

מטלת ההאכלה של צוותים בטיפול ישיר

סקירת גישות, תפיסות ופתרונות במדינות נבחרות



הקרן לפיתוח שירותים לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית ברשויות המקומיות
2014

קרן שלם/2014/137

תוכן העניינים

3.....	תקציר מנהלים
4.....	1. מבוא
6.....	2. שביעות רצון בעבודה: סקירת מחקרים אקדמיים
7.....	3. שביעות רצון בעבודה במוסדות סיעודיים
10.....	4. מטלת ההאכלה במוסדות סיעודיים לאוכלוסייה עם לקויות קוגניטיביות
12.....	5. פרקטיקות קיימות בנוגע למטלת ההאכלה במוסדות סיעודיים ובתי חולים
13.....	5.1 ארה"ב
14.....	5.2 בריטניה
17.....	5.4 אוסטרליה
18.....	5.5 שוודיה
20.....	5.6 טייוואן
22.....	פתרונות אפשריים להפחתת המתח במטלת ההאכלה
23.....	7. ביביליוגרפיה
28.....	8. נספחים

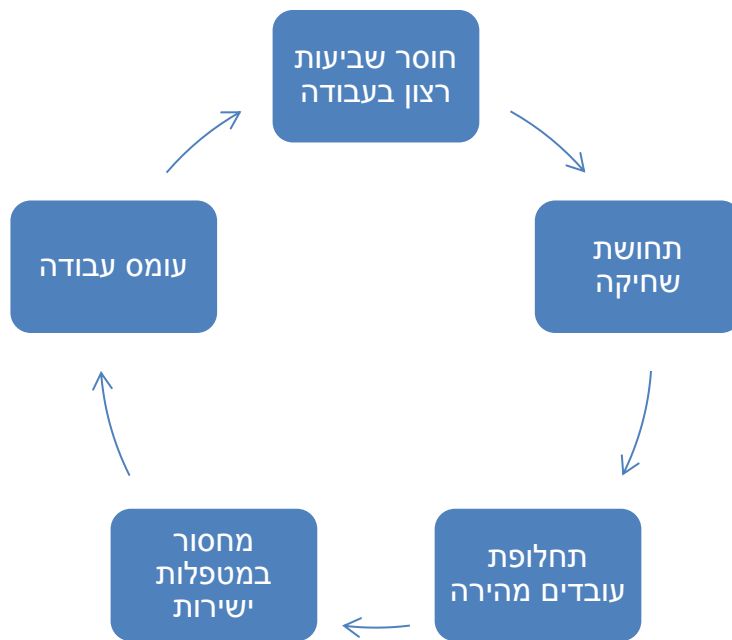
תקציר מנהלים

מטפלות ישירות¹ (Direct Care Staff) במוסדות סיעודיים לאוכלוסייה עם לקויות קוגניטיביות מסייעות לדיירים במרבית תחומי החיים, כולל רחצה, הלבשה והאכלה. לעתים קרובות גובה התפקיד התובעני מחיר בדמות רמות מתח גבוהות ותחושה של עומס נפשי, שמביאות לפגיעה באיכות הטיפול. בנוסף, המקצוע מתאפיין בשחיקה מקצועית מהירה שמביאה לתחלופה מהירה של עובדים, שאף היא פוגעת באיכות הטיפול.

במחקר שערכו ד"ר דליה זק"ש ונועה גלעד (2010) נמצא קשר ישיר בין רמת המתח ושיעור הרצון מהעבודה של מטפלות ישירות לבין סוגיות הקשורות במטלת ההאכלה, שנחשבת לאחת המטלות המורכבות והתובעניות ביותר במסגרת העבודה. בהתאם לכך מדגישות החוקרות את חשיבות התמיכה והבהירות של תפקיד ההאכלה כאמצעי להעלאת רמת שביעות הרצון בעבודה. על אף שלא קיים ידע מקצועי נרחב בנוגע לקשר בין מטלת ההאכלה לשיעור רצון בעבודה, כמה מדינות יזמו תוכניות והכשרות במטרה להתמודד עם בעיית התזונה הלקויה בבתי חולים ובמוסדות סיעודיים. תוכניות אלה כוללות בין היתר שילוב הקהילה במטלת ההאכלה באמצעות תוכניות התנדבות (בריטניה, סקוטלנד, אוסטרליה), ושימוש בסייעי האכלה יעודיים לצורך סיוע נקודתי במטלה (ארה"ב). המטרה של תוכניות אלה היא שיפור התזונה של המטופלים עצמם, אך הניסיון הנצבר והלקחים שהופקו יכולים לספק כיווני פעולה אפשריים, שבין היתר יסייעו גם בהפחתת רמת המתח הכרוכה במטלת ההאכלה. גישה נוספת שנסקרה בעבודה היא סדנאות הכשרה למטפלות הישירות עצמן (שוודיה, טיוואן), במטרה להקנות להן ידע והבנה שיסייעו בהתמודדות מוצלחת יותר עם בעיות שעשויות לעלות במהלך ההאכלה.

מעגל השחיקה של אחיות ומטפלות ישירות (Alexander, 2009):

¹ כיוון שמרבית סגל המטפלים (Direct Care Staff) בישראל ובעולם מורכב מנשים, בחרנו להשתמש בעבודת המחקר בלשון נקבה, על מנת להקל על הקריאה ולמנוע סירבול



1. מבוא

מחקרים רבים הראו כי עבודה עם אוכלוסייה בעלת לקויות קוגניטיביות כרוכה בתחושות של מתח ולחץ נפשי עבור המטפלות הישירות (Jenkins, Rose, & Lovell, 1997; Dyer & Quine, 1998). תחושות אלה פוגעות בשביעות הרצון בעבודה (job satisfaction) של המטפלות הישירות, ומביאות לשחיקה מקצועית ותחלופת עובדים מהירה יחסית לעבודות אחרות. מגמות אלה מובילות לפגיעה באיכות הטיפול הניתן במוסדות סיעודיים, וביחס האישי הניתן לכל מטופל (Chou, Boldee, & Lee, 2002; Chou & Robert, 2008). שחיקה ועומס עבודה בקרב מטפלים ישירים (Direct Care Staff) במוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות משפיעים באופן ישיר על רמת הטיפול במוסד ועל היחס הפרטני לכל מטופל. במחקר שערכו ד"ר דליה זק"ש ונועה גלעד (2010) נמצא קשר ישיר בין רמת המתח ורמת שביעות הרצון מהעבודה של המטפלים לבין סוגיות הקשורות במטלת ההאכלה, שנחשבת לאחת המטלות המורכבות והתובעניות ביותר במסגרת עבודתם של המטפלים הישירים. בהתאם לכך מדגישות החוקרות את חשיבות התמיכה והבהירות של תפקיד ההאכלה כאמצעי להעלאת רמת שביעות הרצון בעבודה.

בעבודת מחקר זו נסקור את הגישות הקיימות בנוגע לרמת שביעות הרצון בעבודה, ואת הגורמים המשפיעים על רמות המתח והעומס הנפשי של מטפלות ישירות במוסדות סיעודיים. נבחן את הגישות הקיימות בנוגע למדידת רמת שביעות רצון בעבודה (Job Satisfaction) באופן כללי, ובקרב מטפלות ישירות ואחיות במוסדות סיעודיים ובתי חולים בפרט. כמו כן ננתח את הגורמים למתח נפשי ושחיקה בקרב מטפלות ישירות, ואת הפתרונות שהוצעו להתמודדות עם בעיה זו. יש לציין כי אף שקיימים מוסדות רבים לדיור קהילתי עבור אוכלוסייה עם לקויות קוגניטיביות וישירותים קהילתיים עבור אוכלוסייה זו, לא נמצאו התייחסויות מפורטות למטלת ההאכלה במסגרות אלה. במחקר יחיד שאותר בנוגע להאכלה של אוכלוסייה עם לקויות קוגניטיביות

במסגרות קהילתיות (Kennedy, McCombie, Dawes, McConnell & Dunnigan, 1997) צויין כי "רוב המטופלים בעלי מגבלות מנטליות השוהים במסגרות קהילתיות אינם זקוקים לסיוע תזונתי ומסוגלים לאכול באופן עצמאי" (p.434).

על אף שהקשר בין רמות המתח של מטפלות ישירות למטלת ההאכלה כמעט שלא טופל בספרות המחקרית, מדינות רבות בעולם מתמודדות עם בעיה של תזונה לקויה במוסדות סיעודיים ובתי חולים. בהתאם לכך, פיתחו מדינות אלה גישות ופרקטיקות לשיפור המצב, אשר עשויות להיות רלוונטיות גם לענייננו. הפרק האחרון בעבודה יציע סקירה השוואתית של תוכניות אלה, הכוללות שילוב הקהילה במטלת ההאכלה באמצעות פעילות התנדבותית (אוסטרליה, בריטניה, סקוטלנד), סבסוד של סייעי האכלה (Feeding Assistance) ייעודיים במסגרת רגולציה ממשלתית (ארה"ב), ותוכניות הכשרה בנוגע למטלת ההאכלה המיועדות למטפלות הישירות (שוודיה, סקוטלנד). על בסיס הסקירה נציע פרקטיקות יישומיות שעשויות לתרום לאיכות סביבת העבודה של מטפלות ישירות באמצעות שיפור וייעול של מטלת ההאכלה במוסדות סיעודיים לאוכלוסייה עם לקויות קוגניטיביות.

2. שביעות רצון בעבודה: סקירת מחקרים אקדמיים

"שביעות רצון בעבודה" (Job Satisfaction) הוא מונח המתייחס באופן כללי לרגש חיובי של הפרט כלפי העבודה שבה הוא עוסק. הגורמים והתוצאות של שביעות רצון בעבודה הם בין נושאי המחקר המרכזיים בפסיכולוגיה והתנהגות ארגונית (Spector, 1997). אך על אף שההיסטוריה של המחקר בתחום נפרשת על פני יותר מ-50 שנים, אין תיאוריה אחת המסוגלת לכסות את כל הסוגיות והגורמים הקשורים בנושא (Chou & Robert, 2008).

2.1. מודלים לבחינת שביעות רצון בעבודה

לפי "תיאוריית שני הגורמים" של הרצברג, יש להבדיל בין גורמים התורמים לשביעות רצון בעבודה לגורמים התורמים לאי-שביעות רצון בעבודה (Herzberg, 1959, 1966). לפי הרצברג, מדובר בשני מערכות גורמים נבדלות אליהן יש להתייחס בנפרד. הרצוג מוסיף כי גורמים הקשורים בתוכן של העבודה יכולים לתרום רק לתחושה של שביעות רצון, ולא להגביר את אי-שביעות הרצון. לוק טוען כי הממצאים האמפיריים אינם תומכים בגישה של הרצברג (Locke, 1969). לפי "מודל טווח ההשפעות" (range of affects) שהוא מציע, שביעות רצון מעבודה היא מצב רגשי חיובי שנובע מתחושה כי הפעילות של העובד תורמת להשגת מטרות העבודה או עולה בקנה אחד עם ערכי העבודה; אי שביעות רצון מעבודה היא מצב רגשי שלילי שנובע מתחושה כי הפעילות של היחיד אינה תורמת להשגת מטרות העבודה (Locke, 1976). קרני, סמית' וסטון מספקים הגדרה דומה, לפיה שביעות רצון מעבודה היא תגובה רגשית הקשורה בהשוואה בין התוצאות המושגות הפועל ליעדים המתוכננים (Cranny, Smith & Stone, 1992). לפי "מודל ליבת ההערכה העצמית" (core self-evaluations), שביעות רצון בעבודה קשורה במאפייני אישיות של העובד, ואינה תלויה בגורמים הקשורים בעבודה עצמה (Judge, Locke, Durham & Kluger, 1998). מודל זה נסמך על ממצאים אמפיריים לפיהם רמת שביעות הרצון של העובד נוטה להיות עקבית לאורך זמן, גם כאשר מדובר במשרות שונות.

