**What Makes a Great Doctor: Do Public and Physicians Share the Same Views?**

*"A good physician treats the disease. The great physician treats the patient who has the disease."* *(Sir Dr. William Osler)*

**תקציר**

**רקע:** יחסי רופא-מטופל הם הבסיס במקצוע הרפואה, על כן חשוב להבין אם הרופאים והציבור הרחב חולקים את אותה נקודת מבט באשר לתכונות המגדירות מי הוא "רופא טוב".

**מטרות:** להשוות בין התפיסות של הציבור הרחב לבין התפיסות של רופאים מומחים ביחס לתכונות החשובות ביותר אצל "רופא טוב" וביחס לעמדה האם זהו תפקיד הרופא לעסוק בצמצום פערים בבריאות.

**שיטות:** מחקר חתך, שהתבצע באמצעות שני סקרים טלפוניים: הראשון, בקרב 1,000 רופאים מומחים. והשני, בקרב 501 משתתפים המהווים מדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת במדינת ישראל. הציבור הרחב והרופאים נשאלו למאפייניהם הדמוגרפיים; מהי, לדעתם, התכונה הכי חשובה אצל "רופא טוב", ומהי, לדעתם, התכונה השנייה הכי חשובה אצל רופא; והאם זהו מתפקידו של הרופא לעסוק בצמצום פערים בבריאות.

**תוצאות:** הרופאים תופסים יותר את תפקידם לפעול למען צמצום פערים בבריאות בהשוואה לציבור הרחב. בנוסף, מדירוג המשתתפים את התכונה החשובה ביותר אצל "רופא טוב" נראה כי רופאים שמים יותר דגש על הפן ההומאני והדאגה לחולה בעוד הציבור שם דגש דווקא על הפן המקצועי/טכני. בקרב הרופאים נמצא כי יותר רופאים מומחים במקצועות פנימיים ציינו שתי תכונות הומאניות ביחס לרופאים מומחים במקצועות כירורגיים, כך גם רופאים שמקום עבודתם העיקרי בקהילה לעומת רופאי בי"ח, רופאים שאינם מחזיקים בתפקיד ניהולי, רופאים שאינם עוסקים במחקר, ורופאים פחות ותיקים (עד 10 שנים מאז סיום ההתמחות). בקרב הציבור נמצא כי בעלי השכלה תיכונית ציינו יותר שתי תכונות הומאניות ביחס לבעלי השכלה על תיכונית מקצועית ולבעלי השכלה אקדמית.

**דיון וסיכום:** ייתכן כי ההבדלים בין תפיסת הרופאים לתפיסת הציבור נובעים מכך שמטופלים פחות רואים את התפקיד החברתי של הרופא, ותופסים את תפקידו ככזה שאמור לעזור להם לחזור למצב תפקוד אופטימאלי, לכן צריך להיות בעל יותר מיומנויות טכניות. לעומתם, הרופאים יוצאים מנקודת הנחה כי רופא מומחה כבר רכש מיומנות "טכנית" גבוהה, לכן יש לשים דגש דווקא על הפן ההומאני והחברתי שבעבודתו. מחקר עתידי יכול לבחון שאלות אתיות הנוגעות למפגש האי-שוויוני בין הרופא והמטופל באמצעות קבוצות מיקוד משולבות של רופאים ונציגי ציבור. לעיתים ישנו נתק בין הרופאים והמטופלים וכינוס סביב שולחן אחד יוכל להניב תובנות לשתי האוכלוסיות לגבי הציפיות אחד מהשני.

מילות מפתח: מעלותיו של "הרופא הטוב", מיומנויות טכניות, מיומנויות בינאישיות, חינוך רפואי

**הקדמה**

משחר האנושות נחשב מקצוע הרפואה לאחד המקצועות האצילים ביותר, כאשר הרופא נתפס כבעל מעלות אלוהיות וזכה לכבוד מופלג מבחינה חברתית (Tripathi, Rastogi & Jadon, 2019). כל המלצה של הרופא התקבלה כאילו היו אלה "דברי אלוהים חיים" (Ganesh, 2009). מאז חלו שינויים במערכת היחסים בין הרופא והמטופל. יחסי רופא-מטופל הם נושא מרכזי לדיון ברפואה בכלל, ובתחום האתיקה הרפואית בפרט. בעבר הייתה הרפואה בעלת אופי פטרנליסטי, הרופא לא הסביר ובטח שלא שיתף את החולה בהחלטות רפואיות. גם 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 יחד עם מגמה של חקיקה להגנה על זכויות האדם בכלל והחולה בפרט הביאו לתפנית תפיסתית ולהתגבשותה של גישה חדשה, ה- Patient centered care, אשר ממקמת את המטופל ואת בעיותיו ורצונותיו במרכז. גישה זו פותחה בביה"ס לרפואה בהרווארד יחד עם Picker institute באמצעות ראיונות עם מטופלים, בני משפחה, רופאים, צוותים שעובדים בבתי חולים וסקירת ספרות, גובשו שמונה עקרונות (Rawson & Moretz, 2016): Respect for the patients’ values and preferences; Coordination and integration of care; Information, communication, and education; Physical comfort (pain management, assistance with daily living, hospital surroundings); Emotional support and alleviation of fear and anxiety; Timely access to care; Involvement of family and friends; and Continuity and secure transition between health care settings.

Research has shown not only that a good rapport is important in order to engage patients in following treatment (especially so in chronic conditions), but that the encounter has in itself therapeutic effects (Ishikawa et al., 2013; Matusitz & Spear, 2014; Peck & Denney, 2012; Verlinde et al., 2012). The centrality of the medical encounter and its inherent power imbalance makes ethical considerations concerning the encounter, fundamental (Filc & Davidovitch, 2017).

