p < 0.01$), בממד הראשון, השני והשלישי, בהתאמה).

5.6 בחינת תרומתם הייחודית של המשתנים הבלתי תלויים להסבר המשתנה התלוי:

כאמור לעיל, בוצעו רגרסיות ליניאריות בצעדים, כאשר בצעד הראשון הוכנסו המשתנים הקלאסיים של התיאוריה אשר נמצאו קשורים באופן מובהק למשתנה התלוי בניתוחים הדו-משתניים כפי שתואר לעיל (קרי, נורמות סובייקטיביות, חוללות עצמית, ויכולת שליטה

חיצונית), ובצעד השני המשתנים הייחודיים שנבדקו (קרי, ידע סובייקטיבי בנוגע למחלת אלצהיימר ואקלים שירות).

לוח 2: רגרסיות היררכיות בצעדים להערכה התרומה הייחודית של המשתנים הבלתי תלויים להסבר ממדי העמדות בנוגע ליישום גישת "המטופל במרכז" (n=678)

ממד 3	ממד 2	ממד 1	
צעד ראשון – משתנים קלאסיים של התיאוריה			
0.11*	0.07	0.07	נורמות סובייקטיביות
0.10*	0.02	0.06	חוללות עצמית
0.16**	0.26**	0.08	יכולת שליטה חיצונית
0.19	0.16	0.11	R²
צעד שני – משתנים ייחודיים			
0.06	0.11**	0.09*	ידע סובייקטיבי בנוגע למחלת אלצהיימר
0.35**	0.20**	0.35**	אקלים ארגוני
0.31	0.21	0.22	R²

¹ המספרים בלוח הם ביטות מתוקננות *p < 0.05 ** p < 0.01

ממד 1 – שימוש בהערכה קוגניטיבית, ממד 2 – שימוש בראיות ומומחיות, ממד 3 – טיפול פרטני

כפי שניתן לראות בלוח 2, המשתנים הקלאסיים של התיאוריה לא תרמו כלל להסבר הממד הראשון (קרי, שימוש בהערכה קוגניטיבית ובהתערבויות טיפול), אך תרמו באופן מתון להסבר הממד השני והשלישי (16% ו- 19%, בהתאם). יכולת שליטה חיצונית נמצאה בשתי המשוואות כמשתנה התורם ביותר להסבר עמדות המשתתפים בנוגע ליישום גישת "המטופל במרכז". באשר לתרומתם של המשתנים הייחודיים, נמצא כי תרומתם הייתה משמעותית יותר להסבר הממד הראשון והשלישי, כאשר הם הוסיפו 11% ו- 12% לשונות המוסברת לממד הראשון והשלישי, בהתאמה. אקלים השירות בלט כמשתנה הייחודי התורם ביותר לכל אחד מהממדים במשתנה התלוי.

5.7 בחינת הקשרים בין משתני המחקר לאפיונים האישיים של המשתתפים

כפי שהוזכר לעיל, למרות שמשתני רקע אינם חלק ממודל התיאוריה להתנהגות מתוכננת, בשל ראשיותו של המחקר הנוכחי נבחנו הקשרים בין אפיונים אלה לכל משתני המחקר. הקשרים עם משתנים אישיים דיכוטומיים מוצגים בלוח 3 כפי שניתן לראות, בהשוואה לגברים, נשים דווחו באופן מובהק על עמדות חיוביות בנוגע לגישת "המטופל במרכז" ובנוגע לתהליך קבלת החלטות משותף. כמו כן, נמצא כי, בהשוואה ליהודים, לא יהודים דווחו על עמדות חיוביות יותר בנוגע ליישום גישת "המטופל במרכז" בממד הראשון והשלישי. מגמה זהה

נמצאה בנוגע לשליטה פנימית וחיצונית. יחד עם זאת, לא יהודים דווחו על עמדות שליליות יותר בנוגע לתהליך קבלת החלטות משותף בהשוואה ליהודים. קשרים מובהקים מעטים נמצאו בין משתני המחקר לגיל המשתתפים, כאשר נמצא קשר חיובי בין גיל המשתתפים לעמדות בנוגע לתהליך קבלת החלטות משותף ($r = 0.09$, $p < 0.05$), וקשר שלילי עם יכולת שליטה חיצונית ($r = -0.11$, $p < 0.05$). לא נמצאו כלל קשרים מובהקים בין משתני המחקר לרמת ההשכלה של המשתתפים.

5.8 בחינת הקשרים בין משתני המחקר לאפיונים המקצועיים של המשתתפים

באשר לקשרים עם אפיונים מקצועיים, כפי שניתן לראות בלוח 4 ולפי מבחני שונות ומבחן Tukey שבוצע בהמשך, נמצאו הבדלים מובהקים בממד הראשון והשלישי של העמדות בנוגע ליישום גישת "המטופל במרכז", כאשר רופאים דווחו על עמדות חיוביות יותר בממד הראשון בהשוואה לאנשי מקצועות הבריאות, ובממד השלישי בהשוואה לאחיות. יחד עם זאת, הרופאים דווחו באופן מובהק על עמדות שליליות בנוגע לגישה עצמה בהשוואה לאנשי מקצוע הבריאות, ובנוגע לתהליך קבלת החלטות משותף בהשוואה לאנשי מקצוע אחרים. רופאים גם כן דווחו על רמה נמוכה יותר של חוללות עצמית בהשוואה לאנשי מקצוע אחרים. בנוסף, דווחי האחיות בנוגע ללחץ חברתי ליישם "גישת המטופל" היו גבוהים יותר בהשוואה לרופאים. באשר לאפיונים מקצועיים אחרים, נמצאו קשרים מובהקים וחיוביים בין מספר שנות וותק במקצוע לבין עמדות בנוגע לתהליך קבלת החלטות משותף ($r = 0.14$, $p < 0.01$), נורמות סובייקטיביות ($r = 0.13$, $p < 0.01$), וידע סובייקטיבי בנוגע למחלת אלצהיימר ($r = 0.09$, $p < 0.05$), כמו גם בין מספר שנות עבודה בארגון ומספר שנות טיפול באנשים עם דמנציה לבין העמדות בנוגע לתהליך קבלת החלטות משותף ונורמות סובייקטיביות ($r = 0.14$, 0.17 , $p < 0.01$). בהתאמה עבור שניהם. באשר לקבלת הכשרה בנושא הנחקר, נמצא כי למעט הממד הראשון והשלישי במשתנה התלוי והמשתנה עמדות בנוגע לגישת "המטופל במרכז", משתתפים אשר דווחו על קבלת הכשרה גם דווחו על רמות גבוהות יותר בכל יתר המשתנים במחקר.

5.9 בחינת הקשרים בין משתני המחקר לאפיונים הארגוניים

באשר לקשרים עם אפיונים ארגוניים, כפי שניתן לראות בלוח 5, נמצאו הבדלים מובהקים בין בתי חולים הממוקמים במרכז לבין אלה הממוקמים בפרפריה במשתנים: תפיסות בנוגע ליישום גישת "המטופל במרכז" - במדדים הראשון והשלישי, עמדות בנוגע לקבלת החלטות משותף, שליטה חיצונית, ואקלים שירות, אם כי מגמת ההבדלים לא הייתה ברורה. לבסוף, בנוגע לגודל בית החולים, נמצאו הבדלים מובהקים בנורמות סובייקטיביות, שליטה חיצונית, ידע סובייקטיבי בנוגע למחלת אלצהיימר, ואקלים שירות, אם כי גם בנוגע לאפיון זה המגמה לא הייתה ברורה.

