

מעלותיו של "הרופא הטוב": תפיסת הרופאים לעומת תפיסת הציבור

קורן דופלט, יעקב אורקין, יעקב בכנר, זהבה יהב ונדב דוידוביץ'

תקציר

במקביל לשינוי ביחסי רופא-מטופל, החלו חוקרים לעסוק בשאלה מיהו "רופא טוב" ובאילו תכונות עליו להחזיק. התכונות הנדרשות ל"רופא טוב" אינן יכולות להיות מוגדרות רק על ידי אנשי מקצוע מעולם הרפואה, אלא חייבות לנבוע גם מהעולם הרגשי-חברתי של המטופלים, ומחוויותיהם במפגש הטיפולי עם הרופא. לפיכך הוגדרו מטרות המחקר כך: (א) בחינת התפיסות של הציבור הרחב ושל רופאים מומחים בוגרי בתי ספר לרפואה בישראל בדבר תפקיד הרופא בעניין צמצום פערי בריאות ובעניין התכונות החשובות ביותר אצל "רופא טוב"; (ב) השוואה בין התפיסות של שתי קבוצות אלה.

שיטות: מחקר חתך באמצעות סקר אומניבוס בקרב 501 משתתפים מהווים מדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת במדינת ישראל, וסקר טלפוני בקרב 1,000 רופאים מומחים בוגרי בתי ספר לרפואה בישראל. הציבור הרחב וציבור הרופאים נשאלו למאפייניהם הדמוגרפיים; אם, לתפיסתם, זהו מתפקידו של הרופא לעסוק בצמצום פערים בבריאות; מהי, לדעתם, התכונה הכי חשובה אצל "רופא טוב", ומהי, לדעתם, התכונה השנייה הכי חשובה אצל "רופא טוב".

תוצאות: הרופאים תופסים את מטרת צמצום הפערים בבריאות כחלק מתפקידם יותר מאשר הציבור הרחב. מדירוג המשתתפים, התכונה החשובה ביותר אצל "רופא טוב" לתפיסתם של רופאים קשורה בפן ההומאני והדאגה לחולה, ואילו הציבור הדגיש דווקא את הפן המקצועי-טכני. עוד נמצא כי יותר רופאים מומחים במקצועות כירורגיים ואבחנתיים, וכך גם רופאים תכונות הומאניות מאשר רופאים מומחים במקצועות כירורגיים ואבחנתיים, וכך גם רופאים שמקום עבודתם העיקרי בקהילה מאשר רופאים שמקום עבודתם העיקרי בבית החולים, רופאים שאינם מחזיקים בתפקיד ניהולי מאשר רופאים המחזיקים בתפקיד ניהולי או עוסקים במחקר לעומת רופאים שאינם עוסקים במחקר, ורופאים פחות ותיקים (עד 10 שנים מאז סיום

ההתמחות) מאשר הרופאים הוותיקים. בקרב הציבור הרחב נמצאו הבדלים מובהקים לפי רמות ההשכלה: בעלי השכלה תיכונית ציינו יותר שתי תכונות הומאניות, ולעומתם בעלי השכלה על-תיכונית מקצועית ובעלי השכלה אקדמית ציינו אחת.

דיון וסיכום: ייתכן כי ההבדלים בין תפיסת הרופאים לתפיסת הציבור נובעים מתפיסת המטופלים את תפקיד הרופא ככזה שאמור לעזור להם לחזור לתפקוד מיטבי, ופחות רואים את המשמעות החברתית הגלומה בתפקידו. לעומתם, ייתכן כי רופאים יוצאים מנקודת הנחה כי רופא מומחה כבר רכש מיומנות "טכנית" גבוהה, לכן יש לשים דגש דווקא על הפן ההומאני והחברתי שבעבודתו. מחקר עתידי יכול להיעשות באמצעות קבוצות מיקוד משולבות של רופאים ונציגי ציבור ולכלול גם שאלות אתיות שעניינן המפגש בין הרופא למטופל. לעיתים ישנו נתק בין ציבור הרופאים לבין ציבור המטופלים וכינוס סביב שולחן אחד יוכל להניב תובנות הן לרופאים הן לציבור הרחב לגבי הציפיות אחד מהשני.

מילות מפתח: מעלותיו של "הרופא הטוב", מיומנויות טכניות, מיומנויות בין-אישיות, חינוך רפואי

ד"ר קרן דופלט - המכללה האקדמית אשקלון, אוניברסיטת בן גוריון בנגב; Dopelt@bgu.ac.il

פרופ' יעקב אורקין - אוניברסיטת בן גוריון בנגב; Urkin@bgu.ac.il

פרופ' יעקב בכנר - אוניברסיטת בן גוריון בנגב; Bachner@bgu.ac.il

ד"ר זהבה יהב - אוניברסיטת בן גוריון בנגב; Zehava.yahav@gmail.com

פרופ' נדב דוידוביץ' - אוניברסיטת בן גוריון בנגב; Nadavd@bgu.ac.il

תכונות הרופא הטוב בראי המחקר

מקצוע הרפואה הוא מהמקצועות המתקדמים ביותר מבחינה טכנולוגית. הסכנה הטמונה בחדשנות ובקדמה הטכנולוגית היא שההתעמקות בהן עלולה לבוא על חשבון הקשר הרגשי של הרופא עם מטופליו ולפגוע במשמעות של "להיות רופא טוב". יחסי רופא-מטופל הם נושא מרכזי ברפואה בכלל, ובאתיקה הרפואית בפרט. בעבר הייתה הרפואה בעלת אופי פטרנליסטי, הרופא לא הסביר ובוודאי שלא שיתף את החולה בהחלטות רפואיות, וגם החולה לא ציפה לקשר מסוג זה וקיבל את דברי הרופא ללא עוררין. במאמר שהתפרסם ב-JAMA בשנת 1984 נמצא כי 47% מהציבור העדיפו שהרופא יחליט עבורם בעניינים רפואיים (Strull, Lo, & Charles, 1984). ביקורת כלפי הגישה הפטרנליסטית ברפואה ועימה מגמה של חקיקה להגנה על זכויות החולה הביאו לתפנית בתפיסה ולהתגבשותה של גישה חדשה, ה-Patient centered care. גישה זו ממקמת את המטופל ואת בעיותיו ורצונותיו במרכז, ובה שמונה עקרונות: כבוד לערכי המטופלים והעדפותיהם, ריכוז הטיפול, מתן מידע, נוחות גופנית (טיפול בכאב, סיוע), תמיכה רגשית, זמינות, שיתוף משפחה וחברים והמשכיות טיפול במעבר בין מסגרות טיפול שונות (Rawson & Moretz, 2016).

