

פרק 3 – תסמונת השחיקה המקצועית אצל רופאים ואנשי מקצועות הבריאות

הרפואה היא מחלה הפוגעת ברופאים, כאמירתו של וינקלר (Winckler, 1988) בספרו *La maladie de Sachs*. חלקם, כך העריך, "ימותו" מוות מקצועי כתוצאה ממחלה זו, ומצולקים קלות ינטשו (את המקצוע) בזמן, יצילו את עצמם ויבראו. אחרים יתעלמו ממצבם החמור, וימשיכו בשגרה המקצועית ללא כל טיפול או הקלה. אחדים יתגברו, ירוויחו מה"מחלה" ואף יגדלו ויתפתחו תוך כדי עבודתם המקצועית. זהו, כמובן, ניסוח חריף יחסית, אך למעשה וינקלר מתייחס לשחיקה במקצוע הרפואה, ומזהה נכון את הסבל הפוטנציאלי הטמון בה. בתיאורו הוא מצביע על כך שיש בין הרופאים מי שיודעים להימנע או להיחלץ ממנה. אם נאמץ את המטפורה של וינקלר, ונתבונן על השחיקה כעל תסמונת או מחלה לכל דבר ועניין, עלינו להחיל עליה את המודל הרפואי המוכר:

- תיאור התסמינים
- שכיחות התסמונת (prevalence)
- אטיולוגיה
- התפתחות המחלה
- הערכה ובדיקות
- טיפול

תיאור התסמינים

תסמונת השחיקה המקצועית אצל רופאים היא שם כולל לקבוצה של תסמינים הקשורים לדחק (stress). אין זו מחלה פסיכיאטרית, ואין מדובר גם בדיכאון או בחרדה (אף שבתנאים מסוימים הדחק עלול להתפתח בהדרגה לדיכאון). התסמינים העיקריים הם עייפות פיזית, תשישות נפשית, ערפול חשיבתי (קוגניטיבי) והפרעה בריכוז ובזיכרון. הספרות הרפואית המתייחסת לשחיקה מתארת שלישייה של תסמינים המופיעים יחדיו: (א) תשישות רגשית ועייפות; (ב) התייחסות מכנית (כאל חפץ) אל האחר (המטופל); (ג) תחושת כישלון.

א. ביטוייה של התשישות הרגשית אצל הרופא הם עצבנות, כעס או אפתיות, נטייה לשכוח בקלות את בקשותיהם של המטופלים, קושי לבטא רגשות והגעה למצב של ריחוק וקור במגע עם המטופלים.

ב. הביטויים של התייחסות הרופא אל המטופל כאל חפץ מהווים את ליבת

התסמונת: המטפל מזהה את המטופל כ"מקרה", "תיק", "חדר", "מיטה" או "מחלה"; הוא עונה בקרירות ובציניות על שאלותיהם של המטופלים או בני משפחותיהם; תשובותיו הן "מדעיות" ומנוסחות בשפה מקצועית. עם הזמן הרופא מתייג את רוב המטופלים כ"נודניקים", ואם הוא משתמש בהומור, זהו הומור ציני או "שחור" על-פי-רוב. הוא אינו מזהה את הסבל האנושי של האדם הניצב מולו בשל מחלתו או נכותו, ואינו מתייחס אליו.

ג. תחושת הכישלון של הרופא מתבטאת בכך שהוא נעשה בלתי-יעיל בעבודתו, הנתפסת בעיניו כחסרת ערך. הוא חווה תחושות של חוסר מסוגלות, פקפוק לגבי עצמו וכישוריו, ובהמשך מתפתחת ירידה בערך העצמי שלו. יש גם רופאים שמרגישים אשמה על תחושות חוסר המסוגלות או רגשות הכעס שלהם.

התסמונת שתוארה כאן היא התמונה השלמה, אך אנשי-מקצוע יכולים להיות שחוקים ברמות שונות, ולענות על אמות-מידה אלה באופן חלקי בלבד.

שכיחות התסמונת (prevalence)

על-פי מחקרים שונים, 18%–82% מהמתמחים ברפואה סובלים משחיקה מקצועית. טווח תוצאות רחב זה נובע מהשוני במקום המחקר ובסוג ההתמחות (Prins et al., 2007). ככלל קיימת שחיקה פחותה אצל מתמחים ברפואת המשפחה ושחיקה רבה יותר אצל מתמחים בגינקולוגיה. מבין המתמחים ברפואת ילדים דיווחו 74% על שחיקה (Fahrenkopf et al., 2008), ומקרב המומחים ברפואה פנימית דיווחו בין 25% ל-60% על שחיקה (Shanafelt et al. 2002). רוב הממצאים במחקרים אלה נאספו באמצעות שאלונים אישיים שבדקו את שלוש ה"צלעות" של משולש השחיקה שנמנו לעיל.

במחקרים נוספים על שחיקה מקצועית נמצא כי שחיקה קשורה לטעויות רפואיות משמעותיות ולירידה באמפיתיה (West et al., 2006). מחקרים אחרים, שחזרו ומצאו קשר בין שחיקה לבין ביצוע טעויות רפואיות, הצביעו גם על קשר בין שחיקה לבין דיכאון (Fahrenkopf et al., 2008).