לוח 3: ממוצעים (ס.ת.) של משתני המחקר לפי מגדר ויהודי/לא יהודי

משתנה		מגדר		יהודי/לא יהודי	
		גברים	נשים	לא יהודים	יהודים
		ערכי T	ערכי T	ערכי T	ערכי T
עמדות בנוגע ליישום גישת "המטופל במרכז"					
ממד 1		1.00(4.04)	1.06(4.06)	0.25	1.01(3.92)
ממד 2		1.10(3.84)	1.21(3.72)	-1.34	1.21(3.83)
ממד 3		9.42(3.85)	1.02(3.99)	1.84	0.98(4.00)
עמדות בנוגע לגישת "המטופל במרכז"					
עמדות בנוגע לתהליך קבלת החלטות משותף		0.64(3.79)	0.76(3.43)	-6.27**	0.71(3.77)
נורמות סובייקטיביות		1.23(3.96)	1.27(3.89)	-0.74	1.24(3.95)
חוללות עצמית		1.05(4.24)	1.29(4.27)	0.27	1.11(4.11)
יכולת שליטה חיצונית		1.58(4.21)	1.55(4.21)	0.01	1.61(4.09)
ידע סובייקטיבי בנוגע למחלת אלצהיימר		0.76(3.59)	0.79(3.50)	-1.30	0.78(3.52)
אקלים שירות		0.65(3.57)	0.72(3.55)	-0.37	0.66(3.55)

*p < 0.05 ** p < 0.01

לוח 4: ממוצעים (ס.ת.) של משתני המחקר לפי מקצוע וקבלת הכשרה בנושא "המטופל במרכז"

משתנה	מקצוע			קיבלו הכשרה		
	רופאים	אחיות	מקצועות בריאות	ערכי F	לא	כן
עמדות בנוגע ליישום גישת "המטופל במרכז"						
ממד 1	1.04(4.16 ^a)	1.01(4.08 ^a)	0.91(3.37 ^b)	8.62**	1.08(4.05)	0.96(4.05)
ממד 2	1.16(3.79)	1.16(3.81)	1.05(3.92)	0.17	1.24(3.69)	0.99(3.94)
ממד 3	1.00(4.09 ^a)	0.97(3.86 ^b)	0.80(3.72)	4.33*	1.03(3.86)	0.89(3.98)
עמדות בנוגע לגישת "המטופל במרכז"						
עמדות בנוגע לתהליך קבלת החלטות משותף	0.67(3.83 ^a)	0.58(3.93 ^a)	0.61(4.32 ^b)	9.24**	0.64(3.92)	0.55(3.92)
	0.81(3.32 ^a)	0.66(3.72 ^b)	0.48(4.17 ^c)	30.77**	0.75(3.58)	0.66(3.73)
	1.33(3.67 ^a)	1.18(4.05 ^b)	1.40(3.96)	5.88**	1.31(3.76)	1.10(4.19)
	1.36(4.06 ^a)	1.09(4.32 ^b)	0.79(4.63 ^b)	4.70**	1.19(4.14)	1.08(4.44)
נורמות סובייקטיביות						
חוללות עצמית						
יכולת שליטה חיצונית						
ידע סובייקטיבי בנוגע למחלת אלצהיימר						
אקלים שירות						
	1.60(4.23)	1.55(4.22)	1.72(4.48)	0.36	1.50(3.86)	1.52(4.79)
	0.85(3.48)	0.71(3.58)	1.02(3.72)	1.63	0.84(3.48)	0.67(3.67)
	0.68(3.65)	0.68(3.53)	0.55(3.52)	1.89	0.67(3.52)	0.66(3.63)

*p < 0.05 ** p < 0.01

a,b,c מסמנים הבדלים מובהקים בין הקבוצות

לוח 5: ממוצעים (ס.ת.) של משתני המחקר לפי מיקום וגודל הארגון

משתנה					
מיקום			גודל		
מרכז	פרפריה	ערכי T	בינוני	גדול	ערכי T
עמדות בנוגע ליישום גישת "המטופל במרכז"					
ממד 1	0.97(4.36)	1.02(3.95)	4.65**	1.03(4.14)	1.02(4.04)
ממד 2	1.29(3.83)	1.09(3.81)	0.24	1.36(3.69)	1.06(3.86)
ממד 3	0.95(4.18)	0.97(3.81)	4.43**	1.03(3.89)	0.95(3.92)
עמדות בנוגע לגישת "המטופל במרכז"					
עמדות בנוגע לתהליך קבלת החלטות משותף	0.80(3.50)	0.68(3.69)	-2.77**	0.69(3.56)	0.73(3.66)
נורמות סובייקטיביות	1.31(3.93)	1.22(3.96)	-0.28	1.32(3.59)	1.19(4.07)
חוללות עצמית	1.19(4.35)	1.15(4.24)	1.09	1.08(4.37)	1.19(4.23)
יכולת שליטה חיצונית	1.55(3.88)	1.56(4.40)	-3.46**	1.47(3.80)	1.58(4.44)
ידע סובייקטיבי בנוגע למחלת אלצהיימר	0.80(3.56)	0.77(3.56)	0.04	0.80(3.44)	0.76(3.60)
אקלים שירות	0.71(3.70)	0.65(3.51)	3.14**	0.65(3.73)	0.67(3.51)

*p < 0.05 ** p < 0.01



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)

6. דיון ומסקנות

הזדקנות אוכלוסיית העולם מלווה בעלייה במספר האנשים עם דמנציה ובעלות האישית והחברתית הכרוכה בטיפולם. מחקרים מראים כי אנשים עם דמנציה משתמשים בשירותי בריאות פעמיים עד חמש פעמים יותר מאנשים ללא דמנציה, ושעלות טיפולם הוא 3.3 פעמים יקר יותר, כאשר הבדל זה נובע בעיקר מאשפוזים בבתי חולים (Ma, Bao, Dull, Wu, & Yu, 2019). אכן, מוערך ששיעור האנשים עם דמנציה בבתי חולים נע בין 29% ל- 42% מהמאושפדים מעל גיל 70 (Timmons et al., 2015), כאשר ייצוגם גבוה בהרבה מחלקם היחסי באוכלוסייה הכללית (Alzheimer's Association, 2017). כמו כן, בהשוואה לאנשים זקנים ללא דמנציה, משך האשפוז שלהם ארוך יותר, מורכב יותר וקשור לתוצאות שליליות יותר כגון, אשפוזים חוזרים ואף תמותה גבוהה יותר (Alzheimer's Association, 2019).

