



מצוקה מוסרית כמשתנה מתווך בין תמיכת מנהל נתפסת וכוונות עזיבה ובין אקלים ארגוני אתי וכוונות עזיבה, בקרב פיזיותרפיסטים העובדים במגזר הציבורי בישראל

אביגיל פורת¹, אביב קדרון², שירן בורד³

תקציר

בשנים האחרונות, מתגלה מגמה מדאיגה של נטישת מקומות עבודה מצד מטפלים במקצועות הבריאות, ובמיוחד פיזיותרפיסטים. על אף הנתונים המדאיגים על מגמות העזיבה בקרב פיזיותרפיסטים וההשלכות הרבות על שירותי הבריאות בישראל, תופעה זו לא זכתה לתשומת לב מחקרית. לפיכך, מטרת מחקר זה הייתה לבחון את הקשר בין תמיכת מנהל ותפיסת אקלים ארגוני אתי לבין כוונות עזיבה, בתיווך מצוקה מוסרית. איסוף הנתונים נעשה באמצעות הפצת שאלונים מקוונים אנונימיים ל-226 פיזיותרפיסטים במגזר הציבורי. מתוך ממצאי המחקר ניתן ללמוד כי קיים קשר בין מצוקה מוסרית ובין כוונות עזיבה. כמו כן, נמצא כי תמיכת מנהל ותפיסת אקלים ארגוני אתי עשויות להפחית רמות של מצוקה מוסרית, וכי מצוקה מוסרית מתווכת באופן חלקי בין תמיכת מנהל ואקלים ארגוני אתי ובין כוונות עזיבה. מחקר זה מציג לראשונה נתונים אמפיריים על כוונות עזיבה בקרב פיזיותרפיסטים במגזר הציבורי בישראל ובוחן קשרים שטרם נחקרו בקרב אוכלוסייה זו. ברמה היישומית, רצוי כי תוכניות התערבות עתידיות המיועדות להתמודד עם מגמת העזיבה יתמקדו, בין היתר, בחיזוק האקלים הארגוני האתי ובתמיכה הניהולית כמנגנונים שעשויים לסייע בהפחתת מצוקה מוסרית וכוונות עזיבה.

מבוא

מקצועות הבריאות במגזר הציבורי מצויים במצוקת כוח אדם. על פי נתונים מדוח פערי כוח אדם במקצועות הבריאות, בשנת 2020 היה מחסור של 2189 פיזיותרפיסטים מכלל הפיזיותרפיסטים הנדרשים (על פי יחס רצוי של מטפל 1 ל-1000 נפש) (אגף משאבי אנוש, 2022). תקופת הקורונה הייתה מאתגרת במיוחד עבור עובדי הבריאות במגזר הציבורי. כך, בסקר שנערך בשנת 2021 ובחן מגמות עזיבה בארגוני בריאות בארצות הברית, נמצא כי פיזיותרפיסטים דורגו במקום הראשון בעזיבת מקום עבודתם (Jannenga, 2022). באופן דומה, בסקר של התוכנית הלאומית לחיזוק עובדי מערכת הבריאות ומניעת שחיקה בקרב עובדי בריאות במגזר הציבורי (2022) שנערך בעקבות מגפת הקורונה, דווח על עלייה ברמות השחיקה, הדיכאון וכוונות

¹ אביגיל פורת, החוג לתואר שני בפיתוח ויעוץ ארגוני, המכללה האקדמית עמק יזרעאל, avigailporat@gmail.com

² ד"ר אביב קדרון, החוג לתואר שני בפיתוח ויעוץ ארגוני, המכללה האקדמית עמק יזרעאל, avivb@yvc.ac.il

³ פרופ' שירן בורד, תואר שני במנהל מערכות בריאות, המכללה האקדמית עמק יזרעאל, shiranb@yvc.ac.il

העזיבה בהשוואה לסקר שנערך ב- 2018. כוונות העזיבה של עובדי הבריאות עלו מ- 14% בשנת 2018 ל- 17% בשנת 2021.

עזיבה של כוח עבודה מיומן היא פגיעה קשה בארגוני בריאות, הן ברמת איכות הטיפול למטופלים והן בהיבט הכלכלי. גיוס, קליטה והכשרת עובדים חדשים באים לרוב על חשבון פיתוח הצוות הקיים, פוגעים בהיקף ובאיכות השירות הקליני שניתן למטופלים, מאריכים תורי המתנה בעקבות כוח אדם לא מיומן ומגבירים את העומס על העובדים שנותרו (Vatwani & Hill, 2018). ברמה הכלכלית, עלות עזיבתו של עובד במקצועות הבריאות נאמדת בכ- 200% משכרו השנתי (Waldman et al., 2010).

מקצוע הפיזיותרפיה הוא מקצוע בריאות אשר מתמחה במתן הזדמנות למיצוי מיטבי של יכולות תפקודיות, לשם קידום חיים עצמאיים ופעילים בכל מעגלי החיים והרבדים החברתיים. הפיזיותרפיסט מאבחן, מטפל, משקם, חוקר, מדריך ומיעץ בהתאם לסטנדרטים הנהוגים בארץ ובעולם ופועל בשיתוף האדם הזקוק לטיפול ובהתאם למצבו ולצרכיו. הפיזיותרפיסט, בדומה לאנשי מקצועות בריאות אחרים, פועל על פי הקוד האתי המקצועי, ומחויב ליושרה ולשמירה על כבוד האדם וזכויותיו (פיזיותרפיה, 2023). בשנת 2020 נמצא פער של 24% בין מספר הפיזיותרפיסטים הרצוי ל מספר הפיזיותרפיסטים המצוי במגזר הציבורי. עוד נמצא כי אורך הטיפול הממוצע עמד על 35 דקות, משך טיפול שאינו משקף את הסטנדרט הטיפולי הרצוי (משרד הבריאות, 2022). מתוך הגדרה זו ולאור הנתונים הקיימים, עולה המורכבות הטמונה בעבודתו של פיזיותרפיסט. ההקפדה על הקוד האתי ועל היושרה המקצועית מצד אחד, והעבודה בתנאי סביבה מאתגרים מצד שני, מייצרת לא מעט קונפליקטים עבורם. מחקרה של קרפנטר (Carpenter, 2010) הצביע על התמודדות יום-יומית של פיזיותרפיסטים עם דילמות מוסריות וקושי לבחור בפעולה האתית הנכונה בסיטואציות מורכבות.

ואכן, כפי שמחקרם של Lau ושותפיו (2016) הראה, עבודה במקצוע טיפולי עשויה להיות תובענית מאוד. המחקר הצביע על הקושי הגדל של פיזיותרפיסטים במערכת הבריאות, שמתמודדים מחד עם ציפייה מערכתית לעלייה בתפוקות, ומאידך עם תהליכי ניירת, תיעוד ובירוקרטיה שגוזלים זמן יקר וירידה בזמן המוקדש לטיפול במטופלים. בנוסף, הם מתמודדים עם תסכול של מטופלים על זמני המתנה ארוכים ומשך טיפול קצר. כמו כן, גם על פי התוכנית הלאומית לחיזוק עובדי מערכת הבריאות ומניעת שחיקה (2022) בישראל, פיזיותרפיסטים חשופים למספר רב של גורמי לחץ, כגון חשיפה לאלימות מילולית ופיזית, עומס מטלות אדמיניסטרטיביות ומערכות מחשוב מעכבות, התעמרות מצד הממונים וקונפליקטים בין בעלי תפקידים, תנאי סביבת עבודה דלים, עומס פיזי וחשיפה למוות ולתחלואה. פיזיותרפיסטים רבים מדווחים על מצוקה נפשית, תשישות רגשית ועייפות פיזית, שחיקה וירידה ביכולת האמפתיה, ירידה בריכוז וקושי בביצוע תהליכי חשיבה מורכבים. ממצאים מדאיגים, במיוחד לאור הממצא כי תשישות רגשית פוגעת באיכות הטיפול שהמטופלים מקבלים ואף מעלה שכיחות של תביעות רשלנות (Fibuch & Ahmed, 2015).

