

**כיצד משפיע פרויקט "החולה במרכז" על מיומנויות התקשורת,
ערכים, ועמדות של חברי ועדות רפואיות ועל שביעות רצון החולים:
בחינה משולבת של תועלת אימון סימולטיבי לביטוח לאומי**

דו"ח מסכם המוגש לביטוח לאומי, מחקר ותכנון על ידי מסר – המרכז הארצי
לסימולציה רפואית

כותבי הדו"ח

דר' עתליה תובל

דורון שגיא

דר' אבירם וייס

יוני 2022

סיוון תשפ"ב

מחקר זה מומן על ידי קרן מחקרים של הביטוח הלאומי

איש קשר

דורון שגיא

Doron.sagi@sheba.health.gov.il

03-5305700

תוכן עניינים

2	תקציר	
2	רקע	
2	שיטה	
4	ממצאים	
5	סיכום ומסקנות	
7	רקע	
12	שיטה	
12	אוכלוסיית המחקר והמדגם	
12	מערך המחקר	
12	מדידת אפקטיביות ההדרכה	
14	מבנה סדנאות התקשורת	
15	כלי המחקר	
21	ממצאים	
21	המשתתפים	
33	השינויים בעקבות הסדנה	
36	נתוני סקרי שביעות רצון החולים	
43	דיון	
43	רמת התגובה – עמדות המשתתפים ביחס לסדנה:	
45	רמת הלמידה- ידע, מידע, וכישורים שנרכשו במהלך ההדרכה	
47	רמת ההעברה – שינויים בביצועים ובהתנהגויות בעקבות השתתפות בסדנה	
	רמת ההערכה הארגונית- תוצאות ההדרכה בטווח הארוך, עד כמה ההדרכה הביאה לתוצאות	
49	המקוות	
53	לסיכום	
54	מגבלות:	
55	סיכום	
56	מקורות	
65	נספחים	
65	נספח 1 – שאלון מקדים	
69	נספח 2 – שאלון סוף יום	
73	נספח 3 – שאלון מעקב	

תקציר

רקע

הוועדות הרפואיות בביטוח הלאומי קובעות את מידת הפגיעה בחולים בהקשר של גמלאות שונות, השכיחות שבהן גמלת נכות וגמלת נפגעי עבודה. לרופאים בוועדה תפקיד כפול, מחד הוא רופא במפגש רפואי עליו חלים הסטנדרטים המקובלים של תקשורת רופא חולה כשטובת החולה היא ערך מוביל. מאידך הרופא היושב בוועדה הוא פוסק הפוגש את החולה הפונה לוועדה במצב רגיש ופגיע. השילוב בין שני תפקידים אלה וניהול המצבים השונים המתרחשים בוועדה דורש מימוניות תקשורת מורכבות. מסקירה של תלונות לקוח ומסקר מדגמי יזום של חולים עלה כי התלונה השכיחה מצד החולים נוגעת ליחס הרופאים לחולה במהלך הוועדה.

תקשורת מטפל מטופל קשורה לתוצאי טיפול ולהיענות לטיפול, ובהקשר של וועדות רפואיות, שיפור שביעות הרצון של החולה עשויה לשפר את העברת המידע במפגש ולאורך זמן את תוצאי הטיפול במטופל. שני מאפיינים נוספים העשויים להשפיע על עבודת הוועדה לאורך זמן, שעליהם הושם דגש בעבודה זו, היו עבודת צוות בין חברי הוועדה והתלהבות מהעבודה, חיוניות. עבודת צוות טובה יכולה לשפר מדדי ביצוע של צוות ובהקשר של צוותים רפואיים גם מדדים הקשורים לבטיחות המטופל. עבודת צוות טובה יכולה להשפיע על שביעות הרצון של הצוות עצמו ועל הקשרים בתוכו וכן היא נמצאה כקשורה לשביעות רצון של מטופלים מהצוותים המטפלים. חיוניות או התלהבות מהעבודה הוא מדד רגשי המייצג ממדים חיוביים בקשר של האדם למקום עבודתו. אדם חיוני / נמרץ הוא אדם המצליח לצבור משאבים לאורך זמן. לרגש חיובי זה השפעה על הפרודוקטיביות של האדם וכן השפעה מיטיבה על הרווחה הנפשית והפיסית שלו.

בתחילת 2015 פנה הביטוח הלאומי למסר- המרכז הארצי לסימולציה רפואית לקיום פרויקט משותף לשיפור התקשורת ועבודת הצוות בצוותי הוועדות הרפואיות. סדנה מבוססת סימולציה ותחקירים רפלקטיביים נבחרה כאמצעי להכשרה זו. מטרת הסדנה הייתה לשים את החולה במרכז וללמד את הרופאים והמזכירים כלי לתקשורת ממוקדת מטופל.

מטרת עבודה זו לבדוק עד כמה סדנת "החולה במרכז" השפיעה על איכות תקשורת מטפל מטופל בקרב חברי הוועדה ועל שביעות רצון המטופלים.

שיטה

אוכלוסייה

רוב הרופאים והמזכירים המשתתפים בוועדות נכות כללית ונפגעי עבודה השתתפו בסדנה. 432 רופאים ו 199 מזכירים, סה"כ 631 משתתפים. נערכו 55 סדנאות החולה במרכז מהן 34 סדנאות נכות כללית ו 24 סדנאות נפגעי עבודה.

הסדנה

הסדנה כללה חמישה תרחישים שפותחו על פי אפיון של ביטוח לאומי, בהם נחשפו המשתתפים למצבים ואתגרים מאפיינים בהם עליהם לשלב בין תפקידים כמטפלים וכפוסקים. הסדנאות נבנו ל 12 משתתפים, שמונה רופאים וארבעה מזכירים. במהלך הסדנה כל משתתף תרגל כחבר וועדה בתרחיש אחד או שניים, צפה בחלק מהמשתתפים מעבר לחלון החד כיווני, והשתתף בתחקיר קבוצתי בו הוצגו דוגמאות מכל התרגולים.

מערך מחקר ומדידה

המחקר היה מחקר דמוי ניסוי quazi experimental design ונמדדו בו משתנים לפני ואחרי ההתערבות. כיוון שכל הרופאים והמזכירים השתתפו בסדנה, לא בוצעה הקצאה אקראית ואין בו קבוצת ביקורת. למדידת האפקטיביות של תכנית ההתערבות נבחר מודל ארבעת השלבים של קירקפטריק (Kirkpatrick), הנחשב למודל המוביל בתחומי ההדרכה לצורך הערכת אפקטיביות ההדרכה. למודל כמה רמות מדידה :

רמה ראשונה – עמדות המשתתפים כלפי ההדרכה - שביעות הרצון ממנה
רמה שניה – תוצאות למידה – בוחנת עד כמה המשתתפים רכשו ידע עמדות ומיומנויות אותם ההתערבות כיוונה ללמד.

רמה שלישית – העברה – עד כמה המשתתפים משתמשים בפועל במיומנויות וידע שרכשו בסדנה.

רמה רביעית – רמה ארגונית – בוחנת עד כמה ההדרכה הביאה לתוצאות המקוות בארגון / בשטח.

כלי המחקר לצורך מדידת הרמות השונות כללו שאלוני דיווח עצמי וסקרי שביעות רצון שהועברו לחולים. שאלוני הדיווח העצמי הועברו בשלושה מועדים, לפני הסדנה, מיד בסופה ושאלון מעקב שהועבר שלושה עד שישה חודשים אחרי הסדנה. סקרי שביעות הרצון נשענו על סקרים טלפוניים מדגמיים אותם מעביר הביטוח הלאומי כדרך קבע. הסקרים כוללים שאלות רבות, ולצורך המחקר השתמשנו בתשע שאלות מהן יצרנו שלושה מדדים: יחס הרופא, מקצועיות נתפסת ושביעות רצון כללית. הסקרים נדגמו לכל רופא בשמונה גלי מדידה, שלושה מהם לפני הסדנה וחמישה אחריה.

מבין 631 המשתתפים בסדנאות, ל 517 קיימים נתוני שאלון מקדים מלאים ול 503 נתוני שאלון סוף סדנה, אחוזי היענות של 82% ו 80% בהתאמה. 137 רופאים מילאו את שאלון המעקב, 32% היענות מקרב הרופאים. השוואה בין השאלונים נערכה על שאלונים מזווגים בלבד (בין 122 ל 103 תלוי בזיווג הנדרש).

ממצאים

עמדות כלפי הסדנה

שביעות הרצון הכללית של המשתתפים מהסדנה הייתה גבוהה. התרחישים שהועברו היו ריאליים ורלוונטיים לעבודת הוועדה (ממוצע=5.82, ס.ת. 1.20), המשתתפים היו מאד מרוצים מהסדנה (ממוצע=6.12, ס.ת. 0.96) וסברו כי הסדנה תרמה ליכולת שלהם כחברי ועדה (ממוצע=5.29, ס.ת. 1.68). כל המדדים בסולם 1-7. המשתתפים דווחו שהיו ממליצים לעמיתיהם לעבור סדנה זו וכי היא חשובה כחלק מההכשרה הסדירה של חברי וועדה. נתונים כמותניים אלה קיבלו חיזוק במלל החופשי שכתבו המשתתפים כחלק ממשוּב סוף היום. עמדות הרופאים כלפי הסדנה נותרו גבוהות גם בשאלון המעקב אם כי בשאלות על שינוי ספציפי שהסדנה הביאה (שינוי דרך התקשורת עם החולים או חברי ועדה אחרים) שליש בלבד העריכו את השפעת הסדנה כגדולה.

קשרים בין משתנים

נמצא מתאם מובהק וגבוה בין ריאליות התרחישים לבין שביעות הרצון מהסדנה וכן מתאם מובהק בעוצמה בינונית בין שביעות הרצון מהסדנה להערכת התרומה שלה בשאלון המעקב. בשאלון המקדים נמצא קשר מובהק בעוצמה בינונית בין חיוניות ונמרצות של הרופאים לבין היכולת הנתפסת להתמודד עם מצבים בוועדה ועבודת צוות טובה בוועדה. בבדיקת הקשרים בין משתנים בשאלון המעקב, 3-6 חודשים לאחר הסדנה נמצאו קשרים מובהקים בעוצמה בינונית בין חיוניות ונמרצות לעבודת צוות ולתדירות השימוש במיומנויות תקשורת, וכן בין משתני עבודת צוות ותדירות השימוש במיומנויות תקשורת לבין היכולת להתמודד עם מצבים בוועדה.

שינויים בעקבות הסדנה

היכולת הנתפסת להתמודד עם מצבים בוועדה השתפרה באופן מובהק בעקבות הסדנה. הבדל גדול ומובהק בין המדידה שלפני הסדנה לזו שמיד בסופה, וירידה בתפיסת היכולת בשאלון המעקב, לערכים שהם עדין גבוהים מערכי הבסיס. (ממוצע=5.63, ס.ת. 0.81 ; ממוצע=6.05, ס.ת. 0.81 ; ממוצע=5.80, ס.ת. 0.82 בהתאמה). שיפור היכולת הנתפסת להתמודד עם מצבים לפני ומיד לאחר הסדנה היה דומה אצל רופאים ומזכירים. בהשוואה בין השאלון המקדים לשאלון המעקב נמצאה עליה מובהקת, אם כי לא גדולה, בכל משתני התוצאה: תדירות השימוש במיומנויות תקשורת עם החולה, חיוניות ועבודת צוות. בדיקה זו נעשתה על רופאים בלבד שכן שאלוני המעקב נשלחו רק לקבוצה זו.

ניתוח סקרי שביעות רצון חולים

בבדיקת שביעות רצון חולים לפני ואחרי הסדנה לא נמצאו הבדלים. בבחינת כל גלי המדידה מציאו שינויים קטנים בכיוונים משתנים לאורך כל תקופת המדידה, ללא קו מגמה ברור וללא הבדל בין המדידות שלפני הסדנה לאלו שאחריה. בבדיקת קשרים בין משתני התוצאה לסקרי שביעות הרצון כן נמצא הבדל בין המדידות שלפני הסדנה ואחריה. לפני הסדנה לא נמצאו קשרים בין משתנים אלה. לאחר הסדנה נמצאו קשרים מובהקים בעוצמה לא גבוהה. ככל שהרופא דיווח על חיוניות גבוהה ועבודת צוות טובה יותר כך הערכת החולים ליחסו אליהם עולה. במדידה זו נמצא קשר חיובי גם בין עבודת צוות למקצועיות הנתפסת של הועדה בעיני החולים.

סיכום ומסקנות

בחינת הממצאים באמצעות מודל ארבע הרמות של קירקפטריק מעלה כי: ברמת התגובה - משתתפי הסדנה דווחו על שביעות רצון גבוהה מהסדנה בכל שלושה הממדים שנבדקו. ממצאים אלה נשארו יציבים לאורך זמן, גם בשאלון המעקב. ברמת הלמידה – המשתתפים דווחו על שיפור ביכולתם הנתפסת להתמודד עם מצבים שונים בוועדה, שינוי שהיה דומה למזכירים ולרופאים. בבדיקה לאורך זמן השיפור אמנם מתמתן אך עדיין נותר מעל לרמת הבסיס שנמדדה בשאלון המקדים. ברמת ההעברה – על פי דווחי הרופאים, לאחר הסדנה עלתה אצלם תדירות השימוש במיומנויות תקשורת וכן הערכת עבודת צוות טובה בוועדה השתפרה. ברמה הארגונית, תוצאות ההדרכה – חל שיפור במידת החיוניות של הרופאים לאחר הסדנה. חיוניות זו קשורה לשימוש במיומנויות תקשורת וליכולת התמודדות עם מצבים, כשעצמת קשרים אלה עלתה לאחר הסדנה, מרמז על תרומה אפשרית נוספת של ההשתתפות בסדנה. בבדיקת שביעות רצון מטופלים לא חל כל שינוי בעקבות הסדנה. עם זאת, חל שינוי בעצמת הקשרים בין עמדות הרופאים לשביעות רצון המטופלים. קשרים חלשים עד לא קיימים לפני הסדנה וקשרים בעצמה נמוכה אך מובהקים אחריה. הממצא היכול לרמז על כך שההשתתפות בסדנה חיזקה את הקשר בין היכולת של הרופאים להתמודד עם מצבים שונים בוועדה, ולהשתמש במיומנויות תקשורת לבין שביעות הרצון של המטופלים הפונים לוועדה. בחינת תכנית ההדרכה על פי המודל של קירקפטריק הראתה תועלות להדרכה בכל ארבע רמות המדידה, ממצאים המחזקים את הגישה הרואה בהכשרה מבוססת סימולציה אמצעי להענקת ידע, עמדות ומיומנויות למתאמנים, במגוון תחומי עיסוק. בבדיקת התוצאה הסופית של שביעות רצון החולים לא נמצא הבדל לפני ואחרי הסדנה. השינויים שחלו ברמת העמדות וההתנהגות המדווחת בוועדות לא השפיעו, ככל הנראה, על חווית המטופלים במדדים שנבדקו כאן. אמנם מטרה מרכזית זו לא הושגה, אך המחקר הראה כי להדרכה השפעה חיובית על מדדי עבודת

צוות ותקשורת של המשתתפים הקשורים לחיוניות ומוטיבציה של הרופאים, ושיפור ביכולת הרופאים להתמודד עם מצבים שונים בהם הם נתקלים בוועדות. הרופאים והמזכירים שהשתתפו בסדנה ראו בה הכשרה חשובה, הנדרשת כחלק מההכשרה וההדרכה של כל חבר ועדה.

רקע

במוסד לביטוח לאומי נערכות כ-130,000 ועדות רפואיות שכוללות כ-500,000 דיונים בשנה אותם מנהלים כ-700 רופאים מתחומי מומחיות שונים. הוועדות קובעות את מידת הפגיעה בחולה בהקשרן של גמלאות שונות. השכיחות שבהן, גמלת נכות כללית וגמלת נפגעי עבודה. בוועדה הרפואית יושבים רופא ומזכיר, ואיתם בחדר החולה. החולה רשאי להביא אתו אנשים נוספים שייצגו אותו: קרובים, מלווים או עורך דין. חברי הוועדה חשופים אם כך לתיק החולה, במהלך הוועדה הם אוספים מידע נוסף מהחולה ויכולים להפנות את החולה לבדיקות או ברורים נוספים הנדרשים לדעת חברי הוועדה לקבלת החלטה. לצורך קבלת החלטה הרופאים בוועדה נדרשים להפגין ידע בתחום ההתמחות שלהם ובתחום הידע של הרפואה לביטוח לאומי. בנוסף, על הרופאים להפגין מיומנויות תקשורת מורכבות הנדרשות כדי להתמודד עם מצבים שונים הנוצרים במהלך הוועדה. החלטת הוועדה לא נמסרת בזמן אמת אלא בדואר בעיתוי מאוחר יותר. סקרי שביעות רצון נערכים כדרך שגרה לביטוח לאומי, הסקרים נערכים בתקופת הזמן שבין סיום הוועדה לבין קבלת ההחלטה כדי ששביעות רצון החולים מהתנהלות הוועדה וחברי הצוות של הוועדה לא תושפע מההחלטה. מסקירה של תלונות לקוח ומסקר מדגמי יזום של החולים הפונים לוועדות הרפואיות, עלה כי התלונה השכיחה מצד החולים נוגעת ליחס הרופאים לחולה במהלך הוועדה.

לתקשורת מטפל מטופל השפעה רחבה על המפגש הרפואי ועל התוצאים שלו. תקשורת מטפל מטופל נמצאה קשורה לשביעות רצון של המטופלים מהטיפול בבית החולים (Clever et al., 2008) ובקהילה (Sans-Corrales et al., 2006). תקשורת טובה בין רופא לחולה נמצאה כקשורה גם להיענות לטיפול (Ahmed et al., 2018; Du et al., 2020; Hesse, & Rauscher, 2019). בדקו 299 מטופלים ומצאו קשר חיובי בין תקשורת רגשית טובה של הרופא לבין היענות לטיפול של המטופל (2019). קשר טוב בין מטופל למטפל משפיע לא רק על תחושות המטופל ושביעות הרצון שלו, אלא גם על מצבו הרפואי כפי שהדגישו Sans-Corrales וחבריו שמצאו כי קשר טוב בין רופא משפחה למטופלים שלו, יחד עם מאפיינים נוספים כרציפות טיפול וטיפול מקצועי, קשורים למדדי בריאות של המטופלים (Sans-Corrales et al., 2006).

לוועדות הרפואיות לביטוח לאומי מאפיינים ייחודיים המוסיפים למורכבות המפגש הרפואי. מחד זהו מפגש רפואי לכל דבר וחלים עליו סטנדרטים של תקשורת כמו בכל מפגש רופא-חולה. לפי מנהל מחלקת הרפואה של הביטוח הלאומי, "הרפואה במוסד לביטוח לאומי, תשען על יסודות של מצוינות מקצועית וניהולית, תוך שימת דגש על: חיזוק הרפואה כפרופסיה ייחודית, הוגנות בכל פעילות, אמפטיה לפונים לביטוח הלאומי ותרומה למערך הרפואי הלאומי בישראל. הוועדה היא רפואית במהותה והדיאלוג שיערך בה הוא בין רופא לחולה. היא אינה "טריבונל" לברור בין

שני צדדים מתדיינים (המבוטח אל מול הביטוח הלאומי) אלא מפגש בין רופא לחולה, כשטובת החולה היא הערך המוביל". מאידך, תפקידו של הרופא כפול ולצד תפקידו כרופא הוא גם פוסק הפוגש את החולים במצב רגיש, פגיע ועם סדר יום היכול להיתפס כניגוד אינטרסים בין החולה לרופא בוועדה. תפקיד כפול זה דורש מחברי הועדה להיות בעלי מיומנות תקשורת ברמה גבוהה.

גורמים שונים, אם כך, עלולים להשפיע על התנהלות המפגש הרפואי בוועדות הרפואיות של ביטוח לאומי. חלקם קשורים לחולה: רמות מתח גבוהות, פגיעות, חשש, וחוסר ביטחון, וחלקם קשורים לצוות המקצועי: רמת המיומנויות, מקצועיות, התנהלות לא יעילה בשל תחושת עימות או דה-לגיטימציה, וכן חוסר ארגון של המערכת (Grant et al., 2014; Elbers, 2015, Collie, 2015; Kilgour et al., 2015; Van Rijssen et al., 2011). מחקר שנערך במערכת ביטוח לאומי בהולנד מצא כי התנהגויות רופאים מונחות על ידי סטריאוטיפים הנבנים מקריאת תיק המטופל ומהרושם הראשוני שהוא יוצר (Van Rijssen et al., 2011). המפגש בוועדה הרפואית חושף פערים בין ציפיות החולים והרופאים המטפלים שלהם לגבי הערכת הנכות לבין ההערכה הקובעת של רופאי הועדה (Dell-Kuster et al., 2014; Spanjer et al., 2010). על פי ואן רייסן תוצאות הטיפול מושפעות לא רק מרמת התקשורת של הרופא, אלא גם משביעות הרצון של המטופל. זאת, כיוון ששביעות רצון קובעת האם ועד כמה מתקיימת העברת מידע אפקטיבית בוועדה (Murgatroyd DF et al. 2011; Van Rijssen et al., 2009, 2015). תקשורת יעילה יכולה לשפר שביעות רצון, ומכך גם לשפר את תוצאות הבריאות אצל המטופל (Elbers et.al., 2013; Tavakoly Sany et al., 2020)

שני מאפיינים נוספים עשויים להשפיע על עבודת הועדה לאורך זמן, על התקשורת עם המטופל ועל שביעות הרצון שלו מהועדה. עבודת צוות בין חברי הועדה, הרופא והמזכיר, והתלהבות מהעבודה.

עבודת צוות – עבודת צוות יכולה להשפיע על יציבות הצוות, תהליך קבלת החלטות וניהול סיכונים מצד אחד, ועל שביעות רצון המטופלים מהצד השני (Lurie et al., 2011). השפעת אימון לשיפור עבודת צוות ותקשורת בין חברי הצוות על מדדים ביצוע ושביעות רצון נבדקה בתחומי עיסוק רבים. סקירה שיטתית של 16 פרסומים מצאה כי שיפור עבודת צוות קשור לשיפור תרבות הבטיחות בארגון, והיא יכולה להשפיע באופן חיובי גם על תוצאי הטיפול המטופל (Alsabri et al., 2022). במחקר על צוות חדר ניתוח נמצא שאימון בעבודת צוות שיפר מדדי ביצוע בחדר הניתוח ומדדי תמותה וסיבוכים וכן שיפר את שביעות הרצון של המטופלים (Armour Forse et al., 2011). השיפור בשביעות הרצון ובמדדים נוספים שאינם מהפרוטוקולים המחייבים בחדר ניתוח (Time-Out לדוגמה) התמתן לאחר שנה. לחדר ניתוח

אמנם מאפיינים ייחודיים, אך השפעת הכשרה של עבודת צוות נמצאה גם בתחומים אחרים. מחקר שעקב אחר הכשרת עבודת צוות במחלקות פריון ביותר מ-20 מרכזים רפואיים במשך שנתיים או יותר מצא לא רק שיפור במדדי עבודת צוות, אלא גם שיפור של שביעות רצון מבית החולים ונכונות להמליץ עליו (Dodge et al., 2020). מחקר אחר שהשווה בין מרכזי MRI שעברו הכשרת עבודת צוות לבין כאלה שלא, מצא יתרון למרכזים שעברו הכשרה במדדי יעילות, כמות סריקות לשעה וכמות ביטולים, וכן במדד שביעות רצון של מטופלים (Ajam et al., 2017). הכשרת צוותים לעבודת צוות יכולה לשפר, אם כך, את איכות העבודה לא רק בין חברי הצוות לבין עצמם, אלא גם את התקשורת מול המטופלים ושביעות הרצון של המטופלים מהמפגש עם הוועדה. אוגובונאיאה ואחרים ממליצים בעקבות מחקר שערכו בקרב צוותים רפואיים על מתן הכשרה במיומנויות תקשורת ועבודת צוות. הם מצאו כי השפעת עבודת הצוות על שביעות הרצון של המטופלים, מתווכת דרך שביעות הרצון והמחויבות של הצוותים. (Ogbonnaya et al., 2018).

