

מעורבות אחיות בקביעת מדיניות בריאות (מאמר דעה)

אלינור גנדלמן ודניאל מורן

תקציר

מקצוע הסייעוד מתמודד עם שינויים רבים בתחום הבריאות והטיפול בה. כאחת הקבוצות המשמעותיות שמעניקות טיפול רפואי, האחיות חייבות להיות מעורבות יותר בנושאים ציבוריים הקשורים לתכנון מדיניות בריאות וטיפול בריאות. מטרת המאמר היא לבחון ולהציג את הגורמים למעורבותן ולחוסר מעורבותן של אחיות בקביעת מדיניות בריאות וטיפול בריאות, מתוך הנחה שהבנת הגורמים השונים תאפשר להציע דרכים להגדלת מידת מעורבות האחיות בקביעת מדיניות זו. כבסיס למאמר חיפשנו באופן שיטתי פרסומים באנגלית מן השנים 1995-2018 במאגרי מידע אלקטרוניים ידועים בתחום הבריאות - CINAHL Plus ו-ProQuest - על מעורבות אחיות בקביעת מדיניות בריאות, על פי מילות המפתח "מדיניות בריאות" ו"מעורבות של אחיות".

מן הממצאים עולה שרק מעט מחקרים עוסקים במעורבות אחיות בקביעת מדיניות בריאות וטיפול בריאות. בין הנושאים שנבדקו: הגדרת המושג מעורבות אחיות בקביעת מדיניות בריאות, נקודות החוזק במעורבות האחיות בקביעת מדיניות בריאות והמגבלות הקיימות במעורבותן. נמצאו גם מחקרים על מעורבות אחיות בקביעת מדיניות בריאות בישראל ועל החינוך בנושא זה בתוכניות ללימודי סיעוד ברמות השכלה שונות. מניתוח הממצאים נראה שיש קונצנזוס בנוגע לצורך של האחיות להיות מעורבות בקביעת מדיניות בריאות. עם זאת, אף שהספרות רואה חשיבות בתפקיד האחיות, שנמצאות בעמדה ייחודית להשפיע על קביעה ויישום של מדיניות בריאות, האחיות במדינת ישראל ובארצות הברית אינן מעורבות מספיק בקביעת מדיניות בריאות בהשוואה לכוח ולפוטנציאל שלהן. אומנם מסקירת הספרות עולה

שבעשור האחרון חלה עלייה ברמת מודעות האחיות לחשיבות מעורבותן בקביעת מדיניות בריאות, אך למעשה רוב המדיניות עדיין נקבעת ללא השפעתן של האחיות. הכנת תוכניות להסרת החסמים הקיימים שמונעים את מעורבות האחיות בקביעת מדיניות יכולה להביא להגדלת המעורבות הפוליטית של האחיות. פיתוח תוכניות ללימודי סיעוד ברמות הכשרה שונות עשוי לגרום לחלק מהאחיות לפתח תכונות מנהיגותיות שישפיעו על מדיניות הבריאות, וכך כלל האוכלוסייה תצא נשכרת.

מילות מפתח: מדיניות בריאות, מעורבות של אחיות, חינוך לסיעוד

ד"ר אלינור גנדלמן - בית הספר האקדמי לסיעוד "דינה" במרכז הרפואי רבין;
elinorag17@gmail.com
פרופ' דניאל מורן - המחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת אריאל בשומרון;
danielm@ariel.ac.il

חבוא

מקצוע הסיעוד נמצא בעמדת מפתח מצד קשריו עם מטופלים ומצד יצירת הקשר ביניהם ובין מערכת הבריאות וספקי שירותי הבריאות. לאחיות יש חלק מרכזי במתן שירותי בריאות והשפעה ניכרת על בריאות האוכלוסייה. החינוך לסיעוד מקנה לאחיות בסיס ידע רחב המאפשר להן מחד לאמוד באופן מקצועי את צורכי המטופלים, ומאידך להבין את מגבלות המשאבים העומדים לרשות מערכת הבריאות. ידע נרחב זה הופך את האחיות ל"שחקניות" פוטנציאליות בזירה הפוליטית. כקבוצה הגדולה ביותר של ספקי שירותי הבריאות, אמורה להיות לאחיות השפעה ניכרת על קביעת מדיניות בריאות. האחיות נמצאות בעמדה ייחודית ויכולות להיות פעילות בקביעת מדיניות בריאות, ביישומה ובהערכתה. עם זאת, השפעת האחיות על קביעת מדיניות בריאות כמעט שאינה מורגשת, ולמעשה - האחיות שומרות על שתיקה פוליטית (Abood, 2007).

אף על פי שאחיות נמצאות בתפקידים מובילים, ויש להן השפעה על הטיפול הרפואי והסיעודי, מחקרים מצביעים על הצורך בהגברת מעורבותן בתהליכים פוליטיים שמעצבים מדיניות בריאות. מידת תרומתן של האחיות לסדר היום הפוליטי הקשור לעיצוב מדיניות בריאות נמצאה קטנה ביותר. ארגון הבריאות העולמי יצא בקריאה לאחיות לפעול בכמה חזיתות לפיתוח מערכת בריאות על ידי תכנון וביצוע של רפורמות בתחום הבריאות והגברת מעורבותן הפוליטית בקביעת מדיניות הבריאות (WHO, 1986).

ארגוני אחיות מקצועיים בארצות הברית קראו לאחיות להשתתף באופן פעיל בקביעת מדיניות בריאות כדי למלא את האחריות החברתית והאתית של מקצוע הסיעוד. לדוגמה, האגודה האמריקאית של בתי הספר לסיעוד (AACN – American Association of Colleges of Nursing) טענה שלאחיות יש אחריות מוסרית ואתית להשתתף בקביעת מדיניות בריאות למען חולים, משפחות, קהילות ומקצוע הסיעוד (AACN, 2008). בקוד האתי של ארגון האחיות האמריקאי (ANA – American Nurses Association; ANA, 2015) ובהצהרת המדיניות החברתית של הארגון (ANA, 2010) מפורטים התפקידים החברתיים והאתיים של האחיות ואחריותן בקביעת מדיניות בריאות.

אי-השוויון בנגישות לבריאות קשור לגורמים חברתיים, כלכליים ותרבותיים, והוא עשוי להיות מושפע מידע ומעמדות של ספקי שירותי בריאות כלפי אי-השוויון והדרכים לצמצום הפערים בתחום הבריאות. מקצוע הסיעוד נמצא כאמור בנקודת מפתח מצד קשריו עם מטופלים ומצד יצירת הקשר ביניהם ובין מערכת הבריאות וספקי שירותי הבריאות, והאחיות יכולות לפעול ולהשפיע על מערכות בריאות כך שיכירו בעיסוקן כפרופסיה ועריכו אותו.

מטרת המאמר היא לסקור את הספרות המקצועית בתחום זה כדי להעלות את מידת מעורבות הסיעוד והשפעתו על מדיניות בריאות, כך ששירותי הבריאות יהיו שוויוניים יותר ובטוחים וזמינים לכול.

שיטת המחקר

לצורך סקירת הספרות והמקורות בוצע חיפוש מקיף של פרסומים מן השנים 1995-2018 במאגרי מידע אלקטרוניים ידועים בתחום הבריאות - CINAHL Plus ו-ProQuest - כדי לאתר מחקרים ועבודות שפורסמו בהם והציגו נתונים על מידת מעורבותן של אחיות בקביעת מדיניות בריאות. בסקירת המאמרים התייחסנו רק למחקרים ועבודות שבוצעו בארץ או בעולם ופורסמו באנגלית בפרסומים שפיטים. מילות המפתח שחיפשנו במאגרי המידע האלה היו: "מדיניות בריאות" (health policy), "מעורבות של אחיות" (nurses' involvement) ו"חינוך לסיעוד" (nurse education).