קיימים עוד מודלים רבים, שלעתים נבדלים בעצם הגדרת המושג "שביעות רצון בעבודה". וייס, למשל, מזהה שלוש הגדרות שונות בספרות האקדמית בנוגע לשביעות רצון בעבודה (Weiss, 2002): שביעות רצון הקשורה בהערכה של התפקיד (evaluation of the job), שביעות רצון הקשורה בתפישת התפקיד על ידי העובד (beliefs about the job), ושביעות רצון הקשורה ביחס הרגשי להתנסות המעשית בתפקיד (affective experiences on the job). הוא מוסיף כי המחקרים בתחום אינם מבדילים די הצורך בין שביעות רצון כהשפעה, כלומר כתחושה הנובעת מההתנסות בעבודה, לבין שביעות רצון כיחס לעבודה (satisfaction as affect and satisfaction as attitude).

2.2. מדידת שביעות רצון בעבודה

מדידה של רמת שביעות הרצון מתאפיינת אף היא בפלורליזם מחקרי. על אף שמספר חוקרים הציגו רשימה של גורמים המשפיעים על רמת שביעות הרצון בעבודה, לא קיים קריטריון אחד לפיו נהוג למדוד את רמת שביעות הרצון בעבודה (Van Saane, Sluiter, Verbeek, & Frings-Dresen,)

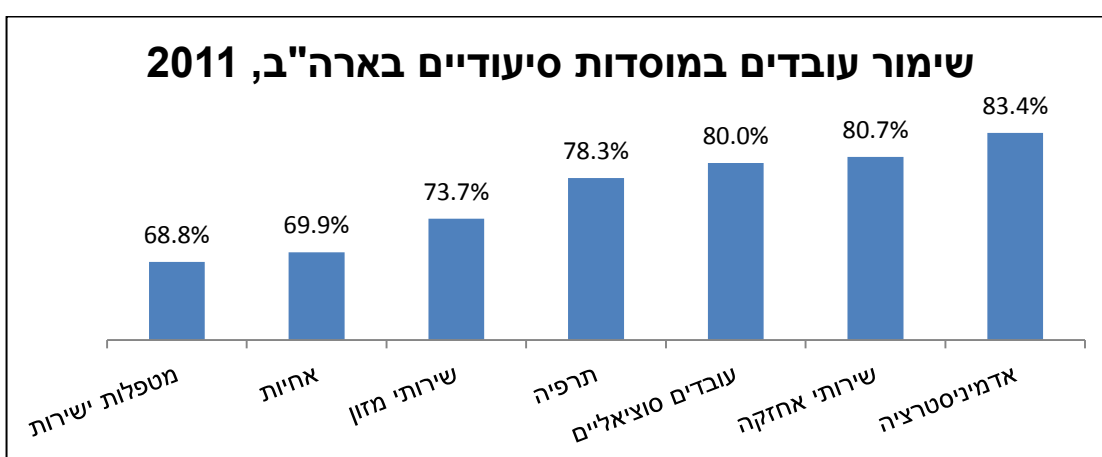
(2003). יש מספר גדול של סולמות לדירוג רמת שביעות הרצון בעבודה, המתמקדים באספקטים שונים של העבודה (Spector, 1997; Thomson & Phua, 2012). מחקרים המודדים את רמת שביעות הרצון בעבודה נסמכים לרוב על שאלונים, אם כי קיימים גם מחקרים המבוססים על ראיונות אישיים.

3. שביעות רצון בעבודה במוסדות סיעודיים

מחקרים רבים שנערכו בעשורים האחרונים הראו כי עבודה עם אוכלוסייה בעלת לקויות קוגניטיביות כרוכה בתחושת מתח ולחץ נפשי עבור מטפלות ישירות, האחראיות על רוב הפעולות היומיומיות כמו אכילה, רחצה והלבשה (Mansell, 1995; Potts, Halliday, Plimley, Wright & Chou et al., 2002; Chou & Robert 2008). המתח והלחץ הנפשי הכרוך בעבודה עם אוכלוסייה בעלת לקויות קוגניטיביות פוגעת ברמת שביעות הרצון בעבודה של המטפלות הישירות.

3.1. שביעות רצון, איכות הטיפול ותחלופת עובדים

לרמת שביעות הרצון של המטפלות הישירות במוסדות סיעודיים לאוכלוסייה עם לקויות קוגניטיביות השפעה ישירה על איכות הטיפול המוענק במוסדות אלה (Mansell, 1995; Dyer & Quine, 1998). רמת שביעות רצון נמוכה בקרב מטפלות ישירות נחשבת גם אחד הגורמים העיקריים לשיעור התחלופה הגבוה של עובדות בתפקידים אלה (Chou & Robert, 2008; Hatton & Emerson, 1998). לפי סקר של ארגון הבריאות האמריקאי (American Health Care Association), שיעור שימור העובדים בקרב מטפלות ישירות בארה"ב בשנת 2011 היה 68.8% בלבד – כלומר מכל 100 מטפלות שנכנסו לעבודה בתחילת השנה, נותרו רק 69 מטפלות בסופה. מדובר בשיעור השימור הנמוך ביותר מבין כל התפקידים במוסדות הסיעודיים.



מקור: AHCA 2012

3.2. גורמים המשפיעים על רמת המתח והעומס הנפשי של מטפלות ישירות

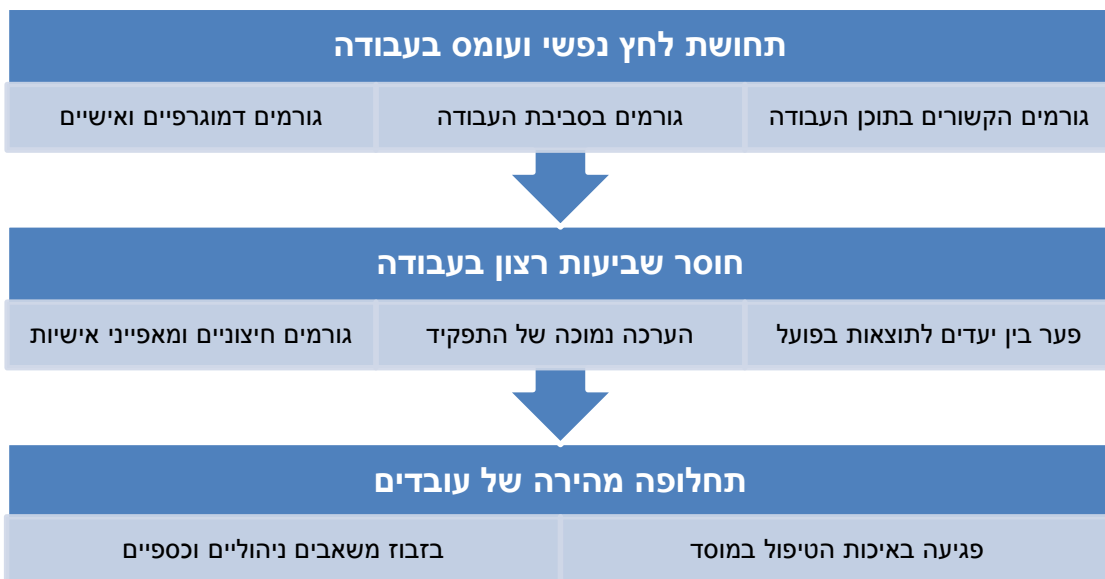
קיימים גורמים רבים המשפיעים על רמות המתח והלחץ שמרגישות מטפלות ישירות במוסדות סיעודיים. דייר וקווין מציינים כי תחושת לחץ נפשי אופיינית יותר כאשר הגדרת התפקיד אינה ברורה מספיק, כאשר קיימות סתירות בין פעולות שונות הנדרשות במסגרת העבודה, וכאשר העבודה כרוכה בריבוי משימות ותחומי אחריות החורגים מיכולתו של העובד (Dyer & Quine, 1998). גורמים נוספים המשפיעים על תחושה של מתח בקרב מטפלות ישירות במוסדות סיעודיים קשורים בתמיכה מצד עובדים אחרים או הממונים הישירים, סטטוס חברתי נמוך המיוחס לתפקיד והיעדר אפשרות להשפיע על החלטות המתקבלות במוסד (Hatton & Emerson, 1998; Hatton, Emerson, Rivers, Mason, Mason, Swarbrick & Alborz, 1999). גורמים אחרים התורמים לתחושת מתח ולחץ נפשי קשורים במאפיינים דמוגרפיים: מרבית המטפלות הישירות מגיעות ממעמד סוציו-אקונומי נמוך ומשתייכות לקבוצות מיעוטים בחברה (Brannon, Barry, Kemper, Schreiner & Vasey, 2007). גם גילן הצעיר של מרבית המטפלות משפיע על תחושת הלחץ – מחקרים אמפיריים מצאו כי ככל שהמטפלת מבוגרת יותר, כך קטנה רמת הלחץ הנפשי שבו היא נתונה.

גורמים המשפיעים על רמת המתח בעבודה של מטפלות ישירות (Hatton et al., 1999)

- ❖ **יחסים בין הצוות המטפל:** גיל צעיר של הצוות, בריאות אישית, תפיסות בנוגע לתגובות רגשיות להתנהגות המטופלים, אסטרטגיות להתמודדות עם בעיות שעולות בטיפול
- ❖ **מאפיינים של אוכלוסיית המטופלים:** התנהגות בעייתית, כישורים חברתיים לקויים
- ❖ **גורמים הקשורים בעבודה:** עומס עבודה, חדגוניות, הכנסה נמוכה, תגובות רגשיות לעבודה עם אנשים בעלי מוגבלויות
- ❖ **תמיכה חברתית:** משוב על איכות העבודה, תמיכה מעמיתים, ממונים ישירים ומנהלים
- ❖ **התפתחות מקצועית:** חוסר ביטחון תעסוקתי, היעדר אופק לקידום מקצועי, מחסור בתוכניות הכשרה והשתלמויות להתפתחות עתידית
- ❖ **תפקיד בארגון:** אי בהירות בנוגע להגדרות התפקיד, סתירות בין משימות נדרשות במסגרת התפקיד
- ❖ **מבנה ארגוני ואווירה:** היררכיה ארגונית, מידור מתהליך קבלת החלטות בארגון, תחושות ניכור, אי-התאמה בין הארגון לפרט
- ❖ **יחסי עבודה-בית:** קונפליקט בין דרישות במסגרת התפקיד במוסד למטלות ביתיות

תחלופה מהירה של עובדים פוגעת ברמת הטיפול המוענק לאוכלוסייה עם לקויות קוגניטיביות, כיוון שהיא מונעת רציפות בטיפול, יוצרת מחסור במטפלות ישירות בעלות ניסיון מקצועי, וגחלת משאבים ניהוליים המוקצים לצורך גיוס והכשרה של מטפלות חדשות (Hatton & Emerson, 2007).

1998). מבחינה זו, שיפור רמת שביעות הרצון של המטפלות הישירות עשוי לתרום לאיכות הטיפול ולחסוך משאבים כלכליים במוסדות סיעודיים.