לאחרונה, קיימת מודעות גדלה והולכת לחשיבות המחויבות והמגויסות של הרופא (engagement), לא רק לרווחתו הנפשית, אלא גם לאיכות הטיפול הרפואי. בסקירת ספרות מקיפה (Perreira et al., 2019) מצאו שמחויבות לעבודה של רופאים קשורה לשיפור איכות הביצוע, ונקיטת פעולות לטובת החולה, הארגון, והמערכת הרפואית. המחויבות מנבאת חדשנות, שביעות רצון הרופא, שביעות רצון החולה, וביצוע משופר. לאור זאת הם קוראים לנקיטת פעולות למדידה ולהעלאה של רמת המחויבות (Perreira et al., 2019).

חוקרים מסכימים כי למחויבות מגוון ביטויים וממדים, וכי החשוב שבהם הוא חיוניות / מגויסות (be vigor and dedication). רופאים בעלי רמות מחויבות גבוהות שחוקים פחות, מרוצים יותר, הם יותר יעילים ומציגים רמות גבוהות יותר של איכות ובטיחות (Harolds, 2019). מדד ההתלהבות מהעבודה, Engagement הוא מדד המייצג ממדים חיוביים בקשר שבין אדם למקום עבודתו. הוא בא לידי ביטוי בשלושה ממדים: תחושת אנרגיה, מעורבות, ותחושת יכולת והישגיות של הפרט כלפי עבודתו. אלו כוללים יחסים אישיים תומכים, אפשרות להפעיל מיומנויות מורכבות, ולקיחת חלק בתהליך קבלת ההחלטות בארגון (Maslach, 1998; Maslach & Leiter, 2008). שירום (Shirom, 2003) מתייחס ל**נמרצות (Vigor)** / חיוניות כאל תגובה רגשית חיובית המתקיימת בהקשר (קונטקסט) של עבודה. ההמשגה שלו את מושג הנמרצות נגזרת משתי תאוריות חשובות בחקר הלחץ: תאוריית שימור המשאבים של הובפול (Hobfoll, 1989, 2001; Hobfoll & Shirom, 2000) ותאוריית הערכת הלחץ של לזרוס (Lazarus, 1999). בהתאם לשיטתו של הובפול ניתן להסביר את הנמרצות כמצב בו האדם חש כי הוא מצליח לצבור משאבים לאורך זמן. על פי לזרוס- בכך שכאשר אדם מעריך שהוא מצליח להתקרב להשגת מטרותיו, יעורר הדבר רגש חיובי של vigor. לרגש זה, מניח שירום, יש

השפעה חיובית על רמת הפרודוקטיביות ועל בריאותו של הפרט. מדובר בתגובה רגשית חיובית כלפי אלמנטים שונים בסביבת העבודה. תגובה הקשורה לרווחה נפשית, למצב רוח ולתפקוד בעבודה, והיא משפיעה גם על הרווחה הנפשית והפיזית של העובד (Shirom, 2007). עובדים בעלי רמת חיוניות גבוהה מתאפיינים בעליה באנרגיה, ומקדמים התנהגות בריאה ופרואקטיבית (Shirom et al., 2013).

רוב המחקר אשר בחן חשיפה לאירועי חיים התמקד באנשים המחפשים תמיכה פסיכולוגית, ועזרה בהתמודדות (לאחר חשיפה ללחץ משמעותי עד טראומטי) (Aneshensel, Pearlin, & Schuler, 1993; Catarino et al., 2014; Thoits, 1995), בעוד ההשפעה של תחושת חיוניות על נותני העזרה הפורמליים כגון עובדים סוציאליים, אנשי מקצועות הסייעוד והרפואה, וכדומה, נזנחה (Catarino et al., 2014).

נושא נוסף שנמצא קשור לאיכות הטיפול הוא גישה פרואקטיבית. במחקר איכותני בקרב אחיות עובדים סוציאליים ורופאים המתמחים בטיפול פליאטיבי הדגישו המשתתפים את החשיבות של גישה פרואקטיבית, ממוקדת, ושלמה במתן מידע לחולה, כדי לתמוך באופן מיטבי בחולה ובמשפחתו. לאור ממצא זה מציינים החוקרים את הצורך להקנות הכשרה מתאימה לרופאים לטובת שיפור השרות לחולה (Kuusisto et al., 2021).

בתחילת 2015, פנה המוסד לביטוח לאומי למסר- המרכז הארצי לסימולציה רפואית, בבקשה לשתף פעולה בפרויקט שמטרתו שיפור מיומנויות התקשורת ועבודת הצוות של הפוסקים בוועדות לנכות כללית מדרג ראשון. שיפור התקשורת בין חברי הועדה לבין החולה וכן בין חברי הועדה לבין עצמם יוכל להביא לשינוי, ולשיפור שביעות הרצון של החולים הפונים לוועדות ביטוח לאומי.

פרויקט שיפור התקשורת נבחר להיערך באמצעות אימון מבוסס סימולציה. סדנאות האימון מבוססות סימולציה מקובלות היום ברפואה בתחומים שונים. סימולציה נחשבת ככלי הדרכה אפקטיבי לשיפור מיומנויות תקשורת במגוון אוכלוסיות ותפקידים. שיפור מיומנויות תקשורת לסטודנטים לרפואה וסיעוד (Liaw et al., 2014; Qureshi & Zehra, 2020), שיפור תקשורת בצוות רב מקצועי (Liaw et al., 2014), שיפור תקשורת לצוותים המטפלים בחולים פליאטיביים (Brown et al., 2018), צוותים במחלקות אונקולוגיות (Bos-van den Hoek et al., 2019), בפסיכיאטריה (Neale, 2019) ולמתמחים בניירוכירורגיה (Harnof et al., 2013). Markin וחבריו מצאו כי אימון מבוסס סימולציה לתקשורת סוף חיים במחלקות טיפול נמרץ שיפר את מיומנויות התקשורת, על פי דיווח עצמי, שיפור שנשאר גם במעקב לאחר 9 חודשים (2015). מחקר שנערך בקרב סטודנטים לפרמקולוגיה מצא כי הדרכה סימולטיבית בנושא אמפתיה

שיפרה את תחושת המסוגלות של הסטודנטים לנהל באפקטיביות את המפגש עם הלקוח, ולגלות כלפיו אמפתיה רבה יותר (Kerr et al., 2015). הקניית כלים להתמודדות אפקטיבית במפגש עם החולים חשובה לא רק לחולה, כי אם גם למטפל. אנשים העובדים במקצועות העזרה מתמודדים עם הצורך להעניק למטופל תמיכה, אמפתיה, ועזרה על מנת לסייע למטופל לשנות את התנהגותו ואת רגשותיו (Adams et al., 2008). מרכיבים אלו נחשבים חיוניים כחלק משימור יכולת ההתמודדות של מטפלים במגוון מקצועות עזרה/שרות (Johnson et al., 2014; Adams et al., 2008).

מטרת הסדנאות הייתה "לשים את החולה במרכז". ללמד ולתרגל תקשורת ממוקדת מטופל וכך לצייד את הרופאים בכלים לתקשורת אפקטיבית. כלים שישפרו את רמת השירות שהרופאים נותנים ובהמשך, בשאיפה, את שביעות הרצון של המטופלים. שיפור מיומנויות התקשורת ועבודת הצוות יאפשרו לחברי הוועדה לנהל את הוועדה באפקטיביות ולהתמודד בהצלחה עם מצבים מאתגרים העשויים להתרחש במפגשים הטעונים בוועדות ביטוח לאומי. במחקר פיילוט עברו 50 רופאים ו-20 מזכירים את סדנאות התקשורת. ממצאי הפיילוט הראו נטייה חזקה לשיפור מיומנויות התקשורת של הרופאים, על פי דיווח עצמי, ועליה בשביעות הרצון של החולים.

מטרת עבודה זו לבדוק עד כמה סדנת "החולה במרכז" השפיעה על איכות תקשורת מטפל מטופל ועל שביעות רצון המטופלים.
 השערות המחקר:

1. תפיסת החשיבות של 'תקשורת ממוקדת בחולה' ושל המיומנויות הנגזרות ממנה, תעלה אצל חברי הוועדה בעקבות ההתערבות ההדרכתית.
2. רמת התקשורת בין חברי הוועדה, עבודת הצוות ביניהם, תשתפר בעקבות ההתערבות ההדרכתית.
3. רמת התקשורת בין חברי הוועדה לבין החולה ונציגיו תשתפר בעקבות ההתערבות ההדרכתית.
4. רמת החיוניות / נמרצות של הרופאים תעלה לאחר ההתערבות ההדרכתית.
5. תפיסת היכולת להתמודד עם מצבים בוועדה תעלה לאחר ההתערבות ההדרכתית.
6. שביעות רצון חולים שנפגשו עם רופאים שעברו הכשרה תהיה גבוהה יותר משביעות הרצון של חולים שנפגשו עם רופאים שעדיין לא עברו את ההתערבות ההדרכתית.

שיטה

אוכלוסיית המחקר והמדגם

רוב הרופאים והמזכירים החברים בוועדות בתחומי נכות כללית ונפגעי עבודה השתתפו בסדנת ההכשרה ונכללו במחקר. מעקב לאורך זמן אחר השפעות הסדנה נערך על קבוצת הרופאים בלבד. סך הכל 631 משתתפים מהם 432 רופאים, ו-199 מזכירים. נערכו 55 סדנאות "החולה במרכז", מהן 34 סדנאות נכות כללית ו-24 סדנאות נפגעי עבודה. (פרוט מאפייני המשתתפים בטבלה 2 בפרק הממצאים).

מערך המחקר

מערך המחקר שנבחר הוא מחקר דמוי ניסוי (quazi experimental design) Babbie, (2009). משתני המחקר נמדדו לפני ואחרי ההתערבות, אך לא בוצעה הקצאה אקראית למחקר, כיוון שכל הרופאים והמזכירים החברים בוועדות הרפואיות בתחומי נכות כללית ונפגעי עבודה עברו את ההכשרה.

מדידת אפקטיביות הדרכה

למדידת האפקטיביות של תכנית ההתערבות השתמשנו במודל ארבעת השלבים של קירקפטריק. מודל זה מספק טכניקת הערכה להוכחת היעילות של כל תוכנית הדרכה ויכול לשמש להעריך האם תוכנית הדרכה תוכל להתאים לערכים ולדרישות של הארגון שמיישם את ההדרכה ושל המשתתפים עצמם (Smidt, et al., 2009). אמנם המודל של קירקפטריק פותח לצורך הערכת אפקטיביות הדרכה כבר בשנות השישים של המאה העשרים, Kirkpatrick, (1996), אך הוא נסקר ונבחן ויש לו יישומים אמפיריים תאורטיים ופרקטיים (Kirkpatrick & Kayser-Kirkpatrick, 2014; Paull et. Al., 2016). מודל זה משמש ככלי מוכר למדידת אפקטיביות של תכניות הדרכה למיומנויות רכות בתחומים רבים, כהכשרת טייסים למיומנויות רכות (Rafiq, 2015), הדרכת עובדים להתנהגות בטיחותית (La Duke, 2017), והכשרת צוותים סיעודיים ורפואיים, לשיפור מיומנויות בכלל ומיומנויות לא קליניות בפרט (Kissane, 2012; Muddle, O'Malley, & Stupans, 2019). מודל זה אינו היחיד הקיים למדידת אפקטיביות הדרכה, אך הוא נחשב בספרות העוסקת בהכשרה והדרכה כמודל פשוט ומדויק למדידת אפקטיביות של אירועי למידה מתוכננת במבוגרים (הדרכה), ולאחד המודלים היציבים ביותר בשל היותו מורכב ממספר פרמטרים ברורים הבוחנים את השפעת ההדרכה והצלחתה. הפרמטרים ממוקמים ברמות שונות ובוחנים תוצאות שונות של תהליך הלמידה (La Duke, 2017).

מודל המדידה:

ארבעת שלבי המודל של קירקפטריק

הרמה הראשונה בוחנת את תגובת המשתתפים בהדרכה - העמדות כלפי ההדרכה: מידת שביעות הרצון והנאת המשתתפים מההדרכה. יש לציין כי ברמה זו לא נמדד מה למדו המשתתפים, אלא נבחנת מידת ההנאה שלהם, העניין והמוטיבציה שעוררה בהם ההדרכה, הקשב שיצרה אצלם ושביעות הרצון שלהם ממנה.

הרמה השנייה מתמקדת בתוצאות הלמידה ובוחנת ידע, עמדות ומיומנויות: באיזו מידה המשתתפים רכשו את הידע הכישורים או העמדות שאליהם כוונה ההדרכה, בעקבות ההשתתפות בה.

ניתן לבחון רמה זו באמצעות שאלונים לדיווח עצמי או באמצעות כלים שונים בהם המשתתפים יוכלו להפגין את המיומנויות או הידע שרכשו בהדרכה.

הרמה השלישית היא רמת ההעברה – הביצוע או ההתנהגות כתוצאה מההדרכה: באיזו מידה מצליחים המודרכים להשתמש בידע ובמיומנויות שרכשו בסביבת העבודה. כלומר, באיזו מידה המשתתפים שינו את התנהגותם בעקבות ההדרכה גם בהקשרים אחרים והעבירו את ההתנהגות הנלמדת מסביבת הלמידה לעולם העבודה האמיתי. גם רמה זו ניתן לבדוק בשאלוני דיווח עצמי או במדידת התנהגות בפועל.

הרמה הרביעית מוגדרת כרמת ההערכה הארגונית- בוחנת את תוצאות ההדרכה בטווח הארוך, עד כמה התקבלו התוצאות המקוות כתוצאה מההתערבות ההדרכתית. ברמה זו מודדים ROE (return on expectations), למשל שיפור ביחסי מטפל-מטופל, ירידה בשכיחות אירועים או התנהגויות לא רצויות, או ירידה בתחלופת עובדים (Smidt, et al., Kirkpatrick, 1996;) 2009.

יש המוסיפים רמה חמישית למודל הבוחנת החזר השקעה ROI (return on investment) אך אנחנו לא נעסוק ברמה זו.

תכניות הדרכה רבות מגבילות את המדידה לרמות הנמוכות של המודל, שהן קלות יותר למדידה, אך יש חשיבות לבחון את כל רמות המודל כדי לקבל תמונה מדויקת של אפקטיביות ההדרכה (Steele et al., 2016) וכך נעשה במחקר זה:

במחקר זה הרמה הראשונה והשנייה של המודל נמדדו באמצעות שאלון מקדים לסדנה ושאלון משוב שהועבר מיד לאחר הסדנה.

הרמה השלישית נמדדה באמצעות דיווח עצמי בשאלון מעקב שהועבר שלושה עד שישה חודשים לאחר הסדנה.

ראה טבלה 1 לפירוט המדדים השונים ששימשו לכל אחת מרמות המודל הרמה הרביעית נמדדה באמצעות שאלוני שביעות רצון שהועברו לפונים לוועדה לפני ואחרי השתתפות הרופאים בהכשרה, ובאמצעות שאלוני המעקב.

מבנה סדנאות התקשורת

סדנאות התקשורת נבנו לשני סוגים של ועדות. ועדות נכות כללית וועדות נפגעי עבודה. הסדנאות תוכננו ל 12 משתתפים, 8 רופאים ו4 מזכירים בכל סדנה.

בסדנה עברו המשתתפים פתיחה ושיחת מבוא ובהמשך סימולציות של וועדות רפואיות. התרגול בסימולציות לווה במשוב שחקן, שניתן על ידי השחקן בארבע עיניים לצוות המטפל בלבד, ובתחקיר מבוסס וידאו שבוצע במליאה לכלל המשתתפים בסדנה בהנחיית מומחה תקשורת ממסר ומומחה תוכן מביטוח לאומי. בסימולציות, רופא ומזכיר מביטוח לאומי היו חברי הוועדה הרפואית, בעוד שחקן או שניים דימו את החולה, ובמידת הצורך מלווה או בן משפחה. כל משתתף תרגל באופן פעיל בוועדה אחת או שתיים, צפה בחלק מהמשתתפים מעבר לחלון החד כונוני, ובסופו של יום פגש בתחקיר דוגמאות והתייחסויות מכלל התרחישים שתורגלו באותו היום.

חמישה תרחישים פותחו לסדנה. התרחישים פותחו על פי מטרות הסדנה ואפיון של ביטוח לאומי. התרחישים כללו אתגרי תקשורת מטפל-חולה ואתגרי תקשורת בין חברי הוועדה, והם חשפו את המשתתפים למצבים בהם עליהם לשלב בין תפקידים כרופאים ופוסקים ולגלות פרואקטיביות כמטפלים במהלך המפגש הרפואי בוועדה.

נושאי התרחישים:

- התמודדות עם חולה מיוצג
- דינמיקה/תקשורת מאתגרת בין חברי הוועדה
- חוסר הלימה בין בדיקה בוועדה לבין המסמכים הרפואיים
- התמודדות עם חולה כועס/עוין
- התמודדות עם מצב זמני מתמשך

התרחיש החמישי הועבר במקביל לארבע ועדות מתרגלות בכל סדנה. לתרחיש סיפור מסגרת ומצב רפואי זהה של התמודדות עם מצב זמני מתמשך, כשלחולה בכל אחת מהועדות המתרגלות, מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ורקע תרבותי שונים. כך לאתגר הפסיקה, מתווסף אתגר של רגישות תרבותית ושמירה על כבוד המטופל כדי להציב במרכז את המטופל היכול להיות

בעל מאפיינים שונים של אוריינות, תרבות ורקע סוציו-אקונומי. במהלך התחקיר נחשפו כל משתתפי הסדנה לחולים השונים ולאופן בו התמודדו הוועדות השונות עם השונות התרבותית.

כלי המחקר

כלי המחקר בדקו את התנהגויות חברי הועדה לפי דיווח עצמי, עמדות חברי הוועדה ושביעות רצון המטופלים. התנהגות חברי הועדה ועמדותיהם ומידע דמוגרפי נאספו כולם באמצעות שאלון ממוחשב. שאלון המעקב נשלח למשתתפים אוטומטית כ 3 חודשים לאחר הסדנה. תזכורת לענות על השאלון נשלחה שוב למשתתפים שלא ענו על שאלון המעקב, עד לחצי שנה לאחר הסדנה.

התנהגויות המשתתפים בוועדות:

תדירות השימוש במיומנויות תקשורת: השאלון מבוסס על שאלון 4 ההרגלים (Krupat et. Al., 2006). מדד הכולל 16 פריטים המתארים את התקשורת עם החולים, בסולם ליקרט בן שבעה עוגני תדירות. פריטים הכוללים מיומנויות הבחנות אמפטיה, הקשבה, מתן מידע, וכדומה. משתנה זה נמדד פעמים: בשאלון המקדים ($\alpha = 0.74$ קרונברך); ובשאלון המעקב ($\alpha = 0.77$ קרונברך).

תחושת יכולת להתמודד עם מצבים שונים בוועדה: השאלון בדק את היכולת הנתפסת של חברי הועדה להתמודד בצורה מוצלחת עם דרישות הוועדה הרפואית ומצבים מאתגרים המתקיימים בה, כולל מצבים בהם נדרשת פרואקטיביות והפניית החולה לבדיקות נוספות או למיציא זכויותיו. הממד מורכב מהציון הממוצע על פני 14 מצבים בסולם ליקרט של שבעה עוגני הסכמה ($1 =$ לא יכול, ועד $7 =$ יכול במידה רבה מאד). משתנה זה נמדד שלוש פעמים: בשאלון המקדים ($\alpha = 0.78$ קרונברך), בשאלון לאחר הסדנה ($\alpha = 0.84$ קרונברך), ובשאלון המעקב ($\alpha = 0.86$ קרונברך).

אנרגיה רגשית וחיות קוגניטיבית – חיוניות – מדד זה בדק את תחושת החיוניות / נמרצות של המשיבים. הממד כלל 8 שאלות על סולם ליקרט בן שבעה עוגני תדירות שנלקחו מתוך שאלון SMVM (Shirom-Melamed Vigor Measure) אשר פותח על ידי שירום ומלמד (Shirom, 2003). הממד משקף תחושות של אנרגיה, מעורבות ותחושות של יכולת והשגיות בביצוע התפקיד. משתנה זה נמדד פעמים: בשאלון המקדים ($\alpha = 0.89$ קרונברך); ובשאלון המעקב ($\alpha = 0.89$ קרונברך). בכל ההתייחסויות למדד זה בהמשך הדוח הוא ייקרא "חיוניות".

עבודת צוות: הממד בחן היבטים שונים של עבודת הצוות בוועדה הרפואית, ונבנה על פי הממד של לאורי ואחרים (Lurie et al., 2011). הממד כלל חמישה פריטים על סולם ליקרט בן שבעה

עוגני תשובה הכוללים, בין השאר, שיתוף פעולה ואווירה מקדמת. משתנה זה נמדד פעמים: בשאלון המקדים ($\alpha = 0.81$ קרונברך); ובשאלון המעקב ($\alpha = 0.79$ קרונברך).

עמדות ביחס לסדנה

לאחר הסדנה הועבר למשתתפים שאלון אשר מדד את התגובות של המשתתפים לסדנה, הערכתם את הסדנה, ואת שביעות הרצון ממנה. להלן הפירוט: הערכת תרומת הסדנה ליכולת ההתמודדות עם מצבים בוועדה – דווח של המשתתף עד כמה תרמה הסדנה ליכולת ההתמודדות שלו עם המצבים והדרישות שמתוארים בשאלון תחושת היכולת. משתנה זה נמדד באמצעות 14 תיאורי מצבים בסולם ליקרט של שבעה עוגני תשובה הבוחנים את תרומת הסדנה ליכולת ($=1$ כלל לא תרמה, ועד $=7$ תרמה במידה רבה מאד). משתנה זה נמדד בשאלון שהועבר מיד לאחר הסדנה ($\alpha = 0.98$ קרונברך).

רלוונטיות התרחישים – הערכת המשתתפים את רלוונטיות תרחישי האימון לעבודת הרופא/מזכיר בוועדה. נמדדה באמצעות חמישה פריטים אשר תארו את תרחישי הסדנה. המשיב התבקש להעריך את הרלוונטיות של כל תרחיש באמצעות סולם ליקרט בן שבעה עוגני תשובה. משתנה זה נמדד בשאלון שהועבר מיד לאחר הסדנה ($\alpha = 0.85$ קרונברך).

הערכה ושביעות רצון כללית מהסדנה – מדד בן עשרה פריטים הבוחן את שביעות הרצון של משתתפי הסדנה ובוחן באיזו מידה תרמו מרכיבי הסדנה השונים ללמידה. המדד הורכב ממוצע התשובות לשאלות בסולם ליקרט בן שבעה עוגני תשובה. משתנה זה נמדד מיד לאחר הסדנה ($\alpha = 0.94$ קרונברך)

תחושות, המלצות, ומחשבות בעקבות הסדנה – בשאלון שחולק בסוף הסדנה הוזמנו המשתתפים לחוות את דעתם ולרשום משוב והערות באמצעות שאלה פתוחה. התשובות נותחו בגישה האיכותנית באמצעות שיטת הניתוח התמטי.

משוב לסדנה והערכת תרומת הסדנה בפרספקטיבה של זמן – מדד זה בחן את התרומה הנתפסת של הסדנה לשיפור התקשורת בוועדה בפרספקטיבה של שלושה עד שישה חודשים. המדד כלל חמישה פריטים על סולם ליקרט בן שבעה עוגני תשובה. משתנה זה נמדד בשאלון המעקב בלבד ($\alpha = 0.84$ קרונברך).

