

# שיטות למניעת שחיקה ויישומן בקורס למתמחים במחלקה לרפואת המשפחה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב

תקציר:

רות קנאי  
איה בידרמן

המחלקה לרפואת משפחה ומרכז סיאל למחקר ברפואת משפחה ורפואה ראשונית, החטיבה לבריאות בקהילה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, באר שבע

שחיקה מקצועית של רופאים היא תופעה שכיחה המגיעה לשיאה בתקופת ההתמחות. השחיקה פוגעת בבריאות הרופא ובאיכות החיים שלו, וכן קשורה בפגיעה במטופלים ובעלייה בהארעות שגיאות רפואיות. לאחרונה ערך משרד הבריאות סקר שחיקה של עובדי מקצועות הבריאות והראה את ממדי התופעה, תוך קריאה לארגוני הבריאות לפתח ולקדם אמצעים להפחיתה או למנעה.

במסגרת ההתמחות ברפואת משפחה מתקיים קורס שבועי, ארבע-שנתי, שבו נלמדים נושאים שונים החיוניים למקצוע. במחלקה לרפואת המשפחה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב, הקמנו החל בשנת 2016 בתוכנית למניעת שחיקה. מטרת התוכנית הייתה לחשוף את המתמחים לשיטות שונות למניעת שחיקה, ובאופן זה ליצור "ארגז כלים" שממנו יוכלו לבחור את מה שיתאים להם, הן במהלך ההתמחות והן בעתיד.

נבחרו ארבעה "מיני-קורסים" ששולבו בתוכנית הקורס למתמחים ברפואת משפחה: "האדם שברופא", "משמעות ברפואה", רפואה נרטיבית וכתובה רפלקטיבית, קשיבות (מינדפולנס), מדיטציה וטכניקות הרפיה. בנוסף, המשיכו להתקיים קבוצות "בלינט" במהלך שנה ג' וד' של ההתמחות.

מוסדות וארגוני בריאות מחויבים, כחלק מההתערבויות לשיפור איכות רפואית ובטיחות המטופל, לאתר ולנטר את שחיקת הרופאים, ולהציע שינויים בסביבת העבודה והתערבויות למניעת שחיקה, ולפיתוח חוסנם ובריאותם של המטופלים. שביעות הרצון של המתמחים מהתוכנית למניעת שחיקה היא גבוהה, אך קשה להעריך את השפעות הקורסים הללו לטווח רחוק. יש צורך בהגברת ההתערבויות ובבניית תכנית מחקר ומעקב, לשם הערכה של תוצאים לטווח הקרוב והרחוק של התנסויות אלו על תחושת הבריאות של הרופא ועל בטיחות המטופלים.

מילות מפתח: מניעת שחיקה; רפואת משפחה; חינוך רפואי; קשיבות (Mindfulness); כתיבה רפלקטיבית.  
KEY WORDS: Burnout prevention; Family medicine; Medical education; Mindfulness; Reflective writing

## הקדמה

התופעה של שחיקה מקצועית תוארה במגוון מקצועות, ומתאפיינת בתשישות רגשית, בדה-פרסונליזציה ובתחושה נמוכה של ערך עצמי [1]. לשחיקה מקצועית בין רופאים יש משמעויות והשלכות ייחודיות: התופעה שכיחה מאוד – עד 60% מהרופאים סובלים מתסמיני שחיקה מקצועית, והיא מגיעה לשיאה בתקופת ההתמחות. השחיקה פוגעת בבריאות הרופא ובאיכות החיים שלו: רופא שחוק חווה תשישות רגשית ופיזית, עייפות וחוסר אנרגיה, קשיים קוגניטיביים וקשיי ריכוז. כל אלו עלולים להשפיע על קבלת החלטות מושכלת הנדרשת מרופא, ואין זה מפתיע כי נמצא ששחיקה של רופאים קשורה גם לפגיעה במטופלים ולירידה בפרודוקטיביות [2], בשביעות רצון המטופל ובהיצמדות לטיפול, לעלייה בהארעות שגיאות רפואיות ולירידה באמפתיה [3,4].

