

חלק ב': תקציר ומילות מפתח - עברית

כותרת מלאה של המחקר

קידום טיפול בו המטופל במרכז באמצעות הבנת ומיפוי החסמים והמקדמים של הטמעת תהליך קבלת החלטות משותפת בסוכרת: ניתוח איכותני מנקודות המבט של מטופלים, בני משפחה. צוותים רפואיים ומנהלים

חוקרים: שם מלא ושיוך מוסדי

פרופ' אורית קרניאלי-מילר, אוניברסיטת תל אביב, החוג לחינוך רפואי; פרופ' אדי קרניאלי, טכניון; גלית נויפלד קרושינסקי, אוניברסיטת תל אביב, החוג לחינוך רפואי

מילות מפתח

תקשורת מטפל-מטופל, תהליך קבלת החלטות משותפת, גישת "המטופל במרכז", מעורבות מטופלים, תפיסות אנשי מקצוע, שיתוף במחלות כרוניות

תקציר

רקע ומטרת המחקר: תהליך קבלת החלטות משותפת (**תקה"מ**) לגבי טיפול עשוי לסייע להתאמתו למטופל ולהעדפותיו, ולהגברת דבקו בטיפול. אולם הטמעתו בישראל בכלל, ובסוכרת בפרט, מצומצמת והחסמים להטמעה אינם ברורים דיים. מטרת המחקר היתה להבין את החסמים והמקדמים ליישום תקה"מ בסוכרת מנקודת המבט של המעורבים בטיפול. שיטת המחקר: המחקר נערך בפרדיגמה האיכותנית, בגישת ההיטמעות/התגבשות. המחקר כלל ראיונות עומק חצי-מובנים בקרב 61 משתתפים אנשי מקצוע, מנהלים, מטופלים ובני משפחה. הראיונות התמקדו בתפיסתם את החשיבות וההתאמה של תקה"מ לסוכרת.

ממצאים עיקריים: אנשי המקצוע התייחסו לכך שהטיפול בסוכרת אינו רק "שליטה" שלהם והרבה תלוי במטופל. נמצאו שני סגנונות שונים באופן בו הם חווים חוסר שליטה זה ובאופן בו הם משתפים מטופלים: (1) אלו שמבינים ומקבלים מצב זה ובוחרים לשתף את המטופל על מנת לקדם את הטיפול; (2) אלו שמתקשים מאוד עם חוסר השליטה, חווים תסכול ותחושת כישלון ונוטים למעט בשיתוף המטופלים בתהליך הנדרש בתקה"מ. מנהלים זיהו גם אתגרים הקשורים למחסור בזמן, ברצף טיפולי עם המטופל ועם הרופא בקהילה ובהכשרה במיומנויות תקשורת הנדרשות לניהול מפגשים אלו. מטופלים התייחסו לרצון שיקשיבו להם יחד עם החשש לקבל החלטה בעצמם.

מסקנות: אופן ההתמודדות של אנשי מקצוע עם סוגיית "חוסר השליטה" ביחס ליישום הטיפול יכול להיות מקדם או חסם ליישום מלא של תקה"מ. יש צורך להכשיר את אנשי המקצוע להתמודד עם אתגרים אלו ולנהל אותם באופן שיאפשר להם לקדם מעורבות של מטופלים.

המלצות/השלכות לקובעי מדיניות: פיתוח התערבויות ומתן כלים להתמודדות עם חוסר השליטה מתוך הרחבת ההבנה שמעורבות מטופלים בתהליכי תקה"מ יכולים לקדם קביעת והשגת מטרות מותאמות. הוראת מיומנויות תקשורת לניהול שיחות אלו.

Full title of research project

Enhancing Patient Centered Care through Understanding Barriers and Promotors to Implementing Shared Decision Process in Diabetes

Investigators: full name and affiliations

Orit Karnieli-Miller, PhD, Tel Aviv University, Department of Medical Education; Prof Eddy Karnieli, Technion; Galit Neufeld Kroszynski, Tel Aviv University, Department of Medical Education

Key Words

Patient-centered care; Patient involvement; Shared Decision-Making; Patient-physician communication; Patient-physician relationship; Diabetes care

Abstract

Scientific Background: Patient-Centered Care (PCC) is a common healthcare policy approach emphasizing the importance of treating patients as people and involving them in their care. Shared Decision Making (SDM) is a recommended model for practicing PCC and for involving patients in their care. However, its dissemination and implementation efforts in diabetes care globally and in Israel specifically, are limited.

Objectives:

- 1) To identify barriers and facilitators to the dissemination and implementation of SDM in diabetes care from the perspectives of the different stakeholders: medical staff, patients, and family members.
- 2) To provide recommendations to facilitate SDM in diabetes care in Israel.

Methodology: A qualitative, Immersion/Crystallization study. Sixty-one semi-structured interviews were conducted with the stakeholder groups. These focused on their perceptions of SDM in diabetes, and barriers and facilitators to SDM. Vertical and horizontal analysis was used to learn about each interviewee's perception and comparing the different stakeholders' perspectives.

Findings: Diabetes is a challenge for healthcare professionals emphasizing over the patient's adherence regarding day-to-day their "lack of control" diabetes management. We identified two different styles in the manner in which they deal with this challenge: 1) Professionals who came to terms with this "lack of control" and emphasize patients' involvement in their care using most of SDM components; (2) Professionals who experience frustration and a sense of failure and tend toward trying to (over) control the treatment decision with limited use of SDM practices. Diabetes clinics directors also identified challenges related to lack of time during encounters, treatment continuity between the clinic and the community, and communication skills training required when treating people with diabetes. Patients addressed the desire to be heard and take part in deciding about their treatment, with the concern that they lack the required knowledge and would want to learn about it.

Discussion: The way in which professionals deal with the issue of lack of "control" can be a precursor or barrier to their engagement in SDM. Furthermore, understanding of the entire SDM process and using PCC communication skills are needed.

Recommendations: Providing tools to reflect and deal with professionals' sense of lack of "control," can help them learn why and how communicating in a PCC manner and implementing patient engagement through SDM, would support patients' management of their diabetes toward their treatment goals.

חלק ה': Executive Summary- English**1) Scientific Background;**

Patient Centered Care (PCC) is a prevalent healthcare policy approach in Western countries. PCC emphasizes the importance of treating patients as people and involving them in their care. This involvement is critical in chronic conditions, such as diabetes, where ongoing collaboration with open dialogue is required for treatment success. Shared Decision Making (SDM) is a recommended model for practicing PCC in healthcare systems and for involving patients in their care.¹ However, its dissemination and implementation efforts in diabetes care globally and in Israel specifically, are limited.

(2) Objectives;

- 1) To identify barriers and facilitators to dissemination and implementation of SDM in diabetes care from the perspectives of the different stakeholders: medical staff, directors, patients and family members.
- 2) To provide recommendations to facilitate SDM in diabetes care in Israel as part of PCC health policy.

(3) Methodology;

A qualitative study using Immersion/Crystallization.² Sixty-one semi-structured interviews were conducted with four different stakeholder groups: health professionals, directors, patients and family members. The interviews focused on the stakeholders' perceptions of SDM in diabetes prevention and care, and the potential personal, professional, and organizational barriers and facilitators to SDM in diabetes care in Israel. Immersion/Crystallization analysis, using vertical and horizontal analysis to learn about each stakeholder's points of view and comparing the different stakeholders' perspectives.

(4) Findings;

Most healthcare professionals interviewed stated they believe in patient involvement and PCC. Within the interviews, when they addressed their day-to-day practices, some challenges and gaps in the implementation of PCC and SDM were identified. The findings showed that some of the challenges in diabetes care relate to healthcare professional's "lack of control" over patient's day-to-day diabetes management and treatment success. They indicated various diabetes care characteristics such as the need for patient commitment to adhere with the recommendations given for diabetes management, the uncertainty about the treatment success for each patient, even when given the "right" treatment and the risk for long term complications that the patient does not fully understand. Some healthcare professionals have come to terms with this "lack of control", while others try to "fight" it. Their perceptions of the lack of control impacts their communication with the patients.

Those who come to terms with the limited "control" mention their understanding that the patient is the one who lives with the disease on a daily basis. They believe that he has gathered significant knowledge over time and also learned to understand better his needs and abilities. These healthcare professionals speak openly about the patients' role in treating diabetes as they live with the disease 24/7. Therefore,

they emphasize their role as partners in helping patients to find the way to deal with and take care of their diabetes. They perceive their role as one who is accompanying the patient in his process of finding the best treatment for him. They see themselves as professional knowledge providers and supporters. They do not feel they are solely responsible for the treatment's success or failure and for the choice of care. This enables them to share responsibility of care with the patient. Therefore, they tend to increase patients' involvement in their care and implement most of SDM components (except presenting treatment options) (See figure A).



Figure A: The patient as a key partner in the treatment's success

Others are concerned with their responsibility and feel frustrated and intimidated by the limited “lack of control”. These healthcare professionals see themselves as having the authority to make the right decision about the patient’s care, as someone who knows what is right for this disease and this patient. As such, they see themselves as solely responsible for the success or failure of the treatment plan. When dealing with a patient’s lack of treatment adherence, the healthcare professional fears the consequences it will have on the patient, and on himself as a health professional. Non-adherence to the treatment raises concerns for the worsening of the patient’s health. Furthermore, it elevates their negative emotions for the patient, feelings of failure as a health professional, and even concern of being blamed or sued in the future. These concerns have implications on their communication with the patient as they try to regain control over the execution of the implementation of the treatment plan.

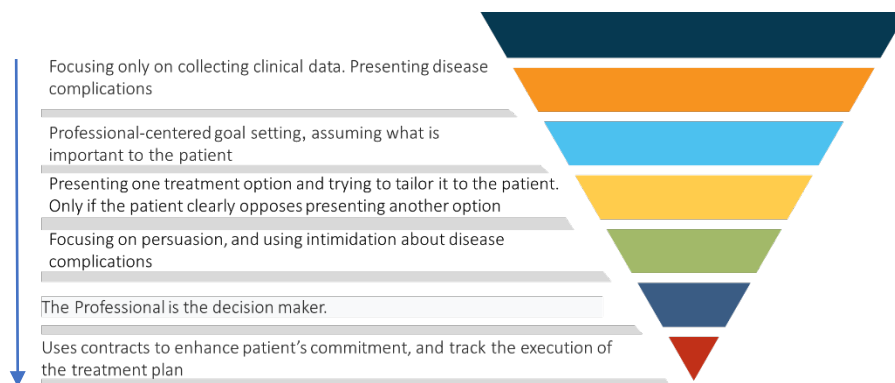


Figure B: The healthcare professional believes he solely has the authority to make the right decision about the patient's care

These healthcare professionals tend to set the treatment goals and plan by themselves. In order to enhance adherence and collaboration they tend to use different tactics such as presenting only one treatment option while trying to tailor it to the patient. Thus, they focus on persuasion, and even intimidation hints emphasizing potential complications that might occur in the future (See Figure B). Patients showed difficulty when encountering these communication styles, vs. their positive experience and trust when the physician listens to them and shows flexibility in the treatment plan.

Diabetes clinic directors, most of them from the first style, identified challenges related to lack of time during encounters, treatment continuity between the clinic and the community, and communication skills training required when treating people with diabetes. Patients addressed the desire to be heard and take part in deciding about their treatment, with the concern that they lack the required knowledge and would want to learn about it.

Furthermore, both patients and health professionals (especially from the second style) had limited knowledge and understanding of the process involved in SDM. They heard the term but most of them focus on the final step of the process – decision making. This elicited patients' concerns and fears that they do not have enough medical knowledge to make decisions and be responsible for them. Physicians were concerned about the idea of shared responsibility and tended to believe that presenting options might be confusing for patients. However, when patients were presented with the Mayo clinic decisional aid they showed interest in understanding more about their treatments and being more involved.

(5) Conclusions;

How professionals deal with the issue of "lack of control" regarding the execution of the treatment plan can be a precursor or barrier to professionals' engagement in SDM. It affects health professionals' emotions and behavior. Difficulty with perceived "lack of control" leads to a tendency toward more paternalistic behavior.

The term, SDM, was perceived by healthcare professionals and patients in a limited manner, as relating mostly to the final stage of decision making. This is a narrow interpretation of SDM that does not address other essential stages and does not refer to the dialogue that should take place. When relating to SDM, we need to emphasize the process rather than the endpoint of decision making. Emphasizing the shared search for possibilities and options in the pursuit of the best treatment option for the patient.⁵³ Therefore, we suggest the mnemonic-term **OPTIONS** - Ongoing Process To Identify Options, Needs and goals.

Diabetes clinic directors believe in the importance of SDM for patients' care and mentioned the need for time, training and continuity of care between inter-professional groups and between the hospital and the community to provide safe, high-quality care to diabetes patients.

(6) Policy Implications and Recommendation;

To date, the focus of SDM interventions was related to decreasing paternalistic attitudes and encouraging patient activation. Focusing on these issues is important, but it is not enough. Educational interventions need to focus on communication skills training focusing on treating people with diabetes, and assisting professionals with dealing with the challenges of feeling "lack of control" about patient adherence and therapeutic outcomes. These interventions can help them learn why and how to

communicate in a patient-centered manner and truly implement patient engagement through SDM can help patients in “controlling” their diabetes.

(7) References;

1. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean?(or it takes at least two to tango). Soc Sci Med 1997;44:681-922.
2. Borkan J. Immersion/crystallization. In: Crabtree BF, Miller WL ,eds. Doing qualitative research (2nd Edition). housand Oaks, CA:: Sage Publications; 1999:179-943
3. קרניאלי-מילר א. הטמעת תהליך קבלת החלטות משותפת בעת הטיפול בסוכרת. מיזם 'עוצמה' בשיתוף אירגון 'אלומה'; eds.2018:70-9; פורמן-אסף ש, הרשקוף ק, ח

חלק ה': דוח מדעי מפורט - עברית

1. רקע מדעי

בשנים האחרונות החלו מערכות וארגוני בריאות בעולם להשקיע מאמצים בקידום גישת "המטופל במרכז" (Patient Centered Care) כחלק ממדיניות הבריאות. על פי גישה זו יש לכבד ולהיענות להעדפות, צרכים ורצונות של המטופל כדי לאפשר לו לקבל החלטות הנוגעות למצבו ולטיפולו הרפואי התואמות בצורה הטובה ביותר את נסיבות חייו.¹ גישה זו מושתתת על התפיסה על פיה יש להתייחס למטופלים, כאנשים ייחודיים הראויים לכבוד מלא² ולהתאמה אישית של הטיפול על פי צרכיהם, תרבותם, אמונותיהם והקהילה בה הם חיים. גישת המטופל במרכז שמה דגש על שיפור מערכת היחסים בין המטפל-למטופל (ולבני משפחתו כשזה נכון ומתאים); סיוע למטופל להבין טוב יותר את מצבו הבריאותי; ולאפשר לו מעורבות אקטיבית גבוהה יותר בטיפול במחלתו.

בבסיס גישת המטופל במרכז עומד המודל של תהליך קבלת החלטות משותפת (תקה"מ - Shared Decision Making).³⁻⁶ מודל זה ממוקד באינטראקציה ובתקשורת הבינאישית שבין איש מקצוע למטופל בעת המפגש הרפואי תוך דגש על חשיבות הדיון ההדדי במידע אישי (למשל: נסיבות חיים, העדפות, רקע תרבותי) ורפואי (למשל: מצב רפואי, אפשרויות טיפול קיימות, סיכונים ותועלות) לשם קבלת החלטה לגבי התוכנית הטיפולית המותאמת אישית למטופל.

