

מודל דילמת המחויבות של עובד סוציאלי במוסד סיעודי

שגית לב וליאת איילון

בספרות העוסקת באתיקה של העבודה הסוציאלית ניתן מקום נרחב לדילמה, שבה נתון עובד סוציאלי (להלן עו"ס), אשר מחויבותו הבסיסית ללקוח עומדת בסתירה עם מחויבויותיו למעסיקו ולמשפחת הלקוח. במוסד הסיעודי דילמה זו יכולה להתעצם בשל הירידה התפקודית והקוגניטיבית של הזקן, ובשל מאפייניו של המוסד הסיעודי, המחלישים את כוחו של הדייר מול המוסד. שני מונחים משמעותיים, אשר מתקשרים לדילמת המחויבות, הם "מצוקה מוסרית" ו"דחק מוסרי". שני מונחים אלו פותחו ונחקרו באופן נרחב בספרות הסיעוד, אך זכו להתייחסות מחקרית מועטה בלבד בספרות העבודה הסוציאלית. במאמר זה נשלב את הספרות התיאורטית והמחקרית העוסקת בהרחבה במודלים של מצוקה ודחק מוסריים בקרב אחיות, ואת דילמת המחויבות של העו"ס במוסד הסיעודי, כפי שהיא באה לידי ביטוי בספרות התיאורטית. מתוך שילוב זו יוצע מודל להבנת דילמת המחויבות של העו"ס במוסד הסיעודי.

מילות מפתח: עובדים סוציאליים, מוסד סיעודי, דילמת מחויבות, מצוקה מוסרית, דחק מוסרי

מבוא

בספרות העוסקת באתיקה של העבודה הסוציאלית ניתן מקום נרחב לדילמה שבה נתון העו"ס, אשר מחויבותו הבסיסית ללקוח עומדת בסתירה למחויבויותיו הנוספות – למעסיק ולמשפחת הלקוח (פנחסי ומיכאלי, 2008; Levy, 1976; Linzer, 1999; ; 2008). במוסד סיעודי דילמה זו יכולה להתעצם, בשל הירידה התפקודית והקוגניטיבית של הזקן ובשל מאפייני המוסד הסיעודי הטוטלי, המחלישים את כוחו של הדייר מול המוסד (לבנשטיין ויקוביץ, Allen, Nelson, & Netting, 2007; Allen, Nelson, Netting, & Cox, 2007; ; 1996; Fogler, 2009; Nelson, Netting, Huber, & Borders, 2001). עם זאת, יש התייחסות מעטה במחקר לדילמת המחויבות כבסיס להמשגה ולתובנות תיאורטיות (לב, 2011; Fine & Teram, 2013; Hyde, 2012; Lev & Ayalon, in press; Papadaki & Wilson, 2004; Papadaki, 2008). על רקע הפער בין הספרות התיאורטית ובין הספרות

המאמר נכתב כחלק מעבודת דוקטור של שגית לב בהנחייתה של פרופ' ליאת איילון.

המחקרית בעיסוק בדילמת המחויבות של העו"ס בכלל ובמוסד הסיעודי בפרט, יוצע מודל תיאורטי להבנת דילמת המחויבות של עו"ס במוסד סיעודי. מודל זה יוכל לסייע בהבנה מעמיקה יותר של דילמה זו, של המשתנים היכולים להשפיע עליה ושל דרכי ההתמודדות של העו"ס עימה.

שני מונחים חשובים פותחו בספרות הסיעוד, ומתקשרים לדילמת המחויבות, והם "מצוקה מוסרית" (moral distress), המתייחס למצבים שבהם איש המקצוע אינו יכול לפעול על פי ערכיו בשל מגבלות מוסדיות (Jameton, 1984), ו"דחק מוסרי" (moral stress), המתייחס למצבים שבהם איש המקצוע נדרש לבצע החלטה, המערכת שני עקרונות אתיים סותרים (Zuzelo, 2007). שני מונחים אלו פותחו ונחקרו באופן נרחב בספרות הסיעוד (Corley, 2002; Corley, Minick, Eiswick, & Jacobs, 2005; Delve, & Wikstrom, 2009; Jameton, 1984; Kalvemark, Hogluod, Hasson, Westerholm, & Arentz, 2004; Lutzen, Blom, Andersson, Ewalds-Kvist, & Winch, 2010; Lutzen, Cronqvist, & Magnusson, 2003; Raines, 2000; Throne, 2007; Zuzelo, 2007; Wilkinson, 1987/1988; 2010), אך נחקרו מעט בלבד בספרות העבודה הסוציאלית (O'Donnell et al., 2008; Ulrich et al., 2007). במאמר זה ננסה לשלב בין הספרות התיאורטית ובין הספרות המחקרית הרחבה העוסקת בדחק מוסרי ובמצוקה מוסרית בקרב אחיות, לבין דילמת המחויבות של עו"ס במוסד סיעודי, כפי שהיא באה לידי ביטוי בספרות התיאורטית. מתוך שילוב זה יוצע מודל להבנת דילמת המחויבות של עו"ס במוסד סיעודי, אשר נבנה על בסיס מודלים המתארים מצוקה מוסרית בקרב אחיות (Corley, 2002; Wilkinson, 1987/1988).

לצורך בניית המודל, נציג תחילה את דילמת המחויבות של עו"ס במוסד סיעודי, על רקע מאפייני המוסד ואופי עבודתו של העו"ס, כפי שהיא באה לידי ביטוי בספרות התיאורטית. בחלקו השני של המאמר נסקור בקצרה את ההתפתחות התיאורטית והמחקרית של המונחים מצוקה ודחק מוסריים. לבסוף נקשר בין דילמת המחויבות לבין מצוקה ודחק מוסריים, תוך בחינת הדומה והשונה ביניהם, ונציע מודל, המתבסס על מודלים של מצוקה מוסרית (Corley, 2002; Wilkinson, 1987/1988), ואשר יוכל לסייע לנו בהבנת דילמת המחויבות של העו"ס במוסד סיעודי ודרכי ההתמודדות עימה.

דילמת המחויבות של עובד סוציאלי במוסד סיעודי

מוסד סיעודי

מוסד סיעודי הוא חלק ממערך השירותים לטיפול ממושך בזקנים, אשר מטרתו לתת מענה לצורכי אוכלוסיית הזקנים הסובלים מירידה תפקודית וקוגניטיבית (לבנשטיין

ויקוביץ', 1996). אפשר להבין את חוויית המגורים במוסד סיעודי על פי תיאוריית "המוסד הטוטלי" (Goffman, 1961). גופמן תיאר את "המוסד הטוטלי" כ"מקום מגורים ועבודה שבו חיים אנשים רבים הנמצאים במצבים דומים, מנותקים מהחברה הרחבה לתקופה ממושכת, ומנהלים צורת חיים סגורה במסגרת ניהולית ופורמלית" (Goffman, 1961, p. 11). על פי גופמן, תהליך הכניסה למוסד, הכרוך במסירת מידע אישי, ויתור ואיבוד חפצים אישיים וקבלת מעמד של מטופל, פוגע בשליטה ובאינדיווידואליות של הדייר (Goffman, 1961). משאביהם המופחתים של הדיירים, הסובלים מירידה תפקודית ולעתים אף קוגניטיבית מחד גיסא, והמבנה הארגוני של המוסד הסיעודי, המווסת קונפליקטים באמצעות תמיכה בדפוסי יחסים של תלות ושליטה מאידך גיסא, יוצרים חוסר איוון בין הדיירים ובין הצוות, ומנציחים את מבנה הכוח הלא-סימטרי של המוסד הסיעודי (Nelson, 2000). כתוצאה ממאפייניו הטוטליים של המוסד הסיעודי, יכול להיווצר מתח דינמי בין צרכי האוטונומיה והבחירה של היחיד לבין שאיפת המוסד לקונפורמיות וציות (Monk & Abramson, 1982; Solomon, 2004).

למבט פסימי זה על המוסד הסיעודי כמוסד טוטלי והשלכותיו, יש להוסיף הסתייגות. בשנים האחרונות אנו עדים לשינוי במבנה המסורתי של המוסד הסיעודי בעולם המערבי, המתבטא ממעבר ממודל רפואי למודל מכוון-לקוח. שינוי זה בא לידי ביטוי בשינוי מבנה המוסד לדגם יותר בייתי ופחות מוסדי, עידוד האוטונומיה והעצמאות של הדיירים מחד גיסא והפחתת סמכות הצוות מאידך גיסא, ושמירת רצף הקשרים עם הקהילה (Brownie & Horstmanshof, 2012).