בתקופת ההתמחות נמצא, כי השחיקה גבוהה ביותר ותחושת הבריאות נמוכה ביותר על פי מדדים של פעילות

גופנית, שינה, שימוש בחומרים ממכרים והרגשה כללית של בריאות [1,3,5]. במחקר שנערך בקרב רופאי משפחה בהולנד נמצא, כי הגורמים בעלי השפעה על תחושת היעדר הסיפוק והמתח, נחלקים לשלוש קטגוריות מרכזיות: אישיים, מקצועיים וארגוניים. שינוי התפיסה החברתית לגבי יחסי רופא-חולה הוא גורם נוסף רלוונטי לתסמונת המתח והלחץ, בשל פיתוח במעמד הרופאים מול החולים, וכן בשל חקיקה המרחיבה אחריות מקצועית על הרופאים ומעוררת חשש רב מתביעות משפטיות [6]. במחקר בקרב רופאי משפחה בארה"ב נמצא, כי בין הגורמים האישיים לשחיקה בעבודה נמצאו גיל צעיר, מתחת ל-35 שנים, מין (גברים יותר מנשים) ואופי ההכשרה. מעניין לציין כי הפרמטר בעל השפעה הרבה ביותר על תחושת חוסר הסיפוק בעבודה, נובע ממערכת היחסים בין הרופא והחולה, בגין הקושי לספק את הטיפול הטוב ביותר לחולים. נמצא קשר ישיר בין הרופאים שענו, כי אין בידם החופש לקבל החלטות קליניות באופן עצמאי, לבין מי שציין כי אין לו סיפוק מקצועי [7].

יותר של התוכן הרגשי של יחסי הרופא-המטופל וכך לשפר את הפוטנציאל הטיפולי שלהם [18]. נמצא, כי קבוצות בלינט מונעות שחיקה ומשפרות יחסי רופא-מטופל [19].

בסקר שערכנו בין המתמחים ברפואת משפחה בשנה השנייה והשלישית להתמחותם, הם העריכו את הקורסים למניעת שחיקה כחשובים מאוד. ניתנה למתמחים רשימת התנסויות, ביניהן: רפואה נרטיבית, כתיבה רפלקטיבית, יוגה, מדיטציה, דמיון מודרך או תרגול הרפיה, קבוצות בלינט, אמנויות ופעילות גופנית. הוחלט לשלב, החל משנת הלימודים 2016-2017, תכנית רב שנתית במהלך ארבע שנות ההתמחות. המדריכים בתכנית הם רופאי משפחה מומחים ועובדים סוציאליים המשויכים אקדמית למחלקה לרפואת משפחה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב. הוצעו מספר "מיני-קורסים" שישולבו בתוכנית ההתמחות של הקורס למתמחים.

### המטרות לכלל הקורסים ב"מניעת שחיקה" גובשו ונוסחו כך שהמתמחה:

- יידע לזהות תסמינים של שחיקה אצלו ואצל עמיתיו.
  - יכיר מגוון אפשרויות של תמיכה במקרה של קשיי התמודדות.
  - יכיר מספר שיטות להקלה על דחק ולמניעת שחיקה, ויתנסה בהן במהלך הקורס.
  - המתמחה יפתח ציפיות ריאליות לגבי תפקידו כרופא משפחה.
  - יוכל לחלוק את ההתנסויות שלו עם קבוצת עמיתים תומכת, באווירה מקבלת ולא שיפוטית.
- בשנת הלימודים 2016-2017 נבחרו מגוון התנסויות: רפואה נרטיבית, כתיבה רפלקטיבית, קשיבות והרפיה, "האדם שברופא" (לפי [20] Healer's Art™) ו"בלינט - גוף נפש", המשלב קבוצת בלינט עם התנסויות מתחומים שונים המוכרים כמפחיתים שחיקה.
- כמהלצה לקריאה לכל משתתפי הקורסים נבחר הספר: "משיב הרוח - יצירתיות, התלהבות ומניעת שחיקה במקצועות הרפואה" של סטנלי רבין וחב' [21].