במקביל לשינויים אלה ביחסי רופא-מטופל, החלו חוקרים לעסוק בשאלה מהו "הרופא האידיאלי" ובאלו תכונות עליו להחזיק; כאשר ניתן לחלק את התכונות באופן גס לאלה הקשורות למיומנויות טכניות/מקצועיות ולאלה הקשורות למיומנויות בינאישיות/הומאניות (Carmel & Glick, 1996; Cuesta-Briand et al., 2014; Pellegrino, 2002; Wensing et al., 1998).

מקובל להניח כי רופא מחוסר ידע וכישורים "טכניים" איננו רופא טוב. בהקשר זה עולה השאלה האם רופא בעל מיומנויות "טכניות" גבוהות, אך נעדר מיומנויות הומאניות-בינאישיות, יכול להיות "רופא טוב". *מטרת המאמר הנוכחי* הינה להשוות בין תפיסת הציבור 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 et al., 2019). תקשורת טובה מייצרת 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). יתר על כן, לתשומת הלב של הרופא להיבטים הרגשיים של המטופל השפעה חיובית על היענותו 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 החלטות ושיעניקו להם תמיכה רגשית (Haron & Tran, 2014). במחקר שנערך במרכז הרפואי "קפלן" על ידי Schattner et al. (2004) השתתפו 445 חולים מאושפזים שנשאלו לגבי התכונות של "רופא טוב". השאלון שחיברו החוקרים כלל 21 תכונות משלושה תחומים בטיפול הרפואי: אוטונומיה של החולה, מקצועיות של הרופא והומאניות. מהמחקר עלה כי אמנם החולים מעוניינים שהרופא שלהם יהיה מקצועי והומאני, אך בראש וראשונה רצו שהרופא יכבד את האוטונומיה שלהם. בדומה, נמצא במחקר של שנעשה בקרב 289 לקוחות של 10 בתי מרקחת בניו-זילנד כי מתוך רשימה נתונה של תכונות הם דירגו את "אוטונומיה של מטופלים" ו"דאגה לרווחת המטופל" כתכונות בעלות החשיבות הגבוהה ביותר (Hutchinson & Reid, 2011).

Wensing et al. (1998) סקרו 57 מאמרים שעסקו בתפיסת מטופלים את "הרופא הטוב" בהקשר לרפואה הראשונית. ב- 86% מהמאמרים שנסקרו התכונה "אנושיות" (Humaneness) הייתה בעדיפות הראשונה, ב- 64% מהמחקרים העדיפו המרואיינים "יכולת מקצועית ודיוק באבחנה", ב- 63% מהמחקרים ניתנה עדיפות ראשונה ל"שיתוף המטופל בקבלת החלטות". גם Bendapudi et al. (2006) הראו ממצאים דומים. הם ערכו מחקר המנתח מהן התכונות החשובות ביותר של הרופאים בהתאם לשיפוט מטופליהם במטרה לפתח סט של התנהגויות המאפיינות את "הרופא האידיאלי". בראיונות טלפוניים תיארו 192 מטופלים את חוויותיהם עם 14 רופאים מתחומי מומחיות שונים במרפאות "מאיו" באריזונה ובמינסוטה שבארה"ב 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 שצוינו 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 הסבירו Ware & Williams (1975) כי בהיעדר מידע קונקרטי באשר ליכולות הטכניות של הרופא, מטופלים עלולים לחשוב שהם מקבלים שירות ברמה טכנית גבוהה כאשר לרופא יש כישורים בינאישיים גבוהים.

Fung et al. (2005) ביקשו מ- 304 משתתפים בלוס אנג'לס 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 בינאישיות. החוקרים יצרו שבעה זוגות היפותטיים של רופאים (חמישה לצורך המחקר ושניים לצורך בדיקת התוקף הפנימי) כאשר בתוך הזוגות רופא אחד, לדוגמה, תואר כבעל כישורים טכניים גבוהים וכישורים בינאישיים נמוכים והשני תואר בצורה הפוכה, או ששניהם תוארו כבעלי כישורים ממוצעים בשני האספקטים וכך הלאה. הם מצאו כי שני שליש מהמשתתפים בחרו ברופא בעל הכישורים הטכניים 3 פעמים מתוך החמש. שליש מהמשתתפים בחרו לפחות 3 פעמים ברופא בעל הכישורים הבינאישיים. עם זאת, יותר ממחצית מהמשתתפים בחרו ברופא בעל הכישורים הבינאישיים הגבוהים והכישורים הטכניים הנמוכים כאשר לעומתו עמד רופא בעל כישורים בינאישיים נמוכים וכישורים טכניים גבוהים. כלומר, הכישורים הבינאישיים בהחלט חשובים למטופלים בעת בחירת הרופא.

מחקר שממנו עלה כי מטופלים מעדיפים מיומנויות טכניות נערך בקרב 1,193 מטופלים מ- 6 מרפאות ראשונית באנגליה (Cheraghi-Sohi et al., 2008). מתוך רשימה נתונה, מבחינת המטופלים הדבר החשוב ביותר היה יכולת הרופא לערוך בדיקה גופנית יסודית והמשכיות הטיפול (שהרופא יכיר אותם היטב).

ניתן לומר, אפוא, כי מרוב המחקרים שנערכו בקרב הציבור עולה כי התכונות החשובות להם אצל רופא טוב הן בראש וראשונה אנושיות, כבוד לאוטונומיה של המטופל ושיתוף בקבלת החלטות. חשוב להבין אם גם בקרב הרופאים עולה תמונה דומה או שונה.

