

חלק ב': תקציר ומילות מפתח - עברית

כותרת מלאה של המחקר

התנהגויות מקדמות בריאות בקרב אחיות ואחים בישראל והקשר שלהן לסביבה ארגונית, שחיקה, שביעות רצון מהעבודה ואיכות הטיפול הסיעודי.

חוקרים: שם מלא ושיוך מוסדי

ד"ר רחלי ווילף מירון, מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות; בית הספר לבריאות הציבור, הפקולטה לרפואה ע"י סאקלר, אוניברסיטת תל אביב
ד"ר איליה קגן, בית הספר למקצועות הבריאות, הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב
פרופ' נילי טבק, בית הספר למקצועות הבריאות, הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב
ד"ר אורן אסמן, בית הספר למקצועות הבריאות, הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב
גב' ליאורה ולינסקי, מחלקה לאיכות קלינית, מאוחדת שירותי בריאות

מילות מפתח

התנהגויות מקדמות בריאות, שחיקה, שביעות רצון, סביבת עבודה, איכות טיפול נתפסת, אחיות, ישראל

רקע מדעי

התנהגויות מקדמות בריאות חשובות לבריאותן של האחיות, לתפקידן במחנכות לבריאות ומודל לחיקוי למטופלים, ולמניעת שחיקה.

מטרות

לתאר התנהגויות בריאות ושחיקה בקרב אחיות בישראל ולבחון קשרים עם סביבת העבודה, שביעות רצון מהעבודה ואיכות טיפול נתפסת.

שיטות

שיטה כמותית-איכותנית, שכללה מחקר מקדים לבניית שאלון הסקר ; קבוצות מיקוד לחידוד תחומי השאלון ומחקר חתך באמצעות שאלון מקוון בקרב אחיות מ-19 מוסדות רפואה.

ממצאים עיקריים

3542 אחיות השיבו, 91% נשים; 64% עבדו בבי"ח. 53% סבלו מעודף משקל או השמנה. 64% לא השיגו את יעד הפעילות הגופנית, 66% ישנו פחות מ-7 שעות, 15% עשנו ו-47% דווחו על לחץ נפשי ניכר בעבודה. לרוב, הרגלי התזונה לא היו מטביים; מקום עבודה דורג נמוך כמקדם בריאות ($M=2.2\pm0.58$, סולם 1-5). ציון השחיקה היה 3.3, 3.4 ו-3.6 בקרב אחיות קהילה, אחיות בבי"ח ללא משמרות ואחיות בבי"ח עם משמרות, בהתאמה ($p<0.0001$). 68% דיווחו על שביעות רצון גבוהה מעבודתן ו-78% דיווחו על מתן טיפול איכותי, ממוקד מטופל. מין זכר ועבודה בבי"ח אופיינו ע"י הרגלי בריאות ותפיסת בריאות פחות טובים, שביעות רצון נמוכה יותר ושחיקה גבוהה יותר.

מסקנות

אחיות בישראל מדגימות אורח חיים לא בריא ורמת שחיקה גבוהה. שליש אינן שבעות רצון מעבודתן. תפיסת בריאות טובה קשורה עם פחות שחיקה, שביעות רצון גבוהה יותר ומתן טיפול איכותי. סביבת העבודה משפיעה על שביעות הרצון, הן ישירות והן דרך השפעתה על שחיקה.

השלכות לקובעי המדיניות

המחקר מצביע על צורך דחוף להפוך את סביבת העבודה למקדמת בריאות, במטרה לשפר את בריאות ותפקוד האחיות.

חלק ג': תקציר ומילות מפתח - אנגלית

Full title of research project

Health promoting behaviors among Israeli nurses and their association with organizational environment, burnout, job satisfaction and quality of care.

Investigators: full name and affiliations

Rachel Wilf-Miron, MD, MPH, The Gertner Institute for Epidemiology and Health Policy Research, School of Public Health, Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University

Ilya Kagan RN, PhD, , Nursing Department, School of Health Professions, Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University, Israel.

Nili Tabak, RN, PhD, Nursing Department, School of Health Professions, Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University

Oren Asman, LLB, PhD, Nursing Department, School of Health Professions, Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University

Mrs. Liora Valinsky, RN, MPH, Meuhedet Healthcare

Key Words

Health behaviors, nurses, Israel, work environment, burnout, job satisfaction, quality of nursing care

Abstract

Background

Health behaviors (HB) affect nurses' wellbeing, burnout, and their position as role models for patients.

Objectives

To describe HB and burnout among nurses and to examine associations with work environment, job satisfaction and quality of care.

Methodology

This mixed methods, three-stage study design, consisted of a pilot survey among 171 nurses, two focus groups (n=37) to elucidate and validate the survey items, and a cross-sectional multicenter survey by an on-line questionnaire, disseminated to nurses working in 19 healthcare organizations in Israel.

Results

Among 3,542 respondents, 91% were females and 64% worked at hospitals; 64% did not achieve the physical activity target, more than half reported unfavorable eating habits; 66% failed to perform recommended screening tests, 66% slept less than 7 hours, 15% were current smokers and 47% felt considerable emotional stress at work. Workplaces were rated low as health-promoting environments ($M=2.2\pm.58$; 1-5 scale). Mean burnout score was 3.3, 3.4 and 3.6 among community nurses, hospital nurses who do not work night shifts and those working night shifts, respectively ($p<0.0001$); 68% of respondents were satisfied with their job, and 78% reported providing appropriate, patient-centered care. Males and hospital nurses reported less favorable HB, higher stress and burnout and less job satisfaction, compared with community nurses.

Good perceived health and health promoting work environment predicted high job satisfaction, while high burnout predicted low job satisfaction. Better eating habits, perceived health and health promoting environment were associated with less burnout.

Conclusions

Israeli nurses, especially males and hospital nurses, demonstrated unfavorable health behaviors and considerable burnout, which may negatively affect their health and wellbeing.

Health policy implications

Our study addresses the urgent need to create a health promoting work environment, which might increase job satisfaction directly, or by reducing burnout. This intervention has the potential to improve nurses' wellbeing and retention, nursing care and public health.

חלק ה': Executive Summary- English

Health behaviors among Israeli nurses and their association with organizational environment, burnout, job satisfaction and quality of care.

Scientific Background

Nurses comprised a significant part of the Israeli healthcare workforce in 2018 – 68,500 nurses, compared with 29,580 physicians. Health behaviors (HB) affect nurses' wellbeing, burnout and their position as health educators and role models for patients.

Objectives

To describe HB and burnout among Israeli nurses and to examine associations with work environment, job satisfaction and quality of care.

Methodology

This mixed methods study consisted of three stages:

- 1) a pilot survey among 171 nurses, aimed at the development and validation of the study questionnaire;
- 2) two focus groups of hospital and community nurses (n=37) to elucidate and validate the survey domains and items and
- 3) a cross-sectional multicenter survey. At this third stage, an on-line questionnaire was disseminated by e-mail to all nurses working in 19 hospital and community-based healthcare organizations in Israel.

Findings

Among 3,542 respondents, 91% were females and 64% worked in a hospital setting; 64% of the respondents did not achieve the physical activity target, more than half reported unfavorable eating habits; 66% failed to perform screening tests as recommended, 66% slept less than 7 hours at night, 15% were current smokers and 47% felt considerable emotional stress at work. Workplaces were rated low as health-promoting environments (mean=2.2±.58; 1-5 scale). Mean burnout score was 3.3, 3.4 and 3.6 among community nurses, hospital nurses who do not work night shifts and those working night shifts, respectively ($p<0.0001$); 68% of respondents were satisfied with their job, while 78% of respondents reported providing appropriate, patient-centered care.

Male nurses and hospital-based nurses reported less favorable HB, higher emotional stress and burnout and less satisfaction with their job, compared with community nurses. For example, 29% of male, compared with 13% of female nurses, were current smokers ($p<.0001$). Mean burnout score in male and female nurses was 3.76 and 3.39, respectively ($p=.003$).

Good or very good perceived health and a health-promoting work environment, predicted higher job satisfaction. High burnout predicted low job satisfaction. Better eating habits, perceived health and a health promoting work environment were associated with less burnout.

Conclusions

Israeli nurses, particularly male nurses and hospital-based nurses, demonstrated unfavorable health behaviors and considerable burnout, which may negatively affect their health and wellbeing. There appears to be a direct effect of a health promoting work environment on job satisfaction, as was demonstrated using multivariate logistic regression that showed this association remained even after adjustment for burnout. Health promoting environments in healthcare facilities emerge as a potential focus for intervention, due to the association with positive health perception, higher job satisfaction and reduced burnout.

The combination of unfavorable health behaviors, relatively high proportion of nurses with low job satisfaction (32%) and high burnout levels, demands a call for urgent action.

Policy Implications and Recommendation

Our study emphasizes the urgent need for the creation of a health promoting work environment, which might increase job satisfaction both directly, or by reducing burnout. This intervention has the potential to improve nurses' wellbeing, quality of nursing care and public health. The call for action is directed towards decision makers at the Ministry of Health, including the Nursing Administration, as well as the local managements at the healthcare facilities. Improving the work environment will have a beneficial effect not only for the nurses but also for the healthcare system as a whole.

A gradual approach to improving healthcare facilities as health promoting workplaces is recommended. The first step should be to present the results of the current study to nursing and human resources administrators, both in the health funds and in the

hospitals. Every healthcare facility can start with easy-to-implement steps, such as a decision to serve healthy food during staff meetings; implementation of standing or walking staff meetings and appointments and providing the nursing staff with tips on how to prepare and pack healthy snacks or meals. Additional recommended steps are the development of standards for healthy nutrition at the cafeteria and vending machines; allowing an effective meal break during a shift and implementing measures that have been proved effective in reducing burnout.

Long term interventions should include accelerating the training of new nurses and improving the current nurse staffing, which is far below the OECD standards. Understaffing contributes to emotional stress and burnout and creates a barrier to the adoption of healthy behaviors during and after work.

We recommend planning and implementing an accompanying research study that would evaluate whether the above mentioned recommendations have been adopted by the healthcare organizations and if so, to evaluate its effectiveness on the major variables that have been studied by the present research.

חלק ה': דוח מדעי מפורט - עברית

הרקע המדעי

הקדמה

אימוץ התנהגויות מקדמות בריאות על ידי אחיות ואחים הוא בעל חשיבות משלושה היבטים: דאגה לבריאות ורווחת האחיות עצמן, שחשופות לסביבת עבודה עמוסה ושוחקת; שמירה על בריאותן ככוח העבודה המרכזי במערכת הבריאות; וחיזוק תפקידן החשוב כמחנכות לבריאות וכמודל לחיקוי עבור מטופלים.

בעשורים האחרונים גברה המודעות להשפעה המטיבה של ניהול אורח חיים בריא על תחלואה ותמותה. כך למשל, Nurses' Health Study הדגים כי ניתן למנוע 55% מסך מקרי המוות, 72% ממקרי המוות ממחלות לב וכלי דם ו-44% ממקרי המוות מסרטן, אם נצמדים להמלצות בארבעה תחומי סגנון חיים: פעילות גופנית (פ"ג), תזונה בריאה, שמירה על משקל גוף תקין והימנעות מעישון סיגריות (van Dam, 2008). לאחרונה התחזקה המודעות גם לנזקים הבריאותיים של מחסור בשינה (Schmid, 2014). חוסר פעילות גופנית, הרגלי אכילה לא סדירים כמו דילוג על ארוחת בוקר, צריכת מזון בעל ערך תזונתי נמוך וערך קלורי גבוה וחוסר שינה - תורמים כולם לעודף משקל והשמנה. מעל מחצית מהאוכלוסיה הבוגרת במדינות הארגון לשיתוף פעולה ופיתוח כלכלי (OECD) סובלת מעודף משקל או השמנה (OECD, 2017). השמנה קשורה עם תחלואה כרונית כמו מחלות לב וכלי דם, סוכרת מסוג 2 וסוגים מסוימים של סרטן (NIH, 2012).

התנהגויות בריאות של אחיות^א

^אמכאן ואילך נשתמש בלשון נקבה, לאור העובדה ש-86% מכוח העבודה הסיעודי בישראל מורכב מנשים. על רקע ההבנה בדבר הקשר בין אורח החיים לבין תחלואה, תמותה והשלכות כלכליות למערכת הבריאות, משקיעות לאחרונה מדינות רבות ובכללן ישראל, מאמצים ניכרים לקדם אורח חיים בריא בקרב התושבים. אנשי מקצועות הבריאות נמצאים בעמדה משמעותית לעודד אורח חיים בריא, עקב מעגלי השפעה ומפגש תדיר עם חלק גדול מהאוכלוסייה; עמדה שמאפשרת להם לקיים דיון על התנהגויות מקדמות בריאות; ומעמד כמקור מידע בר סמכות, אמין ומהימן בנושאים הקשורים לבריאות. תפקידן של האחיות חשוב במיוחד, בהיותן הקבוצה המקצועית הגדולה בשירותי הבריאות—68,500 אחיות ואחים בסוף 2018, מתוכם 14% אחים (כוח אדם במקצועות הבריאות, 2018); יש להן קשר ישיר מתמשך עם המטופלים ומשפחותיהם באשפוז ובקהילה; והן נתפסות כמודק התייחסות באשר להתנהגויות מקדמות בריאות. כך, למשל, ועדה שהוקמה על ידי ראש ממשלת בריטניה לדון בעתיד הסיעוד קבעה כי "יש להכיר באחיות כמודל לחיקוי לאורח חיים בריא, ועליהן לקחת אחריות אישית לבריאותן שלהן. על המעסיקים להעריך ולתמוך בבריאות ורווחת הצוותים" (Frontline Care, 2010). לכאורה אחיות, שהן בעלות ידע בנושאי בריאות בכלל וקידום בריאות בפרט, היו צפויות להתנהג בריא יותר מהאוכלוסייה הכללית. עם זאת, דיווחים שונים על התנהגויות בריאות של אחיות מעידים כי יש מקום לשיפור: מתוך מדגם מייצג של אחיות בתי החולים בארה"ב,

37% ו-28% דיווחו על ערכי מסת גוף (BMI) בתחום עודף משקל והשמנה, בהתאמה (Zapka, 2009). 62% מבין אחיות ומיילדות באוסטרליה, ניו-זילנד ובריטניה סבלו מעודף משקל או השמנה; שיעורים אלו נמצאו גבוהים יותר בהשוואה לאוכלוסייה הכללית בשלוש המדינות (Bogossian, 2012). מחקר אוסטרלי אחר מצא עודף משקל והשמנה רק באחיות צעירות יחסית (25-44) אך לא באחיות מבוגרות יותר ובאחים בכל קבוצות הגיל, בהשוואה לאוכלוסייה הכללית (Perry, 2018). בבריטניה נמצא כי, כמחצית מהאחיות בבית חולים אקדמי עמדו בהמלצות לפעילות גופנית, 35% צרכו חמש יחידות פרי וירק ביום ומחצית צרכו מזונות עתירי שומן וסוכר על בסיס יומי. רק 22% שנו 8 כוסות מים ביום וחמישית עישנו סיגריות (Malik, 2011). 44% מהאחיות בקנדה סבלו מעודף משקל או השמנה, בהשוואה ל-34% מקבוצת השוואה של נשים עובדות. שיעור המעשנות (19%) ושיעור אלו שלא עסקו בפעילות גופנית בשעות הפנאי (47%) היה דומה לקבוצת ההשוואה (Ratner, 2009). בבי"ח גדול בפילדפיה, מעל מחצית האחיות לא עסקו כלל בפ"ג בשעות הפנאי – שיעור גבוה מהשיעור הלאומי (Phipps, 2010). באוסטרליה, שיעור המעשנות עמד בשנת 2007 על 11%, שיעור נמוך מהאוכלוסייה הכללית (Berkelmans, 2011). סקר שנערך ב-2015 בקרב רופאים בישראל הדגים כי מבין 4832 המשיבים, 29% עמדו ביעדי פ"ג לפי ההמלצות המקצועיות (150 דקות שבועיות של פעילות בעצימות בינונית); שליש אכלו 5 יחידות פרי וירק ביום; מסת גוף של 57% היתה בתחום עודף משקל או השמנה; 8.5% עישנו; בהשוואה עם עמיתיהם בקנדה ובארה"ב, רופאי ישראל מנהלים אורח חיים פחות בריא (Wilf Miron, 2019). למרות שאחיות עובדות בסביבה דומה לזו של הרופאים, לא נחקרו ואינם ידועים מאפייני התנהגויות מקדמות בריאות בקבוצה זו.

תפקיד האחות בקידום בריאות המטופלים

לאחיות תפקיד מרכזי בהעצמת מטופלים לקידום בריאותם (Burggraf, 2012). מרבית הסטודנטיות לסיעוד מסכימות עם התפיסה לפיה על האחות להוות מודל לחיקוי לאורח חיים. רוב הנחקרות הסכימו, שישנו סיכוי גבוה יותר, שמטופלים יאמצו את המלצותיהן, אם הם יתפסו אותן כמיישמות המלצות אלו באופן אישי. עודף משקל והשמנה יתר היו קשורים עם עמדות שליליות יותר ביחס לתפקידן של המשיבות כמקדמות בריאות וחשיבותן כמודל לחיקוי. 60% טענו כי יתקשו לקדם התנהגויות שהן עצמן לא מיישמות (Blake & Harrison 2013). אחיות שמאמינות בחשיבות פעילות גופנית ונוטות לבצע פ"ג באופן סדיר, נטו יותר להמליץ ולעודד מטופלים לבצע פ"ג (Esposito, 2011).

מחקרים רבים תומכים בקשר מוכר הקשר קשר ידוע בין אורח החיים של המטופלים לבין תפקידם כמודל לחיקוי למטופלים ואפקטיביות הייעוץ וההכוונה שלהם לגבי התנהגות בריאה: מטופלים מציינים כי המלצת רופאה לאורח חיים בריא אמינה יותר בעיניהם אם היא חולקת אתם את אורח החיים שלה עצמה (Frank, 2000a). אורח החיים של רופאות נמצא מנבא חזק של ייעוץ מקדם בריאות וביצוע בדיקות סקר בקרב מטופליה, במחקר שאלונים בארה"ב (Frank, 2000b). גם במקרה של אחיות, מטופלים נטו יותר לבטוח בהמלצותיה של אחות במשקל תקין לעומת אחות

הסובלת מעודף משקל או השמנה (Hicks, 2008). סטודנטיות מבי"ס לסיעוד בישראל שעישנו, נטו פחות לתמוך בתפקיד פעיל של האחות במניעת עישון. תפיסת האחות כמודל לחיקוי הושפעה על ידי סטטוס עישון של המשיבות, הימצאותן בסביבת חברים מעשנים ועמדות לגבי תפקיד האחות במניעת עישון (Baron-Epel, 2005).

