

## הפקולטה למדעי ההנדסה יחידה: ניהול והנדסת בטיחות



נושא המחקר (בעברית): שחיקת עובדי מקצועות הבריאות

Burnout in healthcare workers : (באנגלית) נושא המחקר

**עבודת גמר מצומצמת**

שם המנחה: ד"ר בני מלנקי **PhD.**

מגישה: אתי שטיין **B.Sc.**

ת.ז: 052816964

דצמבר 2016



## תוכן העניינים

3	פתח דבר- תמצית ומטרות העבודה.....
6	חלק א' : הגדרת הנושא וסקירת הספרות.....
6	1. שחיקה- הגדרה .....
7	2. השחיקה הנפשית ומושגים קרובים .....
9	3. תסמונת תופעת השחיקה.....
12	4. מרכיביה של השחיקה .....
13	5. מקורות השחיקה.....
13	6. גורמים לתופעת השחיקה.....
19	7. השפעת מאפייני סביבת העבודה על העובדים .....
23	8. מודל השחיקה בעבודה .....
25	9. מדידתה של תופעת השחיקה .....
26	10. משתנים וממצאים עיקריים במחקרים על השחיקה הנפשית .....
28	11. שחיקה נפשית, אינטליגנציה רגשית ומה שביניהן.....
33	12. תוצאות ודרכי ההתמודדות עם תופעת השחיקה.....
36	שחיקה נפשית בקרב עובדי מערכת הבריאות .....
36	1. סקירה כללית.....
36	2. היבטים רגשיים ונפשיים של עובדים העוסקים בעבודות מתן שירות רפואי .....
38	3. תסמונת השחיקה המקצועית אצל מטפלים רפואיים (רופאים אחיות ועובדים סוציאליים).....
55	חלק ב' : מטרת המחקר הנחות יסוד שאלות המחקר ומתודולוגיה.....
55	1. מטרת המחקר .....
55	2. הנחות היסוד של המחקר .....
56	3. שאלות המחקר .....
56	4. מתודולוגיה.....
57	חלק ג' : תיאור הממצאים.....
57	עד כמה שחוק המטפל הרפואי? .....
59	חלק ד: סיכום ודיון.....
60	הקלת הלחץ והשחיקה הנפשית של המטפל הרפואי- סיכויים והיערכות.....
62	נספח: שאלון "עבודת המטפל הרפואי ותחושותיו" .....
65	ביבליוגרפיה .....

## פתח דבר - תמצית ומטרות העבודה

לכאורה, האדם העובד מספק את כל צרכיו דרך העבודה, ובכל זאת מדי שנה רוב העובדים מציינים בסקרים שונים שנעשים כי אינם מרוצים מעבודתם. הם מדווחים על תחושת תסכול, חוסר שביעות רצון ושחיקה בעבודה. מתח במקום העבודה נחשב בעולם כגורם סיכון לבריאות ולבטיחות של העובדים. לחץ ושחיקה אופייניים למקצועות שירות רבים ולבאים בקשרי עבודה ישירים עם קהל רב של לקוחות. במקצועות הבריאות נוספת על כך החשיבות הקריטית של החלטות רבות, כך שמידת הלחץ והשחיקה גבוהות במיוחד. בנוסף עובדי מערכת הבריאות עובדים בדרך כלל במשמרות בוקר ערב ולילה. ויש מבניהם שעובדים 24 שעות ברציפות וזה מוסיף למידת הלחץ והשחיקה. עובדי מגזר הבריאות נמצאים בסביבה משתנה כל הזמן, ותנאי העבודה בבתי חולים הם יותר ויותר תובעניים ומלחיצים.

על פי ארגון הבריאות העולמי (WHO), מקום עבודה נחשב לבריא כאשר מתקיים שיתוף פעולה של העובדים והמנהלים על מנת לבצע תהליך שיפור מתמיד כדי להגן ולקדם את הבריאות, הבטיחות והרווחה של כל העובדים ואת הקיימות של מקום העבודה.

למרות מטרה זו לקדם ולטפח סביבת עבודה בריאה, עדיין מתרחשים מידי שנה בעולם כ- 270 מיליון תאונות עבודה, מידי שנה חולים כ-160 מיליון איש במחלות מקצוע. בכל 5.3 דקות נהרג אדם בקהילה האירופאית מסיבות הקשורות לעבודה. מתוך כ-150,000 מקרי מוות לשנה מסיבות הקשורות לעבודה בקהילה האירופאית הרוב המכריע כ-142,000 מקרי מוות הם כתוצאה ממחלות מקצוע (ארגון העבודה הבין לאומי ILO). מספר מחקרים המתמקדים במגזר הבריאות הראו כי אנשי מקצועות הבריאות נחשפים למגוון גורמי לחץ תעסוקתיים חמורים, כגון לחץ זמן, תמיכה חברתית נמוכה בעבודה, עומס עבודה, טיפול בחולה בעניין אי ודאות, ונטייה לתגובות רגשיות בשל חשיפה לסבל ולמוות של חולים.

במובן זה, עובדי מערכת הבריאות נמצאים בסיכון גבוה לחוות מצוקה קשה, שחיקה, בעיות נפשיות ובעיות גופניות.

ב-35 השנים האחרונות, השכיחות של תופעות נפשיות וגופניות הקשורות במתח כגון שחיקה עלו באופן משמעותי, דבר המשפיע על 19-30% מכלל העובדים בעולם.

שחיקה בקרב עובדי מערכת הבריאות, בעיקר של הצוות הרפואי המקצועי, ששיעורו מגיע בין 25%-75 בחלק מההתמחויות הקליניות

בנוסף, ידוע שבין המחלות התעסוקתיות, שחיקה מייצגת 8% מהמקרים של מחלות מקצוע.

שחיקה היא מושג שהפך בשנים האחרונות שגור ביותר בפי העוסקים בפסיכולוגיה הארגונית או הקלינית. המושג מבטא שינויים התנהגותיים, הכרתיים ופיזיים, המתגלים אצל אנשי מקצוע,



במיוחד אצל אנשי מקצוע המעניקים שירות לזולת, בעקבות מגע ממושך ומאומץ עם מקבלי השירות (פרידמן, 1991).

החקר המדעי של תופעת השחיקה החל מאוחר יחסית. פיזיולוגים של עבודה עסקו בחקר עייפות שרירית בעבודה, שיש לה קשר הדוק לשחיקה, החל מסוף המאה שעברה (שירום, 1993). המדען שזיהה לראשונה את סינדרום השחיקה הוא הרברט פרוידנברג. הוא גיבש את התפיסה הראשונית של המושג תוך כדי טיפול קליני בעובדי בריאות הנפש. לטענתו, תופעת השחיקה מתרחשת בעיקר במקצועות הטיפולים, כאשר עובד נאלץ להתמודד עם בעיותיהם של אחרים, ללא הערכה, עידוד ותמיכה. תחילה מופיעה תחושת בדידות, כישלון וזה מביא לשחיקה. לרוב, אנשים נשחקים בעבודתם כאשר מציאות העבודה איננה תואמת את ציפיותיהם, אשר הם שואפים לממש (פרוידנברג, 1974).

לחץ בהיבט האנושי מבטא בדרך כלל תחושה אישית של מצוקה, שעלולה להשתקף במגוון ביטויים. ביטויים אלה יכולים להיות ברמת ההתנהגות הגלויה של האדם: חוסר סבלנות, עצבנות, כעס, חרדה, תחושות דכדוך, עצבות, חוסר אונים, קשיי שינה, הפרעות אכילה וכו'. ברמת תהליכי החשיבה: בלבול, קשיים בקשב ובריכוז, חישכון (black out) ברמת העוררות במערכת העצבים האוטונומית: הזעה, מתח בשרירים, כאבים, עייפות מתמדת ועוד. במצבים מתמשכים של לחץ, האדם עלול לחלות או לפתח בהדרגה תסמונות למיניהן דוגמת יתר לחץ דם, שינויים בקצב הלב, תסמונת המעי הרגיז ועוד. למעשה, הלחץ גורם להפרה של האיזון האישי של האדם. ככל שהוא נמשך זמן רב יותר ובעוצמה רבה יותר, תחושת הלחץ האישית גוברת. אך זו עשויה לפחות, כאשר אדם וסביבתו נוקטים פעילויות שיש בהן כדי להשיב את תחושת האיזון.



### **מטרות העבודה ומהלכה:**

מטרת העבודה הנוכחית היא לסקור את מושג השחיקה והתשישות של עובדי מערכת הבריאות על מנת לעמוד על הסיבות. תכלית העבודה היא להציג מספר פתרונות ולהעריך האם השחיקה ניתנת להקטנה ולטיפול.

מהלך העבודה יבוצע ע"י סקירת ספרות מקצועית בנושא השחיקה ככלל ושחיקה אצל עובדי בריאות בפרט, הסבר ופירוט על המונח שחיקה ומודלים של שחיקה, ביצוע שאלונים בקרב 42 עובדי מערכת הבריאות (רופאים, אחיות, ועובדים סוציאליים). וניתוח השאלונים, מציאת הסיבות, מציאת פתרונות, סיכום והמלצות.

השאלונים יבדקו את רמת השחיקה והלחץ שמרגישים עובדי מערכת הבריאות, יבדקו את ההבדלים ביניהם על מנת למצוא סיבות לשחיקה.

## חלק א' : הגדרת הנושא וסקירת הספרות

### 1. שחיקה- הגדרה

למושג שחיקה, הנקרא באנגלית Burnout שפירושו דעיכה, קודמת האש. כדי שתהיה דעיכה חייבת להיות אש לפני כן. האנשים המועדים ביותר להישחק הם דווקא האנשים הנלהבים, בעלי היוזמה, הרוח החלוצית והמרץ, אנשים שרוצים לעזור ומלאים בלהט וברגש (Pines, 1984).

ריבוי המחקרים בנושא השחיקה הוא תוצאה ממרכזיות וחשיבות התחום מבחינה מעשית. מאחר והעניין המרכזי בתופעת השחיקה היה מעשי ולא תיאורטי, לא הוגדרה מסגרת תיאורטית ברורה לאיסוף הנתונים ולפירושים, ולכן קיימות גישות, הגדרות וכלי מחקר רבים ושונים לבחינת התופעה (פרידמן, 1999). השחיקה מתייחסת למגוון רחב של אנשים, העובדים במגוון רחב של מקצועות, ובעיקר במקצועות של מתן שירות. המחקרים שנערכו, בתחומי עיסוק שונים, מעידים על שילוב בין מאפייני סביבה ומאפייני הפרט כגורמים המזרזים את שחיקת העובד (פינס, 1984). שחיקה היא תגובה ללחצים רגשיים מתמשכים והתכלות של משאבי ההתמודדות של היחיד, ומתרחשת כתוצאה מחשיפה ממושכת ללחצים בעבודה ובחיים (שירום, 1994). שחיקה נחווית כתחושת תשישות נפשית, גופנית ושכלית, הנגרמת מחמת עומס נפשי מתמיד ומתמשך. תשישות נפשית היא המרכיב המרכזי, הדומיננטי והמשמעותי ביותר של שחיקה והממד המהותי ביותר שלה (Pines, A.M., & Aronson, E., 1988). העובד השחוק והתשוש חס חוסר יכולת, ורואה את מקבלי השירות שלו כאובייקטים. במקום להיות מעורב הוא מתנתק (Maslach, C, 1982).

שחיקה נפשית היא תופעה הקיימת מזה זמן רב, אולם רק בשנות השבעים הראשונות הופנתה אליה תשומת הלב המחקרית עם פרסום עבודתו של הפסיכואנליטיקן Freudenberger. Freudenberger (1974) חקר את תופעת השחיקה במוסדות טיפול התנדבותיים ועקב אחר הבעיות הנפשיות, של פסיכולוגים קליניים, עובדים סוציאליים ופסיכיאטרים, הנגרמות כתוצאה מעומס עבודה ממושך. הוא הניח כי השחיקה היא תוצאה מרמת מחויבות גבוהה ועומס גדול של מקרים ומאופיינת בהתמודדות לא אפקטיבית עם דרישות התפקיד. תהליך השחיקה מלווה בתחושה של התרוקנות, כישלון, התבלות ותשישות נפשית וגופנית (Freudenberger, 1974), (Freudenberger & Richelson, 1980).

בעצם פרוידנברגר (1974) היה הראשון שטבע והגדיר את המונח "שחיקה" כביטוי לתגובתם של עובדים במרכזי בריאות, לבעיות הנגרמות להם כתוצאה מעומס יתר בעבודה, ובמגע ממושך עם מטופליהם. הוא ניסח לצורך כך ביטוי חריף במיוחד (BURNOUT) המסמל כישלון, בלייה או סחיטה, הנובעים מהעמסת יתר של תביעות על האנרגיה, על המקורות או על העוצמה הנפשית של העובד. הוא סבר שאנשים העובדים בתוכניות לעזרת אנשים אחרים, ימצאו עצמם תחת לחץ הולך וגובר להצליח בתפקידם, יתבעו מעצמם מסירות ומאמץ נוספים, עד שבסופו של דבר יכרעו תחת הנטל. הוא הגדיר מצב זה כ" מצב של עייפות והתרוקנות הכוחות הפיסיים והנפשיים, מצב של התבלות כתוצאה משאיפה מוגזמת להשיג ציפיות בלתי ריאליות, אשר הוצבו על ידי האדם עצמו או באמצעות הערכים של החברה".

פינס וארונסון (1981) מגדירים שחיקה כמצב של ליאות גופנית ורגשית ועמדות שליליות של האדם כלפי עצמו, כלפי עבודתו וחיוו וכלפי אנשים אחרים. מאסלך (1976) מגדירה שחיקה בצורה דומה לזו של פינס וארונסון, ומבחינה בה בשלושה מרכיבים: תשישות רגשית, דה-פרסונליזציה ותחושה של תפקוד אישי ירוד. אצל צ'רניס (1980) השחיקה היא תהליך, שבעקבותיו משתנות עמדותיו והתנהגותו של בעל המקצוע בכיוון שלילי, כתוצאה מלחצים בעבודתו. התופעה לפי צ'רניס מוגדרת כ"התרחקות פסיכולוגית מהעבודה, כתגובה ללחץ יתר או לחוסר סיפוק בעבודה". המושג מתייחס בעיקר לשינויים במוטיבציה: לאובדן של ההתלהבות, של ההתרגשות ושל תחושת השליחות בעבודה. אדלוויץ וברודסקי (1980) מגדירים שחיקה כאיבוד הדרגתי של האידיאליזם, של המרץ ושל התכליתיות (כפי שהם מתגלים באנשים העוסקים במקצועות הסיוע, כתוצאה מתנאי עבודתם). חוקרים אחרים התייחסו למושג כאל שם נרדף ל"ניכור". בעבודתם של ה- Berkeley Planning Associates (1977), הוגדרה השחיקה כ"מידה שבה הופך נפרד או מרוחק מהמשמעות או מן המטרה המקורית של עבודתו, הדרגה שבה מבטא העובד ריחוק מקליינטים, מעובדים ומהמקום עצמו.

בין ההגדרות השונות לתופעת השחיקה קיימים דמיון והבדלים כאחד. רוב ההגדרות של מושג השחיקה מתייחסות לשינויים בעמדות ובהתנהגות, המתרחשים בתגובה ללחץ ולדרישות יתר בעבודה, אצל העובדים בתפקידים, המחייבים מגע הדוק עם אנשים ומתן שירות. רוב ההגדרות של מושג השחיקה רואות את תהליך אובדן האנרגיה הנפשית והירידה בתפקוד, כנובע מלחצים יומיומיים נמשכים (להבדיל ממאורעות חיים קריטיים וחד פעמיים). פרוידנברגר מתייחס אל השחיקה בהקשר לחיי האדם בכללותם, בעוד שהאחרים מתייחסים אל השחיקה כנובעת מן הלחצים בעיסוק במקצועות של מתן שירות לאנשים. פרוידנברגר מאמץ גישה קלינית, משום שבדק וחקר את הדינאמיקה של שחיקה באדם שהתמוטט באופן נפשי כתוצאה מעבודתו. הוא חקר את הסיבות הפסיכולוגיות להיווצרותה של דינאמיקה זו, ואת תהליך היווצרותה. האחרים, לעומת זאת, מאמצים גישה אמפירית- חברתית. הממצאים המבוססים על שתי הגישות השונות לעיל, תמכו אלה באלה, ויחד הניבו מכלול של נתונים ותובנות ביחס לתופעת השחיקה.

## 2. השחיקה הנפשית ומושגים קרובים

לצד ההגדרות של תופעת השחיקה, נעשו ניסיונות להבחין בין תופעת השחיקה לבין תופעות דומות ומושגים תיאורטיים קרובים כמו: לחץ (ביר ושולר, 1980; ביר ונוימן, 1978), עומס תפקיד ולחץ תפקיד (קאהן, 1974). למרות זאת, אמצעי התקשורת וגם הספרות המקצועית, אינם מבחינים, לעיתים קרובות, בין המושגים של שחיקה לבין אלו של לחץ. יש להדגיש כאן, כי למרות ששני מושגים אלה קשורים אחד לשני, הם אינם זהים. חוקרים מגדירים לחץ כ"תוצאה לא ספציפית של דרישה כלשהי עבור הגוף, המשפיעה מנטלית או סומאטית" (Selye, 1993). לחץ נחוה גם על ידי בני אדם, וגם על ידי חיות. שחיקה, לעומת זאת, הינה תוצאה סופית של התהליך, בו אנשים, בעלי מוטיבציה ומחויבות גבוהה, מאבדים את

ה"רוח" או את ההשראה (Pines & Aronson, 1988). שחיקה נחוות רק על ידי בני אדם, אשר נכנסו לעבודה ולקריירה עם מוטיבציה, תקוות, ואידיאליים גבוהים. זהו מצב של תשישות פיזית, מנטלית, ורגשית, הנגרם עקב עיסוק ממושך במצבים אשר דורשים מעורבות אמוציונאלית (Pines & Aronson, 1988).

השחיקה, לעיתים קרובות, היא תוצאה של לחץ ממושך ללא מוצא, ללא תמיכה וללא אלטרנטיבות (פארבר, 1982). לחץ, כשלעצמו, הוא תופעה כמעט בלתי נמנעת במקצועות הסיעודיים למיניהם, אך אינו שחיקה. דרושים תנאים נוספים ומיוחדים כדי שאדם "לחוצ" יהיה גם "שחוק" באופן נפשי. פינס וארונסון (1981) מבחינים בין ליאות, או תשישות (TEDIUM) לבין שחיקה. כאשר הלחצים המתמשכים בעבודה הם סביבתיים ואינם כוללים מגע אנושי, הם מציעים לקרוא לתחושה "תשישות", בעוד שכאשר הלחצים קשורים במגע עם אנשים, מדובר ב"שחיקה".

הגבלת ההגדרה של השחיקה לעובדים במקצועות סיעודיים, מכירה בלחצים הייחודיים הנובעים מכך, שאדם משתמש בעצמו כ"כלי" בעבודת פנים אל פנים עם לקוחות או מטופלים תובעניים השרויים, לעיתים קרובות, בצרות. פינס וארונסון מבדילים בין שחיקה לבין עייפות גופנית. נכון הוא וברור מאליו, שאנשים העובדים קשה חשים עייפות. אך עייפות זו היא עייפות השונה מאוד מהתשישות הגופנית המתמדת, המאפיינת את השחיקה. השחיקה שונה, לדעתם, גם ממושגים אחרים כמו דיכאון, למרות הדמיון בתחושות היסוד של חוסר סיפוק, חוסר אונים וחוסר תקווה. שחיקה היא מושג פסיכולוגי-חברתי. בעוד שדיכאון הוא מושג קליני. במקרים של דיכאון, הפרט הוא נקודת המוקד של תסמונת המחלה ושל הטיפול. בשחיקה, לעומת זאת, מוקד גורמי המשבר ודרכי ההתמודדות עמם מרוכז בסביבה. אצל מאסלך (1976) מובחנת השחיקה כסוג ספציפי של תשישות רגשית, הנובעת מן הלחץ הקשור במגע בין אישי, והמתבטאת באנשי מקצוע המאבדים רגשות חיוביים, סימפטיה וכבוד כלפי הקליינטים שלהם. שחיקה מתייחסת לסוג מסוים של תגובה – הנטייה להתייחס לקליינטים ומטופלים באופן מרוחק ומכני.

ישנם אנשים שאינם מאמינים במושג "שחיקה נפשית" זו איננה שחיקה, הם אומרים, אלא בטלנות, אדישות או חוסר מוסר עבודה. תופעות אלו של מוסר עבודה ירוד, של חוסר יחס לקהל ובטלנות, קיימות ללא ספק, אך הן אינן זהות לתופעת השחיקה. הגורם המבחין בין תופעת השחיקה לבין תופעות של ניכור, לדעת פינס וארונסון (1981), הוא היות העובדים בעלי יוזמה והתלהבות ראשונית. דווקא האנשים הנמרצים ביותר הם אלה, הנוטים להישחק ביותר, והם אלה ששחיקתם היא הקשה ביותר. ניכור מתרחש גם אצל אנשים שמעולם לא ציפו בעבודתם אלא לתגמול כספי. שחיקה נפשית היא נחלתם של אנשים, שמלכתחילה התעניינו פחות מכול בתגמול הכספי. לדעה זו שותפים גם פרודנברגר ואדלוויץ וברודסקי.

קיים דמיון גם בין התיאוריה והמחקר בנושא השחיקה, לבין הספרות העוסקת בשאלת שביעות הרצון והסיפוק בעבודה, שכן גם זו, האחרונה, דנה במושגים של לחץ ומתח, והשפעותיהם הפיסיות והריגושיות. בספרות על השחיקה ניכר מאמץ להבחין בין שחיקה לבין סיפוק בעבודה, תוך הדגשת העובדה, שאלה הם ממדים הקשורים אמנם אחד לשני, אך אינם מזהים (מאסלך וג'קסון, 1981; האריסון, 1980). הנתונים הקיימים מורים על כך, שבעוד שגורמי הלחץ יכולים לנבא שחיקה, הם אינם יכולים לעזור בהסברת שביעות רצון והסיפוק מהעבודה. לפיכך, מבלי לבדוק באופן יסודי את הטענה, אפשר לשער, ששביעות רצון ושחיקה הם תחומים קרובים, אך





שונים. הספרות על השחיקה דנה באותם היבטים עצמם, אלא שהיא מדגישה את השחיקה, כמצב מתקדם בתהליך, שראשיתו מתח ולחץ. אחת הטענות העיקריות הנשמעות בדיונים על תופעת השחיקה היא, מידת ההצדקה לשימוש במושג זה, כאשר מצויים מושגים אחרים המשמשים לתיאור תופעות דומות כמו לחץ, עומס תפקיד ולחץ תפקיד. האם יש במושג זה כדי להבחין בין תופעות התנהגותיות, אשר אינן מאופיינות על ידי המושגים הנ"ל? האם ייתכן, שמדדי לחץ למיניהם יכולים, באותה מידה, לשקף את מצבי העייפות וההתרוקנות הנפשית, שאותם אמור לתאר מושג השחיקה? טענה אחרת גורסת, שעם כל הניסיונות להבחין תופעה זו מתופעות לחץ אחרות, כמעט שאין אצל אף אחד מן העוסקים בתחום, דיון ביקורתי והבחנה, בין משתני אישיות ומשברים אישיותיים לבין מושג השחיקה, כפי שתואר בשאלונים המקובלים. רוב הטענות והביקורת על מושג השחיקה, מתייחסות לחפיפה בין תסמונת השחיקה לבין תסמונות נפשיות אחרות. לדעת עציון (1983) ביקורת זו איננה מוצדקת. הקשר שנמצא בין שחיקה לבין תופעות נפשיות אחרות, כמו דיכאון, תסכול, ירידה בדימוי עצמי וכיוצא בזה, מקנה תוקף למושג השחיקה כמושג המתח הפסיכולוגי (STRAIN). ייחודו של מתח זה אינו בביטוייו הנפשיים והגופניים, אלא במקורות ובתהליך היווצרותו.

### 3. תסמונת תופעת השחיקה

תסמונת השחיקה כוללת עייפות כרונית, רגישות למחלות, תחושות של כישלון, דיכאון, חוסר אוניס חוסר תקווה ועמדות שליליות כלפי העבודה, מקבלי השירות והארגון. אף על פי שהשחיקה היא תהליך הדרגתי וניתן להתנסות ברמות שונות שלה, במקרים קיצוניים אנשים מגיעים לנקודת שבירה שאחריה אובדים להם הרצון והיכולת להתמודד. שחיקה נגרמת בעיקר כתוצאה מלחצים נפשיים ממושכים, או מלחצים כרוניים אחרים הקשורים לעבודה (Hobfoll, S.E & Shirom, A, 2000). שחיקה אינה קורית כתוצאה ממאורעות חריגים ודרמטיים, אלא כתוצאה מלחצים רגשיים נמשכים ויום יומיים. יתרה מזאת, דווקא טבעם המתמיד של לחצים אלה ודווקא חוסר המשמעות שלהם הם שעושים אותם לכבדים מנשא. גם גורמי לחץ מחוץ לעבודה תורמים לשחיקה. משברים בחיי הפרט הנובעים ממחלה או ממוות, ומתחים הקשורים בחיי משפחה מעורערים או בשאיפות שלא הוגשמו, מזרזים את תהליך השחיקה. הממד המרכזי בשחיקה הוא תשישות נפשית שמתפתחת, באופן איטי, לאחר סדרת ניסיונות בלתי מוצלחים להתגבר על מצבי לחץ שליליים (פרידמן ולוטן, 1987). שחיקה אינה דומה ללחץ, דיכאון או חרדה שמאופיינים בזמניות. היא מתפתחת באופן איטי, ואיננה נעלמת גם לאחר ההתנתקות מגורם הלחץ המקורי (Melamed, Shirom, Toker, Berliner & Shapira, 2006). מרבית מצבי השחיקה הנפשית מתרכזים במקצועות הסיעוד והסעד (פארבר, 1983), והם מעוגנים במגע הרגשי הרצוף והתובעני של נותן השירות עם לקוחותיו. גם אם מקורות הלחץ שונים בכל

מקצוע, ביטויי השחיקה דומים: בהדרגה מאבד איש המקצוע את העניין בעבודתו והתלהבותו פגה. הוא מפתח עמדה שלילית כלפי עצמו ורגשות טינה ועוינות כלפי חבריו לעבודה וכלפי לקוחותיו או מטופליו. את מקום היוזמה, האחריות והרצינות, אשר אפיינו את ראשית עבודתו במקצוע, תופסים השגרה, הזלזול והאדישות. איש המקצוע מתנסה יותר ויותר בתחושות של חוסר אונים וחוסר תקווה. יחסיו עם חבריו ועם בני משפחתו עלולים להידרדר, והוא נוטה לתשישות נפשית וגופנית. תופעות אלו עלולות להתבטא גם ברמת תפקודו של הארגון שבו הפרט פועל. מוסר עבודה ירוד, רמת ביצוע נמוכה, היעדרויות ושיעורי תחלופה גבוהים הם סימני ההיכר של השחיקה האנושית ברמת הארגון (עציון, 1983).