4. מטלת ההאכלה במוסדות סיעודיים לאוכלוסייה עם לקויות קוגניטיביות

מטפלות ישירות במוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות מסייעות לדיירים במרבית תחומי החיים, כולל רחצה, הלבשה והאכלה. לפי זק"ש וגלעד, בשל טבעה של האכילה, המתרחשת כמה פעמים ביום, מהווה ההאכלה אחת המטלות המשמעותיות בסדר היום של הצוות הטיפולי, ואחת האינטראקציות החשובות בין הצוות לבין הדיירים (עמ' 6). זק"ש וגלעד מוסיפות כי למטלת ההאכלה משמעות ייחודית ואופן ביצועה משפיע על המטפלים ועל הדיירים כאחד (עמ' 13). אנשי צוות שונים, בהם דיאטנים, קלינאי תקשורת ומרפאים בעיסוק מעורבים בתהליך ההאכלה, אך המטפלות הישירות הם כוח האדם העיקרי בארוחות, והן אלה המוציאות לפועל את תוכניות ההתערבות במקרה הצורך. חשיבותה ומורכבותה של מטלת ההאכלה והקשיים התפקודיים הרבים באוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות מחזקים את הצורך בהתייחסות לנושא.

4.1 השפעת מטלת ההאכלה על רמות המתח והעומס הנפשי של מטפלות ישירות

זק"ש וגלעד מציינות כי לא קיימים מחקרים הבוחנים את הקשר בין רמת המתח הנפשי של מטפלות ישירות במוסדות סיעודיים לאוכלוסייה עם לקויות קוגניטיביות לבין סוגיות הקשורות במטלת ההאכלה (עמ' 4). עם זאת, החוקרות מציינות כי במחקרים שנערכו עם הורים לילדים עם קשיי אכילה נמצא כי האכלה נתפסת כמטלה קשה במיוחד, ומתוארת על ידי ההורים כמטלה הכי פחות מועדפת מבין מטלות הטיפול בילד (עמ' 6).

זק"ש וגלעד יוצרות הקבלה בין היחידה המשפחתית למטפלות הישירות במוסדות סיעודיים, התופסות תפקיד חיוני ומשמעותי ביותר בחייהם של הדיירים, ומספקות בפועל את מרבית צרכיהם הפיזיים והרגשיים (עמ' 7). הקבלה זו, גורסת זק"ש וגלעד, דורשת התייחסות למטפלות כלקוחות ופיתוח גישת התערבות כוללת המתאימה לצרכי היחידה כולה. לפי זק"ש וגלעד, מחקרים שבדקו יעילות של תוכניות התערבות במשפחות בהן ילדים עם ליקויים התפתחותיים וקשיי אכילה מראים כי על מנת להעניק טיפול הולם ומתאים, על אנשי המקצוע להיות מודעים לצרכים של הילד כמו גם לצרכיו של המטפל ולהתייחס אליהם בבניית תוכנית ההתערבות. בהתאם לכך מסיקות זק"ש חקן כי כאשר מתייחסים לדייר ולמטפל כיחידה טיפולית המקבילה ליחידה המשפחתית, ישנה חשיבות גדולה לעמדת המטפלות ולצורכיהן (עמ' 7).

זק"ש וגלעד מציינות כמה אפשרויות להפחתת רמת המתח במהלך מטלת ההאכלה והגברת שביעות הרצון של המטפלות הישירות (עמ' 44-45):

- ❖ השקעה תקציבית בתוספת כוח אדם או שינוי לוח הזמנים כך שיאפשר מתן זמן ארוך יותר לביצוע ההאכלה בכל ארוחה.
- ❖ הרחבת הידע והכישורים דרך סדנאות במקום העבודה במטרה לייעל את ביצוע מטלת ההאכלה.

❖ יצירת תפקיד האכלה ברור ומוגדר עבור העובדת המלווה בתמיכה עקבית ויומיומית, באמצעות שיחות אישיות עם האחראים, אסיפות כלליות להעברת נהלים, הכנת חוברת הדרכה או כל דרך אחרת הכוללת הגדרת תפקיד, סדר עדיפויות, ציפיות וקריטריונים להערכה של ההנהלה והאחראים.

לפי זק"ש וגלעד, אחת הדרכים לשיפור רמת השירות הניתן במוסדות היא יצירה של צוות טיפולי שעובד ברמות מתח סבירות ותוך שביעות רצון גבוהה. הן מציעות להיעזר במרפאים בעיסוק, שמעורבים פעמים רבות בתהליך ההאכלה: "על מנת להגיע לתוצאות הטובות ביותר, מרפאים בעיסוק נדרשים להתייחס למאפיינים, לדעות ולצרכים של המטפלים בשכר, העובדים עם הדיירים. כלומר, בגיבוי ההנהלה יכולה המרפא/ה בעיסוק להתייחס אל המטפלת ואל הדייר כלקוחות, ולבנות תוכניות ההתערבות יחד עם המטפלות, המכירות את הדיירים לעומק והמודעות לקשיים של תפקיד. הבניית תוכנית ההתערבות ומטלת ההאכלה בצורה נכונה, המותאמת הן לדיירים והן לצוות המטפלות, תוך התייחסות לגורמים הרלוונטיים ומתן ידע ותמיכה, תאפשר הפחתה ברמות המתח והעלאת שביעות רצון מהעבודה, ועל ידי כך תאפשר מתן שירות איכותי ומותאם יותר לדיירים" (עמ' 52).

ברנס בחנה את היחס של אחיות במוסדות סיעודיים לשהייה ארוכה (long-stay care) למטופלים עם דרישות ספציפיות במטלת ההאכלה (Barnes, 1990). המחקר כלל שלוש מחלקות סיעודיות ו-51 מטופלים. ברנס מצאה כי מטלת ההאכלה משפיעה על האופן שבו תופסות האחיות את המטופל, וכי מידת שביעות הרצון של האחיות מהעבודה יורדת ככל שמדובר במטופל "בררן" יותר לתפיסתן (p. 710). בהתאם לגישות הקיימות בנוגע לרמת שביעות הרצון בעבודה שנסקרו לעיל, ברנס טוענת כי מטופלים "בררנים" אינם מאפשרים לאחיות לספק את רמת השירות אליו הן שואפות, וכך נוצר פער בין יעדי העבודה לתוצאות בפועל. ברנס מוסיפה כי מגבלות ארגוניות נוטות לצמצם את מידת החופש של האחיות לספק אפשרויות בחירה רחבות יותר למטופלים בנוגע לסוגיות תזונתיות, ובכך מחריפות את הבעיה (p. 709).

4.2. תזונה לקויה במוסדות סיעודיים ובתי חולים

במסגרת עבודת המחקר לא אותרו מחקרים העוסקים ישירות בקשר שבין רמות המתח בעבודה למטלת ההאכלה במוסדות סיעודיים או במוסדות לדיוור קהילתי עבור אוכלוסייה עם לקויות קוגניטיביות. מנגד, נושא התזונה של דיירים במוסדות סיעודיים ומטופלים בבתי חולים זכה להתייחסות נרחבת בספרות המקצועית. מחקרים אלה מצאו כי תזונה לקויה היא תופעה נפוצה במוסדות סיעודיים ובבתי חולים במדינות רבות והצביעו על האיכות הירודה של הסיוע באכילה למטופלים כאחד הגורמים לבעיה (Burger, Kayser-Jones, & Bell, 2000; Crogan, Shultz, Adams, & Massey, 2001; Simmons, 2007). במטרה להתמודד עם בעיית התזונה הלקויה במוסדות סיעודיים ובתי חולים, המליצו החוקרים העוסקים בתחום על כמה אפשרויות פעולה. ההמלצה העיקרית, שכרוכה בעלות תקציבית לא מבוטלת, היא הגדלת היחס בין המטפלות הישירות למטופלים בזמן הארוחות (Simmons, Osterweil, & Schnelle, 2001).

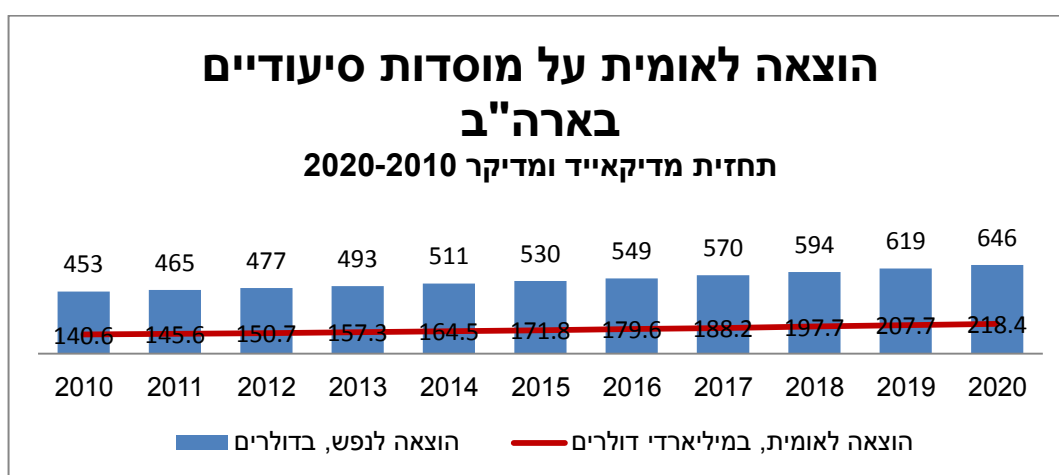
דרך פעולה נוספת להתמודדות עם הבעיה עם מתן הכשרה הולמת למטפלות ישירות ואחיות האחראיות על מטלת ההאכלה. קרוגן, שולץ ומסיי בדקו את רמת הידע התזונתי של אחיות בחמישה מוסדות סיעודיים בושינגטון ודיווחו על פערים ולקונות בתחום (Crogan, Schultz, & Massey, 2000). החוקרים המליצו על תוכניות הכשרה וחינוך במטרה לצמצם פערים אלה. ניג'ס, דה גרף, סטברן ודה גרוט מציעים סקירה של מחקרים העוסקים בקשר שבין האווירה (ambiance) בשעת הארוחה, צריכה המזון ואיכות הטיפול הניתן המוסדות סיעודיים (Nijs, de Graaf, Staveren, de Groot, 2009). אף שמטרת ההתערבות באווירה בשעת הארוחה היתה שיפור התזונה של הדיירים, במחקר שנערך בחמישה מוסדות סיעודיים בהולנד נמצא כי 24% מאנשי הצוות הטיפולי שהשתתפו במחקר דיווחו כי שינויים אלה סייעו בהפחתת עומס העבודה המוטל עליהם (Nijs, de Graaf, Kok, & Staveren, 2006). אחת הפרקטיקות הנפוצות ביותר, אליה נתייחס בהרחבה בפרק העוסקה בסקירה השוואתית בין המדינות, נוגעת לשימוש במתנדבים לצורך סיוע במטלת ההאכלה. על אף שקיימות כמה הסתייגויות בנוגע לדרך פעולה זו, מרבית החוקרים מדווחים כי השימוש במתנדבים שיפר את רמת התזונה במוסדות סיעודיים ובבתי חולים, ואף סייע בהפחתת תחושת העומס של הצוות המטפל.