בישראל חקרו את הנושא פרץ לביא וחבריו מהטכניון (Tzischinsky, Zohar, Epstein, Chillag & Lavie, 2001), שמצאו כי שיא השחיקה אצל כלל המתמחים בבתי-החולים מופיע בסוף השנה הראשונה להתמחותם, ומלווה דחק נפשי, ריבוי תלונות פסיכוסומטיות והימנעות ממעורבות בעבודה. לעומתם, מתמחים ברפואת המשפחה הציגו רמות נמוכות של שחיקה. הסיבה לכך נעוצה כנראה בכך שהתמחותם כוללת התייחסות למתח ולמינומיות תקשורת (בהדרכה אישית עם עובדת סוציאלית), ובכך שמלכתחילה מתמחים אלה ניחנים באישיות בעלת מזג נוח יותר, שייתכן שגם השפיעה על בחירתם המקצועית (Michels, Probst, Godenick & Palesch, 2003). במחקר אחר

שנערך בישראל מצאו קושניר וחבריה (Kushnir, Levhar & Cohen, 2004) כי בניגוד לרמת השחיקה הנמוכה יחסית אצל מתמחים ברפואת המשפחה, אצל רופאי משפחה מומחים קיימת שחיקה בינונית עד גבוהה, הקשורה לתנאי הלחץ בעבודתם. כמו-כן נמצא כי תופעה זו הולכת ומחריפה בשנים האחרונות.

אטיולוגיה

בנייר-עמדה של ההסתדרות הרפואית הקנדית בנושא בריאות הרופא נמצאו שש סיבות לשחיקה אצל רופאים: עומס עבודה, חסך בשינה, ריבוי תפקידים מקבילים (הוראה, מחקר וטיפול), חשש מפני תביעות משפטיות (medico-legal), עלייה בדרישה של החברה לטיפול רפואי ותובענות של מטופלים (Puddester, 2001).

מחקר תצפיתי איכותני על שביעות-רצונם של רופאי משפחה בישראל ממקצועם מצא כי לצד ההנאות במקצוע דיווחו הרופאים גם על התמודדויות ספציפיות לרופאי משפחה שהוצגו כסיבות לשחיקה: עומס-יתר של חולים במרפאות, המיתרם להקצבת זמן קצר לכל חולה; אווירה של איום בתביעות משפטיות; לחץ של טלפונים ודרישה לזמינות מתמדת; בדידות; הגבלות תקציביות; עלייה בצריכת הטיפול הרפואי ובתובענות של המטופלים; מעבר מקשר "רופא-חולה" לקשר "ספק-שירותים-לקוח"; עלייה בדרישות ההנהלה מן הרופא לעמידה ביעדים ניהוליים, וגם חוסר פרגון.

הרופאים שבו והצביעו על כך שבזמן ההולך ומצטמצם של הפגישות עליהם להתמודד עם חולים קשים (ביניהם בעלי הפרעת אישיות גבולית, אישיות תובענית ובעיות בהיענות טיפולית), מחלות קשות (תמונות עם ריבוי תסמינים או עם תסמינים לא-מוכרים, או על רקע תרבותי שונה ובלתי-מוכר), ריבוי מחלות ועלייה בדיכאון (בשל בעיות זוגיות, התמכרויות, התמודדות עם מוות, נכות, כאב קשה או אלימות במשפחה).

התפתחות המחלה

ניתן לתאר שבעה שלבים בהתפתחותה של מחלת השחיקה:

- א. התלהבות אידיאליסטית
- ב. הזדהות-יתר עם החולים ועם סבלם
- ג. בזבוז זמן והשקעה לא-יעילה של אנרגייה נפשית בעבודה
- ד. תסכול, הימנעות ממעורבות רגשית, הימנעות מפגישה עם מטופלים
- ה. פיתוח נתק רגשי וחוסר מעורבות
- ו. השקעת זמן מינימלית, איחורים, היעדרויות, הארכת הפסקות

ז. התרכזות בעבודת המחקר והזנחת הטיפול בחולים

מורים ומדריכים מנוסים של רופאים ומטפלים בשלבי התמקצעות שונים נוכחים בהשפעת ההֶנְיָעה (מוטיווציה) ההתחלתית של הרופא על רמת השחיקה שאליה ייחשף בהמשך. רופאים רבים בוחרים במקצוע מתוך אידיאלים ורצון להפיג סבל, אך יש ביניהם כאלה המתאפיינים בהֶנְיָעות שונות במקצת, ההופכות אותם לחשופים יותר לשחיקה מקצועית. כך, במקרים שבהם בחירת המקצוע נעשתה ממניעים של שאיפה ליוקרה ולמיצב (סטטוס), יתברר לסטודנט או למתמחה עד-מהרה כי הדרך לתהילה ארוכה ורצופת מהמורות וגורמים מעכבים. מצב זה משרה על הרופא הצעיר בתחילת דרכו תחושת חוסר אוניס, ולעיתים גם אכזבה או כעס לנוכח היחס מרופאים ותיקים יותר, הנחוה כמשפיל. קבוצה אחרת של רופאים מגיעה להחלטה ללמוד רפואה בגיל צעיר, לעיתים בעקבות חוויית מוות במשפחה או מחלה קשה שלהם או של אדם קרוב להם. במקרים אלה נועדו לימודי הרפואה לחזק ולתקן מצב של חולשה ופגיעות, ולהשיג שליטה במצבים שנתפסו בעבר כמעוררי חרדה וכמייצגים חוסר אוניס והעדר שליטה. רופאים אלה שואפים לא באופן מודע לגמרי, לחוויה מתקנת בבגרותם. מצד אחד נהפכו אירועי עבר אלה לאירועים מכוננים אשר הניעו אותם לכיוון לימודי הרפואה, ואולי אף תרמו לפיתוח הרגישות והאמפתיה הדרושה לטיפול מוצלח באחרים. מאידך גיסא, תוך כדי נסיונם "לתקן" את חוסר האוניס והסבל מעברם, מבקשים עתה רופאים אלה "להציל את כולם". לחץ פנימי לא-מציאותי זה עלול להביאם לידי שחיקה, משום שיש להם אישיות רגישה וצורך רב בנתינה, שאינם מתיישבים עם הקושי בניהול מאוזן של הזמן והמשאבים שלהם. הפנטזיה האומניפוטנטית שבשמה הם מבקשים "להציל את כולם" עלולה להתבטא בהקרבה מוגזמת, בהתמכרות לעבודה (workaholism) ובהתמכרות יתר לנתינה בלתי-אפשרית.

