

כבוד האדם במסגרת רפואית

נעה וילצ'ינסקי ומיכל שטורם

חדשות לבקרים שומעים על פגיעה בכבודם של מטופלים במסגרת רפואית. כדי לשפר את חוויית המטופלים יש להבין את המשמעות שמטופלים מייחסים לפגיעה בכבודם או לשמירה על כבודם בעת קבלת טיפול. הבעיה נעוצה בשימוש הרווח במושג 'כבוד', אף שאין הגדרה ברורה שלו. המחקר הנוכחי התבסס על מודל תיאורטי מתחום המשפט, המאפשר הבחנה ברורה בין 'כבוד סגולי' (Dignity), הרף המינימלי להתנהגות בין-אישית המשמרת את זכויותיו הבסיסיות ביותר של הפרט, לבין 'כבוד מחיה' (Respect), הכולל התייחסות לצרכים רגשיים ותרבותיים משתנים ואינדיווידואליים. המטרה הייתה לבחון אם אפשר למפות את חוויותיהם הקונקרטיות של מטופלים על פי מודל זה. המחקר התבסס על הפרדיגמה האיכותנית וכלל ניתוח תכני של טקסטים מראיונות פתוחים למחצה עם 94 ישראלים אשר פנו בעבר לטיפול רפואי. המודל התיאורטי אכן אפשר זיהוי המושגים 'כבוד סגולי' ו'כבוד מחיה' בחוויות המטופלים. המסקנה העולה מהממצאים היא שמדיניות בריאות המכוונת לשמור על כבוד המטופל אמורה להתייחס לא רק לקידום הכבוד הסגולי, אלא גם, ובמיוחד, לקידום הכבוד המחיה.

מילות מפתח: כבוד החולה, כבוד סגולי, כבוד מחיה, מחקר איכותני, תקשורת רפוא וחולה

... לי מאוד מאוד חשוב... בכל טיפול שאני הולכת אליו... שיהיה לי איזשהו דיאלוג עם הבנאדם שנמצא מולי, ושכאילו, אני ארגיש שהוא מסתכל עליי, שאני לא עוד, אה, אני לא יודעת מה, עוד אחת שנכנסת אליו, וכאילו, טוב, מה הבעיה שלך. הרבה פעמים אני נכנסת לטיפול רפואי והרופא פשוט מסתכל עליי בתור בעיה לא בתור בן אדם שכאילו יושב מולי, וזה... וזה הכי חשוב לי, זה הדבר הראשון שנורא נורא חשוב לי, שבן אדם שאני משתפת אותו בדברים כאילו פרטיים שלי שהוא יהיה בן אדם קודם כול. ושהוא באמת יתייחס אליי בצורה שהיא נעימה ו... וישדר אכפתיות, כאילו ו... וינסה לעזור לי, ולא כאילו, יסתכל עליי בתור איזה סטטיסטיקה או משהו כזה... [דברי מרואיינת במחקר]

אחת הביקורות המופנות כלפי הרפואה המודרנית נוגעת להעדר יחס אנושי בטיפול (dehumanization) (Aranda & Jones, 2010). השימוש הגובר במכשור, סרבול בירוקרטי וחוסר יחס אישי, הם רק חלק מהמאפיינים שתוצאתם פגיעה בכבוד האדם

המאמר מוקדש לזכרו של פרופסור ויקטור פלוריאן ז"ל.

הכותבות מבקשות להביע תודתן לסטודנטים בקורס 'ערכים בטיפול ושיקום' במחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן, על תרומתם למחקר.

(Parsons & Hooker, 2010). מסגרת רפואית חושפת מטופלים לפגיעה בכבודם בגלל המתחים המאפיינים אותה ובעיקר האסימטריה הבין-אישית: בצד אחד של האינטראקציה יש מידה רבה יותר של ידע וסמכות, ואילו הצד האחר נמצא בעמדה של חולשה ונחיתות (Jacobson, 2009). מחקרים שנערכו בנושא בעולם המערבי על חולים במחלות שונות ובמסגרות רפואיות מגוונות אכן מצביעים על כך שמטופלים מדווחים על פגיעה ניכרת בכבודם במפגש הרפואי (Baillie, 2009; Enes, 2003; Lohne, Asgaard, Caspari, Slettebo, & Naden, 2010; Matiti & Trorey, 2008; Slettebo, Caspari, Lohne, Asgaard, & Naden, 2009; Wright, Holcombe, & Salmon, 2004).

בישראל, למרות חשיבות הנושא, ואף על פי שמערכת הבריאות בישראל חושפת את צרכניה ואת נותני השירותים שבה גם יחד למציאות דוחקת ורוויית מתחים (בן נון, ברלוביץ' ושני, 2010), טרם פורסם מחקר הבוחן את המשמעויות שמעניקים מטופלים לפגיעה בכבודם ולשמירת כבודם בהקשר הרפואי.

אך מהו כבוד? למה מתכוונים מטופלים בבקשתם לחוות חוויה מכבדת בעת הטיפול בהם? כדי לשפר את חוויית האדם במסגרת הרפואית נחוצה קודם כול הבנה מעמיקה של הכוונה והמשמעות שמטופלים מייחסים למושגים פגיעה בכבוד ומתן כבוד בעת קבלת טיפול. הבעיה הבסיסית במחקר היא השימוש הרווח במונח 'כבוד' בהקשרים בין-אישיים שונים, ללא הגדרה מעמיקה או ממצה שלו (מיקולינסר ונחמיאסי-יחיאמוביץ', 2001). הבעיה חמורה בפרט בישראל, לאור הדלות הסמנטית בשפה העברית בתחום זה לעומת השפה האנגלית, שיש בה הבחנה בין היבטים שונים של המושג (לדוגמה: dignity, honor, glory, respect) (קמיר, 2004).

בספרות המקצועית המערבית התפרסמו תיאוריות ומחקרים שונים שנועדו להבהיר את מושגי הכבוד באמצעות מודלים, סיווגים והגדרות שונות (Jacobson, 2009; Langdon, 2007; Nordenfelt, 2003; Schroeder, 2008). לדוגמה, ערכה חקירה מעמיקה של המונח Respect וזיהתה חמש תמות המופיעות כאשר מתארים אותו: כוח חברתי, חוקים חברתיים, דאגה, אי-שוויון וקבלת השונות. ג'קובסון (Jacobson, 2009), לעומתה, מציעה דיכוטומיה בין שתי קטגוריות עיקריות: את הראשונה היא מגדירה 'כבוד אנושי', ומתייחסת לערכו הפנימי של האדם מעצם היותו אדם. ערך זה הוא מוחלט, בלתי ניתן לביטול או לאמידה, אינו יחסי ואינו מותנה בהקשר. לתפיסה זו של כבוד האדם גרסה דתית — תפיסת האדם 'בצלם אלוהים', וגרסה חילונית — שהאדם הוא יצור רציונלי ומוסרי ועל כן ראוי לכבוד. שתי הגרסאות מבססות את ההשקפה שכבוד האדם טומן בחובו מידה מינימלית של הוגנות וצדק עבור כל בני האדם באופן שוויוני. קטגוריה זו של כבוד מתארת נורדנפלד (Nordenfelt, 2003) באמצעות המילה הגרמנית Menschenwürde. מילה זו מדגישה היבטים בלתי תלויים בזמן ובהקשר. הקטגוריה השנייה של כבוד האדם לפי ג'קובסון

(Jacobson, 2009) היא 'כבוד חברתי', כלומר היבטים של כבוד האדם המתבססים על הכבוד האנושי שהוגדר לעיל, אולם הם תלויים, יחסיים, ומשתנים בהקשר החברתי, שכן אפשר לזכות בהם או להפסידם.

בהקשר הרפואי נבחנה משמעות המונח כבוד מזווית ראייתם של מטופלים בכמה מסגרות רפואיות (Baillie, 2009; Enes, 2003; Lohne et al., 2010; Matiti & Trorey, 2004; Wright et al., 2004; Slettebo, et al., 2009). כמו כן פותח המונח Respect תוך הדגשת חובתם המוסרית של אנשי מקצועות הבריאות להכיר באנושיותם של מטופלים באופן שוויוני (Beach, Duggan, Cassel, & Geller, 2007). אולם על אף מחקרים אלה עדיין ההגדרה עמומה, ויש צורך להמשיך את המחקר בנושא (Spagnoletti & Arnold, 2007). אחת הטענות היא שהסרכול התיאורטי בתחום מקשה על יישום הידע לגבי כבוד האדם, הלכה למעשה, בהקשר פרקטי טיפולי (Killmister, 2010).

בהעדר מודל מושגי אחיד ומובנה, בייחוד בשפה העברית, שאל המחקר הנוכחי מודל תיאורטי מתחום המשפט, שהציגה לראשונה המשפטנית ד"ר אורית קמיר (2004). המודל מבחין בין ארבעה סוגים שונים של כבוד, וכל אחד מהם נשען על תפיסות עולם ערכיות שונות, אשר "...הלשון והתרבות העברית כורכות יחד ללא הבחן" (קמיר, 2004, עמוד 215). סוג הכבוד הראשון המוצג במודל מכונה 'הדרת כבוד' (באנגלית: honor). לפי קמיר סוג כבוד זה קשור בסדרים פוליטיים וחברתיים, כגון מעמדות והיררכיה שלטונית. סוג הכבוד השני מכונה 'כבוד סגולי' (באנגלית: dignity). מושג זה מגלם בתוכו את ההיבטים המוחלטים, האוניברסליים והמולדים של כבוד האדם. לפי קמיר ערך ליברלי ומודרני זה קובע רף תחתון להתנהגות בין-אנושית. תפיסה של שוויוניות היא חלק בלתי נפרד ממנו, שכן לכל בני האדם אותו משקל סגולי. 'כבוד מְחִיָּה' (באנגלית: respect) הוא הסוג השלישי של כבוד במודל, והוא כולל בתוכו את הכבוד הסגולי, אך רחב ממנו משום שהוא מתמקד בהיבטים אנושיים שהם מעבר לקיום בסיסי. באופן כללי, מונח זה מתייחס לתכונותיו ולצרכיו הייחודיים של כל אדם הן כפרט והן כחבר בקבוצה. צרכים אלו אינם מינימליים ובסיסיים אלא אופטימליים, רחבים וחלים על מגוון היבטים ייחודיים ושונים בחיי אנשים המשתייכים לקבוצות תרבותיות וחברתיות שונות, כמו סגנונות חיים ותקשורת בין-אישית, העדפות אישיות ועקרונות דתיים. סוג הכבוד האחרון במודל של קמיר מכונה 'הילת כבוד' (באנגלית: Glory). כמו הכבוד הסגולי, גם הילת כבוד היא תכונה מולדת ומוחלטת של בני האדם, אולם המקור לערך זה הוא חיצוני לאנושות – האל. המונח הילת כבוד מופיע רבות בספרי הקודש לגבי כבוד האל, כך שסוג כבוד זה מבטא חיבור עם אלוהות מטפיזית נצחית. מודל הכבוד של קמיר לקוח אמנם מגוף ידע משפטי, אולם עושרו הרעיוני עושה אותו לכלי חד ונהיר גם בתחום המחקר הפסיכולוגי. להבחנה בין המושג 'כבוד מחיה' (Respect) לבין המושג 'כבוד סגולי' (Dignity) יש פוטנציאל

משמעותי להבנת חוויות של מטופלים הנמצאים מלכתחילה בעמדה לא שוויונית, והיא הבסיס הרעיוני של המחקר הנוכחי. לאור חדשנות הנושא והשאיפה להבין את נקודת מבטם הפנומנולוגית של המטופלים, התבסס המחקר הנוכחי על שיטת המחקר האיכותני (Maxwell, 2013).

