



**גיליון 11**

**בשיתוף עמותת**



**פרספקטיבה על מערכת הבריאות  
כתב עת מקצועי של המכון לחקר שירותי הבריאות**

# **המרכיב הסודי במערכת הבריאות: חמלה**

## דבר העורכת רעות רון



יש רגעים במערכת הבריאות שבהם נדמה שהכול דחוף. עוד מטופל, עוד בדיקה, עוד משמרת, עוד מסדרון מלא. בתוך המציאות הזו, חמלה עלולה להישמע כמו מילה יפה, כמעט רכה מדי, מול עולם של עומס, מחסור ושחיקה. ברגעים כאלה, מערכת הבריאות נמדדת לא רק בידע, בטכנולוגיה או בזמינות השירותים, אלא גם ברגעים הקטנים של מפגש אנושי: מבט, מילה, נוכחות, היכולת לראות אדם ולא רק מחלה.

מתוך ההבנה הזו הופק כתב העת הנוכחי בשיתוף עמותת מחווה, מתוך אמונה עמוקה שחמלה אינה מותרות, אלא תנאי לטיפול איכותי, לחוסן מקצועי, ולמערכת שמבקשת להישאר אנושית גם תחת לחץ. עמותת מחווה פועלת במספר ערוצים כדי להנכיח חמלה ואנושיות במערכת הבריאות, לא כסיסמה, אלא כפרקטיקה יומיומית, מקצועית ומדידה.

חמלה היא הדרך שבה אדם פוגש אדם ברגע של פגיעות. לא תמיד היא דרמטית, ולעיתים היא מתבטאת דווקא בדברים הקטנים: לשבת רגע, להרים מבט, לומר "אני איתך", להקשיב גם למה שלא נאמר. והיא גם אינה רק תכונת אופי, אלא תוצאה של תרבות, תנאים ומערכת שמחליטה אם יש מקום לאנושיות בתוך הפרוטוקולים.

כתב העת מוקדש לשאלה איך נראית חמלה במערכת הבריאות, לא כרעיון מופשט אלא כמעשה יומיומי. בין דפיו תמצאו קולות מגוונים שמשרטטים יחד תמונה רחבה של חמלה, החל מהרגעים האינטימיים ביותר בשיחות על סוף החיים, נקודת המבט של מטופלת, דרך המפגש הראשוני של סטודנטים צעירים עם אדם ולא רק עם אבחנה, ועד השאלה המטרידה מה קורה כשהחמלה עצמה הופכת לעוד "מטלה" בתוך תרבות של ביצוע ומדדים.

תמצאו כאן גם מבט מערכתי: כיצד ניתן ללמד חמלה באופן שיטתי, כיצד מנהיגות ארגונית יכולה להפוך אותה לתשתית ולא רק לערך, ואיך יוזמות כמו "תו מחווה לאנושיות וחמלה" מנסות ליצור אדוות של שינוי בתוך מחלקות וצוותים.

אני מודה לכל הכותבות והכותבים שפתחו חלון אמיתי אל תוך החדרים, המחלקות, השיחות והלבטים, ונתנו לנו תזכורת חשובה: בסופו של דבר, מערכת הבריאות אינה רק טכנולוגיה ומדע, אלא מפגש מתמשך עם שבריריות אנושית. חמלה היא הגשר.

מאחלת קריאה מעוררת מחשבה, ואולי גם רגע קטן של עצירה בתוך השגרה.

**גיליון זה מוקדש בתודה ובהערכה לכלל אנשי ונשות מערכת הבריאות, אשר בעמידתם האיתנה יומם ולילה מעניקים מרפא לגוף, נחמה לנפש וחמלה אנושית ברגעים הפגיעים ביותר.**

בברכה,

**רעות רון**

עורכת כתב העת

מכון המחקר, אסותא מרכזים רפואיים

## חברי המערכת



**פרופ' יוסי ווייס**  
מנהל מכון המחקר



**פרופ' יהושע (שוקי) שמר**  
מנהל מדעי, מכון המחקר



**דר' רותי ברגר**  
חוקרת



**דר' רועי ברנע**  
חוקר ראשי



**דוקטורנטית דר גולדשטיין**  
חוקרת



**דוקטורנטית רעות רון**  
חוקרת

## הייתי קורא למשרד הבריאות 'משרד הבריאות והחמלה'



**פרופ' יהושע (שוקי) שמר רופא ומנהל רפואי ישראלי, מכהן כיו"ר מועצת המנהלים של אסותא וכיו"ר. עומד בראש ועדת החמלה במועצת הבריאות ובראש המועצה המינהלית של בנק ישראל. בעבר שימש בין היתר כקצין רפואה ראשי של צה"ל בדרגת תת-אלוף, כמנכ"ל מכבי שירותי בריאות וכמנכ"ל משרד הבריאות. פרופסור מן המניין (אמריטוס) לרפואה פנימית בפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל אביב וחבר הוועדה לתכנון ולתקצוב.**

פעם אמרתי שהייתי קורא למשרד הבריאות "משרד הבריאות והחמלה". לא כסיסמה ריקה ולא כפרובוקציה, אלא כהגדרה מדויקת של מה שחסר לנו במערכת, דווקא כשהיא פועלת במלוא העוצמה המקצועית שלה. חמלה איננה תוספת רכה לרפואה, אלא תנאי יסוד למקצוענות, לאמון הציבור ולכבוד האדם.

אדם מבוגר שוכב על מיטה במסדרון בית חולים. סביבו עוברים צוותים, אלונקות, חולים אחרים ובני משפחה. אין פרטיות, אין שקט, ולעיתים גם אין מי שיסביר לו מה קורה, כמה זמן זה ימשך ומה הצעד הבא. אשפוז במסדרון איננו רק כשל תשתיתי או מחסור במיטות. הוא סמל. סמל למצב שבו מערכת עמוסה ולחוצה מאבדת, גם אם לא במכוון, את היכולת לראות את האדם שמאחורי האבחנה. ברגעים כאלה לא נפגעת רק הנוחות הפיזית, אלא נשלל כבודו של האדם. ולכן "הזקנה בפרוזדור" הינה אנטייתזה לחמלה.

כולנו מבינים, לכאורה, מהי חמלה. זה לא אמפתיה. מבט בעיניים, מילה אנושית, היכולת לעצור לרגע ולהיות עם מי שנמצא מולנו ברגע פגיע במיוחד. ובכל זאת, חמלה היא אחד הערכים שקל לדבר עליהם וקשה ליישם אותם הלכה למעשה. מערכת בריאות ממוסדת, עמוסה, לחוצה ובירוקרטית, עלולה לדחוק את החמלה לשוליים, לא מתוך רוע או אדישות, אלא מתוך שגרה שוחקת ומחסור מתמשך במשאבים. דווקא משום כך אסור לנו להרשות לחמלה להתקוות עם קצב החיים המודרניים. היא חייבת להיות חלק בלתי נפרד מהחזון בליבת העשייה היומיומית.

חשוב להבחין בין חמלה לבין רחמים. רחמים יכולים להישאר ברמת התחושה, ולעיתים אף ליצור ריחוק, מבט מלמעלה על מי שנמצא בעמדת חולשה. חמלה, לעומת זאת, היא הזדהות עם הסובל מתוך קרבה ומתוך מחויבות לפעול להטיב עימו. חמלה אינה רגש בלבד, אלא תרגום של הבנה לפעולה. לראות את האדם, להבין את מצוקתו, ולפעול כך שהמערכת תקל עליו ככל האפשר.

אנו חיים בעולם רפואי של טכנולוגיות מתקדמות. הן מתוחכמות, מצילות חיים ומקדמות את הרפואה בקצב מרשים, אך הן גם עלולות להגדיל את המרחק בין הרופא לחולה. כשמולנו מסך, מערכות ממוחשבות, תורים צפופים והחלטות תחת לחץ זמן, קל להישאב לטיפול הטכני בלבד. במקביל, ככל שהמידע הרפואי נגיש יותר לציבור, התסכול והניכור מול הממסד הרפואי גוברים. הציפיות עולות, והחוויה של "אני לא באמת נשמע" הופכת שכיחה וכואבת.

בעולם העסקי מדברים לא רק על המוצר אלא גם על חוויית הלקוח, אין כל סיבה שבמערכת הבריאות לא ניצור למטופל, הזקוק לעזרה ברגעים הקשים בחייו, חוויית טיפול מחבקת, חומלת ואישית תוך כדי הקשבה מיטבית. חמלה ובריאות אינן חייבות תמיד לעלות כסף. לעיתים הן מתחילות בדברים הפשוטים ביותר, אמירת שלום,

הצגה עצמית, קשר עין, הסבר קצר וברור, התייחסות למשפחה, וכבוד לפרטיות. אך כדי שזה יקרה בעקביות, ולא רק כשיש "זמן", יש לראות בחמלה יכולת מקצועית שניתן לפתח, ללמד, להטמיע וגם להעריך.

**חמלה היא ערך מדבק שאפשר ללמוד ולהטמיע אותו בכל מגע רפואי.**

לשם כך במערכת הבריאות מחויבת הכרה ברורה בצורך לעסוק בחמלה ולדבר עליה בכל דרגי הטיפול. החל מהרופא הראשוני והצוותים במפגש הישיר עם המטופל, דרך הדרגים התומכים, ועד לדרג הניהולי הבכיר ביותר. חמלה איננה תוספת, היא מרכיב במקצוענות. מקצוענות רפואית אינה רק מיומנות טכנית, אלא שילוב של שליחות, זולתנות, אמפתיה, חמלה, יושרה, הגינות, תקשורת בין-אישית טובה, שמירה על כבוד האדם והקשבה. מנתח מבריק, אמנותו תיפגם אם סביב הפעולה הרפואית אין תהליכים תומכים בחולה ובמשפחתו, ואם ההחלטות מתקבלות באופן אוטומטי, ללא שיתוף וללא התייחסות לאיכות חייו של האדם.

כדי שחמלה תהפוך לחלק מהתרבות הארגונית, נדרשת מנהיגות, מנהיגות ערכית שמגדירה ציפיות, מדגימה התנהגות מנטרלת מצבי עומס ומגבה את הצוות במצבים האלה. מנהיגות שמבינה שחמלה קשורה ישירות לבטיחות המטופל, לאמון הציבור ולהפחתת שחיקה אצל הצוותים. אי אפשר לדרוש יחס אנושי מצוות מותש עד הקצה. נדרשת גם חמלה עצמית (ועל כך פרק מיוחד...) לצד הכשרה וערכים, יש צורך בשיפור שירות, בהשקעה בחינוך עובדים בכל מגוון התפקידים ובהקצאת תקני כוח אדם שמאפשרים זמן אמיתי למפגש אנושי. בנימה אישית, אני גאה לעמוד בראש ועדת החמלה במועצת הבריאות לקידום חמלה במערכת הבריאות.

גם האוניברסיטאות נדרשות לשים דגש על חמלה כחלק בלתי נפרד מתוכניות הלימודים. האמירה כי "רופאים שלא מלמדים אותם חמלה, לא יתנהגו בחמלה" מזכירה לנו שחמלה אינה מובנת מאליה. אפשר וצריך ללמד תקשורת, ניהול שיחה קשה, נוכחות, והצבת גבולות מכבדת. אין כאן סתירה למצוינות קלינית, אלא להפך, זו התשתית שלה.

בחלק מהמערכות בעולם כבר הוגדרו עקרונות פעולה מעשיים לחיזוק החמלה, הצהרה עליה כערך ליבה, חיזוק כישורי תקשורת, הקדשת זמן לדיון בצוותים על אתגרים, איתגור מודלים של מקצוענות שמקדשים יעילות על חשבון קשר, ושיתוף הציבור בשינוי הנדרש. החמלה אינה פרויקט חד פעמי, אלא דרך עבודה המוטמעת בהרגלים ובנורמות.

בחייו היום יום, לעיתים השינוי מתחיל ממעשה קטן שמייצר תרבות. אמירת שלום, פנייה בשם, הזמנת שאלות, הסבר בגובה העיניים, והכרה בכך שמולנו אדם שחווה פגיעות. כשהמערכת משדרת שהתנהגויות כאלה חשובות ומעריכה אותן, הן הופכות למובן מאליה. במקביל, הציבור צריך לדרוש חמלה, ונתני השירות חייבים לספק חוויית בריאות אחרת, לא מתוך כניעה, אלא מתוך אחריות מקצועית וחזקה חברתית.

בעידן של משאבים מוגבלים ותחרות עם טכנולוגיות חדשות ויקרות, יש להעלות את דגל החמלה על נס. לשאול בכנות האם המערכות שלנו ידידותיות למטופל ולמשפחה, האם יש סבלנות וסובלנות, האם התהליכים מפחיתים בירוקרטיה מיותרת, והאם יש לנו זמן לראות את האדם. החמלה חייבת להיות חלק בלתי נפרד מארגז הכלים של כל מי שעובד במערכת הבריאות, בכל תפקיד.

בסופו של דבר, החולה צריך מישהו שיחזיק לו את היד, לא במקום הידע והטכנולוגיה, אלא יחד איתם. אם נחזיר עטרה ליושנה, לא נחזור אחורה ברפואה. להפך, נתקדם קדימה, למערכת שמצטיינת במדע ובטכנולוגיה, אך אינה מוותרת על הקשר האנושי כבסיס. זו אינה רומנטיקה, זו מצוינות, זו איכות, וזו חובתנו המוסרית. חמלה היא הבסיס לרפואה שרואה את המטופל והאדם במרכז, כך יזכרו אותנו החולים.

חמלה היא חלק בסיסי, ובלתי נפרד מיכולת הריפוי.

"חמלה אינה רק דבר שאנחנו מעניקים לאחרים. זהו תהליך הדדי. ככל שאנו מטפחים חמלה כלפי אחרים כך גם אנו חווים יותר משמעות ותחושת שלמות פנימית". – דומיניק ואשון



## פתח דבר

מר גידי לשץ, מנכ"ל אסותא מרכזים רפואיים

מערכת הבריאות בישראל היא מהמתקדמות בעולם, אך היא פועלת כבר שנים במציאות של עומס מתמשך, מחסור בכוח אדם ולחץ יומיומי גבוה. בתוך המתח הזה, בין מקצוענות רפואית לבין מציאות תובענית, עומדת שאלה אחת בסיסית: כיצד אנו שומרים על האנושיות בלב העשייה הרפואית.

באסותא אנו מאמינים שטיפול רפואי איכותי אינו נמדד רק בטכנולוגיה, במומחיות או בתוצאה הקלינית, אלא גם בדרך שבה הוא ניתן. חמלה, כבוד האדם וראיית המטופל כאדם שלם אינם תוספת, אלא חלק בלתי נפרד מהמקצוענות. זו מחויבות ערכית, אך גם תשתית ארגונית שמעצבת תרבות של טיפול.

צוות אסותא, הכולל את מיטב אנשי המקצוע בתחומם, מחויב להענקת שירות רפואי מתקדם וחדשני, תוך שאיפה למצוינות בשירות והענקת "חוויות בריאות אחרת", שמשמעותה שירות מכבד, עוטף, יוזם, זמין, נגיש ומלא חמלה. עבורנו, חמלה איננה מילה יפה, אלא אחריות: כלפי המטופלים, כלפי בני משפחותיהם, וכלפי הצוותים המובילים עשייה זו יום אחר יום.

מתוך תפיסה זו הופק כתב העת הנוכחי בשיתוף עמותת מחווה. שיתוף פעולה זה מבטא אמונה עמוקה שחמלה אינה מותרות, אלא תנאי לטיפול איכותי ולחוסן מקצועי. עמותת מחווה פועלת לקידום אנושיות וחמלה במערכת הבריאות לא כסיסמה, אלא כתשתית מעשית, באמצעות כלים, הכשרות ויוזמות שמבקשות להטמיע תרבות של טיפול רואה אדם.

כתב העת שלפניכם הוא חלק מהמאמץ הרחב הזה. הוא מביא קולות מן השטח, אנשי טיפול, מנהלים, יוזמות ארגוניות וחשיבה מערכתית, כולם מבטאים אמת אחת פשוטה: חמלה אינה יכולה להישען רק על כתפיו של מטפל בודד. היא תלויה גם במערכת, במנהיגות, בתנאים שאנו יוצרים, ובבחירה שלנו איזה סוג של רפואה אנו מבקשים להוביל.

אני מודה לעמותת מחווה על השותפות, ולכל הכותבות והכותבים על תרומתם החשובה. אני מאמין שהשיח על חמלה ואנושיות הוא חלק בלתי נפרד מהעתידי של מערכת הבריאות, ושל האחריות שלנו להמשיך ולהעניק טיפול מקצועי, מתקדם, ובעיקר אנושי.

בברכה,

גידי לשץ

מנכ"ל אסותא מרכזים רפואיים

# תוכן עניינים

## למה חמלה, ולמה עכשיו

### 10 פלורנס נייטינג'יל והבינה המלאכותית – יעקב בורק

"... האם הבינה המלאכותית יכולה לבטא חמלה ואולי הייתה יכולה להחליף את נייטינג'יל? ה-AI יכול היום להשלים את ביטויי החמלה האנושית אך לא יכול להחליף לחלוטין את המגע האנושי הרגשי ולעיתים גם הפיסי. האחריות הייתה ונותרה, בינתיים, שלנו בני האדם."

### 12 מנהיגות, עסקים וחמלה – ביחד או לחוד? – פרופ' יוסי וויס

"... מנכ"ל פולקסווגן ואאודי בספרד צוטט באמירה שצריך להפסיק וללמוד ניהול, נדרש ללמוד מחדש מה זה להיות בני אדם."

### 15 חמלה ואנושיות במערכת הבריאות: מגמות בעולם – דקלה הרצוג ומרינה סנדל

"... העיסוק הגלובלי בחמלה במערכת הבריאות אינו אחיד או חד-ממדי. הוא כולל מחקר, מדידה, הכשרות, מנהיגות ותרבות ארגונית."

## הגברת חמלה ואנושיות במערכת הבריאות

### 18 האם להכניס חמלה לסל הבריאות? – פרופ' דינה בן יהודה

"... חמלה נתפסת לרוב כערך מוסרי, תכונת אופי או אידיאל אנושי, אך לא ככלי טיפולי. טענתי היא שחמלה איננה תוספת רכה לרפואה "הקשה", אלא התערבות רפואית לכל דבר: היא פועלת במסלולים פיזיולוגיים ומולקולריים מוכחים, משפיעה על חולי והחלמה, וחשיבותה רק הולכת וגוברת בעידן הדיגיטלי."

### 20 מריפוי האדם לריפוי מערכות ציבוריות, ישראל 2026 – דר' מרים פינק

"... חמלה ... איננה רק עמדה רגשית, אלא פרקטיקה חברתית: יצירת תנאים ארגוניים שמאפשרים לאנשים להיראות, להישמע ולפעול מתוך משמעות."

### 22 חמלה במערכת הבריאות: מפת דרכים יישומית – דר' יצחק ברלוביץ

"... חמלה משמשת כגשר המחבר בין הטיפול הטכני לחוויה האנושית, ומאפשרת להפוך התערבות רפואית מתהליך של תיקון תפקודי לחוויית ריפוי שלמה."

### 24 בין ציונים לחמלה: מי באמת צריך להיות הרופא של המחר? – דר' איתן חי-עם

"... במערכת הקבלה ללימודי רפואה... האם אנו מחפשים את המועמד שיהיה מדען העתיד ויביא לפריצת דרך בחקר מחלת הסרטן או שמחפשים את הרופא החומל, הרופא שישב ליד החולה החרד והחושש ויחזיק את ידו?"

### 26 מערכת בריאות חומלת: מחוויית מטופל לחוויה אנושית – אלנה סלוצקר ודר' רם שגיא

"... בשנים האחרונות החלו להופיע במערכת הבריאות ניצני שינוי תפיסתי: מעבר מחמלה כערך אישי לחמלה כתרבות ארגונית מנוהלת. יוזמות שונות בבתי חולים בישראל מדגימות כי חמלה אינה רק גישה רגשית כלפי המטופל, אלא תשתית ניהולית שמתחילה בצוות המטפל."

### 28 חמלה ואנושיות במערכת הבריאות בקהילה בעידן הדיגיטלי – אורי אטון

"... אנחנו לא יכולים וגם לא רוצים לעצור את הקדמה ואת היתרונות העצומים של כלים טכנולוגיים ודיגיטליים בקשר שלנו עם המטופלים. אנחנו צריכים לוודא שהכלים הדיגיטליים ישמשו כמנוף לחיזוק הקשר האנושי."

## קול המטופל והזכות לחמלה

### 31 בין מחלה לחמלה: מבטה של מטופלת – עוד' שירן גרוס

"... חמלה אינה עניין של טון רך בלבד, אלא של הכרה באוטונומיה. חמלה פירושה לא להסתיר ממני את המציאות בשם "הגנה", אלא לאפשר לי לפגוש אותה בליווי, בכבוד ובשפה ברורה."

### 33 הזכות לחמלה – איה ורטהיימר

"... אילו חוק זכויות החולה היה נכתב היום, אני רוצה להאמין שהמילה "חמלה" הייתה מופיעה בו במפורש. אך גם כשנחקק לפני 30 שנים, המשמעות ניכרת בו והחמלה נרמזת בין שורותיו."

## חמלה כפרקטיקה ארגונית, תוכנית תו מחווה לחמלה ואנושיות

- 35 חמלה שמייצרת אדוות של שינוי במערכת הבריאות – כך בנינו את תוכנית "תו מחווה לאנושיות וחמלה" – דקלה הרצוג ויעקב בורק**  
... קיימנו מסע הקשבה רחב, שכלל הנהלות, אנשי צוות ונציגי מטופלים, במטרה לגבש מענה המחובר למציאות השטח. אחת התובנות המרכזיות שעלו ממסע זה הייתה כי המעשה הפחות חומל שנוכל להציע למערכת הבריאות הוא הקמה של תהליך נוסף המבוסס בעיקר על סטנדרטים ומדידה."
- 38 חמלה בבריאות הנפש – דר' גלעד אגר**  
... האם יש צורך להבדיל חמלה בבריאות הנפש מחמלה בתחומים אחרים? והרי בריאות הנפש מבקשת להיכלל בקרב עמי הרפואה, לא להתבדל."
- 40 היכולת לדמיין כמרכיב חיוני בביטוי חמלה – דר' אלי רוזנברג**  
... סטודנטים הלומדים רפואה הם גם סטודנטים הלומדים חמלה. מחד, הם נוטים לחמול בטבעיות ומאידך, הם לעיתים עדיין לא למדו לבסס יכולת זו בכל מצב... הקושי ניכר בעיניהם וביתר שאת בהיסוס שהשתקף בשפת גופם."
- 42 חמלה במערכת הבריאות: מתפיסה ערכית לפרקטיקה יישומית – דר' אילנה הלמן**  
... על רקע צורך זה פותחה בעמותת מחווה התכנית "אנושיות מבפנים". התכנית מבוססת על מודל של הכשרת מנחים פנימיים מתוך ההבנה שהטמעה אפקטיבית מתרחשת כאשר ההובלה נעשית מתוך הצוות עצמו ובהתאמה להקשר המקומי."
- 44 "חמלה – מה היא מבקשת? את ימי, את לילותי ולא די" – על שחיקת חמלה בקרב מטופלים במרכזים לבריאות הנפש – דר' חן דרוך**  
... במחלקתנו הוחל לאחרונה פרויקט תרגולי קשיבות משותפים למטופלים ומטופלים כאמצעי חיזוק חיוני להפחתת שחיקת חמלה."
- 46 חמלה כיכולת ניהולית: מתפיסה ערכית לתשתית ארגונית – דר' בתיה-נדיה כגנסקי ואהובה צברי**  
... טיפול גריאטרי איכותי נשען על מקצועיות גבוהה, על היכולת להחזיק מורכבות מתמשכת ועל הענקת תחושת ביטחון וכבוד לאורך רצף הטיפול. במציאות זו, החמלה כלפי המטופל הקשיש קשורה באופן ישיר לחמלה כלפי הצוותים."
- 48 כשחמלה הופכת ל"מטלה": האם איבדנו את הלב של המערכת? – מגדה זומר**  
... בטיפול נמרץ לב ילדים, החמלה לא תמיד מופיעה ברגעים דרמטיים, אלא דווקא בפרטים הקטנים. לפעמים זו דקה אחת שבה אנחנו עוצרים, מסתכלים בעיניים, מסבירים שוב בשפה פשוטה, או רק מניחים יד על כתף."
- 50 חמלה במחלקה הפנימית – להביא את האנושיות לקדמת הבמה – דר' רונית קורן**  
... רק בדיעבד הבנו שאנחנו עוסקים בחמלה – ובחמלה עצמית – יום יום. מושגים אלו לא היו חלק מרכזי מהשיח המקצועי שלנו, עד שאחד המתמחים שלח סרטון מרגש על פרויקט "רציתי שתדעו" של עמותת מחווה."
- 52 הזווית האישית שלי על חמלה, והפעם על שותפות החמלה – פרופ' מירב בן דוד**  
... יש דברים במקצוע הזה שקשה לחלוק באמת. אפשר לתאר סיטואציה, אבל אי אפשר להעביר את המשקל שלה. את העצב שנשאר אחר כך, את התחושה שזה ממשיך איתך גם כשאת כבר בבית."
- חמלה בשטח, בקהילה ובקצה החיים**
- 54 חמלה היא לא בונוס – סיון חבר**  
... בתווך שבין הטפסים לפרוצדורות, התגלתה הרפואה במלוא עוצמתה: כזו שלא רק מרפאת את הגוף, אלא גם מחבקת את הנפש ומזכירה שאיש, גם אם הוא זר בארץ, אינו אמור לעמוד לבדו מול כאב וטראומת הפציעה."
- 56 Beyond Bedside Manner: חמלה כמנוע פרואקטיבי לשיפור יעילות קלינית ואיכות ברפואה – מורן וייס**  
... במשך שלושים שנות עבודה במערכת הבריאות למדתי שחמלה איננה תכונה אישית; היא תוצר של תרבות ארגונית והיא מתחילה הרבה לפני חדר הטיפול."

- 58 מי אני עכשיו? חמלה שמחברת חיים שלמים – דר' זוריאן רדומיסלסקי**  
... חמלה במערכת הבריאות איננה רגש, אלא היכולת של המערכת לראות גם בזקנה אדם שלם, ולהתאים את עצמה אליו ולא להפך."
- 61 חמלה תלויה במערכת – גילה זרביב**  
... חמלה אינה רק רגש, היא תשתית. היא מופיעה כאשר יש רצף, בהירות תפקידית ואוטונומיה מקצועית. מערך החירום המיילדותי בישראל מציע הצצה לעיקרון הזה בפעולה."
- 63 שיחות על סוף חיים – דר' טל פרגר גלר**  
... שיחה על סוף החיים היא אתגר רפואי וטיפול. זו שיחה על החיים ומשמעותם בעבר, בהווה ולאחר שיעזוב את העולם... השיחות עם המטופל במהלך האשפוז, שבהן חמלה הכרחית, תאפשרנה לנהל את הימים והשעות האחרונות לחיים."
- 65 בין חמלה לגבולות, סיפור מהוספיס בית – דר' יהורם זינגר**  
... חמלה בטיפול סוף חיים היא מעבר לרק רגש, היא ממש פרקטיקה, והיא נשענת על שלושה יסודות: עקביות, מקצועיות והיכרות אינטימית עם האדם ומשפחתו."
- 67 חמלה כעמוד תווך בטיפול של קלינאי התקשורת: בין מקצועיות לאנושיות – פרופ' מיכל איכט ודר' גיל צוקרמן**  
... לא עבדנו על שפה, לא על דיבור. אבל זו הייתה פגישה כל כך משמעותית. לא התקדמנו באף מדד טיפולי, אבל נבנה כאן אמון, עם ליאור ועם משפחתו. שם, במסדרון, היה ברור שחמלה היא תנאי לעבודה מקצועית מיטבית."
- חמלה כידע, כמיומנות וכשדה מחקר**
- 69 חמלה עצמית כמפתח לחמלה מקצועית – פרופ' נורית ירמיה**  
... חמלה עצמית לא כוללת עיוורון לצדדים הלא יפים שלנו. להיפך: היא מאפשרת לראות אותם בלי הגנות. כשאנחנו לא עסוקים בהלקאה... האחריות הופכת פרקטית."
- 72 שחיקת חמלה בקרב מטפלי בריאות הנפש בישראל מאז השבעה באוקטובר: בין טראומה משותפת, שחיקה וחוסן – פרופ' יעל לצר ודר' ליאת שקלרסקי**  
... טראומה משותפת זהו מצב שבו המטפל והמטופל מתקיימים בתוך אותה מציאות טראומטית רחבה, חברתית וביטחונית. במצבים אלה, המטפל אינו רק עד לסיפור הטראומה של האחר, אלא גם שותף לה כבן אדם וכאזרח."
- 75 לפגוש אדם: איך לומדים חמלה במקצועות הבריאות – חנינה כהן**  
... סטודנטים למקצועות הבריאות נכנסים כבר בשלבי ההכשרה הראשונים למרחבים שיש בהם עוצמות אנושיות גדולות: כאב, חוסר ודאות, פחד ולעיתים גם אובדן. לצד ההכשרה הקלינית שהם מקבלים, מתפתחת גם ההכרה בחשיבות הליווי של המפגש האנושי הזה."
- 77 חמלה כמיומנות קלינית: הכשרת פסיכולוגים באסותא – דר' ענת לרון**  
... פסיכולוגיה, חמלה ומדיניות - הזמן זה עכשיו: על הכשרה בטיפול ממוקד חמלה במערך הפסיכולוגי של אסותא מרכזים רפואיים."
- 80 ללמד חמלה, לבנות תרבות: מבית הספר למקצוענות של אסותא – שרית רוטנברג ודן הופרט**  
... התובנה שחמלה אינה מובנת מאליה, ושיש ללמד אותה באופן מכוון ושיטתי, עמדה בבסיס הקמת בית הספר למקצוענות של אסותא, מתוך הבנה עמוקה שמצוינות רפואית איננה מתמצה בידע קליני או בטכנולוגיה מתקדמת בלבד."
- 82 כיצד הציבור חווה חמלה במערכת הבריאות בישראל? ממצאי סקר עמדות ציבור – רעות רון**  
... הציבור מייחס חשיבות גבוהה לחמלה בטיפול הרפואי, אך ממצאי הסקר מצביעים על פער מתמשך בין הערכים המוצהרים לבין החוויה בפועל, כאשר מבנה המערכת והעומסים נתפסים כחסם מרכזי ליישומה."

## פלורנס נייטינגייל והבינה המלאכותית



**יעקב בורק הוא איש עסקים, סופר ופעיל חברתי. מכהן כיום כיו"ר הועד המנהל של עמותת מחווה. הקים את חברת ההשקעות "אזורגריין", מהחלוצות בתחום הון הסיכון בישראל. כיהן כיושב ראש "מידות", ארגון ללא מטרת רווח המקדם את האפקטיביות של עמותות ותורמים, יו"ר ארגון "מעלה" לקידום אחריות תאגידית ושותף בהקמת "עיגול לטובה".**

### האם מלחמה יכולה להיטיב עם האנושות? לפלורנס נייטינגייל תשובה חיובית רועמת.

נייטינגייל התפרסמה בעקבות מלחמת קרים (6-1854) בה נלחמו האנגלים ובני בריתם האיטלקים והצרפתים ברוסים. דוחות מדאיגים שהגיעו לאנגליה באמצעות קווי הטלגרף שהותקנו זה לא מכבר, סיפרו לציבור הבריטי המזועזע על מצוקתם של החיילים הבריטיים במלחמה הזאת. תפוצתן של מחלות זיהומיות ומחסור באחיות גבו יותר הרבה יותר חיים מאשר פציעות בשדה הקרב. הציבור דרש פעולה. שר המלחמה דאז, ידיד המשפחה, ביקש מנייטינגייל להוביל משלחת אחיות לבית החולים האנגלי ב-Scutari (ממוקם בטורקיה של היום) והיא הצליחה לאתר 38 אחיות בעלות רקע מתאים שהצטרפו אליה.

התנאים שהמשלחת פגשה כשהגיעה לשדה הקרב היו גרועים אפילו ממה שתואר בעיתונות ונייטינגייל נאלצה לקבוע כללי התנהגות קפדניים של צוות האחיות כדי להבטיח את היעילות הדרושה. בין השאר הנהיגה את מדי האחיות, המוכרים כל כך היום, שהיו אמורים להבדיל אותן מנשים אחרות במחנה והיו לא מעט כאלה.

היא הפגיזה את משרד ההגנה בלונדון בבקשות לאספקה נחוצה ולעיתים רכשה בכספה פריטים הכרחיים. כשהמלכה ויקטוריה הציעה לשלוח מי קולון לחיילים היא אמרה: "מעט ג'ין יתקבל טוב יותר". אבל עבודתה הייתה כרוכה ביותר מסיעוד והיגיינה בסיסיים. היא הצליחה להחזיר חמלה ואנושיות לחיילים. היא כתבה מכתבים למשפחות החיילים שלא ידעו לכתוב ואף ענתה לשאלות שהגיעו מהמשפחות. היא כתבה מכתבי תנחומים למשפחות של חיילים שמתו ולעיתים גם שלחה כסף לאלמנות.

וכן, במחווה שאין חומלת ממנה, היא ארגנה פרגוד שיקיף חיילים שעוברים קטיעה כדי להימנע מביצוע ניתוח כזה בנוכחות חיילים אחרים העשויים לעמוד בפני גורל דומה ביום המחרת.

בפעילותה החלוצית במלחמה הניחה נייטינגייל את היסודות למקצוע הסיעוד המודרני. קפדנותה המקצועית ותשומת הלב שלה לפרטים עיצבו במידה רבה את האופן שבו מנוהלות עד היום מחלקות בבתי חולים ואת הדרך בה מבוקרים שם זיהומים.

עם חזרתה לאנגליה הקימה בשנת 1860 את בית הספר הראשון לסיעוד בלונדון ובעקבותיו רשת בתי ספר לסיעוד בערים מרכזיות אחרות. פלורנס נייטינגייל הצליחה לחולל את השינוי הגדול ביחסן של נשים למקצוע הסיעוד ועשתה את הבלתי אפשרי כשהפכה אותו לפופולרי ומכובד בקרב הנשים של אנגליה הויקטוריאנית.

אך תרומתה של נייטינגייל למדע אינה מסתיימת כאן. היא הייתה חלוצה גם באופן הויזואלי שבו הציגה את הנתונים בעזרת מה שמוכר היום כ-pie chart. כך הצליחה להציג באופן משכנע את העובדה המטלטלת שהרבה

יותר חיילים מתו ממחלות מאשר בקרב ואת פילוג המחלות. היא ידעה לנתח נתונים ולהציג אותם בצורה בהירה ומשכנעת ונבחרה כאשה הראשונה שהתקבלה בחברה הסטטיסטית המלכותית.

נייטינגל נפטרה בגיל 90 (תוחלת החיים באנגליה של 1910 הייתה 48 שנה) נתון המרמז על האפשרות שחמלה גם מאריכה חיים.

ומכאן ב-Fast Forward לאירוע הטכנולוגי החשוב של העידן שלנו: הבינה המלאכותית. הדיספלינה החשובה ביותר בפיתוח הבינה המלאכותית היא אותה סטטיסטיקה בעיקר בתחום של למידת מכונה. היא הבסיס המאפשר לבינה המלאכותית ללמוד מנתונים, לנהל אי וודאות ולקבל החלטות אינטלגנטיות. ללא הסטטיסטיקה למודלים של בינה מלאכותית לא הייתה כל אפשרות מובנת לעבד מידע, להעריך את הצלחת המודל או להבין את העולם בדרך אמינה.

רבים מהאלגוריתמים של למידת מכונה נשענים על רגרסיה לינארית ועצי החלטות שהם כלים סטטיסטיים מובהקים כמו גם הסתברויות ורשתות עצביות. שיטות סטטיסטיות נהוגות כדי לאתר ערכים חסרים, לתיקון שגיאות ולשימוש במידע לצורך פיתוח מודלים. מבחני מתאם סטטיסטי קובעים מה הם המשתנים הרלוונטיים ביותר לתוצאות מודל מסוים. מודלים סטטיסטיים מאפשרים לבינה המלאכותית לכמת אי וודאות באמצעות מרווחי בטחון או הסתברויות במקום להציע תשובה יחידה. הן גם משמשות באיתור הטיות של המודל שנבנה וביכולת להבחין בין מתאם אמיתי ובין מקריות.

השאלה שאתם וודאי שואלים עכשיו היא האם הבינה המלאכותית יכולה לבטא חמלה ואולי הייתה יכולה להחליף את נייטינגייל?

הבינה המלאכותית אינה יכולה לחוש חמלה כיון שהיא נעדרת מודעות וניסיון סובייקטיבי. הבינה המלאכותית מתוכנתת לעשות בקלות סימולציה של חמלה ובמקרים מסויימים בעקביות וביעילות גדולה יותר מאתנו בני האנוש. הבינה המלאכותית יכולה לחקות באפקטיביות רבה התנהגות ותקשורת חומלת ללא המרכיב הרגשי והקוגניטיבי שמאפיין אותנו.

מחקרים אחרונים מראים שמטופלים תופסים לעיתים את ה-AI כחומל יותר מבני האדם. לא מעט בעקבות העובדה שה-AI מצטיין במספר מרכיבים של תקשורת חומלת: הוא עקבי וסובלני (ה-AI אינו סובל משחיקת האמפטיה) ואינו מושפע מהטיה אישית המתייחסת למינו, גזעו או מעמדו החברתי של המטופל. בגלל היכולת לטפל בכמות נתונים גדולה ה-AI עשוי להבחין בפרטים קטנים, גם כאלה בתיקו הרפואי של המטופל, המאפשרים לו ליצור את הרושם שהוא מעמיק בהתייחסותו למטופל.

ל-AI גם חסרונות ברורים הנובעים מהעדר המודעות: הוא יכול לאבחן עצב או דכאון אך אינו יכול לעמוד על מקורותיו בהעדר כל ניסיון אישי, הוא עשוי להיות שטחי והגרוע מכל אין לו כל מגבלות אתיות.

אם נחזור לפלורנס נייטינגייל נאלץ להודות שה-AI יכול היה אולי לנסח טוב יותר את מכתבי התנחומים לאלמנות החיילים וכנראה גם לערוך טוב יותר את הדוחות למשרד המלחמה אך יש דבר שה-AI לא יכול לעשות: לבקש מהרופאים לשים פרגוד מבודד סביב מיטת הפצוע שעומד לעבור קטיעה.

ה-AI יכול היום להשלים את ביטויי החמלה האנושית אך לא יכול להחליף לחלוטין את המגע האנושי הרגשי ולעיתים גם הפיסי. האחריות הייתה ונתרה, בינתיים, שלנו בני האדם.

מתוך דברי הפתיחה ביום ההכשרה הראשון של תהליך "תו מחווה לחמלה ואנושיות".

## מנהיגות, עסקים וחמלה – ביחד או לחוד?



**פרופ' יוסי ווייס, מזכיר הדירקטוריון, ממונה אחריות תאגידית, מנהל מכון המחקר, ויו"ר ועדת האתיקה המוסדית של הרשת באסותא מרכזים רפואיים. במקביל, פרופ' ווייס משמש כחבר סגל באוניברסיטת אריאל, שם כיהן בעבר כראש המחלקה לניהול מערכות בריאות. לפני כן, שירת פרופ' ווייס בצה"ל והשתחרר בדרגת אלוף-משנה. במהלך שירותו, פיקד על בית הספר לרפואה צבאית, תפקיד שהקנה לו ניסיון משמעותי בהכשרת אנשי רפואה ובהובלת מערכות רפואיות מורכבות.**

מספר ההגדרות למושג המנהיגות הוא כמספר האנשים שניסו להגדירה, ועדיין המילה מנהיגות נתפסת פעמים רבות כעוצמה, כוח, כריזמה והיכולת להוביל אנשים קדימה. הנעת אנשים לביצוע משימות לאורך זמן מחייבת שימוש מושכל באמצעי הנעה, תוך צמצום למינימום של אמצעי כפייה (למרות שההיסטוריה רצופה דוגמאות לשימוש באמצעים כאלו).

מנהל מנהיג יכול למקם את הרגשות שלו כלפי עובדיו לפי סולם הירארכי על פי מידת הרגש, ההזדהות והרצון לנקוט בפעולה. בשלב הנמוך ביותר נמצאת תחושת הרחמים (Pity – I feel sorry for you), בשלב השני נמצאת הסימפתיה (Sympathy) תחושה של הכרה בכאבו של האחר, ובשלב השלישי יש אמפתיה (Empathy), כאן מזדהה המנהל-מנהיג עם הכאב והקושי של עובדיו (I feel with you). אך נראה שכל עובד-מונהג יעדיף מנהיגים שיש בהם חמלה (Compassion), כאלה שנוקטים פעולה (I am here to help). ניצוץ האמפתיה חשוב על מנת להפעיל את המניע של המנהל אך הוא זקוק לחמלה כדי להנהיג.

לצד היחס לאחרים, מנהיגות חומלת מתחילה גם ביכולת של מנהיג לנהוג בחמלה כלפי עצמו. חשוב שמנהלים ומנהיגים יהיו מודעים לעובדה שלעיתים רבות הם נוטים להיות ביקורתיים מדי כלפי עצמם כאשר הם עושים טעויות או נתקלים בקשיים בעבודה. מנהלים שמונעים מפרפקציוניזם פעמים רבות מציבים סטנדרטים לא מציאותיים, ועשויים לחוות תחושות של חרדה, דיכאון, שחיקה וירידה בפרודוקטיביות. מנהיגים רבים מתקשים לקבל טעויות ואתגרים בדרך, אולם חשוב להכיר בכך שהם בלתי נמנעים והכרחיים לצמיחה. לצורך כך יש להכיר בחמלה עצמית. חשוב שמנהלים-מנהיגים ינהגו עם עצמם בחסד, באכפתיות ובהבנה. יגלו מודעות והתבוננות במחשבות וברגשות, מבלי להזדהות איתם יתר על המידה. עליהם לדעת כי האתגרים העומדים בפניהם הם חלק מחוויה אנושית משותפת. כאשר מנהיגים יאמצו לליבם חמלה עצמית, הם ישפרו לא רק את הבריאות הנפשית ויגבירו את החוסן, אלא גם יגלו הסתגלות וישפרו את היצירתיות והפרודוקטיביות. בסופו של דבר הם יהיו מנהיגים יותר טובים.