סביבת עבודה מקדמת בריאות

לאור העובדה שעובדים מבליים כ-60% משעות העירנות שלהם במקום העבודה, הגישה הרווחת היום היא כי מקום העבודה מייצר הזדמנות לקידום בריאות ומניעת תחלואה. ארגון הבריאות העולמי (WHO) גיבש מסמך מדיניות והציג מודל שמתייחס לסביבת עבודה כממשק של סביבה פיזית, סביבה פסיכולוגית ומשאבי הבריאות של העובד עצמו (Burton 2010). המסמך מסביר על דרך השלילה את ה"business case של מקום עבודה בריא: מקום לא בטוח ולא בריא גורם לעובד ללחץ ומתח סביב עבודתו; הלחץ גורם לתאונות, תחלואה, דיכאון, שחיקה וחוסר שביעות רצון מעבודה. אלו, מצדם, מובילים להיעדרויות ונשירת עובדים, פגיעה בתפוקות ועליה בהוצאות. בציר מקביל, לחץ בעבודה משפיע על מקבץ התנהגויות לא בריאות – עישון, חוסר פעילות גופנית ותזונה לא בריאה, שתורמים לתחלואה כרונית שגורמת אף היא להיעדרויות, תפוקה נמוכה ותחלופת גבוהה (Burton, 2010).

מקום עבודה בריא הוא "ארגון בעל חזון של בריאות ורווחה שמספק לעובדיו תנאים פיזיים, פסיכולוגיים, סביבתיים וארגוניים להגן ולשמור על בריאותם. ארגון בריא שם דגש ומאפשר למנהלים ולעובדים לקחת אחריות על בריאותם ולשפר אותה (Burton, 2010). ואכן, תכניות בריאות ורווחה במקומות עבודה נשאו תוך מספר מועט של שנים החזר על השקעה בזכות חסכון בעלויות רפואיות והקטנת העדרויות עובדים (Baicker, 2010) סקירת 1100 תכניות במקום העבודה לקידום בריאות ורווחת עובדים מ-45 ארצות הדגימה כי התכניות התייחסו בעיקר לסוגיות סטרים, פעילות גופנית, תזונה בריאה, ומניעת עישון. בין מרכיבי התכנית – אתר לקידום בריאות, מימון נבחרות ספורט, בדיקות להערכת סיכון בריאותי, חדרי כושר במחיר מוזל, תכניות לשפר את סביבת העבודה מבחינה חברתית ורגשית ומזון בריא במכונות ממכר מזון (Buck, 2009). עובדים שהשתמשו במידה רבה יותר במרכז בריאות שהועמד לרשותם במאיו קליניק, הפחיתו במסת הגוף שלהם וההוצאות הרפואיות שלהם היו נמוכות יותר.)

לבתי חולים ומרפאות קהילתיות יש תפקיד חשוב כמקדמי בריאות של הצוותים, המטופלים והציבור הרחב. למרות זאת נמצא כי, ברוב מתקני הבריאות המשרתים אוכלוסיית ילדים בקליפורניה, התזונה השולטת במכונות הממכר היא מזון דחוס קלורית ושתייה ממותקת. מיעוט המוסדות גיבשו מדיניות להגבלת החלופות שאינן בריאות (Lawrence, 2009). ראוי לציון ארגון קייזר פרמננטי שהנהיג שווקי איכרים ושבילי הליכה ורכיבת אופניים בין בתי החולים שלו והקהילה (Kaiser Permanente, 2011) סקר ראשון מסוגו בחן בשנת 2012 עד כמה רופאים ממדגם מתקנים רפואיים בארה"ב תופסים את מקום העבודה שלהם כסביבה מקדמת בריאות: 70% דיווחו כי הסביבה תומכת בתזונה,

60% דיווחו כי היא תומכת בפעילות גופנית ו-76% - תומכת בהנקה. 40% מהם דיווחו כי סביבת העבודה שלהם מקדמת את שלושת התחומים גם יחד - תזונה, פעילות גופנית והנקה (Goldsein) 2014. לגורמים סביבתיים השפעה רבה על התנהגויות הבריאות של הפרט ועל הימצאות עודף משקל או השמנה. מכאן שבית החולים או מתקן בריאות קהילתי צריכים לשמש "ספינת דגל" בעיצוב נורמות של אורח חיים בריא. ברוח זאת, הפיק המרכז לבקרת מחלות של ארה"ב (CDC) ב-2015 מסמך המלצות מומחים בשם Healthy hospital choices שמעודד את בתי החולים לקדם התנהגות בריאה, במטרה להשפיע על הקהילה כולה, ובכלל זה להטמיע מדיניות מזון בריא בכל מתקני בית החולים, כולל קפטיריות, מכונות ממכר, עגלות חטיפים וחנויות מתנות; לייצר הזדמנויות לפעילות גופנית כמו מסלולי הליכה, מרחבים ציבוריים; להקצות זמן ולאפשר נגישות למתקני אימון במהלך כל המשמרות; לאפשר חדרי הנקה והפסקות לשאיבת חלב לעובדים ולהפוך את כל הקמפוסים לחופשיים מעישון (CDC 2015).

השפעת סביבת העבודה של האחות

גורמים שקשורים למקצוע ומקום העבודה, דוגמת עומס, שעות עבודה ארוכות, עבודת משמרות, דרישות גבוהות לצד שליטה מוגבלת ועומס רגשי - מוכרים כתורמים להתנהגויות בריאות לא מטביות בקרב אחיות. שעות עבודה ארוכות, ועבודה במשמרות קשורים להשמנה, ככל הנראה בגלל השפעה על איכות השינה (Schulte, 2007; Buss, 2012). עבודת משמרות תוארה כמגבירה תחושת לחץ בעבודה. מטהאנליזה של 17 מחקרים מצאה כי אחיות שעובדות משמרות סבלו יותר מעודף משקל, תזונה לקויה ועישון יותר (Zhao, 2008). עובדי משמרות לילה היו חשופים ל"healthy food vacuum" בהעדר נגישות לחלופות תזונתיות בריאות. במחקר שנערך במרכז הרפואי רמב"ם נמצא כי, 72% מעובדי הסיעוד עבדו בצירופים שכללו משמרות ערב ולילה. בקרב עובדי המשמרות, אחיות סבלו באופן מובהק יותר מאחים מהפרעות שינה (Admi, 2008).

מחקרים העוסקים בבריאות תעסוקתית קושרים בין תחושת השליטה בעבודה לשביעות רצון ומראים כי, דרישות גבוהות במקום העבודה יכולות להוות גורם מקדם בריאות או גורם הגורם לחולי - הכל תלוי באם הדרישות מלוות במשאבים חיוביים כגון אוטונומיה ותמיכה סביבתית. מכאן שיש להתייחס למרכיבים של העצמה, תמיכה ותחושת שליטה במקום העבודה כחלק בלתי נפרד מקידום בריאות במקום העבודה (Torp, 2013). האחיות עצמן מתייחסות לתחושת האוטונומיה המקצועית ותמיכה סביבתית כחלק בלתי נפרד ממרכיבי מקום עבודה מקדם בריאות. במחקר איכותני בשיטת דלפי המליצו אחיות כי סביבת עבודה מקדמת בריאות תכיל התייחסות לתחושת השליטה על תהליכי עבודה, תמיכה והתייחסות לפרט (Doran, 2014). בדרום קוריאה, אחיות שעבדו במחלקות שבהן האחיות האחראיות הפגינה מנהיגות ותמיכה בצוות, הראו אחריות טובה יותר לגבי בריאותן ועסקו יותר בפעילות גופנית (Cho, 2018). תכנית בת 5 שנים לקידום בריאות עובדי מערכת הבריאות הממלכתית (NHS) כללה התערבויות מגוונות לעידוד פעילות גופנית, תזונה בריאה, גמילה מעישון והתייחסות למצב הנפשי של העובדים. רכיבי התכנית גובשו בהתאמה לצרכי ורצונות העובדים.

התכנית שיפרה משמעותית את שיעור העובדים שעמדו ביעדי פעילות גופנית המומלצים והקטינה את צריכת המשקאות הממותקים. עובדים שהיו פעילים יותר חוו תמיכה חברתית בסביבתם לעשות זאת. התכנית הובילה להעצמה ותחושת לכידות שבהמשך יצרו שביעות רצון מהעבודה ותפקוד טוב יותר, כולל פחות היעדרויות על רקע מחלה (Blake, Zhou, & Batt, 2013).

תסמונת שחיקה מתייחסת לתגובת עובדים לסטרס כרוני במקצועות בעלי אינטראקציה תכופה עם קהל (Freudenberger, 1974) ומשלבת תשישות רגשית, דה-פרסונליזציה והעדר מימוש עצמי. לשחיקה השלכות מגוונות על תפקודה של האחות: היא הופכת פחות רגישה, יוזמתה יורדת ויחסיה עם המטופל ומשפחתו עלולים להיפגע. שחיקה גורמת לירידה בפרודוקטיביות ולהיעדרויות תכופות, ומעלה את שיעור התחלופה ונשירת האחיות ממקומות העבודה (Fagin, 1996). בקרב אחיות בתי חולים בארה"ב, נמצא כי ביחידות בהן היה ציון מספק של אחיות, תמיכה ניהולית באחות ויחסים טובים בין אחיות ורופאים, המטופלים היו יותר שבעי רצון והאחיות דיווחו פחות על שחיקה (Vahey, 2004). במחקר שנערך בארה"ב בקרב 10,000 אחיות, הדגימו 43% מהן רמת שחיקה רגשית גבוהה ו-41% דיווחו על חוסר שביעות רצון מתפקידן הנוכחי. אחיות שעבדו בבתי חולים עם היחס הגבוה ביותר של מטופלים לאחות, הדגימו רמות גבוהות פי שניים של שחיקה וכמעט פי שניים של שביעות רצון מעבודתן בהשוואה לבתי חולים עם יחס מטופלים לאחות הנמוך ביותר (Aiken, 2002). מחקר שנערך בקרב 54,000 אחיות באירופה וצפון אמריקה, מצא קשר הפוך בין שחיקת אחיות לאיכות הטיפול, כפי שדווחה ע"י האחיות. קשר זה נמצא בכל המדינות המשתתפות, והיה קיים גם בנטרול מאפייני האחות ותנאי העבודה (Poghosyan, 2010).

סקר שחיקה לאומי ראשון מסוגו בישראל, שנערך בשנת 2018 בקרב כ-43,000 עובדי מערכת הבריאות, העלה רמת שחיקה גבוהה בקרב רופאים ואחיות – 3.59 ו-3.51, בהתאמה. ציון מעל 3.0 נחשב במערכות בריאות בעולם כקריאה להתערבות דחופה (תוצאות סקר השחיקה, 2018). נמצא קשר חיובי בין ציון כולל בהתנהגויות מקדמות בריאות לבין חמלה, וקשר הפוך בין התנהגויות כאלו לבין שחיקה, בקרב אחיות בארה"ב (Neville, 2013). באחיות בית חולים נמצא קשר בין רמות גבוהות של מתח בעבודה לבין דיכאון וחרדה, וקשר הפוך בין רמת המתח בעבודה לבין שביעות רצון ואורח חיים בריא (Melnik 2013). תכנית אימון גופני בת 12 שבועות ברופאים מתמחים ברוצ'סטר הניבה שיפור משמעותי באיכות החיים והפחתה משמעותית במידת השחיקה, בהשוואה למתמחים שלא השתתפו בתכנית (Weight 2013).

לסיכום הסקירה, נושא התנהגויות מקדמות בריאות של אחיות בישראל לא נחקר במידה מספקת. ככל הידוע לנו, לא תועדה בחינה של סביבת העבודה של האחיות בקהילה ובאשפוז, בהקשר של קידום התנהגות בריאה. גם בעולם, המחקר על השלכות התנהגויות בריאות על שחיקה, שביעות רצון בעבודה ואיכות הטיפול הנתפסת, מצומצם יחסית. לא נמצאו דיווחים המתייחסים למכלול הקשרים בין מאפיינים אישיים וסביבת עבודה מקדמת בריאות לבין התנהגויות בריאות והשלכות התנהגויות אלו על שחיקה, שביעות רצון מעבודה, תפקוד מקצועי ואיכות הטיפול הסיעודי.

שאלות המחקר

המחקר נועד להשיג, לראשונה בישראל בהיקף ארצי, את המטרות הבאות:

- א. לבחון התנהגויות מקדמות בריאות של אחיות העובדות במסגרות אשפוז וקהילה בישראל.
- ב. לבחון קשר בין מאפיינים אישיים וסביבת עבודה לבין התנהגות בריאות בקרב אחיות.
- ג. לבדוק קשר בין התנהגות בריאות לבין תפקוד מקצועי, שחיקה, שביעות רצון מעבודה ואיכות הטיפול הסיעודי בקרב אחיות.

שיטות העבודה

הליך

מדובר במחקר תיאורי-מתאמי, תלת-שלבי.

בשלב הראשון נערך מחקר כמותי מקדים (פיילוט) שמטרתו פיתוח ותיקוף שאלון מורחב וגיבוש גרסה מקוצרת וממוקדת של השאלון. כדי להימנע מהטיות והקטנת מדגם האחיות שהשתתפו במחקר הראשי, הוחלט לאסוף נתונים בקרב אחיות פעילות הלומדות בקורסים מקצועיים במסגרות להכשרה סיעודית מתקדמת בבתי ספר לסיעוד או הלומדות לתארים אקדמיים. מחקר קודם (Melnikov, et al., 2014) שנערך בקרב אוכלוסיית יעד דומה לזו שהשתתפה בשלב הראשון של המחקר הנוכחי, הדגים כי 62.3% מתוכן עובדות תוך כדי הלימודים במשרה מלאה, הוותק הממוצע בעבודה שלהן הוא 11.8 שנים. מסיבה זו הן יכלו לשמש קבוצה מתאימה לענות על השאלון המלא ולשמש לתיקוף כלי המחקר המורחב. נאספו נתונים בקרב מדגם נוחות של 172 אחיות הלומדות בתכנית אקדמיות של החוג לסיעוד באוניברסיטת תל אביב ושל המכללה אקדמית רמת גן. הנתונים נאספו באמצעות שאלון שכלל תת-פרקים מתוקפים מהספרות. המחקר המקדים סיפק נתונים לביצוע בדיקת השאלון, מהימנות פרקיו, שיתוף פעולה של הנבדקים והתפלגות משתני המחקר.

השלב השני בוצע בגישה איכותנית. 37 אחיות (26 מאשפוז ו-11 מקהילה) השתתפו בשתי קבוצות מיקוד שנועדו לבחון מאפיינים של התנהגויות בריאות, סביבת העבודה כבסיס לגיבוש השאלון הסופי. כל קבוצה נפגשה למפגש יחיד בן 3 שעות, בהנחיית מנחה מקצועי. המשתתפות גויסו על בסיס התנדבותי, מתוך מוסדות הרפואה שהסכימו להשתתף במחקר. בשתי הקבוצות נדונו משתני המחקר המרכזיים תוך בירור המאפיינים הייחודיים כפי שבאים לידי ביטוי בעבודה של אחות באשפוז ובקהילה. בסיום הדיאלוג בקבוצה קבלו המשתתפים הסבר על המחקר העיקר שיתבצע בשלב השלישי והוצג בפניהם השאלון בגרסה ששימשה במחקר המקדים. הם התבקשו לבחון היגדים ולשפוט את התאמת השאלון למטרות של המחקר העיקרי. צוות החוקרים דן בסוגיות שעלו

ובהמלצות משתתפי קבוצות המיקוד וטרח על קיצור השאלון בהתאמה לגרסה מקוונת, ששימשה לשלב השלישי.

על בסיס ממצאי המחקר המקדים וקבוצות המיקוד, גובש השאלון הסופי בגרסתו המקוצרת, לקראת איסוף הנתונים בצורה מקוונת, בשלב השלישי של המחקר. קבלת ההסכמה להשתתפות בשני שלבי המחקר הראשונים בוצעה על פי הכללים ובהתאם לאישור ועדת אתיקה של אוניברסיטת תל-אביב.

בשלב השלישי בוצעו:

1. גיוס מוסדות בריאות שישתתפו במחקר – לאחר קבלת אישור של וועדת האתיקה של אוניברסיטת תל אביב, בוצעה פנייה בהצעה להשתתף במחקר אל 28 המוסדות הרפואיים הציבוריים בישראל (בתי חולים כלליים ו-4 קופות החולים). 16 מוסדות הסכימו להשתתף. החוקרים הקפידו על פיזור מוסדות בפריסה גיאוגרפית. למשתתפים הובטחה אנונימיות המוסדות המשתתפים, הן בדוח המחקר והן בפרסומים.

2. בניית שאלון מקוון והכנת התשתית להפצתו – השאלון הוקם על ידי חברת Top Solution על בסיס תשתית ממוחשבת נמל"ה (ניהול משוב לקוחות הארגון, גרסה 6.5). השאלון טויב ונבדקה שימושיות ושימויות בפיילוט בקרב 10 נבדקים. שאלונים נשלחו לרשימות תפוצה של אחיות מוסמכות באמצעות מנהלות הסיעוד בכל מוסד. החוקרים הנחו את מנהלות הסיעוד באשר לפתיחת הלינק, מילוי השאלון, תמיכה וטיפול בתקלות בעת המילוי. ברוב הארגונים השליחה נעשתה דרך כתובות מייל של האחיות. בדיקה מדגמית העלתה כי תיבת הדואר האלקטרוני איננה פעילה בקרב כ-40% מהאחיות במוסד.

3. ביצוע המחקר הראשי – מחקר חתך, רב-מרכזי, בגישה כמותית. בוצע מדגם אשכולות בקרב אחיות מ-19 ארגוני בריאות, באשפוז ובקהילה, מאזורים גיאוגרפיים שונים. הנתונים נאספו במהלך ספטמבר-דצמבר 2018. התקבלו שאלונים מ-3542 משיבות ומשיבים. בתקופת איסוף הנתונים, עבדו במוסדות הרפואה שהשתתפו במחקר 18,120 אחיות מוסמכות, שהשתייכו למוסדות הבאים: 12 בי"ח כלליים, 3 קופות ומחוז הצפון של הקופה הרביעית, בי"ח פסיכיאטרי אחד, בי"ח גריאטרי אחד ושתי לשכות משרד הבריאות.

שיעור ההיענות של כלל המדגם עמד על 19.54% ונע בין 04.28% לבין 49.33%. ההיענות במוסדות רפואיים בקהילה הייתה גבוהה יותר בהשוואה להיענות האחיות שעבדו באשפוז (28.25% לעומת 13.25%). 54.31% מהמשתתפים במחקר עבדו באשפוז ו-28.59% עבדו בקהילה. 16.9% מהמשתתפים לא ציינו את שם המוסד בו עבדו, ככל הנראה מחשש לזיהויים.