מקורות המידע שאותרו חולקו לקטגוריות שתיארו את עיקרי הרעיונות הקשורים לבחינת המעורבות של אחיות בקביעת מדיניות בריאות. בחיפוש ראשוני במאגרי המידע נמצאו מאמרים מגוונים רבים על סוגיות והיבטים שונים בקביעת מדיניות בריאות, כגון שמירה על איכות הטיפול, מחסור ברופאים ואחיות, ואי-שוויון בבריאות. מסקירת המידע השיטתית, ולאור מטרת המחקר, הוחלט להתמקד במושג "מדיניות בריאות" ובהקשריו עם אחד או יותר מן המושגים האלה: "השתתפות ומעורבות של אחיות בפעילות פוליטית", "הכשרת אחיות" ו"סטודנטים במעורבות פוליטית".

לאחר קריאת כל המאמרים המתאימים נבחרו כשישים מאמרים שנמצאו קשורים לפעילות פוליטית ולשותפות של אחיות בקביעת מדיניות בריאות. התמקדנו בסקירת ספרות המחקר ובתפיסות של מנהיגות בתחום הסיעוד ומחנכים, וכן בנושאים האלה: הגדרת מעורבות פוליטית בקביעת מדיניות בריאות, נקודות החוזק של האחיות במעורבותן בקביעת מדיניות בריאות, המגבלות והחסמים במעורבות של אחיות בקביעת מדיניות בריאות, פעילויות של אחיות בעולם ובישראל כחלק ממעורבותן בקביעת מדיניות בריאות, והחינוך על הנושא בתוכניות לימוד שונות. בסקירה לא מצאנו התייחסות לפעילותן הפוליטית של אחיות ולמעורבותן בשיפור איכות הטיפול בתחומי בריאות ספציפיים, למשל התערבות והגנה על קבוצות מוחלשות, על חולי סוכרת ועל חולי איידס (HIV).

ממצאים

הגדרת מעורבות פוליטית בקביעת מדיניות בריאות

"פוליטיקה" מוגדרת במילון אוקספורד (2006) כעקרון פעולה שאומץ או הוצע על ידי ממשלה, מפלגה או פרט. דאי (Dye, 2001) טען שמדיניות ציבורית היא מה שהממשלה בוחרת לבצע או שלא לבצע, פעולה או חוסר עשייה שלה, יותר מאשר תהליך שמבוצע לצורך מטרה ספציפית או מטרה כללית.

אם האחיות מעוניינות שמדיניות בריאות תתייחס לחשיבותן המקצועית ולנושאים הקשורים לעניינם של המטופלים, עליהן להבין תחילה שלפרופסיה יש אינטראקציה עם פוליטיקה, ושהפוליטיקה משפיעה עליה (Fyffe, 2009). כדי לקבוע את צעדיהן ולהגביר את מידת מעורבותן בקביעת מדיניות בריאות, על האחיות לזהות ולהבין את המושג "מעורבות בקביעת מדיניות בריאות". ארבי ואחרים (Arabi, Rafii, Cheraghi, & Ghiyasvandian, 2014) הגדירו את מעורבות האחיות בקביעת מדיניות בריאות כיכולת להשפיע על קבלת החלטות בתחום הבריאות באמצעות הפגנת ידע בפוליטיקה, תקשורת יעילה ושיתוף פעולה עם שותפים אחרים בצוות.

היתרונות במעורבות האחיות בקביעת מדיניות בריאות

מנקודת מבט היסטורית ניתן לראות את מעורבותו הפוליטית של הסיעוד בקביעת מדיניות בריאות כבר בתקופתה של פלורנס נייטינג'יל בשנת 1850. פלורנס נייטינג'יל שירתה כאחות במלחמת קרים ושינתה את המדיניות כלפי בתי חולים צבאיים באנגליה. לאחר המלחמה הייתה יועצת בצבא האנגלי בנושאים הקשורים לבריאות, ופעילותה הובילה לשינוי ניכר במדיניות כללי ההיגיינה במהלך טיפול בחולים ובפצועים. גם המפטון רוב, הנשיאה הראשונה של ANA, ציינה כבר בשנת 1897 את נאמנות האחיות ליקר ביותר על פני האדמה - חיים, בריאות ואושר של בני אדם אחרים.

מתוקף תפקידן העידו אחיות על ליקויים במתן שירותי בריאות ועל ההשלכות השליליות של בעיות חברתיות על תחום הבריאות (Wachs & Ennen, 2001). שורט (Short, 2008) ציינה שהאחיות מחויבות לתרום בקביעות את ידיעותיהן המקצועיות ואת המסקנות מניסיוןן למובילים במערכת הבריאות ולקובעי המדיניות. אחיות מומחיות ובעלות ידע יכולות לתרום בדיונים שונים על מדיניות, כגון בטיחות מטופלים, עלות ביצוע של מדיניות ספציפית, ניהול הטיפול במחלות כרוניות וגישות טיפול הוגנות ואכפתיות למטופלים. מעורבותן הפוליטית של האחיות נתפסת כחלק בלתי נפרד מאחריותן המקצועית, והיא עשויה לשפר את בריאות

הציבור ולהוביל לקידומן המקצועי (Hall-Long, 2009). מעצם היותן כוח האדם הגדול ביותר בתחום הבריאות יכולות האחיות להביא לשינויים חברתיים על ידי גיבוש יוזמות שישרתו את החברה (Humm, 1995).

ברגר וסביק (Bregar & Savic, 2013) ערכו מחקר איכותני שבדק את השפעת מעורבות האחיות על פיתוח מדיניות בריאות בסלובניה. המדגם במחקרם כלל 15 עובדים בעלי השפעה במערכת הבריאות המקומית, ונמצא בו שמעורבות של אחיות בקביעת מדיניות בריאות עשויה להשפיע על מקצוע הסייעוד ולשפר את הבטיחות ואת האיכות של מערכות בריאות. החוקרים קבעו כי ניהול מתאים וכוח וחינוך פוליטיים הם יסודות בהתמודדות עם המכשולים שעומדים בפני מעורבות האחיות בקביעת מדיניות בריאות.

קוסטס-פולסטון ואחרים (Kostas-Polston, Thanavaro, Arvidson, & Taub, 2015) הדגישו את החשיבות של מעורבות אחיות מומחיות בקביעת מדיניות בריאות כמפתח לקידום אינטרסים הקשורים לבריאות העם, והמליצו על כמה אסטרטגיות להגברת מעורבות זו. לפי חוקרים אלו, המטרה הכללית של מעורבות בקביעת מדיניות בריאות היא לפתח מערכת יחסים ארוכת טווח עם קובעי מדיניות, ולמטרה זו יש משנה תוקף כשמתקבלים ממצאים מחקריים המעידים שאחיות מומחיות הן מקור מידע מהימן ואובייקטיבי. רעיון מעורבות האחיות בקבלת החלטות נותח גם על ידי קובליק ויודר (Kowalik & Yoder, 2010), שציינו כי מעורבות בקבלת החלטות משפיעה על דעת מקבלי החלטות ועל החלטותיהם. לפיכך, מעורבות האחיות בתהליך קבלת החלטות היא אמצעי בעל השפעה על קביעת מדיניות בריאות.