## תיאור הקורסים למניעת שחיקה

### 1. "האדם שברופא" - על פי Healer's Art™:

קורס חובה למתמחים בשנה א'. על פי הקורס Healers' Art של ד"ר רחל נעמי רמן. זוהי תכנית לימודים מעצבת אישיות וזהות, במודל של גילוי וחקר. היא נערכת בחמישה מפגשים בקבוצות של 5-7 לומדים, יחד עם מדריך השותף להתנסות ללא הירארכיה. הלימוד הוא תהליכי בקבוצה תומכת ומקבלת ולא שיפוטית.

הקורס "האדם שברופא" מיועד ליצור אווירה של משמעות ומחויבות בקרב הלומדים. ההנחה הבסיסית היא שמתן משמעות לעבודתך כרופא, יוצרת מחויבות והתנהגות מקצועית מתבקשת, ובכך מונעת שחיקה.

**מבנה הקורס:** חמישה מפגשים בסמסטר ב' בשנה א' להתמחות. כל מפגש מורכב משיחת פתיחה או תרגיל פותח שלאחריו שיחה בקבוצות קטנות.

**הנושאים הנידונים בקורס הם:** גילוי וטיפוח ה"אני" של הרופא, אבל ואובדן, התפעלות, מסתורין ויראת כבוד ברפואה ו-טיפול ומחויבות כדרך חיים.

למרות מחקרים רבים המצביעים על קיומה של שחיקה מקצועית בקרב מתמחים, יש מעט עבודות מבוקרות על תכניות התערבות למניעת שחיקה וקידום בריאות בקרב מתמחים. עבודות קיימות עוסקות בעיקר בשיטת הקשיבות (mindfulness) [9,8] או בטכניקות קוגניטיביות-התנהגותיות להפחתת לחצים [10]. תכנית ההתמחות ברפואת המשפחה היא תכנית ארבע שנתית שבמהלכה כל המתמחים חייבים להשתתף בקורס שבועי של 7 שעות, שבו נלמדים נושאים שונים מתוך הסילבוס של ההתמחות ברפואת המשפחה [11]. בקורס לומדים היום 91 מתמחים, 29 (32%) מתוכם סיימו את לימודי הרפואה בארץ. ארבעים מתמחים (44%) משתייכים למגזר הערבי ו-22 (24%) מהמתמחים הם עולים חדשים, רובם מחבר העמים.

המגוון התרבותי של המתמחים והחינוך הרפואי השונה של כל אחד מהם מהווים הזדמנות להפריה הדדית ואימון בכישורים רב-תרבותיים, יחד עם אתגרים כמו פערים בידע, מיומנויות שפה ותקשורת ותפיסות שונות של יחסי רופא-מטופל.

במחקר שבוצע בקרב רופאי המשפחה בנגב נמצאה שכיחות גבוהה של תשישות חמלה ושחיקה מקצועית [12]. תשישות החמלה היא תגובת דחק, בעלת מרכיבים התנהגותיים מחשבתיים ורגשיים, כתגובה לידיעה או חשיפה לתוצאות אירועים טראומטיים שנחו על ידי אחרים משמעותיים, ולכן התופעה נקראת גם "טראומטיזציה משנית" [13].

לפי נתוני סקר השחיקה של משרד הבריאות [14], שנערך לאחרונה, ממוצע מדד השחיקה במערכת הבריאות בישראל עומד על 3.4 בסולם של 1-7. מגזר הרופאים הוא השחוק ביותר מבין מקצועות הבריאות (3.59). רמת השחיקה הגבוהה ביותר נמצאה בקרב רופאים מתמחים - ציון של 4.3. מבין עובדי קופות החולים, רמת השחיקה הגבוהה יותר נמצאה בקרב מי שעובדים במרפאות או מרכזים רפואיים, ומקרב עובדי בתי החולים השחיקה גבוהה ביותר במחלקה הפנימית ובמלר"ד. אלה המקומות העיקריים אליהם נחשף המתמחה ברפואת משפחה במהלך התמחותו.

הגורמים העיקריים הקשורים לשחיקה הם: עומס עבודה רב (59%), עומס מטלות אדמיניסטרטיביות (39%) וקושי לשלב בין העבודה לבית (33%). בין הגורמים שנמנו כגורמים המגנים בפני שחיקה נמנו: אווירת שיתוף ועזרה הדדית (69%), גיוון ועניין בעבודה (65%), תמיכה ארגונית (46%) וגם מחויבות הארגון לבריאות העובד (21%).