במחקר שנערך לפני חמש שנים הוגדר מודל של מנהיגות חכמה המשלבת חמלה (The wise compassion leadership matrix). מנהיגים שמשלבים חמלה חכמה, מגיעים לביצועים הטובים ביותר. הם מאזנים דאגה ואכפתיות לאנשים בארגון, עם התובנה שהם צריכים להזיז את הארגון קדימה ביעילות ופרודוקטיביות. גם כאשר נדרשות החלטות קשות, הם עושים זאת מתוך אכפתיות ומתוך התחשבות אמיתית ברגשות וברוחות העובדים. המחקר כלל איסוף נתונים מכ-15,000 מנהיגים מחמשת אלפים ארגונים על פני 100 מדינות, ומצא

מתאם בין מנהיגים שמצליחים לשלב חמלה חכמה, להתקדמות בהיררכיה הארגונית. עשיית הטוב לאחרים עושה לך טוב.

במאמר שפורסם ב-HBR בשנת 2015 "Measuring the Return on Character", המחבר פרד קייל מבחין בין שני סוגי מנהיגים, הראשונים מכונים Self-Focused, כאלה שמרוכזים בעצמם, לא דואגים לאחרים, לא מקיימים הבטחות, והאמת אצלם יחסית. והשניים מכונים Virtuoso CEOs, כאלה שמביעים דאגה, פועלים לטובת הכלל, מקבלים שיש טעויות, אמפתיים ועומדים על הדברים שנכון לעשות. נמצאו ארבע הבדלים בתכונות בין שני סוגי מנהיגים אלו – יושרה, אחריות, יכולת לסלוח וחמלה. המנהלים שדורגו גבוה בתכונות אופי אלו, הביאו את הארגונים שלהם לתוצאות עסקיות טובות יותר בהשוואה לאלו שציונם היה נמוך יותר.

בסקר אחר שנערך בקרב 195 מנהיגים של חברות גלובליות, הם התבקשו לדרג את הכישורים החשובים ביותר למנהיגים. הדירוג הגבוה ביותר הדגים את החשיבות שבקיום סטנדרטים אתיים ומוסריים קבועים אצל מנהיגים ומנהלים. במאמר אחר שכותרתו "כוח יכול להשחית מנהיגים, חמלה עשויה להציל אותם", מתואר כי בשנת 2016 ג'ון סטאמפ, מנכ"ל הבנק וולס פארגו, נקרא לשימוע בקונגרס האמריקאי להסביר מדוע הוא פיטר 5,300 עובדים לאחר שהבנק עצמו יצר מעל לשני מיליון חשבונות פיקטיביים. זו היא אחת הדוגמאות בהן מנכ"ל בנק איבד כל חמלה כלפי עובדיו מבלי יכולת להכיל ולהכיר בכאבם. ההתנצלות שלו לא הביעה חרטה כנה, הוא ניחן בחטא ההיבריס. כאשר מנהלים נתונים ללחצים ולקבלת החלטות קשות הם נעשים פחות אמפתיים. הימצאות כוח אינה בהכרח הגורם היחיד, אלא גודל האחריות והלחצים. מנהלים נדרשים לגלות פרואקטיביות ולפעול בחמלה, זה מה שיחפה על שכרון כוח וללחצים הנובעים מצורך בקבלת החלטות. ההמלצה היא לחבר חמלה בכל פעילות ואינטראקציה שעושים. החמלה צריכה להיות המצפן שמכוון את הפעילות הארגונית.

בסקר נוסף שנערך בקרב 1,000 מנהלים נמצא כי 91% אמרו שחמלה חשובה מאוד עבור מנהיגות, ו-80% ביקשו לשפר את יכולותיהם בתחום גילוי חמלה. באותה שנה התפרסם מאמר נוסף שכותרתו "למה מנהלים רבים שוכחים שהם בני אדם?". מנכ"ל פולקסווגן ואאוודי בספרד צוטט באמירה שצריך להפסיק וללמוד ניהול, נדרש ללמוד מחדש מה זה להיות בני אדם. המאמר מצא פערים גדולים בתפיסות בין מנהלים לעובדים. בעוד ש-72% מהמנהלים דירגו את עצמם כמעוררי השראה, 82% מהעובדים אמרו על המנהלים שלהם שהם אינם מעוררים השראה. המאמר מצא שכשמעודדים את העובד, המוטיבציה עולה, העובדים יותר מחויבים, והעבודה תבוצע טוב יותר. המאמר ממשיך ונותן טיפים למנהיגים, ביניהם: חשוב על העובדים, היה עם מודעות עצמית, שלול אנוכיות וגלה חמלה.

האם מנהיגים ומובילים באמת נדרשים לחמלה? משה כחלון בראיון מיוחד בשנת 2015, יממה לאחר התוכנית הכלכלית שלו, שבמרכזה הצעה להגביל את פעילות הבנקים, אומר "מנהיגות צריכה להיות חמלה".

עדי אלטשולר, מי שייסדה את הארגון "כנפיים של קרמבו", נבחרה ביחד עם העמותה להדליק משואה ביום העצמאות ה-60 למדינת ישראל. נשיא המדינה שמעון פרס ז"ל אמר עליה: "אני גאה בך עדי... בגאווה ובהשתאות על היוזמה, על החשיבה מחוץ לקופסה, על הדרך המיוחדת שאותה סללת, המאפשרת לילדים בעלי צרכים מיוחדים להיות חלק מהחברה הישראלית בתנועת הנוער היחידה מסוגה. הבחירה בך כצעירה משפיעה, מהווה דוגמה לדור הצעיר בישראל ובעולם. כי אדם גדול כגודל המטרה לשמה הוא פועל. פרויקט זה ופרויקט זיכרון בסלון, שבמהלכו מארחים ניצולי שואה לשמוע את סיפוריהם האישיים ולהעניק להם ערך של קרבה והקשבה, הם דוגמה לסולידריות אמיתית. התרשמתי ממך כי את מנהיגה טבעית, עתירה במטען ערכי של סיוע לחלש ולנוזק, ובשפע של כישורים חברתיים השוברים את נפשו של כל אדם".

לסיכום, בעוד שבעבר חמלה נתפסה כחולשה בעולם העסקי, מחקרים עכשוויים מראים שהיא כלי אסטרטגי חיוני בהצלחת ארגונים. מנהיג טוב הוא לא רק אמפתי שמרגיש את הכאב, הוא מזדהה עם עובדיו, מבין את הקושי ופועל לסייע, להסיר מכשולים, לפלס דרך ולהעצים עובדים, הוא מספק רשת ביטחון. המנהיג הטוב

## חמלה ואנושיות במערכת הבריאות: מגמות בעולם

מרינה סנדל היא שותפה מייסדת של עמותת מחווה, מרפאה בעיסוק במקצועה, העוסקת בשנים האחרונות בחקר, פיתוח והטמעה של גישות מבוססות חמלה וחויית אדם במערכת הבריאות. מלווה ארגוני בריאות בפיתוח כלים, הכשרות ותהליכים ארגוניים, מתוך חיבור בין ידע עולמי, עשייה מקומית והמציאות היומיומית של צוותים ומטופלים.

דקלה הרצוג טוויג, מייסדת ומנכ"לית עמותת מחווה לקידום חמלה ואנושיות במערכת הבריאות. בוגרת תוכנית לפיתוח חמלה ואלטרואיזם בבי"ס לרפואה באוניברסיטת סטנפורד.



בעשור האחרון הולך ומתרחב בעולם השיח סביב חמלה – כערך, כיכולת וכמשאב חיוני לחברות, לארגונים ולמערכות מורכבות. העלייה הדרמטית בעיסוק הציבורי, המחקרי והיישומי בחמלה אינה מקרית. היא משקפת הכרה גוברת בקיומו של מה שמכונה לעיתים "משבר החמלה" – תחושה רחבה של שחיקה, ניכור והתרחקות אנושית, דווקא בעידן של טכנולוגיה מתקדמת ויעילות.

מערכת הבריאות ניצבת בלב שיח זה. מעצם היותה מרחב שבו מתקיים מפגש יומיומי עם סבל, פגיעות ואי-ודאות, מתחדד בה המתח שבין מקצועיות, עומס וביצועיות לבין אנושיות, קשר ורגישות. במסגרת המגמה העולמית, החמלה אינה נתפסת עוד רק כחס כלפי מטופלים ובני משפחותיהם, אלא גם ככלי עבודה מרכזי עבור אנשי הצוות עצמם – משאב חיוני להתמודדות עם עומס מתמשך, לשימור חוסן מקצועי וליכולת לפעול לאורך זמן במצבים מורכבים. אין זה מפתיע אפוא שחמלה הפכה בשנים האחרונות לאחד התחומים הצומחים והנחקרים ביותר בזירה הבינלאומית של בריאות ורפואה.

חמלה אינה מושג חדש. היא נטועה עמוק במסורות תרבותיות, דתיות ופילוסופיות רבות, ונחשבת לערך אוניברסלי החוצה גבולות של תרבות, דת ולאום. אולם בעשורים האחרונים מתרחש שינוי משמעותי: חמלה מפסיקה להיות רק אידיאל מוסרי, והופכת לתחום ידע יישומי הנחקר, נמדד ומיושם במערכות שונות – ובהן מערכת הבריאות.

אוניברסיטאות, מכוני מחקר וארגונים בינלאומיים עוסקים כיום במדע החמלה, בהכשרות מקצועיות, בפיתוח מדדים ובהטמעת מודלים של מנהיגות חומלת. מספר הפרסומים המדעיים, הכנסים והתכניות הייעודיות בתחום מצוי בעלייה מתמדת, ומשקף מעבר מתפיסה אינטואיטיבית של חמלה להבנה כי מדובר ביכולת שניתן לפתח באופן שיטתי.

במקביל לעלייה בעיסוק בחמלה, נתונים ממדינות שונות מצביעים על תפיסה ציבורית של ירידה ברמות החמלה בשנים האחרונות. פער זה – בין הצורך ההולך וגובר לבין התחושה שחמלה נמצאת בשחיקה – הוא אחד המנועים המרכזיים להתפתחות התחום.

לא מפחד להודות בטעויות, ולהודות בכישלונות. הוא מאפשר למידה, ולצד הדרישות הגבוהות, הוא משלב אכפתיות. החמלה יוצרת נאמנות ותחושת ביחד, שהכל אפשרי. יתרה מכך בזמן משבר, היא מאפשרת בניית חוסן והתאוששות חזרה לשגרה מהירה וטובה יותר. מנהיגות שמגלה חמלה ויכולת לראות באדם כשותף, אינה מסתפקת בהשגת היעדים, היא משתלמת עסקית.

ומזווית מבט אישית,

מנהיג נבון ימצא את הדרך לשלב ניהול וחמלה, בשילוב חתירה בלתי מתפשרת להצלחה וקידום יעדי הארגון. תוך שהוא זוכר את המשאב האנושי (סליחה, מתקן – זוכר את בני האדם) בארגון, על צרכיהם ושאיפותיהם. חמלה היא עוצמה.

## מנהיגות חומלת – שינוי תרבותי מלמעלה ולצד השטח

אחת הזירות המרכזיות שבהן מתפתחת כיום מגמת החמלה היא תחום המנהיגות. בעולם הניהול והבריאות הולכת ומתחזקת ההבנה כי סגנון הנהגה חומל משפיע באופן ישיר על תרבות ארגונית, על תחושת הביטחון הפסיכולוגי של צוותים ועל איכות העבודה הקלינית. מנהיגות חומלת אינה מתמצה ביחסים בין מנהלים לעובדים, אלא נוגעת ליכולת לראות את האדם בתוך המערכת, להכיר במגבלות, ולהחזיק מורכבות ואחריות גם יחד.

מחקרים בתחום מצביעים על קשר בין מנהיגות חומלת לבין רמות נמוכות יותר של שחיקה, תקשורת פתוחה יותר ושיתופי פעולה אפקטיביים. בהתאם לכך, תכניות הכשרה רבות בעולם משלבות כיום חמלה כחלק מפיתוח מנהיגות רפואית וארגונית. ספרו של מייקל ווסט, *Compassionate Leadership*, מהווה דוגמה מרכזית לשיח זה, לצד פרסומים נוספים בתחום, ומציג כיצד מנהיגות חומלת יכולה לעצב תרבות ארגונית, לחזק צוותים ולשפר את איכות העבודה והטיפול במערכות בריאות.

לצד ההכשרות והיישום בשטח, תחום החמלה מתבסס בשנים האחרונות גם באמצעות מחקר ומדידה. פותחו שאלונים וכלי הערכה ייעודיים הבוחנים חמלה, חמלה עצמית, עייפות חמלה ושביעות רצון מחמלה, הן בקרב מטופלים והן בקרב אנשי צוות. כלים אלה מאפשרים לא רק לחקור את התחום, אלא גם להעריך התערבויות, לעקוב אחר תהליכי שינוי ולשלב חמלה כחלק ממדדי איכות במערכות בריאות.

המעבר למדידה אינו נועד לצמצם את החמלה למדד טכני, אלא להפך – להעניק לה תוקף מקצועי ומערכתי, ולהפוך אותה לנושא שניתן לדבר עליו, ללמוד אותו ולהטמיע אותו באופן מושכל.

גם בישראל ניכרת בשנים האחרונות התעוררות של שיח ופעולה סביב חמלה במערכת הבריאות. בתוך כך, עמותת **מחווה** פועלת לחיזוק החמלה, האנושיות וראיית האדם במערכת הבריאות, באמצעות פיתוח כלים והכשרות לצוותים וקידום תהליכים ארגוניים כגון תכנית "תו מחווה לאנושיות וחמלה" עבור מחלקות, מרפאות ויחידות המבקשות להוביל שינוי תרבותי. יוזמות מקומיות, תכניות הכשרה, מחקר יישומי ושיח בין-מקצועי מצביעים על הכרה גוברת בחשיבות הממד האנושי בטיפול. עמותות, אנשי אקדמיה ואנשי שטח פועלים יחד כדי לקדם חמלה כחלק מהכשרת אנשי מקצוע, מתרבות ארגונית וממדיניות בריאות.

נתונים מהציבור בישראל מצביעים על ציפייה ברורה ליחס אנושי וחומל במערכת הבריאות, לעיתים אף יותר מטכנולוגיה מתקדמת. פער זה בין הציפייה לחוויה בפועל מדגיש את הרלוונטיות של המגמה העולמית גם בהקשר המקומי, ואת הצורך בתהליכים יישומיים המותאמים למציאות הישראלית.

העיסוק הגלובלי בחמלה במערכת הבריאות אינו אחיד או חד-ממדי. הוא כולל מחקר, מדידה, הכשרות, מנהיגות ותרבות ארגונית. דווקא ריבוי הזוויות מעיד על בשלות התחום ועל ההבנה שחמלה נוגעת בליבת העשייה הרפואית, ולא בשוליה.

למרות האתגרים, השיח העולמי נושא גם תקווה. לצד תחושת המשבר קיימת אופטימיות זהירה, והכרה בכך שטיפול חמלה הוא תהליך ארוך טווח, שבכוחו להשפיע עמוקות על מערכות בריאות, על אנשי המקצוע הפועלים בהן ועל האנשים הזקוקים להן ברגעים הפגיעים ביותר.

חמלה, במובן זה, אינה מגמה חולפת. היא שפה הולכת ונבנית, המציעה דרך לחשוב מחדש על רפואה, טיפול ואנושיות בעולם מורכב ומשתנה.

בתגובה לכך, קמות יוזמות גלובליות המבקשות לקדם חמלה ברמה אישית, ארגונית וחברתית: רשתות בינלאומיות, ערים וקהילות חומלות, תכניות חינוך ומנהיגות, וכן התערבויות ייעודיות במערכת הבריאות. יוזמות אלו מדגישות כי חמלה אינה עניין של "טוב לב" בלבד, אלא רכיב מבני המשפיע על איכות מערכות, על אופן הציבור ועל רווחת הפועלים בתוכן.

בתוך מערכת הבריאות, החמלה נבחנת מזוויות רבות. מחקרים מצביעים על קשר בין חמלה לבין חוויית המטופלים, איכות הקשר הטיפולי, היענות לטיפול ותוצאות בריאותיות. במקביל, הולכת ומצטברת עדות להשפעתה של חמלה על רווחת הצוותים עצמם: הפחתת שחיקה, חיזוק חוסן מקצועי ותחושת משמעות.

מכאן נולדת הבנה רחבה יותר: חמלה היא רכיב מהותי בעשייה המקצועית במערכת הבריאות. היא נוגעת לאופן שבו מתקבלות החלטות, כיצד מתנהלת תקשורת, ואיך נראית עבודה צוותית במצבי לחץ – ומשפיעה על איכות הטיפול, חוויית המטופלים והעבודה המקצועית עצמה.

## האם ניתן לטפח וללמד חמלה?

אחת השאלות המרכזיות המעסיקות את התחום היא האם חמלה היא תכונת אופי מולדת, או מיומנות הניתנת ללמידה. הגישה הרווחת כיום מצביעה בבירור על האפשרות השנייה. ברחבי העולם מתפתחות תכניות הכשרה מבוססות חמלה, הפועלות בתוך מערכות בריאות, אוניברסיטאות וארגוני טיפול, ומציעות מסגרות מובנות לפיתוח יכולות חומלות בקרב אנשי מקצוע.

אחת הדוגמאות הבולטות לכך היא פעילותם של מרכזים אקדמיים מובילים, לצד אחרים ברחבי העולם, ובראשם המרכז לחקר חמלה ואלטרואיזם באוניברסיטת סטנפורד (CCARE), שפיתח תכניות הכשרה ייעודיות לצוותים רפואיים. תכניות אלו משלבות ידע מחקרי עדכני עם תרגול חווייתי, רפלקציה אישית וקבוצתית, ועיסוק במצבים קליניים ממשיים. הדגש אינו רק על היחס למטופל, אלא גם על טיפוח חמלה עצמית, נוכחות מקצועית והתמודדות עם שחיקה ועומס.

לצד סטנפורד, ולצד מכונים נוספים ברחבי העולם, פועלים כיום מכוני מחקר רבים העוסקים במדע החמלה ובהשלכותיו על בריאות ורווחה. בין היתר ניתן לציין את *Compassionate Mind Foundation* בבריטניה, שהוקמה על ידי פרופ' פול גילברט ומובילה מחקר ויישום של חמלה בהקשרים קליניים וארגוניים ואת *Center for Healthy Minds* באוניברסיטת ויסקונסין-מדיסון, העוסק בקשר בין חמלה, רווחה ותפקוד מוחי. מכונים אלה ואחרים חוקרים את הקשרים בין חמלה, קבלת החלטות, מנהיגות, עבודה צוותית ותוצאות קליניות, ותורמים לביסוס התחום כתחום ידע עצמאי ורב-תחומי.

גם בשדה הפרסומים המקצועיים ניכרת מגמה ברורה. בשנים האחרונות מתפרסמים ספרים רבים העוסקים בחמלה במערכת הבריאות ומכוונים לקהלים שונים – אנשי מקצוע, מנהלים וקובעי מדיניות. בין הדוגמאות הבולטות, לצד ספרים ופרסומים נוספים, ניתן למנות את *Compassionomics* מאת Anthony-I Stephen Trzeciak, *Mazzarelli*, העוסק בקשר בין חמלה, איכות טיפול ותוצאות קליניות. דוגמה זו ממחישה את המעבר משיח ערכי כללי לעיסוק קונקרטי בדרכי יישום והטמעה של חמלה במערכות בריאות.

הדגש על חמלה עצמית בולט במיוחד בתוך מגמה זו. עבודתה של פרופ' Kristin Neff, מהחוקרות המרכזיות בתחום החמלה העצמית, תרמה להבנת חמלה עצמית כיכולת נלמדת וכמשאב מקצועי חיוני. מחקרה והפעילות הענפה שהתפתחה סביבם מצביעים על כך שחמלה כלפי אחרים נשענת על היכולת של אנשי מקצוע לפגוש גם את עצמם באופן אנושי ולא שיפוטי. במערכות תובעניות כמו מערכת הבריאות מדובר באתגר משמעותי, אך כזה הנתפס כיום כתשתית הכרחית לחוסן מקצועי, להפחתת שחיקה ולעשייה מקצועית מיטיבה.

# האם להכניס חמלה לסל הבריאות? – חמלה כתרופה – מהביולוגיה ועד לחינוך הרפואי



**פרופ' דינה בן יהודה היא רופאה ישראלית מומחית להמטולוגיה. פרופסור בקתדרה על שם נורמן גרין להמטולוגיה בפקולטה לרפואה של האוניברסיטה העברית בירושלים, בעברה כיהנה כדיקן הפקולטה לרפואה באוניברסיטה העברית. היא מנהלת האגף ההמטולוגי במרכז רפואי הדסה בירושלים, מנהלת החינוך הרפואי מחקרי בבית הספר לרפואה במכון ויצמן ויו"ר ועדת סל הבריאות בארבע השנים האחרונות.**

הדיון בסל הבריאות מתמקד בדרך כלל בתרופות חדשות, בטכנולוגיות מתקדמות ובשאלות של עלות מול תועלת. בעשור האחרון נוספה לשיח זה מהפכה נוספת: בינה מלאכותית, אלגוריתמים לומדים, ניתוח מאגרי נתק ויכולת הולכת וגדלה לזהות מנגנוני מחלה בדיוק חסר תקדים. אולם דווקא בעידן זה, שבו הרפואה נעשית חכמה, מהירה ומדויקת יותר מאי פעם, עולה השאלה האם איננו שוכחים מרכיב בסיסי, אך חיוני, בבריאות האדם – חמלה.

חמלה נתפסת לרוב כערך מוסרי, תכונת אופי או אידיאל אנושי, אך לא ככלי טיפולי. טענתי היא שחמלה איננה תוספת רכה לרפואה "הקשה", אלא התערבות רפואית לכל דבר: היא פועלת במסלולים פיזיולוגיים ומולקולריים מוכחים, משפיעה על חולי והחלמה, וחשיבותה רק הולכת וגוברת בעידן הדיגיטלי. אם בעבר ניתן היה לראות בה ממד משני, הרי שכיום – דווקא לנוכח התעצמות הטכנולוגיה – חמלה הופכת לרכיב הכרחי באיכות הטיפול.

בשנים האחרונות הולך ומצטבר ידע מדעי המצביע על הקשר ההדוק בין חוויה של חמלה – תחושת הקשבה, הכלה ונוכחות אנושית מיטיבה – לבין תהליכים ביולוגיים מרכזיים בגוף. מחקרים מתחום הפסיכונורואימונולוגיה מראים כי אינטראקציות אנושיות תומכות משפיעות על מערכות ויסות הדחק, על פעילות המערכת החיסונית ועל תהליכים דלקתיים, כולם בעלי משמעות קריטית במצבי חולי חריף וקרוני כאחד.

אחת המערכות המרכזיות המושפעות מחוויות אלו היא הציר ההיפותלמי-היפופיזרי-אדרנלי, מערכת המווסתת את תגובת הגוף למצבי לחץ. ציר זה מתחיל במוח, ממשיך דרך בלוטת יותרת המוח ומסתיים בבלוטת יותרת הכליה, והוא מוביל להפרשת קורטיזול – הורמון חיוני להתמודדות קצרה עם איום. אולם כאשר מערכת זו מופעלת באופן קרוני, כפי שקורה במצבי מחלה, כאב, חרדה או חוסר ביטחון מתמשך, היא עלולה לפגוע בתפקוד מערכת החיסון, להגביר תהליכים דלקתיים ולהאט תהליכי ריפוי. חוויה של קשר אנושי חומל יוצרת תחושת ביטחון, מפחיתה את ההפעלה המתמשכת של מערכת זו ותורמת לאיזון פיזיולוגי ולהחלמה.

ברמה המולקולרית, נמצא כי סביבה רגשית תומכת קשורה לירידה בביטוי של גנים מעוררי דלקת ולעלייה בביטוי גנים המעורבים בתיקון רקמות, בריפוי ובויסות חיסוני. במקביל, אינטראקציות חומלות משפיעות על הפרשת נורופפטידים והורמונים כגון אוקסיטוצין, דופמין וסרוטונין. חומרים אלו אינם משפיעים רק על מצב הרוח, אלא גם על חרדה, על היענות לטיפול רפואי ועל תהליכי החלמה. במובן זה, חמלה איננה עומדת בניגוד לרפואה מבוססת מדע – היא פועלת במסלולים ביולוגיים מדידים, ממש כמו תרופות.

דווקא על רקע זה יש לבחון את מקומה של חמלה בעידן הבינה המלאכותית. מערכות AI כבר היום מסייעות באבחון, בהתאמת טיפול, בניבוי תגובות לתרופות ובזיהוי מוקדם של סיבוכים. אנו מדברים על רפואה מותאמת אישית, על פענוח גנום אחר גנום, על התאמת תרופה לשינוי מולקולרי ספציפי בתא החולה. מחלה אחת, שבעבר נתפסה כישות אחידה, מתפצלת כיום למאות מחלות נדירות, שלכל אחת מהן חתימה גנטית ומולקולרית ייחודית.

אך בתוך כל רצף כזה, בין האותיות A, C, G, T של ה-DNA, יש אדם. יש סיפור חיים. יש פחד, תקווה, ילדים שמחכים בבית, הורה מזדקן, זהות מקצועית ואישית העומדת למבחן. האלגוריתם יכול לזהות מוטציה, אך אינו מזהה בדידות. הוא יכול להציע טיפול אופטימלי, אך אינו נושא את מבטו של החולה ברגע קבלת הבשורה. ככל שהרפואה נעשית מדויקת יותר ברמת המולקולה, כך גובר הסיכון לאובדן הדיוק במפגש האנושי.

הרפואה המותאמת אישית באמת אינה נכתבת רק ב-DNA היא נכתבת במפגש שבין שני מבטים. היא מתרחשת ברגע שבו הרופא רואה לא רק את המחלה, אלא את האדם הנושא אותה. בעולם שבו חלק הולך וגדל מהאינטראקציה הרפואית מתווך על ידי מסכים, אלגוריתמים וממשקים דיגיטליים, הצורך במגע אנושי, בנוכחות ובחמלה אינו פוחת – הוא מתעצם.

עם זאת, חשוב להדגיש כי חמלה איננה התערבות אחידה או נטולת סיכון. בדומה לכל תרופה, גם חמלה מחייבת התאמה. חמלה שאינה מדויקת, שאינה מותאמת לאדם, לשלב המחלה או להקשר הקליני, עלולה להיות לא יעילה ואף מזיקה – להציף, לפגוע בגבולות או להוביל לשחיקה של המטפל. מכאן נובעת החשיבות בהבנת חמלה כמומנות מקצועית ולא רק כנטייה אישית: לדעת למי לתת אותה, מתי, ובאיזה "מינון".

הכרה בחמלה כמרכיב טיפולי בעל השפעה ביולוגית מחייבת שינוי עמוק גם באופן שבו אנו מחנכים רופאים ואנשי צוות רפואי. כיום אנו עדים לפרדוקס מוכר: סטודנטים לרפואה מתחילים את דרכם חדורי חמלה, אלטרואיזם ורצון כן לעזור, אך מסיימים את לימודיהם שחוקים, מרוחקים ופרגמטיים. תהליך זה אינו מקרי; הוא תוצר של "קוריקולום נסתר" – מערכת מסרים סמויה המעודדת יעילות, ניתוק רגשי וראיית החולה כאובייקט, ולעיתים אף משדרת שחמלה היא מותרות בעולם של עומס, טכנולוגיה ומדדים.

אם נבין שחמלה היא כלי טיפולי ממשי, לא נוכל עוד להשאיר אותה לתכונות האישיות של הרופא או לאקראיות המפגש הקליני. בתי הספר לרפואה יידרשו לפתח קוריקולום מובנה, מבוסס ידע ומיומנויות, המלמד חמלה כיכולת קלינית: זיהוי מצוקה, תקשורת אמפתית, ניהול רגשי של המטפל עצמו ושמירה מפני שחיקה. דווקא בעידן של בינה מלאכותית, זוהי המיומנות האנושית שאינה ניתנת לאוטומציה.

הכנסת חמלה לשיח של סל הבריאות אינה רק החלטה מערכתית, אלא הצהרה תפיסתית: הכרה בכך שבריאות האדם אינה תוצר של תרופות, אלגוריתמים ופרוצדורות בלבד, אלא גם של הקשר האנושי שבתוכו הן ניתנות. חמלה, כאשר היא ניתנת לאדם הנכון, בזמן הנכון ובמינון הנכון, היא תרופה זמינה, בטוחה ובעלת פוטנציאל השפעה רחב. הכרה בחמלה כתרופה מחייבת מעבר מתפיסה רגשית-אישית למדיניות מערכתית: אם אנו מוכנים לממן תרופות יקרות המשפיעות על מסלולים ביולוגיים, אין הצדקה להתעלם מהתערבות טיפולית מוכחת, זמינה וזולה, המשפיעה על אותם מסלולים בדיוק.

## מריפוי האדם לריפוי מערכות ציבוריות, ישראל 2026



**דר' מרים פינק, פסיכיאטרית ילדים ונוער, סגנית ראש חטיבת הרפואה, משרד הבריאות. בעברה ניהול בכיר בקופת החולים והובלת תהליכים לאומיים. סיימה לימודי רפואה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב ובהמשך השלימה תכניות לימודים בבית הספר מנדל למנהיגות חינוכית, תכנית ענבר במעוז ותואר MBA. לאורך השנים עסקה בפיתוח שיטות לעיסוק בתהליכי ריפוי של המערכת הציבורית וחיבור בין מערכות על מנת להצליח לייצר תהליכי שינוי.**

הערכים שהובילו אותי ללימודי רפואה היו קדושת החיים והרצון לצמצם סבל. בחרתי להתמחות בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר מתוך שאיפה ללוות מטופלים ומשפחות לאורך זמן, ולראות את האדם בתוך ההקשרים הרחבים של חייו: משפחה, קהילה ומסגרות חינוכיות. לצד סיפוק מקצועי ניכרו הפערים העמוקים ביכולת של המערכת לתת מענה בזמן אמת, תורי המתנה ארוכים לשירותי בריאות הנפש, פערי כח אדם, עיסוק שולי במניעה וב"בריאות נפשית". מציאות של קורונה ומלחמה נוראית עם השלכות נפשיות כבדות מנשוא והבנה עמוקה שמרבית הפניות למערכת מתרחשות לאחר שסבל מתמשך כבר פגע בתפקוד ובמערכות היחסים.

לאורך השנים דרך הפרספקטיבה הניהולית והמסע האישי שכלל שירות כרופאה במערכת הציבורית, תפקידי ניהול בכירים, תקופות במשרדי ממשלה, רשויות מקומיות ויציאה ללימודי מדיניות וניהול בכיר הבנתי כי אותו הסבל והטיפול בדיעבד במערכת המשפחתית קיים באופן מקביל בהתבוננות במערכות הציבוריות עצמן ובייחוד המערכות האחראיות לטיפול ישיר במיליוני בני אדם. ניכר כי המערכות הציבוריות עצמן מתמודדות עם "סימפטומים נפשיים" הכוללים, תופעות של אובדן אמון, מערכות יחסים מורכבות, משברים ומתח מתמיד שהלכו והחמירו בעקבות שנים של משבר ממושך שהשפיע באופן עמוק הן על הפרט והן ועל המערכות הציבוריות בישראל. בהתאם לכך, אני סוברת כי קיימת חשיבות עליונה בפיתוח פרקטיקות ארגוניות שיאפשרו למנהלים הבכירים בישראל להוביל את הצוותים שלהם ואת המערכת הציבורית אל עבר תפיסה המכירה בעוצמת הטראומה והשבר לצד כלים ארגוניים שיאפשרו תקווה וצמיחה פוסט טראומתית.

התבוננות זו חידדה עבורי פער מרכזי בגישה הרפואית והמערכתית: רפואה מוכוונת-בעיה מצטיינת באבחון ובטיפול בסימפטומים ומתן מענה תגובתי למשבר, אך מתקשה לעיתים להחזיק את האדם ואת המערכת כשלמים ואת המרכיבים הקריטיים ליצירת חוסן כולל המפגש הבין-אישי כמרכיב מרפא בפני עצמו. מתוך כך התגבשה תפיסתי כי אם ברצוננו לצמצם סבל באופן בר-קיימא, אין די בריפוי יחידים; נדרש מעבר לריפוי מערכות. מערכות בריאות הן סביבות אנושיות מורכבות, ואיכות הקשרים, האמון, תחושת המשמעות והמסוגלות של אנשי הצוות והמנהלים משפיעות ישירות על טיפול באדם.

המסורת היהודית, כמו גם תפיסות מוסריות רבות, מציבה את כבוד האדם והאחריות לזולת כעקרונות יסוד. "ואהבת לרעך כמוך" איננו רעיון מופשט אלא קריאה לפעולה בעולם המעשה. חמלה, בהקשר זה, איננה רק עמדה רגשית, אלא פרקטיקה חברתית: יצירת תנאים ארגוניים שמאפשרים לאנשים להיראות, להישמע ולפעול מתוך משמעות.

מחקרי רווחה (Well-being) ופסיכולוגיה חיובית מצביעים על כך שחיים מיטיבים נשענים על קשרים משמעותיים, תחושת שייכות, משמעות ואמון. מערכות שאינן מטפחות מרכיבים אלו שוחקות את אנשיהן ומתקשות לממש את ייעודן הערכי והמקצועי. ואכן, מחקרי מדיניות וארגון מראים כי ללא אמון ומסוגלות משותפת, גם תהליכי תכנון וניהול מתקדמים מתקשים להתממש לאורך זמן.

תפיסות ניהול המבססות את היכולת של ארגונים להבין את מרכזיות האנושיות כגורם המאפשר צמיחה ושגשוג ארגוני, זוכות בעשורים האחרונים לתיקוף מחקרי וניהולי נרחב, במיוחד בארגונים מורכבים העוסקים בבני אדם. מודלים של הנהגה השתתפותית והרחבת מעגלי ההשפעה מאפשרים חיזוק של אמון, תחושת שייכות ומסוגלות משותפת. כך למשל, מחקריו של בנדורה על *collective efficacy* מדגימים כיצד אמונה משותפת של צוות ביכולתו להשפיע על המציאות משפרת ביצועים במערכות ציבוריות. תפיסות ניהול מתקדמות מציעות מעבר מתפיסה של שליטה ובקרה לתפיסה של אחריות משותפת, שבה עובדים, מנהלים ובעלי עניין נתפסים כשותפים פעילים בעיצוב המדיניות, היישום והלמידה ממנה. בהקשר זה, תאוריית U של פרופ' אוטו שרמר מאוניברסיטת הרווארד מציעה מסגרת יישומית לשינוי מערכת, המבוססת על שינוי איכות ההקשבה והנוכחות הארגונית. התאוריה מדגישה כי טרם שינוי פעולה יש להעמיק את ההקשבה לעצמנו, לזולת ולמציאות, ולברר מחדש את הייעוד הערכי שממנו אנו פועלים. רק מתוך חיבור זה ניתן לגבש צעדי פעולה משותפים, לומדים ומתקנים.

במערכת הבריאות, יישום עקרונות אלו מתבטא ביצירת פרקטיקות קבועות של עבודה על מערכות היחסים, על היחס הראוי והמכבד לאדם המטופל ולעובד, הכשרת מנהלים וארגונים להקשבה ויצירת מרחב שבו היחס האנושי והאכפתי נתפס כבסיס למקצוענות קלינית וניהולית. פרקטיקות אלו אינן "רכות" או שוליות, אלא תנאים לאפקטיביות, לאמון וליכולת להתמודד עם מורכבות ומשבר.

הניסיון הקליני שלי, בין היתר בטיפול הדיאלקטי-התנהגותי (DBT), חיזק בי את ההבנה כי קיימים כלים עוצמתיים לריפוי אדם במשבר שהינם רלוונטיים ועוצמתיים לשימוש ככלים לריפוי מערכות ובייחוד כאשר נמצאות תחת משברים מתמשכים. במהלך עבודתי צברתי ניסיון כיצד לתרגם את העקרונות הטיפוליים לעקרונות מערכתיים כאשר שינוי משמעותי מחייב החזקה דיאלקטית של קבלה ושינוי גם יחד. עקרונות כמו קשיבות, תיקוף, ויסות והתמודדות עם מצוקה, אשר פותחו במקור לעבודה טיפולית עם יחידים וקבוצות, רלוונטיים במידה רבה גם לעבודה ארגונית ולניהול מערכות מורכבות.

חמלה במערכת הבריאות איננה מושג ערכי מופשט, אלא רכיב מבני הכרחי בתפקודן של מערכות ציבוריות העוסקות בבני אדם. מערכות אלו נדרשות לראות בהשקעה במרכיב האנושי, ביחס לאדם, בקשרים, במשמעות, באמון ובתחושת השותפות – תנאי יסוד למימוש ייעודן המקצועי, האתי והחברתי. המעבר מריפוי יחידים לריפוי מערכות מחייב תפיסה מערכתית הרואה את הארגון עצמו כסביבה התפתחותית, המשפיעה באופן ישיר על איכות הטיפול, קבלת החלטות ויכולת ההתמודדות עם מורכבות ומשבר.

בהתאם לכך, מערכות בריאות אינן יכולות להסתפק בהצהרות ערכיות בדבר אנושיות וחמלה, אלא נדרשות להמשך פיתוח ולהטמעה של פרקטיקות מדיניות וניהול בכיר שממקמות את האנושיות, מערכות היחסים והמשמעות בסדר העדיפויות הארגוני הגבוה. פרקטיקות אלו כוללות תהליכי תכנון, הנהגה וקבלת החלטות המכוונים במודע לטיפוח הקשבה, אמון, שותפות ומשמעות בכל רמות המערכת.

## חמלה במערכת הבריאות: מפת דרכים יישומית



**דר' יצחק ברלוביץ שימש לאחרונה כמנכ"ל מרכז וולפסון בחולון, לפני כן היה משנה מנכ"ל משרד הבריאות בין יתר תפקידיו היה שותף לניסוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, חוק זכות החולה והוביל את מרכז רפואי וולפסון להתאוששות כלכלית ולשיפוץ מחלקות אישפוז ותכנון אגף הילדים במרכז.**

נושא החמלה והאנושיות במערכת הבריאות עומד כיום במרכז אחד הדיונים החשובים ביותר, שכן הוא נוגע בנקודת המפגש שבין מקצועיות רפואית לבין הצורך האנושי הבסיסי להרגיש שרואים אותך באמת – המטופל.

חמלה אינה מרכיב שולי בעשייה הרפואית, אלא תנאי משמעותי לאיכות הטיפול ולהצלחתו. מחקרים רבים מצביעים על כך שחוויה של יחס אנושי מפחיתה חרדה, כאב וסטריס, ותורמת לשיפור בתוצאות רפואיות. כאשר מטופלים חשים שמקשיבים להם ומתייחסים אליהם ברצינות ובכבוד, רמת האמון שלהם במערכת גוברת, והם נוטים לשתף פעולה באופן טוב יותר עם הטיפול המוצע. לצד תרומתה למטופלים, חמלה מיטיבה גם עם אנשי הצוות הרפואי עצמם. יחסים המבוססים על חמלה הדדית תורמים לסביבת עבודה בריאה יותר, מפחיתים שחיקה מקצועית ומחזקים תחושת משמעות ומחויבות בעבודה היומיומית.

מערכת הבריאות מתמודדת עם שורה של אתגרים מבניים ויומיומיים, בהם עומס בלתי פוסק, תורים ארוכים, מחסור מתמשך בכוח אדם ובירוקרטיה מורכבת המרחיקה לעיתים את הצוותים הרפואיים מן המפגש האנושי עם המטופל. לכך מצטרף לחץ רגשי משמעותי המופעל על רופאים, אחיות ואנשי מקצוע נוספים, הנדרשים לקבל החלטות מורכבות בתנאים של חוסר ודאות ושחיקה מצטברת. מכלול תנאים אלה יוצר מציאות שבה קשה לעיתים לעצור לרגע, להקשיב ולהיות נוכחים באופן אנושי, לא בשל היעדר רצון או מחויבות מצד הצוותים, אלא משום שמבנה המערכת והעומסים המוטלים עליה מקשים על מימוש ערכים אלה הלכה למעשה.

על אף האתגרים הרבים, קיימות דרכים מעשיות לקידום חמלה ואנושיות במערכת הבריאות, והאחריות לכך מתחלקת בין אנשי הצוות, המערכת והמטופלים עצמם.

מצד אנשי הצוות הרפואי, חמלה מתבטאת בראש ובראשונה בתקשורת פשוטה, ברורה וכנה, גם במצבים שבהם הזמן מוגבל והעומס גבוה. להסביר מה קורה, גם כשאין זמן. הסבר קצר על מהלך הטיפול, מבט בגובה העיניים, ויצירת רגע קטן של קשר אנושי יכולים להשפיע באופן משמעותי על חוויית המטופל. לפעמים שניה של קשר עין עושה הבדל עצום. הכרה גלויה ברגשות המטופל, באמצעות אמירה פשוטה כגון "אני מבין שזה קשה", עשויה לשנות את אופן החוויה כולה ולחזק את תחושת הביטחון והאמון.

מן הצד המערכתי, קידום חמלה מחייב השקעה מכוונת בתנאים המאפשרים אותה. הכשרה מקצועית המשלבת מיומנויות תקשורת וחמלה, לצד ידע קליני, היא מרכיב חיוני. בנוסף, הגדלת כוח האדם מאפשרת זמן איכותי יותר למפגש הטיפולי, ועיצוב מרחבי הסביבות הטיפוליות באופן שמפחית סטריס ותומך בפרטיות ובעשיחה רגועה. כל אלה הם מרכיבים משמעותיים ליחס אנושי ומכבד.

גם למטופלים עצמם תפקיד פעיל ביצירת מפגש חומל. חשוב שהמטופל ומליוויו ידעו לשאול שאלות בלי להתבייש, לשתף בתחושות ובחששות, ולהביע צרכים, כל זאת על מנת שהצוותים המטפלים יוכלו להבין טוב יותר את מצבו של האדם שמולם. לצד זאת, הכרה בכך שגם אנשי הצוות הרפואי הם בני אדם הפועלים בתנאים מורכבים יכולה לתרום לדיאלוג מכבד ולשותפות אמיתית בתהליך הטיפולי.