הערכה ובדיקות

במסגרת הערכת השחיקה המקצועית של הרופאים חשוב לבדוק את מקורות הכוח והמשאבים האישיים העומדים לרשותם, שכן אלה – בשילוב מקורות הכוח והמשאבים המשפחתיים שלהם – עשויים להיות אמצעי חשוב למניעת שחיקה. תחושות החיבור (connectedness) של הרופא לעולם שמחוץ לרפואה, למשפחתו ולחבריו הן משאב רגשי ורוחני חשוב בהתמודדות זו. גם דתיות (אמונה באל, תפילה מתוך התכוונות, השתייכות למניין בבית-הכנסת) יכולה להוות משאב משמעותי. משאבים כלכליים והשכלה מאפשרים לפרטים להעמיק את תובנותיהם ביחס למצבם, אם תוך חיפוש ולימוד עצמי ואם בעזרת ייעוץ פרטי, ותובנות אלה עומדות לימינם גם בעת התמודדות עם שחיקה.

אנטונובסקי מצא, בשנות השמונים של המאה הקודמת, כי תובנה, מסוגלות ומשמעות (sense of coherence) הן נוגדנים למחלות ולמשברים בריאותיים (Antonovsky, 1987; Antonovsky & Sagy, 1986) (ראו פרק 7 על סְלוֹטוֹגְנֵזָה). באותה תקופה בערך כתב סמילקסטיין (Smilkstein, 1980) על מודל ה-SCREEM (Social, Cultural, Religious, Educational, Economic & Medical) כבסיס לבדיקת המערכת התמיכתית של אדם במצוקה (ראו דוגמה לשימוש במודל זה בפרק 13). נוסף על כך נמצא כי ניסיון טוב ויעיל בהתמודדות עם משברי עבר מנבא התמודדות יעילה יותר עם מצבים כאלה בהווה ובעתיד.

עמידות וחוסן בפני שחיקה נובעים גם מאישיותו של הרופא. תכונות כגון חוש הומור (ראו פרק 9 על הומור), אופטימיות, גמישות ויכולת הסתגלות יתרמו להתמודדות טובה יותר. שמירה על קשיבות (mindfulness) ויכולת ריכוז במשימה גם הן תכונות המשפרות את המאבק בשחיקה. המושג "קשיבות" (מושג-מפתח בתורות בודהיסטיות שונות) מגדיר מצב מנטלי של מודעות גבוהה של אדם לרגשותיו, לפעולותיו ולמניעיו.

פרויד טען כי די באהבה ובעבודה לאפשר לאדם חיים מאושרים. פרנקל (Frankl, 1984), אשר סיכם את התרשמויותיו מהתמודדויות של אסירים במחנות ריכוז והשמדה במלחמת-העולם השנייה בתיאוריית הלוגותרפיה, הרחיב את המעגל המספק סיכוי לאושר, וכלל בו גם את המשפחה, החברים, האמונה, העבודה ותחושת הערך העצמי הייחודי. כל אלה תורמים למציאת משמעות בפועלו ובחייו של אדם, אשר חיונית לבריאותו ולרווחתו. כולנו זקוקים לתחושה שיש ביכולתנו לסייע לאחרים. העזרה לזולת היא "מזון" לנפש. המודעות לסיפוק, שרופא חווה כאשר הוא יודע כי פעולתו משנה לטובה את חיי מטופליו, היא כשלעצמה הנוגדן החזק ביותר לשחיקה.

טיפול

ניתן לחלק את הטיפול בשחיקה מקצועית של רופאים ומטפלים אחרים לשני חלקים – העצמת הרופא (סדן, 1997; Shorer, Rabin, Maoz, Nadav & Shiber, 2007) ושינוי מערכת. העצמת הרופא פועלת בכמה מישורים: שינוי בגישתו הבסיסית לרפואה, דאגה לבריאותו ולרווחתו, וכן חינוך ואימון לתקשורת ולארגון הפרקטיקה והשתתפות בקבוצות בלינט. השינוי המערכתי אמור להניע גורמי ניהול במערכות הבריאות ליהפך לצד מעוניין ופעיל במניעת שחיקה של עובדיהן. על שינוי כזה לסייע ביצירת סביבת עבודה מובנת, יציבה ואוהדת המתאפיינת בשקיפות. המטרה תהיה החזרת תחושת השליטה לידי הרופאים, לפחות לגבי ניהול הזמן שלהם, קידום עתידם המקצועי וסיכויי ההשפעה שלהם על המערכת שהם משרתים. גורמי ניהול אחראיים במערכות הבריאות צריכים לאפשר לרופאים להמשיך להרחיב ולהעמיק

את השכלתם הרפואית (continuous medical education) לא רק על-ידי קניית ידע מקצועי טכני ותיאורטי, אלא גם על-ידי הגברת מודעות לשחיקה ולמניעתה וסיפוק מידע רלוונטי בנושא, וכן על-ידי עידוד ואף חיוב רופאים להשתתף בקבוצות תמיכה או בקבוצות בלינט (ראו פרק 15 על קבוצות בלינט).

