

תיקוף כלי לאומדן תפיסת מסוגלות עצמית לטיפול פליאטיבי בחולה הנוטה למות בקרב אחים/יות העובדים במחלקות אשפוז שונות

תקציר

הקדמה: מגמת העלייה במספר החולים במחלקות אשפוז כלליות הסובלים ממחלה חשוכת מרפא מחייבת את אנשי הצוות להיות מסוגלים להעניק טיפול פליאטיבי. מסוגלות עצמית לטיפול פליאטיבי היא גורם מרכזי המנבא התנהגות מקצועית בעתיד. לא נמצא כלי בשפה העברית שבוחן את תפיסת המסוגלות העצמית לאיזון תסמינים ולמתן מענה פסיכוסוציאלי במסגרת הטיפול התומך. **מטרות:** תיקוף שאלון "Palliative care self-efficacy scale" לשפה העברית בקרב צוותים סיעודיים העובדים במחלקות אשפוז שונות.

שיטות מחקר: מחקר חתך שנערך בארבעה בתי חולים בקרב צוותים סיעודיים העובדים במחלקות אונקולוגיות, פנימיות, כירורגיות ורפואה דחופה.

תוצאות: השאלון תורגם לעברית ומולא על ידי 588 אחים/יות. מקדמי אלפא קרונברך של הכלי נמצאו גבוהים: 0.89 עבור הכלי כולו, 0.82 עבור סולם המעריך את היכולת לענות על השאלות בהקשר לטיפול בסוף החיים, ו-0.85 עבור סולם המעריך את היכולת לתת מענה לתסמינים. בדומה לכלי המקורי, נמצאו שני פקטורים המסבירים 58.6% מהשונות: יכולת לתת מענה על שאלות בהקשר לטיפול בסוף החיים (46.43%) ויכולת לתת מענה לתסמינים (12.2%).

מסקנות: מאפייניו הפסיכומטריים של הכלי מעידים, כי ניתן להשתמש בו לאומדן מסוגלות עצמית לטיפול פליאטיבי בקרב אחים/יות העובדים במחלקות אשפוז שונות.

דיון וסיכום: יש חשיבות רבה להמשך בדיקת מאפייני הכלי בקרב אנשי מקצוע נוספים המעורבים בטיפול בחולה הנוטה למות. בנוסף, חשוב לבחון את יכולת של הכלי לזהות שינויים המתרחשים בתפיסת המסוגלות לאורך זמן.

מילות מפתח: טיפול פליאטיבי; מסוגלות עצמית; סיעוד; איזון תסמינים; טיפול בסוף החיים.

Keywords: Palliative care; Self-efficacy; Nursing; Symptom management; Psycho-social support.

על ידי החוקר הוא תפיסה של מסוגלות עצמית. "מסוגלות עצמית" מתייחסת לאמונה של הפרט ביכולתו לבצע מטלה מסוימת או אתגר מסוים ולהתמודד איתו. לאמונה זו קשורות ציפיות לתוצאות – האם הביצוע יביא לתוצאות מוצלחות או לכישלון. ככל שהמסוגלות העצמית נתפסת גבוהה יותר, כך גדלים המאמצים שמשקיע הפרט בהשגת המטרה או האתגר שהציב לעצמו. המסוגלות העצמית משקפת את האמונה בכוחו וביכולתו של הפרט להשיג את המטרות. מכאן, שהמסוגלות העצמית של הפרט לא רק קובעת האם הוא יהיה מוכן להתנסות בסיטואציות שונות, אלא גם את רמת הביצוע בפועל.