שיטת המחקר האיכותני

מקובל להבין את המחקר האיכותני בכללותו כמנוגד למחקר כמותי-פוזיטיביסטי, המתבסס על פרדיגמה מדעית שונה, וממנה מופק סוג אחר של ידע (שלסקי ואלפרט, 2007). לפי הגישה הפוזיטיביסטית, המציאות היא ישות ממשית המצויה 'בחוק' וניתנת להכרה. לעומת זאת התפיסה המנחה את המחקר האיכותני מבינה את המציאות כתוצר של התודעה האנושית – שם היא גם מתקיימת ומשתנה ללא הפסק (Creswell, 2007). מהות התהליך המחקרי איכותני הוא חיפוש המשמעות שמייחסות קבוצות ופרטים לבעיה חברתית או אנושית (Creswell, 2009).

בספרות האיכותנית מתנהל דיון נרחב על תפקידה ומקומה של התיאוריה במחקר האיכותני (Anfara & Mertz, 2015; Tavallaei & Abu Talib, 2010). יש מחקרים שבהם התיאוריה היא תוצר של המחקר ועומדת בסופו, ובאחרים היא מופיעה בתחילה, מתוכה מתעצבות השאלות והיא מהווה מעין משקפיים שדרכם אפשר להתבונן על הנתונים (Creswell, 2007). יש גם שיטות משולבות שבהן אפשר גם להסתמך על תיאוריה וגם ליצור תיאוריה באותו מחקר (Creswell, 2009).

המחקר הנוכחי מסתמך על הקטגוריה הקונסטרוקטיביסטית, ואינו אינדוקטיבי במהותו אלא מונחה מודל תיאורטי. בעקבות שקדי (2003), התחלנו באיסוף המידע ובניתוחו מתוך מסגרת מושגית התומכת בכיוון ובמיקוד על פי מודל 'הכבוד' של קמיר (2004), תוך מוכנות מתמדת לערוך שינויים בעקבות קבלת מידע חדש. שקדי מסביר כי "תיאוריות מספקות נקודת מבט, דרך הסתכלות או פרשנות אשר נועדו לאפשר הבנה של תופעות נחקרות" (שקדי, 2003, עמ' 37). בדומה לכך, מסבירים אורמסטון, ספנסר ברנרד וסנייפ (Ormston, Spencer, Barnard, & Snape, 2014) כי בתחילת המחקר האיכותני הם נעזרים בתיאוריה כדי לתכנן את המחקר, את המדגם ואת כליו. בתהליכי הניתוח הראשוניים הם מתמקדים ככל האפשר בהשקפותיהם ובחוויותם של המשתתפים במחקר. עם זאת, לאחר קבלת ממצאי הניתוח הם מארגנים את הממצאים על פי ההקשר התיאורטי ההתחלתי ועל פי הידע הקיים בספרות.

מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבחון באמצעות המודל המושגי התיאורטי שהציעה קמיר (2004) את משמעויות המושג 'כבוד' כפי שתופסים אותו אנשים שקיבלו טיפול רפואי כלשהו. מבחינה מעשית, שאלת המחקר הייתה אלו התנהגויות במפגש הרפואי מפרשים מטופלים כפוגעות בכבודם או מכבדות אותם. עוד בדקנו אם אפשר למצוא

בתיאוריהם של מטופלים תמות ברורות הניתנות להבחנה איכותית בין כבוד סגולי לכבוד מחיה. שאלות אלו נשאלו בשתי רמות: אפשר להגדיר את הרמה הראשונה כפתוחה ואקספלורטיבית, ומטרתה לחשוף באופן מרבי את עמדות המרואיינים לגבי המושג כבוד; הרמה השנייה נובעת ישירות מהמסגרת התיאורטית ובוחנת אם אפשר לזהות את סוגי הכבוד המפורטים במודל הכבוד של קמיר (2004) בנרטיבים של המרואיינים מחוויות הטיפול הרפואי שקיבלו. המחקר כלל ראיונות מובנים למחצה עם אנשים מהאוכלוסייה הכללית השונים במאפייניהם אשר פנו לקבלת טיפול רפואי למגוון בעיות גופניות. הראיונות תומללו והנרטיבים נותחו ניתוח תוכני שיטתי.

המחקר

אוכלוסיית המחקר

במחקר רואיינו 107 איש מהאוכלוסייה הכללית אשר חוו הליך רפואי כלשהו (ביקורת, מעקב, טיפול ניתוחי או תרופתי וכיוצא באלו) והסכימו להתראיין. טווח הגילים של המרואיינים בעת עריכת הריאיון היה 17–85 שנים, ממוצע הגיל 37 (סטיית תקן 16.65), ביניהם 67 נשים (71% מכלל המדגם) ו-27 גברים (29% מכלל המדגם). יותר ממחצית מהמרואיינים (55.9%) היו נשואים או בקשר זוגי, 79.8% מהם ילידי ישראל, 47.9% דתיים ו-41.5% חילוניים. לשליש מהנבדקים (31.5%) השכלה של 15 שנות לימוד ומעלה.

הליך המחקר

המרואיינים היו סטודנטים מן המחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטת בר-אילן. אוכלוסיית המחקר הייתה הטרוגנית מבחינת המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים. הסטודנטים בחרו מרואיינים באופן מקרי, כחלק מחובותיהם בקורס 'ערכים מנחים בטיפול ושיקום', בהנחייתה של הכותבת הראשונה, וראיינו אותם. הכותבת השנייה ראינה שמונה מרואיינים נוספים. הסטודנטים ערכו את הראיונות לאחר שעברו סדנת הכנה בהנחיית הכותבת השנייה. מטרת הסדנה הייתה להכין את הסטודנטים לעריכת ריאיון מובנה למחצה, הבהרת עקרונותיו והיבטיו האתיים. לאחר קריאת התכנים הוחלט לנתח ניתוח איכותני רק 94 ראיונות. אם מרואיין ביקש שסיפורו לא יכלל במחקר או שהמרואיין ביטא תחושות הטיה עקב סיבות אישיות, הוצא הריאיון מתהליך הניתוח. על אף צמצום המדגם נשמרה ההטרוגניות. נקודה זו משמעותית ומכוונת, כי המטרה הייתה לקבל מידע סובייקטיבי ממגוון מרואיינים.

הריאיון נפתח במילוי שאלון דמוגרפי ובבקשה: "כעת אבקש ממך להיזכר במצב שבו פנית כדי לקבל טיפול רפואי. אנא הרהר/י בתקופה זו". לאחר מכן נשאלו חמש

שאלות אשר סדר הופעתן מהותי. השאלות הראשונות נושאות אופי פתוח ללא שימוש ישיר במושג 'כבוד' (לדוגמה: "האם תוכל/י לתאר את חוויית הטיפול בך?") השאלות הבאות הופכות ממוקדות יותר ומתייחסות ישירות לרגשות ולמחשבות על המושג 'כבוד' (לדוגמא: "אבקש שתיזכר/י בחוויה אחת שבה הרגשת שהתייחסו אלייך בחוסר כבוד. אנא, תארי לי את החוויה"). הריאיון המובנה למחצה יצר מסגרת מארגנת המספקת קווים כלליים למהלך המפגש, אולם כדי לקדם ביטוי אותנטי של המרואיינים, התאפשר מהלך גמיש לכל ריאיון. לאחר הריאיון המובנה למחצה נשאלו חמש שאלות ממוקדות לכל אירוע שתואר, כדי למפות את מאפייניו (האבחנה שבעטיה פנה המרואיין לטיפול רפואי, המסגרת הרפואית שבה התרחש האירוע, סוג המטפל באירוע, מגדר המטפל והאם הייתה הכרות קודמת עמו). הראיונות הוקלטו ותומללו מיד לאחר מכן או נרשמו במהלך הריאיון. הסטודנטים הונחו לתמלל את הריאיון מילה במילה והחומר הכתוב הועבר לניתוח לכותבת השנייה. הראיונות נערכו לאחר שהמרואיינים חתמו על טופס הסכמה מדעת. המחקר נערך לאחר קבלת אישור של ועדת האתיקה של המחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטת בר-אילן.

לאחר הריאיון כתב כל מראיין יומן אישי על המפגש עם המרואיין. יומן זה כלל פירוט מאפיינים שונים אשר השפיעו לדעתו על האינטראקציה וכיצד. כתיבה זו עודדה מודעות עצמית ביקורתית לגבי ההשפעות האפשריות של המראיין על מושא המחקר. כיוון שאי אפשר לסלק את ערכיו ותפיסותיו המקדימות של החוקר (Maxwell, 2013), חשוב מאוד שהחוקר יבחן את עצמו בכנות לגבי תהליך איסוף החומרים, ניתוחם ופרשנותם. מטעמים אתיים יש להיות זהירים ולבדוק היבטים הנובעים מאישיות המראיין, היבטים שמקורם במרואיין והיבטים שהם תוצר האינטראקציה שנרקמה ביניהם (Josselson, 2007). הרפלקציה (התבוננות עצמית ביקורתית על גורמים אשר עלולים להטות את מהלך הריאיון) תועדה ביומן ואפשרה לחוקרות לבדוק את איכות הראיונות. כפי שצוין לעיל, אם לאחר קריאת היומן התעורר חשד כי הייתה הטיה ניכרת של המראיין במהלך הריאיון, לא נכלל אותו ריאיון במחקר.