תפקיד העובד הסוציאלי במוסד הסיעודי

אוכלוסיית היעד הראשונית להתערבות העו"ס במוסד, הם הדיירים עצמם. התערבות זו כוללת ליווי בקליטה ובהסתגלות הדייר למוסד (לבנשטיין ויקוביץ', 1996; משרד הבריאות, 2008; Vourlekis, 2003; NASW, 2001; Iecovich, 2001; Beaulieu, 2002; Zlotnik, & Simons, 2005), זיהוי צרכי הדייר באמצעות הערכה פסיכו-סוציאלית (Beaulieu, 2002; Vourlekis et al., 2005), וטיפול בבעיות החברתיות והרגשיות של המטופל, ובהן חולי נפשי, אובדן מערכות יחסים, יכולת שליטה וזהות וטיפול פליאטיבי (Vourlekis et al., 2005). כמו כן, העו"ס נדרש לפעול למימוש זכויותיו של הדייר ושמירת כבודו (משרד הבריאות, 2008; Solomon, 2004). העו"ס נדרש גם לעבודה קבוצתית, לסוגיה השונים, עם דיירי המוסד (לבנשטיין ויקוביץ', 1996; Solomon, 2004).

תחום נוסף, שבו נדרש העו"ס לפעול, הוא הקשר עם משפחות הדיירים, המתבטא בהתערבות פרטנית או קבוצתית, כדי לסייע למשפחות להסתגל למעבר למסגרת

המוסדית (לבנשטיין ויקוביץ', 1996; משרד הבריאות, 2008); מתן סיוע ותמיכה רגשיים ואדמיניסטרטיביים; סיוע בפתרון בעיות בין-אישיות (לבנשטיין ויקוביץ', 1996; Beaulieu, 2002); וסיוע בפתרון קונפליקטים עם צוות המוסד (Kelchner, 2002). דגש רב מושם על פעילות העו"ס בקרב הצוות הרב-מקצועי של המוסד, המתבטאת בהשתתפות פעילה בדיוני הצוות הרב-מקצועי ושיתוף בתהליכי פיתוח והכשרה בין-מקצועית של הצוות (לבנשטיין ויקוביץ', 1996; משרד הבריאות, 2008; National Association of Social Workers, 2003; Solomon, 2004).

בספרות העכשווית ניתן מקום נרחב לתפקידו של העו"ס בסנגור והעצמה של דיירי המוסד, המתבטאים בייצוג האינטרסים שלהם, הגנה על זכויותיהם וכבודם ושיפור מיומנויות ההתמודדות ויכולת קבלת ההחלטות שלהם (לבנשטיין ויקוביץ', 1996; Anderson & Dabelko-Schoeny, 2010; Beaulieu, 2002; Kelchner, 2002; Meyers, 2006; NASW, 2003; Nelson, 2000; Nelson et al., 2001; Solomon, 2004; Vourlekis et al., 2005). מיומנות חשובה נוספת של העו"ס, המתקשרת לסנגור, היא ניהול קונפליקטים וחילוקי דעות בין הדייר, הצוות ומשפחת הדייר (Allen, 2000). היא ניהול קונפליקטים וחילוקי דעות בין הדייר, הצוות ומשפחת הדייר (Allen, Nelson, Netting, & Cox, 2007; Iecovich, 2000; Nelson, & Netting, 2007). אפשר לקשור התפתחות תפקידים אלו לשינויים שחלו בעשורים האחרונים הן במוסדות הסיעודיים והן בשדה העבודה הסוציאלית, שינויים המבטאים מעבר מתפיסת עולם פטרנליסטית לתפיסת עולם דמוקרטית, מכוונת-לקוח, המאפשרת אוטונומיה והעצמה של הלקוחות (קורן ודורון, 2005; קטן, 1989–1990; Brownie & Horstmanshof, 2012; Vourlekis et al., 2005). עם זאת, מחקרים מראים כי יש פער בין התיאוריה לפרקטיקה: עוסי"ם בבתי אבות נוטים לייצג גישה בעלת אופי פטרנליסטי ביחס לדיירים יותר מאשר גישה בעלת אופי מסנגר ומעצים (קורן ודורון, 2005).

תפקיד נוסף של עו"ס במוסד סיעודי, אשר התפתח בעשורים האחרונים, הוא שיווק וקידום מכירות. התפתחות תפקיד זה קשורה להחלת חוק הסיעוד ה'תשס"ח–1988, ולירידה בביקוש למוסדות שחלה בעקבותיו, אשר אילצה מוסדות לטיפול ממושך לאמץ אסטרטגיות חדשות המכוונות לשיווק. בניגוד לתפקידים ומיומנויות מכוונני-לקוח אשר צוינו לעיל, אפשר לראות תפקיד זה כמכוון לצורכי המוסד באופן מובהק (Iecovich, 2001).

דילמות המחויבות הכפולה של עו"ס לדייר ולמוסד

הספרות עוסקת בשתי דילמות מחויבות עיקריות, המתקשרות לתפקידו של עו"ס במוסד סיעודי: דילמה הנובעת ממחויבותו הכפולה של עו"ס לדייר ולמוסד (לב, 2011; לבנשטיין ויקוביץ', 1996; Allen, Nelson, & Netting, 2007; Allen, Nelson, & Netting, 2007).

הכפולה של העו"ס לדייר ולמשפחתו (לב, 2011; לבנשטיין ויקוביץ', 1996; לומרנץ, 2003; Lev & Ayalon, in press; Monk & Abramson, 1982). במאמר זה נתמקד בדילמה העיקרית, מחויבותו הכפולה של העו"ס לדייר ולמוסד.

על פי לבנשטיין ויקוביץ' (1996), פעמים רבות המוסד משרת את צרכי המערכת המוסדית ולא את צורכי הדייר האינדיווידואלי או את צורכי כלל הדיירים. בשל הניגוד האפשרי בין צורכי המוסד וצורכי הדיירים, עולה שאלת הנאמנות הכפולה, אשר לפי לבנשטיין ויקוביץ' היא הדילמה המרכזית המאפיינת את עבודתו של העו"ס. בנוסף לכך יש חשש שאם העו"ס יפעל נגד ההנהלה, הוא עלול למצוא את עצמו מחוץ למערכת.

תפקידו של העו"ס כמעצם ומסנן יכול לעמוד בניגוד לאינטרסים של ההנהלה. זו תעדיף, פעמים רבות, כי העו"ס יפעל להגברת הציות של הדייר. יותר מכך, עצם הגדרת תפקידו של העו"ס במוסד כמסנן, אשר אמור להתייבב לצד הדייר, מועט המשאבים, מול הנהלת המוסד, מרובת המשאבים, מוגבל באופן אינהרנטי בידי מעמדו כמועסק של המוסד. דבר זה יכול להוביל לקונפליקטים בין העו"ס לבין ההנהלה וצוות המוסד (Allen, Nelson, & Netting, 2007; Allen, Nelson, Netting, & Cox, 2007).

במחקר האיכותני הנוכחי באה לידי ביטוי דילמת המחויבות של העו"ס בין מחויבותו לדיירים לבין מחויבותו להנהלת המוסד, בעיקר סביב שני מוקדים עיקריים: המוקד הראשון הוא התעמרות בדיירים. העו"ס חש קושי לפעול במצבים של חשד לאלימות, בשל אי שיתוף פעולה, חשדנות ואף התנגדות מצד ההנהלה וצוות המוסד, החוששים מפני פגיעה בשם המוסד ובצוות בשל חשיפת ההתעמרות. המוקד השני הוא אשפוז דיירים לא מתאימים: ההנהלה, לרוב ממניעים כלכליים, מפעילה לעתים לחץ על העו"ס לאשפוז דיירים מסוימים, ואילו העו"ס, לפי תפיסתו המקצועית, חושב שאינם מתאימים למסגרת המוסד הסיעודי (לב, 2011; Lev & Ayalon, in press).

לסיכום, דילמת המחויבות של העו"ס במוסד הסיעודי זכתה, כאמור, להתייחסות תיאורטית מהיבטיה השונים (לבנשטיין ויקוביץ', 1996; Allen, Nelson, & Netting, 2007; Allen, Nelson, Netting, & Cox, 2007). עם זאת, סוגיה זו נחקרה אך מעט (לב, 2011; Lev & Ayalon, in press). בשל ראשוניותו של תחום זה, וכדי להעמיק את הידע התיאורטי וההבנה של דילמה זו, נעשה שימוש במונחים "מצוקה ודחק מוסריים", הלקוחים מספרות הסיעוד, ובמודלים המבוססים עליהם. מונחים אלו, אשר יפורטו להלן, קרובים בהיבטים משמעותיים לדילמת המחויבות. הבסיס התיאורטי והמחקרי הרחב של המונחים "מצוקה מוסרית" ו"דחק מוסרי" יכול להוות בסיס להבנה מעמיקה יותר של דילמת המחויבות של העו"ס והשלכותיה.