לימודי סיעוד והכשרת אחיות

לימודי הסיעוד לתואר אחות מוסמכת כוללים קורסים במדעי החיים ובמדעי החברה המעניקים כישורים ומיומנויות לסטודנטים כך שיוכלו להיות מעורבים בפעולות מגוונות לשמירה על בריאות המטופלים ועל בטיחותם המרבית. לאחיות ניתנים הכלים והכישורים הדרושים להשפעה על בריאות המטופלים במשך הטיפול, החל בקידום הבריאות ובמניעת מחלות, עבור בטיפול אקוטי ובשמירה על בריאות הציבור והקהילה, וכלה בטיפול במצבים כרוניים לטווח ארוך. לאור העובדה שקבוצת האחיות היא אחת הקבוצות הגדולות ביותר מבין ספקי שירותי הבריאות ובעלות ידע מקצועי נרחב, הן יכולות להשפיע במידה ניכרת על שמירת בריאות המטופלים. עליהן אפוא לפעול ולהיות מעורבות בקביעה, ביישום ובהערכה של מדיניות בריאות. ככל שאחיות יבינו את הצורך במעורבות הפוליטית שלהן ואת ההשפעה החזקה שעשויה להיות להן על פיתוח מדיניות בריאות ועל בריאות

המטופלים, כך הן יצאו מ"אזור הנוחות" שלהן ויטיחו אל עצמן כבעלות היכולת להגן על המטופלים (Abood, 2007).

דס ג'רדין (Des Jardin, 2001) טענה שלאחיות יש ידע מקצועי וטכנולוגי רב, רצון לשפר את בריאות הציבור וכוח להשפיע על דעת הקהל באמצעות הפגנת ידע, ניסיון, אמפתיה ואכפתיות בפעילות חברתית-פוליטית. היא גם טענה שהאפשרויות להתפתחות מקצוע הסייעוד ככוח מוביל ומשפיע טמונות אך ורק במעורבות חברתית ופוליטית.

מעצם תפקידה והאינטראקציה הישירה והאינטנסיבית שלה עם המטופלים ובני משפחותיהם, האחיות היא מנהלת טיפול שיכולה להשפיע על שיפור נגישות המטופלים לשירותי הבריאות הנחוצים להם, לאפשר להם לממש את פוטנציאל הבריאות שלהם ולצמצם את הפערים בנגישות לבריאות של אוכלוסיות מוחלשות.

כדי להגיע לרמה מקצועית גבוהה, אחיות חייבות להיות מעורבות בפוליטיקה ובקביעת מדיניות. הן יכולות לעזור לעצב מדיניות בריאות, נהלים בבתי חולים ובמרפאות בקהילה (של קופות החולים) באמצעות יישום התנסות המבוססת על ראיות (evidence nursing practice), השתתפות בוועדות ושיתוף פעולה עם מנהיגים בכירים (Waddell, Audette, Delong, & Brostoff, 2016). החוקרים טוענים שפניית האחיות אל המחוקק היא הזדמנות חשובה לבטא את הבעיות והסוגיות הקשורות לטיפול בחולים. הן יכולות להציג עד כמה מכשול מסוים עלול להשפיע על היכולת לספק טיפול איכותי ובטיחותי למטופלים בבתי חולים ובמרפאות בקהילה. עם זאת, מעורבות בקביעת מדיניות בריאות מחייבת אחיות להיות בעלות ידע בתחום הפוליטי והמדיני, וכן בעלות יכולת להשתמש באסטרטגיות ובנקודות מבט שונות. אחת האסטרטגיות היעילות להשפעה על מדיניות בריאות היא שתדלנות של קבוצת עניין, שכוללת זיהוי מחוקק שיכול לקדם את החוק הנצרך, שימוש בכלי התקשורת ומתן מידע רלוונטי לקידום החוק (Wenk, Mattison, & Sedgwick, 2013). ארגוני האחיות צריכים ללמוד איך למנף את התקשורת כדי לקבל תמיכה מקובעי מדיניות במהלך קבלת החלטות על נושאים הקשורים לבריאות האוכלוסייה. אחת הדרכים לכך היא זיהוי קהל היעד וקביעת הדרך הראויה לפרסום: חדשות חמות, סיפור עלילתי, מיתוג מתאים וכתובת מאמרי עמדה (Burness, Casey, & Mahoney, 2012).

אחת הדרכים לפיתוח מנהיגות בקרב אחיות היא פיתוח תוכניות לתואר שלישי בהתמחות בסייעוד: DNP – Doctor of Nursing Practice. גרייס (Grace, 2018) טענה שההיבט החיובי של DNP הוא פיתוח מנהיגות של אחיות לצורך הענקת טיפול איכותי ותיקון עוולות שנעשות לאוכלוסיות מוחלשות, ושבוגרי תוכניות DNP יהיו מנהיגים בעלי מודעות אתית.

המגבלות והחסמים למעורבות האחיות בקביעת מדיניות בריאות למעשה, אין ביטוי לניצול כוחו הפוליטי של הסיעוד לצורך השפעה על בריאות האוכלוסייה, ורמת המעורבות של אחיות בקביעת מדיניות בריאות נמוכה מאוד (Salvador, 2010). אבוד (Abood, 2007) ציין כאמור שאף על פי שהאחיות הן הקבוצה הגדולה ביותר של ספקי שירותי הבריאות, כוחן הפוליטי הפוטנציאלי אינו מנוצל.

ונדנהוטן ואחרים (Vandenhouten, Malakar, Kubsch, Block, & Gallagher-Lepak, 2011) שאלו 468 אחיות בארצות הברית אם הן יהיו מעוניינות להשתתף בפעילות פוליטית, ואף שרובן (86%) ענו שאכן ירצו להשתתף בפעילות כזו, רק 32% מהן דיווחו שהן חשות שיהיו מסוגלות לבצע אותה. הפעילות הנפוצה ביותר במחקרם הייתה הצבעה בבחירות לנשיאות. האחיות דיווחו לא רק על רמת מעורבות נמוכה בקביעת מדיניות בריאות, אלא גם בחרו בפעילות הבסיסית ביותר שקשורה למעורבות בקביעת מדיניות זו.

אבו על רוב ופודך (AbuAlRub & Foudeh, 2017) בחנו את רמת המעורבות של 231 אחיות ירדניות בקביעת מדיניות בריאות ואת המחסומים שהשפיעו על רמת מעורבותן. ממצאי מחקר זה דומים לממצאי המחקר של ונדנהוטן ואחרים (Vandenhouten et al., 2011), והם הראו שרמת השתתפות האחיות בפיתוח מדיניות הבריאות הייתה נמוכה (1.9 בסולם מ-1 עד 5), ושהפעילות השכיחה ביותר שבה השתתפו האחיות הייתה הצבעה על מועמד לנשיאות או על הצעה כלשהי הקשורה למדיניות בריאות (37.7%). המחסום השכיח ביותר של האחיות היה חוסר זמן (73.6%). אחד ההסברים של החוקרים למצב הקיים הוא, שמנהיגי הסיעוד במדינה אינם מכשירים את האחיות להתערב בתחומי מדיניות בריאות במדינה. למעשה, אחיות עובדות בסביבה המונעת מהחלטות פוליטיות ונשלטות על ידי שירותי בריאות שפועלים תחת מדיניות בעלת אופי פוליטי (Des Jardin, 2001). לא ברור עד כמה האחיות מבינות לעומק סוגיות שקשורות לניהול מערכות בריאות (למשל נגישות, זמינות, איכות ויעילות של מערכת בריאות), ועד כמה הן מבינות את התהליכים הפוליטיים שתורמים ליצירת כשלים במערכות בריאות (Harrington, Crider, Benner, & Malone, 2005). יש צורך לחקור את הנתק בין מודעות האחיות לסוגיות הקשורות למדיניות בריאות ובין יכולתן לפעול ולשנות מדיניות.

