

מועקה מוסרית בקרב פיזיותרפיסטים: מקורות ודרכי התמודדות

נואית ענבר ¹PT, PhD, יוכבד לויפר ²PT, D.Sc, ישראל דורון ³PhD

¹ היחידה להפרעות תנועה, המרכז הרפואי תל-אביב; חברת ועדת האתיקה של הפיזיותרפיסטים בישראל
² פרופ' מן המניין (אמריטוס), החוג לפיזיותרפיה הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה
³ פרופ' מן המניין, דיקן הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה

התופעה. ממצאי המחקר יכולים להוות בסיס לפיתוח תוכניות התערבות שמטרתן לסייע למטפלים לזהות דילמות-אתיות המעוררות מועקה מוסרית, לקחת חלק פעיל בתהליכים רפלקטיביים ובשיתוף באמצעות שיח אתי, להרחיב את הידע באתיקה מקצועית ולבסס תמיכה ארגונית להתמודדות עם התופעה.

מילות מפתח: מועקה מוסרית, פיזיותרפיה, אתיקה, מחקר איכותני

תקציר

"מועקה מוסרית" הוא מושג המתאר תופעה רגשית, קוגניטיבית ופיזית המלווה מטפלים בעת הימצאות בצומת שבין פעולה שלהערכתם "נכון" לבצע ובין זו שלהבנתם "אפשר" לבצע, בתוך מערכת של שיקולים אישיים, מקצועיים וארגוניים. התופעה נחקרה בהרחבה בקרב מטפלים ממקצועות הרפואה והסיעוד, אבל אף שהיא נפוצה בקרב פיזיותרפיסטים, בעלת מקורות שונים ומשמעויות והשלכות רבות, היא לא נחקרה עד היום בהרחבה באוכלוסייה זו.

המחקר בחן מועקה מוסרית בקרב פיזיותרפיסטים בישראל, בשיטה מעורבת-לינארית: בשלב הראשון נערך מחקר כמותי שבדק מודל תיאורטי רב-גורמי שנועד להסביר את התופעה; לאחריו, ועל בסיס ממצאיו, נערך מחקר איכותני במטרה להעמיק את ההבנה של התופעה דרך החוויות, התפיסות והפרשנויות של פיזיותרפיסטים. המחקר אושר על-ידי ועדת האתיקה של הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות באוניברסיטת חיפה.

במאמר זה נציג מקצת ממצאי השלב האיכותני של המחקר (n=21), תוך התמקדות בשתי תמות בלבד: הראשונה - "מקורות אפשריים למועקה מוסרית", כמו שמירה על הערך "הטבה" מול ניהול משאב הזמן, התלבטויות לגבי "אמירת אמת", מתן טיפול "עקר", וחסר בידע מקצועי וניסיון קליני. התמה השנייה - "התמודדות", עוסקת באסטרטגיות ובהמלצות להתמודדות עם מועקה מוסרית, ובהן שיתוף, יצירת מסגרת לתמיכה מקצועית רציפה והמשך החקירה התיאורטית של

מבוא

מועקה מוסרית (moral distress) היא תופעה שנחקרת זה ארבעה עשורים בתחומים שונים, ובראשם סיעוד. בהגדרתו הראשונה, המושג מתאר את המתח שחשים צוותי הסיעוד בסיטואציות טיפוליות שבהן הם חשים כבולים על-ידי מגבלות ארגוניות המונעות מהם לבצע את שהם יודעים שראוי לעשות.¹ בשנים האחרונות התבססה הסכמה שמדובר בתופעה קוגניטיבית, רגשית ופיזית, המשפיעה - לרעה בעיקר - על מטפלים מכל תחומי הטיפול. מדובר בתופעה המהווה גורם מנבא למידת שחיקה, להיחלשות במידת האמפתיה (empathy) ולשינוי לרעה באיכות הטיפול המוגש.²⁻⁵ התחושות השליליות מלוות את אנשי המקצוע לאורך כל שנות עבודתם: חשיפה למצבים יוצרי-מועקה מותרה "שאריות" רגשיות (moral residue), ובהיעדר התייחסות מעמיקה התופעה הולכת ומתעצמת (crescendo effect).⁶

על מנת להבין את המושג "מועקה מוסרית", יש להבדיל בינו ובין המושגים "דילמה מוסרית/אתית".⁸⁷ דילמה אתית מתייחסת להתלבטות בין שני ערכים מתנגשים שלכל אחד מהם יש הצדקה, ואילו מועקה מוסרית נגרמת כאשר אנשי המקצוע יודעים מהי ההתנהגות הראויה הנדרשת במצב נתון, אך אין באפשרותם לפעול כפי שהיו רוצים בשל חסמים אינהרנטיים לסיטואציה (כגון עומס תפקידים, אילוצים כלכליים, ארגוניים ואחרים).

מסקירה שבחנה 23 מחקרים שהתמקדו במועקה מוסרית בקרב מטפלים, עולה שמועקה מוסרית נובעת מתוך דילמות אתיות.⁹ סקירה זו התמקדה בדילמות אישיות, מקצועיות וארגוניות של מטפלים, וכללה שני מחקרים שעסקו בפיזיותרפיסטים: האחד, מחקר כמותי בעיקרו בקרב פיזיותרפיסטים מפינלנד, העובדים במסגרות ציבוריות שונות (n=116), שכלל שאלון לכימות מועקה מוסרית ושתי שאלות פתוחות;¹⁰ השני, מחקר איכותני (ראיונות עומק חצי-מובנים) עם 21 פיזיותרפיסטים מדנמרק מן הסקטור הפרטי בלבד.¹¹ מתוך שתי עבודות אלה, נאסף מקבץ דילמות אתיות שיכולות להוות מקור למועקה מוסרית בקרב פיזיותרפיסטים, והן: מציאת איזון בין ערכים אישיים ומקצועיים, קביעת טיפול מתוך התלבטות בין עשיית הטוב ובין אי-גרימת נזק, שמירה על כנות ואמירת אמת למטופלים, דילמות הקשורות בשמירה על סודיות רפואית,

כיבוד האוטונומיה של החולה גם כאשר הוא מציג בקשות שסותרות את תפיסתו המקצועית של המטפל, דילמות המתעוררות כשהמטפל עד לעוולות אתיות של קולגות, אי-הסכמות אתיות-מקצועיות בתוך צוות רב-תחומי, דילמות המתעוררות בגיהול משאבים, ושאלות של לויאליות למקום העבודה.⁹

בספרות העוסקת במועקה מוסרית ישנה התייחסות למיון-פנימי בין סוגי מועקות מוסריות אצל מטפלים. למשל, האמריקני ועמיתיו הבחינו בין מועקה ראשונית ובין מועקה תגובתית: "מועקה ראשונית מתעוררת כאשר איש המקצוע נתקל במצב המעורר את התחושה ש'אל לי לקחת בזה חלק', ומועקה תגובתית נוצרת כשאישי המקצוע חש חוסר מסוגלות או כישלון בניסיונו להתמודד עם הסיטואציה".⁷ הבחנה נוספת היא בין מועקה מוסרית שיש בה ודאות, ובין מועקה שאין בה ודאות. כלומר, כשהמטפל יודע מהי הפעולה הראויה במקרה שמולו אך עדיין פועל באופן שונה בשל אילוצים חיצוניים, הוא חווה מועקה שיש בה ודאות; אבל כשהמטפל מודע לכך שחסרים לו הידע וההבנה כדי לזהות אם הוא פועל באופן מוסרי על פי הסטנדרטים האישיים שלו, או שהוא פועל בסתירה להם, אזי נוצרת מועקה שאין בה ודאות.¹²

ביקורת נוקבת כלפי הספרות המצטברת בתחום מעלה את הטענה שעיקר המחקר עד שנת 2018 לא הבחין בין סוגי המועקות, ונשען ברובו על הגדרות שלא היו מקיפות מספיק. לפיכך הוצעה הגדרה חדשה לתופעה: "עמדה או תחושה שלילית של איש המקצוע כלפי עצמו, המתעוררת כתגובה לעמדתו לגבי מידת המעורבות הנדרשת מצדו בתוך מצב לא-רצוי מבחינה מוסרית".¹³ הגדרה חדשה זו נבדלת מקודמותיה בשני מרכיבים: ראשית, היא רחבה ומכוונת למקצועות שונים. שנית, היא מתרחקת מן העיסוק במגבלות המערכת ומתמקדת בתחושות הפנימיות של איש המקצוע.