פרוידנברגר (1974) מתאר אצל האנשים השחוקים באופן נפשי תחושות של היעדר משמעות בחיים, ירידת התלהבות, חוסר מעורבות, שעמום בעבודה, תסכול, ריקנות, דעיכת מרץ, התבודדות, ציניות וירידה של סף הרגישות. פינס וארונסון (1981) טוענים, שאף כי עוצמתה של חווית השחיקה, אורך ההתנסות בה, תדירותה ותוצאותיה, שונים מאדם לאדם, תמיד ניתן למצוא בה שלושה מרכיבים בסיסיים: תשישות גופנית, תשישות רגשית ותשישות שכלית. התשישות הגופנית מאופיינת בעייפות שאינה חולפת, חולשה כללית, כבדות וחוסר מרץ. אנשים שחוקים סובלים לעיתים קרובות מכאבים שונים בגופם. הם מצטננים לעיתים מזומנות, נופלים למשכב על נקלה ומתלוננים דרך קבע על תחושה כללית גרועה. אחדים מדווחים על נטייה להיפצע, אם בבית, אם בעבודה ואם בתאונות דרכים. אחרים משנים בקיצוניות את הרגלי האכילה שלהם, וכתוצאה מכך משמינים מאוד או מרזים מאוד. למרות העייפות הרבה המאפיינת שחיקה, רבים מן הסובלים ממנה מתלוננים במקביל גם על בעיות שינה.

התשישות הנפשית מאופיינת בדיכאון, בחוסר אונים, בחוסר תקווה ובמלכוד. במקרים קיצוניים מגיע העובד השחוק למשבר נפשי ולמחשבות אובדניות. התשישות השכלית מאופיינת בהתפתחות של עמדות שליליות של האדם הנשחק כלפי עצמו, כלפי עבודתו וכלפי חיו.

נוסף על התשישות הגופנית, הנפשית והשכלית, לשחיקה יש גם ביטויים התנהגותיים. עובדים שחוקים נוטים לאחר לעבודה, לעזוב לפני הזמן, להאריך את ההפסקות, ואפילו להעדר ימים שלמים.

קטרין ארמסטרונג, אשר חקרה שחיקה בקרב אנשי צוות הטיפול במקרי התעללות והזנחה של ילדים, גילתה נוסף על תחושות מלכוד וחוסר אונים גם ביטויים התנהגותיים של שחיקה כגון: התקוממות קבועה נגד ההכרח ללכת לעבודה, הסתכלות דחופה בשעון, דחיית ראיונות עם מטופלים, קשיים בהתרכזות בדבריהם, חוסר סובלנות, ביטויי בוז ולגלוג ויחס מאשים כלפיהם (Armstrong, K.L., 1978).

במחקר אחר שבו נחקרו אחיות טיפול נמרץ, נמצאו האחיות לא רק מדוכאות יותר, חרדות יותר, ועוינות יותר במחלקות שוחקות פחות, אלא נמצא גם בקרב אחיות אלה אחוז גבוה יותר של מקרי עזיבת המקצוע, איחורים והיעדרויות מהעבודה, שנתלו בבעיות גופניות לא מוגדרות כגון עייפות כללית, מחושי ראש וכאבי בטן. גם ממחקרים נוספים עולה כי בקרב אחיות העובדות בתפקידים המטילים מעמסה נפשית כבדה, יש מקרים רבים של עצבנות יתר וחוסר שקט נפשי הבאים לידי

ביטוי בבקשות תדירות למעבר למקומות עבודה אחרים, בעיות ומתחים בין אנשי הצוות ואובדן היחס האישי האכפתי של האחיות כלפי החולים (Lysaught, J.P., 1970). צ'רניס מתאר שחיקה כהתייחסות מכנית ומרוחקת אל מקבל השירות, ייאוש, פסימיזם ותחושת פטליזם כלפי המקצוע, ירידתם של המוטיבציה, של המאמץ ושל המעורבות בעבודה, אפטיה ונגטיביזם, אי שקט וכעס המופנים כלפי חברים לעבודה וכלפי הפונים, עיסוק יתר בנוחיותו של העובד וברוחותו בעבודה, נטייה להסביר כישלונות בעבודה באמצעות אישיות הפונה אל המערכת, וכן התנגדות לשינוי, נוקשות ואיבוד החדשנות. מטינגלי (1977) מתאר שחיקה, כ"דפוס מורכב של סימפטומים, התנהגויות ועמדות, שהן ייחודיות לכל אדם". ישנה, אמנם, הסכמה כללית, שהסימפטומים של שחיקה כוללים מרכיבים פסיים, רגשיים ורוחניים, אך למרות הסכמה זו, אין התהליך זהה אצל כל אדם: יש אנשים אשר תגובתם העיקרית לתהליך השחיקה היא גופנית, תגובותיהם של אחרים הן רגשיות, בעיקרן, ויש המגיבים בכל קשת התגובות- הגופניות, הרגשיות והשכליות.

עיתויה של השחיקה, ביטוייה החיצוניים ותוצאותיה, תלויים גם בפרט וגם בסביבה שבה הוא חי ועובד. יש עבודות השוחקות את העוסק בהן תוך חודשים ספורים, באחרות השחיקה איטית. משבר השחיקה נמשך במקרים אחדים ימים או שבועות אחדים בלבד, והאדם מצליח להתגבר עליו בכוחות עצמו. במקרים אחרים נמשך המשבר חודשים, או אפילו שנים, בלא פתרון או בלא סימני החלמה. פרוידנברגר (1975) מצא חוויות שחיקה חוזרות אפילו אצל אותו אדם. לפי דבריו, לאחר המשבר הראשון- שהוא בדרך כלל חמור עד מאוד- לומד האדם להיות זהיר, לדאוג לעצמו, לאמץ דרכי התגוננות ולהשתמש בהן במידות שונות של הצלחה. משום כך המשברים בעתיד יהיו קשים פחות מן המשבר הראשון.

הקביעה אם עובד זה או אחר "שחוק" איננה קלה, שכן, כאמור, לא כל הסימנים המתוארים לעיל מתגלים בהכרח. יתר על כן, גישה דיכוטומית לשחיקה איננה מתאימה, בעיקר מפני ששחיקה היא תהליך ולא אירוע. רוב העוסקים בתחום מדגישים, בצורה זו או אחרת, את התהליך שבשחיקה. עציון (1983) מתאר שחיקה כ" תהליך של כרסום איטי במשאביו הנפשיים של האדם, תהליך של חיכוך איטי ומצטבר, כתוצאה מלחצים עמומים ובלתי מוגדרים היטב השוחקים את העובד. זאת, בניגוד למאורעות חיים דרמטיים או ללחצים מתמשכים המוכרים ומזוהים בבירור. תהליך זה אינו מזוהה בקלות, אינו מקבל לגיטימציה וכך מוחרפים ביטויי השחיקה. צ'רניס (1980) טוען, שהשחיקה מייצגת תגובה למצב עבודה בלתי נסבל. התהליך מתחיל כאשר העובד מרגיש לחץ ומועקה שאין בוא מסוגל להשתחרר מהם ולמצוא להם פתרון. השינויים בעמדה ובהתנהגות הקשורים בשחיקה מספקים מפלט פסיכולוגי, ומבטיחים, כי לחץ נוסף לא יתווסף לזה שכבר קיים. הסימפטומים המאפיינים שחיקה מהווים, אפוא, דרך התמודדות עם לחץ הקשור בעבודה, דרך הכוללת התרחקות, הימנעות, צמצום מטרות והאשמת אחרים. סינדרום השחיקה מבטא בחירה ברורה של שימוש בהגנה פסיכולוגית תוך נפשית על פני שיטות אקטיביות של פתרון בעיות. פינס וארונסון מתארים שחיקה כתהליך של התרוקנות- התרוקנות פיסית, רגשית ושכלית. גם אדלוויץ וברודסקי רואים את השחיקה כתהליך- תהליך התפכחות מר של בעל מקצוע המתחיל את הקריירה המקצועית, כשהוא חוזר בשאיפות מול המציאות. התפכחות זו מואצת עקב גורמים פני החברה, ומגלה, כי שאיפות אלה מתנפצות מול המציאות. התפכחות זו מואצת עקב גורמים הקשורים לטבעו של מקצוע העבודה ולתנאים הארגוניים והמקצועיים של העבודה או התפקיד.



ככל שנראה הדבר בספרות המקצועית, הרי תופעת השחיקה הנפשית הייתה קיימת מאז ומעולם במקצועות הסיעודיים. העיסוק המוגבר בה כיום הוא דבר ש"באופנה" בתחום המחקר העיוני (קופר ופיין, 1978; קופר ומארשאל, 1980). שינויים מסוימים באקלים הפוליטי ובאקלים החברתי הפכו את האנשים למודעים יותר לבעיה, ואולי אף הגבירו את מוכנותם לנסות להתמודד עמה.

#### 4. מרכיביה של השחיקה

ריבוי המחקרים בנושא השחיקה הוא תוצאה ממרכזיות וחשיבות התחום מבחינה מעשית. מאחר והעניין המרכזי בתופעת השחיקה היה מעשי ולא תיאורטי, לא הוגדרה מסגרת תיאורטית ברורה לאיסוף הנתונים ולפירושם, ולכן קיימות גישות, הגדרות וכלי מחקר רבים ושונים לבחינת התופעה (פרידמן, 1999). השחיקה מתייחסת למגוון רחב של אנשים, העובדים במגוון רחב של מקצועות, ובעיקר במקצועות של מתן שירות. המחקרים שנערכו, בתחומי עיסוק שונים, מעידים על שילוב בין מאפייני סביבה ומאפייני הפרט כגורמים המזרזים את שחיקת העובד (פינס, 1984). הגישה הפסיכולוגית-חברתית שנציגתה המרכזית היא Christina Maslach (1982) הגדירה שלושה מרכיבים לשחיקה:

- א. **תשישות נפשית ורגשית:** (לחץ בעבודה). לחץ בעבודה מוביל לאובדן אנרגיה גופנית ונפשית כתוצאה ממעורבות גבוהה של העובד.
- ב. **דה פרסונליזציה:** (הערכת הזולת). הערכת הזולת פוחתת, ומתפתחים תגובות ציניות ושליליות כלפי מקבלי השירות. העובד חווה אובדן אידיאליזם ואי-שקט נפשי.
- ג. **אי הגשמה:** (הערכה עצמית שלילית). נובעת מהפער שבין המאמצים המושקעים לבין ההישגים ומתבטאת בתפוקה ובמורל נמוכים (Maslach, 1982, Maslach&Jackson, 1981)

שירום (1994) חילק את הגישות המושגיות להגדרת השחיקה לשלוש:

- א. הגדרת השחיקה לפי Maslach (1982) שצוינה לעיל.
- ב. השחיקה כתהליך המורכב משלוש השלכות:
  - 1) השפעה גופנית של התופעה על האדם ועל רגשותיו;
  - 2) דימוי עצמי נמוך;
  - 3) התפתחות עמדות שליליות כלפי הזולת; (Aronson&Pines, 1981).
- ג. לגישות אלו הוא הוסיף את ממד התשישות הקוגניטיבית (בנוסף לתשישות הנפשית והרגשית) המאופיין בהעדר אנרגיה, בקשיים בחשיבה ובקשיים בקבלת החלטות (שירום 1994).

למרות השוני בין המחקרים הציעו Perlman & Hartman (1982) שלושה אפיונים משותפים לכל המחקרים: תשישות רגשית ופיזית; תפוקה נמוכה בעבודה; דה פרסונליזציה (פרידמן, 1999). סקירות המפרטות מחקרים בתחום השחיקה מופיעות בספריהם של Perlman & Hartman (1982), Shirom (1989) ו-Pines (1993).



## 5. מקורות השחיקה

בחיפוש אחר המקורות לשחיקה בקרב בעלי המקצועות הנותנים שירות לאנשים, ישנה נטייה להתמקד ברמת ניתוח אחת בלבד. אצל חוקרים אחדים רמה זו מתמקדת ביחיד: איזה טיפוס של אדם עלול להישחק ביותר? אצל חוקרים אחרים מתמקד המחקר ברמה הארגונית. במקרה כזה השאלה המרכזית היא, באיזה סוג ארגון השחיקה שכיחה ביותר, או מהם אפיוני התפקידים והארגונים התורמים ביותר לשחיקה או מונעים אותה? אפשר למצוא את מקורות השחיקה בכל אחת מהרמות, האינדיווידואליות, הארגונית והחברתית. למעשה, טיפול נאות בבעיה חייב לדון בכל אחת מהן ולעמוד על קשרי הגומלין שביניהן. ידוע ומוסכם, כי אנשים שונים זה מזה במידת פגיעותם ללחץ וביעילות ההתמודדות שלהם. לפיכך, יהיה ניתוח תופעת השחיקה בלתי מושלם אם לא יילקחו בחשבון גורמים אישיים ואישיותיים. במסגרת הגורמים האישיותיים, ישנה הסכמה כללית, כמעט, שאנשים, הנוטים להישחק יותר מחבריהם, הם אנשים רגישים, אנושיים, מסורים, אידיאליסטים ונוטים ביותר להתעניין בזולתם כבני אדם. עם זאת, הם נוטים לדאגנות, מופנמים, מגלים התלהבות יתר ונוחים להזדהות יתר עם זולתם (בלוך, 1977; צ'רניס, 1980; אדלוויץ וברודסקי, 1980; פרוידנברגר וריצ'לסון, 1980; פינס וארונסון, 1981). הסבריו של פרוידנברגר להיווצרות השחיקה הם במונחים אישיותיים. הוא צופה כי זו תופיע בעיקר באישיות מסוג מסוים, אישיות המאופיינת על ידי שאפתנות, על ידי דחף גבוה להישגיות והיא בעלת סטנדרטים גבוהים בעבודה. אנשים מטיפוס זה מציבים לעצמם דרישות גבוהות ביותר, לעיתים גם מטרות בלתי ניתנות להשגה. עובדים כאלה מתרוששים במובן האמוציונלי, כשאין הם ממשיכים להתקדם ולהשיג הישגים גבוהים. כלומר, עובד בעל סיכון שחיקה גבוה הוא עובד מסור, בעל תחושת מחויבות ובעל צורך חזק להעניק מעצמו לזולתו. עם זאת, מזהיר פרוידנברגר מפני מרכיבים הקשורים בתפקיד עצמו, כמו שעמום ושגרתיות יתר, כגורמי שחיקה אפשריים. במסגרת המאפיינים האישיים לגורמי השחיקה מוזכרים עמדות ומטרות ביחס לקריירה, לחשיבותה היחסית של מוטיבציית ההישג, למין העובד ולגילו, לחוויותיו הקודמות ולאפיוני פעילותו מחוץ לשעות העבודה, ובעיקר למידת התמיכה החברתית והלחץ הנחוים על ידי היחיד מחוץ לשעות העבודה (פינס וארונסון, 1981; צ'רניס, 1980).

## 6. גורמים לתופעת השחיקה

הסיבה העיקרית לשחיקה אכן מצויה, ככל הנראה, במקרים מסוימים, באדם עצמו (במקרים כאלה, שינוי העבודה או בקשת טיפול נפשי עשויים להיות הפתרונות הטובים ביותר). אך הסיבה העיקרית למרבית מקרי השחיקה הנפשית היא דווקא סביבתית (פינס, 1984). מאסלך (1976) טוענת, כי שכחות תופעת השחיקה והטווח הרחב של אנשי המקצוע המושפעים ממנה מרמזים על כך, ש'עלינו לחפש את התנאים או את המצבים הלוחצים, שבהם אנשים טובים מתפקדים,

במקום לגלות את האנשים הרעים במקומות עבודה אלה". ואמנם, מודלים לשחיקה, המבוססים אך ורק על לחצים הקשורים בעבודה, עדיין שכיחים, בפרט בעיתונות הפופולארית. גם אם אין במודלים אלה התעלמות מוחלטת מההבדלים הבין אישיים העושים אנשים מסוימים פגיעים לשחיקה, התופעה מיוחסת בעיקרה לגורמים מצביים ומקצועיים. ממצאי מחקרים רבים אכן תומכים בעמדה, כי גורמים הקשורים בעבודתו של האדם הם בעלי ערך מרכזי בתהליך שחיקתו של העובד (מאסלך, 1978).

לגבי מקצועות רבים ניתן לחבר רשימה ארוכה של גורמי לחץ, חלקם משותפים כמעט לכל מקצועות שירותי האנוש, אחרים ייחודיים לתחום ולמערך העיסוק הספציפיים. למשל, כמעט כל בעלי המקצוע העוסקים ברווחתם של אנשים, מתלוננים על שעות עבודה מרובות, בידוד, היעדר סמכות, תובענות יתר של הפונים, אי הבנה וחוסר תמיכה מצד הציבור לקשייהם בעבודה, דרישה לתפוקה מוגברת, הכשרה בלתי מספקת, אדישות מצד ההנהלה או אדישות כללית לעבודתם (פארבר, 1983; קפלן וגיונס, 1975; קאהן, 1974). במקצועות אחרים, מוזכרים המצבים הבאים כחשובים ובעלי משקל כבד במיוחד כגורמי שחיקה: מצבי עמימות בתפקיד (המתבטאים בהיעדר בהירות באשר לזכויותיו של העובד, לאחריותו, לשיטות הנכונות לביצוע עבודתו, למעמדו בחברה, למטרות שעליו לשאוף להשיגן ולמידה שבה נמדדת הצלחתו בתפקיד, גולר ולג, 1975), מצבי התנגשות במילוי תפקיד (המתבטאים בתביעות מתנגשות, בלתי מתאימות או בלתי ראויות המוצגות בפני העובד, טוסי וטוסי, 1975), ועומס יתר בתפקיד, הנחשב כגורם שבגיניו נשמעות התלונות הרבות ביותר בין עובדי ארגונים שונים.

אחת ההנחות היא המכנה המשותף לכל גורמי השחיקה, שמקורם בעבודה עצמה הוא, שכל אחד מהם תורם לתחושה, שאין הדבר משנה כלל באיזו מסירות אתה עובד – התמורה, במונחים של תחושת הגשמה, הכרת תודה, קידום או הערכה, אינה משולמת כראוי. אפשר לראות את השחיקה כתהליך המתרחש כאשר עובדים חשים פער בין ה"תשומה" שהם משקיעים בעבודה לבין ה"תפוקה" שהם מצפים לזכות בה בתמורה (פארבר, 1983). קבוצת סיבות נוספת המתמקדת באפקט השלילי של חיי הארגון על אישיותו של בעל המקצוע מוזכרת על ידי פינס וארונוסון (1981): היעדר תגמולים מספקים ומיעוט הזדמנויות לביטוי עצמי, יחסי גומלין קשים ובלתי מספקים עם הפונים והיעדר אוטונומיה. צ'רניס מדגיש אף הוא את חשיבותם של מרכיבים במבנה הארגוני: המבנה הנורמטיבי מבנה הכוח ומבנה התפקיד. אלה קובעים במידה רבה את מידת קונפליקט התפקיד ואת עמימות התפקיד הנחווית על ידי הצוות. הם גם קובעים את המידה, שבה התפקיד של כל איש צוות יהיה מעניין, מעורר ובעל אתגר. על אלה יש להוסיף את אופי המנהיגות, את הניהול וכן את טיב האינטראקציה החברתית בין אנשי הצוות. מרכיבים אלה גם משפיעים על מידת האוטונומיה, על השיתוף ועל השליטה הזמינים לכל איש צוות. כל הגורמים הללו משפיעים בסופו של דבר על המידה, שבה אנשי הצוות יחוו בעבודתם תחושות הצלחה, יעלות וקומפלטיות, דבר שישפיע על שיעור השחיקה.

נראה, שהתמקדות ברמה הארגונית ובגורמים הסביבתיים כגורמי השחיקה, יותר משיש לה הצדקה תיאורטית, יש לה הצדקה מעשית, וזאת בשל שתי סיבות עיקריות: ראשית, ההבדלים בתפקידים ובארגונים הם, כנראה, מקורות שחיקה חזקים יותר מאשר ההבדלים בין אנשים. הצעה זו נתמכת על ידי מחקר על שחיקה שבו ניסו להעריך את התרומה היחסית של מספר מקורות בתכנית ה- Berkeley Planning Associates (1977). שנית, נראה שקל יותר להפחית

את שיעור ההתרחשות והחומרה של תופעת השחיקה על ידי התערבות ברמה זו. רעיון זה עשוי להישמע מוזר וחסר סיכוי לאלה שהתאכזבו מן הניסיונות לשנות אספקטים בארגון, אולם על אלה לזכור, כי שינוי אנשים גם הוא איננו קל. מכיוון שהתנהגות אנשים נוטה להיות מושפעת מהמערך החברתי, ניתן, בדרך כלל, לשנות בקלות רבה יותר עמדות והרגשות על ידי שינוי מבנה התפקידים, מאשר על ידי עבודה ישירה עם האנשים. (לדוגמה, קל יותר להפחית קונפליקט תפקיד מאשר לשנות את מוקד השליטה של האדם מחיצוני לפנימי). במילים אחרות, ההתערבויות ברמה הארגונית הן גם יעילות יותר וגם בעלות סיכוי רב יותר להשפיע על מספר רב של אנשים בהשקעה זהה של משאבים.

למרות המתואר לעיל, הציעה הספרות המקצועית ברובה מודלים סיבתיים מורכבים לשחיקה, הבחינה במפורש בין גורמים אישיים ואישיותיים לבין גורמים הקשורים במקום העבודה והדגישה את האינטראקציה בין גורמי הפרט, הארגון והחברה. הקשר בין הגורמים האישיים והאישיותיים לבין גורמים הקשורים בעבודה, בכל הקשור בשחיקה, ניתן לתיאור על ידי מידת ההתאמה בין דרישות התפקיד לבין היכולת האישית לעמוד במצבי לחץ (פרנץ' וקפלן, 1972). ההבדלים האישיים יקבעו את המהירות שבה יתרחש תהליך השחיקה, את מידת הקושי של ההתנסות בה ואת תוצאותיה, סביבת העבודה תקבע את מידת ההסתברות שילקו העובדים כולם בשחיקה (פינס, 1984). במילים אחרות, גישה כזאת מנסה להסביר שחיקה לא על ידי תכונות אישיות לבדן, ואף לא על ידי גורמים סביבתיים לבדם, אלא על ידי משתנים בסביבה, המשפיעים כל אחד לחוד, ואף באמצעות האינטראקציות ביניהם, על שחיקתם של אנשים, השונים זה מזה בתכונותיהם, במניעיהם ובנטיות התגובה שלהם. דוגמה לגישה כזאת היא ניתוחו השיטתי והכולל של צ'רניס (1980) את מקורות השחיקה. צ'רניס מתייחס הן לגורמים אישיותיים של האדם בתפקיד (כמו אוריינטציית הקריירה ההתחלתית שלו – אידיאליסט, קרייריסט וכיוצא בזה), הן לגורמים סביבתיים אירגוניים (עומס רב, היעדר אוטונומיה, היעדר גירוי אינטלקטואלי בעל אתגר, היעדר תמיכה או הכוונה מספקת מצד ההנהלה וכדומה) והן לגורמים היסטוריים חברתיים (מצבם של מקצועות שירותי אנוש ומעמדם בחברה כיום). כן מתייחס צ'רניס לגורמים לתופעת השחיקה שלהלן: משמעות השנים הראשונות בקריירה המקצועית והבדידות המלווה אותן, מנקודת הראות של בעל המקצוע המתחיל, הפונים לשירותים החברתיים וגישתם אל בעלי המקצוע בהם, אופי הטכנולוגיה הטיפולית או השירותית המוגבלת והנעדרת אפקטיביות לעיתים וכדומה. גם אדלוויץ וברודסקי (1980) רואים את הסיבות לשחיקה במונחים של אינטראקציה בין היחיד ה"אידיאליסט" לבין גורמים הקשורים לטבעו של המקצוע ולתנאים הארגוניים של פעולתו.

פינס וארונסון מונים ארבעה גורמים המשותפים, כמעט, לכל המקצועות השירות, ומתייחסים הן להיבטים האישיותיים והן להיבטים הסביבתיים:

1. עבודה עם אנשים, המטילה, לעיתים, מעמסה נפשית כבדה לאורך תקופת זמן ממושכת.
2. לעובדים יש תכונות אישיות מסוימות ומניעים מסוימים, אשר גרמו להם לבחור בעבודתם- בעיקר אהבת אדם.
3. כיוון חד צדדי מנותן השירות למקבלו.
4. קבוצת סיבות המתמקדת באפקט השלילי של חיי הארגון על בעל המקצוע.

שלושת הגורמים הראשוניים הם גורמים ברורים לשחיקה. כל אחד מהם מתווסף לקודמו: אם עבודה עם אנשים ולחץ נפשי הם חוויה קשה לכל אדם, קל וחומר שהם הרסניים לגבי אנשים, הבוחרים לעבוד עם אנשים, והרגישים לסבלם של אחרים. חוויה מתישה כזאת היא קשה במיוחד, כאשר לעובד אין אפשרות לבטא את רגשותיו, בשל היחסים חסרי האיזון שבינו לבין אלה שאתם הוא עובד. חשוב גם לציין, כי העובדים במקצועות שירותי אנוש אינם מקבלים, בדרך כלל, הכנה ללחצים שבעבודתם, שכן כל הספרות המקצועית מתרכזת בבעיותיהם של מקבלי השירות. החד סטריות שביחסים, שמוקדה במקבל השירות, מגדירה חוסר איזון ביחסי השירות. ההשפעה של היחס החד סטרי הזה מתגברת כאשר מצורפות אליה העוצמה הרגשית המאפיינת את העבודה עם אנשים ואת הקבוצה המיוחדת של האנשים אשר בחרו בעבודות אלה. כיוון שכל שלושת האלמנטים מצויים כמעט בכל העבודות הסיעודיות, תהליך השחיקה הוא כמעט בלתי נמנע.