אחת התופעות הנחקרות הקשורות למצבי מצוקה בקרב מקצועות הבריאות מכונה "מצוקה מוסרית" (Epstein et al., 2019; Hamric & Epstein, 2017). המושג "מצוקה מוסרית" הוגדר לראשונה על ידי Jameton (1984), כתופעה רגשית שאותה חווה מטפל כאשר הוא מרגיש מנוע מלפעול באופן הנתפס בעיניו כמוסרי, בעקבות מגבלות וחסמים הנגזרים מתנאי הסביבה בארגון שבו הוא עובד. מחקרים על תופעת המצוקה המוסרית מצביעים על קשר ישיר בינה ובין כוונות עזיבה (Dudzinski, 2016; Repenshek, 2009).

בשל התפרצות מגפת הקורונה, שהובילה להתמודדויות אתיות מורכבות עבור עובדי מקצועות הבריאות בתנאי אי ודאות וחששות, חוקרים שונים ביקשו לבדוק את הקשר בין מצוקה מוסרית וכוונות עזיבה בקרב

עובדים אלה. מחקריהם חשפו כי מצוקה מוסרית נמצאה בקשר חיובי עם שחיקה, דכאון וכוונות עזיבה (Cacchione, 2020; Kanaris, 2021). הנתונים המטרידים מצביעים על מחסור הולך וגדל בכוח אדם במקצועות הבריאות במגזר הציבורי, לצד מגמות עזיבה בקרב פיזיותרפיסטים. לאור זאת, המחקר אודות ההבנה של הקשרים בין מצוקה מוסרית לבין כוונת העזיבה הפך לרלוונטי מתמיד. זאת כדי להעמיק את ההבנה לגבי הקשר בין מצוקה מוסרית ובין מאפיינים ארגוניים הקשורים לתנאים ולסביבת העבודה בקרב אוכלוסייה זו. כך, השאלה מדוע פיזיותרפיסטים נוטים לעזוב את מקום עבודתם מקבלת משנה חשיבות לאור כוונות העזיבה הגבוהות בהשוואה למקצועות בריאות אחרים והפערים בין הרצוי למצוי במשאב אנושי זה במגזר הציבורי.

המודל התיאורטי שהציעה Corley (2002) הצביע על מספר מאפיינים ארגוניים שנמצאו קשורים למצוקה מוסרית, בהם תפיסת האקלים הארגוני האתי ואופי היחסים עם המנהלים בארגון. בנוסף, ההתמודדות המתמדת עם דילמות אתיות מובילה לא פעם להתפתחות של מצוקה מוסרית בקרב עובדי בריאות (Silén et al., 2011). ככל הידוע, מצוקה מוסרית כמשתנה מתווך בין תמיכה ניהולית, תפיסת אקלים ארגוני אתי וכוונות עזיבה טרם נבדקו. לפיכך, מטרת מחקר זה היא לבחון את תמיכת המנהל הנתפסת ותפיסת האקלים הארגוני האתי כמאפיינים ארגוניים של מקום העבודה, ואת הקשרים ביניהם ובין מצוקה מוסרית כמשתנה מתווך לכוונות עזיבה בקרב פיזיותרפיסטים במגזר הציבורי. רגישות מוסרית ותפיסת מסוגלות עצמית נמצאו כגורמות למצוקה מוסרית של פיזיותרפיסטים במגזר הציבורי בישראל באופן חלקי בלבד (ענבר, 2020). מכאן, נראה כי לא די בחקר מאפייני אישיות של הפיזיותרפיסט עצמו; על כן, למחקר הנוכחי נבחרו משתנים ברמה הארגונית ולא ברמה האישית.

זאת ועוד, מחקרים מצביעים על קשר חיובי בין תמיכת המנהל ובין רווחת עובדים (למשל, Harmoinen et al., 2014), וקשר שלילי למצוקה מוסרית (למשל, Pavlish et al., 2016). ככל שתמיכת המנהל נתפסת כחיובית יותר, כך פוחתים אחוזי התחלופה (Kurtessis et al., 2017). חשוב לציין כי במסגרות עבודה שבהן תנאי העבודה מורכבים יותר והתקציבים דלים יותר (כמו ארגוני בריאות או ארגונים חברתיים), תמיכת המנהל הופכת להיות בעלת משקל משמעותי יותר בהקשר זה (Maertz et al., 2007). מסגרות מעין אלה, בהשוואה לארגוני בריאות המספקים לעובדיהם תמיכה משמעותית בהתמודדות עם דילמות אתיות, אשר מותרות לעיתים את עובדיהן להכריע לבד בדילמות אתיות, נמצאו עם אחוזי תחלופה גבוהים יותר (למשל, Goldman & Tabak, 2010).

ממצאי מחקר זה עשויים להעמיק את ההבנה על אודות תופעת המצוקה המוסרית בקרב פיזיותרפיסטים ולאפשר בנייה של מודל קונספטואלי חדש. עם פרוץ מגפת הקורונה נראה כי ההתמודדות עם רמות המצוקה הפיזית והנפשית של עובדי מקצועות הבריאות החריפה, וכי המגיפה העצימה אתגרים שעמם התמודדה מערכת הבריאות עוד קודם. לאור מצוקת המשאב האנושי בתחום הפיזיותרפיה במגזר הציבורי, לממצאי מחקר זה חשיבות אף ברמה היישומית בהיותם עשויים לסייע בבניית תוכניות התערבות ואסטרטגיות להתמודדות עם תופעות אלו.

סקירת ספרות

מסגרת תיאורטית

Corley (2002) הציעה מודל תיאורטי לחקר מצוקה מוסרית בצוותי סיעוד. כיום זהו אחד המודלים המרכזיים בספרות למחקרים העוסקים בנושא מצוקה מוסרית, המהווה מסגרת תיאורטית למחקר זה. על פי המודל, מצוקה מוסרית היא תולדה של שני מאפיינים מרכזיים המתקיימים יחדיו: מאפיינים פנימיים

הקשורים לחוויה הרגשית של הפרט ומאפיינים חיצוניים הקשורים לסביבת העבודה ולאופן שבו מתקבלות החלטות אתיות בארגון. המאפיינים הפנימיים כוללים תחושת שותפות במעשי עוולה, תחושה שהקול האישי אינו נשמע והתפשרות על ערכים מקצועיים, הנבדלים זה מזה בהתאם לעוצמה ולתדירות המקרים. המאפיינים החיצוניים נסובים סביב מספר מרכיבים ארגוניים: האקלים האתי כפי שנתפס על ידי העובד, אופי היחסים בין הקולגות ועם המנהל הישיר – שיתוף פעולה, תחושת שייכות, תחושת הערכה לתרומתם ומידת האוטונומיה המתאפשרת בביצוע תפקידם. מתוך המודל עולה החשיבות בבדיקת משתנים הקשורים בסביבת העבודה והקשר ביניהם ובין מצוקה מוסרית בקרב פיזיותרפיסטים.