המשתתפים

אוכלוסיית המחקר: אחים ואחיות מוסמכים, העובדים בארגונים רפואיים באשפוז ובקהילה בישראל. גודל המדגם חושב בהתבסס על הספרות ומתוך הנחה כי ייצגו ממוצעים של 3.8 לעומת 3.7 במשתני התוצאה (לדוגמה שביעות רצון, איכות נתפסת או שחיקה) בקבוצת ה"מתנהגים בריא" לעומת ה"המתנהגים לא בריא" עם סטיית תקן של 0.5 בשתי הקבוצות, כאשר היחס המספרי בין

שתי הקבוצות הוא 1 ל-3 (מתנהגים בריא/מתנהגים לא בריא). הערכת 33% "מתנהגים בריא" מתבססת על סקר התנהגויות מקדמות בריאות בקרב רופאי ישראל (Wilf Miron 2019). לפיכך, גודל המדגם לו אנו זקוקים כדי להוכיח הבדל מובהק בין שתי הקבוצות הוא 1048 (786 נבדקים בקבוצת ה"מתנהגים לא בריא" לעומת 262 בקבוצת ה"מתנהגים בריא"). גודל המדגם חושב בעזרת התכנה STATA SE 12. המדגם הנדרש לפי החישוב היה 1050 אחיות בפריסה ארצית. במטרה להשיג מספר זה של נבדקים ומתוך הערכת היענות צפויה של כ-20%, כמדווח ומקובל בספרות בהקשר לסקרים דיגיטליים ואיסוף נתונים מקוון, הוחלט לפנות לכ-5000 אחיות. בפועל, לאור ההסכמה הרחבה של הארגונים הרפואיים לקחת חלק במחקר, הפנייה הייתה למספר גדול יותר של ארגונים מכפי שתוכנן.

קריטריון הכללה: כלל האחיות (כלל האוכלוסייה) במוסדות ובארגונים המשתתפים במחקר כך שייצגו את אזורי הארץ ואת מגוון סוגי מוסדות הרפואה. קריטריון אי-הכללה: אחיות שאינן פעילות במקצוע או נמצאות בחופשת מחלה/חופשה ללא תשלום בתקופת המחקר.

3542 אחים ואחיות באשפוז ובקהילה השיבו לשאלון המחקר. רובן נשים (91.05%); בגילאי 23-74 ($M=44.77$, $SD=10.63$); המשיבות נעו מאחיות בתחילת דרכן ועד אחיות עם 50 שנות עשייה במקצוע, עם וותק ממוצע בסיעוד של 18.65 שנים ($SD=11.58$); הרב ילידי ישראל (59.83%); יהודים (84.51%); אחיות אקדמאיות עם תואר ראשון או שני (87.53%) שעובדות ליד מיטת החולה (52.84%) או בתפקיד משולב (34.47%); 33.72% בצעו משמרות לילה, עם ממוצע משמרות שבועיות בכלל המשיבות של 0.58 ($SD=0.94$; range 0-5). מאפייני המשתתפים המלאים מוצגים בטבלה מס' 1 (כל הטבלאות ראו נספח). ניתן לראות ממנה כי, רוב האחים והאחיות עובדים בין 33 ל-48 שעות בשבוע, שני שלישים אינם מבצעים משמרות לילה ואילו המבצעים, משלימים בין 1-2 משמרות בשבוע. כמחצית מכלל המשתתפים במחקר נמצאו מחוץ לטווח הנורמה של BMI, כאשר שליש מהם בעודף משקל (32.22%) וחמישית מהם סבלו מהשמנת יתר (20.5%). כשליש עישנו בעבר (20.03%) או מעשנים כיום (14.77%).

כלים

הנתונים נאספו באופן מקוון באמצעות שאלון מובנה למילוי עצמי. השאלון בחן את המשתתפים הבאים: (1) מאפייני סוציו-דמוגרפיים ואישיים (2) תפיסת בריאות (3) התנהגויות בריאות (4) סביבת עבודה מקדמת אורח חיים בריא (5) שחיקה בעבודה (6) שביעות רצון מהעבודה (7) תחושת לחץ בעבודה (8) מתן טיפול מותאם לצרכי המטופל ו-9) רמת התפקוד הנתפסת בעבודה.

1. מאפיינים אישיים וסוציו-דמוגרפיים שנאספו במסגרת המחקר: מגדר, שנת וארץ לידה, משקל (בק"ג, פעם אחרונה שנשקל) וגובה (בסנטימטרים, הערך האחרון שזכור) לחישוב מסת הגוף (BMI). מאפיינים מקצועיים ותעסוקתיים כללו מקום עבודה עיקרי - בחירה מתוך קטגוריות בתי חולים (כללי, גריאטרי, פסיכיאטרי, שיקומי), מרפאה ראשונית בקהילה, מרפאה שניונית בקהילה, לשכות בריאות/תחנות לבריאות המשפחה; תחום קליני עבור העובדות בבי"ח כללי: כירורגיות, פנימיות,

נשים ומיילדות, ילדים, חדרי ניתוח, ט"נ, אונקולוגיה, רפואה דחופה; וותק בסיעוד (בשנים); וותק במקום העבודה העיקרי הנוכחי (בשנים); היקף משרה (באחוזי משרה) - לפי חמש קטגוריות; אופי עבודה לפי סוג משמרות - בוקר, ערב, לילה (כמה מכל סוג בשבוע, בממוצע); הכשרה על בסיסית - קיום וסוגי ההכשרה (טקסט חופשי שיקודד לקטגוריות).

2. תפיסת בריאות עצמית נבדקה באמצעות היגד אחד. הנבדקים התבקשו להתייחס לשאלה "איך את מגדירה את מצב הבריאות שלך?" על פני סולם בן חמש דרגות בין גרוע (1) למצוין (5). הדירוג שימש ציון למצב בריאות של הנבדק כפי דווח על ידו.

3. התנהגויות בריאות נבדקו באמצעות שאלון שהורכב על בסיס ספרות ושאלון שנבנה, תוקף ושימש את סקר התנהגויות בריאות רופאים שנערך בישראל (Wilf Miron, 2019). הגרסה הנוכחית תוקפה במסגרת מחקר מקדים ועבודה בקבוצות המיקוד. השאלון בחן את ההיבטים הבאים:

פעילות גופנית - הנבדקים התבקשו לדווח על פעילות גופנית במאמץ בינוני (דוגמת הליכה מהירה, התעמלות לחיזוק שרירים, שחיה איטית, ריקוד או יוגה) ובמאמץ גבוה (דוגמת ריצה, רכיבת אופניים מהירה או אימון בעצימות גבוהה). חישוב היקף הפעילות הגופנית של הנבדק בשבוע בוצע באופן הבא: מספר פעמים של פעילות גופנית שמתבצעת בשבוע רגיל כפול מספר דקות לפעם, לחוד עבור מאמץ בינוני ולחוד עבור מאמץ גבוה. כל דקה במאמץ גבוה היא שוות ערך לשתי דקות של מאמץ בינוני ובאופן זה ניתן לחשב דקות מתוקננות לעצימות (ממוצע, טווח) ושיעור אלו שעומדים ביעד הפעילות המומלץ ע"י מומחים (150 דקות במאמץ בינוני או שווה ערך שלהן) (Oja, 2011).

תזונה והרגלי אכילה נבחנו באמצעות שאלות על הרגלי אכילה ותזונה: צריכת ארוחת בוקר, ארוחת צהרים, תזונה ים תיכונית, "ג'אנק פוד" ושתייה ממותקת; יציאה להפסקת אוכל מספקת במהלך העבודה. בשאלות לעיל הנבדק התבקש לדרג את תשובתו לפי סולם בין 1 (בכלל לא) ועד 5 (כל יום או כמעט כל יום). בנוסף, בשלוש שאלות הבאות, הנבדקים התבקשו לדווח על מידת הצריכה של יחידות פרי (לדוגמה תפוח אחד או כוס קוביות מלון) וירק (לדוגמה, עגבנייה, חצי כוס ירקות מבושלים) ביום, ושתייה של 8 כוסות מים ביום. בתגובה לשאלות אלו הנבדקים התבקשו לסמן את כמות הפריטים שנצרכו ביממה, על פני סולם בין 0 לבין 9 ויותר.

שעות ואיכות השינה - הנבדקים התבקשו לדווח על מספר שעות שינה ביממה על מענה לשאלה "כמה שעות ביממה את ישנה, בדרך כלל?" לפי סולם בין 1 (5 ופחות שעות) ועד 4 (8 ויותר שעות). כמו כן, הנבדקים התבקשו לדרג את תשובתם לשאלה "איך תדרגי את איכות השינה שלך בחודש האחרון?" לפי סולם בין 1 (גרועה) לבין 5 (מצוינת).

קשר עם רופא מטפל קבוע נבדקה באמצעות שאלה "האם יש לך רופא מטפל קבוע?", ("כן" או "לא").

ביצוע בדיקות סקר לגילוי מוקדם לפי ההמלצות המקובלות נבדקה באמצעות שאלה "באיזו מידה את מבצעת את בדיקות הסקר והמעקב המומלצות לגילך (לחץ דם, משטח פאפ, שומנים בדם, בדיקות לאיתור מוקדם של סרטן ועוד?)", כאשר הנבדקת התבקשה לדרג את תשובתה לפי סולם בין 1 (לא מכירה/המלצות ועד 4 (מבצעת/באופן מלא).

4. סביבת עבודה מקדמת אורח חיים בריא נבדקה באמצעות 10 היגדים לגבי ביטויים של קידום אורח חיים בריא בסביבת עבודה, כפי שאותרו בסקר לגבי סביבת עבודה מקדמת תזונה בריאה, פעילות גופנית והנקה בקרב רופאים בארה"ב (Goldstein, 2014) ועל בסיס ניירות עמדה של WHO, CDC ופרסומים אחרים (CDC 2015, Burton 2009, Buck 2009). בתחילה השאלון כלל 18 היגדים. בהיעדר מחקר שתיקף שאלות אלו בעברית בקרב אחיות, פרק זה עבר בדיקה, תיקוף וקיצור במסגרת המחקר המקדים (Kagan, Submitted) ובקבוצות המיקוד. תת-פרק זה כלל ההיגדים כגון: "יש תנאים המעודדים הגעה לעבודה באופניים או בהליכה ברגל"; "במכונות לממכר מזון יש מבחר מוצרי בריאות אטרקטיביים"; מתקיימת פעילות לקידום בריאות האחיות". המשיבים התבקשו לדרג את תשובתם לפי סולם ליקרט של 5 (1=כלל לא מאפיין, 5=מאפיין במידה רבה מאוד). ציון ממוצע חושב עבור כל נבדק ושימש כציון מייצג את הדיווח של האחים והאחיות לגבי המידה בה סביבת העבודה נתפסת כמקדמת בריאות. הציון הגבוה יותר ייצג סביבה בריאה יותר. מהימנות השאלון לפי אלפא קורנברך 0.71.

5. שחיקה בעבודה נבדקה בעזרת Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ) (Lundgren-Nilsson, et al., 2011) שנמצא בשימוש נרחב ונמצא כמהימן במחקר בקרב רופאים מתמחים בישראל (בר-אילן, 2011). במחקר הנוכחי נעזרנו בגרסה המקוצרת של השאלון בת 9 היגדים ששימשה לסקר השחיקה הארצי בקרב עובדי בריאות שנערך בישראל ב-2018 ובהתייעצות עם מחבר השאלון המקורי, פרופ' שירום (סקר השחיקה 2018). הנבדקים התבקשו לדרג את מידת הסכמתם עם כל היגד לפי סולם בין 1 (הסכמה נמוכה) עד 5 (הסכמה רבה). ככל שהציון הממוצע היה גבוה יותר כך השחיקה הייתה גבוהה יותר. במחקר הנוכחי (השאלון המקוצר) מהימנות הייתה לפי אלפא קורנברך 0.94.

6. שביעות רצון מהעבודה נבדקה באמצעות היגד אחד "אני שבעת רצון מעבודתי כאחות" משאלון שביעות רצון מעבודה (Meir & Yaari, 1988) ששימש גם במחקרים קודמים בישראל (Toren, 2011; Kagan, 2015). ההחלטה להשתמש בהיגד אחד התבססה על ממצאי מחקר מקדים (Kagan, Submitted) בו נמצא שהמתאם בין השאלה היחידה לבין השאלון המלא היה גבוה. הנבדקים התבקשו לדרג את התשובה על פי סולם ליקרט בין 1 (במידה מועטה מאוד) עד 5 (במידה רבה מאוד). ציון גבוה ייצג שביעות רצון גבוהה מעבודה.

7. תחושת הלחץ בעבודה נבדקה באמצעות ניתוח תשובות לשאלה "באיזו מידה את מרגישה שהנך נתונה בלחץ נפשי בעבודה?" (שתוקפה במחקר הרופאים (Wilf Miron 2019)). הנבדקים התבקשו לדרג את התשובה על פי סולם ליקרט בין 1 (במידה מועטה מאוד) עד 5 (במידה רבה מאוד). ציון גבוה ייצג תחושת לחץ גבוהה בעבודה.

8. מתן טיפול מותאם לצרכי המטופל ייצג, במחקר הנוכחי, את איכות הטיפול בחולה. המשתנה נבדק בעזרת היגד "אני מצליחה לתת למטופלים שלי טיפול שמותאם לצרכים שלהם" שנבחר משאלון אקלים בטיחות הטיפול של AHRQ (Rockville, 2004) ששימש למחקרה של פורת (פורת, 2010). ההיגד נבחר בעקבות ניתוח ממצאי המחקר המקדים ותיקוף השאלון בקבוצות המיקוד. הנבדקים

התבקשו לדרג את התשובה על פי סולם ליקרט בין 1 (לעיתים רחוקות מאוד) עד 5 (לעיתים קרובות מאוד). ציון גבוה ייצג טיפול מותאם יותר לצורכי הלקוח.

9. רמת התפקוד הנתפסת בעבודה נבדקה באמצעות שאלה אחת "כיצד היית מדרגת את רמת התפקוד שלך בעבודה יחסית לעמיתך, בחודש אחרון?" שנלקחה משאלון תפקוד מקצועי של אחות (Melnikov, et al., 2012), על בסיס ממצאי מחקר מקדים וקבוצות המיקוד. הנבדקים התבקשו לדרג את התשובה על פי סולם ליקרט בין 1 (גרוע) עד 5 (מצוין). ציון גבוה ייצג תפקוד מקצועי גבוה.

שיטות עיבוד הנתונים

המשתתפים תוארו על ידי סטטיסטיקה תיאורית: עבור משתנים קטגוריאליים חושבו שכיחויות ועבור משתנים רציפים חושבו ממוצעים וסטיות תקן. למשתני המחקר חושבו אינדקסים שיוצגו על ידי ממוצעי ציונים לכל פרק של השאלון. קשרים בין משתני רקע דמוגרפיים דיכוטומיים (מין וסוג עבודה (קהילה/בית חולים) ובין משתני הרגלי בריאות קטגוריאליים (כלומר פעילות גופנית, עישון, הרגלי תזונה, שעות שינה, ביצוע בדיקות סקר) נבדקו בעזרת מבחן חי בריבוע. קשרים בין מין וסביבת עבודה ובין משתני רקע אחרים רציפים (כלומר תפיסת בריאות וסביבת עבודה מקדמת בריאות) וכן משתני תפקוד רציפים (שחיקה, שביעות רצון, תחושת לחץ, מתן טיפול מותאם לצרכי המטופל ורמת תפקוד נתפסת) נבדקו בעזרת מבחן מאן ויטני. קשרים בין משתני רקע רציפים (גיל, BMI, מספר משמרות לילה בשבוע ומספר שעות עבודה בשבוע) ובין משתני רקע נוספים רציפים (תפיסת בריאות, סביבת עבודה מקדמת בריאות) וכן משתני תפקוד רציפים (שחיקה, שביעות רצון, לחץ, מתן טיפול מותאם) נבדקו בעזרת חישוב מקדם ספירמן. קשרים בין משתני רקע רציפים (מין, BMI, מספר משמרות לילה ומספר שעות עבודה) וכן משתני תפקוד רציפים (שחיקה, שביעות רצון, לחץ, מתן טיפול מותאם, תפקוד) ובין משתני הרגלי בריאות קטגוריאליים (הרגלי תזונה, פעילות גופנית, עישון, מספר שעות שינה מספק, ביצוע בדיקות סקר) נבדקו בעזרת מבחן מאן ויטני או קרוסקל וואליס ע"פ הנדרש.

לבסוף קשרים בין משתני רקע ותפקוד רציפים (תפיסת בריאות, סביבת עבודה מקדמת בריאות, שחיקה, שביעות רצון, מתן טיפול מותאם, תפקוד) לבין עצמם נבדקו בעזרת חישוב מקדם ספירמן. הנתונים נותחו בתכנת SAS גרסה 9.4.

ניתוח רגרסיה

על מנת לבדוק אלו משתנים מנבאים באופן בלתי תלוי שביעות רצון בעבודה ושחיקה בעבודה נעשה שימוש ברגרסיה לוגיסטית אורדינלית עם אופציית שיפועים בלתי שווים כאשר היה צורך בכך (SAS 9.4)

המשתנים שנבדקו כמשתנים מנבאים שביעות רצון בעבודה ושחיקה היו משתני דמוגרפיה ורקע: מוסד העבודה (קהילה לעומת בית חולים), לאום (יהודי לעומת לא יהודי), קבוצת גיל (מתחת ל-38, 38 עד 50) ומבוגר מ-50, מין, BMI (תקין לעומת לא תקין), ותפיסת בריאות (משתנה סודר בעל 5 רמות). בנוסף נבדקו משתני התנהגות בריאות: רופא מטפל קבוע (כן לעומת לא), ביצוע בדיקות סקר

באופן קבוע (כן לעומת לא), סביבת עבודה מקדמת בריאות (ציון רציף), פעילות גופנית (150 דקות שבועיות ומעלה לעומת פחות מ-150 דקות שבועיות), תזונה בריאה (ציון דיכוטומי: חיובי באם הנבדקים ענו על 5 פריטים לפחות מתוך 7 = נחשבו אוכלים בריא, שלילי = כל השאר כלומר אכלו בריא ב-4 או פחות היגדים), מספר שעות שינה (7 ויותר לעומת 6 או פחות מכך), עישון (מעשן היום או בעבר לעומת לא מעשן). עבור התוצא שביעות רצון, משתנה השחיקה (ממוצע תשובות לשאלון השחיקה) נבדק כמשתנה מסביר.

עקב הענות נמוכה בשאלות עבור גיל ומין הנבדק וריבוי ערכים חסרים במשתנים אלו, ביצענו אימפוטציה בה השלמנו 5 פעמים כל ערך חסר. לאחר מכן, על מנת לבחור משתנים המועמדים לניתוח הרב משתני נבחנו הקשר החד משתני בין המשתנים המנבאים הנ"ל למשתנים התלויים (שחיקה ושביעות הרצון), בתיקנון עבור גיל ומין.

המשתנים המסבירים הוכנסו לרגרסיה בבלוקים. ראשית הוכנסו משתנים מקבוצת המשתנים הדמוגרפיים לאחר מכן הוכנסו משתנים מקבוצת משתני התנהגות הבריאות ולבסוף עבור ניבוי שביעות הרצון הוכנס גם משתנה השחיקה כבלוק שלישי. בכל שלב המודל תוקן למין וגיל.

בכל מודל נבחנה הנחת הפרופורציונליות של הסיכויים (proportional odds assumption), כלומר שהקשר דומה לכל נקודת חיתוך בתוצא. כאשר ההנחה הופרה, אפשרנו שיפועים שונים עבור המשתנים שגרמו להפרת ההנחה, כלומר מודל של סיכויים פרופורציונליים חלקי (partial proportional odds model).