בפקולטות לרפואה ובתוכניות התמחות נבדקו התערבויות שונות למניעת שחיקה, ביניהן: קשיבות (mindfulness), כתיבה רפלקטיבית ותמיכת עמיתים [15], כמו גם השתתפות בקבוצות בלינט [16]. התערבויות אלו נמצאו מועילות למניעת שחיקה ולבניית חוסן מקצועי ותחושת בריאות של המטפלים [17].

## שיטות ההתערבות

במשך שנים רבות, עד שנת 2016, כללה תכנית הלימודים של המתמחים ברפואת המשפחה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב התנסות בקבוצות בלינט בשנה השלישית והרביעית להתמחות, שאחת ממטרותיה הייתה מניעת שחיקה. קבוצות בלינט הוקמו בלונדון בשנות החמישים של המאה העשרים על ידי הפסיכואנליטיקאים מייקל ויאני בלינט, כדי לסייע למשתתפים, עובדי מקצועות הבריאות, להגיע להבנה טובה

2. "משמעות ברפואה" – על פי finding Meaning in Medicine™ מיסודה של ד"ר רחל נעמי רמן [22]:

קורס המשך למתמחים בשנה ב', בסמסטר א' באותן קבוצות קטנות בהן נלמד הקורס "האדם שברופא" ועם אותם מנחים. מטרת הקורס היא לאפשר שיח על התנסויות וחוויות משמעותיות בתפקיד הלומד כרופא וכאדם וליצור קהילה של מתמחים המקשיבים זה לזה, מקבלים ותומכים זה בזה ומאפשרים צמיחה אישית ומקצועית.

בין הנושאים שנדונו בקורס "משמעות ברפואה" היו: סבל ואובדן אישי של המטפל ("המטפל הפצוע"), טעות, אשמה, אמפתיה, חמלה, תקווה, משפחה ועבודה, משברי חיים של הרופא, סדרי עדיפויות. אמונות ותפיסות עולם של הרופא מול החולה, רגישות תרבותית, סטיגמה וסטריאוטיפים, רגשות (שליליים או חיוביים) כלפי המטופל ועוד.

בקורס "האדם שברופא" וגם בקורס "משמעות ברפואה" יושמו עקרונות של הנחיית קבוצות, ביניהם: "הקשבה נדיבה" למתמחה החולק את סיפורו, שמירת סודיות ופרטיות, כבוד לשונות תרבותיות, דיבור בגוף ראשון והימנעות ממתן "עצות" או ביקורת. בזכות הקבוצות הקטנות והאינטימיות, חוזקו הקשרים האישיים בין המתמחים כקבוצת תמיכה ובכך גם קורס זה מאפשר צמיחה וגיבוש מקצועי ומניעת שחיקה.

3. רפואה נרטיבית וכתובה רפלקטיבית:

הגישה הנרטיבית עוסקת בשכלול יכולות הקריאה והכתיבה הלא טכנית של רופאים. מטרתה לפתח וליישם בחיים את דרישות ההתפתחות המקצועית (professionalism) ברפואה ולקדם התנהגות שכוללת אלטרואיזם, אחריות חברתית וערכים הומניסטיים של בניית יחסי אמון וכבוד למטופלים. גישה זו משלימה את הכתיבה האובייקטיבית של התיק הרפואי, במטרה לאפשר קשב, ייצוג וחיבור של המטפל אל עולמו של המטופל [23].

המתמחים בקורס הוזמנו לכתוב על התנסותם הקלינית, בשפתם ולהשמיע את מה שכתבו באוזניו של מתמחה אחר. הכתיבה, הקריאה וההאזנה מגלים היבטים של ההתנסות הקלינית שלא היו ברורים קודם לכן. האזנה לנרטיב של הזולת משכללת את הקשב ומחברת אל הרופא-העמית ואל עולמו. כתיבה כזאת מאפשרת דיאלוג "בגובה העיניים" בתוך קהילה הרפואית ובין הרופא לחולה, לבני משפחתו ולקהילה שבה הוא חי [23].