טבלה מספר 1 - פירוט מדדי עמדות המשתתפים, מהימנות המדדים, מועדי המדידה והשלב במודל של קירקפטריק אליו מתייחס המדד

שלב במודל הערכת ההדרכה	מועד מדידה			מהימנות המדד	פירוט	המדד
	t2-3-6 חודשים לאחר הסדנה	t1-מיד בתום הסדנה	t0- לפני הסדנה			
רמה שלישית - העברה	V		V	לפני הסדנה $\alpha = 0.74$ שאלון מעקב $\alpha = 0.77$	מודד סוגיות כגון הקשבה, פתיחה וסיום, אמפתיה- מדד בן 16 פריטים על סולם ליקרט בן 7 עוגני תשובה (חשיבות)	תדירות שימוש במיומנויות תקשורת
רמה שלישית - העברה	V		V	לפני הסדנה $\alpha = 0.89$ שאלון מעקב $\alpha = 0.89$	מדד דיווח עצמי בן שמונה פריטים על סולם ליקרט בן 7 עוגני תשובה (תדירות)	תחושת VIGOR (אנרגיה רגשית וחיות קוגניטיבית)
רמה שניה - למידה	V		V	לפני הסדנה $\alpha = 0.81$ שאלון מעקב $\alpha = 0.79$	מדד הכולל חמישה פריטים המתארים את עבודת הצוות על סולם ליקרט בן 7 עוגני תשובה	תפיסת חשיבות עבודת הצוות בקרב חברי הוועדה
רמה שניה - למידה ורמה שלישית - העברה	V	V	V	לפני הסדנה $\alpha = 0.78$ מיד אחרי הסדנה $\alpha = 0.84$ שאלון מעקב 0.86	14 פריטים הבוחנים תחושת יכולת התמודדות באמצעות דיווח עצמי על סולם בן 7 עוגנים (יכולת)	יכולת התמודדות עם מצבים שונים בוועדות
רמה שניה - למידה		V		מיד אחרי הסדנה $\alpha = 0.98$	14 פריטים הבוחנים את תפיסת תרומת הסדנה להתמודדות באמצעות דיווח עצמי על סולם בן 7 עוגנים (מידת תרומה)	הערכת תרומת הסדנה ליכולת ההתמודדות עם מצבים בוועדה
רמה ראשונה - שביעות רצון		V		מיד אחרי הסדנה $\alpha = 0.85$	תפיסת רלוונטיות התרחישים למשתתפים באמצעות הערכת רלוונטיות של חמישה תרחישים על	רלוונטיות התרחישים

					סולם של שבעה עוגני תשובה (רלוונטיות)	
רמה ראשונה – שביעות רצון		V		מיד אחרי הסדנה $\alpha=0.94$	10 פריטים הבוחנים באמצעות סולם ליקרט בן 7 עוגנים (מידת הסכמה)	הערכה ושביעות רצון כללית מהסדנה
		V			שאלה פתוחה שנותחה בשיטה האיכותנית	תחושות, המלצות, ומחשבות בעקבות הסדנה
רמה שניה - למידה	V			שאלון המעקב $\alpha=0.84$	5 פריטים הבוחנים באמצעות סולם ליקרט בן 7 עוגנים (מידת תרומה)	משוב לסדנה והערכת תרומת הסדנה בפרספקטיבה של זמן-

רקע של המשתתפים בסדנאות

על מנת לבחון את השפעת משתני הרקע, ולפקח עליהם מילאו המשתתפים שאלון של פרטים דמוגרפיים שכללו: מין, גיל, ארץ לידה, תפקיד בוועדה, וותק במקצוע (לרופאים), וותק בעבודה בוועדות הרפואיות, ותחום העיסוק הרפואי.

שביעות רצון החולים

סקרי שביעות רצון חולים מועברים על ידי ביטוח לאומי כדרך קבע. השאלונים הם טלפוניים ומועברים בפרק הזמן שבין סיום הועדה לבין קבלת החלטת הועדה, זאת כדי למנוע השפעה של ההחלטה (היכולה להתאים או לא להתאים לציפיות החולה) על דיווח שביעות הרצון. השאלון מועבר מדגמית לכל חולה עשירי העובר ועדה בנוכחות. בסקר מועברות שאלות רבות בהן החולים מתבקשים לדרג את שביעות רצונם בסולם של 1-10, (1 הנמוך ביותר, 10 הגבוה ביותר), או "לא רלוונטי". בניתוח התשובות התעלמנו מ"לא רלוונטי" ומהעדר תשובה. למחקר נבחרו תשע שאלות המייצגות שלושה מדדי שביעות רצון: יחס הרופא, מקצועיות נתפסת ושביעות רצון כללית.

השאלות מהן נבנו ממדי שביעות רצון החולים:

1. יחס הרופא:
 1. יחס אישי מהרופא
 2. אפשרות להתבטא
 3. שביעות רצון מהזמן שהוקדש לקיום ההליך
 4. שביעות רצון מהפרטיות

2. מקצועיות נתפסת:

1. תשאל מקיף ומקצועי
 2. שביעות רצון מהבדיקה הגופנית
 3. בקיאות הצוות בתיק הרפואי
3. שביעות רצון כללית:
1. כיצד היית מדרג את שביעות רצונך מהוועדה הרפואית שבה נכחת?
 2. לו היית מתבקש להמליץ לחבר, שזקוק לוועדה רפואית, לעבור את ההליך בסניף שלך עם הוועדה שבה נכחת, איזה ציון היית נותן?

כאמור, שאלונים טלפוניים אלה מועברים באופן שוטף. כדי לבחון שינוי בשביעות הרצון בעקבות הסדנה נמדדו שאלוני שביעות הרצון בשמונה גלי מדידה המוצגים בטבלה למטה

גלי מדידה של שאלוני שביעות רצון חולים

מספר מדידה	תקופת המדידה
1	מעל שישה חודשים לפני הסדנה
2	3 - 6 חודשים לפני הסדנה
3	0 - 3 חודשים לפני הסדנה
סדנה	
4	0 - 3 חודשים אחרי הסדנה
5	3-6 חודשים אחרי הסדנה
6	6 - 9 חודשים אחרי הסדנה
7	9 - 12 חודשים אחרי הסדנה
8	12 - 15 חודשים אחרי הסדנה

לכל רופא חושבו ממדי שביעות הרצון כממוצע כלל ההערכות שקיבל בכל גל מדידה. ממוצע הרופאים הכללי לכל גל מדידה חושב כממוצע משוקלל של הסקרים בכל גל מדידה.

ניתוח הנתונים

היות והנתונים נאספו מכמה מקורות, כולם קובצו לקובץ נתונים אחד מרוכז בתוכנת אקסל, והועברו לצורך העיבוד לתוכנת SPSS.

עיבוד הנתונים נעשה בעזרת תוכנת SPSS גרסה 22. כל המבחנים הסטטיסטיים היו דו-צדדיים. $P < 0.05$ הוגדר כמובהקות סטטיסטית.

בשלב הראשון נבדקה מהימנות המדדים השונים באמצעות מבחן העקביות הפנימית של קרונברך ונבדק ערך α קרונברך של כל אחד מהם. כל המדדים הצביעו על רמת מהימנות טובה, והמשתנים נבנו בהתאם. בהמשך, לתיאור המדגם וממצאי המחקר, ובהתאם לסוג המשתנה, נעשו ניתוחי סטטיסטיקה תיאורית: למשתנים קטגוריאליים תוארו באמצעות שכיחות באחוזים ומשתנים רציפים תוארו באמצעות טווח, ממוצע, וסטיית תקן (ס.ת.).

לאחר מכן, לצרכי בדיקת הקשרים בין המשתנים באותו גל מדידה ובין מועדי מדידה שונים, נערכו מבחני קורלציה ע"ש פירסון. כמו כן, נבחן הבדל במשתנים רציפים (עמדות המשתתפים ושביעות רצון החולים) בין קבוצות אוכלוסייה שונות. נערכו מבחנים להשוואת ממוצעים בהתאם למספר הקבוצות בכל משתנה (מבחן t או מבחן של ניתוח שונות). על מנת לבחון הבדלים על פני זמן בתקופות מדידה שונות נערך מבחן מסוג מדידות חוזרות.

ניסיונות לעריכת מבחנים סטטיסטיים רב משתניים (רגרסיה לינארית ורגרסיה הירארכית) לבחינת השונות המוסברת של שביעות רצון החולים ושל יכולת המשתתפים להתמודד עם מצבים בוועדה (בקרוב הרופאים) על ידי מנבאים שבמבחנים דו משתניים מקדימים שנמצאו כקשורים אליהם באופן מובהק לא העלו ממצאים מובהקים, ולפיכך אינם מוצגים בדו"ח.

ממצאים

פרק זה יציג את ממצאי המחקר בהתבסס על שאלוני הדיווח העצמי שמולאו על ידי המשתתפים בשלושת מועדי המדידה: מקדים, סוף יום ומעקב, ועל נתוני סקרי שביעות רצון החולים.

תחילה תוצג סטטיסטיקה תיאורית של מאפייני המשתתפים, עמדותיהם כלפי תרומת הסדנה ושביעות הרצון ממנה, לאחר מכן תוצג תמונת המשתנים השונים שנבדקו בשאלון בשלושת גלי המדידה (לפני הסדנה, מיד לאחריה, ושלושה עד שישה חודשים לאחר שהסתיימה), ונתוני שביעות הרצון של המטופלים מתוך סקר המטופלים של ביטוח לאומי שהועבר במהלך החודשים שלפני הסדנאות ובמהלך החודשים שלאחריהן.

לאחר מכן יוצגו ממצאי הסטטיסטיקה ההיסקית- לבחינת השערות המחקר: קשרים בין המשתנים השונים בכל גל מדידה, הבדלים בין גלי המדידה השונים, ולבסוף בחינת תרומתם של המשתנים השונים לניבוי שביעות הרצון של החולים.

המשתתפים

בסה"כ נערכו 55 סדנאות שבהן השתתפו 631 משתתפים, 432 רופאים ו 199 מזכירים. בכל סדנה השתתפו בממוצע 11 איש (הסדנה הגדולה ביותר מנתה 13 משתתפים, והקטנה 8). פירוט ראה טבלה 2.

נערכו סדנאות לשני סוגי וועדות: נכות כללית בהן השתתפו 396 משתתפים (62.8% מהמשתתפים), ונפגעי עבודה, שבהן השתתפו 235 משתתפים (37.2% מהמשתתפים).

רוב הרופאים שהשתתפו בסדנאות מתמחים במקצועות הפנימיים (39.6% מהרופאים), ובמקצועות הכירורגיים (38.7% מהרופאים). מיעוט מהרופאים (5.6%) הגיעו מתחום רפואת הילדים. בטבלה 4 ניתן לראות את התפלגות הרופאים שהשתתפו בסדנאות לפי תחומי התמחות, ובטבלה 5 חלוקה לפי מחוזות.

כפי שתואר במהלך המחקר, המשתתפים מילאו שאלון לפני תחילת הסדנה, שאלון מיד בתום הסדנה ושאלון מעקב שנשלח אליהם כשלושה עד שישה חודשים לאחר תום הסדנה. ל 517 משתתפים שאלונים מקדימים מלאים ומזוהים (82% היענות). מבין המשיבים על השאלון המקדים, 60% גברים ו 40% נשים. 54% הם ילידי הארץ, ו 46% ילידי חו"ל.

ל 503 משתתפים שאלונים מלאים ומזוהים שמולאו מיד לאחר הסדנה, שהם 97% אחוזי הענות יחסית לממלאי השאלון המקדים (80% הענות יחסית לכלל המשתתפים), ו 1371 משתתפים

מילאו שאלוני מעקב. מסיבות טכניות, שאלוני מעקב נשלחו לרופאים בלבד, כך שאחוז ההיענות לשאלוני המעקב לאוכלוסיית הרופאים הינו 32%.

טבלה מס' 2 - ריכוז מספר משתתפים בסדנאות לפי תאריך, סוג סדנה ותפקיד

נפגעי עבודה				נכות כללית			
מס"ד	תאריך	רופא	מזכיר	מס"ד	תאריך	רופא	מזכיר
.1	5.9.16	8	3	.1	15.12.15	8	4
.2	28.9.16	8	4	.2	24.12.15	7	4
.3	31.10.16	8	3	.3	5.1.16	8	4
.4	2.11.16	8	4	.4	21.1.16	7	5
.5	13.11.16	11	4	.5	28.1.16	7	4
.6	21.11.16	7	4	.6	4.2.16	7	5
.7	4.12.16	7	4	.7	11.2.16	8	4
.8	15.12.16	9	4	.8	18.2.16	8	4
.9	5.2.17	6	4	.9	20.3.16	9	5
.10	8.2.17	8	3	.10	30.3.16	8	4
.11	9.2.17	8	4	.11	18.4.16	7	4
.12	6.3.17	8	3	.12	15.5.16	7	4
.13	26.3.16	9	4	.13	22.5.16	9	4
.14	29.3.16	5	4	.14	7.6.19	9	3
.15	26.4.17	7	4	.15	23.6.16	8	4
.16	4.5.17	7	3	.16	5.7.16	7	4
.17	25.5.17	7	4	.17	20.7.16	7	4
.18	25.6.19	9	1	.18	27.7.16	8	4
.19	28.6.17	9	2	.19	16.8.16	8	4
.20	16.7.17	6	4	.20	13.9.16	9	4
.21	24.7.17	9	1	.21	21.9.16	9	4
				.22	30.10.16	7	4
				.23	15.1.17	9	4
				.24	6.7.17	7	2
				.25	10.7.17	7	4
				.26	4.9.17	9	3

71	164	סה"כ	

2	9	12.9.17	.27
4	7	30.10.17	.28
0	9	9.11.17	.29
3	8	13.11.17	.30
5	8	20.11.17	.31
4	9	12.2.18	.32
2	6	19.2.18	.33
4	9	25.2.18	.34
127	269	סה"כ	

טבלה מספר 3 - חלוקת המשתתפים לפי מגדר ומקצוע

סה"כ	מגדר		רופאה	תפקיד בוועדה
	נשים	גברים		
432 (100%)	97 (22.5%)	335 (77.5%)	רופאה	
199 (100%)	159 (79.9%)	40 (20.1%)	מזכירה	
631 (100%)	256 (40.6%)	375 (59.4%)	סה"כ	

טבלה מספר 4 – חלוקת הרופאים המשתתפים לפי תחומי ההתמחות*

תחום התמחות	N	%
מקצועות כירורגיים	167	38.7
מקצועות פנימיים	171	39.6
פסיכיאטריה	61	14.1
ילדים	24	5.6
אחר	9	2.1
סה"כ	432	100.0

* רופאי הילדים השתתפו בסדנאות נכות כללית, יחד עם רופאים מתחומי התמחות אחרים.

טבלה מספר 5 - רופאים משתתפים בחלוקה למחוזות*

מחוז	כמות רופאים
צפון	104
דרום	186
שפלה	170
שרון	118

* יש רופאים המשתייכים לשני מחוזות או יותר

עמדות המשתתפים כלפי הסדנה:

החלק הכמותי של שאלון העמדות בחן שלוש עמדות כלפי הסדנה: ראליות התרחישים, כלומר, באיזו מידה היו התרחישים מייצגים את המציאות; שביעות רצון מהיבטים שונים של הסדנה: תרומת חלקי הסדנה השונים ללמידה; והתרומה הנתפסת של הסדנה.

בטבלאות הבאות מוצגים סיכומי השאלונים מעבר לסדנאות השונות ותפקיד ממלא השאלון. מהימנות השאלונים הייתה גבוהה. עקיבות פנימית (Cronbach's alpha) של 0.85, 0.94 ו 0.98 לשאלוני הריאליזם, שביעות רצון מיום מהסדנה ותרומת הסדנה בהתאמה. בשל כך נבנה לכל עמדה מדד כללי.

טבלה מספר 6 – ראליות התרחישים. תשובות המשתתפים לשאלה "באיזו מידה התרחישים שנבחרו לסדנה הינם רלוונטיים לעבודתך בוועדה?" מתוך שאלון סוף הסדנה. השאלות בסולם 1-7, (N =495-503).

נושא התרחיש	ממוצע	ס"ת
חולה עם מחלת קרון המיוצג ע"י עורכת דין	5.75	1.67
דינמיקה בין רופא ומזכיר (שחקן) בניהול ועדה של חולה עם מחלת ריאות שמתקשה לייצג את עצמה	5.75	1.54
התמודדות עם חולה עוין/כועס בעל תיק רפואי מורכב עם ריבוי בעיות (מחלת לב איסכמית, פגיעה בגב תחתון, פגיעה בברך מתאונה, ירידה בשמיעה)	5.94	1.30
חוסר הלימה בנתונים (חולה בעל בעיות גב שמציג בבדיקה מצב רפואי חמור מכפי שמתועד בתיק הרפואי)	5.68	1.51
יחס לרקע החולה (4 דמויות מרקעים שונים, בעלות תיק רפואי זהה עם תמונה של מחלת ריאות ושבר מורכב (במרפק))	5.95	1.36
סיכום ראליות התרחישים	5.82	1.20

טבלה מספר 7 – שביעות רצון רופאים ומזכירים מהסדנה, מתוך שאלון סוף הסדנה. השאלות
 בסולם 1-7. (N = 495-503)

סעיף	ממוצע	ס"ת
באיזה מידה תרמו הדין בנושא: מהי ועדה טובה? והצפייה בסרט על ועדה ללימוד	5.89	1.30
באיזו מידה התרחישים שנבחרו לסדנה הינם רלוונטיים לנושא הסדנה?	6.17	1.08
באיזו מידה חשת שהמפגש עם הפונים המדומים הינו חוויה לימודית עבורך?	5.99	1.23
באיזו מידה התרחישים והפונים המדומים דימו את עבודתך בוועדות במציאות?	5.88	1.30
באיזו מידה משוב השחקן היה משמעותי להבנת חווית הפונה?	6.13	1.16
באיזו מידה תרם התחקיר באמצעות וידיאו ללימוד?	6.10	1.24
באיזו מידה תרמה הסדנה להרחבת סל הכלים העומדים לרשותך בוועדות הרפואיות?	5.87	1.33
באיזו מידה הייתה הסדנה מאורגנת מבחינה לוגיסטית ואדמיניסטרטיבית?	6.32	.982
האם לדעתך יש לכלול סדנה זו כחלק מתכנית ההכשרה של רופאים ומזכירים בוועדות?	6.33	1.12
האם תמליץ לעמיתייך למקצוע לעבור את הסדנה?	6.28	1.19
סיכום שביעות רצון מהסדנה	6.12	0.96

טבלה מספר 8 - תרומת הסדנה – תשובות רופאים ומזכירים לשאלה "באיזו מידה, לדעתך, תרמה הסדנה ליכולותיך" מתוך שאלון סוף הסדנה. השאלות בסולם 1-7. (N = 499)

סעיף	ממוצע	ס"ת
התמודדות עם חולה המיוצג ע"י עו"ד	5.58	1.73
התמודדות עם חולה כועס	5.55	1.68
דיון עם חולה בעל קושי שפתי	5.32	1.67
הפעלת מיומנויות עבודת צוות עם שותף לוועדה	5.57	1.68
טיפול יעיל בחולה מרקע תרבותי/דתי שונה משלך	5.48	1.68
התמודדות עם איום מרומז של החולה או בא כוחו	5.38	1.69

1.81	5.09	התמודדות עם חוסר הלימה בנתונים ורושם של הטעייה מכוונת
1.66	5.42	התמודדות עם חולה בעל קושי בייצוג עצמי – מתן פרטים ומענה מובנה לשאלות
1.91	5.55	שמירה על כבוד האדם בוועדה
1.94	5.52	שמירה על צנעת הפרט בוועדה
1.69	5.59	הכוונת החולה לבדיקת זכויות נוספות בביטוח לאומי
1.87	5.21	הכוונת החולה לבדיקת זכויות נוספות מחוץ לביטוח לאומי
1.93	5.24	הפנייה לגורם רפואי בזיהוי בעיה רפואית משמעותית שאינה מטופלת
2.20	5.07	שילוב בין היותך פוסק לתפקודך כרופא
1.68	5.30	סיכום תרומת הסדנה למשתתף

מהנתונים עולה כי רמת שביעות הרצון של המשתתפים מהסדנאות הייתה גבוהה בכל שלושת ההיבטים: התרחישים נתפסו כריאליים ורלוונטיים לעבודת הוועדה (ממוצע=5.82, ס.ת. 1.20), המשתתפים היו מאד מרוצים מהסדנה (6.12 בממוצע, ס.ת. 0.96) וסברו כי הסדנה תרמה ליכולת שלהם כחברי ועדה (ממוצע=5.29, ס.ת. 1.68).

בבדיקת הבדלים ביחס לסדנה לפי תפקיד נמצא כי המזכירים דווחו על שביעות רצון גבוהה יותר יחסית לרופאים: ממוצע=6.24, ס.ת. 0.83 מול ממוצע=6.05, ס.ת. 1.01, בהתאמה. [t=-1.98, p<0.05]. גם תפיסת ריאליות התרחישים הייתה גבוהה יותר בקרב המזכירים לעומת הרופאים: ממוצע=6.16, ס.ת. 0.98 מול ממוצע=5.64, ס.ת. 1.26, בהתאמה. [t=-3.75, p<0.01]. לא נמצאו הבדלים בתפיסת תרומת הסדנה או בשביעות הרצון ממנה בין נשים וגברים, אם כי תפיסת ריאליות הסדנה הייתה גבוהה יותר בקרב הנשים [t=-3.08, p<0.05].

בחלק האיכותני נתבקשו המשתתפים לציין את תחושותיהם והמלצותיהם בעקבות הסדנה באמצעות שאלה פתוחה. הניתוח האיכותני מחזק את ממצאי חלקו הראשון של השאלון בדבר שביעות הרצון הגבוהה מהסדנאות ומתרומתן:

תמות שעלו מניתוח השאלה הפתוחה:

1. רצון להשתתף בסדנאות נוספות בהמשך:
 "אשמח מאד להשתתף בסדנאות נוספות", "אשמח מאד להשתתף ולקחת חלק ..".
2. המלצה לעמיתים להשתתף בסדנאות אלה:

"מומלץ להשתתף בסדנאות שכאלו", "כדאי לקיים יותר סדנאות מהסוג הזה", "מומלץ ואפילו הכרחי להשתתף...", "יש לעשות מאמץ לעביר סדנאות לרופאים-מזכירים צעירים", "מומלץ ואפילו חובה לכל פוסק ומזכיר". "לדעתי יש לקיים סדנה זו לכל איש צוות רפואי ולכל אחד הבא במגע עם חולים". "הסדנה הייתה מעולה וחשוב שכל עובד בביטוח לאומי יעבור אותה"

3. חוות הדעת על הסדנה מאד חיובית וכוללת תחושת עניין והנאה. "היה יום מעניין", "היה יום מעולה", "יום מעולה. רב תודות", "סדנה מוצלחת", "יום מעניין מלא בתבונות", "הסדנה מאורגנת היטב, מועילה ומשקפת את התנהלות הוועדה". "נהנית מאד!"

4. למשתתפים רצון להעמקה של הלמידה "כדאי להוסיף זמן לפני תחילת הוועדה", "יש להקדיש יותר זמן לצפייה בוידאו של כל מקרה ... ניתן ללמוד מהצפייה הרבה מאוד !!!" "ההערות והארות של השחקנים בתום הסימולציות הייתה מתנה גדולה. היה מועיל מאוד להקשיב למה שיש לחולה לספר על התנהלות בוועדה". "לקיים יותר מפגשים בין רופאים ומזכירים שונים מסניפים שונים זה מעשיר"

על מנת לבחון את השפעת הסדנה לטווח ארוך, נבחנה העמדה של המשתתפים כלפי הסדנה גם בשאלון המעקב. שאלון המעקב מולא רק על ידי הרופאים, לפיכך העמדות כלפי הסדנה מפרספקטיבה של זמן מייצגת את עמדת הרופאים בלבד.

בדיקת מהימנות חלק זה בשאלון מצאה רמת עקביות פנימית גבוהה ($\alpha=0.84$). לפיכך נבנה מדד לבחינת חוות הדעת הכללית על הסדנה. המדד חושב כממוצע התשובות בכל חמש השאלות שלהלן.