בכל שלב נבחרו למודל המרובה משתנים שהיו מובהקים בניתוח החד משתני ברמה של $p < 0.2$, ולאחר מכן הוסרו מהמודל בשיטת backward אם נמצאו לא מובהקים ברמה של $p < 0.05$. לאחר מכן שוב התווספו למודל משתנים שנמצאו מובהקים בניתוח החד משתני ($p < 0.2$) מבלוק המשתנים הבא (Stokes 2001).

אישורים אתיים לביצוע המחקר בשלבים השונים

הנתונים נאספו ב-21 מוסדות רפואיים, בהם נהוגה מדיניות שונה במקצת בכל הנוגע לביצוע מחקר באמצעות שאלון מובנה למילוי עצמי מרחוק. בשלבים הראשון והשני, המחקר פעל תחת הנחיות ובהתאם לכללים שנקבעו על ידי ועדת האתיקה של אוניברסיטת תל אביב. בשלב השלישי, מחברי המחקר פנו לוועדות הלסינקי הארגוניות בבקשה לקבל הנחיות לקבלת אישור לביצוע המחקר, בכל ארגון לשיטתו. בשלושה מרכזים רפואיים התבקשנו להגיש בקשה לוועדת הלסינקי מוסדית, במתכונת של הגשת מחקר ניסוי. בשאר המוסדות התקבל פטור מההגשה או לחלופין המחקר אושר בתת-ועדה עבור מחקרים לא התערבותיים. כל האישורים הוצגו למנהלות הסיעוד במוסדות וארגונים רפואיים, לפני תחילת איסוף הנתונים והפצת הקישור לשאלון המקוון.

ממצאים

סטטיסטיקה תיאורית

בפרק זה יובאו ממצאים תיאוריים של בדיקת התפלגויות ומדדי פיזור של משתני המחקר העיקריים. **ביצוע פעילות גופנית.** הנבדקים דיווחו על ביצוע פעילות גופנית במשך 146.34 (SD=189.05;) 64.21% (2149) מהנבדקים לא עמדו ביעד של ביצוע פעילות גופנית בהיקף של 150 דקות בשבוע, כלומר, רק כשליש המשיבים עמדו בהמלצות המקובלות לקידום בריאותם בהקשר לפעילות גופנית.

הרגלי תזונה, שינה, רופא מטפל קבוע וביצוע בדיקות לגילוי מוקדם של מחלות מפורטים בטבלאות מס' 2-4. הרגלי תזונה בריאה התמקדו במשטר תזונה סדיר בכל הנוגע לאכילת ארוחות ובצריכת מרכיבים שהתבססו ונתמכים בספרות מדעית כמייצגים אורח חיים בריא. ציון ממוצע לגבי אכילת ארוחות בוקר היה 3.61 (SD=1.51, על סולם בין 1-5, קצת פחות מ-3-4 פעמים בשבוע) ולגבי ארוחות צהריים – 3.95 (SD=1.22, בין 1-5, קרוב ל-3-4 פעמים בשבוע), ציון עבור צריכת תזונה ים-תיכונית היה 3.50 (SD=1.41, בין 1-5, בין 2-3 פעמים ל-3-4 פעמים בשבוע), ציון עבור צריכת ג'אנק פוד עמד על 2.35 (SD=1.05, בין 1-5, פחות מפעם-פעמיים בשבוע) ושתייה ממותקת בממוצע 2.02 (SD=1.22, לפי סולם בין 1-5) כלומר פחות מפעם בשבוע.

מעיון בטבלה מס' 2 נראה, כי כרבע מכל האחיות לא אוכלות ארוחת בוקר/אוכלות פחות מפעם בשבוע (23.74%). 44.4% אוכלות ארוחת בוקר כל יום או כמעט כל יום. 46% אוכלות צהריים כל יום או כמעט כל יום, אך רק שליש מהאחיות (31.78%) מצליחות לצאת להפסקת אוכל בכל יום עבודה. 27.19% מהמשיבות דיווחו על שתיית 8 ויותר כוסות מים ביום; 44.3% מכלל המדגם צרכו לפחות 5 יחידות פרי וירק ביום (טבלה 3).

רוב המשיבות (65.66%) ישנו 6 או פחות שעות שינה ביממה. לשליש מהן אין רופא קבוע ורק שליש מבצעות בדיקת הסקר והמעקב המומלצות, בהתאם לגילן (טבלה 4).

משתני מחקר עיקריים נוספים מדדו תפיסת בריאות, שחיקה, סביבת עבודה מקדמת בריאות, שביעות רצון מעבודה, תחושת הלחץ בעבודה, מתן טיפול מותאם לצרכי המטופל ורמת התפקוד הנתפסת בעבודה.

הנבדקות דיווחו על **תפיסת בריאות בינונית עד טובה** עם ציון ממוצע של 3.37 (SD=0.82) (בסולם של 1-5 כאשר 1=גרוע 5=מצוין): 11.8% מהמשיבות דרגו את **מצב בריאותן גרוע או לא כל כך טוב**, 39.3% דרגו את מצב בריאותן טוב מאד עד מצוין. **שחיקה הייתה גבוהה** עם ציון ממוצע של 3.41 (SD=1.29; 1-7). הנבדקות דירגו את **סביבת העבודה שלהן כמקדמת בריאות במידה קצת למעלה ממועטה** עם ציון ממוצע של 2.20 (SD=0.59, בין 1-5). שיעור המשיבות שדירגו "במידה רבה או רבה מאד" את הפרמטרים שמגדירים מקום עבודה מקדם בריאות, היה: מתקיימת פעילות לקידום בריאות (9.8%); יש אפשרות לבחור מזון בריא בקפיטריה או בחדר האוכל (24.5%); יש מוצרי מזון בריאים במכונות לממכר מזון (6.1%); נגישות למים קרים (82.5%); מוגש כיבוד בריא בישיבות צוות (32.9%); מעודדים עליה במדרגות (17.9%); מתקנים לאימון גופני כמו חדר כושר

לעובדים (11.8%); אירועי ספורט לעובדים (5.2%); עידוד הגעה באופניים או ברגל (8.7% מבין המשיבות).

האחיות דיווחו כי הן נתונות בלחץ נפשי בעבודה במידה בינונית עד רבה, עם ציון ממוצע של 3.38 (SD=1.03; 1-5). שיעור המשיבות כי הן נתונות בעבודה בלחץ נפשי במידה רבה עד רבה מאד היה 46.9%. הודגמה רמה גבוהה של שחיקה עם ציון ממוצע של כלל המשיבות של 3.4 (SD=; range 1-5).

המשיבות הפגינו שביעות רצון בינונית עד גבוהה מהעבודה (M=3.80, SD=.91, range 1-5) כאשר 66.86% מכלל המשתתפות נתנו ציון גבוה עד גבוה מאוד לשביעות רצון מעבודה. הנבדקות דיווחו על מידה רבה של הצלחה לתת למטופלים טיפול מותאם לצרכים (M=4.07, SD=.81, range 1-5), כאשר 77.62% מהמשתתפות במחקר ציינו כי מצליחות לתת טיפול מותאם לצורכי המטופל לעיתים קרובות עד קרובות מאוד.

את רמת התפקוד המקצועי בעבודה הנבדקות דירגו כבינוני עד גבוה, עם ציון ממוצע של 3.62 (SD=0.79; 1-5): 50.6% מהמשיבות דיווחו על רמת תפקוד מקצועי טובה עד מצוינת, בהשוואה לעמיתיהם.

הבדלים בין קבוצות

בפרק זה יוצגו הבדלים בין קבוצות לפי מגדר (נשים לעומת גברים) ומקום עבודה (אשפוז/קהילה).

הבדלים מגדריים

בניתוח השוואתי בין גברים לנשים במדד פעילות גופנית נמצאו הבדלים מובהקים – יותר גברים לעומת נשים דיווחו על עמידה ביעד הפעילות הגופנית – 39.85% ו-33.59%, בהתאמה (p=0.004). נמצאו הבדלים מובהקים בהרגלי עישון בין גברים לנשים. גברים עשנו יותר בעבר והפסיקו, בהשוואה לנשים (26.49% ו-19.11%, בהתאמה) ומעשנים יותר כיום (29.48% ו-12.74%).

טבלה 5 - הרגלי אכילה ותזונה מדגימה הבדלים מגדריים מובהקים במשתנים אכילת ארוחת בוקר, אכילה לפי דיאטה ים תיכונית, צריכת ג'אנק-פוד, %, בהתאמה). $\chi^2 = 76.32, p < .0001$. צריכת שתייה ממותקת וצריכת פירות וירקות. בכל המדדים הללו גברים הפגינו הרגלים פחות בריאים בהשוואה לנשים. שיעור הנשים שישנן 7 שעות ויותר היה גבוה יותר בהשוואה לגברים – 34.69% ו-24.81%, בהתאמה; $\chi^2 = 10.57, p = .001$. בבדיקות סקר ומעקב לפי ההנחיות, המצב אינו טוב בשתי קבוצות המגדר, אך טוב יותר בנשים: 34.16% מהנשים ו-25.37% מהגברים בצעו באופן מלא לפי ההנחיות. $\chi^2 = 8.47, p < .0001$

נמצאו הבדלים מגדריים מובהקים במשתנים שחיקה בעבודה, שביעות רצון מעבודה, תחושת לחץ בעבודה ומתן טיפול מותאם לצורכי מטופל (טבלה 6): בכולם הגברים הפגינו ציונים נמוכים יותר באופן מובהק, לעומת נשים. כלומר, הגברים חשו יותר בלחץ בעבודה, דיווחו על שחיקה גבוהה יותר, היו פחות שבעי רצון מעבודתם והצליחו פחות להעניק טיפול מותאם לצורכי המטופלים שלהם.

הבדלים לפי מקום עבודה: אשפוז לעומת קהילה

רמת פעילות גופנית לא הדגימה הבדל מובהק בין אחיות העובדות בקהילה לעומת אשפוז ($\chi^2=1.49, p=.22$). אחיות באשפוז עישנו יותר בעבר או בהווה בהשוואה לאחיות הקהילה – 37.23% ו-30.50%, בהתאמה ($\chi^2=14.74, p=0.0001$)

טבלה 7 מדגימה הבדלים משמעותיים ומובהקים בהרגלי התזונה בהשוואה בין קהילה ואשפוז: אחיות שעובדות בקהילה הפגינו הרגלי תזונה בריאים יותר בכל המדדים למעט היציאה להפסקת אוכל מספקת במהלך יום עבודה, בהשוואה לאחיות העובדות באשפוז. אחיות באשפוז ישנו פחות שעות ביממה לעומת אחיות שעובדות בקהילה. שיעור האחיות שישנו 6 שעות או פחות עמד על 60.2% בקהילה ו-68.1% באשפוז ($\chi^2=20.89, p<.0001$). גם בביצוע בדיקות סקר ומעקב בהתאם לגיל הנבדק, נמצאה תמונה דומה: 52.7% מאחיות הקהילה ו-73.9% מאחיות האשפוז בצעו בדיקות מעקב באופן חלקי או בכלל לא ($\chi^2=150.87; p<.0001$). הבדלים בין אחיות שעובדות באשפוז לעומת קהילה, במשתני המחקר הנוספים, מוצגים בטבלה 8: אחיות הקהילה דיווחו באופן מובהק יותר על בריאות טובה, היו פחות שחוקות, היו שבעות רצון יותר מהעבודה, חשו פחות לחץ בעבודה והצליחו לתת טיפול מותאם לצורכי המטופלים במידה רבה יותר, בהשוואה לאחיות הקהילה. אחיות באשפוז תארו את סביבת העבודה שלהם באופן מובהק כיותר מקדמת בריאות. לא נמצא בהבדל מובהק בתפיסת התפקוד המקצועי בין קהילה לאשפוז.

קשרים בין משתני המחקר לבין משתני הרקע הרציפים

בבדיקה של קשרים בין משתני הרקע הרציפים (גיל, שעות עבודה בשבוע, מספר משמרות בשבוע ומסת גוף) לבין משתני המחקר (טבלה 9), נמצא רק קשר אחד בעל משמעות מעשית – תפיסת הבריאות הייתה בקשר שלילי מובהק עם BMI. כלומר, עם עלייה ב-BMI תפיסת הבריאות יורדת: $r_s=-.29; p<.0001$.

טבלה 10 מדגימה קשרים בין הרגלי הבריאות לבין משתני הרקע הרציפים: בלטו במיוחד הקשרים בין משתני המחקר לבין עבודה במשמרות. עבודה במשמרות באה לידי ביטוי בפגיעה בהרגלי בריאות בכל המדדים למעט מספר כוסות מים שהמשיבות שתו ביום. אחיות שעבדו יותר משמרות אכלו פחות ארוחות בוקר וארוחות צהרים, פחות יצאו להפסקות אוכל, פחות הקפידו על דיאטה ים-תיכונית, צרכו יותר ג'אנק פוד ושתו יותר שתייה ממותקת, אכלו פחות פירות וירקות ועשו פחות פעילות גופנית. טבלה 11 מדגימה קשרים מובהקים בין סטטוס עישון לבין גיל, מסת גוף, משמרות לילה ושעות עבודה שבועיות: ככל שאחיות עבדו יותר משמרות לילה ויותר שעות עבודה שבועיות, כך הן עשנו יותר. אחיות מבוגרות או עם מסת גוף גבוהה יותר, גם הן עשנו יותר.

טבלה 12 מדגימה קשרים מובהקים, אך חלשים: פחות שעות שינה היו קשורות עם מסת גוף גבוהה יותר, עם יותר שעות עבודה ויותר משמרות לילה; הקפדה טובה יותר על ביצוע בדיקות סקר הודגמה בקרב אחיות מבוגרות יותר, כאלו שעבדו פחות משמרות לילה או פחות שעות בשבוע.

טבלה 13 מרכזת את הקשרים בין כל אחד מהרגלי הבריאות לבין משתני המחקר המרכזיים האחרים: נמצאו קשרים חלשים מובהקים בין מרבית משתני המחקר. יחד עם זאת, מתוכם ראויים

לציון הקשר החיובי בין תפיסת בריאות לבין פעילות גופנית, לאכילת ארוחת צהרים, להפסקת ארוחה מספקת במהלך יום עבודה ולתזונה ים תיכונית. כמו כן נמצא קשר שלילי בין תחושת לחץ בעבודה לבין אכילת ארוחת צהרים והיכולת לעשות הפסקת אוכל מספקת במהלך יום העבודה. שחיקה בעבודה התקשרה בקשר שלילי עם הפסקת אוכל באמצע יום עבודה, ועם תזונה ים תיכונית והתקשרה באופן חיובי עם אכילת ג'אנק פוד.

בטבלה 14 מודגמים קשרים בין עישון, שעות שינה ובדיקות סקר לבין משתני המחקר העיקריים. כך למשל, ממוצע הערכת הבריאות בקרב לא מעשנים היה גבוה באופן מובהק בהשוואה מעשנים בהווה או בעבר: 3.41 ($SD=0.82$; range 1-5) ו- 3.29 ($SD=0.82$; range 1-5) בהתאמה.

קשרים בין משתני המחקר העיקריים

מעיון בטבלה 15 עולה כי, נמצאו קשרים מובהקים בעוצמה בינונית בין כמה ממשתני המחקר. **שחיקה** קשורה באופן שלילי עם תפיסת בריאות, מתן טיפול איכותי ושביעות רצון מעבודה, ובקשר חיובי עם תחושת לחץ בעבודה. כלומר, ככל שגדל הלחץ הנפשי בעבודה וקטנה שביעות הרצון, גדלה רמת השחיקה. מתן טיפול איכותי היה קשור באופן חיובי (חוזק קשר בינוני) עם שביעות רצון מהעבודה, ועם רמת תפקוד מקצועי נתפסת. בנוסף, תחושת לחץ בעבודה קשורה באופן שלילי עם שביעות הרצון מהעבודה.

בכדי לזהות את המשתנים שמסבירים את השונות בשני המשתנים התלויים שביעות רצון ושחיקה, בצענו ניתוח רגרסיה לוגיסטית אורדינלית, כפי שמתואר בפרק שיטות. רגרסיה לגבי משתנה שביעות רצון (טבלה 16) מראה כי, כי המשתנים לאום, מגדר, תפיסת בריאות, סביבת עבודה מקדמת בריאות ושחיקה – כולם תרמו באופן מובהק לשונות המוסברת של שביעות הרצון מהעבודה בקרב המשיבות. תפיסת בריאות טובה וציון גבוה בסביבת עבודה מקדמת בריאות, ניבאו שביעות רצון גבוהה יותר. ככל שהנבדק דיווח על שחיקה גבוהה יותר שביעות רצונו היתה נמוכה יותר.

מהטבלה עולה שקיים אפקט שיורי (residual effect) של משתנה הסביבה מקדמת הבריאות לאחר תקנון עבור שחיקה, כך שדרוג גבוה של סביבת העבודה כמקדמת בריאות מביא לעלייה בשביעות הרצון. כלומר זהו אפקט ישיר של סביבת העבודה מקדמת הבריאות שלא באמצעות שחיקה.

ממצאי הרגרסיה לגבי משתנה שחיקה מוצגים בטבלה 17. לצורך הניתוח, משתנה השחיקה הפך ממשתנה רציף למשתנה סודר. נמצא כי, אחיות העובדות בקהילה דיווחו על שחיקה נמוכה יותר יחסית לאחיות העובדות בבתי החולים. אחיות מבוגרות מגיל 50 העידו על שחיקה נמוכה יותר יחסית לאחיות בגילאי 38-50, בעוד שאחיות צעירות מ-38 העידו על שחיקה גבוהה יותר יחסית לאחיות בגילאי 38-50. בנוסף, גברים העוסקים בסיעוד דיווחו על שחיקה גבוהה יותר מנשים. תפיסת בריאות טובה וסביבת עבודה מקדמת בריאות הביאו לשחיקה נמוכה יותר. אכילה בריאה היתה קשורה בשחיקה נמוכה יותר.

לסיכום, סביבה מקדמת בריאות היא גורם חשוב שניתן להפעיל עליו התערבות על מנת לקדם שביעות רצון בעבודה. התוצאות שלנו מרמזות על כך שמשנתה זה משפיע על שביעות רצון בעקיפין דרך שחיקה או באופן ישיר.

דיון ומסקנות

המחקר, שהתבסס על 3542 משיבים מ-19 מוסדות רפואה באשפוז ובקהילה, הדגים כי **אורח החיים של אחיות בישראל רחוק ממיטבי בתחומי פעילות גופנית, שעות שינה, תזונה, ביצוע בדיקות סקר, לחץ נפשי ושחיקה**. לאור העובדה ש-91% מהמשיבים במחקר הנוכחי היו נשים, נשווה להלן את ממצאי המחקר לממצאים ממחקרים וסקרים תוך מיקוד באוכלוסית נשים רלוונטית, ככל שניתן.