בקורס לכתובה רפלקטיבית המתמחים קראו בספרי "סיפורי רופאים" [24], שנכתבו על ידי רופאי משפחה. הם התנסו בכתיבת תגובות, מכתבים והרהורים אל הרופאים-המחברים. חלק מהמשתתפים כתבו בעצמם סיפורים על אירועים שקרו להם כרופאים והמנחים כתבו "הערות רפלקטיביות" על הסיפורים.

יחידה נוספת במיני-קורס הוקדשה לאתיקה נרטיבית, מתוך התפיסה שנרטיב מאפשר לנו לראות תכנים מוסריים של מצבים או בחירות מסוימות שנעשו [25]. התייחסו לסיפורים הכוללים דילמות אתיות קלאסיות שהביאו המתמחים מהקליניקה שלהם ובררנו כיצד ניתן לגשת אל אותן דילמות תוך כתיבת סיפור המקרה מתוך זוויות ראייה שונות: של החולה, של משפחתו, של הרופא, של מנהל הארגון וכדומה.

4. קשיבות (Mindfulness), מדיטציה וטכניקות של הרפיה: קשיבות (Mindfulness) מתוארת כ"הפניית תשומת הלב מתוך

כוונה, לרגע הנוכחי, בצורה לא שיפוטית ולא תגובתית". הקשיבות מציעה דרך של השתוות מתוך תשומת לב עם מה שקיים במציאות של הרגע הזה, תוך קבלה, סקרנות, הענקת משמעות, חמלה ונוכחות. בבאר

■ **שחיקה מקצועית של רופאים היא תופעה שכיחה המגיעה לשיאה בתקופת ההתמחות.**

■ **בתוכנית ההתמחות במחלקה לרפואת המשפחה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב, הוספנו בשנים האחרונות קורסים והתנסויות שנועדו להפחתת השחיקה בקרב המתמחים.**

■ **הקורסים "האדם שברופא", "משמעות ברפואה", רפואה נרטיבית וכתובה רפלקטיבית, קשיבות (מיינדפולנס) וקבוצות בלינס המשולבים בשנות ההתמחות, נועדו לאפשר שיח וליצור "ארגז כלים" של התנסויות למניעת שחיקה בקרב המתמחים ברפואת המשפחה.**

הרפיה, ועודד להמשיך להתנסות ולהשתכלל בטכניקות אלה מחוץ למסגרת קורס ההתמחות ברפואת המשפחה.

**דיון ומסקנות**

מוסדות וארגוני בריאות מחויבים, כחלק מההתערבויות לשיפור איכות רפואית ובטיחות המטופל, לאתר ולנטר את שחיקת הרופאים ולהציע שינויים בסביבת העבודה והתערבויות למניעת שחיקה ופיתוח חוסן ובריאות המטפל [28].

לנוכח הממדים המשמעותיים של שחיקה בקרב מתמחים בכלל ומתמחים ברפואת המשפחה בפרט, חשנו כי יש צורך בהקמת מערך של למידה והתנסויות למניעת שחיקה, קידום בריאות הרופא ופיתוח חוסן במסגרת ההתמחות ברפואת המשפחה.

עד שנת 2016, ההתנסות היחידה שכוונה, בין השאר, למניעת שחיקה הייתה, השתתפות בקבוצות בלינט. מתוך המשובים היה ברור כי יש מתמחים שאינם מפקימים תועלת מההשתתפות בקבוצה, בעיקר עקב פערי שפה ותרבות. ולכן הוצעו מספר שיטות אחרות למניעת שחיקה כדי לאפשר לכל מתמחה לבחור בהמשך בשיטה שמתאימה לצרכיו, לאמונותיו וליכולותיו.

חלק מהרעיונות נפסלו בגלל היעדר תנאים או מנחים מתאימים. התוכנית שהוצעה ומתקיימת כעת בקורס למתמחים ברפואת המשפחה בבן גוריון, היא רב-שנתית ומבוססת על "תפריט טעימות" של התנסויות שונות לאורך ארבע שנות ההכשרה.