על אף שגישת "המטופל במרכז" הוכרזה כבסיס האתוס הטיפולי באנשים עם דמנציה במסגרות טיפול שונות, כולל בתי חולים, יישומה מצומצם ומורכב במסגרות אלה (Prato, Lindley, Boyles, Robinson, & Abley, 2019). מחקרים מצאו כי, עמדות שליליות, ידע מוגבל בנוגע לדמנציה ומחלת אלצהיימר, ותרבות ארגונית לא תומכת, הם הגורמים המעכבים העיקריים את יישום הגישה בבתי חולים (Surr, Smith, Crossland, & Robins, 2016). ראוי לציין שמחקרים אלה היו מעטים ותיאוריים בלבד. המחקר הנוכחי נועד לתרום לספרות מצומצמת זו, כאשר מטרתו הייתה לבחון את הגורמים הקשורים לעמדות הצוות הרפואי בבתי חולים בנוגע ליישום גישת "המטופל במרכז" באנשים עם דמנציה בהסתמך על תיאוריית ההתנהגות המתוכננת כמסגרת התיאורטית. בפרק זה נדון בממצאים העיקריים של המחקר. ראשית, נדון בתוצאות תרגומו ותיקופו של הכלי להערכת עמדות הצוות הרפואי בנוגע ליישום גישת "המטופל במרכז" בבתי חולים. שנית, נדון בממצאים בנוגע לעמדות יישום הגישה והגורמים הקשורים אליהן. לבסוף, נתייחס להתאמת המודל המורחב של תיאוריית ההתנהגות המתוכננת להבנת שאלת המחקר. נסיים בהצגת מגבלות המחקר, תרומותיו, והמלצות לגיבוש מדיניות.

6.1 תרגומו ותיקופו של כלי להערכת עמדות בנוגע ליישום גישת "המטופל במרכז" עם אנשים עם דמנציה (POPAC)

במחקר הנוכחי תרגמנו ותקפנו לראשונה את הגרסה העברית של ה- POPAC, כלי מוכר ונפוץ אשר תורגם ותוקף בשוודיה (Nilsson, Lindkvist, Rasmussen, & Edvardsson, 2013), אוסטרליה (Keuning-Pantinga, Edvardsson et al., 2013; Grealish et al., 2017), והולנד (Finnema, Krijnen, Edvardsson, & Roodbol, 2020). בדומה למחקרים אלה נמצא כי, מבנה עמדותיהם של אנשי המקצוע בנוגע ליישום גישת "המטופל במרכז" מאופיין גם בישראל על ידי שלושה ממדים המשקפים אספקטים אשר בבסיס מתן טיפול נאות באנשים עם ירידה קוגניטיבית בבתי חולים. יתרה מכך, בעוד שמחקרים קודמים בוצעו במדגמים של אחיות בלבד, המחקר הנוכחי אישש את

המבנה הרב-ממדי הזה גם בקרב צוות רב מקצועי. ממצאים אלה חשובים במיוחד בימים אלה, כאשר מקבלי ההחלטות והחוקרים בישראל מגבירים את עניינם בנושא יישום גישת "המטופל במרכז" (המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות, 2017).

6.2 עמדות בנוגע ליישום גישת "המטופל במרכז" עם אנשים עם דמנציה

כפי שתואר לעיל, המשתתפים במחקר הנוכחי הביעו עמדות מתונות בנושא, כאשר העמדות החיוביות ביותר התייחסו לממד הראשון המבטא שימוש בהערכה קוגניטיבית ובהתערבויות טיפול. ממצאים אלה דומים למחקרים שנערכו במדינות אחרות בקרב אנשי מקצוע בבתי חולים (Edvardsson et al., 2013; Grealish et al., 2017, 2019; Nilsson et al., 2013), אך שונים מממצאיו של מחקר שערכנו לאחרונה באותו נושא בקרב אנשי מקצוע במסגרת הרפואה הראשונית (טרם פורסם, 2020), בו נמצא כי העמדות החיוביות ביותר הובעו בנוגע לממד השלישי – המבטא מתן טיפול אינדיבידואלי באנשים עם ירידה קוגניטיבית. הבדלים אלה מרמזים שלמרות שעקרונות גישת "המטופל במרכז" משותפים וזהים לכל מסגרות הטיפול (Sidani & Fox, 2013), קיים שוני בהדגשים הנובע בעיקר מהבדלים במודל הקליני השולט בכל מסגרת, כאשר במסגרות אקוטיות הדגש הוא על טיפול בהתבסס על מפגשים קליניים קצרים ובמסגרות קהילתיות הדגש הוא גם על תמיכה והמשכיות (Rollow & Cuchiara, 2016).

ללא קשר למסגרת הטיפול שנבדקה, בכל המחקרים שהוזכרו לעיל, כולל המחקר הנוכחי, העמדות הנמוכות ביותר הובעו בנוגע לממד השני, המבטא שימוש בראיות ובמומחיות. ייתכן וממצא זה מבטא קשיים של אנשי מקצוע להשתמש בדרכי טיפול מבוססי ראיות להערכת מצבם של אנשים עם ירידה קוגניטיבית בפרט, כאשר בספרות מודגש הקושי של אנשי מקצוע בתחום הבריאות לאמץ ולשלב בשגרה הטיפולית פעולות המבוססות על עקרונות של פרקטיקה מבוססת ראיות בכלל (Henderson, Winch, Holzhauser, & De Vries, 2006).

בחינת הקשר בין עמדות המשתתפים בנוגע ליישום גישת "המטופל במרכז" לבין אפיוניהם האישיים והמקצועיים, העלה מספר תובנות מעניינות. ראשית, מקרב כל האפיונים האישיים שנבחנו נמצאו קשרים מובהקים רק עם השתייכות לקבוצת היהודים או הלא יהודים, כאשר באופן עקבי לא יהודים הביעו עמדות חיוביות יותר בממד הראשון והשלישי. סימוכין לממצא זה ניתן למצוא במחקר שנערך לאחרונה בארץ המראה כי אנשי מקצוע מהמגזר הלא יהודי בבתי חולים מדווחים על עמדות חיוביות יותר כלפי זקנים מאשר אנשי מקצוע מהמגזר היהודי (Heyman, Osman, & Ben Natan, 2020). ממצאים אלה מרמזים על חשיבותן של אמונות תרבותיות בגיבוש עמדותיהם של אנשי מקצוע (Heyman et al., 2020), בעיקר כאשר מדובר על תפיסות בנוגע לטיפול הניתן לאנשים עם דמנציה, כולל אימוץ גישת "המטופל במרכז" (Brooke, Cronin, Stiell, & Ojo, 2018).

באשר לאפיונים המקצועיים, נמצא כי רופאים דיווחו באופן עקבי על עמדות חיוביות יותר בהשוואה לאחיות ואנשי מקצועות הבריאות. ממצאים אלה דומים לאלה של סידני ועמיתיה (Sidani et al., 2018), אשר בחנו יישומה של גישה הוליסטית וממוקדת מטופל בקרב אנשי מקצוע במסגרת אקוטית,

ואשר הסבירו את עמדותיהם החיוביות יותר של הרופאים כתוצאה מהביטחון העצמי שלהם. בנוסף לאמור, יתכן שההבדל בין המקצועות לא נובע מתפיסות חיוביות יותר בקרב הרופאים, אלא מתפיסות שליליות יותר בקרב אנשי מקצוע אחרים, ובעיקר אחיות. אכן, בסקירה סיסטמטית שבחנה את הידע והעמדות של אחיות בנוגע לטיפול באנשים עם דמנציה, נמצא כי יש להם ידע ומיומנויות מוגבלים בתחום, וגם רמת בטחון נמוכה באשר ליכולתם ליישם טיפול הממוקד באדם עם ירידה קוגניטיבית (Evripidou, Charalambous, Middleton, & Papastavrou, 2018). גם במחקר איכותי אשר נערך בקרב אחיות, נמצא כי אחיות מדווחות על קשיים ליישם את גישת "המטופל במרכז" עם אנשים עם ירידה קוגניטיבית (Nilsson, Rasmussen, & Edvarsson, 2013).