מן הספרות המחקרית ניתן, אפוא, להכליל ולסמן שלושה "אבות נזיקין", המהווים מקורות שחיקה אצל העובדים בשירותי אנוש. מקור עיקרי וראשון לשחיקה במקצועות האלה הוא ציפיות שלא התגשמו. מקור זה הוא בעל חשיבות ניכרת בשל האמונה ההולכת ומתחזקת בשנים האחרונות, כי על העבודה להיות כלי להגשמה עצמית. בעבר, נחשב מקצוע המכניס היטב, המציע הזדמנויות קידום טובות, והמוכר כמכובד וכמספק תנאי עבודה סבירים ובטוחים, כמקצוע "טוב מאוד". עד מהרה החלו רבים להאמין שיש צורך ביותר מזה: על מנת שיהיה התפקיד מספק באמת, צריך התפקיד להציע גם חידוש וגם משמעות והזדמנות ליצירתיות ולביטוי עצמי. במילים אחרות, על התפקיד להיות כלי להגשמה עצמית יחד עם אמצעי לרכישת ביטחון כלכלי. בהשפעת נורמות חדשות אלו אנשים מחפשים בעבודתם חדשנות, מקוריות והגשמה עצמית, נוסף על מה שחיפשו בו בעבר. אנשים נוטים להרגיש "מרומים" אם אינם משיגים את הדברים הללו, הם חשים תחושה חזקה של קיפוח ושל כמיהה. אפשרי, אפוא, ששחיקה מקצועית היא ביטוי נוסף לשינוי היסטורי זה בעמדות כלפי העבודה. הערכים החדשים מקנים לאדם "זכות" לחוש חוסר סיפוק, אם עבודתו נעשית מייגעת וחסרת מקוריות. נראה, שהמונח שחיקה והפופולאריות העכשווית של התופעה, יחד עם מספר הנחשקים הגדול במקצועות שירותי אנוש, הם תוצר של עמדות ושל ערכים חדשים, יחסית, ביחס לעבודה ולחיים.

מקור שני עשוי להיות קשור בתופעה המכונה "המיסטיקה המקצועית". עובדים במקצועות הסיעודיים מגיעים לעבודתם עם רצון עז למלא משימות, שתאפשרנה להם לממש את דימויים העצמי המקצועי. עם זאת, רבות מן המטלות שהם נדרשים לבצע כחלק בלתי נפרד מן העבודה (כגון ניירת), הן חלק מדימוי עצמי בירוקרטי, הנתפס כנחות וכמגביל את אפשרויותיהם לעסוק בעבודה "ממש". במצב כזה, מרגיש העובד "לא מוגשם", וסביר שהוא ייהפך למתוסכל ולחסר שבע רצון. חוסר היכולת לממש את הדימוי המקצועי בשירותי אנוש נמצא כמקור לחוסר סיפוק רציני ביותר (צ'רניס, אגנטוס וואקר, 1976). ייתכן גם, שפופולאריות זו של מושג השחיקה קשורה למודעות הגוברת והולכת של העובדים לגורמי מחלות, הן סביבתיות (סרטן, זיהומים) והן נפשיות, להתפתחות החקיקה בנושאי בטיחות ובריאות, להתעוררות הגישות לפיתוח משאבי אנוש בארגונים (שיין, 1977), וכן לצורך בהומניזציה של מקום העבודה (דיוויס וצ'רנס, 1975).



מקור שלישי היא הביקורת הקשה הנמתחת מצד הציבור כלפי המונופולזים של אנשי המקצוע, המשרתים אנשים בתחומי העזרה והסיוע לאדם במצוקה, המלווה בירידה בגישת ההערצה המופרזת כלפי הידע הייחודי שמקצועות אלה מיצגים, בריבוי תביעות בדבר רשלנות מקצועית (כהן, 1979) ובדבר המרחק "דיסטנס" של העובדים במקצועות אלה מן הפונים אליהם. דומה, כי מעולם לא הייתה בעבר ציפייה כה רבה לפתרון כל בעיה בתחום הגופני, הרגשי או החברתי מצד העוסקים במקצועות העזרה לאנשים. ציפיות שהיו מופנות בעבר אל נציגי הדת והאמונה ואל מנהיגים חברתיים ומשפחתיים מופנות כיום אל פסיכולוגים, אל עובדים סוציאליים, אל רופאים ואחיות. אין חתימה, אפוא, שאלה אינם יכולים לעמוד בציפיות האלו ולממשן כמשאלות לבם של הפונים (בר גל, 1984).

מחקרים בתחום השחיקה (Moore, 2000; Hobfoll & Shirom, 2000) מראים כי רוב החוקרים רואים את השחיקה כתוצאה של חשיפה ללחץ כרוני בעבודה. גורמי לחץ כרוני אשר עלולים להוביל לשחיקה כוללים עומס יתר, עמימות התפקיד וקונפליקט תפקידים, חוסר שיתוף פעולה, והעדר תמיכה חברתית. כך מחקר של Singh (2000) בחן את התפיסה הסובייקטיבית של עומס בעבודה, הבאה לידי ביטוי בקונפליקט בין דרישות למשאבים, כאשר עובד נדרש לעמוד בדרישות מוגברות ללא תוספת זמן או אנשים. Singh (2000) הראה, כי עומס, הנתפס על ידי העובד, השפיע על השחיקה והביצוע של העובד.

סקירת ספרות של שירום (Shirom, 2003) בתחום השחיקה מציגה קשרי גומלין בין לחץ לשחיקה אשר מבוססים על תיאוריית ה-COR (Hobfoll & Shirom, 2000). לפי תיאוריית ה-COR לחץ בעבודה מתרחש כאשר בן אדם נמצא במצב של העדר משאבים, איבוד משאבים, או אי יכולת לחדש משאבים אחרי השקעה משאבית. אחת המסקנות של תיאוריית ה-COR היא כי לחץ בעבודה לא מתרחש כאירוע בודד, אלא משקף יותר תהליך הקשור לאיבוד או התרוקנות משאבים אנרגטיים. המצב הרגשי של השחיקה מתרחש כתגובה רגשית לתהליך איבוד או התרוקנות המשאבים במהלך הזמן בעבודה ללא אפשרות לחדש את המשאבים (Hobfoll & Freedy, 1993).

לפי תיאוריית ה-COR כאשר אנשים חווים העדר משאבים הם מגיבים בניסיון להגביל איבוד משאבים ולמקסם שמירה על משאבים. חוקרים מציינים כי בשלבים מתקדמים של השחיקה אנשים מראים בו זמנית התנהגויות הגנה ומביעים דלדול וניתוק רגשי, וגם ציניות כלפי מטופלים. נראה כי עובדים אלו נוקטים באסטרטגיית התמודדות זו במטרה להקטין את תחושת התשישות הרגשית, ומנסים להרחיק את עצמם באופן פסיכולוגי ממקבלי שרותיהם, או להגביל את רמת החשיפה הפיזית ללקוחות. תיאוריה זו יכולה להסביר את הקשר בין תשישות רגשית לציניות, עליו מצביעים מחקרים רבים בתחום השחיקה (Lee & Ashforth, 1996). אולם ניסיונות התמודדות מסוג זה אינם מועילים בדרך כלל, ומובילים לשחיקה גבוהה עוד יותר, אשר מהווה בעיה הן לעובד והן לארגון, בו האדם עובד (Shirom, 2003).

כאמור, העדר תמיכה חברתית מהווה אחד מגורמי לחץ כרוני אשר עלולים להוביל לשחיקה. חוקרים טוענים כי תמיכה חברתית יכולה לספק משאב קריטי במצבים המהווים לחץ עבור העובד, ולעזור לעובד למלא מחדש משאבים אנרגטיים מדולדלים (Hobfoll & Shirom, 2000).

כך, מחקרים הראו גם כי תמיכה מהמנהל מהווה משאב ארגוני להתמודדות עם הלחצים בעבודה ועוזרת לעובדים לתפוש את התפקיד כמלחץ פחות, ממעיטה את מידת השחיקה של עובדים, מפחיתה כוונות עזיבה, ומגבירה את מידת המחויבות לארגון (Singh, 2000). Britten ו-Eisner (1999) הדגישו גם כי פקידי קבלה בקליניקות רפואיות מייחסים חשיבות רבה למנהל במתן יעוץ ותמיכה לעובדי קבלת הקהל. עם זאת, דווקא העובדים השחוקים, אשר הכי הרבה זקוקים לתמיכה, לעיתים הם אלה שלא מקבלים אותה באופן ספונטאני מעמיתיהם ומהסובבים אותם. לפי תיאוריית ה-COR ישנו קשר הדוק בין הידלדלות של משאבים אנרגטיים לבין תמיכה חברתית ירודה (Hobfoll, 1998). עובדים אשר מרגישים אובדן משמעותי של משאב אנרגטי, כלומר אלה שמתלוננים על עייפות פיזית, תשישות רגשית וחולשה קוגניטיבית, בדרך כלל נראים כפחות אטרקטיביים ומושכים בעיני עמיתיהם בעבודה, ולכן פחות זוכים בתמיכה חברתית. להסתכלות תיאורטית זו ישנה גם תמיכה אמפירית רבה. כך לדוגמה, החוקרים Curtona ו-Russel (1990) איחדו ארבעה מחקרים אשר בחנו את הקשר בין תמיכה חברתית לבין שחיקה בקרב מורים אחיות, רופאים ואחיות בטיפול נמרץ ומצאו מתאם שלילי בין שחיקה לבין תמיכה חברתית.

גורם נוסף אשר עלול להוביל לשחיקה הינו העדר שליטה במקום העבודה. כללית, מהמחקרים עולה כי לתחושת השליטה של העובד ישנו תפקיד חשוב במיתון ההשפעה של הלחץ על העובד. חוקרים הראו כי תחושת השליטה בולמת את ההשפעה השלילית של הדרישות ומקורות הלחץ בעבודה על בריאות ותחושת ה-Well-being של העובד. ההנחה היא כי תחושת השליטה של העובד מעלה אפשרויות להתמודדות מכוונת עם הבעיה. כתוצאה מכך, העובדים בעלי תחושת שליטה גבוהה יסבלו פחות מבעיות נפשיות יחסית לאלו הנתקלים בלחצים ודרישות גבוהות, אך בעלי תחושת שליטה נמוכה (Schaubroeck, 2000; Ganster, 2001).

כמו כן, עובדים בעלי תחושה גבוהה של שליטה נוטים להשתמש בתמיכה חברתית זמינה כאשר זאת נראית להם כדרך ההתמודדות היעילה ביותר (Hobfoll & Shirom, 2000). לכן, התערבות המשלבת תמיכה חברתית והגדלת שליטה יכולה להיות אפקטיבית בהקטנת השחיקה בקרב עובדים בארגון. כך למשל, התערבות אשר שילבה תמיכה מהעמיתים במקום העבודה וחיזוק חוללות עצמית מקצועית אצל עובדים נמצאה כמקטינה שחיקה בהשוואה לעובדים בקבוצת ביקורת אשר לא נחשפו להתערבות (Rabin et al., 2000).

מחקרים רבים מראים כי קיום גורמים ארגוניים אלה בסביבת העובד מהווים משאבי התמודדות חשובים ועוזרים להפחית את השפעת הלחצים השונים בסביבת העבודה על מצבם הנפשי של העובדים. עם זאת, שיטת התמודדות אלה עלולות להיות לא תמיד זמינות או יעילות. למשל, אספקת תמיכה חברתית לעמיתים דורשת גם היא השקעת אנרגיה רגשית רבה, כך שעובדים העוסקים בעבודות אשר דורשות השקעת אנרגיה רגשית במסגרת עבודתם, יתכן וימנעו מהשקעת האנרגיה הנוספת וינסו לשמור על המאגרים האנרגטיים שלהם. כמו כן, תמיכה מהמנהל עלולה להיות לא תמיד זמינה עקב לחץ בעבודה אליו חשוף מנהל עצמו או עקב תדירות נמוכה של פגישות צוות, מטרתן לספק תמיכה חברתית ברמה ארגונית לעובדים. בנושא השליטה הבעיה

עלולה להתעורר כאשר העובד, עקב תכונות אישיות, לא מסוגל להשתמש או לנצל את השליטה הניתנת לו במסגרת התפקיד, דבר ההופך את משאב ההתמודדות הזה ללא יעיל.

כמו כן, ניתן לראות כי רוב המאמץ המחקרי בנושא שיטות התמודדות עם השחיקה מתמקד בתהליכים התנהגותיים של העובדים וההנחיות הניהוליות לגבי התנהגויות העובדים עצמם. כך, מספר חוקרים מציעים תהליכים שעובדים יכולים להפעיל על עצמם כדי להפוך את ההשפעות של האינטראקציה עם לקוחות משליליות לחיוביות (Gradney, 2000). גם בסקירה האחרונה בתחום השחיקה שירום (2003) מדגיש כי שינויים ארגוניים, כמו יחסי עבודה בין עובד למעביד, גרמו לכך כי בתחום המאבק בשחיקה המאמץ הניכר מופנה לעובד עצמו, כלומר ניתנת חשיבות רבה למשאבי התמודדות אינדיבידואלים של העובד עם השחיקה כגון: חוללות עצמית ותמיכה חברתית אותה הוא מקבל מעמיתים, חברים או משפחה. גישה זאת מוגבלת למדי שכן הטלת האחריות על בעיות שונות שהעבודה מייצרת, ועל התמודדות עם בעיות כאלה אינה יכולה להסתיים בעובדים עצמם.

יש יסוד להניח כי ישנם גורמים נוספים אשר משפיעים על הבריאות הנפשית, איכות החיים, התחושות, וההתנהגויות של עובדים במפגשי שרות. התפישה הרחבה יותר של תרבות ארגונית על ביטוייה השונים מתקפת את הטענה כי אופן התכנון וההבניה של הארגון והעבודה הם בעלי השפעה על תחושות והתנהגויות עובדים (Ashkenasy, Wilderom and Peterson, 2000). אחד ההיבטים הקריטיים של תכנון וארגון העבודה הוא העיצוב הפיסי של סביבת העבודה אשר נמצא כקשור אל היבטים אחרים של תכנון זרימת העבודה (Oldham, Cummings, & Zhou, 1995; Trice and Beyer, 1995). Bitner (1992) יישמה טיעון זה למסגרת של מתן שירות ופתחה מסגרת תיאורטית לניתוח סביבות מתן שירות שבה היא טוענת כי סביבת השירות ונהלי מתן שירות (אותם היא מכנה Servicescapes) הם אלמנטים קריטיים בהגדרת איכות השירות ללקוח מחד וההשפעות השונות על עובדי השירות מאידך. ממצאים אלה מציעים כי מנגנוני תכנון עבודת שירות הן מבחינת נהלי העבודה ובעיקר מבחינת סביבת העבודה הפיסיית יכולים לעצב את איכות החיים והבריאות הנפשית של העובדים, ולמתן או למנוע תופעות של תסכול, שחיקה, עייפות, היעדרות או חולי.

מגזר העובדים אשר נדרש אינטראקציה עם מטופלים בתוקף עבודתו גדל והולך; עם העלייה בחלקם של השירותים בתל"ג ישנה עלייה כללית בצורך בעובדי שירות. לכן ישנה חשיבות ממדרגה ראשונה לזיהוי הדרכים הנכונות לעיצוב תחנות העבודה ונהלי העבודה של עובדי שירות ולזיהוי הנהלים הנכונים לתכנון האינטראקציות בין העובדים למטופלים.

## 7. השפעת מאפייני סביבת העבודה על העובדים

ממצאים אמפיריים מראים כי לסביבה הפיזית ישנה השפעה רבה על רגשות, התנהגויות ועמדות של בני אדם. למשל, בסדרת מחקרים נמצא של "נעימות" של סביבה יש השפעה על האופן בו מעריכים נבדקים את המוצר. נבדקים בסביבות נעימות נטו להעריך את המוצרים במידה חיובית יותר מאשר נבדקים בסביבות לא נעימות (Obermiller and Bitner, 1984).

חוקרים אחרים התמקדו בסביבת העבודה ובחנו השפעתה על רגשות והתנהגויות של עובדים (Barclay & York, 2001). חוקרים מדגישים את חשיבותה של סביבת העבודה הפיזית בארגון. כך לטענתם של החוקרים בארקלי ויורק, תהליכי שינוי ארגוני עלולים להיכשל אם במהלכם סביבת עבודה פיזית אינה נלקחת בחשבון.

מודלים של גירוי יתר (Overstimulation) מניחים כי עובדים מגיבים שלילית לסביבות העבודה אשר מאופיינות בצפיפות וקרבת יתר, כגון שעובדים בסביבות אלו חשופים להמון הפרעות בלתי רצויות ובלתי נשלטות (Baum & Paulus, 1987). הפרעות אלה בסביבה עלולות לגרום למצב של עומס יתר, וכתוצאה מכך לתגובות רגשיות והתנהגותיות שליליות של העובדים. תוצאות מחקר אחר הראו כי עיצוב המשרד (צפיפות, תאורה, מרחק בין אישי) השפיע על שביעות רצון העובד מעבודתו, היעדרות מהעבודה ועל תחלופת העובדים (Oldham, 1987). חשוב לציין גם כי בארגוני מתן שרות גירוי יתר ועומס על העובד באים לידי ביטוי גם במספר הלקוחות או המטופלים פר עובד בפרק זמן נתון. חוקרים מראים כי ככל שעומס או המגע עם המטופלים אינטנסיבי יותר, כך השחיקה גבוהה יותר (Golembiewski and Kim, 1990). במחקר אחר חוקרים הראו כי מספר החולים בהם מטפלת אחות היה קשור לשחיקה ולשביעות רצון מהעבודה של האחיות בבית חולים, כך שכלל שמספר החולים עלה, כך השחיקה ואי שביעות הרצון מהעבודה עלו גם הן (Aiken et al., 2002). יש להדגיש כי באינטראקציה "פנים אל פנים", כמו בעבודת קבלת הקהל בארגוני מתן שירות רפואי, הלקוחות מהווים מרכיב חשוב של סביבת העבודה. בזמן שעובד קבלת משרת לקוח אחד, מספר רב של לקוחות אחרים נמצאים בסביבה- הממתינים לעובד קבלה, הממתינים לרופא, המלווים את הלקוחות וכו' ומהווים גירויים נוספים עבור העובד בסביבת העבודה. בנוסף, לפי מודלים של הפרעה חברתית (Social interference) עובדים מגיבים שלילית לסביבות עמוסות בעלות צפיפות יתר ומרחק בין אישי קטן בגלל שמספר רב של הפרעות מקשה על ביצוע המשימות והשגת מטרות (Baum & Paulus, 1987). מכאן, אינטנסיביות מגע עם הלקוח, הינה פרמטר חשוב של סביבת העבודה של עובד מתן שירות, כאינדיקציה לסביבה עמוסה ובעלת גירויים רבים.

מחקרים אחרים מראים כי לארגונומיה של עמדת העבודה ישנה השפעה על תחושות והתנהגויות של העובדים. כך, מחקרים מראים כי לחץ פיזי ואי נוחות בעבודה הינם פונקציה של חשיפה לגורמי סיכון ארגונומיים, כגון תנחות בעיתיות, מחזוריות וכוח (Ayoub & Wittels, 1989). גורמים אלה ואחרים עלולים להביא לכאבים ולטראומה מצטברת בקרב העובדים (Hales et al., 1994). כמו כן, מחקר אחרון בתחום הראה כי שיפור ארגונומי בעמדת העבודה, השפיע לא רק על בריאותם, אלא גם על שביעות רצונם של העובדים (May et al., 2004). כלומר עובדים אשר נחשפו לתוכנית התערבות, אשר מטרתה הייתה שיפור ארגונומי של עמדת העבודה, דיווחו על פחות כאבי גב ושביעות רצון גבוהה יותר מעמדת העבודה.

ספרות מקצועית בתחום מראה כי חוקרים שונים ניסו לסווג את היבטי הסביבה הפיזית לסוגים או ממדים שונים. חוקרים רבים הדגישו את היבט האינסטרומנטאליות, המתייחס למידת הפונקציונאליות של גורמים פיזיים וציינו כי יש לבחון מקום לפי מה נעשה בו ועד כמה מרכיבי

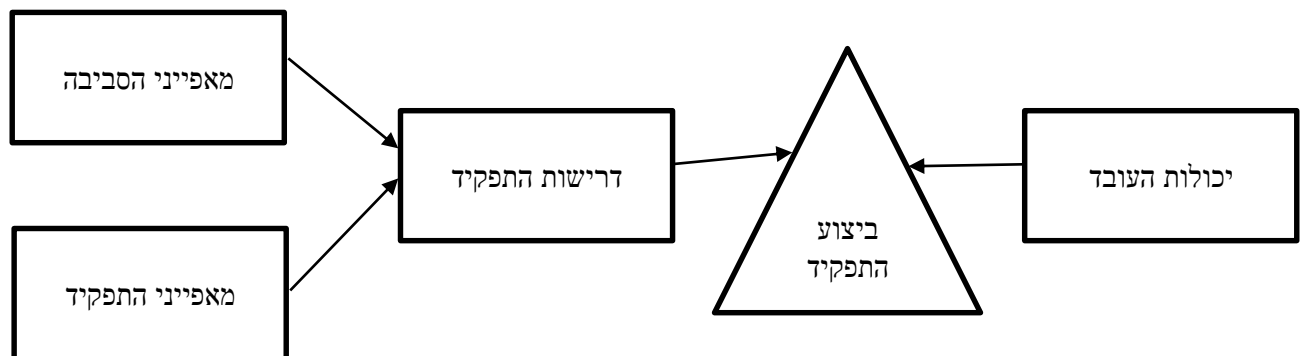
המקום עוזרים לאנשים להשיג את יעדיהם. כך, חלק מהמחקרים הראו כי לסביבת העבודה ישנה השפעה אינסטרומנטאלית על ביצוע המשימה (Baldry, 1997). על פי Goodrich (1982) בפני העובד מוצבות מטלות שונות. כדי לבצען עליו להימצא בסביבה תומכת, העוזרת לו בביצוע משימותיו. Shumaker ו-Pequegnat (1989) הציעו מודלים מקבילים להשפעת הסביבה על הביצוע, היעילות והפרודוקטיביות: על פי מודל ההשפעה הישירה, הסביבה הפיזית יכולה לעודד או לפגוע ישירות באפקטיביות העבודה (עקב תאורה לקויה, מיקום גרוע של מכשור וכו') על פי מודל ההשפעה העקיפה, סביבה יכולה לגרום ללחץ שפוגע בתפקוד העובד (גורמי לחץ, ציוד לא מתפקד או תנאים כמו טמפרטורה לא נוחה, חוסר פרטיות וכו'). כך, אחד משלושת ממדיו הסביבה שהוצעו על ידי Bitner (1992) הוא ממד המרחב והתפקוד (פונקציונאליות). ממד זה מוגדר ככולל גורמים פיזיים מוחשיים הרלוונטיים לתפקוד, כגון סוג הריהוט, סידורו במרחב וכו' בניחות איכותי רחב דנו Shumaker ו-Pequegnat (1989) בהשפעת עיצוב סביבת בית החולים על נותני השירות, המטופלים ומבקריהם. הניתוח התמקד בהשפעת מידת הפונקציונאליות של גורמים פיזיים (מורכבות הציוד, מיקום הציוד וכו') על היכולת לבצע את התפקיד הפורמאלי.

חוקרים אחרים התייחסו להיבט האסתטיות של סביבת העבודה (Nasar, 1997). אסתטיות החלה את ההיסטוריה שלה עוד בתקופה של אפלטון, אשר התייחס ליופי כאחד משלושת הארכיטיפים הבסיסיים בדומה לאמת וטוב לב. ביוון העתיקה התייחסו אל האסתטיות בהקשר של שירה, מוזיקה ותאטרון. כדיסציפלינה, האסתטיקה נוסדה כ-לפני 200 שנים (Antonio, 1992). עם הזמן יצאה האסתטיקה משייכות בלעדית לתחומי הפילוסופיה והאומנות והתפרשה גם לתחומים אחרים. היבט זה מתאר עד כמה היבטים שונים בסביבה הפיזית מעוצבים באופן המשפיע על החושים ומעוררים פרופיל רגשות ההולם את סוג השרות הספציפי. התגובה לאסתטיות מוגדרת כמידת ההערכה הרגשית החיובית הנחווית כתגובה לחוויה חושית של מאפיינים פיזיים בסביבה ספציפית. התגובה האסתטית כוללת גם שינוי התנהגותי ותגובה פסיכולוגית. תגובה זו מתייחסת למידת האהדה לגירוי (ייחוס נעימות ויופי) ולמידת ההתעניינות בגירוי והיא נובעת, בין השאר, ממאפיינים מבניים – חומריים של הגירוי הסביבתי (Wohlwill, 1976). ממצאי מחקרים מצביעים על כך כי תגובה זו הינה בעלת ערך בפני עצמה, מעבר למשמעויות מסחריות, כלכליות, הישרדותיות או היגייניות (Nasar, 1997). לפי מודל של Mehrabian ו-Russell הסביבה מעוררת אמוציות או תגובות רגשיות, אשר ניתן לסווג לשני ממדים: נעימות ועוררות (pleasure and arousal), אשר משפיעים על התנהגויות של העובדים ושל הלקוחות (Mehrabian & Russel, 1974). למשל, בסביבות נעימות אנשים רוצים לבלות יותר זמן ולהימנע מסביבות לא נעימות. כמו כן, סביבות בעלות מידה גבוהה של עוררות מעלות רגשות חיוביים, אלא אם סביבה הינה לא נעימה ובעלת מידת עוררות גבוהה. כלומר, אנשים נמנעים במיוחד מסביבות לא נעימות המאופיינות בנוסף במידה גבוהה של עוררות (עומס גירויים, רעש, בלבול) (Mehrabian & Russel, 1974).

ניסיונות לחקור את סביבת העבודה הפיזית בארגונים מראים הצדקה לניתוח רב ממדי, המשלב פרמטרים שונים של סביבת העבודה. לאחרונה פיתחה החוקרת הראשית מודל לניתוח של ארטיפקטים שונים בתחנות עבודה ולקישור בין ארטיפקטים אלה לבין התחושות והרגשות של

העובדים (Rafaeli & Vilnai- Yaavetz, 2001). ניתוח הסביבה על פי מודל זה מבוסס על שלושה ממדים בלתי תלויים: ממד אינסטרומנטאליות, ממד אסתטיות וממד סימבוליזם. החוקרות טוענות כי על מנת לקבל ניתוח מקיף של השפעת הסביבה על העובד, יש לנתח את הסביבה על פי שלושת הממדים אלה. כמו כן פותחה מערכת מושגית לניתוח אינטראקציות שרות ולקישור בין עיצוב סביבת העבודה לבין אינטראקציות שירות (Rafaeli & Vilnai- Yaavetz, 2001). סדרת ממצאים אלה משמשת תשתית מצוינת לבחינת תפישת עובדים את תחנות העבודה שלהם ואת הקשר בין תחנות העבודה לבין הרגשות והתחושות והבריאות הנפשית של העובדים.