בסופו של דבר, מערכת הבריאות היא מרחב של מפגש מתמיד בין פגיעות אנושית לבין מקצוע הנשען על ידע מדעי, מחקר וטכנולוגיה מתקדמת. במפגש זה, חמלה משמשת כגשר המחבר בין הטיפול הטכני לבין החוויה האנושית, ומאפשרת להפוך התערבות רפואית מתהליך של תיקון תפקודי בלבד לחוויית ריפוי שלמה, הרואה את האדם שמעבר לחמלה ולאבחנה.

פיתוח תרבות של חמלה בארגון בריאות אינו תהליך מקרי, אלא תוצאה של הרגלים, נורמות, תמריצים וערכים המוטמעים בהתנהלות היומיומית של כל מי שפועל במערכת. בהקשר זה עולה השאלה מהי בעצם תרבות חמלה ארגונית. מדובר במערכת של עמדות והתנהגויות יום יומיות המעצבות את האופן שבו אנשי הצוות מתקשרים זה עם זה ועם המטופלים, מקבלים החלטות, ומתמודדים עם עומסים, טעויות ומצבי אי ודאות.

### ארצה לציין כמה אבני יסוד לפיתוח תרבות חמלה:

אבן היסוד הראשונה בפיתוח תרבות כזו היא מנהיגות המדגימה חמלה הלכה למעשה. מנהלים המקשיבים באמת לאנשי הצוות, מגיבים באופן אנושי למצבי עומס, טעויות וקונפליקטים, ומהווים דוגמה אישית באופן שבו הם מדברים עם מטופלים ועם עובדים, יוצרים נורמה ארגונית ברורה. תרבות ארגונית מתחילה מלמעלה, אם המנהיגות לא חמלה, היא לא תופיע בשטח.

מרכיב מרכזי נוסף הוא הכשרה רגשית-מקצועית מתמשכת. לא מספיק ללמד פרוטוקולים רפואיים ונהלים קליניים, יש להקנות לאנשי הצוות מיומנויות תקשורת ואמפתיה, כלים לזיהוי מצוקה רגשית, יכולת לנהל שיחות קשות כגון מסירת בשורה רעה או התמודדות עם אי ודאות, וכן מיומנויות של ויסות עצמי. ארגונים מצליחים אינם מסתפקים בסדנאות חד פעמיות, אלא משלבים תכנים אלו כחלק אינטגרלי מההכשרה השוטפת.

תנאי עבודה המאפשרים חמלה הם תנאי בסיסי נוסף. לא ניתן לצפות מאדם מותש, הנתון לעומסים חריגים ולשחיקה מתמשכת, להפגין אמפתיה וקשב. לכן יש לדאוג לעומסי עבודה סבירים, להפסקות אמיתיות במהלך יום העבודה, לתורנויות מאוזנות ולזמינות של תמיכה פסיכולוגית לצוותים. חמלה היא משאב, וכמו כל משאב, יש צורך לחדש ולתחזק אותו לאורך זמן.

גם עיצוב סביבת הטיפול משפיע באופן משמעותי על חוויית החמלה. מרחבים המאפשרים פרטיות ושיחה רגועה, שילוט ושפה מכבדים, תגי זיהוי ברורים לצוות המטפל, ותהליכים המפחיתים בירוקרטיה מיותרת, כולם תורמים ליצירת סביבה אנושית יותר. אפילו פרטים הנראים שוליים, כגון תאורה, רמת רעש או מיקום עמדת האחות, משפיעים על תחושת הביטחון והכבוד של המטופלים.

שיתוף המטופלים בהחלטות הטיפוליות הוא נדבך נוסף בתרבות חמלה. שקיפות מלאה, קבלת החלטות משותפת והתייחסות למטופל כאדם בעל סיפור חיים ולא רק כאבחנה רפואית, מחזקים את תחושת השותפות. מטופלים שמרגישים שותפים, גם הצוות הטיפולי מתנהג בהתאם, כלומר פחות "מול" המטופל ויותר "עם" המטופל.

לבסוף, חשוב להכיר ולהוקיר התנהגות חומלת באופן גלוי. כדי להטמיע חמלה כערך ארגוני, יש להעריך ולמדוד אותה, לשתף סיפורי הצלחה בשיבות צוות, להעניק פרסים או ציונים לשבח על יחס אנושי, ולהעביר משוב חיובי ממטופלים ישירות לצוותים. המסר הברור צריך להיות שחמלה אינה עומדת בניגוד למצוינות מקצועית, אלא מהווה חלק בלתי נפרד ממנה.

לצד כל אלה, יש לפתח מנגנוני למידה ושיפור מתמשכים, כגון סקרים על חוויית המטופל, קבוצות שיח בין צוותים, ולמידה מאירועים שאינם רק רפואיים אלא גם תקשורתיים ויחסיים. תרבות חמלה אינה יעד סופי, אלא תהליך מתמשך הדורש תשומת לב, מחויבות ותחזוקה מתמדת.

לסיכום, תרבות של חמלה אינה יעד סופי אלא מחויבות מתמשכת. היא נבחנת לא בהצהרות, אלא בהחלטות יומיומיות, באופן שבו מערכות מתוכננות, עומסים מנוהלים ואנשים זוכים להיראות ולהישמע. מערכת בריאות הבוחרת להשקיע בחמלה משקיעה לא רק באיכות הטיפול, אלא גם באמון הציבור ובחוסן של אנשיה.

## בין ציונים לחמלה: מי באמת צריך להיות הרופא של המחר?



**דר' איתן חי-עם, דירקטור ברשת מדיקה. בוגר בית הספר לרפואה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב, מומחה ברפואת המשפחה. מחבר הספר "הכאב שבשחיקת החמלה". בעברו מנכ"ל משרד הבריאות, מנכ"ל המרכז הרפואי סורוקה ומנכ"ל רשת אסותא.**

במשך דורות החמלה הייתה הלב הפועם של הרפואה. הקשר בין רופא לחולה נשען על הקשבה, יכולת להכיל את הסבל, הכאב והחרדה. החמלה היתה אבן היסוד של הטיפול הרפואי. בעשורים האחרונים, הרפואה המודרנית עם ההישגים המדעיים, פריצות הדרך הטכנולוגיות, שיטות אבחון המתקדמות והטיפולים חדשניים דחקה את החמלה הצידה. המעבר לרפואה מבוססת עובדות נתונים ופרוטוקולים, לצד תרבות ארגונית המעדיפה תוצאות מדידות על פני תהליכים אנושיים, הפכו את החמלה לערך משני במפגש הרפואי.

בשנים האחרונות יותר ויותר מחקרים מדגישים את חשיבות החמלה כחלק בלתי נפרד מאיכות הטיפול. מחקרים רבים מצביעים על הקשר בין טיפול חומל לבין שיפור במדדים הקליניים, קיצור משך האשפוז, איזון חולי סכרת וירידה בשיעור האשפוזים חוזרים. מחקרים רבים נעשו על החמלה בקרב הצוותים הרפואיים. רוב המחקרים נעשו על תרומת החמלה לריפוי החולה ועל מניעת שחיקת החמלה אצל המטפלים. אף על פי כן, מרבית הדיון המחקרי והיישומי מתמקד בשלבים המאוחרים של ההכשרה והעבודה הקלינית, בעוד שהשאלה מי נכנס מלכתחילה לשערי המקצוע כמעט ואינה נבחנת דרך עדשה זו.

במערכת הקבלה האם אנו מחפשים את המועמד שיהיה מדען העתיד ויביא לפריצת דרך בחקר מחלת הסרטן או שמחפשים את הרופא החומל, הרופא שישב ליד החולה החרד והחושש ויחזיק את ידו? אין מדובר בבחירה דיכוטומית בין מצוינות מדעית לבין חמלה אנושית, אלא בשאלה אילו תכונות זוכות להכרה, לתגמול ולמדידה בתהליכי הקבלה. בפועל, המערכת נוטה להעדיף מדדים קוגניטיביים ופורמליים, גם כאשר היא מצהירה על חשיבותן של מיומנויות אנושיות. מנגנוני הקבלה ללימודי הרפואה הם דו שלביים. השלב הראשון מסנן על פי ציוני הבגרות והפסיכומטרי ("סכם"). השלב השני בוחן את אישיות המועמד.

הסיפור הבא אינו מקרה קיצוני, אלא דוגמה מייצגת לאופן שבו מנגנוני הקבלה משקפים ומעמיקים פערים קיימים. **סיפורם של שני מועמדים: שני מסלולי חיים, מטרה אחת.**

שני מועמדים, משה ונועם, נרשמים לבית הספר לרפואה, בתקווה לממש את חלומם להיות רופאים.

**משה** בן 23, מעיריה בדרום הארץ, הרביעי מבין ששת אחיו. אביו עובד כפועל במפעל מקומי ואמו מטפלת בית בקשישים. בכיתה י התחיל להתנדב בבית האבות המקומי. תחילה פעם בשבוע אחר הצהרים. תחושת הסיפוק לשבת עם קשיש הזקוק לחברה, עזרה ברחיצה, האכלה והחזקת ידיים כל כך מילאה את משה, והוא החליט להתנדב שלוש פעמים בשבוע, אחרי שעות הלימודים. התנסויות אלו, שאינן נמדדות בציונים או בטבלאות, עיצבו אצל משה רגישות אנושית ומיומנויות בין-אישיות שהן ליבת העשייה הרפואית. בגלל שעות ההתנדבות הרבות, והעזרה הנדרשת בבית, החליט משה לעבור לארבע יחידות במתמטיקה ולשלוש יחידות בפיזיקה.

**נועם**, בן 22, אמא רופאה ואבא עורך דין, מתגורר בצפון תל אביב. בתיכון למד חמש יחידות במתמטיקה, פיזיקה וכימיה. לא מאהבת הלימודים, אלא משום שזה היה הנושא שהוריו סימנו לו. כשהתקשה בכימיה, מימנו עברו

הוריו מורה פרטי שהגיע פעמים בשבוע לביתו של נועם. בכיתה י', עקב עומס הלימודים, הפסיק נועם את פעילותו בתנועת הצופים.

משה ונועם חולמים להיות רופאים ומגישים מעומדות בכל בתי הספר לרפואה בארץ. אולם חלק מבתי הספר דורשים כתנאי סף בגרות של חמש יחידות במתמטיקה, תנאי שמשה אינו עומד בו, ולכן נרשם רק לחלק מבתי הספר.

הסף הראשון לקבלה הוא חישוב הסכם. הסכם מורכב ממוצע הבגרות ומהציון בבחינה הפסיכומטרית.

נועם נרשם לקורס פסיכומטרי פרונטלי בעלות של כ-9000 ש"ח. הוא הקדיש את כל זמנו ללימוד לבחינה. לאחר שבבחינה הראשונה, לא השיג את התוצאה לה שאף, בעידוד ובמימון הוריו לקח שעורים פרטיים, ניגש למבחן פעם שניה והשיג ציון גבוה.

משה החליט שבגלל העלות הגבוהה של קורסי ההכנה לפסיכומטרי הוא ילמד לבד, מחומרים חינוכיים שיש באינטרנט. ביום עבד משה כנגן בעירייה, ובערבים ובלילות למד לבחינה הפסיכומטרית. במבחן הראשון קיבל ציון נמוך, ובפעם השנייה שניגש, שיפר את הציון בבחינה הפסיכומטרית.

נועם שניגש לחמש יחידות במתמטיקה פיזיקה וכימיה והשיג ציון מעולה בפסיכומטרי היה הרבה מעל הסף הנדרש להרשמה לבית הספר לרפואה. משה עם בגרות של ארבע יחידות במתמטיקה ושלוש יחידות בפיזיקה וציון פסיכומטרי ממוצע לא עבר את הסף לרישום ללימודי הרפואה

לצורך הדיון נניח שמשה כן עבר את שלב הסינון הראשוני.

לאחר מכן נדרשים המועמדים להיבחן במבחני MMI (למעט אוניברסיטת בן גוריון שבה השיטה שונה במעט אך העיקרון דומה). מבחנים אלה כוללים ראיונות אישיים, שאלון ביוגרפי, סימולציות ומשחקי תפקידים שמטרתם לבחון אמפתיה, יושרה, תקשורת בין אישית, תפקוד תחת לחץ ועבודת צוות.

נועם נרשם לאחד ממכוני ההכנה למבחני הקבלה. הוא בחר במסלול היקר, המסלול הפרטני, בעלות של כ-5,000 ש"ח. במסגרת ההכנה נפגש עם מאבחינים ופסיכולוגים תעסוקתיים, המכירים את ציפיות וועדת הקבלה ו"יודעים מה הם רוצים לשמוע". הוא עבר סימולציות רבות, קיבל משוב מפורט ובנוסף קיבל ליווי בכתיבת הביוגרפיה האישית תוך דגש על הנושאים החשובים לוועדות הקבלה. משה, כלל לא שמע על מכוני ההכנה, וממילא גם אם היה יודע על קיום המכוני, לא היתה לו היכולת הכלכלית להיעזר בהם. כך נוצר פרדוקס שבו כלים שנועדו לאתר אותנטיות, אמפתיה ויושרה, הופכים למיומנויות הניתנות לאימון ממוסחר ולרכישה כלכלית.

ביום המבחנים הגיע נועם רגוע ומוכן. הוא ידע איך להשתמש בשפת הגוף, איך לענות על דילמות אתיות, מתי להביע אמפתיה, מתי להסס ומתי להפגין ביטחון. משה הגיע נרגש ומפוחד. כשנשאל על ידי הבוחנים לעיתים היסס, לעיתים התבלבל והרגיש שאינו מצליח ליצור קשר עם המראיינים.

על פי הפילוסוף ג'ון רולס, שוויון הזדמנויות הוגן דורש נטרול הבדלי רקע כלכליים, חינוכיים וסביבתיים. מערכת הבוחנת רק תוצאות, מבלי להתחשב בנקודת הפתיחה, משמרת את יתרונם של בעלי הרקע המועדף. בהקשר הרפואי המשמעות היא לא רק פגיעה בצדק הרפואי אלא החמצה של הון אנושי יקר. מערכת הבוחנת תוצאות במנותק מנקודת הזינוק מאבדת מועמדים מצוינים.

משה ונועם עמדו באותו שער, שער הקבלה לבית הספר לרפואה. הם לא התחרו זה בזה, אבל המערכת השוותה ביניהם. אין מדובר כאן רק בשאלה של צדק חברתי. מדובר בשאלה עמוקה יותר: מי אנחנו רוצים שיהיו רופאי העתיד?! הבחירות שמערכת הקבלה עושה היום מעצבות לא רק את פני הכיתה בפקולטה לרפואה, אלא את דמותה הערכית של הרפואה בעשורים הבאים.

באופן אישי, הייתי רוצה שביום בו אדקק לטיפול, יטפל בי רופא שבגיל 16 ישב בהתנדבות בבית אבות והחזיק את ידו של הקשיש בימיו האחרונים, ולא את מי שוויתר על החברים מתנועת הנוער כדי לעמוד בעומס הלימודים.

## מערכת בריאות חומלת: מחוייבת מטופל לחוויה אנושית



**אלנה סלוצקר RN, MA, מנהלת תחום בכיר מטופל במרכז, חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, משרד הבריאות.**



**ד"ר רם שגיא, ראש אגף שירותי הרפואה, חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, משרד הבריאות.**

באנושיות, הקשבה ורגישות. חמלה אישית אינה מיומנות טכנית, אלא עמדה פנימית המחייבת מודעות עצמית, ויסות רגשי ונכונות להיות בקשר עם האחר גם במצבים של חוסר ודאות, כאב ומצוקה.

יזמות שונות בבתי חולים בישראל מדגימות כי חמלה אינה רק גישה רגשית כלפי המטופל, אלא תשתית ניהולית שמתחילה בצוות המטפל. המהלכים כוללים יצירת מרחבים לאורור רגשי, סדנאות לעיבוד חוויות מורכבות, שיח פתוח על שחיקה, והכרה בכך שטיפול איכותי מחייב גם טיפול במטפלים. באופן הזה מחזקים את הצוות להמשיך ולספק טיפול מקצועי ואמפתי לאורך זמן.

ייחודה של גישה זו הוא בהבנה שחמלה אינה תכונה מולדת, אלא מיומנות שניתן לפתח, לתמוך ולקדם בסדרי העדיפויות הארגוניים. כאשר הנהלה בוחרת להטמיע חמלה באופן שיטתי (במדיניות, בהכשרה ובמדידה), היא מחזקת את החוסן הארגוני, החוסן האישי ואת איכות הטיפול גם יחד.

מכאן עולה הצורך במעבר ממודל של ניהול חוויית המטופל למודל של **ניהול חוויה אנושית**. מודל זה אינו מבטל את מרכזיות המטופל, אלא מרחיב אותה. הוא רואה את החוויה כתוצר של יחסי הגומלין בין המטופל, המלווה והצוות, ומבין שכל אחד מהם משפיע על האחרים.

ניהול חוויה אנושית משמעו תכנון תהליכים מתוך הבנת כלל השותפים למפגש הטיפולי, מדידה והתייחסות גם לחוויית הצוות, והכרה בכך שחוסן רגשי ותרבות ארגונית אנושית הם תנאי לאיכות טיפול.

זה לא מותרות. זהו הכרח ניהולי, מקצועי וערכי. בעולם של רפואה מתקדמת וטכנולוגית, דווקא היכולת לראות את האדם, על כל מורכבותו, היא זו שמגדירה מערכת בריאות מיטיבה.

הגיע הזמן להפסיק לשאול רק כיצד המטופל חווה את הטיפול, ולהתחיל לנהל באופן מודע, מקצועי ואחראי את החוויה האנושית כולה.

בשנים האחרונות העיסוק בחוויית המטופל התפתח לעיסוק בחוויה אנושית מתוך הבנה שהתמקדות רק במטופל אינה מספקת. במערכת הבריאות מתקיים מארג אנושי משולב הכולל את המטופל, המלווים שאיתו והצוות הרפואי המטפל ולכן קידום תהליכים משפרי שירות ימוקדו לשלושת המרכיבים יחד. לכן כיום אנו מדברים על ניהול חווית אנושית, שמתייחסת למטופל, המלווה והמטפל.

ניהול תהליכי שיפור בחוויית המטופל הפך למרכיב מרכזי במערכת הבריאות, המשפיע לא רק על שביעות רצון, אלא גם על תוצאים רפואיים, היענות המטופל לטיפול ובחירת המטופל לחזור לקבל טיפול באותו מרכז רפואי. כאמור המיקוד רק במטופל ובמלווה אינו מספק. שיפור חווית המטופל צריך להתייחס גם לחוויית המטפל. שלושת הנדבכים האלה יוצרים את העולם השלם של החוויה האנושית.

לצד המטופל והמלווים שלו ניצב הצוות המטפל. הצוותים המטפלים מתמודדים עם אתגרים רבים ובהם עומס, ריבוי משימות, מחסור בכוח אדם וחשיפה מתמשכת למצבי לחץ אשר גורמים לשחיקתם.

מחקרים רבים מצביעים על קשר ישיר בין שחיקת אנשי צוות רפואי לבין חוויית המטופל, ומראים כי ירידה ברמת האמפתיה, הקשב והתקשורת של המטפל פוגעת באיכות הטיפול ובחוויית הטיפול כולה. (McKee.E,2020)

מצב זה של **שחיקת החמלה** מתפתח באופן הדרגתי כתוצאה מחשיפה ממושכת לעומס רגשי, מחסור במשאבים ולחצים מערכתיים מתמשכים. במידה ואינו מזהה ומטופל ברמה הארגונית, הוא עלול להפוך לערך סמוי הפוגע ביכולת של אנשי הצוות לשמור על תיקשורת טובה אמפתיה והענקת טיפול חומל לאורך זמן.

כאשר חווית המטפל אינה מנוהלת, נוצרת ציפייה בלתי אפשרית מהצוות: לדרוש להעניק חמלה ממי שאינו זוכה לה בעצמו. במצב כזה, גם מהלכי עומק לשיפור חוויית המטופל עלולים לא להצליח ו/או להיות קצרי טווח.

בשנים האחרונות החלו להופיע במערכת הבריאות ניצני שינוי תפיסתי: מעבר מחמלה כערך אישי לחמלה כתרבות ארגונית מנוהלת. חמלה מתבטאת ביכולת לזהות סבל, לעצור לרגע בתוך עומס המשימות, ולהגיב

# חמלה ואנושיות במערכת הבריאות בקהילה בעידן הדיגיטלי



**אורי אטון, מנהל אגף השירות בקופת חולים מאוחדת, ניסיון בתפקידי ניהול בכירים הכוללים ניהול פעילות עסקית בחברות בארץ ובחול"ל ובארגונים ציבוריים, יזם ופעיל חברתי, מקים מרכז תמר, מלכ"ר העוסק בטיפול בילדים ומתבגרים, בעברו חבר הוועדה הציבורית לקביעת ייעודן של עזבונות.**

מערכת הבריאות בקהילה, כמו בתחומי שירות אחרים, ניצבת בשנים האחרונות בפני צומת מרכזי. מצד אחד חדשנות, דיגיטציה בשירות, כלי AI ובוטנים שמחליפים נציגי שירות לקוחות. אלו כלים המבטיחים יעילות, דיוק, מהירות תגובה וחיסכון דרמטי במשאבים, לצד תדמית ארגונית חדשנית. מצד שני עומדת ליבת העיסוק בבריאות וברפואה וביטויה בערכים של אנושיות, חמלה ושירות עוטף, הנמצאים תחת המבחן של יחסי מטפל מטופל.

ברפואת הקהילה, בה המפגש אינו חד פעמי אלא רציף, עמוק ומבוסס היכרות אישית ואמון, השאלה אינה אם להשתמש בכלים טכנולוגיים חדשניים, אלא באיזו דרך ובאיזה משקל להשתמש בהם בלי לאבד בדרך את המגע הבלתי אמצעי בין מטפל למטופל. האם הכלים הדיגיטליים השונים מחזקים אנושיות או מחליפים אותה? האם אנושיות וחמלה יכולים להתקיים דרך מסך או דרך מענה קולי של בוט? במילים אחרות, איך לרתום חדשנות מבלי לאבד את האנושיות והחמלה שהן הלב של שירות רפואי?

במערכת הבריאות אנו משתמשים במושג "בידיים טובות". זהו מושג הבודק את תחושת הבטחון והרווחה של המטופל, והוא נתפס כמתייחס לשילוב של מקצועיות רפואית גבוהה, יחס אישי, אמפתיה וקשר אנושי חם מהצוות המינהלי והרפואי. משרד הבריאות וארגונים רפואיים מקדמים את הערך באמצעות סקרים, תוכניות שיפור, והדגשת חשיבות הצד האנושי והשירותי. השאלה הנשאלת היא האם אתה המטופל הרגשת שאתה "בידיים טובות" במפגש עם הרופא, האחות, המטפל ונציגי השירות. עצם העיסוק במדד כזה דורש להתייחס גם למרכיבים הרכים בקשר בין איש הצוות למטופל.

כדי להבין את עומק האתגר, נצלול קצת למושגי היסוד המרכיבים את המפגש הטיפולי: "אנושיות" ו"חמלה". אף שהם כרוכים זה בזה, לכל אחד מהם גוון ייחודי:

אנושיות (Humanity) מייצגת את ה"נשמה" של הרפואה ואת התשתית הערכית של הקשר הבין-אישי. היא באה לידי ביטוי ביכולת של המטפל להיות נוכח באמת, להתפנות ולהסתכל למטופל בעיניים במקום במסך המחשב, ו"לקרוא בין השורות". האנושיות היא הראייה ההוליסטית של המטופל כבן אדם שלם ולא רק כמקרה, אירוע או אבחנה רפואית.

חמלה (Compassion) נתפסת ככוח מניע אקטיבי וככלי טיפולי לכל דבר. היא דורשת מהמטפל נוכחות ומעורבות רגשית למצבו של המטופל על ידי קשב, אמפתיה ומרכיב הזמן שכל כך קריטי היום במערכת עמוסה ושחוקה. הציבור מייחס לחמלה חשיבות קלינית עליונה, ורוב הנשאלים יגידו שחמלה חיונית להגעה להחלמה.

האנושיות מעניקה לטיפול את עומק הקשר, והחמלה מעניקה לו את האפקטיביות הטיפולית. בניגוד לתכונה מולדת, חמלה מוגדרת כ"מיומנות מקצועית שניתן ללמוד ולפתח". היא רכיב המאפשר למערכת ככלל, ולמטפל

כפרט, להיות רגישים למצבו הייחודי של המטופל גם תחת עומס. מחקרים מראים גם השפעה ישירה על תוצאות קליניות ועל קיצור משך אשפוז.

חשיבותם של ערכים אלו אינה תיאורטית בלבד. מחקרים מראים כי הקשר האנושי יחס חומל משפיעים ישירות על שביעות רצון המטופלים, על הביטחון שלהם במטפל ובמערכת ועל ההיענות שלהם לטיפול. דוגמה לכך היא יכולת של איש צוות רפואי לזהות כי כאב פיזי של מטופל נובע למעשה מבידוד קשה, זוהי "עין אנושית קשובה".

בשנים האחרונות, עוברת מערכת הבריאות הקהילתית שינויים דרמטיים. תיקים רפואיים אלקטרוניים החליפו את התיקים הפיזיים המסורבלים, מערכות תורים ממוחשבות צמצמו את המתנה לתור ואת המתנה הפיזית במרפאות, ואפליקציות לניטור בריאות מאפשרות למטופלים לעקוב אחר מצבם הרפואי מהבית. בינה מלאכותית מסייעת כיום באבחון מחלות, בניית תוצאות בדיקות ואף בחיזוי סיכונים רפואיים.

כך למשל, מערכות AI מסוגלות לזהות שינויים עדינים בתמונות רנטגן או ממוגרפיה או אפילו תוצאות בדיקות שגרה. צ'אטבוטים רפואיים יכולים לענות על שאלות בסיסיות של מטופלים בכל שעה ביממה, ומערכות ניטור מרחוק מאפשרות למטופלים כרוניים לקבל מעקב צמוד מבלי לצאת מביתם. אין ספק כי הכלים הללו מייצגים קפיצת מדרגה משמעותית ביכולות הרפואיות שלנו.

המשמעות המרכזית היא: פחות אינטראקציות בין אישיות פיזיות ויותר אינטראקציות מבוססות אוטומציות טכנולוגיות.

אי אפשר להתעלם מהיתרונות העצומים של שילוב הטכנולוגיה ב"מסע המטופל":

- נגישות משופרת** – מטופלים באזורים מרוחקים יכולים לקבל ייעוץ רפואי באמצעות טלרפואה, מבלי לנסוע שעות ארוכות. זה במיוחד משמעותי עבור אנשים עם מוגבלות בניידות, הורים לילדים קטנים או מטופלים הגרים רחוק ממרכזי הטיפול.
- פרסונליזציה** – התאמת המסר השירותי, המינהלי או הרפואי למטופל מגבירים אמון של המטופל במסר שנועד אך ורק עבורו, ומאפשרים העלאת מודעות לרפואה מונעת טרום מחלה כולל אינדיקציות "מנבאות".
- יעילות מוגברת** – תזכורות אוטומטיות לתרופות ולתורים מפחיתות אי-הענות לטיפול. תיאום תורים דיגיטלי חוסך זמן יקר לצוות ולמטופלים כאחד.
- מעקב רציף** – אפליקציות לניטור לחץ דם, סוכר או קצב לב מאפשרות מעקב רציף שמזהה מגמות והחמרות לפני שהן הופכות לקריטיות. זה במיוחד חשוב למטופלים כרוניים.
- מהירות ודיוק** – מערכות בינה מלאכותית מעבדות כמויות אדירות של מידע רפואי ומסייעות באבחנה מדויקת יותר.

לצד היתרונות, ישנם אתגרים משמעותיים ובעיקרן:

- פער דיגיטלי** – מעבר מהיר לשירותים מקוונים עלול להשאיר מאחור אוכלוסיות קשישים ובעלי אוריינות דיגיטלית נמוכה. כך יכולה דיגיטציה להעמיק פערים במקום לגשר עליהם.
- אובדן המגע האנושי** – הסתמכות יתר על טכנולוגיה עלולה לשחוק את הכישורים הבין-אישיים של אנשי מקצוע ואת התחושה של מטופלים שמישהו רואה ומזדהה איתם. המושג "מחסום המסך" מעיד על שימוש במערכות (התיק הרפואי כמשל) שיוצר יוצר לעיתים פרדוקס – בעוד שהם משפרים נגישות למידע, הם עלולים לגרום למטפל "לדבר עם המחשב" במקום עם המטופל.
- סיכוני פרטיות** – מידע רפואי רגיש בפורמט דיגיטלי חשוף לפריצות ולשימוש לרעה. המטופלים חייבים לסמוך על המערכת ששומרת על פרטיותם.
- אבחנה מוטעית** – בינה מלאכותית עדיין איננה מושלמת. אלגוריתם שלא תוכנן כראוי עלול להזביל להחמצת מחלות או לאבחנות שגויות, במיוחד באוכלוסיות שלא נכללו במספיק מקרי המבחן.

## בין מחלה לחמלה: מבטה של מטופלת

שירן גרוס, משפטנית, חוקרת בתחום בריאות ומגדר, מייסדת שותפה של החוג לקידום בריאות האישה ברפואת משפחה, חברת ועד בחברה לרפואה מודעת מין ומגדר. מרצה בתחומי חווית מטופלת ורפואה מודעת מין ומגדר.



את אבחנת הסרטן שלי קיבלתי במשפט אחד: "זה זה".

הרופא לא אמר את המילה סרטן. הוא לא השתמש בשם המחלה. הוא הסתכל עליי, ואני הבנתי. כעורכת דין ידעתי: אם מזמנים אותי בדחיפות לבית החולים ולא מוסרים את התוצאה בטלפון – זו בשורה קשה. ובכל זאת, הרגע הזה נצרב בי לא פחות מהאבחנה עצמה. לא רק בגלל מה שנאמר, אלא בעיקר בגלל מה שלא נאמר.

היעדר השימוש במילה "סרטן" הפריע לי. לא רק רגשית, אלא גם מקצועית. איך אפשר להבין, לשאול, להסכים לטיפול – כשלא אומרים לך במפורש במה את חולה? בעיניי, זו לא רגישות אלא פטרנליזם. סוזן סונטאג כתבה על הפחד מהשם, על ההימנעות שמקבעת את הסרטן כ"מחלה הארורה", עטופה בשתיקה, בוושה ומסתורין. כשהרופא שלי נמנע מהמילה, התחושה שלי הייתה שגם הוא מפחד. ואם הוא מפחד – מה זה אומר עליי?

זו הייתה הפעם הראשונה שבה הבנתי עד כמה חמלה אינה עניין של טון רך בלבד, אלא של הכרה באוטונומיה. חמלה פירושה לא להסתיר ממני את המציאות בשם "הגנה", אלא לאפשר לי לפגוש אותה בליווי, בכבוד ובשפה ברורה.

ימים ספורים לאחר מכן עברתי בדיקות נוספות כדי לברר האם הסרטן התפשט. בבית החולים החתימו אותי על טופס שמאשר שליחת תוצאות בדוא"ל. הייתי לחוצה, מבוהלת, ולא קראתי אותו לעומק. כששאלתי אם יש דרך אחרת לקבל את התוצאות, נאמר לי שאפשר בדואר – אבל זה ייקח שבועות. לא הרגשתי שיש לי בחירה אמיתית.

כמה ימים אחר כך פתחתי את המייל. קראתי את השורות הראשונות – הכול נראה תקין. ואז הגעתי לשורה על הכבד. צרחתי. פשוט צרחתי. נפלתי לרצפה, לא הצלחתי לנשום, הייתי בטוחה שאני עומדת למות ופוניתי למיון עם התקף חרדה.

רק בדיעבד הבנתי עד כמה הרגע הזה היה תוצר של היעדר חמלה מערכתית. אף אחד לא תיווך לי את המידע. אף אחד לא בדק מה מצבי הנפשי. אף אחד לא עצר לשאול האם זו הדרך שבה אני רוצה לקבל בשורה שעלולה לשנות את חיי. כללי האתיקה עצמם מזהירים מפני מסירת מידע רפואי רגיש באמצעים דיגיטליים ללא ליווי, במיוחד כשהחרדה מעיבה על היכולת לעבד מידע. אבל במציאות – המערכת פעלה באופן טכני, יעיל, נטול אדם.

בהמשך, במהלך אשפוז במחלקה פנימית בעקבות סיבוכי כימותרפיה, חוויתי אולי את אחד הרגעים הקשים ביותר שלי כמטופלת. מתמחים ניסו שוב ושוב להכניס לי עירו. דקרו אותי פעם אחר פעם, למרות שהסברתי שכואב לי, שהוורידים שלי רגישים אחרי כימותרפיה. ביקשתי אחות מומחית. ביקשתי לעבור למחלקה האונקולוגית. ביקשתי רופא אחר. ונעניתי בסירוב.

כמנהלים העוסקי בתכנון תהליכי שירות עכשיו ובעתיד, אנו פוגשים את המתח הזה יום יום. מצד אחד, אנו מובילים תהליכי דיגיטציה שמטרתם להנגיש שירותים, לקצר תהליכים ולהקל על העומס הן על המטופלים והן על הצוותים. מצד שני, אנו מודעים לכך שחווית המטופל אינה נמדדת רק במהירות המענה או בנוחות האפליקציה, אלא בתחושה שמישהו רואה אותו, מקשיב לו ומבין את צרכיו גם כאשר המפגש מתווך על ידי טכנולוגיה. מתוך תפיסה זו, אנו פועלים לפתח פתרונות דיגיטליים שאינם מחליפים את הקשר האנושי אלא תומכים בו, כאלה שיוצרים לזהות מצבים שבהם נדרש מענה אנושי, להפנות למגע ישיר עם איש צוות, ולאפשר גמישות גם למי שזקוק למסלול שאינו דיגיטלי. עבורנו, החדשנות אינה מטרה בפני עצמה, אלא אמצעי לשמור על מהות השירות הרפואי בקהילה, להיות באמת "בידיים טובות", גם בעידן הדיגיטלי.

אנחנו לא יכולים וגם לא רוצים לעצור את הקדמה ואת היתרונות העצומים של כלים טכנולוגיים ודיגיטליים בקשר שלנו עם המטופלים. אנחנו צריכים לוודא שהכלים הדיגיטליים ישמשו כמנוף לחיזוק הקשר האנושי. כך לדוגמה, מערכות לזימון תורים עצמאי, פניות מקוונות וחידוש מרשמים מרחוק חוסכות זמן בירוקרטי יקר. כאשר הטכנולוגיה מטפלת בהיבטים טכניים מתפנה זמן איכותי יותר למפגש אנושי משמעותי בתוך המרפאה. דוגמה נוספת היא מתן רציפות טיפולית וניטור מרחוק על ידי אפליקציות לניטור מדדים למטופלים כרוניים מאפשר ניטור וטיפול בסביבה טבעית ותומכת, דבר המקדם חמלה ומפחית עומסים. כלים משולבים באפליקצית הלקוח שיכולים להצביע על מצבי מצוקה או קושי תקשורתי יכולים להפנות את המטופל לתקשורת אנושית ובכך מעלים את רמת האמון שלו במערכת, בסיס הכרחי לקשר אנושי, חומל ומעורר ביטחון.

חשוב לזכור שהדרך קדימה דורשת שילוב מושכל. הכשרת צוותים רפואיים צריכה לכלול מיומנויות טכנולוגיות והן פיתוח אמפתיה וכישורים בין-אישיים. המערכת חייבת לשמור על גמישות שתאפשר גם מסלולים אנלוגיים עבור אלו הזקוקים להם. בסופו של דבר, הטכנולוגיה היא כלי נפלא לשיפור היעילות והדיוק, אך היא לעולם לא תחליף את המבט החם והלב המקשיב. העתיד של הרפואה בקהילה יצליח רק אם נשכיל לשלב את החדשנות עם הערכים הנצחיים של אנושיות וחמלה.

## הזכות לחמלה

**איה ורטהיימר היא מנכ"לית האגודה לזכויות החולה. היא מייסדת שותפה ונשיאת עמותת אנדומטריזיס ישראל אותה גם ניהלה בעבר. במלחמת חרבות ברזל שירתה במיל' כאשת ומפקדת חוסן במרכז שבויים ונעדרים. בעלת תואר MSW בהתמחות בקידום מדיניות מאוניברסיטת תל אביב.**



זה קורה במעמד קבלת אבחנה כרונית. הרופא מסביר למטופל היושב מולו על המצב הרפואי המורכב. הוא מסביר באופן מסודר ובהיר, כל זאת תוך הקלדה בתיק הממוחשב, כמעט מבלי להרים את העיניים לעברו. כאשר המטופל שואל שאלה, הרופא משיב לקונית שבעיניו "זו לא השאלה החשובה כרגע" ושעליו להתמקד בפירוט המצב הנוכחי.

זה קורה בבדיקה וגינלית. מטופלת מתכווצת ומתלוננת על כאב חד במהלך בדיקת אולטרסאונד וגינלי. הרופאה עוצרת לרגע, ומסבירה בטון סמכותי ובטוח כי ללא הבדיקה לא תוכל לאבחן את הסיבה לתלונותיה. היא מבקשת מהמטופלת "תהיי איתי", מרככת מעט את הטון בהבטחה שתשתדל להיות עדינה ומהירה, ומבלי לחכות לתגובת המטופלת – ממשיכה בבדיקה.

כך נראים מפגשים רבים בין מטופלות ומטופלים למערכת הבריאות. אלו מפגשים המבטאים רפואה מקצועית, יעילה ומדויקת, שמשדלת "לראות" את המטופל ולא רק את המחלה, אך בפועל חסרה בהם החמלה הנדרשת להתמודדות האנושית השלמה.

המילה "חמלה" מורכבת מאותן אותיות בדיוק של המילה "מחלה", אך האותיות הזהות אינן מעידות על שילוב מוצלח בפרקטיקה. ה"מחלה" היא הטריטוריה המוכרת והנוחה למערכת; הטיפול מתרכז סביבה, יש לה קוד, פרוטוקול אבחון וטיפול, תעריף, רישום, ולעתים אפילו מודעות ותוכניות מניעה. ה"חמלה" לעומתה, מתרכזת בחוויה ובהוליסטיט; היא נתפסת כמותרות, כ-Nice to have, או כתכונת אופי השמורה ליחידות וליחידים סגולה.

אך האמנם חמלה היא מותרות? אילו חוק זכויות החולה היה נכתב היום, אני רוצה להאמין שהמילה "חמלה" הייתה מופיעה בו במפורש. אך גם כשנחקק לפני 30 שנים, המשמעות ניכרת בו והחמלה נרמזת בין שורותיו. החוק מעגן את זכות המטופל לכבוד, לפרטיות, לאוטונומיה ולהסכמה מדעת. הרי כבוד אינו יכול להתקיים כאשר הרופא מדבר אל המסך; אוטונומיה היא סיסמה ריקה אם המטופל אינו מקבל דברי הסבר בגובה העיניים ואינו שותף לקבלת החלטות; וטיפול רפואי נאות אינו שלם ללא התייחסות לכאב, לפחד ולמעטפת של המטופלת.

חמלה אם כך אינה מותרות, ובטח שלא "טובה" שעושים למטופל. היא זכותו הבסיסית של המטופל, וכשישנה זכות – קמה גם חובה למערכת לתרגמה לפרקטיקה. טיפול חומל יתחיל בפרטים הקטנים של המפגש האנושי ובטרמינולוגיה בה אנו משתמשים. אם נחזור לרגע לבדיקה הווגינלית מתחילת הטקסט, כאשר צוות רפואי מבקש מהמטופלת "תהיי איתי", הוא מצפה ממנה להתאים את עצמה לקצב ולצרכי המערכת. לעומת זאת, מעבר לשפה של חמלה מחליף את הציפייה הזו בהצהרת מחויבות: "אני איתך". שינוי זה אינו סמנטי בלבד, זהו שינוי תפיסתי המגדיר מחדש את יחסי הכוחות.

החמלה מחייבת אותנו להפסיק לראות בכאב או בחרדה כ"רעשי רקע" המפריעים לטיפול, ולהתחיל לראות בהם חלק בלתי נפרד מהתהליך הקליני. הכרה בכאב ("אני רואה שכואב לך, בואי נעצור לרגע") היא פעולה רפואית לכל דבר, המפחיתה חרדה ומשפרת אמון. השאלות "מה הכי מדאיג אותך כרגע?" או "מניסיוןך, יש

הכאב שלי לא שינה דבר. אני נדרשתי "להיות סבלנית". בכיתי בלי סוף מרוב כאבים – ומי שמכיר אותי יודע עד כמה זה חריג. ובכל זאת, הם המשיכו בשלהם. בשלב מסוים צרחתי. התביישתי בעצמי שצרחתי. רק כשהודעתי שאני מסרבת להמשך טיפול, נקרא רופא בכיר. הוא עצר, הסביר לי למה העירוני כל כך חשוב, דיבר איתי בגובה העיניים, ביקש רשות לנסות – והצליח בניסיון הראשון.

ההבדל לא היה בידע הרפואי בלבד. הוא היה ביחס. בהכרה. בחמלה.

החוויה הזו הותירה בי טראומה. מאז, סירבתי להתאשפז שוב במחלקה פנימית, גם כשזה היה בניגוד להמלצה רפואית. האמון שלי נפגע. לא כי מישהו היה "רע", אלא כי מערכת שלמה לימדה אותי שהכאב שלי משני, שהגוף שלי הוא שדה תרגול, ושלקול שלי אין משקל אמיתי.

ליבת השיח על חמלה בעיניי, היא לא כמידה אישית בלבד, אלא כתנאי שמערכת הבריאות חייבת לאפשר. כשאין זמן, כשאין ליווי, כשאין הכשרה מספקת בתקשורת ובהסכמה מדעת – גם אנשי מקצוע מסורים פועלים באופן שפוגע במטופלים.

כמטופלת וכמי שחוקרת את המפגש בין מגדר, בריאות ומערכת, אני מאמינה שחמלה איננה מותרות. היא חלק מהאתיקה, מהמשפט ומהמקצועיות הרפואית עצמה. היא זו שמאפשרת הסכמה אמיתית, בחירה חופשית, ותחושת שליטה מינימלית ברגעים שבהם הכול מרגיש אבוד.