טבלה מספר 9 – עמדות רופאים כלפי הסדנה רופאים בשאלון המעקב, 3-6 חודשים לאחר הסדנה. N=136. טווח המדד 1-7.

סעיף	ממוצע	ס"ת	אחוז הערכות גבוהות (5-7)
באיזו מידה, לדעתך, התרחישים שתורגלו בסדנה רלוונטיים לחיי היום יום בוועדות הרפואיות.	5.78	1.33	83%
באיזו מידה, לדעתך, התרחישים התאימו למטרות הסדנה	5.78	1.30	84%
באיזו מידה הסדנה השפיעה על התנהלותך בוועדות הרפואיות	4.60	1.78	59%
באיזו מידה הסדנה שינתה את הדרך בה את/ה מתקשר עם המטופל	3.55	1.73	33.5%
באיזו מידה הסדנה שינתה את הדרך בה את/ה מתקשר עם חברי הצוות האחרים	3.30	1.78	28.5%
סיכום עמדות כלפי הסדנה בשאלון המעקב	4.60	1.25	

מהטבלה לעיל ניתן לראות כי הרוב המכריע של הרופאים אשר השיבו לשאלון המעקב סובר כי התרחישים שתורגלו היו רלוונטיים לחיי היום יום והתאימו למטרות הסדנה. כ 60% מהרופאים דווחו שהסדנה השפיעה על התנהלותם בוועדות הרפואיות, אך רק שליש מהם דיווח של שינוי בשאלה ספציפית על שינוי דרך התקשורת עם המטופלים.

משתני תוצאה – תרומת הסדנה לחברי הוועדה

משתני התוצאה מתייחסים ליכולת להתמודד עם מצבים בוועדה, לתדירות השימוש במשתני תקשורת, למדד החיוניות ולהערכת עבודת הצוות בוועדה. המשתנים יוצגו כמדדים מסכמים שחושבו כממוצע השאלות המרכיבות אותם. המדד המסכם חושב בהתבסס על העקיבות הפנימית הגבוהה במדדים אלה. המשתנים מוצגים בחלוקה למועדי המדידה השונים. רוב המשתנים נבדקו בשתי נקודות זמן: לפני יום האימון, ובשאלון מעקב שלושה עד שישה חודשים מתום האימון. משתנה אחד נמדד בשלוש נקודות זמן: לפני תחילת הסדנה, מיד לאחריה וכעבור שלושה עד שישה חודשים.

טבלה מספר 10 - השוואת משתני התוצאה המסכמים בשלושה מועדים המדידה לכל המשתתפים בוועדה, רופאים ומזכירים. שאלון המעקב, רופאים בלבד (טווח המדד 1-7).

מעקב 3-6 חודשים לאחר הסדנה		מיד לאחר הסדנה		טרומ סדנה		המשתנה
מוצע (ס"ת)	N	מוצע (ס"ת)	N	מוצע (ס"ת)	N	
5.78 (0.81)	127	6.06 (0.66)	390	5.55 (0.77)	354	יכולת להתמודד עם מצבים בוועדה
3.96 (0.53)	124			4.09 (0.96)	465	שימוש במיומנויות תקשורת
5.87 (0.86)	131			5.72 (0.88)	423	חיוניות
6.15 (0.69)	130			6.04 (0.80)	497	עבודת הצוות בוועדה

בדיקת ההבדל במשתנים המוצגים בטבלה זו בין גברים ונשים מצאה הבדל מובהק במשתנה אחד בלבד: שימוש במיומנויות תקשורת בשאלון טרום סדנה. לפני הסדנה, נשים דווחו על שימוש רב יותר במיומנויות אלה לעומת הגברים: ממוצע-4.22, ס.ת. 1.01 מול ממוצע=3.98, ס.ת. 0.94, בהתאמה ($t=-2.67, p<0.05$). בשאלון ההמשך לא נמצא הבדל מובהק בין נשים לגברים בשימוש במיומנויות תקשורת.

לא נמצאו הבדלים מובהקים בין רופאים למזכירים, וכן לא נמצאו הבדלים מובהקים בין רופאים מתחומי התמחות שונים באף אחד ממשתני התוצאה. היות ואת שאלוני המעקב מילאו רק הרופאים מבין חברי הוועדה, מוצגים להלן נתוני הסטטיסטיקה התיאורית עבור משתני התוצאה לפני הסדנה ושלושה חודשים אחריה לדווחי הרופאים בלבד. בחינת מובהקות ההבדלים בדיווחים אלו לאורך זמן תוצג בהמשך פרק זה.

טבלה מס 11- השוואת משתני התוצאה המסכמים בשלושה מועדים המדידה לכל המשתתפים בוועדה, לרופאים בלבד (טווח המדד 1-7).

משתנה (N)		טרומ סדנה		מעקב 3-6 חודשים לאחר הסדנה	
		מוצע (ס"ת)	N	מוצע (ס"ת)	N
יכולת להתמודד עם מצבים בוועדה		5.61 (0.77)	268	5.81 (0.83)	115
שימוש במיומנויות תקשורת		4.05 (0.99)	309	4.00	115
חיוניות		5.61 (0.91)	282	5.82 (0.88)	116
עבודת הצוות בוועדה		6.08 (0.78)	326	6.14 (0.76)	115

קשרים בין המשתנים

מתאם חיובי גבוה ומובהק נמצא בין ראליות הסדנה כפי שהיא נתפסת על ידי המשתתפים לבין מידת שביעות הרצון ממנה. ככל שנתפסה ככזו המייצגת מצבים אמיתיים המתרחשים בוועדות כך עלתה שביעות הרצון מהסדנה ($r=0.63$; $p<=0.01$) בקרב הרופאים נמצא כי קיים מתאם חיובי חזק בין שביעות הרצון מהסדנה וממידת התרומה שלה מיד לאחר הסדנה, למידת התרומה הנתפסת שלה כמה חודשים לאחר מכן, דבר המעיד על השפעתה החיובית לטווח ארוך (טבלה 12).

טבלה מספר 12 - קשרים בין העמדות כלפי הסדנה כפי שעלו בשאלון סוף הסדנה ובשאלון המעקב. (Pearson corr.) N= 590 לשאלון סוף סדנה, N=136 לשאלון המעקב

	ותק בוועדות	תרומת הסדנה מיד לאחריה	ראליות הסדנה מיד לאחריה	שביעות רצון מהסדנה מיד לאחריה
תרומת הסדנה מיד לאחריה	-.119			
ראליות הסדנה מיד לאחריה	-.040	.376**		
שביעות רצון מהסדנה מיד לאחריה	.036	.576**	.626**	
תרומת הסדנה לאחר 3-6 חודשים***	-.168	.621**	.374**	.384**

*P<=0.05

**P<=0.01

***בקרוב רופאים בלבד

בשל המאפיינים השונים של אוכלוסיית הרופאים המשתתפים בוועדות, לאוכלוסיית המזכירים, נבחנו הקשרים בין המשתנים בכל קבוצה בנפרד. בטבלאות 13, 14 מוצגים ממצאים אלו.

טבלה מספר 13 - קשרים בין המשתנים שנמדדו לפני הסדנה, מיד לאחר הסדנה, ושלושה חודשים לאחריה בקרב הרופאים (N = 115-355)

	גיל	ותק כרופא	ותק בוועדות	תדירות תקשורת לפני הסדנה	חינויות/ נמרצות לפני הסדנה	עבודת צוות לפני הסדנה	יכולת התמודדות לפני הסדנה	יכולת התמודדות אחרי הסדנה	תדירות תקשורת 3 ח אחרי הסדנה	יכולת התמודדות 3 ח אחרי הסדנה	חינויות/ נמרצות 3 ח אחרי הסדנה
ותק כרופא	.478**										
ותק בוועדות	.583**	.720**									
תדירות תקשורת לפני הסדנה	.023	.464**	.092								
חינויות/ נמרצות לפני הסדנה	.137*	.113	.122*	.266**							
עבודת צוות לפני הסדנה	.055	.224**	.049	.306**	.509**						
יכולת התמודדות לפני הסדנה	.119	.103	.159**	.203**	.516**	.342**					
יכולת התמודדות אחרי הסדנה	.079	.115	.085	.132*	.449**	.381**	.579**				
תדירות תקשורת 3 ח אחרי הסדנה	-.093	-.028	-.053	.722**	.430**	.036	.247*	.194			
יכולת התמודדות 3 ח אחרי הסדנה	.086	.009	.107	.214*	.375**	.228*	.468**	.532**	.410**		
חינויות/ נמרצות 3 ח אחרי הסדנה	.072	.057	.058	.417**	.609**	.207*	.372**	.404**	.524**	.670**	
עבודת צוות 3 ח אחרי הסדנה	.047	-.174	-.014	.018	.164	.489**	.191	.194	.251*	.522**	.416**

*P<=0.05
**P<=0.01

קשרים בין משתנים בקרב רופאים

כפי שניתן לראות בטבלה 13 במדידה לפני הסדנה נמצא קשר חיובי ומובהק בעוצמה בינונית בין היכולת הנתפסת להתמודד עם מצבים שונים בוועדה למידת החיוניות של המשתתפים לפני הסדנה ($r=0.52, p \leq 0.01$), ובין חיוניות לעבודת צוות ($r=0.51; p \leq 0.01$). בחינת הקשרים בין המשתנים בקרב הרופאים בתקופה שלאחר הסדנה מראה כי קיים מתאם חיובי בין מידת החיוניות של הרופאים לעבודת הצוות שלהם ($r=0.42, p < 0.01$) ולתדירות השימוש במיומנויות תקשורת ($r=0.52, p < 0.01$).

כמו כן נמצא כי לתדירות השימוש במיומנויות תקשורת ולעבודת צוות טובה בוועדה קשר חיובי מובהק עם היכולת הנתפסת להתמודד עם מצבים שונים בוועדה ($r=0.52, p < 0.01, r=0.41$, בהתאמה. $p < 0.01$).

טבלה מספר 14 - קשרים בין המשתנים שנמדדו לפני הסדנה ומיד לאחר הסדנה בקרב המזכירים (N = 160-199)

	גיל	ותק בוועדות	תדירות תקשורת לפני הסדנה	חיוניות/נמרצות לפני הסדנה	עבודת צוות לפני הסדנה	יכולת התמודדות לפני הסדנה
ותק בוועדות	.605**					
תדירות תקשורת לפני הסדנה	-.059	.049				
חיוניות/נמרצות לפני הסדנה	.015	.091	.295**			
עבודת צוות לפני הסדנה	.151	.202**	.424**	.305**		
יכולת התמודדות לפני הסדנה	.022	.011	.317**	.530**	.408**	
יכולת התמודדות אחרי הסדנה	-.169	-.034	.381**	.394**	.461**	.394**

* $P \leq 0.05$

** $P \leq 0.01$

קשרים בין משתנים בקרב המזכירים

גם בקרב המזכירים נמצאו קשרים בין המשתנים השונים. מתאם חיובי בין רמת החיוניות לעבודת הצוות ולתחושת יכולת ההתמודדות עם מצבים שונים בוועדה. כמו כן, נמצא מתאם חיובי בין תדירות השימוש במיומנויות תקשורת עם החולה ליכולת ההתמודדות עם מצבים שונים בוועדה.

השינויים בעקבות הסדנה

האם חלו שינויים על פני זמן בעקבות הסדנה?

כפי שצוין קודם לכן, שאלון המעקב הועבר רק לרופאים. לפיכך, הניתוח הבוחן הבדלים על פני זמן והמשווה בין טרום הסדנה לבין הזמן שחלף אחריה מתייחס **לרופאים בלבד**, ומתבסס על מידע שהתקבל מהרופאים אשר השיבו לשאלון המעקב. 137 רופאים מילאו שאלון מעקב. ל 122 מהם נמצא זיווג עם השאלון המקדים ול 112 זיווג עם שאלון סוף הסדנה. 103 רופאים בלבד מילאו את כל שלושה השאלונים. בהשוואת נתונים לאורך זמן נעשה שימוש בשאלונים מזווגים בלבד.

מבחן t למדגמים מזווגים שבוצע על אוכלוסייה זו מדגים עליה מובהקת בכל אחד מהמשתנים שנמדדו: תחושת יכולת להתמודד עם מצבים שונים בוועדה, תדירות השימוש במיומנויות תקשורת עם החולה, חיוניות ועבודת צוות. (ראה טבלה 15)

טבלה מספר 15 - בדיקת הבדלים במשתני התוצאה בין השאלון המקדים לשאלון המעקב באמצעות מבחן t למדגמים תלויים. (N=110 רופאים)

המשתנה	שאלון מקדים ממוצע (.ת.ס)	שאלון מעקב ממוצע (.ת.ס)	ההבדל t
יכולת להתמודד עם מצבים בוועדה	5.62 (0.77)	5.79 (0.79)	-2.13*
שימוש במיומנויות תקשורת	3.77 (0.66)	3.98 (0.52)	-3.79**
חיוניות	5.68 (0.80)	5.86 (0.83)	-2.62*
עבודת הצוות בוועדה	6.00 (0.68)	6.18 (0.68)	-2.28*

*p<=0.05

**p<=0.01

כיוון שעל שאלון המעקב ענו פחות ממחצית הרופאים שהשתתפו בסדנאות, נבחנו ההבדלים במשתני התוצאה כפי שנמדדו לפני הסדנה בקרב הרופאים שענו על שאלון המעקב לעומת אלו

שלא ענו עליו. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין שתי האוכלוסיות במשתנים אלו מלבד במשתנה שימוש במיומנויות תקשורת.

טבלה מספר 16 - בדיקת הבדלים במשתני התוצאה בשאלון המקדים בין רופאים שהשיבו על שאלון המעקב לבין רופאים שלא השיבו על שאלון המעקב.

ההבדל t	לא ענו על שאלון המעקב		ענו על שאלון המעקב		המשתנה
	ממוצע (.ס.ת.)	N	ממוצע (.ס.ת.)	N	
1.45	5.61 (0.77)	248	5.64 (0.76)	105	יכולת להתמודד עם מצבים בוועדה
-4.51**	4.16 (1.04)	355	3.79 (0.65)	109	שימוש במיומנויות תקשורת
-1.07	5.75 (0.90)	307	5.65 (0.82)	114	חיוניות
-0.21	6.04 (0.84)	380	6.02 (0.68)	15	עבודת הצוות בוועדה

* $p \leq 0.05$

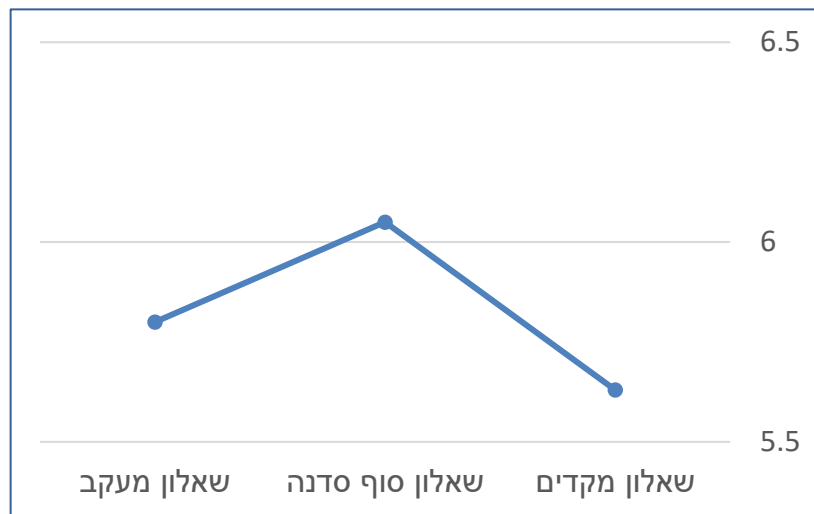
** $p \leq 0.01$

הבדלים ביכולת התמודדות עם מצבים על פני שלוש נקודות הזמן

יכולת התמודדות עם מצבים בוועדה נמדדה בשלוש נקודות זמן. נמצא הבדל מובהק בתפיסת היכולת להתמודד עם מצבים שונים בוועדות בין שלוש המדידות: לפני הסדנה, מיד לאחריה, וכשלושה עד שישה חודשים לאחר מכן. ($F_{2,148} = 11.90, P < 0.001$). ניתוח ההבדלים באמצעות מבחן בונפוני (Bonferroni) מראה כי קיים הבדל מובהק בין תפיסת היכולת של הרופאים לפני הסדנה לבין תפיסת היכולת שלהם מיד לאחריה ($P < 0.001$). בחודשים שלאחר הסדנה חלה ירידה בתפיסת היכולת, אם כי היא לא יורדת לרמתה מלפני הסדנה (ממוצע=5.63, ס.ת. 0.81; ממוצע=6.05, ס.ת. 0.81; ממוצע=5.80, ס.ת. 0.82 בהתאמה).

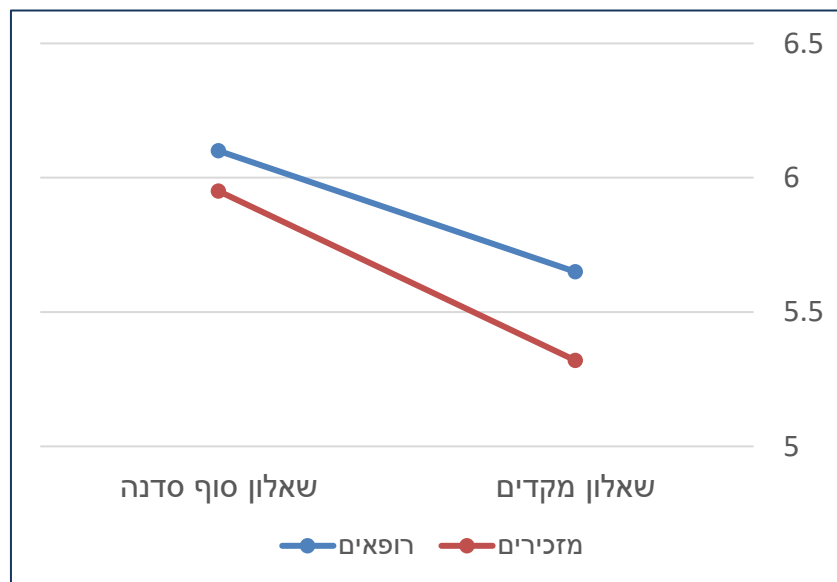
השוואה שנעשתה לפי משתנים אישיים של הרופאים כסוג ההתמחות, מין, גיל, ארץ מוצא וותק בוועדה לא העלתה הבדלים במגמה זו.

תרשים מספר 1 - תפיסת היכולת להתמודד עם מצבים שונים בוועדה בקרב הרופאים, על פני זמן



כיוון שתפיסת היכולת להתמודד עם מצבים בוועדה נמדדה לפני הסדנה ומיד לאחריה גם בקרב המזכירים וגם בקרב הרופאים נבחנו ההבדלים בשינוי תחושת היכולת בקרב שתי הקבוצות.

תרשים מספר 2 - תפיסת היכולת להתמודד עם מצבים שונים בוועדה לפני ואחרי הסדנה- השוואה בין רופאים ומזכירים



ניתוח מדידות חזרות דו משתני מראה כי בשתי הקבוצות: גם בקרב מזכירים וגם בקרב הרופאים חלה עליה מובהקת בתחושת היכולת להתמודד עם מצבים בוועדה מיד לאחר הסדנה ($P=0.00$), וכי אין הבדל מובהק בין הקבוצות בשיעור העלייה ($P=0.77$)

נתוני סקרי שביעות רצון החולים

נתוני שביעות הרצון יוצגו על פי שלושת ממדי שביעות הרצון: יחס הרופא, המקצועיות הנתפסת של הרופא, ושביעות הרצון הכללית מהוועדה.

עבור כל רופא שהשתתף בסדנה המידע נאסף בשמונה תקופות. שלוש בוועדות בהן נכח הרופא לפני מועד השתתפותו בסדנה, וחמש בוועדות בהן נכח לאחר ההשתתפות. גלי המדידה מוצגים בטבלה 17 למטה.

טבלה 17 מציגה את מספר הסקרים הממוצע לרופא בכל תקופת זמן נמדדת (שלושה חודשים).

טבלה מספר 17 - התפלגות ממוצע מספר הסקרים לרופא בכל גל מדידה (N = 432)

מקסימום	מינימום	ס.ת.	ממוצע	(רופאים) N	עיתוי המדידה
685	1	71.56	35.29	380	מעל שישה חודשים לפני הסדנה
80	1	11.71	9.39	332	3 עד 6 חודשים לפני הסדנה
101	1	11.58	9.27	341	3 חודשים עד מועד הסדנה
76	1	10.80	8.98	324	עד 3 חודשים אחרי הסדנה
75	1	11.11	8.81	299	3 עד 6 חודשים לאחר הסדנה
79	1	10.95	9.18	256	6 עד 9 חודשים לאחר הסדנה
76	1	10.64	9.46	222	9 עד 12 חודשים לאחר הסדנה
108	1	18.66	16.18	197	12 עד 15 חודשים לאחר הסדנה

טבלה מספר 18 - התפלגות שאלות שביעות רצון החולים בכל אחד מגלי המדידה בחלוקה לפי שלושת ממדי שביעות הרצון, שביעות רצון כללית, מקצועיות נתפסת, ויחס הרופא.

מקסימום	מינימום	ס.ת.	ממוצע	N (רופאים)	עיתוי המדידה	
10.00	3.00	0.99	8.03	380	מעל שישה חודשים לפני הסדנה	שביעות רצון
10.00	1.00	1.40	7.93	331	3 עד 6 חודשים לפני הסדנה	
10.00	1.00	1.53	7.94	339	3 חודשים עד מועד הסדנה	
10.00	1.00	1.51	7.83	324	עד 3 חודשים אחרי הסדנה	
10.00	1.00	1.23	7.92	293	3 עד 6 חודשים לאחר הסדנה	
10.00	1.00	1.51	7.69	255	6 עד 9 חודשים לאחר הסדנה	
10.00	1.00	1.22	7.96	222	9 עד 12 חודשים לאחר הסדנה	
10.00	3.00	1.28	7.82	196	12 עד 15 חודשים לאחר הסדנה	
10.00	2.83	1.06	7.74	380	מעל שישה חודשים לפני הסדנה	מקצועיות נתפסת
10.00	1.00	1.52	7.75	331	3 עד 6 חודשים לפני הסדנה	
10.00	1.00	1.50	7.85	338	3 חודשים עד מועד הסדנה	
10.00	1.00	1.53	7.67	321	עד 3 חודשים אחרי הסדנה	
10.00	1.00	1.40	7.79	295	3 עד 6 חודשים לאחר הסדנה	
10.00	1.00	1.80	7.52	255	6 עד 9 חודשים לאחר הסדנה	
10.00	1.00	1.32	7.69	220	9 עד 12 חודשים לאחר הסדנה	
10.00	2.22	1.23	7.80	197	12 עד 15 חודשים לאחר הסדנה	
10.00	3.67	.83	8.35	380	מעל שישה חודשים לפני הסדנה	יחס הרופא

10.00	1.00	1.23	8.35	331	3 עד 6 חודשים לפני הסדנה
10.00	2.75	1.28	8.36	340	3 חודשים עד מועד הסדנה
10.00	1.00	1.19	8.30	324	עד 3 חודשים אחרי הסדנה
10.00	3.00	1.01	8.39	299	3 עד 6 חודשים לאחר הסדנה
10.00	1.00	1.40	8.26	255	6 עד 9 חודשים לאחר הסדנה
10.00	5.00	.97	8.35	222	9 עד 12 חודשים לאחר הסדנה
10.00	5.00	.92	8.27	197	12 עד 15 חודשים לאחר הסדנה

היות ולמחקר שתי נקודות זמן עיקריות לצורך השוואה וניתוח, התקופה שלפני הסדנה והתקופה שלאחריה, קובצו הנתונים לשתי נקודות זמן אלו ונבנה מדד המשקף את ממוצעי הסקרים לכל עמדה בכל תקופת זמן. בטבלה 19 ניתן לראות את ההתפלגות של מדדים אלו:

טבלה מספר 19 - התפלגות שביעות הרצון של החולים לפני ואחרי הסדנה שעבר הרופא

אחרי הסדנה		לפני הסדנה		המשתנה
מוצע (ס"ת)	N	מוצע (ס"ת)	N	
6.86 (0.80)	162	7.96 (0.79)	307	שביעות רצון כללית
7.73 (0.66)	161	7.73 (0.79)	305	מקצועיות נתפסת
8.30 (0.54)	164	8.35 (0.61)	307	יחס הרופא

ניתן לראות כי אין הבדל בין שתי תקופות המדידה, לפני ואחרי הסדנה, במקצועיות נתפסת ויחס הרופא. בשביעות הרצון הכללית נמצאה ירידה מסוימת. מבחן t לבחינת ההבדלים בין שתי תקופות הזמן (לפני שהרופא השתתף בסדנה ולאחריה) לא מצא הבדלים מובהקים בעמדות החולים שהגיעו לוועדות בין שתי תקופות אלו.