מודל תקה"מ התפתח בשני העשורים האחרונים כתוצאה משינוי בציפיות לגבי האופן בו מפגשים בין אנשי מקצוע מתחום הבריאות לבין מטופלים צריכים להתקיים.^{3,7} ממפגשים בעלי אופי פטרנליסטי בהם איש המקצוע הוא בעל הידע, המומחיות והסמכות הבלעדית לקבל את ההחלטות שתהיינה הכי טובות עבור המטופל, לעבר מפגשים בעלי אופי שוויוני יותר. בגישת תקה"מ ישנם שני מומחים במפגש רפואי⁸: האחד, איש המקצוע, בעל המומחיות בנושא המחלה, דרכי הטיפול האפשריות, ותופעות הלוואי של הטיפולים השונים; והשני, האדם המתמודד עם בעיה (המטופל), שהוא בעל הידע לגבי חוויות החיים שלו עם החולי, ערכיו, תפיסותיו, שאיפות חייו ורצונותיו.³ התוכנית הטיפולית הנבחרת באמצעות מודל תקה"מ אמורה לשלב בצורה מיטבית בין הצרכים הבריאותיים לערכים ולהעדפות של המטופל.^{3,9,10}

חוסר יישום תקה"מ בישראל: על אף התאמתו של מודל תקה"מ לגישת המטופל במרכז, התמיכה הרבה בו בעולם, ההכרה הגוברת בחשיבותו האתית והטיפולית,^{6,11,12} ההתאמה שלו לבסיס העקרונות של חוק זכויות המטופל (1996), ושני סקרים עדכניים שהראו שהאוכלוסייה בישראל מעוניינת לקבל מידע ולהיות מעורבת בהחלטה הטיפולית²¹ יישומו והטמעתו בישראל עדיין לוקים בחסר.¹³⁻¹⁶

חשיבות יישום תקה"מ בסוכרת: חסר זה בולט במיוחד בעת הטיפול והתמודדות עם סוכרת.^{10,17} סוכרת הינה מחלת כרונית עימה מתמודדים כ-300 מיליון אנשים ברחבי העולם.¹⁸⁻²⁰ בישראל מתמודדים מעל לחצי מיליון מטופלים עם סוכרת (מרביתם סובלים מסוכרת מסוג 2), והערכות הן שמספרים אלו רק ילכו ויגדלו עם הזדקנות האוכלוסייה. אחוזי התמותה והסיבוכים הנלווים בסוכרת, בין אם באופן ישיר או עקיף, גבוהים במיוחד ועקב כך גובר העומס והנטל על מערכת הבריאות ואנשי המקצוע.²¹⁻²³

איזון הדוק של רמות הסוכר חשוב ביותר במניעת הסיבוכים הכרוניים של סוכרת מסוג 2 כפי שהוכח מעבדתית וקלינית לאורך השנים.²⁴⁻²⁷ אולם, קיימת בעייתיות רבה בהגעה ליעד של איזון הסוכרת, ולו מהטעם שבין הגורמים התורמים לסוכרת מסוג 2 מדובר בצורך לשינוי אורחות חיים (ירידה במשקל, שינוי בהרגלי האכילה, ופעילות גופנית), בטיפול תרופתי פומי ו/או טיפול בזריקות (אנלוגים של הורמון המעי 1-GLP ו/או אינסולין), ופעמים רבות גם טיפול במחלות מטבוליות נלוות כמו יתר שומנים בדם ויתר לחץ דם. גישה וטיפול בסיבוכי המחלה מורכבים אף יותר לדוגמה עקב כאב הנלווה לנוירופתיה סוכרתית, ובעיות ראייה עקב רטינופתיה.

למטופל תפקיד מרכזי בהתמודדות עם סוכרת, במניעה ובהגעה לאיזון הסוכרת על-ידי שינוי אורחות חיים (למשל: ירידה במשקל, פעילות גופנית), משטר נכון של לקיחת תרופות ומעקב אחר רמות הסוכר. כדי ליטול תפקיד כה משמעותי בשמירה על בריאותם מטופלים צריכים לרכוש מידע על מצבם, להבינו, להאמין בחשיבות של הטיפול הנבחר ובהתאמתו אליהם ואל מטרות חייהם.¹⁰ אולם הספרות מראה כי פחות מ 50% מהמטופלים נוטלים את התרופות שלהם בהתאם להמלצה הרפואית שניתנה להם.²⁸ חוסר ההיענות זה הינו תופעה נפוצה ומדאיגה, אשר מחזקת את הצורך להבין את מניעיה ובעיקר למצוא את הדרך לשיפורה בזכות מעורבות המטופלים בטיפול שלהם.

מכאן נובעת החשיבות של גישת המטופל במרכז, באמצעות תקה"מ, בעת הטיפול במחלת הסוכרת. אך על אף שמשד הבריאות בישראל שם לעצמו למטרה לקדם את היישום של טיפול בו המטופל במרכז (כנס ים המלח ה-17), למיטב ידיעתנו תפיסה זו טרם יושמה במלואה בארץ אם כי נושא של קידום מחנכי סוכרת, הדרכת מטופלים ומתן מידע הוא נושא חשוב ומוביל הנתמך על ידי המשרד הבריאות, המועצה הלאומית לסוכרת, והאגודות הישראליות לסוכרת ולאנדוקרינולוגיה.

מכאן עלה הצורך להבין לעומק את החסמים והמקדמים של הטמעת תקה"מ בתחום הסוכרת ולהבין את תפיסת העולם מנקודת המבט של כל השותפים הרלוונטיים לתהליך: מטופלים, שצריכים ליישם את הטיפול בחיי היומיום שלהם, בני משפחה, שצריכים לסייע ביישום הטיפול כולל תמיכה בשינוי באורח החיים, צוות רב מקצועי של מטפלים (רופאים, אחיות, תזונאיות) שבאפשרותם לקדם תקה"מ על ידי שיתוף המטופל במידע והקשבה לו ולערכיו להתאמת התוכנית הטיפולית, ומנהלים שצריכים לתמוך בנושא ולאפשר את הזמן הנדרש כמו גם להקצות משאבים לפיתוח המיומנויות הנדרשות ליישום תקה"מ, כולל מיומנויות תקשורת ועזרי החלטה (Decisional Aids).

2. שאלות המחקר –

המחקר הנוכחי התמקד בכל המעורבים בתהליך קבלת החלטות בסוכרת כדי ללמוד את תפיסותיהם, החסמים והמקדמים, והצרכים שלהם לטובת יישום תקה"מ השם את המטופל במרכז כחלק מהטיפול במחלת הסוכרת במרפאות. מטרות המחקר הספציפיות היו:

1. למידת הנסיון, התפיסות וההעדפות של משתתפים השונים, מטופלים, בני משפחה, אנשי מקצוע ממגוון מקצועות טיפוליים ומנהלים, ביחס לתקה"מ בעת ההתמודדות עם סוכרת
2. מיפוי החסמים והמקדמים ליישום תקה"מ מנקודות המבט השונות

3. זיהוי האמצעים שיכולים לסייע לקדם יישום של תקה"מ בסוכרת בישראל
 4. פיתוח המלצות לקובעי מדיניות ביחס לפעולות שצריכות להעשות על מנת לקדם יישום מדיניות
 בה המטופל במרכז בסוכרת.

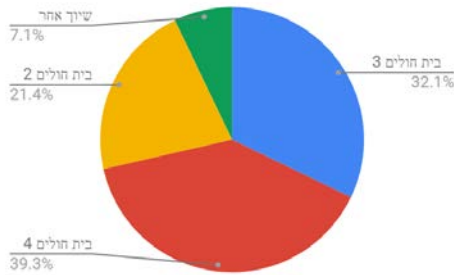
3. שיטות העבודה

בכדי להעמיק את ההבנה לגבי החסמים והמאפשרים מנקודת מבטם של אנשי המפתח בטיפול בסוכרת נעשה שימוש במחקר זה בגישת מחקר איכותנית בשיטת ההיטמעות/התגבשות.²⁹ גישה זו נבחרה מאחר והיא מאפשרת הבנה מעמיקה של הפרספקטיבות השונות ומאפשרת מתן ביטוי לערכים, לידע ולניסיון האישי והמקצועי של משתתפי המחקר. איסוף הנתונים מהפרספקטיבות השונות מאפשר התבוננות והבנת האתגרים ביישום תקה"מ על כל מרכיביו,³⁰ כולל הדילמות ביישום ואי יישום, החסמים והמקדמים שלו, המשגת מערכת היחסים בין התפיסות השונות של המשתתפים השונים ואופן התקשורת שלהם, זאת כדי לזהות מה שעשוי לקדם יישום תקה"מ בישראל בכלל ובסוכרת בפרט.

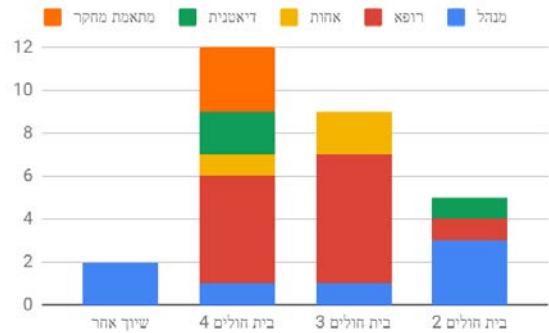
דגימה ואוכלוסיית המחקר: במחקר זה נעשה שימוש בדגימה מכוונת המשלבת בין דגימת קריטריון (criterion sampling) ודגימה הומוגנית.³¹ דגימת הקריטריון נבחרה ככזו המכוונת להקיף רק אוכלוסייה של אנשי המפתח בטיפול בסוכרת קרי, מטופלים, בני משפחה, מטפלים ומנהלים/ות. ההיבט ההומוגני של הדגימה קשור להצטמצמות למחלה כרונית מסוימת, סוכרת מסוג 2, ולאוכלוסייה ספציפית, סוכרת מסוג 2 בקרב מבוגרים (מעל גיל 40), שאובחנו לפחות שנה לפני הראיון בהנחה כי הספיקו להפנים את עובדת מחלתם ואמורים להיות יותר מעורבים בניהולה.

לטובת הבנה מקיפה של החסמים והמקדמים רואיינו 61 אנשי מפתח שעשויים להיות בעלי משמעות בקידום או מניעת תהליך זה. אנשי המפתח הם: (1) מטופלים, גברים ונשים, המתמודדים עם מחלת הסוכרת מסוג 2, המטופלים במרפאות ייעודיות לסוכרת או במרפאות של רפואה ראשונית באזורים שונים בארץ – רואיינו 26 מטופלים בגילאי 57-77. (2) בני משפחה המעורבים ישירות (נוכחים במפגשים) או בעקיפין (עוזרים או מקשים על יישום הטיפול בבית) בטיפול בבן המשפחה שלהם. בני המשפחה רואיינו ביחס לתפיסת התפקיד שלהם ורצונותיהם למעורבות- רואיינו 7 בני משפחה – בני זוג וילדים בגירים; (3) אנשי מקצוע המטופלים בסוכרת – רופאים אנדוקרינולוגיים, רופאי סוכרת ורופאי משפחה, צוות סיעודי סוכרת, תזונאים, מתאמות טיפול ומחנכי סוכרת המעורבים בטיפול הישיר ובעלי הידע המקצועי שנדרש לתהליך השיתוף (ראה גרף מספר 1). אנשי הצוות גויסו ממרפאות שונות בעיקר מבתי חולים בכדי לאפשר מגוון תפיסות וניסיון אישי ומקצועי (ראה גרף מספר 2) – רואיינו 21 אנשי צוות. (4) מנהלים/ות של מרפאות סוכרת רואיינו כדי להבין את ההיבט של מחסומים ומקדמים ארגוניים, לדוגמה הבנת התפיסה הארגונית והקצאת המשאבים לטיפול בו המטופל במרכז- רואיינו 7 מנהלים. מנהלים אלו הם גם רופאים המטפלים ישירות במטופלי הסוכרת ולכן עמדתם מיוצגת גם בקרב אנשי המקצוע וגם בתת פרק נפרד הכולל מספר דגשים נוספים שעלו מעצם תפקידם כמנהלים.

גרף מספר 2: התפלגות אנשי מקצוע לפי בתי חולים



גרף מספר 1: התפלגות מקצועות לפי בתי חולים



להתפלגות אנשי המפתח על פי סוג ומגדר, וכן ממוצע גילאים ע"פ סוג אנשי המפתח ראה טבלה מספר 1. טבלה מספר 1: דמוגרפיה של מרואיינים

גיל ממוצע	סהכ	נשים	גברים	סוג משתתף
46.19	28	20	8	אנשי מקצוע ומנהלים
67.28	26	12	14	מטופלים
66.42	7	6	1	בני משפחה
	61	38	23	סה"כ

כלי המחקר: ראיונות עומק חצי-מובנים³⁴ עם המשתתפים השונים. ראיונות עומק חצי-מובנים איפשרו למרואיינים להציג, בצורה מלאה ומפורטת, את תפיסת עולמם ולהעלות נושאים נוספים רלוונטיים. במחקר זה נעזרנו במדריכי ראיון חצי-מובנים עבור כל סוג אוכלוסייה. מדריכי הראיון נבנו על בסיס הספרות בתחום, מחקרים קודמים³⁵⁻³⁷ ופילוט למחקר זה. מדריכי הראיון כללו שאלות ביחס לאופן שיתופם של מטופלים ובני משפחה בהחלטות בפרקטיקה היומיומית; שאלות ביחס לאופן מתן וקבלת המידע והתפקיד המועדף עבור כל אחד מהמעורבים בתהליך קבלת ההחלטות בסוכרת. שאלות אלו איפשרו הכרות עם סוג המידע, נושאי ההחלטות ומידת ההשתתפות שמטופלים ובני משפחה נחשפו אליהם בעבר, כמו גם הכרות עם העדפותיהם ותפיסות העולם של המשתתפים השונים. חלקו השני של מדריך הראיון כולל התייחסות לחסמים ומקדמים שהם חוו או שהם מזיהים ביישום תקה"מ. בחלק זה הוצגה למרואיינים הגדרה של תקה"מ על מנת שיוכלו לזהות מה הפער בין ההגדרה לתפיסתם, מה תואם את רצונותיהם ומה חסר. חלקו השלישי של הראיון כלל הצגת אפשרויות שונות ליישום תקה"מ בסוכרת אשר הוצעו בספרות. לדוגמא, הוצג כלי עזר להחלטה הקשור לסוכרת שפותח בארה"ב (Diabetes Medication Choice) שהמרואיינים התבקשו להתייחס אליו.

מדריכי הראיון הנם בעלי מרכיבים דומים בין האוכלוסיות השונות (לאפשר הבנת סוגיות זהות מנקודות המבט השונות – לדוגמא כיצד הם מבינים את ההגדרה של תקה"מ) ובמקביל היו שאלות ייחודיות לכל אוכלוסייה (לדוגמא מנהלים נשאלו "מהם לדעתכם הגורמים (הטכנולוגיים, ארגוניים וניהוליים) שעשויים לאפשר יישום תקה"מ?"). הראיון היה גמיש ודינמי ואיפשר העלאת תחומי תוכן נוספים מעבר

לשאלות המופיעות במדריך הראיון (לדוגמא, התייחסות לסוגית הפשרות בהחלטות טיפוליות).³⁸ לאחר ביצוע הראיונות הראשוניים עם כל קבוצה וניתוח ראשוני שלהם עודכנו מדרכי הראיונות. כל הראיונות הוקלטו ותומללו מילה במילה על מנת לאפשר ניתוח מעמיק המתמקד בשפה בה משתמשים המראיינים. בסיום הראיון כל משתתף מילא שאלון דמוגרפי.

הליך המחקר: צוות המחקר הציג את המחקר לאנשי צוות של 3 מרפאות סוכרת בבתי חולים בארץ והציע להם להשתתף במחקר. לאחר הסכמתם וחתימה על טופסי הסכמה מדעת בע"פ נקבע עמם ראיון. בהמשך, הרופאים במרפאה התבקשו לאתר מטופלים, להציע להם להשתתף במחקר ולבקש את אישורם להעביר את פרטיהם לצוות המחקר. צוות המחקר נפגש עמם ולאחר הסבר בעל פה ובכתב בקשו מהם לחתום על הסכמה מדעת. לאחר חתימתם, הם רואיינו במקום המועדף עליהם (המרפאה, הבית). בנוסף, אותרו עוד שני אנשי צוות ומנהלים ממסגרות אחרות (מרפאה בקהילה ובית חולים).