כוונות עזיבה (Turnover intention)

המושג כוונות עזיבה מוגדר כרצון מודע ומכוון של העובד לעזוב את הארגון (Sjöberg & Sverke, 2000). נתונים מלמדים כי בשנים האחרונות קיימת מגמת עזיבת מקומות העבודה של עובדי מקצועות הבריאות בכלל ופיזיותרפיסטים בפרט. מתוך סקר שדגם 6300 פיזיותרפיסטים בארה"ב עלה נתון מטריד לפיו כמחציתם שוקלים הסבה מקצועית בחמש השנים הבאות (Jannenga, 2022). בסקר שנערך ב-2019 על ידי משרד הבריאות בישראל עלה כי 13% מכלל הפיזיותרפיסטים שוקלים לעזוב את המקצוע. מחקרים שנערכו בעקבות מגפת הקורונה שבדקו כוונות עזיבה בקרב פיזיותרפיסטים, מצאו כי כוונות העזיבה היו ברמה בינונית עד גבוהה (Cantu et al., 2022; Carletto et al., 2022). לעזיבת עובדי בריאות השלכות חמורות על ארגונים ועובדיהם. על פי Waldman ושותפיו (2010), כאמור ישנה עלות כלכלית גבוהה לעזיבתם. כמו כן, לעזיבה של עובדים השלכות על העובדים שנשארו במקום העבודה, כאשר נמצאה ירידה בשביעות הרצון ועלייה בכוונות עזיבה בקרבם (Vatwani & Hill, 2018). לאור המגמות המדאגות של עזיבת עובדי מקצועות הבריאות בכלל ופיזיותרפיסטים בפרט, עולה החשיבות באיתור כוונות העזיבה כצעד מניעתי.

מצוקה מוסרית (Moral Distress)

מצוקה מוסרית מוגדרת כמתח פנימי שחווים צוותי סיעוד בסיטואציות טיפוליות, שבהן הם חשים כבולים על ידי מגבלות ארגוניות המונעות מהם לבצע את מה שנכון וראוי לעשות מבחינתם (Jameton, 1984). Mareš (2016) סייע במחקרו לחדד את הבדלים בין מצוקה מוסרית ובין דילמה מוסרית או אתית. לדבריו, בעוד שדילמה אתית מתייחסת להתלבטות ולקושי להכריע בין שני ערכים סותרים בעלי צידוק, במצוקה מוסרית המטפל יודע מהי ההתנהגות הראויה מבחינתו ואינו שרוי בדילמה, אך אין באפשרותו לפעול בהתאם לסט הערכים שלו בשל חסמים חיצוניים. למשל, אילוצים מערכתיים (כמו מגבלת זמן, עומס וריבוי משימות, תנאים פיזיים וכלכליים מצומצמים ועוד).

מחקרה של Carpenter (2010) הראה כי פיזיותרפיסטים מתמודדים באופן יום-יומי עם דילמות מוסריות ובתוך כך עם הקושי לבחור בפעולה האתית הנכונה בסיטואציות מורכבות אלו. ענבר (2020) תיארה כי פיזיותרפיסטים בישראל חווים מצוקה מוסרית בינונית עד גבוהה ללא קשר לסוג מסגרת העבודה (בית חולים, מרכז שיקום, מכון בקהילה של קופת חולים או פרטי). האדוות הנלוות למצוקה מוסרית של מטפלים משפיעות גם על איכות הטיפול שהמטופלים מקבלים. זאת, משום שמצוקה מוסרית עלולה להוביל לדעיכה באמפתיה של המטפלים כלפי המטופלים, לצמצום זמן מגע עם מטופלים ולטעויות בתהליכי חשיבה קליניים (Gutierrez, 2005; Wilkinson, 1987). Hatamizadeh ושותפיו (2019) הכתירו מצוקה מוסרית כמנבאת עיקרית לכוונות עזיבה בקרב עובדי מקצועות הבריאות.

תמיכת מנהל נתפסת (Perceived Supervisor Support)

תמיכת מנהל נתפסת מתארת את תפיסת העובד לגבי המידה שבה המנהל דואג לרווחתו ומעריך את תרומתו לארגון. האופן שבו עובד תופס את התמיכה שהוא מקבל מהמנהל שלו עשויה להיות מושפעת מפעולות כמו הכרה תודה, משוב, מתן הזדמנויות להתפתחות מקצועית והדגמת אמפתיה וכבוד (Kottke & Sharafinski, 1988). במטה-אנליזה נמצא כי מרכיבים מרכזיים בהפחתת מתח ושחיקה של עובדים הינם יחסים תקינים בין מנהל לעובדיו המבוססים על מנהיגות, דוגמה אישית, תמיכה ואכפתיות (Caring) (Harmoinen et al., 2014). באופן זה, תמיכה ניהולית מייצגת משאב חברתי שעשוי לחזק את אמונותיהם של אנשי מקצוע לגבי יכולתם להתמודד בהצלחה עם מצבי לחץ בעבודה (Hobfoll, 2001).

בהלימה לכך, מחקרם של Maningo-Salinas (2010) מצא כי סגל סיעודי שקיבל תמיכה ניהולית בתהליכי קבלת החלטות אתיות, הכרה בתרומה ובמאמץ ותחושת דאגה לרווחתו, דיווח על רמות נמוכות יותר של מצוקה מוסרית בהשוואה לעובדים שלא קיבלו תמיכה. ובחזיון לכך, ממצאים דומים עלו גם במחקרם של Pavlish ושותפים (2016). Corley (2002) ציינה כי בקרב סגל סיעודי שדיווח על קשרים טובים עם המנהל, פחתה בהתאמה המצוקה המוסרית. Maertz ושותפיו (2007) מצאו כי תפיסות העובדים לגבי תמיכת המנהל משפיעות באופן משמעותי על שיעורי התחלופה, כך שככל שתמיכת המנהל נתפסת כחיובית יותר פוחתים אחוזי התחלופה.

אם כן, ניתן לומר כי תמיכת מנהל מעודדת התנהגות אתית ואזרחית במקום העבודה, מגבירה תחושת שייכות, מפחיתה היעדרויות ומנבאת כוונות הישארות בארגון (Boiral et al., 2015; Kurtessis et al., 2017). בקרב עובדי מקצועות הבריאות באופן ספציפי, נמצא כי תמיכת מנהל תורמת להפחתת העומס הרגשי שהם חווים בעת התמודדות עם מצבים מורכבים (Maffoni et al., 2022). מחקר נוסף שבוצע במערכת הבריאות הציבורית הצביע על קשר בין תמיכת מנהל ובין חווית המטופל, כך שככל שתמיכת המנהל עולה, שביעות רצון המטופלים מהשירות ומהטיפול עולה (Ogbonnaya & Babalola, 2021). לעומת זאת, במצבים של היעדר תמיכה ניהולית ראויה, נצפתה עלייה בהיעדרויות ובכוונות עזיבה (Robaee et al., 2018).

לאור כל זאת, עולות ההשערות:

השערה 1: יימצא קשר שלילי בין תמיכת מנהל נתפסת ובין מצוקה מוסרית.

השערה 2: יימצא קשר שלילי בין תמיכת מנהל נתפסת ובין כוונות עזיבה.

השערה 3: יימצא קשר חיובי בין מצוקה מוסרית ובין כוונות עזיבה.

תפיסת אקלים ארגוני אתי (Perceived Organizational Ethical Climate)

אקלים ארגוני אתי הוא מושג המבטא את התפיסות, הערכים המנחים, הנהלים והפרקטיקות הארגוניות, המעצבות את ההתנהגות של העובדים בארגון ומגדירות מהי התנהגות ראויה או מקובלת (Victor & Cullen, 1987). אקלים ארגוני אתי מגדיר את הציפיות ודרכי ההתנהגות המקובלים בארגון, ומסייע לנותני שירות להכריע במצבים עמומים או קונפליקטואליים (Jaramillo et al., 2006). מתוך הגדרה זו עולה חשיבות התפיסה הסובייקטיבית של עובד את האווירה במסגרת שבה הוא נמצא. העובדים במערכת הבריאות נדרשים לא פעם לקבל החלטות אתיות מורכבות שעשויות להשפיע על חיי אדם ורווחתו ולכן מרכיב זה הוא משמעותי.

בדומה למקצועות טיפוליים אחרים, גם לפיזיותרפיה יש קוד אתי. מטרת הקוד האתי הנה לקדם אקלים אתי בקרב פיזיותרפיסטים, להכתיב נורמות התנהגות, לסייע בתהליכי קבלת החלטות אתיות ולקדם

אחריות ציבורית (Swisher et al., 2010). יישומו של קוד זה תלוי בידע ובשליטה בקוד האתי, ביכולתו של הפיזיותרפיסט לזהות שמדובר בדילמות אתיות ולבצע אינטגרציה בין הקוד האתי ובין חשיבה קלינית (Carpenter, 2010).