שיטת הניתוח

חומרי הניתוח היו תמלולים מדויקים של הראיונות. קבצי התמלול הוכנסו לתוכנת ATLAS. Ti, גרסה 7, לארגון ולניתוח של חומרים איכותניים. לאחר קריאה מעמיקה של הטקסטים, סווגו אמירות המרואיינים (פסקאות, ביטויים, משפטים או מילים) לתמות ולתת-תמות על פי תוכנן. הניתוח נעשה על פי השקפת עולם איכותנית-קונסטרוקטיביסטית, מתוך כוונה לזהות את רכיבי המודל התיאורטי בחומר הגולמי תוך ביקורתיות קפדנית כלפי המודל ומאמץ מודע שלא לכפות את המודל על התוכן. התמות השונות סווגו על פי התאמתן לאחד משני סוגי הכבוד המשוערים. בה בעת תוארו וקוטלגו גם תכנים אשר לא התיישבו עם מושגי המודל התיאורטי. יש להבהיר

כי תמה מבטאת רעיון מרכזי רחב אשר שב ועולה בחומרי הניתוח בצורות ביטוי שונות. כאמור, היו תמות שחולקו לתת-תמות, כלומר לנושאים מצומצמים יותר בהיקפם הקשורים רעיונית לתמה המרכזית.

ממצאים

בסך הכול נותחו ניתוח איכותני 186 נרטיבים של חוויות ממצבי טיפול רפואי. 87 מהנרטיבים תיארו חוויות של מתן כבוד ו-92 חוויות של פגיעה בכבוד. שבעה נרטיבים תיארו חוויה שיש בה גם פגיעה בכבוד וגם קידום כבוד. לוח 1 מציג את כל התמות והתת-תמות בקטגוריות השונות.

כבוד סגולי

התמות שסווגו ככבוד סגולי בסיטואציה הרפואית (5 תמות של קידום כבוד ו-10 תמות פגיעה) מבטאות את הרעיון שכבוד סגולי הוא כבוד בסיסי כלפי המטופל, תוך שהמטפל מתאמץ לשמר את חייו ואת תפקודו הגופני של המטופל. התמות מגוונות, אולם כולן מייצגות את הרעיון העומד מאחורי ההגדרה של 'כבוד סגולי'.

קידום כבוד סגולי

זיהוי צרכיו הגופניים של המטופל ומענה עליהם. היו מרואיינים שהתמקדו בטיפול שקיבלו מהמטפל בצרכיהם הגופניים, גם כאשר לא נבעו ישירות מהבעיה הגופנית שבעטייה פנו לטיפול. למשל: הצורך בשמירה על חום הגוף. תיארה אביבה*:

התייחסו אליי בכבוד, אני זוכרת... התייחסו אליי מאוד יפה... הבינה את הצורך שלי. דאגו לי. אחר כך היה לי קר, האחיות דאגו לעטוף אותי שם כמו שצריך...

בטחון המטופל במיומנות המטפל. בתמה זו נכלל הצורך הבסיסי לקבל טיפול שלא יגרום נזק. הדגש הוא על התחושה סובייקטיבית של ביטחון באיש המקצוע ומציאת תימוכין לכך שהוא מסוגל לתת את הטיפול בצורה ראויה ובטוחה. מרואיינים רבים ביטאו ביטחון במטפל בהם, הגדיר זאת אברהם: "היה נראה שהיא יודעת מה היא עושה". החוויה נוגעת בתחושת בטחון קיומית בסיסית ועל כן שויכה לקטגוריה המושגית 'כבוד סגולי'.

* כל השמות בדויים.

לוח 1 : תמות ותת-תמות שזוהו כבניתוח האיכותני*

תמות ותת-תמות	סוג הכבוד בהקשר רפואי
זיהוי צרכיו הגופניים של המטופל ומענה עליהם בטחון המטופל במסוגלות ובמיומנות של המטפל מאמץ להימנע מגרימת כאב בטיפול רפואי טיפול מהיר מציל חיים שיפור במצב הגופני	קידום כבוד סגולי בהקשר רפואי
טעות בטיפול רפואי אי העמקה בתלונות מניעת טיפול רפואי מהמטופל או דחייה ניכרת במתן טיפול טיפול ממטפל לא מיומן או לא מרוכז או לא מתאים בהכשרתו טיפול משיקולים שאינם קשורים בטובת המטופל השפעות עמדות המטפל על קבלת החלטות הרפואיות: <i>א. תיוג בעיה גופנית כנפשית</i> <i>ב. השפעת דעות קדומות של המטפל על קבלת החלטות מקצועיות</i>	פגיעה בכבוד סגולי בהקשר רפואי
אי מענה על צרכים גופניים המתעוררים במהלך טיפול ואי מניעת סבל מיותר: <i>א. התעלמות מצרכים גופניים המתעוררים במהלך קבלת טיפול רפואי</i> <i>ב. הסבת כאב מיותר במהלך טיפול או אי התייחסות לכאב</i> <i>ג. טיפול אגרסיבי או טיפול תרופתי קשה שאינו הכרחי</i>	
העדר הסכמה מדעת העברת האחריות הטיפולית אל המטופל חפזון או החפזה (אובייקטיביזציה או ראיפיקציה) של המטופל	
דאגה ואכפתיות אותנטיים של המטופל יצירת אווירה נוחה ופתוחה יחס חיובי לא הכרחי אינטראקציה טיפולית ממוקדת מטופל: <i>א. הצגה עצמית של המטפל</i> <i>ב. הכנה מראש לקראת טיפול</i> <i>ג. סבלנות לשאלות והתלבטויות</i> <i>ד. שיתוף המטופל בתהליך הטיפולי</i> <i>ה. מתן תחושת אמון במטופל</i> <i>ו. תחושת נגישות הצוות המטפל, מעורבותו ושמירה על קשר רציף עמו</i>	קידום כבוד מחיה בהקשר רפואי

* התת-תמות מוצגות בכתב נטוי.

כבוד האדם במסגרת רפואית

תמות ותת־תמות	סוג הכבוד בהקשר רפואי
<p>טכניקה טיפולית מכבדת: א. מתן טיפול מהיר ב. עדינות במתן טיפול ג. התאמת טכניקת הטיפול להעדפות המטופל ד. גמישות המטפל ה. מגע מרגיע ו. הגנה על פרטיות</p>	<p>קידום כבוד מחיה בהקשר רפואי (המשך)</p>
<p>התייחסות להיבטים נפשיים ותרבותיים במהלך הטיפול: א. קשב לפחדים המתעוררים בטיפול ב. קידום רגשות חיוביים: בטחון, יציבות, תקווה, אופטימיות ג. סבלנות תרבותית ד. הקפדה על מחווה משמעותית ה. נימוסים והליכות</p>	
<p>יחס מילולי משפיל א. העלבת מטופל ב. הרמת קול על מטופל ג. הבעת ביקורת פוגענית או לא רלוונטית</p>	<p>פגיעה בכבוד מחיה בהקשר רפואי</p>
<p>ניכור במתן טיפול: א. מתן טיפול ללא אכפתיות אישית ב. מתן טיפול ללא אמפתיה/רגישות ג. מתן טיפול ללא סבלנות ד. מתן טיפול ללא ליווי והחזקה ה. העדר שמירה על פרטיות</p>	
<p>סרבול טכני ובירוקרטי פער ביחס הניתן במסגרת פרטית לעומת ציבורית פטרוניות של המטפל:</p>	
<p>א. חוסר הסבר מונחים רפואיים ב. חוסר פתיחות של המטפל לשאלות</p>	
<p>רמת מקצועיות גבוהה של המטפל: א. העמקה ויסודיות במתן טיפול רפואי ב. התייחסות להיבטים השונים של תוצאות הטיפול</p>	<p>קידום משולב של כבוד מחיה וכבוד סגולי</p>
<p>פגיעה בכבוד מחיה הנחווית כקידום כבוד תפיסה משולבת של קידום ופגיעה בכבוד: א. קידום כבוד סגולי תוך פגיעה בכבוד מחיה ב. קידום כבוד מחיה תוך פגיעה בכבוד סגולי</p>	<p>סתירה בין סוגי כבוד</p>

השתדלות להימנע מגרימת כאב בטיפול רפואי. כאב הוא אחת החוויות המאיימות ביותר בהקשר של טיפול רפואי. לפי תפיסת המושג 'כבוד סגולי', חשיפה לא הכרחית של אדם לחוויה של סבל משמעותה פגיעה בכבודו (קמיר, 2004). מרואיינים חוו כבוד מהמטפלים בעצם ניסיונם למנוע מהם כאב גופני או להפחיתו ככל האפשר. בנימין סיפר שהצוות השתדל למנוע ממנו כאב בעת החדרת עירו:

אחרי כמה ימים שבהם עשו לי אלף בדיקות דם וכל הוורידים שלי היו מחוררים כבר, נורא היו בסדר איתי שלא ניסו להכאיב לי ולחפש את הווריד הכי נכון. בתכל'ס הם היו יכולים לחפש את הווריד הראשון אבל הם התאמצו לחפש אחד שבו הם ישר יצליחו ולא יכאיבו לי יותר מדי.

טיפול מהיר מציל חיים. חיי אדם באשר הוא הם לב ליבו של המושג 'כבוד סגולי'. הקשר בין פנייה לטיפול רפואי והצלת חיים נתפס כטריוויאלי, ובכל זאת מרואיינים תיארו אירועים קיצוניים של סכנה שזכו למענה רפואי הולם. בזיכרונו של גדליה נצרכה התנהגות נחושה של רופא, אף על פי שהמטופל זלזל בסגנונו הקפדני של הרופא ובהערכת חומרת מצבו, ורק בדיעבד הבין אותה כמצילת חיים:

... וכשרופא, שהוא רופא מחליף, בגלל שלא היה הרופא הרגיל, התחיל לבדוק ככה קצת... די זלזלתי, בגלל שזה רופא שנוהג לבדוק מאוד מאוד בקפדנות, אבל הוא פתאום אמר לי: אוקיי, תמתין פה, אני מזמין לך אמבולנס ולוקח אותך לבית החולים. כמובן שאני לא רציתי, וחשבתי שזהו, שייתן לי משהו נגד הכאבים, והוא אמר, תשמע אתה לא זו מפה, אני אישית לוקח אותך לאמבולנס. ובאמת כך היה. הוא קרא לאמבולנס, לקח אותי לבית חולים ... הוא רק הוריד אותי לאמבולנס. הגעתי לבית חולים, אחרי שעה מצאתי את עצמי בחדר הניתוחים, אפנדיציט. אחרי הניתוח באו ואמרו לי, תשמע, זה... היית קרוב ל...

שיפור במצב הגופני. המטרה הברורה ביותר של פנייה למערכת רפואית היא ריפוי או הקלה בתסמינים גופניים הנובעים מבעיות גופניות. אף על פי שפנייה לאיש מקצוע רפואי נראית חוויה טריוויאלית, מרואיינים ציינו חוויה זו כמשמעותית ומכבדת.

פגיעה בכבוד סגולי

קטגוריה זו עוסקת בביטויי התנהגות הנתפסים כ'חציית קו אדום'. עשר התמות שזוהו נוגעות לרמה בסיסית ביותר של צרכי קיום אנושיים.