תחושת המסוגלות העצמית נרכשת מאחד מארבעת המקורות הבאים או משילוב של אחדים מהם: (1) התנסות

הקדמה

תיאוריית הלמידה החברתית (Social Cognitive Theory) היא מסגרת תיאורטית המאפשרת להסביר איך הפרט לומד, מה מניע את התנהגותו ואת השינויים בהתנהגות [1]. לדעתו של בנדורה [1] פעילות מעצבת ומיומנויות הן חשובות, אך אינן מספיקות לביצוע: אנשים לעיתים קרובות אינם מתנהגים באופן מיטבי גם אם הם יודעים היטב מה לעשות. הוא סבר כי הסיבה לכך היא אמונותיו של האדם, המתווכות את הקשר בין הידע לפעולה. הוא התמקד בחקר השאלה כיצד אנשים מעריכים את יכולותיהם, ואיך תפיסה זאת של המסוגלות משפיעה על המוטיבציה שלהם ועל התנהגותם [1]. המושג שנבטע

טבלה 1: Palliative care self-efficacy scale המסוגלות העצמית למתן טיפול פליאטיבי

| מס' פריט | אינטראקציות מטופל/משפחה וניהול קליני | זקוקה/ה להדרכה בסיסית נוספת | בטוח/ה ביכולת לבצע תוך פיקוח צמוד | בטוח/ה ביכולת לבצע עם מינימום התייעצות | בטוח/ה ביכולת לבצע באופן עצמאי |
|----------|--|-----------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------------|
| A1 | לענות על שאלות מטופלים לגבי תהליך הגסיסה | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A2 | לתמוך במטופל או בבן משפחתו הנמצאים במצוקה | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A3 | ליידע אנשים לגבי שרותי תמיכה זמינים | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A4 | לשוחח על חלופות שהייה שונות (כגון בית חולים, בית, משפחה) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A5 | לקיים שיחה על משאלות מטופלים לזמן שלאחר מותם | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A6 | לענות על שאלות לגבי השפעות של תרופות מסוימות | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A7 | להגיב לדיווח המטופל על כאב | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A8 | להגיב ולהתמודד עם דליריום סופני (Terminal delirium) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A9 | להגיב ולהתמודד עם קוצר נשימה סופני- דיספניאה | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A10 | להגיב ולהתמודד עם בחילה/הקאה | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A11 | להגיב ולהתמודד עם דיווח על עצירות | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A12 | להגיב ולהתמודד עם יכולת מוגבלת של המטופל לקבל החלטות | 1 | 2 | 3 | 4 |

הכלים האלו כולם בשפה האנגלית. בעברית עדיין לא קיים כלי מתוקף, קצר ונוח למילוי, שכולל בתוכו שאלות הבודקות תפיסת מסוגלות הן לאיזון התסמינים והן למתן מענה לסוגיות הטיפול בסוף החיים. שאלון "Palliative Care Self-efficacy scale" נמצא עונה לדרישות אלו. הכלי שמהווה חלק מלקט כלים הבודקים ידע ומוכנות לטיפול פליאטיבי בקרב עובדים בשירותים פליאטיביים נבנה על ידי אגור וחב' [15], והוא תוקף על ידי פיליפס וחב' [10].

מטרה

המטרה במחקרנו הייתה בדיקת המאפיינים הפסיכומטריים של שאלון "Palliative Care Self-efficacy scale" בשפה העברית.

שיטות מחקר

מחקר חתך שנערך באמצעות מדגם נוחות בארבעה בתי חולים בארץ בקרב צוותים סיעודיים העובדים במחלקות אשפוז שונות: אונקולוגיות, פנימיות, כירורגיות ורפואה דחופה. לאחר תרגומו של Palliative Care Self-efficacy Scale בשיטה המקובלת ובדיקת בהירות המסיחים במחקר גישושי, הועבר הכלי (אנונימי) למילוי עצמי לאחים/יות שהסכימו להשתתף במחקר לאחר ההסבר שקיבלו. אחים/יות בעלי ניסיון במקצוע של פחות משנה או העובדים בהיקף של פחות מ-50% משרה לא נכללו במחקר. אישורים לביצוע מחקר התקבלו מוועדות אתיקה של בתי החולים בהם נערך המחקר, וועדת

בהשלמת המשימה; (2) צפייה בהתנסות של האחרים; (3) שכנוע חברתי בו המשוב שאותו מקבל האדם מהסביבה נשפט כהגייוני ומתאים להערכתו של האדם את יכולותיו; (4) מצבים של עוררות רגשית. הדרך היעילה ביותר ליצירת תפיסת מסוגלות גבוהה הינה התנסות בהשלמת משימות [2].