ובכל זאת, יש גם תקווה. לצד החוויות הקשות, פגשתי גם אור: רופאה שביצעה ביופסיה כואבת והתנצלה שוב ושוב על הכאב; אונקולוגית שישבה מולי, הקשיבה, אפשרה לי לבכות – והעניקה לי תקווה ברגע שבו לא הצלחתי לראות עתיד; רופא בכיר שבחר לעצור, להסביר, לדבר איתי בגובה העיניים, ולבקש את הסכמתי באמת.

**המפגשים האלה הוכיחו לי שגם בתוך מערכת עמוסה, לחוצה וחסרת משאבים – אפשר אחרת. לא תמיד נדרש זמן רב כדי לראות את האדם שמולך. לעיתים די ברגע אחד של הקשבה אמיתית, של חיבור אנושי, של הכרה בכך שמאחורי האבחנה יש אישה מפוחדת שמנסה להבין מה קורה לחייה.**

חשוב לי לומר: אני לא כותבת נגד רופאים. להיפך. פגשתי רופאות ורופאים מופלאים – כאלה שלא שינו את האבחנה, אבל שינו את החוויה. רופאה אחת שישבה מולי, הקשיבה, אפשרה לי לבכות, והעניקה לי תחושת הגנה ותקווה. אני לא זוכרת את המילים שאמרה – אני זוכרת איך הרגשתי לידה.

אני מבקשת להזכיר לאנשי המערכת הרפואית: אדם שמגיע אליכם חולה ומבוהל הוא לא רק גוף שזקוק לטיפול מקצועי. הוא אדם שזקוק גם לחמלה כי הוא קודם כל אדם. ואולי, לא סתם המילים חמלה ומחלה חולקות את אותן האותיות. אולי השפה עצמה מזכירה לנו שהיכולת להחלים ממחלה טמונה קודם כל בחמלה.

# חמלה שמייצרת אדוות של שינוי במערכת הבריאות – כך בנינו את תוכנית "תו מחווה לאנושיות וחמלה"



יעקב בורק, יו"ר עמותת מחווה, איש עסקים, סופר ופעיל חברתי.

דקלה הרצוג טוויג, מייסדת ומנכ"לית עמותת מחווה לקידום חמלה ואנושיות במערכת הבריאות. בוגרת תוכנית לפיתוח חמלה ואלטרואיזם בבי"ס לרפואה באוניברסיטת סטנפורד.

עמותת מחווה היא מיזם בעל אימפקט, הראשון בישראל, המקדם הגברת אנושיות, חמלה וראיית האדם כאדם במערכת הבריאות, לטובת המטופלים, המטפלים והמלווים. בדרך זו אנו שואפים להביא לשיפור חוויית האדם, למניעת שחיקה ולשיפור התוצאות הקליניות ואיכות הטיפול.

מערכת הבריאות הציבורית בישראל פועלת זה שנים תחת עומס מתמשך, מחסור בכוח אדם ולחץ רגשי גבוה. שנות הקורונה, ולאחריהן המלחמה, החריפו את המצב והעמיקו את השחיקה והאתגרים עימם מתמודדים הצוותים. במציאות מערכתית מורכבת זו, התרחב הפער בין הכוונה של אנשי הצוות להעניק טיפול מקצועי ואנושי לבין התנאים שאפשרו זאת בפועל. החמלה נותרה נוכחת, אך לעיתים נסוגה מפני עומסים, שחיקה ולחצי היומיום.

דווקא מהמקום הזה עלה הצורך לעסוק בחמלה לא רק כערך או כמילה, אלא כתשתית חיונית – כזו שמיטיבה הן עם המטופלים והן עם הצוותים.

עמותת מחווה פועלת לקידום אנושיות וחמלה במערכת הבריאות מתוך תפיסה הרואה בחמלה תשתית מקצועית, ארגונית ואנושית כאחד. מתוך תפיסה זו, ובשילוב ידע מחקר, הקשבה עמוקה לשטח וניסיון מצטבר במערכת הבריאות, גיבשה העמותה ארבע הנחות יסוד שמנחות את עשייתה:

**חמלה איננה רחמים.** חמלה אינה תחושה פסיבית או היררכית, אלא תגובה שיש בה תשומת לב לסבל ונקיטת פעולה שמטרתה להקל עליו, ובכך היא מיטיבה הן עם מי שמעניק אותה והן עם מי שמקבל אותה.

**לחמלה יש אימפקט ממשי.** היא משפיעה על איכות הטיפול ותהליכי ההחלמה, על חוויית האדם, ובמקביל מפחיתה שחיקה בקרב צוותים רפואיים.

**חמלה היא מיומנות נרכשת.** ניתן ללמוד אותה, לתרגל אותה ולטפח אותה – אם יוצרים לכך תשתית מתאימה. **הבסיס לטיפול חמלה הוא חמלה עצמית.** לא ניתן להעניק חמלה לאחרים לאורך זמן בלי לתת מקום לאנושיות, לשחיקה ולחמלה כלפי עצמנו.

משהו שאוכל לעשות כדי להקל על הכאב? חשובות לא פעם יותר מהצגת ממצאים יבשים, ומייצרות מרחב של שותפות.

יש מקום להרחיב את המבט גם אל נקודת המוצא של המפגש הטיפולי: חמלה אינה מתחילה רק במילים, אלא גם במבנה. זמן קצר מדי, חדר בדיקה ללא פרטיות, עומס בלתי אפשרי, מסדרונות עמוסים, כל אלה אינם רק בעיות תפעוליות, אלא תנאים שמכרסמים בזכות לחמלה. כאשר המערכת מתוכננת כך שאין בה מקום לעצירה, להקשבה או להסבר אנושי, היא מייצרת טיפול שמתרכז בחמלה אך מתקשה לפגוש את האדם. לכן, השאלה איננה רק האם המטפל רוצה להיות חומל, אלא האם המערכת מאפשרת לו זאת. אם לא די בכך, הספרות המחקרית מדגישה שהחמלה אינה רק ערך מקצועי אלא גם כלי להתייעלות. מטופל שמרגיש "מוחזק", שרואים אותו ושמתייחסים להתמודדות הכוללת שלו, הוא מטופל שרמת החרדה שלו יורדת, לחץ הדם שלו מאוזן יותר, הוא נותן אמון במערכת ונצמד טוב יותר להנחיות הרפואיות. מטופלת שחשה אוטונומיה ושותפות בקבלת החלטות בטיפול, תימנע מלרוץ לבצע בדיקות מיותרות, ובאופן פרדוקסלי הטיפול בה עשוי להתקצר בזכות שיח יעיל וממוקד אמון. יתרה מכך, חמלה היא גורם חוסן קריטי גם עבור הצוותים המטפלים. מחקרים על שחיקת צוותים רפואיים מצביעים על קשר בין תרבות ארגונית חומלת לבין חוסן, תחושת משמעות ורווחה רגשית של הצוות.

ובכן, חמלה היא חובה מערכתית. לא ניתן להטיל את מלוא האחריות לקיומה על כתפיהם של גורמי הטיפול שנתונים לעומס קליני עצום, מה גם היא לא תוכל להתקיים לאורך זמן בתנאים שמייצרים שחיקה. היא מחייבת אותנו לחשוב מחדש על סדרי עדיפויות, על תרבות ארגונית, ועל ההבנה שמפגש רפואי הוא תמיד גם מפגש אנושי. המערכת חייבת לייצר תנאים שיאפשרו את צמיחתה: נהלים, סטנדרטים, הכשרות, תכנון פיזי, משאבים, וחשוב לא פחות – לנהוג בחמלה כלפי הצוותים עצמם. במובן זה החמלה מבטיחה שלא רק "המטופל במרכז", אלא שהמפגש האנושי-טיפולי כולו יעמוד במרכז.

מתוך התפיסה הזו פועלת האגודה לזכויות החולה כבר 30 שנים, כדי לוודא שזכויות אינן נשארות עקרונית על הנייר אלא מתורגמות למפגש היומיומי שבין מטופל ומטופלת למערכת. האגודה מלווה מטופלים ובני משפחותיהם במימוש זכויותיהם, ופועלת גם ברמה הציבורית, המשפטית והפרלמנטרית להובלת מאבקים ולקידום מדיניות שמציבה את המטופל והמטופלת במרכז. מעבר לכלים המשפטיים והמערכתיים, האגודה מבקשת להזכיר אמת פשוטה: מערכת בריאות אינה נמדדת רק בזמינות שירותים או בטכנולוגיה מתקדמת, אלא גם ביכולת לראות את המטופל מעבר למחלתו – כאדם שלם.

נשות ואנשי מערכת הבריאות הם "אורחים לרגע" בהתמודדות המורכבת של האדם עם חוליו. טיפול חומל הוא תנאי סף לטיפול מקצועי ואיכותי, מפתח למניעת שחיקת צוות ולמפגש טיפולי מטיב, והזכות הבסיסית שלנו, המטופלים.

כדי לתת מענה אמיתי לצורך הזה, בחרנו שלא לפעול לבד. תו מחווה לאנושיות וחמלה פותח בשיתוף ועדה ציבורית רחבה, שכללה דיקאנים, מנהלים, בתי חולים, מנכ"לים של מערכות ציבוריות גדולות ובכירים מעולמות הבריאות, האקדמיה והחברה האזרחית. הקמת התוכנית הושפעה ממודלים קיימים, ובהם דירוג "מעלה" – המדרג אחריות חברתית ותאגידי של ארגונים, שיעקב בורק, יו"ר הוועד המנהל של עמותת מחווה, היה בין מקימיו ואף כיהן כיו"ר.

לצד עבודת הוועדה קיימנו מסע הקשבה רחב, שכלל הנהלות, אנשי צוות ונציגי מטופלים, במטרה לגבש מענה המחובר למציאות השטח. אחת התובנות המרכזיות שעלו ממסע זה הייתה כי המעשה הפחות חומל שנוכל להציע למערכת הבריאות הוא הקמה של תהליך נוסף המבוסס בעיקר על סטנדרטים ומדידה. הקולות שנשמעו היו ברורים: מערכת הבריאות רוויה במדדים.

אם מבקשים לחולל שינוי אמיתי, יש לבנות תוכנית עומק – תוכנית המבוססת על העמקה בחמלה ובחמלה עצמית, המעשירה, מעוררת השראה לפעולה, ומכירה בערכם של המשתתפים בה. תוכנית יוקרתית, המטיבה עם מי שלוקחים בה חלק, ומחזקת את מחויבותם לשמש מודל להגברת חמלה ואנושיות במערכת הבריאות.

כך נולדה תוכנית תו מחווה לאנושיות וחמלה – תוכנית הכשרה ויישום מובנית למנהיגות מקומית במערכת הבריאות: צוותים מובילים מתוך מחלקות, מכונים, יחידות ומרפאות. מטרת התוכנית היא להאיץ ולהטמיע תרבות של אנושיות וחמלה, באמצעות פיתוח יוזמות מעשיות, הכשרה, ליווי מקצועי והכרה רשמית.

תכני התוכנית מבוססים על ידע מחקרי ותוכניות בינלאומיות, ובהן תוכניות לפיתוח חמלה ואלטרואיזם מאוניברסיטת סטנפורד, לצד ארגו יוזמות וכלים שפיתחה עמותת מחווה בהתאמה ייעודית למערכת הבריאות בישראל. בין התכנים הנלמדים: מהי חמלה, האימפקט הקליני של חמלה, חמלה עצמית, הובלת שינוי עם ולמען חמלה במערכת הבריאות, ופיתוח יוזמה מחלקתית מותאמת.

התוכנית כוללת מסע העמקה בן חמישה חודשים, המשלב ימי הכשרה, ליווי מקצועי ותרגול פרקטיקות יומיומיות. כל מחלקה מפתחת יוזמה יישומית משלה להנכחת חמלה ואנושיות בשגרות העבודה, ומתחייבת ליישמה במשך שנה לפחות לאחר סיום התוכנית, בליווי מקצועי של עמותת מחווה. התוכנית מלווה במדידה והערכה, והמחלקות המשתתפות יכולות, אם ירצו בכך, לקדם גם מחקר. לצורך כך, עמותת מחווה מעמידה לרשותן רישיון שימוש ייחודי במדדי חמלה עולמיים שהביאה לישראל.

אנשי הצוות הלוקחים חלק בתוכנית כוללים את הנהלת המחלקה, צוותים בכירים ואנשי צוות שעולם החמלה קרוב לליבם ומבקשים לפעול לקידומה ולטיפוחה. מכל מחלקה משתתפים כ-6-7 אנשי צוות, יחד עם נציגת הנהלת בית החולים. המחזור הראשון כלל שבע מחלקות, ואנו מבקשים להעניק להן קרדיט והוקרה על האומץ והמחויבות:

- המכון האונקולוגי, אסותא רמת החייל
- סיעוד מורכב, שמואל הרופא
- טיפול נמרץ לב ילדים, שניידר
- מחלקה ה' פתוחה מבוגרים, גהה
- פנימית ב', סורוקה
- פנימית א', שמיר
- מחלקת נוער, שלוותה

התו שמקבלות המחלקות בסיום התהליך מבטא הכרה בתהליך עומק של למידה, יישום והטמעה של חמלה כחלק בלתי נפרד מהמקצועיות הרפואית. זהו ביטוי להערכה ולהוקרה של מוסדות רפואיים המצטיינים בטיפול אנושי וחומל, ומחזק את ההבטחה כי כל מטופל יקבל את הטיפול הטוב ביותר – הן מבחינה רפואית והן מבחינה

אנושית. התו נועד להניע יצירת תרבות אנושית וחומלת, הבאה לידי ביטוי ביוזמות ובפעולות יישומיות מתמשכות לטובת מטופלים, מלווים וצוותים.

במקביל לעבודה בשטח, נבנתה מעטפת מערכתית רחבה יותר. מחווה נבחרה לקחת חלק בוועדת החמלה הפועלת במסגרת מועצת הבריאות, בראשות פרופ' שוקי שמר, במטרה לקדם תשתית למדיניות לאומית המשלבת חמלה ואנושיות כמרכיב של איכות וניהול במערכת הבריאות.

במרץ 2026 יסתיים מחזור א' של תו מחווה. עבורנו זהו רגע של שמחה – רעיון שקורם עור וגידים והופך למציאות בשטח. משמח במיוחד לראות כי היוזמות שנבחרו על ידי המחלקות מבססות מענים להגברת חמלה כלפי מטופלים, ההולכת יד ביד עם חמלה כלפי מי שמטפל בהם – הצוותים. נושא טיפוח החמלה העצמית והחמלה כלפי הצוותים קיבל ביטוי משמעותי וחזק בכלל המחלקות המשתתפות בתהליך.

אם מהות החמלה, ואחד ממדדי החמלה העולמיים הבולטים, היא היכולת לראות את האדם כאדם מעבר למחלתו – הרי שבתוכנית זו אנו מבססים מוקד חשוב נוסף: היכולת לראות את הצוותים. הובלה עם ולמען חמלה מתחילה ביכולת ליישם אותה גם כלפי הצוותים עצמם. חמלה כלפי הצוותים וחמלה עצמית של הצוותים הן מאבני היסוד לקידום חמלה כלפי מטופלים ולהובלת תהליכי ריפוי המביאים עמם גם אימפקט קליני.

עם הפנים קדימה, בכוננתנו למנף את התוכנית בהיקף רחב יותר ולהרחיב את מעגל המחלקות והארגונים המשתתפים בה. אנו מאמינים שחמלה, כאשר היא נלמדת ומתורגלת, אינה נשארת בגבולותיה של מחלקה אחת; היא מתפשטת, יוצרת אדוות, ומשנה בהדרגה את האופן שבו מערכת שלמה פוגשת אנשים – מטופלים ואנשי צוות כאחד.

חמלה, כשהיא מקבלת מקום, משנה לא רק את חוויית המטופל אלא גם את חוויית המטפל. היא מאפשרת לצוותים להישאר מחוברים למהות שלשמה בחרו במקצוע, ולמערכת כולה – לפגוש אנשים ברגעים הפגיעים ביותר שלהם מתוך אנושיות, נוכחות ותקווה. תו מחווה לאנושיות וחמלה הוא ביטוי לתפיסה פשוטה אך עמוקה: מערכת בריאות אנושית יותר היא גם מערכת מיטיבה יותר. כשהחמלה נטמעת בתרבות הארגונית, היא יוצרת אדוות של שינוי – מהצוותים, דרך המטופלים, ועד פני המערכת כולה.

**תו מחווה לאנושיות וחמלה - תכנית האצה להטמעת תרבות של אנושיות וחמלה**

**מהי תכנית "תו מחווה לאנושיות וחמלה"?**

מתודולוגיה חדשנית, ראשונה מסוגה בישראל, להטמעת תרבות טיפול חומלת ומכבדת בתוך מחלקות, מרפאות ויחידות. התכנית פותחה בשיתוף ועדה ציבורית בכירה בה לקחו חלק הנהלות בתי חולים, דיקאנים ומי שעמדו בראש מערכות ציבוריות גדולות.

הכשרה מקיפה וליווי שנתי



הענקת תו מחווה והכרה ציבורית בפעילות המחלקה לקידום חמלה ואנושיות.



מפגשי ליווי מקצועי להטמעה ויישום מותאמים לצרכי המחלקה.



4 ימי הכשרה 2-4 מפגשי יובנר פיתוח יוזמה מחלקתית עם סיום התכנית.

**התפיסה: חמלה היא מיומנות נרכשת**

ניתן ללמוד, לתרגל ולהטמיע אותה בשגרות העבודה היומיומית

**המטרה: יצירת שינוי תרבותי, מעשי ומתמשך**

להאיץ ולהטמיע תרבות של אנושיות וחמלה, באמצעות פיתוח יוזמות מעשיות, הכשרה, ליווי מקצועי והכרה רשמית.

בימים אלו מסתיים מחזור ההכשרה הראשון ואנו פותחים את ההכשרה למחזור יוני 2026

**הצטרפו והובילו את השינוי**  
לפרטים והרשמה  
info@mehva.co.il | www.mehva.org.il

התכנית מחייבת השתתפות מלאה



## על חמלה בבריאות הנפש

ד"ר גלעד אגר, מנהל מחלקת מבוגרים במרכז לבריאות הנפש גהה מקבוצת הכללית.



הכותרת מזמינה שאלה: האם יש צורך להבדיל חמלה בבריאות הנפש מחמלה בתחומים אחרים? והרי בריאות הנפש מבקשת להיכלל בקרב עמי הרפואה, לא להתבדל. והחמלה היא בבסיס המעשה הטיפולי, באופן שחוצה תחומי התמחות ומקצועות.

אם נתייחס לחמלה כפעולה שנעשית מתוך אמפתיה ורגש בתוך הקשר הטיפולי, יתכן ששם מצויה התשובה והמקום להתייחסות נפרדת.

בתחום הפסיכיאטריה, הקשר הטיפולי הוא במרבית המקרים ממושך וכולל היכרות ומפגש קרוב יותר עם האדם שבמצוקה ועם סביבתו הקרובה. בטיפול הנפשי המטפל נכון להצטרף למטופל במערבולת חייו. נדרש להיות בקרבה לכאב במרחק שבו קיימת הקרבה. מתוך הדרך המשותפת הזו נבנה אמון בטיפול.

מתוך המעורבות הרגשית של המטפל עולים באופן טבעי רגשות שונים, לעיתים רגשות קשים או מורכבים, והיכולת לקבלה, אהבה וחמלה היא חלק מהכישורים הנדרשים, וגם הנלמדים, בהכשרה.

כשמטופל בוחר ליטול את חייו, חלילה, מתוך מחלה נפשית, הוא מת "לנו". אנחנו יכולים למצוא את עצמנו עוסקים בטיב הקשר הטיפולי – מה לא ראינו, מדוע לא שיתף, האם היינו יכולים לעשות אחרת. נתקשה לומר ביזר, שגם במקצוע שלנו אנשים יכולים למות מהמחלה שהם סובלים ממנה. ממש כמו מאי-ספיקת לב, ממאירות או מחלה זיהומית.

אחד הכאבים הגדולים, בעיני, בכאב הנפשי, שהוא מתבטא ומשפיע על כל הווייתו של האדם. בשונה מאדם עם סוכרת, או אדם עם יתר לחץ-דם, המחלה הנפשית אינה נפרדת או חיצונית לאופן שבו האדם תופס את עצמו. אנחנו נקפיד ונאמר, אדם עם סכיזופרניה, או אדם עם דיכאון, אך נצטרך להחזיק חלקים פגועים בנפשו של האדם, כמו ערך-עצמי, אמון, סליחה ותקווה. המשא הזה אינו ולא יכול להיות מלאכותי. חייבת להיות שם אהבת אדם באשר הוא אדם. זה הבסיס בתנועה שאדם במצוקה זקוק לה בדרך לחירות ולבריאות נפשית.

בתוך מציאות כזו, החמלה אינה מחווה רגשית רגעית אלא עמדה מקצועית מתמשכת. היא מצריכה להחזיק בתקווה, גם בתקופות שאוחזים בה לבד, ולייחס כוונות טובות לאדם שנמצא מולנו, גם כשאלו חבויות מתחת לשריון עבה של חולי. זוהי בחירה יומיומית, גם כשאינה זוכה לתגמול או חיזוק מיידי, וגם בתקופות של חוסר וודאות בנוגע לתוצאה.

במשך חודשים טיפלנו במחלקתי באישה שביטאה מחשבת שווא של רדיפה כלפי הסביבה. למרות שהיתה מאושפזת בהסכמתה, ה"תסריט" שיצרה ביחסים מול הצוות המטפל היה של טיפול בכפיה. היא היתה צריכה לשים אותנו, על-לא עוול בכפנו, בתפקיד שכופה עליה. בכל פעם שהייתי מתעניין בשלומה, התייחסה לשאלתי כאילו היתה מתוך אינטרס, כחלק מקנוניה שנרקמת סביבה. כל ניסיון ליצור קשר אישי, לעזרה מבחוץ, נתקל בקוצים חדים ששלפה כלפינו. היא היתה יכולה להיישיר אלי מבט נוקב ולסנן לעברי: "אני שונאת אותך! הלוואי ולא תצליח במה שאתה מנסה לעשות לי. אני אלחם בך ואעשה הכל כדי לא לתת לך לשלוט בי ולהרוג אותי".

ואל מול זה עניתי לה שאני מצטער לשמוע שזה מה שהיא מרגישה, שאני מחבב אותה ורוצה לעזור לה להרגיש טוב יותר, ושאיני מבין שהיא כרגע לא רואה זאת.

התמונה שמצטיירת אצל סטודנטים לרפואה, לדוגמא, שבה יש בגדי מנתח, חולה חסר-אונים, משפחה מתוחה, בשורה של הצלה ולאחריה הקלה והכרת תודה, פוגשת מציאות אחרת בבריאות הנפש. כאן, במקרים רבים, הכרת הטוב לא מגיעה מהמטופל, והיא נחלת הצוות ולעיתים המשפחה אם יש כזו.

האדם שהמטפל עומל לעזור לו, לעיתים לא יכול לראות זאת, מתוך מחלתו. המטפל יכול למצוא את עצמו יום אחרי יום חוזר על הניסיון להעניק טיפול, ולהיתקל בחומה-בצורה של דחייה, סירוב, חוסר אמון, האשמה, ייחוס כוונת זדון, ולעיתים גם תוקפנות או אלימות.

אנו נדרשים בעבודה להכלה וסבילות להתנהגויות, שלא בטוח שהיינו מכילים או מקבלים במקום אחר. ההבנה שהתנהגות מסויימת מקורה במחלה עוזרת להרגיש אמפתיה ולפעול בחמלה, אך אנו בני-אדם שחומלים בני-אדם ולעיתים קשה להימנע מפגיעות, עלבון, תסכול או מתחושת הזדהות.

אני זוכר מפגש עם אישה, שבעלה סבל משינוי התנהגותי קיצוני, שהיה נראה כמו מצב מאני. במסגרת הבירור שעבר, הוא אובחן עם מחלה נוירו-דגנרטיבית דוהרת. אז התברר שהשינוי ההתנהגותי היה תוצאה של מחלתו האורגנית ולא ביטוי למחלה נפשית. באחת משיחותינו היא אמרה לי בכנות כואבת, שבתחילה כשנאמר שהוא סובל מהתקף מאני היא כעסה עליו, ולאחר שהתברר שזה ביטוי של מחלה נוירולוגית, היה לה מקום לקבלה ואמפתיה. אנו מתקשים לייחס את הביטויים של המחלה הנפשית למוח, כאיבר במצוקה, ומייחסים אותם לאדם בכללותו.

מתוך ההתמקמות הטיפולית המורכבת, העבודה השותפת מלווה בהדרכה. זה המקום לעבד את הטיפול עם "עין חיצונית", נטולת מעורבות רגשית. אני חושב עד כמה המונח "חמלה" שגור בפינו (גם כשלא פעם הוא מוצא מהקשרו ונאמר בהקשר של רחמים) ועד כמה המונח "חמלה עצמית" זר בשית. כמה הכרחי שמטפלים בבריאות הנפש יידעו לחמול את עצמם, דווקא מתוך הנכונות להיות חלק מהמערבולת הרגשית של האדם שלו הם רוצים לעזור.

חמלה עצמית אצל מטפל אינה הקלה בסטנדרטים המקצועיים, אלא היכולת להכיר במגבלות האנושיות של העשייה הטיפולית. היא מתבטאת בנכונות להביא את הקושי להדרכה, לשתף ספקות וכאב עם עמיתים, ולהציב גבולות שמאפשרים להמשיך להיות נוכחים מבלי להישחק. מטפל חומל כלפי עצמו אינו שואל רק "מה עוד יכולתי לעשות", אלא גם "מה היה אפשרי בתנאים הללו", ומקבל את העובדה שלא כל סבל ניתן לריפוי, גם כשנוכחים בו במלוא האחריות והאכפתיות.

היום בו השתחררה היה יום מרגש למחלקה, לפסיכולוגית המסורה שליוותה אותה באשפוז, ולה. נפרדנו בחיבוק ושנינו דמענו. היא שבה וביקשה סליחה "על התקופה הקשה שעשיתי לך", חשה צער עמוק על המילים שאמרה. גם באותה העת, כשכבר ידעה להבדיל בין מציאות לדימיון, עדיין התקשתה להפריד בינה לבין מחלתה. אמרתי לה שלראות אותה כך, כשהיא מרגישה טוב, היה שווה גם את התקופות המורכבות יותר, והזכרתי לה ולעצמי שאסור לאבד תקווה.

כמה חמלה וחמלה עצמית נדרשת שם, אצלנו, אצל מטופלינו, כדי להיפטר מאשמה, מבושה, מסטיגמה.

במילותיו של נתן זך, שנזכר תמיד שכולנו זקוקים לחסד, שנמשיך לתת בלי לרצות לקחת, ולא מתוך הרגל.

## היכולת לדמיין כמרכיב היוני בביטוי חמלה



**דר' אלי רוזנברג מנהל את מחלקה פנימית ב' ואת המרפאה  
לאימונולוגיה קלינית למבוגרים במרכז הרפואי סורוקה בבאר שבע.  
בעברו שימש כסגן מנהלת בית הספר לרפואה בפקולטה למדעי  
הבריאות של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. אוהב סיפור וספר.**

”הדמיון חשוב יותר מידע. הידע מוגבל ואילו הדמיון מקיף את העולם” – אלברט איינשטיין

לא רבים ימנו את הדמיון כאחת היכולות החשובות בעולם של עשייה רפואית. הציפייה בקרב הציבור היא כי צוותי מערכת הבריאות יהיו עתירי ידע, חשיבה אנאליטית ויכולת פתרון בעיות וזאת יחד עם אנושיות, הכלה וכמובן חמלה. מנגד, הדמיון נתפס כיכולת שיש לה מקום בקרב האומנים, היוצרים והחולמים. אבל בבואנו לדון במקומה של החמלה בתוך מערכת הבריאות, איננו יכולים להזניח את הדמיון כמרכיב משמעותי בהנחת החמלה. בפועל, מדובר ביכולת קריטית שבלעדיה החמלה לא יכולה לבוא לידי ביטוי מלכתחילה. הרי בבסיסה, החמלה מהווה רגש של הזדהות עם האחר, המניעה לפעולה של תיקון. פעולת הזדהות זו – האמפתיה – בנויה על היכולת שלנו כבני אנוש לדמיין את עצמינו במצבו של האדם הסובל ובכך להתחבר ולהזדהות עם רגשותיו ותחושותיו. בלי בסיס זה של הזדהות איננו יכולים לנוע לעבר פעולה מיטיבה. הפילוסופית האמריקאית מרתה נוסבאום היטיבה לנסח זאת במונח 'דמיון מוסרי' שטבעה לשם ביסוס הדמיון כיכולת ראשונית בהבנת האחר. היכולת לדמיין אם כן, מהווה יכולת הכרחית בסל הכישורים של כל אדם המטפל באחר.

היכולת לדמיין בולטת במיוחד כתכונה הכרחית במחלקות לרפואה פנימית. אסביר: בגלל אופייה הבסיסי, מחלקה פנימית נוטה לאסוף למיטותיה חולים מכל קצוות הציבור – בטווח גילאים רחב ומכל המעמדות, ובהם גם משולי החברה. בהקשר של אלה האחרונים, מחלקות פנימיות נותנות מענה לקשישים, לבודדים, לנדכאים ולאנשים שהזנחו על ידי החברה. העיבוד של מחלותיהם לרוב אינו מהווה אתגר רפואי או מקצועי והטיפול בהם איננו נוצץ או זוהר. אבל מטופלים אלה, דווקא בשל היותם לעיתים משולי החברה, זקוקים לחמלה אולי יותר מכל. כדי לקדם חמלה זו, חייבים לבסס את היכולת לדמיין לעומק. כי בהקשרים של אדם הזקוק לחמלה יתרה, הדמיון לא מהווה רק מרכיב בהבניית האמפתיה בדמיונו את עצמנו במצבו של האחר, אלא הוא מהווה מרכיב חשוב באחת היכולות האנושיות המרתקות ביותר: היכולת לספר סיפור.

ניקח כדוגמה את סופיה. סופיה היא אישה בת 92 שהתאלמנה לפני שנים רבות. היא לא ילדה ילדים ומאז מות בעלה חיה בבדידות ניכרת בדירה צנועה. בנוסף לבדידות, הפרעות גופניות ומנטליות שהלכו והתפתחו עם השנים גרמו לירידה פרוגרסיבית במצבה התפקודי. סופיה החלה להיעזר במטפלת אשר הגיעה לביתה מספר שעות ביום מטעם הביטוח הלאומי. לאחר שלא נראתה מספר ימים על ידי שכניה, הוזעקו שירותי החירום אשר פרצו לדירתה. סופיה נמצאה מוטלת על הרצפה כשהיא מתבוססת ביציאותיה. היא הייתה מבולבלת מאוד ולא יכלה להסביר את אשר התרחש. סופיה עברה בירור ראשוני ונשללו אפשרויות של שברים בעצמותיה או דימום במוחה. עם זאת, היא נמצאה עם סימני התייבשות וכשל כלייתי. סופיה אושפזה לטיפול בהתייבשות וקידום פתרון של מציאת מסגרת בה תוכל להמשיך להתגורר בבטחה. אבל אירוע זה גרם לפגיעה תפקודית אקוטית ומשמעותית בסופיה. מאישה שהפגינה מרכיבים של עצמאות טרם הנפילה, היא נעשתה סיעודית לכל דבר ועניין, הפסיקה להתהלך ונזקקה לעזרה באכילה ובשמירת היגיינה. בנוסף, היא הציגה שינוי התנהגותי בולט עם

התפתחות חשדנות ואפילו תוקפנות כלפי סביבתה, והתקשתה להתבטא בדיבור. אירועים קשים של דליריום בלילות הדירו שינה מעיניה והיא הרבתה לצעוק מילים לא ברורות תוך שהיא דוחקת באגרסיביות כל אפשרות של מתן סיוע. הטיפול בה נעשה מאתגר.

במובנים רבים סטודנטים הלומדים רפואה הם גם סטודנטים הנדרשים לחדד את יכולות החמלה. מחד, הם נוטים לחמול בטבעיות ומאידך, הם לעיתים עדיין לא למדו לבסס יכולת זו בכל מצב. בביקור בוקר עם סטודנטים לרפואה ליד מיטתה של סופיה דובר על כך שמתוך בדידותה הקשה היא מהווה דוגמה לאדם הזקוק לחמלה רבה. אבל הקושי ניכר בעיניהם של הסטודנטים וביתר שאת בהיסוס שביטאה שפת גופם. הסטודנטים עמדו שלובי ידיים ונמנעו מלהתקרב למיטתה ועל אחת כמה וכמה לא רצו לגעת בה (שלא בקונטקסט של בדיקה גופנית הכרחית). איך אפשר להתחבר לאישה זו? הרי לא ניתן לתקשר איתה. אין אפשרות לבנות שיח. ריח גופה איננו נעים. אפילו מחוות קטנות של אנושיות כגון מגע קל נענות בצעקות והתנהגות אגרסיבית. אבל דווקא כאן, ליד מיטתה של סופיה, הודגם המקום המיוחד של דמיון והמקום של יצירת סיפור בפתיחת מרחב המאפשר חמלה. הסטודנטים החלו דיון דמיוני לחלוטין על עברה של סופיה. היכן נולדה? כיצד נראתה כתינוקת קטנה? כמה אושר הביאה להוריה כשחייכה בפעם הראשונה, כשאמרה את המילה הראשונה שלה או כשהחלה ללכת? איזה מין תלמידה הייתה בבית הספר? מה היו תחביביה כנערה? כיצד פגשה את בעלה? במה עסקה? מה היו חלומותיה לגבי הקמת משפחה? הסטודנטים הפליגו בדמיונם תוך שהם הולכים ובונים סיפור חיים (ודמיוני לחלוטין!) על קורותיה של סופיה. ובעודם רוקמים את סיפורה הם התקרבו אט אט אל מיטתה. המתח בשפת הגוף שלהם התפוגג והעיניים התרככו. אחת הסטודנטיות שלחה כף יד ונגעה בעדינות בידה הקמוטה של סופיה. סופיה לא נרתעה ואחזה ברוגע את היד המושטת של הסטודנטית. הסיפור שנתווה החזיר לסופיה את אנושיות שלה – ובכך נוצר רגע של חמלה אמיתית. ורגע זה לא היה נוצר אלמלא השימוש בדמיון והיכולת לספר סיפור (הגם אם... דמיוני).

כפי שאנשי טיפול נדרשים לתחזק את הידע שלהם כדי להיות מקצועיים, כך הם נדרשים לטפח את הדמיון שלהם בכדי להישאר חומלים. ברור שלא ניתן לספר סיפורים מבוססי דמיון על כל מטופל ומטופלת. אבל השימוש במרכיבי דמיון חייב להיות שזור בכל פעולה של חמלה כלפי מטופלים, ולו במידה מסוימת. עידוד שימוש בדמיון בכל מעגלי חיינו – מעבר להנאה שבכך – יכול להיות אחד האמצעים להנכחה מעמיקה יותר של חמלה במערכת הבריאות.

## חמלה במערכת הבריאות: מתפיסה ערכית לפרקטיקה יישומית



**ד"ר אילנה הלמן רופאה מומחית ברפואה פנימית והמטולוגיה. עובדת כרופאה בכירה במכון ההמטולוגי של בית החולים מאיר, ומתמחה ברפואה פליאטיבית בבית חולים בילינסון. חברת הוראה בדרגה של מרצה בכירה קלינית בחוג להמטולוגיה, בית הספר לרפואה ע"ש גריי, אוניברסיטת תל אביב. חברת ועד מנהל עמותת מחווה.**

חמלה נתפסת מזה שנים כערך יסודי במקצועות הבריאות. היא נוכחת בהצהרות חזון, בקודים אתיים ובציפיות הציבור ממערכת הבריאות. עם זאת, במציאות הקלינית היומיומית, המאופיינת בעומס, לחץ, מחסור בזמן וריבוי משימות, חמלה אינה תמיד זוכה למקום מובחן, ללמידה שיטתית או להטמעה מכוונת. פעמים רבות היא נשארת ברמת הכוונה הטובה או הנטייה האישית של אנשי הצוות.

בשנים האחרונות הולכת ומתחזקת ההבנה כי חמלה איננה רק עמדה מוסרית, אלא מיומנות מקצועית הניתנת לפיתוח, לתרגול ולהטמעה. חמלה משפיעה לא רק על חוויית המטופלים והמלווים, אלא גם על איכות הקשר הטיפולי, על העבודה הצוותית ועל רווחת אנשי המקצוע עצמם. מכאן עולה הצורך ביצירת תהליכים מובנים, המאפשרים לעסוק בחמלה כחלק אינטגרלי מהעשייה הקלינית.

הטיפול הרפואי מתקיים במפגש מתמשך עם סבל, איודאות ומצבים מורכבים. אנשי צוות נדרשים לקבל החלטות מהירות, לשאת אחריות כבדה ולתפקד לאורך זמן בתנאים מאתגרים. בתוך מציאות זו, חמלה אינה מובנת מאליה. ללא שפה משותפת, זמן ייעודי וכלים יישומיים, קיים פער בין הרצון להיות חומל לבין היכולת לממש זאת בפועל.

פיתוח חמלה במערכת הבריאות כולל כמה ממדים: זיהוי סבל ונוכחות קשובה, חמלה בקשר עם מטופלים ובני משפחותיהם, חמלה בעבודה הצוותית, וחמלה עצמית, היכולת של אנשי צוות לשים לב לצרכיהם, לגבולותיהם ולשחיקה האפשרית. עיסוק בממדים אלה תורם לחוסן אישי וארגוני, משפר תקשורת ומסייע בשימור תחושת משמעות ומקצועיות.

### "אנושיות מבפנים" – מודל יישומי להטמעת חמלה

על רקע צורך זה פותחה בעמותת מחווה התכנית "אנושיות מבפנים", המיועדת למחלקות, מרפאות ויחידות טיפול המבקשות לקדם חמלה ואנושיות כחלק מהשגרה הקלינית. התכנית מבוססת על מודל של הכשרת מנחים פנימיים (Train the Trainer), מתוך ההבנה שהטמעה אפקטיבית מתרחשת כאשר ההובלה נעשית מתוך הצוות עצמו ובהתאמה להקשר המקומי.

התכנית כוללת הכשרה של מנחה או מנחה מתוך הצוות, המובילים תהליך למידה מובנה בן ארבעה מפגשים קצרים, המתקיימים במסגרת זמן ייעודית של הצוות. המפגשים עוסקים ביסודות החמלה ברפואה, בחמלה עצמית ובחוסן מקצועי, ביישום חמלה במפגש עם מטופלים ומלווים, ובחמלה בעבודה הצוותית. התכנית מלווה בערכה מפורטת למנחה הכוללת ידע תיאורטי ותרגולי.

הדגש בתהליך הוא על שילוב בין ידע עדכני בתחום החמלה בבריאות לבין שיח קבוצתי, רפלקציה והתנסות בכלים יישומיים. כך מתאפשר חיבור בין עקרונות ערכיים לבין מצבים קליניים יומיומיים, והפיכת החמלה לשפה מקצועית משותפת.

### יישום במחלקה פנימית – דוגמה מהשטח

אני עובדת בבית החולים מאיר כרופאה המטולוגית, ועוסקת לאורך שנים בחינוך רפואי ובהכשרת רופאים. במסגרת עבודתי אני מכירה מקרוב את עבודת המחלקות הפנימיות, ובפרט את המחלקה הפנימית שבה הועבר הפיילוט, את עומסי היומיום ואת המתח המתמיד בין דרישות קליניות גבוהות לבין הצורך לשמר אנושיות, קשר וחוסן מקצועי. על רקע זה הועבר פיילוט של תכנית "אנושיות מבפנים" במחלקה פנימית בבית החולים מאיר, בהנחיית.

ההכשרה התקיימה בתוך המחלקה ובהשתתפות רופאות ורופאים בשלבי הכשרה שונים, לצד הנהלת המחלקה. קיומה של ההכשרה מתוך המערכת ועל ידי רופאה המוכרת לצוות ולתרבות הארגונית, אפשר חיבור ישיר בין עקרונות החמלה והאנושיות לבין המציאות הקלינית והחינוכית היומיומית, ויצר עצירה מכוונת בתוך שגרת העומס ומרחב בטוח לשיח מקצועי על אנושיות, גבולות, שחיקה ויחסים בצוות.

מהתהליך עלה כי עצם קיומה של מסגרת ייעודית לעיסוק בחמלה תרם להגברת המודעות להשפעת הממד האנושי על איכות הטיפול, לחיזוק תחושת השייכות ולשיפור התקשורת בתוך הצוות. המשתתפים ציינו את הרלוונטיות של התכנים ואת האפשרות ליישם את הכלים הנלמדים בעבודה הקלינית השוטפת.

מעבר להשפעה המיידית של המפגשים עצמם, עלה כי קיומה של הכשרה מחלקתית יצר פוטנציאל להמשכיות של עיסוק בנושא גם לאחר סיום התהליך הפורמלי. עצם הלמידה המשותפת והעיסוק המובנה בחמלה אפשרו פתיחה של שיח מקצועי ולגיטימציה לעיסוק באנושיות בתוך מרחב מקצועי, והניחו תשתית להמשך העמקה והטמעה במסגרת המחלקתית. עבור רבים מאנשי הצוות היה זה מפגש מובנה ראשון עם עיסוק בחמלה כחלק מההכשרה המקצועית, והודגשה חשיבות החיבור בין התכנים הנלמדים לבין העבודה הקלינית היומיומית, לצד העיסוק בחמלה עצמית כמשאב בהתמודדות עם עומס, לחץ ומצבים מורכבים.

### חמלה כחלק מתרבות ארגונית

הטמעת חמלה במערכת הבריאות אינה מהלך חד-פעמי, אלא תהליך תרבותי מתמשך. תכניות קצרות, ממוקדות ויישומיות, המובלות מתוך הצוותים עצמם, יכולות לשמש מנוף משמעותי לשינוי תרבותי – כזה שמכבד את המציאות המערכתית, ואינו מתעלם מהעומסים הקיימים.

חמלה, כאשר היא זוכה ללמידה, לשפה ולמבנה, מאפשרת טיפול מקצועי שהוא גם רגיש, מכבד ומיטיב. היא תורמת לאיכות הקשר עם המטופלים, מחזקת את העבודה הצוותית, ותומכת ברווחת אנשי המקצוע – מרכיבים חיוניים במערכת בריאות המבקשת להיות אנושית, מקצועית וברת-קיימא.