מובן שגם על הרופאים עצמם ליטול אחריות למניעת השחיקה שלהם. עליהם לדאוג לכך שיהיו בקשר עם רופא משפחה משלהם, ולפנות לעזרה כאשר הם חשים שחוקים. אותם רופאים שבחרו במקצוע על-מנת להשיג שליטה כפיצוי על אירועי עבר רגשיים וכואבים עלולים להכחיש את קיומו של תהליך השחיקה כדי לא לחוות את תחושת איבוד השליטה המתלווה לכך. נוסף על כך, בשל ההזדהות ההדדית בין רופאים בנושא זה, עלול להיווצר קשר של שתיקה בין עמיתים, אשר עלול למנוע בקשת עזרה או הגשת עזרה. על הרופאים גם להכיר בחשיבות הרבה של פינוי זמן לבילוי, למנוחה, לקשר משפחתי מלא, לתחביבים, לפעילות גופנית, לפעילות רוחנית או דתית, להרפיה, להתרועעות עם חברים ולהשתייכות לקבוצות תמיכה.

אבל יותר מכל, שיפור איכות חייו ואיכות עבודתו של הרופא תלוי בבחינת הדפוס (הפרדיגמה) המקצועי הבסיסי שלו: האם הערכים והמטרות שלו מציאותיים ואפשריים או "דון קישוטיים"? האם הוא שואף לעזור לחוליו ולהקל את סבלם, ולכן מטרתו היא מציאותית וסבירה, או שמא שאיפתו היא למגר את המוות והמחלות בעולם, ומשום כך אינה מציאותית וסבירה? רופא ששואף להיות "good enough doctor" (כלומר, רופא טוב מספיק) – משימה אשר כשלעצמה אינה פשוטה כלל ועיקר בעולם הרפואי התחרותי, במיוחד לבעלי אישיות הדורשת שלמות (perfectionism) – יתמודד טוב יותר עם סכנת השחיקה, וסופו שיהיה באמת רופא טוב.

הציפייה שניתן לטפל בסבלם של אחרים מבלי לסבול בעצמך דומה לציפייה להיכנס למים מבלי להירטב. כדי להתגונן מפני כאב, חלק מהרופאים מרחיקים מעליהם חולים קשים וחולים הנוטים למות. אלא שאי-אפשר, כאמור, להיות באמת רופא מבלי לגעת בסבל. ההתגוננות מפני הכאב והסבל, הניתוק מהם ומהצער על כשלוך מניעתם, גם הם אחד המקורות לתסמונת השחיקה. רופאים נשחקים מפני שהם אינם עוצרים לטפל בסבל שהם עצמם חווים בשל האובדנים הפוקדים אותם ("רופאים אינם בוכים", "עלינו לשמור על קור-רוח"). יכולתנו להימנע משחיקה ולשפר את איכות חיינו תלויה בנכונותנו וביכולתנו לטפל בסבל שלנו עצמנו.

צניעות מסוימת יכולה לתרום לרופאים אמצעי הגנה נוסף מפני שחיקה. רופא הרואה את עצמו כסיבה המרכזית להצלחה או לכישלוך בטיפול ייטה יותר להיפגע משחיקה, בשל הכשלונות הסבירים והבלתי-נמנעים שעתידיים לקרות במהלך עבודתו, אשר ייתפסו על-ידי ככישלוך אישי כוללני. לא כל דבר הקורה למטופלים קשור בהכרח ליכולותיו של הרופא. כשם שהצלחת הטיפול אינה תלויה בו בלבד, כן אין לתלות רק בו כל כישלוך בטיפול. הרי תמיד יש גורמים שאינם בשליטת הרופא (או כל מטפל אחר).

בלינט (Balint) (ראו פרק 15) איתר בין המצבים שמקדמים את השחיקה גורמים המונעים רופאים מלפתח קשר טיפולי (דבר שעלול אפילו לעכב אבחון מחלות). בין הגורמים הללו הוא מונה רגשות שליליים כלפי מטופלים, שבעיקרם אינם מעובדים ולעיתים אף אינם מודעים (כעס, שנאה, דחייה), פחדים לא־מודעים (כגון פחדים מדחייה, מאלימות, ממוות), וכן תחושות של חוסר אונים (אימפוטנציה) ולעומתן תחושות של "כל־יכולות" (אומניפוטנציה). הכלי שהוא מציע לרופאים כדי להתוודע לרגשותיהם ולהתגבר עליהם הוא השתתפות בקבוצות, המכוונות כיום "קבוצות בלינט". קבוצות אלה מאפשרות התוודעות לחרדות, לחוסר האונים, לתחושות הכעס או להזדהות־היתר שרופאים חשים כלפי מטופליהם, ומספקות מרחב של עיבוד, אמפתיה ותמיכה כזירה לתהליך התוודעות זה. הכרת סבלו של המטופל וקשייו של הרופא היא המאפשרת את עיבוד הרגשות הקשים, את ההשלמה והתובנה, ומכאן גם את הטיפול בשחיקה.