עם שינויים אלה ביחסי רופא-מטופל, החלו חוקרים לעסוק בשאלה מיהו "הרופא האידיאלי" ובאילו תכונות עליו להחזיק. ניתן לחלק את התכונות באופן גס לאלה הקשורות למיומנויות טכניות ומקצועיות ולאלה הקשורות למיומנויות בין-אישיות והומאניות (Carmel & Glick, 1996; Cuesta-Briand, Aurret, Johnson, & Playford, 2014; Pellegrino, 2002; Wensing, Jung, Mainz, Olesen, & Grol, 1998). בספר משנת 1864 נטען כי החטא הראשון של רופאים הוא העיסוק ברפואה מבלי להיות באמת מוכשר לכך (Paterson, 2012). מקובל להניח כי רופא מחוסר ידע וכישורים "טכניים" איננו רופא טוב. בהקשר זה עולה השאלה אם רופא בעל מיומנויות טכניות גבוהות אך נעדר מיומנויות הומאניות בין-אישיות יכול להיות "רופא טוב". מטרת המחקר הנוכחי להשוות בין תפיסת הציבור הרחב לבין תפיסת הרופאים לגבי מעלותיו של "הרופא הטוב".

לתקשורת יעילה בין רופא למטופל תפקיד מרכזי בבניית הקשר הטיפולי רופא-חולה, שהוא לב ליבה של הרפואה (Walsh, O'Neill, Hannigan, & Harmon, 2019). תקשורת טובה יוצרת אמון בין הרופא והמטופל (Singh, 2016), מטופלים מביעים שביעות רצון גבוהה יותר משירותי הבריאות אם הם תופסים את הרופא שלהם כאכפתי וכרגיש לצורכיהם (Halpern, 2014; Hojat et al., 2010), ויתר על כן, לתשומת הלב של הרופא להיבטים הרגשיים של המטופל השפעה חיובית על היענות המטופלים לטיפול ועל הריפוי (Cooper et al., 2011).

(Ratanawongsa et al., 2013). במחקר שנעשה בבית חולים לבריאות הנפש בישראל נמצא כי מטופלים ציפו מרופאים ומאחיות "טובים" שיכבדו אותם כבני אדם ולא רק שיראו בהם "מקרים", שישתפו אותם בקבלת ההחלטות ושיעניקו להם תמיכה רגשית (Haron & Tran, 2014). במחקר שנערך במרכז הרפואי קפלן על ידי שכטנר ועמיתיו (Schattner, Rudin, & Jellin, 2004) השתתפו 445 חולים מאושפדים שנשאלו לגבי התכונות של "רופא טוב". בשאלון שחיברו החוקרים היו 21 תכונות משלושה תחומים בטיפול הרפואי: אוטונומיה של החולה, מקצועיותו של הרופא והומאניות. מהמחקר עלה כי אומנם החולים מעוניינים שהרופא שלהם יהיה מקצועי והומאני, אך בראש ובראשונה רצו שהרופא יכבד את האוטונומיה שלהם. בדומה, במחקר שנעשה בקרב 289 לקוחות של 10 בתי מרקחת בניו זילנד נמצא כי מתוך רשימה נתונה של תכונות הם דירגו את "אוטונומיה של מטופלים" ו"דאגה לרווחת המטופל" כתכונות בעלות החשיבות הגבוהה ביותר (Hutchinson & Reid, 2011). בסקירת 57 מאמרים שעסקו בתפיסת מטופלים את "הרופא הטוב" בהקשר לרפואה הראשונית נמצא כי ב-86% מהמאמרים שנסקרו התכונה "אנושיות" (humaneness) הייתה בעדיפות הראשונה, ב-64% מהמחקרים העדיפו המרואיינים "יכולת מקצועית ודיוק באבחנה", וב-63% מהמחקרים ניתנה עדיפות ראשונה ל"שיתוף המטופל בקבלת החלטות" (Wensing et al., 1998). גם במחקר שניתח את התכונות החשובות ביותר של הרופאים בהתאם לשיפוט מטופליהם במטרה לפתח סט של התנהגויות המאפיינות את "הרופא האידיאלי" נמצאו ממצאים דומים (Bendapudi, Berry, Frey, Parish, & Rayburn, 2006). בראיונות טלפוניים תיארו 192 מטופלים את חוויותיהם עם 14 רופאים מתחומי מומחיות שונים במרפאות "מאיו" באריזונה ובמינסוטה שבארצות הברית בשנים 2001–2002. החוקרים זיהו שבע תכונות שהעריכו חולים אצל רופאיהם: אנושיות (הרופא אכפתי, רגיש ואדיב), אמפתיה (הרופא מנסה להבין מה עובר על המטופל, פיזית ורגשית), יחס אישי (הרופא מתעניין במטופל וזוכר אותו), ישירות (הרופא מתאר למטופל את מצבו בשפה פשוטה ובאופן ישיר), כבוד (הרופא מתייחס ברצינות לדעת המטופל), יסודיות (הרופא מעמיק ועקבי) וביטחון עצמי (הביטחון של הרופא מעניק למטופל ביטחון). לדעת החוקרים, העובדה שהתכונות שצינו מתייחסות להתנהגות הרופאים ולא לידע המקצועי אינה מצביעה על כך שיכולת טכנית חשובה פחות לחולים, אלא על כך שקשה להם יותר לשפוט ולהעריך אותה. בהקשר לכך הוסבר כי בהיעדר מידע קונקרטי באשר ליכולות הטכניות של הרופא, מטופלים עלולים לחשוב שהם מקבלים שירות ברמה טכנית גבוהה כאשר לרופא יש כישורים בין-אישיים גבוהים (Ware & Williams, 1975).

במחקר עם 304 משתתפים בלוס אנג'לס התבקשו המשתתפים לדמיין כי הם עוברים לעיר חדשה ועליהם לבחור רופא משפחה. המשתתפים קיבלו דו"חות וירטואליים המתארים

רופאים שונים בשלוש קטגוריות של יכולות טכניות ושלוש קטגוריות של יכולות בין-אישיות. החוקרים יצרו שבעה זוגות היפותטיים של רופאים (חמישה לצורך המחקר ושניים לצורך בדיקת התוקף הפנימי), ובתוך הזוגות רופא אחד, לדוגמה, תואר כבעל כישורים טכניים גבוהים וכישורים בין-אישיים נמוכים, והשני תואר בצורה הפוכה, או ששניהם תוארו כבעלי כישורים ממוצעים בשני ההיבטים וכך הלאה. נמצא כי שני שלישים מהמשתתפים בחרו ברופא בעל הכישורים הטכניים 3 פעמים מתוך החמש. שליש מהמשתתפים בחרו לפחות 3 פעמים ברופא בעל הכישורים הבין-אישיים. עם זאת, יותר ממחצית מהמשתתפים בחרו ברופא בעל הכישורים הבין-אישיים הגבוהים והכישורים הטכניים הנמוכים גם אם לעומתו עמד רופא בעל כישורים בין-אישיים נמוכים וכישורים טכניים גבוהים. כלומר, הכישורים הבין-אישיים בהחלט חשובים למטופלים בעת בחירת הרופא (Fung et al., 2005).

מהמחקרים שנערכו עולה אפוא כי התכונות החשובות לציבור אצל רופא טוב הן בראש ובראשונה אנושיות, כבוד לאוטונומיה של המטופל ושיתוף בקבלת החלטות. נבחן אם גם בקרב הרופאים עולה תמונה דומה או שונה.