יש קושי רב בהערכת תוצאי התערבויות למניעת שחיקה בכלל ובהקשר של הקורס למתמחים ברפואת משפחה באוניברסיטת בן גוריון בפרט. המתמחים חשופים לגורמים רבים המשפיעים על רמת השחיקה שלהם, הן גורמים בסביבת העבודה שלהם

קשה מאוד להעריך עד כמה תכנית הלימודים שלנו מסייעת בהפחתת ממדי שחיקה, שכן המתמחים ברפואת המשפחה עוברים ממסגרת למסגרת במהלך ההתמחות, לפי תכנית ההתמחות שלהם. לכל שלב בהתמחות קשיים אופייניים, התמודדות ומשברים אופייניים ותנאים שונים מבחינת: שעות עבודה, תורנויות לילה, לחץ ואחריות, סביבה ארגונית ועוד. כמו כן, אין לנו עדיין מעקב ארוך-טווח אחר הרופאים שהשתתפו בתכנית לגבי שחיקה מקצועית, תשישות החמלה וחוסן מקצועי. קשה, וכמעט בלתי אפשרי לבדד את מרכיבי ההתנסויות ולבדוק את השפעתם על יחסי רופא-מטופל, אמפתיה, מניעת שגיאות וטעויות רפואיות, דיכאון ומדדי בריאות (well being) של הרופא.

עם זאת, לנוכח הצורך שעולה מן השטח והקריאה של משרד הבריאות לאתר ולנטר את שחיקת הרופאים המתמחים, יש צורך במאמץ של המוסדות, ארגוני הרופאים והתוכנית האקדמית למנוע, או לפחות להפחית את השחיקה בקרב הרופאים. על המוסדות לתת את הדעת על שינויים ארגוניים בסביבת העבודה של הרופא, הגברת השליטה של רופא המשפחה על סדר היום שלו והחלטות הקליניות שלו. מצד החינוך הרפואי, יש להעניק למתמחה כלים לפיתוח חוסן, התמודדות עם קשיים ומשברים ומניעת שחיקה.

התוכנית למניעת שחיקה למתמחים ברפואת המשפחה באוניברסיטת בן גוריון הנגב היא ראשונית וחלוצית. יש צורך בהגברת ההתערבויות ובבניית תכנית מחקר ומעקב להערכה של תוצאים קרובים ורחוקים של ההתנסויות הללו על תחושת הבריאות של הרופא ועל בטיחות המטופלים. ●

שלמי תודה: תודה לכל המורים שלקחו חלק בהוראת הקורסים למתמחים ברפואת משפחה.

#### מחברת מכותבת: איה בידרמן

המחלקה לרפואת משפחה  
אוניברסיטת בן-גוריון בנגב  
ת.ד. 653, באר שבע 84105  
טלפון: 08-6477432  
פקס: 08-6477636  
דוא"ל: abid@bgu.ac.il

והן גורמים אישיים ומשפחתיים, ולכן קשה לבדד את השפעת הקורסים על רמת השחיקה שלהם.

#### המשובים המידיים לקורסים היו טובים. ההערכות היו בתשובה על מספר שאלות פתוחות. בין ההיגדים שנכתבו:

**שאלה:** במה את/ה חושב/ת שהקורס תרם לך? "התבוננות פנימה. היכרות יותר עמוקה עם עצמי והערכה לחיים, מודעות והכרת הטוב לכל האור בחיים שלי". "לעצור, לחשוב, להתבונן. לשותף ולשמוע אחרים עוברים תהליכים מקבילים". "אנחנו, ששמים את עצמנו בצד בדרך כלל, כדי לטפל באחרים... זו הזדמנות לשים אותנו במרכז ולפגוש את עצמנו כל אחד עם המורכבות שלו ואיך הוא מביא את זה לסביבת הטיפול שלו". היגדים אלו מבטאים את חשיבות המודעות העצמית של הרופא, שהיא אחד מהמניעים למניעת שחיקה.

**שאלה:** מה ניתן היה לשפר? צוינו בין השאר: "הייתי שמחה "לעבד" נושאים נוספים, כדי להיות מטפלת מצוינת לעצמי ולמטופלי". קשיים טכניים, מקום וזמן ובקשה למפגשי חיזוק ותרגול נוספים מדי פעם.