אחד המכשולים הנפוצים ביותר להשפעה על מעורבות האחיות בקביעת מדיניות ציבורית הוא "חוסר מומחיות". אחיות צריכות לרכוש את הידע והכלים הנצרכים להשפעה כזו, לרבות חינוך להשפעה זו ופעילויות מחקר, כדי להתקדם ברמת מעורבותן בפיתוח מדיניות בריאות (Paquin, 2011). פרימומו (Primomo, 2007) טענה שכדי להבין בתחומי המדיניות הציבורית נדרש להכיר ולהבין גם תהליכים פוליטיים, כלומר לרכוש מומחיות פוליטית,

הכוללת שלושה היבטים: הבנה, יכולת תגובה ועיצוב מדיניות (Longest, 2004). אפשר לתאר מומחיות פוליטית "כידע במדיניות ובתהליכים שבאמצעותם מנהיגים מגיבים לסוגיות מדיניות, וכיכולת לשכנע קובעי מדיניות לקבל החלטות" (Hewison, 2007). שפתן של האחיות מבוססת על התמקדות בצורכי הטיפול במטופלים, אולם כדי להשפיע על מדיניות בריאות נדרשות אחיות להכיר את השפה של "סדר עדיפויות - טובת הקבוצה לעומת טובת הפרט" (Antrobus, Masterson, & Bailey, 2004). האחיות נדרשות להיות בעלות מיומנויות לנהל ויכוח פוליטי ולטעון טיעונים קונסטרוקטיביים חזקים.

לפי הספרות, אחיות זקוקות להכשרה כדי לרכוש מיומנויות וידע הנדרשים לתמיכה פוליטית ומדינית למען מטופליהן (Harrington et al., 2005; Primomo, 2007; West & Scott, 2000). שורט (Short, 2008) טענה שאחיות צריכות לתרום באופן קבוע מן הידע והניסיון שלהן למנהיגים ולקובעי מדיניות. לדוגמה, אם נציג פרלמנט מכין נאום על השפעתו האלימה של הסם מתאמפטמין על צעירים, האחיות יכולות לספק נתונים ותיאורי מקרים מניסיון הקליני והטיפול ולתרום מן הידע ומהמומחיות שלהן בדיונים על הנושאים האלה: איכות הטיפול בצעירים אלו, בטיחותם, העלות של בחירה במדיניות מסוימת, אופן הניהול של מחלה כרונית, והפגנת גישה הוגנת ואכפתית כלפי המטופלים.

קטלו ואחרים (Catallo, Spalding, & Haghiri-Vijeh, 2014) סקרו את פעילות ארגוני האחיות ברמה לאומית (ארצות הברית) ובין-לאומית במעורבותם בקביעת מדיניות בריאות, ומצאו שרק שישה מ-38 הארגונים שנסקרו קבעו מטרות ויישמו פעולות להשפעה על מדיניות בריאות.

יש גורמים שעשויים לשפר את מידת מעורבות האחיות בקביעת מדיניות בריאות, כגון התנסות בתהליך פיתוח מדיניות, בחירת מודל לחיקוי בזירה המדינית או המקצועית, הענקת ידע על מערכות בריאות ופיתוח כישורי מנהיגות (Richter et al., 2012).

גורמים המשפיעים על מעורבות האחיות בקביעת מדיניות בריאות מעורבות האחיות בקביעת מדיניות בריאות עשויה להיות מושפעת משפע של גורמים פסיכולוגיים וחברתיים ושל משתני רקע אישיים ומקצועיים. בספרות נמצאו חמישה מחקרים המדגישים את ההתנהגות הפוליטית של האחיות ומקשרים בין משתנים אישיים ומקצועיים ובין מעורבות פוליטית בכלל ומעורבות בקביעת מדיניות בריאות בפרט. בוארהאוס (Buerhaus, 2008) בדקה את השפעת האחיות על הבחירות לנשיאות בארצות הברית, וממצאי מחקרה עולה שלסיעוד יש בסיס פוטנציאלי להגדיל את ההשפעה הפוליטית. 30% מן האחיות שהשתתפו במחקר בחרו בהילרי קלינטון לנשיאות, מאחר שהיא העלתה לסדר העדיפות הלאומי את בעיית

בריאות העם. זאת ועוד, ממצאי מחקרה של ברט־שרידן (Barrett-Sheridan, 2009) הראו שיש קשר חיובי מובהק בין רמת המעורבות הפוליטית של אחיות ובין עמדות חיוביות שהן מביעות כלפי צדק חברתי. מידת המעורבות הפוליטית של האחיות שהשתתפו במחקר הייתה נמוכה, והפעילות העיקרית שהשתתפו בה הייתה הצבעה בבחירות לנשיאות. החוקרת גם ציינה שיש פער בין עמדות חיוביות של האחיות כלפי הצורך להגן מבחינה חברתית על המטופלים ובין מעורבותן הפוליטית בפועל.

סמול (Small, 1989) לא מצאה קשר מובהק בין הגיל ורמת ההשכלה של אחיות ובין מידת מעורבותן הפוליטית, אך היא ציינה את הצורך החיוני להעצמת האחיות על ידי הענקת ידע וכישורים בתחום הפוליטי להגברת השתתפותן במערכת הפוליטית. גם סלבדור (Salvador, 2010) לא מצאה קשר סטטיסטי מובהק בין גיל, שנות עבודה, מגדר, השכלה גבוהה ומקום העבודה, ובין רמת המעורבות המקצועית של האחיות בקביעת מדיניות בריאות. לאחיות שדיווחו על רמה מתונה עד גבוהה של מסוגלות עצמית היה פוטנציאל גבוה יותר להתערב בפיתוח מדיניות בריאות, מאשר האחיות שדיווחו על רמת מסוגלות עצמית נמוכה.

גבי ואחרים (Gebbie, Wakefield, & Kerfoot, 2000) הסבירו בשתי דרכים את רמת המעורבות הנמוכה של אחיות בקביעת מדיניות בריאות: האחיות נתפסות כשכלתניות פחות בהשוואה למטפלים ממקצועות הבריאות האחרים, ולכן תרומתן לקביעת מדיניות פחותה; וחלק מהאחיות אינן מעריכות כראוי את יכולתן לקבוע מדיניות ואינן מודעות למסוגלות המקצוע שלהן להשפיע על מדיניות. החוקרים הציעו לאחיות לעבור השתלמויות בנושא מדיניות בריאות וליישם את הידע במקומות העבודה שלהן.

החינוך לסייעוד כאמצעי להגברת מעורבות האחיות בקביעת מדיניות בריאות הכשרה מכוונת של סטודנטים ואחיות בתחומי מדיניות בריאות תתרום להגברת מעורבותן במדיניות בריאות. בוסוול ואחרים (Boswell, Cannon, & Miller, 2005) הגדירו מעורבות פוליטית כחלק מן האחריות של מקצוע הסייעוד. אחת הדרכים להגברת מעורבות האחיות בקביעת מדיניות בריאות היא שילוב קורסים ותכנים הקשורים למעורבות הפוליטית בחינוך לסייעוד בכל רמות ההשכלה. מחקרן של ריינס וברטון־קרייס (Rains & Barton-Kriese, 2001) תומך בהמלצה לשלב הוראה בתחומי מדיניות בריאות בתוכניות הלימודים של סטודנטים לסייעוד.