5. פרקטיקות קיימות בנוגע למטלת ההאכלה במוסדות סיעודיים ובתי חולים

כאמור, המניע העיקרי להתערבויות שונות במטלת ההאכלה במוסדות סיעודיים ובתי חולים אינה דאגה לרווחת הצוות הטיפולי, אלא קשורות בבעיית התזונה הלקויה במוסדות אלה. עם זאת, סקירה השוואתית של תוכניות אלה, הניסיון המצטבר והלקחים שהופקו יכולים לספק כיווני פעולה אפשריים, שבין היתר יסייעו גם בהפחתת רמת המתח הכרוכה במטלת ההאכלה. יש לציין כי הפרקטיקות והתוכניות הנסקרות בעבודה זו יושמו בעיקר במוסדות סיעודיים ובבתי חולים, אך הם רלוונטיים גם עבור מסגרות של דיור קהילתי עבור אוכלוסייה עם לקויות קוגניטיביות. מלבד ארה"ב, שב-2003 אישרה כלל מיוחד שאיפשר למוסדות סיעודיים לקבל החזר כספי על השימוש בסייעי האכלה (feeding assistants) באמצעות ביטוחי הבריאות הממלכתיים מדיקר ומדיקאייד, דרך הפעולה העיקרית שזוהתה במדינות שנסקרו היא שילוב הקהילה במטלת ההאכלה באמצעות תוכניות התנדבות שכוללות הכשרה של כמה שעות עד כמה ימים, מבטרה ליצור מאגר מתנדבים שיסייע בתגבור כוח האדם הקיים במוסדות ובבתי החולים. באמצעות תוכניות מתנדבים אלה, לצד הכשרה נוספת לאנשי הצוות הרפואי והמטפלות הישירות, מנסות המדינות שנסקרו להתמודד עם בעיית התזונה הלקויה במוסדות סיעודיים ובתי חולים.

5.1. ארה"ב

בספטמבר 2003 אישור המרכזים לשירותי מדיקייר ומדיקאייד² כלל חדש שאיפשר למוסדות טיפוליים לטווח ארוך (Long Term Facilities) לקבל החזר עבור תשלום לסייעי האכלה ייעודיים (Feeding Assistants). לפי הכלל שנקבע (68 FR 55528), על המדינות לאשר תוכניות הכשרה מיוחדות לסייעי האכלה, על בסיס קווי מתאר שיקבע הממשל הפדרלי (ראו נספח ב'). סייעי האכלה נדרשים להשלים בהצלחה את תוכנית ההכשרה, ועבודתם מתבצעת תחת השגחה של אחות מוסמכת. המטרה של הכלל החדש היתה לספק למטופלים סיוע נוסף בפעילות האכילה והשתייה, ולהקטין את מספר המקרים של תזונה לקויה במוסדות אלה. השימוש בסייעי האכלה הוגבל רק למטופלים שלא סבלו מבעיות מסובכות במשימה זו.



מקור: [National Health Expenditure Projections 2010-2020](#)

רמסבורג בחנה את ההשפעה של השימוש בסייעי האכלה במוסד סיעודי שלא למטרות רווח עם 255 מיטות (Rensburg, 2004). המחקר נמשך שישה חודשים, וכלל 30 סייעי האכלה שעברו סדנת הכשרה בת שלוש שעות. רמסבורג מצאה כי השימוש בסייעי האכלה שאינם עסוקים במגוון המטלות האחרות הכרוכות בטיפול סיעודי יכול לשפר את השירות הניתן בעת ההאכלה. לפי רמסבורג, חלק מסייעי ההאכלה צברו ידע נרחב בנוגע להעדפות התזונתיות והבעיות האישיות של כל מטופל, והפיגנו יצירתיות וכישרון בסיוע למטופלים שנחשבו "קשים להאכלה". השימוש בסייעי ההאכלה הפחית את רמת השחיקה הכרוכה במטלת ההאכלה, ואף הפך את הפעילות לבעלת ערך עבור הסייעים והמטופלים כאחד (p. 177). מנגד, השימוש בסייעי ההאכלה עורר בעיות דומות לאלה שאותרו בקרב מטפלות ישירות, ובעיקר שיעור תחלופה גבוה של עובדים.

סימונס וחוקרים נוספים מצאו כי המוסדות הסיעודיים, כמו גם המטפלות הישירות עצמן, ראו את התוכנית לשימוש בסייעי האכלה ייעודיים באור חיובי (Simmons, Bertanrd, Shier, Sweetland,)

² מדיקייר (Medicare) ומדיקאייד (Medicaid), תוכניות הביטוח הסוציאלי שמפעיל הממשל הפדרלי בארה"ב, מספקות ביטוח רפואי לקשישים מעל גיל 65 ולאזרחים בעלי מוגבלויות. בין היתר מכסות התוכניות עלויות שהייה במוסדות סיעודיים. גובה הסבסוד נקבע בהתאם לשיטת Resource Utilization Groups (RUGs), המביאה בחשבון את המיקום הגיאוגרפי של המוסד, עלויות העבודה וגורמים נוספים.

(Moore, Hurd, & Schnelle, 2007). מבין 54 מטפלות ישירות שהשתתפו בסקר טלפוני שערכו החוקרים, 96% דיווחו כי סייעי ההאכלה היו מועילים באחת או יותר ממטלות ההאכלה, בנוסף לעזרתם בהשגחה על מטופלים. המחקר אף מצא כי סייעי ההאכלה הקדישו בממוצע זמן רב יותר לכל מטופל בהשוואה למטפלים הישירים, וכי המטופלים עצמם אכלו יותר בזכות סייעי ההאכלה. מנגד, המחקר מצא כי במקרים רבים (34%) סייעי ההאכלה ביצעו את המטלה ללא השגחת מטפל ישיר או אחות, כנדרש בתקנות הפדרליות. בנוסף, סייעי ההאכלה הופקדו על המטלה גם במקרים בהם המטופל סבל מבעיות מסובכות בנוגע לאכילה, זאת בניגוד לתקנות הפדרליות. לפי המחקר, 84% מסייעי ההאכלה גויסו מקרב הצוות הקיים במוסדות, מתוך מחלקות שלא נדרשו במתן שירותי סיעוד, כמו שירותים סוציאליים ואדמיניסטרציה. הסייעים עצמם דיווחו כי הם נהנו מהאחריות החדשה, והרגישו בנוח בעת ביצוע המטלה. בכל המוסדות שנבחנו דיווח הדרג הבכיר כי כוונתו להמשיך בתוכנית ולהכשיר סייעי האכלה נוספים.

החוקרים סיכמו כי לתוכנית סייעי ההאכלה היתה השפעה חיובית על הטיפול במוסדות, ללא תוצאות שליליות. בשורה התחתונה קבעו החוקרים כי התוכנית מסייעת בהפחתת עומס העבודה על הצוות הקיים ובשיפור רמת השירות למטופלים בכל הנוגע למטלה ההאכלה.

ביולי 2004 הוגשה תביעה לבית המשפט הפדרלי בסיאטל כנגד יישום תקנות סייעי ההאכלה. התביעה הוגשה על ידי ארבעה דיירים במוסדות סיעודיים ושני ארגונים (The Resident Councils of Washington and the Washington State Ombudsman Program), אליהם הצטרף לאחר מכן ארגון הבריאות האמריקאי (American Health Care Association). התובעים טענו כי משך הכשרה הקצר הנדרש מסייעי ההאכלה צפוי לפגוע באיכות הטיפול המוענק במוסדות סיעודיים. בינואר 2005 דחה בית המשפט את התביעה³.

5.2. בריטניה

בית החולים הממשלתי סאות'אנד (Southend) במחוז אסקס יזם ב-2006 תוכנית לשילוב הקהילה במטלת ההאכלה של המטופלים. התוכנית, שנקראת "[Feeding Buddy](#)", נוצרה במטרה להבטיח כי המטופלים יקבלו סיוע ועידוד בכל הקשור לתזונה. המתנדבים עובדים בשיתוף עם צוות בית החולים במטרה לספק תמיכה וסיוע נוסף באכילה ושתייה. המתנדבים בתוכנית דואגים לניקיון והיגיינה בשעת הארוחה; מוודאים כי המטופל חש בנוח בסביבה וכי השולחן ואמצעים נוספים מותאמים לשימוש; מגישים את האוכל והשתייה בזמן הארוחה; מוודאים כי למטופל מוצעת מנה חלופית במידה ואינו מרוצה מהמנה שהוגשה לו; מסייעים בעת האכילה עצמה; מתווכים בין המטופל לצוות בית החולים; וממלאים את הנתונים הנדרשים במסמכי בית החולים (כרטיסי אוכל וטבלאות).

³ "District court rejects AHCA motion in feeding assistant case", McKnights' long term care news, 27/1/2005

בית החולים הממשלתי איירדייל (Airdale) במערב יורקשייר יזם [תוכנית דומה](#) ב-2010. לפי אתר בית החולים, המטרה לטווח הארוך היא הכשרה של קבוצת מתנדבים גדולה, שתאפשר להבטיח כי כל מטופל בבית החולים הזקוק לסיוע בעת הארוחה יקבל את העזרה לה הוא זקוק. בית החולים הממשלתי קובנטרי (Coventry) [יזם תוכנית](#) לשילוב הקהילה במטלת ההאכלה של חולים שסבלו משבץ. המתנדבים עבור הכשרה בבית החולים, שבה למדו כיצד להכין ארוחה ולהאכיל חולים שמתקשים לאכול בעצמם בעקבות התקף שבץ. דבי מקברייד (McBride), מנהלת המחלקה שבה סייעו המתנדבים, אמרה כי התרומה שלהם לאחיות המוסמכות היתה עצומה⁴. בית החולים הממשלתי של מחוז רויל המפשייר (Royal Hampshire County Hospital) החל באפריל 2010 בתוכנית להכשרת מתנדבים מהקהילה לצורך סיוע בהאכלה למטופלים.



בית החולים במחוז רויל המפשייר

המתנדבים עברו הכשרה שכללה שבעה מפגשים בנושאים טכניים כמו צורת ישיבה ומיקום השולחן, ונושאים רפואיים כמו סוגי המטופלים שעשויים להזדקק לסיוע ויכולות הנדרשות לתפקיד. לפי סנדון, התוכנית הוכתרה בהצלחה האחיות (Sneddon, 2011). בבית החולים הגיבו בחיוב

לתוכנית, ודיווחו כי היא סייעה להן מבחינת לחץ הזמן, ואיפשרה להן להקדיש זמן רב יותר למטופלים עם בעיות מורכבות יותר הקשורות באכילה. המטופלים נהנו מכך שהיה להם מישהו לשוחח איתו בזמן הארוחה, והעובדה שהמתנדבים לא לבשו מדים ולא נתפסו כחלק מהצוות הרפואי תרמה לאווירה הידידותית במהלך ההאכלה.

יתרונות של שילוב הקהילה במטלת ההאכלה (Sneddon, 2011):

- ❖ קיצור זמן ההמתנה של המטופלים לסיוע באכילה
- ❖ אחיות יכולות להקדיש זמן רב יותר למטופלים עם בעיות מסובכות יותר באכילה
- ❖ דיווח על בעיות טכניות הנוגעות באכילה, כמו מנות חסרות
- ❖ שיפור האווירה בעת הארוחה והפחתת הלחץ על הצוות המוסמך
- ❖ אינטרקציה חברתית בעלת ערך למטופלים המאושפזים לתקופה ארוכה

רייט, קוטר והיקסון בחנו את השימוש במתנדבים לצורך מטלות האכלה בבית חולים ממשלתי בלונדון (Wright, Cotter, & Hickson, 2008). המחקר מצא כי השימוש במתנדבים כסייעי

⁴ "Volunteers serve up the gift of time to staff and patients at University Hospital", 23/01/2012
<http://www.uhcw.nhs.uk/latest-news/news?action=view&newsID=423>

האכלה שיפר את צריכת המזון של המטופלים. רייט, קוטר והיקסון המליצו כי בשל עומס העבודה המוטל על אחיות, בתי החולים ישקלו שיתוף פעולה עם ארגוני מתנדבים במטרה לייעל ולשפר את מטלת ההאכלה (p.562). גרין וחוקרים נוספים סבורים אף הם כי שילוב הקהילה במטלת ההאכלה יכול לשפר את הטיפול בכל הנוגע לתזונה במוסדות סיעודיים, אך מציינים כי המחקרים בתחום לוקים בחסר מבחינת מתודולוגיה ומיקוד (Green, Martin, Roberts, & Sayer, 2011).