מנקודת מבטי האישית כרופאה וכמי שמלווה צוותים במערכת הבריאות, העיסוק בחמלה מזכיר שוב ושוב כי אנושיות איננה תוספת לטיפול, אלא חלק בלתי נפרד ממנו. יצירת מרחבים ייעודיים ללמידה, לשיח ולהתבוננות מאפשרת לאנשי צוות לעצור לרגע בתוך העשייה האינטנסיבית, ולחזק את היכולת לפגוש את המטופלים – ואת עצמם – באופן מקצועי, אנושי ומיטיב.

# ”חמלה – מה היא מבקשת? את ימי, את לילותי ולא די” – על שחיקת חמלה בקרב מטפלים במרכזים לבריאות הנפש



**דר' חן דרוור, סגן מנהל מחלקת נוער במרכז לבריאות הנפש “שלוותה”. פסיכיאטר מומחה למבוגרים, ילדים ונוער, בוגר בי”ס לפסיכותרפיה פסיכודינמית באוניברסיטת תל אביב.**

חמלה היא אחד מעמודי התווך של העשייה הטיפולית בבריאות הנפש. היא מבטאת יכולת אנושית עמוקה לחוש אמפתיה לסבלו של האחר, להבין את מצוקתו ולפעול מתוך רצון להקל עליו. זו עמדה אקטיבית המשלבת רגישות, נוכחות, אחריות מוסרית ופעולה מיטיבה. במרחב הקליני, חמלה מאפשרת יצירת ברית טיפולית, בניית אמון והענקת טיפול רגיש ומותאם לצרכיו של המטופל. עם זאת, דווקא היכולת להיות פתוח רגשית לסבל מתמשך היא גם מקור מרכזי לפגיעות נפשיות של המטפל.

מטפלים בבריאות הנפש חשופים להתפתחות שחיקת חמלה “compassion fatigue” שמתוארת כתשישות רגשית, נפשית ולעיתים גם גופנית הנובעת מחשיפה ממושכת לסבל, טראומה ומצוקה של אחרים במסגרת העבודה הטיפולית. שחיקה זו קשורה ישירות לאופי הייחודי והאמפתי של הקשר הטיפולי. מטפל החווה שחיקת חמלה עלול לפתח קהות רגשית, התרחקות ממטופלים, ירידה בתחושת המשמעות בעבודה, עייפות כרונית ואף סימפטומים של טראומה משנית.

גישות פסיכואנליטיות מעמיקות את ההבנה של החמלה בטיפול ושל המחיר הנפשי שהיא עלולה לגבות. במסגרת זו, חמלה אינה רק עמדה מוסרית אלא תהליך נפשי מתמשך הדורש עבודה פנימית משמעותית מצד המטפל. הפסיכואנליטיקאי דונלד ויניקוט הדגיש את חשיבות היכולת של המטפל להיות “טוב-דיו” (good enough) כלומר להציע החזקה רגשית יציבה אך לא מושלמת. בהקשר של חמלה, עמדה זו דורשת מהמטפל לשאת תסכול, איזודאות ולעיתים תוקפנות המופנית כלפיו, מבלי להיסגר רגשית או להגיב בהצפה-יתר.

הפסיכואנליטיקאי, וילפרד ביון תרם להבנת המשאבים הנפשיים הנדרשים למטפל דרך מושג ה-containment (הכלה). לפי תפיסה זו, המטפל נדרש לקלוט לתוכו חוויות בלתי נסבלות של המטופל, לעבד אותן נפשית ולהחזירן בצורה מעובדת ומובנת יותר. תהליך זה הוא לב-ליבה של החמלה הטיפולית, אך גם מקור מרכזי לשחיקת חמלה, משום שהכלה חוזרת ונשנית של חרדה, ייאוש, תוקפנות וטראומה מצריכה משאבים נפשיים עצומים ועלולה להוביל לעייפות רגשית מצטברת. ללא עיבוד רפלקטיבי של עבודת המטפל הסיכון להתפתחות שחיקת חמלה גובר ועל כן הדרכה על טיפול ועבודה בצוות קבועה נחשבת משאב חיוני לשימור חמלה “עובדת” ולא תגובתית.

במחלקות אשפוז פסיכיאטריות, הסיכון לשחיקת חמלה גבוה במיוחד. מדובר בסביבה אינטנסיבית ולעיתים כאוטית, שבה מטפלים מתמודדים יום-יום עם משברים אקוטיים, התנהגות מסוכנת, אלימות, אובדנות ומשפחות במצוקה עמוקה. המטפל נמצא במגע קרוב ומתמשך עם כאב אנושי קיצוני, לעיתים ללא אפשרות לראות שיפור מהיר או “סיום מוצלח” של הטיפול. לכך מצטרפים עומסי עבודה גבוהים, משמרות ארוכות, מחסור בכוח אדם ולחץ מערכתי. כולם מגבירים פגיעות לשחיקה.

ואכן בעשור האחרון נתונים ממערכות בריאות הנפש הציבורית. כך למשל שיעור התחלופה של אחיות פסיכיאטריות בשנת 2022 היה כ-20.8%, ובמקביל דווח כי ביחידות בריאות הנפש קיימת תחלופה מצטברת של 100% לאורך חמש שנים. לצורך מניעת שחיקת החמלה יש להשקיע ברמה הפרטנית של כל איש צוות בפיתוח חמלה עצמית באמצעים כגון תרגול קשיבות, כתיבה רפלקטיבית, פעילות גופנית ושמירה על איזון בין עבודה לחיים פרטיים שיכולים לחזק חוסן ולהפחית הצפה.

ברמה המקצועית, הדרכה קבועה, ישיבות עיבוד קצרות אחרי אירועים חריגים, ושיח לא שיפוטי על שחיקה תורמים להפחתת בושם ולהעלאת פנייה לעזרה. ברמה הארגונית, האחריות היא מכרעת: עומסי עבודה סבירים, תקינת כוח-אדם, הכשרות בנושא שחיקת חמלה וטראומה משנית, ותוכניות רווחה ושימור עובדים. ארגון שמטמיע מרחבים מובנים לעיבוד רגשי (למשל קבוצות תמיכה לצוות) ומנהיגות אמפתית כולם מפחיתים שחיקה ומסייעים גם בצמצום תחלופה. במחלקתנו הוחל לאחרונה פרויקט תרגולי קשיבות משותפים למטפלים ומטופלים כמו גם ציון לשבח של ביטויי חמלה של אנשי הצוות כאמצעי חיזוק חיובי נוסף להפחתת שחיקת חמלה.

לסיכום, חמלה היא נשמת אפה של אנשי הטיפול בבריאות הנפש אך גם מקור לפגיעות. במחלקות אשפוזיות, שחיקת חמלה היא תופעה נפוצה שיש להכיר בה ולטפל בה באופן יזום. שילוב של מודעות אישית, עבודה פסיכודינמית רפלקטיבית ותמיכה ארגונית אינו רק תנאי לרווחת המטפל, אלא גם מנגנון מרכזי לשימור כוח-אדם, לצמצום עזיבה, ולהבטחת טיפול אנושי, מקצועי ובר-קיימא.

## חמלה כיכולת ניהולית – מתפיסה ערכית לתשתית ארגונית



**ד"ר' בתיה-נדיה כגנסקי, מנהלת המרכז הרפואי שמואל הרופא. בעלת הסמכה בפסיכוגריאטריה, מנהל וגריאטריה. בעברת תפקידים רבים בתחום הגריאטריה ובתחום הניהול באשפוז ובקהילה. הבולט בהם הוא תפקידה כגריאטרית מחוזית של מחוז מרכז בשרותי בריאות כללית.**



**צברי אהובה, מנהלת האחיות במרכז הרפואי שמואל הרופא. עובדת במרכז הרפואי משנת 1983. בוגרת תואר ראשון במינהל שירותי בריאות ו-MA מומחית קלינית בגריאטריה, האוניברסיטה העברית בירושלים.**

פרלמנט עובדים ומדיניות דלת פתוחה של מנהלים, המחזקים את תחושת השייכות, המעורבות והאחריות המקצועית. כאשר מתקיים שיח פתוח, נוצרת תרבות ארגונית המקדמת למידה, שיפור ואמון הדדי. תרבות זו מחלחלת גם אל המטופלים, המרגישים כי קולם נשמע וכי הם שותפים לתהליך הטיפול.

מתוך ההקשבה הזו צומחות גם יוזמות יישומיות שמבקשות לתרגם ערכים למעשה יומיומי. בבית החולים שלנו תרגמנו את החמלה ליוזמות כגון גינת חמצן טיפולית למטופלים מונשמים כרוני, המבטאת תפיסה הרואה באיכות החיים חלק בלתי נפרד מהטיפול. יציאה מבוקרת לסביבה פתוחה, תוך שמירה על בטיחות ורצף טיפול, מאפשרת למטופלים חוויה אנושית ומכבדת, ומחזקת גם את תחושת המשמעות של הצוותים המטופלים.

מעבר ליוזמות נקודתיות, חמלה כיכולת ניהולית נבחנת בעיקר באופן שבו הארגון מתנהל בפועל ברגעי השגרה. היא מתבטאת באופן שבו מנהלים פוגשים צוותים בשטח, בשאלה האם יש מקום לעצירה קצרה בתוך עומס, והאם מתקיימת הכרה בקושי הרגשי הכרוך בטיפול ממושך באוכלוסייה גריאטרית מורכבת. במציאות של אשפוזים ארוכים, ירידה תפקודית ותלות גבוהה, הצוותים נדרשים לא רק למיומנות קלינית אלא גם ליכולת להחזיק לאורך זמן קשר אנושי עם מטופלים ובני משפחותיהם. מנהיגות חומלת יוצרת תנאים שמאפשרים זאת, באמצעות תמיכה, גבולות ברורים וחיזוק תחושת המשמעות המקצועית.

בבית החולים שמואל הרופא אנו רואים כי אחד המרכיבים החשובים ביותר הוא יצירת רצף תקשורתי ואנושי בתוך מערכת מרובת משמרות. כאשר צוות מתחלף לעיתים קרובות, קיים סיכון שהמטופל יהפוך ל"מקרה" ולא לאדם מוכר. לכן מושם דגש על העברת מידע לא רק רפואי אלא גם אישי, מה חשוב למטופל, מה מרגיע אותו, מה מקשה עליו, ומה משמעותי עבור משפחתו. רצף כזה מייצר טיפול מדויק יותר, מפחית אי-שקט וחרדה, ומשפר את חוויית האשפוז גם כאשר לא תמיד ניתן לשנות את תנאי העומס.

חמלה ניהולית נמדדת גם ביכולת להעניק לצוותים לגיטימציה לרגש. מפגשי עיבוד לאחר אירועים מורכבים, שיח פתוח על שחיקה, ומתן מקום להתלבטויות מוסריות, אינם מותרות אלא חלק מהתשתית שמאפשרת טיפול איכותי. כאשר הצוות מרגיש שמותר לדבר על קושי ושיש לו גב ארגוני, הוא מסוגל להישאר מחובר למטופלים מבלי להתנתק ומבלי להישחק במהירות. כך החמלה הופכת מתכונה אישית של אנשי צוות, למנגנון ארגוני שמגן על המטופלים ועל המטפלים כאחד. חמלה ניהולית כוללת גם השקעה מתמשכת בפיתוח והכשרה מקצועית של הצוותים, הקמת מרחבי סימולציה וחיבור בין עשייה קלינית למחקר, המאפשרים חיזוק הכשירות, הביטחון והאחידות בטיפול. צוותים המרגישים שמשקיעים בהם, פועלים מתוך תחושת ערך ומקצועיות, המשפיעה ישירות על איכות הטיפול במטופלים.

הובלה ניהולית חומלת באה לידי ביטוי גם בהכרה במגבלות המציאות. מערכת ציבורית פועלת תחת אילוצים, אך שיח שקוף, סדרי עדיפויות ברורים ונוכחות ניהולית בשטח, יוצרים תחושת הוגנות ומחויבות משותפת. צוותים החווים גיבוי ושותפות מגלים חוסן, יציבות ונכונות לשאת באחריות המקצועית לאורך זמן.

העבודה המשותפת של הנהלת בית החולים נבנתה מתוך נוכחות בשטח והקשבה מתמשכת לצוותים. ההתמודדות היומיומית עם מורכבות הטיפול הגריאטרי חידדה את ההבנה שחמלה מתורגמת בעיקר לאופן שבו מתקיימת העבודה במחלקות, בשיח, בגיבוי וביכולת להחזיק יחד מצבים מורכבים. נוכחות זו יצרה רצף של עשייה מקצועית המאפשרת טיפול אנושי וקשוב למטופלים ולבני משפחותיהם.

בסופו של דבר, מניסיונו, נוכל לומר כי חמלה במערכת הבריאות איננה רק תוספת רגשית לעשייה המקצועית, אלא תשתית ניהולית המאפשרת מערכת יציבה, מקצועית ואנושית. כאשר היא מעוגנת בתרבות הארגונית ובשגרות הניהול, היא הופכת לנכס המשפיע על רווחת המטופלים והמטפלים כאחד. כך ניתן להעניק טיפול גריאטרי איכותי, רציף ומכבד גם בתנאים של עומס ולחץ ולשמר מערכת בריאות היכולה להמשיך ולפעול באחריות, ביציבות ובאנושיות לאורך זמן.

מאז ראשית הרפואה נתפסה החמלה כמרכיב יסוד בעשייה הטיפולית. החמלה נתפסת כדרך פעולה מקצועית המשלבת ידע, שיקול דעת ונוכחות אנושית. עוד הרבה לפני הטכנולוגיות, הרפואה התבססה על המפגש האנושי והיכולת לראות את האדם שמולך, להקשיב לו ולפעול מתוך אחריות ומחויבות.

עם השנים, ובעיקר בעשורים האחרונים, מערכת הבריאות נדרשה למשימות רבות והתפתחות שיצרה עומס. בתוך מציאות זו, החמלה מקבלת משמעות נוספת, היא מתרחבת מעבר למימד הערכי והופכת ליכולת ניהולית הכרחית. היכולת לקיים מערכת יציבה, מקצועית ואנושית לאורך זמן, תלויה במידה רבה באופן שבו החמלה מעוגנת בתרבות הארגונית, במדיניות ובשגרות הניהול היומיומיות בבית החולים.

הרפואה מלווה את האדם לאורך כל שלבי החיים, אך במפגש עם הזקנה החמלה מקבלת עומק מיוחד. טיפול בקשישים שילב מאז ומתמיד ידע רפואי עם סבלנות, הקשבה ויכולת ללוות תהליכים ארוכי טווח. החמלה מאפשרת לראות את האדם השלם, את סיפור חייו, את משפחתו ואת סביבתו.

בבית החולים הגריאטרי שמואל הרופא, בו 341 מטופלים, תפיסה זו מקבלת ביטוי יומיומי. המטופלים המאושפזים אצלנו מתמודדים לרוב עם ריבוי מחלות, ירידה תפקודית וקוגניטיבית ואשפוזים ממושכים. טיפול גריאטרי איכותי נשען על מקצועיות גבוהה, על היכולת להחזיק מורכבות מתמשכת ועל הענקת תחושת ביטחון וכבוד לאורך רצף הטיפול.

במציאות זו, החמלה כלפי המטופל הקשיש קשורה באופן ישיר לחמלה כלפי הצוותים. צוותים הפועלים בסביבה תומכת, מאורגנת ומכבדת, מסוגלים להיות קשובים יותר, מדויקים יותר ורגישים יותר לצרכי המטופלים ובני משפחותיהם. חוויית המטופל נבנית מתוך שגרות עבודה, זמינות מקצועית, תקשורת טובה ותחושת מסוגלות של אנשי הצוות.

החמלה הניהולית באה לידי ביטוי ביצירת מרחבים של הקשבה ולמידה. הקמת פרלמנט מטופלים מאפשרת לשלב את קול המטופל ובני משפחתו בתהליכי שיפור איכות הטיפול. במקביל, מרחבי שיח עם הצוותים, כגון

## כשחמלה הופכת ל"מטלה": האם איבדנו את הלב של המערכת?



**מגדה זומר, אחות אחראית טיפול נמרץ לב ילדים בשניידר, בוגרת תואר שני בניהול מערכות בריאות, בוגרת קורסים על בסיסיים במניעת זיהומים ובטיפול נמרץ ילדים.**

לאחרונה נדמה שמערכת הבריאות כולה עוסקת בנושא אחד, כמעט באובססיביות: חמלה. אנחנו שומעים עליה בכנסים, קוראים עליה, לומדים אותה ומדברים עליה בישיבות צוות. אבל עצם הדיבור המוגבר הזה מעלה שאלה מטרידה: מה קרה לנו, כחברה וכמערכת, שהגענו למצב שבו אנחנו צריכים "לקדם" את החמלה באופן אקטיבי? האם שכחנו איך זה להיות בצד השני, האם איבדנו את היכולת הבסיסית להרגיש? להיות אמפטיים לאחר?

האמת המרה היא שלא איבדנו את היכולת לחמול, אבל אולי איבדנו את התנאים לייצר חמלה. המציאות הישראלית של השנים האחרונות – החל מהשחיקה המצטברת של הקורונה, דרך המחסור הכרוני בכוח אדם ועד המציאות המלחמתית המדממת – גבתה מחיר נפשי כבד. הלב שלנו, זה שאמור להיות פתוח ורגיש לאוכלוסייה הפגיעה ביותר ברגעיה הקשים ביותר, פיתח שכבת הגנה ששומרת עלינו מעומסי היום-יום מחד אך מקשה עלינו "לראות" את המטופלים מאידך.

לכך מצטרפת "תרבות הביצועים" שחדרה לכל פינה במסדרונות הרפואה. אנחנו חיים בעולם של יעדים, מדדים, בקורות חיצוניות ופנימיות ורשימת מטלות אין-סופית. הדרישה הכמעט מקודשת לסיים את כל ה-to-do list ועד סוף המשמרת מגמדת את המפגש האנושי עם מטופלינו "לפגישת עבודה". כשהמדד להצלחה הוא סימון "V" במחשב ולא החיוך שנשכנו על פניו של המטופל, החמלה הופכת למותרות שאין לנו זמן ומשאבים נפשיים להכיל.

טיפול נמרץ לב ילדים בשניידר הוא לא עוד מחלקה בבית חולים. זו היחידה הגדולה מסוגה בישראל, המטפלת בכ-70% מהילדים בארץ עם מחלות לב מולדות או נרכשות. מדי שנה מתבצעים במערך הלב כ-500 ניתוחי לב בילדים, רבים מהם ניתוחי לב פתוח, והיחידה מלווה תינוקות מהיום הראשון לחייהם ועד מתבגרים ובוגרים צעירים. בתוך מרחב שבו הטכנולוגיה מצילת חיים, המוניטורים, מכונות הלב-ריאה והאקמו הם חלק מהשגרה, דווקא המפגש האנושי עם הורים חרדים וילדים פגיעים מזכיר לנו עד כמה חמלה איננה מותרות, אלא תנאי בסיסי לטיפול.

בטיפול נמרץ לב ילדים, החמלה לא תמיד מופיעה ברגעים דרמטיים, אלא דווקא בפרטים הקטנים. הורה שיושב ליד מיטת ילדו מחובר למוניטורים לא צריך עוד הסבר רפואי מורכב, הוא צריך שמישהו יאמר לו "אני איתכם". לפעמים זו דקה אחת שבה אנחנו עוצרים, מסתכלים בעיניים, מסבירים שוב בשפה פשוטה, או רק מניחים יד על כתף. אבל בדיוק הדקה הזו היא הראשונה שנעלמת כשאנחנו רצים בין התרעות, תרופות, בדיקות ומסכים.

היחידה פועלת כצוות רב-תחומי מסביב לשעון, רופאים, אחיות, מנתחי לב, קרדיולוגים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, פיזיותרפיסטים, דיאטניות ואנשי חינוך. במציאות כזו, חמלה איננה רק תכונה של אדם אחד, היא שפה משותפת של צוות שלם. הרצף הזה הוא שמאפשר למשפחה להרגיש שיש מי שמחזיק אותם גם ברגעים

של אי ודאות מוחלטת. היחידה תוכננה כמרחב רציף אחד, מהקבלה ועד ההחלמה. אבל הרצף החשוב ביותר אינו רק רפואי, אלא אנושי, התחושה שמישהו נשאר איתך לאורך הדרך.

בואו נזכר רק לרגע למה הגענו למערכת הבריאות. זה לא בגלל השעות הארוכות, העומס השוחק, הטכנולוגיה הרפואית או המשכורת. אנחנו פה בגלל הרצון לעזור, לסעוד, לתמוך ולחזק את המטופלים ברגעיהם הקשים ביותר. ודווקא את החמלה הזו אנחנו מתקשים לספק בגלל חוליי המערכת.

אך כאן טמונה הטעות שלנו. חמלה היא לא "אקסטרה" או קישוט לעבודה המקצועית – היא מרכיב הכרחי וחיוני בעשייה שלנו. אין לנו את הפריבילגיה לא להיות חומלים. ההשלכות של עשייה נטולת רגש הן עגומות והרסניות לאורך זמן, לנו ולמטופלינו. חוסר בחמלה הוא המאיץ הגדול ביותר של שעוני השחיקה; הוא הופך את העבודה שלנו למכנית, טכנוקרטי וחסרת תכלית. מחקרים הראו שהענקת חמלה במערכת הבריאות משפרת את מצבם הנפשי של החולים מחד ושל הצוות מאידך. בלי החיבור האנושי, המקצוע שלנו מאבד את הנשמה שלו, ואנחנו הופכים לעובדי ייצור בפס ייצור של בריאות.

חשוב לומר ביושר: אי אפשר לדרוש חמלה ב"וואקום". אי אפשר לבקש מאח/ות או רופא/ה להיות חומלים כשהם קורסים תחת עומס בלתי אנושי. חמלה דורשת פנאי ומשאבים נפשיים, היא דורשת מקום לנשימה. כדי שנוכל לחזור להיות הגורם המגן והתומך עבור המטופלים שלנו, אנחנו צריכים שהמערכת תתמוך בנו.

חמלה מתחילה גם בינינו. צוות שלא מקבל מקום לעיבוד, לתמיכה, לשיחה אחרי אירוע קשה, מאבד בהדרגה את היכולת להיות פתוח לאחר. כשאחות מסיימת משמרת אחרי החייאה של ילד, או אחרי שיחה קשה עם משפחה, והיא ממשיכה מיד למשימה הבאה בלי רגע לעצור, משהו בלב נסגר. לא מתוך אדישות, אלא מתוך הישרדות. מערכת שרוצה חמלה חייבת לאפשר גם לצוותים להיות בני אדם. השקעה בעידוד לחמלה היא לא רק סדנאות והרצאות. היא דורשת משאבים מערכתיים עצומים: תקנון הולם, תקצוב ריאלי ויצירת תנאים פיזיים ונפשיים שיאפשרו לצוותים לראות את האדם שמולם. זוהי קריאה להתערבות ברמת ההנהגה. עלינו להבין שחוסנה של מערכת הבריאות לא נמדד רק במספר המיטות או המכשור המתקדם, אלא ביכולת של הצוותים שלה להישאר אנושיים.

לכן, השאלה איננה רק איך מחנכים לחמלה, אלא איך מאפשרים אותה ביומיום. זה מתחיל בדברים פשוטים: הנהלה שמגנה על זמן של צוות לשיחה עם משפחות, תרבות שמעריכה תקשורת ולא רק תפוקה, תהליכים שמפחיתים בירוקרטיה מיותרת, והכרה בכך שגם אמירת שלום, הצגה בשם, או משפט של הכרה בפחד, הם חלק מהטיפול עצמו. חמלה איננה עוד משימה, היא הדרך שבה כל משימה נעשית.

החמלה היא הדבק שמחזיק את המערכת הזו. בלעדיה, אנחנו אולי מטפלים במחלות, אבל אנחנו לא מרפאים אנשים. הגיע הזמן שנפסיק רק "לדבר" חמלה, ונתחיל להשקיע ביכולת שלנו ליישם אותה – למען המטופלים שלנו, ולא פחות מכך, למען השפיות והמשמעות של כולנו.

## חמלה במחלקה הפנימית – להביא את האנושיות לקדמת הבמה



**ד"ר רונית קורן, מומחית ברפואה פנימית ואנדוקרינולוגיה, מנהלת מחלקה פנימית א' בית חולים שמיר (אסף הרופא), מרצה בכירה קלינית, פקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב.**

המחלקה הפנימית היא מקום לא פשוט. הצפיפות, הרעש, הריחות, העומס, הסבל – ולעיתים גם המוות – נוכחים בה מדי יום. זהו מרחב מורכב הן עבור המטופלים והן עבור המטפלים. להפוך סביבה כזו למקום חם, אנושי ואפילו אופטימי היא משימה מאתגרת, שלעיתים נדמה כי אינה אפשרית. כדי לעמוד בה נדרשת חמלה.

רק בדיעבד הבנו שזהו למעשה הבסיס של העשייה היומיומית שלנו. מבלי לקרוא לכך בשם, אנחנו עוסקים בחמלה – ובחמלה עצמית – יום יום. מושגים אלו לא היו חלק מרכזי מהשיח המקצועי שלנו, עד שאחד המתמחים שלח סרטון מרגש על פרויקט "רציתי שתדעו" של עמותת מחווה. מהרגע הראשון היה ברור עד כמה הפרויקט הזה מתאים למחלקה הפנימית שלנו.

במסגרת הפרויקט, המטופל או בני משפחתו משתפים בסיפורו האישי: מי הוא מעבר למחלה, מהם תחביביו, במה הוא גאה, מה משמח אותו. המידע מוצג ליד מיטת המטופל ונוכח לאורך כל האשפוז עבור כל מי שבא עמו במגע – הצוות הרפואי והסיעודי, כוחות העזר, המנקות, הדיאטניות והפיזיותרפיסטים. כך, האדם שבמיטה אינו רק "המטופל עם האי-ספיקה" או "המקרה המורכב", אלא אדם שלם, עם עבר, זהות וחיים מחוץ לכותלי בית החולים.

מעבר לכך, הפרויקט יצר שינוי עדין אך עמוק גם בתוך שגרת העבודה. במחלקה פנימית, שבה הצוות נע בין עשרות מטופלים, קל מאוד שהמפגש יהפוך טכני: בדיקות, תרופות, סיכומים, שחרורים. דווקא בתוך הקצב הזה, הידיעה שיש ליד המיטה סיפור אישי משנה את נקודת המבט. היא מזכירה לנו לעצור לשנייה אחת, לשאול שאלה אחרת, לומר משפט שמכיר באדם ולא רק במצבו הרפואי. לפעמים זו תוספת של רגע אחד בלבד, אבל היא משנה את כל הטון של המפגש.

עצם מילוי השאלון הוא חוויה מרגשת. משפחות של חולים קשים מגיעות למחלקה כשהן שקועות בפרטים רפואיים: רשימות מחלות, תרופות, תסמינים, תאריכים ומה "לא בסדר". השיחה משנה כיוון ברגע ששואלים על תחביבים, על מקורות של גאווה ואושר, על האדם כפי שהיה – ולעיתים כפי שהוא עדיין. מרגש במיוחד לראות תמונות של המטופל בימים יפים יותר, במנותק ממחלתו. עבור המשפחה, זהו רגע של נשימה; עבור הצוות – תזכורת עמוקה למי שמולנו.

עבור משפחות רבות, החמלה אינה מתבטאת רק במילים, אלא בתחושה שמישהו מחזיק איתן את המורכבות. אשפוז פנימי הוא לעיתים מסע מתמשך של אי ודאות, של תקווה שמתערבבת בעייפות, ושל התמודדות עם מציאות שלא תמיד יש לה פתרון ברור. האפשרות לדבר על האדם כפי שהוא, ולא רק על המחלה כפי שהיא, מחזירה למשפחה תחושת שותפות. היא מזכירה להם שהם אינם רק מלווים של "מקרה רפואי", אלא בני אדם בתוך סיפור חיים שלם.

באופן בלתי צפוי, דרך הפרויקט זכינו להשתתף גם בתוכנית ההכשרה של עמותת מחווה להנגשת חמלה ואנושיות בבתי חולים. במסגרת זו למדנו כי עצם ההזדהות עם סבלם של המטופלים, הרצון להקל – גם בדברים הקטנים, גם במחוות שאינן "רפואיות" במובן הצר – הוא מעשה של חמלה. גם כאשר השינוי שנחולל הוא קטן, ערכו בתהליך הריפוי עצום.

למדנו להבין שחמלה אינה תוספת רכה לטיפול, אלא מרכיב מהותי בו. עבור מטופלים רבים, במיוחד במחלקה פנימית שבה אין לעיתים "זבנג וגמרנו", החמלה משמעותית לא פחות מהתרופה או הפרוצדורה הבאה. הטיפול במחלות כרוניות בגיל המבוגר עלול להיות מתסכל – הן עבור המטופלים והן עבור הצוות. חמלה מאפשרת הקלה, הכלה והמשכיות, גם כאשר אין פתרון מידי.

עם הזמן הבנו שחמלה אינה רק מחווה אישית של מטפל כזה או אחר, אלא משהו שיכול להפוך לתרבות מחלקתית. כאשר השפה משתנה, גם ההתנהגות משתנה. אנשי צוות חדשים לומדים מהר מאוד מה חשוב כאן, לא רק מה הפרוטוקול, אלא איך מדברים ליד מיטת מטופל, איך מתייחסים למשפחה מודאגת, ואיך זוכרים שגם בתוך עומס בלתי אפשרי, יש מקום לאנושיות. חמלה, במובן הזה, היא דבר מדבק. היא יוצרת אדוות קטנות שמשפיעות על כל מי שנמצא בסביבה.

אך החמלה אינה מופנית רק כלפי המטופלים. כאשר אנו חווים חוסר הצלחה, טעות או אכזבה, אנחנו לעיתים הראשונים להאשים את עצמנו, להלקות את עצמנו, ולשאת את המשקל הרגשי הזה איתנו הביתה. במחלקה שלנו יש, באופן שגרתי, מקום לשיתוף גם ברגשות הללו – באכזבות, בכישלונות, בטעויות ובקושי. בכך אנו עוסקים בחמלה עצמית.

חמלה עצמית אינה רחמים עצמיים, אלא היכולת להיות נדיבים כלפי עצמנו, להכיר במגבלות האנושיות שלנו בתוך מערכת תובענית. היא מחזקת חוסן נפשי, מפחיתה שחיקה, ומאפשרת לנו להמשיך לטפל, להמשיך להיות נוכחים, ולהמשיך לראות את האדם שמולנו – וגם את עצמנו.

לכאורה, כל זה נשמע אינטואיטיבי ואולי אף מובן מאליו. עולה השאלה: כיצד ייתכן שלאחר שנים ארוכות של הכשרה מקצועית, יש צורך "ללמד" אותנו איך להתייחס למטופלים? אך העיסוק המכוון בנושא, הלמידה וההעמקה בתכנים, שיקפו לנו עד כמה הפניית תשומת הלב משנה את היומיום. כאשר החמלה הופכת לנושא מדובר, מותר לה מקום – והיא מתרחבת.

החינוך של דור ההמשך – סטאז'רים וסטודנטים – הוא חלק אינטגרלי מהמחלקה הפנימית. כבר כיום הסטאז'רים משתתפים באופן פעיל בפרויקט "רציתי שתדעו", והסטודנטים נחשפים לתכנים ולשפה של חמלה ואנושיות כחלק בלתי נפרד מההכשרה הקלינית.

ההכשרה שעברנו פתחה בפנינו עולם מושגים חדש, אך אולי נכון יותר לומר – נתנה שמות למה שכבר היה קיים. אנו מאמינים שעיסוק זה יהפוך לחלק מה-DNA של המחלקה, וישפיע לא רק על איכות הטיפול, אלא גם על איכות העשייה והשהות של כולנו בתוך המערכת.

## הזווית האישית שלי על חמלה, והפעם על שותפות החמלה

פרופ' מירב בן דוד, מומחית באונקולוגיה קלינית ורדיותרפיה, מנהלת מערך אונקולוגיה, אסותא מרכזים רפואיים.



אני אישה באמצע החיים.

בשיא הקריירה המקצועית שלי.

רופאה אונקולוגית, אקדמאית, מנהלת צוות גדול.

זו הזווית שלי בבית החולים. לפעמים עוד לפני שאני מגיעה. זה מתחיל באוטו, בשיחת טלפון מוקדמת לסטאז'רית מתלבטת, וממשיך במטופל שמחכה לתשובה, במשפחה שמבקשת עוד רגע של ודאות. אני שם, בתפקיד המחזיקה, המכילה, זו שאמורה לדעת מה לומר גם כשאין מילים. בעבודה אני הרופאה המכילה, המלווה, זו שמדריכה, שמחזיקה מצבים מורכבים, שמוסרת בשורות קשות וגם מחבקת ברגעים של תקווה. המקצוע שלי הוא אוסף של מפגשים אנושיים, כאלה שנחרטים עמוק בלב, ומעצבים אותי שוב ושוב.

המקצוע הזה אוסף לתוכו רגעים. כאלה שלא שוכחים.

מטופל. שדמה לאבי. כל כך היה כמותו, בחזות ובדיבור. והייתי צריכה לבשר לו ומשפחתו על הגרורות במוח, כשמותו הטרי של אבי מאותה מחלה עדיין יושב בי. לא הצלחתי לסיים את המשפט. יצאתי מהר, רק כדי שלא ישמעו את הבכי.

בחדר הנועול שלי בכיתי לבד, ובשקט. הדמיון שבר את ליבי והחזיר אותי לבשורה ההיא, שאני הייתי צריכה לבשר דאז, ולעוצמה של הידיעה על האובדן הקרוב.

ואז חזרתי למשפחה הממתינה. חדה יותר. אסופה יותר. לפחות מבחוץ.

וככה זה שנים. בחוץ אני צוק סלע, ומבפנים קצת פריכה, בקצוות...

מטופלות מהעבר חוזרות לפעמים אחרי זמן, פוגשות אותי במקרה, מחייכות. הן מזכירות לי נשכחות, ואת החיבוק שנתתי להן ברגע של משבר. הן לא שוכחות. ואני מבינה שדווקא הרגעים הקטנים, הלא "רפואיים" לכאורה, הם מה שנשאר איתן.

שואלים אותי לפעמים: אבל איפה את פורקת? למי את מספרת? עם מי את חולקת את מה שאת נושאת?

והאמת היא שלא באמת ידעתי. כי יש דברים במקצוע הזה שקשה לחלוק באמת. אפשר לתאר סיטואציה, אבל אי אפשר להעביר את המשקל שלה. את העצב שנשאר אחר כך, את התחושה שזה ממשיך איתך גם כשאת כבר בבית, במקום המוגן שלך. את הידיעה שהשארית אישה עם הבשורה, משפחה עם המידע, ולמרות שזרעת תקווה – הם נשארו עם המשא.

איך אפשר להסביר מה זה אומר לשבת מול אבא ולדעת שתפקידך לומר לו שבנו לא יחלים. הצלקת מאותו רגע עדיין קיימת בי, עשורים אחרי. ואני בטוחה שגם בו. פשוט הרגיש לא הגיוני לספר לאנשים אחרים על העומס הרגשי של המקצוע, ואם נסתכל על זה מזווית אחרת – הגנתי על הסובבים אותי מפני מציאות חיי.

והרבה שנים פשוט נשאתי את זה לבד. לא משום שלא היו סביבי אנשים טובים ונכונים להקשיב, אלא משום שיש חוויות שנשארות בתוך החדר, בתוך הרופאה, בתוך השתיקה שבין משפט למשפט.

ואז, לפני כשנתיים, קרה משהו קטן.

חידשתי קשר עם חברה מימי לימודי הרפואה. קשר חברי, פשוט, לא תלוי בתפקידים שלנו.

שתינו נשים בתפקידים ניהוליים, מנטוריות לדור הצעיר, אמהות, בנות זוג. שתינו מכירות את המחיר של הדרך הזו, את המקומות שבהם אי אפשר להוריד את החלוק גם כשכבר יצאת מהחלקה.

אנחנו מקפידות להיפגש דווקא בשעות אור יום, זמן שמחייב אותנו לעצור את שגרת העבודה ולהקדיש רגע לעצמנו.

באחת הפגישות הלכנו בפארק.

שקט.

שקיעה.

רוח קלה.

ואז, כמו תמיד, העולם האמיתי התגנב פנימה. הודעות, שיחות, קולגות שמתיעצים על מקרים דחופים. כל אחת עצרה לרגע, ענתה בסבלנות, הקשיבה, כיוונה, וחזרנו להליכה.

ובתוך אותו ערב, אולי בגלל השקט, אולי בגלל העוגה והקפה, הבנתי פתאום משהו.

ששתינו יכולות לחלוק זו עם זו את המקומות האלה. את המקרים שמצלקים אותנו. את ההחלטות הקשות. את הרגעים שאין להם מילים.

ביקשנו רשות אחת מהשנייה לדבר על מה שעבר עלינו באמת באותו יום. לא רק על הפרטים הקליניים, אלא על מה שנשאר בלב אחרי.

והרשות ניתנה.

ואז קרה קסם שקט.

חלקנו מציאות, שונה בשל אופי המקצוע, אבל כל כך דומה בצורך לבצע החלטות קשות, משנות חיים ונוגעות בסיומם. יכולתי לספר לה על מטופלת לא צעירה עם מחלה מאיימת, איך דיברנו על הכל ועל לספר לילדים המתבגרים ולהתמודד עם השינויים בגוף. בעיקר יכולתי לפרוק ולספר לחברתי הרופאה על מה שנשאר בי אחרי. והיא סיפרה לי על שיחה בלתי אפשרית שהיתה צריכה לבצע עם אם חד הורית שצריכה לעשות החלטה איזומה. על הדרך שבה בחרה מילים, על איך נשארה שם, לצידה של המטופלת, עוטפת ומקלה על סבל ההחלטה הגורלית. ו-כן, עם מה זה השאיר אותה בלב. כי גם אחרי שנים של להיות רופאה מקצועית, הלב שלנו עדיין כואב.

כמה דקות של הבנה. של מישהי שלא צריך להסביר לה.

והרגשתי, אולי לראשונה מזה זמן, שאני לא מחזיקה את זה לבד.

וזו אולי חמלה עצמית, ואולי חמלה של שותפות.

היכולת לא להיות לבד בתוך מה שאחרים לא יכולים לדעת.

וההבנה שגם מי שמטפל, צריך לפעמים שמישהו יאמר לו בשקט: אני איתך.

## חמלה היא לא בונוס

סיון חבר, מנהלת השירות לעבודה סוציאלית, המרכז הרפואי תל אביב (איכילוב).



במסדרונות בית החולים שלנו, בלב הפועם של תל אביב, שולטת שפה רפואית מקצועית – מדדים, פרוטוקולים, תוצאות מעבדה, טיפול תרופתי ותוכניות שחרור. אך כאשר מקלפים את שכבות המקצועיות, נחשפת המציאות המורכבת של העיר ושל החברה הישראלית כולה.

במרחב גיאוגרפי קטן נפגשים קצוות החברה: הגיוון האנושי של תל אביב אינו מושג תיאורטי, אלא מציאות יומיומית בחדר המיון ובמחלקות האשפוז. במרחק של כיסא אחד זה מזה נוכל לפגוש ניצול שואה; צעיר היפסטר שחיוו נעצרו באחת בעקבות תאונת קורקינט או חרדה מהמצב הביטחוני; אם מודאגת חסרת מעמד שהגיעה עם בנה הקודח מחום, משום שלא יכלה להרשות לעצמה להחסיר יום עבודה; ואדם חסר בית מספסלי רחוב ויצמן, שמחפש קורת גג ללילה קר וקצת מזון.

חמלה איננה "תוספת נחמדה" למקצועיות הרפואית. עבורנו, בשירות לעבודה סוציאלית, היא התשתית שעליה הכול נשען. מטופל שמגיע לחדר המיון אינו מביא עמו רק כאב פיזי. לעיתים הוא מביא מצוקות דיור, חרדה כלכלית, בדידות, פגיעה מינית, אלימות במשפחה, או את הפוסט-טראומה הלאומית המשותפת לכולנו. בעבודה עם אוכלוסיות מגוונות אנו נדרשות ונדרשים להקשיב, בצניעות ולנסות ו"לתרגם" לא רק שפות, אלא גם תרבויות, הקשרים וחוויות חיים.

ללא חמלה, ללא האמפתיה והיכולת לראות היכולת את האדם שמאחורי האבחנה גם הרפואה הטובה ביותר עלולה להחטיא את מטרתה.

במערכת הבריאות, הזכות לטיפול רפואי מקצועי ואיכותי המלווה ביחס אנושי, ללא אפליה על רקע דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא או נטייה מינית, אינה סיסמה אלא מחויבות. פירושה ההכרה בכך שכבודו של אדם וזכותו לטיפול אינם נגזרים ממצבו הכלכלי או ממעמדו האזרחי.

לעיתים החמלה נמדדת דווקא בפרטים הקטנים ביותר. כך, למשל, תושבת העיר שהגיעה אלינו בשיאה של תקופת מתיחות ביטחונית. היא סבלה מפגיעה קלה לא מטופלת ומחרדה שהחמירה את מצבה הרפואי, אך בביקור בחדרה התברר כי מה שמנע ממנה להתרכז בהחלמה לא היה רק הפחד מהמצב הביטחוני אלא העובדה שהכלב שלה נותר לבדו, נעול בדירה. בתוך הבדידות התל-אביבית והאזעקות, הוא היה משפחה היחידה. הבנו כי השקט הנפשי שלה הוא חלק בלתי נפרד מהפרוטוקול הרפואי. העובדת הסוציאלית, בהסכמתה, יצרה קשר עם עמותות ומתנדבים, ודאגה שהכלב יקבל טיפול עד לשחרורה. כשקיבלה תמונה שלו מטייל בפארק עם אחד המתנדבים ראינו בפניה ובעיניה את החיוך חוזר.