מעניין לציין כי ככלל, הספרות העוסקת במועקה מוסרית רואה בתופעה חוויה שלילית בעלת השלכות חמורות, שיש לפעול לצמצומה. ואולם, ישנם מחקרים ספורים ששואלים, באופן תיאורטי, אם מועקה מוסרית היא תופעה שלילית בעיקרה או שיש בה גם היבטים חיוביים, כמו הזדמנות ללמידה, להעצמה ולחיזוק המצפן הפנימי של המטפלים.¹⁴⁻¹⁷

כדי לעורר את המודעות להיבטיה השונים של מועקה מוסרית ולהעמיק את ההבנה של התופעה כפי שהיא מתבטאת אצל חברי הקהילה המקצועית שלנו, בחרנו להתמקד במאמר זה בשני נושאים בלבד מתוך השלב האיכותני של המחקר: (א) המקורות למועקה מוסרית בקרב פיזיותרפיסטים; (ב) דרכים אפשריות להתמודד עם התופעה ברמה האישית, המקצועית והארגונית.

כפי שנראה בהמשך, מדובר בתופעה שאין מדברים עליה כמעט ופיזיותרפיסטים רבים חווים אותה לבד, מזהים מקורות המעוררים תחושות של מועקה מסוג זה, ומוצאים אסטרטגיות שונות להתמודד אתה.

המחקר אושר על-ידי ועדת האתיקה של הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות באוניברסיטת חיפה.

שיטת המחקר בשלב האיכותני

השלב האיכותני של המחקר נבנה בשישה צעדים:²² ניסוח המטרות של השלב האיכותני על בסיס ניתוח הממצאים מן השלב הכמותי שקדם לו - כאמור, המטרה העיקרית בביצוע השלב האיכותני הייתה להעמיק את ההבנה שלנו באשר למועקה מוסרית בקרב פיזיותרפיסטים, מתוך החוויות, התפיסות, המשמעויות והפרשנויות שלהם לתופעה; הכנת מדריך ריאיון - ניסוח שאלות פתוחות המאפשרות התייחסות למטרות המחקר בצד יצירת האפשרות להעלות תכנים ורעיונות חדשים; עריכת ראיונות עומק חצי-מובנים (semi-structured interviews); יצירת טקסט כתוב של הראיונות מתוך ההקלטות; חיפוש והגדרת התמות על בסיס ניתוח הטקסטים (thematic analysis) - קריאה ראשונית ומעמיקה, זיהוי תמות יסוד (coding), ארגון תמות היסוד לתמות-על (categorizing) ובחינת הקשרים בין תמות-העל (הניתוח נעשה במקביל לאיסוף הראיונות, במטרה לגלות קטגוריות שחוזרות על עצמן ובכך לזהות אם מגיעה "רוויה"); בדיקת מהימנות הניתוח לפי תבחינים מקובלים,²³ יצירת מאגר נתונים מפורט ונגיש המאפשר בחינה חוזרת ונשנית של הממצאים, תהליך הניתוח שלהם ותהליך גיבוש התובנות.

היות שהחוקרת במחקר זה היא פיזיותרפיסטית, אפשר שניתוח הטקסטים הושפע במידת-מה מתפיסות עולמה

בצד המחקר הענף שבדק מועקה מוסרית בקרב צוותי סיעוד ורפואה במסגרות טיפול שונות, רק קומץ מחקרים עסקו בתופעה הזו בקרב מטפלים ממקצועות הבריאות, בהם פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק.^{19,18,10}

נוסף על החסר בנתונים לגבי מקצועות שונים, עולה שוב ושוב הקריאה להרחיב את ההבנה לגבי המשתנים הגורמים למועקה מוסרית והשלכותיה, כבסיס לבניית התערבויות מתאימות לזיהוי התופעה ולצמצום השלכותיה ברמה האישית, המקצועית והארגונית.^{20,3}

הדחף שלנו לחקור מועקה מוסרית בקרב פיזיותרפיסטים נבע משלושה מניעים עיקריים:

1. הציפייה שיימצא בספרות מענה לשאלה מהן הסיבות למועקה מוסרית באוכלוסייה זו, להבנת התופעה והדרכים להתמודד אתה.
2. הרצון להבין האם מועקה מוסרית נחווית באופן שונה על ידי פיזיותרפיסטים העובדים במסגרות שונות ועם אוכלוסיות שונות, והאם סביבת העבודה משפיעה על מאפייני התופעה.
3. הרצון להרחיב את הידע התיאורטי לגבי המושג "מועקה מוסרית". בשל ההבנה שמועקה מוסרית היא תופעה רב-גורמית, סברנו שיידרש מודל קונספטואלי חדש או מורחב, שיכלול משתנים שעד כה לא נחקרו יחד, אלא ב"זוגות" בלבד או בווריאציות מצומצמות.

במחקר שולבו שתי שיטות - כמותית ואיכותנית: השלב הראשון התבסס על פרדיגמות המחקר הכמותי תוך שימוש בכלי מחקר סגורים ומובנים, במטרה לבחון את המודל הקונספטואלי שפותח לצורך מחקר זה. שלב זה כלל מחקר-חלוץ, ולאחריו, איסוף נתונים מקוון בעזרת מקבץ שאלונים מבוססי-ספרות, בקרב 406 פיזיותרפיסטים בארץ העובדים במסגרות שונות.⁴ בשלב השני, בהתבסס על הממצאים של השלב הכמותי וכדי להעמיק את ההבנה של ממצאיו בפרט, ואת הבנת התופעה בכלל, נעשה שימוש בפרדיגמת המחקר האיכותני. בשלב זה נערכו ראיונות עומק חצי-מובנים עם 21 פיזיותרפיסטים. חוזקה של השיטה המשולבת הוא באיסוף נתונים כמותיים ואיכותניים, בנייתו כל אחד מהם בנפרד ובהתבוננות אינטגרטיבית על כלל הנתונים שנאספו.²¹

בנושאים שהועלו בשיחות. כדי להתגבר על מגבלה אפשרית זו, נעשה מאמץ מרבי לשמור על אובייקטיביות בראיונות עצמם ובהתייחסות הפרשנית אליהם, ומנחי המחקר שותפו באופן מלא בניתוח הראיונות. עם זאת, ההיכרות עם המקצוע, השפה, אוירת העבודה וכו' עשויים להיחשב כיתרון בהבנת המצבים המתוארים בראיונות.

גיוס המרואיינים התבסס על השלב הכמותי - מתוך כלל הפיזיותרפיסטים שהשתתפו במילוי השאלונים בשלב הכמותי, 89 השיבו בחיוב לשאלה שהוצגה בתום מילוי השאלונים והסכימו לוותר על אלמוניותם, לשותף את פרטיהם האישיים ולהתראיין. על בסיס הסכמתם בכתב, פנינו לפיזיותרפיסטים מתחומי עיסוק שונים, נשים וגברים, חילוניים ודתיים, ממגוון אזורים בארץ, המטפלים במטופלים בטווחי גיל שונים. זאת, כדי להגיע למרב השונות האפשרית.²³ במחקר נערכו 21 ראיונות עומק חצי-מובנים, עד הגעה לרוויה תיאורטית (מאפייני המרואיינים מפורטים בלוח 1).

כל הראיונות נערכו פנים-אל-פנים (in person), נמשכו שעה וחצי עד שעתיים וחצי, הוקלטו ותומללו. יש להדגיש, שמושגי מפתח כמו "מועקה מוסרית" לא הוגדרו עבור המרואיינים. השאלות שבבסיס הראיון אפשרו למרואיינים להשיב בחופשיות ולהציף פרספקטיבות ורעיונות חדשים. מדרך הראיון כלל כמה תחומי תוכן. להלן שלוש דוגמאות (עם קריאת השאלות, תוכלו לנסות ולהשיב עליהן מנקודת ראותכם):

להיות פיזיותרפיסט/ית - השאלות בתחום תוכן זה נועדו לשם היכרות עם המרואיינים, ליצירת שיחה על התפיסות והתחושות לגבי העיסוק בפיזיותרפיה תוך עידודם לתת דוגמאות ולשתף בחוויות יומיומיות בעבודה. השאלות נוסחו כשאלות מובנות-למחצה וחולקו לפי שלושה תחומי התייחסות - שאלות שעוסקות בהיבטים אישיים, למשל, "מה הביא אותך לעסוק בפיזיותרפיה?", "מה הביא אותך לעבוד עם האוכלוסייה שבה את/ה מטפל/ת?"; שאלות שעוסקות בהיבטים מקצועיים, למשל, "באיזה מובן את/ה מרגישה/ה בטוח/ה ביכולתך לבצע את תפקידך בהצלחה?", "באילו מקרים אינך מצליח/ה להגיע לתוצאה הטיפולית שהיית רוצה? אילו גורמים משפיעים על כך?", "ספרי על החוויה שלך בטיפול במטופלים מסוגים שונים. לתפיסתך, מהו הדומה והשונה בין

טיפול באוכלוסיות שונות?"; ושאלות שעוסקות בהיבטים ארגוניים, כמו "לתפיסתך, מה מצופה ממך כפיזיותרפיסט/ית במקום עבודתך?"; כשמתעוררת דילמה אתית-מקצועית במקום עבודתך, כיצד את/ה והצוות מתמודדים עם הדילמה? תן/תני כמה דוגמאות שממחישות את ההתמודדות שתיארת". השאלות בתחום תוכן זה נועדו להעמקת ההיכרות עם המרואיינים, ללכידה של תפיסותיהם לגבי עצמם כמי שבחרו לעסוק במקצוע, כמטפלים בתחום עיסוק ספציפי וכעובדים בתוך צוות/ארגון.