עם זאת, חשוב לציין כי כל שלושת הממדים האלה נבחנים ברמה סובייקטיבית על סמך תפיסות או תגובות של העובדים. נראה כי עבודת שירות דורשת גם התייחסות לממדים אובייקטיביים של סביבת העבודה, על פי גישת הנדסת אנוש. אחת ממטרותיה הקלאסיות של הנדסת גורמי אנוש, היא להבטיח כי תיווצר התאמה מוצלחת בין סביבת העבודה לבין יכולותיו של העובד (Wickens, 1992) ולסייע לאדם להשתמש במערכת בצורה היעילה, הנוחה והטובה ביותר. גישת הנדסת אנוש מניחה כי לסביבת העבודה ישנה השפעה קריטית על הביצוע והתפקוד של העובד.



תרשים מספר 1: מודל הנדסת גורמי אנוש

על פי גישת הנדסת אנוש ניתן להסתכל על סביבת העבודה כמקלה, תומכת, או מקשה על ביצוע התפקיד. הדרישות מן העובד נגזרות ממאפייני הסיבה ומאפייני התפקיד וכוללות שתי תת קבוצות כדלקמן: דרישות פונקציונאליות (דרישות לקליטה ולעיבוד מידע, דרישות לקיום ידע ודרישות מוטוריות), ודרישות קשבות או אנרגטיות (דרישות לרמת ריכוז וערנות, דרישות לחלוקת קשב).

בסביבת העבודה, אשר מגבירה ומעלה את דרישות התפקיד, עלול להיווצר פער בין דרישות התפקיד לבין יכולת העובד לבצע תפקיד. ההנחה היא כי מטלות שונות דורשות משאבים לביצוען,



ומשאבים אלה מוגבלים. כך, שאם דרישת המשאבים עולה על כמות המשאבים המסופקים, נוצר עומס והביצוע יורד (Wickens, 1992).

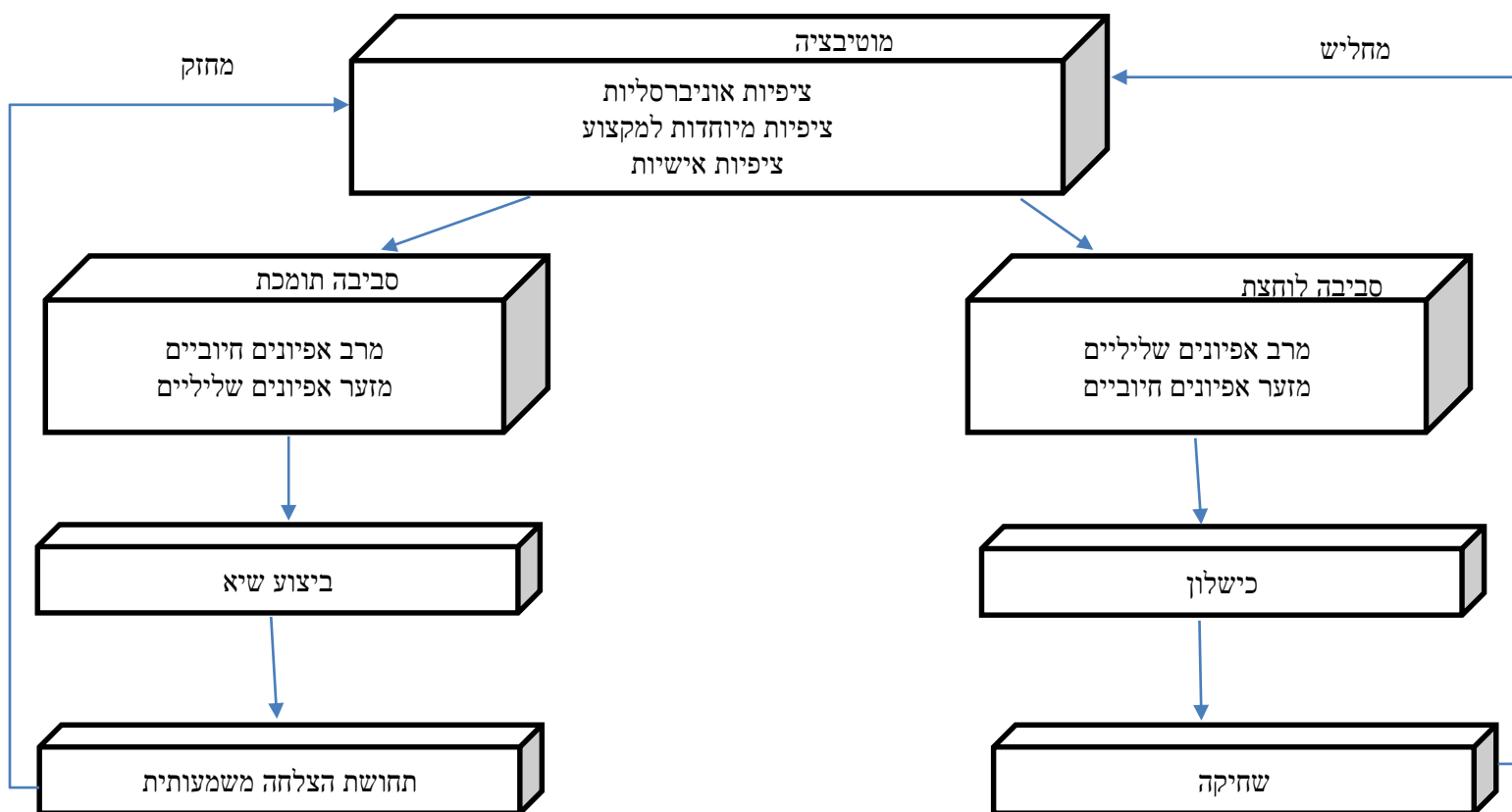
על סמך מחקרים קודמים, אשר הראו כי לתכנון ועיצוב סביבת העבודה ישנה השפעה רבה על תחושות ורגשות של עובדים, יש יסוד להניח כי פער בין דרישות התפקיד לבין יכולת העובד עשוי להשפיע לא רק על הביצוע, אלא גם על תחושות, רגשות, ועמדות של העובד. בתנאי בו דרישות מן העובד גבוהות מדי עקב סביבה עמוסה ועשירה בגירויים, וגוזלות כמות גדולה של המשאבים, העובד עלול לחוות שחיקה ואי שביעות רצון מהביצוע או מהעבודה בכלל.

## 8. מודל השחיקה בעבודה

מרבית אנשי המקצוע בעלי המוטיבציה הגבוהה מתחילים את הקריירה המקצועית שלהם חדורי אמונה ומלאים תקוות וציפיות גבוהות. יותר מכל דבר אחר הם מצפים שהעבודה שהם עושים תתרום לארגון, לאנשים או לחברה, וכך תעניק להם תחושת משמעות. כשהם עובדים בסביבת עבודה תומכת ומאתגרת, בסביבת עבודה בה המחסומים והמטרדים מועטים יחסית, הם יכולים להגיע לביצוע שיא, או קרוב לביצוע שיא, מה שמחזק את המוטיבציה הראשונית שלהם. התוצאה הינה מעגל חיובי שיכול להמשיך זמן רב, כפי שניתן לראות בתרשים 2, תרשים מודל השחיקה. מאידך גיסא, כאשר אותו אדם בעל מוטיבציה גבוהה נאלץ להתמודד עם סביבת עבודה המאופיינת על ידי מספר מזערי של תגמולים, והלחצים הרבים אינם ניתנים לשליטה או לשינוי, סביבת עבודה שבה כמעט ואין אפשרות להימנע מכישלון, התוצאה הינה שחיקה. משום שכל כך אכפת להם, ומשום שלהצלחה יש משמעות קיומית עבורם, כישלון היא חוויה קשה ביותר. השחיקה מצידה מחלישה את המוטיבציה. התוצאה היא מעגל שלילי ההופך אנשים מסוימים ל"זרדים יבשים" וגורם לאנשים אחרים לעזוב את עבודתם ולחפש עבודה שאינה כה תובענית רגשית. במילים אחרות, הגורם הקובע במידה רבה אם אדם בעל מוטיבציה יישחק או לא הוא סביבת העבודה.

חשוב להדגיש כי אין האמור מתייחס לאותם אנשי מקצוע שהחלו את עבודתם מנוכרים או ציניים. מובן שאנשים כאלו יכולים להיות אומללים בעבודתם, כפי שאכן קורה לעיתים קרובות. אומללותם של אלה אינה ביטוי לשחיקה.

הציפיות הראשונות שיש לאנשים בעלי מוטיבציה גבוהה מעבודתם נופלות לתוך שלוש קטגוריות כלליות: ציפיות אוניברסליות, ציפיות מיוחדות למקצוע וציפיות אישיות. הציפיות האוניברסליות כוללות בראש ובראשונה את הציפייה לעשות עבודה משמעותית, לעבוד במקום המאפשר זאת ולקבל על כך תגמולים מתאימים והערכה. הציפייה לעשות עבודה משמעותית מוסברת ע"י התיאוריה האקזיסטנציאלית, הרואה את שורשיה העמוקים של שחיקה כנובעים מהצורך של האדם להאמין כי יש משמעות לחייו וכי הדברים שהוא עושה חשובים ובעלי ערך.



**תרשים מספר 2: מודל השחיקה בעבודה**

הציפיות שיש לאנשי מקצוע שונות במקצועות שונים. ניתן להבין את ההומוגניות בין אנשים במקצועות שונים באמצעות מודל ה"משיכה – בחירה- נשירה" של שניידר, שבמקורו נועד להסביר את השכפול האנושי חברתי בארגונים. לפי המודל, מועמדים הדומים לאלו המועסקים בארגון נמשכים אליו ונבחרים על ידי הארגון לעבוד בו. אלו שנבחרים בטעות ואלו המאמצים עמדות וגישות שונות ינשרו עם הזמן מהארגון. על פי מודל זה, ניתן להניח כי אנשים הנמשכים למקצוע מסוים, העוברים את מסננות החינוך וההכשרה למקצוע, נבחרים לעבוד במקצוע ושורדים בו, דומים למדי זה לזה.

הציפיות האישיות הן תוצאה של חוויות אישיות משמעותיות בילדות, כולל דינמיקה משפחתית הדוחפת את האדם לכיוון של מימוש ציפיות המשפחה במקצוע מסוים, השפעתו של אדם מסוים שראה באותו מקצוע אידיאל והוריש תפיסה זו, או חוויות ילדות קשות שהאדם מנסה להתגבר עליהם באמצעות עבודתו.

ציפיות מתוסכלות, בין אם הן ציפיות אוניברסליות, מיוחדות למקצוע, או אישיות, הן סיבה רבת עוצמה לשחיקה. סביבת העבודה יכולה להשפיע לחיוב או לשלילה על רמת השחיקה של אנשים





בעלי מוטיבציה גבוהה על ידי סיוע או לחלופין על ידי מניעה והפרעה בהשגת מטרותיהם ומימוש ציפיותיהם.

## 9. מדידתה של תופעת השחיקה

השחיקה הנפשית היא תופעה, שמדידתה הוא עניין מורכב ביותר, והחוקרים שעסקו בכך נחלקים לשתי קבוצות, שכל אחת נוקטת בגישה מחקרית שונה. קבוצת חוקרים אחת מדדה את השחיקה לפי העירורים הפיסיולוגיים המתלווים אליה: עלייה בלחץ הדם הסיסטולי, עלייה בקצב הדופק, הזעה מוגברת, אי שקט מוגבר ועוד (מילשטיין, גולזבסקי ודוקט, 1985). קבוצת חוקרים אחרת מדדה את השחיקה לפי דיווחיהם של הנבדקים עצמם (מאסלאך וג'קסון, 1981; שוואב, 1981; פארבר, 1984). שתי שיטות אלו כבר נוסו בעבר לצורך מדידת תופעות של חרדה ושל לחץ נפשי (מדידה לפי עירורים פיסיולוגיים: רבקיין וסטרונינג, 1976; קובאסה, 1979; לאזרוס ואלפרט, 1964. מדידה לפי דיווח עצמי: טיילור, 1953; סאראסון וחבריו, 1960; ראובוש, 1963). לכל אחת מן השיטות יתרונות וחסרונות בולטים. שיטת המדידה לפי העירורים הפיסיולוגיים נחשבת אמנם אובייקטיבית ואמתית יותר, בעיקר למדידת הלחץ הנפשי, אך היא מחייבת תצפית קבועה על הנבדק, ומדידה פיסית של התופעות הפיסיולוגיות המתרחשות בגופו בעקבות הפעלת הלחץ. המדידה לפי דיווח עצמי נוחה יותר באופן יחסי, והיא כרוכה בדיווח של הנבדק על מצבו. עם זאת, היא נחשבת "סובייקטיבית" ביותר. מכל מקום, הקשרים בין שתי שיטות הדיווח, לגבי אותם נבדקים, נמצאו בלתי מהימנים" המדידה הפיסיולוגית של החרדה נוטה להיות בלתי קשורה לחרדה, שנמדדת על ידי גישת הדיווח העצמי (מישל, 1984).

בין החוקרים שנקטו בגישת הדיווח העצמי לחקר השחיקה הנפשית אצל בעלי המקצוע, העוסקים במתן שירותים (בעיקר טיפוליים) לאנשים, ראויה לציון מיוחד כריסטינה מאסלאך, שפיתחה יחד עם ג'קסון שאלון למדידת השחיקה הנפשית (מאסלאך וג'קסון, 1981). מאסלאך יצאה מתוך הנחה שהשחיקה הנפשית היא סינדרום של תופעות, שמתוכן בולטות שלוש התופעות האלו:

1. תשישות ריגושית, המתבטאת בתחושת העובדים, שאין הם מסוגלים יותר להעניק ל"מקבלי השירות" שלהם את שהיו מסוגלים לתת להם בעבר, וזאת משום שהתרוקנו משאביהם הנפשיים.

2. דפרסונאליזציה, המתבטאת בחוסר גישה אנושית של המטפלים אל מטופליהם, בהפיכת המטפלים לציניים ובפיתוח גישה שלילית כלפי המטופלים.

3. הערכה שלילית כלפי עצמם, במיוחד בהתייחס לעבודתם עם מטופליהם. עובדים מרגישים אומללים ובלתי שבעי רצון באשר לעבודתם.

העבודה להכנת השאלון למדידת השחיקה החלה על ידי מאסלאך וג'קסון בגישובים ממושכים בעזרת ראיונות, שאלוני סקר ותצפיות. בעקבות זאת ניסחו שאלון למדידת התופעה, שאלון שהתבסס על ההיבטים המשוערים של תסמונת השחיקה. בעקבות סולם האסלס (לאזרוס וכהן, 1977), מדדו מאסלאך וג'קסון את תסמונת השחיקה על גבי שני סולמות שונים: סולם שכיחות התופעה וסולם העוצמה של התופעה. סולם השכיחות נע בתחום שבין 1 (מספר פעמים בשנה, או

פחות), ועד 6 (בכל יום). ערך של "0" ניתן אם הנחקר סבור, שלא אירעה התופעה מעולם, או שאינה רלוונטית עבורו. סולם העוצמה נע בין 1 (מתון ביותר, כמעט שאינו מורגש) ל-7 (חזק ביותר, ניכר ביותר). בשיטת ניתוח גורמים נתקבלו, בסופו של דבר, ארבעה גורמים שונים, שבהם 25 פריטים, שהסבירו כשלושה רבעים מן השונות. שלושה מתוך ארבעת הגורמים נבחרו להוות את "הסולם למדידת השחיקה הנפשית". בתת סולם זה היה הפריט "אני מרגיש שחוק מעבודתי" בעל העמסת הגורם הגבוה ביותר (0.84 בשכיחות ו-0.81 בעוצמה), והוא זה שהגדיר, למעשה, את הגורם ואת תת הסולם. תת הסולם השני, דפרסונאליזציה, מתאר תגובה חסרת רגשות ובלתי אישית כלפי מקבלי השירות. בשני תת הסולמות האלה מעידה תוצאה ממוצעת גבוהה יותר על רמה גבוהה יותר של שחיקה. לכמה פריטים בשני תת הסולמות הייתה העמסת גורם אחד על השני, וכן נמצא כי בין הגורמים קיים מתאם מתון זה עם זה (0.44 לשכיחות ו-0.50 לעוצמה). תת הסולם של "ההגשמה האישית" מכיל 8 פריטים, המפרטים הצלחה אישית בעבודה, ותחושה של הגשמה אישית. ציונים נמוכים בסולם זה מתייחסים לרמה גבוהה של שחיקה נפשית. הקשר בין סולם העוצמה לבין השכיחות נמצא גבוה על ידי מאסלאך וג'קסון, אך לדעתם לא היה בכך די כדי להשתמש רק באחד מהם. זאת, למרות שהראתה בדיקת מהימנות (מבחן, מבחן חוזר) שלא עלתה מהימנותו של סולם העוצמה על 0.53, בעוד שמהימנותו של סולם השכיחות (באותה שיטת בדיקה של מהימנות) הייתה גבוהה יותר: 0.82 (בגורם השחיקה האמוציונאלית).

פינס וארונסון (1981) בנו שאלון מפורט ביותר. מדדי השחיקה שלהם מורכבים מרשימה של 21 היגדים, המגדירים בעיקר, מצבים שליליים במובן הרגשי: עייף, מדוכא, חלש, חסר תקווה וכדומה, ואילו אחדים מהם מגדירים מצבים חיוביים כמו: אופטימי, אנרגטי, מאושר. מדד השחיקה מחושב באמצעות הפחתת הערכים החיוביים מהשליליים, ערכים המדורגים על סולם דרגות מ "לעולם לא" ועד ל"תמיד".

### 10. משתנים וממצאים עיקריים במחקרים על השחיקה הנפשית

בחינה של המחקרים השונים (פינס וארונסון, 1981; עציון, כפרי ופינס, 1982; קפלן וגיונס, 1975; קאהן, 1974; צ'רניס, 1980; אדלוויץ וברודסקי, 1980) מגלה מגוון רחב של משתנים, בעיקר בסביבת העבודה, שיוחסה להם חשיבות בחקר תופעת השחיקה. המשתנים מייצגים ארבעה ממדים שונים של סביבת העבודה: ממד פסיכולוגי, ממד מבני, ממד חברתי וממד ארגוני. הממד הפסיכולוגי של סביבת העבודה כולל אפיונים שכליים ורגשיים. תחושה של משמעות בעבודה ואפשרות לביטוי עצמי ולהתפתחות מקצועית, הן דוגמאות של משתנים, המשפיעים על האווירה הרגשית בסביבת עבודה מסוימת. ידוע, כי אחת הסיבות העיקריות לחוסר הנאה מעבודה, לביצוע ברמה ירודה ולתחלופה גבוהה, היא הרגשתו של העובד, שעבודתו היא חסרת משמעות וחסרת תועלת. נמצא, כי חוסר משמעות בעבודה גורם לחוסר ביטחון עצמי, לדיכאון ולתחושה של חוסר תקווה, כאשר הייתה העבודה קשה, תחושת המשמעות הייתה קשורה בשחיקה נפשית פחותה (פינס, כפרי ועציון, 1980). דוגמאות למשתנים המשפיעים על האווירה

השכלית בסביבת העבודה הם דרגת הגיוון בעבודה ודרגת עומס היתר ותת העומס. עומס תפקיד הוא כנראה סוג הקונפליקט הנחוה ביותר על ידי הצוות במקצועות שירותי האנוש. עומס יתר בעבודה עלול לגרום ללחץ רב יותר ולשחיקה, בשל השפעתו על יכולת ההתמודדות (צ'רניס, 1980; מאסלאך, 1976; מקגראת, 1970). סאראטה וג'יפסן (1977) מצאו, שגיוון (מספר המשימות השונות המבוצעות ומספר קבוצות המטופלים משך יום עבודה) היה קשור בסיפוק מהעבודה, יותר מאשר כל גורם אחר במערך העבודה. גם צ'רניס (1980) מצא, כי המידה שבה מאפשר התפקיד לצוות ללמוד כישורים חדשים, להרחיב את התחכום ולהשתמש בהם בעבודה, מסייעת במניעת שעמום ושחיקה.

הממד המבני של סביבת העבודה כולל, מצד אחד, אפיונים קבועים כמו מרחב, מבנה ארכיטקטוני ודרגת רעש, ומצד שני כולל את הגמישות הדרושה לשינויים של אפיונים קבועים והתאמתם לצרכיהם האישיים של העובדים ולטעמם. כך למשל, נמצא בעבודתם של פינס, כפרי ועציון (1980), כי סביבת עבודה נוחה הייתה קשורה ברמות שחיקה נמוכות, בעוד שלחצים סביבתיים כמו רעש ומבנה לא נוח, היו קשורות ברמות שחיקה גבוהות. ככל שהסביבה המבנית הייתה נעימה יותר וסיפקה את צרכיהם, את ההעדפות ואת הטעם האישי של העובדים, כך נמוכות היו רמות השחיקה שדיווחו עליהן העובדים. מסקנת החוקרים הייתה, שהסביבה המבנית הטובה ביותר היא זו, שיש בה גמישות מספקת כדי להשתנות בהתאם לצרכיו של הפרט, ואילו הגרועה ביותר היא זו, המאלצת את הפרט להתאים את עצמו אליה.

הממד החברתי של סביבת העבודה כולל את כל האנשים הבאים במגע ישיר עם העובד, ובכלל זה: מקבלי השירות (מספרם ומידת החומרה של בעיותיהם), חברים לעבודה (יחסי עבודה, שיתוף בעבודה, תמיכה והאפשרות לצאת ל"הפסקות לחץ"), ומנהלים וממונים (משוב, אוטונומיה, תגמולים, תמיכה ואתגרים). באחדים מן המחקרים (מאסלאך וג'קסון, 1981; פינס כפרי ועציון, 1980) נמצא, כי רמת השחיקה הייתה קשורה במידת המשוב ובמידת התגמולים הניתנים לעובדים, וכן כי במקומות שבהם סיפקה ההנהלה דרגה גבוהה של מבניות ותמיכה, נמצאו רמות נמוכות של שחיקת עובדים. במחקרים אחרים (פירלין, 1967; סאראטה ורפוצי, 1975) נמצא, כי שחיקה היא תוצאה שכיחה מאוד כאשר מוגבלת האוטונומיה והשליטה של העובדים על ידי מבנה הכוח של הארון. מחקר על עמדות כלפי סגנון ניהול ופיקוח במקצועות סיעודיים (צ'רניס ואיגנטיוס, 1978) הראה שרוב העובדים מקבלים בברכה עצות והדרכה ישירה מן הממונים. עם זאת, ישנם מצבים שבהם יעדיפו עובדים שיאפשרו להם מפקחיהם לפתור בעצמם בעיות, או שהם יעדיפו תמיכה אמוציונלית על פני עצות ספציפיות. לעומת זאת נמצא שרוב המנהלים נותנים עצות, הצעות ופירושים שונים רוב הזמן, ובדרך כלל אין הם מסייעים לעובד ל"עבד" את רגשותיו. כדאי לציין שסגנון הניהול והפיקוח תלויים לא רק בעמדות המנהל אלא גם בכישוריו. מפקחים ומנהלים במקצועות סיעודיים לא תמיד זוכים להכשרה מתאימה לתפקידם זה, במיוחד בכל הקשור לניהול צוות עובדים. נוסף לכך, המנהלים, לעיתים קרובות, מהווים בעצמם מטרה ללחץ עצום, לדרישות ולקונפליקטים. טיב האינטראקציות בין העובדים לבין עצמם מייצג מקור פוטנציאלי חשוב של תמיכה או של שחיקה. הבדלים בערכים אישיים, באידאולוגיות, בסטטוס, במשאבים ובכוח, יכולים להוביל לחוסר אמון, לתחרות ולקונפליקט, ויכולים להיות מכשול להתפתחות אינטראקציה תומכת, שיתרונותיה בהקלת לחץ על עובדים הוכרו על ידי מספר חוקרים (מאסלאך, 1976; קפלן וג'ונס, 1975).

הממד הארגוני של סביבת העבודה כולל אפיונים בירוקרטים כמו "סחבת", ניירת וחוסר תקשורת, המוזכרים לעיתים תכופות ביותר כקשורים לשחיקה. וכן כולל אפיונים מנהליים, כמו חוקים ותקנות בנוגע לשיתוף העובדים בהחלטות, ובנוגע לבעיות כגון התנגשות בין תפקידים המוטלים על העובד, תפקידים שאינם ברורים ומוגדרים, ופגיעות במעמדו (קונפליקט תפקיד ועמימות תפקיד). בסדרת מחקרים מצאו קאהן וחבריו (1964), שקונפליקט תפקיד ועמימות תפקיד היו שני גורמים במערכי העבודה שתורמו ליצירת לחץ, לתחושת חוסר תקווה ולריחוק אמוציונלי, שהם ממרכיבי השחיקה העיקריים. חוקרים אלו מצאו שישה מקורות ספציפיים של עמימות תפקיד היכולים לגרום ללחץ: היעדר מידע ביחס להיקף ולאחריות התפקיד, היעדר מידע על ציפיות עובדים אחרים, היעדר או מיעוט מידע הדרוש לביצוע מספק של התפקיד, היעדר מידע על הזדמנויות קידום, היעדר מידע על הערכות מצד מנהלים או ממונים והיעדר או מיעוט מידע על המתרחש בארגון. על אלה אפשר להוסיף: היעדר מידע על תוצאות העבודה, על קריטריונים ומטרות לביצוע ועל פרספקטיבת הזמן הארוכה והלא בטוחה, הדרושה על מנת לראות את התוצאות. גם לסביבה הרחבה יש השפעה על מקום העבודה. אופיה של הקהילה מקבלת השירות יכול להיות בעל השפעה ניכרת על אותם אספקטים של העיסוק, הקשורים בשחיקה. במספר מחקרים נמצא, כי בעיות של מקבלי השירות השפיעו במישרין על דרגת השחיקה של מספקי השירות (מאסלאך, 1978).