ההתמודדות המתמדת עם דילמות אתיות מובילה לא פעם להתפתחות של מצוקה מוסרית בקרב עובדי בריאות. מחקרם של Varcoe ואחרים (2004) מצא כי סגל סיעודי הרגיש שהוא מתפקד כסוכן מוסריות בתוך הארגון. מחקרים אחרים מצביעים על קשר שלילי בין אקלים אתי ובין מצוקה מוסרית בקרב סגל סיעודי, רופאים ועובדי בריאות נוספים (Corley et al., 2005; Pauly et al., 2012). בהתאם, Gallagher & Tschudin (2010) הדגישו כי כדי להפחית מצוקה מוסרית בקרב סגל סיעודי, ארגוני בריאות צריכים לפתח אקלים אתי שמעודד אומץ מוסרי ויושרה מקצועית. יתר על כן, אקלים אתי הנו משתנה ארגוני המשפיע לא רק על התפתחותה של מצוקה מוסרית, אלא גם על כוונות עזיבה. מחקרים שבוצעו בקרב סגל סיעודי הצביעו על קשר שלילי בין אקלים ארגוני אתי ובין כוונות עזיבה (Cantu, 2019; Olson, 2018). לפיכך, השערות המחקר הן:

השערה 4: יימצא קשר שלילי בין תפיסת אקלים ארגוני אתי ובין מצוקה מוסרית.

השערה 5: יימצא קשר שלילי בין תפיסת אקלים ארגוני אתי ובין כוונות עזיבה.

השערה 6: יימצא קשר חיובי בין מצוקה מוסרית ובין כוונות עזיבה.

מצוקה מוסרית כמשתנה מתווך בין אקלים ארגוני אתי וכוונות עזיבה ובין תמיכת מנהל וכוונות עזיבה

מצוקה מוסרית נבדקה כמשתנה מתווך במספר מחקרים, אך למיטב ידיעתנו עד כה לא נחקר המודל המוצע במחקר זה. כך למשל, במטה-אנליזה נמצא כי מצוקה מוסרית תיווכה את הקשר בין יושרה ניהולית ובין כוונות עזיבה (Protas, 2013). כמו כן, מצוקה מוסרית נמצאה כמשתנה מתווך מלא בין חשיפה למוות של מטופלים במחלקת ילדים ובין כוונות עזיבה של סגל סיעודי שעבד במחלקה (Jang et al., 2022), וכן כמשתנה מתווך בין התאמה ערכית (value congruence) ובין דכאון בקרב מטפלים במחלקות לטיפול נמרץ (Lamiani et al., 2018). מחקר נוסף הראה כי מצוקה מוסרית היוותה משתנה מתווך בין תמיכת מנהל ואספקטים אתיים הקשורים בטיפול ובין תשישות רגשית בצוותי רפואה במרכזי שיקום נירולוגי (Maffoni et al., 2022). על בסיס מחקרים אלו השערות המחקר הן:

השערה 7א: מצוקה מוסרית מתווכת את הקשר שבין תמיכת מנהל נתפסת ובין כוונות עזיבה.

השערה 7ב: מצוקה מוסרית מתווכת את הקשר שבין תפיסת אקלים ארגוני אתי ובין כוונות עזיבה.

שיטה

אוכלוסיית המחקר

במחקר נכללו פיזיותרפיסטים שעבדו במגזר הציבורי בישראל בלבד (קרי, בתי חולים, מכוני פיזיותרפיה, יחידות להמשך טיפול של שירותי הבריאות, מוסדות שיקום ומוסדות גריאטריים, מסגרות של משרד החינוך ומכוני הפיזיותרפיה של צה"ל). הפנייה נעשתה באמצעות שאלון מקוון בשני אופנים: דרך רשתות חברתיות בקבוצות עניין מקצועיות המיועדות לפיזיותרפיסטים בלבד; דרך מתאמות התנסויות קליניות בחוגי הפיזיותרפיה באוניברסיטאות ומדריכים קליניים העובדים במסגרות השונות ברחבי הארץ, אשר הפנו לאנשים נוספים השייכים לקבוצה הנחקרת. גודל המדגם כוון למספר נחקרים שיאפשר יכולת ניתוח סטטיסטית. גודלו חושב על פי הכלל המקובל בגרסיה לינארית: 20 תצפיות לכל מסביר בודד (Norman et

(al., 2012). על פי חישוב של 20 משתתפים למסביר, גודל המדגם המינימלי עבור 9 משתנים מסבירים הוא 180 משתתפים (20 משתתפים כפול 9 משתנים). בפועל, גודל המדגם במחקר זה עומד על 226 פיזיותרפיסטים.

מתוך 226 פיזיותרפיסטים אשר השתתפו במחקר זה, 152 השיבו על השאלון הדמוגרפי: 113 נשים (74.3%) ו-39 גברים (25.7%). מרבית המשתתפים (כ-88%) עובדים בארגון בריאות (n=135) וכ-6% (n=9) עובדים במשרד ממשלתי. כ-49% מהמשתתפים (n=75) בני 31-40, כ-23% (n=36) בני 41-50 וכ-16% (n=25) בני 51-60. מרבית המשתתפים (74%, n=112) העידו על אורח חיים חילוני, 16% (n=24) דיווחו על אורח חיים דתי והשאר נעו בין אורח חיים מעורב, מסורתי או אחר. כ-62% (n=92) בעלי תואר ראשון BA, כ-23% (n=52) בעלי תואר שני MA והיתר (n=5) המהווים 3% מכלל המשתתפים) בעלי PhD. בנוסף, כ-35% (n=53) בעלי 11-20 שנות ותק מקצועי, 25% (n=38) בעלי 6-10 שנות ותק, כ-16% (n=25) בעלי 21-30 שנות ותק וכ-17% (n=27) בעלי ותק נמוך יותר של 0-5 שנים.

כלי המחקר

המחקר מבוסס על שאלונים מהמנים ומתוקפים אשר תורגמו מאנגלית לעברית, תוך בדיקת מהימנות התרגום. ההיגדים דורגו בסולם ליקרט מ-1 ("לא מסכים בכלל") ועד 5 ("מסכים בהחלט"), אלא אם כן צוין אחרת.

תפיסת אקלים ארגוני אתי

נעשה שימוש בשאלון של Kuenzi ואחרים (2020). שאלון זה נבחר לצורך המחקר הנוכחי בשל התאמת ניסוחי ההיגדים לצוותים רפואיים. השאלון מורכב משישה היגדים. היגד לדוגמה: "ההדרכה בתחום האתיקה תואמת לאופן שבו העובדים מבצעים בפועל את עבודתם". מהימנות השאלון במחקר המקורי הוא $\alpha=0.78$.

תמיכת מנהל נתפסת

השאלון נלקח ממחקרה של שטייגמן (2010) והוא מבוסס על כלי המחקר של Eisenberger ושותפיו (1986). השאלון מורכב משמונה היגדים. היגד לדוגמה: "המנהל/ת מגלה אכפתיות כלפיי". רמת המהימנות היא $\alpha=0.94$.