מועקה מוסרית: מבט עומק - השאלות בחלק זה של הראיון נסובו בעיקר סביב התחושות של המרואיינים במצבים שבהם התמודדו עם דילמה אתית, והפרשנות שנתנו לתחושות אלה. בעת שיתוף בדילמה, המרואיין/ת התבקשו לתאר את "ההרגשות והמחשבות שליוו אותך בחוויה הזו". השאלות נועדו להעמיק את ההבנה שלנו לגבי המקרים והמצבים שבהם הפיזיותרפיסטים חשו תסכול, אוזלת יד, אכזבה, רצון לפעול ובלית העשייה מסיבות שונות, כדי להבחין בין תחושות מועקה שונות ולחשוף את המצבים שבהם התעוררה מועקה מוסרית. ניסוח השאלות בתחום תוכן זה היה פתוח יותר לעומת תחום התוכן הראשון, כדי לאפשר לכל מרואיין להציג דוגמאות ייחודיות ולבטא את תחושותיו בחופשיות רבה ככל האפשר.

התמודדות - השאלות בתחום תוכן זה נועדו לשם הכרת דרכי הפעולה של המרואיינים בבואם להתמודד עם מועקה מוסרית. מקצת השאלות נשאלו ישירות, למשל, "ביום-יום שלך כפיזיותרפיסט/ית, מה לדעתך מעצים או מפחית את תחושת המועקה המוסרית אצלך?"; ומקצתן נשאלו בכלליות רבה יותר, כדי לאפשר העלאה של תכנים ורעיונות חדשים, למשל: "אילו יכולת לתת לפיזיותרפיסטים חדשים 'טיפים' להתמודדות עם תחושות מועקה מוסרית, מה היית מציע/ה להם?" או: "באופן כללי, מה היית מציע/ה לארגון לעשות, כדי לצמצם את המועקה המוסרית של הפיזיותרפיסטים?"

כאמור, כל הראיונות הוקלטו ותומללו. לראיונות נלוו הערות של החוקרת בנוגע למבעים הרגשיים שבלטו בהם. ניתוח הטקסטים נעשה בארבעה שלבים, כמקובל.^{24,25} בשלב הראשון, נעשתה קריאה ראשונית ומעמיקה של הראיונות לשם הכרת התכנים שהמרואיין העלה וחשיבה על שאלות, כגון מה המרואיין מתאר שקרה או שהרגיש?

והסבירו, כל אחד בדרכו, את הדרך שעברו מרגע התעוררות הדילמה האתית ועד הופעת תחושת המועקה. תיאורים אלה קובצו יחד לתמה שכותרתה "מקורות למועקה מוסרית", והיא כוללת התייחסות למגוון פערים בין הרצוי למצוי, למצבים הדורשים אמירת אמת פרוגנוסטית, למתן טיפול עקר, להתמודדות עם סבל-אנושי ולחוסר בידע וביכולת רפלקטיבית. להלן דוגמאות להמחשה:

בין הרצוי למצוי: שמירה על הערך "הטבה" מול ניהול משאב הזמן

הצורך להכריע בין מתן טיפול איכותי לפי תפיסתו של הפיזיותרפיסט ובין אילוצים מערכתיים תוארה כמקור משמעותי למועקה מוסרית:

"...יש זמנים שאני אומרת לעצמי 'אני לא עושה מה שאני אמורה לעשות'. כאילו אני לא מספיקה לעשות מה שאני צריכה לעשות. ואז יש לי תחושות קשות עם עצמי... אני לא יכולה להגיד הזנחה, אבל יש דברים שאני יודעת שאני צריכה לעשות ואין לי מתי, כי הזמן הצטמצם במחלקה [...] יש לי תחושה קשה שאני שם אבל לא שם. את מבינה?" (ט').

דבריה של ט' תואמים את ההגדרות מן הספרות למועקה מוסרית - תחושה המתעוררת כשאישי המקצוע היה רוצה לפעול לפי הבנתו להשגת טיפול מיטבי, אך חש מוגבל בשל אילוצים שונים. כלומר, מועקה מוסרית הנובעת מפער של ממש בין הרצוי למצוי. גם ל' הביעה תחושות דומות:

"...ואז בא הטרופ של ההפניות, והייתי ממש מרגישה בדילמה שאני לא מטפלת בחולה שאתמול ראיתי כי אני צריכה לראות מטופלים חדשים, וכל הזמן כאילו אתה לא לגמרי אתו, כי אתה חושב מה עוד אתה צריך לעשות [...], וכל הדילמה הזאת של חוסר הזמן ואתה צריך לעשות ולחפף כדי לתת לכולם את תשומת הלב הזאת" (מראיינת: עם איזו תחושה נשארים בסוף היום, ביום כזה?) "קשה מאד. גם אתה מרגיש שאתה עם הלשון בחוץ, כי אתה מנסה לעשות הכול, ואתה מרגיש שלא עשית טוב. לא עשית טוב" (בוכה).

מהו סוג האירוע המתואר? מהו הנושא שבו עוסק הציטוט? האם הציטוט מעורר שאלה נוספת (שאוילי מרואיין אחר התייחס אליה)?; השלב השני התמקד בזיהוי תמות היסוד, וכלל "קריאת רוחב" של הראיונות כדי לזהות תכנים שהם משותפים לכמה מרואיינים, בצד תכנים שונים זה מזה (examining commonalities and differences). שלב זה מייצג את המעבר מן הרמה התיאורית לרמה הפרשנית. בהמשך, נערך הליך קטגוריזציה של תמות היסוד לתמות-על - קיבוץ תמות הקשורות זו לזו לקטגוריות ותתי-קטגוריות; ולבסוף, נבחנו הקשרים בין תמות-העל.

תהליך הקידוד היה מובנה ברובו וכלל חיפוש דמיון בין רעיונות, דוגמאות ומטבעות לשון שהציגו המרואיינים כדי לזהות מכנה משותף ביניהם. לפיכך, נעשתה קריאה חוזרת ונשנית של הציטוטים הן לצורך הקידוד והזיהוי של תמות יסוד אפריוניות ובחינתן על-ידי שותפי המחקר, והן לזיהוי תמות חדשות שעלו מתוך דברי המרואיינים. בכל התלבטות ניתן היה לחזור אל הריאיון המוקלט ולהאזין לו שוב.

תוצאות

נזכיר, שלצורך מאמר זה בחרנו להתמקד בשתי תמות בלבד, ולהציג שני רבדים להבנת מועקה מוסרית: ראשית, נציג מבחר דוגמאות מחוויותיהם של המרואיינים ומתפיסותיהם לגבי המקורות למועקה מוסרית, לשם העמקת ההבנה של התופעה ומאפייניה בקרב פיזיותרפיסטים. שנית, נציג את תפיסותיהם של המרואיינים באשר לכלים שיש בידיהם כדי להתמודד עם מועקה מוסרית ואת הכלים הרצויים לדעתם אך חסרים.

1. מקורות למועקה מוסרית

המרואיינים תיארו בפרוטרוט אירועים שונים שעוררו אצלם דילמות אתיות, ובהם מצבים שעוררו קשת של רגשות כמו תסכול, כעס, אשם, בושה, דכדוך, חרדה, תחושת בדידות או אזלת יד. תיאורים רבים היו עשירים במלל (thick descriptions), ובלטו בעוצמת הבעה הרגשית (הגברת קול, מלל מהיר, שינויים בשפת הגוף, ובכמה מקרים גם בכי בעת ההיזכרות באירוע מסוים).

מתוך הראיונות עלה שגם ללא הגדרה ברורה של התופעה, המרואיינים זיהו ותיארו את התופעה כפי שתוארה בספרות,

בין הרצוי למצוי: פערי תפיסות באשר למושג "הטבה"

הפער בין רצוי למצוי כמקור למועקה מוסרית בא לידי ביטוי גם בעמידה מול החלטות של בני משפחה ומטפלים עיקריים, שאינן עולות תמיד בקנה אחד עם התפיסה המקצועית של המטפל. עניין זה עלה בראיונות רבים, ובלט דווקא בקרב מטפלים בילדים ובקרב מטפלים בזקנים.

"...הם עושים לו הוספיטליזציה נוראית, הם הורגים אותו, הם לא משחררים... כל הטעויות השיקומיות האפשריות... אותי זה מוציא מדעתי... אולי עוד מאה שנה אימא שלו תבין שהוא לא יהיה בחזרה מי שהוא היה... זה נורא עצוב, זה טראגי, אבל מקצועית אנחנו שוגים כשאנחנו מאפשרים את זה, זו התפיסה שלי, וזה הפך ממש מעיק להמשיך ולטפל בו" (י').