בקרב עובדי מערכת הבריאות ההנחה שתפיסת המסוגלות מהווה גורם המנבא התנהגות, נתמכה במחקרים במגוון תחומים שעסקו ביכולות ומיומנויות הקשורות בטיפול סיעודי [3-5], בטיפול בחולים מדוכאים [6] ובמטופלים אלימים [7], טיפול בכאב בחולים אונקולוגיים [8], הקשר בין תפיסת המסוגלות לבין תפקוד במקום העבודה [9]. ממצאים ממחקרים אלה תומכים בהנחה, כי האופן שבו תופסים את רמת המסוגלות העצמית משפיע על התנהגות בפועל: רמה גבוהה של מסוגלות עצמית מאפשרת תפקוד מקצועי ומשפרת אותו.

לאור המודעות לכך שניתן להעלות תפיסת המסוגלות העצמית באמצעות שילוב של הכשרה ואימון בליווי ומתן משוב, בניית תכניות לאומיות לטיפול פליאטיבי ולמצבי סוף חיים, ובניית סוגים שונים של תכניות הכשרה בתחום הפליאטיבי - עלה הצורך בכלים תקפים ומהימנים להערכת יעילות תכניות אלו. הכלים הקיימים להערכת היעילות של תכניות ההכשרה התמקדו בבדיקת ידע, עמדות, מוכנות, ומעטים התבססו על בדיקת תפיסת המסוגלות העצמית למתן טיפול פליאטיבי [10]. כלים אלו נמצאו לא רגישים דיים לשינויים שמתרחשים עם הזמן [11,12], התמקדו בתפיסת מסוגלות לטיפול תומך באוכלוסייה מסוימת [6,13], בהיבט מסוים של הטיפול [14] ואחרים אינם ספציפיים לתפיסת המסוגלות [15].

טבלה 2: מאפיינים דמוגרפיים ומקצועיים של אוכלוסיית המחקר

| % | N | |
|---|----------|-------------------------------|
| גיל | | |
| | 40.6±9.3 | ממוצע±סטיות תקן |
| | 25–75 | טווח |
| | 588 | |
| מגדר | | |
| 74.8% | 440 | נשים |
| 25.2% | 148 | גברים |
| | 588 | |
| ארץ לידה | | |
| 67.9% | 399 | ישראל |
| 32.1% | 189 | חו"ל |
| | 588 | |
| השכלה | | |
| 19.0% | 112 | אח/ות מוסמך/כת |
| 59.2% | 348 | תואר ראשון |
| 21.8% | 128 | תואר שני ומעלה |
| | 588 | |
| הכשרה בתחום הפליאטיבי | | |
| 19.8% | 116 | כן |
| 80.2% | 471 | לא |
| (mis=1) | 587 | |
| סוג הכשרה פליאטיבית | | |
| 80.7% | 471 | ללא הכשרה כלל |
| 12.3% | 72 | חשיפה אקראית (הרצאה+יום עיון) |
| 7.0% | 41 | קורס |
| (mis=4) | 584 | |
| טיפול בחולים הנוטים למות | | |
| 91.8% | 538 | כן |
| 8.2% | 48 | לא |
| (mis=2) | 586 | |
| תפיסת הצלחה בהקשר לניסיון בטיפול חולים נוטים למות | | |
| 17.8% | 100 | לא כל כך מוצלח+מאוד לא מוצלח |
| 51.8% | 291 | מוצלח במידה מסוימת |
| 30.4% | 171 | מוצלח מאוד+מוצלח |
| (mis=28) | 562 | |

האתיקה של הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון.