6.3 התאמת המודל המורחב של תיאוריית ההתנהגות המתוכננת להבנת הנושא הנחקר

בספרות מודגשת חשיבות השימוש במסגרת תיאורטית בכלל ובתיאוריה להתנהגות מתוכננת בפרט, להבנת התנהגויות ונכונות להתנהג בקרב אנשי מקצוע (Godin, Belanger-Gravel, Eccles, & Grimshaw, 2008). בהתאם לכך, סקירת ספרות בה נכללו 20 מחקרים הוכיחה כי תיאוריה זאת מספקת מסגרת נאותה להבנת התנהגותם של אנשי מקצועות הבריאות לקבלת החלטות משותפת (Thompson-Leduc, Clayman, Turcotte, & Légaré, 2014). למרות חשיבותה של סקירה זאת, יש לציין כי כללה רק מחקר אחד שבוצע במסגרת של בית חולים, לא כללה אף מחקר אשר התייחס לאנשים עם ירידה קוגניטיבית, ובעיקר בחנה רק אספקט אחד של הגישה הנחקרת. על כן, למיטב ידיעתנו, המחקר הנוכחי הוא הראשון המוכיח את התאמתו של מודל מורחב של תיאוריית ההתנהגות המתוכננת לבחינת עמדות הצוות הרפואי ליישם את גישת "המטופל במרכז" בבתי חולים באנשים עם ירידה קוגניטיבית. צירופם של המשתנים הקלאסיים של התיאוריה עם משתנים ייחודיים לנושא המחקר הסבירו בין חמישית לשליש מהשונות המוסברת בכל אחד מממדי המשתנה התלוי. בין המשתנים הקלאסיים, בלטה תרומתה של תפיסת המשתתפים בנוגע לשליטתם החיצונית, אשר כזכור, משקפת את המידה בה המשתתפים סבורים שיש הנחיות ארגוניות התומכות ביישום הגישה. ממצא זה דומה לממצאים של מחקרים קודמים המדגישים את תלותם של הצוות הרפואי בבתי חולים בגורמים חיצוניים כגון, הנחיות קליניות ברורות באשר לטיפול המורכב באנשים עם דמנציה (Brossard Saxell et al., 2019; Scerri & Scerri, 2017). יש להניח שתלות זו נובעת במידה מסוימת מתחושות של אי ודאות ומהערכות של חוסר מיומנות (competence) לטפל באנשים אלה (Turner, Eccles, Elvish, Simpson, & Keady, 2015; Yang, Hsiao, Chang, Ma, & Wang, 2020). חשיבותן של הנחיות ארגוניות ברורות ליישום גישת "המטופל במרכז" משתקפת גם בתרומתו המרכזית של האקלים הארגוני להסבר המשתנה התלוי. גם מחקר שבחן את הגורמים המעודדים והמעכבים את יישומה של גישת "המטופל במרכז" בשלושה בתי חולים בגאנה, דווח שהעדר מחויבות ותמיכה מהנהגת בתי החולים מעכבים את יישום הגישה (Nkrumah & Abekah, 2019).

6.4

מגבלות וחזקות של המחקר

בדומה לכל מחקר, גם לנוכחי יש מספר מגבלות. ראשית, נעשה שימוש במדגם נוחות המגביל את יכולותינו להכליל ממצאי המחקר. שנית, השימוש במערך רוחבי לא מאפשר לנו להסיק בנוגע לקשרים סיבתיים. שלישית, לא ניתן לשלול מספר הטיות כגון, רציה חברתית, אם כי אנו סבורים שאופיו האנונימי של השאלון עזר למזער הטיה זאת. רביעית, המשתנים הקלאסיים והייחודיים שנחקרו הסבירו אחוז צנוע של השונות במשתנה התלוי. ממצא זה מדגיש את הצורך בהכנסת משתנים מסבירים נוספים.

למרות מגבלות אלה למחקר הנוכחי מספר תרומות ייחודיות. ראשית, הוא מבוסס על מסגרת תיאורטית מוכרת ומוכחת – תיאוריית ההתנהגות המתוכננת. על כן, הוא מאפשר לנו ללמוד מה הם הגורמים העיקריים בהם יש לטפל על מנת להרחיב את יישום הגישה הנחקרת ובכך להיטיב את איכות הטיפול הניתן לאנשים עם ירידה קוגניטיבית המאושפזים בבתי חולים.

שנית, בעוד שרוב המחקר בנושא עד היום התרכז באוכלוסיית האחיות בבתי חולים בלבד, המדגם שלנו כלל גם רופאים ואנשי מקצועות הבריאות. מכיוון, שטיפול משותף ומתואם של אנשי מקצוע שונים הוא אחד העקרונות המרכזיים של גישת "המטופל במרכז" באנשים עם דמנציה, המחקר הנוכחי הוא הראשון המדגיש את הצרכים הייחודיים של כל מקצוע. שלישית, השימוש בכלים מובנים ותקפים, אפשר לנו להגיע לתוצאות ברורות הניתנות לרפליקציה במדגמים חדשים.

7. מסקנות והמלצות

לסיכום, המחקר הנוכחי מאפשר לנו להסיק מסקנות ולנסח המלצות חשובות, הן ברמה התיאורטית, הן ברמה היישומית והן למקבלי החלטות וקובעי מדיניות.

ברמה התיאורטית, המחקר מוכיח כי השימוש במודל מורחב של תיאוריית ההתנהגות המתוכננת מהווה מסגרת נאותה להבנת הנושא הנחקר. תרומה זו חשובה בעיקר כי הוכח שתוכניות הכשרה והתערבות לצוות הרפואי, המונחות על ידי מודלים תיאורטיים, יעילות ומוצלחות יותר, בעיקר כאשר מדובר בנושאים רגישים ומורכבים (Godin et al., 2008; Hobday, Gaugler, & Mittelman, 2017).

ברמה היישומית, כצעד ראשון מומלץ לדון לעומק ולפתח הנחיות קליניות ברורות המשקפות את עמדת מקבלי ההחלטות ומנהלי בתי החולים באשר ליישום גישת "המטופל במרכז" בכלל בארגון, ועם אנשים עם ירידה קוגניטיבית בפרט. הנחיות אלה חייבות להגדיר את תפקידם והתנהגותם של הצוות הרפואי לא רק עם האדם המאושפז, אלא גם עם בני המשפחה המלווים אותו (Prato et al., 2019).

כצעד שני ולאור תוצאות המחקר המדגישות את חשיבותן של הנחיות ברורות ומפורשות ואקלים שירות התומך באימוץ הגישה, מומלץ לפתח תכניות מיוחדות – המונחות על ידי תיאוריות קוגניטיביות להתנהגות בריאותית - להכשרת הצוות הרפואי בבתי חולים ביישום גישת "המטופל במרכז" באנשים עם ירידה קוגניטיבית. תכניות אלה יכולות להיות חלק מיוזמות כלליות להגברת הידע והמיומנויות הכלליות בטיפול באוכלוסייה זאת (Leggett et al., 2019) או תכניות התערבות מיוחדות בנושא.

מספר מחקרים שפורסמו לאחרונה מראים כי תכניות כאלה הן יעילות גם אם מועברות דרך האינטרנט (Barbosa, Sousa, Nolan, & Figueiredo, 2015; Giguere et al., 2018; Surr et al., 2016). אך, ללא קשר לדרך העברת ההנחיות ותכניות ההתערבות, הן חייבות לכלול מספר עקרונות בסיסיים: מנהיגות, מעורבות כל הצוות הרב מקצועי בארגון, כולל הגדרות ברורות בנוגע לתפקיד הספציפי של כל איש מקצוע, מעורבותם של בני המשפחה של האנשים עם ירידה קוגניטיבית המאושפזים, ויצירת אווירה ארגונית מתאימה (Bokhour et al., 2018).

ברמת מקבלי החלטות וקובעי המדיניות, לאור החשיבות המרכזית הניתנת היום ליישום גישת "המטופל במרכז" במערכת הבריאות בישראל (המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הביאות, 2017), תרגומו ותקיפותו של ה- POPAC במחקר הנוכחי, נותן למקבלי החלטות כלי חשוב למעקב אחרי יישום הגישה באנשים עם ירידה קוגניטיבית במסגרות טיפול שונות בכלל ובבתי חולים בפרט.

8. רשימת מקורות

המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות. (2017). כנס ים-המלח ה-17, המטופל המרכז: אתגר בעידן חדש.

Abdelhadi, N. & Drach-Zahavi, A. (2011). Promoting patient care: work engagement as a mediator between ward service climate and patient-centred care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1276 – 1287. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05834.x

Alzheimer's Association, (2019). *2019 Alzheimer's disease facts and figures*. *Alzheimer's & Dementia*, 15(3), 321-387. doi:10.1016/j.jalz.2019.01.010

Alzheimer's Association, (2017). *2017 Alzheimer's disease facts and figures*. *Alzheimer's & Dementia*, 13(4), 325-373. doi:10.1016/j.jalz.2017.02.001

Annear, M.J., Tierney, L.T., & Vickers, J.C. (2016). Counting the cost of dementia-related hospital admissions: A regional investigation. *Australasian Journal on Ageing*, 35(3), E32 – E35. doi:10.1111/ajag.12318

Barbosa, A., Nola, M., Sousa, L., & Figueiredo, D. (2015). Supporting Direct Care Workers in Dementia Care: Effects of a Psychoeducational Intervention. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other*, 30(2), 130-138. doi:10.1177/1533317514550331

Bickel, H., Hendlmeier, I., Heßler, J.B., Junge, M.N., Leonhardt-Achilles, S., Weber, J., & Schäufele, M. (2018). The Prevalence of Dementia and Cognitive Impairment in Hospitals. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(44), 733-740. doi:10.3238/arztebl.2018.0733

Bokhour, B.G., Fix, G.M., Mueller, N.M., Barker, A.M., Lavela, S.L., Hill,

J.N., ... VanDeusen Lukas, C. (2018). How can healthcare organizations implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation. *BMC Health Services Research*, 18(1),168. doi:10.1186/s12913-018-2949-5

Brooke, J., Cronin, C., Stiell, M., & Ojo, O. (2018). The intersection of culture in the provision of dementia care: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(17-18), 3241-3253. doi:10.1111/jocn.13999

Brossard Saxell, T.B., Ingvert, M., & Lethin, C. (2019). Facilitators for person-centred care of inpatients with dementia: A meta-synthesis of registered nurses' experiences. *Dementia*, doi:10.1177/1471301219871408

Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Lapkin, S., Wang, A., Liu, Z., & Williams, A. (2019). Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review. *PLOS ONE*, 14(2), e0212686. doi:10.1371/journal.pone.0212686

Constand, M.K., MacDermid, J.C., Bello-Haas, V.D., & Law, M. (2014). Scoping review of patient-centered care approaches in health care. *BMC Health Services Research*, 14(1), 271 – 279. doi:10.1186/1472-6963-14-271

Crowther, G.J., Bennett, M.I. & Holmes, J. (2017). How well are the diagnosis and symptoms of dementia recorded in older patients admitted to hospital? *Age and Ageing*, 46(1), 112 – 118. doi:10.1093/ageing/afw169

de Vries, K., Drury-Ruddlesden, J., & McGill, G. (2019). Investigation into attitudes towards older people with dementia in acute hospital using the Approaches to Dementia Questionnaire. *Dementia*, doi:10.1177/1471301219857577

Dewing, J., & Dijk, S. (2014). What is the current state of care for older

people with dementia in general hospitals? A literature review. *Dementia*, 15(1), 106-124. doi:10.1177/1471301213520172

Digby, R., Lee, S., & Williams, A. (2016). Interviewing people with dementia in hospital: recommendations for researchers. *Journal of Clinical Nursing*, 25 (7-8), 1156-1165. doi:10.1111/jocn.13141

Edvardsson, D., Nilsson, A., Fetherstonhaugh, D., Nay, R., & Crowe, S. (2013). The person-centred care of older people with cognitive impairment in acute care scale (POPAC). *Journal of Nursing Management*, 21(1), 79-86. doi:10.1037/t42565-000

Eklund, J.H., Holmström, I.K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., ... Meranius, M.S. (2019). "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling*, 102(1), 3-11. doi:10.1016/j.pec.2018.08.029

Evripidou, M., Charalambous, A., Middleton, N., & Papastavrou, E. (2018). Nurses' knowledge and attitudes about dementia care: Systematic literature review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(1), 48-60. doi:10.1111/ppc.12291

Fazio, S., Pace, D., Maslow, K., Zimmerman, S., & Kallmyer, B. (2018). Alzheimer's association dementia care practice recommendations. *The Gerontologist*, 58(1), S1-S9. doi:10.1093/geront/gnx182

Giguere, A.M.C., Lawani, M.A., Fortier-Brochu, E., Carmichael, P.H., Légaré, F., Kröger, E., ... Rodríguez, C. (2018). Tailoring and evaluating an intervention to improve shared decision-making among seniors with dementia, their caregivers, and healthcare providers: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 19(1), 332. doi:10.1186/s13063-018-2697-1

Godin, G., Belanger-Gravel, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (2008). Healthcare

professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implementation Science*, 3(1), 36. doi:10.1186/1748-5908-3-36

Grealish, L., Chaboyer, W., Harbeck, E., & Edvardsson, D. (2017). The person-centred care of older people with cognitive impairment in acute care (POPAC) scale – psychometric evaluation. *Journal of Nursing Management*, 25(2), 139-147. doi:10.1111/jonm.12451

Hashjin, A.A., Kringos, D.S., Manoochehri, J., Ravaghi, H., & Klasinga, N.S. (2014). Implementation of patient safety and patient-centredness strategies in Iranian hospitals. *PlosOne*, 9(9), e108831. doi:10.1371/journal.pone.0108831

Henderson, A., Winch, S., Holzhauser, K., & De Vries, S. (2006). The motivation of health professionals to explore research evidence in their practice: an intervention study. *Journal of Clinical Nursing*, 15(12), 1559-1564. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01637.x

Heyman, N., Osman, I., & Ben Natan, M. (2020). Ageist attitudes among healthcare professionals and older patients in a geriatric rehabilitation facility and their association with patients' satisfaction with care. *International Journal of Older People Nursing*, doi:10.1111/opn.12307

Hobday, J.V., Gaugler, J.E., & Mittelman, M.S. (2017). Feasibility and Utility of Online Dementia Care Training for Hospital Staff: The CARES® Dementia-Friendly Hospital™ Program. *Research in Gerontological Nursing*, 10(2), 58-65. doi:10.3928/19404921-20170131-01

Hunter, S.W., Armstrong, J., Silva, M., & Divine, A. (2019). Physiotherapy students' attitudes toward working with people with dementia: A cross-sectional survey. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 38(1), 56-66. doi:10.1080/02703181.2019.1690088

Hunter, S.E., & Divine, A. (2019). Understanding the factors influencing physiotherapists' attitudes towards working with people living with dementia. *Physiotherapy Theory and Practice*, doi:10.1080/09593985.2019.1710883

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Retrieved from <https://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality.pdf>.