מצוקה ודחק מוסריים

המונח "מצוקה מוסרית" הוגדר לראשונה בידי ג'מטון (Jameton, 1984). לדבריו, מצוקה מוסרית מתרחשת כאשר איש המקצוע יודע מה הדבר הנכון לעשותו, אך אילוצים מוסדיים הופכים את הפעולה הנכונה לכמעט בלתי אפשרית. וילקינסון (Wilkinson, 1987/1988) ערכה מחקר איכותני חלוצי לבדיקת מצוקה מוסרית בקרב אחיות בבתי חולים. היא מצאה כי המצוקה המוסרית של האחיות הופיעה בעיקר סביב ארבעה נושאים: (א) הענקת טיפולים אגרסיביים לחולים גוססים; (ב) ביצוע בדיקות וטיפולים לא נחוצים; (ג) מצבים שהצריכו את האחיות לשקר למטופל; (ד) מתן טיפול לא מתאים בידי רופא. בעקבות המחקר, בנתה וילקינסון מודל תיאורטי (תרשים 1), המתייחס להשפעת המצוקה המוסרית על איכות הטיפול במטופל. על פי המודל, מודעות מוסרית של האחיות, רגשות אמפתיה שלה ורצונה לסייע, יחד עם אילוצים מוסדיים אובייקטיביים או נתפסים, גורמים למצוקה מוסרית, המתבטאת ברגשות שליליים של כעס, תסכול ואשמה, וכן בחוסר איזון פסיכולוגי. כאשר אחות מתמודדת באופן יעיל עם המצוקה, היא יכולה לחוש מידה מסוימת של שליטה, אשר תשמר את יכולתה להישאר במקצועה ולתת טיפול טוב לחולים. מנגד, תגובה לא יעילה למצוקה מוסרית יכולה להוביל לרגשות של חוסר אונים והערכה עצמית נמוכה, ואלה עלולים לגרום לעזיבת המקצוע או לפגיעה באיכות הטיפול בחולים.

קורלי (Corley, 2002) (תרשים 2) הרחיבה אף היא את ההתייחסות התיאורטית למצוקה מוסרית, באמצעות מודל המתייחס הן למצוקה מוסרית, והן להיפוכה, הנוחות המוסרית. על פי קורלי, מקצוע הסייעוד הוא מקצוע מוסרי, המבוסס על ערכים אתיים של סיוע למטופל, הפגיע הרוב, ומניעת סבל. מכאן, תפיסותיה המוסריות של האחיות נמצאות בבסיס המודל. קורלי מפרטת שמונה תפיסות מוסריות שונות של אחות, וכיצד יחסי גומלין ביניהן יכולים להשפיע על החלטתה לפעול, ועל עוצמת המצוקה המוסרית שתחוש.

מתוך שמונה תפיסות מוסריות אלו, מציינת קורלי (Corley, 2002) חמש תפיסות שיסייעו לאחות לפעול על פי הכרעתה המוסרית, ויפחיתו את המצוקה המוסרית:

- א. מחויבות מוסרית – מחויבות לנושא המוסרי בטיפול בחולה, מחויבות לערכים המעורבים והסכמה ללקיחת סיכונים (Tourtilott, 1982, cited by Corley, 2002).
- ב. שיפוט מוסרי – אינטגרציה של שיקולים אתיים רבים בעד או נגד פעולה מסוימת כדי לקבוע כיצד לפעול במצב מסוים.
- ג. ודאות מוסרית – תחושה של ודאות מוחלטת במוסריות הפעולה, אשר מובילה את האחיות לסכן את עצמה אישית ומקצועית, ולפעול באופן "צודק" בעקבות ודאות זו (Wurzbach, 1996).

- ד. כשירות מוסרית – יכולת תפיסה מוסרית של מצבים, שימוש בשיפוט וכוונה מוסרית חיובית, ועיסוק בהתנהגות מוסרית נאותה (Rest, 1986, cited by Corley, 2002).
- ה. פעולה על פי השכל הישר – הבנייה של התכוונות מוסרית (Rest, 1986 cited by Corley, 2002).

עם זאת, כאשר לאחות תפיסות מוסריות הכוללות רגישות מוסרית ותחושת אוטונומיה, אך היא חסרה כשירות מוסרית או מחויבות מוסרית, היא תתקשה לפעול על פי מחויבותה המוסרית ותחוש מצוקה מוסרית. פעולה של האחות על פי תפיסותיה המוסריות, אף בניגוד למגבלות המוסריות, תוביל לנוחות מוסרית; מנגד, אם היא תימנע מפעולה, היא תחוש מצוקה מוסרית. על פי המודל, השפעותיה של המצוקה המוסרית הן רחבות ורב-ממדיות. ההשפעה על החולים עלולה להיות הגברת חוסר הנוחות והסבל שלהם; ההשפעה על האחיות כוללת שחיקה, פיטורין ועזיבת המקצוע; ההשפעה על הארגון יכולה להתבטא בתחלופת אחיות גבוהה, ירידה באיכות הטיפול ואי שביעות רצון של המטופלים. גורמים אלו יובילו לקושי בגיוס אנשי צוות חדשים ופגיעה בהכרה ובמוניטין של הארגון.

במחקר איכותני, שבדק מצוקה מוסרית בקרב אנשי מקצוע שונים בתחום הבריאות, הרחיבו קלוומרק ואחרים (Kalvemark et al., 2004) את הגדרת המצוקה המוסרית. על פי ממצאיהם, מצוקה מוסרית מתרחשת לא רק כאשר אילוצים מוסדיים מונעים מאיש המקצוע לפעול על פי שיקול דעתו המוסרי, אלא אף במקרים שבהם אנשי המקצוע פועלים על פי החלטתם המוסרית, אך בעשותם כן, הם פועלים בניגוד לתקנות המוסדיות. כלומר, מצב שבו איש המקצוע אינו יכול לשמר את כל האינטרסים והערכים המעורבים, יוביל למצוקה מוסרית.

מונח הקרוב במשמעותו למצוקה מוסרית ומופיע בספרות, הוא דחק אתי או דחק מוסרי. ריינס (Raines, 2000) הגדיר דחק אתי כדחק הנחוזה בהתמודדות עם דילמות מוסריות. זוזלו (Zuzelo, 2007) הגדיר דחק מוסרי באופן מדויק יותר, כדחק שבא לידי ביטוי כאשר איש מקצוע הבריאות נדרש לבצע החלטה מקצועית, המערכת שני עקרונות אתיים סותרים.

במחקר איכותני של לוטזן ואחרים (Lutzen et al., 2003) נמצאו שלושה תנאים מקדימים להתפתחותו של דחק מוסרי: (א) רגישות מוסרית של האחות לפגיעות המטופל וחוסר האוטונומיה שלו; (ב) חוויית האחות, כי גורמים חיצוניים, כגון, העדר סמכות או סדר עדיפויות שונה של הארגון, מונעים ממנה לעשות את הטוב ביותר עבור המטופל; (ג) חוויית חוסר שליטה על המצב המסוים. בעקבות זאת, הגדירו לוטזן ואחרים (Lutzen et al., 2003) דחק מוסרי כדחק הנחוזה כאשר האחות מודעת לעקרונות אתיים המונחים על כף המאזניים במצב מסוים, אך גורמים חיצוניים מונעים ממנה לבצע את ההחלטה, אשר תפחית את הקונפליקט בין שני העקרונות האתיים

המנוגדים (לדוגמה: הארכת חיים מול איכות חיים או אוטונומיה של המטופל מול מניעת נזק). השפעת הרגישות המוסרית של איש המקצוע על רמת הדחק המוסרי, באה לידי ביטוי גם במחקרם של לוטזן ואחרים (Lutzen et al., 2010). שם נמצא, כי ככל שאיש המקצוע מודע יותר מוסרית, הוא חווה דחק מוסרי חזק יותר.

לסיכום, שני המונחים "מצוקה מוסרית" ו"דחק מוסרי" מתמקדים בתגובה הרגשית של איש המקצוע הניצב בפני קונפליקט מוסרי. על אף הניסיון להגדיר מונחים אלו בנפרד, בפועל הם משמשים פעמים רבות להגדרת מצבים דומים ואף זהים, וקשה להגדיר באופן ברור את ההבדל בין שניהם (Lutzen et al., 2010).