כלים: הכלי לבדיקת המסוגלות העצמית במתן טיפול פליאטיבי Palliative Care Self-efficacy Scale [15] מהווה את החלק ראשון של ה-*The palliative care Evaluation Tool Kit*. הערכה כוללת 67 היגדים המחולקים לארבעה חלקים, שבדקו את היכולת של הצוות לטפל במגוון רחב של תסמינים ואת תהליך קבלת ההחלטות הטיפוליות במסגרת מתן טיפול לחולה הנוטה למות. חלק זה בודק את תפיסת המסוגלות למתן טיפול פליאטיבי לחולה הנוטה למות וכולל 12 היגדים שמתייחסים לשני סולמות: מתן מענה לשאלות לגבי טיפול בסוף החיים (6 פריטים, שאלות 1–6), ומתן מענה לתסמינים (6 פריטים, שאלות 7–12). התשובות מדורגות בסולם ליקרט שבו 4 דרגות: 1- "זקוק להדרכה בסיסית", 2- "מסוגל למלא תוך הדרכה צמודה של המומחה בתחום", 3- "מסוגל למלא תוך התייעצות מינימלית", 4- "מסוגל למלא באופן עצמאי". במסגרת פיתוחו של הכלי על ידי אדגר וחב' [15] נעשה תיקוף תוכן בלבד. פיליפס וחב' [10] בדקו עקביות פנימית של כל הכלי ומצאו מקדם אלפא קרונברך של 0.88. במסגרת מחקרם, שנעשה בקרב אחים ואחיות העובדים בתשעה בתי אבות באוסטרליה, הם תיקפו את החלק הראשון של הכלי שמתמקד בבדיקת המסוגלות העצמית למתן טיפול פליאטיבי (Palliative Care Self-efficacy Scale). בבדיקת *construct validity* בהנחה ש-*eigenvalues* יותר מ-1.0, נמצאו שני פקטורים שמסבירים 65.3% מהשונות. הפקטור הראשון, "מתן מענה לשאלות לגבי טיפול בסוף החיים", מסביר 54.6% מהשונות הכללית והפקטור השני, "מתן מענה לתסמינים", מסביר 10.7% מהשונות הכללית. עבור כל הכלי (12 פריטים) דווח מקדם אלפא קרונברך של 0.92, כשעבור מענה לשאלות לגבי טיפול בסוף החיים היה 0.87 ועבור מענה לתסמינים היה - 0.91. כמו כן, נמצא שהכלי מבדיל בין אנשים בעלי רמת השכלה שונות (*discriminant validity*) [רמת מובהקות $p < 0.001$] והוא בעל תיקוף ניבוי (*predictive validity*) טוב.

במחקר הנוכחי, בשלב הראשון תורגם השאלון מאנגלית לעברית כמקובל (טבלה 1). לאחר תרגומו, נבדקה *construct validity*. על מנת לוודא ש-12 שאלות של הכלי נטענות לשני פקטורים נבדקו ערכי *eigenvalues*. *Eigenvalue* הינו מדד שבאמצעותו מקובל לחשב את מספר הפקטורים אליהם ניתן לשייך כל אחת מהשאלות בכלי הנבדק. הערך המקובל שמהווה *cutoff point* למיצוי גורמים הוא *Eigenvalues* מעל 1 [18,17]. בנוסף, נבדקה עקביות פנימית של כל הכלי ושל כל אחד מהפקטורים.

ניתוח סטטיסטי: ניתוח נתונים נעשה באמצעות תוכנת SPSS, Version 26. בדיקת מבנה של השאלון נעשתה באמצעות *Oblique rotation (direct oblimin)*. מבחן Kaiser-Meyer-Olkin נעשה במטרה לבדוק התאמת גודל המדגם לבחינת קשר בין הגורמים לצורך בחירת שיטה סטטיסטית לבדיקת הגורמים. עקביות פנימית של הכלי נבדקה באמצעות חישוב אלפא קרונברך. כמו כן נעשה חישוב של אלפא קרונברך לכל אחד מהפקטורים שזוהו בעקבות ניתוח הגורמים. הערך של אלפא קרונברך מעל