במחקרים שונים נבדקו גם משתנים אישיים. המשתנים המוזכרים ביותר הם מין, גיל, שנות ותק, ניסיון קודם ועמדות ומרות ביחס לקרירה. כך למשל נמצא כי נשים נוטות להיות שחוקות יותר מגברים בכל מקצוע (פינס, כפרי ועציון, 1980). מאסלאך וג'קסון (1981), לעומת זאת, מצאו דפוס שחיקה שונים אצל גברים ונשים: לנשים היו ציוני שחיקה גבוהים יותר בממד "תשישות אמוציונלית" ופחות בממד "הגשמה עצמית", גברים היו גבוהים יותר בממד ה"דפרסונליזציה". ממצא זה מתפרש כך, שיתכן כי גברים ונשים אינם שונים במידת השחיקה הנחווית בעבודה, אלא שהם מתמודדים אחרת. כן נמצא, כי הקשר בין שחיקה לבין ותק אינו מונוטוני-ישנם ממצאים המצביעים על כך, ששחיקה סבירה יותר בטווח השנים הראשונות של הקריירה המקצועית, אם יש לאנשים קושי בהתמודדות יעילה עם שחיקה בתקופת זמן זו, הם עלולים לעזוב את המקצוע לגמרי. האנשים בעלי הוותק הגבוה יותר הם, אולי, אלה, שנותרו לאחר שעמדו בהצלחה בלחצים הראשוניים של עבודתם. מאסלאך וג'קסון (1981) מצאו, שעובדים צעירים יותר דורגו במקום גבוה יותר בשני סולמות השחיקה, מאשר עובדים מבוגרים יותר. המשתנים האישיים שנבדקו בתחום השחיקה הנפשית כללו מוטיבציית הישג, אינטרוברטיות, אמפתיה, רגישות ומוקד שליטה. נמצא כי העובדים הנלהבים, בעלי היוזמה, בעלי הרוח החלוצית ובעלי המרץ הם הנוטים ביותר להישחק (פינס, 1984).

### 11. שחיקה נפשית, אינטליגנציה רגשית ומה שביניהן

אינטליגנציה רגשית היא היכולת לזהות ולהבין את הרגשות המשפיעים עלינו, להשתמש בהם על מנת להתמודד עם עצמנו, עם אחרים ועם לחצים ודרישות סביבתיות. הגדרות רבות ושונות כמו



גם סולמות מדידה מגוונים ורבים הופיעו במחקרים שנעשו עד עתה בנושא האינטליגנציה הרגשית.

- Bar-On (2006) מציג חלוקה לשלוש הגדרות וסולמות מדידה :
- 1) אינטליגנציה רגשית ככישורים רגשיים וחברתיים המשפיעים על התנהגות אינטליגנטית. סולם המדידה : EQi – Emotional Quotient Inventory (Bar-On & Handley, 2003).
  - 2) אינטליגנציה רגשית כיכולת להבחין, להבין, לנהל ולהשתמש ברגשות במגמה להקל על החשיבה. סולם המדידה : (Mayer & Salovey, ( MSCEIT) Ability Based Measure (1977).
  - 3) אינטליגנציה רגשית כתשתית ליכולת ניהולית הכוללת טווח רחב של כישורים ומיומנויות. סולם המדידה : ECI – The Emotional Competence Inventory- Multi- Rater Assessment (Goleman, 1998).

מאמר חדשני על קיומה של אינטליגנציה חברתית, אשר הוגדרה כיכולת להבין ולנהל מערכות יחסים בצורה נבונה, פורסם ב-1920 (Thorndike). נדבך נוסף, והכרה בחשיבות מרכיבים לאינטלקטואליים/קוגניטיביים ובתרומתם להישגי האדם, פורסם ב-1940 (Wechsler, 1940 in Cherniss, 2000).

- קיים ספקטרום רחב של אינטליגנציות, אקדמיות ואחרות :
- אינטליגנציה לשונית (מילולית): יכולת להבין מילים ומשפטים.
  - אינטליגנציה לוגית-מתמטית: יכולת להבין מערכות פורמאליות ומערכות מופשטות.
  - אינטליגנציה מרחבית: יכולת לתפוס את העולם החזותי-מרחבי בצורה מדויקת.
  - אינטליגנציה מוזיקלית: יכולת לזהות רכיבי יסוד במוזיקה צורות מוזיקליות.
  - אינטליגנציה גופנית-תנועתית: יכולת לשלוט בתנועות הגוף כולו בצורה מיומנת.
  - אינטליגנציה בין אישית: יכולת לאמוד אנשים אחרים ולעמוד על מצב רוחם, מזגם, ורגשותיהם.
  - אינטליגנציה תוך אישית: היכרות עם היבטים פנימיים של האישיות.
  - אינטליגנציה נטורליסטית: יכולת התמודדות עם איתני ותופעות הטבע. (Gardner, 1983).

במסגרת הגדרת האינטליגנציה התוך אישית והבין אישית התווסף ממד הרגשות וההתמחות בניהולם. Gardner אמנם הדגיש את האלמנטים הקוגניטיביים, את המחשבות על פני הרגשות, יחד עם זאת הוא הבין והעריך את החשיבות והיכולת בהבעת רגשות ותחושות (Goleman, 1995).

### אינטליגנציה רגשית- חברתית ( Emotional Social Intelligence - ESI )

ההגדרות המוקדמות של אינטליגנציה חברתית השפיעו על הדרך בה הוגדרה האינטליגנציה הרגשית-חברתית בשלב מאוחר יותר. Bar-On (2006) הושפע מעבודותיו של Darwin (-1872) (1965) על חשיבותה של ההתבטאות הרגשית להישרדות ולהתאמה, ומההגדרות של Thorndike

(1920) על האינטליגנציה החברתית וחשיבותה. הגדרת האינטליגנציה הרגשית-חברתית כללה אחד או יותר מהמרכיבים הבאים:

- 1) היכולת להכיר, להבין ולבטא תחושות ורגשות;
- 2) היכולת להבין כיצד האחר מרגיש ולתקשר אתו בהתאם;
- 3) היכולת לנהל ולהיות בבקרה של הרגשות;
- 4) היכולת לנהל שינוי, להתאים את עצמך ולפתור בעיות אישיות ובין אישיות;
- 5) היכולת ליזום ולגרום לתגובה חיובית. (Bar-on, 2006).

Bar-On (1997) פיתח מבחן שמדד את מנת המשכל הרגשית (EQi - Emotional Quotient Intelligence) למדידת האינטליגנציה הרגשית-חברתית. המטרה לא הייתה למדוד תכונות אישיות או יכולת קוגניטיבית, אלא להעריך את יכולתו של האדם להתמודדות מוצלחת עם דרישות הסביבה. המבחן היה מורכב מ-133 משפטים. כל משפט דורג לחמש אפשרויות תשובה על בסיס דיווח עצמי. סך התשובות היווה את ציון ה-EQ. המשפטים כללו התייחסות לגורמים:

- a. תוך אישיים (הערכה עצמית, מודעות עצמית רגשית, אסרטיביות, עצמאות ומימוש עצמי).
- b. כישורים בין אישיים (אמפתיה, אחריות חברתית, יחסים בין אישיים).
- c. סתגלנות (התאמה למציאות, גמישות, פתרון בעיות).
- d. ניהול לחצים (עמידה בלחצים ודחיית סיפוקים).
- e. מרכיבי מצב רוח כלליים (אופטימיות ואושר) (Bar-On, 1997).

ככל שסך הציון היה גבוה יותר כן הייתה רמת האינטליגנציה הרגשית-חברתית גבוהה יותר והיה סיכוי טוב יותר לתפקוד יומיומי משופר. ציון נמוך העיד על רמה נמוכה של אינטליגנציה רגשית-חברתית וכתוצאה סיכוי לבעייתיות בתפקוד השוטף. שילוב של שלושת המדדים (EQi, MSCEIT, ECI) ישפר את יכולת הניבוי של רמת האינטליגנציה הרגשית חברתית (Bar-On, 2006).

### אינטליגנציה רגשית כיכולת קוגניטיבית

Salovey&Mayer (1990) המשיכו בנתיב שסלל Gardner (1983) ובמאמר שפורסם ב-1990 השתמשו לראשונה במונח אינטליגנציה רגשית. הגדרת המושג הייתה "היכולת לנווט את הרגשות שלך ואת הרגשות של אחרים להבחין ביניהם ולהשתמש במידע זה כהנחיה לחשיבה ולפעילות" (Salovey&Mayer, 1990, p.189).

בשלב מאוחר יותר (Mayer & Salovey, 1997) עסק מחקרם בהבדלים הקיימים בין אנשים שונים, ביכולת לזהות את הרגשות של עצמם ושל אחרים וביכולת להתגבר על בעיות רגשיות. הם ערכו מיפוי מפורט של חדירת אינטליגנציה אל תוך רגשות, עדנו את ההגדרה וחילקו אותה



לארבעה הסתעפויות מובחנות, המתחלקות לשני חלקים אבל קשורות זו בזו – התנסות (תפיסה והבנה) ואסטרטגיה (שימוש וניהול).

- **תפיסת רגשות** (perceiving) – היכולת לזהות ולפענח רגשות בהבעות פנים, תמונות, קולות וחפצים. היכולת לזהות את הרגשות העצמיים. המודעות העצמית לרגשות.
- **שימוש ברגשות** (using) – היכולת לרתום רגשות לטובת תהליכים קוגניטיביים, כמו למשל חשיבה ופתרון בעיות. שימוש ברגשות לצורך ביצוע מוצלח של מטלה.
- **הבנת רגשות וידע רגשי** (understanding). היכולת להבין את שפת הרגש, את הדקויות שבין רגשות שונים (שמחה מול אקסטאזה) ואת פוטנציאל התפתחות רגש על פני זמן (הלם ההופך לצער וכאב).
- **ניהול רגשות** (managing) היכולת לשלוט ולווסת רגשות בהתאם למצב, הן בעצמנו והן בזולתנו. היכולת לרתום רגשות במגמה להשיג מטרה מסוימת (מוטיבציה (Mayer & Salovey, 1997)).

סולם המדידה הראשון שפותח ה- *Multifactor Emotional Intelligence Scale* - MEIS היה מבוסס על הגדרתו של Thorndike (1920) את האינטליגנציה החברתית ומדד את ארבעת היכולות שצוינו לעיל: תפיסה, הבנה, ניהול ושימוש ברגשות (Salovey&Mayer,1990) על בסיס של דיווח עצמי. בשלב מאוחר יותר פותח סולם ה- *Multifactor Emotional Intelligence Scale* - MSCEIT (Mayer, Caruso, & Salovey, 1999). הסולם היה מבוסס על מבחני יכולות, והנבחן ביצע סדרת מטלות המיועדות לבחון ולהעריך את היכולות שצוינו לעיל. סולם ה- MSCEIT שוכלל כך שענה על שלושה קריטריונים המהווים בסיס לבדיקת סוגי אינטליגנציות אחרות:

- מדד מושגי - שיקוף של יכולות מנטאליות בנוסף לצורות התנהגות.
- מדד הקורלציה – שילוב בין היכולות הרגשיות וקורלציה מסוימת עם סוגי אינטליגנציות אחרות.
- מדד ההתפתחות – התפתחות עם הגיל והניסיון (Mayer, Caruso&Salovey, 1999).

#### אינטליגנציה רגשית כמיומנות

המודל הראשון שהוצע על ידי Goleman (1995) התבסס על Salovey&Mayer (1990) וכלל חמש יכולות בסיסיות שפותחו והורחבו על ידיו:

- ידיעת הרגשות והיכולת להבין את הקשר בין רגשות, מחשבה ופעולה.
- ניהול רגשות ויכולת שליטה רגשית.
- שליטה ויצירת מוטיבציה עצמית.
- אמפטיה והכרת רגשות אצל אחרים.
- טיפול במערכות יחסים והיכולת לפתח ולשמר אותן לאורך זמן.



יכולות אלו שלובות זו בזו וקשורות אחת לשנייה באופן היררכי (Goleman, 1995).

בשלב מאוחר יותר (Boyatzis, Goleman&Rhee, 2000) פותח מודל אינטליגנציה רגשית (ECI) שמטרתו הייתה לנסות ולנבא בצורה אפקטיבית הצלחה אישית במקומות עבודה ובארגונים. בניגוד למדד EQi, שהתבסס על דיווח עצמי, ה-ECI הוא רב דירוגי (Multi-Rater), וכלל, בנוסף לדיווח והערכה עצמית, גם הערכות של חברים, מנהלים וחברים לעבודה. התוצאות הניבו 2 דירוגים לכל אחת מהיכולות – דירוג עצמי ודירוג על ידי אחרים.

ה-ECI כלל 18 יכולות אשר קובצו תחת ארבעה חלקים:

- מודעות עצמית: מודעות עצמית רגשית, הערכה עצמית מדויקת, בטחון עצמי
- ניהול עצמי: שליטה רגשית, שקיפות, יכולת התאמה, יוזמה, אופטימיות ומכוונות למטרה
- מודעות חברתית: אמפטיה, מודעות ארגונית, אוריינטציה למתן שירותים
- ניהול אחרים: סיוע בפיתוח אחרים, ניהול יצירתי, קטליזאטור לשינויים, השפעה, ניהול קונפליקטים, שיתוף פעולה ועבודת צוות (Goleman, 1998).

מודל נוסף המתייחס לאינטליגנציה רגשית פותח על ידי Petrides & Furnham (2001) אשר הדגישו את ההיבט של הגדרת האינטליגנציה הרגשית כתכונת אופי. לפי מודל זה האינטליגנציה הרגשית היא מכלול של נטיות, התנהגות ותפיסות עצמיות ביחס ליכולת הפרט לזהות, לעבד ולעשות שימוש במידע רגשי. כלי המדידה למודל זה (Trait EI) התייחס לנטיות התנהגותיות:

- רווחה אישית,
- שליטה עצמית,
- אמוצינאליות וחברותיות.

האינטליגנציה של האדם מורכבת מ:

1. האינטליגנציה החברתית (Thorndike 1920)
2. תיאורית האינטליגנציות המרובות (Gardner, 1983),
3. מרכיבי אישיות כגון אמפטיה ואסרטיביות (Goleman, 1995)
4. האינטליגנציה הרגשית כיכולת קוגניטיבית (Mayer & Salovey, 1997).

האבחנות בין הגישות השונות הן לא הניגודיות שביניהן אלא ההשלמה שלהן האחת את רעותה (Petrides&Furnham, 2001). הביקורת על כלי מדידה זה הייתה שהמבחן איננו מודד אינטליגנציה רגשית אלא מודד ומתייחס לתכונות אישיות.

אינטליגנציה רגשית יכולה לשמש כאמצעי ניבוי לשחיקה ואולי גם לשמש כגורם ממתן ומווסת. רמה גבוהה של אינטליגנציה רגשית יכולה להפחית תוצאות שחיקה נפשית



(Van Rooy&Viswesvaran, 2004). מחקרים נוספים מאששים ומספקים הוכחה לכך שבעלי אינטליגנציה רגשית גבוהה, העוסקים בהוראה ובמקצועות טיפוליים (אחיות), מראים סימני שחיקה נמוכים (Durán, Extremera&Rey,2004; Gerits, Derksen, Verbruggen&Katzko, 2005).

מירב המחקרים שבדקו את הקשר בין שחיקה נפשית ואינטליגנציה רגשית נעשו בקרב עובדים ממקצועות טיפוליים שונים. באוסטרליה התקיים מחקר בקרב רופאים מנתחים ורופאים מתמחים. המחקר כלל 126 משתתפים שמלאו שאלונים להערכה עצמית של שחיקה נפשית ואינטליגנציה רגשית. הממצאים הראו שרמת השחיקה הנפשית בקרב האוכלוסייה הנחקרת הייתה גבוהה בהרבה בהשוואה לרמות של שחיקה נפשית בקרב אוכלוסייה נורמטיבית. 47.6% מתוך המדגם דיווחו על רמות גבוהות של שחיקה, רופאים צעירים בהשוואה לרופאים מבוגרים דיווחו על רמות גבוהות יותר של שחיקה. הם מצאו קורלציה מובהקת בין פרישה מוקדמת והחלפת הכיוון המקצועי לבין שחיקה וקשר הפוך בין שחיקה לבין דרגות האינטליגנציה הרגשית. תפיסה, שימוש, הבנה וניהול רגשות שימשו כמנבאים שחיקה נפשית. המחקר גם מצא הבדלים מגדריים. נשים דיווחו על רמות שחיקה גבוהות יותר (Benson, Truskett & Findlay, 2007).

מחקר נוסף עסק בקשר שבין אינטליגנציה רגשית לבין שחיקת צוות אחיות ועד כמה גורמים אלה אחראיים לעזיבת אחיות את מקצוען ולשינוי בקריירה שלהן. אוכלוסיית המחקר מנתה 154 אחיות אשר עבדו בארבע מחלקות טיפול נמרץ, חדרי ניתוח, מחלקת הנשים ומחלקת ילדים. ניתוח הממצאים הציג מובהקות סטטיסטית בין תשישות נפשית ודה פרסונליזציה לבין עזיבת העבודה, הבדלים בתשישות הנפשית ובהגשמה האישית בין האחיות שעבדו במחלקות השונות ואפשרויות ניבוי של שחיקה נפשית בעזרת מרכיבי האינטליגנציה הרגשית (Budnik, 2003).

מחקר שנערך בספרד בחן את היחס שבין מרכיבי אינטליגנציה אישית, שחיקה נפשית ותחושת מחויבות. אוכלוסיית המחקר כללה עובדים המטפלים באנשים עם נכויות אינטלקטואליות. ההנחה הייתה שדרוג גבוה של הבנה וניהול רגשות (חלק ממרכיבי האינטליגנציה האישית) יהיה קשור קשר חיובי למדדי המחויבות ולמדד ההגשמה האישית (המהווה מרכיב אחד מבין שלושת מרכיבי השחיקה), ובקשר שלילי לשני מרכיבי השחיקה הנוספים – תשישות נפשית ודה פרסונליזציה. ממצאי המחקר תמכו באופן חלקי בהנחה המחקר. הממצאים הראו כי הבנה וניהול רגשות היו קשורים בקשר חיובי עם מחויבות גבוהה ועם הגשמה אישית. לא נמצא קשר משמעותי בין הבנה וניהול לבין תשישות ודה פרסונליזציה. ניהול רגשות נמצא כמשתנה הקשור ביותר לשחיקה הנפשית (Duran, Extremera&Rey, 2004).

## 12. תוצאות ודרכי ההתמודדות עם תופעת השחיקה

למרות שמירב הגורמים להיווצרות שחיקה אינם תלויים במבנה האישיות של העובד קיימת נטייה במקומות עבודה להילחם בתופעת השחיקה דרך בחירת ה"אנשים הנכונים". בעיית



השחיקה היא בדרך כלל בעיה ארגונית ויש להתמודד אתה בארבע הממדים של סביבת העבודה : פסיכולוגי, מבני, חברתי וארגוני שצוינו לעיל (פינס, 1984).

#### **הממד הפסיכולוגי :**

אפיונים שכליים : עצמאות גבוהה ותחושת כוח וגיוון בעבודה.

אפיונים רגשיים : משמעות, תועלת בעבודה ויכולת ביטוי עצמי.

**הממד החברתי :** יחסי עבודה טובים, שיתוף עם חברים לעבודה ומערכות היחסים בין נותני השירות למקבלי השירות.

**הממד המבני :** היבטים מבניים של סביבת העבודה : לחצי סביבה כגון רעש, מבנה לא נוח וצפיפות.

**הממד הארגוני :** מבנה היררכי ונוקשה, הגדרות תפקיד לא ברורות וסותרות ועובדים שאינם מעורבים בתהליכי קבלת החלטות (Pines, 1982).

בנוסף, חוסר קשרים חברתיים עמידים, דרישות, ציפיות ולחצים, מצד מערכות חברתיות אליהן משתייך האדם, מהווים גם הם גורמים להתפתחות השחיקה (פינס 1984).

מאז תחילת המאה הנוכחית פורסמו עבודות רבות אשר תיעדו את הפגיעה באיכות העבודה ואת הנזק לארגון כתוצאה מהתופעות המתלוות לשחיקה : אובדן עניין בעבודה, זלזול והתפתחות גישה צינית כלפי העבודה והלקוחות המטופלים, ירידה באיכות הביצוע, היעדרויות מהעבודה ופרישה מוקדמת (מלמד, 2009). מחקרים שהתמקדו בהשלכות האישיות של השחיקה כגון פגיעה בדימוי העצמי ובהערכה העצמית ונזקים לחיי המשפחה והנישואין (פינס, 1984). מחקרים שהוכיחו כי שחיקה נפשית מתמשכת עשויה לפגוע בבריאות הנפשית של העובד (Shirom&Melamed, 2005, Leiter &Maslach, 2001).

ההשלכות השליליות של מצב השחיקה באות לביטוי בעובד, במקבל השירות ובחברה כולה. כתוצאה מהשחיקה מתרחשים, אצל נותן השירות-העובד, מספר תהליכים. מטרת התהליכים להקטין את המעורבות הרגשית של נותן השירות עד לגבול מסוים ולהשיג שיווי משקל בין מעורבות יתר לבין מעורבות חסר :

התרחקות גופנית – מחיצות מבניות ברורות בין נותן השירות למקבל השירות ;

התרחקות נפשית – פיתוח אטימות רגשית ;

התרחקות שכלית – אימוץ נימוקים רציונאליים כהגנה בפני מעורבות יתר (פינס, 1984).

דרכי ההתמודדות עם השחיקה דומות לטכניקות להתמודדות עם לחצים :

**במישור החברה :** הפחתת עומס יתר בעבודה, שיפור תקשורת בין אישית ובין מחלקתית, הגדלת תחושת השליטה בעבודה על ידי שיתוף עובדים בקבלת החלטות, יישום שיטות לניהול זמן, מערכות תמיכה חברתית, ייעוץ, השתתפות בהחלטות קשות, עידוד התפתחות מקצועית, הפחתת מספר המטופלים ביחס למספר אנשי הצוות, הגבלת שעות העבודה, גמישות בבחירת המטופלים ואפשרות לשינויי עבודה אופקיים.



**במישור הפרט** : פעילות גופנית, תזונה נכונה, הרפיה, משוב, אימוץ עיסוקי פנאי המאפשרים פסק זמן מנטאלי, לקיחת חופשות קצרות לעיתים מזומנות, רכישת מיומנויות של התנהגות אסרטיבית ולימוד טכניקות להתמודדות עם לחצים. אמצעים אלה נועדו למנוע התפתחות מצב של שחיקה (פינס, 1984). כאשר מתקבע מצב השחיקה הוא בדרך כלל הופך להיות כרוני והטיפול בו לא קל (מלמד, 2009).

מערכות תמיכה חברתיות מורכבות משלושה משתנים מרכזיים : חיבה הדדית, מגע נמשך והסכמה ערכית, ויכולות לשמש ככלי לבלימת השחיקה (Pilisuk, Hillier & Parkes, 1981). חשיבותה של מערכת תמיכה חברתית גוברת בתחום העבודה. יחסי עבודה טובים, קשרים חברתיים וסביבה חברתית אמינה ודואגת הם ערובה להפחתת רמות שחיקת העובד (פינס, 1984). תמיכה חברתית מתבטאת ב :

**האזנה והקשבה** – חבר, בן זוג או שותף שיגלה האזנה והקשבה, תוך הזדהות עם הכאב והעצב וגם עם השמחה, ללא שיפוטיות וביקורתיות.

**תמיכה מקצועית** – קבלת תמיכה מקצועית מצד אדם מומחה המכיר ומבין את מורכבות תחום העבודה והמסוגל לתת משוב מנומק והגיוני.

**אתגר מקצועי** – אתגר שיאפשר התחדשות וימנע קפיאה על השמרים.

**תמיכה רגשית** – קבלה בלתי מותנית אפילו במקרים של אי הסכמה.

**אתגר נפשי** – התבוננות מחודשת במציאות ברגעים של הצפה רגשית וחוסר שיקול דעת לוגי.

**ראית עולם משותפת** – מערכת ערכים דומה מספקת תמיכה וסיוע באיתות לחץ ומשבר.

לששת מרכיבי התמיכה שצוינו יש משקל וחשיבות שונים ובדרך כלל מצריכים יותר מאדם אחד על מנת למלא אותם (Pines & Aronson, 1981).

שליטה, מעורבות ואתגר, מסייעים לבלימת השחיקה בסביבת העבודה. במקביל הם גם יכולים לשמש את העובד ככלים להתמודדות עם השחיקה. תחושת השליטה, בניגוד לתחושה של חוסר אונים וחוסר תקווה, הדחף ליזום והרצון להגיב, הצבת אתגרים המאפשרים גיוון, שינוי וחריגה מהשגרה. כפי שרצוי שמקום העבודה ידאג למעורבות פעילה של העובדים בשלבי העבודה השונים, כך גם כדאי שהעובד יגלה סקרנות, מעורבות ועניין, ישאף להתפתח ויחשוף עצמו לחידושים (פינס, 1984).

ארבעה תנאים הכרחיים לטיפול בשחיקה :

**מודעות לבעיה** : הכרה וקבלה של עצם קיום הבעיה ;

**נטילת אחריות אישית לפעולה מונעת** : חוסר אונים וחוסר תקווה מנטרלים את האדם. עצם נטילת האחריות משפיעה בצורה חיובית ;

**אבחנה ביחס לפתרונות אפשריים** : האבחנה מה אפשרי ומה ניתן לבצע ולשנות במסגרת הארגונית הקיימת ;

**פיתוח אמצעי התמודדות חדשים** : יצירתיות במציאת כלי התמודדות התואמים את האדם.

שילוב בין תנאים אלה מקטין את תחושת הפסיביות וחוסר האונים ומפחית את הסיכוי לשחיקה (Pines & Aronson, 1983).

## שחיקה נפשית בקרב עובדי מערכת הבריאות

### 1. סקירה כללית

תהליך בלתי פוסק של התקדמות דרמטית בידע רפואי מחד ומאידך עליה במידת האמונה ביעילות הפתרון הרפואי, גרמו ככל הנראה להתפתחות התופעה של medicalization בחיי היום יום שלנו. למרות הסקפטיות אשר מופיעה מדי פעם בספרות המקצועית באשר לדומיננטיות המקצועית של הרפואה בחברה המודרנית, כולנו עדים לתלות הגוברת של החברה האנושית ברפואה המקצועית בכדי לקבל פתרונות לבעיות רבות. מערכת בריאות ושירות רפואי הינם תחומים פוליטיים וכלכליים דומיננטיים בארצות רבות. כיוון שרוב המדינות חוו עלייה דרמטית בשירות רפואי במהלך 30 שנה אחרונות, לא מפתיע כלל כי כלכלת השרות הרפואי תפסה מקום מיוחד בתחום הכלכלה.