במחקרים רבים בולט הקשר בין המאפיינים האתיים של הארגון לבין חוויית המצוקה המוסרית והדחק האתי של איש המקצוע. במחקרים אלו נמצא, כי ככל שהאקלים האתי במקום העבודה היה חיובי יותר, הדחק האתי שחוו אנשי המקצוע היה חלש יותר (Lutzen et al., 2010; O'Donnell et al., 2008; Ulrich et al., 2007). המצוקה המוסרית הייתה נמוכה יותר (Corley et al., 2005). בנוסף נמצא כי שכיחות נמוכה של מצוקה מוסרית הופיעה ביחס הפוך לרמת האוטונומיה של האחות (Papathanassoglou et al., 2012) ולהעצמה המבנית (structural empowerment) שלה, המתבטאת בנגישות למקורות כוח (Ganze et al., 2013).

כמו כן נמצא קשר בין חפיפה בערכים ובסדר הקדימויות האתי של העובד והמעסיק, לבין רמות נמוכות של דחק (Throne, 2010). במחקרים איכותניים נמצא, כי דחק אתי נחווה כאשר ערכיו של איש המקצוע היו בקונפליקט עם נורמות הארגון (Delve & Wikstrom, 2009), ובאופן דומה מצוקה מוסרית נחוותה כאשר איש המקצוע חש, כי יש קדימות לאינטרסים של המוסד לעומת האינטרסים של המטופל (Kalvemmark et al., 2004).

בניגוד לספרות הסיעוד, שבה יש התייחסות תיאורטית ומחקרית נרחבת לפיתוח המושגים התיאורטיים והאופרציונליים של מצוקה ודחק מוסריים ולמחקרים בנושא (Corley, 2002; Corley et al., 2005; Delve & Wikstrom, 2009; Jameton, 1984; Kalvemmark et al., 2004; Lutzen et al., 2010, 2003; Raines, 2000; Throne, 2010; Wilkinson, 1987/1988; Zuzelo, 2007), בספרות העבודה הסוציאלית ההתייחסות התיאורטית והמחקרית לדחק ומצוקה מוסריים היא מעטה (O'Donnell et al., 2008; Ulrich et al., 2007; Weinberg, 2009).

וינברג (Weinberg, 2009) הדגישה, כי הפער בין העיסוק הנרחב במצוקה מוסרית בספרות הסיעוד, לעומת העיסוק הדל בספרות העבודה הסוציאלית, הוא לכאורה תמוה, לאור הדמיון הרב בין שני המקצועות. הן הסיעוד והן העבודה הסוציאלית עוסקים בכריאות, ברווחה ובשיפור איכות חיים, שניהם דומים מבחינת האוטונומיה והמעמד של המקצוע, מבחינת המגדר של העוסקים בו, והם אף עובדים פעמים רבות זה בצד זה. בנוסף, שני המקצועות מתמודדים יום-יום עם קונפליקטים אתיים ועם מקורות זהים

למצוקה מוסרית, כאשר צורכי המטופל מנוגדים לצורכי המוסד, לצורכי המשפחה, או לחוקים ונהלים של הארגון (פנחסי ומיכאלי, 2008; Levy, ; 2004; Kalvemark et al., 1976; Linzer, 1999; Lowenberg & Dolgoff, 1996; Reamer, 1982). וינברג (Weinberg, 2009) הסבירה פער זה בתוצאות קבלת ההחלטות בסיעוד, שהן דרמטיות ומוחשיות (כאב פיזי ומוות) יותר מאשר בעבודה סוציאלית. הסבר נוסף שהיא מביאה, הוא נטיית ספרות העבודה הסוציאלית לבחון את האתיקה באופן צר מתוך מערכת יחסים של עובד ולקוח, ולא להתייחס מספיק לגורמים מערכתיים, היכולים להשפיע על הפרקטיקה. לבסוף, הפער יכול לנבוע ממעמדו של מקצוע הסיעוד, שנמצא לרוב במעמד היררכי נמוך ותחת סמכות רפואית וארגונית של בתי החולים, ושיכולת העובדים בו לקבל החלטות משמעותיות באשר לטיפול בחולה מועטה. עובדות אלו יכולות להעצים את הקושי של האחות לפעול על פי הכרעתה המוסרית (Hamric, 2000; Kalvemark et al., 2004). שלא כמקצוע הסיעוד, מקצוע העבודה הסוציאלית אינו בהכרח שירות משני, ולרוב אינו כפוף באופן ישיר לדיסציפלינה אחרת, כך שהאוטונומיה של העו"ס לפעול על פי תפיסתו המוסרית היא גבוהה יותר.

הקשר בין מצוקה ודחק מוסריים לבין דילמת המחויבות

על אף העיסוק התיאורטי והמחקרי המועט במצוקה מוסרית ודחק מוסרי בעבודה הסוציאלית, נראה כי המונחים מצוקה ודחק מוסריים עשויים להיות משמעותיים לחוויית העבודה של עו"ס במוסד סיעודי. המשמעות של מונחים אלו יכולה לנבוע מעצם היותו של המוסד הסיעודי מוסד רפואי, המטפל באוכלוסייה ירודה מבחינה רפואית, תפקודית וקוגניטיבית, בדומה לאוכלוסייה שמקצוע הסיעוד מטפל בה לעתים קרובות (לבנשטיין ויקוביץ', 1996; Tecovich, 2001). בנוסף, אפשר למצוא קווים משותפים בין דילמת המחויבות של העו"ס במוסד סיעודי, אשר באה לידי ביטוי כאשר מחויבותו הראשונית של העובד לדייר עומדת בסתירה למחויבותיו למוסד, לבין המצוקה המוסרית, המופיעה כאשר העו"ס חש כי אינו יכול לממש את חובתו המוסרית כלפי המטופל, בשל מגבלות מוסדיות (Jameton, 1984). יש הטוענים כי כאשר מחויבותו המוסרית של העו"ס לדייר אינה יכולה להתממש בשל אילוצים מוסדיים, הוא יחוה מצוקה מוסרית (Jameton, 1984); ואם יפעל על פי מחויבותו לדייר, על אף האילוצים המוסדיים, הוא יחוה נוחות מוסרית (Corley, 2002). עם זאת, על פי מחקרים של קלומרק ואחרים (Kalvemark et al., 2004), גם אם העו"ס יממש את מחויבותו לדייר, על אף המגבלות המוסדיות, הוא עשוי לחוות

מצוקה מוסרית. ההגדרות של דחק אתי עוסקות יותר בקונפליקט בין ערכים ועקרונות אתיים סותרים ופחות מתייחסות לסביבה הארגונית (Raines, 2000; Zuzelo, 2007), ואילו ההגדרה של לוטזן ואחרים (Lutzen et al., 2003) נותנת מקום להשפעת אילוצים חיצוניים על הדחק המוסרי, ובכך יכולה להתקשר לדילמת המחויבות של העו"ס במוסד הסיעודי.

אפשר לראות כי דילמת המחויבות שבה נתון העו"ס במוסד סיעודי יכולה להקביל למצבי מצוקה מוסרית ודחק מוסרי שנדונו בספרות. דילמת המחויבות מדגישה את ניגוד האינטרסים האפשרי בין הגורמים השונים שהעו"ס מחויב להם. הדילמה האתית יכולה לנבוע ממחויבויות סותרות אלו. המונחים מצוקה מוסרית ודחק מוסרי מוסיפים ממד נוסף, המתייחס להשפעה הרגשית-פסיכולוגית של הדילמה האתית על העו"ס: המחויבויות הסותרות והקושי של העו"ס לממש את מחויבותו הראשונית לדייר יכולים להובילו לחוויית מצוקה ודחק.

יחד עם קווי הדמיון בין דילמת המחויבות של העו"ס במוסד סיעודי לבין המונחים מצוקה מוסרית ודחק מוסרי, מוסיפים המונחים מצוקה ודחק מוסרי ממד נוסף, המתייחס להשלכות הרגשיות והפסיכולוגיות של הדילמה האתית על העו"ס.

מודל דילמת המחויבות

מתוך הבנת נקודות ההשקה בין דילמת המחויבות של העו"ס לבין מצוקה ודחק מוסריים, יוצע מודל המתאר את דילמת המחויבות של העו"ס במוסד סיעודי. המודל נשען על שני מודלים קיימים, העוסקים במצוקה מוסרית בקרב אחיות (Corley, 2002; Wilkinson, 1987/88). מטרת המודל לשלב בין הספרות התיאורטית והמחקרית הרחבה העוסקת במצוקה ודחק מוסריים במקצועות הסיעוד, לבין חוויית העבודה של עו"ס במוסד סיעודי, כפי שהיא משתקפת בספרות התיאורטית. זאת כדי להעמיק את ההבנה של דילמת המחויבות של העו"ס במוסד הסיעודי, של המשתנים שיכולים להשפיע עליה, ושל דרכי ההתמודדות של העו"ס עמה. נציג תחילה את השינויים שנערכו במודל לצורך התאמתו לדילמת המחויבות. לאחר מכן נציג את המודל עצמו, ולבסוף נדגים כיצד אפשר ליישם מודל זה.