בראשית המאה העשרים, בתגובה לדגש ההולך וגובר על הכשירות הקלינית והבסיס המדעי של המקצוע, קולות שונים מתוך מקצוע הרפואה הזכירו לקולגות את הצורך באנושיות, מעבר למיומנות הטכנית. לדוגמה, Cassel (1996) ציין כי הרפואה היא פעילות אנושית ייחודית, על כן הרופא צריך להיות בעל סגולות של ענווה, יושר, מוסר, יושרה וחמלה, ונטול כל אינטרס אישי. לטענתו, סטייה מעקרונות אלה פוגעת ב"נשמה" של מקצוע הרפואה. הרופאים הביו-אתיקנים Orme-Smith & Spicer (2001) פירטו את הסגולות שעל הרופא המודרני להחזיק: נחישות, עקביות ואנושיות. לדעתם, ניתן להוסיף גם אלטרואיזם לרשימה. הרופא של הרווארד, פרנסיס פיבודי, הצהיר: ‘The secret of the care of the patient is in caring for the patient.’ הרופא הסיני מהמאה השביעית סאן סימיאו תיאר את הרופא האידיאלי כמי שמפתח 'A heart of great mercy and compassion', גם Moses Maimonides (Rambam) במאה ה- 12 דרש מכל רופא השכלה מקצועית מרבית, טיפול פרטני בחולה ושימוש בכל האפשרויות הרפואיות העשויות להועיל, כולל עידוד נפש החולה. הוא ציווה לראות בחולה עמית שסובל ולא עוד מקרה של מחלה. הוא כתב: "A therapeutic axiom follows: ‘the physician should not treat the disease but the patient who is suffering from it’' (Paterson, 2012). שבועת הרופאים שכתב היפוקרטס כבר במאה ה- 4 לפני הספירה שימשה בסיס לקודים האתיים ברפואה המודרנית. לדוגמה, העיקרון הראשון בקוד האתי של The American Medical Association הוא:'A physician shall be dedicated to providing competent medical care, with compassion and respect for human dignity and rights' . אותה "רוח" נמצאה במחקרים שנעשו בקרב רופאים.

Carmel & Glick (1996) ערכו מחקר בקרב רופאים במרכז הרפואי האוניברסיטאי "סורוקה". כשנתבקשו לדרג את התכונה החשובה כדי להיות "רופא טוב" מתוך רשימה של שש תכונות נתונות, דירגו הרופאים את התכונות כך: הבנה ויחס הומאני למטופלים, ידע וכישורים רפואיים, מסירות ונכונות לעזור לחולים, יחסים טובים עם הצוות, יכולת מחקר ופרסום ולבסוף יכולות ניהול ומינהל. בהמשך נתבקשו הרופאים לדרג איזו תכונה מבין אלה היא החשובה ביותר לצורך קידום בבית החולים. הסדר היה: יכולת מחקר ופרסום, ידע וכישורים רפואיים, יכולות ניהול ומנהל, יחסים טובים עם הצוות, מסירות ונכונות לעזור לחולים ולבסוף הבנה ויחס הומאני למטופלים. כך שבעוד שהתנהגות אמפאתית נחשבת התכונה 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 המטופלים 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 לכזו שתתרום באופן משמעותי לפיתוח דפוסים של התנהגות הומאנית כלפי מטופלים, ולא תקדש ותתגמל רק עיסוק במחקר.

ממצאים דומים עלו במחקר שערכו Notzer, Soffer & Aronson (1998) בבית הספר לרפואה באוניברסיטת תל אביב, בו השתתפו 174 חברי סגל ו- 214 סטודנטים מהשנים הפרה-קליניות והקליניות. כולם נתבקשו 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 טוענים כי סוציאליזציה לדמותו של הרופא האידיאלי, כפי שעלתה מן הממצאים, איננה מיושמת בתוכנית הלימודים בביה"ס לרפואה.

מחקר שנעשה בהולנד הראה כי אין תמיד הסכמה בין רופאים ומטופלים על סדר העדיפויות (Jung et al., 1997). בעוד המטופלים נתנו עדיפות גבוהה בהרבה לזמן התייעצות מספיק, זמינות של הרופא וקבלת מידע מפורט על המחלה, נטו הרופאים לשים דגש רב יותר על תיאום טיפול והמשכיות. החוקרים ראו בהבדלים אלה דוגמה לפטרנליזם הרפואי. המטופל רוצה להיות צרכן מושכל ומועצם, אך הרופא מעדיף יחסים ארוכי טווח עם מטופל צייתן. במחקר שנערך לאחרונה בשוויץ (Rothenfluh & Schulz, 2017) ניסו החוקרים לבחון אלו היבטים רואים הרופאים כחשובים בזיהוי רופא טוב, ובאיזו מידה צרכני השירותים מסכימים עם המדדים שהציעו הרופאים. רופאים הסכימו פה אחד כי כל האינדיקטורים ליכולת הבינאישית חשובים מאוד. ההיבטים הטכניים של הטיפול ומדדי התוצאה דורגו גם הם כגבוהים, אך באופן כללי פחות מההיבטים הבינאישיים. לעומת זאת, בקרב צרכני שירותי הבריאות נתפסו המיומנויות הטכניות של הרופא כחשובות ביותר אצל רופא טוב, אחריהן הכישורים הבינאישיים ותוצאות הטיפול. עם זאת, שני הצדדים הסכימו כי הציבור הרחב לא יכול להעריך בצורה מהימנה את המיומנויות הטכניות של הרופא ואת תוצאות הטיפול.