טעות בטיפול רפואי. תמה זו זוהתה כתמה השכיחה ביותר בקטגוריה זו. מרואיינים רבים זכרו ופירוטו חוויות טיפול שלפני תפיסתם נעשו בו טעויות אשר יכלו לגרום או אף גרמו להחמרת מצבם הבריאותי. הם תיארו את ההשלכות הנפשיות והחברתיות של החמרת מצבם הגופני עקב הטיפול בהם:

חוויה אחת שאני יכול לחשוב עליה אירעה לפני זמן רב. חליתי בדלקת ריאות והרופא הראשון שבדק אותי לא שלח אותי אפילו לשיקוף ריאות, הוא החליט שיש לי רק שפעת, נתן לי תרופות פשוטות נגד שיעול וכו' ושלח אותי הביתה. המחלה לא עברה ונבדקתי פעם נוספת, אז גילו כי יש לי דלקת ריאות. המצב הזה הכעיס אותי מאוד. הרגשתי שמתעלמים מהתחושות שלי, ולא מתייחסים אליי ברצינות. לא התעמקו בתלונות שלי ולא שאפו להבין באמת מה לא בסדר איתי, נתנו איזו תרופה לא מתאימה ושלחו אותי הביתה. אם הייתי שומע בעצת הרופא הראשון ולא נבדק שוב, הייתה סכנה ממשית לבריאותי. (דניאל)

אי העמקה בתלונות. תמה זו מתמקדת בחוויה של זלזול שלא בהכרח הובילה לטעות טיפולית, אך החרדה והעלבון בולטים בתכנים.

הרופאה לא הייתה מוכנה לשמוע את הרקע וכל הדברים, היא מבחינתה חשבה שאני סתם, הם חושבים שכל אחד רוצה להוציא גימלים, היא לא ממש התייחסה למקרה שלי, היא לא ראתה שאני מורה חיילת ולא אמורה להיות לי בעיית קב"ן, הרגשתי שהיא מנערת אותי, שיש לה מקרים דחופים יותר. את סתם מתבכיינת, "קצת כואבת לה הבטן, את קצת משלשלת, שיהיה לך בהצלחה".... (בתיה)

מניעת טיפול רפואי או דחייה ניכרת של טיפול. מרואיינים סיפרו על מצבים שבהם פנו בשל מצוקה גופנית כלשהי אולם נדחו, כלומר נשלחו לדרכם ללא כל מענה:

...במרפאה הרגילה שלי התייחסו אליי בחוסר כבוד, האחיות והפקידים. הם לא היו רגישים למצב שלי, הערימו קשיים בדרך כדי לקבל התחייבויות והפניות. הערימו בירוקרטיה בצורה מוגזמת שלא מבינה את המצב. פעם הייתי צריכה בדיקה דחופה והם מסמסו את זה ודחו אותי ולא שלחו. אני הייתי צריכה לנסוע למיון בגלל הפשלה שלהם. (גילה)

מטפל לא מיומן או לא מרוכז או לא מתאים בהכשרתו. מרואיינים הביעו תחושות של אי אמון במי שמופקד על הטיפול בהם. קבלת טיפול רפואי ממי שנתפס לא מתאים יכולה לעורר חששות כבדים לשלמות הגוף והנפש. ספק בכשירותו של האדם המופקד על בריאות המטופל כרוך בערעור תחושת כבודו הסגולי. דליה, שסבלה מגוש בשד תיארה חוויה של טיפול ללא ביטחון במיומנות המטפל:

לא היה עוד את הידע, וזה הרגיש לי ש"ננסה לקחת מהאזור", כאילו בול פגיעה. זה לא הרגיש לי שזה היה משהו מדויק, שהם יודעים מה הם צריכים לעשות...

טיפול משיקולים שאינם קשורים בטובת המטופל

כמה מרואיינים תיארו שקיבלו טיפול רפואי אולם בחווייתם הטיפול ניתן להם מסיבות שאינן רלוונטיות לבריאותם, כגון האגו של המטפל (עמדה כוחנית פטרונית), צרכי לימוד של סטודנטים למקצועות רפואיים, ואינטרס כלכלי של המטפל.

השפעות עמדת המטפל על קבלת החלטות רפואיות. כמו בתמה הקודמת, גם בתמה זו תוארה חוויה של טיפול המוכתב משיקולים שאינם דווקא טובת המטופל, ועל כן פוגע בכבודו הסגולי. מרואיינים סיפרו על טיפול שלדעתם אינו עולה בקנה אחד עם המחקר או מדע הרפואה, ומוטה בצורה חריגה על פי עולם הערכים של איש הצוות הרפואי. תמה זו מתחלקת לשתי תת-תמות: (א) תיוג בעיה גופנית כנפשית; (ב) השפעת דעות קדומות של המטפל על קבלת החלטות מקצועיות. להלן דוגמה לאופן שמטופל חווה דעות קדומות, סטריאוטיפים ותפיסות אישיות של המטפל על מהלך הטיפול והשפעתם על הטיפול:

הוא שאל אם אני לוקח תרופות. אמרתי לו שאני מטופל נפשית. פתאום הכול השתנה!! הוא אמר שזה לא נראה לו כמו התקף לב. הוא בדק כמה דברים, אמר לי לשכב ושאיין לי כלום. הבת שלי התעקשה לעשות אק"ג, והוא שלח אותנו לאח לעשות את זה. גם האח ידע שאני מטופל נפשית ואמר שהאק"ג מקולקל. עאלק! לא האמנתי לו!! בסוף חזרתי לרופא והוא אמר שאיין לי כלום ושאם אני מתעקש הוא ייתן לי הפניה למיון נפשי. הרגשתי נורא, התייחסו אליי מגעיל בגלל שאני מטופל נפשית, התייחסו אליי כמו משוגע למרות שהיה לי התקף לב. הרופא פשוט צחק עליי ואמר שאיין לי כלום. שילך לעזאזל. (עמנואל)

חוסר מענה על צרכים גופניים המתעוררים במהלך טיפול ואי מניעת סבל מיותר. תמה זו חולקה לשלוש תת-תמות וכולן נוגעות בסבל מיותר של מטופלים שלא זכה לתשומת לב מספקת מן הצוות המטפל. כל זאת אף על פי שניתן מענה, ואולי אפילו הולם, לבעיה הגופנית שבעטייה שהו במסגרת רפואית. התת-תמות הן: (א) התעלמות מצרכים גופניים המתעוררים במהלך קבלת טיפול רפואי; (ב) הסבת כאב מיותר במהלך הטיפול או אי התייחסות לכאב; (ג) טיפול אגרסיבי או טיפול תרופתי קשה שאינו הכרחי. בתת-תמה האחרונה בולטת העובדה כי המטופלים זכו לטיפול רפואי, אולם במהלכו נגרם להם סבל גופני ונפשי ברור ולא נחוץ. הגר תיארה חוויה שחוותה כ'אונס', ובמילים אחרות כפגיעה קשה ביותר באנושיותה:

...בסוף הגיע מתמחה צעיר, היה עומס והיו כמה נשים לפני בתור. בסוף נכנסו אני ובעלי לחדר. קצת לא נעים לי להיכנס לפרטים אינטימיים כאלה, אבל אני לא יודעת אם את יודעת שבדיקה נרתיקית יכולה להיות מאוד כואבת אם הגוף מכווץ. ידעתי מכמה בדיקות קודמות שאני מכווצת נורא בגלל חוסר הנעימות שבסיטואציה ושאיני צריכה לנשום כמה נשימות עמוקות כדי להירגע ולהשתחרר לפני שהרופא עושה את הבדיקה. ממש-ממש לא נעים... [שתיקה קצרה] בקיצור, אני שוכבת לי על המיטה עם הרגליים למעלה, מצטערת על התיאור, לפחות הייתי מכוסה, ואמרתי לו שיחכה שנייה שאני אוכל לנשום ולהירגע. הוא לא התחשב, לא חיכה רגע ודחף את הידיים שלו פנימה. זה כאב לי בטירוף וצעקתי עליו שיפסיק ושיפסיק, אבל הוא המשיך ואני צעקתי עליו שיפסיק. [שתיקה]. בסוף הבדיקה כבר היו לי ממש דמעות בעיניים. כשיצאונו

מהחדר התחלתי לבכות ואמרתי לבעלי שאני מרגישה כאילו המתמחה הדפוק הזה
אנס אותי. זהו.

העדר הסכמה מדעת. תמה דומה תופיע בהמשך בחלק על כבוד מחיה ('פטרוניות' של
המטפל), אולם כאן הדגש הוא על כך שהתנהגותו של המטפל לא רק מעצימה את
הפער המובנה בין שני הצדדים באינטראקציה הטיפולית, אלא מונעת מענה על צרכים
אנושיים בסיסיים המתעוררים בטיפול, כגון שמירה על המרחב האישי, אוטונומיה
וביטחון. במסגרת תמה זו אפשר להתייחס לסוגיית ההסכמה מדעת, שלפיה חובת
המטפל לאפשר למטופל להבין ולאשר בעל פה או בכתב את התהליך הטיפולי הצפוי.
טיפול מכל סוג, ללא הסבר ולא קבלת הסכמה, נתפס לעיתים כפלישה בוטה למרחב
האישי של המטופל ואף כאקט אלים. לפיכך טיפול ללא הסכמה מדעת פוגע קשה
בכבוד האדם במובן הסגולי הבסיסי. ורד חשה כי קיבלה טיפול לתיקון כלי דם מבלי
שהוסברו לה כל האפשרויות הקיימות לגביו:

כן הרגשתי שהוא לא איתי, שהוא עם עצמו. אחרי שעשיתי את הניתוח בטבור
גיליתי שאפשר בלי לפתוח ובלי לחתוך. הרופא לא הציע בכלל. ולצערי לא ידעתי
שיש עוד משהו, וזה הכעיס אותי. את מרגישה קצת מרומה. ההחלמה הייתה
קשה. הרגשתי כאילו דפקו אותי לגמרי. לא ראו את הבריאות שלי ולא הצלוקת
שלי. הם רוצים פשוט שאני אעשה את הניתוח אצלם. לא משקרים, הם רק לא
אומרים את כל האמת.

אפשר להתרשם מעצמת הכעס והפגיעה שהמרואינית חשה מכך שהמפגש הטיפולי
הפך עבודה לחוויה של ניצול ורמייה.