השינויים שנערכו במודל לצורך התאמתו לדילמת המחויבות

מודל דילמת המחויבות פותח, כאמור, על בסיס שני מודלים שתוארו לעיל, העוסקים במצוקה מוסרית בקרב אחיות (Corley, 2002; Wilkinson, 1987/1988). נוסף לשילובם

של שני המודלים במודל אחד, נערכו כמה שינויים כדי להתאימו לדילמת המחויבות, כפי שהיא עשויה לבוא לידי ביטוי בקרב עוסי"ם במוסד סיעודי.

אף על פי ששני המודלים מתייחסים לתחום הסיעוד, הוחל המודל החדש על העבודה הסוציאלית. זאת בשל הקווים המשותפים הרבים למקצוע הסיעוד ולמקצוע העבודה הסוציאלית (Weinberg, 2009), ובשל מקומה המרכזי של דילמת המחויבות במקצוע העבודה הסוציאלית (פנחסי ומיכאלי, 2008; ; Linzer, 1999; Levy, 1976; Lowenberg & Dolgoff, 1996; Reamer, 1982). דמיון נוסף בין המודלים הקיימים לבין מקצוע העבודה הסוציאלית בא לידי ביטוי בכך שהמודלים מדגישים את הבסיס המוסרי, העומד בבסיס מקצוע הסיעוד, ומהווה מקור למצוקה המוסרית (Corley, 2002; Wilkinson, 1987/1988), וזאת בדומה לבסיס המוסרי של מקצוע העבודה הסוציאלית, כפי שהוא בא לידי ביטוי בקוד האתיקה של המקצוע (איגוד העובדים הסוציאליים, 1995).

שינוי משמעותי במודל החדש הוא השמת דילמת המחויבות בבסיס המודל. במודל יש התייחסות לא רק להכרעה ערכית הנובעת ממחויבות לדייר, כמו במודלים של מצוקה מוסרית (Corley, 2002; Wilkinson, 1987/1988), אלא גם לאפשרות של הכרעה ערכית הנובעת ממחויבות למוסד. שינוי זה נעשה על בסיס הקווים המשותפים הרבים למצוקה מוסרית ולדילמת המחויבות, אשר תוארו לעיל.

תחום נוסף שבו נעשה שינוי הוא במקומה ובהשפעתה של תפיסת התפקיד על דילמת המחויבות של העו"ס. במודל של וילקינסון (Wilkinson, 1987/1988) מוצגת תפיסת התפקיד כמשפיעה על הרגשות הנובעים מהמצוקה המוסרית ועל דרך ההתמודדות של האחות, ואילו במודל דילמת המחויבות מובאת תפיסת התפקיד בתחילת המודל, כמשפיעה הן על החלטה המוסרית של העו"ס, המכוונת לדייר, והן על מעשיו בפועל, לפי מחויבותו לדייר או למוסד.

אפשר להניח כי תפיסת תפקיד, הנותנת מקום חשוב לסנגור והעצמה של הדיירים (לבנשטיין ויקוביץ', 1996; ; Meyers, 2006; Kelchner, 2002; Beaulieu, 2002; National Association of Social Workers, 2003; Nelson, 2000; Nelson et al., 2005; Vourlekis et al., 2004; Solomon, 2001), תשפיע על החלטה מוסרית המכוונת יותר לדייר, ואילו תפיסת תפקיד הנותנת מקום מרכזי לשיווק המוסד (Iecovich, 2001) יכולה להוביל להחלטה המכוונת יותר למוסד.

תוספת משמעותית למודל דילמת המחויבות, אשר לא הופיעה במודלים הקודמים, היא תוספת המשאבים הסביבתיים והאישיים, המשפיעים על אופן ההכרעה בדילמת המחויבות. המשאבים הסביבתיים הוספו על סמך המחקרים שהובאו לעיל, וקושרים בין משאבים סביבתיים כגון אקלים אתי ארגוני, אוטונומיה של איש המקצוע והעצמה מבנית, לבין מצוקה מוסרית (Corley et al., 2005; Ganze et al., 2013; Lutzen et al., 2010; O'Donnell et al., 2008; Papathanassoglou et al., 2012; Ulrich et al., 2007).

אף כי משאבים אישיים לא נחקרו במידה מספקת בהקשר של מצוקה ודחק מוסריים, אפשר למצוא חיזוק לקשר זה במונח "דחק מצפוני" (stress of conscience), המתייחס לשכיחות ולעוצמת הטְרדה המצפונית של איש המקצוע, הנגרמת בשל גורמים פנימיים וחיצוניים (Galsberg et al., 2006). במחקרים העוסקים בדחק מצפוני נמצא קשר בינו לבין מאפיינים אישיים של גמישות (resilience) ושליטה (mastery) (Glasberg, Eriksson, & Norberg, 2007, 2008; Tuvvsson, Eklund, & Wann-Hansson, 2012). שינוי משמעותי נוסף במודל הוא השמטת החלוקה הקיימת במודל של וילקינסון (Wilkinson, 1987/1988) בין התמודדות יעילה ללא יעילה. לפיו, אף כאשר האחות מכריעה בניגוד לצורכי הדייר, היא תוכל לפצותו ובכך לשמר את רווחתה הנפשית (wholeness) ולהישאר בתחום הסיעוד. בפרקטיקה של העבודה הסוציאלית הנושא מורכב יותר, שכן לעתים הכרעה בניגוד למחויבות לדייר היא בעלת השלכות אתיות וחוקיות חמורות, בייחוד כאשר הדבר נוגע בחשד להתעמרות, כפי שיובא בדוגמה להלן, וקשה לשער כיצד יצליח העו"ס לפצות את הדייר ולשמר את רווחתו הנפשית. בשל כך הוחלט במודל זה להתייחס רק להשלכות השליליות של הכרעה המנוגדת לצורכי הדייר.

תיאור מודל דילמת המחויבות

בבסיס המודל עומד אירוע המצריך מעורבות של העו"ס, ואשר טומן בחובו קונפליקט מחויבות. החלטתו של העו"ס כיצד לפעול נובעת משילוב של גורמים קוגניטיביים ורגשיים:

- א. ערכיו האישיים והמקצועיים של העו"ס. יש ערכים מקצועיים של העבודה הסוציאלית, אשר מדגישים את מחויבותו של העו"ס ללקוח, כקודמת למחויבותו לארגון המעסיק (Levy, 1976; Linzer, 1999; Reamer, 1982).
- ב. תפיסת התפקיד של העו"ס במוסד הסיעודי. במסגרתה ניתן מקום חשוב לסנגור על הדיירים והעצמתם, כדי לאפשר להם אוטונומיה ובחירה (לבנשטיין ויקוביץ', 1996; Kelchner, 2002; Nelson, 2000; Nelson et al., 2001; Solomon, 2004).
- ג. רגשות אמפתיה ושאיפה לעזור לדייר.

שלושת הגורמים הללו מובילים לרוב את העו"ס להחלטה מוסרית, הנובעת ממחויבותו לדייר. עם זאת, כאשר תפיסתו המוסרית של העו"ס אינן גבוהות, או שמחויבותו למוסד גבוהה ממחויבותו לדייר, יכולה להתקבל הכרעה המבוססת על מחויבות למוסד.

כאשר תפיסתו המוסרית של העו"ס היא מחויבות לדייר, גם אז הוא יכול להתקשות ליישמה בשל אילוצים ומגבלות מוסדיים, משתנים אישיותיים וסביבתיים, וגם הגדרת התפקיד של העו"ס, כמכוונת לדייר או למוסד.

בשלב זה מתפצל המודל לשניים:

1. כאשר העו"ס פועל לפי מחויבותו לדייר, בניגוד לנהלי המוסד, הוא יחוש נוחות מוסרית. עם זאת יש לציין, כי לפי מחקר איכותני של קלומרק ואחרים (Kalvemark, et al., 2004), אף במצבים שבהם העו"ס פועל לפי עקרונותיו המוסריים, בניגוד להנחיות המוסדיות, הוא יחוש מצוקה מוסרית.
 2. כאשר העו"ס פועל לפי מחויבותו למוסד, בניגוד למחויבותו המוסרית לדייר, הוא יחוש מצוקה מוסרית, אשר תבטא בתחושות שליליות וחוסר איזון פסיכולוגי (חוסר נוחות). רגשות אלו יהיו בעלי השפעה הן על הדייר והן על העו"ס. ההשפעה על הדייר תבטא בפגיעה בו ובהימנעות של העו"ס ממנו. ההשפעה על העו"ס תבטא בהערכה עצמית נמוכה ונוזק לתחושת השלמות, ואלו יכולים להוביל לשחיקה ואף לעזיבת המקצוע. פעולתו של העו"ס בניגוד למחויבותו לדייר תוביל בנוסף לכך לפגיעה בארגון, אשר יכולה להתבטא באי שביעות רצון של הדיירים, פגיעה באיכות הטיפול, תחלופה גבוהה של הצוות ופגיעה במוניטין.
- כאשר החלטתו המוסרית של העו"ס נובעת ממחויבות למוסד, הוא יפעל על פי מחויבותו למוסד, בניגוד למחויבותו למטופל. מכיוון שמעשיו תואמים את ערכיו, הוא לא יחוש מצוקה מוסרית. גם כאן תהיה למעשיו השפעה מידית על הטיפול בדייר ועל הארגון.