53% מהמשיבים דיווחו על ערכי משקל וגובה שמתורגמים למסת גוף המוגדרות כעודף משקל (32%) או השמנה (21%). בישראל, דיווחו 42% מהרופאות על ערכים שהוגדרו עודף משקל או השמנה. מכאן, שמצבן של המשיבות, שרובן נשים, פחות טוב מאלו של הרופאות. גם בהשוואה לרבעון העליון של הכנסה והשכלה באוכלוסייה הכללית, על פי תכנית המדדים הלאומית לרפואת הקהילה משנת 2017, מצבן של האחיות פחות טוב – 32% מהאחיות לעומת 26% מהנשים ברבעון העליון סבלו מעודף משקל, 21% לעומת 15%, בהתאמה, סבלו מהשמנה (תכנית המדדים 2018). הממצאים דומים לסקר בקרב 5000 אחיות ומיילדות באוסטרליה, שם אחיות בגילאי 25-44 סבלו יותר מעודף משקל והשמנה בהשוואה לנשים באוכלוסייה הכללית (Perry 2018). בקבוצות מיקוד בקרב אחיות בבתי חולים ציבוריים בדרום אפריקה, דווחו אחיות שעובדות במשמרות כי הן מודאגות במיוחד מעודף משקל ומחלות כרוניות כמו יתר לחץ דם. עודף המשקל נתפס בעיניהן כבעל השפעה שלילית על תפקודן בעבודה (Phiri 2014).

36% מהמשיבות עמדו ביעד המומלץ לפעילות גופנית – יותר מנשים רופאות בישראל (27%) בסקר מ-2015 ויותר מ-28% בקרב נשים באוכלוסייה הכללית (סקר הרגלי 2018). בהשוואה לאוכלוסייה הכללית ראוי להשוות לנשים עם תואר ראשון לפחות (88% מהמשיבות בסקר הנוכחי היו עם תואר ראשון ומעלה), השוואה בה המשיבות במחקר הנוכחי דומות ל-36% המשיבים מהאוכלוסייה הכללית שהיו בעל תואר ראשון ומעלה ועמדו בהצלחות לפעילות גופנית (סקר הרגלי 2012). 34% ישנו בלילה בממוצע 7 שעות ומעלה לפי ההמלצות, יותר מרופאות בישראל (29%) (Wilf Miron 2019) אך הרבה פחות משיעור של 54% באוכלוסייה הכללית של בני 20+ (סקר חברתי 2018). 44% צרכו חמש יחידות פרי וירק ביום, יותר מהרופאות בישראל (36%) ובדומה לנתוני הסקר החברתי לפיו 41% אוכלים לפחות 3 מנות ירק ביום; 45% אוכלים לפחות 2 מנות פרי ביום. צריכת תזונה ים תיכונית היתה נמוכה במשיבות, בהשוואה לרופאות (31% ו-40%, בהתאמה) וכך גם שתית 8 כוסות מים ביום (27% ו-35%) ואכילת ארוחת בוקר (44% מהאחיות בהשוואה ל-58% מהרופאות). אחיות בתי חולים בדרום אפריקה דיווחו כי לחץ בעבודה ועייפות יתר בגלל שעות עבודה

רבות גורמות לכך שאין להן זמן להכין אוכל בריא; סביבת בית החולים במיוחד תרמה לסגנון חיים לא בריא, באמצעות למשל זמינות חלופות של מזון לא בריא (Phiri 2014)..

שיעור העישון בהווה בקרב משיבות נשים היה 13%, שיעור נמוך מעט מנשים באוכלוסייה הכללית שעמד על 15% בשנת 2017 (דוח שר הבריאות 2018) אבל גבוה בהרבה משיעור הרופאות המעשנות (7%) (Wilf Miron 2019).

88% מהמשיבות במחקר היו בעלות תואר ראשון ומעלה: דיאן לוין מצאה כי שנות השכלה קשורות באופן ישיר ומובהק לאוריינות בריאות (Levin-Zamir 2016). אחיות גם מחזיקות, מתוקף ההכשרה התאורטית והמעשית, גם בגוף הידע הנדרש כדי לעשות בחירות נבונות בכל הקשור להתנהגויות מקדמות בריאות; סביבת העבודה שלהן מאפשרת להן לראות "מאד מקרוב" את התוצאות של התנהגויות לא מטביות (או את התוצאות של שיפור ושינוי אורח חיים). לכן, היינו מצפים שהן תאמצנה סגנון חיים שיהיה בריא יותר מזה של האוכלוסייה הכללית, מה שלא קורה במרבית התחומים שנחקרו. זאת עוד לפני שנלקחה בחשבון הציפיה מהן לשמש כמודל לחיקוי וכמחנכות לבריאות למטופלים ולמשפחותיהן, תפקיד שקשה להצליח בו אם אין מאמצת אורח חיים בריא בעצמן.

אם התנהגויות הבריאות של כלל המשיבות אינן משביעות רצון, הרי ששתי תת קבוצות מתוכן מעוררות דאגה מיוחדת: גברים שעוסקים בסיעוד; ואחיות ואחים שעובדים במסגרת בתי החולים: **האחים הגברים** הפגינו התנהגויות בריאות פחות טובות כמעט בכל תחום, למעט פעילות גופנית. בלטו לרעה שיעורי עישון גבוהים: 30%, יותר משיעור הגברים המעשנים באוכלוסייה הכללית (26%) וגבוה בהרבה משיעור הרופאים המעשנים בישראל (10%) (Wilf Miron 2019). גברים דיווחו יותר על שחיקה ולחץ נפשי בעבודה, דיווחו על מידת שביעות רצון נמוכה ומתן טיפול מותאם לצרכי המטופל במידה פחותה, בהשוואה לנשים. משיבות ומשיבים שמקום עבודתם בית חולים, דיווחו על הרגלי תזונה גרועים יותר, פחות שעות שינה, יותר עישון בעבר או בהווה ורמת שחיקה גבוהה יותר מאחיות הקהילה.

סביבת העבודה במוסדות הרפואה של המשיבים הוערכה מקדמת בריאות במידה נמוכה יחסית: בסקר שנערך בשנת 2012 בקרב רופאים מהקהילה ובתי חולים בארה"ב, המשיבים התבקשו לדרג את המידה שבה סביבת העבודה שלהם תומכת בתזונה, פעילות גופנית והנקה. 70% מהמשיבים דיווחו כי סביבת העבודה תומכת במידה רבה או רבה מאד בתזונה בריאה ו-60% דיווחו כי הסביבה תומכת במידה רבה או רבה מאד בפעילות גופנית (Goldstein 2014). למרות הסולם השונה, נראה כי המשיבים במחקר שלנו תופסים את סביבת העבודה פחות תומכת בסגנון חיים בריא של עובדיה, בהשוואה לרופאים בקהילה ובאשפוז בארה"ב.

68% דיווחו על שביעות רצון גבוהה או גבוהה מאד מעבודתן. זה אומר ש-32% לא היו שבעות רצון. שיעור זה מעורר דאגה באופן מוחלט ויחסית לממצאים מדווחים מישראל ומהעולם: מחקר אחר בקרב אחיות משבעה ב"ח כלליים בישראל מצא ציון טוב מזה שעלה בקרב אחיות בתי החולים במחקר הנוכחי, 3.87 ו-3.77, בהתאמה: הנתונים נמדדו על סולם זהה, כאשר 5 מבטא שביעות

רצון גבוהה מאד (Ganz 2014). הנתונים מדאיגים גם בהשוואה לאוכלוסיה הכללית בגילאי 20+ בישראל, שיעור המדווחים כי הם מרוצים או מרוצים מאד בעבודתם עמד על 87.9% מהגברים ו-90.0% מהנשים (סקר חברתי 2018). שיעור המשיבים שאינם שבעי רצון גבוה גם מהמדווח בקרב אחיות ממחקר בשם International Hospital Outcomes Study (IHOS) שהקיף כ-100000 אחיות מ-1400 בי"ח בתשע מדינות בהן השיעור עמד על כ-20% במרבית המדינות שנבדקו (למעט יפן) (Aiken 2011). בקרב אחיות בי"ח בטורקיה נמצא ציון ממוצע של שביעות רצון מעבודה של 3.03, נמוך בהשוואה למחקר הנוכחי בו הציון הממוצע עמד על 3.80 בקרב כלל המשיבים, ועל 3.77 בקרב אחיות שעבודות בבתי חולים (Seren Intepeler 2019).

78% מהמשיבות דיווחו על מתן טיפול איכותי, ממוקד מטופל. רק 51% דרגו את רמת תפקודן בעבודה כטובה עד מצוינת, בהשוואה לעמיתים.

שיעור הדיווח על לחץ נפשי במידה רבה או רבה מאד בעבודתם בקרב האחיות במחקר הנוכחי היה גבוה מזה של הרופאות (47%-41%, בהתאמה). המשיבים דיווחו על שחיקה גבוהה (ציון ממוצע של 3.41, נמוך מעט מהציון הממוצע של קבוצת האחיות בסקר השחיקה הלאומי מ-2018 (תוצאות, 2018). כאמור, ציון מעל 3.0 נחשב במערכות בריאות בעולם כדורש התערבות דחופה. 60%-33 מהאחיות סבלו מרמות גבוהות של שחיקה במחקר הבינלאומי רחב ההיקף (IHOS) שהוזכר לעיל. באותו מחקר, רבע עד שליש מבתי החולים דורגו כסביבת עבודה גרועה. סביבת עבודה לא מיטבית השפיעה לרעה על האחיות ועל איכות הטיפול הסיעודי (Aiken 2011).

ניתן להפיק תובנות חשובות מבחינה של **קשרים בין משתנים**: כך למשל, במחקר הנוכחי נמצא קשר שלילי בין BMI לבין תפיסת הבריאות. גם בסקר החברתי בישראל, נמצא קשר הפוך בין מסת גוף לתפיסת הבריאות, בכל קבוצות הגיל: 61% מבעלי משקל תקין לעומת 35% מבעלי השמנת יתר העריכו את מצב הבריאות שלהם טוב מאד (סקר 2018). באופן לא מפתיע, נמצא כי, ככל שאחיות עבדו יותר משמרות לילה ויותר שעות עבודה שבועיות, כך הן נטו יותר לעשן. עישון היה קשור עם בריאות נתפסת פחות טובה. לעומת זאת, עמידה בהמלצות לפעילות גופנית, אכילת ארוחת צהרים, הפסקה לאכול במהלך יום העבודה ותזונה ים תיכונית היו קשורים עם תפיסת בריאות טובה יותר. עבודת משמרות קשורה עם הרגלי בריאות בעייתיים מגוונים – פחות פעילות גופנית, תזונה פחות טובה, ורמות שחיקה גבוהות באופן משמעותי בהשוואה לאחיות בי"ח שאינן עושות משמרות ולאחיות הקהילה. השפעת עבודת משמרות על התנהגויות בריאות ותוצאי בריאות מוכרת ומתועדת במחקרים רבים. כך למשל, עובדי משמרות, לא רק במערכת הבריאות, נוטים יותר לסבול מעודף משקל, לאכול פחות בריא ולעשן יותר (Zhao, 2008).

מחקרים רבים בחנו את השפעת הציוות (staffing) של אחיות בבתי חולים, ביחס למספר המטופלים ולמורכבות המשימה. בין השאר מוכר קשר ישיר בין הציוות לבין איכות הטיפול הנתפסת, קשר ישיר עם שביעות הרצון של האחיות מתפקידן וקשר הפוך לרמת השחיקה המדווחת (Cho, 2009).

הגדלת מספר המטופלים שכל אחות היתה אחראית להם, הגדילה תמותה בקרב המטופלים, הגבירה שחיקה והקטינה שביעות רצון בקרב האחיות (Aiken 2002).

לעומת המחקרים שהוזכרו לעיל, נחקרה פחות ההשפעה של סביבה מקדמת בריאות ושל התנהגויות הבריאות של האחיות, על תפיסת הבריאות, שחיקה, איכות טיפול נתפסת ושביעות רצון מתפקידן. בהקשר זה מעניינים במיוחד הקשרים שנמצאו במחקר הנוכחי בין **סביבת עבודה, שביעות רצון ושחיקה**. נמצא כי לאום, מגדר, תפיסת בריאות, סביבת עבודה מקדמת בריאות ושחיקה, תרמו כולם באופן מובהק לשונות המוסברת של שביעות רצון בקרב המשיבות. החשיבות של שביעות רצון גדולה במיוחד בגלל הקשר שלה לשימור (retention) של העוסקות במקצוע הסיעוד. במציאות הישראלית של מחסור חמור באחיות - שיעור האחיות המועסקות (practicing nurses) ל-1000 נפש עמד בשנת 2016 על 5.0 בהשוואה לממוצע 9.3 במדינות החברות בארגון לשיתוף פעולה ופיתוח כלכלי (OECD) (ברוכים, 2018), יש חשיבות רבה להבין מהם הגורמים שמשפיעים על שביעות הרצון של אחיות. במחקר הנוכחי נמצא כי תפיסת בריאות טובה יותר וסביבת עבודה שהיא יותר מקדמת בריאות, ניבאו שביעות רצון גבוהה יותר. לעומת זאת, הן שחיקה גבוהה והן תחושת לחץ נפשי בעבודה, ניבאו שביעות רצון נמוכה. **חשוב להדגיש כי במחקר נמצא שהשפעת סביבת העבודה מקדמת הבריאות על שביעות הרצון של המשיבות היא ישירה, שלא באמצעות שחיקה.**

אכילת ארוחת צהרים והפסקה במהלך העבודה לצורך אוכל, היו קשורות עם פחות לחץ נפשי בעבודה. הדבר נתמך במחקר שבדק רמות של עקה (stress) בקרב צוות של המרכז הרפואי Mayo Clinic במינסוטה, ארה"ב, ומצא שרמות לחץ גבוהות קשורות עם פחות פעילות גופנית, תזונה גרועה יותר ותפיסת בריאות כוללת פחות טובה (Clark 2016).

שחיקה היא נושא שנמצא במוקד תשומת הלב של ארגוני הבריאות בשנים האחרונות, בגלל היקף הבעיה והשלכותיה החמורות לבריאותם ותפקודם של אחיות ורופאים, מה שמשליך גם על תפקודה של מערכת הבריאות כולה. במחקר נמצא קשר שלילי בין תפיסת הבריאות, מתן טיפול איכותי ושביעות רצון בעבודה, לבין שחיקה. תפיסת בריאות טובה וסביבת עבודה מקדמת בריאות הביאו לשחיקה נמוכה יותר. גם הרגלי אכילה ותזונה בריאה יותר נמצאו קשורים עם רמות נמוכות יותר של שחיקה, מחד, ואכילת ג'אנק פוד מאידך, היו קשורים עם רמות שחיקה גבוהות יותר.

סביבת עבודה מקדמת בריאות תרמה לשביעות רצון גבוהה של האחיות שהשתתפות במחקר, הן ישירות והן דרך הקטנת השחיקה. נושא קידום בריאות במקומות העבודה נחקר באופן מקיף, כפי שפורט בהקדמה. במעקב של 4 שנים אחרי צוות בית החולים שהתאמן במרכז הספורט והבריאות (wellness center) שהוקם עבור העובדים, נמצא כי אלו שהתמידו להתאמן ירדו במסת הגוף והוצאות הבריאות שלהם היו נמוכות יותר בהשוואה ללא מתאמנים או מתאמנים באופן לא שגרתי (Borah 2015).

סביבת העבודה במערכת הבריאות בכלל ובהקשר לעבודתן של האחיות בפרט, נחקרה יותר בהקשר של אקלים ארגוני, למשל תמיכה ניהולית, קשרים בין אחיות ורופאים או ציוות אחיות, ופחות בהקשר של קידום בריאות. בקרב אחיות בית חולים בטורקיה נמצא קשר חיובי משמעותי בין שביעות רצון

מהתפקיד, סביבת עבודה ומחויבות ארגונית (Seren Intepeler 2019). בדרום קוריאה, נמצא שאחיות שעבדו ביחידות בהן היתה תמיכה מספקת של מנהלות שהפגינו יכולות מנהיגות, היו פעילות יותר בקידום בריאותן שלהן, בעיקר בהקשר לביצוע סדיר של פעילות גופנית (Cho, 2018).

אין ספק כי האקלים הארגוני משפיע על היבטים שונים של סביבת העבודה, כולל תרומתה לקידום בריאות האחיות. יחד עם זאת, יש ערך בבחינת היגדים מגוונים שייחודיים לקידום תזונה בריאה ופעילות גופנית במקום העבודה, ומציאת קשרים בינם לשביעות רצון ולשחיקה, כפי שנעשה במחקר הנוכחי. American Nursing Foundation היא תנועה חברתית בארה"ב ששמה לה למטרה לשפר את השלומות (wellness) של 4 מיליון האחיות והאחים במדינה, בתקווה שישפיעו על משפחותיהם, עמיתיהם לעבודה והמטופלים, ויסייעו ליצירת אומה בריאה יותר. היוזמה מחברת את האחיות, המעסיקים שלהן והארגונים במטרה לשפר את בריאות האחיות בחמישה תחומים – פעילות גופנית, תזונה, מנוחה, איכות חיים ובטיחות (Healthy, 2019). הרקע לאתגר הגדול הזה הוא שהאחיות בארה"ב פחות בריאות מהאוכלוסייה הכללית – סובלות יותר מעודף משקל, סובלות מרמות סטרס גבוהות יותר וישנות פחות שעות.

מינהל הסיעוד במשרד הבריאות עוסק רבות בהכשרתן של האחיות. כך למשל, שנת 2018 סיימו 47 אחיות קורס על בסיסי בנושא רפואה מונעת, 22 בנושא יעוץ לפעילות גופנית ו-19 - יעוץ לשינה. המנהל גם מבצע סקרים מתמשכים לקידום מצוינות האחות, בין השאר בתפקידיה בקידום בריאות (מינהל הסיעוד 2019). יחד עם זאת, ככל הידוע לנו, עדיין לא הוגדרו יעדים אסטרטגיים הנוגעים לשיפור סביבת העבודה של האחיות כך שתקדם את בריאותן.

ראוי לציין את **מגבלות המחקר**: א. הטיית בחירה אפשרית – מצב בו אחיות שמנהלות אורח חיים פחות בריא ירתעו ממילוי השאלון, מה שיביא לתמונת מצב טובה מהמצב האמיתי של אוכלוסיית האחיות בישראל; ב. שימוש בשאלון מקוון עשוי לגרום לכך שאחיות ואחים שאינם מרגישים נוח עם המדיה הדיגיטלית (מבוגרים יותר, בעלי פחות שנות השכלה ביחס לכלל האחיות) עשויים להירתע ולהשיב פחות על שאלון דיגיטלי, בגלל התחושה שלא ישלטו טוב במדיום החדש או מחשש שזהותם תיחשף, למרות הבטחת אנונימיות, בגלל שאינם מכירים את "כללי המשחק" בעולם הדיגיטלי. שתי הטיית אלו הן בעלות משמעות לאור שיעור היענות שעמד על 19.5%. שיעור זה מוסבר באופן חלקי ע"י העובדה שבבתי החולים (שמהווים את המסה העיקרית של המשיבים) רק כ-50% מהאחיות משתמשות במייל הארגוני באופן סדיר (לחלקן כתובות מייל שאינן פעילות) – ממצא שמחזק את האפשרות להטיית בחירה.