העברת האחריות אל המטופל. בניגוד לתמה הקודמת, שבה המטפל אינו מאפשר
למטופל להיות שותף שווה לקבלת החלטות לגבי הטיפול, בתמה הנוכחית נפגע כבוד
האדם מהעברת אחריות מוחלטת לטיפול או לאבחון אל המטופל בצורה שאינה עולה
בקנה אחד עם אמות מידה מקצועיות. בדוגמה שלהלן הרופא העביר את האחריות
לכשל באבחון אל המטופלת ותלה זאת בהליכתה 'הרגילה':

... והוא [אורתופד] הסתכל על הצילום וראה שעדיין יש שם שבר למרות שעברו 3
חודשים, שזה פסיכי קצת, ואז הוא התעצבן עליי, איך אני מצפה ממנו לזהות שזה
שבר כשאני הולכת רגיל? כי ניסיתי ללכת רגיל כי זה מה שהוא אמר לי... (זיוה)

חפזון או החפצה (אובייקטיביזציה או ראיפיקציה) של המטופל. תמה זו מזקקת תכנים
שבהם הצוות הרפואי מתייחס אל המטופל כאל חפץ ולא כאל בן אנוש. יחס מסוג זה
פוגע בכבודו הסגולי, מאחר שיש בו שלילה של אנושיותו על רבדיה השונים.
ההשלכות הן אובדן עקרונות מרכזיים במתן טיפול הומני כגון הסכמה מדעת, מניעת
כאב ושמירה על פרטיות. תיאורים מסוימים אף עונים להגדרה של אלימות ותקיפה.

נעה וילצינסקי ומיכל שטורם

הכניסו לי עירוי ישר כשהגעתי. לאחר מכן הגיעה אחות והלבישה אותי בכותונת. היא הייתה מאוד ברוטלית. לא היה אכפת לה מהעירוי ואם כואב לי, הצורה שבה היא מלבישה אותי, לא היה אכפת לה מהפרטיות שלי, היא פשוט באה והפשיטה אותי בבוטות והייתי צריכה לבקש ממנה לסגור את הווילון. היא השתמשה בי כחפץ, התנהגות מאוד לא יפה בלשון המעטה. (חנה)

כבוד מחיה

עבור התמה 'כבוד מחיה' בהקשר רפואי זוהו 6 תמות של מתן כבוד ו-5 תמות של פגיעה בכבוד. התמות השונות ביטאו את הרעיון המרכזי של המונח כבוד מחיה המתייחס לתכונותיו הייחודיות וצרכיו הייחודיים של אדם הן כפרט והן כחבר בקבוצה. צרכים אלו אינם מינימליים או בסיסיים אלא אופטימליים ורחבים.

התייחסות של כבוד מחיה

נושאי התמות בקטגוריה זו היו צרכיו הייחודיים של המטופל, בייחוד ברמה הרגשית, כפי שהתעוררו בהקשר הספציפי של קבלת טיפול רפואי.

דאגה ואכפתיות של המטופל. מרואיינים רבים תיארו כי חוו את המטפל בהם כמי שחש כלפיהם רגשות אותנטיים של דאגה, אכפתיות ומעורבות אישית. חוויית רגשותיו של המטפל בהקשר הרפואי הייתה לתפיסתם מכבדת. טליה, שהייתה בתהליך התאוששות מניתוח, חשה כאב באזור העירוי, פנתה לאחות לעזרה ופירשה את התנהגותה כדאגה עזה לשלומה:

...אחרי כמה דקות כבר לא יכולתי לסבול וקראתי לאחות. היא רצה לעברי. ממש ראיתי שהיא דואגת לי! התנצלתי נורא בפניה כי הרגשתי לא נעים, והיא פשוט אמרה שהכול בסדר והיא תוציא לי את זה ולא קרה שום דבר, ושיקראו לרופא ורק לו מותר להחליף את העירוי. [שתיקה] עצם איך שהיא דאגה – פשוט ראו את זה בפנים שלה. זה מאוד ריגש אותי והרגשתי שמכבדים אותי, כי היה לי קשה לבקש והיא נתנה לי להרגיש נוח עם זה.

אווירה נוחה ופתוחה. נרטיבים רבים התייחסו לאווירה שנוצרה בין המטפל למטופל. אפשר להתרשם שהאחריות לאווירה היא של המטפל ונובעת מהתנהגותו. הנוחות שנוצרה בסיטואציה אינה טריוויאלית בגלל אי השוויון בין הצדדים, המגע הגופני שמחייבת בדיקה רפואית וחשיפת הגוף בפני אדם זר. יעל, שפנתה לבדיקה עקב גוש בשד, סיפרה:

הלכתי לכירורג שד ודבר ראשון הוא היה מאוד מופתע מזה שאני בכלל מודעת, כי הרבה נשים מגיעות למצב של סרטן וכאלה כי הן לא מודעות לעצמן. ואז הוא גילה שיש לי... אני לא ממש זוכרת איך קוראים לזה... זה גושים. גם בבדיקה עצמה, למרות שזה מאוד אינטימי זה מאוד הרגיש נוח, כל הסיטואציה.

מאמץ חיובי לא הכרחי. מרואיינים זכרו מטפלים שכיבדו אותם ופעלו באופן חריג, כלומר ביצעו פעולות אשר לתפיסתם לא היו הכרחיות או נדרשות בנסיבות אולם סייעו להם מאוד. ייתכן כי הידיעה שהמטפל פועל מעבר למה שהוא מחויב מתוקף תפקידו המקצועי תרמה לתחושת הכבוד. זאב תיאור פעולה כואבת כגון הוצאת נקז, והדגיש את הניסיון של הרופא לעודדו, ניסיון שלא היה הכרחי:

שמחתי לשמוע שהרופא מדבר ומתייחס אליי כך, למרות שחוץ מהעידוד הוצאת הנקז הייתה מאוד כואבת, אבל שמחתי ואהבתי איך שהוא התייחס אליי. חשבתי שיהיה יפה אם כולם יתנהגו כמוהו. זה לא היה הכרחי להתייחס ככה, אך חשבתי שזה יהיה יפה אם יתייחסו כך, או דומה לזה.

אינטראקציה טיפולית ממוקדת במטופל. בנרטיבים רבים על סיטואציות טיפוליות באו לידי ביטוי היבטים הנוגעים למהלך הטיפול הרפואי עצמו. המשותף להיבטים אלו הוא שהם מאפשרים להעמיד את צרכי הידע והשליטה של המטופל במרכז. ההיבטים סווגו לתת-תמות: (א) הצגה עצמית של המטפל; (ב) הכנה לקראת טיפול; (ג) סבלנות לשאלות ולהתלבטויות; (ד) שיתוף המטופל בתהליך הטיפולי; (ה) תחושת אמון במטופל; (ו) תחושה שיש נגישות לצוות המטפל, שהוא מעורב ושומר על קשר רציף עם המטופל.

טכניקה טיפולית מכבדת. נרטיבים רבים, שתיארו סיטואציות טיפוליות מגוונות, הדגישו רכיבים הנוגעים לטכניקה הטיפולית. גם כאן עומדים במרכז צרכיו של המטופל, אולם הדגש הוא הפן הטכני-גופני בטיפול. התת-תמות הן: (א) מהירות הטיפול; (ב) עדינות בטיפול או מגע פיזי הנחוות כמרגיע; (ג) התאמת טכניקת הטיפול להעדפות המטופל; (ד) גמישות במיומנות המטפל; (ו) הגנה על צנעת הפרט. תיארה כרמית:

אני זוכרת שהייתי מכוסה אבל אני חושבת שלא הייתי עם בגדים... או שכבר הורידו לי את הבגדים... אני זוכרת שהתעסקו איתי מתחת לשמכה זה היה נורא ככה נחמד...

ש: זה היה נחמד?

ת: זה היה מכבד. אני זוכרת שהיא כל הזמן סידרה את החלק העליון של ה...סדין שיכסה אותי זאת אומרת לא שכבתי שם ערומה או משהו כזה. מדביקים עלייך כל מיני דברים. זה לא... זה לא... אני לא זוכרת שזה היה משהו לא נעים.

התייחסות להיבטים נפשיים ותרבותיים במהלך הטיפול. בהגדרתה של קמיר (2004) כבוד מחיה חל על מגוון היבטים ייחודיים ושונים בחיי אנשים המשתייכים לקבוצות תרבותיות וחברתיות שונות. חוויה של כבוד עצמי קשורה קשר הדוק לסולם ערכים פנימי אינדיווידואלי של האדם ולתכונותיו הייחודיות. בנרטיבים השונים נמצאו עדויות רבות לכך שהתייחסות לעולמם הפנימי הייחודי, הנפשי, החברתי והתרבותי, במהלך

טיפול רפואי, גרמה למטופלים לחוש כי מכבדים אותם. להלן התת-תמות: (א) קשב לפחדים המתעוררים בטיפול; (ב) עידוד רגשות חיוביים: ביטחון, יציבות, תקווה, אופטימיות; (ג) סובלנות תרבותית; (ד) הקפדה על מחווה משמעותית כלפי המטופל. (ה) נימוסים והליכות. תיארה לאה':

במיון הסבירו לי הכול, מה ששאלתי, וגם הצוות הטיפולי — כשאמרתי להם שאני למשל במיטה כזו, כי הייתי הרבה זמן, שהמיטה סגורה אני מרגישה כמו בכלא — אז כל פעם לקחו אותי לצילום לטיפול או משהו, הם בכל פעם שהחזירו אותי למחלקה פתחו את זה בכוונה, כולם, שאני ארגיש יותר בנוח.

פגיעה בכבוד מקיפה

התכנים שסווגו תחת הכותרת פגיעה בכבוד מחיה כללו פגיעה ברגשות המטופל ובעיקר העלבה וניכור. להלן התמות בקטגוריה זו:

יחס מילולי משפיל. מרואיינים רבים תיארו מטפלים אשר פנו אליהם באופן מבזה, לא ראוי או לא רלוונטי לבריאותם. תמה זו מתחלקת לשלוש תת-תמות: (א) העלבת מטופל; (ב) הרמת קול על מטופל; (ג) הבעת ביקורת פוגענית או לא רלוונטית.

ניכור בטיפול. בתמה זו הדגש הוא על אי הבעת רגשות והתנהגות קרה של המטפל, לעומת התמה הקודמת, שבה מודגשות התנהגויות שאינן נחוצות באינטראקציה טיפולית, כגון הרמת קול או ביקורת מיותרת. להלן התת-תמות: (א) טיפול ללא הבעת אכפתיות; (ב) טיפול לא רגיש; (ג) טיפול חסר סבלנות; (ד) טיפול ללא ליווי והחזקה; (ה) אי שמירה על פרטיות.

סרבול טכני ובירוקרטי. מרואיינים תיארו היבטים שונים הקשורים בהתנהלות אדמיניסטרטיבית של המערכת הרפואית, כגון העברות בין מחלקות ותהליך הקבלה לרופא, כמחללים את כבודם. מרואיינים רבים דיברו על משך ההמתנה לטיפול. מרים המתינה זמן רב לבדיקת גסטרו בבית חולים, וההשלכות הרגשיות של ההמתנה עולות מדבריה:

את מחכה, הנה כבר, אוטוטו, לקבל איזשהו תמונה של מה המצב, פתאום אומרים לך — לא, עוד תחכי, לעוד חודש וחצי. אז זה מאוד מעצב. את מצפה שכבר יגידו לך: יאללה בואי כבר. כל יום אני מרגישה התמוטטות, כבר הגעתי למצב שאני מגיעה לבית חולים שאני לא יכולה לתפקד — לא להזיז ידיים, לא להזיז רגליים. זה הנה לפני שבועיים קרה. גורם לי ממש להתמוטטות. מתחיל מהכאב בבטן ועולה ללחצים בחזה, כמו התחלה של התקפת לב, וזה מכניס לפחדים ותסכולים ממש מכל התחושות האלה, הראש כל הזמן עובד סביב השאלה: מה יש לי בבטן? ובינתיים סובלת. מרגישה תחושה של פעימות לב, לחצים, עולה לחץ דם, עולה סוכר, אין איזון, כבר לא יודעת מה לעשות...