הומאניות ברפואה בראי ההיסטוריה

בראשית המאה העשרים, בתגובה לדגש ההולך וגובר על הכשירות הקלינית והבסיס המדעי של הרפואה, קולות שונים מתוך המקצוע הזכירו לקולגות את הצורך באנושיות, מעבר למיומנות הטכנית. לדוגמה, הרופא של הרווארד, פרנסיס פיבודי, הצהיר כי סוד הטיפול בחולה טמון באכפתיות כלפיו. הרופא הסיני מהמאה השביעית סאן סימיו תיאר את הרופא האידיאלי כמי שמפתח לב גדול של רחמים וחמלה. גם הרמב"ם במאה ה-12 דרש מכל רופא השכלה מקצועית מרבית, טיפול פרטני בחולה, שימוש בכל האפשרויות הרפואיות העשויות להועיל, כולל עידוד נפשו של החולה. הוא ציווה לראות בחולה עמית שסובל ולא עוד מקרה של מחלה (Paterson, 2012). שבועת הרופאים שכתב היפוקרטס במאה הרביעית לפני הספירה שימשה בסיס לקודים האתיים ברפואה המודרנית. העיקרון הראשון בקוד האתי של האיגוד האמריקאי לרפואה אומר כי רופא יתמסר למתן טיפול רפואי מוסמך מתוך חמלה ומתן כבוד לכבוד האדם ולזכויותיו. דעות דומות הראו רופאים במחקרים שונים.

הגדרת הרופא הטוב לפי רופאים

במחקר במרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה התבקשו הרופאים לדרג את התכונה החשובה לדעתם אצל "רופא טוב" מתוך רשימה של שש תכונות נתונות. הם דירגו את התכונות כך: הבנה ויחס הומאני למטופלים, ידע וכישורים רפואיים, מסירות ונכונות לעזור לחולים,

יחסים טובים עם הצוות, יכולת מחקר ופרסום, ולבסוף, יכולות ניהול. בהמשך התבקשו הרופאים לדרג איזו תכונה מבין אלה היא החשובה ביותר לצורך קידום בבית החולים. הסדר היה: יכולת מחקר ופרסום, ידע וכישורים רפואיים, יכולות ניהול, יחסים טובים עם הצוות, מסירות ונכונות לעזור לחולים ולבסוף הבנה ויחס הומאני למטופלים. כך שבעוד שהתנהגות אמפתית נחשבת לתכונה החשובה ביותר בשביל להיות "רופא טוב", היא דורגה בתחתית סולם החשיבות לצורך קידום בבית החולים. החוקרים סיכמו כי בעוד רופא אחד עשוי להשקיע במערכת היחסים עם מטופליו על מנת לקבל הערכה, רופא אחר יכול להשקיע יותר במחקר על מנת לקבל הכרה מדעית ולהתקדם בסולם הדרגות ההיררכי בבית החולים. מכיוון שמשאבי הזמן והאנרגיה מוגבלים, והתנהגות הומאנית מביאה לשחיקה מהירה יותר, הוצע שינוי במדיניות התגמול והקידום של רופאים כך שתתרום לפיתוח דפוסים של התנהגות הומאנית כלפי מטופלים, ולא תקדש ותתגמל רק עיסוק במחקר (Carmel & Glick, 1996).

במחקר שנערך בבית הספר לרפואה באוניברסיטת תל אביב, שבו השתתפו 174 חברי סגל ו-214 סטודנטים מהשנים הפרה-קליניות והקליניות, התבקשו כולם לדרג את חמש התכונות החשובות ביותר עבור "הרופא האידיאלי" מתוך רשימה של 24 תכונות. חמש התכונות שצוינו כחשובות ביותר היו: יושר, גישה אנושית למטופלים, אחריות, ידע וכישורים מקצועיים ויכולת להבדיל בין עיקר וטפל. החוקרים טענו כי חברות לדמותו של הרופא האידיאלי, כפי שעלתה מן הממצאים, איננה מיושמת בתוכנית הלימודים בבית הספר לרפואה (Notzer, Soffer, & Aronson, 1998).

מחקר שנעשה בהולנד הראה כי אין תמיד הסכמה בין רופאים ומטופלים על סדר העדיפויות בעניין התכונות החשובות אצל רופאים (Jung, Wensing, & Grol, 1997). מטופלים נתנו עדיפות גבוהה בהרבה לזמן התייעצות מספיק, זמינות של הרופא וקבלת מידע מפורט על המחלה, ואילו הרופאים שמו דגש רב יותר על תיאום טיפול והמשכיותו. החוקרים ראו בהבדלים אלה דוגמה לפטרנליזם הרפואי. המטופל רוצה להיות צרכן מושכל ומועצם, אך הרופא מעדיף יחסים ארוכי טווח עם מטופל צייתן.

הרפואה, מטבעה, היא פעילות אנושית ייחודית, על כן הרופא צריך להיות בעל סגולות של ענווה, יושר, מוסר, יושרה וחמלה, ועליו להיות נטול כל אינטרס אישי (Cassel, 1996). לטענתו של החוקר, כל סטייה מעקרונות אלה פוגעת ב"נשמה" של מקצוע הרפואה.

המחקר הנוכחי: רופאים ומטופלים

עד כה נסקרו התפיסות בדבר התכונות החשובות לרופא בקרב רופאים בלבד או בקרב מטופלים בלבד, ולא נערכה השוואה בין התפיסות של שתי האוכלוסיות במחקר אחד. נוסף על כך, ברוב המחקרים הקודמים ניתנה למשתתפים סדרה קיימת של תכונות לדירוג.

במחקר הנוכחי נשאלו המשתתפים לדעתם בשאלה פתוחה שאפשרה קבלת מידע מלא יותר לגבי הסוגיה. זאת ועוד, רוב המחקרים שנעשו בהקשר זה בני למעלה משני עשורים, ומאז עברו מקצוע הרפואה, סביבת העבודה, החינוך הרפואי והטכנולוגיה הרפואית שינויים שמצדיקים בחינה מחדש של התפיסות המעודכנות לגבי דמותו של "הרופא הטוב", ובראשם המחשוב הרפואי שהשפיע רבות על יחסי רופא-חולה.

המושג "רופא טוב" אינו יכול אפוא להיות מוגדר אך ורק על ידי אנשי מקצוע מעולם הרפואה, אלא חייב לנבוע גם מהעולם הרגשי-חברתי של המטופלים, ומתוך חווייתם במפגש הטיפולי עם הרופא. פרופיל של התכונות החשובות ביותר בקרב רופאים יכול לשמש פלטפורמה לקבלה ולהערכה של סטודנטים לרפואה, להכשרת סטודנטים ולבחירת דמויות של מחנכים שיהיו מודל חיקוי עבור הרופאים לעתיד.