הרגמת המודל

להלן דוגמה היפותטית, אשר בעזרתה נמחיש את אופן פעולתו של המודל:

מטפלת ותיקה במוסד סיעודי נחשבת יעילה וזריזה בביצוע מטלות המחלקה, אך עם זאת מתנהגת באופן לא נאות לדיירים. התנהגות לא נאותה זו באה לידי ביטוי בצעקות, קללות ואיומים. ההתנהגות המתעמרת ממשיכה, אף על פי שהעו"ס והצוות הבכיר מעירים לה על כך פעמים רבות. אם העו"ס פועלת על פי ערכיה האישיים והמקצועיים, אשר בבסיסם עומדת מחויבות לדייר וצורך להגן עליו, ועל פי תפיסת תפקיד המחויבת לסנגור והעצמת הדייר, היא תפנה להנהלה בדרישה לפטר את המטפלת ולדווח לפקידת סעד כפי שמחייב החוק תיקון מס' 26 לחוק העונשין משנת תשל"ז).

מנגד, אם ערכיה האישיים והמקצועיים של העו"ס אינם גבוהים, או שהם מכוונים למוסד יותר מאשר לדיירים, וכן אם תפיסת התפקיד שלה מכוונת למוסד יותר מאשר לדיירים, יכול להיות שלא תחוש צורך לפעול מעבר לנעשה עד כה. העו"ס המחויבת לדייר פונה להנהלה בדרישה לפטר את העובדת, אך ההנהלה אינה מוכנה לשתף פעולה עם דרישותיה, מכיוון שלטענתה מדובר במטפלת טובה, "המחזיקה" את המחלקה, וקשה להשיג מטפלים חדשים. בנוסף, ההנהלה נחרדת מהרעיון לפנות אל פקידת סעד, בשל החשש לפגיעה בשם

שגית לב וליאת איילון

ובמוניטין של המוסד. כאן ניצבת העו"ס בפני הכרעה: האם לפעול על פי מחויבותה לדיירים, להתעמת עם ההנהלה ואולי אף לפנות לפקידת סעד בניגוד לדעתה? או לפעול על פי מחויבותה למוסד, להמשיך להעלים עין מהתנהגות המטפלת, ובכך להפקיר את הדיירים להתנהגות מתעמרת?

ההכרעה בדילמה זו תלויה גם כאן בתפיסת התפקיד והמחויבות של העו"ס: אם תפיסת התפקיד מכוונת לדייר ומחויבותה אליו גבוהה, תיטה העו"ס להתייצב להגנת הדיירים, אף אם כפועל יוצא מכך היא תיאלץ להתייצב מול ההנהלה. מנגד, כאשר תפיסת התפקיד והמחויבות אינה מכוונת במידה מספקת לדייר, תתקשה העו"ס להתייצב מול ההנהלה. בנוסף, משאבים סביבתיים חזקים העומדים לרשות העו"ס, כגון תמיכת עמיתים, הדרכה, ואקלים אתי חיובי במוסד, וכן משאבים אישיים כגון תפיסת מסוגלות, יוכלו לסייע לה בהכרעה לפעול על פי מחויבותה לדייר. מנגד, משאבים סביבתיים ואישיים חלשים יקשו על העו"ס להתייצב מול ההנהלה ולפעול על פי מחויבותה לדיירים.

אם העו"ס תפעל לפי מחויבותה לדיירים, תתעמת עם ההנהלה ותביא לבסוף לפיטורי המטפלת, היא תחוש נוחות מוסרית. עם זאת, אפשר להניח כי במצבים קיצוניים, שבהם תפעל העו"ס בניגוד להנהלה ואולי אף תביא לפגיעה במוניטין המוסד בעקבות הדיווח לפקידת סעד, היא תחוש מצוקה מוסרית, עקב הפגיעה במחויבותה למוסד. אם העו"ס תפעל לפי מחויבותה למוסד ובכך תמעל במחויבותה לדיירים, היא תחוש מצוקה מוסרית, שתתבטא בתחושות שליליות וחוסר איוון פסיכולוגי, אשר יכולים להוביל להערכה עצמית נמוכה. כאשר אירועים מסוג זה נשנים, הם יביאו אף לשחיקה ולעזיבת המקצוע. לפעולה זו תהיה השפעה ישירה על הטיפול בדיירים – הם יישארו חשופים להתנהגותה המתעמרת של המטפלת, ולהשפעה עקיפה על הטיפול בהם – שיכולה להתבטא בהימנעות של העו"ס מקשר קרוב עימם, עקב המצוקה המוסרית שהיא חווה. בנוסף, אירועים אלו יכולים לפגוע במוסד עצמו, כי איכות הטיפול והמוניטין שלו ייפגעו בגלל אי הטיפול בהתנהגותה המתעמרת של המטפלת.

סיכום

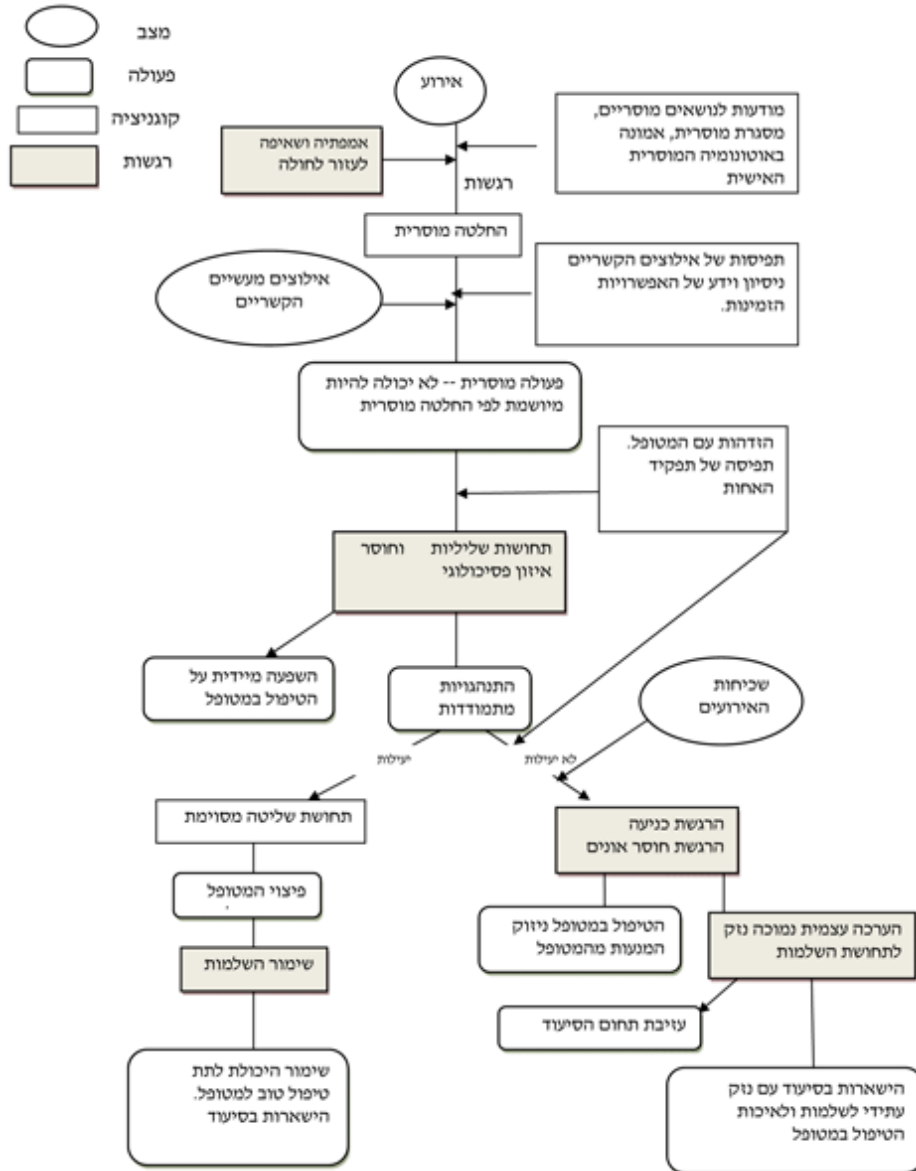
מודל דילמת המחויבות מעלה למודעות את קיומה של הדילמה שבה נתון עו"ס במוסד סיעודי, ומחדד את הקושי, שעמו הוא מתמודד בכואו להגן על צורכי הדיירים ולשמור על שלומם, כאשר מחויבותו הבסיסית לדיירים עומדת בסתירה למחויבותו להנהלה ולצוות המוסד (לב, 2011; לבנשטיין ויקוביץ', 1996; Allen, Nelson, & Netting, in press; Lev & Ayalon, 2007; Allen, Nelson, Netting, & Cox, 2007). המודל מצביע על השלכות המשמעותיות של אופן ההכרעה של העו"ס בדילמת המחויבות על רווחתו שלו, וחשוב מכך, על שלומם ורווחתם של דיירי המוסדות. בנוסף, המודל ממפה את המאפיינים האישיים והסביבתיים, המשפיעים על קיומה