"...והתחלתי ללכת אתה, והתחלתי לעשות מדרגות, עכשיו היא רוצה לחזור הביתה, והבת שלה לא רוצה אותה בבית שלה. ואין לה אפשרות להחזיק אותה בבית נפרד... אלה הקשיים. אלה הדילמות. לרוב המשפחות מנצחות. אין מה לעשות... אני צריכה לקבל את ה..., את פסק הדין שלהם, אז אני נותנת טיפולים שלא צריך, ואני לא נותנת טיפולים שכן צריך" (ד').

"לא העזתי לשאול אותם (את בני המשפחה) 'מה קורה כאילו, למה אתם מזניחים?'. זה ה"פאק" שלי אולי באמת שאני לא, לא חותר לזה יותר מדי. כן, אז זה משהו שנגיד נורא קשה אתו, סוג של מועקה כזאת. כן, זה היה לי נורא קשה בכלל... שהיא שכבה וסבלה ככה. זה היה מאוד קשה. אולי הכי קשה שהיה לי מאז שאני זוכר את עצמי, מאז שהתחלנו לעבוד" (מ').

מדברים אלה עולה שפעולות הנעשות בניגוד לצו המצפון המקצועי של המטפלים (בשל בקשת המטופל עצמו, בקשות של בני משפחתו, אילוצים מערכתיים, וכו'), יוצרות תחושות של מועקה. כלומר, ההתנגשות ה"קלאסית" בין ארבעת הערכים הביו-אתיים הבסיסיים - "כיבוד האוטונומיה", "הטבה" "אי-גרימת נזק" ו"צדק" יכולה לעורר מועקה מוסרית.

התלבטויות לגבי "אמירת אמת"

כחלק אינהרנטי מעשייתם המקצועית, נדרשים פיזיותרפיסטים בכל תחומי הטיפול להשיב על שאלות פרוגנוסטיות שיש בהן "ניבוי תפקוד". במצבים אלה מתעוררות דילמות מורכבות: האם לומר את האמת למי שלא יחזור לתפקוד מלא? האם למצוא דרך לנסח אמת-למחצה, שיש בה עדיין פתח לתקווה? באילו מצבים "פתח לתקווה" עלול להפוך ל"תקוות-שווא"? מהן ההשלכות האפשריות של כל אחד מאלה? ההתחבטות בדילמות האלה תוארה על-ידי המרואיינים כמקור משמעותי למועקה מוסרית. למשל:

"...את יודעת... 'אני אלך?', 'אני לא אלך?', דברים כאלה. 'מתי היד שלי תחזור לעבוד?', מטופלי פרקינסון שאומרים לי 'גם אני אהיה ככה?' כשהם רואים מישהו שבקושי זז. ואני בודעין משקרת להם ואני אומרת להם, אני לא משקרת האמת, אני לא משקרת אני אומרת להם, אי אפשר להשוות, אי אפשר לדעת, אל תשוו. אבל את יודעת שהם מתישהו יתדרדרו... אלה שיחות מעיקות נורא. כן, אני חושבת שרוב הדילמות שלנו הן שם" (ס').

שאלת אמירת האמת היא בעלת כמה רבדים, חוץ מן העיסוק בשאלת העיקרית: "להגיד או לא להגיד". אופן הניסוח של הדברים, בחירת המילים, התזמון של מתן המידע, השאלה מה נמצא בגבולות המקצוע ומה חורג מהם - עשויים להשאיר את המטפלים עם מועקה.

מועקה שמקורה במתן טיפול עקר

מתן טיפול "עקר", שבו המטפל חש שהטיפול לא יסייע למטופל, לא ייטיב אתו באופן מלא או חלקי, שמלווה בתחושה של "שימור המצב הקיים", או ניסיון שווא למנוע התדרדרות (בעיקר במצבים של מחלה ניוונית מתקדמת) - התגלה כמקור משמעותי לתחושת מועקה. להלן אחת מן הדוגמאות:

"לפעמים אני מרגיש מועקה, זה לא כל כך בגלל דילמה, אלא מועקה, בגלל מטופלים שזה דברים עצובים, שאני יודע שאין לי איך לעזור להם כל כך, זה עצוב. עם פרקינסון קשה, מישהו עם ALS... כשהם מגיעים אליי אני אומר לעצמי בלב זה עצוב, אין לי איך לעזור להם כל כך, אני עושה את מה שאני יכול, מהבחינה הזאת מועקה" (צ').

"מה שבונה את הביטחון, זה ידע בעיקר. ידע. שאתה יודע שאתה עובד בצורה מבוססת, זה מה שבונה את הביטחון. שאתה יודע שההנחיות שאתה אומר, שהדברים שאתה מסביר הם הדברים הנכונים, מקצועית... הטיפול צריך להיות מבוסס על הידע העדכני. בפיזיותרפיה יש לנו בעיה עם הידע העדכני. יש הרבה דברים שאין ידע, חסר ידע. אני חושב שגם בכלל ברפואה, לא רק אצלנו... במקומות שיש ידע, אני מרגיש הרבה יותר רגוע. בדברים שעשיתי קורסים שאני יודע שהקורסים מבוססים על מחקר, על ידע קליני מבוסס, אני הרבה יותר רגוע, אני לא אוהב ידע מסורתי... שאלה מן הדברים כאלה ששמעתי אותם בתואר ראשון שכדאי לעשות ככה וכדאי לעשות ככה, ואני יודע שהוא בעצמו יודע שהמחקרים הראו שהוא לא יודע. דברים כאלה אני לא מרגיש בנוח איתם. אז ידע הוא קריטי אצלנו".

כחמשך ישיר, ט' תיארה את תחושותיה הקשות כשחסר לה ידע מקצועי, כשתפיסת המסוגלות העצמית נפגעת. היא תיארה תהליך המתעורר יחד עם השאלה הרפלקטיבית "האם אני פועלת נכון?":

"אוף, בשיקום יש לי לב כבד, אם אני עושה באמת את הדבר הנכון למטופל. ולפעמים אני לא יודעת מה נכון [...] אני חושבת שאולי יש פיזיותרפיסטים שיוודעים וטוב להם. אבל אני לפעמים לא יודעת אם אני עושה את הדבר הנכון, אז אני מתייעצת ואני פונה לכל הכלים שיש ברשותי, אבל לפעמים זה ממשיך וממשיך, וממשיך. וכאילו אני לא בטוחה אם אני עושה נכון. אין, אין איזשהו משהו שהוא מוחלט, את מבינה? לפעמים תחושה כבדה שכאילו גם אם הייתי רוצה לשנות, אני לא יודעת לשנות. זה מה שאני יודעת, וזה מה שאני רואה וזה מה שלמדתי מהשנה וחמישה (חודשים) שאני פה, וזה מה שאני יודעת, אבל יש לי תחושה קשה" (ט').

עולות שאלות, כגון האם ידע מקל על תחושת מועקה ("אולי יש פיזיותרפיסטים שיוודעים וטוב להם")? האם הבחינה העצמית של מסוגלות תורמת לתחושת מועקה? מה משקלה של היכולת הרפלקטיבית - הבחינה העצמית של יכולות ותחושות - בעירור או בהתמודדות עם מועקה מוסרית? נראה, שלמודעות ורגישות להיבטים האתיים בטיפול יש השפעה משולבת - העצמה של מועקה מוסרית, ובו בזמן העצמה

צ' משקף בדבריו תחושה שעלתה בכמה מן הראיונות, ובלטה אצל המטפלים בחולים סיעודיים. להמחשה, להלן דבריה של ד', המטפלת בזקנים סיעודיים וסיעודיים מורכבים:

"היום אני בגאווה... אם שואלים אותי מה אני עושה?... לפני שאני אומרת שאני פיזיותרפיסטית אני אומרת 'אני עובדת במוסד גריאטרי'. זה הדבר הכי חשוב... [...] יש ימים שאני אומרת שכל מה שאני עושה לא שווה כלום. זה 'חרטה'. הם מתים, כואב להם, רע להם, או שהם - לא כואב להם ולא רע להם, ואז מה זה משנה בכלל מה אני עושה או לא עושה. שזה העולם שלנו. אין, אין כאילו דרך אחרת להגיד את זה. אני אומרת כאילו 'Why the f...? bother. עוד אחד מת. עוד אחד התדרדר'".

מדברים אלה מצטיירת תמונה מורכבת, בעלת ניגודים: מצד אחד, הרצון לטפל באוכלוסייה הסיעודית, הגאווה בבחירת מסגרת העבודה וההבנה של התרומה האפשרית של הטיפול הפיזיותרפי במצבים אלה; ומצד שני, ליווי מתמשך עם תחושת עקרות בטיפול במי שהפרוגנוזה שלהם ידועה מראש. נראה, שהקונפליקט הפנימי בין הרצון לשפר את מצבם של המטופלים, שהוא בבסיס המקצוע המכוון ל"תרפיה", להטבה, ובין הידיעה שבמצבים מסוימים העשייה הטיפולית נטולת משמעות משקמת מעבר לנוכחות האנושית - הוא אחד המקורות לתחושת מועקה מוסרית.