מגזר השירותים הוא המגזר העסקי אשר מתפתח בקצב המהיר ביותר ואשר מעסיק יותר ויותר כח עבודה. רמת המודעות לסיכונים הכרוכים בעבודות שירותים מוגבלת ביותר וקיימת חשיבות רבה בפיתוח הבנות לגבי מסגרות וכללי עבודה הולמים. ארגוני מתן שירות רפואי הם אחד המעסיקים הגדולים במדינה.

קיים מידע מוגבל ביותר בארץ על הסכנות הבריאותיות של עובדים העוסקים במתן שירות, ועל דרכים נכונות לעיצוב ותכנון עבודות שירות. קיים מידע מוגבל גם על איכות החיים ובריאותם הנפשית והפיסית של העובדים בעבודות שירות. זאת בשעה שקיים בעולם ובארץ מידע מוצק לגבי הקושי לשמר רמה סבירה של שביעות רצון ואיכות עבודה של עובדים בעבודת שירות. לאחרונה מתחיל להצטבר מידע על היעדרות ותחלופה גבוהה במגזר עובדים זה, דבר המהווה קול קורא להתערבות ובחינת בעיות בארגון וניהול העובדים. יש יסוד לשער כי עבודת השירות היא גורם שוחק ממדרגה ראשונה, בשל המפגש והפוטנציאל לעימות בלתי פוסק עם מטופלים. אינטרס ההנהלה של מסגרות שרות לדאוג לרווחים ולשביעות רצונו של הלקוח עשוי לבוא במחיר של איכות החיים ובריאותו של העובד (Whyte, 1948; Howe, 1977; Spradley & Mann, 1975).

### 2. היבטים רגשיים ונפשיים של עובדים העוסקים בעבודות מתן שירות רפואי

עבודות מתן שירות הן חלק קריטי בכלכלה המודרנית שכן מרכיב עסקי השירות בכלכלה ובתל"ג הולך וגדל באופן עקבי (Berry, 1994; Bateson, 1995). מגזר עובדי השרות הוא מגזר גדל והולך המהווה נדבך מרכזי בקידום וקיום כלכלת השירות (Guttek, 1995; Schneider and Bowen, 1995). אומנם קיימת מודעות בקרב המנהלים באשר למשמעות והחיוניות של עובדי מתן שרות ליעילות הארגון. אולם, ממצאים רבים מראים כי עובדי מתן שירות בדרך כלל מתוגמלים

פחות, מקבלים פחות הזדמנויות להכשרה, עובדים קשה יותר, ולחוצים יותר יחסית לעובדים אחרים (Weatherly and Tansik, 1993). מחקרים קודמים זיהו כי מפגשי השרות, כלומר המפגשים בין עובדי שירות לבין לקוחותיהם או מטופליהם יכולים להיות מפגשים טעונים רגשית, ולהטיל מטען כבד של עומס חברתי, רגשי והתנהגותי על העובדים (Bateson, 1985; Gutek, 1985; Rafaeli, 1989, 1990, 1995). מחקרים מראים גם כי עובדים העוסקים בעבודות מתן שירות מפעילים תהליך ניהול רגשות (emotional labor), הכולל שליטה והבעה הולמת של רגשות, כאשר עיסוק בניהול רגשות מביא לעיתים לדיסוננס רגשי, המוגדר כפער בין רגשות מובאים, הנדרשים מצד הארגון לבין רגשות אמתיים (Rafaeli & Sutton, 1987). מחקרים מתעדים עוד כי עובדים הנדרשים לאינטראקציה עם לקוחות במהלך מתן שרות עשויים לסבול מסוגים שונים של בעיות חברתיות, נפשיות, והתנהגותיות. חוקרים ומנהלים בעולם מדווחים על רמה גבוהה של שחיקה בקרב קבוצת עובדים זו כמו גם על בעיות פיסיות ונפשיות אחרות (למשל, Hochschild, 1983). מספר חוקרים כגון Mann (1999) וכן Wharton & Erickson (1995) מקשרים ישירות בין העומס שיוצרת עבודת שירות כתוצאה מאינטראקציות חוזרות ונשנות עם אנשים לבין תסכול, עייפות, ועצבנות של עובדי שירות. אחרים קישרו בין עבודות מתן שירות לבין ביטויים שונים של שחיקה, כולל דווח עצמי של שחיקה (Kruml & Geddes, 2000), או ביטויים פסיכולוגיים של שחיקה (Parker & Wall, 1998). כמה חוקרים כגון Grandey Schaubroeck and Jones (2000) (2000) טוענים אף להיבטים רפואיים של הסיכון בעבודת שירות: הם מתעדים כי לחץ רגשי הנגרם מעבודת שירות מקושר עם ירידה ברמה החיסונית של הגוף אשר באה לידי ביטוי בעייפות, תשישות ובטווח זמן ארוך יותר גם בעיות קרדינליות יותר כגון עלייה בלחץ דם. כל החוקרים טוענים כי השפעת הבעיות שמפגשי השרות יוצרים אינה מסתיימת במקום העבודה, אלא נמשכת גם לתחום חיי הפרט והמשפחה. ההשפעה הרחבה קיימת בתוקף רמת ההיעדרות מהעבודה והתחלופה בקרב עובדים כאלה הידועה כגבוהה. ההשפעה קיימת גם בתוקף העובדה כי עובדי שרות נמצאים במצב של מפגש מתמיד, ולכן השפעה מתמדת על הקהל הרחב אשר מגיע לצורך את שירותיהם. לכן בעיות המצטברות בקרב עובדי שירות הן למעשה בעיות אשר סביר כי ישפיעו על החברה בכלל ולא רק על מקום העבודה אשר יצר את הבעיות (Schneider, Parkington & Buxton, 1980; Hatfield, Cacioppo & Rapson, 1994). עבודת שירות אם כך, יכולה להוות מקור לחץ ולגרום לבעיות פסיכולוגיות רבות, כאשר אחת התגובות הפסיכולוגיות של העובד למקורות לחץ בעבודה היא שחיקה. שחיקה הינה תופעה שכיחה בקרב העובדים המועסקים בתפקידים מתן שירות ומאופיינת על ידי תחושת הידלדלות של משאבי אנרגיה פיזית, אמוציונאלית וקוגניטיבית. חוקרים מדגישים את הסכנה שבתופעת השחיקה בקרב העובדים, אשר עלולה להוביל למגוון רחב של תופעות שליליות, כמו חולי פיזי, דיכאון, בעיות במשפחה (Maslach, 2001). כמו כן, מחקרים רבים מצביעים על השפעתה הרבה של השחיקה על היבטים ארגוניים, כגון: הידרדרות בביצוע (Cropanzano & Wright, 1999), מחויבות נמוכה לארגון (Singh, 2000), רמה גבוהה של היעדרות מהעבודה (Milbank, 1993), וכוונות עזיבה (Cropanzano, Rupp, & Byrne, 2003).

### 3. תסמונת השחיקה המקצועית אצל מטפלים רפואיים (רופאים אחיות ועובדים סוציאליים)

אחד המאפיינים המובנים מאליהם של כל המקצועות הכוללים מתן סיוע לאנשים בצרה הוא העבודה עם אנשים. עבודה כזו, כאשר איש המקצוע נושא במטלות המטילות עומס רגשי כבד ולאורך זמן, עלולה לגרום לשחיקה. איש המקצוע חשוף לבעיותיהם הנפשיות, החברתיות והגופניות של מטופליו; עליו להיות תמיד יודע, מבין, מסור ומתחשב. כל עבודה שבה אדם עוזר לאחרים כוללת דרגה מסוימת של לחץ נפשי, אולם רמת הלחץ ואופיו תלויים בדרישות המיוחדות של העבודה. כעת נסקור את הלחצים הנפשיים המאפיינים את הרופאים האחיות והעובדים הסוציאליים.

#### רופאים

העובדים במקצועות הרפואה עומדים במצבים קשים נפשית. דבר זה נכון במיוחד לגבי רופאים ואחיות העורכים בדיקות שלעיתים גורמות כאב או מחייבות חשיפה של אזורים הגורמים למבוכה. הרופא רואה את החולה במצב שאיש, ואפילו הקרוב לו ביותר, אינו רואה אותו; שומע ממנו פרטים על עצמו ועל חייו, שאיש מלבדו אינו יודע: מרדים, מנתח, וחותר חתכים בגוף; מטפל במקרים של מחלות מידבקות, ומתמודד עם פחדים, עם כעס, עם תחושות חוסר אונים וייאוש של חולים; מגיב במהירות וביעילות במצבי חירום; נוסף על כך עליו לקבל את מגבלותיו של מדע הרפואה בטיפול במחלות כרוניות או במחלות חשוכות מרפא ולהתמודד פנים אל פנים עם מלאך המוות והחידלון. התמודדות זו קשה לרבים מאנשי הרפואה, משום שהיא מחייבת אותם להכיר בחוסר יכולתם להביס את החולי ואת המוות.

לחצים דומים מוטלים על אחיות העובדות במחלקות חירום: "מראות של דם, קיא וצואה. איברי מין גלויים לעין, גדמים, חלקי גוף נרקבים ואנשים חסרי אונים וחסרי הכרה תוקפים את החושים. האחות חייבת לעמוד ללא הפוגה בפני גירויים מעוררי חמלה, עם כל הכאב והקונפליקט שהם יוצרים. כחלק מסדר יומה, האחות חייבת לעודד אדם גווע מסרטן ולנחם אותו; להחליף תחבושות על רגל נרקבת מנמק; היא חייבת להשקיט את החולה המופרע והמסומם; לנקות את הצואה של החולה המדמם בשל פגם במערכת העיכול ולנחם את האישה הצעירה, היודעת שבעלה נוטה למות.

עם זאת, גם באותו תחום, עשויים רופאים שונים לעמוד בלחצים שונים. ניקח כדוגמה בתחום רפואת הילדים את אותם רופאי ילדים העובדים בעיירות קטנות ומרוחקות ממרכז עירוני. חייו המקצועיים של רופא כפרי כזה וחי החברה שלו מעורבים זה בזה, משום שיש לו ולחוליו מגע רב מחוץ למסגרת המקצועית של תפקידו. עקב כך, יש לרופא כזה פחות פרטיות ופחות אפשרות "לברוח" מתפקידו. לעיתים הוא יימנע מלצאת לטיול ערב עם אשתו, מחשש שכל שכן, מכר ומודע שיפגשם בדרך יעצור אותם, כדי לספר על מחושי ולקבל ייעוץ מהיר ו"ידידותי". לרופאים כפריים כאלה יש פחות מגע עם המכשור המשוכלל והידע החדש, ויותר סכנה של מעורבות אישית עם חוליהם. למרות כל זאת, רופאים כפריים סובלים מרמות שחיקה נמוכות משל עמיתיהם העירוניים. רמות שחיקה גבוהות יותר נמצאו בקרב שלושה סוגים של רופאי ילדים: אלו העובדים במחלקות ילדים בבתי חולים, אלו העובדים בקופת חולים, ואלו שנוסף על עבודתם



במחלקות ילדים עורכים מחקרים אקדמאיים ומלמדים סטודנטים ומתמחים בבתי ספר לרפואה. (Pines A.M, 1981).

### **רפואת ילדים בבתי חולים:**

כמו כל עמיתיהם העובדים במסגרת של בית-חולים, חייבים אחיות ורופאי ילדים להתמודד עם המציאות של מוגבלות המקצוע; אך משם שהם מטפלים בילדים, הכאב הנגרם על ידי ההתמודדות עם המציאות הזאת קשה יותר. רפואת ילדים בשם מימי רוזן, תיארה זאת כך "כשילד מת, הכאב גדול יותר, משום שזה לא אמור לקרות היום. כאשר אישה בת 90 נפטרת, את חשה צער, אך הצער שונה מן הצער על מותו של ילד בן שנה. כאשר ילד מת, אנחנו מרגישים אותן תחושות של צער ואובדן כמו כל אדם, אך לנו נוספות על כך תחושות אשמה. הגורם לתחושת האשמה הוא הרעיון העיקש, ולא משנה עד כמה מנסים לעוקרו הוא ממשיך לארוב לנו בפינה חשוכה של תת ההכרה, שאנחנו יכולים להביס את מלאך המוות. משום כך, בכל פעם שילד מת, מציק לי קול פנימי: 'אילו רק ידעת יותר, או ניסית יותר, או התערבת מוקדם יותר, הוא היה עדיין חי.' מובן מאליו שקל לי יותר להשתיק את הקול הקטן הזה במקרה של חולה בן 85 שסבל מסרטן וממחלת לב, אבל במקרה של ילד בן שבע, שהיה בריא עד לפני מספר ימים ובמפתיע נתגלתה אצלו דלקת ויראלית במוחו, לחישתו של הקול הזה רועמת."

ד"ר ארתור שטיין מוסיף ומתאר את הלחצים המיוחדים העולים בעבודה עם תינוקות. "כאשר אתה מטפל ביצורים הקטנטנים האלו, התסכול נובע מכך שאתה כרופא חייב לקבל את העובדה שאינך כל יכול, שאתה מגיע לקצה צוק, למקום שאין בו גשר, ובכל זאת עליך לעבור אל הצד שמנגד. הלחץ האיום ביותר הוא כשאתה יודע שאין לך תשובה, או כשאינך בטוח בעצמך, משום שהתשובות אינן ברורות לחלוטין. ואז אתה פוסע, הולך לאורכו של שביל צר מאוד על שפת הצוק, ואתה מכריע. ואתה יודע שעליך להכריע נכון, שאם לא כן, התוצאה תהיה הרסנית. אך לפעמים, אפילו ההחלטות הנכונות הן למעשה פשרות, מאמץ למצוא את המסלול שייפגע פחות מן האחרים. החלטות אלו קשות כל כך, משום ששנים לאחר מכן אתה עלול לראות את הילדים האלה שבים לטיפול כשהם נכים או פגועי מוח. ואתה חייב לחיות עם מה שאינו בהכרח שגיאות אלא כישלונות; ואולי אפילו לא כישלונות של ממש, משום ששום דבר אחר לא היה אפשרי, כישלונות משום שאינם הצלחה."

### **רפואת ילדים בקופת חולים**

רופאים העובדים עם ילדים בריאים סובלים מסוג אחר של שחיקה. שחיקה זו נגרמת מביצוע תפקידים שגרתיים, אשר כעבור זמן מסוים גורמים לתחושה של שעמום, חוסר אתגר וחוסר עניין, וזאת לאחר השקעה של שנים רבות בהכנה לעיסוק במקצוע. ד"ר אלמר גרוסמן טוען כי יש שני מקורות ללחץ כרוני ברפואת ילדים מסוג זה: השעמום של עבודה שגרתית והאחריות לבריאותם של ילדים רבים.

תחושת האחריות האישית מאפיינת אנשי מקצוע העובדים באופן פרטי, בין אם הם רופאי שיניים, פסיכיאטרים, פסיכולוגים, עורכי דין או רופאי ילדים. (ליאור אורן, 2005). לגבי רבים מהם, תחושת אחריות זו מהווה גורם שחיקה. לגבי אנשים מבחוץ, עבודתם נראית קלה, משתלמת וחסרת לחצים. הדימוי שלהם הוא של אנשי מקצוע, היושבים בניחותא בכורסה רכה, במשרד נאה, כשמחוץ לחדר יושבת המזכירה המטופחת, המגוננת עליהם מפני הפרעות. אך עבודה עם מאות אנשי מקצוע במשרדים פרטיים כאלו מגלה כי רמות השחיקה שלהם גבוהות ביותר,

וזאת בעיקר משום שחסרים להם גם האתגרים וגם התמיכה של עמיתים. כשאנשים אלו נשחקים, אין הם יכולים להרשות לעצמם לעזוב את מקצועם. משום כך, במקרים רבים הם מגדילים את מספר החולים שהם מקבלים ואת שעות עבודתם, ומתחילים לראות בעבודתם אך ורק מקור לרווחים, בתקווה שהרווחים מהשקעות אלו יוכלו באחד הימים, לשחררם ממנה לחלוטין.

### **רפואת ילדים במסגרת אקדמית של בתי ספר לרפואה**

את רופאי הילדים במסגרת אקדמית מאפיין סוג שלישי של שחיקה, שחיקה הפוקדת אנשים המנסים לשלב קריירה רפואית וקריירה של מחקר והוראה. הלחץ העיקרי בעבודה כזאת נובע מעומס יתר.

פרופסורים לרפואת ילדים רואים כקשה ושוחק את הצורך המתמיד למצוא שיווי משקל בין הדרישות השונות המופנות כלפי זמנם ורגשותיהם מצד החולים, התלמידים והמתמחים, נוסף על דרישותיהם שלהם מעצמם. הלחץ הנפשי המעיק ביותר הוא תחושת האשמה, על שאינם מבצעים את העבודה כפי שעליה להיעשות; על שאינם מקדישים די תשומת לב לחוליהם, לתלמידיהם, למתמחים ולמחקריהם שבהם תלוי קידומם האקדמי. כשלחץ נפשי כזה אינו מקבל טיפול נאות, הוא גורם לשחיקה. לחץ נוסף, הקשור לתחושת האשמה, גורמות הדרישות הנוגדות של הבית ושל העבודה. לחץ זה בא לידי ביטוי בעיקר כשרופא חייב לקחת עבודה הביתה, או שהוא נאלץ לחזור לעבודה בזמן הנחשב ל"זמן משפחה". דרישות נוגדות והקונפליקט שהן מעוררות הם גורם בדוק לשחיקה.

לסיכום: אף שרפואת ילדים היא שטח מיוחד בתוך תחום הרפואה, היא שונה במסגרות השונות: בית חולים אוניברסיטאי אינו דומה לבית חולים שאינו קשור למוסד הוראה, ואין להשוות עבודה בקליניקה פרטית לעבודה בקליניקה ציבורית או בקופת חולים. השחיקה במקומות השונים נגרמת כתוצאה מגורמים שונים ומתבטאת באופנים שונים, אף שתמיד נמצאים בהם המרכיבים הבסיסיים של תשישות גופנית, נפשית ורגשית.

### **אחיות**

מאז הופעתו של מושג השחיקה בספרות המקצועית באמצע שנות השבעים של המאה העשרים, היה נושא שחיקתן של אחיות אחד הנושאים שזכו לתשומת הלב המחקרית הרבה ביותר. (Duquette, A., Kerouac, 1994). הסיבה לכך ברורה: אחיות נחשבות לרגישות במיוחד לשחיקה בשל עבודתן הקשה. מחקר שערכה איילה פנחס ומלאך עם אלן קנר באוניברסיטת קליפורניה בברקלי הראה כי חוסר בתנאי עבודה חיוביים (כגון הצלחה, תגמולים, ויחסי עבודה חיוביים) היה קשור בקרב אחיות לשחיקה במתאם גבוה כמו תנאי עבודה שליליים (כגון קונפליקט, עומס ואחריות לאנשים). (Pines A.M., & Kanner, A., 1982). מחקר בריטי הראה כי עבור מרבית האחיות (97%), שחיקה הייתה קשורה לתחושה של ירידה בהצלחה בביצוע עבודתן (McGrath, A., Reid, N., & Boor, J., 1989). ואילו מחקר ישראלי הראה כי שחיקתן של אחיות קשורה לתחושה של אובדן משמעות קיומית בעבודתן. (Pines A.M, 1989). מה מעניק לאחיות תחושת משמעות קיומית? כש-100 אחיות בתי חולים ישראליות נשאלו מה היו ציפיותיהן ומטרותיהן בתחילת דרכן כאחיות, 94% ציינו ציפיות ומטרות הקשורות לתחושת משמעות. לאחר מכן נשאלו האחיות מה הם גורמי השחיקה המעיקים עליהן ביותר בעבודתן.



92% ציינו לחצים הקשורים לתקוות וציפיות שלא התממשו. לדוגמה: "אין מספיק זמן להיענות לצרכים של כל החולים", "עומס כבד של חולים שמשפיע על איכות העבודה", הכאב של חולים שאי אפשר לעזור להם", "התמודדות יום יומית עם כאב, סבל, זקנה ומוות", "חוסר אונים בהתמודדות עם מקרים חסרי תקווה", "חולים כרוניים וסופניים", "סמכות מוגבלת", או "חוסר שליטה על הטיפול בחולים".

למרות העבודה הקשה המאפיינת את מקצוען של אחיות, רשימת גורמי השחיקה המרכזיים מעידה כי הסיבה העיקרית לשחיקתן איננה העבודה הקשה, אלא דווקא אותם דברים המונעים מהן להגיע לתחושת משמעות קיומית בעבודתן. אם עבור אחיות המטרה החשובה ביותר היא לעזור לאנשים הסובלים מכאבים, לא מפליא לגלות שגורם השחיקה העיקרי שלהן הוא תחושת חוסר אונים מול כאב של חולים שהן אינן מצליחות לתת לו מענה. מדוע דווקא עזרה לאנשים סובלים חסרי אונים כה חשובה לאחיות? את התשובה לשאלה זו מספקת התיאוריה הפסיכואנליטית.

התיאוריה הפסיכואנליטית תרמה לתחום בחירת הקריירה את הבחירה הלא מודעת. (Kets de Vries M.F.R, 1991). ההנחה היא ש"כל עבודה שאדם בוחר לעשות, כמעט בכל סביבת עבודה מלבד המקרים הקיצוניים ביותר של עבדות או מאסר מוגדרת על ידי בחירה אישית הנעשית במספר רמות של מודעות." (Pruyser P. W., 1980). ההשפעות הלא מודעות של כל בחירה מקצועית משקפות את ההיסטוריה האישית והמשפחתית של הפרט. אנשים בוחרים מקצוע המאפשר להם לשחזר חוויות ילדות משמעותיות, לספק צרכים שלא באו על סיפוקם בילדות ולממש ציפיות מקצועיות שהועברו אליהם כמורשת משפחתית. (Pines A.M., & Yafe- Yanai O., 2000). הדימוי הרומנטי האידיאלי של אחות, זה המשתקף בסיבות המודעות לבחירה במקצוע, כלומר הרצון לטפל בחולים, בפצועים ובגוססים, מתאר אחות רחמנייה, המחזיקה בזרועותיה חולה אנוש חסר הכרה, החולה חסר האונים ואילו האחות בשליטה גמורה. ואכן, מעט יחסי אנוש כוללים מידה כה גדולה של שליטה כמו הקשר בין האחות לחולה חסר האונים וחסר הישע. דימוי ספרותי קולנועי של אחות כזו מופיע למשל ב"פצוע האנגלי". תמיכה בחשיבות השליטה עבור אחיות מגיעה גם ממחקר (Ellis, B.H., & Miller, K.I., 1993). ומעבודה עם אחיות שחוקות המעידים כי הצורך בשליטה משחק תפקיד מרכזי בהחלטה להיות אחות.

### **עבודה סוציאלית**

התשישות הנפשית המאפיינת שחיקה במקצועות אלו נובעות בעיקר מן הצורך המתמיד לתת מעצמך כחלק מרכזי בתפקיד. כיוון שזרימת האנרגיה הנפשית היא בכיוון אחר, מהעובד אל הנזקק, היא יכולה עם הזמן לגרום להתרוקנות נפשית של העובד. הבעיה קשה במיוחד כאשר העבודה וחיייו של העובד מחוץ לעבודה קשורים זה בזה, וקשה להפריד ביניהם. הזליגה של העבודה לחיי המשפחה, והזליגה בכיוון ההפוך מחיי המשפחה לעבודה, היא אחד מגורמי השחיקה הידועים של עובדים המנסים לשלב קריירה וחיי משפחה (Pines A.M, 2000). זליגה זו בין התחומים בעייתית במיוחד עבור אנשים אשר בתוקף תפקידם מטפלים במצבים מעוררי רגשות עזים. ניתן לומר כי חשיפה לרגשותיהם של אנשים היא מקור לחץ המייחד את מקצועות הסיוע הנפשי, מעין סיכון מקצועי אופייני (Occupational hazard). במקרים בהם אין מודעות ללחצים הנפשיים הנובעים מתפקידים אלה ואין טיפול מתאים בהם, התוצאה היא שחיקה.



מחקרים רבים הראו על רמה גבוהה של שחיקה בקרב עובדים סוציאליים ( Poulin & Walter, 1993). פניס(1993) מראה כי בסקירת ספרות שעשתה ב – 1991 נמצאו כאלף מאמרים בנושא שחיקה וכמאה ספרים. מחקר שנעשה בקרב 128 עובדים סוציאליים העובדים עם פגועי נפש בעלי הפרעות קשות נמצא כי מעורבות מקצועית בחיי המטופלים תרמה להתפתחות שחיקה נפשית וניתוק רגשי (Acker, 1999) במחקר שנעשה בקרב 751 עובדים סוציאליים עלה כי שלושה רבעים מתוכם חוו שחיקה במהלך הקרירה שלהם. (Siebert 2005)

בר-גל וגוטרמן (1996) כותבים כי תחום החקירה של השפעות השחיקה על עובדים סוציאליים הוא רב ומגוון. יחד עם זאת הם מציינים כי מחקרים בנושא בקרב עובדים סוציאליים בארץ ישראל אינו רב. הם מתארים מאמר של סתיו ועמיתיו (Stav, Florian & Zernitsky-Shurka, 1987) שבדק את ההבדלים בין השחיקה אצל עו"סים בתחום השיקום לעומת אלו העובדים בשירותים חברתיים. במאמר לא נמצא הבדל משמעותי בשחיקה בין שני המקומות. עוד מצאו כי ציוני השחיקה היו נמוכים יחסית לאלו שבארצות הברית.

בר-גל וגוטרמן (1996) בדקו את השחיקה אצל עובדים סוציאליים העוסקים ישירות בטיפול וגילו כי המשתנה "אתגר בתפקיד" המתייחס לרמת האתגר והסיפוק מתוך העבודה מהווה משקל חשוב ומשמעותי בשביעות הרצון של העובדים, כמו גם משפיעה על האפקטיביות בשירות וההישארות בתפקיד. זהו גם משתנה חשוב בכל הקשור לשחיקה נפשית בעבודה. תוצאה זאת, כך הם מציינים, עולה בקנה אחד עם מחקר של קצלניק, אבירם וקטן (1991) שמצאו כי עבודה מעניינת ובעלת אתגר תורמת לשביעות רצון העובדים הסוציאליים וכן משפיעה על רמת השחיקה שלהם בתפקידם. עוד הראו כי קיים קשר בין עומס העבודה, עמימות הגדרת התפקיד ותנאיו הפיזיים של מקום העבודה להתפתחות השחיקה בקרב העובדים. נתן לומר כי החשיבות של האתגר בתפקיד כמונע שחיקה נמצא לצד הגורמים היוצרים שחיקה, גורמים כגון עמימות התפקיד ועומס העבודה. גם חשיבות ההדרכה כמונע שחיקה מצוינת במאמר.