מטרות המחקר

- א. הצגת תפיסותיו של הציבור הרחב ותפיסותיהם של רופאים ביחס לתכונות החשובות ביותר אצל רופאים.
- ב. השוואה בין תפיסותיהן של שתי האוכלוסיות.

השערת המחקר

הציבור הרחב ייטה יותר להגדיר את הרופא הטוב כבעל תכונות הומאניות בהשוואה לרופאים שידגישו יותר מיומנויות טכניות ומקצועיות.

שיטת המחקר

המחקר הוא מחקר חתך, שהתבצע באמצעות שני סקרי אומניבוס (Omnibus) טלפוניים. אומניבוס הוא סקר שמתנהל באופן קבוע על ידי חברות סקרים, ובו שאלות מלקוחות שונים. כל לקוח משלם רק עבור השאלות שמעניינות אותו. הסקרים בוצעו עבור החוקרים על ידי חברת סקרים במהלך חודש אוגוסט 2013. הסקרים שנערכו:

(1) סקר אומניבוס בקרב 501 משתתפים המהווים מדגם מייצג של ציבור האוכלוסייה הבוגרת במדינת ישראל (27% היענות). בקרב הציבור הרחב נעשתה דגימת שכבות על פי מין, קבוצת גיל ואזור מגורים.

(2) סקר אומניבוס בקרב 1,000 רופאים מומחים בוגרי בתי הספר לרפואה בארץ שסיימו את לימודיהם החל משנת 1981. מסגרת הדגימה נלקחה מרשימת הרופאים המומחים הרשומים בהסתדרות הרפואית (הר"י) שהיו בה 5,752 רופאים בעת ההיא. בקרב אוכלוסיית הרופאים נעשתה דגימת מכסות לא פרופורציונלית על פי בית הספר לרפואה שבו למדו, תוך שמירה על הפרופורציה של המין כפי שהופיעה במסגרת הדגימה. סך הכול התקשרו הסוקרים לכ-2,300 רופאים, מתוכם השיבו לשאלון 1,000 רופאים (43% היענות).

כלי המחקר היה שאלון סגור ברובו שנכתב על ידי החוקרים ועבר פיילוט בקרב 10 נבדקים מהאוכלוסייה הבוגרת במדינת ישראל, ו-10 רופאים מומחים. הציבור הרחב וציבור הרופאים נשאלו למאפייניהם הדמוגרפיים, מהי, לדעתם, התכונה חשובה ביותר אצל רופא, ומהי, לדעתם, התכונה השנייה החשובה אצל רופא (שאלות פתוחות). המשתתפים התבקשו לומר את התכונה המתאימה לדעתם, ולא לבחור מתוך רשימת תכונות נתונה כדי למנוע הטיה. התכונות קודדו על ידי החוקרים.

על מנת לחלק את התכונות לשתי קבוצות בהתאם למקובל בספרות (מיומנויות טכניות ומקצועיות לעומת מיומנויות בין-אישיות והומאניות) חולקה רשימת התכונות ל-16 מומחי תוכן מתחום הרפואה, הסיעוד, הפסיכולוגיה הרפואית והסוציולוגיה של הבריאות, שהתבקשו לציין ליד כל תכונה אם, לתפיסתם, היא שייכת לקבוצת המיומנויות הטכניות והמקצועיות או לקבוצת המיומנויות ההומאניות. הסיווג נעשה על פי דעת הרוב. את החלוקה ניתן לראות בלוח 1.

נוסף על כך נשאלו הנחקרים אם, לתפיסתם, זהו מתפקידו של הרופא לעסוק בצמצום פערים בבריאות (סולם תשובות מ-1 - כלל לא, עד 7 - במידה רבה מאוד). משתנה זה קובץ ל-3 קטגוריות: תשובות 1-3 - במידה מועטה, תשובה 4 - במידה בינונית, תשובות 5-7 - במידה רבה. שאלה זו נלקחה מסקר מקוון שנערך בקרב רופאים, ומטרתה לשקף ראייה כללית רחבה יותר בנוגע לתפיסה אם לרופא גם תפקיד חברתי ופוליטי מעבר לתפקידו הברור כמטפל בחולי (Dopelt, Davidovitch, Yahav, Urkin, & Bachner, 2014).

עיבוד סטטיסטי נעשה בתוכנת SPSS v24. ההבדלים בין הרופאים לבין הציבור הרחב נבדקו באמצעות מבחני χ^2 .

תוצאות

תיאור המדגם

הרופאים: במחקר השתתפו 1,000 רופאים מומחים בוגרי בתי ספר לרפואה בישראל. טווח גיל הרופאים היה 33–66, הגיל הממוצע של המשתתפים היה 47 ($SD=7$), ומספר שנות הוותק כרופא מומחה היה 1–33 שנים ובממוצע 10 שנים ($SD=7$). רובם גברים (70%) ורובם ילידי הארץ (81%). שני שלישים מהמשתתפים מומחים במקצועות פנימיים (66%), 30% בעלי התמחות כירורגית והיתר מומחים במקצועות אבחנתיים (4%). כשני שלישים ציינו כי מקום העבודה העיקרי שלהם הוא בית חולים (63%), כשליש עובדים בקהילה (31%) ו-6% עובדים במחקר או בניהול (בלשכות הבריאות, מטה משרד הבריאות, צבא, חברות תרופות וכו'). כרבע מהרופאים בעלי תפקיד ניהולי (23%), ויותר ממחצית עוסקים במחקר (56%). נתונים אלה דומים לנתונים שקיימים בהר"י.

הציבור הרחב: פחות ממחצית מהמשתתפים הם גברים (47%), רוב המשתתפים ילידי ישראל (69%), כשני שלישים נשואים (67%). שליש היו בני 18–24, 17% בני 35–44, 16% בקבוצות בני 45–54 ו-55–64, והיתר מעל גיל 65 (18%). כ-40% בעלי השכלה תיכונית, 20% בעלי השכלה על-תיכונית מקצועית ו-41% בעלי השכלה אקדמית. כרבע הגדירו את מצבם הכלכלי "מעל לממוצע" (26%), כשליש הגדירו את מצבם "ממוצע" (35%) והיתר מתחת לממוצע (39%). רוב המשתתפים הגדירו את עצמם כחילונים (42%), 30% מסורתיים, 16% דתיים ו-9% חרדים. היתר סירבו לענות על השאלה (3%).

מטבע הדברים, ישנם הבדלים בין הרופאים לציבור הרחב במשתנים הדמוגרפיים. באוכלוסיית הציבור יש יותר נשים, והיא אוכלוסייה צעירה יותר, משכילה פחות וניתן להניח כי באופן כללי מצבם הכלכלי פחות טוב ביחס לאוכלוסיית הרופאים.

תפקיד הרופא בצמצום פערים בבריאות

נמצאו הבדלים מובהקים בין תפיסת הרופאים לבין תפיסת הציבור לגבי תפקיד הרופא בצמצום פערים בבריאות ($\chi^2=13.40, p<0.001$). 41% מהציבור לעומת 31% מהרופאים סברו כי צמצום פערים הם במידה מועטה מתפקידיו של הרופא, ו-48% מהציבור לעומת 56% מהרופאים סברו כי צמצום פערים הם מתפקידיו של הרופא במידה רבה.