לסיכום, המחקר הנוכחי מאפשר, לראשונה בישראל, בחינה מפורטת של התנהגויות הבריאות של אחיות ואחים. המשיבות הדגימו המצאות גבוהה של עודף משקל והשמנה, שינה לא מספקת, דילוג על ארוחת בוקר, תזונה פחות בריאה ושיעורי עישון ראויים לציון. נמצאה גם רמת שחיקה גבוהה ושביעות רצון לא מספקת. תמונת מצב לא מיטבית זו עשויה להשפיע לרעה הן על בריאותן של אחיות ועל תפקודן כמודל לחיקוי למטופלים ומשפחותיהם. שתי קבוצות בסיכון מיוחדות אותרו במחקר: אחים

גברים, ואחיות ואחים שעובדים בבתי חולים – קבוצות אלו מנהלות סגנון חיים פחות בריא, חשופות יותר לשחיקה ומדווחות על שביעות רצון נמוכה יותר מעבודתן. אחיות שעושות משמרות לילה, חשופות במיוחד לתזונה ופעילות גופנית לא מיטביות ורמות שחיקה מאד גבוהות. סביבת העבודה במערכת הבריאות, שאיננה מטבית, זוהתה כגורם חשוב שמשפיע על שביעות רצון - הן ישירות והן בעקיפין דרך השפעתה על שחיקה והיא צריכה להיות מוקד מרכזי להתערבות.

המלצות לגיבוש מדיניות ולמקבלי ההחלטות

- תוצאות המחקר הן קריאה לפעולה מהירה של מקבלי ההחלטות במשרד הבריאות בכלל, ובמינהל הסיעוד בפרט. המחקר מצביע על אפשרות להתערבות ממוקדת יחסית – בסביבת העבודה של האחיות, התערבות שממנה ירוויחו לא רק האחיות אלא גם הרופאים ומקצועות הבריאות האחרים. הפיכת סביבת העבודה במוסדות הרפואה למקדמת אורח חיים בריא צריכה להיעשות במספר שלבים, שחלקם יכולים להיעשות במקביל:
1. **הצגה ושיקוף** של תוצאות המחקר להנהלות הסיעוד בבתי החולים ובקופות;
 2. בחירה – יחד עם נציגות של הנהלות הסיעוד והנהלות מוסדות הרפואה – של אותם תחומים שחשוב להתערב בהם ובמיוחד כאלו שבהם ניתן לחולל **שינוי בטווח הקצר**, דוגמת עידוד כיבוד בריא בישיבות צוות וחגיגת אירועים במחלקה; קיום ישיבות צוות בעמידה או בהליכה; שימוש בפעילות שכיחה כמו רחיצת ידיים להזכיר לצוות לנשום עמוק ולהרפות כתפיים; ארגון מפגש בו תסביר תזונאית לצוות האחיות כיצד אפשר להכין ארוחה/ חטיף בריא לעבודה; מפגש צוות בו ינתנו לאחיות טיפים פשוטים לשינה בריאה; ארגון מרחב בתוך המחלקה להירגעות, שבו יש קלטת אודיו או ווידאו עם הנחייה לבצע מדיטציה או תרגולי נשימה (Phiri 2014). בנוסף, חשוב להתקדם לקראת קביעת סטנדרטים לעידוד תזונה בריאה במוסדות הכוללים חדרי אוכל לצוותים, ומדיניות בנוגע למכונות לממכר מזון, קיוסקים בתוך המוסד ועוד. יש תקדימים לכך בגופים כמו משטרת ישראל, ובחברות אחרות שמספקות לעובדים ארוחות במסגרת יום העבודה.
 3. יצירת תנאים **לתעבורה פעילה** (דוגמת מקלחות להתרחץ עבור מי שרכבה לעבודה באופניים);
 4. **יישום הסטנדרטים** והמדיניות באשר לתכולת המכונות לממכר מזון ומשקאות במוסדות הרפואה, והחלפה הדרגתית של התזונה בקפיטריה או חדר האוכל של העובדים בתזונה בריאה;
 5. הקפדה על **הפסקה לאכילה בכל משמרת**
 6. יצירת **תנאים לעובדים להתאמן** לפני או אחרי שעות העבודה במקום העבודה (חדר כושר לעובדים או השתתפות המוסד במימון חדר כושר בקרבת מוסד הרפואה);
 7. נקיטת אמצעים מערכתיים **ליצירת סביבת עבודה שמפחיתה שחיקה**
 8. **התערבות ברמת הפרט** – הצעת סדנאות להקטנת מתח, להפסקת עישון או לירידה במשקל.

אין ספק כי **הגדלת היקף כח האדם הסיעודי** במוסדות רפואיים, ע"י הגדלת תקינת האחיות והכשרה מהירה של אחיות שימלאו תקנים אלו, תקטין את העומס שמוטל היום על אחיות. נראה כי העומס מונע מהן לעתים קרובות אפילו לסיים כריך תוך כדי יום העבודה. מהלך כזה יאפשר ליישם את הצורך בהפסקת אוכל בת 30 דקות לפחות (בשאיפה ל-60 דקות) בכל משמרת, יאפשר לצוות לבצע אימון גופני על חשבון שעות העבודה (כמובן בהתאם לצרכי המחלקה או היחידה) ויקטין שחיקה. מינהל הסיעוד משקיע בשיפור ציוות האחיות ובשנת 2018 נצפתה בהתאם עלייה צנועה בשיעור האחיות ל-1000 נפש (מינהל הסיעוד 2019).

רשימת המקורות

- בר-אילן, א., חיימוף, ט., דופלט, ק., מלינק, ס., וינקר, ש., קיטאי, א. (2011). עומס, שחיקה וצורך בהחלמה בקרב מתחמות ברפואה פנימית וברפואת משפחה. הרפואה, 150(8), 625-629.
- ברוכים מ, קיני ד. מערכת הבריאות בישראל בראי OECD. 2018. כוח אדם במקצועות הבריאות 2014. חטיבת הבריאות, משרד הבריאות. ירושלים 2015.
- דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל, 2017. משרד הבריאות, ירושלים, 2018.
- התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל. דוח לשנים 2015-2017. מועצת הבריאות, משרד הבריאות והמכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות. 2018.
- כוח אדם במקצועות הבריאות 2018. משרד הבריאות. ירושלים 2019.
- מינהל הסיעוד. תכניות עבודה לשנת 2019.
- https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/nr_annual2019.pdf
- סקר הרגלי פעילות גופנית בקרב תושבי ישראל בגילאי +21, 2016. משרד הבריאות ומשרד התרבות והספורט. אוקטובר 2018, פרסום מספר 380.
- סקר הרגלי הפעילות הגופנית סקר הרגלי הפעילות הגופנית בקרב תושבי ישראל בקרב תושבי ישראל מעל מעל גיל 21. משרד הבריאות ומשרד התרבות והספורט. פרסום 349, דצמבר 2012.
- סקר חברתי 2017. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ירושלים, 2018.
- עמודי האש במערכת הבריאות 2016. עיקרי תכנית מדיניות הבריאות. אתר: http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/amud_esh2016.pdf
- פורת, נ. (2010). הקשר בין סגנון המנהיגות של מנהל מחלקה בבית חולים ושיתוף הפעולה שלו עם האחיות האחראיות, לבין אקלים איכות ובטיחות מטופלים. מחקר לקבלת תואר דוקטור לפילוסופיה, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.
- קגן, א., בר-נוי, צ., פורת, נ. (2015). דו"ח מסכם: תרבות איכות ובטיחות ומעורבות בטיפול מנקודת מבטם של מטופלים וצוות מטפל בבתי חולים כלליים בישראל. הוגש למכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות בישראל.
- תוצאות סקר השחיקה הגדול בקרב עובדי מערכת הבריאות. פורסם אוקטובר 2018 ע"י דוברות משרד הבריאות.
- https://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokesmanMessegas/Pages/18102018_1.asp

- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., and Silber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987-1993. doi:10.1001/jama.288.16.1987.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., ... & Aunguroch, Y. (2011). Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(4), 357-364.
- American Nursing Foundation Enterprise: Health Nurse, Healthy Nation.
<http://www.healthynursehealthynation.org/>
- Baicker, K., Cutler, D., and Song, Z. (2010). Workplace wellness programs can generate savings. *Health affairs*, 29(2), 304-311.
- Baron-Epel, O., Josephson K., & Ehrenfeld, M. (2004). Nursing students' perceptions of smoking prevention. *Nurse Education Today*, 24(2), 145 – 151
- Berkelmans, A., Burton, D., Page, K. and Worrall-Carter, L. (2011), Registered Nurses' smoking behaviours and their attitudes to personal cessation. *Journal of Advanced Nursing*, 67, 1580–1590.
- Blake, H. and Harrison, C. (2013). Health behaviors and attitudes towards being role models. *British Journal of Nursing*, 22(2), 86-94.
- Blake, H., Malik, S., Mo, P.K. and Pisano, C. (2011). 'Do as say, but not as I do': are next generation nurses role models for health? *Perspectives in Public Health*, 131(5), 231-9.
- Blake, H., Zhou, D. and Batt, M.E. (2013). Five-year workplace wellness intervention in the NHS. *Perspectives in Public Health*, 133(5):262-71.
- Borah, B. J., Egginton, J. S., Shah, N. D., Wagie, A. E., Olsen, K. D., Yao, X., & Lopez-Jimenez, F. (2015). Association of worksite wellness center attendance with weight loss and health care cost savings: Mayo Clinic's experience. *Journal of occupational and environmental medicine*, 57(3), 229-234.
- Buck Consultants. (2009). *Working well: A global surveyor health promotion and workplace wellness strategies. Executive summary*. Website:
<https://www.worldatwork.org/waw/adimLink?id=36309>
- Burton, J. (2010). *WHO Healthy Workplace Framework and Model: background and supporting literature and practices*. WHO Headquarters, Geneva, Switzerland.
- Buss, J. (2012). Associations between obesity and stress and shift work among Nurses. *Workplace Health & Safety*, 60(10), 453-458

CDC (2015). *Healthy hospital choices: Recommendations and approaches from an expert panel*. Available at:

<http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/hwi/docs/HealthyHospBkWeb.pdf>

Cho, S. H., June, K. J., Kim, Y. M., Cho, Y. A., Yoo, C. S., Yun, S. C., & Sung, Y. H. (2009). Nurse staffing, quality of nursing care and nurse job outcomes in intensive care units. *Journal of clinical nursing*, 18(12), 1729-1737.

Cho, H., & Han, K. (2018). Associations among nursing work environment and health-promoting behaviors of nurses and nursing performance quality: A multilevel modeling approach. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(4), 403-410.

Christopher, J., Weight, C.J., Sellon, J.L., Lessard-Anderson, C.R., et al. (2013).

Clark, M. M., Jenkins, S. M., Hagen, P. T., Riley, B. A., Eriksen, C. A., Heath, A. L., ... & Benzo, R. P. (2016). High stress and negative health behaviors: a five-year wellness center member cohort study. Journal of occupational and environmental medicine, 58(9), 868-873.

Clark, M. M., Jenkins, S. M., Hagen, P. T., Riley, B. A., Eriksen, C. A., Heath, A. L., ... & Benzo, R. P. (2016). High stress and negative health behaviors: a five-year wellness center member cohort study. *Journal of occupational and environmental medicine*, 58(9), 868-873.

Dayoub, E. and Jena, A.B. (2015). Chronic Disease Prevalence and Healthy Lifestyle Behaviors Among US Health Care Professionals. *Mayo Clinic Proceedings*, 90 (12),1659-1662

Doran, D., Clarke, S., Hayes, L. and Nincic, V. (2014). Nurses' expert opinions of workplace interventions for a healthy working environment: a Delphi survey. *Nursing Leadership (Tor Ont)*, 27(3), 40-50.

Esposito, E.M. and Fitzpatrick, J.J. (2011). Registered nurses' beliefs of the benefits of exercise, their exercise behavior and their patient teaching regarding exercise. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 351–356

Fagin, L., Carson, J., Learly, J., De-Villiers, N., et al. (1996). Stress, coping and burnout in mental health nurses: findings from three research studies. *International Journal of Social Psychiatry*, 42, 102-111.

Frank, E., Breyan, J. and Elon, L. (2000a). Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate. *Arch Fam Med.*;9:287-290.

- Frank, E., Rothenberg, R., Lewis, C. and Belodoff, B.F. (2000b). Correlates of physicians' prevention related practices. *Archives of Family Medicine*, 9, 359-367.
- Ganz, F. D., & Toren, O. (2014). Israeli nurse practice environment characteristics, retention, and job satisfaction. *Israel journal of health policy research*, 3(1), 7.
- Goldstein, I.M., Foltz, J.L., Onufrak, S. and Belay, B. (2014). Health-promoting environments in U.S. medical facilities: Physician perceptions, DocStyles 2012. *Preventive Medicine*, 67, 65–70.
- Han, K., Trinkoff, A.M, Storr, C.L. and Geiger-Brown, J.J. (2011). Job stress and work schedules in relation to nurse obesity. *Nursing Administration Quarterly*, 41(11), 488-95.
- Hicks, M., McDermott, L. L., Rouhana, N., Schmidt, M., Seymour, M. W. and Sullivan, T. (2008). Nurses' body size and public confidence in ability to provide health education. *Journal of Nursing Scholarship*, 40, 349–354.
- Kagan, I., Biran, E., Telem, L., Steinovitz, N., Alboer, D., Ovadia, K. & Melnikov, S. (2015). Promotion or marketing of the nursing profession by nurses. *International Nursing Review*, e-published, DOI: 10.1111/inr.12178
- Kaiser Permanente. Medical Center and....grocery store? Website accessed March 10, 2011. https://healthy.kaiserpermanente.org/static/health/en-us/landing_pages/farmersmarkets/index.htm
- Lawrence, S., Boyle, M., Craypo, L and Samuels S. (2009). The food and beverage vending environment in health care facilities participating in the Healthy Eating, Active Communities Program. *Pediatrics*, 123(Sup. 5), S287-92
- Levin-Zamir, D., Baron-Epel, O. B., Cohen, V., & Elhayany, A. (2016). The association of health literacy with health behavior, socioeconomic indicators, and self-assessed health from a national adult survey in Israel. *Journal of health communication*, 21(sup2), 61-68.
- Lundgren-Nilsson, A., Jonsdottir, I.H., Pallant, J. and Ahlborg, G. (2012). Internal construct validity of the Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ). *BMC Public Health*, 12, 1.
- [Malik, S., Blake, H.](#), and [Batt, M.](#) (2011). How healthy are our nurses? New and registered nurses compared. [British Journal of Nursing](#), 20(8), 489-96.

- Meir, E.I. & Yaari, Y. (1988) "The Relationship between Congruent Specialty Choice within Occupations and Satisfaction". *Journal of Vocational Behavior*, 33, 99-117.
- Melnik, B.M. (2013). Relationships among work stress, job satisfaction, mental health, and healthy lifestyle behaviors in new graduate nurses attending the nurse athlete program: A call to action for nursing leaders. *Nursing Administration Quarterly*, 37(4), 278-285.
- Melnikov, S., Kigli-Shemesh, R., Shor, R., Gon-Osishkin, M. Kagan, I (2012). Closing an Open Psychiatric Ward: Organizational Change and Its Effect on Staff Uncertainty, Self-Efficacy, and Professional Functioning. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49 (2), 103-109.
- National Institute of Health (NIH). (2012). National Heart, Lung and Blood Institute. What Are the Health Risks of Overweight and Obesity? Updated: July 13, 2012 Website: <https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/obe/risks>
- Seren Intepeler, S., Esrefgil, G., Yilmazmis, F., Bengu, N. Gunes Dinc, N., Ileri, S., Ataman Z & Fehmi Dirik H. (2019) Role of Job Satisfaction and Work Environment on the Organizational Commitment of Nurses: A Cross-Sectional Study, *Contemporary Nurse*, DOI: 10.1080/10376178.2019.1673668
- Neville, K., & Cole, D. A. (2013). The relationships among health promotion behaviors, compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in nurses practicing in a community medical center. *Journal of Nursing Administration*, 43(6), 348-354
- Nowrouzi, B., Lightfoot, N., Larivière, M., Carter, L., Rukholm. E., Schinke, R. and Belanger-Gardner, D (2015). Occupational Stress Management and Burnout Interventions in Nursing and Their Implications for Healthy Work Environments: A Literature Review. *Workplace Health Safety*, 63(7): 308–315. doi: 10.1177/2165079915576931
- Obesity Update © OECD (2017 June). OECD Directorate for Employment, Labour and Social Affairs. Website: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>. Accessed 15/11/2019.
- Oja, P., & Titze, S. (2011). Physical activity recommendations for public health: development and policy context. *EPMA Journal*, 2(3), 253-259.

- Olson SM, Odo NU, Duran AM, Pereira AG, & Mandel JH. (2014 Dec). Burnout and Physical Activity in Minnesota Internal Medicine Resident Physicians. *Journal of graduate medical education*, 6(4), 669-74. doi: 10.4300/JGME-D-13-00396.
- Perry, L., Xu, X., Gallagher, R., Nicholls, R., Sibbritt, D., & Duffield, C. (2018). Lifestyle health behaviors of nurses and midwives: The 'fit for the future' study. *International journal of environmental research and public health*.s
- Phipps, E., Nora Madison, N., Pomerantz, S.C, & Klein MG. (2010). Identifying and assessing interests and concerns of priority populations for work-site programs to promote physical activity. *Health Promot Pract* 11(1): 71–78.
- Phiri, L.P., Draperm, C.E., Lambert, E.V. and Kolbe-Alexander, T.L. (2014). Nurses' lifestyle behaviours, health priorities and barriers to living a healthy lifestyle: a qualitative descriptive study. *BMC Nursing*, 13, 38. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/13/38>
- Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., and Aiken, L. H. (2010). Nurse Burnout and Quality of Care: Cross-National Investigation in Six Countries. *Research in Nursing & Health*, 33(4), 288–298. <http://doi.org/10.1002/nur.20383>
- Rockville, W., Sorra, J., & Nieva, V. (2004). *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Publication No. 04-0041.
- Ross, A., Bevans, M., Brooks, A. T., Gibbons, S., & Wallen, G. R. (2017). Nurses and health-promoting behaviors: Knowledge may not translate into self-care. *AORN journal*, 105(3), 267-275.
- The Prime Minister's Commission on the Future of Nursing and Midwifery in England (2010). *Front Line Care: the future of nursing and midwifery in England*, report of the Prime Minister's Commission on the Future of Nursing and Midwifery in England, London, UK.
- Toren, O., Kerzman, H., Kagan, I. (2011). The difference between professional image and job satisfaction of nurses who studied in a post-basic education program and nurses with generic education: a questionnaire survey. *Journal of Professional Nursing*, 27, 28-34.
- Torp, S., Grimsmo A, Hagen S, Duran A, & Gudbergsson SB. (2013). Work engagement: a practical measure for workplace health promotion? *Health Promotion International*, 28(3), 387-96.