ניתוח נתונים: ניתוח הנתונים נעשה בגישת ההטמעות/התגבשות.²⁹ גישה זו מתאימה ללמידה על תפיסותיהם של המשתתפים³⁹ ולהבנת חוויותיהם ורגשותיהם⁴⁰ ולזיהוי חסמים ומקדמים מנקודות מבט שונות. ניתוח הנתונים נעשה באמצעות תוכנה בפיתוח ישראלי לסידור נתונים איכותניים שנקראת נארלייזר (Narralizer), והתבצע בשלושה שלבים על ידי צוות המחקר - מנהלת הפרויקט, עוזרת המחקר והחוקרת הראשית. ניתוח הנתונים כלל ניתוח אופקי וניתוח רוחבי. השלב הראשון כלל ניתוח אופקי התעמקות בכל ראיון בנפרד במטרה להכירו לעומק ולקבל תמונה כוללת שלו (familiarity). בשלב זה זוהו משפטים/קטעים בעלי משמעות שקבלו שם על פי התוכן שלהם.³⁰ לדוגמא סוגי חסמים ומקדמים, העדפות ותפיסות אישיות. במסגרת הניתוח פותח מדריך קידוד שכולל את הקטגוריות שזוהו ודוגמאות רלוונטיות. מדריך זה שימש לניתוח הראיונות הבאים. המדריך נבנה בשותפות בין החוקרים בתהליך מעגלי עד להגעה להסכמה.^{41,42} הניתוח הרוחבי כלל השוואה בין קטעי משמעות שונים, בין הקטגוריות השונות.^{30,40} הניתוח התמקד בסיפורי מקרה ודוגמאות מובחנות לשם הבנה עמוקה יותר של תהליך קבלת ההחלטות והבנת התפיסות והמניעים המשפיעים על תהליך זה. בעת ניתוח הנתונים התקיימה השוואה מתמדת בין התפיסות של משתתפים שונים (לדוגמא זהו שני סגנונות של אנשי מקצוע – והשוואה ביניהם הבהירה את תפיסתם – דוח זה יתמקד בממצא זה לאור חשיבותו הרבה בהכשרת הצוותים). מאוחר יותר התבצעה השוואה בין הקבוצות השונות של אנשי המפתח – זיהוי תפיסות, עמדות, חסמים ומקדמים של מטופלים לעומת מטופלים, רופאים לעומת אנשי מקצוע אחרים, ומטופלים לעומת מנהלים. השוואות אלו איפשרו הבנה מעמיקה יותר של הייחודיות והדמיון בדילמות, חסמים ומקדמים של תקה"מ.

איכות המחקר ואמינות הניתוח (Trustworthiness): כדי להבטיח את איכות המחקר והאמינות של הממצאים ננקטו האמצעים הבאים: (1) טריאנגולציה של ריבוי חוקרים – ניתוח הנתונים הראשוני נעשה בתחילה בנפרד על ידי חברי קבוצת המחקר שכוללת אנשי מקצוע מדיסיפלינות שונות, ביניהן: תקשורת ברפואה, אנדוקרינולוגיה וחינוך רפואי. לאחר מכן נערך דיון לגבי הפערים בניתוח עד שהושגה הסכמה ופרספקטיבה רחבה, ונבנה מדריך ניתוח ברור ומוסכם (codebook). שילוב זה של החוקרים מהדיסציפלינות השונות חשוב לפיתוח התהליך הרפלקטיבי (ראה למטה) ולהגברת אמינות הניתוח. (2) טריאנגולציה של ריבוי פרספקטיבות – שילוב הקולות של כלל המשתתפים הרלוונטיים לתהליך קבלת

החלטות משותפת – מטופלים, בני משפחה, אנשי מקצוע ומנהלים איפשר להבין את הזוויות השונות והמשמעותיות, העדפות והשלכות של המשתתפים השונים ולימדה את החשיבות הרבה דווקא של האופן בו אנשי המקצוע תופסים את המעורבות הנדרשת והיכולת לקיימה כתנאי בסיסי ליישום. לדוגמא, עלה כי רופאים שונים מדלגים על שלבים חיוניים בקבלת החלטות משותפת ולכן לא באמת מתאפשרת למטופלים ההזדמנות להיות שותפים. (3) לאור חשיבותו של איכות הראיון והתפקיד המשמעותי של המראיין התבצעה הכשרת מראיינים מקיפה. החוקרת הראשית ביצעה חלק מהראיונות והכשירה את המראיינים בכדי שיהיו קשובים לנושאים ייחודיים שיועלו על ידי המראיינים ושצריך להתעמק בהם, כמו גם ליכולת של המראיינים למסגר (bracketing) את תפיסותיהם והידע המוקדם עמם באו.^{45,46} מסגור הידע והתפיסות האישיים איפשרו פניות לאיסוף נתונים וגילויים חדשים בניחות הנתונים.⁴⁷ תהליך זה נעשה גם במהלך ניתוח הראיונות באמצעות רפלקציה ובחינה מעמיקה של העמדות האישיות (לדוגמא, הפחתת שיפוטיות כלפי חלק מאנשי המקצוע).

אתיקה: המחקר הוגש לאישור ועדת האתיקה של אוניברסיטת תל אביב שמאפשרת ראיונות עם מטופלים ממוסדות שונים וועדות ההלסינקי של שלושת בתי החולים שהשתתפו במחקר. מחקר איכותני מחייב הבטחת סודיות, העברת מידע נאמן לגבי תוכן הראיון ומהלכו לפני תחילתו, הצהרה כי אין רווח מהראיון לאף אחד מהצדדים פרט לתרומה למחקר עצמו ווידוא כי המראיין יכול להפסיק את הראיון באמצע או לא לענות על שאלות, ללא כל השלכות לגביו.^{30,48} ההשתתפות במחקר הנוכחי וניתוח הנתונים התבצעו רק לאחר שהמשתתפים חתמו מראש על טופס הסכמה מדעת. הובהר למשתתפים שהם יכולים להפסיק את השתתפותם בכל שלב במחקר. הובטחה סודיות ופרטיות על-ידי שינוי פרטים מזהים של המראיינים והמרפאות/בתי החולים בתמלולים, ובכל פרסום של החומרים. הקלטות הראיונות, התמלולים וכל חומרי מחקר אחרים נשמרו והם נגישים רק לצוות המחקר.

4. הממצאים

ניתוח הראיונות התמקד בנסיון להבין כיצד המשתתפים השונים חווים את ההתנהלות היומיומית סביב קבלת החלטות בסוכרת והמקדמים והחסמים בהטמעה של תקה"מ. לאור הגילוי של החשיבות של האופן בו אנשי המקצוע המטופלים תופסים ומיישמים תקה"מ מרבית הדוח הנוכחי מתמקד בהם, בשילוב התייחסות לצרכיהם וחוויותיהם החשובות של מטופלים ובני משפחה (חלקן משולבות בפרק המתמקד באנשי מקצוע לייצג את תפיסתם וחלקן בתת פרק נפרד) ודגשים נוספים שהעלו מנהלים.

בראיונות אנשי המקצוע התייחסו לתפיסה שלהם את הסוכרת כמחלה מורכבת המעוררת צורך להתמודד עם אתגרים שונים בעת הטיפול בה ובמפגש עם המטופלים. מרפאות הסוכרת שלקחו חלק במחקר הן מרפאות בבתי חולים אשר מטפלות במטופלים שמגיעים בדרך כלל בהמלצת רופא המשפחה בגלל שהם לא מאוזנים, ובגלל מורכבות של מחלות רקע נוספות. בכדי לטפל בסוכרת יש צורך בהתייחסות למערכות שונות בגוף, להיסטוריה הקלינית של המטופל, ולהכיר את אורחות החיים שלו. אנשי המקצוע התייחסו להשקעה הנדרשת: "זה לא טיפול זבנג וגמרנו".

סוכרת זה לא רק סוכר בדם. (זו מחלה) מולטי סיסטמית. זה צריך השקעה, השקעה. אי אפשר. (זה) צריך להיות בוקר, וצריך להיות זמן מסוים לחולה... אנמנזה. שואלים המון שאלות. וסוכרת, עוד פעם, זה לא רק סוכר. עיניים, לחץ דם, דפקים, מה אוכל, כמה הוא מזריק, מה אורח החיים שלו. יש המון דברים שנכנסים ממש ב... אפשר לעשות תוך חמש דקות ולשחרר, אבל זה לא רפואה. זה אחד רוצה ככה, אחד רוצה... יש המון דברים שצריך לשאול...לפעמים החולה הזה לוקח שעה שלמה לשבת איתו. זה כאילו אתה גונב את הזמן הזה מאחרים, שיותר קלים...כי זה החולים מורכבים...מרפאת סוכרת! פה יש את כל הפסיליטיס, יש את האחות, דיאטנית, יש פה שיתוף פעולה (סילבי, רופאה) סוכרת היא נושא מאתגר... זה אומר, הרבה זה לא רק לטפל וזהו. כאילו לתת את המרשם ולשלוח את המטופל הביתה. וזו השקעה מיוחדת (סעיד, רופא)

הרופאים תיארו את המורכבות בטיפול בחולי סוכרת המחייבת תשומת לב והתנהלות בתחומים שונים. את הצורך לתת רפואה איכותית, שלא מסתפקת במרשם כזה או אחר או שחרור מהיר, אלא התעניינות, שאילת שאלות רבות, בדיקה, הדרכה ועבודה בצוות רב מקצועי (נושאים שגם המנהלים הדגישו). בראיונות הם הדגישו כי אין פרוטוקול אחד ברור שניתן להפעיל וליישם על כולם, אלא שינויים לאורך זמן ואף התמודדות עם הרעה לאורך השנים.

גם **המטופלים דיברו על חוסר הוודאות שיש בטיפול**, את התחושה שהם חווים כשהרופאים מנסים למצוא טיפול שיאזן את הסוכר, "Ginny pig אתה חלק מהניסיון":

זה הכל ניסוי וטעייה. הם יודעים שהמצב הוא איקס והם מנסים כל מיני דברים לפי המידע שמגיע אליהם. והם עושים ניסוי וטעייה. פעם זה מצליח, פעם זה פחות. ולאורך זמן בדרך כלל הגוף מתרגל ואז צריך לשנות, אצלי לפחות. היה איזה תקופה שלא הצלחנו להגיע לשום דבר (נחמה, מטופלת, 30-34)

מטופלים מתארים מעגל של התמודדות בדרך פתלתלה, לא צפויה, או כזו שלמעשה לאורך זמן צפויה להשתבש. הדיבור ברבים מייצג את תחושת השותפות בחיפוש שאולי קצת מפחיתה את התסכול והכעס שהיו עלולים להיחוו.

אחד האתגרים העיקריים בהצלחת הטיפול, מנקודת המבט של אנשי המקצוע, היא התלות של אנשי המקצוע בהתנהגות של המטופל. השאיפה לשמר את המחלה תחת איזון מייצרת צורך, עבור המטופל, לפעול במספר היבטים ולשלבם בשגרה היומיומית שלהם. היבטים הכוללים הקפדה על - תזונה, פעילות גופנית, טיפול תרופתי וניטור ערכי הסוכר. זה מאתגר עבור המטופל (בפרט כל עוד הוא לא רתום לכך), וגם נחוה כמאתגרת עבור אנשי המקצוע הדואגים לגורל מטופליהם. אנשי המקצוע מספרים שהצלחת הטיפול או הגעה לתוצאה הטיפולית הרצויה נתונה בידי המטופל ונגזרת מהמידה בה הוא מקפיד ליישם את הטיפול, יותר מאשר שמצויה ב"שליטה" של איש המקצוע המטפל, "הוא [המטופל] לומד את המחלה, הוא לומד את הגוף שלו. אף אחד לא יכול לעשות את זה במקומו..." (סילבי, רופאה). הרופאים מדגישים כי לכן, הדגש בסוכרת הוא שלא מדובר רק בלמצוא את הטיפול הנכון, לקבל את ההחלטה המקצועית הנכונה, אלא

למעשה צריך לגרום למטופל ליישמה, ולהתמיד בה לאורך זמן, מתוך הכרה ש"זה קשה להתמיד בטיפול לאורך זמן" (חני, רופאה).

אנשי המקצוע הצביעו על פערים הקיימים בין מה שמטריד אותם, כאנשי מקצוע, ביחס לטיפול, לבין הדברים שמטרידים את המטופלים. אנשי המקצוע מדגישים את הפער בהבנה של מטופלים ביחס למורכבות הטיפול והציפייה הלא מותאמת שלהם שתמצא תרופה שתפתור את הבעיה. במקביל אנשי המקצוע מצפים ממטופלים להבין ש"סוכרת זה מחלה שמלווה אותך. זה אורח חיים. מחלה של אורח חיים, זה לא משהו שהתערבות נקודתית וגמרנו" (ריעד, רופא). פער נוסף ומשמעותי הוא שבעוד שאנשי המקצוע מודאגים מההשלכות העתידיות הקשות שעלולות להיות לסוכרת ומנסים לפעול כדי למנוע אותן, המטופלים לא תמיד מצליחים להבין ולעכל זאת. **בעוד אנשי המקצוע מוטרדים מההשלכות השליליות של סוכרת לטווח הארוך ולכן מעוניינים מאוד לסייע למטופל להגיע לאיזון, המטופלים מוטרדים מהטווח הקצר וחוששים מההשפעה של הטיפול התרופתי ושינוי באורח החיים על חיי היומיום שלהם:**

יש אנשים שלא מעוניינים, לא משנה שאת משקיעה זמן, את יושבת חצי שעה, ארבעים דקות, טיפול רב צוותי, מסבירה את כל הדברים, מוודאת שהם מבינים, והם מתוך החלטה מודעת של הבנה אומרים – אני לא מוכן לוותר על החופש שלי, תודה רבה (מושיק, רופא) הרופא מדגיש פער גדול בין ההשקעה הרבה בהסבר, ברצינות, בתקשורת נכונה ווידוא הבנה, לבין הבחירה של המטופל ברווח לטווח קצר.

מורכבויות אלו יוצרות אצל הרופאים תחושה של "חוסר שליטה" לגבי התנהלות המחלה והטיפול בה, ואף לגבי התנהגות המטופלים: "הוא [המטופל] כן יושב ואומר לי כן [לגבי הטיפול] ואני אנסה ואני מבין ואני לא יודעת הלאה כשהוא יצא מפה מה הוא יעשה" (יפית, רופאה). הרופאים המטפלים בסוכרת התייחסו למצב בו יש צורך להתמודד עם חוסר הוודאות ו"חוסר השליטה" לגבי התנהלות המחלה, תוצאות הטיפול, והתנהלות המטופל בביתו, ביומיום.

אני מטפל בסרטן בלוטת התריס, חולי סרטן, אבל שם יש לי שליטה, אני יודע מה יש להם, אם אין מידע מספיק טוב, אני שולח אותם לעוד חוות דעת...בשביל שיהיה לנו מידע טוב, אחרי מידע טוב מקבלים ביחד החלטה, עם החלטה עושים משהו ואז אנחנו יודעים איפה אנחנו עומדים. אבל, זה לא בידיים של המטופל כמעט. המטופל הולך לניתוח. זה תלוי במנתח, זה לא תלוי בו. המטופל צריך לקחת יוד רדיואקטיבי...כל יום אבל השליטה היא אצלי...בסוכרת זה הרבה יותר מעייף...רוב החוויה שלנו זה היומיום הלא קל (ינון, רופא) בסוכרת התוצאה לא תלויה בידי הרופא, או בפעולה כזו או אחרת שלו, אלא בידיים של המטופל. יש החלטה יותר וודאית, מבוססת מידע, וישום שתלוי ברופא מנוסה ומיומן.

תחושת "חוסר השליטה" נחווית בצורה שונה בין אנשי המקצוע. חלק הביעו הבנה וקבלה של חוסר השליטה בטיפול בסוכרת. אנשי מקצוע אלו תפסו את המטופל כבעל האחריות לגבי המחלה והטיפול בה והם הציגו תקשורת המשתפת את המטופל, עם השקעה בחיבור לצרכיו ולרצונותיו ולהבנתו את מצבו – אלו נטו יותר לבצע תהליכים של תקה"מ. לעומתם, אנשי מקצוע אחרים חשו קושי בהתמודדות עם חוסר השליטה. הם תפסו עצמם כבעלי הידע ובעלי אחריות מלאה וכמעט בלעדית לטיפול, והם הציגו

תקשורת שבה הם השקיעו בניסיון לשכנע את המטופל לקבל את הטיפול שהם האמינו שהכי נכון עבורו. החלק הבא יתאר את שתי התפיסות הללו ואת סגנון התקשורת הנובע מתפיסה זו.