התכונות החשובות אצל "רופא טוב"

לתפיסתם של הרופאים: מלוח 1 עולה כי התכונה הראשונה בחשיבותה אצל רופא היא: אנושיות (20%), אמפתיה (17%), ידע ומקצועיות (15%), אמינות ויושר (14%), אכפתיות

ומסירות (8%) [סה"כ 74%]. התכונה השנייה בחשיבותה שאותה ציינו הרופאים: ידע ומקצועיות (36%), אמפתיה (11%), אנושיות (9%), אמינות ויושר (9%), אכפתיות ומסירות (6%) [סה"כ 71%]. בחלוקה גסה של התכונות לשתי קבוצות כמקובל בספרות (מיומנויות טכניות ומקצועיות לעומת מיומנויות בין-אישיות והומאניות) נמצא כי כתכונה ראשונה ציינו 62% מהרופאים תכונות הומאניות ו-38% מיומנויות מקצועיות וטכניות. כתכונה השנייה בחשיבותה נצפתה תמונה הפוכה: 61% מהרופאים ציינו מיומנות מקצועית וטכנית ו-39% ציינו תכונה הומאנית. **בשילוב שתי השאלות** נמצא כי 46% מהרופאים ציינו בפעם הראשונה תכונה הומאנית ובשנייה מקצועית, 23% ציינו בפעם הראשונה תכונה מקצועית ובשנייה הומאנית, 16% ציינו שתי תכונות הומאניות ו-15% ציינו שתי מיומנויות מקצועיות.

מהשוואת ההתפלגות לפי סוגי המומחיות נמצא כי יותר רופאים מומחים במקצועות פנימיים ציינו שתי תכונות הומאניות ביחס לרופאים המומחים במקצועות כירורגיים (56% לעומת 43% בהתאמה, $\chi^2=4.01$, $p<0.05$). כך גם לגבי רופאים שמקום עבודתם העיקרי בקהילה לעומת רופאי בית החולים (68% לעומת 42% בהתאמה, $\chi^2=16.14$, $p<0.001$); לגבי רופאים שאינם מחזיקים בתפקיד ניהולי לעומת רופאים בעלי תפקיד ניהולי (55% ציינו שתי תכונות הומאניות לעומת 40% בהתאמה, $\chi^2=4.39$, $p<0.05$); רופאים שאינם עוסקים במחקר לעומת רופאים העוסקים במחקר (58% ציינו שתי תכונות הומאניות לעומת 46% בהתאמה, $\chi^2=4.22$, $p<0.05$); ורופאים פחות ותיקים (1–10 שנים מאז סיום ההתמחות) ציינו שתי תכונות הומאניות לעומת רופאים ותיקים יותר (11 שנים ומעלה מאז סיום ההתמחות) (64% לעומת 54% בהתאמה, $\chi^2=8.59$, $p<0.01$). לא נמצאו הבדלים מובהקים בין המינים בציון התכונות.

לתפיסתו של הציבור הרחב: מלוח 1 עולה כי התכונה שצוינה כראשונה בחשיבותה אצל רופא טוב היא: ידע ומקצועיות (33%), אמינות ויושר (17%), אנושיות (16%), הקשבה (8%) וסבלנות (7%) [סה"כ 81%]. התכונה השנייה בחשיבותה: ידע ומקצועיות (32%), אנושיות (16%), אמינות ויושר (10%), אמפתיה (7%) והקשבה (7%) [סה"כ 72%]. בחלוקה גסה של התכונות לשתי קבוצות כמקובל בספרות (מיומנויות טכניות ומקצועיות לעומת מיומנויות בין-אישיות והומאניות) נמצא כי כתכונה ראשונה ציינו 55% מהציבור מיומנויות מקצועיות וטכניות ו-45% תכונות הומאניות. כתכונה השנייה בחשיבותה נצפתה תמונה זהה: 53% מהציבור ציינו מיומנות מקצועית וטכנית ו-47% ציינו תכונה הומאנית. **בשילוב שתי השאלות** נמצא כי 32% מהציבור ציינו בפעם הראשונה תכונה מקצועית ובשנייה הומאנית, 28% ציינו בפעם הראשונה תכונה הומאנית ובשנייה מקצועית, 24% ציינו שתי מיומנויות מקצועיות ו-16% ציינו שתי תכונות הומאניות. נמצאו הבדלים מובהקים בין רמות ההשכלה במשתנה המשולב ($\chi^2=7.91$, $p<0.05$): בעלי השכלה תיכונית ציינו יותר שתי תכונות הומאניות ביחס

לבעלי השכלה על-תיכונית מקצועית וביחס לבעלי השכלה אקדמית (53% לעומת 36% ו-31% בהתאמה). לא נמצאו הבדלים מובהקים בין המינים, בין רמות הדתיות ובין רמות ההכנסה בציון התכונות הנדרשות מ"רופא טוב".

השוואה בין תפיסת הרופאים לבין תפיסת הציבור

נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות בציון התכונה הראשונה ($\chi^2=36.46$, $p<0.001$), שבעניינה ציין הציבור הרחב יותר מיומנויות מקצועיות ביחס לרופאים (55% לעומת 39% בהתאמה). גם בציון התכונה השנייה נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות ($\chi^2=8.83$, $p<0.01$) אבל במגמה הפוכה: הרופאים ציינו יותר מיומנויות מקצועיות ביחס לציבור הרחב (61% לעומת 53% בהתאמה). בשילוב שתי השאלות (לוח 2) נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות ($\chi^2=44.97$, $p<0.001$). נמצא כי אחוז זהה מהרופאים ומהציבור הרחב (16%) ציינו שתי תכונות הומאניות, 15% מהרופאים לעומת 24% מהציבור הרחב ציינו שתי מיומנויות מקצועיות, 46% מהרופאים לעומת 28% מהציבור הרחב ציינו בפעם הראשונה תכונה הומאנית ובשנייה מקצועית, 23% מהרופאים לעומת 32% מהציבור הרחב ציינו בפעם הראשונה תכונה מקצועית ובשנייה הומאנית.

דיון וסיכום

נדון תחילה בממצאי הרופאים, ולאחר מכן בממצאים הנוגעים לציבור הרחב. בסוף נערוך השוואה בעניין הדומה והשונה בתפיסותיהם.

הרופאים: הממצאים לגבי תפיסת הרופאים את התכונות החשובות לעשותם רופאים טובים מציעים כי נוסף לידע ולמיומנויות מקצועיות צריך רופא בראש ובראשונה להיות בעל מעלות אנושיות. ממצא זה עולה בקנה אחד עם ממצאי מחקרים שנעשו בעבר (Carmel & Glick, 1996; Cassel, 1996; Notzer et al., 1988; Zolnieriek & Dimatteo, 2009). הרופאים תיארו סך של תכונות, ולא רק תכונה אחת, ונראה שהם מעוניינים בשילוב של תכונות הומאניות ומיומנויות מקצועיות, שהרי רוב הרופאים (69%) ציינו תכונות משני עולמות התוכן, לעומת 16% שציינו שתי תכונות הומאניות ולעומת 15% שציינו שתי מיומנויות מקצועיות.