- Schmid, S.M., [Manfred Hallschmid](#), M. and [Schultes](#), B. (2014). The metabolic burden of sleep loss. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 3(1), 52 – 62
- Schulte, P. A., Wagner, G. R., Ostry, A., Blanciforti, L. A., Cutlip, R. G., Krajnak, K. M., and Miller, D. B. (2007). Work, Obesity, and Occupational Safety and Health. *American Journal of Public Health*, 97(3), 428–436.
<http://doi.org/10.2105/AJPH.2006.086900>
- Schultz, M., Damkroger, A., Vltmer, E., Lowe, B., Ward, H. and Wingenfeld, K. (2011). Work-related behaviour and experience pattern in nurses: impact on physical and mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(5), 411-7. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01691.x
- Stokes, M.E., Davis, C.S., & Koch, G.G. (2000). Categorical data analysis using the SAS system (2nd ed., pp. 533–541). Cary, NC: SAS Institute Inc.
- van Dam, R.M., Li, T., Spiegelman, D., Franco, O.H. and Hu, F.B. (2008). Combined impact of lifestyle factors on mortality: prospective cohort study in US women. *BMJ*, 337, A1440
- Zhao, I. and Turner, C. (2008). The Impact of Shift Work on People's Daily Health Habits and Adverse Health Outcomes, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25 (3), 8-22. Available at: http://www.ajan.com.au/Vol25/AJAN_25-3_Turner.pdf
- Zapka, J.M., Lemon, S.C., Magner, R.P., Hale, J. (2009). Lifestyle behaviors and weight among hospital-based nurses. *Journal of Nursing Management*, 17(7), 853-60.
- Vahey, D.C., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S.P. and Vargas, D. (2004). Nurse Burnout and Patient Satisfaction. *Medical Care*, 42(Suppl. 2), II57–II66.
<http://doi.org/10.1097/01.mlr.0000109126.50398.5a>
- Wilf Miron, R., Malatskey, L., & Rosen, L. J. (2019). Health-related behaviours and perceptions among physicians: results from a cross-sectional study in Israel. *BMJ open*, 9(9), e031353.

נספחים

נספח מספר 1

שאלון בנושא קידום בריאות האחיות והאחים בישראל

אח/ות יקר/ה,

הינך מתבקש/ת להשתתף בסקר שמטרתו לבחון האם אחיות ואחים מנהלים אורח חיים בריא. ממצאי המחקר ישמשו כדי לשפר בעתיד את סביבת העבודה בשלכם בכל הקשור לקידום בריאותכם. השאלון **אנונימי** והנתונים ישמשו לצרכי המחקר בלבד. **הערה:** השאלות בגוף השאלון נכתבו במין נקבה, אך מתייחסות לנשים ולגברים כאחד.

בברכה,

ד"ר רחלי ווילף מירון, ד"ר איליה קגן וצוות המחקר

לפרטים נוספים: ד"ר איליה קגן, 050-564-2486

פרק א' – אנא סמני בעיגול את התשובה המתאימה או השלימי את החסר:

1. **מין:** (1) זכר (2) נקבה
2. **שנת לידה:** _____
3. **מה מקום העבודה העיקרי שלך?** (1) בית חולים (2) מרפאה/מכון של קופת חולים בקהילה (3) לשכות בריאות/תחנות לבריאות המשפחה (4) חינוך ואקדמיה (5) אחר פרטי/י _____
4. **באיזה מוסד את עובדת? אנא התייחסי למוסד בו את עובדת את עיקר משרתך**

5. **וותק בסיעוד (בשנים)** _____

6. **סך שעות עבודה שלך כאחות (כולל עבודה נוספת בסיעוד) בשבוע עבודה רגיל**

☐ עד 16 שעות

☐ 17-24 שעות

☐ 25-32 שעות

☐ 33-40 שעות

☐ 41-48 שעות

☐ 49-56 שעות

☐ 57 ויותר שעות

7. **כמה משמרות לילה בממוצע את עושה בשבוע עבודה רגיל?**

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

8. המשקל שלך _____ ק"ג (בפעם האחרונה שנשקלת)

9. הגובה שלך _____ ס"מ (מדידה אחרונה שזכורה לך)

פרק' ב' – פעילות גופנית, בשבוע עבודה רגיל

10. כמה דקות בממוצע, בשבוע רגיל, את מבצעת פעילות גופנית **במאמץ בינוני**, דוגמת הליכה מהירה, התעמלות לחיזוק שרירים, פילאטיס, שחיה איטית, משחקי כדור, ריקוד או יוגה?

דקות _____

11. כמה דקות בממוצע, בשבוע רגיל, את מבצעת פעילות גופנית **במאמץ גדול**, שגורם לעליה ניכרת בקצב הנשימה והדופק ולהזעה רבה, דוגמת ריצה, רכיבת אופניים מהירה או אימון בעצימות גבוהה כמו אימון אינטרוואלים?

דקות _____

פרק ג' - מה נכון בהקשר להרגלי התזונה שלך, בשבוע עבודה רגיל?

12. אוכלת ארוחת בוקר

☐ בכלל לא

☐ פחות מפעם בשבוע

☐ פעם-פעמיים בשבוע

☐ 3-4 פעמים בשבוע

☐ כל יום או כמעט כל יום

13. אוכלת ארוחת צהרים במהלך היום:

☐ בכלל לא

☐ פחות מפעם בשבוע

☐ פעם-פעמיים בשבוע

☐ 3-4 פעמים בשבוע

☐ כל יום או כמעט כל יום

14. במהלך יום העבודה או המשמרת, את מצליחה לעשות הפסקת אוכל מספקת אחת לפחות

☐ בכלל לא

☐ פחות מפעם בשבוע

☐ פעם-פעמיים בשבוע

☐ 3-4 פעמים בשבוע

☐ כל יום או כמעט כל יום

15. אוכלת לפי עקרונות דיאטה ים-תיכונית: צריכת ירקות ופירות, דגנים מלאים, קטניות, שמן זית,

אגוזים, דגים, עוף או מוצרי חלב רזים

☐ בכלל לא

- ☐ פחות מפעם בשבוע
- ☐ פעם-פעמיים בשבוע
- ☐ 3-4 פעמים בשבוע
- ☐ כל יום או כמעט כל יום

16. צורכת "ג'אנק פוד", כמו המבוגר, צ'יפס, פיצה, בורקס, חטיפים, ממתקים

- ☐ בכלל לא
- ☐ פחות מפעם בשבוע
- ☐ פעם-פעמיים בשבוע
- ☐ 3-4 פעמים בשבוע
- ☐ כל יום או כמעט כל יום

17. שותה שתיה ממותקת (כולל משקאות מתוקים, שתיה מתוקה מוגזת ומיצי פירות)

- ☐ בכלל לא
- ☐ פחות מפעם בשבוע
- ☐ פעם-פעמיים בשבוע
- ☐ 3-4 פעמים בשבוע
- ☐ כל יום או כמעט כל יום

18. כמה כוסות מים (כולל סודה או תה צמחים לא ממותק) את שותה ביום רגיל?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 ויותר

19. כמה מנות פרי את אוכלת ביום רגיל? (מנה היא לדוגמא תפוח אחד או כוס קוביות מלון)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ויותר

20. כמה מנות ירק (כולל ירקות מבושלים) את אוכלת ביום רגיל? (מנה=מלפפון, עגבניה, חצי כוס ירקות

מבושלים)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ויותר

פרק ד' - סדר יום והרגלים נוספים

21. עישון (מתייחס לכל מוצרי הטבק כולל סיגריות, סיגריות מגולגולות, נרגילות)

- ☐ לא עישנתי אף פעם
- ☐ עישנתי בעבר והפסקתי
- ☐ מעשנת כיום

22. כמה שעות ביממה את ישנה, בדרך כלל?

- ☐ 5 ופחות
- ☐ 6
- ☐ 7

☐ 8 ויותר

23. איך תדרגי את איכות השינה שלך בחודש האחרון?

- ☐ גרועה
- ☐ לא כל כך טובה
- ☐ טובה
- ☐ טובה מאוד
- ☐ מצוינת

24. האם יש לך רופא מטפל קבוע?

- ☐ לא
- ☐ כן

25. באיזו מידה את מבצעת את בדיקות הסקר והמעקב המומלצות לגילך (לחץ דם, משטח פאפ, שומנים בדם, בדיקות לאיתור מוקדם של סרטן ועוד)?

- ☐ לא מבצעת כלל
- ☐ מבצעת באופן חלקי
- ☐ מבצעת באופן מלא לפי ההנחיות

26. איך את מגדירה את מצב הבריאות שלך?

- ☐ גרוע
- ☐ לא כל כך טוב
- ☐ טוב
- ☐ טוב מאוד
- ☐ מצוין

פרק ה' - השאלות הבאות יתייחסו לתחושותיך לגבי עבודתך.

27. באיזו מידה את מרגישה שהנך נתונה בלחץ נפשי בעבודה?

- ☐ במידה מעטה מאוד
- ☐ במידה מעטה
- ☐ במידה בינונית
- ☐ במידה רבה
- ☐ במידה רבה מאוד

28. אני שבעת רצון מעבודתי כאחות

- ☐ במידה מועטה מאוד
- ☐ במידה מועטה
- ☐ במידה מסוימת
- ☐ במידה רבה
- ☐ במידה רבה מאוד

29. אני מצליחה לתת למטופלים שלי טיפול שמותאם לצרכים שלהם

- ☐ לעתים רחוקות מאד
- ☐ לעתים רחוקות
- ☐ לעתים כן ולעתים לא
- ☐ לעתים קרובות
- ☐ לעתים קרובות מאד

30. כיצד היית מדרגת את רמת התפקוד שלך בעבודה יחסית לעמיתך, בחודש אחרון

- ☐ גרוע
- ☐ לא כל כך טוב
- ☐ טוב
- ☐ טוב מאד
- ☐ מצוין

31. נא צייני באיזו מידה הפריטים הבאים מאפיינים כיום את סביבת העבודה שלך. סמני עיגול סביב הספרה המתאימה בכל היגד.

	במקום העבודה שלי:	כלל לא מאפיין	מאפיין במידה מועטה	מאפיין במידה בינונית	מאפיין במידה רבה	מאפיין במידה רבה מאד
(1)	מתקיימת פעילות לקידום בריאות האחיות	1	2	3	4	5
(2)	בחדר האוכל או הקפיטריה הקרובה יש אפשרות לבחור במזון בריא	1	2	3	4	5
(3)	במכונות לממכר מזון יש מבחר מוצרי בריאות אטרקטיביים	1	2	3	4	5
(4)	בעמדת העבודה שלי יש גישה לשתיית מים (קולרים, קנקני מים...)	1	2	3	4	5
(5)	במפגשים וישיבות צוות מוגש כיבוד בריא (ירקות, חתוכים, כריכים מלחם מלא, קנקני מים)	1	2	3	4	5
(6)	מעודדים עליה במדרגות (שלטים, תמונות, תאורה נאותה) במקום שימוש במעליות	1	2	3	4	5
(7)	מאפשרים לי לבצע אימון גופני על חשבון שעות העבודה	1	2	3	4	5
(8)	יש מתקנים לאימון גופני, כמו חדר כושר עבור העובדים	1	2	3	4	5
(9)	מתקיימים אירועי ספורט לעובדים	1	2	3	4	5
(10)	יש תנאים המעודדים הגעה לעבודה באופניים או בהליכה ברגל (אפשרות לקשור את האופניים או להתקלח לפני תחילת העבודה)	1	2	3	4	5

32. לפניך כמה משפטים המתארים תחושות שכל עובד עשוי להרגיש במהלך עבודתו. אנא תאר/י באיזו שכיחות, חשת כך ב-30 ימי העבודה האחרונים שלך, במהלך יום העבודה.

		כמעט אף פעם לא	לעיתים רחוקות מאד	לעיתים די רחוקות	לפעמים	לעיתים די קרובות	לעיתים קרובות מאד	כמעט תמיד
1.	מרגישה עייפה או סחוטה פיזית	1	2	3	4	5	6	7
2.	"נשבר" לי	1	2	3	4	5	6	7
3.	"המצברים" שלי התרוקנו	1	2	3	4	5	6	7
4.	מרגישה שחוקה	1	2	3	4	5	6	7
5.	קשה לי להתרכז	1	2	3	4	5	6	7
6.	קשה לי לחשוב על דברים מסובכים	1	2	3	4	5	6	7
7.	מרגישה שאין לי יכולת להיות סימפטית לעובדים אחרים או למטופלים	1	2	3	4	5	6	7
8.	מרגישה עייפות נפשית	1	2	3	4	5	6	7
9.	אין לי כוח להשקיע רגשית בעובדים אחרים או במטופלים	1	2	3	4	5	6	7

33. ארץ לידה:

☐ ישראל

☐ ברית המועצות לשעבר

☐ אחר

34. מספר הילדים עד גיל 18 במשפחה שלך _____

הדת שלך:

☐ יהודית

☐ מוסלמית

☐ נוצרית

☐ דרוזית

☐ אחר (פרטי) _____

35. הכשרה: (1) אחות מעשית (2). אחות מוסמכת (3) אחות מוסמכת עם תואר ראשון (4) אחות

מוסמכת עם תואר שני (5). אחות מוסמכת עם תואר שלישי

36. בשגרת העבודה שלך את:

☐ מטפלת בחולים

☐ בתפקיד ניהולי

☐ בתפקיד משולב : ניהולי – טיפולי

תודה על היענותך!

נספח מס' 2 – טבלאות ממצאים

טבלה מס' 1: מאפייני המשתתפים במחקר (n=3,542)

מאפיין	קטגוריות	N	%
מגדר	זכר	272	8.95
	נקבה	2768	91.05
	Missing	502	
ארץ לידה	ישראל	2096	59.83
	ברית המועצות לשעבר	1081	30.86
	אחר	326	9.31
	Missing	39	
דת	יהודית	2956	84.51
	דרוזית	40	1.14
	מוסלמית	250	7.15
	נוצרית	169	4.83
	אחר	83	2.37
	missing	44	
מקום עבודה עיקרי	לשכות בריאות/ תחנות לבריאות המשפחה	248	7.07
	בית חולים	2269	64.64
	מרפאה/ מכון של קופת חולים בקהילה	873	25.04
	חינוך ואקדמיה	15	0.43
	אחר	99	2.82
	Missing	32	
שעות העבודה כאחות בשבוע עבודה רגיל	עד 16 שעות	60	1.72
	שעות 17-24	321	9.18
	שעות 25-32	628	17.96
	שעות 33-40	1354	38.72
	שעות 41-48	898	25.68
	שעות 49-56	177	5.06
	ויותר שעות 57	59	1.69
	Missing	45	
מאפיין	קטגוריות	N	%
	0	2198	66.28
	1	451	13.60
	2	530	15.98
	3	108	3.26
	4	15	0.45
	5	14	0.42
	Missing	226	
הכשרה	אחות מוסמכת עם תואר שני	1246	35.47
	אחות מוסמכת עם תואר שלישי	18	0.51

52.06	1829	אחות מוסמכת עם תואר ראשון	
1.37	48	אחות מעשית	
10.59	372	אחות מוסמכת	
	29	Missing	
12.69	445	בתפקיד ניהולי	תפקיד
34.47	1209	בתפקיד משולב: ניהולי - טיפולי	
52.84	1853	מטפלת בחולים	
	35	Missing	
2.05	69	תת משקל ($18.5 >$)	BMI
45.18	1520	תקין ($18.5-25$)	
32.22	1084	משקל יתר ($25-30$)	
20.54	691	השמנת יתר ($30 <$)	
	178	Missing	
20.03	700	עישנתי בעבר והפסקתי	עישון
14.77	516	מעשנת כיום	
65.20	2278	לא עישנתי אף פעם	
	48	Missing	

טבלה מס' 2: הרגלי אכילה ותזונה של המשיבים: משתנים שמיים וסדר, בשבוע עבודה רגיל
(N=3,542)

הרגלי בריאות	קטגוריות	N	%
אוכלת ארוחת בוקר	בכלל לא	593	16.93
	פחות מפעם בשבוע	251	7.17
	פעם-פעמיים בשבוע	627	17.90
	3-4 פעמים בשבוע	477	13.62
	כל יום או כמעט כל יום	1554	44.37
	Missing	40	
אוכלת ארוחת צהריים במהלך היום	בכלל לא	239	6.94
	פחות מפעם בשבוע	210	6.09
	פעם-פעמיים בשבוע	615	17.85
	3-4 פעמים בשבוע	796	23.10
	כל יום או כמעט כל יום	1586	46.02
	missing	96	
אוכלת לפי עקרונות דיאטה ים – תיכונית	בכלל לא	566	16.29
	פחות מפעם בשבוע	259	7.45
	פעם-פעמיים בשבוע	585	16.83
	3-4 פעמים בשבוע	973	28.00
	כל יום או כמעט כל יום	1092	31.42
	Missing	67	
צורכת ג'אנק פוד	בכלל לא	785	22.48
	פחות מפעם בשבוע	1338	38.32
	פעם-פעמיים בשבוע	873	25.00
	3-4 פעמים בשבוע	368	10.54
	כל יום או כמעט כל יום	128	3.67
	Missing	50	
שותה שתייה ממותקת	בכלל לא	1617	46.31
	פחות מפעם בשבוע	893	25.57
	פעם-פעמיים בשבוע	480	13.75
	3-4 פעמים בשבוע	268	7.67
	כל יום או כמעט כל יום	234	6.70

	50	missing	
13.11	446	בכלל לא	מצליחה לעשות הפסקת אוכל מספקת אחת לפחות במהלך יום העבודה או המשמרת
12.70	432	פחות מפעם בשבוע	
20.28	690	פעם-פעמיים בשבוע	
22.13	753	3-4 פעמים בשבוע	
31.78	1081	כל יום או כמעט כל יום	
	140	Missing	

טבלה מס' 3: הרגלי אכילה ותזונה של המשיבים, משתנים רציפים (N=3542)

1.14	40	0	כמה כוסות מים את שותה ביום רגיל
3.14	110	1	
8.15	286	2	
11.26	395	3	
12.54	440	4	
13.85	486	5	
14.28	501	6	
8.44	296	7	
27.19	954	8 ויותר	
	34	missing	
8.69	305	0	כמה מנות פרי את אוכלת ביום רגיל?
37.62	1321	1	
28.88	1014	2	
15.21	534	3	
5.18	182	4	
2.19	77	5	
1.14	40	6	
0.48	17	7	
0.60	21	8 ויותר	
	31	missing	
2.48	87	0	כמה מנות ירק את אוכלת ביום רגיל?
23.21	815	1	
27.88	979	2	
19.28	677	3	
12.82	450	4	
6.21	218	5	
3.99	140	6	
1.28	45	7	
2.85	100	8 ויותר	
	31	Missing	

טבלה מס' 4 : הרגלי בריאות – משך ואיכות השינה, רופא מטפל קבוע ובדיקות לגילוי מוקדם (n=3542)

הרגלי בריאות	קטגוריות	N	%
כמה שעות ביממה את ישנה בדרך כלל?	5 או פחות	749	21.36
	6	1553	44.30
	7	990	28.24
	8 ויותר	214	6.10
	missing	36	
	גרועה	345	9.83
איך תדרגי את איכות השינה שלך בחודש האחרון?	לא כל כך טובה	1394	39.73
	טובה	1286	36.65
	טובה מאוד	344	9.80
	מצוינת	140	3.99
	missing	33	
	גרועה	345	9.83
האם יש לך רופא מטפל קבוע?	לא	985	28.13
	כן	2516	71.87
	Missing	41	
	לא מבצעת כלל	564	16.11
באיזו מידה את מבצעת את בדיקות הסקר והמעקב המומלצות לגילך?	מבצעת באופן חלקי	1761	50.30
	מבצעת באופן מלא לפי ההנחיות	1176	33.59
	Missing	41	
	לא מבצעת כלל	564	16.11

טבלה מס' 5: הרגלי אכילה ותזונה, לפי מגדר

P	Chi²	נשים n %	גברים n %	ציון	הרגלי תזונה
0.006	7.44	1238 44.94	98 36.30	בריא	אוכלת ארוחת בוקר בשבוע עבודה רגיל
		1517 55.06	172 63.70	לא בריא	
0.78	0.08	1241 45.73	124 46.62	בריא	אוכלת ארוחת צהריים במהלך היום
		1473 54.27	142 53.38	לא בריא	
0.67	0.19	841 31.40	86 32.70	בריא	במהלך יום עבודה מצליחה לעשות הפסקת אוכל אחת מספקת לפחות
		1837 68.60	177 67.30	לא בריא	
<.0001	19.46	862 31.55	50 18.59	בריא	אוכלת לפי עקרונות דיאטה ים - תיכונית
		1870 68.45	219 81.41	לא בריא	
<.0001	21.89	1679 61.12	125 46.47	בריא	צורכת ג'אנק פוד
		1068 38.88	144 53.53	לא בריא	
<.0001	78.89	2027 73.79	129 48.13	בריא	שותה שתייה ממותקת
		720 26.21	139 51.87	לא בריא	
0.48	0.51	1390 50.42	130 48.15	בריא	כוסות מים ביום רגיל
		1367 49.58	140 51.85	לא בריא	
0.05	3.79	1225 44.53	104 38.38	בריא	מנות פרי או ירק ביום רגיל
		1526 55.47	167 61.62	לא בריא	

מקרא - אופן חישוב המדדים המוצגים בטבלה:

בהיגדים הנוגעים לארוחת בוקר וצהריים, הפסקת אוכל במהלך יום עבודה ודיאטה ים תיכונית, התשובה "כל יום או כמעט כל יום" דורגה כציון "בריא" וכל השאר קיבלו ציון "לא בריא".