טבלה 3: ניתוח גורמים של שאלון מסוגלות עצמית בטיפול פליאטיבי

| גורם 2 | גורם 1 | פריטי השאלון |
|--------|--------|--|
| | .772 | לענות על שאלות המטופל לגבי הליך הגסיסה |
| | .636 | לתמוך במטופל או בבן משפחתו הנמצאים במצוקה |
| | .718 | ליידע אנשים לגבי שירותי תמיכה זמינים |
| | .711 | לשוחח על חלופות שהייה שונות (כגון בית חולים, בית, משפחה) |
| | .756 | לקיים שיחה על משאלות מטופלים לזמן שלאחר מותם |
| .592 | .382 | לענות על שאלות לגבי השפעות של תרופות מסוימות |
| .766 | | להגיב לדווח מטופל על כאב |
| .521 | | להגיב ולהתמודד עם דליריום סופני (Terminal delirium) |
| .641 | | להגיב ולהתמודד עם קוצר נשימה סופני-דיספניה |
| .838 | | להגיב ולהתמודד עם בחילה/הקאה |
| .827 | | להגיב ולהתמודד עם דווח על עצירות |
| .530 | | להגיב ולהתמודד עם יכולת מוגבלת של המטופל לקבל החלטות |

תוצאות

המדגם הסופי כלל 588 נבדקים. 476 עבדו במחלקות כלליות (כירורגיה, פנימית, רפואה דחופה) ו-112 עבדו במחלקות אונקולוגיות. בטבלה 2 מוצגים נתונים המתארים מאפיינים דמוגרפיים ומקצועיים של המשתתפים. הגיל הממוצע עמד על 40.6 ± 9.3 שנים, 74.8% היו נשים, רובם (67.9%) היו ילדי הארץ, 59.2% מהמשתתפים היו בעלי תואר ראשון. רוב המשתתפים נחשפו במסגרת עבודתם לטיפול בחולה הנוטה למות. רובם (80.2%) לא עברו הכשרה פליאטיבית. בקרב המשתתפים שסימנו בשאלון כי עברו הכשרה פליאטיבית, 12.3% נחשפו אקראית לנושא בעקבות השתתפות בהרצאה או ביום עיון בנושא זה, ורק 7% מהנבדקים עברו קורס ייעודי בתחום. בשלב הראשון של תיקוף הכלי, תורגם השאלון שבדק תפיסת מסוגלות למתן טיפול פליאטיבי מאנגלית לעברית ובחזרה מעברית לאנגלית על ידי ארבעה מתרגמים בלתי תלויים. עבור היגדים בהם הייתה אי התאמה מלאה בתרגום נערך בין המתרגמים תהליך של הסכמת השופטים לגבי תרגום ההולם ביותר [16]. לאחר מכן נערך מחקר חלוץ בו הועבר השאלון בקרב 30 אחיות דוברות עברית העובדות במחלקות אשפוז בהן היה מתוכנן להיערך המחקר. ממצאיו הראו כי כל הפריטים, לאחר תרגומם לשפה העברית, היו ברורים לאחיות שהשתתפו.

Construct validity

ניתוח גורמים על 12 השאלות של הכלי נעשה באמצעות (direct oblimin) (oblique rotation) עקב קשר בין הפקטורים (factor correlation matrix). מבחן Kaiser-Meyer-Olkin הראה התאמה של גודל מדגם לבדיקה זו, $KMO=0.899$, Barlett's test of Sphericity מובהק