מחקרים קודמים בתחום סקרו את התפיסות הללו בקרב רופאים בלבד או בקרב מטופלים, ולא השוו בין התפיסות של שתי אוכלוסיות אלה. בנוסף, ברוב המחקרים הקודמים ניתנה למשתתפים סדרה קיימת של תכונות לדרג, ואילו במחקר הנוכחי נשאלו המשתתפים לדעתם בשאלה פתוחה אשר מאפשרת קבלת מידע מלא יותר לגבי הסוגיה. זאת ועוד, רוב המחקרים שנעשו בהקשר זה הינם בני למעלה משני עשורים. מאז עברו מקצוע הרפואה, סביבת העבודה, החינוך הרפואי והטכנולוגיה הרפואית שינויים משמעותיים ובראשם המִחשוב הרפואי שהשפיע רבות על יחסי רופא-חולה. עקב כך קיים צורך לבחון מה התפיסות המעודכנות לגבי דמותו של "הרופא הטוב".

לאור האמור לעיל, ברור כי המושג "רופא טוב" אינו יכול להיות מוגדר אך ורק על ידי אנשי מקצוע מעולם הרפואה, אלא חייב לנבוע גם מהעולם הרגשי-חברתי של המטופלים, ומחווייתם 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 שיהוו מודל חיקוי עבור הרופאים לעתיד.

**מטרות המחקר**

להשוות בין התפיסות של הציבור הרחב לבין התפיסות של רופאים מומחים ביחס לתכונות החשובות ביותר אצל "רופא טוב", וביחס לעמדה האם זהו תפקיד הרופא לעסוק בצמצום פערים בבריאות.

**השערת המחקר**

הציבור הרחב יטה יותר להגדיר את "הרופא הטוב" כבעל תכונות בינאישיות/הומאניות בהשוואה לרופאים שידגישו יותר מיומנויות טכניות/מקצועיות.

**שיטת המחקר**

מחקר חתך, שהתבצע באמצעות שני סקרים טלפוניים: הראשון, סקר אומניבוס בקרב 501 משתתפים המהווים מדגם מייצג של ציבור האוכלוסייה הבוגרת במדינת ישראל (אחוז היענות: 27%), והשני, סקר 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) וכללה 5,752 רופאים. הסקרים בוצעו עבור החוקרים על ידי חברת סקרים במהלך חודש אוגוסט 2013. אומניבוס (omnibus) הינו סקר שמתנהל באופן קבוע על ידי חברות סקרים, וכולל שאלות ממספר לקוחות שונים, כאשר כל לקוח משלם רק עבור מספר שאלות המעניינות אותו. בקרב הציבור הרחב נעשתה דגימת שכבות ע"פ מין, קבוצת גיל ואזור מגורים. בקרב אוכלוסיית הרופאים נעשתה דגימת מכסות לא פרופורציונאלית ע"פ ביה"ס לרפואה בו למדו תוך שמירה על הפרופורציה של המין כפי שהופיעה במסגרת הדגימה. סה"כ התקשרו הסוקרים לכ- 2,300 רופאים, מתוכם השיבו לשאלון 1,000 רופאים (43% היענות).

כלי המחקר הינו 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 הכי חשובה אצל רופא, ומהי, לדעתם, התכונה השנייה הכי חשובה אצל רופא (שאלות פתוחות). המשתתפים נתבקש 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/מקצועיות לעומת מיומנויות בינאישיות/הומאניות) חולקה רשימת התכונות ל- 16 מומחי תוכן מתחום הרפואה, הסיעוד, פסיכולוגיה רפואית וסוציולוגיה של הבריאות, שנתבקשו לציין ליד כל תכונה האם, לתפיסתם, היא שייכת לקבוצת המיומנויות הטכניות/מקצועיות או לקבוצת המיומנויות ההומאניות. הסיווג נעשה על פי דעת הרוב. את החלוקה ניתן לראות בלוח מספר 1. בנוסף הם נשאלו האם, לתפיסתם, זהו מתפקידו של הרופא לעסוק בצמצום פערים בבריאות (סולם התשובות נע בין 1-7, כאשר: 1- כלל לא; 7- במידה רבה מאד). משתנה זה קובץ ל- 3 קטגוריות: תשובות 1-3 - במידה מועטה, תשובה 4 נותרה במידה בינונית, תשובות 5-7 - במידה רבה. שאלה זו נלקחה מסקר מקוון שערכו דופלט ועמיתיה (Dopelt et al., 2014) בקרב רופאים, ובאה לשקף ראייה כללית רחבה יותר באשר לתפיסה האם לרופא גם תפקיד חברתי/פולטי מעבר לתפקידו הברור כמטפל בחולי.

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

**תוצאות**

* תיאור המדגם:

הרופאים: במחקר השתתפו 1,000 רופאים מומחים בוגרי בתי הספר לרפואה בישראל. הגיל הממוצע של המשתתפים הינו 7±47, ומספר שנות הוותק הממוצע כרופא מומחה הינו 7±10 שנים. 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 בבית חולים (63%), כשליש עובדים בקהילה (31%) ו- 6% עובדים במחקר/ניהול (בלשכות הבריאות, מטה משרד הבריאות, צבא, חברות תרופות וכו'). כרבע 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 שליש נשואים (67%). שליש היו בקבוצת הגיל שבין 18-24, 17% בקבוצת הגיל שבין 35-44, 16% בקבוצות הגיל שבין 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 מגדירים את מצבם הכלכלי "מעל לממוצע" (26%), כשליש מגדירים 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. אוכלוסיית הציבור הרחב מורכבת מיותר נשים, היא צעירה יותר, משכילה פחות וניתן להניח כי באופן כללי מצבם הכלכלי פחות טוב ביחס לאוכלוסיית הרופאים.

* התפיסה לגבי תפקיד הרופא בצמצום פערים בבריאות:

נמצאו הבדלים מובהקים בין הרופאים לבין הציבור בתפיסה לגבי תפקיד הרופא בצמצום פערים בבריאות (0.001>p, 13.40=2χ). בעוד 41% מהציבור לעומת 31% סברו כי זהו תפקידו של הרופא במידה מועטה, 48% מהציבור לעומת 56% מהרופאים סברו כי זהו מתפקיד הרופא במידה רבה.