5.3. סקוטלנד

ב-2007 יזמה המדינה [תוכנית משולבת](#) לשיפור התזונה במערכת הבריאות הממלכתית (Integrated Programme for Improving Nutritional Care). התוכנית, שתוכננה למשך שלוש שנים (2007-2009) [הוארכה](#) לאחר מכן מיוני 2010 עד מרץ 2012. התוכנית סיפקה תמיכה לעובדי צוות בית החולים במטרה לשפר את איכות ורמת התזונה במערכת הבריאות, בין היתר על ידי הטמעת [NUTMEG](#) (nutrition analysis software) - מערכת תוכנה לניתוח מצב התזונה בבתי חולים, מוסדות סיעודיים ובתי ספר.

יעדי התוכנית:

<ul style="list-style-type: none"> • שיפור וייעול תהליכי הכנת המזון • הכשרת מתנדבים לסיוע בהאכלה 	הכנת הארוחות
<ul style="list-style-type: none"> • מתן כלים למאושפזים לתקופה ארוכה • לפקח באופן עצמאי על מצבם התזונתי 	ניהול עצמי
<ul style="list-style-type: none"> • שיפור התקשורת בנוגע לטיפול תזונתי בין בתי חולים למוסדות סיעודיים 	העברת מידע

במקביל פיתחה גוף חינוכי של מערכת הבריאות ([NHS Education for Scotland](#)) תוכניות הכשרה ומשאבים לימודיים לשיפור איכות הטיפול של חברי צוות רפואי האחראים על מטלות האכלה, בהם אתרי אינטרנט ומודלים להערכת רמת התזונה במוסד. נערכו מפגשי לימוד בהם למשתתפים היתה הזדמנות להציג את ההתקדמות שהושגה בנוגע לרמת התזונה במוסדות השונים, לדון בפרקטיקות יעילות ובאתגרים ולקבל תמיכה מעמיתיהם. המשתתפים התחלקו לקבוצות לימוד, בראשן עמדו מומחים תזונתיים, שסייעו להם לזהות את הצעדים הנדרשים לצורך שיפור רמת התזונה בבתי חולים ובמוסדות סיעודיים⁵.

⁵ מאגר מידע של מקורות ומשאבים: <http://www.knowledge.scot.nhs.uk/improvingnutritionalcare.aspx>

במסגרת התוכנית פיתחו שירותי הבריאות באזור איירשייר ואראן (Ayrshire and Arran) [תוכנית פיילוט](#) לשילוב הקהילה במטלות ההאכלה. התוכנית תוכננה לתקופה של שישה חודשים, והחלה באוגוסט 2010. יעדי התוכנית היו:

- ❖ שיפור חוויית השהייה בית החולים ומצבם התזונתי של המטופלים
- ❖ מתן סיוע ועידוד בזמן ארוחות למטופלים הזקוקים לכך, במטרה לשפר את הליך ההחלמה על ידי תזונה הולמת
- ❖ לאפשר שיתוף פעולה בין מתנדבים לצוות המקצועי של בתי החולים
- ❖ להגדיל את מנעד הפעילויות של מתנדבים ולחזק את הקשר שלהם עם המטופלים

במסגרת התוכנית גויסו כ-18 מתנדבים שפעלו בשתי מחלקות של בית החולים המרכזי של איירשייר (Ayrshire Central Hospital) ובמחלקה אחת של בית החולים האוניברסיטה אייר (University Hospital Ayr). המתנדבים עבדו תהליך קבלה סטנדרטי עבור מתנדבים בבתי חולים, וקיבלו DVD עם הנחיות בנוגע לשירות לקוחות, בריאות ובטיחות, אלימות ותוקפנות, הגיינה, שיוויון וגיוון אתני ופרטיות.

תוכנית ההכשרה של המתנדבים נמשכה יום אחד והתייחסה לנושאים הבאים:

- ❖ הצגת תוכנית הפיילוט והמגבלות על פעילות המתנדבים
- ❖ רקע על חשיבות הטיפול התזונתי
- ❖ מצגות והדגמה מעשית של פעולות על ידי צוות רפואי מקצועי
- ❖ סקירה מקצועית של אחיות בכירות בנוגע לקשר עם מטופלים
- ❖ היגיינת מזון
- ❖ ביקור במחלקות המיועדות

הדו"ח המסכם של התוכנית קבע כי היעדים שנקבעו בתחילה הושגו, וכי חברי הצוות הרפואי ראו במתנדבים סיוע ממשי לעבודתם. בין היתר ציינו חברי הצוות הרפואי כי התוכנית שיפרה וייעלה את זמן הארוחה, ואיפשרה לאחיות להתמקד יותר במטופלים שנזקקו לעזרה נוספת, או להשיב על שאלות



שהופנו אליהן. המטופלים נהנו מהמפגש ויצרו קשרי ידידות עם המתנדבים, שבניגוד לאחיות יכלו להקדיש להם זמן רב יותר.

5.4. אוסטרליה

וולטון וחוקרים נוספים בדקו את השימוש במתנדבים מהקהילה לצורך סיוע במטלת ההאכלה

בבית חולים קהילתי עם 333 מיטות בסידני, ניו וולס (Walton, Williams, Bracks, Zhang, Pond, Smoothy, & Vari, 2008). בית החולים יזם תוכנית פיילוט לשימוש במתנדבים במחלקה בת 28 מיטות. התוכנית, שפותחה במשך שלוש שנים, יצאה לפועל ביוני 2005, וכללה צוות של כ-25 מתנדבים שהוכשרו למטרה זו. במסגרת התוכנית שימשו שלושה מתנדבים במחלקה בכל יום, וסייעו במוצע לשמונה עד עשרה מטופלים. כל אחד

CENTRAL COAST NEWS

Volunteers needed for new programs

ALISON BUCKLAND

VOLUNTEERS are needed to help care for some of the most frail and special needs patients in Central Coast hospitals.

Two new volunteer programs will be tested at Gosford and Wyong.

"The volunteer feeding program will focus on patients who have difficulty feeding themselves and would greatly benefit from people willing to give them a helping hand," Wyong Hospital nursing director Jan Tweedie said.

"The companion observer program is exactly that, people who are willing to sit with those patients, particularly the frail elderly, who may be alone and whose wellbeing would be improved by having someone—a companion—to talk to."

Ms Tweedie said the programs were about improving the care, health and wellbeing of patients.

Hospital volunteer manager Diane Wood said volunteers should be caring, patient and friendly.

"We are very fortunate



Jan Tweedie and nurse unit manager Vicki Wilson are looking for volunteers. Picture: WAIDE MACGUIRE

in that we already have many volunteers who assist in so many ways in our hospitals. They make a huge contribution to both staff and patients," she said.

Interested people have to complete an application and undergo a criminal

record check. If successful they will be trained for the role.

"We do not expect volunteers to put in long hours. Their contribution can be as little as a couple of hours a day, once or twice a week," she said. Inquiries: 4394 8088.

מהמתנדבים הקדיש כ-45 דקות לכל מטופל. החוקרים מצאו כי לתוכנית היו תוצאות חיוביות מבחינת רמת התזונה של המטופלים, והמליצו להרחיב אותה לבתי חולים נוספים (p. 247).

בית החולים ווינג (Wyong) באוסטרליה יזם [תוכנית פיילוט](#) לשילוב הקהילה במטלת ההאכלה של המטופלים. המתנדבים סייעו במטלת ההאכלה במשך ימי השבוע (שני-שישי), בשעות הצהריים (13:30-11:30) ובשעות הערב (18:30-16:30). 60% מאנשי הצוות בבית החולים דיווחו כי התוכנית סייעה ושיפרה את עבודתם, בעוד 40% דיווחו כי אינם משוכנעים ביתרונות התוכנית. בתקציב 2011-2010 [הקצתה ממשלת אוסטרליה](#) סכום של 59.9 מיליון דולר אוסטרלי עבור תוכנית לעידוד מטפלות ישירות להרחיב את השכלתן והכשרתן בתחום.

5.5. שוודיה

את'לין ונורברג בחנו את הגישות והתפיסות של מטפלות ישירות בנוגע להתנהגות דיירים לוקי שיטיון בזמן מטלת ההאכלה (Athlin & Norberg, 1987). הם מצאו כי המטפלות הישירות נוטות להחליף ביניהן את הטיפול בכל דייר במטרה להפחית את רמת המתח הכרוכה במטלת ההאכלה. החוקרים בחנו את ההשפעה של מעבר מגישה הרואה בהאכלה משימה מבוססת מטלה (task assignment) לגישה הרואה במטלה משימה מבוססת מטופל (patient assignment). גישה זו מבוססת על שיטה טיפולית שפותחה בסוף שנות ה-60 ונקראת [Primary Nursing](#). שיטה זו מדגישה את חשיבות הקשר הרציף בין האחיות / מטפלות ישירה למטופל ספציפי, והאחריות הישירה שלה לכל התחומים הטיפוליים הנוגעים אליו. את'לין ונורברג מצאו כי המעבר לגישה מבוססת מטופל תרמה לתחושת הביטחון של המטפלות בכל הנוגע לבעיות שהתעוררו במהלך ההאכלה. לפי החוקרים, האחיות דיווחו כי לתחושתן היה ביכולתן להתגבר על מרבית הבעיות שהתעוררו במטלת ההאכלה. במהלך הקשר הרציף עם המטופל האחיות ידעו ויכולת הבחנה בנוגע למאפיינים בהתנהגות המטופל, שסייעו להן בביצוע המטלה. החוקרים סיכמו כי הידע וההבנה של התנהגות המטופל הקלה על ביצוע המטלה, והפחיתה את גורמי המתח שהיו כרוכים בביצועה.

גישה נוספת הנפוצה בשוודיה היא שיטת מעגלי לימוד (study circles), המשמשת ככלי התערבות נפוץ בבתי חולים ומוסדות סיעודיים (Strombeck, 1991). המכון השוודי למדעי הבריאות ([The Swedish Institute for Health Sciences](#)), מציע כמה מדריכים ליישום השיטה בהקשרים שונים, בהם תזונה ואכילה. העקרונות המרכזיים של שיטת מעגלי הלימוד כוללים גישה לא פורמלית וגמישות בתוכנית הלימוד.