בדו"ח שפרסם מכון הרפואה האמריקאי (Institute of Medicine, 2011) מובאות כמה המלצות לשיפור ניכר של מידת מעורבות האחיות בקביעת מדיניות בריאות ובהעצמת

כוחן הפוליטי. הדו"ח ממליץ שאחיות יהיו מסוגלות לנצל וליישם את מלוא היקף השכלתן והכשרתן, וקובע שמצופה מהן להגיע לרמות גבוהות יותר של חינוך והכשרה באמצעות מערכת חינוך משופרת שתקדם השכלה אקדמית.

בבתי הספר לסייעוד יש פוטנציאל גדול להשפיע על מידת מעורבות האחיות בקביעת מדיניות בריאות. בתוכנית הלימודים יש לכלול הן חינוך לקביעת מדיניות בריאות בהוראה פרונטלית, הן תכנים שהוגדרו על ידי בנדורה (Bandura, 1977) כמשרים ומשכללים מסוגלות עצמית, למשל מתן הזדמנויות לסטודנטים לבצע פעילויות הקשורות לקביעת מדיניות בריאות, הזמנת אנשי סיעוד בעלי ניסיון במעורבות בקביעת מדיניות בריאות להרצות על מדיניות בריאות וחשיבות מעורבות האחיות בתהליכי קביעת מדיניות, והדגשת הישגיהן של אחיות שמובילות פיתוח מדיניות בריאות. מסלול ההוראה בתחום החינוך למעורבות בקביעת מדיניות בריאות צריך להתחיל משלב הלימודים הבסיסיים בסיעוד ולהמשיך בתארי סיעוד מתקדמים. קרנגי וקיגר (Carnegie & Kiger, 2009) ציינו שבתי ספר לסייעוד נדרשים להכשיר אחיות להשתתפות פוליטית, ללמד אותן על תהליך קבלת ההחלטות הקשורות לפיתוח מדיניות בריאות, להעניק להן כלים שיאפשרו לאנשים מתחום הסיעוד לטפל בקבוצות מוחלשות, ולהגיב לאי-צדק חברתי ולא-שוויון בבריאות.

במחקר של פרימומו (Primomo, 2007) חולקו לסטודנטים לסייעוד מבחנים על המערכת הפוליטית, על מערכת הבריאות ועל קביעת מדיניות בריאות לפני השתתפותם בקורס על נושאים אלו ולאחר השתתפותם בו. מן הממצאים של המחקר עולה שבעקבות הקורס שיפרו הסטודנטים את רמת התובנות הפוליטיות והמדיניות שלהם. הסטודנטים דיווחו שיש להם ידע רב יותר על תהליכי חקיקה ועל דרכים ליצירת קשר עם נציגי הממשלה, והם ציינו שלשני הנושאים יש חשיבות רבה למקצוע הסיעוד והצליחו להציג את הנושאים ברמה הנדרשת. החוקרת הגיעה למסקנה ששילוב קורס על מדיניות בריאות בתוכנית הלימודים עשוי לשפר את יכולת האחיות להתערב בקביעת מדיניות בריאות.

במחקר אחר (Byrd et al., 2012) נמצא שרמת הידע והמיומנויות בתחום מדיניות בריאות אצל סטודנטים לתואר ראשון בסיעוד עלתה במידה ניכרת לאחר שהשתתפו בסדרת פעילויות למידה בתחום זה. החוקרים הסכימו שאומנם לא כל סטודנט המסיים את לימודיו שואף להיות פעיל פוליטי ומעורב בקביעת מדיניות בריאות, אך הכנת הסטודנטים לתהליך זה היא צעד ראשון לקראת קידום כלפי מעורבות בקביעת מדיניות בריאות. גם ממצאי מחקר אחר (Mueller, 2014) על סטודנטים לתואר ראשון בסיעוד הראו שכדי להפיק תועלת מלאה ממעורבות פוליטית לשיפור סוגיות במדיניות בריאות, חשוב לשלב בלימודים לתואר ראשון בסיעוד קורס במדיניות בריאות, וכך לספק לסטודנטים ידע בסיסי הנדרש למעורבות בקביעת

מדיניות. רוב הסטודנטים שהשתתפו בקורס גילו ערנות לסוגיות הקשורות למדיניות בריאות, אולם למעשה רק אחוז קטן בלבד השתתף בפעולות לקידום סוגיות אלו ולשיפורן. לפיכך, חשוב לשלב בתוכניות הלימודים לסייעוד גם התנסות מעשית בתחום זה. שורט (Short, 2008) הציעה כמה אסטרטגיות להגברת המעורבות הפוליטית של אחיות: מתן מלגות וקידום ההתמחות בפיתוח מדיניות בריאות, פיתוח יחסים סינרגיים לזיהוי בעיות במדיניות בריאות ולטיפולן, פיתוח כלים להשפעה על קובעי מדיניות ושימוש בהם, מינוי אנשי מקצוע למשרות הקובעות מדיניות, אימון מנהיגים בסייעוד על ידי מומחי מדיניות אקדמיים, רכישת מיומנויות כתיבה והצגת עמדות וניירות עמדה בוועדות עם קובעי מדיניות, מימון אחיות והענקת תמיכה בהן לביצוע מחקרים ברמה מדינית ופרויקטים בסייעוד היכולים לתרום לתועלת מדינית, מתן "בונוס" לקידום אחיות שעוסקות בפעילות משותפת של אנשי אקדמיה עם נותני שירות סיעוד, ועריכת מחקר על תפקידן ועל חלקן של אחיות בקביעת מדיניות בריאות.

צוות המרצים בחוג לסייעוד ב-Leeds Metropolitan University מחויב ללמד גם על תחום מדיניות הבריאות בתוכנית הלימודים בכל הרמות האקדמיות ולהבטיח לעדכן באופן קבוע ושוטף חוקים, מסמכים ויוזמות בתחום מדיניות הבריאות. גישה זו מסייעת לסטודנטים לחשוב על דרכים חדשות להתערב בקביעת מדיניות ולגשר בין פערים בחיים האקדמיים, בפוליטיקה ובפרקטיקה. הלימודים כוללים מפגשים בין סטודנטים מחוגים שונים עם אנשים בעלי ניסיון בתחום קביעת מדיניות. מפגשים אלו נועדו לאתגר את הסטודנטים ליצור רעיונות חדשים, והסטודנטים שלמדו בתוכנית ציינו שאכן המפגשים תרמו להתפתחות הערכה רחבה יותר של מקצוע הסיעוד וסביבת העבודה שלהם (Fatchett, Clark, & Taylor, 2014).

מעורבות האחיות בקביעת מדיניות בריאות בישראל

אחיות יכולות להיות מעורבות בקביעת מדיניות בריאות בכל שלבי קבלת ההחלטות - השתתפות בוועדות ובדיונים על מדיניות בריאות בכנסת, הבעת דעה מקצועית במנהל הסיעוד והקמת פרויקטים לצמצום פערים ואי-שוויון בנגישות לבריאות. לדוגמה:

1. הגברת מודעות לביצוע חיסונים: חישובים כלכליים הראו שמתן חיסונים לאוכלוסייה בכלל ולקבוצות סיכון בפרט הוא משתלם מבחינה כלכלית, כיוון שכך מצטמצמות עלויות הטיפול במחלות ונמנע סבל מיותר מהחולים.
2. הדרכת מטופלים בזמן שחרורם מבתי החולים: ממצאי מחקרים הצביעו על קשר בין הדרכת מטופלים ובין תוצאות של טיפולים, למשל היענות לטיפול, העלאת רמת

איכות החיים ושימוש בשירותי אשפוז. למרות זאת, הספרות מדווחת על ליקויים ניכרים ברמת הידע של מטופלים המשתחררים מבית החולים על הטיפול התרופתי שקיבלו - רק 25% מהחולים שהשתחררו מאשפוז ידעו על סיבת הטיפול התרופתי שקיבלו ועל דרכי ההתנהגות הנחוצות בעקבות קבלת טיפול זה (Patel & Zed, 2002; Stewart & Horowitz, 2002).