פער בין היחס במסגרת פרטית לעומת ציבורית. פעמים רבות הופיעה תמה זו יחד עם התמה הקודמת, כאשר מרואיינים דיברו על התנהלות השירות הציבורי לעומת המתרחש בשירות הפרטי.

פטרוניות של המטפל. תכני תמה זו חולקו לשתי תת-תמות של פגיעה בכבוד כאשר המטפל מדגיש בהתנהגותו את נחיתותו של המטופל: (א) המטפל לא הסביר מונחים רפואיים; (ב) המטפל לא ענה על שאלות המטופל. נוגה תיארה כיצד נוצר מצב שבו נמנעה לחלוטין מלשאול את המטפל בה:

לא שאלתי כי הוא לא נתן לי הרגשה שמותר לי או שאני יכולה לשאול. הרגשתי יותר פסיבית שזה מה שצריך לעשות וזה מה שאנחנו הולכים לעשות ולא למה, זה לא מקומי לשאול למה.

שילוב של כבוד מחיה וכבוד סגולי

קטגוריה זו עוסקת בתכנים החורגים מהמודל של קמיר במשמעותם, כלומר לא נמצאה הבחנה מושגית ברורה התואמת את ההמשגה של המודל. תכני ציטוטים מסוימים סווגו כמשתייכים לתמה 'קידום כבוד', אשר אין בה הפרדה רעיונית חד-משמעית בין המונחים כבוד מחיה וכבוד סגולי. מהתת-תמות אפשר לזהות את שני סוגי הכבוד יחד באותה אינטראקציה. התמה שמשתייכת לקטגוריה זו ושהוגדרה מידת המאמץ לרמת מקצועיות גבוהה של המטפל, חולקה לשתי תת-תמות נוספות: (א) העמקה ויסודיות בטיפול; (ב) היבטים של תוצאות הטיפול.

העמקה ויסודיות בטיפול רפואי. תכנים מסוימים כללו את ההשתדלות הקוגניטיבית והמוטורית של המטפל, עד כמה היה מקיף, יסודי ומדויק.

...הוא הקשיב, הוא בדק, הוא הסביר לי בפירוט בדיוק... הוא היה מאוד מקיף ביחס שלו. זה דרש כבוד במקום מסוים. כבוד לבעיה שלי. (סיגל)

סיגל ראתה בעובדה שהרופא השתדל להבין מה היא מרגישה ודיבר איתה, ביטוי למקצועיותו. במובן זה הוא שמר על הכבוד המחיה שלה. עם זאת, היותו יסודי אפשר טיפול רפואי ראוי, ובכך כיבד אותה גם במובן הסגולי.

היבטים של תוצאות הטיפול. תשומת לב של המטפל לתוצאות הטיפול ברמה הגופנית. הדגשת פן זה נתפסה מכבדת:

ה... הגוש שלי היה יחסית לאזור הבית שחי, ו... היה לה נורא-נורא חשוב, אה, שהצלקת לא תהיה בולטת, אז אה, היא אמרה שהניתוח, הניתוח לקח קצת יותר זמן ממה שהיה אמור לקחת בגלל ש... היא ממש-ממש ניסתה לדחוף אותו לאזור... לאזור הפטמה, כדי שהחתך לא יהיה ברור לעין, וגם בזמן שהיא הוציאה אותו, היא הייתה, כאילו, היא הייתה יכולה להוציא את זה, כאילו, את יודעת,

נעה וילצינסקי ומיכל שטורם

לחתוך להוציא וזהו, אבל גם כש... גם אחרי שהיא דחפה אותו, היה לה מאוד, מאוד חשוב לא לפגוע בצינורות בחלב או בכל מיני דברים כאלה ו... היא לקחה המון-המון זמן וגם כשהיא יצאה, גם היא, כשהיא אמרה למשפחה שלי שהכול היה בסדר, אז היא הייתה נורא... שמרה את זה, ראו שזה נורא היה חשוב לה, כאילו נורא היה חשוב לה שבאמת אה... לא רק, לא לבוא ולעשות את העבודה שלה, לא רק לבוא וכאילו זה, היה מאוד חשוב לה שאני אחר כך יוכל לחיות עם זה בצורה הכי טובה שיש...

ההשתדלות ברמה הכירורגית לשמר תפקוד גופני (לא לפגוע בצינורות החלב) כיבדה את המטופלת במובן הסגולי של המונח כבוד, אולם המטופלת תפסה השתדלות זו של המנתחת באופן העונה גם על כבוד מחיה – התייחסות למטופלת באופן אישי וייחודי.

סתירה בין סוגי כבוד

ביחידות טקסט מסוימות באה לידי ביטוי מורכבות המושג 'כבוד' בהקשר הרפואי המצריכה התאמה והרחבה של המודל התיאורטי. ביחידות אלו תיארו מרואיינים חוויה המתאימה במהותה לאחד המושגים במודל, אולם פרשנותם יצרה סתירה רעיונית. מרואיינים מסוימים תיארו כי כבודם חולל וקודם גם יחד באותו נרטיב ולגבי אותה סיטואציה.

פגיעה בכבוד מחיה הנחווה כקידום כבוד. בדוגמה שלהלן תיארה המרואיינת התנהגות מבטלת של הרופא (פגיעה בכבוד מחיה) באופן חיובי. היא ראתה בכך דרך להרגיע אותה (קידום כבוד מחיה):

כן. לי זה התאים כי הוא הרגיע אותי בצורה בלתי מודעת כמעט. זאת אומרת, הוא התייחס כאילו בביטול לתלונה שלי, כאילו "אהה, זה משהו של יום-יום... גברת... תצאי מזה". אותי זה הרגיע! (פנינה)

תפיסה משולבת של קידום כבוד ופגיעה בכבוד

תמה זו חולקה לשתי תת-תמות: (א) קידום כבוד סגולי תוך פגיעה בכבוד מחיה; (ב) קידום כבוד מחיה תוך פגיעה בכבוד סגולי.

קידום כבוד סגולי תוך פגיעה בכבוד מחיה. בדוגמה להלן מתוארות מקצועיות ויסודיות של המטפל (קידום כבוד סגולי) אולם הן כרוכות באדישות ובחוסר ייחודיות בטיפול (פגיעה בכבוד מחיה):

הם כאילו אדיבים אבל מרגיש קצת כמו שירות אמריקאי כזה שאין לב מאחורי השירות הזה. לא מרגיש שיש בן אדם שבאמת ... אחרי שאתה חותם על אלף מסמכים שאומרים שאתה יכול לצאת מהניתוח שלא תראה כלום ולא

תוכל לתבוע אותם, אז אתה מרגיש שכאילו לא באמת למישהו יהיה אכפת אם תקום מהניתוח הזה ולא תראה כלום אחר כך, כי הם מכוסים. אבל הם מאוד מקצועיים, כמו מקצועיות של מסעדה אפילו... אתה לא מרגיש אכפתיות, בוא נגיד ככה, או שמישהו אההמ מראה יותר מדיי רגישות, אבל אולי זה בגלל סוג הניתוח הזה, זה ניתוח מאוד קצר. אתה נכנס לחמש דקות. יש הרבה הכנה לניתוח וטיפות לפני ואחרי, ההחלמה איטית, אבל הניתוח עצמו קצר מאוד...

קידום כבוד מחיה תוך פגיעה בכבוד סגולי. המרוויין סיפר כי פנה לחדר מיון בגלל וירוס חמור אשר דרדר את מצבו במהירות. הוא טופל באופן מכבד (מחיה), אולם עקב עומס בחדר המיון המתין לטיפול מציל חיים זמן רב (פגיעה בכבוד סגולי):

היו דקות שלמות ארוכות מאוד, לדעתי 12-13 דקות השאירו אותי ככה, וכשאני בין לבין דברים ומחכה לקבל טיפול. אבל היא הייתה מאוד רגועה, כל הזמן ניסתה להרגיע אותי. נתנו לי, מיד לקחו לי בדיקות דם כדי לראות מה קורה איתי, שלחו את זה לאנגליזה ובניתיים נתנו לי חומרים נגד הקאות. ואז הרגשתי שאני מטופל בידיים טובות, פשוט שאין יותר מדיי זמן לטפל בי. זו הייתה התחושה. (טליק)

דיון

מהו כבוד במסגרת רפואית?

מטרתו המרכזית של המחקר הנוכחי הייתה להעמיק את הבנת הכוונה והמשמעות שמטופלים מייחסים למושג 'כבוד' בעת קבלת טיפול רפואי. לשם כך נעשה שימוש בגישה איכותנית תוך הישענות על מודל הלקוח מתחום המשפט: מודל הכבוד של קמיר (קמיר, 2004). חשוב להדגיש בנקודה זו כי הבחירה במסגרת מושגית זו אינה שרירותית. מודל חסכוני, פשוט ונהיר זה מאפשר לבחון את מושג הכבוד מזווית הראייה של אנשים שקיבלו טיפול רפואי באופן חדשני ומקורי. מודל זה אף מאפשר מחקר המותאם למאפייניה הייחודיים של החברה שבה הוא מתקיים. בשפה העברית לא קיימת המורכבות הסמנטית של המושג כבוד כמו בשפה האנגלית (respect, dignity, honor, glory), חסרות בה מילים המדייקות את ההמשגה של תוכן רעיוני מסוים ומילה אחת משמשת לתיאור ספקטרום רחב של המושג. מודל הכבוד שבחרנו בו יכול לשמש גשר שפתי, אמצעי למילוי 'חלל' מילולי בעברית, דרך להמשיג ולהנכיח תופעה מוכרת ברמת 'הרחוב', אשר אי המשגתה מביא להעדר מודעות מספקת למורכבות התופעה. המחקר הנוכחי, אם כן, נועד ליצור חיבור בין רובד

תיאורטי מושגי (מודל תיאורטי) להיבטים רגשיים ותפיסתיים שכיחים (ממצאי המחקר), כדי שבחיבור זה יתאפשר המשך חשיבה ומחקר בתחום. הניתוח הנרטיבי הוביל לגיבוש תמות ותת-תמות המעניקות משמעות ברורה וקונקרטי למושג המופשט 'כבוד האדם במסגרת רפואית'. הניתוח התמטי אפשר פירוק הגדרה זו לשני חלקים מובחנים זה מזה:

1. טיפול רפואי תוך שמירה קפדנית על סטנדרטים של מקצועיות וראיית המטופל כבן-אנוש ולא כחפץ.
2. טיפול תוך התייחסות לאישיותו וצרכיו הייחודיים של החולה וראיית המטופל כאדם ייחודי, בעל צרכים רגשיים ולא רק פיזיים-רפואיים.