סגנון א' אנשי מקצוע המקבלים את תחושת חוסר השליטה ומחזיקים בתפיסה על פיה המטופל הוא שותף מרכזי בהצלחת הטיפול

אנשי מקצוע המחזיקים בתפיסה זו מציגים הבנה וקבלה של חוסר השליטה בטיפול בסוכרת. הם מכירים בכך שהמטופל חי את המחלה באופן יומיומי, הוא בעל ידע משמעותי לגביה ולגבי צרכיו ויכולותיו, והוא בעל האחריות לגביה. אנשי מקצוע אלו מדברים באופן גלוי ושלם ביחס לידע וליכולת המוגבלת שלהם בהשפעה על התנהלות המטופל 24/7 ולכן מדגישים את תפקידם כמצטרפים וכשותפים לרצונו של המטופל להתמודד ולטפל בסוכרת. הם מגדירים את תפקידם כספק של ידע מקצועי, שאינו האחראי הבלעדי להצלחת הטיפול ולבחירתו. לפי תפיסתם איש במקצוע מלווה את המטופל בתהליך של חיפוש דרכי הטיפול הטובות ביותר עבורו והכרה בתפקידו המשמעותי של המטופל בטיפול במחלתו. לתפיסתם גישה זו מאפשרת להם לשתף את המטופל באחריות לטיפול, ולהגביר את מעורבותו:

ההכרה שלנו כמטפלים בכך שהוא (המטופל) בעל הידע, היא קריטית. אני אומרת לחולים הרבה פעמים: אתה חי עם עצמך, אתה חי עם הסוכרת כבר 22 שנה...אני, פוגשת 20 מטופלים אבל אתה חי 24 שעות עם הסוכרת. זה נקודה קריטית...היא קריטית מבחינתי, 1 ל humbleness -ליכולת שלי להכיר שהגבולות שלי מוגבלים. היא קריטית בשביל המטופל, שאני אזהה ואגיד לו את זה מפורשות. זה קריטי להחלמה שלו כי בסופו של דבר הוא זה שיכול לעשות את השינוי...הוא זה שיכול להחליט כך או אחרת. אני לא יכולה לעשות את זה...אני גם מגדירה, התפקיד שלי הוא להיות, To be. לא לרפא... ואני חושבת שבאמת, שכשחולה אומר לי: "יה, הצלת אותי". אני אומרת לו: "אני לא לוקחת אחריות על ההצלחה. ההצלחה היא שלך. אם אני אצטרך לקחת אחריות על ההצלחות, אני אצטרך לקחת אחריות על הכישלונות." וזה נכון, ההצלחה, אני יכולה להיות שותפה לה...במקום של humbleness שאני יכולה לתת את עצמי, בכל מה שאני יכולה אבל אני לא יכולה לקחת על זה אחריות מלאה, ולכן אני לא מגיעה כל כך לתסכול במקצוע שלי (ורד, רופאה)

הצניעות ממסגרת את מערכת היחסים של הרופאה עם המטופל ועם ההתמודדות עם מחלתו. הרופאה, המייצגת את הטיפוס הראשון, השותף לאחריות ולעשייה, מעצימה ומדגישה את הכוח הקיים אצל המטופל. היא מדגישה את תפקידו האקטיבי בעשייה יומיומית, לעומת תפקידה הפאסיבי והקצר, מפגש אחד מני רבים. לא מדובר בתחושת נחיתות או קושי עם הגדרת תפקיד זו אלא דווקא בתחושת השלמה עם מגבלות היכולת של הרופאה בטיפול בסוכרת, המוביל אותה להדגיש את החשיבות של מעורבות המטופל כדי למנוע תסכול מהדברים שאינם בשליטתה.

כפועל יוצא מההתייחסות לקשר שבין הרופא והמטופל כקשר שיתופי, רופאים המחזיקים בתפיסה זו משקיעים בבניית קשר ואמון הדדי כבסיס לקבלת ההחלטות לגבי הטיפול. הם תופסים את הקשר כהכרחי בתהליך הארוך שלאורך הזמן יוביל גם לשינוי בזכות זה שהמטופל יבין, ילמד, ישנה את אורח חייו:

...הנושא הזה של קבלת החלטות, זה צריך להיות הרבה הרבה יותר מאוחר. בסוכרת אין קבלת החלטות שהיא כאן ועכשיו. זה כל פעם אתה בונה לכל מפגש, מה רלוונטי, מה השאלות שאתה שואל ואיפה, איפה, איפה אני יכולה לטפל, איפה אני יכולה לתת את החלק שלי ובעיקר מה המטופל רוצה לקבל מהחלק שלו, ורק אחרי הרבה זמן שאתה... שיש איזה מצב של אמון הדדי, בעיקר אמון של המטופל בך, ברצון שלך לתת מענה אמיתי למה שמציק לו, רק אז אפשר להביא את מה שלי חשוב. (נעמי, רופאה)

הדגש הוא על האמון שצריך להיבנות, שהמטופל יוכל לסמוך על המטפל שהוא רואה אותו, קשוב לו וידאג לדברים שמפריעים לו. הם אוספים מידע ראשוני המתמקד **בהבנה של מה שמטריד את המטופל**. הם מחוייבים ללמוד עליו ועל צרכיו ולהתאים אליו. כחלק מתהליך זה הם פועלים ליצירת מקום פתוח לשיח שבו המטופל יוכל לדבר על הכל ויאפשר לרופא להכיר אותו טוב יותר כדי לקדם התאמה של הטיפול לצרכיו, לערכיו ולאורח חייו. בשלב הזה הם אוספים **מידע אישי וקליני** חיוני. רק לאחר הבנות אלו, כשברור למטופל שמכבדים את צרכיו הם ישתפו בתפיסתם ובמה שמטריד אותם, כמטפלים. רופאים אלו מגלים סקרנות ועניין במטופלים ומשקיעים בהכרות עם המטופל ולמידה על אורחות חייו בלי שיפוטיות-לדוגמא, מטופלת מספרת:

היא שואלת אותי אם יש איזה עניינים מיוחדים, זה מאד חשוב, אם יש איזו תקופה מתוחה...אם הייתי בחופש... זה משפיע על הסוכר... היא רוצה לדעת מה קורה לי בחיים. היא שואלת, ואני מספרת לה... אני משתדלת לעשות את זה מדויק. לטוב ולרע... היא צריכה לסמוך על מה שאני אומרת, אח"כ יש בעיות, אם אני לא מספרת לה בדיוק אז היא לא יודעת...אם יש לי חריגות היא שואלת אותי. אני בדרך מספרת לה אם השתוללתי אם... למשל תקופת פסח הרגה אותי.... (נחמה, מטופלת)

נוצרת מערכת יחסים של התעניינות ושאלות יחד עם אמון שיינתנו תשובות אמיתיות מצד המטופל ושיש להן משמעות. מועבר מסר שהידע האישי מצד המטופל חשוב להבנת הבדיקות הרפואיות והתוצאות. אנשי המקצוע בסגנון זה מאוד מודעים לחיי היומיום של מטופליהם ומבינים את **חשיבות התהליך, והכניסה ההדרגתית לעבר** שינוי משמעותי. הם מדגישים את **הצורך בפשרה**, הפשרה של המטופל בויתור "אכילת פיתה אחת במקום שתיים" (יפית, רופאה) והפשרה של הרופאה, שלא ניתן הטיפול המלא, הרצוי: אז עושים בהדרגה. אני עושה את זה הרבה פעמים עם אנשים, עם טיפול באינסולין, עשיתי את זה, שאנשים שהיו סרבניים לאינסולין, עם סוכרת מאד מאד לא מאוזנת ורודפים אחריהם במרפאה כבר שנים להזריק 4 פעמים וכולי, או שוחררו עם 4 הזרקות ליום, אז לפעמים אני אפילו... זה פשרה גם מבחינת הטיפול, אז שיקבל רק פעם ביום את האינסולין. שיוריד קצת את הסוכר, הרבה פעמים גם לאט לאט הם מבינים שלהזריק זה לא נורא ולאט לאט הם כן נכנסים לתהליך של טיפול בעצמם. יש אנשים שגם זה לא מצליח אצלם...קורה שאת לא מצליחה לגייס. מעט, אבל זה קורה... (יפית, רופאה)

היא מתארת את המאבק של אחרים, המירוץ אחרי המטופל שבורח מהמלצה הרפואית, לעומת גישה זו בה מתבשלת, אט אט, ההבנה בצורך וההבנה שהשינוי אפשרי. רופאים מטיפוס זה משלימים עם חוסר

ההצלחה האפשרית עם מטופלים שונים במצבים ובזמנים שונים. אנשי מקצוע בסגנון הזה תופסים את הטיפול בסוכרת כהליך מתמשך, ולכן מבחינתם ההחלטה איננה סופית וגמורה. הם משאירים מקום לשינוי, לבחינה מחודשת של ההחלטה במועד מאוחר יותר. בראיונות אנשי המקצוע סיפרו על נסיבות שונות שהובילו אותם לתפיסה זו – בין אם זה מציאות חייהם, שהם עצמם מתמודדים עם מחלה בחייהם האישיים ומבינים את הקושי והאתגר ובין אם זה נובע מתהליך של מה שהם הגדירו כ"התפכחות" מסגנון קודם שלא הוכיח את עצמו שדרכו למדו את החשיבות של ההתאמה האישית למטופל שלוקחת בחשבון היבטים שונים, פסיכו-סוציאליים, של האדם:

היו כמה מטופלים שממש להבין מתי הם אוכלים, מתי הם קמים, איפה הם עובדים, האם העבודה שלהם בכלל מאפשרת להם את מה שאנחנו מציעים, באיזה שעות לקחת את התרופה, האם לקחת אותה בבוקר או בערב, אם הוא לא הולך לישון בשעה קבועה... דקויות כאלה שלנו זה נראה, או לי לפחות זה היה נראה עד עכשיו שולי, אבל מסתבר שזה קריטי, כי זה מה שיקבע אם הוא ייקח או לא ייקח את התרופה. אם הוא יזכור או לא יזכור... זה חייב להתאים לחיים שלו... בסופו של דבר את חייבת להתאים את עצמך אליהם... איזה סוג של תרופה שתתאים למה שהם מתכננים, וגם גמישות. הרבה גמישות... לאורח החיים שלהם שמשתנה ולהתאים כל פעם אליהם את הטיפול שנותנים... לשנות את התרופה, לשנות את השעה שלוקחים אותה...". (גילה, מתמחה)

לאורך השנים, וממציבי אי הצלחה, מתפתחת למידה שגורמים שונים מהווים חסם לנטילת התרופה ולטיפול המתאים. רופאים מסגנון זה משקיעים בהבנת החסמים ומציאת פתרונות גמישים להתאמה. לתפיסות אלו השפעות נוספות על ההתנהלות בתהליכי שיתוף וקבלת החלטות שיוצגו בהמשך בטבלה 2, לאחר הצגת התפיסה האחרת, של סגנון ב.

סגנון ב' קושי עם תחושת חוסר השליטה - רואים את עצמם כבעלי הידע, והאחראיים הכמעט בלעדיים לטיפול

אנשי מקצוע השייכים לסגנון זה רואים את עצמם כבעלי הידע, והאחריות הכמעט בלעדית לטיפול הניתן למטופל. "אין שוויון בין המטפל למטופל... אני הסמכות, אני האוטוריטה, ואני גם הנושא באחריות" (אמיר, רופא). ככאלה הם חשים כמי שיודע מה נכון למחלה הזו ולמטופל הזה. לכן הם נוטים להיות אלו שמכתיבים וקובעים בעצמם את המטרות הטיפוליות ואת הטיפול המתאים ומצפים מהמטופל להענות לתוכנית שנקבעה. במצבים בהם הם חשים שיש "התנגדות" ו"חוסר שיתוף הפעולה" מצד המטופל, ותחושה שהמטופל לא יפעל לפי ההמלצה שלהם, הם חשים מתוסכלים, מודאגים ובתחושת כישלון. במצבים אלו, כניסיון להגביר את תחושת השליטה, הם נוטים גם להיעזר בשכנוע ואף בהפחדה. העבודה עם מטופלי סוכרת, אלו ש"השליטה" בעמידה בטיפול היא בידיים שלהם, מאתגרת אותם:

ומה ששונה בסוכרת בצורה מהותית משאר הדברים באנדוקרינולוגיה? בגדול באנדוקרינולוגיה אם אתה מאבחן טוב וחושב נכון ויודע את החומר אז ה outcome של החולה יהיה טוב. ובסוכרת מה שמאד בולט זה שמי שצריך לעשות את העבודה זה החולה,

זה לא אתה. אתה יכול להיות רופא נפלא, והחולה לא יהיה מאוזן, כי הוא לא רוצה את התרופות והוא לא יורד במשקל והוא לא שומר...כשהייתי בהתמחות אז כל המטופלים שהגיעו אלי היו חדשים, בהתחלה, בתחילת ההתמחות. הייתי מקבל המון חולים חדשים. ואז חולים חדשים כשהם מגיעים לביקור ראשון, כי קרה משהו, כי הם החליטו שצריך לעשות משהו, ואז ככה הם כבר הגיעו עם איזה שהיא מוטיבציה ואז היו הצלחות נהדרות ואז אמרתי – איזה כיף זה סוכרת! איזה רופא טוב אני וזה. ההתמחות היא שנתיים. אז שנה, שנה וחצי, כולם השתפרו ואז אחרי שנה וחצי כזה לקראת סוף ההתמחות כולם יצאו מאיזון. לא כולם, הרבה. לקראת סוף ההתמחות היה לי איזה תסכול, כי אנשים צריכים לשמור על תזונה! ולהזריק! ויש להם מוטיבציה ומוטיבציה לא מחזיקה לנצח...מישהו שהיה לא מאוזן – ועכשיו מאוזן אז נשארים מאוזנים תקופה, מתישהו יוצאים מאיזון. (ינון, רופא)

מוצגת תחושה של התשה, השקעה מתמדת שמתישוה לא תצליח. מתישהו המטופל ייצא מאיזון, ייאבד את המוטיבציה, וזה יתסכל את הרופא ואת דימוי הרופא הטוב - זה שמצליח להושיע ולרפא. אנשי המקצוע מדגישים את החשש שלהם מפני ההשלכות העתידיות של המחלה. הם מרגישים שהם חייבים ליידע את המטופל בכך, גם בגלל שהם מביעים דאגה אמיתית לבריאותו, וגם בגלל שהם חוששים מפני האשמה או תביעה בעתיד מצדו:

אני נושא באחריות. גם מדי-קוליגיאלית, אני תמיד אומר לרופאים שלי, לא ירחק היום שיבוא אלי חולה, שהוא לא מאוזן, ובא, ועוד פעם, ועוד פעם, ואתה לא כתבת ש: "הסברתי ושכנעתי והתנגד". בסוף אתה אחראי. מטופל עשר שנים! (אמיר, רופא)

הרופא **תופס עצמו כבעל האחריות**, הוא מביע דאגה לאסון הבריאותי והאסון המשפטי המתקרב, כשהוא לא הצליח להביא מטופל לשינוי, לאיזון. הוא מדגיש, בעל פה ובכתב את המאמץ שהוא משקיע, ואת האכזבה שהאחריות עליו עם התסכול מזה שהחלטה הסופית והשליטה המלאה לא באמת בידו. לכן בכדי להחזיר לעצמם את תחושת השליטה, לתת למטופל את הטיפול הטוב ביותר, להביא אותו לאיזון ברמת הסוכר ובכך להימנע מסיבוכים רפואיים, ולהיחשב לרופא טוב, הרופאים מסגנון זה פועלים במספר דרכים. אחד, הם נוטים להציב בעצמם את יעדי ומטרות הטיפול, מבלי שהם בהכרח מתאימים למטופל, כאשר הם מציגים רצון וניסיון לזרז תהליכים כדי להגיע לטיפול האידיאלי.