* תפיסת התכונות החשובות אצל "רופא טוב":

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 אותה 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/מקצועיות לעומת מיומנויות בינאישיות/הומאניות) נמצא כי כתכונה ראשונה ציינו 62% מהרופאים תכונות הומאניות ו- 38% מיומנויות מקצועיות/טכניות. כתכונה השנייה בחשיבותה נצפתה תמונה הפוכה: 61% מהרופאים ציינו מיומנות מקצועית/טכנית 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 סוגי המומחיות נמצא כי יותר רופאים מומחים במקצועות פנימיים ציינו שתי תכונות הומאניות ביחס לרופאים המומחים במקצועות כירורגיים (56% לעומת 43% בהתאמה, 0.05>p, 4.01=2χ). כנ"ל לגבי רופאים שמקום עבודתם העיקרי בקהילה לעומת רופאי בי"ח (68% לעומת 42% בהתאמה, 0.001>p, 16.14=2χ); לגבי רופאים שאינם מחזיקים בתפקיד ניהולי לעומת רופאים בעלי תפקיד ניהולי (55% לעומת 40% בהתאמה, 0.05>p, 4.39=2χ); רופאים שאינם עוסקים במחקר לעומת רופאים העוסקים במחקר (58% לעומת 46% בהתאמה, 0.05>p, 4.22=2χ) ורופאים פחות ותיקים (1-10 שנים מאז סיום ההתמחות) לעומת רופאים ותיקים יותר (11 שנים ומעלה מאז סיום ההתמחות) (64% לעומת 54% בהתאמה, 0.01>p, 8.59=2χ). לא נמצאו הבדלים מובהקים בין המינים בציון התכונות.

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/מקצועיות לעומת מיומנויות בינאישיות/הומאניות) נמצא כי כתכונה ראשונה ציינו 55% מהציבור מיומנויות מקצועיות/טכניות ו- 45% תכונות הומאניות. כתכונה השנייה בחשיבותה נצפתה תמונה זהה: 53% מהציבור ציינו מיומנות מקצועית/טכנית 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 (0.05>p, 7.91=2χ) כאשר 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 (0.001>p, 36.46=2χ) כאשר הציבור הרחב ציין יותר מיומנויות מקצועיות ביחס לרופאים (55% לעומת 39% בהתאמה). גם בציון התכונה השנייה נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות (0.01>p, 8.83=2χ) כאשר המגמה הפוכה: הרופאים ציינו יותר מיומנויות מקצועיות ביחס לציבור הרחב (61% לעומת 53% בהתאמה). **בשילוב שתי השאלות** (לוח 2) נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות (0.001>p, 44.97=2χ). 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**

The medical encounter has long been described as the keystone of care. The medical encounter is all about communication. It entails doctors talking with patients and patients talking with doctors (Peck & Denney, 2012). This is especially so in the past few decades, since the development of patient-centered care. Thus, understanding doctors and patients' expectations is crucial. This study is unique as it is trying to compare both doctors and patients understanding of what are the best qualities needed from the "good doctor."

בפרק זה נדון תחילה בעמדות הרופאים, לאחר מכן בעמדות הציבור, ולבסוף בהשוואה ביניהם.

הרופאים: הרופאים סבורים כי רופא איננו צריך להיות רק בעל ידע ומיומנויות מקצועיות, אלא בראש וראשונה עליו להיות בעל מעלות אנושיות. ממצא זה עולה בקנה אחד עם ממצאי מחקרים שנעשו בעבר (Carmel & Glick, 1996; Zolnierek & Dimatteo, 2009; Cassel, 1996; Notzer, Soffer & Aronson, 1988) ועם הקוד האתי של מקצוע הרפואה (AMA, 2001). כאשר הרופאים מתארים סך של תכונות, ולא רק תכונה אחת, הם מעוניינים בשילוב של תכונות הומאניות ומיומנויות מקצועיות, שהרי רוב הרופאים (69%) ציינו תכונות משני עולמות התוכן, לעומת 16% שציינו שתי תכונות הומאניות ו- 15% שציינו שתי מיומנויות מקצועיות.

בדומה למחקר הנוכחי, הראו Notzer, Soffer & Aronson (1998) 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, רופאים מומחים במקצועות פנימיים), מעניקים חשיבות יתרה לתכונות ההומאניות על פני המיומנויות הטכניות, שכן בקיום קשר מתמשך עם מטופלים ישנה חשיבות עליונה ליכולת ההכלה, האמפתיה והתקשורת עם המטופל. Carmel & Glick (1996) מחזקים את ממצאי המחקר. הם מצאו כי לרופאים שסווגו כרחומים ואמפאתיים ממוצע גילאים צעיר יותר באופן מובהק ביחס לרופאים שאינם כאלה. כמו כן, מבין הרופאים העובדים רק בשירות הציבורי נמצא אחוז גבוה יותר של רופאים רחומים ואמפאתיים לעומת אלה העובדים גם בקליניקה פרטית, בקרבם נמצא אחוז גבוה יותר של רופאים שאינם אמפאתיים.

הציבור הרחב: הממצאים לגבי תפיסת הציבור אינם עולים בקנה אחד עם ממצאי המחקרים שהובאו בסקירת הספרות, שדווקא מצאו כי רוב המטופלים הדגישו יותר תכונות הומאניות בעדיפות הראשונה (Bendapudi et al., 2006; Fung et al., 2005; Haron & Tran, 2014; Hutchinson & Reid, 2011; Longo et al., 2006; Schattner et al., 2004; Wensing et al., 1998) בניגוד לממצאי המחקר הנוכחי. הממצא עולה בקנה אחד עם המחקר של Emmert et al. (2014) שניתחו 3,000 חוות דעת שכתבו מטופלים באתר גרמני לדירוג רופאים ומצאו כי החשש השכיח ביותר (63%) היה לגבי הערכת יכולתו המקצועית של הרופא, ושל Cheraghi-Sohi et al. (2008) שמצאו כי עבור מטופלים במרפאות ראשוניות יכולתו של הרופא לערוך בדיקה גופנית יסודית היא החשובה ביותר. Kenny (2006) הסבירה שמטופלים במאה ה- 21 עברו כברת דרך מ- ''trust your doctor to know what is in your best interest, ל- 'find the doctor with the best scientific and technical skill', ועד 'the doctor’s job is to bring you the best science and technical skill and you will decide what is in your best interest'. כלומר, תפקיד הרופא הוא להיות בקיא מבחינה מדעית ומיומן מבחינה טכנית בעידן בו מטופלים הפכו לצרכנים. ייתכן כי עמדת הציבור במחקר הנוכחי מבטאת שינויים אלה, ובעצם את הדאגה העמוקה ליעדים המשתנים של מקצוע הרפואה. רופאים מאבדים את אמון המטופלים בשל דאגתם לאינטרסים הכלכליים של מערכת הבריאות, מה שמעמיד אותם בניגוד אינטרסים מול טובת המטופל. בהקשר זה עולות שאלות האם בכלל קיימת אפשרות של מערכת יחסים המושתתת על אמון, כאשר מבחינה היסטורית המחויבות לרווחת המטופל הייתה הבסיס, וכיום כללי המשחק השתנו לרפואה מכוונת שוק עם יחסים של נותן שירות וצרכן. זאת ועוד, מעבר לתנועה מהמודל הפטרנליסטי למפגש שיתופי שוויוני יותר, קיימים כיום אתרי אינטרנט לדירוג רופאים (Physician Rating Websites - PRW) אשר מעבירים את מערכת היחסים בין הרופא למטופל לשלב הבא: המטופל הופך לצרכן עם כוח לבחון ולהעריך בפומבי את שירותי הבריאות שקיבל מהרופא (Rothenfluh & Schulz, 2017). Emmert et al. (2013) מצאו כי כרבע מ- 1,505 המשתתפים השתמשו באתר כזה בעת חיפוש אחר רופא, ו- 11% כבר פרסמו דירוג ב- PRW.

הבדלים מובהקים נמצאו בין רמות ההשכלה כאשר בעלי השכלה תיכונית ציינו יותר תכונות הומאניות ביחס לבעלי השכלה על תיכונית מקצועית וביחס לבעלי השכלה אקדמית. בדומה, מצאו גם Rothenfluh & Schulz (2017) כי בעלי השכלה לא אקדמית דירגו גבוה יותר מימדים בינאישיים בתיאור הרופא הטוב (כמו: אמפתיה, שיתוף בקבלת החלטות, ידידותיות של הרופא ושל הצוות, שביעות רצון המטופל מהטיפול) לעומת בעלי השכלה אקדמית. ייתכן כי לאחרונים ישנה יכולת גבוהה יותר לחפש ידע רפואי בעצמם ולהבין את חשיבות ההיענות לטיפול, ולכן מצפים מהרופא שיחזק האמון ואת הצורך שלהם בהפגנת ידע ומקצועיות מאשר שיפגין אמפתיה. במחקרים שונים (לדוגמה, Jung et al., 2003; Little et al., 2001; Rothenfluh & Schulz, 2017) נמצא כי גורמים כגון מצב סוציו-אקונומי (נמוך/גבוה), גיל (צעיר/מבוגר), מין (נקבי) מגבירים את הרצון למעורבות ולשיתוף, אולם במחקר הנוכחי לא נמצאו מגמות כאלה. ייתכן כי מקור ההבדלים נעוץ בכך שרוב המשתתפים היו יחסית צעירים ובריאים ומחקרים קודמים נעשו לרוב בקרב אוכלוסיות של חולים, שביטאו יותר הזדקקות לפן האנושי מפאת מצבם הפיזי-רגשי הפגיע. בנוסף, ייתכן כי ההבדל בממצאים נובע גם מעצם המדידה השונה של המשתנים. מחקרים קודמים נתנו למטופלים לדרג תכונות מתוך רשימה נתונה, ובמחקר הנוכחי המשתתפים התבקשו לענות על השאלה בצורה פתוחה ואינטואיטיבית.

רופאים לעומת הציבור הרחב: ממצאי המחקר מלמדים כי בניגוד להשערת המחקר, רופאים שמים יותר דגש על הפן ההומאני בעוד הציבור הרחב שם דגש על הפן המקצועי/טכני. בנוסף, נמצא כי הציבור הרחב פחות תופס את הרופא ככזה שתפקידו לפעול למען צמצום פערים בבריאות ביחס לתפיסת הרופאים את עצמם. ייתכן כי ההבדלים בין תפיסת הרופאים לתפיסת הציבור נובעים מכך שמטופלים תופסים את תפקיד הרופא ככזה שאמור לעזור להם לחזור למצב תפקוד אופטימאלי (Parsons, 1951), ופחות רואים את המשמעות החברתית/פוליטית הגלומה בתפקיד הרופא. לעומתם, ייתכן כי הרופאים יוצאים מנקודת הנחה כי רופא מומחה כבר רכש מיומנות "טכנית" גבוהה, לכן יש לשים דגש דווקא על הפן ההומאני והחברתי שבעבודתו. This finding is correlate also with the fact that many times the public is pushing to "medicalization" of illness, including demands in social protest, including in Israel, to enlarge the public funded medical basket, instead of demanding the improvement of social determinants of health.

ההבדלים בדבר התפיסות של הרופאים והמטופלים עולים בקנה אחד עם המחקר של Rothenfluh & Schulz (2017) אשר מצאו כי רופאים דירגו את היכולת הבינאישית כחשובה יותר מההיבטים הטכניים. לעומתם, הציבור העריך את המיומנויות הטכניות כחשובות ביותר אצל רופא טוב ואחריהן כישורים בינאישיים. שני הצדדים הסכימו כי הציבור הרחב לא יכול להעריך בצורה מהימנה את המיומנויות הטכניות של הרופא ואת תוצאות הטיפול. Paterson (2012) הסכים עם טענה זו וכתב, כי ככלל, מטופלים יכולים לשפוט את תכונותיו האישיות של הרופא, אך אינם יכולים להעריך את המיומנות הקלינית שלו, ועליהם להביע אמון בכישוריו. 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, כמו גם לבחור את הרופא אליו יתחברו מבחינה אישית. בנוסף, מטופלים פעמים רבות מבינים את הסיבות לכך שהרופא לעיתים detached, וחלקם אף מעדיפים לשמור על קשר על בסיס מקצועי לחלוטין. Moore (2009) הוסיפה כי הרפואה מושפעת גם היא מפוליטיקה, וכי קשה לקיים את השקפתה ההומאנית של הרפואה כאשר יש להתאים את הכללים לציווי הניהול והרווח. ייתכן כי הציבור מודע לרוח זו של העידן המודרני, ולכן מצפה פחות לאותה אנושיות ומסתפק בכישורים מקצועיים.

As Deborah Lupton argues, the medical encounter is also a place where doctors and patients work together in order to produce results which benefit them both (Lupton, 1994). Physicians and patients cope together with the uncertainty that characterizes the medical encounter in order to improve the patient’s health (Adamson, 1997). The uncertainty of both patient and doctor partly shapes their interaction, and it is a characteristic of the medical encounter which cannot be reduced to explanations in terms of domination/exploitation. Thus, patients might be more interested in what they perceive might benefit them most (the medical component), while even physicians who are convinced that they are speaking from the position of the one who holds “true”, “scientific” knowledge, are aware of the uncertainty of their task, maybe even more than the patient, and this awareness shapes the interaction, demanding collaboration between doctor and patient, thus physicians emphasized more the humane aspect, in order to improve the interaction.

לעומת הציבור, כנראה שהרופאים דווקא נאחזים באידיאל של יחסים מרפאים (healing) ומוסריים, כאשר מבחינה אידילית הם מצליחים לשים את עצמם במקומו של המטופל ולהעניק לו תחושה של אחווה והזדהות. מה גם שמעבר לפרספקטיבה המקצועית, לרופאים רבים יש תובנות גם מעצם היותם לעיתים בצד שזקוק לטיפול.

לסיכום, מקצוע הרפואה הינו אחד המקצועות המתקדמים ביותר מבחינה טכנולוגית. עם זאת, הסכנה הטמונה בחדשנות ובקדמה הטכנולוגית היא שההתעמקות בהן עלולה לבוא על חשבון הקשר הרגשי של הרופא עם מטופליו (Dopelt et al., 2016). על המטופלים בעידן המודרני להיות מסוגלים לסמוך על יכולתו המדעית, הקלינית והאתית-אנושית של הרופא. המחויבות של הרופא לטובת המטופל היא הבסיס ליצירת האמון ביניהם. רופאים צריכים לפתח אומץ וחוסן כדי להיות נטולי אינטרסים ולשים בראש את טובת המטופלים באקלים הפוליטי-כלכלי-צרכני, המאפיין את המאה ה- 21. ההתפתחות הטכנולוגית המואצת והשימוש במדע הרפואה למטרות די שונות מהמטרות ההיסטוריות של מניעת סבל וקידום בריאות, יחד עם מדיקליזציה של היבטים רבים בחיים המודרניים מחייבים דיון ציבורי לגבי הליבה המוסרית ושינוי היעדים של מקצוע הרפואה.

פרופיל התכונות שעלה במחקר זה יכול שישמש בסיס לקבלה ולהערכה של סטודנטים לרפואה, להכשרת סטודנטים ולבחירת דמויות של מחנכים שיהוו 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. בעוד הראשון מבוסס על מיומנויות אינטלקטואליות וטכניות, מבוסס השני על אהבת האדם ועל כישורים בין-אישיים. היכולת להתחבר למטופל ולרכוש את אמונו הינה יכולת אנושית שגבולותיה חוצים את הכישורים והידע בתחומי הרפואה והטכנולוגיה. על כן חשוב שההכשרה והחינוך של הרופאים לעתיד יתמקדו גם בהטמעת פן זה בעבודת הרופא. As Morgan Martin (1978) wrote: "Physicians dispense not only medicines but words that influence medicines or, all by themselves, affect the patient more than the medicine"

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, אחרים 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 והן בנורמות הפרופסיונליות, החברתיות והתרבותיות. הדבר בא לידי ביטוי בחלוקת רשימת התכונות למומחים, כאשר ניכר היה כי חלק מהרופאים סוברים 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 כלל הרופאים בישראל. בשל אופיו הרחב יותר 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 ולכלול 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 והן לציבור לגבי הציפיות אחד מהשני.

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

**ביבליוגרפיה**

Adamson, C. (1997). Existential and clinical uncertainty in the medical encounter: an idiographic account of an illness trajectory defined by Inflammatory Bowel Disease and Avascular Necrosis. Sociology of Health and Illness, 19, 133-159. https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10934391

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 (accessed 27 July)

Beck, R. S., Daughtridge, R., & Sloane, P. D. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: A systematic review. The Journal of the American Board of Family Practice, 15, 25-38.

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, 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

Cleary, P. D., & McNeil B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. Inquiry,25(1), 25-36.