3. הגברת המודעות להפחתת תאונות בית ותאונות של הולכי רגל באוכלוסייה הערבית, ולשימוש בשירותי עזרה ראשונה במרפאות בקהילה ובשירותי האשפוז. במחקר נמצא שאחוז גבוה יותר של ילדים ערבים (15%) בהשוואה לילדים יהודים (9%) סבלו מפגיעות חמורות יותר, ושתמותת ילדים מהפגעות בלתי מכוונת (תאונות בית ותאונות דרכים) הייתה גבוהה יותר אצל ילדים ערבים (8%) בהשוואה לילדים יהודים (1.8%). בנוסף, משפחות מהמגזר הערבי פונות פחות למחלקות המיון בבתי החולים (37%) לעומת משפחות מהמגזר היהודי (61%), אפילו כאשר מדובר בפגיעה חמורה (Gofin, Avitzour, Haklai, Jellin, 2002).
4. מעורבות האחיות בישראל חיונית למאבק על קבלת סטטוס של אחות מומחית קלינית, בדומה למידת המעורבות של אחיות במדינות כגון ארצות הברית ואנגליה. מסקירת מצבן של אחיות במדינות אלו עולה שאחיות מומחיות קליניות הגדילו את הגישה לשירותי בריאות, במיוחד בפריפריה ולמעוטי יכולת (Kowal, 1998).
5. שיפור מצב אי-השוויון בבריאות: מידת שביעות הרצון של אלו שטופלו על ידי אחות מומחית קלינית הייתה גבוהה יותר מזו של אלו שטופלו על ידי רופאים (Sellards & Mills, 1995). גם מדדי איכות הטיפול שדירגו מטופלים מאותו סוג היו זהים אצל אחיות מומחיות קליניות ואצל רופאים (McKenna, 1998). בנוסף, בקהילה שבה ניתנים שירותי בריאות משותפים על ידי אחות מומחית קלינית נמצאו שיעורי תמותה נמוכים יותר, וכן תקופות אשפוז קצרות יותר (Kerekes, Jenkins, & Torrisi, 1996). כמו כן, העלות הכוללת של מימון אחות מומחית קלינית לאפיזודה טיפולית קטנה ב-20% מעלות המימון של רופא באותה אפיזודה (Schaffner, Ludwig-Beymer, & Wiggins, 1995).

וודורד ואחרים (Woodward, Smart, & Benavides-Vaello, 2016) סקרו את הספרות שפורסמה בעשרים השנים האחרונות על מעורבות אחיות בקביעת מדיניות בריאות, והסיקו שעל מעורבות זו משפיעים שלושה גורמים עיקריים: שילוב קורסים ייחודיים בתוכניות ללימודי סיעוד; רצון ועניין אישי לרכוש ידע על תהליכי קביעת מדיניות; וייחוס חשיבות

להשפעה קולקטיבית על תהליכי שינוי חברתי. החוקרים גם הדגישו שכדי להגביר את מידת מעורבות האחיות בקביעת מדיניות בריאות יש להוסיף ללימודי הסיעוד קורסים בתחום שישלבו חוויית למידה פעילה, למשל זיהוי בעיות בתחום בריאות הציבור ואומדןן, יצירת קשר עם בעלי העניין בתחום והצעת צעדים לשיפור המצב.

במחקר אחר נטען שבלימודי הסיעוד כיום מוגבלת מאוד ההכשרה שניתנת להשפעה על מדיניות בריאות ושיש לפתחה ולהגבירה, ושכין השאר נדרשים מרצים לשמש בפעילותם דוגמאות לחיקוי לסטודנטים (Pauly, MacKinnon, & Varcoe, 2009). כך יוכלו בתי הספר לסיעוד למלא תפקיד משמעותי בעידוד בוגריהם להשתתף בתהליכי קביעת מדיניות. קונביקטיקול ואחרים (Kunaviktikul et al., 2010) המליצו למוסדות החינוך להציע קורסים בפיתוח מדיניות בריאות לתלמידי סיעוד לתואר ראשון ולתואר שני, וכן לפתח תוכניות הכשרה מיוחדות לאחיות לרכישת מיומנויות מנהיגות ולמעורבות בפיתוח מדיניות בריאות. ג'ומה ואחרים (Juma, Edwards, & Spitzer, 2014) הדגישו את הצורך להעצים אחיות באמצעות הכשרה מתאימה כדי לאפשר להן להבין טוב יותר תהליכים בתחום הבריאות, לרכוש מיומנויות של השפעה פוליטית ולהשתתף בקביעת מדיניות. הם גם טענו שלימודי סיעוד יכולים לספק לאחיות לעתיד את הכישורים הנדרשים להן לשיתוף פעולה עם קהילות, להבנת מערכות כוח מורכבות ולהשפעה עליהן, וכך לשנות ולשפר את מערכות הבריאות. במחקר על תפקיד האחיות בקהילה הציעו קלרק ואחרים (Clark, Miller, Leuning, & Baumgartner, 2017) לשלב בכל רמות לימודי הסיעוד קורסים שיכשירו את האחיות להשפיע על מדיניות בריאות כך שיוכלו למפות את יחסי הכוח בתחום וליצור סדר עדיפויות שיוביל לשינוי תהליכי קבלת ההחלטות במערכות בריאות.

אלנבקר ואחרים (Ellenbecker et al., 2017) הציעו להגביר את מעורבות האחיות בקביעת מדיניות בריאות על ידי פיתוח גישה מדורגת לחינוך על מדיניות בריאות בשילוב תכנים המותאמים לכל תפקידי האחיות ולרמות השכלה שונות (תואר ראשון, תואר שני ודוקטורט בסיעוד). לפי התוכנית המוצעת, בתואר הראשון האחיות צריכות לרכוש 12 כישורים הנצרכים לקביעת מדיניות בריאות, למשל רכישת ידע בסיסי בביטוחי בריאות, במימון ובאסדרה (רגולציה) של מערכות בריאות, ובמגמות גלובליות של מדיניות בריאות; בתואר השני עליהן לרכוש חמישה כישורים בתחום זה, למשל השתתפות בפיתוח וביישום של מדיניות בריאות ברמה מקומית, ארצית ופדרלית; ובלמודי הדוקטורט עליהן לרכוש שבעה כישורים נוספים, למשל ניתוח ביקורתי של הצעה לגיבוש מדיניות בריאות מנקודת מבטם של מטופלים, של אחיות ושל אנשי טיפולי בריאות אחרים. החוקרים הוסיפו שצוות ההוראה בלימודי הסיעוד חייב לשמש מודל לחיקוי למעורבות בקביעת מדיניות בריאות.