בדומה למחקר הנוכחי, נמצא (Notzer et al., 1988) כי רופאים מומחים במקצועות פנימיים ציינו יותר תכונות הומאניות בחמש התכונות החשובות ביותר אצל "הרופא האידיאלי"

לעומת הרופאים המומחים במקצועות כירורגיים. נראה כי רופאים שמאופי עבודתם נמצאים בקשר עמוק ומתמשך יותר עם מטופלים (רופאי קהילה ורופאים מומחים במקצועות פנימיים), מעניקים חשיבות יתרה לתכונות ההומאניות על פני המיומנויות הטכניות, שכן בקיום קשר מתמשך עם מטופלים ישנה חשיבות רבה ליכולת ההכלה, האמפתיה והתקשורת עם המטופל. עוד נמצא (Carmel & Glick, 1996) כי רופאים שסווגו כרחומים ואמפתיים הם צעירים יותר בממוצע באופן מובהק ביחס לרופאים שלא סווגו ככאלה. כמו כן, מבין הרופאים העובדים רק בשירות הציבורי נמצא אחוז גבוה יותר של רופאים רחומים ואמפתיים (37% לעומת 32% שאינם אמפתיים) לעומת רופאים שעובדים גם בקליניקה פרטית, שבקרבם נמצא אחוז גבוה יותר של רופאים שאינם אמפתיים (29% לעומת 19% אמפתיים).

הציבור הרחב: הממצאים לגבי תפיסת הציבור אינם עולים בקנה אחד עם ממצאי המחקרים שהובאו בסקירת הספרות, שמצאו כי רוב המטופלים הדגישו יותר תכונות הומאניות בעדיפות הראשונה (Bendapudi et al., 2006; Fung et al., 2005; Haron & Tran, 2014; Wensing et al., 1998; Hutchinson & Reid, 2011; Schattner et al., 2004; Cheraghi-Sohi et al., 2008). עם זאת, ממצא זה עולה בקנה אחד עם המחקר (al., 2008) שמצא כי התכונה החשובה ביותר למטופלים במרפאות ראשוניות היא יכולתו של הרופא לערוך בדיקה גופנית יסודית.

הבדלים מובהקים נמצאו בקרב הציבור הרחב בין רמות ההשכלה. בעלי השכלה תיכונית ציינו יותר שתי תכונות הומאניות ביחס לבעלי השכלה על-תיכונית מקצועית וביחס לבעלי השכלה אקדמית. בדומה, נמצא במחקר (Rothenfluh & Schulz, 2017) כי בעלי השכלה לא אקדמית דירגו גבוה יותר ממדים בין-אישיים בתיאור הרופא הטוב (כמו: אמפתיה, שיתוף בקבלת החלטות, ידידותיות של הרופא ושל הצוות ושביעות רצון המטופל מהטיפול) לעומת בעלי השכלה אקדמית. ייתכן כי לבעלי השכלה אקדמית ישנה יכולת גבוהה יותר לחפש ידע רפואי בעצמם ולהבין את חשיבות ההיענות לטיפול, ולכן הם מצפים מהרופא שיחזק את הצורך שלהם בהפגנת ידע ומקצועיות יותר מאשר בהפגנת אמפתיה. במחקרים שונים (Jung, Baerveldt, Olesen, Grol, & Wensing, 2003; Little, et al., 2001) נמצא כי גורמים כגון מצב סוציו-אקונומי (גבוה), גיל (צעיר) ומין (נקבי) מגבירים את הרצון למעורבות ולשיתוף, אולם במחקר הנוכחי לא נמצאו מגמות כאלה. ייתכן כי הדבר נובע מעצם המדידה השונה של המשתנים. מחקרים קודמים נתנו למטופלים לדרג תכונות מתוך רשימה נתונה, ובמחקר הנוכחי המשתתפים התבקשו לענות על השאלה בצורה פתוחה.

רופאים לעומת הציבור הרחב: ממצאי המחקר מלמדים כי בניגוד להשערת המחקר שהציבור הרחב ייטה יותר להגדיר את הרופא הטוב כבעל תכונות הומאניות בהשוואה

לרופאים שידגישו יותר מיומנויות טכניות ומקצועיות, נראה כי רופאים שמים יותר דגש על הפן ההומאני בעוד הציבור הרחב שם דגש על הפן המקצועי והטכני. הציבור הרחב גם פחות תופס את הרופא ככזה שתפקידו לפעול למען צמצום פערים בבריאות ביחס לתפיסת הרופאים את עצמם. ייתכן כי ההבדלים בין תפיסת הרופאים לתפיסת הציבור בעניין זה נובעים מכך שמטופלים תופסים את תפקיד הרופא ככזה שאמור לעזור להם לחזור למצב תפקוד אופטימלי (Parsons, 1951), ופחות רואים את המשמעות החברתית והפוליטית הגלומה בתפקיד הרופא. עם זאת, ייתכן כי הרופאים יוצאים מנקודת הנחה כי רופא מומחה כבר רכש מיומנות "טכנית" גבוהה, לכן יש לשים דגש דווקא על הפן ההומאני והחברתי שבעבודתו.

טענה קיימת אומרת כי מטופלים יכולים לשפוט את תכונותיו האישיות של הרופא, אך אינם יכולים להעריך את המיומנות הקלינית שלו, ועליהם להביע אמון בכישוריו (Paterson, 2012). מטופלים רוצים להניח כי הרופא שלהם מיומן לעשות את עבודתו ומכיר בגבולות היכולת המקצועית שלו. ייתכן שמתוך כך המשתתפים במחקר העדיפו דווקא מקצועיות גבוהה אצל "רופא טוב" מכיוון שעל היכולות האנושיות שלו הם יכולים לעמוד בעצמם, ולבחור את הרופא שאליו יתחברו מבחינה אישית. נוסף על כך, מטופלים פעמים רבות מבינים את הסיבות לכך שהרופא לעיתים מנותק (detached), וחלקם אף מעדיפים לשמור על קשר איתו על בסיס מקצועי לחלוטין.

אך נראה שהרופאים נאחזים באידיאל של מערכת יחסים מרפאים (healing) ומוסריים דווקא, ומבחינה אידיאלית הם מצליחים לשים את עצמם במקומו של המטופל ולהעניק לו תחושה של אחווה והזדהות. וכמו כן, נוסף לפרספקטיבה המקצועית, לרופאים רבים יש תוכנות גם מהיותם לעיתים בצד שזקוק לטיפול.