בבדיקה האם קיים הבדל בשביעות רצון החולים לפי סוג הוועדה, לא נמצא הבדל בשביעות רצון החולים בין וועדות נכות כללית ונפגעי עבודה

על מנת לבחון את הקשר בין עמדות ותפיסות הרופאים לשביעות הרצון של הפונים בוצע חישוב של מתאם פרמטרי (מקדם המתאם של פירסון) לכל אחת משתי תקופות הזמן. בטבלה 20 ניתן לראות את הקשרים בין עמדות הרופאים לשביעות הרצון של הפונים המתייחסים לתקופה טרם השתתפותו של הרופא בסדנה.

טבלה מספר 20 - הקשר בין עמדות ותפיסות הרופאים לשביעות הרצון של החולים/פונים בחודשים שלפני השתתפות הרופא בסדנה

	גיל הרופא	ותק הרופא בוועדות	יכולת התמודדות עם מצבים בוועדה	עבודת צוות בוועדה	תדירות מיומנויות תקשורת	נמרצות/חיוניות הרופא	סקר מטופלים שביעות רצון החולים	סקר מטופלים מקצועיות נתפסת
ותק הרופא בוועדות	.583**							
יכולת התמודדות עם מצבים בוועדה	.119	.159**						
עבודת צוות בוועדה	.055	0.49.	.342**					
תדירות מיומנויות תקשורת	.023	.092	.203**	.306**				
נמרצות/חיוניות הרופא	137*	.066	.516**	.509**	.266**			
סקר מטופלים שביעות רצון החולים	-.082	-.037	-.268**	-.079	-.030	-.047		
סקר מטופלים מקצועיות נתפסת	-.081	-.032	-.159*	.001	-.039	-.002	.854**	
סקר מטופלים יחס הרופא	-.041	-.019	-.211**	-.035	-.045	-.021	.854**	.869**

*P<=0.05
**P<=0.01

טבלה מס 21 - הקשר בין עמדות ותפיסות הרופאים לשיעור הרצון של החולים/פונים בחודשים שאחרי השתתפות הרופא בסדנה

	גיל הרופא	ותק הרופא בוועדות	תדירות מיומנויות תקשורת	יכולת התמודדות עם מצבים בוועדה	נמרצות/חיוניות הרופא	עבודת צוות בוועדה	שביעות רצון החולים	מקצועיות נתפסת
ותק הרופא בוועדה	.585**							
תדירות מיומנויות תקשורת	-.093	-.053						
יכולת התמודדות עם מצבים בוועדה	.081	.107	.410**					
נמרצות/חיוניות הרופא	0.72	.058	.524**	.670**				
עבודת צוות בוועדה	.047	-.014	.251**	.522**	.416**			
שביעות רצון החולים	.034	-.076	.301*	.046	.160 ^a	.057		
מקצועיות נתפסת	.021	-.103	.256 ^a	.259*	.320*	.308*	.626**	
יחס הרופא	-.013	-.061	.185 ^a	.228 ^a	.289*	194 ^a	.611**	.891**

*P <=0.05

**P <=0.01

^a<=0.10

מטבלאות 20 ו-21 ניתן ראות כי בעוד שלפני הסדנה לא נמצאו קשרים מובהקים בין תדירות השימוש במיומנויות התקשורת, ועבודת הצוות בוועדה לממדי שביעות הרצון של החולים, לאחר ההשתתפות בסדנה נמצא קשר חיובי בין רוב משתני התוצאה לעמדות החולים. נמצא קשר חיובי בין תדירות השימוש במיומנויות תקשורת ושיפור בעבודת הצוות למקצועיות הנתפסת, לשיעור הרצון מיחס הרופא. כמו כן נמצא כי היכולת הנתפסת של הרופא להתמודד עם מצבים שונים בוועדה, קשורה קשר חיובי למקצועיות הנתפסת של הרופא ולהערכת יחסו לחולה. מקדמי המתאם מול מדד שביעות הרצון הכללי של החולים נמוכים מעט מהמקדמים מול המקצועיות הנתפסת ויחס הרופא.

שינויים על פני זמן

ניתוח מדידות חוזרות לא מצא הבדלים מובהקים במידת שביעות הרצון על פני גלי המדידה באף אחד מממדי שביעות הרצון.

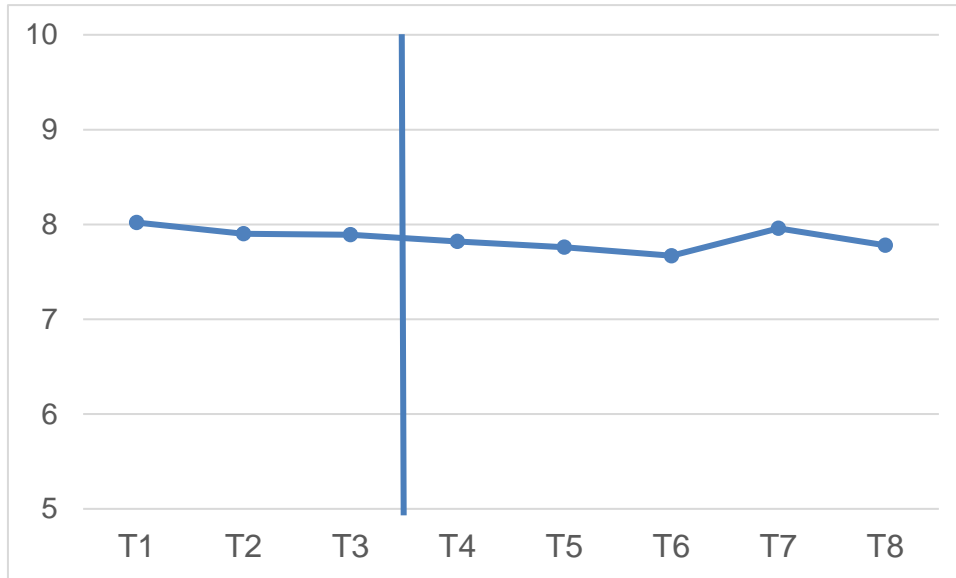
ניתוח הקשרים בין שלושת ממדי עמדות החולים מעיד על קיומם של קשרים חזקים ומובהקים בין שלושת הממדים (ראה טבלאות 20, 21). לאור זאת נבנה משתנה שביעות רצון כללי המורכב משלושת הממדים. הממד חושב תוך התייחסות לשתי נקודות זמן: התקופה שלפני מועד הסדנה, והתקופה שלאחריה. בטבלה 22 תיאור התפלגות המשתנים.

טבלה מספר 22 - התפלגות משתני שביעות רצון כללית של החולים

מקסימום	מינימום	ס.ת.	ממוצע	N (רופאים)	
9.74	3.90	.69	8.01	305	שביעות רצון בתקופה שלפני הסדנה
9.45	6.06	.59	7.64	158	שביעות רצון שאחרי הסדנה

בניתוח ההבדל ברמת שביעות רצון החולים בין התקופה שלפני הסדנה לתקופה שלאחריה, באמצעות מבחן t למדגמים מזווגים, לא נמצא הבדל מובהק.

תרשים מספר 3 – שביעות הרצון הכללית של החולים על פי שמונה גלי המדידה (בקו מסומן עיתוי ההכשרה)



ההשערות במחקר זה היו:

1. תפיסת החשיבות של 'תקשורת ממוקדת בחולה' ושל המיומנויות הנגזרות ממנה, תעלה אצל חברי הוועדה בעקבות ההתערבות ההדרכתית.
 2. רמת התקשורת בין חברי הוועדה, עבודת הצוות ביניהם, תשתפר בעקבות ההתערבות ההדרכתית.
 3. רמת התקשורת בין חברי הוועדה לבין החולה ונציגיו תשתפר בעקבות ההתערבות ההדרכתית.
 4. רמת החיוניות / נמרצות של הרופאים תעלה לאחר ההתערבות ההדרכתית.
 5. תפיסת היכולת להתמודד עם מצבים בוועדה תעלה לאחר ההתערבות ההדרכתית.
 6. שביעות רצון חולים שנפגשו עם רופאים שעברו הכשרה תהיה גבוהה יותר משביעות הרצון של חולים שנפגשו עם רופאים שעדיין לא עברו את ההתערבות ההדרכתית.
- הממצאים שהוצגו בפרק זה תומכים בהשערות 1 עד 5 אך אינם תומכים בהשערה 6. דיון בממצאים על פי רמות ההערכה של קירקפטריק מפורט בפרק הבא.

דיון

מחקר זה בוחן את האפקטיביות של התערבות הדרכתית בקרב רופאים ומזכירים המשתתפים בוועדות הרפואיות במסגרת הביטוח הלאומי. מטרת פרויקט ההדרכה הייתה להקנות מימונויות תקשורת לחברי הוועדות הרפואיות לשם שיפור התקשורת בין חברי הוועדה לחולה-מטופל, מתוך שאיפה לקדם את שביעות רצון החולים הפונים לוועדות הרפואיות.

לפיכך, מטרת המחקר שליווה את פרויקט ההדרכה היו לבחון את אפקטיביות ההדרכה למול מטרותיה: השפעה על איכות תקשורת מטפל מטופל ועל שביעות רצון המטופלים. איכות התקשורת נבדקה על ידי: מדידת ההכרה בחשיבות התקשורת הממוקדת בחולה בקרב משתתפי הסדנה, וכן בדיקה השינוי שהתחולל בעקבות הסדנה במשתתפי התוצאה: תדירות השימוש במימונויות תקשורת, עבודת צוות בין חברי הוועדה, רמת החיוניות של הרופאים ותפיסת היכולת שלהם להתמודד עם מצבים שונים בוועדה. שביעות רצון המטופלים נבדקה באמצעות ניתוח סקרי שביעות הרצון המועברים כדרך קבע על ידי הביטוח הלאומי.

בחרנו לבדוק את השפעת ההדרכה באמצעות המודל של קירקפטריק על ארבע הרמות שבו: עמדות כלפי ההדרכה, למידה בהדרכה, רמת ההעברה ורמת התוצאה. קיימת נטייה להגביל את ההערכה לרמות הנמוכות במודל כיוון שהן קלות יותר למדידה. אך יש חשיבות לבחון את כולן כדי לקבל תמונה מדויקת (Steele, et al., 2016), בעבודה זו נחקרו ונמדדו ארבע הרמות של המודל.

רמת התגובה – עמדות המשתתפים ביחס לסדנה:

מהממצאים עולה כי משתתפי הסדנה גילו שביעות רצון רבה מהסדנה, בכל שלושת המימדים שנבדקו בחלק הכמותי של השאלון. התרחישים נתפסו כראליים, וכאלו המייצגים את המציאות המתקיימת בוועדות. הם היו מאד מרוצים מהסדנאות והעריכו שהן יכולות לתרום ליכולות שלהם כחברים בוועדה בכלל, ולמימונויות התקשורת שלהם בפרט.

חיזוק לשביעות הרצון הרבה מהסדנה התקבל גם בחלקו האיכותני: המשתתפים הדגישו את חיוניות הסדנה ותרומתה, את הצורך בקיום הסדנה ככלי הדרכתי גם בעתיד, ואף להפכה לחובה ולחלק אינטגרלי בהכשרה לכל הרופאים והמזכירים המקיימים ועדות רפואיות. חלקם אף ציינו שיהיו שמחים לקחת חלק בסדנאות נוספות, וכי ימליצו לעמיתיהם להשתתף בסדנאות. עוד ציינו המשתתפים כי נהנו בסדנה, ומצאו בה תועלת, מקום פורה להעשרה ולמידה, ואף העידו על כך שהשתתפות בסדנה היוותה עבורם גורם מדרבן להמשך העמקה ולמידה בנושאים שעלו בה.

ממצאים אלו מעידים על רמת אפקטיביות גבוהה של הסדנה ברמת התגובה לפי מודל ההערכה של קירקפטריק (Kirkpatrick, 1996), והם בעלי חשיבות רבה בשל ההשפעות המוטיבציוניות והסביבתיות על אפקטיביות ההדרכה. לפי מחקרים, עמדות המודרכים כלפי ההדרכה משפיעות ישירות על המוטיבציה ללמוד, ועל יישום הנלמד (Noe, 1986; Burke & Hutchins, 2007). כך למשל נמצא במחקר בקרב 967 מנהלים שעברו הדרכה לשיפור מיומנויות ניהוליות. האמונות של המודרכים על ההדרכה השפיעו על המוטיבציה לקחת בה חלק, ועל ההעברה שלה לסביבת העבודה (Facteau et al., 1995). בנוסף, מצאו Facteau et al. (1995) כי המוטיבציה להדרכה, המוטיבציה החיצונית והפנימית, המחויבות הארגונית של המשתתפים, יחד עם תמיכת ההנהלה, העמיתים, והממונים ניבאו את המוטיבציה להשתתף בהדרכה. מוטיבציה זו יחד עם תמיכת עמיתים וממונים ניבאו את אפקטיביות ההדרכה מבחינת ההעברה, כלומר, את יישום הנלמד בסביבת העבודה לאחר ההדרכה. לפיכך, שביעות הרצון של הרופאים והמזכירים בסדנאות, ובמיוחד הנכונות להמליץ עליהן לאחרים, ממחישות כי נוצרה בסדנאות תשתית טובה ללמידה, הן מבחינת הרצון והן מבחינת היכולת ללמוד ולרכוש את הידע ומיומנויות התקשורת שהוקנו בהן.

מדובר בתשתית חיונית לתהליך הלמידה כולו, ולכן, אין פלא שהמימד הבוחן את תגובות המשתתפים להדרכה נמצא בבסיס הפירמידה במודל הערכת ההדרכה של קירקפטריק. Smidt et al. (2009) מציינים בסקירה שערכו על המודל, כי על פי רוב, המדדים ברמת התגובה נבחנים מיד לאחר ההדרכה באמצעות ראיונות או שאלונים. במחקר זה מדדנו את תגובות המשתתפים על פני זמן, זאת בשל הקשר בין העמדות החיוביות כלפי הסדנה למידת יישום הלמידה לסביבת העבודה (Burke & Hutchins, 2007).

עמדות הרופאים כלפי הסדנה נשארו יציבות לאורך זמן. הרוב המכריע של הרופאים אשר השיבו לשאלון המעקב סברו, גם בפרספקטיבה של זמן, כי התרחישים שתורגלו היו רלוונטיים לחיי היום יום, התאימו למטרות הסדנה.

העובדה כי גם לאחר חודשים מתום הסדנאות המשתתפים נותנים להן הערכות חיוביות, מחזקת את היותן משמעותיות ללמידה ולהעברתה.

בדיון על הגורמים המשפיעים על אפקטיביות של הדרכות ושל תוכניות פיתוח בארגונים, מציינים ארז ואייזן (Erez & Isen, 2002) כי למוטיבציה ללמידה ולהעברה תפקיד חשוב בהצלחה. לטענתם, ההשפעה על המוטיבציה היא דרך תהליכים קוגניטיביים שמעורבים ביצירת המוטיבציה, ביניהם האמונה בחשיבות הנלמד והתרומה האפשרית שלו. בסופו של דבר, מטרת ההדרכה להביא לכך שהידע, המיומנויות והכישורים שנרכשו במהלך ההדרכה יועברו ליישום

(West & Ryan, 2017), ולכן שמירה על עמדות חיוביות לאורך זמן תגביר את הסיכוי להעברת הלמידה לסביבת העבודה גם חודשים לאחר ההשתתפות בהדרכה. מכאן, שברמת התגובה, ניתן להסיק כי הסדנאות היו אפקטיביות לא רק בטווח המיידי, מיד לאחר ההשתתפות, אלא גם בטווח הארוך, חודשים לאחר הסדנה.

רמת הלמידה - ידע, מידע, וכישורים שנרכשו במהלך ההדרכה

מדדי אפקטיביות ההדרכה ברמה זו מתייחסים ליכולת של הסדנה להקנות למשתתפים את הידע, המיומנויות, והעמדות שלטובתם נבנתה הסדנה. בהתאם להמלצות (Smidt et al., 2009) נבחן השינוי בידע באמצעות שאלונים לדיווח עצמי. לצורך כך נבנה מדד שבדק שינויים ביכולת ההתמודדות של המשתתפים להתמודד עם מצבים שונים בוועדה, יכולת המשקפת התמודדות מוצלחת כפי שהיא נתפסת על ידי המשתתף עם מצבים מאתגרים או דרישות הקיימות מרופא או מזכיר בוועדה רפואית. מצבים בהם נדרשת פרואקטיביות והפניית החולה לבדיקות נוספות או למיצי זכויותיו, התמודדות עם חולה המיוצג על ידי עו"ד, התמודדות עם חולה כועס, דיון עם חולה בעל קושי שפתי או טיפול יעיל בחולה מרקע תרבותי/דתי שונה.

השאלון הועבר לפני הסדנה ולאחריה, ונמצא כי חלה עליה מובהקת בתחושת היכולת הן בקרב מזכירים והן בקרב הרופאים. העובדה כי לא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות בשיעור העלייה מרמת על כך כי הסדנה הועילה לשתתפי הקבוצות ברמת הלמידה באותו אופן. תמונת השפעת הסדנה על הלמידה לאורך זמן מתקבלת כאשר בוחנים את השינויים ביכולת ההתמודדות על פני שלוש נקודות הזמן בקרב הרופאים. מצאנו הבדל מובהק בתפיסת היכולת להתמודד עם מצבים שונים בוועדות בין שלוש המדידות: לפני הסדנה, מיד לאחריה, וכשלושה עד שישה חודשים לאחר מכן. נראה כי מיד לאחר הסדנה השתפרה תחושת היכולת של הרופאים להתמודד עם מצבים שונים בוועדה, תחושה זו אמנם ירדה מעט בחודשים שלאחר מכן, אולם לא שבה לרמתה מלפני הסדנה. גם כמה חודשים לאחר הסדנה יכולת ההתמודדות הייתה משופרת ביחס למצב שהיה לפי ההשתתפות בסדנה. אפקטיביות הסדנה ברמת הערכה זו הייתה דומה אצל כל הרופאים ללא קשר לנתונים אישיים כתחום התמחות, מגדר, ארץ מוצא או וותק של הרופאים.

השפעה זו עקבית עם ממצאי מחקרים רבים אשר בחנו את ההשפעה של תרגול מבוסס סימולציה. היכולת לדמות את סביבת העבודה ולהתאים את ההדרכה לצרכי הלומדים ולמטרות הלמידה תורמת לכך שתרגול סימולטיבי נמצא ככלי הדרכתי מוצלח לשיפור יכולות של צוותי מקצועות הבריאות בכלל, ומומחים רפואיים בפרט (Aggarwal et al., 2010). בדומה להשפעה החיובית של ההשתתפות בסדנאות גם בקרב הרופאים וגם בקרב המזכירים, שיפור יכולות צוותים רפואיים בעקבות תרגול מבוסס סימולציה נמצא במגוון רחב של התמחויות רפואיות

ומקצועות בריאות, בין השאר בקרב גניקולוגים ומיילדים. (Aggarwal et al., 2006), רפואת חירום (McGrath et al., 2018), רופאים פנימאים (Brown, et al., 2018), רופאים ואחיות ביחידות טיפול נמרץ (George & Quatrara, 2018), אורתופדיה (Ruikar et al., 2018), הרדמה (Green et al., 2016).

חינוך רפואי מבוסס סימולציה מקנה ידע, כישורים, ועמדות בכל מקצועות הבריאות באופן בטוח, מכוון למידה ויעיל. בנוסף למיומנויות הקליניות, ניתן להקנות בהדרכה מבוססת סימולציה מיומנויות מבוססות פרוצדורות, כישורים, תקשורת, ועוד (Aggarwal et al., 2010). אין פלא איפה שהשימוש בסימולציה הפך לשגרה בחינוך רפואי והדרכה של אנשי מקצועות בריאות.

בסקירת ספרות שיטתית שבחנה מגוון של שיטות הדרכה לשיפור והקניה של מיומנויות לא קליניות (non-technical skills) בקרב צוותים רפואיים נמצא כי השיטה האפקטיבית ביותר הייתה תרגול מבוסס סימולציה (Griffin, 2020). בסקירת ספרות מקיפה נוספת שניתחה 30 מחקרים שפורסמו בין 2016 ל 2000 ואשר דיווחו על התערבויות מבוססות סימולציה, נמצא כי התערבויות אלו שיפרו באופן מובהק את הידע והכישורים של המודרכים. עוד נמצא כי חל שיפור בביטחון העצמי ותחושת המסוגלות של המודרכים (Alanazi et al., 2017). גם משתתפי הסדנאות במחקר שלנו, רופאים ומזכירים, מעידים על שיפור ביכולת שלהם להתמודד עם מצבים שונים בוועדה. תפיסה של יכולת התמודדות חיונית להצלחה, ואכן נמצא הן בקרב המזכירים והן בקרב הרופאים בכל גלי המדידה מתאם חיובי בין היכולת הנתפסת להתמודד עם מצבים שונים בוועדה לבין תדירות השימוש במיומנויות תקשורת, ולעבודת צוות טובה בין חברי הוועדה. לשיפור בתפיסת היכולת תרומה להעברת הידע והמיומנויות מסדנה ההדרכה לוועדות. במאמר העוסק באפקטיביות של הדרכת עובדים טוענים Combs & Luthans (2007) כי חוללות עצמית-אמונה של העובדים במסוגלות שלהם מסייעת בהעברת הלמידה לסביבת העבודה עצמה. לטענה זו קיימות הוכחות אמפיריות רבות. בניתוח על שבחן השפעה של מצבים קוגניטיביים ופסיכולוגיים של המודרכים על העברת הלמידה מצאו West & Ryan (2017) שאמונה במסוגלות / חוללות עצמית ניבאה העברה של הלמידה לסביבת העבודה. הם מסבירים תהליך זה באמצעות המושג "הון פסיכולוגי" והקשר שלו להעברת ההדרכה. הון פסיכולוגי הינו מצב חיובי המאופיין בחוסן אישי בעת התמודדות עם אתגרים (מסוגלות עצמית), ציפיות חיוביות להצלחה עתידית (אופטימיות), החלטיות (תקווה), והישגיות למול מכשולים (עמידות/חוסן). להון הפסיכולוגי השפעה חיובית על ביצועי הפרט (Cavus & Gokcen, 2015). הדרכה שמשפרת יכולות ואמונה ביכולות, מייצרת למודרך הון פסיכולוגי, ומגבירה את המוטיבציה להעברת הלמידה לצורך שיפור הביצועים בתחום הנלמד (Erez & Isen, 2002).

רמת ההעברה – שינויים בביצועים ובהתנהגויות בעקבות ההשתתפות בסדנה

ברמת הערכה זו נבחנת תרומת הסדנה על פי המידה שבה המשתתפים משתמשים בידע ובמיומנויות שרכשו בוועדות אותן הם מקיימים לאחר הסדנה.