ממצאי המחקר של סטאבלר ואחרים (Staebler et al., 2017) על 514 נבדקים בארצות הברית הראו שלאחר יישום תוכנית הוראה בתחום מדיניות בריאות בכל הרמות של לימודי הסיעוד דיווחו 36% מהנשאלים על ניסיון בפיתוח וביישום של מדיניות בריאות, החל בתחומים מקומיים וכלה בתחומים בין-לאומיים; 21% מהם דיווחו על מעורבות פעילה בפיתוח מדיניות הבריאות הנוכחית ובהתפתחותה ברמה הפדרלית; 70% מהם השפיעו על מדיניות בריאות כחברים בארגונים מקצועיים; ו-44% דיווחו שהשפיעו על מדיניות בריאות באמצעות הסנגוריה החקיקתית. בשנת 2016 פרסם AACN דו"ח שבו חשף את הבעיות - לצד ההזדמנויות - העומדות בפניו בתי ספר לסיעוד השואפים לקדם שינויים בתחום הבריאות ובטיפול מודלים לחדשנות בתחום זה. בדו"ח הובאו שש המלצות עיקריות, ובהן הגברת רמת המעורבות של האחיות בקביעת מדיניות בריאות, עידודן ליטול על עצמן את ייצוג המטופלים בפני המערכת, ודרבונן להוביל שינויים בפיתוח מדיניות בריאות למען קידום בריאותה של האוכלוסייה.

חסקנות

יש קונצנזוס בנוגע לצורך של אחיות להיות מעורבות בקביעת מדיניות בריאות. הספרות רואה חשיבות בתפקיד האחיות: הן נמצאות בעמדה ייחודית להשפיע על קביעה ועל יישום של מדיניות בריאות, וכך מקצוע הסיעוד יוכל להשפיע על בריאותה של האוכלוסייה הכללית. מן המאמר הנוכחי עולה כי האחיות במדינת ישראל ובארצות הברית אינן מעורבות מספיק בקביעת מדיניות בריאות בהשוואה לכוח ולפוטנציאל שלהן בתחום. אף שלפי סקירת הספרות שהתפרסמה בעשור האחרון חלה עלייה ברמת מודעות האחיות לחשיבות מעורבותן בקביעת מדיניות בריאות, בדרך כלל עדיין נקבעת המדיניות ללא השפעתן של האחיות.

ניתוח המצב הקיים והכנת תוכניות להסרת המחסומים שקיימים כיום ושמונעים את מעורבות האחיות בקביעת מדיניות בריאות, אכן ישפרו את המצב. להגדלת המעורבות הפוליטית של אחיות חשוב לפתח תוכניות לימוד ברמות ההשכלה השונות בתוכניות ללימודי סיעוד. באמצעות חינוך ולמידה יפתחו חלק מהאחיות תכונות של מנהיגות שישפיעו על מדיניות הבריאות של כלל האוכלוסייה.

שריף (Shariff, 2015) מצאה במחקרה שהתכונות שיש לפתח אצל אחיות מנהיגות כדי שיוכלו להשפיע ולרצות לשנות מדיניות בריאות, כוללות פיתוח רצון להשפיע, מיומנויות תקשורת יעילה, יצירת מערכות יחסים, הרגשת העצמה אישית והפגנת אמינות מקצועית. פעילות האחיות ומעורבותן בפיתוח מדיניות בריאות מבטיחות ששירותי הבריאות יהיו יותר

בטוחים, יעילים, זמינים וזולים לכלל המטופלים, וממילא גם מערכת הבריאות כולה תהיה טובה יותר.

מצד מגבלות המחקר, אין בו התייחסות לחסמים של מעורבות בקביעת מדיניות בריאות הקשורים למקום עבודתן של האחיות, ולא להתנהלותן של האחיות מול קובעי מדיניות במערכות בריאות. גם מילות החיפוש שנבחרו לצורך המחקר מייצגות מושגים רחבים הכוללים תתי־נושאים מגוונים, אך לא חיפשנו תתי־נושאים ספציפיים, כגון תכנון וביצוע של רפורמות במערכות בריאות.

חזקורות

AACN – American Association of Colleges of Nursing (2008). *The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice*. Washington, DC: AACN. Retrieved from www.bc.edu/content/dam/files/schools/son/pdf2/BaccEssentials08.pdf

AACN – American Association of Colleges of Nursing (2016). *Advancing healthcare transformation: A new era for academic nursing*. Washington, DC: AACN. Retrieved from www.aacnnursing.org/portals/42/publications/aacn-new-era-report.pdf

Abood, S. (2007). Influencing health care in the legislative arena. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(1), Article 2.

AbuAlRub, R. F., & Foudeh, F. N. (2017). Jordanian nurses' involvement in health policy: Perceived benefits and barriers. *International Nursing Review*, 64(1), 13–21.

ANA – American Nurses Association (2010). *Nursing's social policy statement: The essence of the profession*. Silver Spring, MD: ANA.

ANA – American Nurses Association (2015). *Code of ethics for nurses with interpretive statements*. Silver Spring, MD: ANA. Retrieved from www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/ethics/code-of-ethics-for-nurses/

- Antrobus, S., Masterson, A., & Bailey, J. (2004). Scaling the political ladder. *Nursing Management, 11*(7), 23–28.
- Arabi, A., Rafii, F., Cheraghi, M. A., & Ghiyasvandian, S. (2014). Nurses' policy influence: A concept analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 19*(3), 315–322.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191–215.
- Barrett-Sheridan, S. E. (2009). *A quantitative correlational study of political behavior and attitudes of nurses toward macro-social patient advocacy*. Doctoral dissertation, University of Phoenix, AZ.
- Boswell, C., Cannon, S., & Miller, J. (2005). Nurses' political involvement: Responsibility versus privilege. *Journal of Professional Nursing, 21*(1), 5–8.
- Bregar, B., & Savic, B. (2013). Importance of nursing employees' participation in health care policy development. *Obzornik Zdravstvene Nege, 47*, 18–27.
- Buerhaus, P. L., Ulrich, B., Donelan, K., & DesRoches, C. (2008). Registered nurses' perspectives on health care and the 2008 presidential election. *Nursing Economics, 26*(4), 227–257.
- Burness, A., Casey, K., & Mahoney, K. (2012). *Connect policymaker outreach e-training series: Leveraging the media to gain policymaker support*. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation.
- Byrd, M., Costello, J., Gremel, K., Schwager, J., Blanchette, L. & Malloy, T. (2012). Political astuteness of baccalaureate nursing students following an active learning experience in health policy. *Public Health Nursing, 29*(9), 433–443.
- Carnegie, E., & Kiger, A. (2009). Being and doing politics: An outdated model or 21st century reality? *Journal of Advanced Nursing, 65*(9), 1976–1984.
- Catalo, C., Spalding, K., & Haghiri-Vijeh, R. (2014). Nursing professional organizations: What are they doing to engage nurses in health policy? *SAGE Open, 4*(4). doi:10.1177/2158244014560534