של דילמת מחויבות בחוויית העבודה של העו"ס במוסד הסיעודי ואופן הכרעתו בה. מודעות למאפיינים אלו, וההשלכות הקריטיות שלהם על שלומם ורווחתם של דיירי המוסדות, תוכל לסייע למשרד הבריאות ולגופים נוספים בשדה ובאקדמיה לחקור נושא זה ולפעול לפיתוח גופים, שיוכלו לספק תמיכה מקצועית ורגשית לעו"סים במוסדות הסיעודיים. התמיכה תאפשר העצמה של העוסי"ם, שיפור תפקודם המקצועי ורווחתם הנפשית ומניעת שחיקה. חשוב מכך, החיזוק, התמיכה וההעצמה של העו"סים במוסדות יכלו לסייע באופן ישיר להגברת שלומם, ביטחונם, רווחתם הנפשית ואיכות חייהם של דיירי המוסדות הסיעודיים.

כמו כן, מודל דילמת המחויבות יכול להוות בסיס למחקר העוסק בחוויית העבודה של עו"ס במוסד סיעודי, ובוחר את הקשר בין מאפיינים סביבתיים ואישיותיים של העו"ס לבין שכיחותם ועוצמתם של המצוקה והדחק המוסריים שהוא חווה.

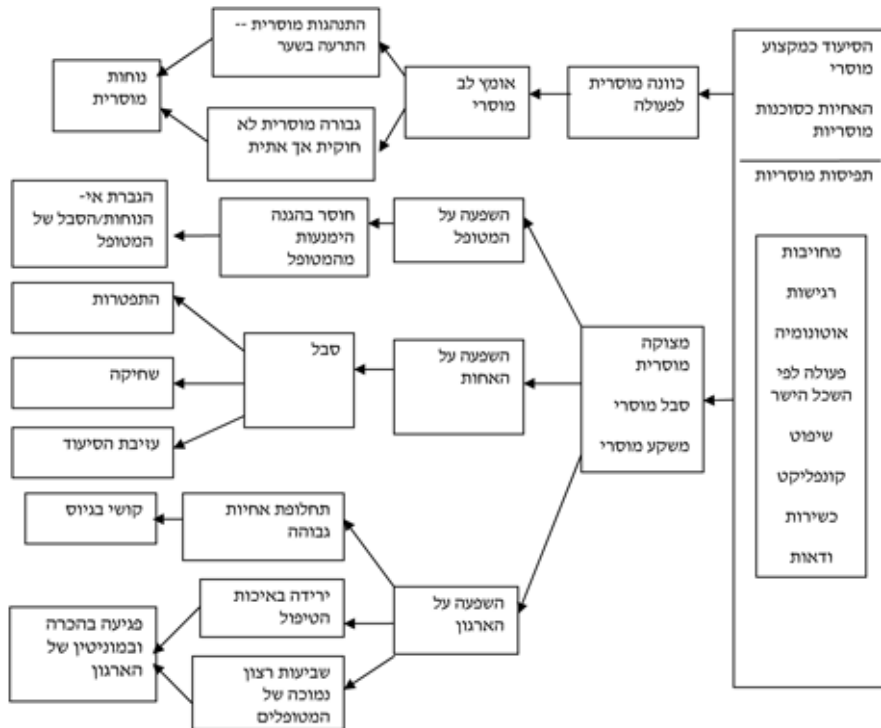
שגית לב וליאת איילון

תרשים 1: מודל המצוקה המוסרית של וילקינסון (Wilkinson, 1978/88)



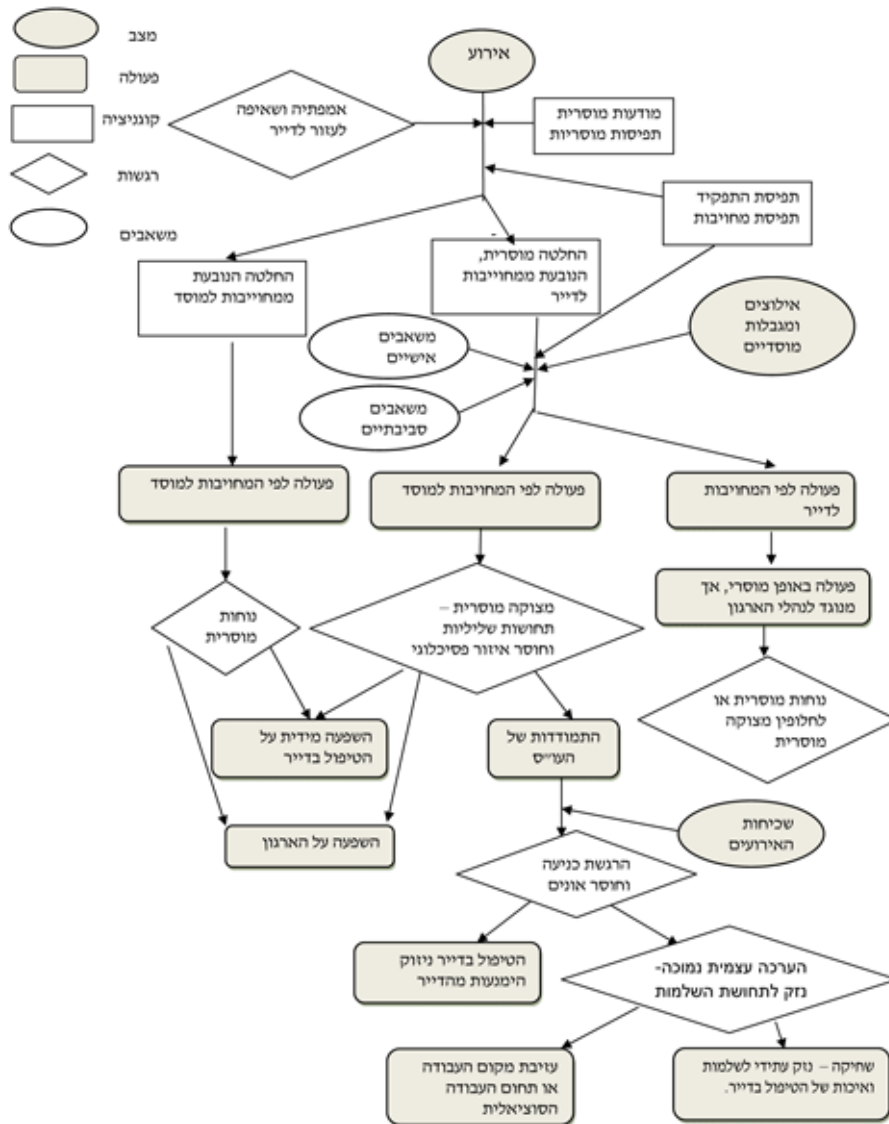
מודל דילמת המחויבות של עובד סוציאלי במוסד סיעודי

תרשים 2: מודל התיאוריה של המצוקה המוסרית של קורלי (Corley, 2002)



שגית לב וליאת איילון

תרשים 3: מודל תיאורטי – דילמת המחויבות של עו"ס במוסד סיעודי, כפי שפיתחו כותבות המאמר