היות ומטרת הסדנאות הייתה להקנות למשתתפים מודעות לחשיבותן של מיומנויות תקשורת, כמו גם כישורים וכלים לתקשורת אפקטיבית עם החולים ובין חברי הצוות בוועדה, התבקשו המשתתפים להעריך את השפעת הסדנה על התנהגותם בחודשים לאחריה. כפי שצוין קודם לכן, מידע זה נאסף רק בקרב הרופאים. לפי הממצאים הרוב המכריע של הרופאים אשר השיבו לשאלון המעקב, מעידים על כך שהסדנה השפיעה על התנהלותם בוועדות הרפואיות, שינתה את הדרך בה הם מתקשרים עם החולה ואת הדרך בה הם מתקשרים עם חברי הצוות האחרים בוועדה. עדות זו מהווה דוגמא לכך שהסדנאות היו אפקטיביות גם ברמת ההעברה. זאת בדומה לספרות בה מדווח כי התערבויות לשיפור מיומנויות תקשורת הן בעלות השפעה על תקשורת אפקטיבית בין חברי הצוות ובינם לבין המטופלים (Sweeney et al., 2013; Wang, et al., 2018).

במאמר העוסק במדידת אפקטיביות הדרכה טוענים (Burke & Hutchins, 2007) שעל מנת לבחון את האפקטיביות של הלמידה, המידה שבה הלומדים שינו את התנהגותם בעקבות ההדרכה גם בהקשרים אחרים והעבירו את ההתנהגות הנלמדת מסביבת הלמידה לעולם העבודה האמיתי, יש צורך לראות שינויים בתוך האדם על פני זמן מלפני הלמידה לאחריה בסביבת העבודה עצמה. מטרת הסדנאות הייתה להקנות למשתתפים מודעות לחשיבותן של מיומנויות התקשורת עם החולה כמו גם כלים ומיומנויות תקשורת נדרשות כגון אמפתיה, הקשבה, מתן מידע וכדומה. לכן בחנו האם חלו שינויים על פני זמן, לפני הסדנה ואחריה, בתדירות השימוש של הרופאים במיומנויות תקשורת. העלייה המובהקת בתדירות השימוש במיומנויות התקשורת בין שתי תקופות המדידה מעידה על כך שחלה העברה של הידע והמיומנויות מסביבת הלמידה במסר ליישום בוועדות. תוצאה זו הולמת את המדווח בספרות. תרגול מבוסס סימולציה נחשב כלי התערבותי יעיל בשיפור מיומנויות תקשורת בין אנשי הצוות ובינם לחולים של אנשי מקצועות הבריאות: בקרב סטודנטים לרפואה ולסיעוד (Liaw et al., 2014; Qureshi & Zehra, 2020), טיפול נמרץ יילודים (Shao et al., 2018), בקרב צוותים המטפלים בחולים פליאטיביים (Brown et al., 2018), באונקולוגיה (Bos-van den Hoek et al., 2019), בחדרי ניתוח (Robertson, et al., 2017) ועוד. בסקירת ספרות על 19 מחקרים שנסקרו ופורסמו בין בתקופה של 10 שנים בין 2006 ל 2016, נמצא כי סימולציה עם חולים מדומים שיפרה את התקשורת בין אחיות למטופלים שלהן. (MacLean et al., 2017). יתרונה של ההדרכה מבוססת סימולציה בולט בניסוי שערכו (Brown et al., 2018) בקרב 472 פנימאים, סטודנטים לרפואה, ואחיות המתמחים בטיפול פליאטיבי. הם היקצו אקראית והקנו

לקבוצת הניסוי מגוון מיומנויות תקשורת באמצעות הדרכה מבוססת סימולציה. ממצאיהם העלו כי בקבוצה זו חל שיפור לא רק ביכולת הנתפסת של המודרכים לתקשר אלא גם בהיבטים ספציפיים של התקשורת: אמפתיה, שיח על סוגיות רוחניות, וקביעת מטרות טיפוליות. התערבות מבוססת סימולציה הייתה כלי הדרכתי אפקטיבי להקניית מיומנויות של תקשורת אמפתית והעלתה את הביטחון וההבנה של חשיבות התקשורת האמפתית גם בקרב אחיות סיניות. 90 אחוז מהן היו מרוצות מההדרכה, וחל שיפור מובהק בתפיסתן את חשיבות התקשורת האמפתית ובמידת הביטחון שלהן להפעיל מיומנויות אילו. (Shao, et al., 2018).

בסקירה שערכו גריפין ועמיתים (Griffin et al., 2020) על הדרכה של מיומנויות לא קליניות בקרב צוותים רפואיים, הם מצאו כי כל בעלי התפקידים וההתמחויות יכולים להרוויח מתרגול סימולטיבי, אך חשוב להתאים את ההדרכה למודרכים ולסוג המומחיות שלהם. למודרכים שונים יתכנו צרכי למידה שונים, ועל ההדרכה להבנות בהתאמה.

כיוון שבסדנאות השתתפה אוכלוסייה מגוונת: מזכירים, רופאים ממגוון התמחויות, נשים וגברים, נבחנה השפעת ההשתתפות בסדנה בהתייחס להבדלים אלו. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין רופאים למזכירים במשתני התוצאה וכן לא נמצאו הבדלים בין רופאים מתחומי התמחות שונים. בדיקת ההבדל במשתנים אלה בין גברים ונשים מצאה הבדל מובהק בתדירות השימוש במיומנויות תקשורת בשאלון טרום סדנה. לפני הסדנה, נשים דווחו על שימוש רב יותר במיומנויות אלה לעומת הגברים. בשאלון ההמשך לא נמצא הבדל מובהק בין נשים לגברים בשימוש במיומנויות תקשורת. בעקבות הסדנה גם הגברים העידו כי הם עושים שימוש רב יותר במיומנויות אלו. מכאן, שהסדנה תרמה להגברת תדירות השימוש במיומנויות התקשורת לכולם, ובמיוחד לגברים. מכיוון ששמונים אחוז ממזכירי הוועדה היו נשים שלא ענו על שאלון המעקב, יתכן ומקור הבדל זה בתפקיד בוועדה ולא במגדר.

במאמר מקיף על חשיבות התרגול מבוסס סימולציה להקניית מיומנויות תקשורת ועל הפופולריות שלו, טוענים (Back et al. (2019 כי ההדרכה משפרת ידע, כישורים, ויכולות של צוותים רפואיים, וכתוצאה מכך יחול שיפור באיכות הטיפול. אף על פי כן, רוב המחקר הבוחן את ההשפעה של סוג הדרכה זה מתמקד בהשפעתו על המודרכים, ולא מציג את התוצאות הארגוניות הכלליות בעקבות שיפור זה. ניתוח תוצאות ההדרכה ברמה הרביעית במודל הערכת הדרכה של קירקפטריק (Kirkpatrick & Kayser-Kirkpatrick, 2014) יכול לתת תמונת מצב גם לתוצאות שכאלו.

רמת ההערכה הארגונית- תוצאות ההדרכה בטווח הארוך, עד כמה ההדרכה הביאה לתוצאות המקוות.

ברמה זו נבחנה השפעת הסדנאות על תוצאות אצל המשתתפים בסדנה, חברי הוועדה, ואצל הפונים אליהם, החולים.

שינויים על פני זמן אצל המשתתפים:

אחת ההשפעות שניסו למצוא היא על המשתתפים עצמם. כאן נעשה ניסיון לבחון שינוי בחיוניות - באנרגיה הרגשית והחיות הקוגניטיבית מתוך מדד SMVM (Shirom-Melamed) Vigor Measure. משתנה זה משקף את רמת המחברות של המשתתפים: תחושה של אנרגיה, מעורבות, ותחושת יכולת והישגיות בביצוע התפקיד.

מידת החיוניות נמדדה לפני יום ההדרכה וכשלושה עד שישה חודשים אחריו. נמצא כי חל שיפור מובהק בחיוניות אצל הרופאים שהשתתפו בסדנאות.

ניתן להסביר עליה זו בהתאם להנחת מודל Job Demand-Resource (JD-R) model של שופלי ואחרים. לטענתם מחוברות וחיוניות שהן מצב פסיכולוגי רגשי-מוטיבציוני חיובי אצל העובד, יתקיימו כאשר ישנה התאמה בין האדם לדרישות העבודה ממנו. כאשר לעובד ישנם די משאבים להתמודד עם דרישות העבודה, תהיה עליה במחברות ובחיוניות, והללו יאפשרו לו להצליח למלא את דרישות העבודה ממנו (Schaufeli & Bakker, 2004). ארגונים יכולים להגביר מחוברות על ידי כך שיתנו לעובדים שלהם משאבים שיסייעו להם לעמוד בדרישות העבודה. משאבים כגון: משוב, תמיכה, ושליטה במשימה (Koyuncu et al., 2006). ההדרכה מבוססת הסימולציה אותה עברו חברי הוועדות הרפואיות מגלמת בתוכה את כל שלושת המשאבים: המשתתפים קיבלו הכשרה, ידע, וכישורים המאפשרים להם להתמודד בצורה טובה יותר עם מצבים בוועדה, והם רכשו מיומנויות בינאישיות חשובות בסביבת למידה תומכת ובטוחה. להקניית המשאבים השפעה ישירה וגם מתווכת על התוצאות המתבטאות בשיפור בתפקוד האישי והארגוני (Cortés-Denia et al., 2021). כך למשל, נמצא שמחברות שיפרה ביצוע בקרב עובדי שרות (Menguc et al., 2013).

במחקר זה נמצא קשר בין החיוניות שדווחה על ידי הרופאים למשתני תדירות השימוש במיומנויות תקשורת ויכולת התמודדות עם מצבים, ממצא המחזק את הקשר בין החיוניות למיומנויות שהועברו בסדנה. מעודד במיוחד הממצא לפיו עצמת הקשר עלתה משמעותית במדידה שלאחר הסדנה, ממצא המרמז על תרומה אפשרית נוספת של ההשתתפות בסדנאות.

בעוד ששינוי ברמת החיוניות של חברי הוועדה הינו תוצאה ברמה האישית, התוצאה השנייה שנבחנה הינה בינאישית ומתייחסת **לעבודת הצוות** בקרב חברי הוועדה. השוואת הערכת

עבודת הצוות בין חברי הוועדה בין המדידה שלפני הסדנה לתקופה שלאחריה מראה כי חל שיפור אמנם קטן אך מובהק בעבודת הצוות המתבטאת בין השאר בשיתוף פעולה, אווירה מקדמת ועוד.

הדרכות מבוססות סימולציה של צוותים רפואיים נמצאו משפרות את שיתוף הפעולה בין אנשי הצוות, ואת עבודת הצוות במגוון תרחישים ופרוטוקולים לעבודת צוות יעילה (Delisle et al., 2020; Wooding et al., 2020).

תרגול מבוסס סימולציה המספק סביבה מדמה מציאות מחד ובטוחה ומאפשרת מאידך, מאפשר ללמד ולתרגל התנהגויות המקדמות את שיתוף הפעולה ומיומנויות של פתרון בעיות בצוות, ובמקביל להאיר התנהגויות מעכבות המצריכות שיפור (Brennan et al., 2020). אחת הטענות כלפי הדרכות מדמות מציאות סימולציה היא שהן יקרות, ולא תמיד ברור היחס שבין עלות ההדרכה לתועלת (Teteris, et al., 2012). עם זאת ניתן להגיע לתוצאות חיוביות גם בהדרכה ממוקדת בזמן קצר. (Liaw, et al. (2014 מדווחים על שיפור במיומנויות עבודת צוות בקרב סטודנטים לרפואה ולסיעוד בעקבות תרגול תרחישים של טיפול בחולה שמצבו מתדרדר, לאחר השתתפות בסדנה מבוססת סימולציה להקניית מיומנויות תקשורת בצוות רב מקצועי שארכה שלוש שעות. מתברר כי כאשר ישנה הגדרה ברורה של מטרות ההדרכה, שיתוף פעולה פורה בין השותפים, המתכננים, המדריכים, הלקוחות, והמעריכים, מבנה ברור ומאורגן, ותנאים מתאימים, סדנה סימולטיבית יכולה להיות מאד אפקטיבית בהשגת תוצאות (Brazil (et al., 2019. השיפור שתועד באיכות הנתפסת של עבודת הצוות בקרב הרופאים שהשתתפו בסדנאות מעיד על תרומת הסדנה לתוצאה חשובה זו.

התוצאה האחרונה ברמת ההערכה הארגונית התמקדה באוכלוסיית הפונים. שביעות רצון החולים מהרופאים שאומנו בסדנאות.

שביעות הרצון של החולים נמדדה מתוך נתוני סקרי החולים המתקיימים בביטוח הלאומי. נבחנו שלושה מקבצי שאלות המייצגים: שביעות רצון כללית, מקצועיות נתפסת של הרופא, ושביעות רצון מהיחס של הרופא. השוו שתי נקודות זמן עיקריות: התקופה שלפני הסדנה והתקופה שלאחריה. בניגוד למשוער, לא הודגם הבדל בין שתי תקופות המדידה, לפני ואחרי הסדנה בעמדות החולים שהגיעו לוועדות בין שתי תקופות אלו, לא בקרב הפונים לוועדות לנפגעי עבודה ולא לנפגעי נכות כללית.

בחינה של השפעת תרגול מבוסס סימולציה של צוותים רפואיים על תוצאות אצל המטופלים שלהם מעלה תמונה מורכבת. מחד, קיימים דיווחים על כך שלמידה מבוססת סימולציה שיפרה לא רק תגובות עמדות והתנהגויות של אנשי הצוות אלא גם של המטופלים. למשל, בקרב

מיילדות/ים נמצא כי חלה ירידה בתמותה בלידה בעקבות השתתפות הצוותים בסדנה לשיפור בטיחות החולה (Aggarwal et al., 2006). מאידך, בדומה לממצאים שלנו, קיימים דיווחים על כך שהתערבות באמצעות סימולציה הייתה קשורה לשיפור ביכולת הנתפסת של המודרכים לתקשר עם המטופלים, וגם לשיפור ביכולת הנתפסת במרכיבי תקשור ספציפיים כגון אמפתיה, שיח על סוגיות רוחניות, וקביעת מטרות טיפוליות, אולם לא נמצאה השפעה דומה על תוצאות במטופלים. (Brown et al., 2018).

במחקר שבדק כיצד הדרכה במיומנויות תקשורת של צוותים רפואיים משפיעה על החולים, נותחו 27 מחקרים שברובם נמצאה השפעה חיובית על שביעות הרצון של המטופלים. נמצא כי הדרכת הצוות בנושאי תקשורת משפיעה על תוצאות נוספות בקרב המטופלים. זאת כיוון שכאשר הצוות המטפל הופך להיות מוכון מטופל, הדבר משפיע על גורמים פסיכולוגיים ופיזיולוגיים אצלו, כגון - שיפור מצב תפקודי, וירידה בלחץ הדם ובכאבים. עם זאת, טוענים המחברים כי תוצאות המחקרים מעורפלות ודו משמעיות למרות המגמות החיוביות העולות מהם (Ehrstedt et al., 2014). גם טטריס ואחרים (Teteris et al., 2012) טוענים כי מידת התועלת הסופית של הלמידה בסימולציה לחולים עצמם איננה ברורה דיה, וכי העברת הלמידה מסביבת החולה המדומה לסביבת החולים האמיתיים מורכבת ותועלתה קשה למדידה. אף על פי כן, ולמרות נתונים מוגבלים לגבי תוצאות בחולים עצמם, הדרכה מבוססת סימולציה אומצה ומקובלת בתחום החינוך הרפואי (Teteris et al., 2012). גם גרין ואחרים מתייחסים לפער שבין שיפור מיומנויות המודרכים בעקבות ההדרכה בין ההשפעה המצופה על בטיחות החולה. הם מתמקדים בתחום ההרדמה שנחשב לדעתם אחד מתחומי הרפואה המובילים את התנועה למען בטיחות החולה, ומציינים כי למרות שבאופן עקבי נמצא שהדרכה מבוססת סימולציה משפרת ומעשירה את מערך הכישורים של מרדמים, שיפור שאמור להתבטא בבטיחות החולה, לא הודגמו שיפורים בתוצאות המטופלים כתוצאה מההדרכה בסימולציה בכל הקשור לבטיחותם, ועדיין יש צורך בעריכת מחקרים מקיפים לבחון הפעה זו (Green et al., 2016).

Delisle et al. (2020) מסבירים את הממצאים הסותרים בקושי של המודרכים ליישם את מה שלמדו בהדרכה כאשר הם חוזרים לסביבת העבודה, קושי שמקורו באילוצים ארגוניים שונים, ובשוני ובמורכבות של סביבת הלמידה לעומת סביבת העבודה.

העובדה כי לא תועד שיפור בשביעות הרצון של החולים הפונים לוועדות בתקופה שלאחר הסדנה למרות שחל שיפור ביכולת הנתפסת של הרופאים להתמודד עם מצבים שונים בוועדה, בתדירות השימוש במיומנויות התקשורת שלמדו, ובעבודת הצוות שלהם, יכולה להיות מוסברת על ידי אילוצים אלו ומורכבות תהליך העבודה בוועדות. בעוד שברמת המשתתפים השינויים שנבדקו בתגובות, בלמידה, בהעברה ובתוצאות היו ביחס לכל רופא ספציפי שהשתתף

בסדנאות, עמדות החולים שנמדדו בסקר נאספו אמנם מרשימת הפונים שראה רופא מסוים, אך השאלות עצמן התייחסו לכלל החוויה שלהם בוועדה, ובכלל זה לחברי וועדה נוספים שהיו בה. כמו כן, בשל אופי השרות, לא ניתן לעקוב אחר השתנות העמדות של אותו פונה על פני זמן. כניסוי שדה, ההשוואה של עמדות הפונים בין התקופה שלפני הסקר לזו שלאחריה לא הייתה על אותו פונה. לפונים שונים יש גישות שונות, העדפות והערכות שונות שמהוות מן הסתם גורם המתערב בהשפעת הסדנה. נוסף על כך, המתאם החיובי הגבוה בין שאלות הסקר השונות יכול להצביע על אפקט הילה (halo effect), במסגרתו התשובות של החולה משקפות את עמדתו הכללית כלפי ביטוח לאומי, ולא דווקא את החוויה הספציפית שלו בוועדה. שימוש בכלי מדידה נוספים כדוגמת שיעור התלונות על רופאים, שיעור העררים, משוב עמיתים וכו' יכול לסייע לדייק את מדידת ההשפעה של הלמידה על התקשורת עם החולים.

אמנם לא נצפה שינוי בשביעות הרצון של החולים, אך מן הראוי לציין כי חל שינוי בעוצמת הקשרים בין עמדות הרופאים לשביעות הרצון של הפונים, בין התקופה טרם השתתפותו של הרופא בסדנה לתקופה שלאחריה. בעוד שלפני מועד השתתפות הרופא בוועדות לא נמצאו קשרים מובהקים בין תדירות השימוש במיומנויות התקשורת, יכולתו המדווחת להתמודד עם מצבים בוועדה, ועבודת הצוות בוועדה לבין כל שלושת היבטי שביעות הרצון של החולים, לאחר הסדנה נמצאו קשרים בין המשתנים. ככל שהרופא מרגיש שהוא יכול להתמודד עם מצבים שונים בוועדה ושיש עליה בעבודת הצוות בוועדה, נוטה המקצועיות הנתפסת שלו לעלות בעיני החולים ועולה שביעות הרצון מהיחס הניתן על ידו. תבנית הקשר בין שביעות רצון החולים לעמדות הרופאים אינה אחידה. קשרים החזקים יותר נמצאו עם מדדי שביעות הרצון הקשורים ישירות לרופא, יחס ומקצועיות נתפסת, בעוד שהקשרים עם מדד שביעות הרצון הכללית מעט נמוכים יותר. ממצא זה תומך בהשערה שקיים אפקט הילה כפי שהוסבר בפסקה הקודמת. הסדנאות שיפרו ככל הנראה את תדירות השימוש במיומנויות תקשורת את יכולת ההתמודדות של הרופאים, ואת עבודת הצוות של חברי הוועדה, והללו בתורם היו קשורים לשביעות רצון מוגברת. השפעת התוצאות ברמת המטפל על התוצאות ברמת המטופל נמצאה גם במחקרו של (McCaffrey 2011) שבחן את ההשפעה של הדרכה לשיפור תקשורת ושיתוף פעולה בקרב צוותים רב מקצועיים של אחיות ורופאים. בעקבות ההדרכה חל שיפור במידת השיתוף ובאיכות התקשורת בין חברי הצוותים וכפועל יוצא השתפרו התוצאות אצל המטופלים ושביעות הרצון שלהם.

לסיכום

בחינת אפקטיביות תוכנית ההדרכה על פי המודל של קירקפטריק העלתה כי להדרכה היו תועלות בכל ארבע רמות המדידה.

ברמת התגובה : המשתתפים העידו כי הם היו מרוצים מהסדנה, וכי היא הייתה היא חשובה ומועילה, כי התרחישים היו ריאליים ושיקפו היטב את הנעשה בוועדות, וכי הם ימליצו עליה גם לאחרים.

ברמת הלמידה : המשתתפים מכירים בחשיבות התקשורת הממוקדת בחולה, והעידו על שיפור ביכולת שלהם להתמודד עם מצבים שונים בוועדות בעקבות הסדנה.
ברמת ההעברה: חל שיפור בתדירות מיומנויות התקשורת לאחר הסדנה: ובכלל זה והתנהגות פרואקטיבית ושיפור התקשורת בין חברי הוועדה בינם לבין עצמם ובינם לחולים.

ברמת התוצאות: חלה עליה בחיוניות הרופאים ובעבודת הצוות ביניהם. למרות העליה בעצמת הקשרים בין התוצאות והתגובות בקרב הרופאים לשביעות הרצון של הפונים, לא נמדדו שינויים מובהקים בשביעות רצון הפונים על פני זמן.

ממצאי המחקר שלנו מחזקים את הגישה הרואה בהדרכה מבוססת סימולציה אמצעי היכול להעניק למודרכים ידע, עמדות, וכישורים, במגוון תחומים קליניים ולא קליניים למגוון מקצועות בריאות באופן בטוח, מכוון למידה ויעיל אם היא בנויה ומתוכננת באופן המותאם לצרכי המודרכים, וכוללת תדריך והכשרת המדריכים לפני הסימולציה, ותחקיר כנה לאחריה (Aggarwal et al., 2010; Griffin, 2020). נדרשת עדיין עבודה כדי למצוא את הדרך ששינויים התנהגותיים אלה יתבטאו גם במורד הדרך, בתוצאי טיפול וחוויות מטופלים.

עבודה זו נערכה על בסיס סדנת הדרכה חד פעמית לחברי ועדות בביטוח לאומי. היא אמנם לא הצליחה להדגים שיפור בתוצאה סופית של שביעות רצון מטופלים מהועדות, אך הראתה כי להדרכה השפעה חיובית על מדדי עבודת צוות ותקשורת של המשתתפים הקשורים לחיוניות ומוטיבציה של הרופאים, ושיפור ביכולת הרופאים להתמודד עם מצבים שונים בהם הם נתקלים בוועדות. הרופאים והמזכירים שהשתפו בסדנה ראו בה הכשרה חשובה ונדרשת כחלק מההכשרה וההדרכה שלהם.