פירוק ההגדרה הרחבה של כבוד בהקשר רפואי מתבסס על סוגי הכבוד כפי שניסחה קמיר (2004). הסוג הראשון, כבוד סגולי, מתכתב עם החלק הראשון של ההגדרה, ומשמעותו טיפול המתבסס על ידע ובקיאיות בתחומי הרפואה ומומחיות רפואית, במטרה לענות על צרכיו הגופניים של המטופל, לשמור על חייו ועל תפקודו הגופני והנפשי. הזכויות הנגזרות מכבוד סגולי הן בסיסיות, כגון הזכות לחיים, לבריאות, למזון, לשליטה בגוף ועוד. שימור זכויות מינימליות אלו הוא הבסיס להתנהגות אנושית, המחייבת הימנעות מוחלטת מחפצון של מטופלים. סוג כבוד זה קובע רף תחתון להתנהגות המטפל, הווה אומר, חריגה ממנו היא כל מה שאסור שיקרה במפגש טיפולי.

סוג הכבוד השני, כבוד מחיה, מהדהד את חלקה השני של ההגדרה, ומשמעותו טיפול רפואי תוך התייחסות לאופיו של המטופל, לצרכיו הרגשיים ולתגובתו למצב. היבט זה כולל בתוכו היבטים ייחודיים ושונים בחיי מטופלים הבאים מקבוצות תרבותיות וחברתיות שונות. במודל של קמיר כולל המושג את תכונותיו וצרכיו הייחודיים של כל אדם הן כפרט והן כחבר בקבוצה, והם אינם מינימליים ובסיסיים אלא אופטימליים ורחבים. בהקשר הרפואי הדגש הוא על התנהגות שהיא מעבר למינימום הנדרש לשם שמירה על חיי האדם ועל תפקודו הגופני. רצוי מאוד שהתנהגות זו תהיה חלק בלתי נפרד מהטיפול.

כמו בספרות, נמצא במחקר הנוכחי כי למטופלים יש עמדות ברורות לגבי הגורמים המשפיעים על כבודם, וגם ציפיות כיצד יש לפעול כדי לשמור עליו במסגרת טיפולית (Baillie, 2009; Lohne et al., 2010; Matiti & Trori, 2008; Slettebo et al., 2009). תכני התמות והתת-תמות שזוהו במחקר הנוכחי עלו גם במחקרים אחרים בתחום. בראיונות עם מטופלים שאושפזו בטיפול נמרץ באנגליה (Baillie, 2009) עלו נושאים שסווגו בתמה 'האופן שבו התנהגות הצוות משפיעה על כבוד'. המרואיינים דיווחו כי פגיעה בכבוד נבעה מפנייה תוך שימוש בסגנון סמכותי (כמו התת-תמה במחקר הנוכחי — 'יחס מילולי משפיל'). מחצית המרואיינים במחקר האנגלי תיארו טיפול

מנוכר, גס או כלאחר יד, כפגיעה בכבודם (כמו התת-תמה 'טיפול ללא אכפתיות אישית'). מטופלים במסגרות רפואיות אחרות דיווחו כי מאמץ לשמור על פרטיותם כיבד אותם (Baillie, 2009; Jacobson, 2009; Matiti & Trori, 2008). כבודם של מטופלים נשמר באינטראקציות שהגבירו את תחושת השליטה שלהם, הווה אומר כאשר חשו כי קיבלו הסבר ומידע, הוצעו להם אפשרויות בחירה, הייתה הסכמה מדעת לטיפול ועודדו את עצמאותם (Baillie, 2009). התמות בחירה, שליטה ומעורבות והצורך במידע עלו גם בראיונות עם מאושפזים במחלקות כירורגיות ואורתופדיות (Matiti & Trori, 2008). היבטים אלו באים לידי ביטוי במחקר הנוכחי בתת-תמות 'אינטראקציה טיפולית ממוקדת מטופל' ו'טכניקה טיפולית מכבדת'. כמו כן, יותר ממחצית המטופלים במחקרה של ביילי (Baillie, 2009) תיארו כי כבודם נשמר במפגשים שבהם חשו בעלי ערך (למשל כאשר המטפלים הקפידו על נימוסים והליכות ועל אופן פנייה עדין). ממצא זה תואם את התמה 'התייחסות להיבטים נפשיים ותרבותיים במהלך הטיפול'. גם התמה 'החפצה', השכיחה באופן בולט במחקר הנוכחי, מבטאת את אחת ההתנהגויות המרכזיות המובילות לפגיעה בכבוד בהקשר הרפואי לפי התיאוריה של ג'קובסון (Jacobson, 2009). לעומת זאת, תמות דוגמת 'טעות בטיפול רפואי' ו'סרבול טכני ו'כירורגטי' הופיעו במידה ניכרת במחקר הנוכחי לראשונה, בלי תקדימים במחקרים קודמים.

מלבד זיהוי תמות המשותפות רעיונית למחקרים אחרים, אפשר למצוא דמיון בין ההמשגה והקטגוריזציה הכוללת שתוארה בספרות בהקשר רפואי, לזו שנערכה במחקר הנוכחי. לפי תיאוריית הכבוד של ג'קובסון (Jacobson, 2009) המונח כבוד מתחלק ל'אנושי' ו'חברתי'. הראשון מתייחס לערכו המופשט והאוניברסלי של כל אדם מעצם היותו אדם, ותואם את מושג 'הכבוד הסגולי' של קמיר. 'הכבוד החברתי', לעומת זאת, הוא תוצר של אינטראקציה בין פרטים, קבוצות וחברות. אפשר לחלקו לשני תת-מונחים: 'כבוד עצמי', הנובע מערך עצמי ומתכונות אישיות, ו'כבוד יחסי', הקשור באופן שבו מתקשרים כבוד וערך ברמת ההתנהגות. הציפיות לגבי הביטוי המעשי של כבוד יחסי, והקביעה כי הוא קיים או נעדר במפגש בין-אישי מושפעות תרבותית וחברתית. כבוד 'מחיה' לפי קמיר דומה למושג זה מאחר שהוא כולל בתוכו היבטים ייחודיים ושונים בחיי מטופלים הבאים מקבוצות תרבותיות וחברתיות שונות.

גם קילמיסטר (Killmister, 2010) מציעה כי לכבוד יש שני צדדים מרכזיים. האחד הוא ממד אוניברסלי, בלתי ניתן לגזילה ומשותף לכל בני האדם מעצם הגדרתם כבני אנוש. את הפן הנוסף של כבוד היא מתארת בצורה מקורית ככבוד 'שאיפתי'. תחושת כבוד זו נוצרת בזכות ההיצמדות לסטנדרטיים אישיים ותרבותיים הנרכשים במשך החיים. ממד זה של כבוד הוא הקשרי ותלוי זמן, מקום, שפה, אמונה ומטען תורשתי, משפחתי ושבטי.

המחקר הנוכחי הוביל לתובנות חשובות על חוויות של מטופלים בישראל. תובנה

חשובה אחת היא שהבעת אכפתיות ודאגה (כבוד מחיה) של מטפלים היא מכבדת, משום שיש בכך הפיכת הקשר חושפני, המוני ומכני במידה רבה להקשר אישי ופרטי. היכולת ליצור אינטימיות מסוימת בנסיבות רפואיות 'קרות', מאפשרת להביא לידי ביטוי את האנושיות והייחודיות של המטופל, אשר בסיטואציה הרפואית עלולים להתערער בנקל. יצירת קשר אישי ואינטימי בין המטופל למטפל בו, קשורה למושג 'שותפות רופא וחולה', כזו המאפשרת 'קבלת החלטות משותפת' (shared decision making), כלומר דיאלוג פורה ויעיל מבחינת התהליך הטיפולי (Makoul & Clayman, 2006). עם זאת, חשוב להזכיר כי זוהו פערים בין המודל התיאורטי לממצאים, ונמצא כי המודל של קמיר אינו מכסה את כל טווח החוויות. כך למשל דווקא חוויה מזלזלת ומבטלת יכולה להוביל להרגעה, וחוויה מקצועית ויסודית מתורגמת לניכור. חשוב להמשיך לחקור חלקים אלו כדי ליצור תיאוריה רחבה יותר. בפרט כדאי לברר אם יש הבדלים אינדיווידואליים בפרשנות של ההתנהגות הצוות הרפואי כמקדמת כבוד או מחללת כבוד.

לסיכום, בראיונות נמצאה תמיכה אמפירית לסיווג התיאורטי המוצג במודל הכבוד של קמיר (2004). המחקר הנוכחי הראה כי מעבר לרמת ההמשגה התיאורטית, כבוד סגולי וכבוד מחיה מתבטאים בחוויות אנושיות ניתנות לזיהוי, מובחנות זו מזו ורלוונטיות ביותר למטופלים, ברמה הפסיכולוגית הקונקרטית. אם משמעותו של כבוד סגולי מובנת מאליה, שכן ברור לכול כי אסור לעולם לפגוע בגופו של מטופל, הרי התרומה החשובה במחקר הנוכחי היא דווקא בהעלאת המודעות לתפיסה של כבוד מחיה. בסיטואציה הטעונה והמורכבת שאליה נקלע אדם בשעת מחלה, גם התבטאות לא עניינית מינורית לכאורה עלולה להיתפס כפגיעה בכבוד והשפלה. בד בבד, הפגנה מינימלית של דאגה או תשומת לב תוביל לחוויה הזכורה לאדם כחיובית ומכבדת באופן ניכר. בעקבות המחקר הנוכחי כדאי שמדיניות בריאות המכוונת למתן כבוד למטופל תכלול התייחסות לא רק לקידום הכבוד הסגולי אלא גם, ובמיוחד, לחשיבותו של כבוד מחיה.

מגבלות המחקר

המחקר הנוכחי הפעיל מהלך אינדוקטיבי עם הישענות דדוקטיבית על מודל תיאורטי ידוע מראש. מהלך מחקרי מסוג זה מצריך שילוב זהיר בין מסרים חיצוניים מתבוננים (etic) לבין המסרים הפנימיים של המרוויינים (emic). שילוב זה נמצא בספרות האיכותנית העכשווית. לדברי יין (Yin, 2011), ההבחנה emic-etic והאפשרות לפרש אירועים של יחסי אנוש בצורות מגוונות הן הזדמנות ולא מגבלה. המטרה, כפי שמחדד יין, היא להכיר בכך, ולהיות מודע לאפשרות שעמדות החוקר משפיעות על עמדת הנחקרים. אחת הדרכים לאינטגרציה מיטבית בין הקולות השונים היא מודעות לשמירה

על האמינות והמהימנות (trustworthiness) של המחקר. במחקר הנוכחי נעשה מאמץ לשמור על אמינות ומהימנות ככל האפשר.