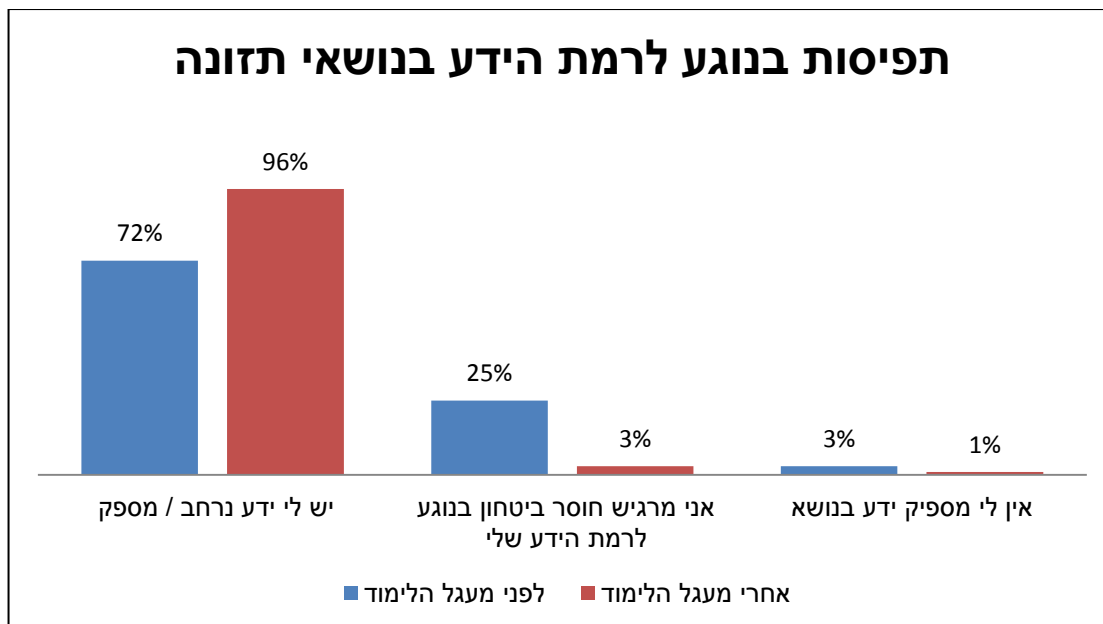
ווסטרגן מצא כי השימוש במעגלי למידה מוכוונים פעולה (Action-oriented study circles) סייע בשיפור רמת התזונה ב-24 מוסדות סיעודיים בשוודיה (Westergren, 2012). התוספת "מוכווני פעולה" נועדה להדגיש את הפן המעשי של גישה זו, שבה הצוות הטיפולי מעורב בתהליכי למידה במסגרת המוסד עצמו, כחלק מהעבודה השוטפת. עיקר הלימוד התבצע באמצעות דיונים בין המשתתפים, במטרה לזהות ולנתח בעיות הקשורות בטיפול ולהציע פתרונות ממוקדים בהתאם לנסיבות הספציפיות. בכל "מעגל לימוד" פעל "מנהיג מעגל", שתפקידו היה להנחות את הדיון, ולהבטיח כי המשתתפים מתמקדים בנושא שעל הפרק. מנהיגי המעגל עברו הכשרה נפרדת של חצי יום עד יום שלם בנוגע לתפקידם.

במסגרת המחקר פותח מדריך למידה שהתמקד בשישה נושאים: (1) חשיבות התזונה עבור המטופל, (2) קשיים באכילה, (3) נהלים, כלים ותחומי אחריות, (4) מזון כתרופה, (5) היגיינה במזון, (6) מתי הארוחה נהפכת לשאלה של חיים ומוות. השיטה הפדגוגית כללה את השלבים הבאים:

1. זיהוי של בעיות הקשורות בתזונה בהם החליטו המשתתפים לדון במסגרת קבוצתית
2. "סיעור מוחות" במטרה להעלות פתרונות אפשריים לבעיה בנסיבות הספציפיות של כל מוסד
3. פיתוח של תוכנית פעולה מובנית במטרה להשיג את השינוי הרצוי

בסך הכל נפגשו המשתתפים שלוש פעמים, כאשר כל פגישה נמשכה כשלוש שעות. בהתבסס על מדריך הלמידה, החליטו המשתתפים במשותף על גוף הידע הרלוונטי עבורם, והתמקדו בהגדרת הבעיה והתוויית הדרך לשיפור המצב, בהתאם לנסיבות הספציפיות של המקרה. בראיונות שנערכו בקרב המשתתפים במחקר נמצא כי 98% העריכו כי חומר הלימוד היה מעניין עד מעניין מאוד; 94% מסרו כי חומר הלימוד היה רלוונטי עד רלוונטי מאוד לתחום עבודתם. המחקר גם בחן את התפיסות של המשתתפים לגבי רמת הידע שלהם על נושאי תזונה, והעלה את הממצאים הבאים:

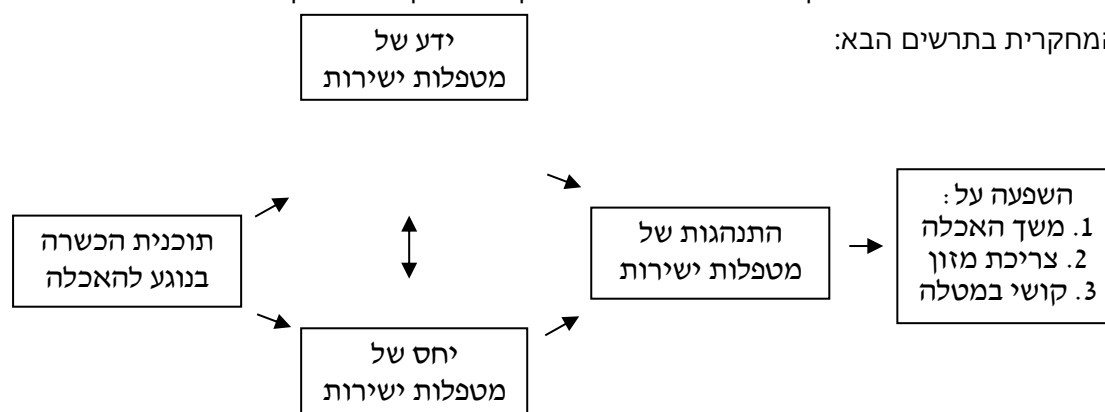
תפיסות בנוגע לרמת הידע בנושאי תזונה



בהתבסס על גישות בנוגע לרמת שביעות רצון בעבודה שנסקרו לעיל, נראה כי לשיטת מעגלי הלימוד עשויה להיות השפעה חיובית בהפחתת רמת המתח של מטפלות ישירות האחראיות על מטלת ההאכלה במוסדות סיעודיים. ווסטרן מסכם כי "באמצעות מעגלי הלימוד מוכוונת הפעולה, ניתנת עדיפות לניסיון, תחושות, ערכים ואמונות של הצוות המטפל, כמו גם עבודת צוות שמטרתה שיפור איכות הטיפול... מיקוד מעגלי הלימוד באופני פעולה אפשריים מביא לתוצאות חיוביות מבחינת יכולת הלמידה של הצוות, שיתוף הפעולה, ומעל לכל – בריאות המטופל" (p. 11).

5.6. טיוואן

צ'נג ולי בדקו את ההשפעה של תוכניות הכשרה בנושאים תזונתיים במוסדות סיעודיים לדיירים שלקו בשיטיון (dementia) בטייוואן (Chang & Lee, 2005). המחקר כלל 67 מטפלות ישירות בשני מוסדות סיעודיים בצפון המדינה. כמחצית מהסייעות קיבלו הכשרה ושימשו כקבוצת מחקר, כשהמחצית השנייה שלא קיבלה הכשרה שימשה כקבוצת ביקורת. החוקרים הגדירו את המסגרת המחקרית בתרשים הבא:



תוכנית ההכשרה כללה סקירה בנוגע לשיטיון והגורמים לו, התנהגות אופייניות ללוקי שיטיון בעת האכלה ונהלים מקובלים בנוגע להאכלה של לוקי שיטיון. נהלים אלה התייחסו לאופן שבו יש

להכין את סביבת הארוחה, כיצד יש להתנהג עם לוקי שיטיון וכיצד להתמודד עם מצב שבו המטופל מסרב לאכול. השיעורים התקיימו במהלך שעות העבודה הרגילות, בנוסף להשתלמות מרוכזת בת יומיים. מייד לאחר השיעורים תירגלו המשתתפות את הטכניקות שלמדו בזמן אמת, במטרה להגביר את יעילות ההכשרה. כל משתתפת האכילה כמה לוקי שיטיון, במטרה להיחשף לבעיות שונות שעשויות לעלות במהלך המטלה.

צנג' ולי מצאו כי תוכניות אלה "שינו את רמת הידע, הגישה וההתנהגות של סייעי האחיות, כמו גם הגדילו את משך הזמן [שהקצו סייעי האחיות] למטלת האכילה עבור הדיירים" (p. 1185). השניים דיווחו כי על אף שתוכנית ההכשרה לא פתרה את כל הבעיות הקשורות במטלת ההאכלה, היא סיפקה למטפלות הישירות כלים מתאימים להתמודדות איתן.

5.7. יפן

יפן מתמודדת עם גידול עקבי ומתמשך בשיעור אוכלוסיית הקשישים מתוך כלל האוכלוסייה במדינה, מגמה שמביאה ללחץ משמעותי על המוסדות הסיעודיים במדינה. ביפן, בניגוד למדינות אחרות, לא נהוג להעסיק עובדים זרים בתפקידי סיעוד. כיוון שכך, הגידול באוכלוסיית הקשישים, שמלווה בדרישה גוברת לעובדים סיעודיים, מביא למצוקת כוח אדם בתחום (Mori & Searce, 2010). במטרה להתמודד עם הבעיה מציעה [ממשלת יפן](#) מציעה סובסידיות ותמיכה לחברות רובוטיקה שיפתחו רובוטים בעלות נמוכה לסיוע בבתי אבות ומוסדות סיעודיים⁶. אחת המטלות בהן אמורים רובוטים אלה לסייע היא האכלה.

חברת [Secom](#), למשל, פיתחה זרוע רובוטית בשם "My Spoon" לסיוע עבור קשישים ואנשים בעלי מוגבלויות המתקשים באכילה.



"My Spoon", רובוט שפותח על ידי החברה היפנית Secom

תהליך הפיתוח כלל ראיונות עם הצוות המטפל בבתי אבות ומוסדות סיעודיים, כמו גם עם הדיירים עצמם. החברה השיקה את הרובוט בשנת 2002, והחלה לייצא אותו למדינות אחרות ב-2004. עם זאת, קשה להאמין שרובוטים מסוג "My Spoon" יכולים להציע פתרון הולם למטלת ההאכלה של אוכלוסייה עם לקויות קוגניטיביות, בין היתר כיוון

שרובוטים אלה מיועדים להפעלה עצמית על ידי המטופל. בנוסף, נכון להיום תג המחיר של רובוטים אלה עדיין גבוה למדי.

⁶ "Japan pushing for low-cost nursing home robots to care for elderly", *Japan Daily Press*, 29/4/2013
<http://japandailynews.com/japan-pushing-for-low-cost-nursing-home-robots-to-care-for-elderly-2927943>

6. סיכום ומסקנות

המתח והלחץ הנפשי הכרוך במטלת ההאכלה במוסדות סיעודיים לאוכלוסייה עם לקויות קוגניטיביות משפיעים באופן מהותי על רמת שביעות הרצון של המטפלות הישירות, מגבירים את תחושת השחיקה ומביאים לתחלופת עובדים מהירה. בעבודת מחקר זו סקרנו פרקטיקות ותוכניות שיושמו במדינות שונות בנוגע להאכלה של דיירים סיעודיים, שעשויות להיות בעלות ערך גם בהפחתת המתח הכרוך במטלה זו.