חסר בידע מקצועי וניסיון קליני כמקור למועקה מוסרית

מן הראיונות בלטה התחושה של הפיזיותרפיסטים כי הידע מקנה להם את הביטחון לעסוק במקצוע, כלומר, הוא מרכיב מהותי בתפיסת המסוגלות העצמית. כשהפיזיותרפיסט חש שחסר לו ידע, או בהיעדר תפיסת מסוגלות גבוהה, יכולות להתרחש שתי תופעות במקביל - חיפוש ידע והיוועצות מקצועית בצד התעוררות של מועקה מוסרית. תמה זו עלתה מתוך שלל ציטוטים מפרספקטיבות שונות. למשל, צ' העלה נקודה מהותית, שחזרה בראיונות רבים: אנשי המקצוע נעים בין פעולות מקצועיות מבוססות, המאפשרות להם לחוש בטוחים בעשייתם, ובין פעולות שהן בסימן שאלה, שאולי אינן מעודכנות, או שלא נחקרו באופן מקיף ומותרות אותם עם שאלות ותחושת חוסר בידע:

של תפיסת מסוגלות והבהרה של מהו "טיפול משמעותי". כל אלה נוכחים כשנעשים תהליכים רפלקטיביים על-ידי הפיזיותרפיסטים, ואולי אף מסייעים להרחיב את הראייה ההוליסטית באשר לאנשים שבטיפולם, למשל ציטוט מדברי אחת המרואיינות:

"מי שלא פתוח בראש להבין מורכבות של סיטואציה טיפולית או לא טיפולית ולראות את כל הצדדים של אותה סיטואציה, את הטוב מול הרע, זה ממש ככה, את Benefit" מול ה... איך אומרים את ההיפך מ...? זה מאוד, זה מאוד ברור לי... אז אם אתה פתוח ורואה את כל הצדדים, אתה רואה את הרע שאתה עושה, וכל הטוב שאתה עושה... אם אתה לא מבין, אם אתה עובד על אוטומט ועושה את התרגילים שאמרו לך, לימדו אותך מה שאתה חושב שעונה על ההגדרה של פיזיותרפיה - זה להעמיד, להוליך ולתרגל חולים לשמור על הטווחים שלהם ולא רואה את המטופל ב... בפרק הזה בחיים שלו, ומה הצרכים שלו, אז איך אתה יכול לעשות את זה טוב?" (ד')

עד כה ראינו שמועקה מוסרית נובעת ממקורות שונים, שיש לה היבטים שליליים, מייסרים כמעט, בצד היבטים חיוביים, כמו מודעות, ראייה רחבה ותחושת משמעות. יהיה מעניין להוסיף ולמפות את המקורות למועקה מוסרית ואת האופנים שבהם היא באה לידי ביטוי, ולבחון את התופעה דרך תפיסת הזהות המקצועית של הפיזיותרפיסטים. מעניינת טענתה של מרואינת א', שאמרה כי: "אני חושבת שלפעמים מועקה יכולה לנבוע מזה שאתה.. חושב שזה קרה רק לך". דהיינו - כל סוגי המועקה מתעצמים כשהפיזיותרפיסט חש שהוא מתמודד לבד עם הדילמות והתחושות שהן מעוררות. התייחסות נרחבת לנושא זה תוצג בסעיף הבא - "דרכי ההתמודדות עם מועקה מוסרית".

2. דרכי התמודדות עם מועקה מוסרית

מרתק היה למצוא, שהמרואיינים ציינו "ביצוע פעולות רפלקטיביות" ככלי להתמודדות (כתיבה, בחינה עצמית של "מה יכולתי לעשות אחרת" וכיוב'), אך הדגישו שהתמודדות אישית לבדה איננה מספיקה ומותירה "שאריות" של מועקה לא-מטופלת. בניתוח התמתי זוהו שלושה כלים להתמודדות עם מועקה מוסרית, ברמות שונות: "לדבר ולשתף" - התמודדות בעזרת עמיתים, חברים ובני משפחה; "תמיכה מקצועית" -

צורך בליווי של אנשי מקצוע; ו"הצורך במחקר" - העמקה בהבנת התופעה כבסיס להתערבות יעילה.

לדבר ולשתף

כאשר עלה בריאיון הנושא של דיבור ושיתוף עם אחרים השתמשו המרואיינים בביטויים האלה: "להוציא את זה", "לעשות ונטילציה", ועוד. המסר הבולט היה שמועקה מוסרית מתגברת במצבים שבהם הפיזיותרפיסט מתמודד לבדו. י' (בעלת 28 שנות ותק), פנתה בדבריה אל פיזיותרפיסטים "צעירים במקצוע" והמליצה כך:

"...תספר, אל תנסה לשבור את הראש לבד, זה נראה לי הכי נכון, גם אם תשמע שלוש דעות, בסוף תבחר את מה שנראה לך הכי נכון, אבל אל תהיה עם זה לבד, זה אסון, ככה אני חושבת [...] יש אנשים שזה כל הזמן ישגע אותם [...] בסופו של דבר אתה נשחק, בסופו של דבר זה הופך אותך לאדם מריר ועצוב" (י').

חיזוק להמלצתה עולה מן הריאיון עם ל'. ל' דיברה בפתיחות רבה על המשמעות שהיא מייחסת לשיחה על מועקות מוסריות, כולל פירוט של מקרים ספציפיים. היא ייחסה זאת לחוויה הקשה שחוותה בשל היעדר שיתוף לאורך שלושים שנות ותק:

"אני בעיקר מדחיקה [...] הנה, עכשיו שדיברתי אתך רק הוצאתי את זה מהמחשבה, מהדבר הזה... כל הזמן זה היה חבוי. באמת. אבל זה כנראה ישב עליי (דומעת), כי תמיד אני מספרת לך על שתי הדוגמאות האלה. כי הן האחרונות שקרו לי ובטוח היו לי בקריירה עוד הרבה כאלה [...] כן, אני בעיקר מדחיקה, לא מדברת על זה. עם עצמי גם [...] אם לא הייתי מדברת אתך על זה, זה לא היה אולי יוצא".

דוגמאות אלה נבחרו מתוך עשרות ציטוטים שעסקו בחשיבות השיתוף ודיברו על ההקלה הגדולה שנחווית מן הידיעה שאפשר לדבר על מועקות. כמה מן המרואיינים סיפרו שהם משתפים את בני משפחתם או חברים קרובים במועקות שמתעוררות בעבודה, אך הוסיפו שהם מגבילים את מידת השיתוף, את מנעד האינפורמציה, לא דווקא מתוך מחויבות אתית לסודיות, אלא בשל הקושי של השומע להכיל את הדברים. קושי זה מומחש בריאיון עם ו':

של פיזיותרפיסטים בעת שיתוף במועקות ובדילמות: "צריך שמישהו שידע שיש דבר כזה דילמה אתית וכדאי להציף אותה, ינחה קבוצות קטנות באווירה מאוד פתוחה ומאוד אה נטולת השלכות מקצועיות. לתת למטפלים לפתוח את הפה ולהגיד דברים שקשים להם מבלי שיגידו להם 'אבל למה? למה אתה ככה ולמה אתה ככה', בלי ביקורת, בלי שיפוטיות. לתרגל, לתרגל דיונים אתיים. פשוט צריך לעשות את זה, להקצות לזה זמן, להקצות לזה מקום, לאפשר את השיחה הזאת".

מתברר שלפיזיותרפיסטים שהשתתפו במחקר חסרה מסגרת פורמלית או בלתי-פורמלית כדי לדבר על המועקה המוסרית, והם משוועים לתמיכה מקצועית - להכרה בצורך ובלגיטימיות של שיחה בנושא, בהכרה בכך שמועקה היא עניין שמשותף לכולם, שיש פתרונות יישומיים לדילמות אתיות וכי נדרש גם מקום לשיח רגשי לגבי מועקה מוסרית.

הצורך במחקר

רק ת' העלה בריאיון שלו הצעה שתואמת במלואה את ההמלצות המוצגות בספרות.²⁶ ת' התנסה בהיטות, בשטף ובצורה מסודרת. אמנם גם מרואיינים אחרים דיברו על הצורך להבין דילמות אתיות, ללמוד על מועקה מוסרית, לעבור הכשרה להכרת הטרמינולוגיה האתית וכיוצא בזה, אך הוא היה היחיד שדיבר על חשיבות המחקר של המועקה המוסרית כתופעה, ועל זיהוי המקורות לתופעה כבסיס להתמודדות אתה.