מגבלות:

למחקר זה כמה מגבלות שיש לציין כאן. המחקר התבסס על כלי מחקר של דיווח עצמי הנתון להטיות של רציה חברתית או תפיסה עצמית. לא הייתה מדידה אובייקטיבית או לפחות חיצונית ושיטתית של משתני התוצאה. בנוסף, אחוז ההיענות לשאלון המעקב היה נמוך למדי, 32%. הממצאים הנשענים על שאלון זה עלולים להיות מוטים בשל הבחירה הטיה שמקורה במאפיינים של קבוצת הרופאים שהסכימה לענות על שאלון המעקב. מצאנו כי קיים הבדל בין קבוצת הרופאים שהשיבה על שאלון המעקב, ונכללה בבדיקת השינוי לאלו שלא ענו לשאלון במשתנה תדירות השימוש במיומנויות תקשורת. הבדל שעשוי היה להשפיע על מידת השינוי במשתנה זה בעקבות הסדנה. הכלי המרכזי שבדק את הרמה הרביעית של המודל, רמת התוצאה, דגם סקרים שהועברו לאותו רופא לפני ואחרי הסדנה. מדובר במפגשים שונים עם מטופלים שונים (לא אותו המטופל ואותו המקרה לפני ואחרי ההתערבות ההדרכתית) ועם הרכב ועדה משתנה. כך שיתכן וגורמים שונים הקשורים למאפייני המפגשים, שאינם הנושאים שנלמדו ונמדדו בסדנה, השפיעו על התנהלות הוועדה ועל שביעות רצון המשתתפים. מגבלות אלה הן חלק מהמגבלות המוכרות במחקר שטח שלצד הסביבה הריאלית שהוא מביא, לא ניתן לפקח בו על כלל המשתנים (Babbie, 2009). בנושא סקר המטופלים יש לציין כי המחקר נשען על סקר המועבר כדרך קבע, ושאלותיו כלליות ומשקפות בוודאי נושאים נוספים מעבר לאלו בהם עסקה הסדנה. המחקר נערך על אוכלוסייה ספציפית, רופאים ומזכירים החברים בוועדות ביטוח לאומי, ויש להתייחס לתוצאות בזהירות כשמכלילים אותם לרופאים בהקשרים אחרים של מפגש טיפולי. ולסיום, המחקר נערך כחלק מפרויקט הדרכה שכלל את כל אוכלוסיית הרופאים והמזכירים המשתתפים בוועדות נכות כללית ונפגעי עבודה. בשל כך לא הייתה למחקר קבוצת ביקורת ולא ניתן לייחס סיבתיות לנתונים שהוצגו בעבודה זו.

המלצות להמשך

הפעלת סדנת סימולציה, בעיקר בסדרי גודל שנעשו בעבודה זו, היא מורכבת ודורשת משאבים רבים. מחקר זה הראה כי הסדנה יכולה לזרוע זרעים של שינוי בתחום תקשורת הממוקדת במטופל (החולה במרכז) ועבודת צוות. נכון להמשיך לטפח ולקדם מיומנויות אלה כדי להשריש אותן ובכך להעצים את ההשפעה שלהן על הצוותים ועל החולים. לכן ההמלצות להמשך הן:

מחקריות-

שילוב תצפיות בשדה/בשטח על חברי וועדה/התנהלות בוועדות כדי לזהות מוקדים הדורשים טיפול וכדי לייצר קו ייחוס לעבודות מחקר נוספות.

מעקב אחר מזכירים בנוסף למעקב אחר הרופאים כדי לעבות את המידע המחקרי ולטייב את ניתוח המפגשים.

הוספת מדד מורכבות מקרים כדי לנקות משתנה זה מניתוח המפגשים.

יישומיות-

להישען על ממצאי מחקר זה ולהמשיך הטמעה של מיומנויות התקשורת במסגרות מצומצמות יותר ובאמצעים שניתן להעביר במחוזות.

למפות את מימדי שביעות הרצון של החולים ואת ממצאי התצפיות בשטח כדי לבנות תכניות הכשרה הממוקדות בגורמים אלה.

בניית תוכנית הדרכה עם מדדי אפקטיביות כדוגמת המודל של קירקפטריק

סיכום

עבודה זו מסכמת התערבות ייחודית של הביטוח הלאומי שבחר לעשות מעשה ולעסוק בשינוי תרבות ארגונית באמצעות הדרכת הרופאים והמזכירים שלו בסדנה מבוססת סימולציה ותחקירים רפלקטיביים. זהו פרויקט ייחודי מבחינת היקפי הפעולה שלו, 631 משתתפים, שדרש מחויבות ושיתוף פעולה מצד כל הגורמים בביטוח הלאומי. המחקר שליווה את ההתערבות בחן סוגיות המעסיקות את המערכת הרפואית, תקשורת רופא חולה ועבודת צוות. בנוסף בדק המחקר קשר בין מיומנויות ועמדות של הצוות הרפואי לבין שביעות רצון של החולים. לאחר הסדנה נצפה שיפור ארוך טווח בהתנהגות הרופאים ובעמדות שלהם, תוצאה יפה בעיקר לאור העובדה שמדובר בהתערבות חד פעמית, אך לא נצפו שינויים בשביעות הרצון של החולים מהוועדות. המשתתפים מצידם דווחו שהסדנה ענתה לצורך חשוב שלהם. האתגר המרכזי הוא לייצר המשכיות לתהליך כדי למנוע דעיכה של מיומנויות התקשורת, ולוודא שהן נשמרות לאורך זמן ומועברות גם לדורות הבאים של רופאים ומזכירים.

מקורות

Adams, R.E., Figley, C.R. & Boscarino, J.A. (2008). The Compassion Fatigue scale: Its Use With Social Workers Following Urban Disaster. *Res Soc Work Pract.* 18(3), 238-250.

Aggarwal, R., Black, S. A., Hance, J. R., Darzi, A., & Cheshire, N. J. W. (2006). Virtual reality simulation training can improve inexperienced surgeons' endovascular skills. *European journal of vascular and endovascular surgery*, 31(6), 588-593.

Aggarwal, R., Mytton, O. T., Derbrew, M., Hananel, D., Heydenburg, M., Issenberg, B., ... & Reznick, R. (2010). Training and simulation for patient safety. *BMJ Quality & Safety*, 19(Suppl 2), i34-i43.

Ahmed SI, Farooqui M, Syed Sulaiman SA, Hassali MA, Lee CKC. Facilitators and Barriers Affecting Adherence Among People Living With HIV/AIDS: A Qualitative Perspective. *J Patient Exp.* 2019 Mar;6(1):33-40. doi: 10.1177/2374373518770805. Epub 2018 Apr 24. PMID: 31236449; PMCID: PMC6572934

Ajam AA, Nguyen XV, Kelly RA, Ladapo JA, Lang EV. Effects of Interpersonal Skills Training on MRI Operations in a Saturated Market: A Randomized Trial. *J Am Coll Radiol.* 2017 Jul;14(7):963-970. doi: 10.1016/j.jacr.2017.03.015. Epub 2017 Apr 28. PMID: 28461168; PMCID: PMC5604243.

Alanazi, A. A., Nicholson, N., & Thomas, S. (2017). The use of simulation training to improve knowledge, skills, and confidence among healthcare students: a systematic review. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 15(3), 2.

Alsabri M, Boudi Z, Lauque D, Dias RD, Whelan JS, Östlundh L, Alinier G, Onyeji C, Michel P, Liu SW, Jr Camargo CA, Lindner T, Slagman A, Bates DW, Tazarourte K, Singer SJ, Toussi A, Grossman S, Bellou A. Impact of Teamwork and Communication Training Interventions on Safety Culture and Patient Safety in Emergency Departments: A Systematic Review. *J Patient Saf.* 2022 Jan 1;18(1):e351-e361. doi: 10.1097/PTS.0000000000000782. PMID: 33890752.

Aneshensel C.S., Pearlin L.I., Schuler RH. (1993). Stress, role captivity, and the cessation of caregiving. *Journal of Health and Social Behavior.* 4:54–70.

Armour Forse R, Bramble JD, McQuillan R. Team training can improve operating room performance. *Surgery.* 2011 Oct;150(4):771-8. doi: 10.1016/j.surg.2011.07.076. PMID: 22000190.

Babbie, E. (2009). *The Practice of Social Research*, 10th edition, Wadsworth, Thomson Learning Inc.

Back, A. L., Fromme, E. K., & Meier, D. E. (2019). Training clinicians with communication skills needed to match medical treatments to patient values. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(S2), S435-S441.

Bos–van den Hoek, D. W., Visser, L. N., Brown, R. F., Smets, E. M., & Henselmans, I. (2019). Communication skills training for healthcare professionals in oncology over the past decade: a systematic review of reviews. *Current opinion in supportive and palliative care*, 13(1), 33-45.

Brazil, V., Purdy, E. I., & Bajaj, K. (2019). Connecting simulation and quality improvement: how can healthcare simulation really improve patient care?. *BMJ Quality & Safety*, 28(11), 862-865.

Brennan, L. F., McBride, A., Akinola, M., Ogle, S., Goforth, J., Harding, D., ... & Strowd, R. (2020). Improving Understanding of Interprofessional Roles, Teamwork, and Communication Through an Acute Patient Stabilization Simulation. *American Journal of Pharmaceutical Education*.

Brown, C. E., Back, A. L., Ford, D. W., Kross, E. K., Downey, L., Shannon, S. E., ... & Engelberg, R. A. (2018). Self-assessment scores improve after simulation-based palliative care communication skill workshops. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 35(1), 45-51.

Burgener, A. M. (2020). Enhancing communication to improve patient safety and to increase patient satisfaction. *The health care manager*, 39(3), 128-132.

Burke, L.A., & Hutchins, H.M. (2007). Training Transfer: An Integrative Literature Review. *Human Resource Development Review* Vol. 6(3), 263-296, DOI: 10.1177/1534484307303035

Catarino, F., Gilbert, T., McEwan, K., Baião, R. (2014). Compassion Motivations: Distinguishing Submissive Compassion From Genuine Compassion and its Association With Shame, Submissive Behavior, Depression, Anxiety and Stress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 33, No. 5, pp. 399-412.

Cavus, M. F., & Gokcen, A. (2015). Psychological capital: Definition, components and effects. *Journal of Education, Society and Behavioural Science*, 244-255.

Cortés-Denia, D., Lopez-Zafra, E., & Pulido-Martos, M. (2021). Physical and psychological health relations to engagement and vigor at work: A PRISMA-compliant systematic review. *Current Psychology*, 1-16.

Clever SL, Jin L, Levinson W, Meltzer DO. Does doctor-patient communication affect patient satisfaction with hospital care? Results of an analysis with a novel instrumental variable. *Health Serv Res*. 2008 Oct;43(5 Pt 1):1505-19. doi: 10.1111/j.1475-6773.2008.00849.x. Epub 2008 May 5. PMID: 18459954; PMCID: PMC2653895

Collie A et al. Evaluation of a complex, population-based injury claims management intervention for improving injury outcomes: study protocol. *BMJ Open* 2015;5:e006900.

Combs G & Luthans F (2007) Diversity training: An analysis of the impact of self-efficacy, *Human Resource Development Quarterly* 18(1): 91-120.

Delisle, M., Pradarelli, J. C., Panda, N., Haynes, A. B., & Hannenberg, A. A. (2020). Methods for scaling simulation-based teamwork training. *BMJ quality & safety*, 29(2), 98-102.

Dell-Kuster S et al. Assessing work ability – a cross-sectional study of inter rater agreement between disability claimants, treating physicians, and medical experts. *Scand J Work Environ Health*. 2014 Sep;40(5):493-501

Dodge LE, Nippita S, Hacker MR, Intondi EM, Ozcelik G, Paul ME. Long-term effects of teamwork training on communication and teamwork climate in ambulatory reproductive health care. *J Healthc Risk Manag*. 2021 Apr;40(4):8-15. doi: 10.1002/jhrm.21440. Epub 2020 Aug 5. PMID: 32761729.

Du L, Wu R, Chen X, Xu J, Ji H, Zhou L. Role of Treatment Adherence, Doctor-Patient Trust, and Communication in Predicting Treatment Effects Among Tuberculosis Patients: Difference Between Urban and Rural Areas. *Patient Prefer Adherence*. 2020 Nov 24;14:2327-2336. doi: 10.2147/PPA.S277650. PMID: 33262582; PMCID: PMC7700001

Ehrstedt, F., Ammentorp, J., & Kofoed, P. E. (2014). Communication training for the medical staff can improve patient satisfaction. *Lakartidningen*, 111(46), 2031-4.

Elbers et al. Effectiveness of a web-based intervention for injured claimants: a randomized controlled trial *Trials* 2013, 14:227

- Elbers et al. Factors that challenge health for people involved in the compensation process following a motor vehicle crash: a longitudinal study BMC Public Health (2015) 15:339
- Erez A & Isen A (2002) The influence of positive affect on the components of expectancy motivation, Journal of Applied Psychology 87(6): 1055-1067.
- Facteau, J. D., Dobbins, G. H., Russell, J. E., Ladd, R. T., & Kudisch, J. D. (1995). The influence of general perceptions of the training environment on pretraining motivation and perceived training transfer. Journal of management, 21(1), 1-25.
- Grant GM et al. Relationship between Stressfulness of Claiming for Injury Compensation and Long-term Recovery A Prospective Cohort JAMA Psychiatry. 2014;71(4):446-453.
- Griffin, C., Aydın, A., Brunckhorst, O., Raison, N., Khan, M. S., Dasgupta, P., & Ahmed, K. (2020). Non-technical skills: a review of training and evaluation in urology. World journal of urology, 38(7), 1653-1661.
- George, K. L., & Quatrara, B. (2018). Interprofessional simulations promote knowledge retention and enhance perceptions of teamwork skills in a surgical-trauma-burn intensive care unit setting. Dimensions of Critical Care Nursing, 37(3), 144-155.
- Green, M., Tariq, R., & Green, P. (2016). Improving patient safety through simulation training in anesthesiology: where are we?. Anesthesiology research and practice, 2016.
- Harnof M et al. Simulation-Based Interpersonal Communication Skills Training for Neurosurgical Residents. IMAJ 2013; 15: 557–560
- Harolds, J. A. (2019). Quality and safety in health care, part LI: engagement and burnout. Clinical Nuclear Medicine, 44(9), 728-729.
- Hesse, C., & Rauscher, E.A. (2019, July). The Relationships Between Doctor-Patient Affectionate Communication and Patient Perceptions and Outcomes. Health communication, 34(8), 881-891. <https://doi-org.sheba-ez.medlcp.tau.ac.il/10.1080/10410236.2018.1439269>
- Hobfoll, S.E. (1989). Conversation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. American Psychologist, 44, 513-524.

Hobfoll, S.E. (2001). The influence of culture community and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: An International Journal*, 50, 337-421.

Hobfoll, S. E., & Shirom, A. (2000). Conservation of resources theory: Applications to stress and management in the workplace. In R.T. Golembiewski (Ed.) *Handbook of organizational behavior*. New York: Dekker.

Johnson, W. B., Bertschinger, M., Snell, A.K., Wilson, A. (2014). Secondary trauma and ethical obligations for military psychologists: Preserving compassion and competence in the crucible of combat. *Psychological Services*, 11(1), 68-74.

Kerr, J.L., Stahnke, A.M., & Behnen, E.M. (2015). Assessing empathy and Self Efficacy level of pharmacy students in an elective diabetes management course. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 79(3), 1-7.

Kirkpatrick, D. (1996). Great ideas revisited. Techniques for evaluating training programs. Revisiting Kirkpatrick's fourlevel model. *Training and Development*, 50, 54-59.

Kirkpatrick, J. & Kayser-Kirkpatrick, W. (2014). *The Kirkpatrick four levels: A fresh look after 55 years*. Ocean City: Kirkpatrick Partners.

Kissane, D. W., Bylund, C. L., Banerjee, S. C., Bialer, P. A., Levin, T. T., Maloney, E. K., & D'Agostino, T.

A. (2012). Communication skills training for oncology professionals. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1242.

Koyuncu, M., Burke, R. J., & Fiksenbaum, L. (2006). Work engagement among women managers and professionals in a Turkish bank: Potential antecedents and consequences. *Equal Opportunities International*.

Krupat E., Frankel R., Stein T., Irish J. The Four Habits Coding Scheme: Validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. *Patient Education and Counseling* 62 (2006) 38-45.

Kuusisto, A., Santavirta, J., Saranto, K. and Haavisto, E. (2021), Healthcare professionals' perceptions of advance care planning in palliative care unit: a qualitative descriptive study. *J Clin Nurs*, 30: 633-644. <https://doi.org/10.1111/jocn.15578>

La Duke, P. (2017). How to evaluate training: using the kirkpatrick model. *Professional safety*, 62(8), 20.

- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York, Springer.
- Liaw, S. Y., Zhou, W. T., Lau, T. C., Siau, C., & Chan, S. W. C. (2014). An interprofessional communication training using simulation to enhance safe care for a deteriorating patient. *Nurse Education Today*, 34(2), 259-264.
- Lurie S. et al. Assessing Teamwork: A Reliable Five-Question Survey *Fam Med*. 2011;43(10):731-4.
- MacLean, S., Kelly, M., Geddes, F., & Della, P. (2017). Use of simulated patients to develop communication skills in nursing education: An integrative review. *Nurse education today*, 48, 90-98.
- Markin, A., Cabrera-Fernandez, D.F., Bajoka, R.M., Noll, S.M., Drake, S.M., Awdish, R.L., Buick, D.S., Kokas, M.S., Chasteen, K.A., & Mendez, M.P. (2015). Impact of a Simulation-Based Communication Workshop on Resident Preparedness for End-of Life Communication in the Intensive Care Unit, *Critical Care Research and Practice Volume 2015* (2015), <http://dx.doi.org/10.1155/2015/534879>
- Maslach, C. (1998). A multidimensional theory of burnout. In Cooper, C.L. (ed.). *Theories of organizational stress* . (pp.68-85), Manchester: Oxford University Press.
- Maslach, C, & Leiter, M.P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498-512.
- McCaffrey, R. G., Hayes, R., Stuart, W., Cassel, A., Farrell, C., Miller-Reyes, S., & Donaldson, A. (2011). An educational program to promote positive communication and collaboration between nurses and medical staff. *Journal for Nurses in Professional Development*, 27(3), 121-127.
- McGrath, J. L., Taekman, J. M., Dev, P., Danforth, D. R., Mohan, D., Kman, N., ... & Won, K. (2018). Using virtual reality simulation environments to assess competence for emergency medicine learners. *Academic Emergency Medicine*, 25(2), 186-195.
- Menguc, B., Auh, S., Fisher, M., & Haddad, A. (2013). To be engaged or not to be engaged: The antecedents and consequences of service employee engagement. *Journal of business research*, 66(11), 2163-2170.

Muddle, L., O'Malley, C. J., & Stupans, I. (2019). Learning and teaching of patient-centred communication skills in allied healthcare manual therapy students: a systematic review. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 32, 21-27.

Murgatroyd DF et al. Understanding the effect of compensation on recovery from severe motor vehicle crash injuries: a qualitative study. *Inj Prev*. 2011 Aug;17(4):222-7

Neale, J. (2019). What is the evidence for the use of simulation training to teach communication skills in psychiatry?. *Evidence-based mental health*, 22(1), 23-25.

Noe, R. A. (1986). Trainees' attributes and attitudes: Neglected influences on training effectiveness. *Academy of management review*, 11(4), 736-749.

Ogbonnaya, C., Tillman, C. J., & Gonzalez, K. (2018). Perceived organizational support in health care: The importance of teamwork and training for employee well-being and patient satisfaction. *Group & Organization Management*, 43(3), 475-503.

Paull, M., Whitsed, C., & Girardi, A. (2016). Applying the Kirkpatrick model: Evaluating an 'interaction for learning framework' curriculum intervention. *Issues in Educational Research*, 26(3), 490-507.

Perreira, T. A., Perrier, L., Prokopy, M., Neves-Mera, L., & Persaud, D. D. (2019). Physician engagement: a concept analysis. *Journal of Healthcare Leadership*, 11, 101.

Qureshi, A. A., & Zehra, T. (2020). Simulated patient's feedback to improve communication skills of clerkship students. *BMC medical education*, 20(1), 1-10.

Rafiq M (2015) Training Evaluation in an Organization using Kirkpatrick Model: A Case Study of PIA. *Journal of Entrepreneurship & Organization Management* 4: 151. doi:10.4172/2169-026X.1000151

Robertson, J. M., Dias, R. D., Yule, S., & Smink, D. S. (2017). Operating room team training with simulation: a systematic review. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 27(5), 475-480.

Ruikar, D. D., Hegadi, R. S., & Santosh, K. C. (2018). A systematic review on orthopedic simulators for psycho-motor skill and surgical procedure training. *Journal of medical systems*, 42(9), 1-21

Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract*. 2006 Jun;23(3):308-16. doi: 10.1093/fampra/cmi112. Epub 2006 Feb 3. PMID: 16461452

Schaufeli, W.B., & Bakker, A.B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293–315.

Shao, Y. N., Sun, H. M., Huang, J. W., Li, M. L., Huang, R. R., & Li, N. (2018). Simulation-based empathy training improves the communication skills of neonatal nurses. *Clinical Simulation in Nursing*, 22, 32-42.

Shirom, A. (2003). Feeling vigorous at work? The construct of vigor and the study of positive affect in organizations. In D. Ganster & P. L. Perrewe (Eds.). *Research in organizational stress and well-being*. Greenwich, CN: JAI Press. Vol. 3, pp. 135-165.

Shirom, A. (2007). Explaining vigor: On the antecedents and consequences of vigor as a positive affect at work. *Positive organizational behavior*, 86-100.

Shirom, A., Toker, S., Melamed, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2013). Burnout and vigor as predictors of the incidence of hyperlipidemia among healthy employees. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 5(1), 79-98.

Smidt, A., Balandin, S., Sigafoos, J., & Vicki A. Reed, V.A. (2009) The Kirkpatrick model: A useful tool for evaluating training outcomes, *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 34:3, 266-274, DOI: 10.1080/13668250903093125

Spanjer J. et al. Sources of variation in work disability assessment. *Work* 37 (2010) 405–

Steele, L. M., Mulhearn, T. J., Medeiros, K. E., Watts, L. L., Connelly, S., & Mumford, M. D. (2016). How do we know what works? A review and critique of current practices in ethics training evaluation. *Accountability in Research*, 23(6), 319-350. <http://dx.doi.org/10.1080/08989621.2016.1186547>

Sweeney, L. A., Warren, O., Gardner, L., Rojek, A., & Lindquist, D. G. (2014). A simulation-based training program improves emergency department staff communication. *American Journal of Medical Quality*, 29(2), 115-123.

Tavakoly Sany, S. B., Behzad, F., Ferns, G., & Peyman, N. (2020). Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial. *BMC health services research*, 20(1), 1-10.

Thoits PA. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, 35:53–79.

Teteris, E., Fraser, K., Wright, B., & McLaughlin, K. (2012). Does training learners on simulators benefit real patients?. *Advances in health sciences education*, 17(1), 137-144.

Van Rijssen et al. A theoretical framework to describe communication processes during medical disability assessment interviews. *BMC Public Health* 2009,9:375

Van Rijssen HJ et al. A Typology of Sick-Listed Claimants to Improve Communication Skills for Social Insurance Physicians during Medical Disability Assessment Interviews. *J Occup Rehabil* (2011) 21:66–75

Van Rijssen J et al. Communication skills training for physicians performing work disability assessments increases knowledge and self-efficacy: results of a randomized controlled trial. *Disabil Rehabil*. 2015 Jul 21:1-9.

Wang, Y. Y., Wan, Q. Q., Lin, F., Zhou, W. J., & Shang, S. M. (2018). Interventions to improve communication between nurses and physicians in the intensive care unit: An integrative literature review. *International journal of nursing sciences*, 5(1), 81-88.

West, A., & Ryan, S. A Review of Literature on Training Transfer Motivation and Psychological Capital.

Wooding, E. L., Gale, T. C., & Maynard, V. (2020). Evaluation of teamwork assessment tools for interprofessional simulation: a systematic literature review. *Journal of interprofessional care*, 34(2), 162-172.

נספחים

נספח 1 – שאלון מקדים

שאלון מקדים לרופאים ומחיריים המשתתפים ביום פעילות בנושא תקשורת

שלום רב

לפניך שאלון מקדים לסדנת תקשורת לוועדות רפואיות בביטוח הלאומי. מטרת השאלון לסייע לנו להעריך את יעילות הסדנה והתאמתה למטרותיה. שאלונים דומים נעביר גם בתום הסדנה וכמעקב מספר שבועות אחריה. בשאלון אנו מבקשים ממך לענות על שאלות במספר נושאים. השאלון אינו ארוך, נודה לך אם תקדישי/י מספר דקות כדי לענות במלוא תשומת הלב והכנות הנדרשים.