Cooper, L. A., Roter ,D. L., Carson, K. A. et al. (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.

Dopelt, K., Urkin, J., Yahav, Z., Bachner, Y., & Davidovitch, N. (2016). Physicians' Perception on the Virtues of the "Good Doctor". Society and welfare, 36(3-4), 463-476. (in Hebrew)

Emmert, M., Meier, F., Heider, A., Dürr, C., & Sander, U. (2014). What do patients say about their physicians? An analysis of 3000 narrative comments posted on a German physician rating website. Health Policy, 118(1), 66-73. DOI: 10.1016/j.healthpol.2014.04.015

Emmert, M., Meier, F., Pisch, F., & Sander, U. (2013). Physician choice making and characteristics associated with using physician-rating websites: cross-sectional study. Journal of Medical Internet Research, 15(8), e187. Doi: 10.2196/jmir.2702.

Filc, D., & Davidovitch, N. (2017). Equity and Distributive Justice in Health and Risk Message Design and Processing, in Guttman, N. (ed.) Oxford Encyclopedia of Health and Risk Message Design and Processing. Oxford University Press. DOI: 10.1093/acrefore/9780190228613.013.253

Fung, C. H., Elliott, M.N., Hays, R.D., et al. (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

Ganesh K. (2009). Patient-doctor relationship: Changing perspectives and medical litigation. Indian Journal of Urology, 25(3), 356-60. Doi: 10.4103/0970-1591.56204

Hahn, S. R. (2009). Patient-centered communication to assess and enhance patient adherence to glaucoma medication. Ophthalmology, 116(11), S37-S42. Doi: 10.1016/j.ophtha.2009.06.023

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.

Haynes, R. B., McDonald, H. P., & Garg, A. X. (2002). Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. JAMA, 288, 2880-2883. DOI: 10.1001/jama.288.22.2880

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

Hollis, R.S. (1994). Caring: a privilege and our responsibility. Obstetrics & Gynecology, 83(1), 1-4.

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

Ishikawa, H., Hashimoto, H., & Kiuchi, T. (2013). The evolving concept of ‘patient-centeredness’ in patient-physician communication research, Social Science and Medicine, 96, 147-153. DOI: 10.1016/j.socscimed.2013.07.026

Jung, H. P., Baerveldt, C., Olesen, F., et al. (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

Kenny, N. (2006). "Searching for doctor good: virtues for the twenty-first century" in: Kenny, N. & Shelton, W. (Ed.) Lost Virtue: Professional Character Development in Medical Education. Advances in Bioethics, 10, 211-233. https://doi.org/10.1016/S1479-3709(06)10011-4

Little, P., Everitt, H., Williamson, I., et al. (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

Longo, M. F., Cohen, D. R., Hood, K., et al. (2006). Involving patients in primary care consultations: assessing preferences using discrete choice experiments. British Journal of General Practice, 56(522), 35-42.

Lupton, D. (1994). Medicine as Culture and Illness: Disease and the Body in Western Societies. London: SAGE.

Martin, M. (1978). Healthy Respect for the Word. JAMA, 239(26), 2776-2777. Doi:10.1001/jama.1978.03280530040019

Matusitz, J., & Spear, J. (2014). Effective doctor-patient communication: An updated examination. Social Work in Public Health, 29(3), 252-266. Doi: 10.1080/19371918.2013.776416.

Moore, J. (2009). A consideration of the qualities of a ‘good’ doctor with some help from the humanities. British Journal of General Practice, 59(558), 58–61. Doi: 10.3399/bjgp09X394950

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

Orme-Smith, A., & Spicer, J. (2001). Ethics in general practice: a practical handbook for personal development. Abingdon: Radcliffe Medical Press.

Parsons, T. (1951). The Social System. Glencoe: Free Press.

Paterson, R. (2012). The Good Doctor: What Patients Want.  Auckland:  Auckland: Auckland University Press‏.

Peck, M., & Denney, M. (2012). Disparities in the conduct of the medical encounter: The effects of physician and patient race and gender. sAGE Open, 2(3), 1-14. DOI: 10.1177/2158244012459193

Pellegrino, E.D. (2002). Professionalism, Profession and the Virtues of the Good Physician. The Mount Sinai Journal of Medicine, 69(6), 378-384.

Pence, G. E. (1983). Can compassion be taught? Journal of Medical Ethics, 9(4), 189-91. DOI: 10.1136/jme.9.4.189

Ratanawongsa, N., Karter, A. J., & Parker, M. M, et al. (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 Rating 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.

Stewart, M., Brown, J. B., Boon, H., Galajda, J., Meredith, L., & Sangster, M. (1999). Evidence on patient-doctor communication. Cancer Prevention & Control, 3(1), 25-30.

Strasser, S., Aharony, P. & Greenberger, D. (1993). The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. Medical Care Review, 50(2), 219-248. DOI: 10.1177/107755879305000205

Strull, W. M., Lo, B., & Charles G. (1984). Do patients want to participate in medical decision-making? JAMA, 252, 2990-2994.

Tripathi, J., Rastogi, S., & Jadon, A. (2019). Changing doctor patient relationship in India: a big concern. International Journal of Community Medicine and Public Health, 6(7), 1-5. DOI: http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph2019

Verlinde, E., De Laender, N., De Maesschalck, S., Deveugele, M., & Willems, S. (2012). The social gradient in doctor-patient communication. International Journal of Equity in Health, 11, 12. Doi: 10.1186/1475-9276-11-12.

Walsh, S., O’Neill, A., Hannigan, A. et al. (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), 149-56.

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

Zolnierek, 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"

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

לוח 2: תוצאת מבחן 2χ לבחינת ההבדלים בין הרופאים לבין הציבור הרחב בדירוג שתי התכונות (0.05>p, 5.64=2χ)

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