**שאלה:** מה תוכלי/י לומר על הקבוצה? "מאוד אהבתי את ההיכרות עם החברים לקבוצה. לא היו הזדמנויות דומות לזו בהתמחות". "פגשתי חברים מכילים, מקשיבים". "טוב שיש מקום כזה, אינטימי". "קבוצה מקסימה. מכילה. מקשיבה. לא שיפוטית. משתפת. רגישה". כאן מודגשת החשיבות של התמיכה הקבוצתית, יצירת רשת של חברים שאיתם אפשר להתייעץ, לתמוך זה בזה, שהיא עוד אמצעי חשוב למניעת שחיקה.

במאמר סקירה גדול שהתפרסם לאחרונה [29] נסקרו 533 מאמרים על אפקטיביות של תכניות התערבות שונות למניעת שחיקה בקרב אחיות. נמצאו 30 מאמרים ובהם התערבויות אישיות, קבוצתיות וארגוניות למניעת שחיקה. בין השיטות שנסקרו במאמרים היו: יוגה, פיקוח-השגחה (supervision), אסטרטגיות התמודדות קוגניטיביות, טכניקות רוחניות, הרפיה, מדיטציה וטכניקות העצמה פסיכולוגיות. רוב המחקרים התייחסו לאוכלוסייה שכבר הייתה שחוקה והתמקדו בטכניקות של שליטה בשחיקה והקטנתה. תוצאי ההתערבות נמדדו בדרך כלל בשאלוני שחיקה לפני ואחרי ההתערבות. משתנים כמו הבדלים במספר שעות עבודה, שינויים ארגוניים ודגימה קטנה משפיעים מאד על הערכת התערבויות למניעת שחיקה.

#### ביבליוגרפיה

- Rafferty JP, Lemkau JP, Purdy RR & al, Validity of the Maslach Burnout Inventory for family practice physicians. *J Clin Psychol*, 1986;42(3):488-92.
- Hull SK, DiLalla LF & Dorsey JK, Prevalence of health-related behaviors among physicians and medical trainees. *Acad Psychiatry*, 2008;32:31-38.
- Dewa CS, Loong D, Bonato S & al, How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res*, 2014;14:325.
- West CP, Tan AD, Habermann TM & al, Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA*, 2009;302:1294-1300.
- Lebensohn P, Dodds S, Benn R & al, Resident wellness behaviors: relationship to stress, depression, and burnout. *Fam Med*, 2013;45(8):541-549.
- Visser MR, Smets EM, Oort FJ & De Haes HC, Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical Specialists. *CMAJ*, 2003;168(3):271-275.
- DeVoe J, Fryer Jr GE, Hargraves JL & al, Does career dissatisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality patient care. *J Fam Pract*, 2002;51(3):223-228.
- Irving J, Dobkin P & Park J, Cultivating mindfulness in healthcare professionals: a review of empirical studies of mindfulness based stress reduction.

Complement Ther Clin Pract, 2009;15:61-66.

9. *Asuero A, Queralto J, Pujol-Ribera E & al*, Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: a pragmatic controlled trial. *J Contin Educ Health Prof*, 2014;34:4-12.

10. *West C, Dyrbye L, Rabatin J, et al*. Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*, 2014;174:527-533.

11. [https://www.ima.org.il/userfiles/image/cylabusFamilyMedicine2011Ver1\\_3.pdf](https://www.ima.org.il/userfiles/image/cylabusFamilyMedicine2011Ver1_3.pdf)

12. *El-Bar N, Levy A, Wald HS & Biderman A*, Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among family physicians in the Negev area - a cross-sectional study. *Isr J Health Policy Res*, 2013;15;2(1):31.

13. *Figley CR (Ed)*, Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York: Brunner/Mazel, 1995.

14. [https://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessages/Pages/18102018\\_1.aspx](https://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessages/Pages/18102018_1.aspx)

15. *Krasner MS, Epstein RM, Beckman H & al*, Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*, 2009;23;302(12):1284-1293.

16. *Rabin S, Maoz B, Shorer Y & Matalon A*, Balint groups as 'shared care' in the area of mental health in primary medicine. *Ment Health Fam Med*, 2009;6(3):139-143.

17. *Jensen PM, Trollope-Kumar K, Waters H & Everson J*, Building physician resilience. *Can Fam Physician*, 2008;54(5):722-729.