מקרה נוסף שפגשנו הוא תייר אמריקאי שהגיע למחלקתנו עם פגיעת יד קשה, מרוחק אלפי קילומטרים מביתו וממשפחתו. עבורו, החמלה לא התבטאה רק בטיפול הכירורגי, אלא באותה עובדת סוציאלית, מומחית בטיפול בטראומה שהייתה שם לצדו והעניקה לו תמיכה רגשית בשפת האם, המילים המוכרות הפכו לעוגן בתוך סערה של חוסר וודאות. זה המשיך בליווי שסייענו לו לצלוח את המבוך הבירוקרטי מול הביטוח הלאומי, ובליווי הצמוד עד לפתחה של מרפאת ההמשך באיכילוב. שם, בתווך שבין הטפסים לפרוצדורות, התגלתה הרפואה במלוא

עוצמתה: כזו שלא רק מרפאת את הגוף, אלא גם מחבקת את הנפש ומזכירה שאיש, גם אם הוא זר בארץ, אינו אמור לעמוד לבדו מול כאב וטראומת הפגיעה.

בתוך האינטנסיביות וריבוי המשימות המאפיינים את מערכת הבריאות, תפקידנו כעובדות ועובדים סוציאליים הוא להיות המרכיב המשלים למענה הרפואי. אנו פועלים כדי להבטיח שגם ברגעים העמוסים ביותר, המבט על המטופל יישאר רחב ומעמיק כזה שרואה לא רק את הצורך הקליני הדחוף, אלא גם את סיפור החיים, החששות, החסמים והאפשרויות.

מערכת בריאות חומלת אינה מודדת רק זמני המתנה, אלא גם את איכות ההקשבה. לשם כך, עלינו להבטיח שלצוותים הסוציאליים והמטפלים יהיו המשאבים, הגיבוי והמרחב הרגשי הדרושים כדי להמשיך ולהושיט יד.

המדד האמיתי לחוסנה של חברה הוא האופן שבו היא מטפלת בחוליה החלשה ביותר בשרשרת. מערכת בריאות חזקה היא כזו שהנהלתה אינה רואה בשירות הסוציאלי פונקציה "רכה" בלבד, אלא שותף אסטרטגי. כאשר ההנהלה מגבה ערכי חמלה, גם כשהם דורשים חשיבה מחוץ לקופסה, היא משדרת לכלל הצוותים שבית החולים הוא קודם כול מוסד אנושי.

אפשר וחשוב לומר זאת בקול רם גם במרחבים ניהוליים ומקצועיים: חמלה היא מיומנות נרכשת, לא תכונת אופי מקרית. היא דורשת הכשרה, רפלקסיה, זמן ומבנים ארגוניים תומכים. כשאנו משקיעות ומשקיעים בהדרכה, בפיקוח, ובמרחבים בטוחים לעיבוד רגשי, אנו איננו "מבזבזות משאבים", אלא מחזקות את איכות הטיפול, את האמון של הציבור במערכת, ואת היכולת של צוותים להחזיק מורכבות לאורך זמן. מחקרים מצביעים על כך שטיפול המשלב יחס אנושי, הקשבה והכרה בהקשר החברתי משפר היענות לטיפול, מפחית אשפוזים חוזרים ומקטין קונפליקטים בין צוותים למטופלים. במילים אחרות, חמלה אינה עומדת בניגוד ליעילות, היא תנאי לה. מערכת בריאות שמבקשת להיות מצוינת, חייבת להגדיר חמלה כסטנדרט מקצועי, כזה שנמדד, נלמד ומטופח, ולא כנדיבות לב פרטית של יחידים יוצאי דופן.

אי אפשר לדבר על חמלה מבלי להכיר בעייפות ובשחיקה של הצוותים הרפואיים והסוציאליים. הכאב שאנו פוגשים יום יום מחלחל, והמחיר הרגשי הוא ממשי. דווקא כאן, חמלה נדרשת לא רק כלפי המטופלים, אלא גם כלפי עצמנו ובין הקולגות. בהקשר הזה חשוב מאד להזכיר את המושג **תשישות החמלה (Compassion Fatigue)**.

החמלה היא משאב מתכלה. צוותים רפואיים החשופים לסבל יומיומי נמצאים בסיכון גבוה לחוות תשישות חמלה. כדי שתשתית החמלה תישמר, המערכת חייבת לדאוג גם למטפלים. צוות שמרגיש שרואים אותו, שנותנים לו מקום לעבד את המראות הקשים, יוכל להמשיך ולהעניק חמלה למטופליו. מנהיגות חומלת היא כזו שמכירה במחיר הזה, נותנת תיקוף וגיבוי, ומאפשרת לצוותים להמשיך לראות את האדם שבקצה.

ובסופו של יום, החמלה היא לא בונוס, היא המצפן שמאפשר לנו להמשיך לצעוד גם בימים המורכבים ביותר.

חמלה אינה מאפיין אישיותי או ערך מוסרי גרידא, היא מיומנות קלינית מדידה (Evidence-Based Compassion) לאופטימיזציה של המפגש הרפואי. טכניקה שמקצרת את זמן האבחון, מפחיתה טעויות ומובילה למצוינות של ארגון בריאות.

### הפרדוקס הקליני: מהירות לעומת יעילות

במערכת בריאות המקדשת מדדי יעילות (KPIs), צמצום עלויות וקיצור זמני המתנה, אנשי צוות חשים לעיתים ש'אין זמן' לבדוק על חמלה, על אף שמחקרים מוכיחים כי תקשורת חומלת מקצרת ומיעלת תהליכי אבחון וטיפול. שימוש במיומנויות 'נירו-תקשורת', דוגמת שימוש בטון דיבור, יצירת קשר עין, Mirroring ועוד, מאפשרות למטפל 'קיצור דרך' פרדוקסלי להפחתת תחושת העומס ולהגברת תחושת המסוגלות והחוסן הן בשיח עם מטופלים והן בשיח עם אנשי צוות.

"In many ways, communication skills are similar to physical examination skills... Most important, we came to appreciate that relationships lay at the center of healthcare. All work was conducted in the context of relationships... Human beings feel a need to be seen and heard..." / Adrienne Bossy & Tim Gilligan: Communication the Cleveland Clinic (Way, 2016).

תחושת ה-compassion fatigue מוכרת היטב בגופי הבריאות השונים. היא משפיעה על כשירות העובד, מתן טיפול רפואי והימנעות מטעויות קריטיות, ולעיתים אף מובילה לתחלופת צוות גבוהה. הטמעת תרבות ארגונית של חמלה היא לא רק ערך אתי, אלא פעולת מניעה חיונית והכרחית לניהול סיכונים. היא אינה 'רק' אנשים נחמדים יותר – היא ניהול יעיל של המשאב היקר ביותר של ארגון בריאות – הזמן.

### החמלה כתרבות ארגונית

מנהיגות חומלת היא פרקטיקה יומיומית של ניהול רגעי אמת בשגרת היום, במצבי לחץ, בטיפול בתלונות ובאופן שבו הנהלה נוכחת, גם כשמהו משתבש. השלב הבא בהתבגרות של ארגוני בריאות הוא המעבר מדרישה ערכית לחמלה, אל בניית תשתיות שמאפשרות הטמעה שלה באמצעות מנגנונים מובנים. דוגמה למנגנון כזה הוא מנגנון 'הרמות דגל' בצבר רפואה, המאפשר לכל איש צוות (שירותי, מקצועי, או ניהולי) 'להרים דגל' כאשר הוא מזהה צורך או מצוקה – שלו כמטפל, של המטופל/המשפחה או של איש צוות אחר. הרמת הדגל מפעילה תהליך מובנה ושקוף של בדיקה, שיח, תמיכה והחלטה משותפת על המשך טיפול עם כל הגורמים הרלוונטיים. מנגנון ייחודי זה מבוסס על יחסי אמון ומחזיק בו זמנית את שני הצדדים: המטופל והצוות. הפניה נבדקת לעומק בהקשר רחב – עומס, רצף טיפול, מורכבות קלינית, תקשורת וממשקי עבודה. הצוות שותף לשיח וממושב. זמן התגובה של אנשי הצוות הבכירים מהיר מאוד, שלא לומר מיידי. כל התהליך מאופיין בשקיפות פנימית גבוהה ומתחיל בהפרדה בין בירור לשיפוט. הצוותים שותפים לתהליך הטיפול כסובייקט מקצועי בעל ידע ולא רק כאובייקט לבדיקה, יודעים מה נלמד ומה השתנה במדיניות בעקבות הרמת הדגל כדי לאפשר זיהוי דפוסים ולא רק טיפול נקודתי.

כך נוצרת תרבות שבה אתגרים טיפוליים, בקשות היועצות ואף תלונות, אינם איום – אלא הזדמנות. זוהי חמלה שפועלת כמנגנון ארגוני מערכתי לטיפול באתגרים וקשיים בטיפול (שירותיים או מקצועיים), המיועד לאנשי הצוות ומיטיב עם המערכת כולה – צוות ומטופלים. עם תשתית כזו, הנהלה מפסיקה 'לבקש' חמלה מהצוות, והחמלה הופכת ממאמץ אישי – למעגל ארגוני חי ונושם של היזון חוזר.

### QUICK & SIMPLE

- הקדישו את 10 השניות הראשונות לקשר עין, איתות למערכת העצבים של הצד השני שהוא נראה וחשוב.
- שבו על כסא, אפילו לחלק מהזמן המשותף. הבדלי גובה משדרים סמכות אך גם ריחוק וניכור.
- תנו תוקף לביטויי כעס, חרדה או תסכול, במקום לנסות 'לתקן' או להרגיע מיד.
- אל תניחו הנחות. שאלו שאלה אישית – "מכל מה שדיברנו עליו היום, מה הדבר שהכי חשוב לך כרגע?".

## Beyond Bedside Manner חמלה כמנוע פרואקטיבי לשיפור יעילות קלינית ואיכות ברפואה



מורן וייס, M.A., עו"ס ומגשרת, סגנית מנהלת המחלקה לעבודה סוציאלית ויחסי חבר במכבי שרותי בריאות. שותפה במרכז הבינתחומי לחקר לזקנה וסוף חיים, האקדמית עמק יזרעאל. בתפקידיה הקודמים ניהלה את השירות הסוציאלי בצבר רפואה, ניהלה את המרכז לגישור ודיאלוג בקהילה ברמת השרון והיתה חברה בהנהלת ההתאחדות הארצית של מרכזי הגישור והדיאלוג בקהילה במשרד הרווחה.

היא לא הפסיקה לצעוק עליו במשך דקות ארוכות. יכולתי להרגיש את סערת הרגשות, את הפחד והעצב, ואת החיפוש אחרי אשם מיידי מול ההידרדרות האכזרית של המחלה. "אמא שלי סובלת והכל בגללכם" היא צעקה. הקשבתי, גם כשהיא השתמשה במילים לא ראויות והרימה את הקול. "אני שומעת שאת נסערת" זה כל מה שיכולתי לומר. גם כשהיא שתקה פתאום, הקשבתי. "את על הקו בכלל? זה מעניין אותך או שגם את פה רק בגלל שמעניין אותך לקבל כסף מהמדינה על אמא שלי?", היא הטיחה בי. "ספרי לי על אמא שלך לפני המחלה" ביקשתי. אמרתי לה שאמא שלה כנראה עשתה משהו טוב בחייה אם יש לה בת שדואגת לה כל כך, שרוצה בטובתה ושהיא חשובה לה. שאני מאחלת לה שתמיד יהיה לה הכח לדאוג למי שהיא אוהבת, שיהיה לה אכפת מספיק כדי להילחם למענו. שזה לא מובן מאליו בכלל ואני, באופן אישי, מאוד מעריכה את זה כשאני פוגשת משפחות כאלה. היא בכתה, הודתה לי על המשפט המחזק ועל כך שעצרתי איתה לראות את תהומות כאבה ואת ניסיונה להשיב לעצמה תחושת שליטה.

במשך שלושים שנות עבודה במערכת הבריאות למדתי שחמלה אינה תכונת אישיות או משאב אינסופי, אלא תשתית ארגונית שיש לבנות ולתחזק. מערכת שמצפה מאנשי הצוות להיות אמפתיים, קשובים ומכילים – מבלי להעניק להם חוויה מקבילה של הכרה, הקשבה וחמלה – שוחקת את ליבת המקצועיות שלה. חמלה איננה רק תכונה אישית; היא תוצר של תרבות ארגונית והיא מתחילה הרבה לפני חדר הטיפול.

### האנטומיה של מפגש מטפל-מטופל

חקר הביצועים הקליניים של חמלה במפגש מטפל-מטופל, מלמד שחמלה אינה נחמדות אנושית שגוזלת זמן, היא מייצרת אותו. מחקרי העשור האחרון מציגים קשר ישיר בין הפגנת חמלה במפגש מטפל-מטופל לבין שיפור תוצאות קליניות מדידות, דוגמת השפעה על ערכי HbA1c בקרב מטופלים עם סוכרת, השפעה על ערכי LDL-cholesterol ועוד. מעבר לנתונים הביזומדיים, חמלה מייצרת אצל המטופל הפחתה משמעותית בעוצמת חרדה ותחושת דחק. מחקרי ה-Compassion omics מוכיחים כי בכוחה של נוכחות חומלת, אף אם היא קצרה, לשפר את מידת היענותו לטיפול (Adherence). כשאנו מנכחים חמלה, אנו רותמים את מה שמאפשר למטופל לעבד מידע רפואי מורכב ביעילות גבוהה יותר ואף להחלים מהר יותר.

## מי אני עכשיו? חמלה שמחברת חיים שלמים



**ד"ר זוראן רדומיסלסקי, רופא מומחה בגריאטריה וברפואת משפחה, מנהל שירותי הגריאטריה במכבי שירותי בריאות וראש מסלול גרונטולוגיה בבית הספר למדעי הבריאות באוניברסיטת אריאל. בעל ניסיון ניהולי רחב במערכת הבריאות, כולל תפקידי ניהול בכירים במשרד הבריאות ובקופות החולים. לאורך השנים עוסק בפיתוח והובלת שירותים גריאטריים, חיזוק הרצף הטיפולי וקידום איכות הטיפול באוכלוסייה המבוגרת, תוך שילוב עשייה קלינית, ניהולית ואקדמית.**



הייתי צעיר – בניתי מדינה. בנעוריי עבדתי קשה, האמנתי בערכים, תרמתי לבניית המדינה. הגעתי לתפקידים ניהוליים בכירים, הובלתי אנשים, קיבלתי החלטות גורליות. עברתי מלחמות, שמרתי על הבית. הקמתי משפחה, גידלתי ילדים, ראיתי אותם גדלים והופכים להורים בעצמם. נכדים רצים סביבי, צחוק ממלא את הבית.

**והזמן עבר. הזדקנתי.** המחלות הגיעו אחת אחרי השנייה. הגוף כבר לא אותו גוף – מוגבל בתנועה, תלוי בעזרה. הריח לא נעים, הקמטים עמוקים, המראה השתנה.

אבל זה אני. אני נשארתי אותו אדם. רוצה להיות משמעותי ולהשפיע. רוצה בריאות ותפקוד ועצמאות. רוצה כבוד. רוצה חום ואהבה. **מי יכול לעזור לי?**

תוחלת החיים בישראל היא מהגבוהות בעולם. 81.7 לגברים ו-85.7 לנשים וזה מקום רביעי בעולם. כמי שעוסק שנים רבות בגריאטריה, אני יודע שהנתון הזה, מרשים ככל שיהיה, מסתיר אמת מורכבת הרבה יותר: ההזדקנות המואצת של האוכלוסייה מחייבת אותנו לחשיבה אחרת על רפואה, על רווחה, ועל הקשר שביניהן. אי אפשר עוד להסתפק בטיפול במחלה אחת, בבדיקה אחת או בתרופה אחת. אדם מבוגר הוא סיפור חיים שלם, עם הקשרים רפואיים, תפקודיים, רגשיים וחברתיים, שאי אפשר לנתק ביניהם. במקביל לעליה בתוחלת החיים, קצב ההזדקנות בישראל הוא מבין הגבוהים בעולם וקצב ההזדקנות של מבוטחי מכבי הינו המהיר ביותר מבין כל קופות החולים. במילים אחרות – מכבי מזדקנת.

חמלה בטיפול בגיל המבוגר איננה רק יחס רגשי או כוונה טובה, אלא היכולת של המערכת לראות את האדם במלוא מורכבותו, ולהתאים את עצמה אליו ולא להפך. זוהי הבנה של מגבלות, של קצב אחר, של עומס פיזי ורגשי, ושל הצורך בתחושת ביטחון, שליטה ומשמעות. מתוך תפיסה זו, החמלה הופכת לעיקרון טכנוני שמנחה כיצד בנויים השירותים, איך מתנהל המפגש הקליני, ואילו כלים ניתנים לטיפול ולמשפחה.

המשמעות בפועל היא רפואה שמתאמת לכל גיל, טיפול שמתקיים גם בבית ולא רק במרפאה, שימוש חכם בטכנולוגיה כדי לזהות סיכונים מוקדם ולא רק להגיב למשברים, וחיזוק המקום של המשפחה והקהילה כחלק בלתי נפרד מהטיפול. זהו מעבר מתפיסה שמטפלת בבעיה נקודתית, לתפיסה שרואה את האדם השלם, לאורך זמן.

רפואה מותאמת גיל מתחילה בהבנה פשוטה אך עמוקה, אדם מבוגר איננו אוסף של מחלות אלא מכלול מורכב של גוף, תפקוד וחיים. בגריאטריה, הטיפול אינו מתמקד רק בסוכרת, ביתר לחץ דם או במחלות לב, אלא באופן שבו מחלות כרוניות נפגשות זו עם זו, משפיעות על התפקוד היומיומי ועל איכות החיים. חלק מרכזי בכך הוא

ניהול זהיר של טיפול תרופתי, צמצום עומס תרופות ומניעת תופעות לוואי שמקורן בשילובים לא מותאמים. לצד זאת, יש חשיבות קריטית למעקב רפואי רציף ומתמשך, אשר מתאפשר בזכות עבודה משולבת של רפואה ראשונית, מומחים בגריאטריה ושיתוף פעולה הדוק עם בתי החולים.

בעשור האחרון פיתחה מכבי תשתית רחבה של שירותים גריאטריים, עם פריסה ארצית בכל חמשת המחוזות, הכוללת כיום 18 מרפאות רב-תחומיות ו-54 מרפאות גריאטריות מיעצות. התרחבות זו, המגלמת גידול של כ-295% במספר המרפאות בתוך עשור, משקפת תפיסה הרואה בזמינות ובנגישות תנאי יסוד לטיפול גריאטרי איכותי. במקביל, פותחו פלטפורמות דיגיטליות וכלים ממוחשבים התומכים ברופאי המשפחה ובצוותים הרב-מקצועיים, ומאפשרים איתור יזום ומוקדם של סיכונים, לצד התאמה אישית של הטיפול למטופל המבוגר, עוד לפני שהבעיה הופכת למשבר.

אחד הביטויים המעשיים לתפיסה של רפואה מותאמת גיל הוא פרויקט הדגל של מכבי לעיצוב מסע המטופל סביב הביקור אצל רופא גריאטר, הרואה במפגש הקליני תהליך מתמשך ולא אירוע נקודתי. לקראת הביקור, המטופל או המטפל העיקרי מקבלים באופן דיגיטלי ארבעה אומדני סקרינינג מרכזיים, נפילות, מצב רגשי, מצב תפקודי ומצב קוגניטיבי, המדווחים בתנאים הטבעיים של הקשיש. גישה זו, המבוססת על תפיסה חומלת, מפחיתה לחץ ובלבול ומאפשרת ביטוי אותנטי על מצבו היומיומי. המידע נקלט ישירות בתיק הרפואי ומאפשר לרופא הגריאטר להגיע לביקור עם היכרות מוקדמת, להתייחס לממצאים בזמן אמת ולמקד את השיחה בנושאים המהותיים ביותר. בסיום הביקור נשלח למטופל קישור מותאם הכולל מידע על מיצוי זכויות והמלצות לשימור תפקוד, כחלק מתפיסה הרואה בביקור הרפואי מרחב של הקשבה, שותפות וחיבור בין רפואה, רווחה והמשך החיים בקהילה.

פרויקט דגל נוסף של מכבי הוא "ביקור גיל הזהב", אשר מציין השנה עשור לפעילותו ומהווה דוגמה מובהקת לחדשנות גריאטרית בקהילה. הפרויקט מעניק לרופאי המשפחה כלים מובנים לביצוע טרום הערכה גריאטרית ראשונית, כחלק מהטיפול השוטף, ובכך מאפשר זיהוי מוקדם של ירידה תפקודית, סיכונים רפואיים ואתגרים מורכבים עוד בטרם מתרחש משבר. באמצעות שילוב של תהליכים קליניים מובנים וכלים דיגיטליים תומכי החלטה, רופא המשפחה מקבל תמונה רחבה יותר על מצבו של המטופל המבוגר ויכול להפנות בזמן לגורמים מתאימים, להתאים טיפול, ולחזק את הרצף הטיפולי בקהילה.

ביטוי נוסף לחמלה יזומה הוא פרויקט האיתור הדיגיטלי של סיכון לנפילות, המבקש לזהות סיכון עוד לפני שהנפילה מתרחשת. באמצעות שאלון ייעודי הנשלח באופן דיגיטלי לאוכלוסייה הרלוונטית, מתבצע מיפוי של רמת הסיכון, ובהתאם לכך מופעלת התערבות מותאמת אישית, רפואית או שיקומית. כך מתבצעת פעולת מניעה הקודמת לפעולה תגובתית לאחר אירוע לפעולה מונעת, הרואה בבטיחות, בעצמאות ובישימור התפקוד ביטוי מובהק של חמלה. באותה רוח פועל גם מוקד +70, המהווה כתובת נגישה, אנושית ומקצועית לבני הגיל השלישי ולבני משפחותיהם. המוקד מאפשר קבלת מענה רפואי, תפקודי וחברתי, ומחבר בין צרכים שעולים בשיחה אחת לבין גורמי טיפול מתאימים. זהו ביטוי לחמלה שמבינה שלא תמיד צריך עוד שירות, אלא אוזן קשבת, הכוונה ברורה ותחושת ביטחון שיש למי לפנות.

טיפול בבית הוא ביטוי מרכזי לרפואה חומלת בגיל המבוגר, מתוך ההבנה שהבית הוא המקום הבטוח והמשמעותי ביותר עבור רבים. עבור מטופלים מרותקי בית, טיפול בקהילה מפחית עומס, בלבול ופגיעה בתחושת השליטה. לשם כך פיתחה מכבי מערך יחידות לטיפול בית, המלוות בכל עת כ-7,500 מבוטחים ומעניקות רפואה ראשונית, שיקום, אשפוז והוספיס ביתי. שילוב זה מאפשר טיפול רפואי מתקדם בסביבה המשפחתית, שומר על רצף טיפולי ומצמצם אשפוזים, תוך ליווי והדרכה של בני המשפחה כשותפים מלאים לטיפול.

עבור אנשים מבוגרים החיים במסגרות אשפוז גריאטריות ממושכות, הרצף הטיפולי והקול האישי עלולים להישחק. השגרה המוסדית, ריבוי גורמים מטפלים והמרחק מהקהילה יוצרים סיכון ממשי לפגיעה באיכות הטיפול ובכבוד האדם. מתוך תפיסה חומלת המבקשת להתמודד עם פער זה, הוקמו במחוזות מרפאות

## חמלה תלויה במערכת



גילה זרביב RN, CNM, MSN, PhD(c) אחות מוסמכת ומיילדת מוסמכת. דוקטורנטית, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. עמיתת דוקטורט, המרכז הישראלי למדע היישום ומעורבות במדיניות (IS-PEC) וחברה בוועדה המקצועית האזורית, הקונפדרציה הבינלאומית של המיילדות (ICM), אירופה.

הביפר צפצף בדיוק כשנהגתי. אישה ילדה בבית, והתקשרה למד"א לעזרה. היא הייתה במרחק שש דקות ממני. עשיתי פרסה מיידית ונסעתי ישר לשם.

כשהגעתי, הבית היה מלא. מתנדבי איחוד הצלה, צוות מד"א, פראמדיקים, בני משפחה. כולם רצו לעזור. כולם דיברו. האוויר היה טעון, עמוס, כמעט צפוף מרוב דאגה.

נכנסתי לחדר בדיוק ברגע שבו היולדת סירבה להיבדק על ידי חובשת.

הצגתי את עצמי בשקט. אמרתי שאני מיילדת, ושאני כאן רק כדי לוודא שהיא והתינוק שלה יציבים ובטוחים לפני הפינוי לבית החולים.

היא הרימה אליי מבט ושאלה, כמעט בלחישת: "מיילדת? זה עולה כסף?"

חייכתי. "כמובן שלא". הסברתי לה שבמד"א ובאיחוד הצלה פועל היום מערך תגובה מיילדותי, מיילדות נשלחות לקריאות חירום בהתנדבות וללא עלות, כדי שנשים יקבלו טיפול מקצועי ומיידית גם מחוץ לבית החולים.

היא הנהנה מיד. הפעם בלי התנגדות. שאר האנשים יצאו מהחדר בשקט, כאילו גם הם הבינו שמה שהשתנה.

ואז עשיתי את מה שמיילדות עושות. עמעמתי את האורות וחיממתי את החדר. הערכתי את הדימום שלה, בדקתי את טונוס הרחם, חיפשתי קרעים, בדקתי את התינוק. שאלתי שאלות ועניתי לשאלותיה. בשקט. במקצועיות. בכבוד ובאמון.

מה שקרה באותו חדר לא היה רק בדיקה לאחר לידה. הוא חשף כיצד חמלה באמת נכנסת למערכת בריאות: לא דרך רצון טוב בלבד, אלא דרך תכנון. לא משום שמטפלת בודדת בחרה להיות "נחמדה", אלא משום שהמערכת פינתה מקום לאשת המקצוע הנכונה, ברגע הנכון, עם הסמכות הנכונה.

וזה בדיוק ההבדל.

במערכות בריאות, חמלה מוצגת לעיתים כתכונה אישית של אנשי צוות, משהו שתלוי באופי, בעיבוד, ביום שעבר עליהם. אבל בפועל, חמלה היא תוצאה של האופן שבו הטיפול מאורגן. כשאומרים לצוותים "תהיו אמפתיים יותר", האחריות לטיפול אנושי מועברת אל כתפיהם בתוך מערכת לחוצה ומקוטעת. התוצאה צפויה: חמלה נעשית לא אחידה, שברירית, ולעיתים מתישה.

היזומה הזו הוקמה בזמן מלחמה על ידי ארגון המיילדות בישראל יחד עם מגן דוד אדום ואיחוד הצלה, כדי שנשים יוכלו לקבל טיפול מיילדותי מיידית בכל מקום ובכל מצב. מאז היא הפכה להרבה יותר ממענה חירום.

נשים מתחילות להבין שבכל שלב של בריאות האישה, מיילדת יכולה וצריכה להיות לצידין. זו אינה אמירה סמלית בלבד. תקנות החירום בישראל עודכנו רשמית כך שבמקרי חירום טרום-אשפוזיים הקשורים ללידה, המיילדת מוגדרת כיום כסמכות הרפואית הבכירה בשטח, האחראית לניהול הלידה, לסיבוכים לאחריה ולטיפול הראשוני ביילוד.

נתי"ב, המאפשרות ליווי רפואי ייעודי גם במסגרת מוסדית. צוותי המרפאות מאתרים באופן יזום מבוטחי מכבי המאושפזים במוסדות גריאטריים באמצעות דוחות ייעודיים של מכבי ומשרד הבריאות, ומעבירים את האחריות הרפואית השוטפת מרופא המשפחה לרופא נתי"ב ייעודי, כך שנשמר רצף טיפולי ברור, גורם אחראי אחד ותפיסה הרואה באדם יותר מאשר "מאושפז".

לצד הטיפול הרפואי, חמלה בגיל המבוגר מתבטאת גם ביכולת לראות את הבדידות, את השחיקה הרגשית ואת הצורך בקשר אנושי מתמשך. רבים מבני הגיל השלישי מתמודדים לא רק עם מחלה או ירידה תפקודית, אלא גם עם אובדן תפקידים, צמצום מעגלים חברתיים ותלות גוברת באחרים. מתוך הבנה זו, פועלים במכבי מגוון מערכי ליווי רגשי וחברתי, הכוללים קבוצות תמיכה לבני הגיל השלישי ולבני משפחותיהם, שירותי עובדים סוציאליים וייעוץ רגשי, וחיבור יזום לפעילות קהילתית ולמתנדבים במסגרת פרויקט "נפגשים". נדבך מרכזי נוסף הוא פיתוח והטמעה של "מרשם חברתי", המאפשר לצוותים הרפואיים להפנות מטופלים לצרכים חברתיים ורגשיים כחלק אינטגרלי מהטיפול. לשם כך, נפתחה בתיק הרפואי הפניה ייעודית הזמינה לכל אנשי הצוות, המובילה ישירות למוקד האזרחים הוותיקים של משרד הרווחה, ובכך יוצרת חיבור ישיר בין רפואה, רווחה וקהילה. מהלך זה משקף תפיסה חומלת הרואה בקשר האנושי, בשייכות ובמשמעות מרכיבים חיוניים לבריאות, לא פחות מתרופה או בדיקה.

בסופו של דבר, השאלה "מי אני עכשיו" איננה שאלה של גיל, מחלה או תפקוד, אלא שאלה של יחס. היא נענית בכל מפגש בין אדם מבוגר למערכת, בדרך שבה מקשיבים לו, בקצב שבו פוגשים אותו, וביכולת לראות בו אדם שלם גם כשהוא תלוי, חלש או זקוק לעזרה. חמלה במערכת הבריאות פירושה לאפשר לאדם להזדקן בלי לאבד את קולו, את כבודו ואת תחושת השייכות שלו. זו אינה רק תפיסה טיפולית, אלא בחירה ערכית עמוקה, כזו שמחברת חיים שלמים גם בשלביהם הפגיעים ביותר.

## שיחות על סוף היים



**דר' טל פרגר גלר, רופאה מומחית ברפואת משפחה ורפואה פליאטיבית, ממייסדי הרפואה הפליאטיבית בישראל. מרצה, מדריכה ומלווה בתחומים אלו סטודנטים ומתמחים ברפואה ובכלל מקצועות הבריאות. מנהלת את המחלקה הייחודית לאשפוז פליאטיבי במרכז הרפואי "דורות" בנתניה המספקת ליווי והקלה לחולים בוגרים המתמודדים עם מחלות קשות ולאלו שזהו להם השלב האחרון של מעגל החיים.**

### "המתנה היקרה ביותר שאנו יכולים להעניק לאחר היא נוכחותנו" (Thich Nhat Hanh)

מעטים הרגעים שמעמידים אותנו מול שבריריות האדם וחוסר האונים שלנו כמטפלים, כמו בזמן התמודדות המטופל בשלבי סוף החיים. עבור המטופל ויקיריו אלו רגעים של פחד וכאב, בלבול וכעס, לעיתים גם הקלה. עבורנו, אנשי המקצוע – רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים ומטפלים – תמיכה במטופל בשעות אלו היא אחת המשימות המורכבות והרגישות ביותר.

הבחירה בליווי מטופלים ומשפחות בחלק האחרון של מעגל החיים דורשת מאיתנו לפתח מיומנות חיונית חשובה – חמלה. יש הזוכים בחמלה מעצם אופיים ויש שצריכים ללמוד אותה. חמלה מתבטאת ביכולת לראות את האדם ולא רק את האבחנה, להיות מסוגלים להקשיב לשתיקות ולא לצפות למילים, להיות נוכחים בלי לתת פתרונות. אם נזכור כי לכל מטופל יש את דרכו להיפרד מהעולם אך כולם חווים מנעד רחב של רגשות בסוף הדרך, נלמד עם הזמן לפתח את המיומנות שדורשת מאיתנו להיות שם בשבילם.

חמלה בשיחות על סוף החיים אינה מתקיימת רק במפגש אחד-על-אחד. היא תוצר של צוות מתואם, שמסוגל לשאת יחד מורכבות, אי-ודאות ועומס רגשי. כאשר הצוות מדבר שפה משותפת של הקשבה, כבוד ושקיפות, המטופל ומשפחתו חווים רצף, יציבות וביטחון גם ברגעים של אובדן שליטה.

שיחה על סוף החיים היא אתגר רפואי וטיפולי. זו שיחה על החיים ומשמעותם בעבר, בהווה ולאחר שיעזוב את העולם. היכרות עם המטופל, עולם הערכים והתרבות מהם הגיע ואיך התוו אלו את דרכו בחיים, מלמדים אותנו המטפלים כיצד נוכל לאפשר לו את ההווה.

במהלך השהות במחלקה, בדרך כלל מספר שבועות עד חודשים, הצוות לומד איך מגדיר המטופל איכות חיים וסבל, מיהם יקיריו ומה משמעותי עבורו. שכן כל אלה חווים שינוי, אמורים להסתגל למציאות חדשה ולהתמודד עימה.

השיחות שקיימנו עם המטופל במהלך האשפוז במחלקה, שבהן חמלה היא מיומנות הכרחית, תאפשרנה לנהל בהמשך את הימים והשעות האחרונות לחיים. זהו מפגש אנושי ועמוק בו נבחנות היכולות של הצוות לכבד ולתמוך, לאפשר הקלה ומקום לרגש, לומר אמת קשה מבלי לשבור תקווה – אמת שניתן לשאת, להקפיד להיות מקצועיים אך מבלי לאבד אנושיות.

שיחות על סוף החיים אינן נותרות בחדר המטופל. הן פוגשות גם את חיינו האישיים של המטפלים, את יחסנו לזמן, לפרידה, למשמעות. לעיתים דווקא דרך המפגש עם סוף הדרך של אחרים, מתחדדת אצלנו ההבנה מה חשוב, מה משני, ואיך נראית נוכחות אמיתית. במובן זה, ליווי סוף החיים אינו רק נתינה, אלא גם תהליך של עיצוב מקצועי ואנושי של המטפל עצמו.

המשמעות רחבה: חמלה אינה רק רגש, היא תשתית. היא מופיעה כאשר יש רצף, בהירות תפקידית ואוטונומיה מקצועית.

מחקרים מראים בעקביות שכאשר נשים מקבלות רצף טיפול ממיילדת מוכרת או מצוות קטן לאורך ההיריון, הלידה והתקופה שלאחריה, התוצאות משתפרות. ההתערבויות פוחתות, האמון גדל, והחוויה פחות טראומטית. רצף כזה גם מגן על המטפלות עצמן, מפחית מצוקה מוסרית ותומך בשיקול דעת מקצועי.

מערך החירום המיילדותי בישראל מציע הצצה לעיקרון הזה בפעולה. אישה ברגע פגיע לא הייתה צריכה להסביר, להתווכח או להגן על עצמה. היא ראתה אשת מקצוע מנוסה שהיא יכולה לסמוך עליה, והסביבה השתנתה מיד.

מעבר למקרה הספציפי של לידה, הרעיון הזה נכון כמעט לכל מפגש רפואי. גם במחלקה פנימית עמוסה, גם במיון צפוף, גם בשיחה קצרה במרפאה קהילתית, חמלה אינה תלויה רק באדם שמולך, אלא בשאלה האם המערכת מאפשרת קשר. האם אותו מטפל פוגש את המטופל פעם אחת בלבד, או שיש רצף שמייצר היכרות ואמון. האם יש לו סמכות לפעול, או שהוא כבול לפרוטוקול שמותיר אותו חסר אונים.

מערכת שמפצלת את הטיפול לעשרות אנשי צוות, שמחליפים משמרות בלי המשכיות, יוצרת לא רק חוסר יעילות, אלא גם חוסר חמלה מובנה. המטופל הופך ל"תיק", והצוות נאלץ להחזיק מקצועיות בלי מרחב לנשימה. לעומת זאת, כאשר יש דמויות ברורות שמלוות את האדם, כאשר האחריות מוגדרת, וכאשר יש אפשרות לעצור לרגע ולהיות נוכחים, החמלה מופיעה כמעט מעצמה. היא אינה תוספת רגשית, אלא תוצאה של טיפול מאורגן סביב יחסים ולא סביב עומס.

עבור מנהיגי מערכת הבריאות וקובעי מדיניות עולה כאן שאלה פשוטה: אם חמלה מופיעה בצורה כה ברורה כאשר קיימים רצף, סמכות מקצועית ומרחב בטוח, מדוע אנו ממשיכים להתייחס לאלמנטים הללו כאל מותרות?

יש גם אמת נוספת שחייבים לומר בקול ברור: חמלה איננה רק מתנה למטופלים, היא גם הגנה לצוותים. מערכת שמצפה מאנשי מקצוע להיות רגישים, מכילים ונוכחים, אך אינה מעניקה להם תנאים בסיסיים לכך, מייצרת סתירה בלתי אפשרית. מטפלים אינם מכונות של אמפתיה. הם בני אדם שעובדים בעומס, בחוסר שינה, מול מצבים קשים, ולעיתים מול כאב שאין לו פתרון. כאשר אין רצף, אין תמיכה, ואין מרחב לעיבוד רגשי, חמלה הופכת למאמץ כואב, ולפעמים גם למקור אשמה: "למה לא הייתי יותר אנושי?"

אבל השאלה אינה רק אישית. היא מערכתית. בדיוק כפי שאיננו מצפים מרופא לבצע פעולה כירורגית בלי ציוד מתאים, כך אי אפשר לצפות מאחות או ממיילדת להעניק טיפול חומל בתוך תנאים שמוחקים את האנושיות. חמלה אינה משאב אינסופי, היא תוצר של תרבות ארגונית, של מנהיגות שמכירה בעומס, ושל מערכת שבונה תשתית שמאפשרת נוכחות. ברגע שמבינים זאת, חמלה מפסיקה להיות דרישה מוסרית, והופכת לאחריות מקצועית של המערכת כולה.

בישראל אין מחסור במיילדות מיומנות. יש ראיות חזקות, חדשנות מקומית והכרה רגולטורית בסמכות המיילדת במצבי חירום. מה שנותר לא אחיד הוא היישום בכל מערכת המיילדות הרחבה.

מיילדות אינן תוספת לטיפול בלידה. הן תשתית חיונית. כאשר המערכת מפנה להן מקום, חמלה אינה עוד משהו שהצוות צריך לייצר תחת לחץ, היא הופכת לתוצאה טבעית של טיפול המאורגן סביב אנשים ולא סביב תהליכים. אותו רגע בחדר היה שקט. לא היו נאומים, לא סיסמאות, לא הצהרות על חמלה. ובכל זאת, האישה הרגישה אותה מיד.

זהו הכוח של תכנון מערכת.

השאלה כבר אינה האם זה עובד. זה עובד. השאלה היא האם אנו מוכנים להרחיב את מה שאנו יודעים שמפחית טראומה, מחזק אמון, ומשיב אנושיות לאחד הרגעים הפגיעים ביותר בחייה של אישה.

חמלה תלויה במערכת. וכשמתכננים אותה נכון, היא כבר לא יוצאת דופן, היא הופכת לסטנדרט.

## בין חמלה לגבולות, סיפור מהוספיס בית



**דר' יהורם זינגר, מנהל מחלקת ההוספיס בבית של צבר רפואה, רופא ומרצה ותיק במערכת הבריאות בנגב ומאבות הרפואה הפליאטיבית בישראל, חתן פרס מפעל החיים מטעם איגוד רופאי המשפחה בישראל. לאורך השנים זכה להוקרה ולפרסים נוספים.**

כשפנו אלי לכתוב למידעון על חמלה בהוספיס בית, המחשבה הראשונה שעלתה בי לא הייתה על רגש רך או אמפתיה מילולית, אלא על מצבים מורכבים, לעיתים טעונים וקשים, שבהם חמלה נבחנת דווקא דרך גבולות, עקביות והתנהלות מקצועית לאורך זמן. ארצה לשתף אתכם בסיפור כזה בדיוק.

משה היה בן 86 כאשר הופנה לטיפול במסגרת הוספיס בית על ידי קופת החולים. הוא סבל מיתר לחץ דם מזה שנים רבות ובארבע השנים האחרונות החל לסבול מדמנציה, כנראה עקב מחלת אלצהיימר. ההידרדרות הייתה עתית והדרגתית. הוא הופנה מהיחידה להמשך טיפול של קופת החולים. בשיחת טלפון אחות היחידה הסבירה שהסיבה האמיתית להפניה הייתה בגלל ההתנהגות הקשה של בני המשפחה. הצוות הרגיש שהם לא מסוגלים לשאת את זה יותר. הפניה נוסחה בשפה של קושי תפעולי, אבל היה ברור שהשורש הוא מצוקה עמוקה שלא קיבלה מענה, כבר בשלב ההפניה היה ברור שלא מדובר רק במטופל מורכב, אלא במשפחה מותשת וכואבת.

מניסיוני, הרבה פעמים אני ניתקל במשפחות שמתמודדות עם מחלות כרוניות מתקדמות, ומאד מאוכזבות ופגועות מהמגע שלהם עם מערכת הבריאות. ברור לי שבתחילת האינטראקציה תהיה המון חשדנות, ויהיה על כל הצוות לעבוד קשה כדי לשכנע את המשפחה שביחידה שלנו זה אחרת.

התקשרנו למשפחה כדי לקבוע ביקור "קבלה" וביקשנו שבביקור הזה יהיו כל בני המשפחה. נאמר לנו שהזמן היחידי שהילדים יצליחו להגיע יהיה בשמונה בערב. כולם עובדים ומאד עסוקים. הסברנו שזה לא שעות העבודה המקובלות אצלנו, ושלא ניתן יהיה להתחיל את הביקור אחרי שעה ארבע אחר הצהריים. התגובה הייתה קשה מאד, עם האשמות של חוסר גמישות וחוסר התחשבות במטופל ומשפחתו. הבן אמר שהוא לא מעוניין בקשר טיפולי עם כזו חוסר התחשבות ואמר שימצא אלטרנטיבה יותר טובה.

כעבור כ-10 ימים, הבן התקשר ואמר שהם מוכנים להיפגש בעוד יומיים בשעה ארבע אחר הצהריים.

במצבים כאלה מאד חשוב להגדיר בצורה מאד ברורה את "כללי המשחק" מההתחלה. להבהיר מה הגבולות, מה הכלל ומה יוצא מן הכלל. הניסיון מראה שבדרך זו, יש תיאום ציפיות מההתחלה ואז פחות אכזבות ופחות דרישות שקשה לעמוד בהן. זוהי החשיבות של טיפול בחמלה אחראית שאינה מתנצלת.