Karantzas, G.C., McCabe, M.P., Mellor, D., Treuer K.V., Davison, T.E., O'Connor, D., ... Konis, A. (2016). Organizational climate and self-efficacy as predictors of staff strain in caring for dementia residents: A mediation model. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 66, 89-94. doi:10.1016/j.archger.2016.05.006

Keuning-Pantinga, A., Finnema, E.J., Krijnen, W., Edvardsson, D., & Roodbol, P.F. (2020). Validation and psychometric evaluation of the Dutch person-centred care of Older People with cognitive impairment in Acute Care (POPAC). *BMC Health Service Research*, doi:10.21203/rs.2.22472/v1

Krupat, E., Hiam, C.M., Fleming, M.Z., & Freeman, P. (1999). Patient-centeredness and its correlates among first year medical students. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29(3), 347-356. doi:10.2190/dvcq-4lc8-nt7h-ke0l

Kumar, R., & Chattu, V.K. (2018). What is in the name? Understanding terminologies of patient-centered, person-centered, and patient-directed care! *Journal of Family Medicine and Primary care*, 7(3), 487-488. doi:[10.4103/jfmpc.jfmpc_61_18](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_61_18)

Leggett, A., Connell, C., Dubin, L., Dunkle, R., Langa, K.M., Maust, D.T., ... Kales, H.C. (2019). Dementia care across a tertiary care health system: What exists now and what needs to change. *Journal of the American Medical Directors*, 20(10), 1307-1312. doi:10.1016/j.jamda.2019.04.006

Lehmann, J., Michalowsky, B., Kaczyski, A., Thyrian, J.R., Schenk, N.S., Esser, A., ... Hoffmann, W. (2018). The Impact of Hospitalization on Readmission, Institutionalization, and Mortality of People with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 64(3), 735-749. doi:10.3233/JAD-171128

Lintern, T., Woods, R.T., & Phair, L. (2000). Before and after training: a case study of intervention. *Journal of Dementia Care*, 15 – 17.

Love, K., & Femia, E. (2015). Helping individuals with dementia live more fully through person-centered practices. *Journal of Gerontological Nursing*, 41(11), 9 – 14. doi:10.3928/00989134-20151015-02

Ma, C., Bao, S., Dull, P., Wu, B., & Yu, F. (2019). Hospital readmission in persons with dementia: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(8), 1170-1184. doi:10.1002/gps.5140

Moyle, W., Olorenshaw, R., Wallis, M. & Borbasi, S. (2008). Best practice for the management of older people with dementia in the acute care setting: A review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 3(2), 121 – 130. doi:10.1111/j.1748-3743.2008.00114.x

Nilsson, A., Lindkvist, M., Rasmussen, B.H., & Edvarsson, D. (2013). Measuring levels of person-centeredness in acute care of older people with cognitive impairment: evaluation of the POPAC scale. *BMC Health Services Research*, 13(1), 327 – 333. doi:10.1186/1472-6963-13-327

Nilsson, A., Rasmussen, B.H., & Edvarsson, D. (2013). Falling behind: A substantive theory of care for older people with cognitive impairment in acute settings. *Journal of Clinical Nursing*, 22(11-12), 1682-1691. doi:10.1111/jocn.12177

Nkrumah, J., & Abekah-nkrumah, G. (2019). Facilitators and barriers of patient-

centered care at the organizational-level: A study of three district hospitals in the central region of Ghana. *BMC Health Services Research*, 19(1), 900. doi:10.1186/s12913-019-4748-z

Pizzacalla, A., Montemuro, M., Coker, E., Martin, L. S., Gillies, L., Robinson, K., ... & Gusciora, J. (2015). Gentle persuasive approaches: introducing an educational program on an orthopaedic unit for staff caring for patients with dementia and delirium. *Orthopaedic Nursing*, 34(2), 101-107. doi:10.1097/nor.000000000000135

Pollard, S., Bansback, N., & Bryan, S. (2015). Physician attitudes toward shared decision making: A systematic review. *Patient Education Counseling*, 98(9), 1046-1057. doi:10.1016/j.pec.2015.05.004_

Prato, L., Lindley, L., Boyles, M., Robinson, L., & Abley, C. (2019). Empowerment, environment and person-centred care: A qualitative study exploring the hospital experience for adults with cognitive impairment. *Dementia*, 18(7-8), doi:10.1177/1471301218755878

Reynish, E.L., Hapca, S.M., De Souza, N., Cvorov, V., & Donnan, P.T. (2017). Guthrie B. Epidemiology and outcomes of people with dementia, delirium, and unspecified cognitive impairment in the general hospital: prospective cohort study of 10,014 admissions. *BMC Medicine*, 15, 140. doi:10.1186/s12916-017-0899-0

Rollow, W., & Cuchiara, P. (2016). Achieving value in primary care: The primary care value model. *The Annals of Family Medicine*, 14(2), 159-165. doi:10.1370/afm.1893

Scerri, A., Innes, A., & Scerri, C. (2016). Dementia training programmes for staff working in general hospital settings—a systematic review of the literature. *Aging & Mental Health*, 21(8), 783-796. doi:10.1080/13607863.2016.1231170

Scerri, A., & Scerri, C. (2017). Outcomes in knowledge, attitudes and confidence

of nursing staff working in nursing and residential care homes following a dementia training programme. *Aging & Mental Health*, 23(8), 919-928. doi:10.1080/13607863.2017.1399342

Schneider, B., White, S., & Paul, M.C. (1998). Linking service climate and customer perceptions of service quality: Test of a causal model. *Journal of Applied Psychology*, 83(2), 150 – 163. doi:10.1037/0021-9010.83.2.150

Shepherd, H., Livingston, G., Chan, J., & Sommerlad, A. (2019). Hospitalisation rates and predictors in people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, 17(1), doi:10.1186/s12916-019-1369-7

Sidani, S., & Fox, M. (2013). Patient-centered care: clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 28(2), 131-141. doi:10.3109/13561820.2013.862519

Sidani, S., Reeves, S., Hurlock-Chorostecki, C., Soeren, M.V., Fox, M., & Collins, L. (2018). Exploring Differences in Patient-Centered Practices among Healthcare Professionals in Acute Care Settings. *Health Communication*, 33(6), 716-732. doi:10.1080/10410236.2017.1306476

Surr, C.A., Smith, S.J., Crossland, J., & Robins, J. (2016). Impact of a person-centred dementia care training programme on hospital staff attitudes, role efficacy and perceptions of caring for people with dementia: A repeated measures study. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 144-151. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.09.009

Thompson-Leduc, P., Clayman, M.L., Turcotte, S., & Légaré, F. (2014). Shared decision-making behaviours in health professionals: A systematic review of studies based on the Theory of Planned Behaviour. *Health Expectations*, 18(5), 754-774. doi:10.1111/hex.12176

Timmons, S., Barrett, A., Browne, V., Manning, E., & Cahill, S. O' Sullivan, K.,

Woods, N., Meagher, D., O'Regan, N., Molloy, D.W., & Linehan, J. (2015). A multi-hospital study of dementia in older people admitted to acute hospitals: prevalence, associations and long-term outcomes. *Irish Ageing Studies Reviews*, 6(1), 105.