"דבר ראשון הייתי מנסה לחקור ולהבין להגיע לשורש הבעיה, למקור הבעיה המוסרית [...] איפה אנחנו הכי הרבה נתקלים [...] אצל איזו אוכלוסייה, איזה גילאים, מאיזה מין, באיזה מקומות, באיזו התמחות ומנסה להעלות השערות, לא לקחת את הדברים כמובן מאליו. למה זה קורה. והייתי נשען לא רק על מחקר פנימי, אלא גם מה קורה בעולם, ומסתכל מסביב ומביט. והייתי מדבר עם אנשים שעכשיו סיימו - טריים, טריים, טריים. הייתי מדבר עם סטודנטים, בודק מה הציפיות והייתי מסתכל ובודק את הסטודנטים אחרי חמש, שש שנים. הייתי מסתכל על [...] החברה הוותיקים, ליתר דיוק - היום אל מול מה שהיה לפני. על ההתפתחות, הייתי מנסה להסתכל על מכלול הגורמים שגרמו להתפתחות הזאת והשפיעו: אם זה (גורם) כלכלי, אם זו תפיסה חברתית

"...היכולת של אנשים שלא עובדים עם אנשים כל-כך פגועים להכיל היא מאוד מוגבלת. יש לי חברה מאוד טובה, שהיא תמיד צוחקת. היא אומרת לי: 'אני יודעת שכשאת מביאה לי סיפורים מהעבודה, זה אחרי שסיננת אותם חמש פעמים... ועדיין זה קשה לי נורא לשמוע את זה'. זה נכון".

מתוך דברי המרואיינים עולה, שכפי שרפלקציה פנימית אינה מספיקה כדי להתמודד ביעילות עם מועקה מוסרית, לעיתים גם שיתוף אחרים אינו מספיק לשם כך. לכן אין זה מפתיע שרבים מן המרואיינים ציינו את הצורך שלהם לקבל ליווי מקצועי נוסף על השיתוף הקולגיאלי. מעניין שההמלצה לשוחח עם פסיכולוג חזרה על עצמה בראיונות השונים, ועדיין, איש מבין המרואיינים לא פנה לטיפול מקצועי כדי להתמודד עם מועקות מוסריות.

תמיכה מקצועית

המרואיינים דיברו על הצורך בתמיכה מקצועית משני סוגים: טיפול אישי/פרטני וליווי לצוותים - ליווי לצוותי הפיזיותרפיה לחוד וליווי לצוותים הרב-תחומיים. הכוונה היא לטיפול ארוך-טווח, קרי, טיפול פרטני מסודר בצורת פגישות אישיות, כתובת מקצועית שניתן לפנות אליה בכל עת, או תוכנית רב-שנתית לשיבות צוות שיש בהן דיונים אתיים בהנחיית אנשי מקצוע מתחום האתיקה ובריאות הנפש. בציטוט שלהלן מובע הצורך בטיפול אישי:

"אני חושבת שאם כל פיזיותרפיסט היה לו לא רק חונך מקצועי במקצוע, אלא כמו שיש לפסיכולוגיים פגישה עם מישהו... לדבר על הדברים האלה, זה חשוב. אפילו אם זה היה פעם בחודש. פעם בחודש, היה עושה הרבה. עכשיו זה עולה לי, לא חשבת על זה מעולם [...] צריכה להיות חניכה כל השנים. כל השנים, כל השנים שאתה עובד. מישהו שאתה יכול לדבר איתו... על הדברים האלה, שהם לא מדוברים [...] הייתי מארגנת לכל אחד מפגש פעם בחודש לשעה עם מישהו שידבר איתם ויוציא מהם את הדברים האלה, כמו שעשית לי עכשיו" (ל').

הצורך בליווי, בכתובת להתייעצות, הומשג בכל הראיונות. ד' הציעה "לקיים מפגשים קטנים...". כלומר, גם לתפיסתה יש צורך בתמיכה מקצועית לצוותים. יחד עם זאת, היא מתארת גם חסמים אפשריים המעוררים מחשבות ושאלות לגבי תחושתם

לא בטוחה אם אני עושה נכון... לפעמים תחושה כבדה ש... גם אם הייתי רוצה לשנות, אני לא יודעת לשנות".

מעניין לציין שרק קומץ מחקרים בחנו את הקשר שבין תפיסת מסוגלות עצמית ובין מועקה מוסרית, ואלה דיווחו על קשרים שליליים חלשים בלבד.^{32,31} עם זאת מחקרים שהציעו דרכים להתמודדות עם מועקה מוסרית הדגישו כי חיזוק הביטחון העצמי של הצוותים, הקניית ידע ומיומנויות המכוונים להעצמה ול"השמעת קול" (voicing) מתוך אומץ מוסרי.^{34,33}

ממצאי המחקר הנוכחי האירו את חשיבות הזיהוי של דילמות ומודעות לדילמות אתיות, כביטוי לרגישות מוסרית (ט': "אם אני רואה עוול... אני יודעת שיש לי גם את ההרגשה הזאת... אני לפעמים רואה משהו בזווית העין... ונראה לי שזה לא טוב"). רגישות מוסרית התבררה כמאפיין התורם להיווצרות מועקה מוסרית, ובו-בזמן, כמרכיב "אישיותי" שהפיזיותרפיסטים לא היו מוותרים עליו לאור תרומתו לעשייתם המקצועית. על-פי הספרות, רגישות מוסרית מתייחסת "לתובנות הסובייקטיביות של איש המקצוע לגבי מה ראוי שיעשה במסגרת תפקידו".³⁵

הקשרים בין רגישות מוסרית ובין מועקה מוסרית נבדקו בהרחבה. במרבית המחקרים נמצא קשר חיובי מובהק, כלומר, לבעלי רגישות מוסרית גבוהה גם מועקה מוסרית גבוהה.^{36,7} אחד המחקרים המעניינים בהקשר זה בדק רגישות מוסרית בקרב אחים ואחיות בפינלנד (n=522) וביפן (n=918), ומצא קשר חיובי מובהק אך חלש בין רגישות מוסרית ובין מועקה מוסרית. זאת, מעבר למאפיינים דמוגרפיים, לתרבות אתית-ארגונית ולתרבות בכלל.³⁷ יחד עם זאת, מחקר שנערך לאחרונה תוך שימוש באותם כלים, הציג קשר שלילי מובהק בין שני משתנים אלה (n=160, p < 0.01, r=-0.37), והסיק שרגישות מוסרית גבוהה תורמת לצמצום מועקה מוסרית.³⁸ מורכבות התופעה מחייבת מחקרי המשך להבנת הקשרים ולבחינה רחבה יותר של מועקה מוסרית כתופעה מרובת משתנים.

נוסף על כך, המחקר הנוכחי הראה שהעיסוק במועקה מוסרית הוא מצומצם ולעיתים אף חסר בשיח האישי, המקצועי והארגוני. הצורך של פיזיותרפיסטים לשתף ולהמליל את תחושותיהם בלט בתוך הראיונות וגם בעקבותיהם, כשהמראיינים הדגישו שעצם ההשתתפות במחקר עזרה

אם זה הגברת המודעות, אם זה כל מיני דברים. הייתי גם מסתכל על מרכיב השכר, על הגשמה עצמית, כמובן. מנסה להגיע לפתרון. אין לי איזה משהו, אין לי תשובה לדבר הזה".

נציין, שבתום הריאיון עם ת', הוא קיבל תשובות לשאלותיו לגבי מטרת המחקר הנוכחי. הוא היה נרגש מאוד לשמוע שניסח את המטרות בריאיון מבלי שנסאל על כך. הוא הדגיש עד כמה הנושא "בוער וחשוב".

דיון

המחקר המתואר במאמר זה משתייך לתחום חקירה ממוקד - "מיקרו-אתיקה" - שצומח בצד גוף ידע עשיר בתחום המוסר. מיקרו-אתיקה עוסקת באתיקה פרקטית המתמקדת בתפיסות ועמדות של מטפלים ממקצועות הבריאות.²⁷ תרומתנו לתחום זה היא בהצעת הסברים אפשריים למועקה מוסרית ובהעמקת הבנתנו את התופעה. המחקר הראה שמועקה מוסרית היא תופעה המלווה פיזיותרפיסטים בעשייתם היומיומית, ונוצרת במפגש שבין תפיסותיהם האישיות ובין המציאות המורכבת שבתוכה הם פועלים. למדנו שלמועקה מוסרית נלוות שאלות, מחשבות ורגשות בנוגע לזהות, למשמעות, ליכולת להיטיב וליכולת לאזן בין ערכים.