- Clark, K. M., Miller, J. P., Leuning, C., & Baumgartner, K. (2017). The citizen nurse: An educational innovation for change. *Journal of Nursing Education, 56*(4), 247–250.
- Des Jardin, K. E. (2001). Political involvement in nursing: Education and empowerment. *AORN Journal, 74*(4), 467–475.
- Dye, T. R. (2001). *Top down policymaking*. Washington, DC: CQ Press.
- Ellenbecker, C. H., Fawcett, J., Jones, E. J., Mahoney, D., Rowlands, B., & Waddell, A. (2017). A staged approach to educating nurses in health policy. *Policy, Politics, and Nursing Practice, 18*(1), 44–56.
- Fatchett, A., Clark, L., & Taylor, D. (2014). Putting healthcare policy into practice. *Journal of Community Nursing, 28*(1), 76–78.
- Fyffe, T. (2009). Nursing shaping and influencing health and social care policy. *Journal of Nursing Management, 17*(6), 698–706.
- Gebbie, K., Wakefield, M., & Kerfoot, K. (2000). Nursing and health policy. *Journal of Nursing Scholarship, 32*(3), 307–315.
- Gofin, R., Avitzour, M., Haklai, Z., & Jellin, N. (2002). Injury inequalities: Morbidity and mortality of 0–17 year olds in Israel. *International Journal of Epidemiology, 31*(3), 593–599.
- Grace, P. (2018). Enhancing nurse moral agency: The leadership promise of Doctor of Nursing Practice preparation. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, 23*(1), Article 4.
- Hall-Long, B. (2009). Nursing and public policy: A tool for excellence in education, practice and research. *Nurse Outlook, 57*(2), 78–83.
- Harrington, C., Crider, M. C., Benner, P. E., & Malone, R. E. (2005). Advanced nursing training in health policy: Designing and implementing a new program. *Policy, Politics and Nursing Practice, 6*(2), 99–108.
- Hewison, A. (2007). Policy analysis: A framework for nurse managers. *Journal of Nursing Management, 15*(7), 693–699.

- Humm, M. (1995). *The dictionary of feminist theory* (2nd ed.). Columbus: The Ohio State University Press.
- Institute of Medicine (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, DC: The National Academies Press. Retrieved from www.nap.edu/catalog/12956/the-future-of-nursing-leading-change-advancing-health
- Juma, P. A., Edwards, N., & Spitzer, D. (2014). Kenyan nurses involvement in national policy development processes. *Nursing Research and Practice*, *14*, 27–47.
- Kerekes, J. J., Jenkins, M. I., & Torrisi, D. (1996). Nurse-managed primary care. *Nursing Management*, *27*(2), 44–47.
- Kostas-Polston, E., Thanavaro, J., Arvidson, C., & Taub, L. (2015). Advanced practice nursing: Shaping health through policy. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, *27*(1), 11–20.
- Kowal, N. (1998). Specialty practice entrepreneur: The advanced practice nurse. *Nursing Economics*, *16*(5), 227–228.
- Kowalik, S., & Yoder, L. (2010). A concept analysis of decisional involvement. *Nursing Administration Quarterly Journal*, *34*(3), 259–267.
- Kunaviktikul, W., Nantsupawat, R., Sngounsiritham, U., Akkadechanunt, T., Chitpakdee, B., Wichaikhum, O. A., & Abhicharttibutra, K. (2010). Knowledge and involvement of nurses regarding health policy development in Thailand. *Nursing and Health Sciences*, *12*(2), 221–227.
- Longest, B. B. (2004). An international constant: The crucial role of policy competence in the effective strategic management of health service organizations. *Health Services Management Research*, *17*(2), 71–78.
- McKenna, H. (1998). The “professional cleansing” of nurses: The systematic downgrading of nurses damages patient care. *British Medical Journal*, *317*(7170), 1403–1404.

- Mueller, D. (2014). Political astuteness: Advocacy, efficacy and education. *2nd Annual Worldwide Nursing Conference (WNC 2014)*, 70–74. doi:10.5176/2315-4330_WNC14.31
- Paquin, S. O. (2011). Social justice advocacy in nursing: What is it? How do we get there? *Creative Nursing*, 17(2), 63–67.
- Patel, P., & Zed, P. J. (2002). Drug-related visits to the emergency department: How big is the problem? *Pharmacology*, 22(7), 915–923.
- Pauly, B. M., MacKinnon, K., & Varcoe, C. (2009). Revisiting “who gets care?” Health equity as an arena for nursing action. *Advances in Nursing Science*, 32(2), 118–127.
- Primomo, J. (2007). Changes in political astuteness after a health systems and policy course. *Nurse Educator*, 32(6), 260–264.
- Rains, J., & Barton-Kriese, P. (2001). Developing political competence: A comparative study across disciplines. *Public Health Nursing*, 18(4), 219–224.
- Richter, M., Mill, J., Muller, C., Kahwa, E., Etowa, J., Dawkins, P., & Hepburn, C. (2012). Nurses’ engagement in AIDS policy development. *International Nursing Review*, 60(1), 52–58.
- Salvador, D. (2010). *Registered nurses perception and practices related to health policy*. Doctoral dissertation, The University of Toledo, OH.
- Schaffner, J., Ludwig-Beymer, P., & Wiggins, J. (1995). Utilization of advanced practice nurses in healthcare systems and multispecialty group practice. *Journal of Nursing Administration*, 25(12), 37–43.
- Sellards, S., & Mills, M. (1995). Administrative issues for use of nurse practitioners. *Journal of Nursing Administration*, 25(5), 64–70.
- Shariff, N. J. (2015). A Delphi survey of leadership attributes necessary for national nurse leaders’ participation in health policy development: An East African perspective. *BMC Nursing*, 14(13), 1–8.

- Short, N. (2008). Influencing health policy: Strategies for nursing education to partner with nursing practice. *Journal of Professional Nursing, 24*(5), 264–269.
- Small, E. B. (1989). *Factors associated with political participation of nurses*. Doctoral dissertation, North Carolina State University, Raleigh, NC.
- Staebler, S., Campbell, J., Cornelius, P., Fallin-Bennett, A., Fry-Bowers, E., Kung, Y. M., LaFevers, D., & Miller, J. (2017). Policy and political advocacy: Comparison study of nursing faculty to determine current practices, perceptions, and barriers to teaching health policy. *Journal of Professional Nursing, 33*(5), 350–355.
- Stewart, S., & Horowitz, J. D. (2002). Detecting early clinical deterioration in chronic heart failure patients post-acute hospitalization: A critical component of multidisciplinary, home-based intervention? *European Journal of Heart Fail, 4*(3), 345–351.
- Vandenhouten, C., Malakar, C., Kubsch, S., Block, D., & Gallagher-Lepak, S. (2011). Political participation of registered nurses. *Policy, Politics and Nursing Practice, 12*(3), 159–167.
- Wachs, J. E., & Ennen, K. A. (2001). Shaping the future of practice through political activity: How nurses can influence health care policy. *AAOHN Journal, 49*(12), 557–569.
- Waddell, A., Audette, K., DeLong, A., & Brostoff, M. (2016). A hospital-based interdisciplinary model for increasing nurses' engagement in legislative advocacy. *Policy, Politics, and Nursing Practice, 17*(1), 15–23.
- Wenk, E., Mattison, A., & Sedgwick, M. (2013). *Connect e-Training series 2013: Outreach 2.0 – Engaging policymakers via social media*. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation.
- West, E., & Scott, C. (2000). Nursing in the public sphere: Breaching the boundary between research and policy. *Journal of Advanced Nursing, 32*(4), 817–824.

- WHO – World Health Organization (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/
- Woodward, B., Smart, D., & Benavides-Vaello, S. (2016). Modifiable factors that support political participation by nurses. *Journal of Professional Nursing, 32*(1), 54–61.

על המחברים

ד"ר **אלינור גנדלמן** (PhD, RN) היא בעלת תואר דוקטור מן המחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת אריאל בשומרון, ומנהלת בית הספר האקדמי לסיעוד "דינה" במרכז הרפואי רבין.

פרופ' **דניאל מורן** הוא פרופ' מן המניין במחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת אריאל בשומרון, וראש המסלול לקידום בריאות ומסלול המצטיינים במחלקה. בין תחומי התמחותו: קידום בריאות - מהלכה למעשה, פיזיולוגיה סביבתית ופיזיולוגיה של מאמץ.