השאלונים ישמשו, כאמור, למחקר, ונדרשת הסכמתך לשימוש בנתונים אלה. מענה על השאלון מהווה אישור להסכמתך. ביום הסדנה יימסר דף הסבר מפורט ותידרש חתימתך על הסכמה מדעת להשתתפות במחקר. בסוף השאלון נבקשך לציין 4 ספרות אחרונות של תעודת הזהות. קוד זה ישמש אותנו לשיוך השאלון המקדים ושאלוני המעקב. עיבוד הנתונים והצגתם יהיה על כלל המשתתפים, בלי כל פרטים היכולים לזהות אדם זה או אחר. תודה!

הסעיפים הבאים מתארים מקטעים שונים בוועדה הרפואית. נא לסמן על כל אחד מהם באיזו תדירות את/ה נוהג/ת בוועדה כפי שמתואר בסעיף, בין-1, כלל לא, ל 5, כמעט תמיד. נא לסמן 0- אם לא רלוונטי.

כלל לא	לעתים רחוקות	לעתים	לעתים קרובות	כמעט תמיד	לא רלוונטי לא התרחש	
1	2	3	4	5	0	1. באיזו תדירות את/ה מציג עצמך בפתיחת הוועדה? (או מוצג על ידי שותפך לוועדה)
1	2	3	4	5	0	2. באיזו תדירות את/ה מביע הוקרה והכרה לעומס הבירוקרטי שהחולה עבר לפני כניסתו לחדר (המתנה, תור, טפסים, "לך ושוב")
1	2	3	4	5	0	3. באיזו תדירות את/ה מתייחס/ת לרקע התרבותי של החולה
1	2	3	4	5	0	4. באיזו תדירות את/ה מנהל/ת שיחת חולין בתחילת הוועדה? (לאפשר לחולה לחוש בנוח)
1	2	3	4	5	0	5. באיזו מידה את/ה שואל/ת שאלות פתוחות ברגעים הראשונים של הוועדה?
1	2	3	4	5	0	6. באיזו תדירות את/ה מתאם/ת עם החולה צפיות לגבי תוכן הוועדה?
1	2	3	4	5	0	7. כשחולה מגיע עם אדם המייצג אותו, (קרוב משפחה, מתרגם, עורך דין) באיזו תדירות את/ה מדבר ישירות עם החולה?
1	2	3	4	5	0	8. באיזו תדירות את/ה בודק/ת את נקודת המבט של החולה: מבקש מהחולה לתאר את הבעיה בשלה פנה לביטוח הלאומי?
1	2	3	4	5	0	9. באיזו תדירות את/ה מברר/ת עם החולה את ההקשר של פנייתו (כלומר את מכלול מצבו

						של החולה: מצב סוציאקונומי, סביבת מגורים, מצב משפחתי, מקורות תמיכה, וכו').	
0	5	4	3	2	1	באיזו תדירות את/ה בודק/ת עם החולה כיצד משפיע מצבו/ה על תפקודו/ה היומיומי	.10
0	5	4	3	2	1	באיזו תדירות את/ה מביע הכרה אוהדת לקושי או לסבל שהחולה מציג?	.11
0	5	4	3	2	1	באיזו תדירות את/ה משתמש בשפת גוף כדי להראות אהדה (למשל: רכינה לעברו, מגע יד, עוצרת דיבור, הבעת פנים אוהדת)	.12
0	5	4	3	2	1	באיזה תדירות אתה מתאים את השיחה (שפה, קצב דיבור וכו') ליכולתו השפתית של החולה?	.13
0	5	4	3	2	1	באיזו תדירות את/ה מסכם את שנאמר בוועדה ומוודא הבנה אל מול החולה?	.14
0	5	4	3	2	1	באיזו תדירות את/ה מבהיר את התהליך הצפוי אחרי הוועדה?	.15
0	5	4	3	2	1	באיזו תדירות את/ה שואל את החולה האם יש לו/ה עוד שאלות לפני סיום הוועדה?	.16

בשאלות הבאות נבקשך לציין באיזו מידה את/ה חש/ה שאת/ה יכול/ה להתמודד בהצלחה עם המצבים הבאים?

יכול במידה רבה מאד						כלל לא יכול		
7	6	5	4	3	2	1	התמודדות עם חולה המיוצג ע"י עו"ד	1
7	6	5	4	3	2	1	התמודדות עם חולה כועס	2
7	6	5	4	3	2	1	דיון עם חולה בעל קושי שפתי	3
7	6	5	4	3	2	1	טיפול יעיל בחולה מרקע תרבותי/דתי שונה משלך	5
7	6	5	4	3	2	1	התמודדות עם איום מרומוז של החולה או בא כוחו	6
7	6	5	4	3	2	1	התמודדות עם חוסר הלימה בנתונים ורושם של הטעייה מכוונת	7
7	6	5	4	3	2	1	התמודדות עם חולה בעל קושי בייצוג עצמי – מתן פרטים ומענה מובנה לשאלות	8
7	6	5	4	3	2	1	שמירה על צנעת הפרט בוועדה	10
7	6	5	4	3	2	1	הכוונת החולה לבדיקת זכויות נוספות בביטוח לאומי	11
7	6	5	4	3	2	1	הכוונת החולה לבדיקת זכויות נוספות מחוץ לביטוח לאומי	12
7	6	5	4	3	2	1	הפנייה לגורם רפואי בזיהוי בעיה רפואית משמעותית שאינה מטופלת	13
7	6	5	4	3	2	1	שילוב בין היותך פוסק לתפקודך כרופא	14

כיצד אתה מרגיש בעבודתך?

לפניך כמה משפטים המתארים הרגשות שכל עבודה יכולה לגרום לעובד להרגיש. אנא תאר באיזו שכיחות, היבט כלשהו של עבודתך (כולל תוכן העבודה, עמיתים לעבודה, הממונה, או הלקוחות שלך), גרם לך להרגיש הרגשה זו ב-30 ימי העבודה האחרונים שלך.

באיזו תכיפות הנך מרגיש הרגשה זו בעבודתך?							
כמעט תמיד	לעיתים מאד קרובות	לעיתים קרובות	לפעמים	לעיתים די רחוקות	לעיתים מאד רחוקות	כמעט אף פעם לא	
7	6	5	4	3	2	1	1. מרגיש ערנות מחשבתית
7	6	5	4	3	2	1	2. מרגיש שאני יכול לחשוב במהירות
7	6	5	4	3	2	1	3. מרגיש שיש לי יכולת לתרום רעיונות חדשים
7	6	5	4	3	2	1	4. מרגיש יכולת להיות יצירתי
7	6	5	4	3	2	1	5. מרגיש שיש ביכולתי לתת חום לאחרים
7	6	5	4	3	2	1	6. מרגיש שיש ביכולתי להיות רגיש לצרכים של עובדים אחרים או לקוחות
7	6	5	4	3	2	1	7. מרגיש שיש לי כח להשקיע רגשית בלקוחות או בעובדים אחרים
7	6	5	4	3	2	1	8. מרגיש שיש לי יכולת להיות סימפטי ללקוחות או לעובדים אחרים

חלק ג – תיאור עבודת חברי הוועדה

הסעיפים הבאים מתארים היבטים שונים של עבודת הצוות בוועדה הרפואית. סמן על כל אחד מהם הוועדות בהן את/ה יושב/ת מתנהלות באופן זה, בין 1 (כלל לא חשוב) ל-7 (חשוב מאד).

חשוב מאד						כלל לא חשוב	
7	6	5	4	3	2	1	חברי הוועדה מעודדים שיתוף רעיונות אחד עם השני
7	6	5	4	3	2	1	ניהול הוועדה יוצר אירה בה אפשר להשיג מטרות
7	6	5	4	3	2	1	לחברי הוועדה יש את הידע הדרוש כדי לבצע את העבודה בצורה טובה
7	6	5	4	3	2	1	כשאנחנו בוועדה נתקלים בבעיה אנחנו משקיעים מאמץ להבין אותה לעומק
7	6	5	4	3	2	1	עבודת הצוות בוועדה תורמת לדיוק התוצאות שלה

לפני סיום נבקשך למלא מספר פרטים אישיים

.1 זכר	מין	.16
.2 נקבה		
_____	גיל	.17
.1 ישראל	ארץ לידה	.18
.2 חו"ל		
פרט _____		
.1 רופא/ה	תפקיד בוועדה	.19
.2 מזכיר/ה		
_____	וותק בתפקיד	.20
_____	נבקשך לרשום את 4 הספרות האחרונות של מספר הזהות	.21

נספח 2 – שאלון סוף יום

טופס משוב - סוף יום

סדנת מיומנויות תקשורת לרופאים ומזכירים
בוועדות רפואיות של הביטוח הלאומי- יום למדריכים

תאריך: _____

שלום רב,

שאלון זה הינו השאלון המסכם את הסדנה. עמדותיך לגבי הסדנה חשובות לשיפור מחזורי ההדרכה הבאים ולהערכת יעילותה. לפיכך, נודה לך באם תענה/י בכנות על השאלות הבאות.

תשובותיך תשארנה חסויות לחלוטין. תוצאות המחקר הפומביות תהיינה התוצאות הקבוצתיות בלבד.

השאלות מנוסחות בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד.

בתודה על שיתוף הפעולה,
צוות המחקר

חלק א' – עמדות כלפי התכנים שהועברו בסדנה

1. באיזו מידה את/ה חש/ה שאתה יכול להתמודד בהצלחה עם המצבים הבאים? אנא סמן עבור כל אחד מהנושאים הבאים את התשובה המתאימה לך ביותר:

יכול במידה רבה מאד						כלל לא יכול	
7	6	5	4	3	2	1	1 התמודדות עם חולה המיוצג ע"י עו"ד
7	6	5	4	3	2	1	2 התמודדות עם חולה כועס
7	6	5	4	3	2	1	3 דיון עם חולה בעל קושי שפתי
7	6	5	4	3	2	1	4 הפעלת מיומנויות עבודת צוות עם שותפך לוועדה
7	6	5	4	3	2	1	5 טיפול יעיל בחולה מרקע תרבותי/דתי שונה משלך
7	6	5	4	3	2	1	6 התמודדות עם איום מרומוז של החולה או בא כוחו
7	6	5	4	3	2	1	7 התמודדות עם חוסר הלימה בנתונים ורושם של הטעייה מכוונת
7	6	5	4	3	2	1	8 התמודדות עם חולה בעל קושי בייצוג עצמי – מתן פרטים ומענה מובנה לשאלות
7	6	5	4	3	2	1	9 שמירה על כבוד האדם בוועדה

7	6	5	4	3	2	1	שמירה על צנעת הפרט בוועדה	10
7	6	5	4	3	2	1	הכוונת החולה לבדיקת זכויות נוספות בביטוח לאומי	11
7	6	5	4	3	2	1	הכוונת החולה לבדיקת זכויות נוספות מחוץ לביטוח לאומי	12
7	6	5	4	3	2	1	הפנייה לגורם רפואי בזיהוי בעיה רפואית משמעותית שאינה מטופלת	13
7	6	5	4	3	2	1	שילוב בין היותך פוסק לתפקודך כרופא	14

2. באיזו מידה, לדעתך, תרמה הסדנה ליכולותיך? אנא סמן עבור כל אחד מהנושאים הבאים את התשובה המתאימה לך ביותר:

תרמה במידה רבה מאד						כלל לא תרמה		
7	6	5	4	3	2	1	התמודדות עם חולה המיוצג ע"י עו"ד	15
7	6	5	4	3	2	1	התמודדות עם חולה כועס	16
7	6	5	4	3	2	1	דיון עם חולה בעל קושי שפתי	17
7	6	5	4	3	2	1	הפעלת מיומנויות עבודת צוות עם שותפך לוועדה	18
7	6	5	4	3	2	1	טיפול יעיל בחולה מרקע תרבותי/דתי שונה משלך	19
7	6	5	4	3	2	1	התמודדות עם איום מרומוז של החולה או בא כוחו	20
7	6	5	4	3	2	1	התמודדות עם חוסר הלימה בנתונים ורושם של הטעייה מכוונת	21
7	6	5	4	3	2	1	התמודדות עם חולה בעל קושי בייצוג עצמי – מתן פרטים ומענה מובנה לשאלות	22
7	6	5	4	3	2	1	שמירה על כבוד האדם בוועדה	23
7	6	5	4	3	2	1	שמירה על צנעת הפרט בוועדה	24
7	6	5	4	3	2	1	הכוונת החולה לבדיקת זכויות נוספות בביטוח לאומי	25
7	6	5	4	3	2	1	הכוונת החולה לבדיקת זכויות נוספות מחוץ לביטוח לאומי	26
7	6	5	4	3	2	1	הפנייה לגורם רפואי בזיהוי בעיה רפואית משמעותית שאינה מטופלת	27
7	6	5	4	3	2	1	שילוב בין היותך פוסק לתפקודך כרופא	28

3. באיזו מידה התרחישים שנבחרו לסדנה הינם רלוונטיים לעבודתך בוועדה? עבור כל אחד מהתרחישים אנא סמן/י את התשובה המתאימה לך ביותר.

רלוונטי במידה רבה מאוד						כלל לא רלוונטי	
7	6	5	4	3	2	1	29 חולה עם מחלת קרון המיוצג ע"י עורכת דין
7	6	5	4	3	2	1	30 דינמיקה בין רופא ומזכיר (שחקן) בניהול ועדה של חולה עם מחלת ריאות שמתקשה לייצג את עצמה
7	6	5	4	3	2	1	31 התמודדות עם חולה עוין/כועס בעל תיק רפואי מורכב עם ריבוי בעיות (מחלת לב איסכמית, פגיעה בגב תחתון, פגיעה בברך מתאונה, ירידה בשמיעה)
7	6	5	4	3	2	1	32 חוסר הלימה בנתונים (חולה בעל בעיות גב שמציג בבדיקה מצב רפואי חמור מכפי שמתועד בתיק הרפואי)
7	6	5	4	3	2	1	33 יחס לרקע החולה (4 דמויות מרקעים שונים, בעלות תיק רפואי זהה עם תמונה של מחלת ריאות ושבר מורכב במרפק)

במידה ויש לך משוב על תרחיש מסוים, נשמח לשמוע על כך:

חלק ב' – משוב על יום הסדנה

השאלות הבאות נוגעות לסדנה בכללותה.

אנא הקף בעיגול את התשובה המתאימה ביותר לדעתך, בסולם של 1 (במידה מועטה מאוד) עד 7 (במידה רבה מאוד).

שאלה	במידה מועטה					במידה רבה
34. באיזה מידה תרמו הדיון בנושא: מהי ועדה טובה? והצפייה בסרט על ועדה ללימוד	1	2	3	4	5	6
35. באיזו מידה התרחישים שנבחרו לסדנה הינם רלוונטיים לנושא הסדנה?	1	2	3	4	5	6
36. באיזו מידה חשת שהמפגש עם הפונים המדומים הינו חוויה לימודית עבורך?	1	2	3	4	5	6

7	6	5	4	3	2	1	באיזו מידה התרחישים והפונים המדומים דימו את עבודתך בוועדות במציאות?	37.
7	6	5	4	3	2	1	באיזו מידה משוב השחקן היה משמעותי להבנת חוויית הפונה?	38.
7	6	5	4	3	2	1	באיזו מידה תרם התחקיר באמצעות וידיאו ללימוד?	39.
7	6	5	4	3	2	1	באיזו מידה תרמה הסדנה להרחבת סל הכלים העומדים לרשותך בוועדות הרפואיות?	40.
7	6	5	4	3	2	1	באיזו מידה הייתה הסדנה מאורגנת מבחינה לוגיסטית ואדמיניסטרטיבית?	41.
7	6	5	4	3	2	1	האם לדעתך יש לכלול סדנה זו כחלק מתכנית ההכשרה של רופאים ומזכירים בוועדות?	42.
7	6	5	4	3	2	1	האם תמליך לעמיתייך למקצוע לעבור את הסדנה?	43.

44. האם תהיה מעוניין לקחת חלק במחקרים קליניים ואפידמיולוגיים העוסקים במידע הנאסף

במהלך הוועדות שאתה מקיים במוסד לביטוח לאומי ובתוצאותיהן? הקף בעיגול: **כן**

/ לא

הערות:

חלק ג' – שאלות דמוגרפיות לצרכים סטטיסטיים

1. תפקיד בוועדה:

א. מזכיר/ה ב. רופא/ה

2. ארץ לידה: _____

3. גיל: _____

4. שנת עליה: _____

5. ותק במקצוע: _____ שנים.

6. מין:

א. זכר ב. נקבה

7. כמה שנים אתה משמש כחבר בוועדות הרפואיות של הביטוח הלאומי? _____

שנים

קוד (אנא כתוב 4 ספרות אחרונות של ת.ז.) _____

תודה על שיתוף הפעולה

נספח 3 – שאלון מעקב

שאלון מעקב לרופאים ומזכירים לאחר השתתפות ביום פעילות בנושא תקשורת

שלום רב

לפני מספר שבועות השתתפת בסדנת תקשורת לוועדות רפואיות בביטוח הלאומי שנערכה במסר. בתחילת הסדנה מילאת שאלון מקדים, וכעת נבקשך למלא שאלון מעקב לסדנה זו. מטרת השאלון לסייע לנו להעריך את יעילות הסדנה ואת התאמתה למטרותיה. בשאלון אנו מבקשים ממך לענות על שאלות במספר נושאים. השאלון אינו ארוך, נודה לך אם תקדיש/י מספר דקות כדי לענות במלוא תשומת הלב והכנות הנדרשים. השאלונים ישמשו, כאמור, למחקר. עיבוד הנתונים והצגתם יהיה על כלל המשתתפים, בלי כל פרטים היכולים לזהות אדם זה או אחר. בסוף השאלון נבקשך לציין 4 ספרות אחרונות של תעודת הזהות. קוד זה ישמש אותנו לשיוך השאלון המקדים לשאלון המעקב בלבד תוך שמירת זהות המשיב חסויה. תודה!

הסעיפים הבאים מתארים מקטעים שונים בוועדה הרפואית. נא לסמן על כל אחד מהם באיזו תדירות את/ה נוהג/ת בוועדה כפי שמתואר בסעיף, בין 1- , כלל לא , ל 5 , כמעט תמיד. נא לסמן 0- אם לא רלוונטי.

כלל לא	לעתיים רחוקות	לעתיים	לעתיים קרובות	כמעט תמיד	
1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0

בשאלות הבאות נבקשך לציין באיזו מידה את/ה חש/ה שאת/ה יכול/ה להתמודד בהצלחה עם המצבים הבאים?

יכול במידה רבה מאד						כלל לא יכול	
7	6	5	4	3	2	1	.33 התמודדות עם חולה המיוצג ע"י עו"ד
7	6	5	4	3	2	1	.34 התמודדות עם חולה כועס
7	6	5	4	3	2	1	.35 דיון עם חולה בעל קושי שפתי
7	6	5	4	3	2	1	.36 טיפול יעיל בחולה מרקע תרבותי/דתי שונה משלך
7	6	5	4	3	2	1	.37 התמודדות עם איום מרומז של החולה או בא כוחו
7	6	5	4	3	2	1	.38 התמודדות עם חוסר הלימה בנתונים ורושם של הטעייה מכוונת
7	6	5	4	3	2	1	.39 התמודדות עם חולה בעל קושי בייצוג עצמי – מתן פרטים ומענה מובנה לשאלות
7	6	5	4	3	2	1	.40 שמירה על צנעת הפרט בוועדה
7	6	5	4	3	2	1	.41 הכוונת החולה לבדיקת זכויות נוספות בביטוח לאומי
7	6	5	4	3	2	1	.42 הכוונת החולה לבדיקת זכויות נוספות מחוץ לביטוח לאומי
7	6	5	4	3	2	1	.43 הפנייה לגורם רפואי בזיהוי בעיה רפואית משמעותית שאינה מטופלת
7	6	5	4	3	2	1	.44 שילוב בין היותך פוסק לתפקודך כרופא

לפניך כמה משפטים המתארים הרגשות שכל עבודה יכולה לגרום לעובד להרגיש.
 אנא תארי/י באיזו שכיחות, היבט כלשהו של עבודתך (כולל תוכן העבודה, עמיתים לעבודה,
 הממונה, או הלקוחות שלך), גרם לך להרגיש הרגשה זו ב-30 ימי העבודה האחרונים שלך.

כמעט תמיד	לעיתים קרובות מאד	לעיתים די קרובות	לפעמים	לעיתים די רחוקות	לעיתים רחוקות מאד	כמעט אף פעם לא	
7	6	5	4	3	2	1	.45 מרגיש ערנות מחשבתית
7	6	5	4	3	2	1	.46 מרגיש שאני יכול לחשוב במהירות
7	6	5	4	3	2	1	.47 מרגיש שיש לי יכולת לתרום רעיונות חדשים
7	6	5	4	3	2	1	.48 מרגיש יכולת להיות יצירתי
7	6	5	4	3	2	1	.49 מרגיש שיש ביכולתי לתת חום לאחרים
7	6	5	4	3	2	1	.50 מרגיש שיש ביכולתי להיות רגיש לצרכים של עובדים אחרים או לקוחות
7	6	5	4	3	2	1	.51 מרגיש שיש לי כח להשקיע רגשית בלקוחות או בעובדים אחרים
7	6	5	4	3	2	1	.52 מרגיש שיש לי יכולת להיות סימפטי ללקוחות או לעובדים אחרים

השאלות הבאות מתארות היבטים שונים של עבודת הצוות בוועדה הרפואית. סמני עד כמה הוועדות בהן את/ה יושב/ת מתנהלות באופן זה.

כמעט אף פעם לא	לעיתים מאד רחוקות	לעיתים די רחוקות	לפעמים	לעיתים די קרובות	לעיתים קרובות מאד	כמעט תמיד	
7	6	5	4	3	2	1	.53 חברי הוועדה מעודדים שיתוף רעיונות אחד עם השני
7	6	5	4	3	2	1	.54 ניהול הוועדה יוצר אווירה בה אפשר להשיג מטרות
7	6	5	4	3	2	1	.55 לחברי הוועדה יש את הידע הדרוש כדי לבצע את העבודה בצורה טובה
7	6	5	4	3	2	1	.56 כשאנחנו בוועדה נתקלים בבעיה אנחנו משקיעים מאמץ להבין אותה לעומק
7	6	5	4	3	2	1	.57 עבודת הצוות בוועדה תורמת לדיוק התוצאות שלה

השאלות הבאות מתייחסות לסדנת התקשורת שעברת במסר. אנא ענה/י על השאלות בסולם 1 (כלל לא) עד 7 (במידה רבה מאוד).

במידה רבה מאד						כלל לא	
7	6	5	4	3	2	1	.58 באיזו מידה, לדעתך, התרחישים שתורגלו בסדנה רלוונטיים לחיי היום יום בוועדות הרפואיות.
7	6	5	4	3	2	1	.59 באיזו מידה, לדעתך, התרחישים התאימו למטרות הסדנה
7	6	5	4	3	2	1	.60 באיזו מידה הסדנה השפיעה על התנהלותך בוועדות הרפואיות
7	6	5	4	3	2	1	.61 באיזו מידה הסדנה שינתה את הדרך בה את/ה מתקשר עם המטופל
7	6	5	4	3	2	1	.62 באיזו מידה הסדנה שינתה את הדרך בה את/ה מתקשר עם חברי הצוות האחרים

לפני סיום נבקשך למלא מספר פרטים אישיים

.3 זכר	מין	.63
.4 נקבה		
_____	גיל	.64
.3 ישראל	ארץ לידה	.65
.4 חו"ל		
פרט _____		
.3 רופא/ה	תפקיד בוועדה	.66
.4 מזכיר/ה		
_____	וותק בתפקיד	.67
_____	נבקשך לרשום את 4 הספרות האחרונות של מספר הזהות	.68