

"הרפואה לא משלימה... את הפער"

היעדר התייחסות מחקרית בנושא תקשורת בין אישית ברפואה הלא קונבנציונאלית

מאת: גיא עמיר

כול הזכויות שמורות לגיא עמיר ©

אין להעתיק לשכפל, לתרגם או לעשות כול שימוש
מסחרי בחומר הכלול אלא ברשות מפורשת

נובמבר 2008

yoguy@guyamir.com

www.guyamir.com

תקציר

למרות ההכרה והמודעות הרבה הקיימת בגישות הלא קונבנציונאליות לרפואה לגבי מערכת היחסים הטיפולית והתקשורת הבין אישית והשפעותיה, ענף מחקר זה הוזנח לטובת בחינת השפעותיהם הביו רפואיות של שיטות אלו. בכדי להדגיש את החשיבות שבמחקר ההיבטים הללו, מוצעות מספר הנחות יסוד אשר יכולות להוות בסיס משותף המאפשר גישור על השוני המהותי של תפיסת העולם הרפואית הקונבנציונאלית והלא קונבנציונאלית ובכך, לאפשר השאלה של המחקר האקדמאי לצורך הדגשת נקודה זו. ניתנת סקירה ספרותית עדכנית של המחקר האקדמאי בנושא ומוצע, שהמחקר הקיים יכול להוות בסיס ממקד לגבי נושאי מחקר רלוונטיים ושפיתוחו של ענף מחקר זה, במסגרת הרפואה הלא קונבנציונאלית, יוכל להביא להבנה טובה יותר לגבי המפגש הרפואי והשלכותיו על תוצאות הטיפול, על החולה ועל נתן השירות הרפואי ובכך, לאפשר את ייעולו של הטיפול.

תוכן עניינים

1	מבוא
3	טיעוני יסוד להכללת המחקר האקדמי על הטיפול הלא קונבנציונאלי
7	מערכת היחסים הרפואית והשפעותיה על הרופא והחולה
11	סיכום, ביקורת ומסקנות

ביבליוגרפיה

מבוא

לאורך השנים, הבדילה עצמה הרפואה הלא קונבנציונאלית לסוגיה מהרפואה המודרנית, כשנקודת המבט ההוליסטית המאפיינת אותה, היוותה בסיס לביקורת אותה העבירה על המודל הביו רפואי המערבי (Austin, 1998). נותני השירות הרפואי, נתפסו כמפנים את גבם להולזים (Rees & Weil, 2001). המודל עצמו, נתפס כבעל נקודת מבט צרה היוצרת הפרדה בין הגוף לנפש, מתמקדת במחלה, מתייחסת אל האדם כאל אובייקט, מתעלמת מחווייתו הסובייקטיבית (Borrell-Carrio, Suchman & Epstein, 2004) ומזניחה את התוכן החברתי של המחלה (Maizes & Caspio, 1999). לעומת זאת המטפל הלא קונבנציונאלי, נתפס כמטפל בחוויה הסובייקטיבית של החולה (Castillo, 2001). השיטות אותן ייצג, נתפסו כמערבות טכניקות המתייחסות לגוף, לנפש ולרוח, כגישות יותר מבחינה פסיכולוגית, כמעצמות וכאינטואיטיביות (Barrett, et al, 2003). יעילותם של גישות אלו, קושרה באופן ישיר להקלה על מצוקות רגשיות מלבד פיסיולוגיות (Castillo, 2001) והן נתפסו, כנמצאות בהרמוניה עם הערכים והאוריינטציה הפילוסופית של חולים רבים, לגבי הבריאות והחיים (Austin, 1998). נטען, שלרפואה המודרנית יש הרבה מה ללמוד מגישה זו ושיישום התייחסות הוליסטית מעצימה, פתיחות מחשבתית והתמקדות באדם, שייבנו על הלגיטימיות המאפיינת את הרפואה הקונבנציונאלית, יאפשרו את התייעלותה (Barrett, et al, 2003).

אכן, נראה שבעשורים האחרונים ישנה נטייה במסד הרפואי להתרחקות מהמודל הביו רפואי, לכיוון מודל ביו פסיכו סוציאלי, המדגיש את חשיבות ההתמקדות באדם ובמערכת היחסים הטיפולית ולא במחלה (Stewart, et al, 2003; Bensing, Verhaak, van Dulmen, & Visser, 2000). מודל זה, מתייחס להתמקדות בחולה כקריטית למתן שירות רפואי ברמה גבוהה (Mead & Bower, 2000). הוא תומך בגישה המביאה עימה אמפתיה וחמלה להתמחות הרפואית ומכיר, בחשיבות הבנת חווייתו הסובייקטיבית

של החולה ובהשפעתם של רבדיו המגוונים של האדם, על החולי, המחלה, האבחון, הטיפול הרפואי ותוצאותיו (Borrell-Carrio, et al, 2004)

למעשה, כבר מסוף שנות השישים קיים במסגרת המסד הרפואי ענף מחקר רחב המתמקד בהשפעתה של מערכת היחסים הטיפולית ועל ותפקידה החיוני וההכרחי, כיסוד בסיסי למתן שירות רפואי איכותי ברמה גבוהה, מלבד להיבטים הביולוגיים של החולי או הטיפול (Makoul & Curry, 2007; Institute of Medicine, 2001). כיום, ישנו מגוון רב של מחקרים עדכניים המספקים הדרכה מבוססת עדות, לגבי היבטים ספציפיים של אינטראקציות נותן השירות הרפואי עם החולה (Makoul & Curry, 2007). אולם למרות העדות הרבה, מבחינת הרפואה הלא קונבנציונאלית מימד זה הוזנח.

הדגש במחקר על שיטות הטיפול הלא קונבנציונאליות, הופנה בעיקרו לבחינת ההשפעה הביו רפואית של טיפולים אלו. לדוגמא, בסקר שנערך באינטרנט למחקרים אקדמאיים בנושא טיפולי שיאצו ואקופרוסורה, נמצאו 602 מחקרים, כשמתוכם 46 נמצאו עומדים בסטנדרטיים אקדמיים. מחקרים אלו סיפקו עדות להשפעתו של הטיפול, על מגוון של בעיות רפואיות כגון: אנגינה, כאבי גב וצוואר, השפעות על כימותראפיה, חרדה, צירי לידה והריון, אסטמה, בעיות שינה, מתח ועוד (Robinson, Donaldson & Lorenc, 2006). יחד עם זאת, לא היה מחקר אחד מביניהם שהתמקד בפן התקשורתי והשפעתו.

בחיפוש למחקר אקדמאי באינטרנט (מילות מפתח לדוגמא: Unconventional Medicine, Alternative Medicine, Shiatsu, Acupuncture), מלבד למצבור רב של מחקרים נוספים שהתמקדו בהיבטים הביו רפואיים של הטיפול ושהם מגיעים משיטות אחרות ברפואה הלא קונבנציונאלית, ניתן למצוא עוד מחקרים רבים המתייחסים למגוון נושאים שונים. לדוגמא, לכניסתה של הרפואה הלא קונבנציונאלית למסגרות הרפואה המודרנית, התייחסות אנתרופולוגית להתפתחותה של רפואה זו בתרבויות השונות, לביטוייה במאה העשרים ואחת ועוד נושאים רבים. אולם יחד עם זאת, נמצאו רק מחקרים אחדים המתייחסים להשפעתה של התקשורת הבין אישית ומערכת היחסים הרפואית, על תוצאות הטיפול, המטפל או המטופל (לדוגמא Long, 2007; MacPherson, Mercer, Scullion & Thomas, 2003; Mercer, Reil & Watt, 2002).

ניתן לתת מספר הנחות היכולות להוות הסבר לכך. לדוגמא, ישנה האפשרות שהיבטים אלו נתפסים באופן טריוויאלי כנוכחים. זאת, מעצם עמדתה ההומאנית של הרפואה הלא קונבנציונאלית, כשזו

מושרשת היטב בעקרונותיה ואף מהווה את אחד מהיסודות הביקורתיים כלפי המגמה המערבית הרווחת. בנוסף, ישנה האפשרות שמחקר מסוג זה משרת את מטרתה של הרפואה הלא קונבנציונאלית, בכך שהוא מאושש באופן אמפירי את יעילותן הרפואית של גישות אלו ומאפשר קבלת הכרה וכניסה למסגרות רפואיות מערביות ומכאן, ההתמקדות בענף מחקר זה.

הנחות אלו אינן מוחלטות, הן הוצגו אך ורק כאפשרויות וניתן לערער עליהן, לסתור אותן או להציג סיבות אחרות. יחד עם זאת, אין מטרתו של דיון זה להסביר את היווצרותה של התופעה, אלא להצביע על הימצאותה ולהדגיש את החשיבות לבחינת השפעתה של התקשורת הבין אישית ושל מערכת היחסים הטיפולית ובכך תהיה ההתמקדות. בכדי לעשות זאת, תוצג סקירה ספרותית עדכנית המשקפת את מגוון הנושאים העיקריים עליהם ניתן דגש במחקר האקדמאי בעשר השנים האחרונות, על מערכת היחסים הרפואית. תהיה התייחסות לנושאים כגון, מיומנויות תקשורת, השפעה על תוצאות הטיפול, תהליכים טרנספריאלים ומשתנים אחרים הקיימים במסגרת המפגש הרפואי.

אולם, מכיוון שיכולים להיות אלו שיטענו שהגישה הרפואית המערבית והגישה הלא קונבנציונאלית שונות במהותן ומכך, גם בהשפעתן ולכן לא ניתן לערוך השוואה זו, בתחילה יוצגו טיעונים התומכים בהקבלה בין עולמות אלו. טיעונים אלה, מהווים את היסוד להנחה המהווה את הבסיס למאמר זה והיא, שההיבטים השונים המאפיינים את השפעתה של התקשורת הבין אישית במסגרת מערכת היחסים הרפואית, משותפים לכול אינטראקציה בה מתקיים קשר של עוזר ונעזר ולכן, הם יכולים להיות מוכללים גם על הרפואה הלא קונבנציונאלית.

טיעוני יסוד להכללת המחקר האקדמי על הטיפול הלא קונבנציונאלי

המקור למונח ממוקדות האדם בטיפול הרפואי המערבי והבסיס להתפתחותן של גישות ממוקדות חולה ברפואה המודרנית, מגיע מתיאוריה ממוקדת אדם (Rogers, 1902-1987). זו, גישת ייעוץ בפסיכותראפיה הנחשבת לאחת מהגישות המז'וריות כיום (Stewart, et al, 2003). עיקרה של גישה זו, הינו בהדגשת חשיבות מערכת היחסים והתקשורת הטיפולית ככלי טיפולי בפני עצמו, בחשיבות הבנת חווייתו הסובייקטיבית של האדם על כול רבדיו ושיתופו באחריות תהליך הריפוי (Sommers-Flanagan, 2004).

לפי גישה זו, על המטפל לתקשר את מערכת היחסים הטיפולית באמצעות מספר תנאים המהווים את הבסיס למערכת היחסים זו ואת התמצית לתרפיה ממוקדת אדם והם הרמוניה, קבלה ללא תנאי ואמפתיה (Strickland, 2001). בראשון, הכוונה לאוטנטיות המטפל. כלומר, לכנותו ומודעותו לרגשותיו ומחשבותיו וליכולתו, לשקף את המציאות הפנימית אותה הוא חווה. בשני, הכוונה ליכולת המטפל לקבל את החולה על כול היבטיו, החיוביים והשליליים ללא שפיטה וללא תנאים מקדימים. בשלישי, הכוונה לתחושת הבנה מדויקת, של עולמו של החולה והיכולת, להעביר הבנה זו אליו (Rogers, 1957).

נטען, שתנאים אלו מהווים בסיס תקשורתי משותף ושהם יכולים לאפיין את כול שיטות הטיפול, סוגי המטופלים והבעיות ושהם נחשבים כבסיס מקדים לכלי הטיפולי באשר הוא (Rogers, 1957). אכן, השפעתה של גישה זו חצתה את גבולותיה ולרעיונות והמושגים המאפיינים אותה, חשיבות ברוב צורות התראפיה כיום (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2004). כאמור, גישה זו מצאה דרכה גם אל הרפואה הקונבנציונאלית, כשזו אימצה את עקרונותיה בטיפול הרפואי (Stewart, et al, 2003). סביר להניח, שבהקשר למערכת היחסים הטיפולית, הגישות הלא קונבנציונאלית לטיפול יטענו שהאמפתיה, הקבלה ללא תנאי וההרמוניה, מהווים גם להם עקרונות מנחים למערכת היחסים. מכיוון שכך, הם יכולים לאפשר מידה של הקבלה כשמתייחסים להשפעתם על התקשורת הבין אישית.

כשנבדקו מאפיינים המשפיעים על תוצאות הנתפסות כרצויות ומוצלחות בטיפול הפסיכולוגי, נמצא שמאפיינים המגדירים את מערכת היחסים מהווים 30% מהשונות. זאת, לעומת מאפייני המודל הטיפולי והכלים הטיפוליים, שמהווים 15% מהשונות. מערכת היחסים, נמצאה כמשתנה הפועל על פני כול הגישות ושאינו מוגדר או ספציפי למודל או תיאוריה מסוימים ושהוא בעל חשיבות חיונית לשינוי המתרחש. זאת, על פני מגוון של מטופלים, בעיות, מיקומים, מודלים וגישות שונות (Asay & Lambert, 1999). מכיוון שמערכת היחסים הינה משתנה שהוא משותף ובלתי נמנע בכול אינטראקציה המבטאת קשר של עוזר ונעזר ומכיוון, שבבסיסה של הרפואה הלא קונבנציונאלית, עומדת ההתייחסות ההוליסטית והחתירה לאבחון, קביעת מטרות, אופן טיפול ותוצאות טיפול, שלהם אוריינטציה רגשית (או במילים אחרות פסיכולוגית), עובדה זו רלוונטית.

טענה נוספת, הינה בדמיון הקיים בין הרפואה הלא קונבנציונאלית לבין עקרונות הטיפול הרפואי ממוקד החולה. כאמור, רובו של הבסיס המדעי לגבי מערכת היחסים בין הרופא לחולה, מגיע מגישות

ממוקדות חולה (Institute of Medicine, 2001), שהם גישות רפואיות מערביות, שאימצו את עקרונות הגישה הממוקדת האדם, מהפסיכותרפיה (Stewart, et al, 2003). לא קיים קונצנזוס לגבי בהירותו ומשמעותו של מושג זה במודלים השונים, אולם ישנם מספר הנחות בסיסיות, מימדי מפתח המשותפים לכולם ושמבדילים גישה זו, מהמודל הביו רפואי המקובל (Mead & Bower, 2000). מימדים אלו, מקבילים במידה רבה להתייחסותה של הרפואה הלא קונבנציונאלית, כפי שיוצג בהמשך ולכן, יכולים להוות טיעון תומך להשפעתה הדומה של מערכת היחסים.

נושא המפתח הראשי, הינו נקודת מבט הוליסטית ביו-פסיכו-סוציאלית. זו, מבטאת התבוננות רחבה בה בנוסף להתייחסות להיבטים רפואיים, נלקחים בחשבון היבטים פסיכולוגיים וסוציאליים (Mead & Bower, 2000). זו ההכרה שבצורך לשילוב בין האבחון הביו רפואי של המחלה ובין ההבנה של התנסותו ותפיסתו של החולה את החיים ואת מחלתו, בכדי לטפל בו כאדם שלם (Stewart, et al, 2003). ניתן להגיד, שההכרה בגורמים הפסיכו סוציאליים בנוסף לגורמים הביו רפואיים כהכרחיים בכדי להקיף את מגוון הבעיות בטיפול הרפואי, משקפת נקודת מבט הוליסטית, בדומה לשיטות הרפואה הלא קונבנציונאליות (Nezu, Nezu & Geller, 2003).

מימד שני, הינו ההתייחסות לחולה כאדם (Mead & Bower, 2000). הדבר כולל את הבנת תלונות החולה לא רק במונחי מחלה, אלא גם כביטוי להתנסותו וייחודיותו כאינדיבידואל בהיבט הרחב של חייו (Stewart, et al, 2003). זו ההכרה שבכדי לפתח הבנה מלאה למצבו של החולה, על הרופא לחתור להבנת אישיותו הייחודית (Bower, 1998). לבסוף, זו ההנחה שבכדי ליעל את הטיפול הרפואי, ישנה חשיבות ביצירת מרחב בו יכול החולה להביע את דאגותיו, צפיותיו ורגשותיו (Borrell-Carrio, et al, 2004). גישה זו משקפת את התייחסותה והתמקדותה של הרפואה הלא קונבנציונאלית אל האדם ולא אל מחלה (Castillo, 2001).

מימד שלישי, הינו שיתוף בכוח ואחריות. זוהי ההכרה בחשיבות שיתוף במידע לגבי החולי, הטיפול ומטרותיו ושיתוף בהחלטות הנוגעות לטיפול (Mead & Bower, 2000). זהו הצורך במסירת מידע לגבי התנהגויות בריאות בדרך מובנת, יעילה ושמשיפה על המוטיבציה (Roter, 2000) וזו ההכרה שערכיו והעדפותיו, של החולה, מהווים היבט חשוב (Galín, et al, 2008). התייחסות זו, משקפת גם היא את גישתה של הרפואה הלא קונבנציונאלית, אם בנטייתו של המטפל להנחות את המטופל לגבי שינוי

התנהגויות בריאות שונות, כגון תזונה ופעילות גופנית ואם, בנדיבות המידע לגבי הטיפול והגישה שמאחוריו (לדוגמה בטיפול השיאצו, Long, 2007).

מימדי רביעי, הינו הימצאותה של ברית טיפולית (Mead & Bower, 2000). זו ההכרה בחשיבות התנהלות היחסים הבין אישיים כמרכיב חיוני ובסיסי ולא כתוספת מועילה לטיפול (Galín, et al, 2008). היבט זה מציג את הרופא כתומך ומעורב בתהליך, בנוסף להיותו כשיר למתן שירות רפואי. הוא בא לביטוי בתפקידו של הרופא כמייצג ובדרך בה הוא משקף את השפעתו המקצועית הרפואית על מערכת יחסים, כשהוא מדגיש את חשיבות המודעות העצמית, לגבי הרגשות וההתנהגות (Mead & Bower, 2000). מימד זה מבטא את ההכרה המשותפת לגישות אלו ולרפואה הלא קונבנציונאלית בחשיבות התקשורת המתרחשת במסגרת המפגש הרפואי (Bell, et al, 2000).

המימד האחרון, הינו הרופא כאדם. זו ההתייחסות לרופא כאינטגרלי ביחסים וההבנה שהוא והחולה אינם נפרדים ושהם משפיעים אחד על השני (Mead & Bower, 2000). זו ההכרה, שהתקשורת הטיפולית חשובה גם לתחושת הסיפוק של נותן השרות הרפואי (Stewart, et al, 2003) וההכרה בחובתו של הרופא כאדם, לטפל ולהעמיק את הידע על עצמו (Borrell-Carrio, et al, 2004). מימד זה משקף את הכרתה ותמיכתה של הרפואה לא קונבנציונאלית בתהליכי התפתחות אישיים של המטפל אם בעקרונותיה, אם בשימת הדגש על כך במערכות הלימוד ואם באוריינטציה הכללית וגישתם של המטפלים (ניתן למצוא תכנים אלו באינטרנט בהצגתן של תוכניות הלימוד של המכללות המובילות בתחום).

טיעון נוסף לאפשרות ההקבלה בין גישות אלו, מבטא מספר הנחות יסוד משותפות לגבי מערכת היחסים הרפואית. טיעונים אלו, מדגישים את חשיבות התקשורת הבין אישית ומהווים יסוד משכנע לחשיבותה הקריטית במפגש הרפואי. הם מצביעים על הצורך הקריטי בערוץ תקשורת ועל העובדה שללא ערוץ זה, אין הדבר אפשרי לנהל מערכת יחסים רפואית אופטימאלית (Bensing, et al, 2000). כפי שיוצג, טיעונים אלו מהותיים במידה רלוונטית לכול מפגש רפואי ויכולים להיות מוכללים, גם על מערכת היחסים הרפואית בטיפול הלא קונבנציונאלי.

הנחה ראשונה, הינה שהחולים הם המומחים בחווייתם את התסמינים של המחלה ונותן השירות הרפואי, תלוי בהם מבחינת שיתוף הפעולה והאינפורמטיביות. הנחה שנייה, הינה השונות בביטוי העדפותיהם האישיות של החולים. חווית המחלה יכולה להיות מפורשת במימדים רבים ובעיה רפואית לא

תחושה באותה צורה על ידי שני חולים. כמו כן, גם הטיפול הרפואי ואף המרפא, אינם מקלים בהכרח על הסבל באותה המידה, אצל שני חולים שונים. הנחה שלישית, הינה שבמקרים רבים נותן השירות הרפואי מקבל בעל כורחו את תפקיד היועץ, במקום את תפקיד המומחה והוא צריך להיות ממוקד לכיוון תמיכה וחיזוק יכולותיו של החולה (Bensing, et al, 2000).

לבסוף, טיעון אחרון להקבלה זו, אינו מצביע על דמיון תפיסתי או פילוסופי בין גישות אלו, אלא על העובדה שהן מוכרות כיום לגיטימיות ושירותים אלו ניתנים לקהל הרחב גם במסגרת הממסד הרפואי (Niskar, Peled-Leviatan & Garty-Sandalon, 2007; Barry, 2006; Barrett, et al, 2003). לדוגמא, ההכרה בשיטת השיאצו באירופה (European Parliament, 1997) וגם בישראל, בה השיאצו משולב במרכזים רפואיים ובקופות החולים (לדוגמא, שירותי בריאות כללית, 2008; מכבי שירותי בריאות, 2008; מרכז רפואי הדסה עין כרם, 2008; המרכז הרפואי תל-אביב על שם סוראסקי, 2008). ההנחה היא, שישנה אפשרות שהדמיון במסגרת העבודה, הן מבחינת מספר המקרים ביום, מבחינת הזמנים הנתונים של הטיפול, אופיים הרפואי של המקרים או העובדה שלמטפל אין אפשרות לברור את מטופליו, השפעה דומה.

כול אלו, מהווים כראיות התומכות בהנחה שבבסיסו של כול מפגש רפואי באשר הוא, נמצאת השפעתה של התקשורת הבין אישית ושל מערכת היחסים. הם תומכים בכך שמתוקף האינטראקציה הבלתי נמנעת שבמפגש, מופעלים מנגנונים ההתנהגותיים, רגשיים וקוגניטיביים המאפיינים אינטראקציה זו ומשותפים לכולנו מעצם היותנו בני אדם. בהמשך יוצגו היבטים ספציפיים המדגימים את השפעתה של התקשורת הבין אישית ומערכת יחסים זו.

מערכת היחסים הרפואית והשפעותיה על הרופא והחולה

נאמר, שרוב החולים החווים סימפטומים רפואיים, מפתחים מודל הסברי למחלתם ושבפועל, רק מיעוט מהחולים משתף או מציע את עמדתם, דאגתם וציפיותיהם וזאת, בדרך כלל באופן ספונטאני. ייחוסים אלו, פעמים רבות תורמים למצבים רפואיים באופן רב יותר מאשר נותן השירות הרפואי מבין זאת (Lang, Floyd & Beine, 2000). כמו כן, במערכת זו באים לביטוי בנוסף לידע ולמומחיות אותם מביאים הרופא והחולה, גם התנסותם, הבעותיהם ותפיסתם, את הרגשות הנחווים במהלך הטיפול הרפואי

(Roter, Frankel, Hall & Sluyter, 2006). עיבוד מידע זה ועיבוד ההיבטים הפסיכו סוציאליים בחייהם של החולים, מגלמים תפקיד ראשי באופן בו הם תופסים את מחלתם. לכן, לתהליך האינפורמטיבי ישנה חשיבות רבה (Constant, et al, 2005).

בכדי שנותן השירות הרפואי יוכל לזהות, לחקור ולהגיב לרמזים שונים אותם נותן החולה לגבי תפיסתו וחוויתו את החולי, עליו לרכוש מיומנויות תקשורתיות שונות שיאפשרו לו יעילות מרבית לנוכח תכנים אלו (Galín, et al, 2008). מיומנות האמפתיה, נחשבת למרכיב הקריטי ביותר במערכת היחסים הרפואית. הכוונה באמפתיה, הינה בהבנת עולמו ומצוקתו של החולה, תקשור הבנה זו עליו וסיפוק תמיכה, באמצעות התקשורת הבין אישית. ביטוייה, יהיו השראה של תחושת ניהוחות, הקשבה אמיתית לסיפור החולה, הבעת עניין בחולה כאדם, הבנה מלאה של דאגותיו, הבעת דאגה וחמלה, חיוביות, הבהרה של המצב, יצירת אמביציה ללקיחת אחריות וקבלת החלטות משותפת (Reynolds & Scott, 1999).

טכניקות היכולות לעזור בהעברת אמפתיה, יכולות להיות שיקוף, כשזה מרמז על מודעות לגבי הפקת המידע, באותו זמן שהוא מופק (Baarts, Tulinius & Reventlow, 2000). אסטרטגיה נוספת, יכולה להיות חשיפה עצמית. הדבר יכול לכלול רגשות שעלו בספונטאניות, או שיתוף מחושב של התנסות, כשהראשון יכול לעזור לחולה והשני יכול להוביל לאינטראקציה מועילה (Malterud & Hollnagel, 2005). כמו כן, אמפתיה יכולה להופיע גם במגוון התנהגויות שאינן ורבאליות כגון הנהון, גוון קול או קשר עין, שיכולות להיחשב כקריטיות במסגרת מערכת יחסים זו (Roter, et al, 2006).

מיומנויות נוספות היכולות לעזור לנותן השירות הרפואי, יכולות להיות הקשבה אקטיבית (Lang, et al, 2000), שיתוף בכוח ובאחריות (Krones, et al, 2008) ויישום שיחות מוטיבציה (Galín, et al, 2008). אלו, יכולות לבוא לביטוי ביכולת סיכום ופיתוח ההבנה המשותפת לבעיה המוצגת, מיומנות הרופא בהתמודדות עם רגשותיו שלו ושל החולה, שימוש בשאלות פתוחות ושימוש בתגובות העוזרות לחולה להיפתח (Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists, 2003).

כשהיה שימוש במיומנויות תקשורתיות וחולים חוו רמות גבוהות יותר של שיחה בקונטקסט פסיכו סוציאלי, של עידוד, הבעת אמפתיה. כשאנו על שאלותיהם הרפואיות או כשדנו עימם על השפעות הטיפול, הדבר בא לביטוי במגוון של תוצאות, לדוגמא: שביעות רצון גבוהה יותר, היעדר חרטות, דבקות

בטיפול ושיתוף פעולה, שיפור בתוצאות הקליניות הפיסיולוגיות והנפשיות, שינוי של התנהגויות בריאות, הבנה או תפיסה חיובית לגבי הטיפול הרפואי, קבלת החלטות רפואיות טובה יותר, הפחתה בתלונות רשלנות וכמו כן, הדבר תרם להפחתת עלות הטיפול הרפואי (Krones, et al, 2008; Makoul & Curry, 2007 Roter, et al, 2006; Griffith, Wilson, Langer & Haist, 2003; Ambady, Koo, Rosenthal & Winograd, 2002; Beck, Daughtridge, & Sloane, 2002; Frymoyer & Frymoyer, 2002; Roter, 2000; Stewart, 1995; Greenfield, Kaplan, Ware, Yano & Frank, 1988).

יתר על כן, מלבד לכך שהיבטים אלו נראו באופן מופחת בהיעדר מיומנויות תקשורת בין אישית, בהיעדרן של מיומנויות אלו, נראתה לעיתים השפעה שלילית. לדוגמא, חוסר הסיפוק אותו חוו לנוכח התנהגויות כגון קבלת פנים שאינה נעימה, אי קשב, קשר עין חלש, אי עידוד לשאלת שאלות וחוסר יכולת לייצר דיאלוג רפואי או להביע דאגות (Abdulahadi, et al, 2006). כמו כן, נראתה הפחתה בתפקוד קוגניטיבי ופיסיולוגי מבחינת יעילות הטיפול לטווח הקצר והארוך כשבתראפיות פיסיות באו לביטוי התנהגויות לא ורבאליות, כגון אי חיוך ובהסתכלות אלאה מהחולה (Ambady, et al, 2002).

ביטויים נוספים של היעדר מיומנויות תקשורתיות, הינם במגוון השפעותיה של מערכת היחסים על נותן השירות הרפואי עצמו. לדוגמא, רופאים חוו תחושות של אי יעילות עצמית בהתייחסות לנושאים פסיכולוגיים ושל קושי בשליטה בגורמים אלו (Astin, Soeken, Sierpina & Clarridge, 2006). כמו כן, נראתה אי נוחות ומורת רוח לנוכח תכנים רגשיים ונושאים פסיכולוגיים שעולים (Wissow, Larson, Anderson, & Hadjiisky, 2005; Wissow, et a, 2002), סיפוק מועט של תמיכה רגשית והסטה של הנושא לשאלות והצהרות ביו רפואיות לנוכח תכנים אלו (Morse, Edwardsen & Gordon, 2008) והשלכה של צרכי הרופא על החולה (Borrell-Carrio, et al, 2004).

דוגמאות אלו, מבטאות את השפעתם של תהליכים טרנספריאליים, על נותן השירות הרפואי. טרנספריאליות הינו מונח פסיכו אנליטי, שכאשר הוא מיושם במקצוע הרפואה, כוונתו לתגובותיו הרגשיות והמחשבתיות הלא מודעות של נותן השירות הרפואי כלפי החולה ולהיפך (O'Kelly, 2001; Hughes & Kerr, 2000). הצרכים, הרצונות והתשוקות שבמערכת היחסים הרפואית, הינם קרקע

פורייה להיווצרות תהליכים טרנספריאליים, לא ניתן להימנע מהם וישנו צורך להכיר בהם ולרכוש מימונויות לניהול תהליכים אלו (Hughes & Kerr, 2000).

הדבר יכול לבוא לביטוי, לדוגמא בכך שלעיתים אפילו הטיפול הכי טוב לא יהיה טוב מספיק, לעיתים חולים התאכזבו, יהיו מפוחדים או כועסים. יהיו להם ציפיות שאינן ברורות או רגשות מעורבים כלפי הסימפטומים אותם הם חווים. כמו כן, לא תמיד הם יהיו אסירי תודה למאמציהם של הרופאים ואף ישנם אלו, היוצאים בתחושת ניצחון כלפי הרופא כשאינן שינוי בסימפטומים (Hughes & Kerr, 2000). בנוסף על השפעתם של תגובות אלו על נותן השירות הרפואי, ישנם גם מגבלות שפה, או תכונות כגון תובענות או פסיביות, אמונות שונות או רקע סוציו אקונומי שונה המשפיע גם הם (Shapiro, & Hollingshead, & Morrison, 2002).

תהליכים טרנספריאליים, באים לביטוי כבר בתקופת ההכשרה, באתגרים מולם ניצבים הסטודנטים בעוד הם מתקדמים. כתוצאה מכך, הם יכולים לפתח תגובות שאינן אדפטיביות ושמובילות להפחתה ברמת האמפטיה לחולה (Rosenfield & Jones, 2004). מלבד לכך, תהליכים אלו יבואו לביטוי לרוב בהשפעתם על סימפטומים פיסיוולוגיים אצל נותן השירות, רמת המעורבות עם החולים והיכולת ליצור קרבה ורמת הקבלה ותיאורם של החולים באופן שיפוטי, שלילי או חיובי (O'Kelly, 2001). כך, שלמרות שרבים מהרופאים מאמינים שהיכולת להרגיש כלפי החולה הינה מימד חשוב בטיפול, הדבר מגיע עם מחיר (Hughes & Kerr, 2000).

נושא נוסף שעלה ושהוא רלוונטי מבחינת העובדה שטיפולי הרפואה המשלימה מוצאים את דרכם למסד הרפואי, הינו תפיסתם של הרופאים את זמן הפגישה, כלא מאפשר שימוש במימונויות התקשורתיות (Shapiro, et al, 2002). נטען שישנו ידע מועט לגבי האופן בו ניתן לשלב מערכת יחסים יעילה ומימונויות תקשורת עם ניהול זמן, ליעילות מקסימאלית. מכיוון שבין המימדים להגברת יעילות התקשורת שזוהו, היו ההכרה ברמזים הפסיכו סוציאליים, הוצא מודל המערב את הגברת האיכות, יחד עם אפיונים לניהול זמן ומימונויות תקשורתיות (Mauksch, Dugdale, Dodson & Epstein, 2008).

כפי שהוצג, המחקר בתחום זה בדרך כלל עוסק בבחינת השונות של מטרות התקשורת הרפואית, בניתוח של התקשורת המתרחשת בין הרופא לחולה, בבחינת התנהגויות תקשורתיות ספציפיות ובחינת השפעתן של התנהגויות התקשורת, על מערכת היחסים ותוצאות הטיפול. האמצעים המקובלים לניתוח

התקשורת המתרחשת במסגרת המפגש הרפואי, רבים ומגוונים והם נבדלים לפי מידת הרלוונטיות הקלינית, אסטרטגיות התצפית, האמינות, התוקף וערוצי התנהגויות התקשורת המאפיינים אותם (Ong, de Haes, Hoos, & Lammes, 1995). הידע הנרכש ממחקרים אלו, מאפשר תובנות לגבי מערכת היחסים הטיפולית והדבר משתקף באיכות הטיפול (O'Kelly, 2001).

כמו כן, התפתחו יחד עם המחקר גם החינוך, ההכרה והיוזמה הקשורים לנושא זה. ההתמקדות בפן התקשורתי התרחבה למוסדות ההכשרה והשפיע על שינוי תוכניות הלימוד. ברבים מהמוסדות, חייבים כיום בלימוד והערכה של מיומנויות תקשורתיות ועמידה בבחינות, הכוללות יכולות באיסוף מידע ותקשורת עם חולים, מלבד לבדיקות פיסיולוגיות (Makoul & Curry, 2007; Makoul, 2003; Frymoyer & Frymoyer, 2002). נאמר, שישנו צורך בנתינת כלים ודרכים אדפטיביות להתמודדות עם מצבים שונים ולניהול המתח המצטבר שבטיפול ושגם סטודנטים וגם מורים יכולים להרוויח מההכרה זו (Rosenfield & Jones, 2004).