לפי נאט-וויליאמס ומורו (Nutt-Williams & Morrow, 2009) יש שלוש קטגוריות מרכזיות המבטיחות שמירה על אמינות ומהימנות במהלך המחקר. הקטגוריה הראשונה היא נאמנות לנתונים, והיא מתמקדת בשלמותם ובמהימנותם של הנתונים. המאמץ לקבל מידע מתוך מדגם רחב ומגוון מבחינה דמוגרפית תומך במהימנות הנתונים. בנוסף, כפי שתואר לעיל, תיאור הממצאים לוהה בהצגה שוטפת ומפורטת של ציטוטים מדברי המרואיינים (נתונים) ובכך סיפק עדות רציפה להתאמה בין הפרשנות המסווגת והמקטלגת לבין הקולות הייחודיים של המרואיינים. קטגוריה נוספת של נאט-וויליאמס ומורו היא איזון בין המשמעות שנותנים המרואיינים (סובייקטיביות) לבין הפרשנות של החוקר (רפלקטיביות). חשוב לציין כי למחקר הנוכחי קדמו סדנאות משותפות לחוקרת השנייה ולמראיינים: סדנאות אלו כללו הדרכה על מהות המחקר האיכותני והעקרונות העומדים בבסיס עריכת ראיונות. בין היתר הודגשה חשיבות השמעת קולו האותנטי של המרואיין. הריאיון תומלל בדייקנות (כולל ביטויי סלנג של המרואיינים ותיעוד שתיקות). האינטראקציה נותחה בידי המראיין סמוך ככל האפשר לריאיון, תוך ציון היבטים בין-אישיים (רגשות ומחשבות במפגש). הדבר תרם לשמירה מרבית על האותנטיות של הקשר ההתרחשות ותיעודה. לאחר מכן ניתחו החוקרות את החומר ניתוח פרשני ומקטלג. מהלך הדרגתי זה אפשר שמירה על הדינמיקה הייחודית של הריאיון ועל הנאמר בו גם בזמן ניתוח החומר וקטלוגו על פי המודל התיאורטי. גם מציאת משמעויות משותפות בהליך הניתוח אף על פי שהיו מראיינים שונים מחזקת את המהימנות, שכן נמצאו תכנים חוזרים למרות שונות בין-אישית גדולה בראיונות. הקטגוריה השלישית ליצירת אמינות ומהימנות לפי נאט-וויליאמס ומורו היא ניסוח ברור של ממצאי המחקר, הדרכים האפשריות ליישומם, וכן התייחסות למשמעותם והשלכותיהם במציאות החברתית, כפי שתואר לעיל.

תנאי הכרחי לתקפות ולאיכות במחקרים איכותניים הוא מודעות עקבית לגורמים העלולים להשפיע (Josselson & Lieblich, 2003; Yin, 2011). את הראיונות במחקר הנוכחי ערכו מראיינים שונים, ולכן הגורמים המשפיעים על מהלך הריאיון הם רבים ומשליכים על מידת התיקוף. הדרישה מכל מראיין לערוך יומן אישי המתעד את חוויותיו בכל ריאיון עודדה רפלקסיה עצמית ואפשרה בקרה נוספת. עם זאת, למרות סדנת ההכנה, מידת המיומנות בעריכת ריאיון בין-אישי הייתה שונה בין המראיינים. האתגר המרכזי הניצב לפתחנו כעת הוא לגזור מסקנות אופרטיביות מתוצאות המחקר, כאלו שתוכלנה לשמש הנחיות קונקרטיות לאנשי הטיפול בשטח. המידע שיתקבל מהמשך מחקר בתחום יוכל לשמש בסיס אמפירי ליצירת תכניות לימוד עבור בתי ספר המכשירים מטפלים רפואיים (בתי ספר לרפואה, לפיזיותרפיה ולסיעוד ועוד)

ותוכניות התערבות עבור צוותים רפואיים במסגרות שבהן כבוד האדם שברירי במיוחד (גריאטריה, פסיכיאטריה ועוד). תוכניות אלו צריכות לכלול הסבר קונקרטי של ההיבטים השונים של כבוד סגולי וכבוד מחיה, והדרכים שבהן אפשר למנוע פגיעה בהם. לדוגמה, להנחיל למטפלים מודעות לרגשות העלולים להתעורר בגלל ביטויים של מטפלים (בחירת מילים, טון הדיבור, סגנון), ורגישות לצרכיהם התרבותיים של המטופלים הבאים לידי ביטוי במהלך קבלת טיפול רפואי. כל זאת למען שיפור היחס האנושי לחולים באשר הם.

מקורות

- בן נון, ג., ברלוביץ, י. ושני, מ. (2010). השוואות בינלאומיות. מערכת הבריאות בישראל (עמ' 520–535). תל-אביב: עם עובד.
- מיקולינסר ונחמיאס-יחימוביץ' (2001). חוויית כבוד בקשרים זוגיים: הגדרה ומיפוי מרכיבים. הרצאה ביום העיון המדעי הרביעי לזכרו של פרופ' ויקטור פלוריאן ז"ל: "הילכו שניים יחדיו". המחלקה לפסיכולוגיה ומרכז פלג ביליג לחקר איכות חיי המשפחה, רמת-גן: אוניברסיטת בר-אילן.
- קמיר, א. (2004). שאלה של כבוד: ישראליות וכבוד האדם. ירושלים: כרמל.
- שלסקי, ש. ואלפרט, ב. (2007). דרכים בכתיבת מחקר איכותני: מפירוק המציאות להבנייתה כטקסט. תל-אביב: מכון מופ"ת.
- שקדי, א. (2003). מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני — תיאוריה ויישום (עמ' 37–52). תל-אביב: רמות.
- Anfara, V. A., & Mertz, N. T. (2015). Setting the stage. In V. A. Anfara & N. T. Mertz (Eds), *Theoretical frameworks in qualitative research* (pp. 1–20). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Aranda, K., & Jones, A. (2010). Dignity in health care: A critical exploration using feminism and theories of recognitions. *Nursing Inquiry*, 17, 248–256. doi: 10.1111/j.1440-1800.2010.00494.x
- Baillie, L. (2009). Patient dignity in an acute hospital setting: A case study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 23–37. doi:
- Beach, M. C., Duggan, P. S., Cassel, C. K., & Geller, G. (2007). What does "respect" mean? Exploring the moral obligation of health professionals to respect patients. *Society of General Internal Medicine*, 22, 692–695. doi: 10.1007/st 1606-006-0054-7
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (2nd ed). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed method approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage
- Enes, S. P. D. (2003). An exploration of dignity in palliative care. *Palliative Medicine*, 17, 263–269. doi: 10.1191/0269216303pm699oa
- Jacobson, N. (2009). A taxonomy of dignity: A grounded theory study. *BMC International Health and Human Rights*, 9(3), 1–9. doi: 10.1186/1472-698X-9-3. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/9/3>

- Josselson, R. (2007). The ethical attitude in narrative research: Principles and practicalities. In D. J. Clandinin (Ed.), *Handbook of narrative inquiry: Mapping a methodology* (pp. 537–566). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Josselson, R., & Lieblich, A. (2003). A framework for narrative research proposals in psychology. In R. Josselson, A. Lieblich, & D. McAdams (Eds.), *Up close and personal: The teaching and learning of narrative research* (pp. 259–274). Washington, DC: American Psychological Association.
- Killmister, S. (2010). Dignity: Not such a useless concept. *Journal of Medical Ethics, 36*, 160–164. doi: 10.1136/jme.2009.031393
- Langdon, S. W. (2007). Conceptualization of respect: Qualitative and quantitative evidence of four (five) themes. *The Journal of Psychology, 141*, 469–484. doi: 10.3200/JRLP.141.5469-484
- Lohne, V., Asgaard, T., Caspari, S., Slettebo, A., & Naden, D. (2010). The lonely battle for dignity: Individuals struggling with multiple sclerosis. *Nursing Ethics, 17*, 301–311. doi: 10.1177/0969733010361439
- Makoul, G., & Clayman, M. L. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Education and Counseling, 60*, 301–312. doi: 10.1016/j.pec.2005.06.010
- Matiti, M. R., & Trorey, G. M. (2008). Patients' expectations of the maintenance of their dignity. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 2709–2717. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02365.x
- Maxwell, J. A. (2013). Goals: Why are you doing this study?. In J. A. Maxwell, *Qualitative research design: An interactive approach* (3rd ed, pp. 23–38). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Nordenfelt, L. (2003). Dignity of the elderly: An introduction. *Medicine, Health Care and Philosophy, 6*(2), 99–101. doi: 10.1023/A:1024150526303
- Nutt-Williams, E., & Morrow, S. L. (2009). Achieving trustworthiness in qualitative research: A pan- paradigmatic perspective. *Psychotherapy Research, 19*, 576–582. doi: 10.1080/10503300802702113
- Ormston, R., Spencer, L., Barnard, M., & Snape, D. (2014). The foundations of qualitative research. In J. Ritchie, J. Lewis, C. McNaughton-Nicholls, & R. Ormston (Eds.), *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers* (pp 1–23). London, England: Sage.
- Parsons, A., & Hooker, C. (2010). Dignity and narrative medicine. *Bioethical Inquiry, 7*, 345–351. doi: 10.1007/s11673-010-9254-2
- Schroeder, D. (2008). Dignity: Two riddles and four concepts. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 17*, 230–238. doi: 10.1017/S0963180108080262
- Slettebo, A., Caspari, S., Lohne, V., Asgaard, T., & Naden, D. (2009). Dignity in the life of people with head injuries. *Journal of Advanced Nursing, 65*, 2426–2433. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05110.x
- Spagnoletti, C. L., & Arnold, R. M. (2007). R-E-S-P-E-C-T: Even more difficult to teach than to define. *Society of General Internal Medicine, 22*, 707–706. doi: 10.1007/s 11606-007-0164-x
- Tavallaei, M., & Abu Talib, M. (2010). A general perspective on role of theory in qualitative research. *The Journal of International Social Research, 3*, 570–577.

נעה וילצינסקי ומיכל שטורם

- Wright, E. B., Holcombe, C., & Salmon, P. (2004). Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer: Qualitative study. *British Medical Journal*, *328*, 1–5. doi: 10.1136/bmj.38046.771308.7C
- Yin, R. K. (2011). The multifaceted world of qualitative research. In R. K. Yin, *Qualitative research from start to finish* (pp 11–14). New York, NY: Guilford Press.