תשישות עקב חמלה יתרה (compassion fatigue)

המושג "שחיקה" בהקשר של עבודת הרופא מתייחס לתחושות של לאות ואפיסת כוחות, דה־פרסונליזציה ועייפות מחשבתית בתגובה על בעיות ביחסי רופא-חולה או ביחסים שבין המטפל לבין המערכת שבה הוא עובד. על אלה יש להוסיף גם את תחושת העייפות הנובעת מחמלת־יתר. החמלה היא רגש ההזדהות, הדאגה והרצון לעזור שהורה חש כלפי ילדיו או שמתעורר בנו לנוכח סבלו של הזולת. חמלה ומסירות מבטאים סימפתיה עמוקה כלפי אדם אחר, ואם הוא נתון בכאבים או בקשיים, הן משולבות בשאיפה להקל את סבלו או לבטל כליל את מקורו. רגשות אלה נובעים מדחפים טבעיים (כמו במקרה של הורים) וגם מערכים רוחניים, המקבלים מקום וביטוי בכל הדתות העיקריות. האלוהים ביהדות ידוע בחמלתו ("הרחמן", "אל רחום וחנון", "אל מלא רחמים" וכדומה). ההלכה היהודית כוללת את המצווה לרחם ולחמול על האלמנה והיתומים, וגם על הגֵר והזָר. הנצרות רואה בישו – המשיח שהיה מוכן להקריב את עצמו ולוותר על כל מאווייו ואפילו על חייו למען יתר בני־האדם – את התגלמות החמלה (והכפרה). גם האסלאם מזהה את אללה עם חמלה ורחמים. האהבה, החיבה והחמלה כלפי הזולת הינן מרכיב יסודי גם בתורתו של בודהה.

המונח "תשישות עקב חמלה יתרה" הינו מושג חדש יחסית שנהגה באמצע שנות התשעים של המאה הקודמת (Figley, 2003). בשנות השמונים רווח יותר הביטוי "מחיר הדאגה, הטיפול והסיעוד". יהיה המונח אשר יהיה, הוא מתאר מערך של תסמינים הנחוה על־ידי אנשי מקצועות הבריאות כאשר הם מעורבים יתר על המידה ברגשותיהם של מטופליהם. את מצבי החרדה הקשים, המעורבות הרגשית ועיסוק־היתר בסבלו של הזולת מכנים "טראומטיזציה משנית". במהלך הטיפול בחולים קשים המטופלים חווים רגשות עמוקים של כאב, עצבות, פחד וחרדה, היוצרים

עוררות-יתר מתמדת, מתיחות ואי-שקט נפשי אשר משניים לטראומות של החולים. הזדהות-יתר זו מתבטאת בחוויה מחדש של האירועים הטראומטיים שעברו על החולה, הפעם על-ידי המטפל, המנסה לבלום תחושות אלה על-ידי הימנעות מטיפול ופיתוח יחס של קהות כלפי מה שמזכיר לו את האירוע הטראומטי.

בספרות המקצועית השתמשו במושג "תשישות עקב חמלה יתרה" בהתייחס לעובדי בריאות שעסקו בהתערבות במשבר במצבי חירום קהילתיים/לאומיים, ואשר היו מעורבים בהיבטים הטראומטיים והפוסט-טראומטיים בחיי האוכלוסיות שבתוכן עבדו. אולם לאחרונה משתמשים במושג זה גם כאשר דנים במטפלים בחולים במחלה כרונית – פסיכיאטרית או גופנית. הרופא או המטפל הקליני, העדים לסבל המתמשך של מטופליהם, עלולים לסבול תוך כדי טיפול זה כאב ממושך ומשתלט, שיש בו כדי להשפיע על חייהם המקצועיים והאישיים. הם עלולים להתקשות מאוד בהצבת גבולות בפני המטופל, וכתוצאה מכך ייגבה מהם מחיר רגשי ופיזי כבד. במובן זה ניתן לראות בחמלת-היתר חלק מהשחיקה המקצועית של הרופאים.

בתשישות עקב חמלה יתרה (להלן: CF) בהקשר של יחסי רופא-חולה יש משום חציית הגבול העדין שבין אמפתיה חיונית ורצויה לבין הזדהות-יתר וחמלת-יתר. סימני ה-CF דומים מאוד לסימני השחיקה, אולם מתלווה אליהם מרכיב רגשי (אמוציונלי) הקשור לטיפול בחולה ולדאגה לו, אשר מקבל ביטויים מילוליים כגון "אין לי יותר כוח", "לא נשאר לי מה לתת", "אני מרגיש מותש רגשית", "התרוקנתי – אני ריק וללא אנרגייה".

דרכים להתגבר על ה-CF

כתמיד, ההכרה בתופעה היא הצעד הראשון לריפוי (Samoray, 2005). חשוב שהרופאים יכירו בגבולות היכולת שלהם כמטפלים, כמו-גם בצורכיהם האישיים. מטפלים רבים מכחישים לאורך זמן את צורכיהם הרגשיים או מתעלמים מהם לטובת הטיפול בחולה. בעקבות ההכרה בתחושה זו (המתבטאת, כאמור, באמירות כגון "העבודה השתלטה עליי לגמרי", "העבודה הזאת גומרת אותי") רצוי שהמטפל יצעד כמה צעדים לאחור ויתרחק זמנית מהעבודה, ממש כפי שמקובל לעשות במשחק כדורסל כאשר השחקנים נוטלים "פסק-זמן" כדי לאפשר לעצמם בחינה מהירה של מצב העניינים ובחירה באסטרטגיות מתאימות. זהו צעד יצירתי, מכיוון שהוא דורש מודעות עצמית, מבט מחודש, גמישות, ואז נכונות ויכולת לחולל שינוי.

התרחקות וחיפוש אחר דרכים חדשות ויצירתיות עשויים להגביר בטווח הרחוק את הסיפוק, משום שהפרידה הזמנית – הרגשית והפיזית – מהעבודה תורמת למילוי המצברים האישיים ולגיוס כוחות חדשים. ההשקעה הרגשית בטיפול בזולת משתנה ונהפכת להשקעה רגשית במטפל עצמו. הרופא המודע והיצירתי ישקיע מאמץ במציאת הגבולות ובשיקום שיווי-המשקל בין חייו המקצועיים לבין חייו הפרטיים, ובכך ירחיק מעליו את סכנת השחיקה.

אחריותו של הממסד

האחריות להכיר ב-CF כגורם סיכון תעסוקתי מוטלת לא רק על הרופא, אלא גם על הממסד הרפואי. ראייה כזאת תחייב את מנהלי שירותי הבריאות לחשוב על דרך יצירתית לאתר CF ולהתגבר עליה. הם יוכלו לעשות זאת במגוון של אמצעים ודרכים:

1. ישיבות קבוצתיות לדין שגתי במקרים המעוררים תגובות מיוחדות, או ישיבות אוורור ותחקיר (debriefing) במקרה של עבודה במצבי חירום.

דין מסוג זה התקיים, למשל, באחת הישיבות של צוות מרפאה שבה העלה אחד הרופאים הבכירים לדין תלונה שהגיש נגדו חולה לנציגת תלונות הציבור במחלקה. במהלך הישיבה התאפשר לו לתאר את השתלשלות העניינים שהובילה לכך, תוך מתן ביטוי לקולו כמטפל מעורב מדי, בעוד שצידו של המטופל הובע באמצעות אנשי צוות אחרים שהכירו אותו. בעקבות הדיון חש המטפל הקלה רבה ואף תחושה של העצמה מחודשת, שאפשר תהליך של בדיקת האירועים ותיקונם. בסופו של דבר נערכה שיחה עם המטופל, והתלונה בוטלה.

2. הבטחת חלוקה שווה או סבירה של נטל העבודה בין חברי הצוות.

כך נעשה, למשל, במרפאה לבריאות הנפש שבה נוצרה רשימת-המתנה ארוכה לטיפול פסיכותרפי, ורוב העול נפל על כתפי הפסיכולוגים. כתוצאה מייעוץ ארגוני ומשיתוף-פעולה בין-מקצועי הועלה הרעיון של יצירת קבוצות טיפול למטופלים הסובלים מבעיות דומות בנושאים שונים, כגון הפרעת אכילה, בעיות של נשים באמצע החיים וכולי. בקבוצות אלה השתתפו עובדים ממקצועות הטיפול השונים, אשר החלו לעבוד יחדיו ועל-ידי כך הביאו לידי התקצרות משמעותית של רשימת-המתנה. מטפלים שהחלו לעבוד יחד בהנחיה משותפת (co-therapy) חשו עמוסים פחות מבחינה פיזית ורגשית, ואף גילו התלהבות לעבוד בשיתוף-פעולה בין-מקצועי.

3. איתור ההיבטים הסלוטוגניים (ראו פרק 7 על סלוטוגנזה) של הטיפול על-מנת שיעילות הטיפול הקליני לא תיפגע בגלל תשישות עקב חמלה יתרה.

צעדים כאלה נקט, למשל, מטפל במרפאה לבריאות הנפש שטיפל בגבר שלקה בדיכאון. המטפל הזדהה מאוד עם תחושות חוסר האונים של המטופל, וחווה כישלון בנסיונו לעזור לו. הוא מצא את עצמו משחזר מצבים דומים של חוסר אונים ושיתוק בחייו שלו – למשל, כאשר היה עליו להכין עבודות או לכתוב מאמרים מקצועיים. בחיפוש בספרות המקצועית העוסקת בתופעה זו הוא גילה את המושג "דחיינות" (procrastination) (מרצ'בסקי, 1991), שמשמעותו נטייה לדחות השלמת מטלות. המטפל החליט לשנות את מגמת הטיפול, ובשיחות הבאות ביקש מהמטופל לתאר לפניו את ההשלכות או הביטויים היומיומיים של בעייתו, כגון ארגון סדר-יומו והתמודדותו עם

המטלות השגרתיות שעליו לבצע. בהמשך אכן נחשפה ההתנהלות הדחיינית של החולה בענייני עבודה ודיאטה, שהגבירה את הדיכאון וחוסר האונים שבהם היה שרוי. בכך שינה המטפל באופן יצירתי את דרך הטיפול מטיפול שיחתי תמיכתי לגישה קוגניטיבית-התנהגותית סלוטוגנית יותר. המשמעות השונה שמצא המטפל בעצמו ובהגדרת הבעיה אפשרה למטופל הגדרה חדשה ומשמעותית לדיכאון ולשיתוק שחש, וכיוון שונה ויצירתי לפתרון הבעיה. שינוי זה הוביל לפריצת-דרך ולחילוץ החולה והרופא מהקיפאון בטיפול ומהדיכאון.

4. עידוד עובדים להשתתף בהכנת תוכניות ללימודי-המשך ובהשתלמויות המיועדות להם.

5. הקפדה על שעות עבודה מוגדרות ועל יציאת עובדים לחופשות קבועות.

דוגמה טובה לתוכניות יצירתיות שבעזרתן ניתן לאתר תהליכי שחיקה ותשישות ולהתערב בהם היא התוכנית הבאה, שהופעלה בישראל בשנות התשעים.

האגף לשירותי בריאות הנפש שבמשרד הבריאות ארגן במשך שישה חודשים סדנות דו-חודשיות חוזרות (בנות שלוש שעות כל אחת) בנושא שחיקה ותשישות (CF) בעבור עובדים בבריאות הנפש (פסיכיאטרים, פסיכולוגים, אנשי סיעוד ועובדים סוציאליים) ממרכזי בריאות נפש שונים במרכז הארץ. הסדנות כללו הרצאות פורמליות, שיעורי-בית לשם תרגול, ותרגילים בקבוצות קטנות. דגש מיוחד הושם בטיפול עצמי. לאחר-מכן נבחר בכל מקצוע מומחה מסוים שיהיה "שומר-הסף" במוסד שלו, כלומר, האחראי לאיתור סימני שחיקה או CF בתחמו.

זו דרך יצירתית אחת מני רבות אפשריות המדגימה כיצד ההנהלה יכולה לנסות לגרום שינוי מערכתי בנושאים הנוגעים בדחק מקצועי תוך פיתוח רגישות בקרב עובדי-מפתח במקום עבודתם. להלן נביא תיאורים בגוף ראשון של רופאים ואנשי בריאות אחרים המדווחים על רגעים של חזרה לעצמם, התרעננות והתחדשות לאחר שחוו מצבים של CF. תיאורים אלה נועדו להמחיש כי היציאה ממצבי CF תלויה בינתיים בעיקר ביוזמות יצירתיות אישיות של רופאים או בהתארגנויות "מקומיות" של צוותים בבתי-חולים ובמרפאות.

האורחים התובעניים

"השתתפתי בסדנה למדיטציות שבה השתתפו בעיקר מטפלים אחרים. הסדנה התמקדה בניסיון ללמוד לרוקן את הראש ממחשבות על-ידי התרכזות בגוף ובנשימות. ישבנו בחדר שקט ובאור עמום, שתרמו לתחושת הרגיעה. התבקשנו לנסות לנשום נשימה רגועה, להתרכז בשאיפות ובנשיפות וכן בתנוחת הגוף, להתעלם ממחשבות חיצוניות שיבקשו להפר את השלווה מבלי לסלקן, ולשוב

לסריקה קשובה של הגוף והנשימה. במשך זמן-מה הצלחתי להתרכז, אבל אז צפה בתודעתי דמותו של מטופל שביקר במרפאתי וחווה סבל רב ומצוקה קשה. לא הצלחתי להירגע, אבל ניסיתי לשוב לנשימות הרגועות, ולרגעים אף עלה בידי לחזור לשלווה ולריכוז. בתום המדיטציה התקיים דיון עמיתים, ובו דנה הקבוצה בקושי שלי להירגע ולהתנתק. כינינו את רגשות הכעס, האשמה וחוסר האונים המשתלטים עלינו "אורחים תובעניים" (קורנפילד, 2001), שכאשר הם מתדפקים על דלתותינו עלינו לדעת כיצד להכירם ולהתמודד עימם מבלי לגרשם. הדיון בקבוצה אפשר לי למצוא אצל חבריי הד לקשיי, ותחושת השיתוף הקלה עליי והעצימה אותי."

"ספרות זו... ארץ על-זמנית" (יוסה, 2001)

כמה עמיתים לעבודה בבית-חולים כללי יזמו הקמת חוג "ספרות, רפואה ומה שביניהן". החוג היה פתוח לעמיתים ממקצועות הרפואה, הסייעוד והפּרָ-רפואה (מרפאים בעיסוק, פיזיותרפיסטים, עובדים סוציאליים, עובדי סיעוד, פסיכולוגים ואחרים). החוג התבסס על קריאת סיפורים שנושא הטיפול בחולים עולה בהם, ודיון – בהנחיית איש-מקצוע מתחום הספרות – בהיבטים שונים של העיסוק ברפואה ובטיפול. "בפגישה הראשונה קראנו את 'חדר חולים מס' 6 של צ'כוב. דיברנו על השחיקה שלנו בזמן העבודה, ממש כפי שצ'כוב תיאר שקורה לרופא יפימוביץ' בבית-החולים הפסיכיאטרי ברוסיה של המאה השמונה-עשרה. שמענו גם הרצאה בספרות, שחידשה לנו הרבה, אבל בעיקר נגענו באמצעות הסיפור בשחיקה שלנו וברגעים שבדרך-כלל קשה לנו לדבר עליהם, כל אחד במרפאתו ועם החולים שלו. הייתה זו הפעם הראשונה שבה הרגשתי חוויה של שיתוף ואחוה עם העמיתים שלי. הבנתי שאני לא לבד עם השחיקה שלי, והקריאה אפילו נתנה לי רעיון להתמודדות. הרגשנו שאף-על-פי שדיברנו על העבודה, יכולנו להתנתק מעט משגרת העבודה, והיינו לרגעים בארץ על-זמנית."

לנקות את הראש בהליכה

"בסוף יום שלם של טיפול בחולים הייתי מותש. חזרתי הביתה עייף, אבל לא הצלחתי להפסיק לחשוב על החולים ובעיותיהם. בעצם לא היה לי כוח לצאת לפעילות גופנית, אבל זכרתי את ההמלצות לפעילות גופנית, אז החלטתי לנסות. הרי צריך להתחיל מתישהו. יצאתי להליכה, כי זה הקצב שמתאים לי בדרך כלל. ריצה מעייפת אותי מדי, ובהליכה יש זמן למחשבה. פתאום, תוך כדי הליכה, צץ במוחי רעיון לפיתרון בעיה של מטופל שלי. חזרתי הביתה עם חוויה יצירתית שנחתה עלי במפתיע, ממש 'יש מאין'. ראיתי, שאפשר להפסיק לעשות 'עוד מאותו הדבר' [more of the same], ולהרוויח דווקא ממשוה שונה ממה שעשיתי עד כה." (ואצלויק, ויקלנד ופיש, 1979)

לשבת מבלי לדבר, רק להקשיב לעמיתיי

"הוזמנתי להשתתף בפגישת חשיפה לנושא של קבוצת בלינט (ראו פרק 15 על קבוצות בלינט). ישבנו שם, רופאים מכל מיני מקצועות. בהתחלה שמענו הרצאה של רופא משפחה על CF, ואחרי כן התנסינו בקבוצת בלינט. המשתתפים התבקשו להציג דילמה שנתקלו בה הקשורה למקרה שבו טיפלו. התנדבתי. לאחר שהצגתי את המקרה, התבקשתי 'לנוח', כלומר, להישאר נוכח בקבוצה אבל מבלי לדבר, ורק לשמוע מה החברים מספרים. הקבוצה התייחסה לנושא, אם כי לא אליי אישית, ואפילו לא למקרה הספציפי שהצגתי, אלא למקרים דומים שבהם נתקלו חברים אחרים, ששיתפו אותנו בחוויות ובאסוציאציות שהמקרה שלי העלה בהם. פתאום הבנתי שחוויות דומות קורות גם לאנשי-מקצוע אחרים, ולא רק לי. זה גם עורר בי רעיונות איך להתמודד או איך להתגבר על התסכול שלי בפעם הבאה. היה לי קצת קשה לשבת ולא לדבר, להעיר או לתקן; רק להקשיב ולחשוב. אבל הבנתי כמה זה יכול להועיל. הבנתי גם ששקט יכול להוביל להתבוננות וליצירתיות. בסוף המפגש ניתנה לי האפשרות לשתף במחשבות וברעיונות שעלו בי בזמן הדיון של הקבוצה. יצאתי עם כוחות מחודשים לשבוע הבא, וגם עם סקרנות. מי יודע, אולי כדאי לי להמשיך להשתתף בקבוצה כזו..."

דלתות נפתחות בחדר העבודה ובנפש

"באחד ממפגשי החוג 'ספרות, רפואה ומה שביניהן' קראנו את הסיפור 'מרתה תמתי עד נצח' מאת רות אלמוג. זהו סיפורה של חולה במחלת עור קשה המתגברת במצבי מתח, אשר קשורים בסיפור בעיקר לבעיות בזוגיות ובמשפחה. בסיפור תוארה, בין היתר, דינמיקה משפחתית סבוכה בין הורים לבין בנם המתבגר, שהיה טורק את דלתות חדרו או פותח אותן לסירוגין בד בבד עם נסיונותיו לפתח שיחה על נושאים רגשיים טעונים בין הוריו. מטפורה זו הובילה את משתתפי החוג, רופאים ומטפלים אחרים, לשיחה על דלתות חדר העבודה שלהם במקום עבודתם. אחד המשתתפים סיפר שדלתות חדרי העבודה של עמיתיו סגורות על-פי-רוב. 'האם הם מטפלים כעת או שהדלת סתם סגורה?' חשב לעצמו, ואז נזכר כי ראה אחדים מעמיתיו שמשאירים את הדלת פתוחה במקצת כאשר הם אינם מטפלים. הוא חשב שזו הזמנה להציץ, להיכנס ולדבר – מחווה יצירתית קטנה שיש עימה הזמנה לקשר בין עמיתים בעבודה. גם זה יכול להקטין שחיקה."

השחיקה והעייפות עקב חמלה יתרה הם נושאים מרכזיים בחייהם של אנשי טיפול בכלל ושל רופאים בפרט. הדיבור הפתוח והגלוי על כך אינו קל לאנשי-מקצוע שתפקידם לטפל באחרים, אבל העלאת הנושא לדיון חשובה לשם טיפול ומציאת פתרון. ניתן לטפל בתסמונת זו במגוון של דרכים יצירתיות. שחיקה אומנם פוגעת ביצירתיות, אבל יצירתיות, חירות ומציאת משמעות הינן כוחות מונעי שחיקה.