את הפתרונות ניתן לחלק לשלוש קבוצות עיקריות: הגדלת כוח האדם באמצעות סייעי האכלה ייעודיים (ארה"ב), שילוב הקהילה דרך יצירת מאגר מתנדבים שעברו סדנת הכשרה על מטלת ההאכלה (בריטניה, סקוטלנד, אוסטרליה), ותוכניות הכשרה עבור המטפלות הישירות עצמן (שוודיה, טיוואן).

פתרונות אפשריים להפחתת המתח במטלת ההאכלה:

<ul style="list-style-type: none">• שיפור השירות הניתן לדיירים הסיעודיים• הפחתת עומס העבודה על המטפלות הישירות• עלות כספית והכשרה מצומצמת	סייעי האכלה
<ul style="list-style-type: none">• הגדלת כוח האדם המסייע במטלת ההאכלה• למטפלות זמן נוסף להקדיש לדיירים בעייתיים• כוח אדם לא קבוע עם הכשרה מצומצמת	שילוב הקהילה
<ul style="list-style-type: none">• שיפור הידע של המטפלות מפחית חרדה• יכולת התמודדות טובה יותר עם בעיות• לא פותר את מצוקת כוח האדם ועומס העבודה	סדנאות והכשרה

מסקירת המצב במדינות שונות בעולם עולה כי הגורם העיקרי לשחיקה של מטפלות ישירות הוא עומס עבודה גבוה, הנובע ממחסור בכוח אדם, והאופי התובעני של התפקיד. דרך המלך להתמודדות עם בעיה זו היא הגדלה של מספר המטפלות הישירות ביחס למספר הדיירים הסיעודיים, אלא שפתרון זה כרוך בתוספת תקציב משמעותית למוסדות הסיעודיים. כיוון שבמקרים רבים תוספת של משאבים כספיים אינה אפשרות זמינה, שילוב של תוכניות הכשרה

בנושאי ההאכלה למטפלות הישירות, לצד יצירת מאגר של מתנדבים מהקהילה אשר מסייעים במטלת ההאכלה, עשוי לתרום להפחתת המתח והלחץ הנפשי הכרוך במשימה זו, ולתרום לשביעות הרצון בעבודה של המטפלות הישירות.

7. ביביליוגרפיה

- זק"ש, ד. וגלעד, נ. (2010), תפיסת איכות סביבת העבודה ומטלת ההאכלה של מטפלות ישירות במוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות, קרן של"ם, 46
- Alexander, L. (2009) *Burnout: Impact on Nursing*. Retrieved from <http://www.netce.com/coursecontent.php?courseid=548>
- Athlin, E., & Norberg, A. (1987). Caregivers' attitudes to and interpretations of the behaviour of severely demented patients during feeding in a patient assignment care system. *International journal of nursing studies*, 24(2), 145-153.
- Brannon, D., Barry, T., Kemper, P., Schreiner, A., & Vasey, J. (2007). Job perceptions and intent to leave among direct care workers: evidence from the better jobs better care demonstrations. *The Gerontologist*, 47(6), 820-829.
- Burger, S., Kayser-Jones, J. S., & Bell, J. P. (2000). Malnutrition and dehydration in nursing homes: Key issues in prevention and treatment.

- Chang, C. C., & Lin, L. C. (2005). Effects of a feeding skills training programme on nursing assistants and dementia patients. *Journal of clinical nursing*, 14(10), 1185-1192.
- Chang, C. C., Wykle, M. L., & Madigan, E. A. (2006). The effect of a feeding skills training program for nursing assistants who feed dementia patients in Taiwanese nursing homes. *Geriatric Nursing*, 27(4), 229-237.
- Chou, S. C., Boldy, D. P., & Lee, Y. H. (2002). Measuring job satisfaction in residential aged care. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1), 49-54.
- Chou, R. J. A., & Robert, S. A. (2008). Workplace support, role overload, and job satisfaction of direct care workers in assisted living. *Journal of health and social behavior*, 49(2), 208-222.
- Cranny, C. J., Smith, P. C., & Stone, E. (1992). "Job satisfaction: How people feel about their jobs."
- Crogan, N. L., Shultz, J. A., & Massey, L. K. (2000). Nutrition knowledge of nurses in long-term care facilities. *Journal of continuing education in nursing*, 32(4), 171-176.
- Crogan, N. L., Shultz, J. A., Adams, C. E., & Massey, L. K. (2001). Barriers to nutrition care for nursing home residents. *Journal of gerontological nursing*, 27(12), 25.
- Dyer, S., & Quine, L. (1998). Predictors of job satisfaction and burnout among the direct care staff of a community learning disability service. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 11(4), 320-332.
- Elizabeth Barnes, K. (1990). An examination of nurses' feelings about patients with specific feeding needs. *Journal of Advanced Nursing*, 15(6), 703-711.
- Gills, J., Dementia, C. N. C., & Care, A. Central Coast Companion Observer and Volunteer Feeding Programs.
- Green, S. M., Martin, H. J., Roberts, H. C., & Sayer, A. A. (2011). A systematic review of the use of volunteers to improve mealtime care of adult patients or residents in institutional settings. *Journal of Clinical Nursing*, 20(13- 14), 1810-1823.
- Hall, P. S., & Hall, N. D. (2002). Hiring and retaining direct-care staff: After fifty years of research, what do we know?. *Journal Information*, 40(3).
- Hastings, R. P., Horne, S., & Mitchell, G. (2004). Burnout in direct care staff in intellectual disability services: a factor analytic study of the Maslach Burnout Inventory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), 268-273.
- Hatton, C., Brown, R., Caine, A., & Emerson, E. (1995). Stressors, coping strategies and stress-related outcomes among direct care staff in staffed houses for people with learning disabilities. *Mental Handicap Research*, 8(4), 252-271.

- Hatton, C., & Emerson, E. (1998). Brief report: organisational predictors of actual staff turnover in a service for people with multiple disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 11(2), 166-171.
- Herzberg, Frederick I. "Work and the nature of man." (1966).
- Hickson, M., Bulpitt, C., Nunes, M., Peters, R., Cooke, J., Nicholl, C., & Frost, G. (2004). Does additional feeding support provided by health care assistants improve nutritional status and outcome in acutely ill older in-patients?—a randomised control trial. *Clinical Nutrition*, 23(1), 69-77.
- "Improving Nutrition . . . Improving Care", Healthcare Improvement Scotland, Interim Report, June 2011
- Jenkins, R., Rose, J., & Lovell, C. (1997). Psychological well-being of staff working with people who have challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41(6), 502-511.
- Judge, T. A., Locke, E. A., Durham, C. C., & Kluger, A. N. (1998). Dispositional effects on job and life satisfaction: the role of core evaluations. *Journal of applied psychology*, 83(1), 17.
- Kennedy, M., McCombie, L., Dawes, P., McConnell, K. N., & Dunnigan, M. G. (1997). Nutritional support for patients with intellectual disability and nutrition/dysphagia disorders in community care. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41(5), 430-436.
- Kolodny, V., & Malek, A. M. (1991). Clinically enhancing nursing practice. Improving feeding skills. *Journal of gerontological nursing*, 17(6), 20.
- Lipner, H. S., Jenine Bosler, M. A., & Giles, G. (1990). Volunteer participation in feeding residents: training and supervision in a long-term care facility. *Dysphagia*, 5(2), 89-95.
- Locke, E. A. (1969). What is job satisfaction?. *Organizational behavior and human performance*, 4(4), 309-336.
- Locke, Edwin A. "The Nature and Causes of Job Satisfaction" (1976).
- Mansell, J. (1995). Staffing and staff performance in services for people with severe or profound learning disability and serious challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39(1), 3-14.
- Medicare and Medicaid Programs; Requirements for Paid Feeding Assistants in Long Term Care Facilities, A Rule by the Centers for Medicare & Medicaid Services on 09/26/2003:

<https://www.federalregister.gov/articles/2003/09/26/03-24362/medicare-and-medicaid-programs-requirements-for-paid-feeding-assistants-in-long-term-care-facilities>

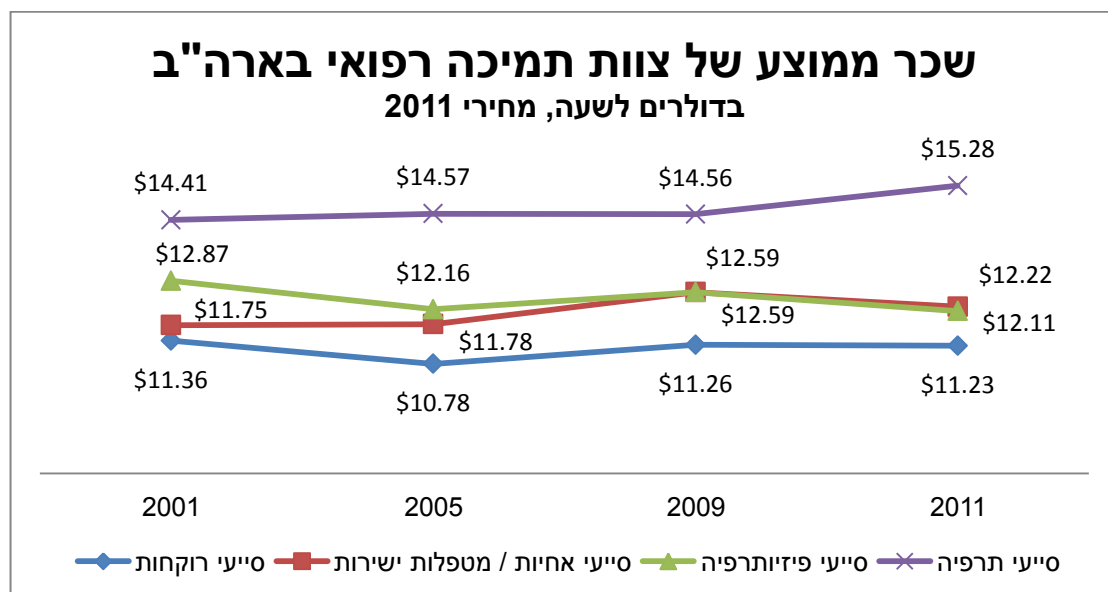
- Montgomery, R. J., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family relations*, 19-26.
- Mori, K., & Scarce, C. (2010). Robot Nation: Robots and the Declining Japanese Population. *Discovery Guides*.
<http://165.215.193.16/discoveryguides/robots/review.pdf>
- Nijs, K. A., de Graaf, C., Kok, F. J., & van Staveren, W. A. (2006). Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal*, 1180-1183.
- Nijs, K., de Graaf, C., van Staveren, W. A., & de Groot, L. C. (2009). Malnutrition and mealtime ambiance in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(4), 226-229.
- Redfern, S., Hannan, S., Norman, I., & Martin, F. (2002). Work satisfaction, stress, quality of care and morale of older people in a nursing home. *Health & Social Care in the Community*, 10(6), 512-517.
- Remsburg, R. E. (2004). Pros and cons of using paid feeding assistants in nursing homes. *Geriatric Nursing*, 25(3), 176-177.
- Potts, M., Halliday, S., Plimley, C., Wright, J., & Cuthbertson, A. (1995). Staff stress and satisfaction in small staffed houses in the community: 1. *British Journal of Nursing*, 4(8), 452-459.
- "Staffing Survey Report 2011", *American Health Care Association, Department of Research*, 2012
- Sharrard, H. E. (1992). Feeling the strain: Job stress and satisfaction of direct-care staff in the mental handicap service. *British Journal of Mental Subnormality*, 38(1), 32-38.
- Simmons, S. F. (2007). Quality improvement for feeding assistance care in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(3), S12-S17.
- Simmons, S. F., Babineau, S., Garcia, E., & Schnelle, J. F. (2002). Quality Assessment in Nursing Homes by Systematic Direct Observation Feeding Assistance. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(10), M665-M671.
- Simmons, S. F., Bertrand, R., Shier, V., Sweetland, R., Moore, T. J., Hurd, D. T., & Schnelle, J. F. (2007). A preliminary evaluation of the paid feeding assistant