מצוקה מוסרית

במחקר זה נעשה שימוש בשאלון (MMD-HP) Measure of Moral Distress – Healthcare Professionals (Epstein et al., 2019), עם התאמה למחקר זה. אורכו המקורי של השאלון קוצר ל-12 היגדים והוא מורכב מארבעה ממדים (דילמות שמקורן ברמה ארגונית, דילמות קליניות שמקורן בדינמיקה בין מטפל ומטופל, דילמות שמקורן בהתפשרות על יושרה בעקבות גורמים ברמת הצוות ודילמות שמקורן בדינמיקה בין צוותים רפואיים ובין המטופלים והמשפחות). בכל ממד נבחרו שלושת ההיגדים עם הטעינות הגבוהה ביותר. עבור כל היגד בשאלון היה על המשיבים לציין את תדירות המצוקה המוסרית (Frequency) ועוצמתה (Intensity), בסולם ליקרט של 0-4 (0- "מעולם לא" ועד 4- "בתדירות/עוצמה גבוהה"). תוצאות השאלון מחושבות על ידי הכפלת התדירות והעוצמה עבור כל היגד וסכימה של התוצאות. הציון בשאלון נע בין 0-432, כך שציון גבוה מצביע על רמות גבוהות של מצוקה מוסרית. היגד לדוגמה: "נדרשתי לטפל ביותר מטופלים ממה שאני יכול/ה לטפל בהם בבטחה". המהימנות הפנימית של השאלון כפי שדווחה על ידי החוקרים היא $\alpha=0.93$.

כוונות עזיבה

במחקר זה נעשה שימוש בשאלון אשר פותח על ידי Sjöberg and Sverke (2000). היגד לדוגמה: "אני מחפש/ת עבודה אחרת באופן אקטיבי". מהימנות השאלון היא $\alpha=0.83$.

משתנים דמוגרפיים

גיל, מגדר, תואר אקדמי, שנות ותק במקצוע, מידת דתיות ומעסיק עיקרי (ארגון בריאות, משרד ממשלתי, רשות מקומית או ארגון ציבורי אחר). בחירת משתני הבקרה שעשויים להשפיע על המשתנה התלוי מבוססת על מחקרים המציגים קשרים בינם ובין מצוקה מוסרית ובינם ובין כוונות עזיבה בקרב צוותים רפואיים (למשל, Degen et al., 2015).

יצוין כי כלי המחקר והליך המחקר אושרו על ידי ועדת האתיקה המוסדית. משתתפי המחקר קיבלו הסבר מפורט על אודות אופי המחקר וצוין כי ניתן לפרוש בכל רגע מהמחקר. כמו כן, צוין כי הנתונים ישמרו באופן אנונימי ולא ניתן יהיה לזהות את מקום עבודתו של המשיב לשאלון.

ממצאים

סטטיסטיקה תיאורית נבחנה בעזרת SPSS גרסה 27. ראשית, בחינת המהימנות הפנימית של השאלונים עבור המדגם במחקר זה הראתה שהתקבלו ערכי אלפא קרונבאך תואמים את הספרות והמאפשרים המשך בחינה וניתוח של הממצאים (טבלה 1). כמו כן, מבחן Harman הראה כי השונות המשותפת הנובעת מכלי המדידה היא 37% ואינה עולה על 50% כנדרש.

טבלה 1: סטטיסטיקה תיאורית

ממוצע	סטיית תקן	מהימנות	תמיכת מנהל נתפסת	תפיסת אקלים ארגוני אתי	מצוקה מוסרית	כוונות עזיבה
3.87	0.98	0.945	1			
3.59	0.9	0.895	.605***	1		
97.07	42.82	0.837	-.389***	-.471***	1	
2.16	1.25	0.797	-.500***	-.263**	.407***	1

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

בחינת השערות המחקר

כל השערות המחקר בדבר קשר ישיר אוששו (טבלה 2). בהתאם, נמצא קשר שלילי ($B = -16.93$, $p < 0.001$) בין תמיכת מנהל נתפסת ובין מצוקה מוסרית ($H1$); נמצא קשר שלילי ($B = -0.682$, $p < 0.001$) בין תמיכת מנהל

נתפסת ובין כוונות עזיבה (H2); נמצא קשר חיובי ($B=0.005$, $p=0.02$) בין מצוקה מוסרית ובין כוונות עזיבה (H3); נמצא קשר שלילי ($B=-22.37$, $p<0.001$) בין תפיסת אקלים ארגוני אתי ובין מצוקה מוסרית (H4); נמצא קשר שלילי ($B=-0.261$, $p=0.02$) בין תפיסת אקלים ארגוני אתי ובין כוונות עזיבה (H5); נמצא קשר חיובי ($B=0.008$, $p<0.001$) בין מצוקה מוסרית ובין כוונות עזיבה (H6). אף אחד מהמשתנים הדמוגרפיים לא נמצא קשור למצוקה מוסרית או לכוונות עזיבה.

לבחינת השערות התיווך נעזרנו ב- AMOS גרסה 24, ולהערכת ערכי טיב ההתאמה של המודל נעשה שימוש ב- Bootstrap 5000. קשר הוגדר כמובהק כאשר 0 לא נמצא בטווח של רווח בר סמך. מצוקה מוסרית נמצאה כמתווכת תיווך חלקי את הקשר שבין תמיכת מנהל נתפסת ובין כוונות עזיבה ($B=-0.080$, $p=0.014$, $CI=-$), מכיוון שהנתיב הישיר בין תמיכת מנהל נתפסת ובין כוונות עזיבה נותר מובהק. ערכי טיב ההתאמה של המודל מצביעים על התאמה טובה: $\chi^2=0.077$, $df=4$, $p=.999$; $Relative \chi^2=.019$; $CFI=1.00$; $TLI=1.03$; $RMSEA=.000$. כמו כן, נמצא אפקט תיווך, כך שמצוקה מוסרית מתווכת תיווך חלקי ($B=-$) את הקשר שבין תפיסת אקלים ארגוני אתי ובין כוונות עזיבה, מכיוון שהנתיב הישיר בין תפיסת אקלים ארגוני אתי ובין כוונות עזיבה נותר מובהק. ערכי טיב ההתאמה של המודל מצביעים על התאמה טובה: $\chi^2=1.75$, $df=4$, $p=.780$; $Relative \chi^2=.439$; $CFI=1.00$, $TLI=1.02$; $RMSEA=.000$.

טבלה 2: השערות המחקר

השערה	קשר ישיר	B	β	T	P	CI	
						UL	LL
1	תמיכת מנהל נתפסת $\leftarrow$ מצוקה מוסרית	-16.93	-0.389	-5.18	<0.001	-24.51	-9.58
2	מצוקה מוסרית $\leftarrow$ כוונות עזיבה	.005	0.161	2.31	0.021	.001	.009
3	תמיכת מנהל נתפסת $\leftarrow$ כוונות עזיבה	-.682	-.533	-7.64	<0.001	-.851	-.502
4	אקלים ארגוני אתי $\leftarrow$ מצוקה מוסרית	-22.37	-.472	-6.55	<.001	-29.79	-15.11
5	מצוקה מוסרית $\leftarrow$ כוונות עזיבה	.008	.281	3.32	<.001	.003	.014
6	אקלים ארגוני אתי $\leftarrow$ כוונות עזיבה	-.261	-.187	-2.21	.027	-.504	-.022
אפקט תיווך							
7א	תמיכת מנהל נתפסת $\leftarrow$ מצוקה מוסרית $\leftarrow$ כוונות עזיבה	-.080	-0.06	-	0.014	-.184	-.015
7ב	אקלים ארגוני אתי $\leftarrow$ מצוקה מוסרית $\leftarrow$ כוונות עזיבה	-.185	-.132	-	<.001	-.344	-.067

CI = confidence interval; LL = Lower limit; UL = Upper limit Bootstrap sample = 5000

דיון

מחקר זה בחן את תמיכת המנהל הנתפסת ותפיסת אקלים ארגוני אתי בתיווך מצוקה מוסרית כגורמים לכוונות עזיבה של פיזיותרפיסטים במגזר הציבורי. השערות התיווך אוששו חלקית ונמצא כי מצוקה מוסרית מתווכת חלקית בין תמיכת מנהל נתפסת ותפיסת אקלים ארגוני אתי ובין כוונות עזיבה. למחקר זה שתי תרומות מרכזיות.