כולם הגיעו לפגישה, ולפני שישבנו לדבר, הקפדתי לברר את מצבו של משה עכשיו, ובדקתי אותו בקפדנות בדגש על בחינת רשימת התרופות שהוא נוטל. ישבנו יחד במעגל, וביקשתי לשמוע מכל אחד ואחד מה דעתם על מצבו הרפואי של משה, ומה הציפיות של כל אחד ואחת מהיחידה שלנו. שמעתי שהציפייה היא שנגרום למשה להשתפר גם מבחינה גופנית וגם מבחינה מנטלית. הם מבינים שהוא לא יחזור להיות כפי שהיה לפני תחילת המחלה. הם מצפים לביקור רופא לפחות 4-5 פעמים בשבוע וגם לביקור אחות. הם מצפים לביצוע בדיקות דם פעם עד פעמיים בשבוע. אם מצבו של משה יחמיר הם מצפים להפניה מיידית לחדר מיון. המשפחה ציפתה לרפואה אינטנסיבית, מתערבת, מגיבה מיידית, כזו שמטרתה שיפור ולא ליווי.

במסורות עתיקות זרות קיימת התייחסות נרחבת למושג "חמלה". דמויות ואלות נקשרות לחמלה וההתמודדות עם סבל שקיומו הוא בלתי נמנע. הבודהיזם מלמד שחמלה איננה הימנעות מכאב, אלא היכולת לשהות בו "כמו אם המגנה על בנה היחיד בחייה כך נדרש הלב להיות פתוח ומגן".

בתלמוד נאמר "המבקר את החולה נוטל אחד משישים מצערו": השהות עם החולה אינה הבטחה לריפוי, אך מציינת שותפות, חלוקה של העומס הרגשי ואמירה – אתה לא לבד.

עוד מודגש שחמלה איננה רגש פרטי: "כל המרחם על הבריות, מרחמים עליו מן השמים". החברה נמדדת ביכולתה ללוות את החלשים שבה, ואף יוצאת נשכרת.

אם כך, חמלה אינה חולשה, אלא כוח המאפשר נכונות לפגוש את הכאב, אחריות הנדרשת מכל העוסקים בליווי הנוטים למות. יש מי שחוששים שגילוי חמלה במפגש עם מטופלים תערפל את שיקול הדעת, ותוביל לרגשנות יתר. הניסיון מלמד את ההיפך – שיחה חומלת אינה מבטלת גבולות מקצועיים, היא רק מזכירה שהמקצועיות עצמה נמדדת לא רק בידע, אלא באופן שבו הוא מוגש: "אין לנו יותר טיפול להציע" נשמע כסגירת דלת, כאשר האמת היא שתמיד יש מה לעשות כדי להקל על כאב, להפחית חרדה, לאפשר פרידה, לשמור על כבוד האדם.

יש רגעים בשיחות על סוף החיים שבהם אין מילים נכונות, ואין תשובה שיכולה להקל באמת. דווקא שם נבחנת החמלה לא ביכולת לומר, אלא ביכולת להישאר. לא למהר למלא את השקט, לא לברוח להסברים רפואיים, ולא להציע נחמה שאין בה אמת. ההסכמה לשהות עם אי-הוודאות, עם הכאב שלא ניתן לפתור, היא לעיתים הפעולה הטיפולית העמוקה ביותר. זו נוכחות שאינה מבטיחה פתרון, אך מעניקה הכרה, כבוד ותחושת יחד אנושית ברגע שבו האדם זקוק לה יותר מכל.

בשיחות על סוף החיים, אנו מתמקדים בהקשבה ומבררים עם המטופל ומשפחתו מה הם מבינים? מה מפחדים לשאול? מה חשוב להם בשעות אלו? שאלות מסוג זה מאפשרות להבין את עולם הערכים של המטופל שמולנו, לדייק את צרכיו האמיתיים ולהחזיר לו את תחושת השליטה במצב. מתן תקווה בשעות אלה אינו סותר את המציאות, אלא משתלב בה אם כי בלוחות זמנים צנועים יותר.

בעולם הרפואה, סוף החיים נתפס לא פעם ככישלון הרפואה, של הגוף, של הרצון להילחם. אנו, העוסקים בטיפול פליאטיבי, נדרשים לעמדה אחרת, כנה ואנושית, על מנת לאפשר כדברי Dame Cicely Saunders: "אתה חשוב כי אתה מי שאתה, ואתה חשוב עד הרגע האחרון של חיך. אנחנו נעשה כל שביכולתנו, לא רק כדי לעזור לך למות בשלום, אלא גם לחיות עד שתמות".

בסופו של דבר, שיחות על סוף החיים אינן עוסקות רק במוות, אלא באופן שבו אנו בוחרים להיות עם אדם ברגעים שבהם כל המסכות נושרות. הן מזמינות אותנו להאט, להקשיב באמת, ולהניח את היד המקצועית והאנושית זו לצד זו. היכולת לשהות, לכבד, וללוות עד הסוף, היא ביטוי עמוק של חמלה, לא כמי שמחזיקים תשובות, אלא כמי שמוכנים להישאר גם כשאין להן מקום. סוף החיים הוא חלק מהחיים, ולנו הזכות ללוות את המטופלים בדרכם האחרונה. גם אם המסע אינו פשוט, יש לנסות לעשותו מכובד ואנושי – עבורם, אבל גם עבורנו.

"מדוע אלוהים מגביל את ימינו? התשובה היא: כדי להפוך כל אחד מהם ליקר ערך" (מיץ אלבום)

## חמלה כעמוד תווך בטיפול של קלינאי התקשורת: בין מקצועיות לאנושיות

פרופ' מיכל איכט, קלינאית תקשורת, ראש המחלקה להפרעות בתקשורת, אוניברסיטת אריאל.



דר' גיל צוקרמן, פסיכולוג קליני ושיקומי, חבר סגל בכיר במחלקה להפרעות בתקשורת, אוניברסיטת אריאל.



ליאור היה בן ארבע וחצי כשפגשתי אותו לראשונה. אבחנה מורכבת, תיק עבה, ורשימה ארוכה של "קשיים": שפה, תקשורת, ויסות, קשב. הוא סירב להיכנס לחדר הטיפול, התיישב על הרצפה במסדרון, ובכה. אמא שלו עמדה לידו, שקטה. לא ביקשה שליחה או ניסתה להסביר, רק אמרה בשקט: "זה קורה לפעמים. הוא עבר יום קשה בגן". באותו רגע הבנתי שהטיפול לא יתחיל היום עם ליאור, אלא עם אמו. ישבנו יחד במסדרון, בלי משחקים, בלי מטרות טיפוליות. נתתי לו זמן, ולא מיהרתי "לגייס שיתוף פעולה". דיברנו על העייפות, על האחים בבית, על התחושה שאין רגע של הפסקה. אחרי עשרים דקות ליאור קם לבד, הציץ לחדר, נכנס, והתחיל לשחק. הצטרפתי. לא עבדנו על שפה, לא על דיבור. אבל זו הייתה פגישה כל כך משמעותית. לא התקדמנו באף מדד טיפולי, אבל נבנה כאן אמון, עם ליאור ועם משפחתו. שם, במסדרון, היה ברור שחמלה היא תנאי לעבודה מקצועית מיטבית.

חמלה היא אחד ממרכיביה המרכזיים של האמפתיה – מושג רב-ממדי הכולל, מחד גיסא, את היכולת להבין את האחר ולתפוס את עולמו מנקודת מבטו (אמפתיה קוגניטיבית), ומאידך גיסא את התגובה הרגשית לקשייו של האחר, לצד המוטיבציה לפעול ולהתגייס למענו (אמפתיה רגשית). חמלה היא מושג שנטמע בשיח בנושאי בריאות בשנים האחרונות, אך עבור קלינאיות וקלינאי תקשורת היא איננה תוספת "רכה" למקצוע, אלא ליבת העשייה הטיפולית. העבודה הקלינית שלנו מתרחשת כמעט תמיד במרחבים של פגיעות: מפעוטות וילדים עם קשיי התפתחות, דרך אנשים עם מוגבלות שכלית-תפתחותית או אוטיזם, מטופלים לאחר פגיעות נוירולוגיות, ועד קשישים המתמודדים עם אובדן תפקודים, קול וזהות. במצבים אלו, התקשורת עצמה, הכלי המרכזי של האדם להיות נוכח, מובן ושייך, נפגעת. כאן החמלה מהווה תנאי בסיסי ליצירת טיפול משמעותי.

חמלה משלבת שלושה מרכיבים: זיהוי הסבל, נוכחות מכבדת מולו, ורצון לפעול כדי להקל עליו. בטיפול בתחומי קלינאות התקשורת, פעולה זו באה לידי ביטוי באופן שבו אנו בוחרים מטרות טיפול וכלים טיפוליים, בקצב ההתקדמות שאנו מאפשרים ומקבלים, בשפה שבה אנו מדברים עם המטופל ועם משפחתו, וביכולת לראות את האדם שמעבר לאבחנה.

זה היה הרגע שבו היה ברור לי שאם לא ננהג בחמלה אחראית, נגרום לכולם סבל גדול יותר. נשמתי עמוק, ואז הסברתי שגם אנחנו מקווים לשיפור במצבו של משה, אבל הסיכוי שזה אכן יקרה הוא אפסי. הסברתי שמה שסובל ממחלה כרונית שהולכת ומתקדמת ותחמיר. הסברתי שהרפואה המודרנית עדיין לא מצאה דרך לעצור את התהליך, וגם לא לשפר את המצב. המטרה הראליסטית שלנו היא להקל כמה שיותר על כל סבל שיתרחש, שיהיה שקט ורגוע, שלא יפתח פצעי לחץ וסיבוכים אחרים, וגם לטפל בסיבוכים אם יתרחשו. הדגשתי את הגישה שלנו – אנחנו חושבים שציפיות מעבר לכך יגרמו לאכזבות ותסכול. הם, המשפחה כמוכן מוזמנת להתייעץ עם כל גורם שיראו לנכון, ואנחנו מאד נשתדל לשתף פעולה. בהמשך הסברתי למשפחה את המחויבות שלנו מבחינת ביקורים, שכוללת זמינות טלפונית 24/7 לאחות, ביקור פעם בשבוע של טלי האחות ופעם בעשרה ימים שלי (הרופא) – גם אם משה ירגיש טוב. אם יהיה צורך בביקורים נוספים, על פי שיקול דעתה של טלי, אני והיא נגיע לביקורים נוספים. אם המשפחה תרגיש שזה לא מספק אותה, הם מוזמנים לפנות לגורמים פרטיים, וכן, אנחנו יודעים שהעלות היא אלפי שקלים בחודש.

בעיקר, ביקשתי מהמשפחה שתסמוך עליינו שאנחנו רוצים את הטוב ביותר עבור משה, שאנחנו חושבים על פי ניסיון עם אלפי חולים, שהסידור הזה הוא טוב מאד והצעתי, בואו ננסה. תמיד הם יכולים להחליט שזה לא מתאים.

בהמשך התקיים דיון לא פשוט. המשפחה לא הייתה מרוצה ושוב ושוב דרשה יותר. אבל הסברנו שזה הטוב ביותר שקיים, שזה הרבה יותר טוב ממה שקיים במקומות אחרים בעולם, ועוד ללא כל עלות. בסופו של דבר הם הסכימו והתחלנו את הליווי.

שלושת השבועות הראשונים היו לא פשוטים, 2-3 שיחות טלפון כל יום. אבל, לאט-לאט כשהם ראו שכל שיחת טלפון, גם באמצע הלילה נענתה מייד, כשראו שכל תלונה ודאגה נענתה ברצינות ובסבלנות, כשראו שכל ביקור בית, גם של אחות וגם של רופא/ה נערך בין 45 דקות לשעה, התחלנו להרגיש שינוי. שיחות הטלפון פחתו בהרבה, הסגנון וטון הדיבור התרכך. גם שיחות עם שרה, העו"ס של היחידה מאד תרמו להרגעת הרוחות. הצוות למד להכיר את המשפחה כולה, את הקשיים והחרדות של כל אחד ואחת. קיימנו הרבה דיונים על הקשיים שיכולים להופיע במצבו של משה, ואיך ניתן יהיה לטפל ולהתגבר. העקביות של הביקורים ללא פשרה, וההכרות המאד אינטימית של הצוות את כל אחד מבני המשפחה, נתנו את הביטחון שבאמת נעשה הכי טוב שאפשר. הציפייה הראליסטית של התפתחות והתקדמות המחלה גם הוא נתן את הביטחון הדרוש כדי לתת את הטיפול המתאים ביותר.

משה ניפטר לאחר שמונה חודשי טיפול ביחידה. הוא נפטר בבית, שקט ורגוע, מוקף בכל בני משפחתו. לאחר ארבעה ימים הגעתי למשפחה לביקור שבעה. הם כולם הביעו את תודתם העמוקה, וציינו שהם לא מאמינים שהצליחו ללוות את משה עד לרגע האחרון ובבית. הם הבינו שהעקביות חסרת הפשרה של הליווי, הרצינות והמקצועיות ומעל הכל התחושה שהצוות נתן-האיכפתיות של כל אחד מאנשי הצוות ממשה ההיכרות העמוקה עם המשפחה, הם אלו שנתנו את הביטחון להמשיך.

מבחינתי, חמלה בטיפול סוף חיים היא מעבר לרק רגש, היא ממש פרקטיקה, והיא נשענת על שלושה יסודות: עקביות, מקצועיות והיכרות אינטימית עם האדם ומשפחתו. אלה האלמנטים של חמלה שדרושים בליווי מוצלח של כל אדם בחודשים האחרונים של חייו. לא תמיד זה פשוט, ואנחנו נתקלים באנשים מסוגים שונים, מתרבויות שונות עם אישיות שונה. האומנות של הטיפול הוא למצוא את הדרך לכל אחד ואחת. מניסיוני, רוב האנשים בסופו של דבר נרגעים אל מול חמלה ואהבה חסרת פשרה וללא תמורה חומרית. חמלה אינה ביטול גבולות אלא היכולת להחזיק גבולות לאורך זמן, גם כשהדבר דורש מאמץ רגשי משמעותי מהצוות.

## חמלה עצמית כמפתח לחמלה מקצועית



פרופסור אמריטה נורית ירמיה, פסיכולוגית קלינית באוניברסיטה העברית בירושלים, בעלת ניסיון של למעלה משלושים וחמש שנים במחקר, הוראה וטיפול בתחומי התפתחות ילדים והורות. לאחר אירועי שבעה באוקטובר 2023 הקימה, יחד עם דר' הדס שהרבני סידון, את מיזם "עוטף לב" להטמעת המודל המדורג למענה נפשי בישראל. בעבר כיהנה כמדענית הראשית במשרד המדע, כדיקנית הסטודנטים וכמנהלת מרכז לייפר באוניברסיטה העברית. מתרגלת, לומדת ומכשירה צוותים חינוכיים וקליניים, וכן מבוגרים מהקהילה, בפסיכולוגיה חיובית, קשיבות וחמלה. חברת ועד מנהל עמותת מחווה.

חמלה עצמית היא אחת המיומנויות האנושיות הכי לא מובנות: היא נשמעת כמו פינוק או רחמים עצמיים, ונתפסת לעיתים כויתור, אבל בפועל היא דווקא דרך מדויקת יותר לדרוש מעצמנו, להתמיד, ולהשתנות בלי להישבר. המשמעות של חמלה עצמית היא לא להגיד לעצמנו "לא נורא, זה מה שזה, הכל בסדר" ולא "לשחרר אחריות", אלא להתייחס לעצמנו כפי שהיינו מתייחסים לחבר קרוב במצב דומה: בכנות, בעדינות, ובכוונה אמיתית לעזור.

ההבדל בין חמלה לרחמים, הוא שחמלה מומשגת כהשתתפות רגישה באי הנחת (כאב, סבל) של האחר או של העצמי ביחד עם רצון ומימוש של פעולה מיטיבה ועוזרת, בעוד שרחמים אין בהכרח מעורבות מעשית. ההבדל בין חמלה לרחמים ברור כבר בטקסט התנ"כי: כשמדובר ברחמים, הדגש הוא על בקשת סליחה ומחילה, כאשר מי שמרחם (החזק) הינו מעל האחר (החלש), אבל כשמדובר בחמלה, תמיד קיימת פעולה מיטיבה שמטרתה הקלה. לדוגמה, כאשר בת פרעה חומלת על משה בתיבה, היא מצווה על אמתה למשותו מן היאור ולאחר מכן אף משלחת את אחותו של משה למצוא לו מינקת. כך שבחמלה נעשית פעולה מיטיבה מתוך קירבה ולא מתוך רחמים מתנשאים.

לרבים מאיתנו יש קול פנימי שמאמין שמתח הוא דלק, ושם נרפה קצת נאבד את המוטיבציה. לכן כשאנחנו טועים, נכשלים, או אפילו רק "לא עומדים בציפיות", אנחנו מגיבים בשיפוטיות עצמית: "איך שוב עשיתי את זה?", "מה לא בסדר איתי?", "אחרים מצליחים ואני לא, אני אף פעם לא אשתפר, עדיף שאוותר". הקול הזה אולי נולד מתוך רצון להגן, למנוע בוסה, ולשמור על סטנדרטים, אבל למעשה הוא פועל כמו מנהל קשוח שמרים את הטונים בדיוק ברגע שבו אנו כבר מותשים. התוצאה מוכרת – פחות בהירות, יותר חרדה, נטייה לדחינות או הימנעות, ובסוף גם ביצועים פחות מוצלחים.

חמלה עצמית מתחילה בהבחנה פשוטה: אי נחת, כאב וסבל הם חלק בלתי נמנע מהחיים האנושיים. לא במובן דרמטי בלבד, אלא ביומיומי – אכזבות קטנות, עומס, קונפליקטים, בדידות רגעית, עייפות, או תחושת "אני לא מספיק טוב". כשאנו מזהים שהקושי שלנו אינו תקלה אישית אלא חוויה אנושית, משהו במתח נרגע. לא כי הבעיה נפתרה, אלא כי אנחנו כבר לא לבד מולה. במקום להתכווץ ולהסתיר, אפשר לנשום ולהתקרב.

קריסטין נף, קלינאית וחוקרת בכירה בתחום החמלה, מציעה שנזכור שזה בסדר גמור לשחרר, שלפעמים מה שהכי מתאים זה לנקוט במה שהיא מכנה חמלה עצמית רכה שמשמעה שלפעמים פשוט נכון לאפשר לעצמנו, למרות שזה ממש לא פשוט, לשחרר ולהמשיך הלאה, או למשל לעשות משהו נעים ומטיב, כמו לשתות כוס

בילדים עם קשיי התפתחות, חמלה מתבטאת בראש ובראשונה בתחושה שהילד אינו "אוסף של מדדים", אלא ישות מתפתחת בתוך מערכת משפחתית, חינוכית ורגשית. טיפול חומל מכיר בכך שלעיתים עצם ההגעה לטיפול כרוכה במאמץ רגשי וכלכלי משמעותי מצד ההורים, וששיתוף הפעולה בין המשפחה למטפל נבנה מתוך אמון ולא מתוך דרישה.

באוכלוסיות עם מוגבלויות מורכבות, כגון אוטיזם או מוגבלות שכלית-התפתחותית, חמלה מחייבת אותנו המטפלים לשים בצד שיפוטיות נורמטיביות לגבי תקשורת "תקינה" או אופיינית, לכבד דרכי ביטוי שונות, קצבים אחרים, וצרכים סנסוריים ורגשיים ייחודיים, ולהתאים את מטרות וכלי ההתערבות בהתאם.

בטיפול באנשים עם הפרעות נוירולוגיות נרכשות, כגון אפזיה, דיסארתריה, הפרעות קול ובליעה, החמלה פוגשת לעיתים אובדן משמעותי, פתאומי או הדרגתי, של דיבור, עצמאות, ותפקידים חברתיים. כאן תפקידנו אינו רק לשפר תפקוד, אלא גם ללוות תהליך של הסתגלות, אבל ובניית זהות מחדש. בחמלה יש הכרה בכאב שאינו תמיד "פתיר" או הפיך, אך עצם הנכונות להיות נוכחים בו היא מרכיב טיפולי רב עוצמה.

אצל קשישים, חמלה מקבלת מימד נוסף, של כבוד להיסטוריה, לניסיון חיים, ולפגיעות המתגברת עם הגיל. טיפול חומל נמנע מהתנשאות גילנית, מקשיב גם כאשר התקשורת איטית או מקוטעת, ומכיר בכך שלעיתים המפגש האנושי חשוב לא פחות מהתרגול הפונקציונלי.

עם זאת, חמלה קלינית אינה מתקיימת בחלל ריק. קלינאיות וקלינאי תקשורת פועלים בתוך מערכות המאופיינות לעיתים בעומסים גבוהים, דרישות רגולטוריות, מדדים של תפוקה, וזמני טיפול קצרים. במציאות זו, חמלה עלולה להיתפס כמשאב יקר או כפריבילגיה, ולעיתים אף כעיקוב בדרך ל"יעילות". דווקא כאן נדרשת הבחנה מקצועית חשובה: חמלה אינה ביטול גבולות או ויתור על סטנדרטים קליניים, אלא היכולת להפעיל שיקול דעת אנושי בתוך גבולות קיימים.

טיפול חומל יודע לומר גם "לא", יודע להציב קצב מותאם, ויודע להכיר בכך שלא כל קושי ניתן לפתור במסגרת מפגש אחד או תוכנית טיפולית אחת. במפגש עם הורים מתוסכלים, עם מטופלים החווים רגרסיה, או עם מערכות חינוכיות ורפואיות הלוחצות לתוצאות מהירות, חמלה מתבטאת ביכולת להחזיק מורכבות, להסביר, ולתווך בין ציפיות למציאות.

במובן זה, חמלה אינה עומדת בניגוד למקצועיות, אלא מגינה עליה. היא מאפשרת למטפל להישאר נוכח, מחויב וקשוב, מבלי להישחק או לפעול מתוך ניתוק רגשי. חמלה כזו היא תנאי לשימור איכות הטיפול לאורך זמן, הן עבור המטופלים והן עבור אנשי המקצוע עצמם.

ברור לנו כי חמלה אינה תכונה אישיות פנימית בלבד, אלא היא מיומנות מקצועית שיש לטפח. היא דורשת הכשרה: פיתוח רגישות אתית, יכולת רפלקציה, כלים להתמודדות עם שחיקה ועם גבולות. מטפלים שאינם זוכים להדרכה, לתמיכה מערכתית ולמרחב לעיבוד רגשי, עלולים להישחק, ואז גם החמלה נפגעת. לכן, האחריות לחמלה אינה מוטלת רק על הפרט, אלא גם על מערכות ההכשרה ועל הארגונים הקליניים בהם פועלים המטפלים.

כמחנכים וכמנהלים, עלינו לבדוק האם אנו מלמדים חמלה לצד אבחון והתערבות, האם אנו מדגימים אותה בהתנהלות הארגונית, בעומסי עבודה, ביחס לאנשי הצוות. מערכת בריאות חומלת אינה רק כזו שמטפלת היטב במטופלים, אלא גם כזו שמכירה באנושיות של המטפלים.

בסופו של דבר, חמלה בקלינאות תקשורת היא גשר בין מקצועיות לאנושיות, בין ידע קליני לחוויה סובייקטיבית, בין מערכת לאדם. בעולם בריאותי הנתון לעומסים, מדדים ויעילות, חשוב לזכור שחמלה היא הבסיס לאיכות ולמקצועיות הטיפול.

קפה, לשוחח עם אדם קרוב, לצאת לפעילות שאוהבים ואפילו סתם לראות סרט או לגלול בסלולרי. לפעמים זו החמלה העצמית שהכי נחוצה. אך לשחרר תמיד, יכול להתפרש גם כחוסר אחריות, כאי הפקת לקחים לפעמים הבאות, כבחירה בדרך הקלה ביותר. לכן נף מזכירה לנו גם את החמלה החזקה או הנועזת, זו שמסייעת לנו לנתח את מה שקרה בהווה בתקווה שבפעם הבאה תהיה אפשרות לפעול בצורה מטיבה יותר כמו למשל כאשר טעיתי בפרוצדורה רפואית שבצעתי היום ואני מפיקה לקחים לקראת הפעם הבאה.

לכן, כל כך חשוב לשאול את עצמנו מה יעזור עכשיו? לפעמים זה לשחרר, לנוח, ללכת לסרט, זו החמלה הרכה. ברם חשוב גם להחליט מתי הזמן הנכון לחמלה חזקה, שמשמעה "עשיתי טעות כעת הזמן לתקן. לא כעונש, אלא כנטילת אחריות". חמלה עצמית לא שוללת משמעת; היא משדרגת אותה. משמעת המבוססת על פחד מחזיקה לזמן קצר ומתרוסקת. משמעת המבוססת על אכפתיות מחזיקה לאורך זמן.

כדי להבין את העיקרון, ניתן לבחון שתי תגובות לאותו כישלון. תגובה אחת: "אני לוזר, אין לי אופי, למה בכלל ניסיתי?". זה יוצר בושה, והבושה מכווצת; היא דוחפת להסתרה ולהימנעות. תגובה אחרת: "זה לא הלך. זה מאכזב. מה גרם לזה? מה אני צריך כדי להתקדם צעד אחד?" כאן יש כאב, אבל אין שיתוק. כאב יכול להיות מנוע. בושה בדרך כלל היא בלם. חמלה עצמית לא כוללת עיוורון לצדדים הלא יפים שלנו. להיפך: היא מאפשרת לראות אותם בלי הגנות. כשאנחנו לא עסוקים בהלקאה, אנחנו יכולים להודות: כן, טעיתי, כשלתי, פגעתי, התנהגתי לא יפה, ומה עכשיו? האחריות הופכת פרקטית. "איך אני מתקן?" "מה אני לומדת?" "מה אני צריך לשנות בפעם הבאה?" זהו מעבר משיפוט לזהירות, מהאשמה ללמידה.

הקושי הוא שחמלה עצמית מרגישה "לא טבעית" למי שהתרגל לגדול על בסיס ביקורת. יש אנשים שלמדו שהאהבה מגיעה עם הישגים, או שהגנה עצמית פירושה להיות קשוח. לכן שכשמציעים להם לנהוג בעצמם בעדינות ובחמלה עצמית, משהו בפנים מתנגד: זה מרגיש מזויף, חלש, או מסוכן. אבל חמלה עצמית היא מיומנות נרכשת, לא תכונת אופי. כמו כושר גופני: בהתחלה זה מוזר, אחר כך זה נעשה זמין.

ברפואה, חמלה עצמית היא לא "תוספת רכה" לאתיקה המקצועית. היא תשתית קלינית ותפקודית. העולם הטיפולי בנוי על אחריות כבדה, חיכוך יומיומי עם סבל, אי ודאות, טעויות אנוש, ולעיתים גם מערכת שמתגמלת עמידות חיצונית ומענישה חולשה. בתנאים כאלה, קל להבין למה אנשי טיפול רבים מפתחים קול פנימי קשוח: "אסור להישבר", "אין זמן להרגיש", "אם טעיתי הרי שאני מסוכן". אבל בדיוק כאן חמלה עצמית הופכת למנגנון הגנה מקצועי: היא מאפשרת לתפקד, ללמוד, ולשמור על אנושיות בלי להישחק עד דק.

חמלה עצמית קשורה ישירות לבטיחות מטופלים. אחרי אירוע חריג או טעות, יש שני מסלולים אפשריים. מסלול אחד הוא בושה והלקאה: "איך יכולתי?", "אני לא ראוי", "אסור שאף אחד ידע". המסלול הזה נוטה להוביל להסתרה, להימנעות, לירידה בביטחון, ולעיתים אף לעוד טעויות בגלל עומס רגשי לא מעובד. המסלול השני הוא אחריות בלי השפלה: "קרה משהו לא טוב. זה כואב ומפחיד. לכן כעת זה הזמן לנתח מה קרה: מה היו תנאי המערכת? איפה נקודת הכשל שלי? מה אני לומדת? מה צריך להשתנות כדי שזה לא יקרה שוב?" זה בדיוק ההיגיון של תרבות בטיחות מודרנית: מעבר מאשמה ללמידה. חמלה עצמית היא מה שמאפשר לאדם להישאר נוכח בחקירה המקצועית בלי לקרוס לבושה.

חמלה עצמית היא גם "חיסון" נגד שחיקה. שחיקה אינה רק עייפות; היא שילוב של תשישות רגשית, ציניות או דפרסונליזציה, ותחושת ירידה בהישגיות. נשארים פיזית בעבודה, אבל נאלצים להתנתק כדי לשרוד. חמלה עצמית מציעה דרך אחרת: ויסות פנימי שמאפשר להישאר אמפתי מבלי להישרף. החמלה, אינה מבקשת מאיתנו "לקחת הכול בקלות", אלא "להכיר במגבלות האנושיות ולהתנהל לפיהן". גם מבחינה פרקטית: מיקרו הפסקות, אכילה, שתייה, שינה בסיסית, דברים שנראים טריוויאליים, אבל במציאות של עומסים והצפות הם ההבדל בין מודעות וריכוז לבין תפקוד אוטומטי. בן להיות מנוהל על ידי הטיס האוטומטי שלי לבן לנהל את עצמי.

חמלה עצמית חשובה במיוחד מול אי ודאות קלינית. הרפואה למשל, למרות כל ההנחיות, מלאה באזורים אפורים: סימפטומים לא ספציפיים, תוצאות גבוליות, מטופלים מורכבים, קבלת החלטות תחת זמן דוחק. מי שמחזיקים ב"שופט" אכזר, נוטה להגיב לאי ודאות כאיום על הערך העצמי: "אם אני לא יודע סימן שאני לא טוב". זה מייצר חרדה, לעיתים עודף בדיקות או רפואה מתגוננת, ולעיתים הימנעות מהתייעצות כדי "לא להיראות חלש". לעומת זאת, חמלה עצמית מאפשרת אמירה מקצועית נקייה: "כרגע אין לי תשובה מלאה; לכן חשוב לבנות תכנית בירור ולהתייעץ קודם כל". זו לא חולשה, זו רפואה טובה.

כמו כן, יש קשר הדוק בין חמלה עצמית לבין איכות התקשורת עם מטופלים ומשפחות במערכת הבריאות. כשנותני שירות מותשים ומלקים את עצמם, הסבלנות מתקצרת והטון מתקשה. זה לא כי הם "לא אמפתיים", אלא כי משאבי הוויסות נגמרו. חמלה עצמית מגדילה את היכולת לשמור על נוכחות: להקשיב בלי למהר, להסביר בלי להתגונן, ולהציב גבולות בלי אגרסיביות. היא גם עוזרת במצבים רגישים כמו שיחות בשורה קשה, התמודדות עם כעס של משפחה, או תחושת כישלון מול מחלה מתקדמת. במקום להרגיש "אני חייב להציל בכל מחיר", אפשר להיות עם המטופל: "אני איתך. נעשה את המיטב האפשרי, וגם כשלא נוכל אולי לשנות לגמרי את המצב, נוכל להקל".

חשוב להדגיש שחמלה עצמית אינה תחליף לתנאי עבודה הוגנים, כוח אדם, או מערכת שתומכת בצוות. היא לא אמורה להפוך לדרך "להסתדר" עם הבלתי אפשרי. אבל בתוך עולם שבו הלחץ קיים, היא כלי שמגן על שני הצדדים: על המטופלים, שמקבלים אנשי צוות קשובים, מדויקים וחומלים יותר ועל אנשי הצוות, שמצליחים להחזיק לאורך שנים מקצוע תובעני בלי לאבד את אנושיותם.

במובן העמוק ביותר, חמלה עצמית מחזירה את הרפואה למקום שממנו היא התחילה: מפגש בין בני אדם. אדם שמחזיק ידע ומיומנות, פוגש אדם אחר שנמצא ברגע פגיע. כדי להיות שם באמת, צריך להיות אנושיים וחומלים גם כלפי עצמנו.

# שחיקת חמלה בקרב מטפלי בריאות הנפש בישראל מאז השבעה באוקטובר: בין טראומה משותפת, שחיקה וחוסן



**פרופ' יעל לצר, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה והמרכז להפרעות אכילה, חטיבה פסיכיאטרית, רמב"ם, הקריה הרפואית לבריאות האדם, חיפה. חוקרת וקלינאית מומחית בכירה, מכון ברוקדייל, ירושלים, ישראל.**



**דר' ליאת שקלרסקי, בית הספר לעבודה סוציאלית, האנטר קולג', ניו יורק, ארצות הברית.**

**פרופ' יעל לצר ודר' ליאת שקלרסקי חוקרות את תופעת שחיקת החמלה בקרב מטפלי בריאות הנפש הפועלים באזורי משבר, תוך התמקדות בהשלכות של טראומה משותפת על תפקוד מקצועי ונפשי. מחקריהן בוחנים באופן שיטתי מדדים של שחיקה, טראומה משנית, מצוקה פסיכולוגית, חוסן וצמיחה פוסט-טראומטית, ומדגישים את המתח בין פגיעות מתמשכת לבין יכולת הסתגלות ותפקוד תחת איום מתמשך. לצד מיפוי התופעה והגורמים המנבאים אותה, הן מפתחות ומעריכות תוכנית התערבות יישומית שמטרתה להפחית שחיקה ולחזק משאבי תמיכה וחוסן בקרב מטפלים הפועלים בתנאי לחץ מתמשך.**

אירועי השבעה באוקטובר 2023 והמלחמה שפרצה בעקבותיהם טלטלו את החברה הישראלית בעוצמה חסרת תקדים, והכניסו את חוויית הטראומה הקולקטיבית אל ליבת החיים האישיים, המשפחתיים והמקצועיים. מערכת בריאות הנפש בישראל מצאה את עצמה בתוך זמן קצר מתמודדת עם עומס רגשי וקליני חריג, עלייה חדה בפניות לטיפול והתרחבות משמעותית של אוכלוסיות היעד, בהן נפגעי הטבח, בני משפחות החטופים, משפחות שכולות, מפונים, חיילים ומילואימניקים והחטופים השבים. כל זאת מתרחש במציאות ביטחונית מתמשכת של אי ודאות, איום וחשיפה חוזרת לתכנים טראומטיים.

בתוך מציאות זו, מטפלי בריאות הנפש נדרשו להרחיב במהירות את היקף פעילותם הקלינית ולהחזיק מרחבים טיפוליים עבור מטופלים המתמודדים עם אובדן עמוק, חרדה קיומית, משבר אמון ותחושת חוסר ביטחון בסיסי. זאת, לעיתים קרובות, תוך עבודה במסגרות ציבוריות הסובלות זה שנים ממחסור בכוח אדם, עומסים מבניים ותשתיות תמיכה מוגבלות. העומס אינו רק כמותי, אלא גם איכותי, כזה שנוגע בליבת הקשר הטיפולי וביכולת להמשיך ולהיות נוכח, קשוב ומכיל לאורך זמן.

ייחודיות התקופה הנוכחית נעוצה בכך שהעומס הקליני אינו מתקיים במנותק מהמציאות האישית של המטפלים עצמם. מטפלי בריאות הנפש בישראל פועלים כיום מתוך מציאות של חשיפה כפולה: מחד גיסא, חשיפה

נרטיבית מתמשכת לסיפורי טראומה קשים של מטופלים, ומאידך גיסא, חוויה אישית של איום מתמשך, דאגה לבני משפחה, התמודדות עם אובדן ולעיתים גם שירות מילואים של בני זוג או ילדים. במציאות זו, הגבול בין המרחב האישי למרחב המקצועי מיטשטש, והמטפל אינו יכול באמת "לצאת מהזירה" בסיום יום העבודה.

בהקשר זה חשוב לדייק במונחים, משום שלא כל קושי רגשי של מטפלים דומה. שחיקה מקצועית מתייחסת לרוב לעייפות, תשישות ותחושת עומס הנובעים מתנאי עבודה מתמשכים, עומסי תפקיד וחוסר משאבים. שחיקת חמלה, לעומת זאת, נוגעת בליבת הקשר הטיפולי. היא מתפתחת כאשר החשיפה המתמשכת לסבל אנושי וההשקעה האמפתית העמוקה שחוקות את היכולת להישאר מחובר, נוכח ובעל תחושת משמעות בעבודה.

בהקשר הישראלי הנוכחי מתווסף מושג מרכזי נוסף: טראומה משותפת. זהו מצב שבו המטפל והמטופל מתקיימים בתוך אותה מציאות טראומטית רחבה, חברתית וביטחונית, וחווים, כל אחד בדרכו, את אותם איומים, אובדנים וחוסר ודאות. במצבים אלה, המטפל אינו רק עד לסיפור הטראומה של האחר, אלא גם שותף לה כבן אדם וכאזרח. טראומה משותפת מאתגרת את ההבחנות המסורתיות בין "המטפל המחזיק" ל"מטופל הנפגע", ומעמיסה על הקשר הטיפולי מורכבות רגשית נוספת. יחד עם זאת, דווקא בתוך מציאות זו יכולים להתקיים גם חוסן, סיפוק מקצועי ותחושת שליחות, כאשר מתקיימים תנאים תומכים המאפשרים החזקה משותפת של הקושי.

הספרות המקצועית והעדויות מהשטח מצביעות על כך שמטפלי בריאות הנפש חווים בתקופה זו רמות גבוהות של מצוקה רגשית, עייפות, קושי בוויסות רגשי ולעיתים גם ערעור תחושת המסוגלות המקצועית. במקביל, רבים מהם מתארים חוויות מורכבות של משמעות, שליחות וחוסן משותף. מציאות זו מחייבת חשיבה מחודשת על גבולות טיפוליים, ניטרליות מקצועית והיכולת להמשיך ולהחזיק מרחבים טיפוליים מיטיבים גם במצבי קיצון.

השלכותיה של שחיקת חמלה חורגות מהרווחה האישית של המטפלים עצמם. שחיקה מתמשכת עלולה לפגוע באיכות הקשר הטיפולי, בזמינות הרגשית והקוגניטיבית, ולהוביל לנטישה של השירות הציבורי לטובת מסגרות פרטיות. תהליכים אלו מעמיקים את המחסור בכוח אדם מיומן ויוצרים מעגל שחיקה מתעצם, דווקא בשעה שבה מערכת בריאות הנפש נדרשת יותר מאי פעם.

עם זאת, חשוב להדגיש כי שחיקת חמלה אינה גזירת גורל. לצד השחיקה מתקיימים גם סיפוק מקצועי, תחושת ערך וצמיחה, במיוחד כאשר קיימים גורמי הגנה משמעותיים. גורמים אלו אינם רק אישיים, אלא בראש ובראשונה מערכתיים: הכרה ארגונית בעומס הרגשי שבו פועלים המטפלים, מסגרות קבועות להדרכה ולעיבוד רגשי, תמיכה מקצועית זמינה, עומסי עבודה סבירים והובלה ניהולית רגישה לחוויית המטפלים.

ברמה הארגונית, שחיקת חמלה מתמשכת קשורה לעלייה בתחלופת עובדים, לנטישה של השירות הציבורי לטובת עבודה פרטית ולהעמקת המחסור בכוח אדם מיומן במערכת בריאות הנפש. תהליכים אלו יוצרים מעגל שחיקה מתעצם: מחסור בכוח אדם מגביר את העומס על המטפלים הנוותרים, העומס מחריף את השחיקה, והשחיקה מובילה לנטישה נוספת. מחקרים שנערכו בישראל מצביעים על כך שמטפלים במגזר הציבורי מציגים רמות גבוהות יותר של מצוקה רגשית, טראומטיזציה משנית ותשישות חמלה בהשוואה למטפלים במגזר הפרטי, ממצא בעל השלכות ישירות על תכנון מדיניות כוח אדם והקצאת משאבים.

בהיבט הניהולי, מציאות של טראומה קולקטיבית מציבה אתגרים ייחודיים בפני מנהלי שירותי בריאות הנפש. מערכות שנבנו לפעול בשגרה מתקשות לספק מענים מספקים בתקופות של חירום מתמשך, במיוחד כאשר הן מתמודדות עם עומסים חריגים, חוסר ודאות ודרישות ציבוריות מוגברות. בהיעדר התאמות ארגוניות, קיים סיכון להישענות יתר על חוסנם האישי של המטפלים, תוך הזנחת האחריות המערכתית ליצירת תנאים מגנים.

מכאן נובעת חשיבותה של התבוננות מערכתית בשחיקת חמלה בקרב מטפלי בריאות הנפש בישראל בעת הזו. לא מדובר רק בשאלה של חוסן אישי או עמידות מקצועית, אלא באתגר אסטרטגי למערכת הבריאות כולה. מערכת שאינה מגינה על מטפליה ואינה מפתחת מענים מותאמים למציאות של טראומה קולקטיבית מתמשכת, עלולה לפגוע ביכולתה למלא את יעודה החברתי.

# לפגוש אדם: איך לומדים חמלה במקצועות הבריאות



חניטה כהן, אחות, מיילדת ומלווה רוחנית, מנהלת תוכניות בתחום אנושיות וחמלה במערכת הבריאות בעמותת מחווה, חברת סגל ומדריכה קלינית במחלקה למדעי האחיות באוניברסיטת בן-גוריון בנגב. בעבודתה היא משלבת עשייה קלינית, חינוך ופיתוח יוזמות מערכתיות, ומתמקדת בדרכים ללמד נוכחות, קשר ומשמעות במפגש הטיפולי. ניסיונה כולל גם ליווי וטיפול בילדים במצבי סיכון כאומנת חירום, חוויה שמעמיקה את מחויבותה ליצירת מרחבים טיפוליים שיש בהם ביטחון אנושי, רגישות וראיית האדם השלם.

במפגש הראשון שלי עם מטופל כסטודנטית, הייתי מרוכזת מאוד במשימה. זכרתי את סדר השאלות, את המדדים שצריך לאסוף, ואת המבנה הנכון של אנמנזה. ואז, בתוך כל הריכוז הזה, קרה רגע קטן שלא היה כתוב בשום דף הדרכה, הרמתי את העיניים מהטופס ופגשתי מבט.

רגע של בהירות. לא משהו שלא ידעתי קודם, ובכל זאת, תגלית: האדם שמולי אינו רק מקרה רפואי, אלא איש. איש עם חיים שלמים מחוץ למחלקה, עם דאגות, קשרים, זיכרונות ותקוות. שום דבר ממה שלמדתי לא איבד מחשיבותו, להפך, נוסף לו מימד. הבנתי שהמקצועיות שאני רוכשת אינה רק היכולת לאבחן ולטפל, אלא גם היכולת לפגוש.

המפגש האנושי הזה אינו עומד בניגוד לרפואה טובה או לעבודת אחיות מדויקת, הוא חלק מהן. יותר ויותר מתחדדת ההבנה שחמלה איננה תוספת רגשית לעבודה הקלינית, אלא איכות שמעמיקה את הקשר הטיפולי, משפרת את חוויית המטופל ותומכת גם בחוסן של המטפלים עצמם.