- regulation: impact on feeding assistance care process quality in nursing homes. *The Gerontologist*, 47(2), 184-192.
- Simmons, S. F., Osterweil, D., & Schnelle, J. F. (2001). Improving Food Intake in Nursing Home Residents With Feeding Assistance A Staffing Analysis. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(12), M790-M794.
- Simmons, S. F., & Schnelle, J. F. (2006). Feeding Assistance Needs of Long- Stay Nursing Home Residents and Staff Time to Provide Care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(6), 919-924.
- Sneddon, J. (2010). Using mealtime volunteers to support patients. *Nursing times*, 107(41), 21-23.
- Spector, P. E. (1997). Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences (Vol. 3). Sage.
- Strombeck, R. (1991). The Swedish study circle—possibilities for application to health education in the United States. *Health education research*, 6(1), 7-17.
- Thompson, E. R., & Phua, F. T. (2012). A brief index of affective job satisfaction. *Group & Organization Management*, 37(3), 275-307.
- Van Saane, N., Sluiter, J. K., Verbeek, J. H. A. M., & Frings- Dresen, M. H. W. (2003). Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction—a systematic review. *Occupational Medicine*, 53(3), 191-200.
- Walton, K., Williams, P., Bracks, J., Zhang, Q., Pond, L., Smoothy, R., ... & Vari, L. (2008). A volunteer feeding assistance program can improve dietary intakes of elderly patients—A Pilot Study. *Appetite*, 51(2), 244-248.
- Weiss, H. M. (2002). Deconstructing job satisfaction: Separating evaluations, beliefs and affective experiences. *Human Resource Management Review*, 12(2), 173-194.
- Westergren, A. (2012). Action-Oriented Study Circles Facilitate Efforts in Nursing Homes to “Go from Feeding to Serving”: Conceptual Perspectives on Knowledge Translation and Workplace Learning. *Journal of aging research*, 2012.
- Westergren, A., Axelsson, C., Lilja-Andersson, P., Lindholm, C., Petersson, K., & Ulander, K. (2009). Study circles improve the precision in nutritional care in special accommodations. *Food & nutrition research*, 53.
- Wright, L., Cotter, D., & Hickson, M. (2008). The effectiveness of targeted feeding assistance to improve the nutritional intake of elderly dysphagic patients in hospital. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 21(6), 555-562.

Zimmerman, S., Williams, C. S., Reed, P. S., Boustani, M., Preisser, J. S., Heck, E., & Sloane, P. D. (2005). Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *The Gerontologist*, 45(suppl 1), 96-105.

8. נספחים

8.1. התפתחות השכר של מטפלות ישירות ואנשי צוות תמיכה רפואי



מקור: [Health, United States, 2012](#)

8.2. תוכניות הכשרה לסייעי האכלה במדינות שונות בארה"ב

8.2.1. אוקלהומה

a) The following training curricula are approved as training courses and meet the requirements specified in 42 CFR 483.160(a):

(1) Eating Matters: A Training Manual for Feeding Assistants, published by the American Dietetic Association, 2003 edition; and Eating Matters: Feeding Assistants Manual, published by the American Dietetic Association, 2003 edition; or

(2) Assisted Dining: The Role and Skills of Feeding Assistants, published by the American Health Care Association 2003, edition.

b) A feeding assistant training course must consist of at least eight (8) hours of training in the required areas of instruction.

c) A feeding assistant training course instructor must hold a current valid license as (1) A registered nurse (2) A licensed practical nurse (3) A registered dietitian (4) A speech-language pathologist or speech therapist; or (5) An occupational therapist.

d) Successful completion of a training course is based upon the instructor's assessment using a staff competency checklist that conforms to OAC 310:675-19-8.

e) The training course must provide a certificate of completion within 30 days of course completion to each individual who successfully completed the course. The certificate shall conform to OAC 310:675-19-8.

f) The Department will not restrict an individual from repeating a training course. The training course may establish limits on the number of times an individual may repeat the course after unsuccessful attempts.

מקור:

<http://www.ok.gov/health/Protective Health/Health Resources Development Service/Nurse Aide and Nontechnical Services Worker Registry/Feeding Assistants/index.html>

8.2.2. ויסקונסין

1. Wisconsin's feeding assistant training programs must require enrolled individuals to successfully complete an approved training program, which includes the following federally-mandated topics, covered during a minimum of eight (8) hours of instruction: (a) Feeding techniques (b) Assistance with feeding and hydration (c) Communication and interpersonal skills (d) Appropriate responses to resident behavior (e) Safety and emergency procedures, including the Heimlich maneuver (f)

Infection control (g) Resident rights (h) Recognizing changes in residents that are inconsistent with the norm and the importance of reporting changes to the nurse.

2. The feeding assistant training program must also provide instruction on the following topics:

(a) Wisconsin's Caregiver Program, including background check requirements, the need to promptly report any misconduct allegations, the definitions of abuse or neglect of a client or misappropriation of a client's property and the Rehabilitation Review requirements.

(b) The resident population who will be served by the feeding assistant in a facility-based program. The facility-based training program curriculum must include training specific to the identified population type(s). This training must include, but is not limited to: (1) Characteristics of the population, such as the population members' physical, social and mental health needs, and specific medications or treatments needed by the residents (2) Program services needed by the residents (3) Meeting the needs of persons with a dual diagnosis (co-occurrence of mental health disorders and alcohol and/or drug dependence or abuse), and maintaining or increasing his or her social participation (4) Self direction, self care and vocational abilities.

Instruction of feeding assistants who have been trained by another facility's training program, for their specific selected population.

3. The program determines the number of extra hours required for the training topics listed under 2.2, a-c. However, the training must be in addition to the minimum eight (8) hours required for the federally mandated topics listed under 2.1, a-h.

4. Programs may choose to add increased training requirements.

5. Training programs must stress the only direct, hands-on duty a feeding assistant is permitted to perform is assisting residents to eat or drink who have no complicated feeding problems.

מקור: http://www.dhs.wisconsin.gov/rl_dsl/Publications/04-008.htm

8.2.3. ניו יורק

http://www.health.ny.gov/professionals/nursing_home_administrator/docs/dal_07-11_paid_feeding_assistants.pdf

8.2.4. אוקלהומה

<http://www.health.state.mn.us/divs/fpc/profinfo/lic/pfa/pfahome.html>

8.2.5. קנטאקי

<http://chfs.ky.gov/NR/ronlyres/77CCBFD2-BFC1-48F6-8A88-3800C537ADE6/0/FeedingAssistantManual112806.pdf>

8.3. שאלון הערכה בנוגע לתפקוד של סייעי האכלה (Simmons et al., 2007)

Table 4.4 Quality of Feeding Assistance Assessment

Time feeding started: _____ Time feeding ended: _____
 Diet order: _____

What type of assistance does the resident require: *Circle the appropriate response.*

- 1) **No helper: Complete independence**—Resident eats from a dish, while managing all consistencies of food, drinks, from a cup or glass, with the meal presented in the customary manner on a table or tray. The resident uses a spoon or fork to bring food to mouth; food is chewed and swallowed.
- 2) **No helper: Modified independence**—Resident requires an adaptive or assistive device such as a long straw, spork, rocking knife; requires more than a reasonable time to eat; or requires modified food consistency or blenderized food, or there are safety considerations.
- 3) **Helper: Supervision or setup**—Resident requires supervision (e.g., standing by, cueing, or coaxing) or setup, or another person is required to open containers, cut meats, butter bread, or pour liquids.
- 4) **Helper: Minimal contact assistance**—Resident performs 75% or more of eating tasks.
- 5) **Helper: Moderate assistance**—Resident performs 50–74% of eating tasks.
- 6) **Helper: Maximal assistance**—Resident performs 25–49% of eating tasks.
- 7) **Helper: Total assistance**—Resident performs less than 25% of eating tasks.

Preparation of the Environment	Never	Occasionally	Often	Always	Not Applicable	Comments
Eliminates distractions (turns off TV)						
Assists resident to dining room or prepares dining place in resident's room (clears off over-bed table and places tray/food within reach)						
Eliminates noxious stimuli (bedpan, urinal), pulls bedside curtains						
Groups residents who have similar assistive or social needs (minimal assists together, total assists together)						
Preparation of the Resident	Never	Occasionally	Almost Always	Always	Not Applicable	Comments
Eyeglasses/assistive hearing device (if applicable)						
Dentures (if applicable)						
Protective garment (bib) (if applicable)						
Seated position (comfortable, feet on floor, back supported)						
Proper table height (not too high not too low)						
Able to reach plate						
Food and Implements	Never	Occasionally	Almost Always	Always	Not Applicable	Comments
Checks diet order if uncertain						
Food placed within reach (in field of view)						
Food unobstructed (lids off, condiments open, straws open)						
Minimizes obstacles (take food off tray and place on table)						
Cuts food into appropriate size pieces (if that's all the assistance the resident needs)						
Seasons food appropriately (e.g., salts food if patient can have salt, uses food enhancer if resident can't have salt)						
Obtains assistive feeding device and assists resident in appropriate use of device						
Modifies the feeding implements to facilitate self-feeding (puts straw in cup, puts soup in a cup, puts entrée in a bowl)						

(continued)

Table 4.4 Continued

Food and Implements (cont.)	Never	Occasionally	Almost Always	Always	Not Applicable	Comments
Monitors resident (if resident does not eat or eats very little, inquires why and offers substitutions)						
Monitors for fatigue and assists when appropriate						
Feeding Assistance Provided	Never	Occasionally	Almost Always	Always	Not Applicable	Comments
Sits down with resident						
Observes resident for evidence of self-feeding behaviors						
First offers verbal coaching: "Mrs. White, take a bite of potatoes"						
Then offers minimal physical assistance						
Loads the fork/spoon and places in resident's hand, places finger food in hand, places cup in hand						
Pantomimes eating						
Offers praise and positive feedback when task is accomplished						
Uses finger food (or makes food into finger food, e.g., makes a sandwich, cuts meat, and offers pieces)						
Encourages resident to consume beverages						
Follows specified feeding plan (e.g., provides correct food texture—pureed or chopped, care plan states "add milk to pureed foods to enhance texture for swallowing")						
Informs resident of food being offered						
Loads spoon or fork with appropriate amount of food (what the resident is able to handle)						
Offers beverage after several bites						
Performs end of meal hygiene (wipes mouth, hands, removes bibs, cleans up spills)						
Feeding Style	Never	Occasionally	Almost Always	Always	Not Applicable	Comments
Offers all foods on tray/plate						
Attempts to obtain and offer substitutions						
Attempts to enhance food quality (adds condiments, gravy, heats food, adds ice to beverage)						
Waits a few minutes and then offers food again						
Indiscriminant mixing of foods						
Offers liquid supplement before using assistive techniques described above						
Rushes resident						
Forces food or beverage into resident's mouth						
Removes tray/food before resident is finished						
Removes tray/serving dishes but leaves food items for resident to eat						

Other Comments/Observations: