

## שחיקה נפשית בקרב פיזיותרפיסטים - סקירת ספרות

הילי רוזנבלום, שחר לב ארי

הילי רוזנבלום BPT, MPH, מכון פיזיותרפיה שירותי בריאות כללית בית שמש,  
נייד 0505870338, דוא"ל: buzzon@bezeqint.net

מנחה: ד"ר שחר לב ארי, החוג לקידום בריאות, הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב,  
והמרכז הרפואי תל-אביב. דוא"ל: Shaharl@tlvmc.gov.il

### תקציר

שחיקה נפשית היא בעיה נפוצה בקרב העוסקים במקצועות השירות האנושיים בכלל, ובקרב עובדי הבריאות בפרט. נושא זה נחקר גם בקרב פיזיותרפיסטים, ואולם ככל הידוע לנו לא נעשתה עד כה סקירת ספרות בנושא.

מטרות סקירה זו היו לבדוק את רמות השחיקה הנפשית של פיזיותרפיסטים בשלושה ממדים: תשישות רגשית, דפרסונליזציה והגשמה אישית פחותה, להשוות בין רמות השחיקה של פיזיותרפיסטים לאלו של הצוות הרפואי ושל האוכלוסייה הכללית, לבחון אלו משתנים הם מנבאי שחיקה בקרב פיזיותרפיסטים, ולברר אם קיימות התערבויות שהוכחו כיעילות בהפחתת השחיקה בקרב פיזיותרפיסטים.

**שיטות:** חיפוש במאגרי המידע: Medline, Cinahl, Psycinfo, Google Scholar, בכתב העת לפיזיותרפיה בישראל וסקירת עבודות גמר ודוקטורט באוניברסיטת תל-אביב עד דצמבר 2013.

**תוצאות:** בסקירה נכללו 14 מאמרים. המחקרים הראו כי רמת השחיקה בקרב פיזיותרפיסטים הייתה נמוכה עד גבוהה בשלושת הממדים לפי סולם "מלאי השחיקה" של Maslach. מכיוון שהרמה לא הייתה אחידה, לא ניתן היה לערוך השוואה בין אוכלוסייה זו לאוכלוסייה הכללית ולצוות הרפואי. המשתנים העיקריים שנמצאו כמנבאי שחיקה אצל פיזיותרפיסטים היו: גיל, ותק ופעילויות לשם התפתחות מקצועית. אשר להשפעה של התערבויות להורדת רמת השחיקה בקרב פיזיותרפיסטים, רובם המכריע של המחקרים שנעשו על צוותים רפואיים לא כללו פיזיותרפיסטים, מה שמנע הסקת מסקנות.

**מסקנה:** נמצא כי בקרב פיזיותרפיסטים קיימת שחיקה נפשית ברמה נמוכה עד גבוהה בשלושת ממדיה. לאור מנבאי

השחיקה שנמצאו, מומלץ כי פיזיותרפיסטים וארגונים יפעלו להפחתת השחיקה בקרב עובדים צעירים ויעודדו למידה לשם התפתחות מקצועית. יש מקום להמשיך ולחקור את הנושא כדי לבסס את המשתנים שנמצאו כמנבאי שחיקה, לבחון את נושא מחויבות לעבודה ולבדוק את יעילותן של ההתערבויות למניעה וטיפול בשחיקה בקרב פיזיותרפיסטים.

**מילות מפתח:** שחיקה נפשית, פיזיותרפיסטים, Burnout, Physical therapist, Physiotherapist

\* תודות - לענבל לוי, עוזרת מחקר, אוניברסיטת תל-אביב, על הערותיה המועילות בתיקונים שנדרשו בעת עריכת המאמר.

### הקדמה

המחקר בנושא שחיקה החל בארצות הברית באמצע שנות ה-70, ותרומתו העיקרית הייתה תיאור התופעה הבסיסית, המשגתה והדגמת שכיחותה. מחקרים ראשוניים אלה התבססו על ניסיונם של אנשים שעבדו במקצועות השירות האנושיים ושל עובדי הבריאות-מקצועות שמטרתם הראשונית היא מתן עזרה ושירות לאנשים נזקקים.<sup>1</sup> מחקרים אלו העלו כי המאפיין הייחודי של שחיקה היא היותה תוצאה של אינטראקציה חברתית בין סייע (helper) לבין פונה (recipient).<sup>2</sup> כלומר, מדובר בתגובה ללחץ רגשי כרוני עקב התמודדות נרחבת עם בני אנוש אחרים, בפרט כאשר יש להם בעיות. מסיבה זו, שחיקה אינה נחקרה כתגובה אישית למתח אלא כתגובה בהקשר בינאישי.

שחיקה נוצרת עקב עצימות רגשית הנובעת ממעורבות בינאישית, ממיקוד שלילי בבעיות, מהיעדר משוב חיובי או ממגע דל עם עמיתים במסגרת העבודה. ואולם, ישנו גם משקל רב לגורמים פנימיים, כגון מוטיבציה, צרכים, ערכים, הערכה

ולכן הבדיקה אינה משמשת ככלי אבחוני. קיים דירוג מקובל,<sup>5</sup> שאינו עבר תיקוף, לרמות השחיקה בשלושת ממדיה, והוא מופיע בטבלה 1. ניתוחים פסיכומטריים שונים של MBI הראו שיש לו מהימנות ותקפות גבוהות כמדד לשחיקה.<sup>2</sup>

**טבלה 1: רמות השחיקה בשלושת הממדים, על פי סולם ליקרט.<sup>5</sup>**

תשישות רגשית נמוכה - שחיקה נמוכה	תשישות רגשית בינונית - שחיקה בינונית	תשישות רגשית גבוהה - שחיקה גבוהה
16 >	17-26	27 ≤
דפרסונליזציה נמוכה - שחיקה נמוכה	דפרסונליזציה בינונית - שחיקה בינונית	דפרסונליזציה גבוהה - שחיקה גבוהה
6 >	7-12	13 ≤
הגשמה אישית פחותה גבוהה - שחיקה נמוכה	הגשמה אישית פחותה בינונית - שחיקה בינונית	הגשמה אישית פחותה נמוכה - שחיקה גבוהה
39 ≤	32-38	31 >

מחקרן של Maslach & Jackson<sup>5</sup> להערכת השחיקה כלל מדגם של 1,104 עובדים מתחום הרפואה ו-11,067 אנשים מקרב האוכלוסייה הכללית. התוצאות מוצגות בטבלה 2. הממצאים הראו רמות שחיקה בינוניות הן במדגם הכללי והן בקרב הצוות הרפואי בשלושת הממדים. אף על פי שמבחינת רמת השחיקה אין הבדל בין שני המדגמים, ניתן לראות כי רמת השחיקה בקרב הצוות הרפואי גבוהה יותר מבאוכלוסייה הכללית בממד התשישות הרגשית, אולם נמוכה יותר בממדים דפרסונליזציה והגשמה אישית פחותה. במחקר זה,<sup>5</sup> נמצא קשר בין משתנים שונים לבין שחיקה בקרב הצוות הרפואי:

מגדר - נשים חוו יותר תשישות רגשית ובעוצמה גבוהה יותר מאשר גברים ולעומת זאת, אצל גברים נמצאה רמת דפרסונליזציה גבוהה יותר; רקע אתני - רמת השחיקה בקרב אסיאתיים-אמריקאים דומה למדי לזו שנמצאה אצל לבנים, אך נמוכה יותר בקרב שחורים לעומת לבנים; גיל - נמצא קשר הפוך בין גיל לשחיקה - שחיקה גבוהה יותר נמצאה בקרב

עצמית, ביטוי רגשי, שליטה רגשית וסגנון אישי. גורמים אלה גם תורמים להחלטתו של אדם לבחור במקצוע טיפולי.<sup>3</sup>

על פי Maslach, שחיקה היא תסמונת בעלת שלושה מרכיבים: תשישות רגשית (Emotional Exhaustion), דפרסונליזציה (Depersonalization) והגשמה אישית פחותה (Reduced Personal accomplishment).<sup>3</sup>

**תשישות רגשית** היא תבנית של עומס רגשי ומהווה את לב ליבה של תסמונת השחיקה. הסייע חש מוצף מעודף הדרישות הרגשיות שכופים עליו אחרים, והוא מרגיש מרוקן וחסר אנרגיה.

**דפרסונליזציה** היא האספקט השני של תסמונת השחיקה, והיא מבטאת נתק וניכור כלפי הפונה. כדי להשתחרר מן העומס הרגשי, ולהצליח לעשות את העבודה, הסייע מקטין את המעורבות שלו בבעייתו של הפונה על-ידי צמצום המגע איתו למינימום הנדרש. כך הוא מנתק עצמו מכל מעורבות רגשית משמעותית עם האחרים.<sup>3</sup>

**הגשמה אישית פחותה** היא תחושה הנוצרת כאשר רגשות שליליים כלפי האחרים מתגברים עד שהם מציפים את האדם עצמו. מטפלים מרגישים מצוקה או אשמה לגבי הדרך שבה חשבו או התייחסו אל האחרים והדבר יכול לגרום לתחושת כישלון ולהוביל לדיכאון.<sup>1</sup>

על בסיס התבנית לעיל נבנה שאלון השחיקה - The (MBI) Maslach Burnout Inventory.<sup>4</sup> שאלון זה נמצא בשימוש נרחב ביותר במחקרים ובתכניות ארגוניות בנושא שחיקה. הוא מאפשר מדידה של שלושת הממדים של תסמונת השחיקה: תשישות רגשית (תשעה פריטים), דפרסונליזציה (חמישה פריטים) והגשמה אישית פחותה (שמונה פריטים). ה-MBI מורכב מ-22 היגדים העוסקים בשחיקה, אשר המשיב מדרגם על סולם ליקרט (Likert) - לפי תדירות: בין 0 (אף פעם לא) ל-6 (כל יום), ולפי עוצמה: בין 1 (נמוך מאוד) ועד 7 (חזק מאוד) עבור כל היגד. המספר המתקבל הוא סכום הציונים עבור 22 ההיגדים. טווח הציונים עבור תשישות רגשית הינו 0-63, עבור דפרסונליזציה 0-35 והגשמה אישית פחותה 0-56. ה-MBI ממקם את האדם על פי דרגת השחיקה. אין ציון חתך, אשר קובע באופן מוחלט קיום או היעדר שחיקה,

המודל מתמקד ברמת ההתאמה (או אי-ההתאמה) של האדם בכל אחד מששת התחומים אל סביבת עבודתו. ככל שחוסר ההתאמה גבוה יותר, כך גדל הסיכון לשחיקה, וההיפך. תכניות התערבות ברמת הפרט או הארגון יכולות לכלול את ששת תחומי המחויבות כאמצעי להפחתת שחיקה.

ככל הידוע, Wolfe<sup>9</sup> היה הראשון שעסק בנושא השחיקה בקרב פיזיותרפיסטים. במאמרו הוא ציין כי פיזיותרפיה היא מקצוע הדורש אינטימיות, ולעתים קרוב ממושך בין המטפלים למטופלים. קשר ממושך כזה, שבו המטפל נמצא שוב ושוב בעמדת הנותן ולא המקבל, עלול לרוקן אותו רגשית ויכול להוות מקור לדחק. מאמר זה סקר ספרות שהתפרסמה בתחומי מקצועות בריאות אחרים, דן באטיולוגיה של שחיקה והציע דרכים המקלות את השפעותיה או מונעות אותה לחלוטין בהקשר של מקצוע הפיזיותרפיה. במאמר צוינו כמה סיבות לשחיקה: חוסר היכולת מצד המטפל להבחין בהצלחת טיפולו, עומס-יתר בעבודה הגורם לשימוש חסר במיומנויות טיפוליות או להפעלה פחותה של שיקול הדעת בגלל חוסר זמן וקונפליקט או דו-ערכיות במקרים של דרישות מנוגדות.

מאז שנת 1984, שבה פורסם המחקר הראשון על שחיקה בקרב פיזיותרפיסטים,<sup>10</sup> נעשו מחקרים רבים בקרב אוכלוסייה זו, ואולם למיטב ידיעתנו לא נערכה סקירת ספרות בנושא.

## מטרות

מטרות הסקירה הנוכחית הן לבדוק את הנקודות האלה:

- מהן רמות השחיקה הנפשית של פיזיותרפיסטים בשלושת ממדי השחיקה והאם הן דומות לרמות הקיימות אצל הצוות הרפואי ואצל האוכלוסייה הכללית.
- האם במחקרים שנעשו עד כה ניתן למצוא קשר משמעותי בין גורמים דמוגרפיים וארגוניים לבין שחיקה בקרב הפיזיותרפיסטים ואילו מבין הגורמים האלה הם המשמעותיים ביותר. במידה שנמצא קשר כזה, האם הוא תואם את הידוע בספרות עד כה.
- אילו התערבויות הוכחו כיעילות בהפחתת השחיקה בקרב פיזיותרפיסטים.

אנשים צעירים; מצב משפחתי - רמת השחיקה הייתה פחותה בקרב סיעים שהם בעלי משפחה. נמצא גם שאין הבדל של ממש ברמת השחיקה בין רמות ההשכלה השונות.<sup>5</sup>

## טבלה 2: ממוצעים וסטיות תקן של שלושת תתי-סולמות של שחיקה בקרב עובדי שירות ובריאות<sup>5</sup>

סוג המדגם	תשישות רגשית טווח 0-63	דפרסונליזציה טווח 0-35	הגשמה אישית פחותה טווח 0-56
מדגם כללי נורמטיבי N=11,067	21.0 (10.8) (שחיקה בינונית)	8.7 (5.9) (שחיקה בינונית)	34.6 (7.1) (שחיקה בינונית)
מדגם רפואי נורמטיבי N=1,104	22.2 (9.5) (שחיקה בינונית)	7.1 (5.2) (שחיקה בינונית)	36.5 (7.3) (שחיקה בינונית)

כעבור עשרים שנה, התרחב מוקד המחקר להיבט המנוגד לשחיקה - מחויבות לעבודה (Job Engagement): "זהו מצב של אנרגיה (יותר מאשר תשישות), מעורבות (יותר מאשר ציניות) ויעילות (יותר מאשר חוסר יעילות). זו ההתנסות האידיאלית של עבודה ואסטרטגיות ההתערבויות מכוונות להשיג מטרה זו" (2003 Maslach פרק הקדמה עמוד XXII) כלומר תפיסת תפקודו של הפרט בארגון השתנתה מתפיסה הרואה את הנזקים של שחיקה לתפיסה המתמקדת בגורמים לתפקוד מיטבי בארגון.<sup>6</sup>

מאמר, שהתפרסם בשנת 2001, סיקם 25 שנות מחקר עולמי. מחקר זה הוביל לבניית מודלים רעיוניים חדשים שבהם ניתנה תשומת לב רבה לתחום הפסיכולוגיה החיובית, המתמקדת בגורמי חוסן ותפקוד אופטימלי. מוקד זה שימש כחלופה לזה של פתולוגיה וליקויים, מה שעלה בקנה אחד עם נושא המחויבות לעבודה, המשקף תפיסה חיובית המנוגדת לשחיקה (המייצגת מצב פסיכולוגי שלילי). המודל של Maslach & Leiter<sup>8</sup>, עוסק בשישה תחומי מחויבות בסביבת העבודה: עומס עבודה, שליטה, גמול, קהילה, הגינות וערכים.

**שיטות**

**שיטות חיפוש**

חיפוש במאגרי המידע, Medline, Cinahl, Psycinfo, Google, Scholar, בביטאון הפיזיותרפיה בישראל; סקירת עבודות גמר ודוקטורט בספריה למדעי החיים והרפואה אוניברסיטת תל-אביב עד דצמבר 2013. החיפוש נעשה על פי מילות המפתח האלה: שחיקה נפשית, פיזיותרפיסטים, Burnout, Physiotherapy, Physical Therapist.

**קריטריוני הכללה**

- מחקרים כמותניים מסוג סקרי-חתך, מחקרי-אורך וסקירות ספרות;
- סוג האוכלוסייה-פיזיותרפיסטים או צוות רב-מקצועי הכולל פיזיותרפיסטים;
- מחקרים שפורסמו בשפה אנגלית או עברית;
- מחקרים עם גישה למאמר המלא.

בחיפוש המקורי נמצאו 25 מחקרים בנושא שחיקה נפשית בקרב פיזיותרפיסטים. 11 מאמרים הוצאו מניתוח הנתונים

לפי הפירוט הזה: מאמר אחד<sup>9</sup> מסוג סקירת ספרות בנושא שחיקה בצוות רפואי בכלל, מחקר אחד איכותני,<sup>11</sup> חמישה מאמרים ללא גישה למאמר המלא.<sup>12,13,14,15,16</sup> בארבעה מאמרים נוספים אוכלוסיית המחקר כללה פיזיותרפיסטים, אולם המחקרים עסקו בשחיקה בעקיפין, לפי הפירוט הבא: שביעות רצון בעבודה,<sup>17</sup> גורמי מתח בעבודה,<sup>18</sup> עבודת מתח (Job strain)<sup>19</sup> ולחץ בעבודה,<sup>20</sup>

**תוצאות**

בסקירה הנוכחית נמצאו 25 מאמרים שחקרו את היקף תופעת השחיקה בקרב פיזיותרפיסטים, הקשר למשתנים דמוגרפיים וארגוניים ויעילות דרכי ההתמודדות עמה. מתוכם,<sup>14</sup> עמדו בקריטריוני ההכללה והם מוצגים בטבלה 3. במחקרים של תכניות התערבות שכללו צוות רב-מקצועי, היוו הפיזיותרפיסטים מרכיב זניח. במחקר פיילוט אחד שבדק תכנית התערבות, כלל המדגם רק 16 משתתפים, נתון אשר החליש את יכולת הסקת המסקנות.

**טבלה 3: מאפיינים כלליים של המחקרים (\*OT - מרפאים בעיסוק, ST - קלינאי תקשורת)**

מחבר ושנה	שם המחקר	מדגם	מדינה	סוג מחקר
Schuster, Nelson, & Quisling, 1984 <sup>10</sup>	Burnout among physical therapists	n=160 פיזיותרפיסטים חברי APTA	ארה"ב	סקר-חתך
Deckard & Present, 1989 <sup>21</sup>	Impact of role stress on physical therapists emotional and physical well-being	n=187 פיזיותרפיסטים מדינת מיזורי	ארה"ב	סקר-חתך
Donohoe, Nawawi, Wilker, & Jette, 1993 <sup>22</sup>	Factors associated with burnout of physical therapists in Massachusetts rehabilitation hospitals	n=187 פיזיותרפיסטים משיקום במסצ'וסטס	ארה"ב	סקר-חתך
Schlenz & Guthrie, 1995 <sup>23</sup>	Burnout in occupational therapists and physical therapists working in head injury rehabilitation	n=40 19 פיזיותרפיסטים ו-21 OT* שיקום נפגעי ראש	ארה"ב	סקר-חתך

## סקירת ספרות

סקר-חתך	ישראל	n=254	שחיקה של פיזיותרפיסטים בישראל: עוצמתה, שכיחותה והגורמים המנבאים	Horvitz Y. 1997 <sup>24</sup>
סקר-חתך	ארה"ב	n=387 מתחום אורתופדיה	Burnout in orthopedic physical therapists	Wandling & Smith, 1997 <sup>25</sup>
סקר-חתך	יפן	n=163	Burnout among physiotherapist in Ishikawa prefecture	Shimpachiro, Hisano 2002 <sup>26</sup>
סקר-חתך	ארה"ב	n=307 169 פיזיותרפיסטים ו-138 OT	Prevalence and determinants of burnout among physical and occupational therapists	Balogun, Titiloye, Balogun, Oyeyemi, & Katz, 2002 <sup>27</sup>
סקר-חתך	איטליה	n=124, שיקום, מתוכם 57 פיזיותרפיסטים ו-ST*	Physical rehabilitation and burnout: different aspects of the syndrome and comparison between healthcare professionals involved	Calzi et al., 2006 <sup>28</sup>
סקירה ומטה-אנליזה של תכניות התערבות	אנגליה	קבוצת ניסוי - n=1564, קבוצת ביקורת - n=1248	Preventing occupational stress in healthcare workers	Marine, Jh, Serra, & Jh, 2009 <sup>29</sup>
סקירה ומטה-אנליזה של תכניות התערבות	אנגליה	n=716	Preventive staff-support interventions for health workers	Be & V, 2010 <sup>30</sup>
סקר-חתך	קפריסין	n=172	Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey	Pavlakakis, Raftopoulos, & Theodorou, 2010 <sup>31</sup>
סקר-חתך ותכנית התערבות	פורטוגל	n=106 סקר-חתך; N=16; תכנית התערבות	Qigong therapy for physiotherapists suffering from burnout: a preliminary study	Joa Pedro Saganha et al, 2012 <sup>32</sup>
סקר-חתך	איטליה	n=110 צוות רב-מקצועי הכולל 28 פיזיותרפיסטים	Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: the role of organizational and personal factors	Fiabane, Giorgi, Sguazzin, & Argentero, 2013 <sup>33</sup>

**מאפיינים כלליים של המחקרים**

כל המחקרים בנושא היו מסוג סקר-חתך - מהם מחקר אחד<sup>32</sup> כלל סקר-חתך ותכנית התערבות. כל המחקרים פרט לאחד<sup>10</sup> השתמשו ב-MBI ככלי להערכת השחיקה. במחקר זה<sup>10</sup> נעשה שימוש בשאלון Quisling Burnout Inventory<sup>34</sup> זהו מלאי שחיקה המתייחס למאפיינים ארגוניים מקצועיים ואישיותיים ברמת השחיקה הנתפסת. השאלון מכיל 52 פריטים, המחולקים לשלוש קטגוריות עיקריות: תסמינים אפשריים של שחיקה, סיבות ארגוניות ומקצועיות אפשריות של שחיקה וסיבות אישיות אפשריות לשחיקה. בכל פריט מדורגת התדירות שבה המטפל חווה אירוע, גישה, תחושה או מחשבה על סולם ליקרט בן חמש דרגות.

שישה מחקרים<sup>23,27,28,29,30,33</sup> נערכו בקרב צוות רב-מקצועי שכלל פיזיותרפיסטים, בשמונת המחקרים הנותרים<sup>10,21,22,24,25,26,31,32</sup> המדגם כלל פיזיותרפיסטים בלבד.

שישה סקרי-חתך<sup>10,21,22,23,25,27</sup> נערכו בצפון אמריקה, ארבעה באירופה<sup>28,31,32,33</sup> מחקר אחד<sup>26</sup> נערך במזרח, ומחקר אחד בישראל.<sup>24</sup> שתי סקירות הספרות של תכניות ההתערבות<sup>29,30</sup> נערכו באנגליה, אולם כללו מחקרים מכל רחבי העולם.

גודל המדגם נע בין 19<sup>23</sup> ל-387 פיזיותרפיסטים.<sup>25</sup> המחקרים נפרסו על פני 29 שנים, מ-1984<sup>10</sup> עד-2013.<sup>33</sup> המדגם בכלל המחקרים, מלבד סקירות הספרות של מחקרי התערבות, עמד על 1,832 פיזיותרפיסטים שעבדו במסגרות שונות (בתי חולים, מרפאות וטיפול בית) ובמגוון תחומים (אורטופדיה, נוירולוגיה ושיקום).

**דירוג שחיקה בשלושת ממדיה, לפי MBI**

דירוג השחיקה בסקרי החתך מוצג בטבלה 4 בצד ציון אחוזי המשתתפים שדיווחו על שחיקה גבוהה. הניתוח הסופי כלל שמונה מחקרים בלבד<sup>22,23,24,25,26,27,28,31</sup> מכיוון שמחקר אחד<sup>10</sup> לא השתמש בשאלון MBI, שני מחקרים<sup>21,32</sup> לא ציינו את הדירוג ומחקר אחד<sup>33</sup> לא סיפק נתונים לגבי שחיקה.

**תשישות רגשית** - הטווח נע מ-16.5<sup>31</sup> עד-28.8<sup>27</sup> תוצאות המעידות על רמה נמוכה עד בינונית של שחיקה בתת-סולם זה. מאמר אחד<sup>31</sup> דיווח על רמה נמוכה של תשישות רגשית, שישה מאמרים<sup>22,23,24,25,26,28</sup> דיווחו על רמה בינונית, ומאמר אחד<sup>27</sup> דיווח על רמה גבוהה. שישה מחקרים<sup>10,22,23,27,31,32</sup> ציינו את אחוז הנבדקים שדיווחו על תשישות רגשית גבוהה, הטווח נע בין 8.1%<sup>31</sup> ל-58.0%<sup>27</sup>.

**דפרסונליזציה:** התוצאות נעו בטווח בין 4.5<sup>28</sup> ל-39.5<sup>31</sup> והן מעידות על רמה נמוכה עד גבוהה של שחיקה. שני מאמרים<sup>28,25</sup> דיווחו על רמה נמוכה במדד דפרסונליזציה, ארבעה מאמרים<sup>22,23,24,26</sup> דיווחו על רמה בינונית, ושני מאמרים<sup>27,31</sup> דיווחו על רמה גבוהה. שיעור הנבדקים שדיווחו על רמה גבוהה במדד הדפרסונליזציה במחקרים שצוינו לעיל נע בין 7.5%<sup>32</sup> ל-9.4%<sup>27</sup>.

**הגשמה אישית פחותה:** התוצאות נעו בטווח שבין 5.2<sup>31</sup> ל-41.8<sup>25</sup> והן מעידות על רמה נמוכה עד גבוהה של שחיקה בתת-סולם זה. שלושה מאמרים<sup>23,25,26</sup> דיווחו על רמה נמוכה במדד הגשמה אישית פחותה, שלושה מאמרים<sup>22,24,28</sup> דיווחו על רמה בינונית ושני מאמרים<sup>27,31</sup> על רמה גבוהה. במחקרים שצוינו לעיל שיעור הנבדקים שדיווחו על רמה נמוכה במדד זה (שחיקה גבוהה) נע בין 3.8%<sup>32</sup> ל-97.0%<sup>27</sup>.

**טבלה 4: ציונים וסטיות תקן במדדי השחיקה לפי MBI (The Maslach Burnout Inventory) ואחוזי המשתתפים שדיווחו על רמת שחיקה גבוהה**

מחבר ושנה	תשישות רגשית	דפרסונליזציה	הגשמה אישית פחותה
Schuster, Nelson, & Quisling, 1984 <sup>10</sup>	53% חוו שחיקה ללא קשר לממד		
Donohoe, Nawawi, Wilker, & Jette, 1993 <sup>22</sup>	23.5 (10.7) (שחיקה בינונית) - 45.9% דירוג גבוה	7.6 (5.7) (שחיקה בינונית) - 20.5% דירוג גבוה	37.2 (8.4) (שחיקה בינונית) - 59.8% דירוג נמוך

39.4 (4.7) (שחיקה נמוכה) 5% - דירוג נמוך	6.4 (3.7) (שחיקה בינונית) 10% - דירוג גבוה	25.4 (9.4) (שחיקה בינונית) 42.5% - דירוג גבוה	Schlenz & Guthrie, 1995 <sup>23</sup>
תדירות 4.2 (1.0) עוצמה 4.3 (1.0) ציון משוקלל 34.3 (שחיקה בינונית)	תדירות 1.4 (1.1) עוצמה 1.7 (1.2) ציון משוקלל 7.8 (שחיקה בינונית)	תדירות 2.5 (1.2) עוצמה 3.1 (1.2) ציון משוקלל 25.4 (שחיקה בינונית)	Horvitz Y. 1997 <sup>24</sup>
41.8 (5.0) (שחיקה נמוכה)	5.4 (4.4) (שחיקה נמוכה)	18.7 (9.3) (שחיקה בינונית)	Wandling & Smith 1997 <sup>25</sup>
29.7 (9.0) (שחיקה נמוכה)	8.2 (7.6) (שחיקה בינונית)	25.4 (11.3) (שחיקה בינונית)	Shimpachiro, Hisano 2002 <sup>26</sup>
18.0 (6.1) 97% - דירוג נמוך פיזיותרפיסטים בלבד (שחיקה גבוהה)	18.4 (4.7) 94% - דירוג גבוה פיזיותרפיסטים בלבד (שחיקה גבוהה)	28.8 (7.4) 58% - דירוג גבוה פיזיותרפיסטים בלבד (שחיקה גבוהה)	Balogun, Titiloye, Balogun, Oyeyemi, & Katz, 2002 <sup>27</sup>
36.6 (6.6) פיזיותרפיסטים ו-ST (שחיקה בינונית)	4.5 (4.7) פיזיותרפיסטים ו-ST (שחיקה נמוכה)	22.4 (12.6) פיזיותרפיסטים ו-ST (שחיקה בינונית)	Calzi et al., 2006 <sup>28</sup>
5.2 (4.6) 42.2% - דירוג נמוך (שחיקה גבוהה)	39.5 (5.5) 17.3% - דירוג גבוה (שחיקה גבוהה)	16.5 (9.0) 8.1% - דירוג גבוה (שחיקה נמוכה)	Pavlakakis, Raftopoulos, & Theodorou, 2010 <sup>31</sup>
3.8% - דירוג נמוך (לא צוין ממוצע וסטיות תקן)	7.5% - דירוג גבוה (לא צוין ממוצע וסטיות תקן)	21.7% - דירוג גבוה (לא צוין ממוצע וסטיות תקן)	Joa Pedro Saganha et al, 2012 <sup>32</sup>
4.3 (0.8) מדובר על יעילות מקצועית בניגוד ל-PA. פיזיותרפיסטים בלבד	3.8 (1.2) מדובר על מעורבות, בניגוד ל-PA. פיזיותרפיסטים בלבד	3.1 (1.5) מדובר על אנרגיה, בניגוד ל-EE. פיזיותרפיסטים בלבד	Fiabane, Giorgi, Sguazzin, & Argentero, 2013 <sup>33</sup>

## קשר בין שחיקה למשתנים דמוגרפיים וארגוניים

הניתוח כולל עשרה מחקרים, שני מחקרים<sup>33,32</sup> הוצאו מכיוון שלא נבדק הקשר בין משתנים לשחיקה.  
 ✘ קשר בין שחיקה ומשתנים דמוגרפיים  
 \* גיל: בחמישה מחקרים<sup>31,27,26,25,24</sup> נמצא קשר הפוך בין גיל לשחיקה, כלומר, ככל שהפיזיותרפיסט היה מבוגר יותר כך השחיקה ירדה; שלושה מחקרים<sup>21,22,10</sup> לא מצאו קשר בין גיל לשחיקה; בשני מחקרים<sup>23,28</sup> קשר זה לא נבדק.  
 \* ותק במקצוע: נמצא קשר הפוך מובהק בין ותק להגשמה

## מאפיינים דמוגרפיים

טווח הגיל הממוצע היה 26-40 שנים. המצב המשפחתי לא צוין בכל המחקרים, היכן שצוין - שיעור הנשואים היה בטווח 22.6%-61%. הנשים היו רוב (52%-95%). רמת ההשכלה השתנתה בין מדינות. רוב המדגם (59%) היו בעלי תואר ראשון בפיזיותרפיה. ממוצע שנות הוותק במקצוע, במחקרים שצינו זאת, נע בין 5 ל-16.8. ממוצע שנות הוותק במקום העבודה האחרון נע בטווח 3.6 - 14.3. מסגרות העבודה היו מגוונות ולא ניתן לעשות הכללה.



שהפיזיותרפיסט השתתף במספר גבוה יותר של פעילויות מסוג זה כך תחושת ההגשמה עלתה והשחיקה ירדה; במחקר אחד נמצא קשר הפוך מובהק בין שחיקה ללמידה לשם התפתחות מקצועית;<sup>24</sup>; ומחקר אחד מצא קשר הפוך בין שחיקה למשך הזמן בישיבות הצוות ובהיוועצויות מקצועיות;<sup>27</sup>; מחקר אחד מצא קשר מובהק בין חוסר האפשרויות לקידום מקצועי לבין תשישות רגשית והגשמה אישית,<sup>31</sup> ללא קשר מובהק לדפרסונליזציה. כלומר, חוסר האפשרויות לקידום מקצועי הגביר את תחושת התשישות הרגשית, תרם לתחושת חוסר ההגשמה האישית, אולם לא השפיע על תחושת הדפרסונליזציה.

שאר המשתנים, ובהם: מסגרת העבודה, תחום התעסוקה, היקף המשרה, סוג ההעסקה/השכר, מספר השעות בשבוע מחוץ לעבודה בעיסוק שקשור לעבודה, תמיכת הממונה, עבודת ניירת, חוסר תמיכה מצד הקולגות, אי-תפקוד של הארגון ודרישות מוגזמות נבדקו חלקית ובאופן שלא אפשר להסיק על פיהם מסקנה מובהקת.

**השוואה בין דירוג ממדי השחיקה בסקירה הנוכחית לדירוג בקרב האוכלוסייה הכללית ובקרב הצוות הרפואי**

בטבלה 5 מוצגים ממוצעי דירוג השחיקה בשלושת הממדים בקרב עובדי הבריאות והשירות ובקרב האוכלוסייה כללית.<sup>4,5</sup> מכיוון שנמצאה שונות גבוהה ברמת השחיקה בין המאמרים שנסקרו בעבודה זו, לא ניתן לערוך השוואה בין ממצאיה לממצאים לגבי האוכלוסייה הכללית ולגבי עובדי הבריאות.

אישית פחותה,<sup>23,27</sup> ולשחיקה,<sup>24,25,26</sup> כלומר, ככל שהפיזיותרפיסט היה ותיק יותר במקצוע כך השחיקה ירדה. מחקרים מסוימים לא מצאו קשר בין ותק לשחיקה<sup>10,21,22</sup>; ומחקרים אחרים לא בדקו זאת.<sup>28,31</sup>

\* ותק במקום העבודה האחרון: נמצא קשר הפוך מובהק בין ותק במקום העבודה האחרון לתשישות ולהגשמה אישית פחותה,<sup>23,24</sup> כלומר, ככל שהפיזיותרפיסט היה ותיק יותר במקום העבודה האחרון, כך השחיקה ירדה. מקצת המחקרים מצאו קשר בין ותק במקום העבודה האחרון לשחיקה,<sup>25,26</sup> מחקר אחד לא מצא קשר בין משתנה זה לשחיקה,<sup>10</sup> ואחרים לא בדקו זאת.<sup>31,28,27,22,21</sup>

שאר המשתנים: מצב משפחתי, מגדר והשכלה נבדקו חלקית ובאופן שלא אפשר להסיק על פיהם מסקנה מובהקת.

**☒ קשר בין שחיקה ומשתנים ארגוניים**

\* עומס של מטופלים: נמצא קשר מובהק להגשמה אישית פחותה,<sup>24</sup> כלומר ככל שעומס המטופלים היה גבוה יותר כך תחושת ההגשמה האישית הפחותה עלתה כלומר שחיקה גבוהה יותר; במקצת מחקרים לא נמצא קשר לשחיקה,<sup>27,26,25,22</sup> באחרים נמצא קשר הפוך לשחיקה,<sup>10</sup> כלומר ככל שהעומס ירד כך השחיקה עלתה.

\* פעילויות לשם התפתחות מקצועית: מחקר אחד מצא קשר מובהק בין הגשמה אישית להמשך לימודים, לקריאת מאמרים, לייעוץ מקצועי ולמספר המצגות,<sup>25</sup> כלומר, ככל

**טבלה 5: ממוצעי הדירוג של ממדי השחיקה בקרב האוכלוסייה הכללית ובקרב הצוות הרפואי<sup>4,5</sup> על פי סולם MBI**

שם המחקר	אוכלוסייה	תשישות רגשית טווח 0-63	דפרסונליזציה טווח 0-35	הגשמה אישית פחותה טווח 0-56
Maslach & Jackson, 1981 <sup>4</sup>	בריאות ושירות n=1025	27.1 (שחיקה גבוהה)	9.2 (שחיקה בינונית)	37.0 (שחיקה בינונית)
Maslach & Jackson, 1986 <sup>5</sup>	מדגם רפואי נורמטיבי n=1,104	22.2 (שחיקה בינונית)	7.1 (שחיקה בינונית)	36.5 (שחיקה בינונית)
Maslach & Jackson, 1986 <sup>5</sup>	מדגם כללי נורמטיבי n= 11,067	21.0 (שחיקה בינונית)	8.7 (שחיקה בינונית)	34.6 (שחיקה בינונית)



והראתה אפקט חיובי על הגשמה אישית בלבד.

☒ התערבויות מניעה לשם תמיכה בצוות עובדי הבריאות - סקירה שיטתית<sup>30</sup>

הסקירה כללה 10 מחקרי RCT של התערבויות התומכות בעובדי הבריאות המתמודדים עם מצבי לחץ הקשורים בעבודה, לשם מניעת שחיקה ושיפור שביעות רצון בעבודה מבלי לשנות את תנאי החוזה או את סביבת העבודה הפיזית. בסקירה זו נעשה חיפוש לגבי שלושה סוגי התערבויות: (1) קבוצות תמיכה לצוות (2) אימון בטכניקות לניהול לחצים ו-(3) התערבויות ניהול לשם תמיכה בצוות. המחקרים היו הטרוגניים מבחינת ההתערבויות, קבוצות ההשוואה ומדידות התוצאה. מכיוון שכך, לא נעשה ניסיון לייצר מקור משותף למטה-אנליזה.

מספר כולל של 716 עובדי בריאות נכללו ב-10 המחקרים. רובם היו אחיות בדרגות שונות. בסקירה זו לא נכללו פיזיותרפיסטים.

נמצא כי שום מחקר לא העריך את השפעתן של קבוצות תמיכה על עובדי מערכת הבריאות. שמונה מחקרים העריכו את ההשפעות של התערבויות שונות לאימון בטכניקות ניהול לחצים על מדדים של לחץ ו/או שביעות רצון בעבודה. שני מחקרים העריכו את ההשפעות של התערבויות ניהול לחץ על שביעות הרצון בעבודה ועל היעדרות מן העבודה.

שלושה מחקרים הראו את מועילות ההשפעה של התערבות ניהול לחץ (stress management) על הלחץ בעבודה. מחקר אחד הוכיח את מועילות ההשפעה של התערבות ניהול לחץ בעוצמה גבוהה על שחיקה. התערבויות ניהול לחץ בעוצמות נמוכות ובינוניות לא הצליחו להוכיח את מועילותן בהפחתת השחיקה או בהגברת שביעות הרצון בקרב הצוות.

התערבויות הניהול הראו עלייה בשביעות הרצון בעבודה, אבל לא הצליחו להראות השפעה חיובית על היעדרויות. רוב המחקרים לקו בחסר מבחינה מתודולוגית מה שעשוי לגרום להטיות פוטנציאליות.

התערבויות למניעת שחיקה: במטה-אנליזה נכללו שלושה מחקרים שבהן נבדקו תכניות התערבות שנועדו להפחית תסמינים של שחיקה ושתוצאותיהן הוערכו באמצעות MBI.

## תכניות התערבות

נמצאו שתי סקירות ספרות<sup>29,30</sup> בנושא תכניות התערבות לצוות רפואי לשם מניעת שחיקה ומתח תעסוקתי. האחת,<sup>29</sup> כללה 14 תכניות התערבות, והשנייה,<sup>30</sup> 10 תכניות התערבות. כמו כן, נמצאה תכנית התערבות אחת<sup>32</sup> בשיטת צ'י קונג לפיזיותרפיסטים.

☒ מניעת לחץ תעסוקתי בקרב עובדי הבריאות - סקירה<sup>29</sup>  
זוהו 14 מחקרי RCT, שלושה מחקרים אקראיים מסוג אשכול (cluster) ושני מחקרים מוצלבים (crossover), שהקיפו סך של 1,564 משתתפים בקבוצת ההתערבות ו-1,248 בקבוצת הביקורת.

ההתערבויות חולקו לשני סוגים: מכוונות-פרט-טכניקות קוגניטיביות-התנהגותיות, הרפיה, יצירת מוזיקה, עיסוי טיפולי וטיפולים משולבים; ומכוונות-ארגון-שינוי גישה ותקשורת, תמיכה מעמיתים, שיתוף בפתרון בעיות, שיתוף בקבלת החלטות ושינויים בארגון העבודה.

המטה-אנליזה והניתוחים האיכותניים בסקירה זו הראו כי יש ראיות מוגבלות לכך שהתערבויות מכוונות-פרט בקרב עובדי מערכת הבריאות מפחיתות ביעילות רמות שחיקה, חרדה, מתח ותסמינים כלליים. בכל הקשור להתערבויות מכוונות-ארגון, נמצאו ראיות מוגבלות לכך שההתערבויות מפחיתות ביעילות רמות מתח, תסמינים כלליים ושחיקה בסולמות של דפרסונליזציה והגשמה אישית פחותה ב-MBI.

התערבויות למניעת שחיקה: בסך הכול נכללו שמונה מחקרים במטה-אנליזה של התערבויות מכוונות-פרט ומכוונות-ארגון שנועדו להפחית תסמינים של שחיקה ושהערכת התוצאה נעשתה באמצעות MBI. מתוך השמונה, רק במחקר אחד<sup>35</sup> אוכלוסייה המחקר כללה פיזיותרפיסטים, שלושה במספר.

ניתן לומר כי בסקירה זו לא נסקרו תכניות התערבות למניעת שחיקה בקרב פיזיותרפיסטים. במחקר היחיד שכלל פיזיותרפיסטים, כלל המדגם שלושה פיזיותרפיסטים בלבד, מה שאינו מאפשר הסקת מסקנות. אשר לתכניות התערבות מכוונות-פרט בקרב צוות בריאות אחר נמצא אפקט חיובי על מניעת שחיקה, בעיקר תשישות רגשית והגשמה אישית פחותה, ואולם איכות המחקרים היא נמוכה. תכנית התערבות מכוונות-ארגון באיכות גבוהה נמצאה במחקר אחד בלבד

השפעה שלילית על מערכות היחסים בתוך העבודה ומחוצה לה. שחיקה עלולה להיות מלווה בתשישות גופנית, בתחלואה מוגברת, בשימוש בחומרים ממכרים ובפגיעה בבריאות הנפשית (בעיקר דיכאון). מטופלים או מבקשי שירות נפגעים גם הם משחיקת העובד, עקב פגיעה באיכות העבודה, היעדרות מוגברת ואף עזיבת המקצוע.<sup>1,2</sup>

על פי ממצאי הסקירה הנוכחית, במחקרים קיימת הטרוגניות רבה בגודל ובהרכב המדגמים - בחלק מהם כלל המדגם פיזיותרפיסטים בלבד, ואילו באחרים, הפיזיותרפיסטים היו חלק מצוות רב-מקצועי. כמו כן, נמצא כי לא נחקרה ההשפעה של תכנית התערבות למניעת שחיקה בקרב פיזיותרפיסטים בלבד ועל מדגם גדול דיו לשם הסקת מסקנות.

כל המחקרים שבדקו הימצאות שחיקה וקשר עם משתנים היו מסוג סקר-חתך, מה שמקטין בהרבה את אפשרות הסקת המסקנות. כמו כן, נמצאה שונות רבה בין המחקרים ברמת השחיקה שנמצאה, כך שלא ניתן לערוך השוואה לצוות רפואי אחר ולאוכלוסייה הכללית. עם זאת, בממד הדפרסונליזציה, מרבית המאמרים הראו רמה בינונית. כמו כן, בשני מחקרים,<sup>28,33</sup> שבהם המדגם כלל צוות רב-מקצועי, נמצאה רמה גבוהה מאוד של תשישות רגשית ותפיסת עומס רגשי בסולם (Perceived Stress Questionnaire) PSQ בקרב הפיזיותרפיסטים לעומת שאר הצוות (רופאים, אחיות וטכנאים). במחקר של, Fiabane<sup>33</sup> הם סווגו כבעלי הסיכון הגבוה ביותר לבעיות פסיכולוגיות הקשורות לעבודה. מתקבל הרושם כי שחיקה נמוכה יותר ניכרת בצוות השיקומי, ואולם נקודה זו דורשת בירור מעמיק והיא תידון בהרחבה בהמשך.

הסבר אפשרי אחד לכך שלא נמצאה רמת שחיקה נמוכה במרבית המחקרים נעוץ בהשפעת המגע הישיר והתכוף עם נכות, שחווים הפיזיותרפיסטים, מגע פיזי, רגשי וקוגניטיבי מועצם עם החולים. הדבר בולט במיוחד בשלבי שיקום מתקדמים, שבהם חולים צריכים להתעמת מול אי-מימוש ציפיותיהם להחלמה מלאה ולהתרגל למגבלה קבועה. פיזיותרפיה היא מקצוע המעורב באופן הישיר ביותר בתהליך זה, כאשר יש לתמוך בחולה גופנית ונפשית. התנסות זו גובה מחיר רגשי כבד, אשר יכול להוביל בטווח הארוך לעייפות ולהפחתת ההתלהבות והתשוקה בעבודה.

השפעת ההתערבות הראתה שיפור בתשישות הרגשית ובהגשמה האישית בקרב קבוצת ההתערבות לעומת קבוצת הביקורת.

☒ תרפיה בשיטת צ'י קונג לפיזיותרפיסטים שסובלים משחיקה: מחקר ראשוני<sup>32</sup>  
מחקר זה נעשה במטרה להעריך את שכיחות השחיקה בקרב מדגם של פיזיותרפיסטים ולבחון האם תירגול בשיטת צ'י קונג יכול להיות יעיל בהפחתת השחיקה.

משתתפי המחקר מילאו שאלון דמוגרפי ושאלון MBI בתחילת המחקר. לקבוצת ההתערבות והביקורת נבחרו הפיזיותרפיסטים עם הרמות הגבוהות ביותר של שחיקה בשלושת הממדים. קבוצת ההתערבות (n=8) עברה התערבות בשיטת צ'י קונג; קבוצת הביקורת (n=8) נקבעה כרשימת המתנה. בסיום תקופה של שלושה שבועות - של התערבות או המתנה, מילאו שתי הקבוצות שוב את שאלון MBI להשוואת התוצאות.

תוצאות המחקר הראו כי מתוך 106 פיזיותרפיסטים (36 גברים ו-70 נשים) שהוערכו על-יד MBI, 23 (21.7%) הציגו רמה גבוהה של שחיקה, מתוכם 16 הביעו הסכמה להשתתף בהתערבות והם חולקו לקבוצת התערבות ולקבוצת ביקורת. השוואה בין הקבוצות הראתה כי לתוכנית ההתערבות הייתה השפעה משמעותית באופן מובהק ( $p < 0.01$ ) על מדדי התשישות רגשית והדפרסונליזציה. במדד הגשמה אישית מופחתת לא נמצא הבדל בעל משמעות מובהקת בין שתי הקבוצות.

מסקנת המחקר הייתה כי התערבות בשיטת צ'י קונג יכולה להוות כלי יעיל להפחתת תשישות רגשית ודפרסונליזציה בקרב פיזיותרפיסטים.

## דיון

למיטב ידיעתנו, זוהי הסקירה הראשונה בנושא שחיקה בקרב פיזיותרפיסטים שנערכה עד כה. שחיקה בעבודה היא תופעה נפוצה ובעלת השלכות רבות. נמצא כי ממדי השחיקה, תשישות רגשית ודפרסונליזציה, מלווים לעיתים קרובות בירידה ברווחה הגופנית והנפשית. כמו כן, קיימת

מחקרים<sup>23,24,27,31</sup> הוא למידה לשם התפתחות מקצועית. במחקר של Schlenz<sup>23</sup> נמצאו קשרים בעלי מובהקות סטטיסטית בין הגשמה אישית פחותה ובין תדירות ההיוועצות עם עמיתים, מספר כולל של מצגות מקצועיות וסך שנים בעבודה הנוכחית, כמו גם לימודי המשך, קריאת מאמרים בכתבי-עת וותק כמטפל. נראה כי פיזיותרפיסטים בשיקום נטרלו את ההשפעה ההרסנית הפוטנציאלית של עצימות הקשר הרגשי מטפל-מטופל באמצעות תחושה עמוקה של הגשמה אישית. הם נטו לשמור על מחויבות חזקה למקום עבודתם, להעריך לחיוב את התפתחותם המקצועית ולהכיר בכך שהמאמץ הטיפולי אינו כישלון. ייתכן כי הגבלה בפעילויות מקצועיות אלו עלולה לתרום אצל המטפל לתחושה שהוא פחות מוסמך, וכתוצאה מכך לגרום אצלו לרמה גבוהה יותר של שחיקה.

נתון נוסף שעלה במחקר של Schlenz<sup>23</sup>, הוא שאחד משלושת מקדמי המתאם הגבוהים ביותר היה דירוג הגשמה אישית פחותה עם תדירות ההיוועצות עם עמיתים לעבודה. ככל שתדירות ההיוועצות הייתה גבוהה יותר, כך עלתה הערכת הביצועים המקצועיים שלהם. ממצא זה עקבי עם הממצאים במחקר של Donohoe<sup>22</sup>, שבו הוצג מתאם חיובי בין הגשמה אישית פחותה ובין הצגת מצגות מקצועיות.

מחקר שנערך בישראל<sup>24</sup> מצא כי למידה לשם התפתחות מקצועית היא המשתנה המנבא המובהק היחיד עבור שלושת מדדי השחיקה, ולכן בעל ההשפעה החזקה ביותר על התופעה. למידה זו נבחנה באמצעות קורסים מקצועיים שעבר הפיזיותרפיסט לאחר תום לימודיו (PostGraduate). סביר להניח כי סוג לימוד זה משפיע על תפיסת המסוגלות המקצועית (Professional self-efficacy) של הפיזיותרפיסט, שעשויה לנסוך בו תחושת ביטחון עצמי, ראייה כוללת, רמת ציפיות ריאלית מן המטופל והשפעות נוספות המובילות להפחתת גורמי השחיקה. גם במחקר של Balogun<sup>27</sup>, המשתנה היחיד שהיה קשור לשלושת ממדי השחיקה היה זמן ישיבות צוות וההיוועצויות המקצועיות.

מגדר, מצב משפחתי והשכלה נבדקו רק במקצת המחקרים ולא עלו בהם ממצאים עקביים, כך שלא ניתן להסיק מהם מסקנה חד-משמעית לגבי השפעתם על שחיקה.

בניגוד למצופה, לא נמצאו תימוכין לקשר בין עומס מטופלים

המשתנים הדומיננטיים שנמצאו בסקירה<sup>31,27,26,25,24</sup> כקשורים לשחיקה הם: גיל, ותק מקצועי וותק במקום העבודה האחרון, משתנים התואמים את ממצאיה של Maslach<sup>3</sup>. הועלתה ההשערה כי גיל, שנמצא בקשר הפוך לשחיקה, אינו משקף רק את הוותק בעבודה, אלא גם יציבות, בגרות והשקפת חיים מאוזנת יותר. אלה לרוב מתפתחים עם הגיל ובכך מפחיתים את הסיכון לפתח שחיקה. קיים יחס הפוך בין הממד תשיות רגשית ובין גיל ושנות ותק. ייתכן שלמטפלים ותיקים ומנוסים ישנם תחומי אחריות נוספים מלבד הטיפול הישיר בחולים, והם מעורבים בפעילויות אחרות כמו הדרכת סטודנטים או הדרכת צוות, התורמות להערכה עצמית ומקצועית חיובית ולתחושה של הגשמה אישית מוגברת.

במחקר שנעשה בישראל<sup>24</sup>, הועלתה הסברה כי הגורם לדרגת שחיקה גבוהה בשנים הראשונות לעבודה הוא חוסר יכולת של העובד להתמודד עם שפע הלחצים שמופעלים עליו במקום עבודתו, לאחר עזיבת סביבתו המוגנת כסטודנט. הלחצים שמפעילים החולים, המשפחות, ההנהלה והצוות הרפואי עלולים לגרום לתשיות רגשית גבוהה כמו זו שנמצאה אצל פיזיותרפיסטים בתחילת דרכם.<sup>36</sup> סביר להניח כי הירידה ההדרגתית ברמת השחיקה במהלך השנים מתאפשרת הודות לפיתוח מנגנוני התמודדות עם לחצים אלו, כגון ביסוס קשרים מקצועיים המשמשים מעין קבוצת תמיכה. כמו כן, תחילת העבודה מאופיינת בקריסת הדימוי "הרומנטי" של הפיזיותרפיסט, המאמין שטיפולו יציל וירפא את כל החולים מכל תחלואיהם.<sup>37</sup> קריסה זו פוגעת במוטיבציה הגבוהה המאפיינת את הסטודנט לפיזיותרפיה עם סיום לימודיו, וגורמת להגברת השחיקה. סברה נוספת היא שעובדים שלא הצליחו לפתח מנגנוני התמודדות נפלטו מן המקצוע במהלך השנים, ולכן אינם באים לידי ביטוי במחקר.

ייתכן שרמות השחיקה הגבוהות יותר בגיל צעיר מבטאות את עומס המשימות הגדולות המוטלות בגיל הזה - בניית קריירה ובניית משפחה ובית. ניתן למצוא תימוכין לכך בשאלון CBI<sup>38</sup>, שיצר שני סולמות שחיקה שונים - אישית וקשורה לעבודה. באמצעות השוואת סולמות שחיקה אישית עם שחיקה בעבודה ניתן לזהות תשיות המיוחסות לגורמים שאינם קשורים לעבודה.

משתנה משמעותי נוסף שחזר על עצמו בכמה

במדד דפרסונליזציה. אשר להתערבויות מכוונות-ארגון, נמצא רק מחקר אחד שהראה אפקט חיובי על שיפור הגשמה אישית פחותה, שאר העדויות היו לא עקביות. מחקר שבדק את השפעת התרגול בשיטת צ'י קונג הראה השפעה חיובית על הורדת התשישות הרגשית והדפרסונליזציה, אולם קבוצת המחקר כללה רק 16 פיזיותרפיסטים.

ממצאי הסקירה הנוכחי צריכים להילמד תוך התחשבות במגבלותיה. ראשית, בסקירה זו נמצאו מחקרים בשפות נוספות מלבד אנגלית ועברית, לקצתם לא היה תרגום לאנגלית או גישה למאמר המלא. במחקרים שנסקרו לא נמצאו מחקרי אורך או RCT ומכאן שלא ניתן להסיק סיבתיות. נוסף על כך, לא נמצאו מחקרים שכללו פיזיותרפיסטים לאחר שעזבו את המקצוע, כך שלא ניתן היה לבדוק הבדלים בין אוכלוסיית עובדים לבין מי שפרשו. אחרון, בסקירה זו לא נכלל נושא של שחיקה גופנית אף שנושא זה מופיע בספרות.

### סיכום

שחיקה במקצועות השירות ככלל, ובצוות רפואי בפרט, נחקרת זה עשרות שנים. תופעה זו עלולה לשבש את התהליך הטיפולי בין נותן השירות למקבלו וגם להשפיע על רמת תפקודם של נותני השירות בעבודה ומחוצה לה. עם זאת, מקצת הגורמים לשחיקה זוהו והוצעו אסטרטגיות להתמודדות עמה. מומלץ כי פיזיותרפיסטים בכל רמות הפרקטיקה יכירו בהשפעותיה השליליות של השחיקה וינקטו את הצעדים האישיים והארגוניים הדרושים כדי למנוע אותה או לצמצם את השפעותיה.

כדי להפחית את רמת השחיקה הגבוהה בשנים הראשונות לעבודה, מומלץ להכשיר את הסטודנט עוד לפני תום לימודיו, להתמודדות עם הלחצים האפשריים שצפויים לו עם כניסתו למקום עבודתו. כמו כן, יש לבנות בכל ארגון מסלול ייחודי לקליטת פיזיותרפיסט שקרוב לסיום לימודיו.

התוצאות של סקירה זו עשויות לספק למנהלים נימוק מהותי לדרישה לתמוך כספית בפעילויות לשם התפתחות מקצועיות. פעילויות אלו כוללות העברת מצגות מקצועיות, היועצויות תכופות עם עמיתים, קריאת מאמרים וכן ההשתתפות בהשתלמויות - המשך. פיזיותרפיסטים שעסקו בפעילויות

לבין שחיקה. רק אחד מבין שבעה מחקרים שבדקו את הקשר מצא קשר מובהק בין עומס המטופלים להגשמה אישית פחותה, ואילו חמישה העידו כי אין קשר; מחקר אחד הראה קשר הפוך. אפשר שעומס המטופלים הוא גורם זניח ואילו יתר הגורמים הם בעלי משקל משמעותי יותר. כלומר, פיזיותרפיסטים בעלי ניסיון, שמשותפים דרך קבע בפעילויות לקידום מקצועי, יוכלו להתמודד עם עומס זה.

לא ניכרת השפעה של מדינת המוצא על שחיקה, ויש לציין כי רמות השחיקה בקרב פיזיותרפיסטים ישראלים דומות לרמות שנמצאו בקרב פיזיותרפיסטים בשאר העולם. כמו כן, לא ניכר שינוי ברמות השחיקה לאורך שנות המחקר.

נראה כי פיזיותרפיסטים במסגרת שיקומית נטו להציג רמות נמוכות יותר של שחיקה בשלושת הממדים. במחקרו של Donohoe<sup>22</sup> נמצא כי פיזיותרפיסטים במסגרת שיקום דיווחו על מידה בינונית בממד תשישות רגשית ומידה נמוכה בממד הגשמה אישית פחותה, למרות העובדה כי רובם המכריע עבד במקצוע פחות מארבע שנים. הסיבות האפשריות צוינו לעיל בהקשר של למידה לשם התפתחות מקצועית. נוסף על כך, ייתכן שמסגרת השיקום היא סביבה מאתגרת המספקת הזדמנויות לצמיחה מקצועית וליצירתיות ובכך ממתנת גורמים מעודדי-שחיקה.

מחקר אחד בלבד<sup>33</sup> בחן את הכיוון החדש של המחקר בנושא השחיקה-המחויבות לעבודה. ואולם המחקר נערך בקרב צוות רב-מקצועי שכלל רק 28 פיזיותרפיסטים, ולכן עדיין לא ניתן להסיק ממנו מסקנות. עם זאת, מחקר זה הדגיש נקודה מהותית שלפיה פיזיותרפיסטים הפגינו רמות נמוכות ביותר של אנרגיה, מעורבות ושביעות רצון מבין כלל הצוות, וזאת בניגוד לתפיסה המסורתית כי סיעוד הוא המקצוע השחוק ביותר.

אשר להשפעת ההתערבויות למניעת שחיקה, כאמור, לא נמצאו מחקרים שמדגמם כלל פיזיותרפיסטים בלבד, ובמחקר אחד כלל המדגם רק שלושה פיזיותרפיסטים.<sup>35</sup> לפיכך, לא ניתן להסיק ממנו מסקנות בנושא זה. יחד עם זאת, ניתן לראות כי השפעת ההתערבויות בהפחתת השחיקה הייתה חיובית, בעיקר בהורדת תשישות רגשית והגשמה אישית פחותה, כאשר ההתערבויות היו מכוונות-פרט. נמצאה עדות חלקית להשפעה של ההתערבויות בהפחתת השחיקה

9. Wolfe GA. Burnout of Therapists: Inevitable or Preventable? *Phys Ther.* 1981;61:1046–1050.
10. Schuster ND, Nelson DL, Quisling C. Burnout Among Physical Therapists. *Phys Ther.* 1984;64:299–303.
11. Broom JP, Williams J. Occupational Stress and Neurological Rehabilitation Physiotherapists. *Physiotherapy.* 1996;82(11):606–614.
12. Mandy A, Saeter M, Lucas K. Burnout and self-efficacy in Norwegian physiotherapists. *International Journal of Therapy and Rehabilitation.* 2004;11: 251–258.
13. Castro Sánchez AM, Rodríguez Claro ML, Moreno Lorenzo CP et al. Prevalence of burnout syndrome in physiotherapy. *Fisioterapia (FISIOTERAPIA),* 2006; 28 (1): 17-22.
14. Francisca M, Gisbert S, Javier E. et al. Burnout in Spanish physiotherapists. *Universidad de Murcia Psicothema.* 2008;20:361–368.
15. Martinussen M, Borgen PC, Richardsen AM. Burnout and engagement among physiotherapists. *International Journal of Therapy and Rehabilitation.* 2011;18: 80–89.
16. Korczak D, Wastian M, Schneider M. Therapy of the burnout syndrome. *GMS Health Technol Assess.* 2012;8.
17. Ogiwara, Shimpachiro, Araki, Hitomi, Ogiwara, Shimpachiro, et al. Job Satisfaction among Physiotherapists in Ishikawa Prefecture. *Journal of Physical Therapy Science.* 2006;18:127–132.
18. Lindsay R, Hanson L, Taylor M, et al. Workplace stressors experienced by physiotherapists working in regional public hospitals. *Aust J Rural Health.* 2008;16(4):194–200.
19. Campo MA, Weiser S, Koenig KL. Job Strain in Physical Therapists. *Phys Ther.* 2009;89(9):946–956.
20. Santos MC, Barros L, Carolino E. Occupational stress and coping resources in physiotherapists: a survey of physiotherapists in three general hospitals. *Physiotherapy.* 2010; 96(4):303–310.

אלה נטו לחוש הגשמה אישית גבוהה, ולכן קרוב לוודאי ייטו להמשיך במקום העבודה. רציונל זה עשוי לסייע למנהלים בעת התלבטותם בין התועלת ארוכת-הטווח של שימור העובדים לבין ההטבות קצרות-הטווח של תפוקה בעבודה. עם זאת, חשוב להכיר בכך שפעילויות אלה קשורות ישירות להיבט אחד בלבד של שחיקה-הגשמה אישית. לכן מומלץ שמאמצי הפיתוח של תכנית להפחתת השחיקה יכללו פעילויות להגברת תחושות של הגשמה אישית בשילוב עם אסטרטגיות להפחתת תשישות רגשית וייחקרו בקרב פיזיותרפיסטים כאוכלוסייה מובחנת. יש צורך לבחון את ההבדלים בין צוות הפיזיותרפיסטים הפועל במסגרת שיקום לבין צוות הפועל במסגרות אחרות, וכן במחקר-אורך שיבדקו את ההשפעות של גורמים שונים לאורך הזמן ובמחקר שיבחן את הכיוון החדש - המחויבות לעבודה.

## רשימת מקורות

1. Freudenberger HJ. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory. Research Practice.* 1975;12(1):73–82.
2. Maslach C. Burned out. *Human Behavior.* 1976; 5(9), 16-22.
3. Maslach C. *Burnout: The Cost of Caring.* Englewood cliffs, New York, NY: Prentice Hall Press. 1982.
4. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior.* 1981;2:99-113.
5. Maslach C, Jackson S. *Maslach burnout inventory manual (2nd Ed)* Novato, CA: Consulting Psychologists Press. 1986.
6. Maslach C. *Burnout: The cost of caring.* ISHK P.O. Box 176 Loa Altos, CA 94023. 2003.
7. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. In S. T. Fiske, D. L. Schacter, & C. Zahn-Waxler (Eds.), *Annual Review of Psychology.* 2001;52:397–422.
8. Maslach C, Leiter MP. *The Truth about Burnout.* San Francisco: Jossey-Bass. 1997.

21. Deckard GJ, Present RM. Impact of role stress on physical therapists emotional and physical well-being. *Phys Ther.* 1989;69(9):713–718.
22. Donohoe E, Nawawi A, Wilker L, et al. Factors Associated With Burnout of Physical Therapists in Massachusetts Rehabilitation Hospitals. *Phys Ther.* 1993;73:750–756.
23. Schlenz KC, Guthrie MR. Burnout in Occupational Therapists and Physical Therapists Working in Head Injury Rehabilitation. *Am J Occup Ther.* 1995;49:986–993.
24. Horvitz Y, Burnout of physiotherapist in Israel: Intensity, Frequency and Predicting Factor. Thesis Tel-Aviv University 1997.
25. Wandling BJ, Smith BS. Burnout in orthopaedic physical therapists. *J Orthop Sports Phys Ther.* 1997;26(3):124–130.
26. Shimpachiro O, Hisano H. Burnout amongst Physiotherapists in Ishikawa Prefecture. *J. Phys. Ther. Sci.* 2002;14:7–13.
27. Balogun JA, Titiloye V, Balogun A, et al. Prevalence and determinants of burnout among physical and occupational therapists. *J Allied Health.* 2002;31(3):131–139.
28. Calzi SLI, Farinelli M, Ercolani M, et al. Physical rehabilitation and burnout: different aspects of the syndrome and comparison between healthcare professionals involved. *Eura Medicophys.* 2006; 42(1):27–36.
29. Marine A, Ruotsalainen JH, Serra C, et al. Preventing occupational stress in healthcare workers ( Review ). *The Cochrane Collab.* 2009;(1).
30. Be VW, V PW. Preventive staff-support interventions for health workers ( Review ). *The Cochrane Collab.* 2010;(3).
31. Pavlakis A, Raftopoulos V, Theodorou M. Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:63.
32. Saganha JP, Doenitz C, Greten T. et al. Qigong therapy for physiotherapists suffering from burnout: a preliminary study. *Journal of Chinese Integrative Medicine.* 2012;10(11):1233-1239.
33. Fiabane E, Giorgi I, Sguazzin C, ET AL. Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: the role of organisational and personal factors. *J Clin Nurs.* 2013;22(17-18):2614–2624.
34. Quisling C. Phenomenon of Burn-out in Occupational Therapy. Thesis. Boston, MA, Boston University. 1980.
35. Bittman B, Bruhn KT, Stevens C, et al. Recreational music-making: a cost-effective group interdisciplinary strategy for reducing burnout and improving mood states in long-term care workers. *Advances in Mind-Body Medicine.* 2003;19(3-4)4-15.
36. Cherniss C. Staff burnout: Job stress and the human services. California: Sage Publishing Inc 1980a.
37. Pines A. The Burnout Measure. Paper presented at the National Conference in Human Services, Philadelphia. 1981.
38. Kristensen T S, Borritz M, Villadsen E. et al. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress.* 2005; 19:192–207.



## **Burnout among physiotherapist - A literature review**

Hili Rozenblum, Shahar Lev-Ari

Hili Rozenblum, Physical therapist, B.P.T, M.P.H, Clalit health services, Beit Shemesh, Israel.

Cellular 0505870338, Email: buzzon@bezeqint.net

Dr. Shahar Lev-Ari, Department of Health Promotion, Tel-Aviv University & Tel Aviv Sourasky Medical Center, Tel-Aviv, Israel. Email: Shaharl@tlvmc.gov.il

### **Abstract**

#### **Introduction:**

Burnout has been found to be a significant problem among the service professions, especially among health care workers. This phenomenon has been studied among physiotherapists as well, but, to the best of our knowledge, no literature review has been done on the subject. The goal of this literature review is to study the level of burnout among physiotherapists in three different dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal accomplishment, to compare the level of burnout among physiotherapists to that of other health care workers and the general population, to identify which variables are associated with burnout among physiotherapists, and identify effective preventive interventions for physiotherapists.

#### **Methods:**

A literature search was performed in Medline, Cinahl, Psycinfo, Google Scholar, the Journal of the Israel Physiotherapy Society (JIPTS) and dissertations from the University of Tel Aviv up to December 2013.

#### **Results:**

Fourteen relevant articles were retrieved.

According to the Maslach burnout inventory, the level of burnout among physiotherapists varied from a low to a high level in all three dimensions. Because the level of burnout among physiotherapists was not homogeneous, it was not possible to compare it with that of the general population or with other health care workers. The significant variables that were found to be predictive of burnout were age, clinical experience and professional development activities. Identification of preventive interventions was not possible because most of the studies incorporated in this review did not include physiotherapists.

#### **Conclusion:**

Physiotherapists demonstrated low to high levels of burnout in all three subscales of burnout. Given the predictive variables of burnout, it is recommended that physiotherapists and organizations initiate interventions to decrease burnout levels among young workers and encourage ongoing professional training. Future prospective studies are warranted in order to establish the association between the predictive variables, to explore the phenomenon of job engagement and to further investigate the effectiveness of interventions to prevent burnout among physiotherapists.

**Key words:** Burnout, Physical therapist, Physiotherapist.

\*Acknowledgment. Inbal Levi is thanked for her important comments and assistance in editing the article.