טבלה 4: התנהגות של כל מסיח מבחינת השפעתו על מהימנות הכלי בשאלון תפיסת מסוגלות

| Item | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| A1 | 33.7803 | 46.225 | .675 | .878 |
| A2 | 33.3234 | 48.592 | .607 | .882 |
| A3 | 33.7047 | 46.965 | .581 | .884 |
| A4 | 33.7100 | 47.749 | .568 | .884 |
| A5 | 33.9631 | 47.648 | .512 | .888 |
| A6 | 33.0949 | 48.994 | .606 | .882 |
| A7 | 32.8295 | 50.409 | .557 | .885 |
| A8 | 33.5167 | 46.074 | .669 | .878 |
| A9 | 33.2566 | 46.624 | .674 | .878 |
| A10 | 32.8348 | 50.430 | .548 | .885 |
| A11 | 32.8243 | 50.212 | .582 | .884 |
| A12 | 33.3568 | 46.913 | .668 | .878 |

0.7 שיקף עקביות פנימית נאותה [18]. על מנת לבדוק יכולת של הכלי לזהות הבדל בתפיסת המסוגלות בקרב צוותים סיעודיים בעלי רמת הכשרה שונה בתחום הטיפול התומך (contrast validity), נעשה מבחן Mann-Whitney U. כל התוצאות של המבחנים הסטטיסטיים נחשבו כמובהקים ברמת מובהקות של 5% (דו צדדי). מאפיינים סוציו דמוגרפיים של אוכלוסיית המחקר תוארו באמצעות סטטיסטיקה תיאורית.

גם ממצאים אלה עומדים בקנה אחד עם ממצאיו של פיליפס וחב' [10]. ממצא זה חשוב, היות שכלים אחרים לא היו רגישים מספיק לזיהוי ההבדל בין אנשי מקצוע עם רמות הכשרה שונות [11]. יחד עם זאת, לא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות במתן מענה לתסמינים. ממצאים אלו עומדים בקנה אחד עם הממצאים של פיליפס וחב' [10], כלומר גם לאחר תרגום לעברית הכלי מתנהג באופן דומה לגרסה המקורית. ולכן יש צורך לבחון במחקר המשך את ההשפעה של טיב ההכשרה על תפיסת המסוגלות בתחום זה. ייתכן והעדר היכולת לזהות הבדל בין המשתתפים שעברו הכשרה לבין אלו שלא עברו, לא נובע מכך שהכלי אינו רגיש דיו, אלא מההגדרה של ההכשרה בתחום הפליאטיבי שנעשה בה שימוש. במחקר הנוכחי הכשרה פליאטיבית נעה בין השתתפות בהרצאות וימי עיון לבין ההשתתפות בקורס ייעודי שכלל התנסות בהתבסס על התיאוריה של בנדורה, המקור החשוב ביותר לבניית תפיסת המסוגלות הינו תפיסת ההתנסות בטיפול (כלומר במחקר זה התנסות בטיפול הפליאטיבי), והאופן שבו נערך יום עיון או הרצאות אינם מאפשרים התנסות מעשית.

סיכום ומסקנות

יש חשיבות רבה בהעלאת תפיסת המסוגלות במתן טיפול פליאטיבי בקרב אחים/יות העובדים במחלקות אשפוז שונות. היות ותפיסת המסוגלות הינה מדד המנבא התנהגות מקצועית עתידית, ישנה חשיבות רבה לא רק לפיתוח תכניות הכשרה הממוקדות בעליה בתפיסת המסוגלות, אלא גם להעריך את העובדים אחרי ההכשרה. כמו כן, ישנה חשיבות רבה בהמשך בדיקת הכלי הבדוק תפיסת מסוגלות זו בקרב אנשי מקצוע אחרים המעורבים בטיפול בחולה הנוטה למות, ובחינת יכולתו לזהות שינויים שמתרחשים בתפיסת המסוגלות לאורך זמן. ממצאי המחקר מלמדים כי לאחר תרגום, הכלי "תפיסת מסוגלות לטיפול פליאטיבי לטיפול בחולה הנוטה למות" הוא בעל מאפיינים פסיכומטריים המאפשרים שימוש בו לאומדן תפיסת מסוגלות במתן טיפול זה בקרב אחים/יות העובדים במחלקות אשפוז שונות. יש להמשיך לבדוק את הכלי בקרב אנשי מקצוע אחרים הנוטלים חלק במתן טיפול פליאטיבי, ולבדוק את יעילותו בהערכת השפעה של הכשרה בטיפול פליאטיבי על תפיסת המסוגלות להעניק טיפול זה. כמו כן יש לבדוק את reliability test-retest של הכלי.