בעוד שלאורך רוב שנות המחקר בתחום ניתן דגש להיבטים השליליים של התופעה,^{29,28} במחקר הנוכחי מצאנו ביטוי גם להיבטים חיוביים. זאת, בהתאמה להגדרות החדשות למועקה מוסרית, ובהן: "למועקה מוסרית השלכות שליליות כמו תחושות כעס, תסכול ואשם, אך היא יכולה להיות גם רזז לרפלקציה-עצמית, להתפתחות ולחתימה לקידום זכויות המטופלים".³⁰

הממצאים האיכותניים של המחקר סייעו להרחיב את ההבנה של התופעה מעבר להגדרה דלעיל, שכן הם הצביעו על כך שמועקה מוסרית קשורה בתפיסת מסוגלות עצמית. זיהינו, שהקשר בין תפיסת מסוגלות עצמית ובין מועקה מוסרית איננו לינארי: יש מי שחוה מועקה מוסרית ומפרש אותה כמרכיב משמעותי של תפיסת מסוגלות גבוהה (ו': "אם הייתה לי פחות מועקה, הייתי פיזיותרפיסטית פחות טובה"); ויש מי שרואה בתפיסת המסוגלות הנמוכה מקור למועקה מוסרית (ט': "...אני

קיים צורך במחקרים נוספים לקביעת מדדי תוצאה של "התערבות מוצלחת" התואמים להגדרות החדשות של מועקה מוסרית ולהתבוננות בתופעה כרב-גורמית. יהיה זה אתגר מחקרי מרתק לבחון תוכניות התערבות להתמודדות עם תופעה שהקשרים בין גורמיה אינם בהכרח לינאריים אלא תלויים במתווכים רבים, ושחלקם טרם זוהו או נבדקו בהרחבה. בפיתוח התערבות יש צורך בבחינת תמהיל אופטימלי שיכלול הרחבת ידע רלוונטי, תרגול חשיבה אתית בעזרת סימולציות וניתוח דילמות יום-יומיות, מהרמה הפרטנית לרמת הצוות, ועד לקשרים בין צוותים רב-תחומיים.

להם לנסח ולהבין את המועקות המוסריות שחוו וצברו, וקצתם אף ביקשו ליצור הזדמנויות נוספות לשיתוף. נראה, שמדובר בתופעה שהפיזיותרפיסטים ממעטים להציף, ושחלק מהארגונים ממעטים לתת לה מקום.

יש לזכור שמועקה מוסרית אינה תוצאה של פערים בין הראוי והאפשרי בלבד, אלא היא נובעת גם מתוך דילמות מוסריות אינהרנטיות לטיפול בבני אדם, לעיסוק היומיומי במציאת איזון בין ערכים. על אף התרחבות המחקר האקדמי, ובתוכו ההכללה ההדרגתית של מקצועות הבריאות, חסרה בשטח היכרות עם תחומי הידע באתיקה בכלל ובמועקה מוסרית בפרט, וייתכן שעל הרקע הזה התופעה כמעט ואינה מטופלת. הספרות מדגישה, שלמידה של מושגים בבי-אתיקה ובאתיקה-פרקטית יחד עם תרגול קבוע ושיטתי של המשגת דילמות אתיות מקצועיות, תורמים לפיתוח "מסוגלות אתית" (ethical competence), להתמודדות יעילה עם מועקה מוסרית ולביסוס אקלים אתי ארגוני תומך ומעצים.^{42,40,39} לפיכך, עצם צמצום פערי הידע והטמעת השיח-האתי (moral deliberation) הם צעדים משמעותיים בניהול ההשלכות השליליות של מועקה מוסרית והדגשת היבטיה החיוביים.⁴²

מתוך המחקר הנוכחי ניתן לפתח ולבחון כלים פרקטיים להתמודדות עם מועקה מוסרית. המרוויינים עצמם הדגישו את הצורך שלהם ב"סל תמיכה אתי מקצועי" ברמה הפרטנית, המקצועית והארגונית. כלומר, ליצור שיח אתי מונחה בתוך כל רמה היררכית, ובין רמות ההיררכיה השונות במסגרות העבודה. הכלים שהציעו הפיזיותרפיסטים דומים מאוד למסקנות ממחקרים קודמים שבחנו תוכניות התערבות שונות בקרב צוותי סיעוד, והסיקו שתהליכי רפלקציה אישיים (ללא הכוונה מקצועית), או למידה עיונית קצרת טווח אינם יעילים מספיק להתמודדות עם מועקה מוסרית, אלא נדרשות התערבויות שיש בהן אסטרטגיות למידה והטמעה מגוונות והן מותאמות לצרכים האישיים והארגוניים של המשתתפים.^{44,43,20}

מקורות

א. ענבר, ג' (2020). מועקה מוסרית בקרב פיזיותרפיסטים: היבטים אישיים, מקצועיים וארגוניים, חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה", אוניברסיטת חיפה.

ב. שקדי, א' (2004). מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני - תיאוריה ויישום (עמ' 55-79, 93-104, 111-119, 121-131, 227-242), תל אביב: רמות, אוניברסיטת תל אביב.

- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: the ethical issues*, Engelwood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Beck, J., Randall, C. L., Bassett, H. K., O'Hara, K. L., Falco, C. N., Sullivan, E. M., & Opel, D. J. (2020). Moral distress in pediatric residents and pediatric hospitalists: Sources and association with burnout. *Academic Pediatrics*, 20(8), 1198-1205.
- Lamiani, G., Borghi, L., & Argentero, P. (2017). When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *Journal of Health Psychology*, 22(1), 51-67. doi: 10.1177/1359105315595120.
- Mauro, L. B. (2019). *Describing Moral Distress Among Nurses in Long-Term Care Settings Using Hamric's Framework* (Doctoral dissertation, Fairleigh Dickinson University). retrieved from: <https://www.proquest.com/openview/92cd2b11a06ea6da966cd91503bc7ebe/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Sanderson, C., Sheahan, L., Kochovska, S., Lockett, T., Parker, D., Butow, P., & Agar, M. (2019). Re-defining moral distress: A systematic review and critical re-appraisal of the argument-based bioethics literature. *Clinical Ethics*, 14(4), 195-210. <https://doi.org/10.1177/1477750919886088>.
- Epstein, E. G., & Hamric, A. B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *The Journal of clinical ethics*, 20(4), 330-342.
- Hamric, A. B., Davis, W. S., & Childress, M. D. (2006). Moral distress in health care professionals. *Pharos*, 69(1), 16-23. PMID: 16544460.
- Mareš, J. (2016). Moral distress: Terminology, theories and models. *Kontakt*, 18(3), e137-e144. doi: 10.1016/j.kontakt.2016.07.001.
- Clarke, E. (2016). *Ethical dilemmas experienced by Australian public practice occupational therapists*. (Master's thesis, The University of Sydney). Sydney eScholarship, retrieved from: <https://ses.library.usyd.edu.au/bitstream/2123/14207/1/EmmaClarkeThesisV2.pdf>.
- Kulju, K., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2013). Ethical problems and moral sensitivity in physiotherapy: A descriptive study. *Nursing Ethics*, 20(5), 568-577. doi: 10.1177/0969733012468462.
- Praestegaard, J., & Gard, G. (2013). Ethical issues in physiotherapy - reflected from the perspective of physiotherapists in private practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, 29(2), 96-112. doi:10.3109/09593985.2012.700388.
- Doherty, R. F., & Purtilo, R. B. (2015). *Ethical Dimensions in the Health Professions-E-Book* (pp. 52-69). Elsevier Health Sciences, St. Louis, Missouri: Saunders.
- Campbell, S. M., Ulrich, C. M., & Grady, C. (2018). A broader understanding of moral distress. In *Moral distress in the health professions* (pp. 59-77). Springer, Cham.
- Corley, M. C. (2002). Nurse moral distress: A proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*, 9(6), 636-650. doi: 10.1191/0969733002ne5570a.
- Musto, L. C., Rodney, P. A., & Vanderheide, R. (2015). Toward interventions to address moral distress: navigating structure and agency. *Nursing ethics*, 22(1), 91-102. doi: 10.1177/0969733014534879.
- Rushton, C., & Carse, A. (2016). Towards a new narrative of moral distress: Realizing the potential of resilience. *Journal of Clinical Ethics*, 27(3), 214-218. PMID: 27658276.
- Tigard, D. W. (2019). The positive value of moral distress. *Bioethics*, 33(5), 601-608. doi: 10.1111/bioe.12564.
- Penny, N. H., Ewing, T. L., Hamid, R. C., Shutt, K. A., & Walter, A. S. (2014). An investigation of moral distress experienced by occupational therapists. *Occupational Therapy in Health Care*, 28(4), 382-393. doi: 10.3109/07380577.2014.933380.
- Davis, A. J., Fowler, M., Fantus, S., Fins, J. J., Joy, M., Kruse, K., & Grady, C. (2018). Healthcare Professional Narratives on Moral Distress: Disciplinary Perspectives. In *Moral Distress in the Health Professions* (pp. 21-57). Springer, Cham.
- Jones-Bonofiglio, K. (2020). More Than Moral Distress. In *Health Care Ethics through the Lens of Moral Distress* (pp. 101-110). Springer, Cham.
- Bowen, P. W., Rose, R., & Pilkington, A. (2017). Mixed methods - theory and practice. Sequential, explanatory approach. *International Journal of Quantitative and Qualitative Research Methods*, 5(2), 10-27. ISSN 2056-3639.
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews* (pp. 33-51), SAGE Publications.

23. Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qualitative health research*, 26(13), 1753-1760. doi: 10.1177/1049732315617444.
24. Gibson, W., & Brown, A. (2009). *Working with qualitative data* (pp. 127-144), London: SAGE Publications.
25. Bryman, A. (2017). Quantitative and qualitative research: further reflections on their integration. In *Mixing methods: Qualitative and quantitative research* (pp. 57-78). Routledge.
26. Walton, M. K. (2018). Sources of Moral Distress. In C. M. Ulrich & C. Grady (Eds.), *Moral Distress in the Health Professions* (pp. 79-93). Cham: Springer. doi:10.1007/978-3-319-64626-8_5.
27. Truog, R. D., Brown, S. D., Browning, D., Hundert, E. M., Rider, E. A., Bell, S. K., & Meyer, E. C. (2015). Microethics: The ethics of everyday clinical practice. *The Hastings Center Reports*, 45(1), 11-17. doi: 10.1002/hast.413.
28. Morley, G., Ives, J., Bradbury-Jones, C., Irvine, F. (2019). What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nurs Ethics*, 26(3):646-662. doi: 10.1177/0969733017724354.
29. Deschenes, S., Gagnon, M., Park, T., & Kunyk, D. (2020). Moral distress: a concept clarification. *Nursing ethics*, 27(4), 1127-1146. doi: 10.1177/0969733020909523.
30. Fourie, C. (2015). Moral distress and moral conflict in clinical ethics. *Bioethics*, 29(2), 91-97. <https://doi.org/10.1111/bioe.12064>.
31. Browning, A. M. (2013). CNE article: Moral distress and psychological empowerment in critical care nurses caring for adults at end of life. *American Journal of Critical Care*, 22(2), 143-151. <https://doi.org/10.4037/ajcc2013437>.
32. Harorani, M., Golitaleb, M., Davodabady, F., Zahedi, S., Houshmand, M., Mousavi, S. S., & Yousefi, M. S. (2019). Moral Distress and Self-efficacy among Nurses Working in Critical Care Unit in Iran-An Analytical Study. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 13(11), 6-9. doi: 10.7860/JCDR/2019/41053.13266.
33. Numminen, O., Repo, H., & Leino-Kilpi, H. (2017). Moral courage in nursing: A concept analysis. *Nursing ethics*, 24(8), 878-891. <https://doi.org/10.1177/0969733016634155>.
34. Helmers, A., Palmer, K. D., & Greenberg, R. A. (2020). Moral distress: Developing strategies from experience. *Nursing ethics*, 27(4), 1147-1156. doi: 10.1177/0969733020906593.
35. Lützn, K., & Kvist, B. E. (2013). Moral Distress and its Interconnection with Moral Sensitivity and Moral Resilience: Viewed from the Philosophy of Viktor E. Frankl. *Journal of Bioethical Inquiry*, 10(3), 317-324. doi: 10.1007/s11673-013-9469
36. Christen, M., & Katsarov, J. (2016). Moral sensitivity as a precondition of moral distress. *The American Journal of Bioethics*, 16(12), 19-21. doi: 10.1080/15265161.2016.1239787.
37. Ohnishi, K., Kitaoka, K., Nakahara, J., Välimäki, M., Kontio, R., & Anttila, M. (2019). Impact of moral sensitivity on moral distress among psychiatric nurses. *Nursing ethics*, 26(5), 1473-1483. doi: 10.1177/0969733017751264.
38. Sedghi Goyaghaj, N., Zoka, A., & Mohsenpour, M. (2021). Moral sensitivity and moral distress correlation in nurses caring of patients with spinal cord injury. *Clinical Ethics*, 1-6. doi: 10.1177/1477750921994279.
39. Green, A. W. (2021). *Ethical Decision Making in Nursing Practice: The Impact on Moral Distress*. Doctoral dissertation. retrieved from: <https://digitalcommons.liberty.edu/doctoral/3178>.
40. Källemark S., Arnetz, M.G. Hansson, P. Westerholm, and A.T. Höglund. (2007). Developing ethical competence in health care organizations. *Nursing Ethics*, 14(6): 825-837. <https://doi.org/10.1177/0969733007082142>.
41. Rushton, C. H. (2016). Moral resilience: a capacity for navigating moral distress in critical care. *AACN advanced critical care*, 27(1), 111-119. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2016275>.
42. Morley, G., Bradbury-Jones, C., & Ives, J. (2021). The moral distress model: An empirically informed guide for moral distress interventions. *Journal of Clinical Nursing*. 1-18. doi: 10.1111/jocn.15988. retrieved from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.15988>.
43. Castellanos, N., and M. Gillis. (2019). The lawyer on your side: The power of the interprofessional team in preventing moral distress and empathy erosion. In *Teaching empathy in healthcare: Building a new core competency*, ed. A. Foster and Z. Yaseen, 269-284. Netherlands: Springer International Publishing.
44. Morley, G., Field, R., Horsburgh, C. C., & Burchill, C. (2021). Interventions to Mitigate Moral Distress: A Systematic Review of the Literature. *International Journal of Nursing Studies*, 121. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103984.

לוח 1: משתתפי השלב האיכותני (n=21) - מאפיינים

קוד	גיל	שנות ותק	מגדר	השכלה	סוג מקום העבודה	אחוז מטופלים מעל גיל 65
א	50	23	נ	MA	מכון פרטי (תחום: אורתופדיה)	80
ב	32	4	נ	BA	בי"ח כללי (תחום: טיפול נשימתי)	50
ג	30	1.7	ז	BA	מכון ציבורי - קופ"ח (תחום: אורתופדיה)	60
ד	38	12	נ	MA	מחלקות סיעודיות וסיעודיות מורכבות (טיפול ארוך-טווח)	95
ה	51	25	נ	MA	טיפול בילדים: מסגרת ציבורית - גן תקשורת, וביקורי בית פרטיים	0
ו	35	6	נ	MA	טיפול בילדים ובמבוגרים במסגרת ציבורית - חינוך מיוחד ומסגרת שיקום	30
ח	33	5	נ	BA	טיפול בילדים: בבי"ח כללי, במסגרת התפתחות הילד ובביקורי בית פרטיים	0
ט	34	1.5	נ	BA	בי"ח גריאטרי: מחלקות שיקום ומחלקות מונשמים (טיפול ארוך טווח)	80
י	54	28	נ	BA	בי"ח כללי - שיקום יום: טיפול בצעירים, וביקורי בית פרטיים - טיפול בצעירים ובמבוגרים	25
כ	40	12	ז	MA	בי"ח שיקומי: שיקום מבוגרים באשפוז (תחום: נוירולוגיה)	60
ל	54	30	נ	MA	מכון בתוך בי"ח כללי (תחום: אורתופדיה ונוירולוגיה), וטיפול במבוגרים במחלקות אקוטיות בבי"ח	50
מ	32	5	ז	BA	עצמאי - ביקורי בית ומכון פרטי (תחום: אורתופדיה). מרבית המטופלים בגילאי 80+	95
נ	41	15	נ	BA	מכון בקהילה - עבודה בשתי מסגרות של קופ"ח וביקורי בית מטעם הקופה	50
ס	45	20	נ	PhD	ביקורי בית, קבוצות בקהילה, הוראה (תחום: נוירולוגיה)	85
ע	32	5	ז	BA	מכון בקהילה - קופ"ח (תחום: אורתופדיה)	50
פ	39	14	ז	BA	עצמאי - ביקורי בית ומכון פרטי (תחום: בעיקר אורתופדיה, אך גם טיפולים נוירולוגיים)	50
צ	41	15	ז	MA	מכון בקהילה - קופ"ח. טיפול בילדים ובמבוגרים (גילאי 90-9), (תחום: אורתופדיה)	50
ק	67	42	נ	BA	בי"ח כללי - מחלקות אקוטיות (נוירולוגיה, פנימית, אורתופדיה)	90
ר	65	42	נ	MA	בי"ח שיקומי: מחלקת שיקום, אשפוז יום והוראה	80
ש	37	13	נ	MA	מכון בקהילה - קופ"ח (תחום: אורתופדיה), והוראה	50
ת	33	9	ז	BA	מכון בצה"ל - טיפול בחיילים בסדיר ובקבע (תחום: אורתופדיה, טראומה) גילאי 18-45	0

למען שמירת האנונימיות של המרואיינים, הושמטו מן הלוח חלק מן הפרטים (כגון מגדר, האזור בארץ שבו הם עובדים וחלק מן הפרטים לגבי מקום עבודתם)