Toot, S., Devine, M., Akporobaro, A., & Orrell, M., (2013). Causes of hospital admission for people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(7), 463 – 470. doi:10.1016/j.jamda.2013.01.011

Travers, C. M., Beattie, E., Martin-Khan, M., & Fielding, E. (2013). A survey of the Queensland healthcare workforce: Attitudes towards dementia care and training. *BMC Geriatrics*, 13(1), 101. doi:10.1186/1471-2318-13-101

Turner, A., Eccles, F.J.R., Elvish, R., Simpson, J., & Keady, J. (2015). The experience of caring for patients with dementia within a general hospital setting: A meta-synthesis of the qualitative literature. *Ageing & Mental Health*, 21(1), 66-76. doi:10.1080/13607863.2015.1109057

Ware JE, J.r., & Gandek, B. (1998) Methods for testing data quality, scaling assumptions, and reliability: The IQOLA Project approach. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 945–952. doi:10.1016/s0895-4356(98)00085-7

Werner, P. (2004). The Theory of Reasoned Action and the Theory of Planned Behavior: Conceptual, Methodological, and Application Issues. In T. Bredow (Ed.). *Middle-range theories in nursing research* (pp. 125-147). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

World Health Organization. (2019). *Dementia*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Yang, Y.Y., Hsiao, C.H., Chang, Y.J., Ma, S.C., & Wang, J.J. (2020). Exploring dementia care competence of nurses working in acute care settings. *Journal of Clinical Nursing*, doi:10.1111/jocn.15190

שאלון המחקר

תפיסות בנוגע ליישום גישת המטופל בקרב אנשים עם דמנציה:
 השאלות הבאות מתייחסות לתפיסות שלך בנוגע למעורבות בפעולות המצדדות בגישת "המטופל במרכז" עם אנשים עם דמנציה. אנא דרג את התשובות הבאות מ 1 - אף פעם לא ועד 6 - כל הזמן.

האם במחלקה שלך:	אף פעם לא	1	2	3	4	5	6	כל הזמן
הצוות הרפואי מעריך את המצב הקוגניטיבי של מטופלים מבוגרים בזמן הקבלה.	1	2	3	4	5	6		
הצוות הרפואי עושה התאמות סביבתיות כדי למנוע גירוי יתר בקרב אנשים מבוגרים עם ירידה קוגניטיבית (לדוגמא: חדרים יחידים, הפחתת רעשים).	1	2	3	4	5	6		
הצוות הרפואי מאבחן סימפטומים של ירידה קוגניטיבית (לדוגמא: דמנציה, דליריום).	1	2	3	4	5	6		
הצוות הרפואי מקדיש יותר זמן למטופלים עם ירידה קוגניטיבית בהשוואה למטופלים בלי ירידה קוגניטיבית.	1	2	3	4	5	6		
הצוות הרפואי משאיר מטופלים עם ירידה קוגניטיבית לבד במחלקה.	1	2	3	4	5	6		
הצוות הרפואי משתמש בכלים מבוססי ראיות כדי להעריך את מצבם הקוגניטיבי של מטופלים מבוגרים (לדוגמא מבחן המיני-מנטל).	1	2	3	4	5	6		
הצוות הרפואי מתייעץ עם מומחים (לדוגמא גריאטר) אם נמצא שלמטופל יש ירידה קוגניטיבית.	1	2	3	4	5	6		
הצוות הרפואי משתמש בהנחיות מבוססות ראיות בטיפול באנשים מבוגרים עם ירידה קוגניטיבית.	1	2	3	4	5	6		
הצוות הרפואי משתמש במידע על הרקע האישי של מטופלים מבוגרים כדי לתכנן את הטיפול בהם (לדוגמא: הרגלים, תחומי עניין).	1	2	3	4	5	6		
הצוות הרפואי משתף בני משפחה בטיפול של אדם מבוגר עם ירידה קוגניטיבית.	1	2	3	4	5	6		
הצוות הרפואי מספק המשכיות בצוות המטפל באנשים מבוגרים עם ירידה קוגניטיבית (לדוגמא אותן אחיות לטיפול באותם אנשים ככל שניתן).	1	2	3	4	5	6		
הצוות הרפואי מעריך בשיטתיות האם אנשים מבוגרים עם ירידה קוגניטיבית מקבלים את הטיפול העונה לצרכים שלהם.	1	2	3	4	5	6		

6	5	4	3	2	1	הצוות הרפואי משתף אנשים מבוגרים עם ירידה קוגניטיבית בקבלת החלטות בטיפולים (עבורם) (לדוגמא: בדיקות, טיפולים).
6	5	4	3	2	1	הצוות הרפואי מוודא שאנשים מבוגרים עם ירידה קוגניטיבית עוברים בדיקות/התייעצויות במחלקה במקום ללכת למחלקות אחרות.
6	5	4	3	2	1	הצוות הרפואי דן בדרכים השונות להתאים את הטיפול המורכב לאנשים עם ירידה קוגניטיבית.

עמדות בנוגע לגישת המטופל במרכז בקרב אנשים עם דמנציה:
השאלות הבאות מתייחסות לעמדות שלך בנוגע לגישת "המטופל במרכז".
אנא דרג את התשובות מ 1 – מסכים במידה רבה ועד 5 – לא מסכים במידה רבה.

באיזו מידה אתה מסכים עם המשפטים הבאים	מסכים במידה רבה	מסכים	מסכים במידה מסוימת	לא מסכים	לא מסכים במידה רבה
זה חשוב שלאנשים עם דמנציה יהיו פעילויות מהנות ומעוררות כדי למלא את זמנם.	1	2	3	4	5
חשוב לתת לאנשים עם דמנציה כמה שיותר אפשרויות בחיי היום יום.	1	2	3	4	5
אנשים עם דמנציה יהיו יותר מרוצים כאשר יתייחסו אליהם בהבנה וברוגע.	1	2	3	4	5
אנשים עם דמנציה צריכים להרגיש שמכבדים אותם, כמו כל אדם אחר.	1	2	3	4	5
טיפול טוב בדמנציה כולל התייחסות הן לצרכים הרגשיים והן לצרכים הפיזיים של האדם.	1	2	3	4	5
זה לא משנה מה אתה אומר לאנשים עם דמנציה בגלל שבכל מקרה הם שוכחים את זה.	1	2	3	4	5
לאנשים עם דמנציה לעיתים קרובות יש סיבות טובות להתנהג כמו שהם מתנהגים.	1	2	3	4	5
לבלות עם אנשים עם דמנציה יכול להיות מהנה.	1	2	3	4	5
חשוב להגיב לאנשים עם דמנציה באמפטיה והבנה.	1	2	3	4	5
ישנם הרבה דברים שאנשים עם דמנציה יכולים לעשות.	1	2	3	4	5
אנשים עם דמנציה הם אנשים רגילים אשר צריכים הבנה מיוחדת על מנת למלא את הצרכים שלהם.	1	2	3	4	5

עמדות בנוגע לתהליך קבלת החלטות משותף:
השאלות הבאות מתייחסות לעמדות שלך בנוגע לתהליך קבלת החלטות משותפות.