רופאים אלו מדגישים את הצורך שהמטופל יעשה "סוויצ" בחשיבה שלו, שיבין כמוהם את ההשלכות של המחלה ואת חשיבות ההיענות שלהם לטיפול, "מי שכאילו לא עושה את הסוויצ", זה לא יעזור, זה בהכל. זה במה שאתה אוכל, זה ב-איך שאתה מתנהג, זה בנטילת התרופות שלך, זה ב...". (חני, רופאה). המוקד עבור רופאים אלו הוא על הצורך ליידע/ללמד את המטופל איך לשמור על בריאותו ועל איזון הסוכר:

סוכרת זו מחלה שאפשר להיות איתה. הרבה זמן, עד 120, רק צריך לדעת איך להתנהג וצריך לדעת מה לעשות וצריך מעקב טוב... חולי סכרת, צריכים לדעת שיש להם דברים שהם צריכים לדעת וצריכים לעשות, וזה הכל יהיה בסדר"...יש חולים קשים לאיזון, יש גם כאלה. אבל רובם אפשר לאזן אותם, רק פשוט, צריך לעבוד. ואני אומרת שזה דו צדדי צריך להיות...שהפצינט צריך לשתף פעולה גם. לא רק לקחת תרופות. גם לאכול נכון, וגם

לדעת, שיהיה לו גם כלים וידע איך להתנהג. זה גם אורח חיים, מה שסיפרתי, דיאטה. צריך לדעת... זה דברים שמשפיעים מאד על המחלה". (רונית, רופאה)

התחושה היא שניתן לשלוט במחלה ולאזן אם האדם יבין, ידע. הם מזכירים את המונח שיתוף פעולה אבל ממקום אחר – חד צדדי שמנסה ליצר מצב שהמטופל יבין וידע די כדי שיפעל בדרך המומלצת לו על ידי הרופאים. מצבים אלו יוצרים אצלם קושי, מעין מאבק מתמיד בין הרופא היודע למטופל שלא עושה כנדרש: "אז באמת חלק מהאתגר והתסכול ולפעמים הסיפוק, בסוכרת, זה באמת לגרום למטופל לעשות מה שאתה רוצה שהוא יעשה..." (ינון, רופא). הרופא מציב מטרה מאוד ברורה – **הכוון לטיפול הנבחר על ידי הרופא**. כאשר המטופל לא נענה לטיפול, זה מוביל לתסכול ולעיתים לתגובה קשוחה כלפי המטופל, כגון הפגנת כעס כלפי המטופל: "הלוואי שיכולתי לכעוס רק בפנים...אני כועסת, כועסת...ותמיד רואים עלי. חלק אנשים מקבלים את זה ב...צורה כאילו, מבינים את זה. מבינים שהכעס זה בגלל שאכפת לי " (סילבי, רופאה). האכפתיות, הדאגה ותחושת חוסר האונים של הרופא מתבטאים בניסיון שלו לשכנע את המטופל להיענות לטיפול שהרופא מציע על ידי **שימוש בהפחדה ובאיום מפני סיבוכים אפשריים**. הציטוט הבא מתאר כיצד בני משפחה חווים סוג כזה של ניסיון שכנוע בעולם הרפואה:

הרופא הראשון שפגשנו בכלי דם, שבגלל זה גם, אבא שלי נבהל ולא רצה בכלל להיפגש... הוא לא הסביר תועלות, השלכות, למה בעצם ממש אבל ממש כדאי לו פעילות גופנית. הוא אמר לו תעשה פעילות גופנית, כי זה, זה מה שאתה צריך לעשות, ואם לא תעשה, כאילו בקטע של איום... בקטע של איום – אתה הולך, ואם אתה חוזר אלי לביקורת ולא הלכת, אנחנו עושים צינתור, ככה (רוני, בת משפחה)

רופאים מסגנון זה מתארים את תפקידם כהורים היודעים מה טוב לילד או כשוטרים שצריכים לאכוף טיפול והתנהגות על המטופל לעיתים בלי הסברים או דיונים:

כאילו אנשים שלא מצליחים לחבר את החוטים יודעים רק לבוא ולהגיד רע לי וזה רע לי וזה רע לי...אבל לא יודעים להבין שכאילו אולי נהיה באותו צד, אולי תעשה מה (שאני אמרתי)...הם לא מסוגלים. אז אלה ודאי לא אנשים שאני נותנת להם חלופות ו... מה פתאום. לא חלופות ולא יעדים ולא... זה כזה קצת כמו בגן, את יודעת, כמו לילדים שלי. זה מה שאתה צריך לעשות, היום אתה צריך לעשות את זה. ככה אמרתי להם. אז אני פחות אוהבת את זה אבל כאילו יש אנשים שזה מה שהם צריכים...כן, יבוא שוטר... בסוכרת לפעמים אהה אני נאלצת לגלוש לרמה הזאת ואז זה רמה מאד מינימלית...יש לך כאלה שזהו, זה מה יש. אבל הם מגיעים עם a1c נורא גבוהים, עם המון סיבוכים, זה נורא עצוב. יש מתאם בין רמה סוציאקונומית לאיזון סוכרת. (בר, רופאה)

מערכת היחסים היא בין היודע, האומר, המחליט לבין זה שלא מבין, לא מסוגל להבין וזקוק לאמירה ברורה, מרתיעה/מפחידה שיבצע. יש צד נכון, זה של הרופא/ה שיודע/ת מה נכון עבורו ויש את הצד הטועה. התחושה של פספוס מקצועי מחוסר ההבנה גורם לרגשות קשים ולגיוס תפקיד הורי **ובחירה לא להציג חלופות טיפוליות**.

כאשר חוסר ההיענות לטיפול וחוסר האיזון מתקיימים לאורך זמן, מבחינת סגנון זה, זה אומר שהמטופל לא מסכים עם התוכנית הטיפולית שלו, ולכן אין לאיש המקצוע משהו אחר להציע לו. זה נחוזה על ידם כ"ביזבז המשאבים והזמן אחד של השני" (ליאוניד, רופא). במצב כזה הוא לפעמים אף יגידו למטופל שיעבור לרופא אחר. מצבים אלו מקשים על הרופא בהתמודדות ומעוררים רגשות קשים: "...אם הוא לא רוצה, מה שנקרא ראש קטן, אז אני לא יכולה לעשות שום דבר. באיזה שלב אתה גם בייאוש של... אז, לא הולך" (סילבי, רופאה). תחושת הייאוש מובילה לרצון להתרחק, להתנתק, לוותר עליו.

אחרים בסגנון זה, במצבים שונים, מדגישים את הצעדים הרבים שהם ינקטו כדי לעזור ולהוביל לשינוי הרצוי, ולגייס את המטופל לעשייה. הם **ינקטו באמצעים שונים בגיוס לשיתוף הפעולה – כמו בניית חוזה או הסכם של זמינות:**

אני צריכה שתהיה פה איזה שהיא רוח טובה בחדר. כלומר שאת רואה שיש מישהו שיש לו התנגדות קשה ואין בכלל שום שיתוף פעולה, אז, לא כל כלי מתאים לכל אחד. יכול להיות שעם הזמן, בקשר איתו, נגיע לאיזה שהיא נקודה של אמון. יכול להיות שבכלל לא יהיה צורך. זאת אומרת, צריך להשתמש בזה כאשר באמת צריך לעשות איזהשהו מפנה. איזהשהו שינוי. לא על כל תרופה ועל כל זה אני אגיד לו בוא נעשה הסכמים ואני אראה אותך כמה שתרצה. אני גם לא אעמוד בזה. זה, חולים מורכבים, קשים, שיש צורך לנסות להשתמש באמצעים הלגיטימיים שעומדים לרשותנו, כדי לטפל בהם (נירית, רופאה).

היא משקיעה בחיפוש כלים. בניגוד לסגנון הראשון שמשקיע בזמן בבניית אמון כמטרה, בסגנון זה האמון הוא לא תנאי הכרחי - הוא כלי עזר ליצירת שינוי. השפה של הרופאה היא **שפה מרוחקת, "אמצעים לגיטימיים"** ושפה שבה המטופל הוא פסיבי והרופא פועל ויוזם טכניקות שונות להתגברות על הקושי "אשתמש" "אגיד לו" כדי להוביל אותו להסכים לטיפול המורכב.

התפיסה השונה של שני הסגנונות, לגבי תפקיד הרופא מול זה של המטופל, והאופן בו הם חווים את נושא חוסר השליטה בתוצאות הטיפוליות וביישום ההמלצות, באה לידי ביטוי בהיבטים שונים של התנהלותם בתקשורת עם מטופלים. בעוד אנשי המקצוע משני הסגנונות מצהירים על התכוונות לגישה של קבלת החלטות משותפת, הם מיישמים באופן שונה את התקשורת שלהם עם מטופלים ואת תהליכי השיתוף וקבלת ההחלטות שונים. הבדלים אלו מוצגים בטבלה 2.



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)

טבלה 2: תמות מרכזיות המייצגות את תהליכי התקשורת, שיתוף וקבלת ההחלטות של שני סוגי הסגנונות עם מטופלים שונים

יצירת קשר	מידע	קביעת מטרה	הצגת אפשרויות	התאמה אישית	החלטה	בחינת ההחלטה בעתיד
<p>סגנון א' מקבלים את חוסר השליטה - המטופל הוא שותף מרכזי בהצלחת הטיפול</p>	איסוף של מידע אישי וקליני	הבנה של מה שמטריד את המטופל ומה שחשוב לו	נטייה להציג 2 אפשרויות טיפול	משקיעים בהבנת החסמים ובמציאת פתרונות גמישים	המטופל מחליט	משאירים מקום לשינוי ולבחינה מחדשת של ההחלטה
		חשיבות התהליך וכניסה הדרגתית להצעות לשינוי		שכנוע תוך ניסיון להבין מה אפשרי	הרופא מלווה אותו בהחלטה	קביעת תאריך לבחינת ההחלטה
		מטרה משותפת תוך הבנת הצורך בסשרות				
<p>סגנון ב' קושי עם תחושת חוסר השליטה - רואים את עצמם כבעלי הידע, והאחרים הכמעט בלעדיים לטיפול</p>	איסוף מידע קליני	הנחה לגבי מה שחשוב למטופל תוך מיקוד בהשלכות עתידיות של המחלה	הכוון לטיפול הנבחר על ידי הרופא ובחירה לא להציג אפשרויות חלופיות	אם לא מתאים למטופל אז ניתנת עוד אפשרות	הרופא מחליט	בניית חוזה או הסכם מוגבל בזמן בכדי ליצור התחייבות
		ריצה וניסיון לזרז תהליכים כדי להגיע לטיפול "אידיאלי"	רצון לידע/ללמד את המטופל על השלכות אי טיפול	שכנוע על ידי הפחדה ואיום מפני סיכונים אפשריים	לעיתים פשרה כדי להוכיח למטופל שהוא טועה	קביעת תאריך למעקב
		מכתב מטרות טיפוליות				

תפיסות מנהלים ביחס לתקה"מ

כל המנהלים שרואיינו במחקר הנוכחי היו גם רופאים באותם בתי חולים ומרפאות וקיבלו מטופלים באופן ישיר. עמדותיהם כמטופלים ישירים הוצגו למעלה. מעניין היה ללמוד שמרבית המנהלים, ובעיקר המנהלות שרואיינו במחקר הנוכחי, היו שייכות לסגנון א'. הן היו מנהלות ותיקות שסיפרו איך למדו מניסיוןן על החשיבות של מעורבות אמיתית של מטופלים, הן מאוד האמינו בחלוקה באחריות ובתפקיד החשוב של תקשורת. חלק זה יתמקד באתגרים המערכתיים שהמנהלים הציגו שמקשים על יישום תקה"מ עם תימוכין מראיונות עם מטופלים.

המנהלים דיברו על כך שבכדי לטפל באנשים המתמודדים עם מחלות כרוניות, יש צורך בהקדשת זמן מספק, "זמן. זמן. זמן. אני לא מוכנה לעבוד אם אין לי לפחות חצי שעה עם חולה" (ורד, מנהלת מרפאה בבית החולים). הם הציגו את התפיסה על פיה כדי ליישם תקה"מ הרופאים צריכים להכיר את המטופל, לדון איתו, לתת הסברים:

הקושי הוא בכך שהזמן שמוקדש, לפעמים, הוא מעט. זאת אומרת, אני היום אומר לך, שאם אני רוצה להתחיל לפחות מא' עד ת' עם המטופל שלי, או ביקור חוזר, לדון על הסוגיות, זה לא יספיק רבע שעה וזה לא יספיק 20 דקות. לא יספיקו. הראייה לפי דעתי צריכה להיות, א', להשקיע זמן יותר במטופל...ברגע שאת נותנת זמן, המטופל מוכן יותר"...[בכדי לטפל בסוכרת] צריך לדבר גם הרבה. כאילו, זה לא 'טיק טיק' במחשב וביי...אם פעם היתה לי תרופה אחת או שתיים, למרות שהיום לפי כל ההנחיות, ה guide lines בעולם, כבר אנחנו יודעים מה אנחנו צריכים לתת למטופל. אבל שוב, את צריכה לחשוב פעמיים ושוב את צריכה להסביר לו. מספיק שאת צריכה להסביר לו שתופעות הלוואי של תרופה וככה וככה, ...כשאת מסבירה נכון, אז הוא מבין טוב והוא מוכן ליישם. אבל ברגע שאת נותנת טיפול מסוים ובתופעת לוואי הקטנה ביותר שאת לא הסברת לו מה יכול לקרות, אז הוא יזרוק את הטיפול הזה. או שאת נתת לו טיפול מסוים ולא הנחית אותו שצריך להוריד טיפול אחר. ואת מנסה לפתח איזה אירוע של היפוגליקמיה, ירידה ברמות הסוכר, אז הוא יגיד, מה, זה לא טיפול. הוא יאבד את האמון במוצרים או בתכשיר שאת נותנת לו. גם הוא יאבד את האמון בך כרופאה (סעיד, מנהל מרפאה בבית החולים).

הטיפול מורכב, הזמן הנדרש להסבר, הנחייה, הכוונה והאחריות המתלוות משמעותית לאור החשש לתופעה מסוכנת או אובדן אמון ברופא או בתרופה. כל אלו מוזכרים עוד מבלי לדון בהיבטים נוספים של שיח עם מטופלים על החששות שלהם, האתגרים ביישום, העדפות שלא תואמות את ההמלצה ועוד. בחוויה של המנהלים: "...זה לא רק לטפל וזהו. כאילו לתת את המרשם ולשלוח את המטופל הביתה. וזו השקעה מיוחדת...שאולי המערכות שאנו עוסקים בהן, הן לא שם עדיין...אנחנו עובדים בקצב של 10 דקות למטופל." (ריעד, מנהל במרפאה)

מעבר לזמן בכל מפגש מנהלים התייחסו לחשיבות של הרצף הטיפולי. ההמשכיות. למעשה המפגשים במרפאה הן אחת לשלושה או שישה חודשים - כך שגם שיחות בהן אין הסכמה על

תוכנית טיפולית נדחות לפגישה הקצרה הבאה. מנהלים תיארו זאת כמציאות מתסכלת שלא תמיד מאפשרת מעקב מתאים למטופל: "במקומות שבהם אין לנו מגבלה של זמן, אנחנו רואים את החולים לעיתים הרבה יותר קרובות, המעקב הוא הרבה יותר צמוד... גם ההישגים הם טובים יותר" (ורד, מנהלת מרפאה בבית החולים). על כן הציעו המנהלים לבחון שינוי של מבנה המפגשים בעת טיפול במחלות כרוניות:

אני חושבת שגם המערכת... היא לא ממש מקדמת את זה, כי נגיד אתה רואה מישהו... התור הבא, נגיד בעוד חצי שנה, האם יש המשכיות טיפול? ... זה ארוך... יש המון מה לעשות... אנחנו מאד מקובעים באיך מערכת רפואית צריכה לעבוד במרפאות, אני לא חושבת שזה תמיד מתאים לכל מחלה... " (אלונה, מנהלת בבית חולים ובמרפאה).