כספי (כספי, 1985) טוען כי מקום שאינו מספק הדרכה, מפגשי עמיתים לצורך וונטילציה, אתגר, עניין ואפשרות להתפתחות ומימוש אישי לעובד גורם לתופעות של שחיקה, התרוקנות רגשית וכן תחושת הישג נמוכה וכן של יחס מחפצן (דה-פרסונליזציה) כלפי הפונים.

#### **טראומטיזציה משנית (לחץ טראומטי משני)**

#### **(S.T.S.D secondary traumatic stress disorder)**

טראומטיזציה משנית מתורגמת גם כ"לחץ טראומטי משני". תסמונת זאת מתוארת כמסכת התנהגויות ורגשות הנובעת רובה ממעורבות רגשית עם אנשים שחוו טראומה (Figley, 1999) התסמונת מאופיינת בסימפטומים של הפרעה פוסט טראומטית המופיעים בהתאם לסוג הטראומה שאיתה מתמודד האדם שבו מטפל איש המקצוע. קבוצת סימפטומים אלו כוללים חודרנות, הימנעות ועוררות רגשית. (Chrestman 1999)

חודרנות: האירועים המסופרים על ידי המטופלים מופיעים אצל המטפל כזיכרונות של סיפור האירוע, חלומות הקשורים לאירוע, הרגשה שחוויות הדומות לאלו שקרו באירוע קורות למטפל, או כהבזקי זיכרון (פלשבקים) מהאירוע כאילו נכח בו המטפל בעצמו. כך לדוגמא, מטפל שעבד עם אדם שסבל מפוסט טראומה כתוצאה מחדירה לבסיס שבו שירת בצבא הרגיש מתח ולחץ כאשר עבר ליד בסיס צבאי. מטפלת שהייתה בסיטואציה אינטימית עם בן זוגה חשה כי משהו מסיפור מקרה של אונס של מטופלת שלה יכול לקרות בינה לבין בן הזוג.

הימנעות: ההימנעות יכולה להיות ממחשבות, רגשות ותחושות המזכירות את הטראומה ששמע המטפל מפיו של המטופל הפוסט-טראומטי. כמו כן יכול המטפל להימנע ממקומות, ריחות ומראות המזכירים את הטראומה. ההימנעות יכולה להיות גם משיחות המקושרות באופן אסוציאטיבי לאירועים הטראומטיים. כך לדוגמא, עובד סוציאלי שעובד עם ילדים שנחשפו לאלימות יכול להימנע מציפייה בסרטים שיש בהם אלימות כלפי ילדים. ההימנעות שהיא בראש ובראשונה הימנעות מהעולם הרגשי הקשור לטראומה של המטופל, מובילה לקהות חושים ומרחק רגשי מאחרים משמעותיים וכן לניתוק רגשי בזמן העבודה הטיפולית ומחוצה לה.

עוררות רגשית: המטפל יחווה בעקבות החשיפה לטראומה שאותה מספר המטופל סימפטומים של חרדה או עוררות יתר שהתעוררות לאחר החשיפה לסיפור האירוע הטראומטי, התפרצויות כעס, קשיים בשינה ובהרדמות, קושי להתרכז ורגישות יתר.

מחקרים רבים הראו כי אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש העובדים עם אנשים שחוו טראומות שונות כגון; פגיעה מינית, התעללות בילדות, תאונות דרכים, הלם קרב נפגעי אסון טבע ופליטים שעברו התעללות בארץ מוצאם, נמצאים בסיכון גבוה לחוות על בשרם חלק מהסימפטומים שחוו האנשים איתם הם עובדים. (Stoesen, 2007, Bride, 2007)

המאפיין תסמונת זאת הוא הקרבה לאדם שעבר או שנמצא במצב של טראומה, לכן נתן למצוא סימנים לטראומטיזציה משנית גם אצל אנשים שאינם אנשי מקצוע אשר נמצאים בקרבת אדם שעבר או נמצא במצב טראומטי. (Bell 2003)

נער (2011) מציג מחקרים המראים כי נמצאו סימפטומים פוסט טראומטיים אצל משפחות של חיילים, משפחות של פדויי שבי ומשפחות של ניצולי שואה.

ללחץ טראומטי משני יש גורמי סיכון הדומים בחלקם לשחיקה: עבודה עם אנשים רבים הסובלים מתסמונת פוסט טראומטית באותו הזמן, רקע אישי

של טראומה שלא טופל, (Nelson-Gardell & Harris, 2003). כמות הדרכה שאינה תואמת את הצורך של העובד, העדר סביבת עבודה תומכת. גורם הסיכון המבדיל בין השניים הוא חשיפה לאירועים טראומטיים דרך סיפורי הפונים. אדם הסובל משחיקה יכול להיות קשור לכל תחום עבודה ואינו דווקא נחשף לאנשים שסבלו או סובלים מטראומה.



אחת מהדרכים להבין את ההתפתחות של הלחץ הטראומטי המשני הוא באמצעות מנגנוני ההזדהות וההפנמה. האדם שנמצא בקרבת האדם הסובל מסימפטומים פוסט טראומטיים נמצא אתו מטבע הדברים במערכת יחסים שתהליכי ההזדהות וההפנמה הם חלק בלתי נפרד מהם. אותם כלים העומדים לרשות העובדים הסוציאליים, הזדהות הפנמה ואמפטיה, הם בדיוק הכלים הגורמים להם להימצא בסיכון רב יותר במגע עם הפונים הסובלים מטראומה. עצם הצורך להשתתף ולהבין בכדי לעזור לזולת מציב את העובדים בסכנה. ההזדהות יכולה להיות ברמה עמוקה מאד עד כדי "אימוץ" זיכרונות, התנהגות, הלכי מחשבה ורוח המאפיינים את הפונים הסובלים מדחק פוסט טראומטי (Dekel & Solomon, 2007).

עובד סוציאלי שמתקוף תפקידו לקח חלק בסיוע לנפגעי פיגועים בחדר מיון החל לחוות בעצמו תחושות של חוסר שקט, מתח וקושי להירגע. בנוסף לכך פתח חשש מנסיעה בתחבורה ציבורית וחש חרדה כאשר קרובים אליו נסעו בתחבורה כזאת. בטיפול, אליו פנה עקב מצוקתו, דיווח על עייפות ודכאון והתקשה לקשר בין תחושותיו לבין עבודתו. הרגיש מוצף ושיתף בסיפורים של אנשים שאיתם היה במגע במהלך עבודתו בחדר מיון. עם הזמן בחר לחדול מעבודה זאת לתקופת מה לצורך הרגעות והפחתת הלחץ שבו היה שרוי.

#### **טראומטיזציה עקיפה (vicarious traumatization)**

טראומטיזציה עקיפה מתורגמת גם כ"טראומה מכלי שני."

בעוד טראומטיזציה משנית מתמקדת בהשפעות העבודה עם נפגעי טראומה הבאות לידי ביטוי בסימפטומים המזכירים תסמונת פוסט טראומטית, טראומטיזציה עקיפה מתמקדת בהשפעת הקרבה והטיפול בנפגעי טראומה על סכמות החשיבה של המטפל. מדובר בשינוי שלילי במודלים, הנחות היסוד, של תפיסת האדם את עצמו את הזולת ואת העולם. תפיסות קוגניטיביות אלו יכולות להשתנות בעקבות עבודה רבה ומאומצת עם נפגעי טראומה

(McCann & Pearlman, 1990) בשונה מהעברה נגדית היא אינה מתרחשת רק בקשר אחד מיוחד בין מטפל ומטופל. בשונה משחיקה, תסמונת זאת מתרחשת מתוך עבודה עם נפגעי טראומה.

סאקויטן ופרלמן (2004) כותבות כי "מנקודת ראות תיאורטית, בהתחשב בהבנתנו את הטראומה הפסיכולוגית, את העצמי, ואת תהליכי הטיפול הבינאישי, טראומטיזציה מכלי-שני היא בלתי נמנעת .

הן מוסיפות כי המטפל עלול לפתח עם העיסוק בטיפול בנפגעי טראומה רצינות יתר, ציניות, עצב, רגישות מוגברת לאלימות, לעוול חברתי, כמו כן העיסוק יכול לפגוע ביכולתו ליהנות, לשחק, לחיות חיים מלאים של אהבה ויצירה. העיסוק יכול גם להוביל לעזיבת תחום המקצועי. השינויים יהיו באישיות בהשקפת העולם וברוחניות שלו.



הפגיעה במטפל משתנה בהתאם לסוג הטראומה שעבר הפונה. לדוגמה הן מראות כיצד משפיע הטיפול בנפגעות אונס על המטפלות. הן בוחנות השפעה על מרכיבי רבים הקשורים בתפיסת העולם ותפיסת העצמי של המטפל. אביא לדוגמה את ההשפעה של העיסוק בטיפול בנפגעות אונס על מרכיבי הזהות של המטפלת.

השפעה על מרכיבי הזהות: הטראומטיזציה העקיפה משפיע על זהות המטפל וגורמת לניתוק מהחוויה העצמית הרגילה. המטפל מוצא בעצמו היבטי המיוחסים לפוגע מינית כגון סדיזם מציצנות אלימות וגסות. אם מדובר במטפלת כבדור המקרים, היא תמצא בעצמה היבטים קורבניים, תתחבר לחוסר אונים ייאוש ואשמה המאפיינים נפגעות פגיעה מינית. חוויות אלו מערערות את תפיסת העצמי של המטפל. הזהות מתערערת גם סביב השאלה האם גם אני עברתי פגיעה מינית שכן חלק מהסימפטומים של המטופלים מהדהדים בעולמה הפנימי של המטפלת. היבט נוסף הוא אשמה סביב הנאה ממין לעומת המטופלים שלא נהנים ממין וכן כניסה או העצמה של יחסי כוח שתפסים משמעות ביחסי מין כתוצאה מעדויות הנפגעות. חווית הגוף המתואר על ידי הנפגעות מבזוי ומחולל חודרת גם למטפלות. לדוגמה, ביתה של מטפלת בתחילת דרכה, העובדת עם מטופלת רבות שחוו פגיעה מינית, נפרץ כאשר הייתה בחופשה ומספר דברי ערך נגנבו. המטפלת תיארה את חווית הפריצה לביתה כאונס. האירוע נחוה כחדירה ללא הסכמה לגופה והיא חשה כמטופליה נחרדת מזוהמת והרגישה גועל בביתה. היא פחדה לשהות בו לבד וחשה שחולל על ידי הפורץ. הרגישה אשמה על מה שקרה כאילו עשתה דבר מה שהביא לפריצה. החוויה של הפריצה וחוויות האונס שלהם הקשיבה במהלך עבודתה הטיפולית נמהלו אלו באלו ועולם המושגים המתקשר לתקיפה מינית הולבש על החוויה של הפריצה לביתה. עוד הן מתארות סאקוויטן ופרלמן (2004) את ההשפעה על השקפת העולם ועל הערך העצמי. הן גם מתארות כיצד צרכים פסיכולוגיים בסיסיים הנפגעים בטראומה מינית יכולים להתערער אצל המטפלים הסובלים מטראומטיזציה עקיפה. הצריכים הם: ביטחון, אמון, הערכה ואינטימיות ושליטה.

#### מה תורם להיווצרות טראומטיזציה משנית?

יש שראו בהיווצרות הטראומטיזציה המשנית עדות לבעיות פסיכולוגיות של המטפל עם עצמו שלא נפתרו. יחד עם זאת לא סביר שאדם בריא ככל שיהיה לא ישתנה בעקבות הטיפול בנפגעי טראומה. גם כאן, מעורבות אמפטיית, יחסי העברה והעברה נגדית והחשיפה לתיאורים קשים שבהם הזוועה חוסר האונים והמחיקה העצמית באים לידי ביטוי יתרמו להיווצרות טראומטיזציה העקיפה. (Pearlman & Saakvitne, 1995)

#### **תשישות החמלה (compassion fatigue)**

המושג "תשישות חמלה" מציין פגיעה משמעותית בדבר העומד בלב הבחירה של אנשי טיפול בעבודתם, ההבנה והפתיחות לסבל האחר, יחד עם החמלה והאמפטיה לאדם הסובל (Figley, 1995). תשישות חמלה באה לידי ביטוי כאשר העובד מרגיש כי אינו יכול לתת מענה אופטימאלי לצרכי הפונים. פייגלי (1995) תאר את היווצרות התופעה כלחץ (stress) הנוצר כתוצאה מקשר אפאטי ומעורבות רגשית עם אדם אחר הסובל מטראומה או מכאב. הסבר אחר לתופעה הוא

הידלדלות של אסטרטגיות התמודדות ושל יכולת העמידות של העובדים. (velent, 2002) הסבר נוסף, פסיכו דינאמי, רואה את היווצרות תשישות החמלה כתוצאה מקאונטר – טראנספרנס כלפי המטופלים, קרי הצורך לעבד רגשות עזים כלפי האחר וכן כתוצאה מאמביוולנטיות וקושי בקבלת החלטות טיפוליות בעבודה עם אדם אתו העובד מעורב באופן אמפטי עמוק (Sabin-Farrell and Turpin. 2003). מחקר בקרב אוכלוסיית אחיות הראה כי התנהגות קורבנית, כזאת המעניקה לאחר על חשבון העצמי, יחד עם קושי להיעזר באחרים בסביבת העבודה וכן עבר של אירועים טראומטיים, מעלה את הסיכוי לפתח תשישות חמלה. (Abendroth, 2006) כמו כן נמצא כי אנשי מקצוע המעורבים באופן אמפטי עמוק בחיי מטופליהם ובסבלם ובאירועים הטראומטיים שפקדו אותם, הם בעלי סבירות גבוהה יותר להרגיש תשישות חמלה. (Adams et el 2006)

את התופעה נתן למצוא אצל צוותים שונים העובדים במתן סיוע לאנשים ממצוקה; רופאים, אחיות, עובדים סיעודיים, וכמובן אנשי בריאות הנפש, עובדים סוציאליים פסיכולוגים ופסיכיאטרים. תשישות חמלה יכולה להופעה אצל בני משפחה של אדם חולה, אשר הטיפול בו דורש מאמצים נפשיים רבים. (Adams, 2008) מאפיינים של תופעה זאת נתן יהיה למצוא אצל כל אחד מהעובדים במקצועות הטיפולים בשלב כזה או אחר של הקרירה המקצועית. (Sabo 2011) תופעה זאת יכולה להתפתח לכדי שחיקה, אך היא שונה ממנה, שכן, כפי שראינו, שחיקה קשורה יותר למפגש בין ציפיות של העובד מעצמו והמציאות שהוא פוגש במקום עבודתו. (Valent. 2002) היא יכולה להיות דומה לטראומטיזציה משנית. (Figley, 1995)

הרפואה היא מחלה הפוגעת במטפלים רפואיים, כאמירתו של ויקלר (1988). חלקם, כך העריך, "ימותו" מוות מקצועי כתוצאה ממחלה זו, ומצולקים קלות יינטשו את המקצוע בזמן, יצילו את עצמם ויבראו. אחרים יתעלמו ממצבם החמור, וימשיכו בשגרה המקצועית ללא כל טיפול או הקלה. אחרים יתגברו, ירוויחו מהמחלה" 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 המטפלים הרפואיים 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
- אטיולוגיה
- התפתחות המחלה
- הערכה ובדיקות
- טיפול

## תיאור התסמינים

תסמונת השחיקה המקצועית אצל מטפלים רפואיים 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 המתאימה לשחיקה מתארת שלישייה של תסמינים המופיעים יחדיו: (א) תשישות רגשית ועייפות (ב) התייחסות מכנית כאל חפץ אל המטופל (ג) תחושת כישלון.

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

ב. הביטויים של התייחסות המטפל הרפואי 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 המטפל הרפואי 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 המטפל הרפואי 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 מטפלים רפואיים 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 אצל הרופאים

על-פי מחקרים שונים 82% — 18%, 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 בגניקולוגיה. 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 באמפטיה (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 ולמיזמוניות 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, המיתרגם 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 (בניהם 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. בהזדהות-יתר עם החולים ועם סבלם
- ג. בזבוז זמן והשקעה לא-יעילה של אנרגיה 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 המוטיבציה ההתחלתית של המטפל הרפואי על רמת השחיקה שאליה ייחשף בהמשך. מטפלים רפואיים רבים בוחרים במקצוע מתוך אידיאלים ורצון להפיג סבל, אך יש ביניהם כאלה המתאפיינים בהנעויות 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 המטפל הרפואי הצעיר בתחילת דרכו תחושת חוסר אוניס, ולעיתים גם אכזבה או כעס לנוכח היחס ממטפלים ותיקים יותר, הנחוה כמשפיל. קבוצה אחרת של מטפלים רפואיים מגיעה להחלטה ללמוד מקצוע רפואי בגיל צעיר, לעיתים בעקבות חוויית מוות במשפחה או מחלה קשה שלהם או של אדם קרוב להם. במקרים אלה נועדו לימודי מקצועות הרפואה לחזק ולתקן מצב של חולשה ופגיעות, ולהשיג שליטה במצבים שנתפסו בעבר כמעוררי חרדה וכמייצגים חוסר אוניס והעדר שליטה. מטפלים רפואיים אלה שואפים, לא באופן מודע לגמרי, לחווייה מתקנת בבגרותם. מצד אחד נהפכו אירועי עבר אלה לאירועים מכוננים אשר הניעו אותם לכיוון לימודי מקצועות הרפואה, ואולי אף תרמו לפיתוח הרגישות והאמפתיה הדרושה לטיפול מוצלח באחרים. מאידך גיסא, תוך כדי ניסיונם "לתקן" את חוסר האוניס והסבל מעברם, מבקשים עתה מטפלים רפואיים 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 ובהתמכרות-יתר לנתינה בלתי-אפשרית.

### הערכה ובדיקות

במסגרת הערכת השחיקה המקצועית של המטפלים הרפואיים 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 של המטפל הרפואי 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 הן נוגדנים למחלות ולמשברים בריאותיים (Antonovsky, 1987; Antonovsky & Sagy, 1986). באותה תקופה בערך כתב סמילקסטיין (Smilkstein, 1980) על מודל ה-SCREEM (Social, Cultural, Religious, Educational, Economic & Medical) כבסיס לבדיקת מערכת התמיכה של אדם במצוקה. 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 המטפל הרפואי. תכונות כגון חוש הומור, אופטימיות, גמישות ויכולת הסתגלות יתרמו להתמודדות טובה יותר. שמירה על קשבנות (mindfulness) ויכולת ריכוז במשימה גם הן תכונות

המשפרות את המאבק בשחיקה. המושג "קשבות" (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 בפועל ובחיייו של אדם, אשר חיונית לבריאותו ולרווחתו. כולנו זקוקים לתחושה שיש ביכולתנו לסייע לאחרים. העזרה לזולת היא "לנפש. המודעות לסיפוק, שמטפל רפואי 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 אחיות ופיזיותרפיסטים (מטפלים רפואיים) לשני חלקים- העצמת המטפל הרפואי (סדן, 1997; Shorer, Rabin, Maoz, Nadav & Shiber, 2007) ושינוי מערכת. העצמת המטפל הרפואי פועלת בכמה מישורים: שינוי בגישתו הבסיסית לרפואה, דאגה לבריאותו ולרווחתו, וכן חינוך ואימון לתקשורת ולארגון הפרקטיקה והשתתפות בקבוצות תמיכה. השינוי המערכתי אמור להניע גורמי ניהול במערכות הבריאות להיפך 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 המטפלים הרפואיים, לפחות לגבי ניהול הזמן שלהם, קידום עתידם המקצועי וסיכויי ההשפעה שלהם על המערכת שהם משרתים. גורמי ניהול אחראיים במערכות הבריאות צריכים לאפשר למטפלים הרפואיים להמשיך להרחיב ולהעמיק את השכלתם הרפואית 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 מטפלים רפואיים להשתתף בקבוצות תמיכה. מובן שגם על המטפלים הרפואיים עצמם ליטול אחריות למניעת השחיקה שלהם. עליהם לדאוג לכך שיהיו בקשר עם רופא משפחה משלהם, ולפנות לעזרה כאשר הם חשים שחוקים. אותם מטפלים רפואיים 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 מטפלים רפואיים בנושא זה, עלול להיווצר קשר של שתיקה בין עמיתים, אשר עלול למנוע בקשת עזרה או הגשת עזרה. על המטפלים רפואיים 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 המטפל הרפואי תלוי בבחינת הדפוס 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? מטפל רפואי ששואף להיות "מטפל רפואי טוב מספיק" משימה אשר כשלעצמה אינה פשוטה כלל ועיקר בעולם הרפואי התחרותי, במיוחד לבעלי אישיות הדורשת שלמות (פרפקציוניזם) – יתמודד טוב יותר עם סכנת השחיקה, וסופו שיהיה באמת מטפל רפואי טוב. הציפייה שניתן לטפל בסבלם של אחרים

מבלי לסבול בעצמך דומה לציפייה להיכנס למים מבלי להירטב. כדי להתגונן מפני כאב, חלק מהמטפלים הרפואיים מרחיקים מעליהם חולים קשים וחולים הנוטים למות. אלא שאי-אפשר, כאמור, להיות באמת מטפל רפואי מבלי לגעת בסבל. ההתגוננות מפני הכאב והסבל, הניתוק מהם ומהצער על כישלון מניעתם, גם הם אחד המקורות לתסמונת השחיקה. מטפלים רפואיים נשחקים מפני שהם עוצרים לטפל בסבל שהם עצמם חווים בשל האובדניים הפוקדים אותם ('מטפלים רפואיים 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 למטפלים הרפואיים אמצעי הגנה נוסף מפני שחיקה. מטפל רפואי הרואה את עצמו כסיבה המרכזית להצלחה או לכישלון בטיפול ייטה יותר להיפגע משחיקה, בשל הכישלונות הסבירים והבלתי-נמנעים שעתידיים לקרות במהלך עבודתו, אשר ייתפסו על-ידי ככישלון אישי כוללני. לא כל דבר הקורה למטופלים קשור בהכרח ליכולותיו של המטפל הרפואי. כשם שהצלחת הטיפול אינה תלויה בו בלבד, כן אין לתלות רק בו כל כישלון בטיפול. הרי תמיד יש גורמים שאינם בשליטת המטפל הרפואי.

בלינט (Balint) איתר בין המצבים שמקדמים את השחיקה גורמים המונעים מטפלים רפואיים 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, שליטה, דחייה), פחדים לא מודעים (כגון גון פחדים מדחייה, מאלימות, ממוות), וכן תחושות של חוסר אוניס ולעומתן תחושות של כל יכולות. הכלי שהוא מציע למטפלים הרפואיים כדי להתוודע לרגשותיהם ולהתגבר עליהם הוא השתתפות בקבוצות, המכונות כיום "קבוצות בלינט". קבוצות אלה מאפשרות התוודעות לחרדות, לחוסר האונים, לתחושות הכעס או להזדהות-היתר שמטפלים רפואיים חשים כלפי מטופליהם, ומספקות מרחב של עיבוד, אמפתיה ותמיכה כזירה לתהליך התוודעות זה. הכרת סבלו של המטופל וקשייו של המטפל הרפואי 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 סימפתיים 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 הגר והזר. 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 המטפלים 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 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 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 אנרגיה."

#### 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 זון 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 לדיון שגרתי במקרים המעוררים תגובות מיוחדות, או ישיבות אזוריות ותחקיר (debriefing) במקרה של עבודה במצבי חירום. דיון מסוג זה התקיים, למשל, באחת הישיבות של צוות מרפאה שבה העלה אחד הרופאים הבכירים לדיון 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 שצדו 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 וכו'. 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 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 בניסיונו 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 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 תכניות 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 בתחומו. 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 בבת-י-חולים ובמרפאות. 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.

## חלק ב' : מטרת המחקר הנחות יסוד שאלות המחקר ומתודולוגיה

### 1. מטרת המחקר

מטרתו של המחקר היא לסמן את הנושאים ואת התחומים מתוך אלה המרכיבים את עבודתם של העובדים במקצועות הבריאות, הקשורים בתופעת השחיקה של המטפלים הרפואיים (רופאים, אחיות, פיזיותרפיסטים ועובדים סוציאליים).

### 2. הנחות היסוד של המחקר

א. הגדרת השחיקה הנפשית-

סקירת המחקרים שנערכו בשנים האחרונות בשאלת השחיקה הנפשית של העובד, המספק שירותים לאנשים נזקקים, מלמדת שהגדרתה של תופעת השחיקה עדיין איננה חד משמעית. לאחר ניסיונות לא מעטים להגדיר את תופעת השחיקה, עדיין מתקשים החוקרים להפריד בין תופעה זאת לבין תופעות אחרות, הקרובות אליה במאפייניהן ובגילוייהן החיצוניים. עדיין יש צורך לחזור ולהבהיר, מושגית, את ההבדל ואת הקשר בין הלחץ הנפשי (הנובע מן העבודה) לבין השחיקה, וכן את השונה והדומה בין תופעת השחיקה לבין תופעות נפשיות, כמו ליאות, תשישות, בטלנות לשמה, אדישות, חוסר מוסר עבודה ואפילו דיכאון נפשי. אין, עדיין, הבחנה ברורה בין ההגדרה של תופעת השחיקה לבין תוצאותיה והתופעות החיצוניות שלה. השחיקה מתוארת, בדרך כלל, לפי גילויי ההתנהגות של עובדים שחוקים, והשלכותיה המעשיות של תופעת השחיקה מתוארות במילים ובמושגים המשמשים, למעשה, להגדרתה. השחיקה, לפי מאסלאך וג'קסון, מוגדרת לפי שלושה או ארבעה ממדים שונים, שהקשר ביניהם, או המשקל היחסי המוקנה לכל אחד מהם, אינו מובהר. דבר זה הופך את מושג השחיקה קשה למדידה ולטיפול מחקרי ומעשי. אין ספק בכך שמושג השחיקה הנפשית עדיין איננו מגובש די צורכו, ייתכן, שהדבר נובע מ"גילה" הצעיר של התופעה כמושג קליני ומחקרי, וייתכן, שאין התופעה ניתנת להגדרה מבחנת באופן משמעותי, משום שאין היא נבדלת בבירור מתופעות פסיכולוגיות דומות אחרות.