סטודנטים למקצועות הבריאות נכנסים כבר בשלבי ההכשרה הראשונים למרחבים שיש בהם עוצמות אנושיות גדולות: כאב, חוסר ודאות, פחד ולעיתים גם אובדן. לצד ההכשרה הקלינית שהם מקבלים, מתפתחת גם ההכרה בחשיבות הליווי של המפגש האנושי הזה. היכולת לשהות ליד סבל מבלי להיסגר ומבלי להישחק היא מיומנות נלמדת וכמו כל מיומנות מקצועית, ניתן לטפח אותה.

עשייה בתחום זה מתקיימת באוניברסיטת בן גוריון, שם בשיתוף עם עמותת מחווה שולב בהכשרה הקלינית של סטודנטים במחלקה למדעי האחיות מיזם "רציתי שתדעו" שפותח בעמותה. הכלי מזמין לשלב בתוך האנמנזה גם שאלות פתוחות על האדם שמעבר למחלה, כמו למשל: "מה חשוב לך שנדע עלייך?", "מה נותן לך כוח?", "מה עוזר לך ברגעים קשים?". הסטודנטים מתנסים בכלי כבר במפגשיהם הראשונים עם מטופלים כשהם בשנה א', וממשיכים להשתמש בו לאורך ההתנסויות הקליניות בחטיבות השונות ועם התקדמותם בשנות הלימוד. כך, בהדרגה, סוג המפגש הזה, הרואה את האדם השלם, הופך טבעי ומוטמע כחלק בלתי נפרד מהזהות המקצועית המתפתחת שלהם.

השאלות האלו אינן מאריכות בהכרח את המפגש, אך משנות את איכותו. הן מאפשרות לסטודנטים לפגוש את המטופל כאדם שלם, לגלות את המשותף האנושי ומעוררות מוטיבציה פנימית להקל על הסבל שנגלה, לא רק מתוקף התפקיד, אלא מתוך חיבור אנושי. המטופל מצדו חווה נראות וכבוד. למרות מבוכה ראשונית, סטודנטים

במובן זה, חמלה כלפי המטפלים עצמם, ברמת הארגון והמדיניות, היא תנאי הכרחי לחוסנה של מערכת בריאות הנפש. מעבר משיח של "תהיו חזקים" לשיח של אחריות משותפת, ניהולית ומערכתית, הוא צעד חיוני לשימור מערכת מקצועית, אנושית וברת קיימא, המסוגלת להמשיך ולתמוך בחברה הישראלית בעתות שגרה וחירום כאחד.

לסיכום, שחיקת חמלה בקרב מטפלי בריאות הנפש בישראל מאז השבעה באוקטובר אינה רק תופעה קלינית, אלא תמרור אזהרה מערכתית. התמודדות אחראית עמה מחייבת מעבר משיח המתמקד בהתמודדות אישית לשיח של אחריות משותפת, ארגונית, ניהולית ומדינית. רק מערכת שתדע לגלות חמלה כלפי מטפליה, להגן עליהם ולחזקם, תוכל להמשיך ולשאת את תפקידה החיוני בשמירה על בריאותה הנפשית של החברה הישראלית בעתות שגרה וחירום כאחד.

## מקורות

Baum, N. (2012). Trap of conflicting needs: Helping professionals in the wake of a shared traumatic reality. *Clinical Social Work Journal*, 40(1), 37-45.

Latzer, Y., Shklarski, L., Spivak-Lavi, Z., Hinich, S. (2025). Psychotherapists in Traumatological Environments: Coping through Collective Mission, Shared Trauma, and Intergenerational Wounds. *Clinical Social Work Journal*. (special issue)

Shklarski, L., & Latzer, Y. (2025). Compassion Fatigue Among Israeli Therapists After the October 7th Attack: Challenges in Treating Bereaved and Hostage Families. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 1-8 March doi.org/10.1037/tra0001923

Shklarski, L., Latzer, Y., Spivak-Lavi, Z., Tuson, C. (In press). Weathering the Storm Together: Therapists' Experiences Treating War Trauma Survivors While Managing Their Own Concurrent Trauma. *Stress and health special issue*

# חמלה כמיומנות קלינית: תוכנית להכשרת פסיכולוגים באסותא



**ד"ר ענת לרון, פסיכולוגית רפואית מומחית מדריכה. מנהלת המערך הפסיכולוגי אסותא מרכזים רפואיים ובית חולים אסותא רמת החייל. מרצה בכירה במכללה האקדמית עמק יזרעאל. חברת הועדה לפסיכולוגיה רפואית במשרד הבריאות.**

המערך הפסיכולוגי של אסותא מהווה נדבך מרכזי בתפיסת הטיפול של רשת אסותא מרכזים רפואיים, תפיסה הרואה את האדם השלם כנמצא במרכז הטיפול הניתן בבתי החולים של הרשת. בנוסף למתן טיפול למטופלים ולצוות בית החולים, המערך גם אמון על הכשרת סטודנטים ומתמחים בפסיכולוגיה רפואית. מסלול ההכשרה של בית החולים מוכר על ידי משרד הבריאות. מתוך הבנה שחמלה איננה רק עמדה ערכית, אלא מיומנות קלינית הניתנת ללמידה ולתרגול, ובשל תרומתה המוכחת להתמודדות עם מצוקה, חרדה וביקורת עצמית בקרב מטופלים וצוותים כאחד, נבחרה בשנת 2025 שיטת הטיפול ממוקד החמלה (Compassion Focused Therapy – CFT) לעמוד במוקד תוכנית ההכשרה של המערך.

ההחלטה להעמיק דווקא בגישת החמלה אינה מקרית. במציאות הישראלית של שנת 2025, הצרכים הפסיכולוגיים הפכו למורכבים יותר והקושי הרגשי נמצא במעגלי הקיום של כולנו. ככלל מצוקות האוכלוסייה מושפעות ישירות מהמצב הגיאופוליטי ומהשלכות מלחמת "חרבות ברזל". אל אלו מתווספים מתחים החברתיים והאישיים המלווים את חיי היום-יום. עבור המטופל המתמודד עם מצב רפואי וחולי, שלו או של בן משפחתו, מתקיימת זירה נוספת המצריכה מומחיות ייחודית מהפסיכולוג המטפל; מומחיותו של הפסיכולוג הרפואי.

לאור אתגרים אלו, השאלה באיזו גישה טיפולית יש להתמקד בהכשרה של הצוותים ובהכשרת הסטודנטים והמתמחים בפסיכולוגיה רפואית, הפכה למשמעותית במיוחד. בעידן הבינה מלאכותית, שבו המידע (גם הידע המקצועי) זמין ומציף, הבחירה במה להעמיק במסגרת ההכשרה איננה טכנית בלבד, אלא משקפת עמדה ערכית של המוסד.

במציאות זו, המשאב המרכזי בתהליך ההכשרה איננו עוד עצם הנגישות לידע, אלא הזמן והקשב המוקדשים ללמידה, על ידי המטפל. זמן ההכשרה של פסיכולוגים רפואיים הוא משאב יקר, במיוחד לנוכח מסלול הכשרה ארוך ותובעני, המחייב שליטה הן בעולמות הנפש והן בהקשרים רפואיים מורכבים.

מתוך כך, הבחירה להשקיע בטיפול ממוקד חמלה אינה רק בחירה בשיטה טיפולית מסוימת, אלא אמירה ברורה לגבי דמות הפסיכולוג באסותא, איש מקצוע המשלב מיומנות קלינית מבוססת מחקר, נוכחות אנושית ויכולת לשאת מצוקה בתוך מערכת רפואית עתירת לחצים.

ואכן, טיפול ממוקד חמלה, כפי שנוסח על ידי פול גילברט ופותח במחקרה של כריסטין נפ, מציע מעבר ל"טכניקה" גרידא; הוא מהווה מסגרת תיאורטית ויישומית המאפשרת ניווט בתוך סערת החולי. המודל מתבסס על מספר עקרונות ביניהם, מודל שלוש המערכות. גילברט מבסס את הגישה על הכרה בשלוש מערכות רגשיות (איום, הנעה והרגעה) ובחשיבות הוויסות והתנועה הגמישה ביניהן. מצבי חולי, מתוקף היותם מעוררים תחושות חשש, חרדה ולעיתים גם סכנה וחוסר אונים מפעילים בעוצמה את "מערכת האיום", הפיזיולוגית והרגשית.

תיארו את ההתנסות כחוויה משמעותית שחיברה בין ידע מקצועי לנוכחות אנושית והעמיקה כבר בשלב מוקדם את תחושת המשמעות והחיבור שלהם למקצוע.

העשייה הזו משקפת תפיסה חינוכית רחבה יותר, הרואה בחמלה מיומנות מקצועית מתפתחת, הנלמדת לאורך זמן דרך שילוב עקבי בין תיאוריה, תרגול והתבוננות במפגש האנושי.

התנסות נוספת מתקיימת בשיתוף פעולה עם החוג למדעי האחיות באוניברסיטת תל אביב, שם חיברנו בין תיאוריות בסיסיות העוסקות בחמלה, לבין המציאות הקלינית היומיומית. החמלה לא נשארה מושג מופשט, אלא קיבלה ביטוי מעשי. רגעים קטנים של חמלה, דקה נוספת ליד מיטת מטופל מבולבל, משפט שמכיר בפחד של משפחה והקשבה שאינה נקטעת מיד עם סיום השאלה הרפואית.

החיבור בין שפה תיאורטית לפרקטיקה יומיומית מאפשר לסטודנטים להבין שחמלה היא חלק מהמקצועיות. היא מתבטאת בבחירות קטנות בתוך שגרה עמוסה, וניתן ללמד, לתרגל ולחזק אותה.

רובד נוסף שהולך ותופס מקום בשיח החינוכי הוא ההבנה שכדי ללמד חמלה, חשוב גם ללמד מתוכה. המשמעות היא לפגוש את הסטודנטים לא רק כלומדים חרוצים של חומר מקצועי, אלא כבני אדם שלמים, עם סיפור חיים שהביא אותם למקצוע, עם כוחות, רגישויות ועומסים שמלווים אותם גם כשהם צועדים במסדרונות המחלקה. כשההדרכה מכירה במורכבות הזו, היא יוצרת מרחב שבו מותר להביא לא רק ידע, אלא גם חוויה.

במרחבי למידה כאלה ניתן מקום גם לתגובה הרגשית שמתעוררת במפגש עם סבל. לא כדי לשקוע בה, אלא כדי ללמוד להכיר אותה, להבין אותה ולווסת אותה. במקום לצפות מהסטודנט 'להיות חזק', ההדרכה שואלת: "מה עלה בך במפגש הזה?", "מה היה לך קשה?" ו"מה יכול לעזור לך עכשיו להמשיך להיות נוכח עבור המטופל?" עצם הלגיטימציה לשאלות האלו מלמדת שהרגש אינו הפרעה לעבודה הקלינית, הוא חלק מהמפגש האנושי שבתוכה.

כאשר יש מקום לזהות את התחושות הללו ולתת להן שם, הן נעשות ניתנות יותר לנשיאה. מתוך היכולת הזו מתפתחת גם היכולת לפגוש את רגשות המטופל באופן יציב ומדויק יותר, לא ממקום נסער או מתגונן, אלא מנוכחות מקצועית שיש בה עומק אנושי.

אחד המפתחות לכך הוא חמלה עצמית. לא כעיסוק פנימי שמסיט את המבט מהמטופל, אלא כעוגן שמאפשר להישאר נוכחים לאורך זמן. סטודנט שעוצר אחרי מפגש מורכב ושואל את עצמו "מה עבר עליי שם?" מפתח מודעות שמסייעת לו לשאת רגשות מבלי להיבלע בהם. החיבור לחוויה האישית מחזק את היכולת להיות עם מטופלים באופן יציב, רגיש ומאוזן.

במובנים רבים, חמלה דומה לבית. לא מבנה פיזי, אלא מרחב אנושי שנוצר בתוך מפגש. בית הוא מקום שבו אדם יכול לרגע להניח את הראש, להרגיש שרואים אותו ושהוא יכול להרשות לעצמו להיות כפי שהוא. כך גם חמלה: היא אינה רק רגש שעולה בנו, אלא תהליך ופעולה שאנו בוחרים בה. בתוך עומס ואילוצים היא מתבטאת בשאלה פשוטה: "מהי הפעולה הקטנה שאני יכולה לעשות עכשיו כדי להקל?", הפעולות הקטנות האלו בונות עבור המטופל תחושת 'בית' רגעית בתוך מרחב רפואי זר.

כדי שמתפללים לעתיד יוכלו ליצור מרחב כזה עבור מטופליהם, חשוב שגם תהליך ההכשרה שלהם יכלול הזדמנות לחוות את האיכות הזו מבפנים. לא רק שיתייחסו אליהם ברגישות, אלא שיקבלו מרחב מודרך להכיר, להרגיש ולתת שם לתחושות שעולות בהם. מתוך החוויה הזו צומחת היכולת להעניק את אותו 'בית' אנושי הלאה.

ובתוך כל המערכות, הנהלים והטכנולוגיות, נשאר תמיד הרגע הפשוט הזה: אדם שפוגש אדם. את היכולת להיות שם באמת אפשר לטפח, לתרגל וללמד. לשם אנחנו מכוונים.

הטיפול הפסיכולוגי של האדם החולה, לעיתים קרובות עוסק בהבנה של חווית האיום האישית של המטופל וויסות מערכת "מערכת האיום" על מאפייניה הסובייקטיביים אצל החולה.

ההכשרה שהועברה על ידי פרופ' נורית ירמיה, כללה למידה של המערכות הרגשיות המרכזיות העומדות בבסיס הטיפול ממוקד החמלה, והדגשה של חשיבות הנגשת הבסיס התאורטי של הגישה למטופלים כחלק בלתי נפרד מן היישום הקליני. עקרון העבודה עם המערכות הרגשיות משמש לא רק ככלי טיפולי, אלא גם כגוף ידע המאפשר למטופל להבין את חווייתו האישית. ידע זה משמש להסביר את הפער שבין הקצב של לחצי החיים והטיפול במסגרת הרפואה המודרנית לזה של הנפש. שכן הנפש פועלת לפי מנגנונים אבולוציוניים שאינם תמיד מותאמים לקצב המודרני או למקצבים של הבריאות והחולי.

עקרון משמעותי נוסף שהודגש בהכשרה הוא עקרון האנושיות המשותפת (Common Humanity) של כריסטיין נפ. עמדה טיפולית זו מכירה בכך שסבל, חוסר שלמות ופגיעות הם חלק בלתי נפרד מהחוויה האנושית הקולקטיבית, בין אם אתה מטפל או מטופל, בריא או חולה. טיפול מתוך עמדה זו, מכוון את המטופל לראות בקושי או במחלה, לא חריגה אישית, פגימות או פתולוגיה, אלא התנסות אנושית רחבה. תהליך זה כולל קשיבות לחוויה הרגשית (Mindfulness) ובהמשך נרמול של הסבל וחיבור רגשי מחודש. תהליך זה מסייע להפחית תחושות בדידות, חריגות וניכור שעשויות ללוות את המפגש עם המערכת הרפואית והטיפול הרפואי.

הכשרה בטיפול ממוקד חמלה אינה מוכוונת כמענה למטופלים אלא מהווה חלק מתפיסת הפסיכולוג הרפואי כמסייע בהשפעה על התרבות הארגונית במכונים במחלקות ובמרפאות בתי החולים. בעידן של רפואה מתקדמת ותובענית, הצוותים הרב-מקצועיים; רופאים, אחיות ויתר אנשי ונשות מקצועות הבריאות, חשופים בעצמם לשחיקה גבוהה ול"עייפות חמלה". הנכחה של שפת החמלה העצמית בשיח הרב מקצועי האינטרדיספלינרי הינה בעלת פוטנציאל רב בהפחתת השחיקה. תהליכי עבודה עם הצוותים, פרטניים וקבוצתיים נותנים מקום לשיח חומל יותר של הצוותים כלפי עצמם ובמקביל מקדמים גם מבט חומל יותר על המטופל ה"קשה" או ה"חרד". קידום השימוש בשפה חומלת מקל על הצוותים מפחית ביקורת ומשחרר משאבים לשיפור איכות הטיפול. בכך משתנה לטובה האקלים המקצועי ביחידות, כך שהחוסן של הצוות המטפל עולה במקביל לשיפור המענה למטופל.

מה שנכון בעבור הצוותים השונים נכון גם בעבור הצוות הפסיכולוגי. ומכאן שהעיקרון המנחה של הטיפול ממוקד החמלה בהכרה אמפטית ברגישות לסבל לצד מחויבות פעילה להקל עליו, בא לידי ביטוי גם בהכשרת הצוות הפסיכולוגי בחמלה עצמית. למעשה, גישות פסיכולוגיות רבות מכירות בכך שהחוויה הרגשית של המטפל מהווה כלי רב עוצמה להבנת החוויה של המטופל, ליצירת חיבור רגשי, לעיבוד החוויה ולהכוונת פעולה טיפולית. בהתאם לכך, ההכשרה יצרה מרחב שבו המטפלים יכלו להתנסות בחמלה עצמית (Self-Compassion) דרך תרגולים.

התרגולים אפשרו לצוות מרחבים שהם נזקקים בהם לחמלה עצמית. השיתוף אף אפשר לזהות מגוון של אפשרויות לתרגול ויישום במסגרת העבודה. כך למשל, אחד הפסיכולוגים שיתף כי היכולת לצאת לפארק הירקון הסמוך לבית החולים ל-5 דקות של שהות בטבע במהלך יום עבודה עמוס הוא האופן שבו הוא מיישם חמלה עצמית. רגעים אלו מאפשרים לו מרחב לעצמו וחיידוש כוחות, ובכך מתפנה לו מרחב רגשי רב יותר למטופלים הנוספים באותו היום.

במהלך התרגולים נלמד המודל הנקרא "RAIN", כלי יישומי לזויות רגשי שפותח על ידי מישל מקדונלד וטארה בראך. המודל מאפשר למטפל ולמטופל לעצור ולעבד רגשות קשים בזמן אמת דרך ארבעה שלבים: זיהוי וציון הרגש המציף (Recognize), מתן מקום לרגש להתקיים (Allow), חקירה עדינה של התחושות בגוף (Investigate) וטיפוח עמדה של חמלה עצמית מזינה (Nurture). היכולת לזהות את ה"גשם" הרגשי ולשהות בו מבלי להישטף

על ידו, מעניקה למטפל, ובהמשך גם למטופל, תחושת יציבות פנימית מחודשת. לאורך זמן, תרגול זה מתורגם ליכולת להעניק נוכחות טיפולית יציבה, רגישה וחומלת גם במצבים של מצוקה מתמשכת.

לסיכום, בעבודתו פול גילברט, מביא למטופליו את השאלה "Then what?", כבסיס לעידוד של מעבר מתובנה לחוויה ומחוויה למעשה חומל. ההכשרה בטיפול ממוקד חמלה במערך הפסיכולוגי של אסותא מבטאת את המדיניות הקלינית של הרשת: שילוב בין מקצועיות חסרת פשרות לאנושיות עמוקה. בתקופה שבה המערכת הרפואית נדרשת לעמוד בעומסים כבדים, אנו רואים בחמלה לא רק ערך מוסרי, אלא כלי טיפולי מבוסס מחקר שמייצר שינוי אמיתי בחוויית המטופל והמטפל כאחד. מתוך אלו מתחזקת השאלה "Then what?" מהו הצעד הבא להפיכת מערכת הבריאות לחומלת יותר את עצמה ואת מטופליה.

\* תודתנו לפרופ' נורית ירמיה על ההכשרה.

## איך מלמדים חמלה בעולם הבריאות?



**שרית רוטנברג, מנהלת בית הספר למקצוענות, אסותא מרכזים רפואיים. בוגרת התכנית להנחיית קבוצות, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוני' תל אביב. יועצת ארגונית ומפתחת הדרכה. ממקימי בית הספר לפני 12 שנה יחד עם פרופ' שוקי שמר יו"ר אסותא. חברת בוועדת האתיקה של אסותא.**



**דן הופרט, מדריך ראשי בית הספר למקצוענות אסותא. למעלה מ-20 שנות ניסיון בהנחיית קבוצות ופיתוח תכנים. עבד עם צוותי הדרכה בארץ ובעולם (סין, רוסיה, פולין, פורטוריקו ועוד). מוסיקאי וכותב סיפורים לילדים.**

איך מלמדים חמלה בעולם הבריאות? האם מדובר בתכונת אופי שאדם מגיע איתה למקצוע, או במיומנות שניתן לפתח, לתרגל ולהעמיק לאורך זמן? במערכת רפואית המתמודדת עם עומסים כבדים, מחסור במשאבים, משמרות ארוכות ולחץ מתמשך, השאלה הזו איננה תיאורטית. חמלה נבחנת דווקא ברגעים הקטנים של המפגש, באופן שבו פונים למטופל, ביכולת להקשיב, ובבחירות שעושים גם כשהזמן קצר והעייפות גדולה.

התובנה שחמלה אינה מובנת מאליה, ושיש ללמד אותה באופן מכוון ושיטתי, עמדה בבסיס הקמת בית הספר למקצוענות של אסותא. בית הספר הוקם ביוזמתו של יו"ר אסותא, פרופ' שוקי שמר, מתוך הבנה עמוקה שמצוינות רפואית איננה מתמצה בידע קליני או בטכנולוגיה מתקדמת בלבד. לפני כשני עשורים, כאשר ליווה בת משפחה לטיפולים ב-Mayo Clinic, נחשף פרופ' שמר להשפעה האדירה שיש לאמפתיה, לחמלה ולתקשורת בינאישית על חוויית המטופל ומשפחתו, ולתחושה שמישהו רואה אותם כבני אדם ולא כעוד מקרה במערכת עמוסה.

מתוך חוויה זו התחדדה אמירה שמלווה אותנו עד היום: אדם יכול להיות המנתח הטוב בעולם, אך אם הטיפול אינו מלווה בחמלה, באמפתיה ובשמירה על כבוד האדם, המלאכה לא תהיה שלמה. מכאן צמחה ההחלטה להקים באסותא מקום ייעודי שבו ניתן לדבר על ערכים בגובה העיניים, לא כהצהרה מוסרית, אלא כחלק בלתי נפרד מהמקצוענות.

כבר בתחילת הדרך עמדנו מול שאלה מורכבת: כיצד מטמיעים תרבות ארגונית מבוססת ערכים בקרב אלפי עובדים, המגיעים מעולמות מקצועיים שונים, מרקעים תרבותיים מגוונים ומתפיסות עולם שונות. היה לנו ברור שעובדים במערכת הבריאות מגיעים עם רצון כן לעזור ולטפל באנשים, אך ידענו גם, מתוך ניסיון ומתוך נתוני שחיקה, שעומס מתמשך ולחץ שוחקים לאורך זמן את החמלה ואת תחושת השליחות.

הבחירה שלנו הייתה ללמד חמלה לא כתיאוריה, אלא כפרקטיקה. הלמידה בבית הספר משלבת סימולציות, צפייה וניתוח של סרטונים, דינאמיקה בדילמות אמיתיות מהשטח ועבודה עם תיאורי מקרה שנאספו מתוך עבודת היומיום באסותא. פיתוח הסדנאות כלל ראיונות עם מנהלים ועובדים, חקר ספרות מקצועית ואיסוף אמצעי

המחשה, מתוך הקפדה שהלמידה תהיה מחוברת למציאות היומיומית ולא סדנה כללית ומנותקת. כל חומרי הלימוד מפותחים בתוך הארגון, על ידי צוות בית הספר, כדי לשמור על רלוונטיות ואותנטיות.

הלמידה מתקיימת בקבוצות רב-מקצועיות, ובהן רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים, אנשי מנהלה וצוותים מסייעים. לצד חמלה נלמדים ערכים נוספים כגון כבוד האדם, תקשורת בינאישית, אחריות מקצועית, עבודת צוות והקשבה. המפגש הרב-מקצועי עצמו הוא חלק מהלמידה, הוא מאפשר לשבור היררכיות, להיחשף לנקודות מבט שונות ולבנות שפה ערכית משותפת, שבה לכל תפקיד יש קול ולכל אדם יש תרומה.

אחת ההבחנות המרכזיות שאנו עוסקים בהן בסדנאות היא ההבדל בין רחמים לחמלה. ברחמים אנו מזהים את סבלו של הזולת, אך איננו בהכרח פועלים כדי להקל עליו. חמלה, לעומת זאת, כוללת גם פעולה, אחריות ומעורבות. אחת העובדות סיכמה זאת במשפט שנשאר איתנו: "בכל פעם שארגיש רחמים, אחשוב כיצד להפוך את זה לחמלה". עבורנו, זהו ביטוי מזוקק של למידה ערכית במיטבה.

עם השנים למדנו שחמלה כלפי מטופלים אינה יכולה להתקיים בנפרד מחמלה כלפי עובדים. לא נכון לבקש מעובד לחמול על אחרים כאשר הוא עצמו חווה עומס, שחיקה או חוסר הקשבה מצד הארגון. לכן, בסדנאות אנו עוסקים גם בחמלה בתוך הצוות, ביחסי עבודה ובאחריות הניהולית והארגונית ליצירת סביבת עבודה תומכת. אחת אחראית סיפרה לנו: "היום אני יכולה לומר לאחות במחלקה שהיא לא נהגה בחמלה כלפי מטופל, והיא מבינה בדיוק למה אני מתכוונת". זהו סימן לכך ששפה ערכית משותפת אכן מחלחלת לשטח.

מעבר ללמידה עצמה, אנו רואים בבית הספר למקצוענות גם מרחב להתבוננות מחודשת בזהות המקצועית של העובדים. לא אחת, משתתפים מתארים כיצד השגרה, העומס והלחץ היומיומי מרחיקים אותם מהדרגה מהסיבות שבגללן בחרו במקצועות הבריאות מלכתחילה. הסדנאות יוצרות הזדמנות לעצור לרגע, לשאול שאלות, ולבחון את הפער בין הערכים שאיתם נכנסו למערכת לבין האופן שבו הם באים לידי ביטוי בפועל בעבודה.

במרחב הזה מתאפשר שיח כן על שחיקה, על תחושת חוסר אונים, ועל המתח המתמיד בין דרישות המערכת לבין הרצון האישי להעניק טיפול אנושי ומכבד. עצם הלגיטימציה לדבר על קושי, לא ככישלון אישי אלא כחלק ממציאות מערכתית מורכבת, מאפשרת למשתתפים לפתח מודעות עצמית וכלים להתמודדות. עבור רבים, זהו צעד ראשון בהשבת תחושת המשמעות והשליטה בעבודתם.

החמלה, בהקשר זה, אינה מופנית רק כלפי האחר, אלא גם כלפי העצמי המקצועי. אנו מדברים על היכולת להציב גבולות, לזהות עומס, ולבקש תמיכה, מבלי לוותר על מחויבות למטופל. תפיסה זו מחזקת את החוסן האישי והצוותי, ותורמת ליצירת תרבות ארגונית שבה מותר להיות אנושי, גם בתוך מערכת תובענית. במובן זה, בית הספר למקצוענות אינו רק מקום ללמידה, אלא תשתית תרבותית. הוא מאפשר תהליך מתמשך של שיפור, דיוק והעמקה בהתנהגות הערכית של הארגון כולו, מתוך הבנה שחמלה איננה יעד שמגיעים אליו, אלא דרך שבה בוחרים לצעוד, יום אחר יום.

הטמעת התנהגות ערכית היא תהליך מתמשך, ריצה למרחקים ארוכים, ולא אירוע חד-פעמי. מתוך תפיסה זו, החלטנו שכל עובד באסותא יגיע לבית הספר למקצוענות לפחות פעם בשנה, לשיח מחודש על ערכים, על יישומם בעבודה ועל החיבור ביניהם לבין החיים האישיים.

בעולם רפואי מורכב, חמלה איננה מותרות. היא תנאי למקצוענות, לחוסן של הצוותים ולאמון של המטופלים. בבית הספר למקצוענות של אסותא אנו מבקשים להזכיר, לעצמנו ולאחרים, שמקצוענות ואנושיות אינן עומדות זו מול זו, אלא הולכות יד ביד, ומזינות זו את זו, במפגש היומיומי שבין אדם לאדם.



## כיצד הציבור חווה חמלה במערכת הבריאות בישראל? ממצאי סקר עמדות ציבור

**רעות רון היא דוקטורנטית לחקר מדיניות בריאות וחוקרת בכירה במכון אסותא לחקר שירותי הבריאות. היא מרצה במכללה האקדמית נתניה ובבית הבפר לאחיות שמיר. לאחרונה מונתה לממונת תחום להט"ב באסותא – תפקיד חדש וראשון מסוגו ברשת.**

### פרויקט מחקרי של מכון אסותא לחקר שירותי הבריאות, בשיתוף עם עמותת מחווה

בשיח הציבורי על מערכת הבריאות בישראל, מושגים כמו מקצועיות, זמינות ותורים נמצאים כמעט תמיד במרכז. חמלה, אנושיות ויחס אישי מוזכרים לא פעם כערכים חשובים, אך פחות ברור כיצד הם נחווים בפועל על ידי הציבור, ואילו גורמים במערכת נתפסים כחומלים יותר או פחות. סקר עמדות ציבור שבוצע לאחרונה על ידי מכון אסותא לחקר שירותי הבריאות, בשיתוף עם עמותת מחווה, ביקש לבחון בדיוק את השאלות הללו, ולשרטט תמונה רחבה של חוויית החמלה במערכת הבריאות מנקודת מבטם של מטופלים ומלווים.

הסקר בוצע בקרב מדגם מייצג של הציבור בישראל (n=583), וכלל נשים וגברים מכל רחבי הארץ, בטווח גילאים רחב, עם ייצוג משמעותי לבני 65 ומעלה. מרבית המשתתפים דיווחו על שימוש פעיל בשירותי הבריאות בשנתיים האחרונות, בעיקר בקופות החולים ובבתי החולים הציבוריים, נתון המצביע על היכרות ממשית ועדכנית עם המערכת.

הממצאים מצביעים על הסכמה רחבה בדבר חשיבות החמלה בטיפול הרפואי. רוב המשיבים (86%) סבורים כי חמלה ואנושיות מצד הצוות הרפואי הן מרכיב חשוב או חשוב מאוד בתהליך ההחלמה. עם זאת, לצד תפיסה ערכית זו, שיעור גבוה מהציבור (68%) מעריך כי מבנה המערכת והעומסים הפועלים בה מקשים על הצוותים ליישם חמלה בפועל. שיקולים של זמן, עומס ותקציב נתפסים ככאלה הבאים לעיתים על חשבון הקשבה ויחס אישי. לצד זאת, כ-39% מהמשיבים מסכימים במידה רבה או רבה מאוד שככל שרופא נעשה ותיק יותר הוא עלול להפוך אדיש יותר למצוקת המטופלים, בעוד שכ-25% מביעים מידה מועטה של הסכמה או אף התנגדות לטענה זו.

כאשר התבקשו המשתתפים להעריך את רמת החמלה והאכפתיות של גורמים שונים במערכת הבריאות, עלו פערים ברורים. רופאי ורופאות משפחה דורגו כבעלי רמת החמלה והאכפתיות הגבוהה ביותר (ציון ממוצע 77.7 מתוך 100), ואחריהם אחים ואחיות בקהילה (72.4). חוויית הטיפול בבתי החולים דורגה ברמת ביניים (65.3), בעוד שמערכת הבריאות כגוף כולל קיבלה את הציון הנמוך ביותר (45.1). סטיות התקן הגבוהות מעידות על שונות משמעותית בחוויית התלויות בהקשר הטיפולי ובזהות המטפל. הממצאים מדגישים תובנה רוחבית ברורה, ככל שהקשר עם המטופל ישיר, רציף ואישי יותר, כך עולה תפיסת החמלה. גופים רגולטוריים ומסדיים, הרחוקים מהמפגש הקליני היומיומי, נתפסים כפחות קשובים לצרכים הרגשיים של המטופלים, גם אם תפקידם נתפס כחיוני ברמה המערכתית.

הסקר מצביע גם על פערים בתפיסת המחויבות לחמלה בין גופי הבריאות השונים. בעוד שרופאי משפחה ורופאים מומחים פרטיים נתפסים כבעלי מחויבות גבוהה יחסית לחמלה ואכפתיות, גופים ציבוריים כגון קופות החולים ובתי החולים מדורגים ברמות בינוניות. משרד הבריאות נתפס כמרוחק במיוחד מהחוויה האנושית,

כאשר כ-50% מהמשיבים סבורים כי הוא שם מעט או כלל לא דגש על חמלה ואכפתיות. ממצאים אלה מחזקים את התובנה שלפיה קשר אישי ורציף מהווה גורם מרכזי בעיצוב חוויית החמלה במערכת הבריאות.

בחינת האיזון בין מקצועיות לחמלה בקרב סוגי הצוותים השונים מעלה תמונה מורכבת. כ-63% מהציבור סבורים שרופאים מתמקדים בעיקר בטיפול מקצועי רפואי ופחות בהפגנת חמלה, בעוד שאצל אחים ואחיות מתקבלת תפיסה מאוזנת יותר בין מקצועיות לחמלה, ואצל הצוותים המסייעים ניכרת נטייה חזקה יותר לייחוס אנושיות וחמלה. כלומר, רופאים נתפסים בראש ובראשונה כמקצועיים מאוד, אך במידה פחותה כחומלים. אחיות, לעומתם, נתפסות כמאזנות יותר בין מקצועיות לבין יחס אנושי. הצוותים המסייעים, הנמצאים לעיתים בקשר יומיומי וקרוב עם המטופלים, נתפסים כבעלי רמת חמלה גבוהה יחסית.

כאשר נשאל הציבור מהם סדרי העדיפויות החשובים ביותר בטיפול רפואי, מקצועיות דורגה במקום הראשון, במיוחד ביחס לרופאים/רופאות (92%). חמלה ואכפתיות דורגו כמרכיב חשוב אך משני בבחירת רופא או רופאה. עם זאת, בקרב אחים/אחיות וצוותים מסייעים, חשיבות החמלה עלתה משמעותית (כ-61%). מעניין לציין כי אף שחמלה אינה נתפסת תמיד כקריטריון הבחירה המרכזי, כ-12% מהמשיבים ציינו את היעדרה כחסר משמעותי במערכת הבריאות, נתון המצביע על כך שחמלה מורגשת במיוחד כאשר היא חסרה. לצד זאת, כאשר נשאל הציבור מהו החסר הבולט ביותר במערכת הבריאות, זמינות ונגישות תורים דורגו במקום הראשון (74%), בעוד שהרמה המקצועית של רופאים ורופאות, אחים ואחיות כמעט ואינה נתפסת כחסר. הדאגה, האכפתיות והחמלה כלפי המטופלים סומנו כחסר על ידי מיעוט יחסי (11%), אך שיעור זה היה גבוה יותר בקרב מי שליוו בן משפחה בטיפול רפואי.

בהקשר זה, הפער בין תפיסות המטופלים לבין תפיסות המלווים בולט אף הוא. בקרב משתתפים שליוו בן משפחה בטיפול רפואי בשנים האחרונות, שיעור גבוה יותר דיווח על חוויה של חוסר הקשבה וחוסר רגישות, לעומת מטופלים שדיווחו על חווייתיהם האישיות. ממצא זה מדגיש את הצורך לראות גם את בני המשפחה והמלווים כחלק בלתי נפרד ממעגל הטיפול.

אחד הממצאים החזקים בסקר נוגע להשפעת תנאי האשפוז על תפיסת החמלה. רוב הציבור (83%) סבור כי אשפוז במסדרונות בתי החולים פוגע בחמלה כלפי המטופלים, כאשר למעלה ממחצית (54%) מגדירים פגיעה זו כחמורה במיוחד. רק מיעוט קטן סבור כי מדובר בפגיעה מועטה או שאינה קיימת, וכ-7% מהמשיבים ציינו כי אינם יודעים להעריך את מידת הפגיעה, ממצא שעשוי להעיד על חוסר חשיפה אישית לתופעה או על קושי להעריך את השפעתה הרגשית.

הסקר בחן גם את גבולות הסולידריות החברתית בנכונות הציבור לשאת בעלות כלכלית משותפת למען קבוצות שונות. הנכונות הציבורית לשאת בתשלום נוסף בביטוח הבריאות הממלכתי משתנה באופן חד בין קבוצות אוכלוסייה שונות. שיעור גבוה מאוד מהמשיבים, כ-85%, הביעו נכונות לשלם יותר עבור אנשים עם מוגבלויות קשות ואנשים החיים מתחת לקו העוני. לעומת זאת, ביחס לחסרי ביטוח משלים ולעובדים זרים בעלי מעמד חוקי נרשמה נכונות בינונית יותר, המאופיינת בשיעור גבוה של תשובות המעידות על התלבטות. מנגד, רוב גדול מהמשיבים אינם מוכנים לשלם יותר עבור אסירים ביטחוניים ופוליטיים, עובדים זרים ללא מעמד חוקי וקבוצות נוספות הנתפסות כחיצוניות או מאיימות. ממצאים אלו מצביעים על גבולות ברורים של סולידריות ציבורית, שבהם תפיסות של אחריות אישית, זהות חברתית ושייכות לאומית משפיעות על הנכונות לשאת בעלות משותפת.

בסיכומו של דבר, ממצאי הסקר מצביעים על פער מתמשך בין ערכי החמלה המוצהרים לבין החוויה בפועל במערכת הבריאות. החמלה נתפסת לא רק כתכונה אישית של מטפל זה או אחר, אלא כתוצר של תנאי עבודה, עומסים, רצף טיפולי ומבנה מערכת. עבור מנהלים, קובעי מדיניות ואנשי מקצוע, מדובר בתזכורת לכך שחמלה אינה תוספת רכה לשירותי הבריאות, אלא רכיב יסוד בחוויית טיפול איכותית, המשפיעה באופן ישיר על אמון הציבור, שביעות הרצון וחוויית הכבוד במפגש שבין אדם למערכת הבריאות.

מכון אסותא לחקר שירותי ומדיניות בריאות הוקם ביוזמתו של פרופ' יהושע שמר, יו"ר אסותא בשנת 2017 במטרה למצב את אסותא כארגון חוקר בתחום שירותי הבריאות, מדיניות וניהול ומערכות בריאות בישראל. המכון מהווה תשתית מחקרית בנושאים אלו על מנת ליצור ביסוס מדעי לתהליכי קבלת החלטות והיערכות לשינויים רגולטורים.

במכון מבוצעים מחקרים רחבים שמטרתם זיהוי מגמות ומודלים חדשניים במדיניות ומערכות בריאות בארץ ובעולם, על מנת להוות מוקד ידע בנושא מדיניות וניהול מערכות בריאות.

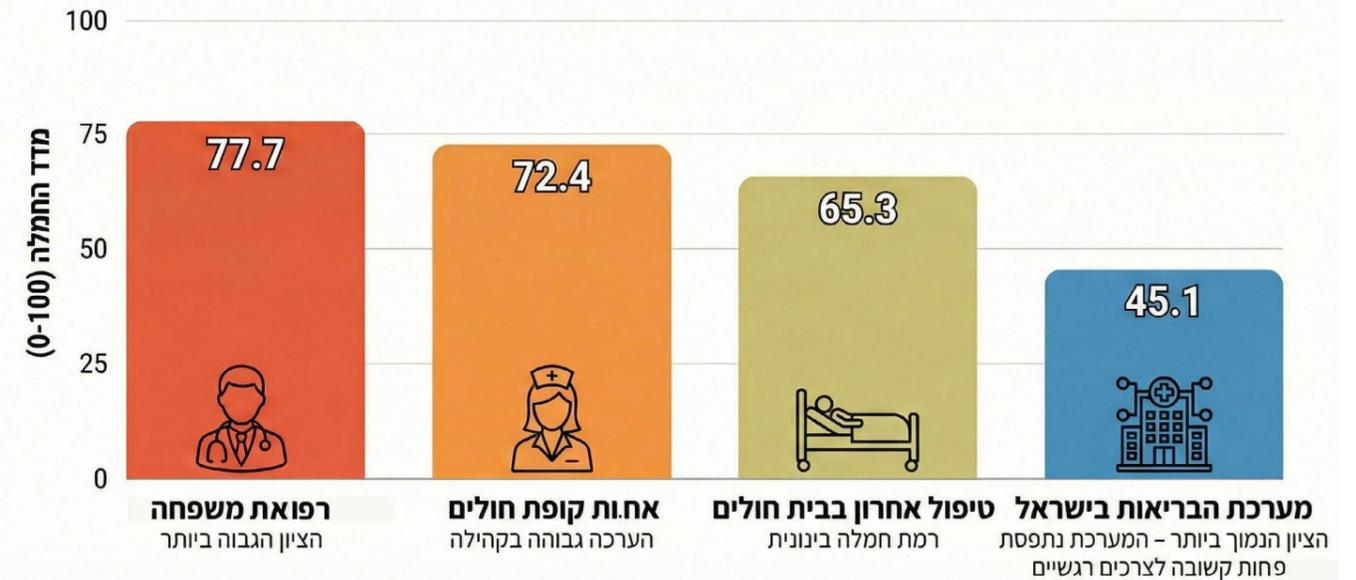
מכון המחקר מבצע מחקרים במימון עצמי של אסותא ומגיש הצעות לקולות קוראים שונים מהארץ ומהעולם. מחקרי המכון מתפרסמים במאמרים ובעיתונים מדעיים בינלאומיים, ומוצגים בכנסים שונים בישראל ובחו"ל.

קעמיים בשנה מוציא מכון אסותא לחקר שירותי בריאות כתב עת מקצועי המתמקד בנושא אקטואלי למערכת הבריאות בישראל. כתב העת מופנה לכל עובדי אסותא ולחוקרים וקובעי מדיניות במערכת הבריאות בישראל.

**ניתן לצפות בכל הגיליונות הקודמים כאן**

## חמלה במערכת הבריאות: הפער שבין האישי לממסדי

סקר עמדות הציבור (2025) חושף פער משמעותי ברמת החמלה והאכפתיות בין המטפל הישיר לבין המערכת הכללית.



## איזון בין מקצועיות לחמלה בצוותי הרפואה

תפיסת הציבור: היכן נמצא המיקוד של צוותי הרפואה?