הקבעון והריחוק נתפסו כלא מאפשרים את הרצף הדרוש והטיפול ההולם. בנוסף, המנהלים הדגישו את **חשיבות עבודת הצוות הרב מקצועי** בטיפול בסוכרת. צוות שכולל את הרופא/ה, דיאטנית, פסיכולוג רפואי ועוד: "...אני מסרבת לעבוד לבד. לא יכולה לעבוד לבד. אני צריכה צוות צוות אה... וצוות שאני סומכת עליו" (ורד). כאשר הצוות עובד יחד בצורה משותפת, המטופל שומע את אותו ה"ניגון" ואז האמונה והיענות שלו לטיפול טובים יותר:

...השרשרת הזאת צריכה להיות שרשרת חזקה מסביב למטופל בכדי שהוא יעשה את מה שאני מאמין ואת מאמינה בתור דיאטנית והוא בתור פסיכולוג והוא בתור עובד סוציאלי וכולם ביחד... אחרת, אם כל אחד [מאנשי הצוות] יתחיל לנגן כמו שהוא חושב, ולצד הרב לפעמים זה קורה... אז, זה משליך שלילית על הלקוחות שלנו... כל הגורמים מסביב, הם צריכים להיות בלופ חזק ומנגנים אותה המנגינה... (סעיד)

כשכולם "מנגנים אותה המנגינה", היא נשמעת חזק באוזני המטופל ומכוונת אותו ליישום ספציפי וככזה שלא יוצר בלבול. **אי היציבות של הצוותים והצמצום באנשי מקצוע מתחומים שונים מקשים:**

היתה לנו תקופה ארוכה גם פסיכולוגית רפואית בצוות אצלנו, לצד כרגיל לא היה על תקן, אז לפני ארבעה חודשים אין לנו יותר... אבל שמחתי במחוז [בקהילה], יש עובדים סוציאליים ששמנו אותם במרפאות סוכרת, אפרופו, והשנה צריכים להיכנס גם פסיכולוגים רפואיים. נראה. גם זה התקדמות! שיש אנשים שיש להם תקן (אלונה)

אחת הדאגות שהעלו המנהלים ביחס לקבלת החלטות טיפוליות ויישומן נגעה ברצף טיפולי, או יותר נכון בחסר שלו. הם התייחסו לסתירות לפעמים שקיימות בין אנשים שונים באותו הצוות ובעיקר בממשק שבין המרפאה-בית החולים-הרופא המטפל. לעיתים, ההחלטות שמתרחשת בין המטופל והרופא לא מקבלות תמיכה והמשכיות על ידי הצוות בקהילה:

אני אומר ששיתוף פעולה בין הקהילה לבין בתי החולים, זה must... חשוב שיהיה שיתוף פעולה גם עם המטופל ויתרה מזו, עם רופא המשפחה... אם אני רוצה לראות מטופל חולה סוכרת, אני ראייתו לנכון שגם רופא המשפחה שלו יהיה איתי וגם האחות שמטפלת תהיה. הרי לא יתכן שאת תתני הנחיות, הוא יגיע למקום שאין מישהו שיישם את הדברים

האלה. בכדי שאת תדעי לטפל בחולה הזה את צריכה גם את הרופא משפחה שיאמין במה שאת עושה. כי ברגע שרופא המשפחה יגיד לו 'אה, זה לא טיפול טוב' או משהו, אז כל ההשקעה שלך נפלה לתהום... (סעיד)

האמון ההדדי נתפס כחיוני, ההמשכיות נדרשת ונתפסת כשבירה ביותר, על בסיס אמירה אחת שסותרת. החוויה הזו של הזמן ש"מתבזבז" והאתגר והצורך בהמשכיות הופיע גם מצדם של המטופלים, כפי שמתאר מטופל:

... אני בא לרופא משפחה והוא רואה את ה-A1C, הוא שואל אותך ראשון, מתי היית פעם אחרונה אצל רופא סוכרת ואתה מגיע, מזמין תור וזה, כל התהליך ואז אתה מגיע לרופא והרופא מתחיל עוד פעם 'תשמע, אני אתן לך את זה, את זה... יש לנו עכשיו זריקות חדשות ויש לנו עכשיו כדורים חדשים'... יש עכשיו איזה שהיא תרופה שזה שילוב... (בני, מטופל)

התהליך ארוך ומתמשך ולעיתים גם מלווה בשינוי, בהתחדשות של האפשרויות הטיפוליות. המטופל נדרש לתאם ולעבור בין רופא המשפחה, למומחה הסוכרת וחזרה לרופא המשפחה בדרך לטיפול שאולי יסייע. התקשורת הברורה עם רופאה המשפחה נתפסת כחשובה ומסייעת: "היא נותנת רשימת בדיקות. מוציאה דוח לרופא משפחה שלי. היא נהדרת... מאד חשוב לי הקטע הזה." (נחמה, מטופלת, 75-78)

חסם נוסף להשגת המטרות הטיפוליות ויישום תקה"מ שזוהה על ידי המנהלים היא **שהצוות או המתמחים לא תמיד מחזיקים במיומנויות תקשורת הנדרשות לעבודה עם מטופלים כרוניים**. עבודה שבה יצירת הקשר והאמון בין הרופא והמטופל היא אבן יסוד: "...אני חושבת שסביבה תומכת זה קריטי לצוות וקריטי למטופלים...הבן אדם צריך לאהוב אנשים...אם הבן אדם לא באמת אוהב אנשים אז כדאי שהוא יבחר מהר מקצוע אחר." (ורד). המיקוד הוא בקשר, בתקשורת, ביחסים, מה שלא תמיד הצוות מבין: "...מתמחים באים ושואלים אותנו - איזה תרופות, יש כזה, כזה... הם לא שואלים אותנו איך לדבר! אבל זה לא פחות חשוב" (אלונה) או מנהל אחר אומר "...רופא דיאבטולוג צריך לעבור הדרכה, אני לא רוצה להגיד 'פסיכולוגית' אבל לקחת איזה שהם שיעורים, כן? איך לשוחח עם המטופל. איך לדבר...מיומנויות תקשורת!" (סעיד) "אני חושבת שכן, צריך ללמוד את זה. חדרים עם מראה חד צדדי ואז תצפיות...ו debriefing על זה, ואני חושבת שמזה אתה לומד הרבה" (אלונה).

תפיסות מטופלים ביחס לתקשורת עם הרופאים ולתהליכי קבלת החלטה משותפת

כמוזכר בחלקים הקודמים של הממצאים מטופלים ובני משפחה במחקר הנוכחי חוו ותפסו את הסוכרת כמחלה שהטיפול בה והיכולת לשלוט בה מלווה בחוסר וודאות, שהוא דורש מהם השקעה רבה, מוטיבציה והתמדה. הם ציינו שהם העריכו את הרופאים שמקשיבים להם ומנסים להתאים לחיי היומיום שלהם וחשו קושי עם איומים, הפחדות. הם גם ציינו את האתגר הכרוך בצורך ברצף טיפולי עם רופא המשפחה ואת קושי במרווחי הזמן בין מפגש אחד לשני.

גם מטופלים רואים את הערך בתקשורת שיותר מתעמקת, מתעניינת, מבררת. הם מדגישים את התחושה השונה והתובנות שזה מביא:

שאלה פשוטה, מה עבר עליך השבוע. רוב האנשים יגידו 'היתה שגרה', - ספר לי מה השגרה שלך. מאיפה השגרה מגיעה [...] ואז אתה יכול לגלות דברים שהם מעיקים על בן אדם, וככל שהוא לא מוכן לפתוח את מה ש, זה יותר בעייתי בשביל הסוכרת, מתחים... אז, לפעמים לשאול את השאלות הטריטוריאליות, אם אתה רואה טוב, אתה שומע טוב, אבל לשאול את השאלות היותר – אם אתה עולה במשקל, למה, מה הסיבה. ואם התשובה לא נראית נכונה, אז צריך לחקור יותר, כלומר לחקור בדברים שיכולים להסביר את המצב. מאשר להגיד אוקיי אז נעלה לך את התרופה [...] זה הכי קל. אבל זה לא פתר את הבעיה (איתן, מטופל)

איתן מבחין בין הסתפקות בתשובה שטחית, סתמית, לבין העמקה בחיפוש ממשי אחר תשובה מפורטת, מלאה, שמתייחסת לפרט ולנסיבות חייו. הוא מבחין בין הפתרון הקל, והפחות יעיל של שינוי המינון, לבין הפתרון המוצע כשתהיה תובנה על מצב המטופל והצורך שלו. הערך של ההתעניינות בא לידי ביטוי גם בהחלטות הטיפוליות וגם בהתחייבות של המטופלים ליישומן:

תראי, לפני זה, לפני שהגעתי למצב של להוריד את הזריקות, הוא ראה, היו ירידות ועליות בסוכר, והוא שאל אותי מתי יותר קשה. אמרתי אחרי הצהריים, כשיושבים מול הטלויזיה ומנשנים דברים... הוא רצה להביא לי עוד איזה כדור לקחת רק אחרי הצהריים. אמרתי לא, אני לא מוכנה לקחת עוד כדורים, אני אנסה להוריד לבד, בעוד חצי שנה ניפגש ונראה מה יהיה. אם אין לי ברירה, אז אני אקח כדורים. וכשהגעתי אחרי זה הוא ראה מה המצב, והוא אמר, אין צורך... הוא אומר אני עוד לא ראיתי כזה דבר... שזה קשה לאנשים... זה כח רצון, פשוט כח רצון (נינה, מטופלת)

זה כח רצון עם הבנה, עם מחויבות, עם פשרה ומוכנות של הרופא לנסות פעולה אחרת שהיא יותר בידיים של המטופלת. השיח, תוכנית הפעולה, קביעת הזמן לבדיקה מחודשת ובחינת התוצאות חשובים כדי לאפשר התבוננות על ההישג או להציע שינוי אם הוא יידרש.

למעשה, מטופלים העריכו מצבים בהם הרופאים היו קשובים לאתגרים ולצרכים שלהם בשגרת הטיפול והיומיום והציעו פתרונות שיכולים להשתלב טוב יותר עם חייהם:

היא הפכה את ה-שני כדורים, לכדור אחד, עם שחרור איטי. הבינה שאם זה היה עם שני כדורים, הייתי מפספס הרבה פעמים.... אחת ההנחות של הרופאים היא שאתה לא מפספס. זה מה שנקרא טיפול כרוני. עם הזמן וחלק מהחיים, נקרא לזה... (דודו, מטופל)

המטופל מדגיש את הנחת היסוד של הרופא שהטיפול מספיק חשוב ולא יפוספס מול המציאות של המטופל שצריכה לשלב את הטיפול בעומסים היומיומיים. היכולת להבין את המורכבות מהתפיסה של המטופל ולהציע פתרון המתחשב במגבלות האישיות מוערך.

מעבר לתפיסות חשובות אלו עלתה סוגייה חשובה ביחס לתפיסתם את המונח תקה"מ. בתוך הראיונות שאלנו את המרואיינים השונים מהי האסוציאציה שלהם למונח קבלת החלטות משותפת סביב ההתמודדות עם הסוכרת שלהם. מרבית המטופלים **חשו קושי ראשוני עם המונח תקה"מ בעיקר בגלל ההתמקדות בשלב הסופי של קבלת החלטה**. הם הביעו הסתייגות מ"המקום" שלהם בקבלת ההחלטה, בשל אחריות הנגזרת מכך. הסתייגות זו באה לידי ביטוי גם בעת קריאת ההגדרה של קבלת החלטות משותפת בה מופיע המונח שותף "שווה" הניתן למטופל ולאיש המקצוע כשמדובר על הצורך לקבל החלטה. המטופלים הדגישו שברשות הרופא מידע רחב, מקצועי ומקיף שאין למטופל, מידע הדרוש להחלטה. לדוגמא: "כבוד ואוטונומיה המופיעים במודל, ודאי שכן. שוויון? זה לא מדויק. אין שוויון מוחלט. כי יש את הידע המקצועי של הרופא" (שלום, מטופל). או נחמה שאמרה: "כשאני מקבלת החלטות אני לא יכולה להיות שווה ל... המטפל בדר"כ יש לו הרבה יותר מידע מאשר למטופל והמטופל כשהוא מקבל החלטות הוא צריך להיות מודע לזה, יש מרחק מאד גדול בין שנינו..." (נחמה, מטופלת). המרחק, ההבדל, מייצרים חשש גדול ממצב בו ההחלטה לא תתבסס על הידע המקצועי הרחב של הרופא. מבחינתם לאנשי המקצוע יש יותר כלים בהיבט של בחירת ההחלטה הטיפולית המתאימה, ולכן יש להם תפקיד משמעותי יותר בה. הם משתמשים במונחים "מקובל עלי", "מסכים" לתיאור התייחסויות למקום שלהם בתוך קבלת ההחלטות.

תחושות אלו נשענות בין היתר על הניסיון שלהם בניהול מערכות יחסים מול אנשי מקצוע בתחום הבריאות, לאורך שנים. הם מדגישים שבמקום שבו עולה חוסר התאמה או התנגדות, הם יביעו אותה מול איש המקצוע, ללא חשש, אבל הם פועלים מתוך ההבנה הבסיסית שגם הם וגם איש המקצוע חותרים להיטיב את מצבם ולאיש המקצוע הכלים והמיומנויות לעשות זאת בהצלחה. "עם הרופאים שאני דנה איתם... שהם כן מנסים להתחשב שלמטופל יש גם הדעה שלו... הם שומעים מה שיש לי להגיד, מה ש... לפי מה שיש לי להגיד הם יכולים לשנות את מה שהם תכננו" (פנלופי, מטופלת). ממקום זה, בחוויית המטופלים היכולת לסמוך על הרופא שישקול את שחשוב להם ויהיה קשוב לזה.

ביחס לתקה"מ **המטופלים הדגישו את המקום שלהם בשיתוף ובמתן מידע לאיש המקצוע ובקבלת מידע ממנו לגבי הטיפולים**. המטופלים זקוקים למידע, רוצים להבין, כדי שהם יוכלו ליישם את התוכנית הטיפולית:

אני מסכימה שקבלת החלטה משותפת זה רצוי ושהפציינט יבין את כל מה שכרוך בהצעה של המטפל ולהביע אם הוא מתנגד, או מסכים...בן אדם שמבין, כמו הרופאה שלי, ובעל ידע... מבין את מה כרוך בכל צעד במחלה... ורגישה להכלל, לא רק להגיד קח את זה ואת זה וגמרנו (חווה, מטופלת)

מטופל, שמקבל את הטיפול, צריך להבין מה התופעות לוואי של זה, מה ה... לפי דעתי צריך לתת הסבר... בבירור, למטופל (נינה, מטופלת)

הדגש הוא על הרגישות והתבונה להעניק ידע, הסבר, מידע עם החובה והחשיבות של הסבר ברור. חשוב לשים לב שמדובר בעיקר בהתייחסות למתן מידע על הטיפול המוצע, ולא על טיפולים אפשריים לקראת בחירה.

מטופלים מביעים את הרצון לשתף, להבין, לדעת:

(היו רופאים ש) לא שאלו אותי בכלל שאלות! נתנו לי תרופה ובזה זה נגמר!...הרופא הקודם... הוא לא הסביר לי, הוא לא אמר לי מה אני צריכה לקחת, איך אני צריכה לקחת, מתי אני צריכה לקחת, איפה להזריק... כלום. לעומת זה, הרופאה שלי של היום, היא קודם כל יושבת איתי, ראתה את התיק הרפואי שלי ודבר ראשון היא הזמינה אותי לשעה והסבירה לי את כל ההשלכות של סוכרת! ... ומאז אני אצלה... והיא, רואה מה לשנות, מה לא לשנות, ואני חושבת שזה הכי הגיון, הכי שיש (מרילה, מטופלת)

מערכת היחסים של נתינת תרופה וציפייה שהמטופל פשוט יציית לה כבר לא מקובלת. יש ציפייה הן להקשבה והן להדרכה מעמיקה. כשאלו ניתנים האמון נבנה ומאפשרים לרופאה לשנות לפי תפיסתה המקצועית. חלוקת התפקידים מוגדרת וידועה.