אנא דרג את התשובות מ 1 – מסכים במידה רבה ועד 6 – לא מסכים במידה רבה.

לא מסכים במידה רבה					מסכים במידה רבה	באיזו מידה אתה מסכים עם המשפטים הבאים:
6	5	4	3	2	1	הרופא הוא מי שצריך להחליט על מה לדבר במהלך הביקור.
6	5	4	3	2	1	לעיתים קרובות זה יותר טוב למטופלים אם אין להם את ההסבר המלא על המצב הרפואי שלהם.
6	5	4	3	2	1	מטופלים צריכים לסמוך על הידע של הרופא שלהם ולא לנסות למצוא בעצמם מידע על מצבם.
6	5	4	3	2	1	הרבה מטופלים ממשיכים לשאול שאלות, אפילו שלא לומדים שום דבר חדש.
6	5	4	3	2	1	צריך להתייחס למטופלים כאל שותפים של הרופא, שווים במעמד ובכוח.
6	5	4	3	2	1	מטופלים בדרך כלל רוצים יותר בטחון מאשר מידע בנוגע למצב בריאותם.
6	5	4	3	2	1	כאשר המטופלים לא מסכימים עם הרופא שלהם, זה סימן שהרופא לא מקבל אמון וכבוד מהמטופל.
6	5	4	3	2	1	מטופל צריך להיות תמיד מודע שהרופא הוא האחראי.
6	5	4	3	2	1	כאשר מטופלים מחפשים בעצמם מידע רפואי, בדרך כלל יותר מבלבל מאשר עוזר.

נורמות סובייקטיביות:

אנא דרג את תשובותיך בסולם הנע מ - 1 לא מסכים במידה רבה ועד 7 - מסכים במידה רבה.

לא מסכים במידה רבה						מסכים במידה רבה	באיזו מידה אתה מסכים עם המשפטים הבאים:
7	6	5	4	3	2	1	אני מרגיש תחת לחץ חברתי ליישם את גישת "המטופל במרכז" עם אנשים עם דמנציה במחלקה שלי.
7	6	5	4	3	2	1	מצופה ממני ליישם את גישת "המטופל במרכז" עם אנשים עם דמנציה במחלקה שלי.
7	6	5	4	3	2	1	אנשי הצוות הרפואי מצפים ממני ליישם את גישת "המטופל במרכז" עם אנשים עם דמנציה במחלקה שלי.

חוללות עצמית:

דרג את התשובות הבאות בסולם הנע מ - 1 כלל לא בטוח ועד 7 – בטוח במידה רבה.

כאשר אתה מטפל באדם עם דמנציה, באיזו מידה אתה בטוח שאתה...	כלל לא בטוח					בטוח במידה רבה
יכול להבין למה הוא מגיב בצורה מאתגרת.	1	2	3	4	5	6
יודע באילו אסטרטגיות תקשורת להשתמש כדי להרגיע מטופל כשהוא נרגש.	1	2	3	4	5	6
יכול להבטיח סביבה שקטה לאנשים עם דמנציה	1	2	3	4	5	6

יכולת שליטה חיצונית:

באיזו מידה אתה סבור שיש בבית חולים בו אתה עובד הנחיות המחייבות יישום גישת "המטופל המרכז" עם אנשים עם דמנציה?

1 כלל לא	2	3	4	5	6	7 במידה רבה מאוד
----------	---	---	---	---	---	------------------

ידע סובייקטיבי ביחס למחלת אלצהיימר:

באיזו מידה אתה יודע על מחלת אלצהיימר?

1. בכלל לא 2. במידה מועטה 3. במידה בינונית 4. במידה רבה 5. במידה רבה מאוד

אקלים שירות:

השאלות הבאות מתייחסות לאקלים במחלקה בה אתה עובד. אנא דרג את התשובות מ – 1 גרוע ועד 5 מצוין.

מצוין	טוב	במידה בינונית	די גרוע	גרוע	כיצד תעריך את:
5	4	3	2	1	הידע והכישורים של המחלקה הנחוצים לספק טיפול ושירות איכותיים.
5	4	3	2	1	המאמצים במחלקה למדוד ולעקוב אחר מתן טיפול ושירות איכותיים.
5	4	3	2	1	התגמולים וההכרה המקובלים במחלקה עבור מתן טיפול ושירות איכותיים.
5	4	3	2	1	איכות הטיפול והשירות הניתן באופן כללי במחלקה
5	4	3	2	1	המנהיגות של הנהלת המחלקה כתומכת במאמצים לשיפור איכות הטיפול והשירות.
5	4	3	2	1	אפקטיביות התקשורת במחלקה הן עם העובדים והן עם החולים.
5	4	3	2	1	המתקנים, המכשירים, המבנה הפיזי והמשאבים הניתנים לצוות על מנת לתמוך במתן טיפול ושירות איכותיים.
5	4	3	2	1	איכות השירות שהמחלקה מקבלת מיחידות/ מחלקות אחרות בבית החולים והנדרשים על מנת לספק לחולים טיפול ושירות איכותיים.

פרטים אישיים:

שנת לידה: _____

מגדר: 1. זכר 2. נקבה

ארץ לידה: 1. ישראל 2. אסיה/אפריקה 3. אירופה/אמריקה 4. אחר _____

מצב משפחתי: 1. רווק 2. נשוי (או חי בזוגיות) 3. גרוש / פרוד / חד הורי 4. אלמן

האם אתה: 1. יהודי 2. מוסלמי 3. נוצרי 4. דרוזי 5. אחר

מידת דתיות: 1. חילוני 2. מסורתי 3. דתי 4. חרדי 5. אחר

פרטים מקצועיים:

מקצוע: 1. רופא/ה מומחה/ית ב _____ 2. רופא/ה מתמחה 3. רופא/ה סטג'ר

4. אח/ות מוסמכ/ת 5. אח/ות מעשית 6. עובד/ת סוציאלי/ת

מספר שנות לימוד _____

מספר שנות וותק במקצוע _____ מספר

שנות עבודה בארגון הנוכחי. _____

מחלקה בה אתה עובד: _____ מספר

שנות ניסיון עם אנשים עם דמנציה _____

אחוז המטופלים שלך עם דמנציה?

1. 0% - 10% 2. 11% - 30% 3. 31% - 50% 4. מעל ל 50%

האם עברת הכשרה בנושא גישת הטיפול "המטופל במרכז"?

1. לא 2. כן, במסגרת בית החולים 3. כן, במסגרת אחרת, פרט _____

פ
ע
ו
ל
ה
!