($p < 0.001$). במחקר הנוכחי, נמצאו שני פקטורים בעלי eigenvalue מעל אחד: 5.57 (46.43%) ו-1.46 (12.2%). בקומבינציה הם מסבירים 58.6% מהשונות. בהסתמך על הנתונים המוצגים בטבלה 3, ניתן לראות אשכולות של שאלות בעלות התאמה גבוהה ביניהן: שאלות 1 עד 6 שייכות לפקטור אחד (יכולת לתת מענה לדאגות/סוגיות בהקשר לטיפול בסוף החיים) ושאלות 7 עד 12 לפקטור השני (מתן מענה לתסמינים).

בנוסף, נבדקה יכולת הכלי לזהות הבדלים בין אחים/יות שעברו הכשרה פליאטיבית (קורס) לעומת שאר המשתתפים (אחים/יות שלא עברו הכשרה ועברו חשיפה אקראית כמו הרצאה ויום עיון). התוצאות מעלות הבדל מובהק בתפיסת המסוגלות הכללית. נבדקים שעברו קורס להכשרה פליאטיבית דיווחו על מסוגלות גבוהה יותר מאשר שאר המשתתפים (3.3 ± 0.7 לעומת 3.0 ± 0.6 , $p < 0.0001$). ממצאים דומים התקבלו בהשוואת תפיסת המסוגלות במתן מענה לסוגיות הטיפול בסוף החיים. לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטי בין הקבוצות בתפיסת מסוגלות במתן מענה לתסמינים.

עקביות פנימית (Internal consistency)

מקדם מהימנות אלפא קרונברך של כל 12 השאלות היה - 0.89, בסולם היכולת לענות על דאגות בהקשר לטיפול בסוף החיים היה - 0.82, ובסולם היכולת לתת מענה לתסמינים - 0.85. בטבלה 4 ניתן לראות כל פריט מבחינת השפעתו על מהימנות הכלי. לא נמצאו פרטים המורידים את רמת המהימנות.

דיון

על מנת להעניק טיפול פליאטיבי איכותי, אנשי המקצוע חייבים להאמין שההתערבותם תגרום להקלה על סבלם של המטופלים, ושיש להם יכולת להתנהגות מקצועית מתאימה. סולם לאומדן תפיסת מסוגלות לטיפול פליאטיבי מאפשר להעריך את תפיסתו של איש המקצוע בנוגע למסוגלותו להגיב לדרישות הניצבות בפניו בבואו להעניק טיפול פליאטיבי.

ממצאי המחקר הנוכחי מראים כי גרסתו העברית של כלי זה בעל מאפייני תוקף ומהימנות טובים לאחר תרגומו לשפה העברית. ממצאי המחקר מראים כי שהכלי בצורתו המלאה (12 היגדים) והן בחלוקה לשני תתי הסולמות הם בעלי עקביות פנימית גבוהה (0.89, 0.82, 0.85). נתונים אלו עומדים בקנה אחד עם ממצאי מחקר תיקוף של פיליפס וחב' [10]. בדומה לממצאים של פיליפס וחב' [10], שבמחקרם שני הפקטורים מסבירים 65.3% שונות, לכלי בשפה העברית נמצאו שני גורמים שמסבירים 58.6% מהשונות; שאלות 1 עד 6 שייכות לפקטור אחד (יכולת לתת מענה לדאגות/סוגיות בהקשר לטיפול בסוף החיים) ושאלות 7 עד 12 לפקטור שני.

בנוסף, הכלי רגיש ומבחין בין קבוצות עובדים בעלות רמות הכשרה שונות, הן בכל השאלון והן במתן מענה לשאלות לגבי טיפול בסוף החיים (היבט פסיכוסוציאלי).