ראשית, על פי ממצאי המחקר, פיזיותרפיסטים במגזר הציבורי סובלים ממצוקה מוסרית ברמה בינונית-גבוהה, בדומה למקצועות בריאות נוספים (Fumis et al., 2017). לצד זאת, מתוך ממצאי המחקר הנוכחי עלה כי פיזיותרפיסטים במגזר הציבורי דיווחו על תמיכת מנהל נתפסת ברמה בינונית-גבוהה. עוד נמצא קשר שלילי בין תמיכת מנהל נתפסת ובין מצוקה מוסרית.

הספרות התיאורטית מתייחסת רבות לערך, למשמעות ולמאפיינים של תמיכת המנהל (Ogbonnaya & Babalola, 2021; Robaee et al., 2018). פיזיותרפיסטים נחשפים במהלך עבודתם לדילמות אתיות מורכבות ונאלצים לתמרן בין יושרה וערכי אתיקה מקצועית ובין תנאי סביבת עבודה לא פשוטים. בהקשר זה, ניתן לראות כי מנהלים יכולים לספק סוגים שונים של תמיכה לעובדים כדי לעזור להם להתמודד עם קשיי עבודתם (Corley, 2002). תמיכת המנהל הינה משאב אישי וארגוני קריטי בהפחתת מצוקה מוסרית, מכיוון שהיא יכולה לסייע למטפלים לחוש נתמכים בעת קבלת ההחלטות אתיות ולהפחית את תחושת המצוקה (Maningo-Salinas, 2010). על כן, ממצאי המחקר הנוכחי מצטרפים לידע הקיים על אודות הקשר בין תמיכת מנהל נתפסת ובין כוונות עזיבה בקרב עובדי בריאות (Ogbonnaya & Babalola, 2021; Corley, 2002). משום שהמחקר בוצע בתקופת משבר בריאות, תמיכת מנהלים עשויה להיות משאב ארגוני מהותי במתן תמיכה והכוונה רגשית לעובדים, המסייעת להם להתמודד עם אי ודאות וחרדה (Pavlish et al., 2016).

בהתאם להשערת המחקר, נמצא כי מצוקה מוסרית מתווכת חלקית בין תמיכת מנהל נתפסת ובין כוונות עזיבה. כאשר פיזיותרפיסטים תופסים כי מנהליהם אינם מצליחים לספק תמיכה, הדבר עשוי להוביל למצוקה מוסרית מוגברת ולעלייה בכוונות עזיבה. יתר על כן, במקרים שבהם קיים פער בין התפיסה האתית של העובד ובין הארגון, ישנה חשיבות רבה לפעולת תיווך של המנהל בגישור על הפערים ובצמצום תחושת המצוקה הנלווית להם. בהיעדר תמיכה זו, תחושת המצוקה המוסרית וכוונות העזיבה עלולות להתגבר. מנהל שמזהה את התהליכים הללו בזמן ויודע להעניק לעובד את ההדרכה, התמיכה, הכלים והידע הדרושים לצורך התמודדות עם התופעה, עשוי למנוע את ההשלכות השליליות של פערים אלו (De Brasi et al., 2021). מאחר שהמשתתפים במחקר דיווחו על רמת מצוקה מוסרית בינונית-גבוהה, ייתכן כי התמיכה הניהולית אינה נותנת מענה מלא למצוקה הנובעת מדילמות אתיות. היבט זה עשוי להעיד על מחסור בכלים להתמודדות ממוקדת עם מצוקה מוסרית בצוותי הפיזיותרפיה, ואולי אף על היעדר מערכת תמיכה ארגונית למנהלים עצמם שייתכן שזקוקים לליווי בהתמודדות עם תופעות אלו.

אקלים ארגוני עשוי להיתפס כאתי או לא אתי, כתומך או לא תומך בהתנהגות אתית, ועשוי להיות בעל השפעה משמעותית על קבלת ההחלטות והפעולות האתיות של העובדים בארגון (Jang et al., 2022). מחד, תפיסת האקלים הארגוני כאתי עשויה לספק לעובדים תחושה של מטרות וערכים משותפים, שיכולים לעזור להם לנווט אל מול דילמות אתיות ולהפחית את הסבירות למצוקה מוסרית. מאידך, תפיסת האקלים הארגוני כלא אתי עלולה ליצור תרבות המעדיפה רווח, הספקים או מטרות אחרות על פני אתיקה, מה שעלול להוביל למצוקה מוסרית מוגברת ולסבירות גבוהה יותר לעזיבתו של העובד לצמיתות (Goldman & Tabak, 2010).

ממצאי המחקר הנוכחי מצביעים על כך שמצוקה מוסרית מתווכת באופן חלקי בין תפיסת אקלים ארגוני אתי ובין כוונות עזיבה. כלומר, תפיסת האקלים הארגוני כאתי מבוססת על התפיסה הרווחת של מה נחשב כהתנהגות מקובלת או לא מקובלת בתוך הארגון. תפיסת האקלים הארגוני האתי כשלילי אינה רק מובילה למצוקה מוסרית של פיזיותרפיסטים, אלא גם לכוונות עזיבה. מתוך כך ניתן להסיק, כי שינוי בתפיסת האקלים הארגוני עשוי להפחית רמות של מצוקה מוסרית ולסייע בצמצום כוונות העזיבה בקרב פיזיותרפיסטים במגזר הציבורי בישראל.

מגבלות המחקר והמלצות למחקר עתידי

בעוד שמחקר זה מספק תובנות חשובות לגבי הקשר בין אקלים ארגוני אתי, מצוקה מוסרית וכוונות עזיבה בקרב פיזיותרפיסטים במגזר הציבורי בישראל, הוא אינו חף ממגבלות. ראשית, המשתתפים נבחרו על סמך נגישותם ונכונותם להשתתף במחקר, ועל כן ייתכן שהמדגם מוטה ואינו מייצג את כלל אוכלוסיית הפיזיותרפיסטים במגזר הציבורי בישראל. נתון זה עשוי להשפיע על היכולת להכליל את הממצאים על אוכלוסייה גדולה יותר. לפיכך, מחקר עתידי יכול לשקול פנייה למדגם מייצג ו/או לשלב מחקר איכותני. שנית, בשני צירי התיווך נמצא תיווך חלקי בלבד. היעדר תיווך מלא בהקשר זה מרמז על כך שיש משתנים אחרים שעשויים להסביר את התופעה, ורצוי לשלבם במחקרים הבאים על אודות גורמים לכוונות עזיבה של פיזיותרפיסטים. שלישית, הנתונים נאספו בנקודת זמן אחת, כך שלא ניתן לטעון לקשרים סיבתיים. בחינה נוספת של השערות המחקר במספר נקודות זמן עשויה ללמד אם ניתן לטעון לקשר סיבתי. רביעית, המחקר לא בדק את תפיסת השפעת מגפת הקורונה על מצוקה מוסרית בקרב פיזיותרפיסטים באופן ישיר. בנוסף, לא ניתן להסיק מתוך ממצאי המחקר על השפעות סביבתיות נוספות, כגון מדיניות בריאות ציבורית שצפויה להשפיע על היבטים משמעותיים מהמצב בפועל. לכן, נדרש מחקר בנקודת זמן נוספת כדי לבחון ממצאים אלו.

המלצות יישומיות

לממצאי המחקר השלכות יישומיות חשובות בהקשר של מקצועות הבריאות בישראל בכלל ומקצוע הפיזיותרפיה בפרט. נוכח הקרבה המתוארת של המחקר למשבר הקורונה, הרי שהדבר עשוי להיות קריטי לאור חשיבות התמיכה בעובדים בתקופות של משבר בריאותי ו/או מצבי עומס על מערכת הבריאות הציבורית.