מקורות

- איגוד העובדים הסוציאליים (1995). קוד האתיקה המקצועית של העובדים הסוציאליים בישראל. לב, ש. (2011). דילמת המחויבות של העובד הסוציאלי במוסד הסיעודי. עבודת מוסמך. אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן.
- לבנשטיין, א. ויקוביץ, א. (1996). הזקן, המשפחה והמסגרת המוסדית – סוגיות ושיטות התערבות (מהדורה שנייה). תל-אביב: רמות.
- לומרנץ, י. (2003). בריאות נפשית וטיפול נפשי בתקופת הזיקנה. בתוך: א. רוזין (עורך), הזדקנות וזיקנה בישראל (עמ' 467–532). ירושלים: אשל.
- משרד הבריאות (2008). תיק נהלים לעובדת סוציאלית בבי"ח גריאטרי סיעודי. תל-אביב.
- פנחס, ב. ומיכאלי, נ. (2008). סוגיות אתיות בעבודה הסוציאלית. בתוך: ג. שפר, י. אכמון וג. וויל (עורכים), סוגיות אתיות במקצועות הייעוץ והטיפול הנפשי (עמ' 539–550). ירושלים: מאגנס, האוניברסיטה העברית.
- קורן, ח. ודורון, י. (2005). תפקידי העובדים הסוציאליים בבתי אבות: רצוי, מצוי והפער ביניהם. חברה ורווחה, כה(2), 185–206.
- קטן, י. (1990–1989). דמוקרטיזציה במוסדות לקשישים: גורמים מסייעים וכולמים. גרונטולוגיה, 45–46, 34–54.
- Allen, P. D., Nelson, H. W., & Netting, F. E. (2007). Current practice and policy realities revisited: Undertrained nursing home social workers in the U.S. *Social Work in Health Care, 45*(4), 1–22.
- Allen, P. D., Nelson, H. W., Netting, F. E., & Cox, D. M. (2007). Navigating conflict: A model for nursing home social workers. *Health and Social Work, 32*, 231–234.
- Anderson, K. A., & Dabelko-Schoeny, H. I. (2010). Civic engagement for nursing home residents: A call for social work action. *Journal of Gerontological Social Work, 3*, 270–282.
- Beaulieu, E. M. (2002). *A guide for nursing home social workers*. New York, NY: Springer.
- Brownie, S., & Horstmanshof, L. (2012). Creating the conditions for self-fulfilment for aged care residents. *Nursing Ethics, 19*, 777–786.
- Corley, M. C. (2002). Nurse moral distress: A proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics, 9*, 636–650.
- Corley, M. C., Minick, P., Eiswick, R. K., & Jacobs, M. (2005). Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics, 12*, 381–389.
- Delvve, L., & Wikstrom, E. (2009). Managing complex workplace stress in health care organizations: Leaders' perceived legitimacy conflicts. *Journal of Nursing Management, 17*, 931–941.
- Fine, M., & Teram, E. (2013). Overt and covert ways of responding to moral injustices in social work practice: Heroes and mild-mannered social work bipeds. *British Journal of Social Work, 43*, 1312–1329.
- Fogler, S. (2009). Using conflict theory to explore the role of nursing home social workers in home- and community-based service utilization. *Journal of Gerontological Social Work, 52*, 859–869.

שגיח לב וליאת איילון

- Ganze, D., Raanan, O., Khalaila, R., Bennaroch, K., Scherman, S., Bruttin, M., & Benbenishty, J. (2013). Moral distress and structural empowerment among a national sample of Israeli intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, *69*, 415–424.
- Glasberg, A. L., Eriksson, S., Dahlqvist, V., Lindahl, E., Strandberg, G., Söderberg, A., & Norberg, A. (2006). Development and initial validation of the stress of conscience questionnaire. *Nursing Ethics*, *13*, 633–648.
- Glasberg A. L., Eriksson, S., & Norberg A. (2007). Burnout and “stress of conscience” among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, *57*, 392–403.
- Glasberg, A. L., Eriksson, S., & Norberg, A. (2008). Factors associated with stress of conscience in healthcare. *Scandinavian Journal of Caring Science*, *22*, 249–258.
- Goffman, E. (1961). *Asylums*, New York, NY: Doubleday.
- Hamric, A. B. (2000). Moral distress in everyday ethics. *Nursing Outlook*, *48*, 199–201.
- Hyde, C. A. (2012). Ethical dilemmas in human service management: Identifying and resolving the challenges. *Ethics and Social Welfare*, *6*, 351–367.
- Iecovich, E. (2000). Sources of stress and conflicts between elderly patients, their family members and personnel in care settings. *Journal of Gerontological Social Work*, *34*(2), 73–88.
- Iecovich, E. (2001). An Israeli perspective. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, *1*(2), 15–19.
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Kalvemark, S., Hogluod, A. T., Hasson, M. G., Westerholm, P., & Arentz, B. (2004). Living with conflicts: Ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science & Medicine*, *58*, 1075–1084.
- Kelchner, E. S. (2002). Social work with older adults in health care and residential settings in the new millennium: A return to the past. *Journal of Gerontological Social Work*, *36*, 115–125.
- Lev, S., & Ayalon, L. (in press). Running between the raindrops: The obligation dilemma of the social worker in the nursing home. *Health and Social Work*.
- Levy, C. (1976). *Social work ethics*. New York, NY: Human Sciences Press.
- Linzer, N. (1999). *Resolving ethical issues in social work practice*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Lowenberg, F. M., & Dolgoff, R. (1996). *Ethical decisions for social work practice*. Itasca, IL: Peacock.
- Lutzen, K., Blom, T., Ewalds-Kvist, B., & Winch, S. (2010). Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nursing Ethics*, *17*, 213–224.
- Lutzen, K., Cronqvist, A., Magnusson, A., & Andersson, L. (2003). Moral stress: Synthesis of a concept. *Nursing Ethics*, *10*, 312–322.
- Meyers, S. (2006). Role of the social worker in old versus new culture in nursing homes. *Social Work*, *51*, 273–277.
- Monk, A., & Abramson, M. (1982). Older people. In S.A. Yelaja (Ed.), *Ethical issues in social work* (pp. 139–155). Springfield, IL: Charles Thomas.
- National Association of Social Workers. (2003) *NASW standards for social work services in long term care facilities*. Washington, DC: Author.

- Nelson, H. W. (2000). Injustice and conflict in nursing homes: Toward advocacy and exchange. *Journal of Aging Studies, 14*, 39–61.
- Nelson, H. W., Netting, F. E., Huber, R., & Borders, K. (2001). The social worker-ombudsman partnership: Using a resident-centered model of situational conflict tactics. *Journal of Gerontological Social Work, 35*(3), 65–82.
- O'Donnell, P., Farrar, A., Brintzenhofesoc, K., Conrad, A. P., Danis, M., Grady, C., & Ulrich, C. M. (2008). Predictors of ethical stress, moral action and job satisfaction in health care social workers. *Social Work in Health Care, 46*(3), 29–51.
- Papadaki, E., & Papadaki, V. (2008). Ethically difficult situations related to organizational conditions: Social workers' experiences in Crete, Greece. *Journal of Social Work, 8*, 163–180.
- Papathanassoglou, E., Katanikola, E., Kalafati, M., Giannakopoulou, M., Lemonidou, C., & Albarran, J. M. (2012). Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. *American Journal of Critical Care, 21*, 41–52.
- Raines, L. R. (2000). Ethical decision making in nurses. *JONAS' Healthcare, Law, Ethics, and Regulation, 2*, 29–41.
- Reamer, F. G. (1982). *Ethical dilemmas in social services*. New York, NY: Columbia University Press.
- Solomon, R. (2004). The role of the social worker in long-term care. *Journal of Gerontological Social Work, 43*, 187–202.
- Throne, L. (2010). The association between ethical conflict and adverse outcomes. *Journal of Business Ethics, 92*, 269–276.
- Tuvwsson, H., Eklund, M., & Wann-Hansson, C. (2012). Stress of conscience among psychiatric nursing staff in relation to environmental and individual factors. *Nursing Ethics, 19*, 208–219.
- Ulrich, C., O'Donnell, P., Taylor, C., Farrar, A., Danis, M., & Grady, C. (2007). Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States. *Social Science & Medicine, 65*, 1708–1719.
- Vourlekis, B., Zlotnik, J. L., & Simons, K. (2005). *Evaluating social work services in nursing homes: Toward quality psychosocial care and its measurement: A report to the profession and blueprint for action*. Washington, DC: Institute for the Advancement of Social Work Research.
- Weinberg, M. (2009). Moral distress: A missing but relevant concept for ethics in social work. *Canadian Social Work Review, 26*, 139–151.
- Wilkinson, J. M. (1987/1988). Moral distress in nursing practice. *Nursing Forum, 23*, 16–29.
- Wilson, G. (2004). Dilemmas and ethics: Social work practice in the detection and management of abused older women and men. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 14*, 79–94.
- Wurzbach, M. E. (1996). Long-term care nurse's ethical convictions about tube feeding. *Western Journal of Nursing Research, 18*, 63–75.
- Zuzelo, P. R. (2007). Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing Ethics, 14*, 344–359.