כחלק מהמחקר הנוכחי, מעבר להצגת המונח, **הראנו למטופלים ולבני המשפחה כרטיסיות שפותחו על ידי מרפאת מאיו שבהם יש מידע רב לגבי סוגי התרופות השונים.** מידע שמיועד להגברת ההבנה של המטופל ביחס לאפשרויות העומדות בפניו בעת בחירת התקופה. על אף המחשבה הראשונית של רלוונטיות חלקית שלהם עצמם, כמטופלים, בתהליכי "קבלת ההחלטה" לאור החשש לקבל החלטה באופן שאינו מבוסס על הידע הנדרש, בעת ההתבוננות בכרטיסיות עיניהם אורו. הם בחנו את הכרטיסיות לעומק, חיפשו בהן את התרופות שהם נוטלים, וציינו שהם מגלים עובדות חדשות על התרופות הללו, לדוגמה, תופעות לוואי המופיעות בכרטיסיות ונחווות גם על ידם. היו שביקשו מאיתנו העתקים של הכרטיסיות כדי שיוכלו להעמיק במידע, והיו כאלו שרשמו לעצמם שאלות שעליהם לשאול את הרופא שלהם על פי מה שקראו. נראה שיש פוטנציאל שימוש בהרחבת המידע של המטופל ביחס לאפשרויות.

5. דיון ומסקנות

המחקר הנוכחי איפשר בחינה והבנה של התפיסות, האתגרים והצרכים של הגורמים המעורבים בטיפול וקבלת החלטות בהקשר של מחלת סוכרת מסוג 2. התבוננות זו משמעותית מאחר והיא הובילה לזיהוי של שני סוגי סגנונות של אנשי מקצוע השונים באופן שבו הם חווים את חוסר השליטה בטיפול בסוכרת והאופן בו הם תופסים את תפקידי המעורבים בטיפול. תפיסות אלו נמצאו קשורות לאופני ומידת השיתוף של מטופלים בתהליכי קבלת ההחלטות הטיפוליות. בנוסף, הוצגו תפיסות המנהלים שהדגישו גורמים נוספים המשפיעים על היכולת לתת טיפול מיטבי בסוכרת, הכוללים: את הצורך בהשקעת זמן לבניית אמון והסבר, צוות רב מקצועי, רצף טיפולי עם המטופל והקהילה והכשרה במיומנויות תקשורת. הראיונות עם המטופלים ובני המשפחות חיזקו את הצורך בתקשורת המאפיינת את הסגנון הראשון, את חשיבות ההקשבה להם כדי להתאים את הטיפול הנדרש, האתגרים שלהם ביישום הטיפול ואת החשש שלהם מהאחריות המלאה לקבלת ההחלטה. פרק הדיון יבחן כמה תובנות שעולות מממצאי המחקר בהקשר זה.

המחקר הנוכחי הדגים את תפקידם המשמעותי של עמדות וחששות אנשי המקצוע ביחס למצבם הבריאותי של המטופלים ותחושת החוסר שליטה בתוכנית הטיפולית. המחקר הדגים כיצד תפיסות אלו קשורות לאופני התקשורת עם מטופלים. כאשר חוסר השליטה נתפסה כמאיימת, וכמפחידה, וככזו

שעלולה להוביל לתוצאות שליליות עבור המטופל ועבור המטפל (תביעה, כעס כלפיו והאשמה), אנשי המקצוע נטו לנסות להחזיר את השליטה לידיהם. זה בא לידי ביטוי בניסיון לכוון את המטופל, לקבוע עבורו מטרות ותוכניות טיפוליות, ולא באמת לאפשר לו להיות שותף לתהליך הנדרש ולהחלטות. אנשי מקצוע שחששו מזה בחרו להשתמש בשיטות שונות של הפחדה והכתבה כדי לנסות לגרום למטופלים לשינוי ההתנהגותי. חששות מסוג זה המובילות לתפיסות והתנהגויות בעייתיות בתקשורת תואמים ממצאי מחקרים קודמים בתחומים אחרים שהדגימו, לדוגמה שחשש מתביעה משפטית, או מקירבה או הזדהות עם המטופל, משפיעים על התקשורת עם המטופל, ולמעשה מפחיתים את איכותה.^{49,50}

לעומת זאת, הסגנון השני, של אנשי מקצוע המקבלים את חוסר השליטה כחלק מובנה מהטיפול וכזהדמנות להעצמת המטופל התנהלו באופן הממוקד בניסיון לסייע למטופל ליישם שינוי התנהגותי. אנשי מקצוע מסגנון תקשורת זו התנהלו באופן שזוהה בספרות כמעודד ומשפר את מעורבות המטופל בטיפול שלו, ואת היכולת שלו לניהול עצמי של מחלתו (patient activation and self-management).⁵¹ בדומה לאנשי מקצוע המעודדים ומלווים שינוי התנהגותי של מטופלים – גם אנשי המקצוע של הסגנון הראשון מדגישים את האחריות/בעלות של המטופל (patient ownership)⁵¹ לשיפור מצבו הבריאותי, תוך הדגשת חלקו בהצלחת הטיפול. הם מדגישים את הערך הגדול של זה, לא ככזה שמוריד את האחריות מעצמם, אלא ככזה שמכיר בצניעות ובמגבלות של המטפל ובכוח של המטופל להשפיע על התנהלותו ביומיום. אנשי מקצוע אלו מדגישים את החשיבות של בניית האמון, הקשר והשותפות⁵¹ וההשקעה הנדרשת מהם לטובת זה. מבחינתם השלב של בניית הקשר והשותפות הוא השלב הראשוני שמאפשר לאחר מכן התקדמות אל עבר בניית התוכנית הטיפולית. אנשי המקצוע במחקר זה מתארים כיצד הם "נושמים עמוק" ומאפשרים הדרגתיות, ופועלים לזהות צעדים קטנים לעבר השגת מטרות עתידיות גדולות יותר (הוספת 10 דקות פעילות ספורטיבית, הפחתה של פיתה אחת במקום 2 או מוכנות לנסות טיפול הכרחי אחד). הם מנסים לייצר מנגנונים שונים של תמיכה רציפה לאורך זמן לעודד על הצלחות ולהתמודד עם כישלונות, מבלי "להכות" או להדגיש את הכישלון. מרכיבים חשובים בהצלחה לעודד ניהול עצמי מיטבי.

המרכיב הנוסף המאפיין את פעילותם של אנשי מקצוע המעודדים מעורבות מטופל הוא הבעת דאגה ואכפתיות כלפי המטופל. הממצא המעניין במחקר זה הוא ששני הסגנונות שזוהו מרגישים תחושות של דאגה ואכפתיות, אולם קיימת שונות באופן שבו הם מתמודדים עמן ומביעים אותן. הסגנון הראשון, זה שמכיר ומבין את חוסר השליטה, עושה זאת בדרך של שיתוף, שיקוף, והתאמה. הסגנון השני, זה שחווה בהקשר זה קושי פועל בתחושת חירום ואחריות כלפי המטופל שבאה לידי ביטוי בקביעת מטרות, שכנוע ואף לעיתים בכעס, ובהפחדה. שיטות שונות אלו להתמודדות עם הדאגה והאכפתיות קשורות לצורת התקשורת של כל אחד מהסגנונות, שנעה בין הבחירה להתמקד בהקשבה, התעניינות והסבר אל מול מכוונות להסביר ולהדגיש את ההשלכות השליליות שעלולות להיות אם המטופל לא יפעל בהתאם להמלצה הרפואית. אופן תקשורת זה המבוסס על הדגשת הבעייתיות וההשלכות השליליות, נמצא כפחות יעיל במחקרים שבחנו שינוי במידת המעורבות של המטופל והניהול העצמי שלו של מחלה. לממצא זה עלולות להיות השלכות משמעותיות על שיפור הבריאות, כיוון שמחקרים קודמים הראו שלניהול עצמי המחלה של המטופל⁵² יש קשר חיובי לתוצאות המחלה.⁵³ למעשה, ממצא זה מחייב את מה שהמנהלים זיהו כצורך – הכולל הכשרה במיומנויות

תקשורת שרואות את האדם, מעבר לנטילת התרופה, ומאפשרות תהליכי הקשבה והתאמה אליו לחולל שינוי לאורך זמן.

בהקשר של שיתוף מטופלים בהחלטות, מחקרים קודמים מציגים שונות בין מטופלים בהקשר של הנכונות שלהם לקחת חלק בקבלת ההחלטות לגבי הטיפול שלהם, ולכן קוראים להשקיע בקידום רמת האקטיביות של מטופלים.⁵⁴ המחקר הנוכחי מראה כי גם תפיסת אנשי המקצוע את מקומם, את תפקידם, אחריותם, ובעיקר האופן בו הם חווים את חוסר השליטה ביישום הטיפול, קשורים לאופן שבו הם יאפשרו שיתוף של מטופלים בהחלטות. לכן יש לבחון, לזהות ולעבד את תחושת חוסר השליטה של אנשי המקצוע בכדי לאפשר שיתוף מטופלים אותנטי ואיכותי יותר.

מעבר למרכיבים אלו במחקר הנוכחי חיפשנו אחר גורמים נוספים, בתרבות המקומית שעשויים להוות מחסום לתהליכי תקה"מ. במסגרת בחינה זו התעמקנו בזיהוי התגובות והאסוציאציות של השימוש במונח זה בקרב אוכלוסיות שונות. לאורך המחקר הנוכחי, בחנו כיצד אנשי מקצוע, מנהלים, מטופלים ובני משפחה תופסים את הרעיון והמונח של קבלת החלטות משותפת. אחד הדברים ששמנו לב אליו הוא הקושי ב"עיכול" מונח זה ובהטייה בהבנה שלו. המונח קבלת החלטות משותפות נחווה כמתגר עבור המטופלים ואנשי המקצוע. המטופלים הביעו חשש ורתיעה מהמרכיב של 'קבלת ההחלטה', שאוטומטית התפרשה אצלם כאל כזו המחייבת ידע מקצועי והאחריות עליה. הם נטו להסתייג מקבלת ההחלטה ולהעדיף שהיא תהיה בידי איש המקצוע. הסתייגות המוכרת במקומות שונים בעולם.⁵⁵ לעומתם, חלק מאנשי המקצוע, ובעיקר הרופאים הביעו הסתייגות מסוימת מהמונח 'משותפת', כאשר הם חשים אחריות לתוצאה. למעשה, המונח הזה, קבלת החלטות משותפת, מתפרש על ידי המטופלים ואנשי המקצוע ככזה שמכיל שלב אחד חשוב – קבלת ההחלטה הסופית כמה שאמור להיות משותף. זוהי פרשנות מצומצמת של המודל שלא נותנת מקום לשלבים השונים, ולא מתייחסת לשיח בדרך לקבלת ההחלטות כתהליך שלם שצריך וחשוב שיקרה. תהליך זה צריך לכלול את למידת הצרכים והרצונות של המטופל, קביעת המטרות המשותפת, הצגת האפשרויות הטיפוליות השונות, נתינת הזמן והמרחב להתלבטות ושקילת האפשרויות בהתאם לנסיבות חייו של המטופל, קבלת החלטה, ואפשרות עתידית לבחינה ושקילה מחדש.^{3,56,57} הדגשת התהליך והחלקים השונים, שיובילו לבניית אמון וההדגשה של חשיבות הצגת האפשרויות היא קריטית כיוון שהיא לא יושמה כמעט כלל אפילו לא בקרב אנשי המקצוע שנוטים לנסות ולערב את המטופל (סגנון א). למעשה, גם אנשי מקצוע אלו לא היו מודעים שהצגת אפשרויות היא צעד חשוב ונדרש בכדי לשתף בהחלטה, זאת על אף שצעד זה מופיע ב 88% מהמחקרים וממארי העמדה המתייחסים לקבלת החלטות משותפת.⁵⁸ פער זה מעיד אולי על הצורך לשקול חלופה למונח של תקה"מ, ככזה שייצג את התהליך⁵⁶ לחיפוש משותף אחר אפשרות הטיפול המתאימה עבור המטופל, הכוללת הקשבה לו, בחירת המטרות והצגת אפשרויות - ולא את נקודת הסיום של קבלת ההחלטה. תהליך זה מתחיל בביסוס הקשר וביצירת האמון שבין איש המקצוע והמטופל,⁵⁶ כפי שסגנון א' הדגים, וממשיך בתהליך של הגדרת מטרות, הצגת אפשרויות וחשיבה משותפת לקראת החלטה. כדי לייצג תהליך זה הצענו מונח חדש באנגלית שמציג את קיומן של אפשרויות ומנסה להדגיש תהליך באמצעות ראשי התיבות של המונח אפשרויות (OPTIONS). השם המוצע בעברית הוא "תשמע אותי" - תהליך שיתוף ב-מטרות, ערכים, אפשרויות טיפוליות, וחיפוש אחר תוכנית טיפול מתאימה וישימה). הרעיון פה מדגיש

כי לשמוע את שני הצדדים ושמדובר בדיאלוג ותהליך מתמשך של למידה וחיפוש משותפים. קשר מעיין זה בונה אמון ומאפשר שקילה של הטיפול מחדש, ולכן מתאים ביותר להתמודדות עם מחלה כרונית כמו סוכרת.⁵⁶ הליך זה חשוב שיערב גם את הצוות הרב מקצועי והרופא המטפל בקהילה, כדי לאפשר רצף טיפולי יעיל שהמנהלים חשו בהעדרו (ראה עוד בהמלצות טבלה 3).

מגבלות המחקר ומחקרים עתידיים

המחקר הנוכחי שעסק בהבנת החסמים והמקדמים של תקה"מ מנקודת המבט של אנשי מקצוע, מנהלים, מטופלים ובני משפחתם תרם בהבנת נקודות מבטם ואתגרים ביישום. נקודת המבט מביעה את עמדותיהם אולם היא לא בהכרח מייצגת את מה שקורה בפועל במפגש ביניהם. למעשה, יש סבירות גדולה לפער, כיוון שמחקרים קודמים הראו שרופאים חושבים שהם מיישמים קבלת החלטה משותפת אך בפועל נמצא שהם מתנהלים בדרכים יותר פטרנליסטיות, משתמשים בפחות הסבר ומשתמשים בטקטיקות שונות שאינן באמת משתפות.^{12,59} זה הורגש במחקר זה כאשר בתוך הראיון ביקשנו לוודא את השלבים של היישום וזיהינו פער בין ההגדרה שמחייבת הצגת אפשרויות לבין הבחירה להציג בעיקר אפשרות אחת. לכן חשוב שמחקרי המשך יבחנו את אופני התקשורת המתרחשים בפועל בין אנשי המקצוע לבין המטופלים ובני משפחתם על ידי שימוש בתצפיות. בחינה זו צריכה לבחון את ההתאמה בין התחושה של מטופלים שמעריבים ומקשיבים להם לבין ההתנהלות בפועל.

אוכלוסיית המחקר כללה ברובה אנשי צוות ומטופלים המגיעים למרפאות הסוכרת מבתי החולים (כפי שהתחייבנו בהצעה המקורית). מרבית המטופלים סבלו ממספר בעיות רפואיות וממוצע הגילאים שלהם גבוה. למרות שכללי הקריטריון למטופלים במחקר הוגדרו ככאלו בגיל 40 ומעלה, המטופל הצעיר ביותר שהשתתף במחקר היה בן 57, וממוצע הגילאים היה 67.28. מחקרים מראים כי לגיל המטופל, מידת החומרה של המחלה, יש השפעה על סוג התפקיד שהוא רוצה לקחת במערכת בקשר שבין מטפל-מטופל.⁶⁰ לכן משתתפי המחקר אינם מייצגים את כלל מטופלי הסוכרת וקיימת מגבלה בהכללת הממצאים על אוכלוסייה אחרת של מטופלים. על כן, יש לבצע מחקר גם במרפאות בקהילה ששם יש אוכלוסיות מטופלים במגוון גילאים ובחומרת מחלה. יש לבצע גם מחקרים עתידיים המכשירים לזימוניות הנדרשות לתקה"מ ולשלבי התהליך ולעקוב כיצד הכשרה זו משנה את מידת היישום של תקה"מ.