ראשית, תמיכת המנהל בקרב פיזיותרפיסטים צריכה לקחת בחשבון את המאפיינים הייחודיים למקצוע, המהווים מכנה משותף לקהילת הפיזיותרפיסטים, ולמנף את החוזקות הללו כדי להעצים גאוות מקצוע ולכידות צוותית וסקטוריאלית. מנהלים יכולים לספק סוגי תמיכה שונים, כגון תמיכה אינסטרומנטלית על ידי מתן משאבים וסיוע שהעובדים צריכים כדי להשלים את משימות העבודה שלהם; תמיכה אינפורמטיבית על ידי מתן מידע לעובדים הדרוש להם כדי לבצע את תפקידם ביעילות; ותמיכה חברתית על ידי יצירת סביבת עבודה תומכת וחיובית (Ogbonnaya & Babalola, 2021). מומלץ לספק למנהלים את ההכשרה והמשאבים הנדרשים כדי לזהות סימנים של מצוקה מוסרית ולדעת כיצד נכון לטפל בהם. כמו כן, מומלץ לגבש פורום מחוזי או ארצי שיאפשר התייעצות על דילמות מורכבות כדי לעודד למידת עמיתים. יתרה מכך, על פורום זה לדון באתגרים הספציפיים של פיזיותרפיסטים ולבנות תוכנית התערבות יישומית המבוססת על הבנה מעמיקה של הצרכים בשטח.

שנית, ממצאי המחקר מדגישים את מידת החשיבות בביסוס ובקידום אקלים ארגוני התומך בהתנהגות אתית, ובקוד האתי של המקצוע פיזיותרפיה שנקבע על ידי המועצה העליונה של הפיזיותרפיה בישראל.

בהקשר זה, ניתן לכלול פיתוח ותקשורת של הקוד האתי המתווה את ערכי הציפיות של הארגון, קביעת מדיניות ונהלים המקדמים התנהגות אתית ומתן הכשרה ותמיכה לעובדים בקבלת החלטות אתיות. בנוסף, חשוב לוודא שמנהלי הארגון מהווים מודל לחיקוי בהתנהגות אתית וקבלת החלטות ומטפלים בצורה נכונה בהתנהגויות שאינן אתיות. זאת ועוד, מומלץ לארגונים להקים מערכות תמיכה לעובדים הסובלים ממצוקה מוסרית, כגון שירותי ייעוץ או קבוצות תמיכת עמיתים.

ברמה רחבה יותר, המגזר הציבורי יכול לפתח אסטרטגיות לניהול מצוקה מוסרית ולהפחתת כוונות עזיבה בקרב פיזיותרפיסטים. ניתן לכלול מתן משאבים לתוכניות חיזוק והדרכה של מנהלים, כמו גם פיתוח מדיניות ונהלים המקדמים סביבת עבודה תומכת. בנוסף, השקעה בגיוס ובשימור של אנשי מקצוע בתחום הבריאות, הגדלת המימון לשירותי בריאות במגזר הציבורי ושיפור תנאי העבודה והתמיכה באנשי מקצוע בתחום הבריאות עשויים לתרום לשימור פיזיותרפיסטים. לבסוף, חשוב לקדם תרבות של כבוד והערכה לאנשי מקצוע בתחום הבריאות, כולל הכרה בתרומותיהם לחברה ומתן הזדמנויות להתפתחות מקצועית ולקידום קריירה.

סיכום

מחקר זה הדגיש את ההשפעה של מצוקה מוסרית על פיזיותרפיסטים ואת החשיבות של תמיכת מנהל ואקלים ארגוני אתי בהפחתת כוונות עזיבה. מחקר זה מספק תובנות כיצד גורמים ארגוניים עשויים להשפיע על כוונתם של אנשי מקצוע בתחום הבריאות להישאר במגזר הציבורי. על ידי התייחסות לגורמים התורמים למצוקה מוסרית וקידום סביבת עבודה תומכת, ארגונים יכולים לשפר את שיעורי שימור העובדים ולהבטיח מתן שירותי בריאות איכותיים. ברמה האקדמית, מחקר זה תורם לספרות המחקר העוסקת בקשרים בין אקלים ארגוני אתי, תמיכה ניהולית, מצוקה מוסרית וכוונות עזיבה. בנוסף, על ידי בחינת התפקיד המתווך של מצוקה מוסרית, מחקר זה מוסיף להבנה של מערכות היחסים המורכבות בין משתנים אלה. בכך, מחקר זה ממלא פער בספרות ומספק תובנות חשובות לגבי האתגרים הייחודיים העומדים בפני אוכלוסייה זו. ברמה היישומית, לממצאי מחקר זה השלכות על ארגונים וקובעי מדיניות במגזר הציבורי. הממצאים מדגישים את הצורך בהתערבויות ובמדיניות המעודדת תמיכה ניהולית ואקלים אתי ארגוני כדי להפחית את המצוקה המוסרית ולשפר את שיעורי התחלופה בקרב פיזיותרפיסטים.

רשימת מקורות

אגף משאבי אנוש (2022). *התוכנית הלאומית לחיזוק עובדי מערכת הבריאות ומניעת שחיקה*. ממצאי חקר הלאומי- 2021. משרד הבריאות.

<https://www.gov.il/he/Departments/publications/reports/burnout-survey-2021-presentation-1303202>

משרד הבריאות (2022). *פערי כוח אדם במקצועות הבריאות: פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת וריפוי בעיסוק – מסמך מסכם (פרק הנתונים)*. ממשלת ישראל.

https://www.gov.il/BlobFolder/pmopolicy/dec1140_2022/he/report462.pdf

ענבר, נ' (2020). מועקה מוסרית בקרב פיזיותרפיסטים: היבטים אישיים, מקצועיים וארגוניים [חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה" אוניברסיטת חיפה].

פיזיותרפיה (2023). *אודות מקצוע הפיזיותרפיה*. משרד הבריאות.

<https://www.gov.il/he/pages/physiotherapy-about>

- שטייגמן, ע' (2010). איזון בין חיי עבודה ומשפחה: החשיבות של תמיכת הארגון, המנהל והמשפחה והשלכותיו של איזון זה על זמינות פסיכולוגית ועל האנרגיה של הפרט בארגון [חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה" אוניברסיטת בר אילן].
- Boiral, O., Talbot, D., & Paillé, P. (2015). Leading by example: A model of organizational citizenship behavior for the environment. *Business Strategy and the Environment*, 24(6), 532-550.
- Cacchione, P. Z. (2020). Moral distress in the midst of the COVID-19 pandemic. *Clinical Nursing Research*, 29(4), 215-216.
- Cantu, R., Carter, L., & Elkins, J. (2022). Burnout and intent-to-leave in physical therapists: A preliminary analysis of factors under organizational control. *Physiotherapy Theory and Practice*, 38(13), 2988-2997.
- Cantu, R. (2019). Physical therapists' perception of workplace ethics in an evolving health-care delivery environment: a cross-sectional survey. *Physiotherapy theory and practice*, 35(8), 724-737.
- Carletto, S., Ariotti, M. C., Garelli, G., Di Noto, L., Berchiolla, P., Malandrone, F., Guardione, R., Boarino, F., Campagnoli, M. F., Levet, P. S., Bertino, E., Ostacoli, L., & Coscia, A. (2022). Moral Distress and Burnout in Neonatal Intensive Care Unit Healthcare Providers: A cross-sectional study in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8526.
- Carpenter, C. (2010). Moral distress in physical therapy practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26(2), 69-78.
- Corley, M. C. (2002). Nurse moral distress: A proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*, 9(6), 636-650.
- Corley, M. C., Minick, P., Elswick, R. K., & Jacobs, M. (2005). Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*, 12(4), 381-390.
- De Brasi, E. L., Giannetta, N., Ercolani, S., Gandini, E. L. M., Moranda, D., Villa, G., & Manara, D. F. (2021). Nurses' moral distress in end-of-life care: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 28(5), 614-627.
- Degen, C., Li, J., & Angerer, P. (2015). Physicians' intention to leave direct patient care: An integrative review. *Human Resources for Health*, 13(1), 1-12.
- Dudzinski, D. M. (2016). Navigating moral distress using the moral distress map. *Journal of Medical Ethics*, 42(5), 321-324.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500-507.
- Epstein, E. G., Whitehead, P. B., Prompahakul, C., Thacker, L. R., & Hamric, A. B. (2019). Enhancing understanding of moral distress: The measure of moral distress for health care professionals. *AJOB Empirical Bioethics*, 10(2), 113-124.

- Fumis, R. R. L., Junqueira Amarante, G. A., de Fátima Nascimento, A., & Vieira Junior, J. M. (2017). Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Annals of Intensive Care*, 7(1), 1-8.
- Fibuch, E., & Ahmed, A. (2015). Physician turnover: A costly problem. *Physician Leadership Journal*, 2(3), 22-25.
- Gallagher, A., & Tschudin, V. (2010). Educating for ethical leadership. *Nurse Education Today*, 30(3), 224-227.
- Goldman, A., & Tabak, N. (2010). Perception of ethical climate and its relationship to nurses' demographic characteristics and job satisfaction. *Nursing Ethics*, 17(2), 233-246.
- Gutierrez, K. M. (2005). Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24(5), 229-241.
- Hamric, A. B., & Epstein, E. G. (2017). A health system-wide moral distress consultation service: Development and evaluation. *Hec Forum: an Interdisciplinary Journal on Hospitals' Ethical and Legal Issues*, 29(2), 127-143.
- Harmoinen, M. H., Niiranen, V., Helminen, M., & Suominen, T. (2014). Appreciative management from the viewpoint of staff and managers in health care. (English abstract). *Tutkiva Hoitotyö (Nursing Evidence)*, 12(2), 36-47.
- Hatamizadeh, M., Hosseini, M., Bernstein, C., & Ranjbar, H. (2019). Health care reform in Iran: Implications for nurses' moral distress, patient rights, satisfaction and turnover intention. *Journal of Nursing Management*, 27(2), 396-403.
- Hobfoll, S. E. (2001). Social support and stress. In Smelser N. J. & Baltes P. B. (Eds.). *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Science* (pp. 14461-14465).
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The Ethical Issues*. Prentice Hall.
- Jannenga, H. (2022). *The state of rehab therapy*. WebPT.
<https://www.webpt.com/downloads/state-of-rehab-therapy-2022>
- Jang, S. G., Min, A., & Kim, S. (2022). Experience of pediatric patient death, moral distress, and turnover intention among pediatric nurses at a tertiary hospital in South Korea: A cross-sectional study. *Journal of Palliative Medicine*, 25(8), 1215-1221.
- Jaramillo, F., Mulki, J., & Solomon, P. (2006). The Role of Ethical Climate on Salespersons Role Stress, Job Attitudes, Turnover Intention, and Job Performance. *Journal of Personal Selling & Sales Management* 26(3), 271-282.
- Kanaris, C. (2021). Moral distress in the intensive care unit during the pandemic: The burden of dying alone. *Intensive Care Medicine*, 47, 141-143.
- Kuenzi, M., Mayer, D. M., & Greenbaum, R. L. (2020). Creating an ethical organizational environment: The relationship between ethical leadership, ethical organizational climate, and unethical behavior. *Personnel Psychology*, 73(1), 43-71.
- Kurtessis, J. N., Eisenberger, R., Ford, M. T., Buffardi, L. C., Stewart, K. A., & Adis, C. S. (2017). Perceived organizational support: A meta-analytic evaluation of organizational support theory. *Journal of Management*, 43(6), 1854-1884.

- Kottke, J. L., & Sharafinski, C. E. (1988). Measuring perceived supervisory and organizational support. *Educational and psychological Measurement*, 48(4), 1075-1079.
- Lamiani, G., Dordoni, P., & Argentero, P. (2018). Value congruence and depressive symptoms among critical care clinicians: The mediating role of moral distress. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 34(1), 135-142.
- Lau, B., Skinner, E. H., Lo, K., & Bearman, M. (2016). Experiences of physical therapists working in the acute hospital setting: systematic review. *Physical Therapy*, 96(9), 1317-1332.
- Maningo-Salinas, M. J. (2010). *Relationship between moral distress, perceived organizational support and intent to turnover among oncology nurses*. Capella University.
- Maertz Jr, C. P., Griffeth, R. W., Campbell, N. S., & Allen, D. G. (2007). The effects of perceived organizational support and perceived supervisor support on employee turnover. *Journal of Organizational Behavior*, 28(8), 1059-1075.
- Maffoni, M., Sommovigo, V., Giardini, A., Velutti, L., & Setti, I. (2022). Well-being and professional efficacy among health care professionals: The role of resilience through the mediation of ethical vision of patient care and the moderation of managerial support. *Evaluation & the Health Professions*, 45(4), 381-396.
- Mareš, J. (2016). Moral distress: Terminology, theories and models. *Kontakt*, 18(3), e137-e144.
- Norman, G., Monteiro, S., & Salama, S. (2012). Sample size calculations: Should the emperor's clothes be off the peg or made to measure?. *BMJ*, 345: e5278.
- Ogbonnaya, C., & Babalola, M. T. (2021). A closer look at how managerial support can help improve patient experience: Insights from the UK's National Health Service. *Human Relations*, 74(11), 1820-1840.
- Olson, L. L. (2018). Building compassionate work environments: The concept of and measurement of ethical climate. In: Ulrich, C, Grady, C. (eds.). *Moral Distress in the Health Professions* (pp. 95-101). Springer.
- Pavlish C., Brown-Saltzman K., So L., & Wong J. (2016). SUPPORT: An evidence-based model for leaders addressing moral distress. *The Journal of Nursing Administration*, 46(6), 313-320.
- Pauly, B. M., Varcoe, C., & Storch, J. (2012). Framing the issues: Moral distress in health care. *HEC forum*, 24(1), 1-11.
- Prottas, D. J. (2013). Relationships among employee perception of their manager's behavioral integrity, moral distress, and employee attitudes and well-being. *Journal of Business Ethics*, 113(1), 51-60.
- Repenshek, M. (2009). Moral distress: Inability to act or discomfort with moral subjectivity? *Nursing Ethics*, 16(6), 734-742.
- Robaee, N., Atashzadeh-Shoorideh, F., Ashktorab, T., Baghestani, A., & Barkhordari-Sharifabad, M. (2018). Perceived organizational support and moral distress among nurses. *BMC Nursing*, 17(2), 1-7.

- Silén M, Svantesson M, Kjelströmm S., Sidenvall, B., & Christensson, L. (2011). Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context: Perceptions and instrument usability. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23–24), 3483–3493.
- Sjöberg, A., & Sverke, M. (2000). The interactive effect of job involvement and organizational commitment on job turnover revisited: A note on the mediating role of turnover intention. *Scandinavian Journal of Psychology*, 41(3), 247-252.
- Swisher, L. L., Hiller, P., & APTA Task Force to Revise the Core Ethics Documents. (2010). The revised APTA code of ethics for the physical therapist and standards of ethical conduct for the physical therapist assistant: Theory, purpose, process, and significance. *Physical Therapy*, 90(5), 803-824.
- Varcoe, C., Doane, G., Pauly, B., Rodney, P., Storch, J. L., Mahoney, K., McPherson, G., Brown, H., & Starzomski, R. (2004). Ethical practice in nursing: Working the in-betweens. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 316-325.
- Vatwani, A., & Hill, C. J. (2018). Examining factors, strategies, and processes to decrease physical therapy turnover rates in acute care hospitals: A review of the literature. *Journal of Acute Care Physical Therapy*, 9(1), 11-18.
- Victor, B., and Cullen, J. B. (1987). A theory and measure of ethical climate in organizations. In W. C. Frederick (Ed.). *Research in corporate social performance* (pp. 57-71). JAI Press.
- Waldman, J. D., Kelly, F. K., Arora, S., & Smith, H. L. (2010). The shocking cost of turnover in health care. *Health Care Management Review*, 35(3), 206-211.
- Wilkinson, J. M. (1987). Moral distress in nursing practice: Experience and effect. *Nursing Forum* 23(1), 16-29.

[חזרה לתוכן העניינים](#)