ב. ייחודיותו של מקצועות הבריאות-

ג. המקורות האפשריים ללחץ ולשחיקה במקצועות הבריאות-

בספרות המחקר נחלקים גורמי הלחץ בעבודתו של המטפל הרפואי לארבעה סוגים שונים של מקורות, שאינם בלתי תלויים זה בזה לגמרי:

1. גורמים שמקורם פסיכולוגי: תחושת משמעותיות בעבודה, אפשרות לביטוי עצמי, התפתחות מקצועית והגשמה עצמית (פינס, כפרי ועציון, 1980), תנאים או מצבים לוחצים (מאסלאך, 1978);
2. גורמים סביבתיים – חברתיים: יחסי גומלין קשים עם חברים בעבודה, מיעוט הזדמנויות לשיתוף בעבודה, היעדר תמיכה והיעדר אפשרות להפגת לחץ או להחלשתו (מאסלאך וג'קסון, 1981; פינס, כפרי ועציון, 1980);



3. גורמים ארגוניים: "סחבת", "בירוקרטיה", תקשורת לקויה, הגבלת האוטונומיה של העובד (פרליון, 1967; סאראטה ורפוצ'י, 1975; צ'רניס ואינגטיוס, 1978), קונפליקט תפקיד ועמימות בתפקיד, היעדר מידע על תוצאות העבודה (פארבר, 1983; קפלן וגיונס, 1975; קאהן וחבריו, 1974);
4. גורמי הסביבה הפיסית: מרחב, מבנה ארכיטקטוני, רעש (פינס, כפרי ועציון, 1980). במחקר זה נחפש את האלמנטים הקשורים בתופעת השחיקה במרחב עולמו של המטפל הרפואי, בתפקידים של המטפלים הרפואיים (מלאכתם של המטפלים הרפואיים, הידע הנדרש מהם וכיוצא בזה).
- לפי הקמן, אולדהאם, ג'נסון ופרדי (1980), "תפקיד" צריך שתהיינה בו חמש תכונות אלו:
1. התפקיד מחייב את העוסק בו להיות בעל מגוון רחב של כישורים;
  2. התפקיד מאפשר ביצוע משימה באופן מושלם, מתחילתה ועד לסופה (ולא רק קטע צר מתוך רצף של פעולות);
  3. התפקיד חשוב וייחודי, ויש לו השפעה משמעותית על חייהם של אנשים.
  4. התפקיד צריך לאפשר לעוסק בו אוטונומיה במידה סבירה, שיקול דעת באשר ללוח הזמנים ולאופן ביצועו.
  5. התפקיד צריך לאפשר משוב לעוסק בו, כדי שידע את התועלת שהופקה מן העמל שהשקיע.
- על בסיס הגדרת התפקיד הזאת ועל סמך ממצאי המחקר שערכתי, חיפשתי ב"עולמו" של המטפל הרפואי את גורמי השחיקה הנפשית שלו.

### 3. שאלות המחקר

במחקר זה נבדוק מקורות אפשריים ללחץ על המטפל הרפואי: עד כמה המטפל הרפואי שחוק? מהם התחומים במסגרת עבודתו של המטפל הרפואי הקשורים לתופעת השחיקה, ובאיזו מידה עשויים תחומים אלו לנבא אותה?

### 4. מתודולוגיה

#### אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר היא מטפלים רפואיים: רופאים ואחיות בבתי חולים בארץ ועובדים סוציאליים בבתי חולים ובתי אבות בארץ. בקובץ הרשיונות של משרד הבריאות, רשומים 35,558 רופאים בתחומים שונים. מקובץ הנתונים של משרד הבריאות וקובץ ההכנסות, התקבלו בסה"כ 42,858 אחיות עד גיל 64, מהן 81% מועסקות בענף הבריאות, 9% מועסקות בענפים אחרים ו-10% אינן מועסקות כלל. 5.89% העוסקים בסייעוד הן נשים וכ-5.10% גברים. בפנקס העובדים הסוציאליים שמנהל רשם העובדים הסוציאליים במשרד הרווחה רשומים 28,665 עובדים סוציאליים.





## המדגם

המדגם כלל 42 מטפלים רפואיים מתוכם 11 רופאים מ-3 בתי חולים שונים בארץ 22 אחיות מ-3 בתי חולים ו-9 עובדות סוציאליות מ-2 בתי חולים ומ-2 בתי אבות.

## נתוני רקע של המטפלים הרפואיים במדגם

המשתנה	מדגם
מין	נשים: 33 גברים: 9
גיל ממוצע	34.5
וותק ממוצע	6 שנים

## כלי המחקר: שאלון "עבודת המטפל הרפואי ותחושותיו"

שאלון "עבודת המטפל הרפואי ותחושותיו" נוסח לפי עקרונות אלה:

1. מדידת השחיקה נעשתה בדיווח עצמי של מטפלים רפואיים על שכיחותן של תופעות שונות.
2. הקריטריון, לדיווח על תופעות ועל מצבים במקום עבודתם של המטפלים הרפואיים ובסביבתם הכללית, היה שכיחות קיומן של התופעות לפי תפיסתו של המטפל הרפואי. השאלון נחלק לשלושה חלקים:  
חלק ראשון: משתני רקע: 18 משתנים דמוגרפיים וארגוניים.  
חלק שני: סולם למדידת השחיקה: 15 משתנים.  
חלק שלישי: תפקיד המטפל הרפואי וסביבת עבודתו: 54 משתנים.  
התיאור המלא של השאלון מופיע בנספח.

## חלק ג': תיאור הממצאים

### עד כמה שחוק המטפל הרפואי?

מנתוני המחקר, וניתוח השאלונים, מתברר, כי כ-40 אחוז מן המטפלים הרפואיים מדווחים, שהעבודה עם המטופלים אינה שוחקת אותם בדרך כלל. כ-45 אחוז מרגישים, כי עבודתם שוחקת אותם רק לפעמים. כ-15 אחוז מהם מדווחים שהעבודה עם המטופלים שוחקת אותם בדרך כלל. בקבוצת המטפלים הרפואיים שהעבודה שוחקת אותם בדרך כלל מצויים מטפלים רפואיים שחוקים במצב קשה. (העבודה והעבודה עם המטופלים שוחקת אותם תמיד). גם אם אין המטפלים הרפואיים שחוקים ממש, הרי הם מדווחים, שעבודתם אינה קלה כלל וכלל. כ-27 אחוז מן המטפלים הרפואיים מדווחים, כי הם "גמורים" בדרך כלל בסוף יום העבודה, כ-20 אחוז מהם מדווחים, כי הם "סחוטים" בדרך כלל מעבודת הטיפול בחולה. ו-14 אחוז מן המטפלים הרפואיים מדווחים, כי העבודה עם המטופלים היא מאמץ מכביד עבורם בדרך כלל. כ-7 אחוז מן המטפלים הרפואיים מרגישים בדרך כלל עייפות רבה בבוקר, ביוזעם, שעומד בפניהם יום עבודה נוסף.



למרות הקשיים, מידת מחויבותם של המטפלים הרפואיים למקצועם נותרת גבוהה. כ- 60 אחוז מהם מדווחים, שהיו חוזרים ובוחרים במקצוע זה, לו ניתנה להם האפשרות להתחיל מחדש את חייהם. כ-26 אחוז מהמטפלים הרפואיים סבורים, בדרך כלל, שלא היו בוחרים מחדש במקצועות הרפואה, וכ-16 אחוז מהם אינם בטוחים בעצמם. רק ל- 8 אחוז "נשבר" ממש מן העבודה עם המטופלים.

אחוז דומה של מטפלים רפואיים סבורים, שהעבודה מתסכלת אותם בדרך כלל. מרבית המטפלים הרפואיים (76 אחוז) מדווחים, שהם שואבים סיפוק רב מעבודת הטיפול בדרך כלל, כ- 30 אחוז סבורים, שבעבודתם הם אינם ממצים את מלוא יכולתם, וכ-20 אחוז מהם סבורים, שמקצוע זה אינו מאפשר להם "להתקדם בחיים". לכ- 9 אחוז מהם גורמת עבודתם מתח רב בדרך כלל, וכ-11 אחוז מהם הופכים לחסרי סבלנות מעבודה זאת.

## חלק ד: סיכום ודיון

בשלב הראשוני של העבודה, מטפלים רפואיים מילאו שאלון למדידת השחיקה, שכלל את שלושת המרכיבים שנוסחו על ידי מאסלאך וג'קסון (תשישות נפשית וגופנית, היעדר הגשמה אישית ודפרסונאליזציה).

השחיקה הנפשית, וכן משתני הרקע ומשתני התפקיד של המטפל הרפואי, נמדדו בשיטת ה"דיווח העצמי" של הנבדק. כך נמדדה השחיקה במרבית המחקרים, להוציא מחקריהם של מילשטיין וחבריו. אלה מדדו את השחיקה על ידי התבוננות מן הצד בהתנהגותם ובעבודתם של העובדים, ועל ידי מדידה ישירה של תופעות פסיכולוגיות, כמו לחץ דם, הזעה, דופק הלב ומחלות. מחקרים המושתתים על "דיווח עצמי" חשופים במיוחד "לייפוי" ואפילו להטיה מכוונת של התוצאות. למרות שניתנים לנשאל הסברים, ולמרות שנעשים, לפעמים, ניסיונות, להסוות את הכוונה האמתית שמאחורי השאלות, תמיד ישנה לפחות תשובה אפשרית אחת בשאלון, המוכרת למשיב כרצויה יותר מבחינה חברתית, לעומת האחרות. בשאלון כזה עשוי המשיב להעמיד "פנים טובות", או לבחור תשובות, היוצרות רושם חיובי או שלילי, הכל לפי העניין (אנאסטאסי, 1982; גייקובס ובארון, 1986; רדקליף, 1966; סטריקר, 1969). הנטייה לבחור תשובות "רצויות" מבחינה חברתית בשאלונים "דיווח עצמי", אינה בחינת הונאה מכוונת מצד המשיב. לא מעטים הם המקרים, שבהם המשיב עצמו אינו מודע כלל לנטייה זאת, וכך יכולה החזות החיצונית שהוא מציג להתפרש כהיעדר רצון להכיר במגבלות עצמו (אדוארדס, 1957). בנושא השחיקה יכול המשיב להכחיש את דבר היותו שחוק, משום שבאמת אינו שחוק, או משום שהוא שחוק במידה כזאת, שהוא זקוק להגנה פסיכולוגית, המוליכה אותו להכחשה פעילה של התופעה (רפפורט, גיל ושייפר, 1968).

המדגם במחקר מנה 42 מטפלים רפואיים שעובדים בבתי חולים ובתי אבות. מרביתם היו מטפלות רפואיות נשואות, ילידות ישראל, בגילאים שבין 30 ל-40 שנה, שלהן ילדים קטנים. באשר לתפקידו העיקרי של המטפל הרפואי, רומזים הנתונים, שככל שהתפקיד מצמצם או מרחיב את ממלא ממגע קרוב עם מטופלים, כרוכה העבודה במתח, בשחיקה ובהרגשות תשישות נמוכים יותר.

עבודת הטיפול הרפואי יכולה להקנות תחושת סיפוק דומה לאלה שעובדים בה שעות מעטות, כמו לאלה שעובדים בה שעות רבות, ונחשבים, עמוסים. מטפל רפואי יכול להיות עמוס, עם כל המשתמע מכך, אך עם זאת יכול להפיק מכך סיפוק ולהרגיש, כי הוא ממצה לעיתים קרובות יותר את יכולתו האישית.

ניתן לסכם את המגמות שנסתמנו מדפוסי הדיווח של השחיקה אצל מטפלים רפואיים בעלי משתני רקע שונים באופן הבא:

1. מטפלים רפואיים (זכרים) בממוצע רבים יותר ממטפלות רפואיות מרגישים, שעבודתם עם המטופלים שוחקת אותם, ולעיתים קרובות יותר חשים המטפלים הרפואיים, יותר מהמטפלות כי "נשבר" להם מן העבודה.

2. ככל שעוברות השנים בעבודה עם המטופלים, כך עולות השחיקה והתחושה השלילית של המטופלים כלפי המקצוע, העלייה בתחושת השחיקה היא עקבית במידה רבה.
  3. ככל שהמטפל הרפואי למד יותר שנים, כך גבוהה יותר תחושת השחיקה שלו (רופאים שחוקים הכי הרבה).
  4. ככל שמטפל רפואי עובד עם יותר מטופלים, כך הוא שחוק יותר.
  5. ילדים בבית מכבידים על המטפל הרפואי, בעיקר בקרב האחיות והעובדים הסוציאליים.
- נקודת המוצא הראשונה בניסיון להבין את תהליך השחיקה הנפשית של המטפל הרפואי, היא ההנחה, שחשיפה ממושכת לגורמי לחץ בתנאים סביבתיים מסוימים, מהווה ראשיתו של תהליך, שסופו- השחיקה הנפשית של העובד. השחיקה הנפשית ניתנת להגדרה, לפי נקודת ראות זו, כשלב הסופי בסדרה של ניסיונות בלתי מוצלחים להתגבר על מצבי לחץ שליליים. במקרה זה, השחיקה היא תוצאה לא רק של הלחץ עצמו (שהוא בלתי נמנע, כנראה, במקצועות לשירות אנשים), אלא גם של תחושת היעדר מערכת תומכת, ושל היעדר אמצעי הקלה או מפלט (פארבר, 1984). חשיפה ממושכת לגורמי לחץ נמצאה קשורה לתגובות רגשיות שליליות, בעיקר שעמום וחוסר סיפוק מן העבודה, תחושה של דיכאון, חוסר שקט וחרדה. אולם, המחקר מראה, כי האנשים שונים אלה מאלה בפגיעות הנובעות מלחץ, בהערכה סלקטיבית של אירועים לוחצים, באירועים משפחתיים תומכים או מכבידים, בהיכרות ובזמינות של מנגנונים להתגברות על לחץ, כולל תמיכה חברתית. מרכיבים אלה מסבירים את השונות שבתגובותיהם של אנשים שונים למצבי לחץ זהים, או כמעט זהים.

### **הקלת הלחץ והשחיקה הנפשית של המטפל הרפואי - סיכויים והיערכות**

תופעת השחיקה הנפשית של המטפל הרפואי, אינה נגרמת על ידי גורם מרכזי אחד, שמשקלו גדול במידה שאם יבוטל- יחדל המטפל הרפואי מהיות שחוק, העבודה עם המטופלים היא עבודה המקרינה באופן טבעי לחצים נפשיים, הנובעים ממקורות שונים. אין אני רואה, דרך לבטל לחלוטין את מקורות הלחץ של עבודת המטפל הרפואי. אולם המרכיבים שתורמים לתהליך השחיקה, טומנים בחובם, רמזים חשובים בכיוון של פתרונות ודרכים להקלת הלחץ הנפשי של המטפל הרפואי.

הדרך הנראית המבטיחה ביותר לדעתי, היא טיפול בהיבט הדימוי העצמי של המטפל הרפואי. הכשרת המטפל הרפואי לתפקידו צריכה להביא בחשבון, שבנוסף למיומנויות המקובלות המוקנות למטפל הרפואי, יש להקנות למטפל הרפואי גם מיומנויות בתחום יחסי האנוש ומיומנויות מנהיגותיות. המטפל הרפואי חייב להכיר את ההיבטים הפסיכו- חברתיים של קבוצתו, ובמיוחד את תחום יחסי האנוש שבעבודתו, ועליו לדעת להתמודד בהצלחה עם תחומים אלה, ובשיפור כישוריהם בתחום היחסים הבין- אישיים, תהליך ההכשרה של המטפל הרפואי, ובמיוחד תהליך השתלמותו תוך כדי עבודה, צריך לכלול גם דימוי ריאלי יותר של המטפל הרפואי, של ציפיותיו מעצמו ושל ציפיות הסביבה ממנו, תוך כדי יצירת סדרי עדיפויות למשימות שהוא נדרש למלא.



אם תתווסף לכך תכנית לשיפור עבודת הצוות בבית חולים או בבית אבות (הפחתת הניכור בין חברי הצוות, הגברת שיתופם של המטפלים בתהליכי קבלת ההחלטות) ייעשה צעד חשוב להקלת תהליך השחיקה של המטפלים, ולשיפור העבודה עם המטופלים.



## נספח: שאלון "עבודת המטפל הרפואי ותחושותיו"

השאלון על "עבודת המטפל הרפואי ותחושותיו" כולל שלושה חלקים:

- א. משתני רקע: משתנים דמוגרפיים של המטפל הרפואי, מאפייני רקע ומשתנים ארגוניים;
- ב. סולם שחיקה;
- ג. משתני תפקיד;

### משתני הרקע

בחלק זה 18 משתנים.

#### דמוגרפיים:

מין

גיל

ארץ לידה

מצב משפחתי

השכלה

מספר הילדים

גיל הילדים

ותק בתפקיד

#### ארגוניים

מקום העבודה

מיקום העבודה ביחס למקום המגורים

תפקיד עיקרי

היקף משרה

מספר מטופלים ליום בממוצע

השתתפות בהשתלמויות

דרגה בעבודה (בכיר וכו')

### סולם השחיקה

הסולם למדידת השחיקה הנפשית כלל 15 פריטים, שנחלקו לשתי קבוצות:

שחיקה נפשית:

1. הרגשתי, שבאופן נפשי אני "סחוט/ה" מהעבודה עם המטופלים.
2. הרגשתי "גמור/ה" בסוף יום העבודה.
3. הרגשתי עייפות רבה בבוקר, כשעלי לצאת ליום עבודה נוסף.
4. הרגשתי שעבודה עם מטופלים במשך יום שלם, היא מאמץ המכביד עליי.
5. הרגשתי שממש "נשבר" לי מן העבודה עם המטופלים, ומעבודת הטיפול הרפואי.
6. הרגשתי, שהעבודה מתסכלת אותי.
7. הרגשתי שאני עובד/ת קשה מידיי.

8. הרגשתי, שעבודתי והעבודה עם המטופלים, ממש "שוחקת" אותי.
9. הרגשתי, שעבודה עם מטופלים, באופן צמוד, יוצרת בי מתח רב מידי.
10. הרגשתי, שהעבודה הופכת אותי לחסר סבלנות.  
הגשמה עצמית:
11. הרגשתי, שהעבודה עם המטופלים גורמת לי סיפוק רב.
12. הרגשתי, שהעבודה עם המטופלים מאפשרת לי למצות את מלוא יכולתי.
13. שקלתי עזיבת המקצוע.
14. חשבתי שהייתי חוזר ובוחר במקצוע זה, אם ניתן היה לי להתחיל את חיי המקצועיים מחדש.
15. הרגשתי שאינני מתקדם בחיי המקצועיים.  
מתוך 15 הפריטים שלהלן, 12 פריטים מנוסחים באופן שלילי, ו-3 מנוסחים באופן חיובי.  
סולם המדידה הוא סולם שכיחות של 7 דרגות:

אף פעם	לעיתים רחוקות מאוד	לעיתים רחוקות	לפעמים	לעיתים קרובות	לעיתים קרובות מאוד	תמיד
0	1	2	3	4	5	6

#### משתני תפקיד

- בחלק זה של השאלון 18 פריטים. סולם המדידה זהה לזה שבסולם השחיקה. המטפל הרפואי ותפקידו הפריטים קובצו ל-5 ממדי תפקיד.
1. מגוון הכישורים הנדרשים למילוי התפקיד- האתגר האינטלקטואלי (6 פריטים).  
ממד זה מבטא את המידה, שבה התפקיד דורש מן העובד לבצע פעולות, המהוות אתגר לכישוריו וליכולתו. המשתנים בממד זה הם:
    - א. מגוון הכישורים הכללי הנדרש
    - תפקידי מחייב להתמצא בנושאים רבים ושונים, מלבד טיפול בחולים.
    - שימשתי "איש תמיכה" למטופלי, בנוסף על היותי מטפל בפציעה או במחלה של המטופל.
    - ב. הכושר האינטלקטואלי הנדרש
    - אני נדרש/ת להתמודד עם נושאים קשים ומורכבים.
    - הטיפול מהווה אתגר אינטלקטואלי עבורי.
    - חשבתי, שבמקצוע לא טיפולי הייתי מנצלת במידה רבה יותר את יכולתי האינטלקטואלית.
    - ג. הידע הנדרש והצורך בעדכונו
    - התברר לי שכדי לטפל בחולים/ במטופלים, אני זקוקה/ה לידע נוסף.
  2. "שלמות" התפקיד (3 פריטים)



- ממד זה מבטא את המידה שבה התפקיד כולל חלק גדול יותר של העשייה ושל התהליך הטיפולי- ביצוע משימה מתחילתה ועד סופה.
- אין לי זמן או אמצעים לטפל במחלות מסוימות שהייתי רוצה מאוד לטפל בהם.
  - חשבתי שאני המעודד והמרפא את מטופליי בעוד שמישהו אחר יקצור את פרי עמלי.
  - אני משלב בתחום הטיפול גם תמיכה והקשבה למטופל.
3. אוטונומיה (2 פריטים)
- ממד זה מבטא את המידה, שבה התפקיד נותן לעובד חופש, עצמאות ושיקול דעת בתכנון העבודה ובקביעה צורת ביצועה.
- אני יכול/ה להחליט על דרכי הטיפול במטופל בהתאם לשיקול דעתי הבלעדי.
  - כדי להחליט על טיפול מסויים או דרך פעולה עם מטופל עליי לעבור בירוקטיה וסחבת.
4. משוב (4 פריטים)
- ממד זה מבטא את המידה, שבה העובד מקבל אינפורמציה על היעילות של מאמציו. משוב זה יכול להיות חיובי או שלילי, הוא יכול לבוא ממטופלים, מקרובי משפחתם, מהמנהל ומחברי צוות על רמת הטיפול ועל הישגי הטיפול, על יחסיו עם המטופלים וכו'. הפריטים הם:
- המנהל שלי חיווה דעה על עבודתי.
  - חברי צוות בחלקתי מספרים לי דברים הקשורים בי ובעבודתי.
  - המטופלים נותנים לי פידבק על הטיפול בהם.
  - קרובי משפחה של המטופלים מספרים לי על ההרגשה שלהם כלפי הטיפול שלי.
5. ייחודו של התפקיד וחשיבותו (3 פריטים)
- ממד זה מבטא את המידה, שבה יש לתפקיד השפעה או משמעות על חייהם של אנשים הקשורים בו, הפריטים הם:
- אני חושב/ת, שלהיות רופא /אחות/ עובד סוציאלי זה תפקיד חשוב.
  - בעבודתי עם המטופלים אני נותן את הטיפול הטוב ביותר.
  - בעקבות הטיפול, ההחלמה של המטופלים משביעה את רצוני.





## ביבליוגרפיה

**בר גל, ד'.** לחצים בעבודה במקצועות שירות אנוש, מגמות, כ"ח, 575-581, 1984.

**מלאך-פינס, א'.** שחיקה נפשית: מהותה ודרכי התמודדות עימה. תל אביב, צ'ריקובר, 1984.

**עציון, ד'.** שחיקה אנושית- תיאוריה ומחקר על פרשת דרכים. תל אביב, אוניברסיטת תל אביב, הפקולטה לניהול, 1983

**Anderson, M. B. & Iwanicki, E. F.** Teacher Motivation and its Relationship to Burnout. Educational Administration Quarterly, 20, 109–132, 1984.

**Armstrong, K.L.** How can we avoid burnout? Child abuse and neglect: Issues on innovation and implementation, 30148 ,pp. 230-238, 1978.

**Aronson, E. & Pines, A.** Burnout: From Tedium to Personal Growth. N.Y.: The Free Press, 1981.

**Beer, T.A., & Newman, J.E.** "job stress, employee health and organizational effectiveness: A facet analysis model, and literature review". Personnel psychology, 31, 665-699, 1978.

**Burnout in ICU Caregivers.**: American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, Vol. 184, P.1140-1146, 2011.

**Cherniss, C.** Professional Burnout in Human Services Organizations. N.Y, 1980.

**Cherniss, C., Egnatios, E., & Wacker, S.** "Job stress and career development in new public professionals". Professional psychology, 7, 428-436, 1976.

**Cooper, C.L., Dewe, P.J., & O'Driscoll, M.P.** Organizational stress. Thousand oaks, CA: Sage, 2001.

**Finney C., Stergiopoulos E., Hensel J., Bonato S., Dewa C.S.**: Organizational stressors associated with job stress and burnout in correctional officers: a systematic review. BMC Public Health. P.13-82, 2013.



**Freudenberger H.J.**: Staff burnout. Journal of social Issues, Vol. 30, PP.159-164, 1974.

**Goleman, D.** Emotional Intelligence. Bantam Books, New York, 1995.

**Goleman, D.** Working with Emotional Intelligence. New York. Bantam Books, 1998.

**Hobfoll, S.E & Shirom, A.** Conservation of resources theory: Applications to stress and management in the workplace, 2000.

**Laschinger H.K.S., Wong C., Greco P.**: The impact of staff nurse empowerment on person-job fit and work engagement/burnout. Nurs Adm Vol. 30 P.358–367, 2006.

**Lysaught, J.P.** An abstract for action. National commission for the study of nursing and nursing education, NY: McGraw Hill, 1970.

**Maslach, C.** Burnout-The cost of caring. Englewood cliffs NJ: Prentice Hall , 1982.

**Maslach, C., Jackson, S.E., Leiter, M.P.** : Maslach Burnout Inventory Manual Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press,,1996.

**Maslach, C., & Leiter, M.P.** The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey Bass, 1997.

**Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M.P.** Job burnout annual review of psychology, 53, pp. 397-422, 2001.

**Pines, A.M., & Aronson, E.**, Career Burnout: Causes and Cures. NY: Free press, 1988.

**Pines A , Maslach C.**: Characteristics of staff burnout in mental health settings. Hosp Community Psychiatry; Vol.29, P.233–237, 1978.

**Shirom, A.** Burnout in work Organizations. In C.L.Cooper & L.Robertson, (Eds.) International Review of Industrial and Organizational Psychology. Pp. 26-48. N.Y.: Wiley , 1989.



**Shirom, A. & Melamed, S.** Does Burnout Affect Physical Health? A Review of the Evidence .In: ASG. Anthoniou, C. Cooper (Eds). *Research Companion to Organizational Health Psychology*. Edward Elgar, Cheltenham, UK , 599-622, 2005.

**Sundin L., Hochwalder J., Bildt C., Lisspers J.**: The relationship between different work-related sources of social support and burnout among registered and assistant nurses in Sweden: a questionnaire survey, Vol. 44, PP.758–769, 2007.

**Turnipseed DL.**: Anxiety and burnout in the health care work environment. Psychol Rep. Vol 82, P. 27–42, 1998.

**Vlerick P.**: Burnout and work organization in hospital wards: a cross-validation study. Work Stress. Vol.10 P.257–65, 1996.