6. המלצות וסיכום

עד היום המיקוד בהקשר של קבלת החלטות משותפת היה על שיח אתי ביחס לחשיבות מעורבות מטופלים והחזקה בגישות לא פטרנליסטיות. שיח זה חשוב והכרחי, אך אינו מספק. המחקר הנוכחי השמיע את קולם של השותפים השונים בטיפול בסוכרת ואיפשר הבנה שתהליך השיתוף חשוב, רצוי, אך עוד לא מיושם וכי יש כמה דברים שיכולים לסייע ליישום. כדי לקדמו נראה שיש צורך לפתח התערבויות חינוכיות לאנשי מקצוע המתמודדות עם האתגר שהם חשים בעת ההבנה הגוברת וההכרה שהשליטה על התוצאות הטיפוליות היא אינה רק בידיהם ושיש מקום וחשיבות לשותפות אמיתית. שותפות כזו תבוא לידי ביטוי בהיבטים שונים בתקשורת עם מטופלים, כולל הגדרת תפקידים באופן קצת שונה – כנותני תמיכה

במטופלים כדי לאפשר ניהול טיפול מיטבי שלהם.⁵⁴ עבודה על עיבוד האתגר של תחושת חוסר השליטה יכולה לעזור לאנשי המקצוע להבין טוב יותר את היתרון של מעורבות אמיתית של מטופלים בטיפול שלהם, ולהוביל לשותפות ושיתוף מטופלים אותנטי ואיכותי יותר.

בנוסף, חשוב לקדם הכשרה מוגדרת וברורה של כל שלבי תה"מ, ולשים דגש על המיומנויות הנדרשות כמו בניית אמון, הקשבה למטופל לגבי הדברים שמטרידים אותו והסבר ברור ולא הפחדה על המחלה והשלכותיה. הכשרה זו צריכה לכלול הבהרה על כל שלבי המודל כולל התייחסות לחשיבות של הצגת אפשרויות טיפוליות בצורה מאוזנת, לפני שכנוע. חשוב ביותר שמשדד הבריאות יקדם הכשרות אלו בכל שלבי הלימוד מבתי הספר לרפואה, דרך ההתמחות ועד בתי החולים והמרפאות. תהליך העבודה בתה"מ צריך להיות מובהר ובבקרה כדי להגביר את יישומו. טבלה 3 מציגה את עיקרי ההמלצות בהתאם לניתוח הנתונים ביחס לתפיסות של משתתפי המחקר ואת הגורם האחראי ליישום שינויים אלו.

טבלה 3: המלצות לקובעי המדיניות ולגופי ההכשרה בהתאם לממצאי המחקר		
ההמלצה	קהל היעד	הרציונל והכלים המעשיים ליישום ההמלצה
עזרה בעיבוד האתגר של "חוסר השליטה" שחווים אנשי המקצוע	מתמחים ובכירים בתחום הסוכרת	הרצאות ודיונים ביחס לתפקיד המטופל בסוכרת, הפערים בתפיסה ובצרכים בין מטפלים ומטופלים (לדוגמה חשיבה לטווח הקצר מול הארוך) ולמידת מיומנויות להגברת המחויבות והמוטיבציה של מטופל ליישום שינוי. העלאת ההיבט של "חוסר השליטה" למודעות אנשי המקצוע, כמרכיב משמעותי בשיח מול מטופלים.
הכשרה במיומנויות של בניית אמון, הקשבה למטופל ומתן הסבר ראשוני, בסיסי על המחלה.	בתי הספר לרפואה, לימודי המשך, בתי חולים, קופות חולים ומשרד הבריאות	הבהרת חשיבות בניית האמון והיתרונות של הקשבה לשפה, לאתגרים, לצרכים ולחסמים של מטופלים. הקניית ותרגול מיומנויות של מתן מידע בשפה ברורה המותאמת לרמת האוריינות וההבנה של מטופל. הערכת/בקרה על ההתנהלות וקבלת משוב גם לאורך ההתפתחות המקצועית ולא רק בבית הספר לרפואה.
הכשרה בשלבים השונים של תה"מ או "התשמע קולי"	בתי הספר לרפואה, לימודי המשך, בתי חולים, קופות חולים ובאחריות משרד הבריאות	מרבית אנשי הצוות במחקר הנוכחי, גם אלו שהיו מאוד בעד שותפות עם המטופל לא הכירו את השלבים הנדרשים בתהליכי קבלת החלטות משותפת, ובעיקר דילגו על שלב הצגת האפשרויות הטיפוליות. זהו שלב חשוב כדי לאפשר שיח והתאמה. מטופלים נלחצו מהמונח תה"מ, אך כשהבינו במה מדובר הביעו רצון לקבל את המידע ולהיות שותפים. לכן נדרשת הכשרה ושינוי השפה לקדם את המטרות החשובות בבסיס המודל.
פיתוח אמצעי עזר להבנת הידע הרפואי למטופלים כדי שרופאים יוכלו להסביר אפשרויות טיפוליות בצורה פשוטה שתשלב את הצורך והרצון של המטופל	איגודי סוכרת, קופות החולים ומשרד הבריאות	לאור הקושי עם הצגת אפשרויות טיפוליות, והחשש של רופאים מהצפת יתר של מטופלים באם יציגו אפשרויות רבות; לצד הרצון העז של מטופלים להבין את המשמעות של האפשרויות השונות (כשאלו נגלו לפניהם במחקר הנוכחי) חשוב כן לפתח דפי עזר שיאפשרו שיח על האפשרויות בתוך המפגש הטיפולי, ואחריו.

<p>המפגש עם המטופלים דורש הקשבה לגורמים השונים שמשפיעים על בריאותם, מתן מידע על המחלה ועל אפשרויות הטיפול כמו גם הסבר על יישומו. לאלו השלכות על ההבנה, על המחויבות לטיפול ועל בטיחות הטיפול. זה מחייב אפשרות למפגשים יותר ארוכים, ו/או תכופים.</p>	<p>משרד הבריאות, קופות החולים ובתי החולים</p>	<p>איפשר זמן מספק למפגש עם מטופלי סוכרת</p>
<p>מורכבות העבודה עם מטופלי סוכרת מחייבת תקשורת בין אנשי הצוות השונים, חשיבה ושותפות של צוות רב מקצועי וקשר מתמשך עם רופא המשפחה. יש לאפשר מפגשים בהם לוקחים חלק מספר אנשי צוות יחד עם המטופל, ומנגנון שיאפשר העברת מידע ושיתוף בהחלטה טובה יותר בין בתי החולים לקהילה.</p>	<p>משרד הבריאות, קופות החולים ובתי החולים</p>	<p>קידום רצף טיפולי ועבודה רב מקצועית</p>

7. מקורות

1. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
2. Epstein RM, Street RL. Shared mind: communication, decision making, and autonomy in serious illness. *The Annals of Family Medicine* 2011;9:454-61.
3. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean?(or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997;44:681-92.
4. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine* 2012;27:1361-7.
5. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making—the pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine* 2012;366:780-1.
6. Stiggelbout A, Pieterse A, De Haes J. Shared decision making: concepts, evidence, and practice. *Patient Educ Couns* 2015;98:1172-9.
7. Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *British Medical Journal* 1999;319:766.
8. קרניאלי-מילר א. קבלת החלטות משותפת כפרקטיקה חשובה בעבודתם של מחנכי סכרת. כנס עוצמה השנתי השני. תל אביב 2016.
9. Karnieli-Miller O, Salyers M. Clinical communications with persons who have severe mental illnesses. *Serious Mental Illness (SMI): Personcentered Approaches* Radcliff Publishing 2011.
10. Tamhane S, Rodriguez-Gutierrez R, Hargraves I, Montori VM. Shared decision-making in diabetes care. *Current diabetes reports* 2015;15:112.
11. Couët N, Desroches S, Robitaille H, et al. Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument. *Health Expectations* 2015;18:542-61.
12. Karnieli-Miller O, Eisikovits Z. Physician as partner or salesman? Shared decision-making in real-time encounters. *Soc Sci Med* 2009;69:1-8.
13. Levin L, Gewirtz S, Cribb A. Shared Decision Making in Israeli Social Services: Social Workers' Perspectives on Policy Making and Implementation. *British Journal of Social Work* 2016:bcw024.
14. Miron-Shatz T, Golan O, Brezis M, Siegal G, Doniger GM. The status of shared decision making and citizen participation in Israeli medicine. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2011;105:271-6.
15. זיסמן-אילני י, רועה ד, קרניאלי-מילר א. שיתוף המטופל בקבלת החלטות מבט היסטורי וחשיבה על העתיד. איכות ברפואה 2015;3:10-2.
16. Karnieli-Miller O, Miron-Shatz T, Siegal G, Zisman-Ilani Y. On the verge of implementing shared decision making in Israel - Will we truly grasp this opportunity? . *ISDM. Lyon* 2017.
17. Corser W, Holmes-Rovner M, Lein C, Gossain V. A shared decision-making primary care intervention for type 2 diabetes. *The Diabetes Educator* 2007;33:700-8.
18. Amos AF, McCarty DJ, Zimmet P. The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. *Diabetic medicine* 1997;14.
19. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995–2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes care* 1998;21:1414-31.
20. Beulens JW, Grobbee DE, Neal B. The global burden of diabetes and its complications: an emerging pandemic. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 2010;17:s3-s8.
21. Kankeu HT, Saksena P, Xu K, Evans DB. The financial burden from non-communicable diseases in low-and middle-income countries: a literature review. *Health Research Policy and Systems* 2013;11:31.
22. Muka T, Imo D, Jaspers L, et al. The global impact of non-communicable diseases on healthcare spending and national income: a systematic review. *European journal of epidemiology* 2015;30:251-77.
23. Seuring T, Archangelidi O, Suhrcke M. The economic costs of type 2 diabetes: a global systematic review. *Pharmacoeconomics* 2015;33:811-31.

24. Brownlee M. Biochemistry and molecular cell biology of diabetic complications. *Nature* 2001;414:813-20.
25. Nathan DM, Group DER. The diabetes control and complications trial/epidemiology of diabetes interventions and complications study at 30 years: overview. *Diabetes care* 2014;37:9-16.
26. Powers A. Diabetes Mellitus: Diagnosis, Classification, and Pathophysiology. In: Kasper D FA, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J, ed. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 19e. New York, NY: McGraw-Hill; 2015.
27. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2017: Summary of Revisions. *Diabetes Care* 2017;40:S4-S5.
28. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action: World Health Organization; 2003.
29. Borkan J. Immersion/crystallization. In: Crabtree BF, Miller WL ,eds. *Doing qualitative research* (2nd Edition). housand Oaks, CA:: Sage Publications; 1999:179-94.
30. שקדי א. מילים מנסות לגעת: מחקר איכותני – תיאוריה ויישום. תל אביב: הוצאת רמות - אוניברסיטת תל אביב. 2003.
31. Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*: SAGE Publications, inc; 1990.
32. Arora NK. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Soc Sci Med* 2003;57:791-806.
33. Belgrave LL, Allen-Kelsey GJ, Smith KJ, Flores MC. Living with dementia: lay definitions of Alzheimer's disease among African American caregivers and sufferers. *Symbolic Interaction* 2004;27:199-222.
34. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage; 1990.
35. Moran GS, Oz G, Karnieli-Miller O. Psychiatrists' challenges in considering disclosure of schizophrenia diagnosis in Israel. *Qualitative health research* 2014;24:1368-80.
36. מארון ש. תפיסות והעדפות מתמודדים עם מחלה נפשית חמורה ביחס להשתתפותם בקבלת החלטות לגבי הטיפול הרפואי שלהם: מתי? על מה? עם מי? וכיצד? [תיזה]. חיפה: אוניברסיטת חיפה; 2011.
37. Karnieli-Miller O. The experiencing of breaking and receiving bad news on chronic illness during adolescence: an insiders' perspective of adolescents, parents and physicians [Unpublished doctoral dissertation]. Haifa, Israel: University of Haifa 2006.
38. Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oak: Sage; 2002.
39. Coggins J, Fox JR. A qualitative exploration of emotional inhibition: A basic emotions and developmental perspective. *Clinical psychology & psychotherapy* 2009;16:55-76.
40. Charmaz K. : (s. 27-49). In: smith JA, Harré R, Van Langenhove L, eds. *Rethinking methods in psychology*. London: Sage; 1995:27-49.
41. Karnieli-Miller O, Taylor AC, Inui TS, Ivy SS, Frankel RM. Understanding values in a large health care organization through work-life narratives of high-performing employees. *Rambam Maimonides Medical Journal* 2011;2.
42. Taylor A, Karnieli-Miller O, Inui T, Ivy S, Frankel R .Appreciating the power of narratives in healthcare: A tool for understanding organizational complexity and values. *Handbook of Communication in Organizations and Professions*, DeGruyter/Mouton, Berlin 2011:457-9.
43. Gravel K, Légaré F, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implementation Science* 2006;1:16.
44. Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Educ Couns* 2014;94:291-309.
45. Goldberg M, Hadas-Lidor N, Karnieli-Miller O. From Patient to Therapatient Social Work Students Coping With Mental Illness. *Qualitative health research* 2014:1049732314553990.
46. Bril-Barniv S, Moran GS, Naaman A, Roe D, Karnieli-Miller O. A Qualitative Study Examining Experiences and Dilemmas in Concealment and Disclosure of People Living With Serious Mental Illness. *Qualitative Health Research* 2016:1049732316673581.
47. Spradley J. *The ethnographic interview*. 1979. New York: Holt, Rinehart and Winston.
48. DiCicco-Bloom B, Crabtree BF. The qualitative research interview. *Medical education* 2006;40:314-21.
49. Meitar D, Karnieli-Miller O, Eidelman S. The impact of senior medical students' personal difficulties on their communication patterns in breaking bad news. *Acad Med* 2009;84:1582-94.

50. Karnieli-Miller O, Michael K, Eidelman S, Meitar D. What you “see” is how you communicate: Medical students’ meaning making of a patient’s vignette. *Patient Educ Couns* 2018;101:1645-53.
51. Greene J, Hibbard JH, Alvarez C, Overton V. Supporting patient behavior change: approaches used by primary care clinicians whose patients have an increase in activation levels. *The Annals of Family Medicine* 2016;14:148-54.
52. Heisler M, Bouknight RR, Hayward RA, Smith DM, Kerr EA. The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. *Journal of general internal medicine* 2002;17:243-52.
53. Lepard MG, Joseph AL, Agne AA, Cherrington AL. Diabetes self-management interventions for adults with type 2 diabetes living in rural areas: a systematic literature review. *Current diabetes reports* 2015;15:37.
54. Poon BY, Shortell SM, Rodriguez HP. Patient Activation as a Pathway to Shared Decision-making for Adults with Diabetes or Cardiovascular Disease. *Journal of general internal medicine* 2019.
55. Lee Y-Y, Lin JL. Do patient autonomy preferences matter? Linking patient-centered care to patient-physician relationships and health outcomes. *Soc Sci Med* 2010;71:1811-8.
56. Montori VM, Gafni A, Charles C. A shared treatment decision-making approach between patients with chronic conditions and their clinicians: the case of diabetes. *Health Expectations* 2006;9:25-36.
57. קרניאלי-מילר א. הטמעת תהליך קבלת החלטות משותפת בעת הטיפול בסוכרת. In: טמיר א, פורמן-אסף ש, הרשקופ ק, eds. מיזם 'עוצמה' בשיתוף אירגון 'אלומה'; 2018:70-9.
58. Bomhof-Roordink H, Gärtner FR, Stiggelbout AM, Pieterse AH. Key components of shared decision making models: a systematic review.
59. Karnieli-Miller O, Werner P, Aharon-Peretz Y, Eidelman S. Dilemmas in the (un)veiling of the diagnosis of Alzheimer’s disease: walking an ethical and professional tight rope. *Patient Educ Couns* 2007;67:307-14.
60. Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Behavioral medicine* 1998;24:81-8.