סיכום והצעות להמשך

פרופיל זה של תכונות ראוי שישמש בסיס לקבלה ולהערכה של סטודנטים לרפואה, להכשרת סטודנטים ולבחירת דמויות של מחנכים שיהיו מודל חיקוי להיבטים ההומאניים של מקצוע הרפואה עבור הרופאים לעתיד. שני ההיבטים של הטיפול בחולה, המקצועי-טכני וההומאני-רגשי, מבוססים על מערכת שונה של מיומנויות. הראשון מבוסס על מיומנויות אינטלקטואליות וטכניות, והשני מבוסס על אהבת האדם ועל כישורים בין-אישיים. היכולת להתחבר למטופל ולרכוש את אמונו היא יכולת אנושית שגבולותיה חוצים את הכישורים והידע בתחומי הטכנולוגיה. על כן חשוב שההכשרה והחינוך של הרופאים לעתיד יתמקדו גם בהטמעת פן זה בעבודת הרופא.

מגבלת המחקר העיקרית נוגעת בהגדרות ובחלוקה הדיכוטומית לתכונות הומאניות לעומת מיומנויות מקצועיות. חלוקה זו איננה חד-משמעית ויכולה להוות בסיס לדיון בפני עצמו. ייתכן כי חלק מהנשאלים מפרשים מקצוענות רק בפן הטכני, ואחרים יכולים לפרש מקצוענות כשלל התכונות ההתנהגותיות המכבדות "רופא טוב" (יושרה, חמלה, אלטרואיזם, אתיקה). סיווג התכונות לשני עולמות התוכן הללו תלוי הן בראייה האישית של הפרט הן בנורמות הפרופסיונליות, החברתיות והתרבותיות. הדבר בא לידי ביטוי בחלוקת רשימת התכונות למומחים, וניכר כי חלק מהרופאים סברו כי כמעט כל התכונות שייכות לעולם המיומנויות המקצועיות, לעומת פרופסיות אחרות בתחום הבריאות שסברו כי אכן ניתן לסווג את התכונות בצורה דיכוטומית כמתואר במאמר. מגבלה נוספת נוגעת בייצוגיות המדגם את כל הרופאים בישראל. בשל אופיו הרחב של המחקר שמומן, נערך הסקר רק בקרב בוגרי בתי הספר לרפואה בארץ, על אף שרופאים רבים בישראל למדו בחו"ל. מחקר עתידי יכול לכלול מתודולוגיות נוספות, כגון קבוצות מיקוד משולבות של רופאים ונציגי ציבור, ויכול לכלול גם דילמות אתיות הנוגעות למפגש הטיפולי. נראה כי לעיתים ישנו נתק בין ציבור הרופאים לבין ציבור המטופלים, וכינוס כזה סביב שולחן אחד יוכל להניב תובנות הן לרופאים הן לציבור הרחב לגבי הציפיות זה מזה.

תודות

החוקרים מבקשים להודות להר"י, במיוחד לגב' רוני טילקין, על שיתוף הפעולה, ולמכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות ושירותי הבריאות על מענק המחקר ר/156/2012 שבמסגרתו נערך הסקר.

מקורות

- American Medical Association (2001). *AMA Principles of Medical Ethics*.
<https://www.ama-assn.org/sites/ama-assn.org/files/corp/media-browser/principles-of-medical-ethics.pdf>
- Bendapudi, N. M., Berry, L. L., Frey, K. A., Parish, J. T., & Rayburn, W. L. (2006). Patients' perspectives on ideal physician behaviors. *Mayo Clinic Proceedings*, 81(3), 338-344. doi: 10.4065/81.3.338
- Carmel, S., & Glick, S. (1996). Compassionate-empathic physicians: Personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern. *Social Science & Medicine*, 43(8), 1253-1261. doi: 10.1016/0277-9536(95)00445-9
- Cassel, C. K. (1996). The patient-physician covenant: An affirmation of Asklepios. *Annals of Internal Medicine*, 124(6), 604-606. doi:10.7326/0003-4819-124-6-199603150-00010.
- Cheraghi-Sohi, S., Hole, A. R., Mead, N., McDonald, R., Whalley, D., Bower, P., & Roland, M. (2008). What patients want from primary care consultations: A discrete choice experiment to identify patients' priorities. *Annals of family medicine*, 6(2), 107-115. doi:10.1370/afm.816
- Cooper, L. A., Roter, D. L., Carson, K. A., Bone, L. R., Larson, S. M., ... & Levine, D. M. (2011). A randomized trial to improve patient-centered care and hypertension control in underserved primary care patients. *Journal of General Internal Medicine*, 26, 1297-1304. doi:10.1007/s11606-011-1794-6
- Cuesta-Briand, B., Auret, K., Johnson, P., & Playford, D. (2014). A world of difference: A qualitative study of medical students' views on professionalism and the 'good doctor'. *BMC Medical Education*, 14, 77. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-77>
- Dopelt, K., Davidovitch, N., Yahav, Z., Urkin, J., & Bachner, Y. (2014). Reducing health disparities: The social role of medical schools. *Medical Teacher*, 36(6), 495-504. doi: 10.3109/0142159X.2014.891006

- Fung, C. H., Elliott, M. N., Hays, R. D., Kahn, K. L., Kanouse, D. E., ... & Shekelle, P. G. (2005). Patients' preferences for technical versus interpersonal quality when selecting a primary care physician. *Health Services Research*, 40(4), 957-977. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00395.x>
- Halpern, J. (2014). From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care. *Medical Health Care Philosophy*, 17(2), 301-311. doi: 10.1007/s11019-013-9510-4
- Haron, Y., & Tran, D. (2014). Patients' perceptions of what makes a good doctor and nurse in an Israeli mental health hospital. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(9), 672-679, doi: 10.3109/01612840.2014.897778
- Hojat, M., Louis, D. Z., Maxwell, K., Markham, F., Wender, R., & Gonnella, J. S. (2010). Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *International Journal of Medical Education*, 1, 83-87. doi: 10.5116/ijme.4d00.b701
- Hutchinson, M., & Reid, J. (2011). In the eyes of the Dunedin public, what constitutes professionalism in medicine? *Journal of Primary Health Care*, 3(1), 10-15. <https://doi.org/10.1071/HC11010>
- Jung, H. P., Baerveldt, C., Olesen, F., Grol, R., & Wensing, M. (2003). Patient characteristics as predictors of primary health care preferences: A systematic literature analysis. *Health Expectation*, 6(2), 160-181. doi: 10.1046/j.1369-6513.2003.00221.x
- Jung, H. P., Wensing, M., & Grol, R. (1997). What makes a good general practitioner: Do patients and doctors have different views? *British Journal of General Practice*, 47, 805-809. doi: 10.1186/1472-6963-4-26
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., ... & Payne, S. (2001). Preferences of patients for patient centered approach to consultation in primary care: Observational study. *BMJ*, 322, 1-7. doi: 10.1136/bmj.322.7284.468
- Notzer, N., Soffer, S., & Aronson, M. (1988). Traits of the 'ideal physician' as perceived by medical students and faculty. *Medical Teacher*, 10(2), 181-189. <https://doi.org/10.3109/01421598809010541>