18. <https://www.balintinternational.com/>

19. *Shorer Y, Rabin S, Zlotnik M & al*, Balint groups as a means for burnout prevention and improvement of therapist-patient relationship in general hospital - the Soroka experience. *Harefuah*, 2016;155(2):115-118,130.

20. <http://www.rishiprograms.org/healers-art/>

21. סטנלי רבין, בנימין מעיה, יובל שורר, אנדרה מטלון. משיב הרוח - יצירתיות, התלהבות ומניעת שחיקה במקצועות הרפואה, הוצאת רמות, 2010

22. <http://www.rishiprograms.org/finding-meaning-discussion-groups/>

23. *Rita Charon*, Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness. New York, Oxford University Press, 2006.

24. סיפורי רופאים, הומניזם: ברפואת המשפחה. עורכים: אנדרה מטלון, עינת אברהמי. הוצאת רמות, אוניברסיטת תל-אביב

25. *Murray TH*, What do we mean by narrative ethics? *Med Human Rev*, 1997;11:44-57.

26. <http://www.nefeshb7.org.il/?CategoryID=210>

27. *Daya Z & Hearn JH*, Mindfulness interventions in medical education: A systematic review of their impact on medical student stress, depression, fatigue and burnout. *Medical teacher*, 2018; 2:146-153;40.

28. *Wallace JE, Lemaire JB & Ghali WA*, Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*, 2009; 14;374(9702):1714-1721.

29. *De Oliveira SM, de Alcantara Sousa LV, Vieira Gadelha MDS & al*, Prevention Actions of Burnout Syndrome in Nurses: An Integrating Literature Review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 2019;15:64-73.

כרוניקה

## שעות עבודה של מתמחים ובטיחות המטופל



העבודה היה שיעור התמותה של המטופלים 12.5% בשנת הניסוי לעומת 12.6% בשנה הקודמת. תוצאה זאת לא הייתה נחותה מזו שהתקבלה בתוכנית התקנית (משמרות של 16 שעות), שבה שיעורי התמותה היו 12.2% בשנת הניסוי לעומת 12.7% בשנה הקודמת. גם בממצאים השינויים לא נמצא הבדל בין הקבוצות, מבחינת אשפוז חוזר תוך שבעה ימים, מאפיינים של בטיחות המטופל ותביעות של מדיקייר - כל ההבדלים היו מתחת לנקודת אחוז אחת. יחד עם זאת, הקריטריונים לאשפוז חוזר תוך 30 ימים או לאשפוז מתמשך לא עמדו במבחן אי הנחיתות.

המחברים סוברים כי לפי ממצאיהם, מנהלי תכניות ההתמחות רשאים לנקוט גמישות מסוימת בשעות העבודה התקניות של הרופאים, לפחות מההיבט של בטיחות המטופל ותמותה תוך 30 יום.

איתן ישראלי

מוסדות הרפואה מתלבטים שנים רבות בשאלה האם משמרות עבודה ארוכות, בעיקר של מתמחים, משפיעות על תפקוד הרופאים, והאם עלולה להיות פגיעה בבטיחות המטופל.

**סילבר** וחב' (NEJM 2019;380:905) ערכו מחקר אקראי של אי-נחיתות (non-inferiority) בקרב 63 תכניות התמחות ברפואה פנימית, בשנים 2015-2016. הנכללים סווגו לפי שעות העבודה, מחציתם עבדו משמרות של 16 שעות, ומחציתם עבדו שעות גמישות, כולל מעל התקרה של 16 שעות, וללא חובת זמן מנוחה קצוב בין משמרות. התוצאה הראשונית של כל תכנית היה השינוי בתמותה בקרב המטופלים לאחר 30 יום מהאשפוז בשנת הניסוי לעומת השנה הקודמת, כפי שעלה מתביעות של ביטוח מדיקייר. החוקרים צפו, כי ההבדל בין הקבוצות לא יחרוג מנקודת אחוז אחת בלבד (אי נחיתות שולית). תוצאים שניוניים היו שינויים אחרים בחמישה מדדים הקשורים לבטיחות המטופל. הממצאים לא העלו הבדל משמעותי בין שתי הקבוצות מבחינת התוצאה הראשונית, תמותה תוך 30 יום - בקבוצה הגמישה בשעות