ביבליוגרפיה

1. *Bandura A*, Social Foundations of thought and action. A Social Cognitive Theory. Prentice Hall, Inc., 1986, Englewood Cliffs, New Jersey.
2. *Bandura A*, Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In A. Bandura (Ed.), Self-efficacy in changing societies (pp. 1-45). New York: Cambridge University Press 1995.
3. *Fry M, MacGregor C, Hyland S & al*, Emergency nurses' perceptions of the role of confidence, self-efficacy and reflexivity in managing the cognitively impaired older person in pain. *J Clin Nurs*, 20159;. doi: 10.1111/jocn.12763.
4. *Nørgaard B, Ammentorp J, Ohm Kyvik K & Kofoed PE*, Communication skills training increases self-efficacy of health care professionals. *J Contin Educ Health Prof*, 201290-;(2)32; 97. doi: 10.1002/chp.21131.
5. *Zhu da Q, Norman IJ & While AE*, Nurses' self-efficacy and practices relating to weight management of adult patients: a path analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 2013131,(10)4;. doi: 10.1186/1479-5868-10-131.
6. *McCabe MP, Mellor D, Davison TE & al*, Detecting and managing depressed patients: palliative care nurses' self-efficacy and perceived barriers to care. *J Palliat Med*, 2012463-467,(4)15;. doi: 10.1089/jpm.2011.0388.
7. *Verhaeghe S, Duprez V, Beeckman D & al*, Mental Health Nurses' Attitudes and Perceived Self-Efficacy Toward Inpatient Aggression: A Cross-Sectional Study of Associations with Nurse-Related Characteristics. *Perspect Psychiatr Care*, 2014;Dec 15. doi: 10.1111/ppc.12097.
8. *Shahnazi H, Saryazdi H, Sharifirad G & al*, The survey of nurse's knowledge and attitude toward cancer pain management: Application of Health Belief Model. *J Educ Health Promot*, 20121:15;. doi: 10.4103/2277-9531.98573.
9. *Downes PE, Crawford ER, Seibert SE & al*, Referents or role models? The self-efficacy and job performance effects of perceiving higher performing peers. *J Appl Psychol*, 2020 May 28. doi: 10.1037/apl0000519.
10. *Phillips J, Salamonson Y, Davidson PM*, An instrument to assess nurses' and care assistants' self-efficacy to provide a palliative approach to older people in residential aged care: a validation study. *Int J Nurs Stud*, 20111096-;(9)48; 1100. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.02.015.
11. *Adriaansen MJM & van Achterberg T*, A test instrument for palliative care. *Int J Nurs Stud*, 2004.107-117,(1)41;
12. *Mason S, Ellershaw J*, Assessing undergraduate palliative care education: validity and reliability of two scales examining perceive efficacy and outcome expectancies in palliative care. *Med Educ*, 2004-1103,(10)38; 1110.
13. *Pfister D, Markett S, Müller M & al*, German nursing home professionals' knowledge and specific self-efficacy related to palliative care. *J Palliat Med*, 2013794-798,(7)16;. doi: 10.1089/jpm.2012.0586.
14. *Stanley M & Pollard D*, Relationship between knowledge, attitudes, and self-efficacy of nurses in the management of pediatric pain. *Pediatr Nurs*, 2013165-171,(4)39;.
15. *Eagar K, Senior K, Fildes D & al*, The Palliative Care Evaluation Tool Kit: A compendium of tools to aid in the evaluation of palliative care projects. Centre for Health Service Development, University of Wollongong, 2004. Retrieved, October, 10, 2013 from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9015875.
16. *Wild W, Grove A, Martin M & al; ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation*, Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Values in Health*, 200594-104,(2)8;.
17. *Field A.*, Discovering statistics using IBM SPSS statistics. Sage, 2013.
18. *Polit, D. F., & Beck, C. D*, Nursing research: Generating and Assessing evidence for nursing practice, China: Wolters Kluwer Health, 2012.