בוצע היפוך היגדים הנוגעים לג'אנק פוד ושתייה ממותקת, כאשר התשובות "בכלל לא" ו"פחות מפעם בשבוע" אוחדו לציון "בריא" כאשר כל שאר התשובות ייצגו התנהגות שקיבלה ציון "לא בריא".

בהיגד שעסק בשתיית מים: גדול או שווה ל-6 כוסות מים ביום קבל ציון בריא, פחות מכך = לא בריא.

ההיגדים לגבי צריכת פרי וירק חוברו יחדיו כאשר הציון גדול/שווה 5 יחידות פרי וירק ביום ייצג "התנהגות בריאה" וציון פחות מ-5 ייצג התנהגות "לא בריאה".

טבלה מס' 6 : הבדלים בתפיסת בריאות, סביבה מקדמת בריאות, שחיקה, שביעות רצון מעבודה, לחץ בעבודה, מתן טיפול מותאם ותפקוד בעבודה: גברים (n=272) לעומת נשים (n=2768) (Mann Whitney U Test - Wilcoxon Rank Sum Test)

משתנה המחקר	נשים M (SD)	גברים M (SD)	Z	p
תפיסת בריאות	3.38 (0.82)	3.32 (0.82)	1.16	0.25
סביבת עבודה מקדמת בריאות	2.21 (0.59)	2.23 (0.55)	1.39	0.16
שחיקה בעבודה	3.39 (1.28)	3.67 (1.37)	2.97	0.003
שביעות רצון מעבודה	3.83 (0.89)	3.46 (1.03)	-5.82	<.0001
תחושת הלחץ בעבודה	3.37 (1.02)	3.56 (1.03)	2.91	0.004
מתן טיפול מותאם לצרכי המטופל	4.07 (0.80)	3.84 (0.90)	-3.87	0.0001
רמת התפקוד הנתפסת בעבודה	3.61 (0.79)	3.59 (0.83)	-0.01	0.99

טבלה מס' 7 : הרגלי אכילה ותזונה, הבדלים בין אשפוז לקהילה

<i>P</i>	<i>chi</i> ²	אשפוז n %	קהילה n %	מדד	הרגלי תזונה
0.0015	10.04	958 42.41	538 48.16	בריא	אוכלת ארוחת בוקר בשבוע עבודה רגיל
		1301 57.59	579 51.84	לא בריא	
<.0001	83.90	897 40.31	628 57.14	בריא	אוכלת ארוחת צהריים במהלך היום
		1328 59.69	471 42.86	לא בריא	
0.20	1.69	760 69.79	329 30.21	בריא	במהלך יום עבודה מצליחה לעשות הפסקת אוכל אחת מספקת לפחות
		1482 67.55	712 32.45	לא בריא	
<.0001	28.29	625 27.94	411 36.96	בריא	אוכלת לפי עקרונות דיאטה ים - תיכונית
		1612 72.06	701 63.04	לא בריא	
0.01	6.80	1334 59.26	714 63.92	בריא	צורכת ג'אנק פוד
		917 40.74	403 36.08	לא בריא	
<.0001	17.39	1557 69.23	851 76.12	בריא	שותה שתייה ממותקת
		692 30.77	267 23.88	לא בריא	
<.0001	17.63	1067 47.23	616 54.90	בריא	כוסות מים ביום רגיל
		1192 52.77	506 45.10	לא בריא	
<.0001	16.82	934 41.40	547 48.84	בריא	מנות פרי או ירק ביום רגיל
		1322 58.60	573 51.16	לא בריא	

מקרא - אופן חישוב המדדים המוצגים בטבלה:

בהיגדים הנוגעים לארוחת בוקר וצהריים, הפסקת אוכל במהלך יום עבודה ודיאטה ים תיכונית, התשובה "כל יום או כמעט כל יום" דורגה כציון "בריא" וכל השאר קיבלו ציון "לא בריא".
בוצע היפוך היגדים הנוגעים לג'אנק פוד ושתייה ממותקת, כאשר התשובות "בכלל לא" ו"פחות מפעם בשבוע" אוחדו לציון "בריא" כאשר כל שאר התשובות ייצגו התנהגות שקיבלה ציון "לא בריא".
בהיגד שעסק בשתיית מים: גדול או שווה ל-6 כוסות מים ביום קבל ציון בריא, פחות מכך = לא בריא.

ההיגדים לגבי צריכת פרי וירק חוברו יחדיו כאשר הציון גדול/שווה 5 יחידות פרי וירק ביום ייצג "התנהגות בריאה" וציון פחות מ-5 ייצג התנהגות "לא בריאה".

טבלה מס' 8: הבדלים בתפיסת בריאות, סביבה מקדמת בריאות, שחיקה, שביעות רצון מעבודה, לחץ בעבודה, מתן טיפול מותאם ותפקוד בעבודה: אשפוז (n=2269) לעומת קהילה (n=1127)
(Mann Whitney U Test - Wilcoxon Rank Sum Test)

משתנה המחקר	אשפוז M (SD)	קהילה M (SD)	Z	p
תפיסת בריאות	3.34 (0.81)	3.43 (0.83)	3.08	0.0021
סביבת עבודה מקדמת בריאות	2.30 (0.61)	1.20 (0.48)	-14.76	<.0001
שחיקה בעבודה	3.49 (1.28)	3.28 (1.31)	-4.60	<.0001
שביעות רצון מעבודה	3.77 (0.90)	3.84 (0.92)	2.38	0.02
תחושת הלחץ בעבודה	3.49 (1.08)	3.16 (1.03)	-8.75	<.0001
מתן טיפול מותאם לצרכי המטופל	3.96 (0.83)	4.28 (0.72)	10.68	<.0001
רמת התפקוד הנתפסת בעבודה	3.60 (0.79)	3.64 (0.80)	1.29	0.20

טבלה מס' 9: קשרים בין משתני המחקר לבין משתני הרקע הרציפים/סדר (Spearman correlation).

משתנה המחקר	גיל	שעות עבודה בשבוע	משמרות לילה בשבוע	BMI
תפיסת בריאות	-.15***	-.04	-.02	-.29***
סביבת עבודה מקדמת בריאות	.05	.09***	.02	.003
שחיקה בעבודה	.17***	.07	.11***	.04
שביעות רצון מעבודה	.10***	-.004	-.08	-.02
תחושת הלחץ בעבודה	-.11***	.17***	.09***	.05
מתן טיפול מותאם לצרכי המטופל	.10***	-.05	-.16***	.03
רמת התפקוד הנתפסת בעבודה	.07	.07	.01	.01

* $p < .05$; ** $p < .01$, *** $p < .001$

טבלה מס' 10 - ציוני Z לאחר בדיקת קשרים בין הרגלי בריאות (תזונה ופעילות גופנית) לבין

משתני רקע (Mann Whitney U Test - Wilcoxon Rank Sum Test)

הרגלי בריאות	גיל	BMI	משמרות לילה בשבוע	שעות עבודה בשבוע
	Z p	Z p	Z p	Z p
אוכלת ארוחת בוקר בשבוע עבודה רגיל	3.50	2.35	- 6.12	- 4.16
	<.001	.02	<.0001	<.0001
אוכלת ארוחת צהריים במהלך היום	-.86	-.49	- 6.50	- 6.82
	.39	.61	<.0001	<.0001
במהלך יום עבודה מצליחה לעשות הפסקת אוכל אחת מספקת לפחות	2.39	-.63	- 6.05	-.19
	.02	.53	<.0001	.83
אוכלת לפי עקרונות דיאטה ים-תיכונית	7.53	- 3.44	- 6.14	- 4.14
	<.0001	<.001	<.0001	<.0001
צורכת ג'אנק פוד	- 14.85	1.20	7.83	.97
	<.0001	.23	<.0001	.33
שותה שתייה ממותקת	-11.80	1.46	7.00	.85
	<.0001	.14	<.0001	.40
כוסת מים ביום רגיל	.23	3.02	-0.63	-2.46
	.81	0.003	.53	.01
מנות פרי או ירק ביום רגיל	8.05	1.35	-5.36	-1.83
	<.0001	0.18	<.0001	0.07
פעילות גופנית	4.99	-7.15	-4.61	2.17
	<.0001	<.0001	<.0001	0.03

הגדרת "התנהגות בריאה", אנא ראו מקרא לטבלה 8

טבלה מס' 11 - ציוני χ^2 לאחר בדיקת קשרים בין הרגלי עישון לבין משתני רקע (Kruskal-Wallis Test).

הרגלי בריאות	גיל	BMI	משמרות לילה בשבוע	שעות עבודה בשבוע
	χ^2 p	χ^2 p	χ^2 p	χ^2 p
עישון	24.91	9.36	42.71	35.66
	<.0001	0.01	<.0001	<.0001

טבלה מס' 12 - ציוני Z לאחר בדיקת קשרים בין הרגלי בריאות (שינה, מעקב רפואי וביצוע בדיקות סקר) לבין משתני רקע (Mann Whitney U Test - Wilcoxon Rank Sum Test).

הרגלי בריאות	גיל	BMI	משמרות לילה בשבוע	שעות עבודה בשבוע
	Z p	Z p	Z p	Z p
כמה שעות ביממה את ישנה בדרך כלל?	-0.38	-2.25	-5.79	-5.69
	0.71	0.02	<.0001	<.0001
באיזו מידה את מבצעת את בדיקות הסקר והמעקב המומלצות לגילך?	5.86	-0.83	-9.05	-4.22
	<.0001	0.41	<.0001	<.0001

טבלה מס' 13 – קשרים בין הרגלי בריאות (תזונה ופעילות גופנית) לבין משתני מחקר עיקריים אחרים (Mann Whitney U Test - Wilcoxon Rank Sum Test)

משתני המחקר	בתפיסת בריאות	סביבת עבודה מקדמת בריאות	שחיקה בעבודה	שביעות רצון מעבודה	תחושת הלחץ בעבודה	מתן טיפול מותאם לצרכי המטופל	תפקוד נתפס בעבודה
	Z p	Z p	Z p	Z p	Z p	Z p	Z p
אוכלת ארוחת בוקר בשבוע עבודה רגיל	4.63	2.72	- 4.10	1.73	-3.86	3.31	.20
	<.0001	.007	<.0001	.08	0.0001	0.0009	.84
אוכלת ארוחת צהריים במהלך היום	7.48	1.70	- 5.53	3.36	- 7.51	4.94	2.03
	<.0001	0.09	<.0001	0.008	<.0001	<.0001	0.04
במהלך יום עבודה מצליחה לעשות הפסקת אוכל אחת מספקת לפחות	7.43	5.07	- 7.24	5.20	- 9.41	4.66	2.30
	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	0.02
אוכלת לפי עקרונות דיאטה ים - תיכונית	9.42	3.12	- 7.10	6.38	- 4.98	3.80	2.95
	<.0001	0.001	<.0001	<.0001	<.0001	0.0001	0.003
צורכת ג'אנק פוד	-1.68	-0.82	7.70	-3.00	5.98	-5.12	-2.42
	.09	0.42	<.0001	0.003	<.0001	<.0001	0.02
שותה שתייה ממותקת	-3.72	0.49	4.68	-2.44	3.94	-3.00	-1.06
	<.001	0.62	<.0001	0.02	<.0001	0.003	0.29
כוסות מים ביום רגיל	5.13	-0.62	-2.98	-3.00	1.98	1.55	3.31
	<.0001	.53	0.003	0.003	0.05	0.12	0.001
מנות פרי או ירק ביום רגיל	4.77	3.57	-5.09	3.70	-4.81	2.57	3.66
	<.0001	<.0001	<.0001	<.001	<.0001	0.01	<.001
פעילות גופנית	11.15	2.58	-4.93	1.22	-2.86	2.43	2.32
	<.0001	0.01	<.0001	0.22	0.004	0.02	0.02

טבלה מס' 14- קשרים בין עישון (Kruskal-Wallis Test) והרגלי בריאות (שינה ובדיקות סקר) לבין משתני מחקר עיקריים אחרים (Mann Whitney U

משתני המחקר	הרגלי בריאות	בתפיסת בריאות	סביבת עבודה מקדמת בריאות	שחיקה בעבודה	שביעות רצון מעבודה	תחושת הלחץ בעבודה	מתן טיפול מותאם לצרכי המטופל	תפקוד נתפס בעבודה
		Chi ² <i>p</i>	Chi ² <i>p</i>	Chi ² <i>p</i>	Chi ² <i>p</i>	Chi ² <i>p</i>	Chi ² <i>p</i>	Chi ² <i>p</i>
עישון		18.25	8.56	4.86	10.30	4.61	1.18	2.82
		0.0001	0.01	0.09	0.006	0.10	0.55	0.25
כמה שעות ביממה את ישנה בדרך כלל?		6.45	1.18	-2.87	2.13	-2.79	1.75	0.19
		<.0001	0.24	0.004	0.03	0.005	0.08	0.85
באיזו מידה את מבצעת את בדיקות הסקר והמעקב המומלצות לגילך?		8.45	0.48	-6.82	4.71	-5.67	5.83	2.42
		<.0001	0.63	<.0001	<.0001	<.0001	<.0001	0.02

Te
st -
Wil
cox
on
Ra
nk
Su
m
Te
(st



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

טבלה מס' 15: קשרים בין משתני המחקר (Spearman Correlation Coefficients)

משתני המחקר	.1	.2	.3	.4	.5	.6
1. תפיסת בריאות	-----					
2. סביבת עבודה מקדמת בריאות	.09***	-----				
3. שחיקה בעבודה	-.23***	-.19***	-----			
4. שביעות רצון מעבודה	.18***	.22***	-.49***	-----		
5. תחושת הלחץ בעבודה	-.16***	-.08***	.54***	-.26***	-----	
6. מתן טיפול מותאם לצרכי המטופל	.06***	.06***	-.31***	.31***	-.19***	-----
7. רמת התפקוד הנתפסת בעבודה	.10***	.04*	-.14***	.18***	-.03	.23***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

טבלה מס 16: תוצאות הרגרסיה עבור שביעות רצון

משתנה	OR	95%CI		p value
בלוק 1				
לאום (לא יהודי לעומת יהודי)	0.786	0.654	0.944	0.010
גיל (מעל 50 , מול 38-50)	0.962	0.814	1.136	0.648
גיל (צעיר מ-38 לעומת 38-50)	1.052	0.880	1.259	0.574
מגדר (זכר מול נקבה)	0.564	0.442	0.718	<.0001
תפיסת בריאות	1.195	1.102	1.296	
בלוק 2				
סביבה מקדמת בריאות	1.637	1.461	1.834	<.0001
בלוק 3				
שחיקה	0.439	0.413	0.465	<.0001

טבלה 17: תוצאות הרגרסיה עבור שחיקה

משתנה	OR	95%CI		p value
בליק 1				
סביבת עבודה (קהילה מול אשפוז) 5	0.735	0.60091	0.898	0.003
סביבת עבודה (קהילה מול אשפוז) 4	0.767	0.644088	0.913	0.003
סביבת עבודה (קהילה מול אשפוז) 3	0.711	0.598344	0.845	0.000
סביבת עבודה (קהילה מול אשפוז) 2	0.686	0.566709	0.830	0.000
גיל מעל 50 מול 38-50 , 5	0.669	0.505903	0.883	0.005
גיל מעל 50 מול 38-50 , 4	0.811	0.645384	1.019	0.071
גיל מעל 50 מול 38-50 , 3	0.679	0.550978	0.836	0.001
גיל מעל 50 מול 38-50 , 2	0.812	0.654542	1.006803	0.058
קטגוריית גיל צעיר מ-38, 5	1.501	1.198295	1.880523	0.001
גיל מעל 50 מול 38-50 , 4	1.588	1.307465	1.927878	<.0001
גיל מעל 50 מול 38-50 , 3	1.394	1.122131	1.731001	0.003
גיל מעל 50 מול 38-50 , 2	1.534	1.174873	2.00395	0.002
מגדר (זכרים מול נקבות) , 5	1.737	1.282075	2.352527	0.000
מגדר (זכרים מול נקבות) , 4	1.631	1.230106	2.162251	0.001
מגדר (זכרים מול נקבות) , 3	1.437	1.096902	1.883082	0.009
מגדר (זכרים מול נקבות) , 2	1.219	0.87692	1.694046	0.238
תפיסת בריאות, 5	0.577	0.510451	0.65142	<.0001
תפיסת בריאות, 4	0.647	0.583185	0.718227	<.0001
תפיסת בריאות, 3	0.581	0.530036	0.637749	<.0001
תפיסת בריאות, 2	0.650	0.57586	0.734629	<.0001
בליק 2				
סביבה מקדמת בריאות, 5	0.516	0.429626	0.61926	<.0001
סביבה מקדמת בריאות, 4	0.618	0.536757	0.711998	<.0001
סביבה מקדמת בריאות, 3	0.595	0.509916	0.693184	<.0001
סביבה מקדמת בריאות, 2	0.746	0.569225	0.978455	0.037
ציון תזונה (בריאה לעומת לא בריאה)	0.776	0.67261	0.894152	0.001