- Parsons, T. (1951). *The social system*. Glencoe: Free Press.
- Paterson, R. (2012). *The good doctor: What patients want*. Auckland: Auckland University Press.
- Pellegrino, E. D. (2002). Professionalism, profession and the virtues of the good physician. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 69(6), 378-384.
- Ratanawongsa, N., Karter, A. J., & Parker, M. M, Lyles, C. R., Heisler, M., ... & Schillinger, D. (2013). Communication and medication refill adherence: The diabetes study of northern California. *JAMA Internal Medicine*, 173(3), 210-218. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.1216
- Rawson, J. V., & Moretz, J. (2016). Patient- and family-centered care: A primer. *Journal of the American College of Radiology*, 13:1544-1549. doi: 10.1016/j.jacr.2016.09.003
- Rothenfluh, F., & Schulz, P. J. (2017). Physician eating websites: What aspects are important to identify a good doctor, and are patients capable of assessing them? A mixed-methods approach including physicians' and health care consumers' perspectives. *Journal of Medical Internet Research*, 19(5), e127. doi: 10.2196/jmir.6875
- Schattner, A., Rudin, D., & Jellin, N. (2004). Good physicians from the perspective of their patients. *BMC Health Services Research*, 4, 26. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/4/26>
- Singh, M. (2016). Communication as a bridge to build a sound Doctor-Patient/Parent relationship. *Indian Journal of Pediatric*, 83(1), 33-7. doi: 10.1007/s12098-015-1853-9
- Strull, W. M., Lo, B., & Charles G. (1984). Do patients want to participate in medical decision-making? *JAMA*, 252, 2990-2994.
- Walsh, S., O'Neill, A., Hannigan, A., & Harmon, D. (2019). Patient-rated physician empathy and patient satisfaction during pain clinic consultations. *Irish Journal of Medical Science*, 1-6. <https://doi.org/10.1007/s11845-019-01999-5>
- Ware, J. E., & Williams, R. G. (1975). The Dr. Fox effect: A study of lecturer effectiveness and ratings of instruction. *Journal of Medical Education*, 50(2), 149-156.

Wensing, M., Jung, H. P. Mainz, J., Olesen, F., & Grol, R. (1998). A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. *Social Sciences & Medicine*, 47(10), 1573-1588. doi: 10.1016/s0277-9536(98)00222-6

Zolnierok, K. B., & Dimatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*, 47: 826-834. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc

לוח 1: התפלגות תפיסת המשתתפים לגבי התכונות החשובות אצל "רופא טוב"

התכונות שצוינו כחשובות		התכונות שצוינו כראשונות בחשיבותן		סיווג התכונה כמקצועית או הומאנית	תכונה
רופאים (%)	הציבור (%)	רופאים (%)	הציבור (%)		
9	16	20	16	ה	אנושיות/גישה אנושית
11	7	17	5	ה	אמפתיה
6	4	8	5	ה	אכפתיות ומסירות
3	4	4	7	ה	סבלנות
3	7	4	8	ה	הקשבה
2	-	3	-	ה	אהבת אדם
2	5	2	2	ה	תקשורתיות
2	-	2	-	ה	צניעות
1	3	-	2	ה	אדיבות
36	32	15	33	מ	ידע ומקצועיות
9	10	14	17	מ	אמינות ויושר
4	-	3	-	מ	חריצות והתמדה
4	-	2	-	מ	סקרנות
1	1	1	-	מ	אחריות
-	-	1	-	מ	אהבת המקצוע
2	6	1	3	מ	דיוק באבחנה
5	5	3	2	-	לא יודע

לוח 2: תוצאות מבחן χ^2 לבחינת ההבדלים בין הרופאים לבין הציבור הרחב בדירוג שתי התכונות ($\chi^2=5.64, p<0.05$)

הרופאים (%)	הציבור הרחב (%)	
16	16	שתי התכונות שצוינו הומניות
15	24	שתי התכונות שצוינו מקצועיות
46	28	התכונה הראשונה הומנית והשנייה מקצועית
23	32	התכונה הראשונה מקצועית והשנייה הומנית

על המחברים

ד"ר **קנן דופלט** היא מרצה בכירה בחוג לבריאות הציבור בבית הספר למקצועות הבריאות, המכללה האקדמית אשקלון, ומשמשת כיו"ר ועדת האתיקה של החוג. היא גם עמיתת הוראה ומרכזת המגמה למנהיגות בבריאות במחלקה לניהול מערכות בריאות, בית הספר לבריאות הציבור, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב. כמו גם, מרכזת פורום בריאות בנגב בפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב. עוסקת במחקר בתחומי הסוציולוגיה של הבריאות, חינוך רפואי, קידום בריאות ואי-שוויון בבריאות בישראל.

פרופ' **יעקב אורקין** הוא רופא ילדים בשירותי בריאות כללית ופרופ' חבר ברפואת ילדים בחטיבת הילדים של המרכז הרפואי האוניברסיטאי "סורוקה". משמש כיו"ר מרכז פריבס לחינוך רפואי ומרכז לימודי אס"ל בתוכנית לתואר שני בבריאות הציבור בביה"ס לבריאות הציבור, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב. מזכ"ל החברה הישראלית לרפואת ילדים אמבולטורית (חיפ"א).

פרופ' **יעקב בכנר** הוא פרופסור חבר במחלקה לבריאות הציבור וראש תוכנית המוסמך במדעי הזקנה בפקולטה למדעי הבריאות, ביה"ס לבריאות הציבור, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון

בנגב. עוסק במחקר בתחומי התמודדות חולים ובני משפחתם עם מחלות כרוניות או סופניות, יחסי מטפלים פורמליים ומטופלים, חינוך רפואי ומתודולוגיה.

ד"ר **זהבה יהב** היא אחות ששימשה במגוון תפקידים ניהוליים, העיקריים שבהם: מרכזת מחזור בבית הספר לסייעוד במרכז הרפואי בלינסון, מורה בחוג לסייעוד באוניברסיטת תל אביב ובמכללה לישראל, מנהלת מחלקה לכירורגיית ילדים במרכז שניידר לרפואת ילדים, מדריכת אחיות בריאות הציבור ומרכזת תחום ילדים בעלי צרכים מיוחדים בלשכת הבריאות מחוז מרכז. סיימה בשנת 2018 את עבודת הדוקטור שלה בנושא אחריותיות חברתית של בתי הספר לרפואה בישראל במרכז פריבס לחינוך רפואי בפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

פרופ' **נדב דוידוביץ'** הוא פרופסור מן המניין במחלקה לניהול מערכות בריאות ועומד בראש בית הספר לבריאות הציבור בפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב. יו"ר הפורום לבריאות הציבור בהסתדרות הרפואית (הר"י), חבר בוועד המנהל של ארגון הגג של בתי הספר לבריאות הציבור באזור אירופה (ASPHER) ועד לאחרונה יו"ר איגוד רופאי בריאות הציבור. מחקריו עוסקים בתחומים של אפידמיולוגיה ובריאות הציבור, היסטוריה של הרפואה, ביואתיקה, בריאות והגירה, אי־שוויון בבריאות.