סיכום, ביקורת ומסקנות

נוכחותם של מיומנויות תקשורתיות יכולה להביא להבנה עמוקה יותר לסיבת הביקור האמיתית וליעילות תקשורתית מצד מספק השירות הרפואי (Frymoyer & Frymoyer, 2002). נאמר שהן מאפשרות גישה להבנת החולה את מצב בריאותו ועוזרות לנותן השירות הרפואי לצמצם פערים בין הבנתו את מצב בריאותו של החולה לבין נקודת המבט של החולה. (Baarts, et al, 2000). שהן מספקות אינפורמציה לגבי היבטים פסיכולוגיים וסוציאליים ועוזרות לבנות יחסי אמון וקרבה ארוכי טווח (Galín, et al, 2008). כמו כן, שהן מביאות לשיפור בתוצאות הרפואיות ובתפקוד הקוגניטיבי, הסוציאלי, כפי שהוצג.

מצד שני, היעדרן יכול להביא לכך שדאגותיהם האמיתיות של החולים, יעברו ללא הבחנה כשמספק השירות הרפואי, מתמקד בהיבטים הרפואיים (Lang, et al, 2000). כמו כן, הערך המוסף המתבטא באמצעות התקשורת הבין אישית יהיה חסר וישנה אף אפשרות, לביטויים שליליים (Abdulhadi, et al, 2002; Ambady, et al, 2006). בנוסף, היעדרן של מיומנויות אלו, יכול להביא למגוון התנהגויות והשפעות על הרופא כגון, התעלמות או שלילה של רצונם של החולים בשיחה בעלת נושאים פסיכולוגיים

לנוכח אי נוחות בהצגת נושאים מסוימים (Wissow, et al, 2005). כלומר, להשפעתם הבלתי נמנעת של תהליכים טרנספריאליים (Hughes & Kerr, 2000). לבסוף, גם לתנאי מסגרת העבודה, ישנה השפעה בהיעדר מיומנויות אלו (Mauksch, et al, 2008).

ספרות מחקרית זו, מהווה בסיס ויסוד התומכים בחשיבות התקשורת הבין אישית שבמסגרת מערכת היחסים הרפואית. יחד עם זאת, נטען שלמרות נקודת המבט ההוליסטית והממוקדת אדם המאפיינת את הרפואה הלא קונבנציונאלית, תחום מחקר זה הוזנח וההתמקדות הופנתה כלפי בחינת השפעתם של ההיבטים הביו רפואיים של הטיפול. כאמור, מכיוון שרוב המחקר בתחום זה מגיע מהרפואה הקונבנציונאלית (Institute of Medicine, 2001), בכדי לתמוך בהכללה של מחקרים אלו על הרפואה הלא קונבנציונאלית, הוצגו מספר הנחות יסוד המאפשרות השוואה זו. הנחות יסוד אלו, הביאו לביטוי את ההנחה שההיבטים השונים המאפיינים את השפעתה של התקשורת הבין אישית במסגרת מערכת היחסים הרפואית, יכולים להיות מוכללים גם על הרפואה הלא קונבנציונאלית.

לאחר כול זאת, חשוב לציין שמטרתה וכוונתה של השוואה זו ושהצגתה של הספרות המחקרית בנושא, לא היו בכדי לטעון שבטיפול הלא קונבנציונאלי התקשורת הבין אישית אינה קיימת, או שמסגרות הלימוד אינן מודעות לחשיבות התקשורת הבין אישית ושאינן מתייחסות לכך במסלולי הלימוד. לא הייתה הכוונה לטעון, שהמטפלים חסרים במיומנויות תקשורתיות ושהן לא באות לביטוי במפגש הרפואי, או שמטרת הטיפול אינן נענות ותוצאותיו שליליות. דיון זה אינו בה לתת ביקורת!!!

מטרתו, להצביע על היעדר תחום מחקר זה בענף הרפואה הלא קונבנציונאלית ולשקף פערים אלו בהתייחסות לענף המחקר הקיים בנושא זה ברפואה המערבית. מטרתו להציע כי פיתוחו של ענף מחקר המתייחס למערכת היחסים והתקשורת הבין אישית שבמפגש ייחודי זה, יאפשר הבנה טובה יותר של מערכת היחסים הרפואית והשפעותיה על המטופל והמטפל. מטרתו להציע שהשלכות מתובנות אלו יוכלו להשפיע על תוכניות הלימוד השונות ושתוצאותיהן יהיו ביעול הטיפול וביעול התמודדותם של המטפלים עם התכנים הבלתי נמנעים שבמפגש זה ויותר מכול, מטרתו לתרום לאיכותה של הרפואה הלא קונבנציונאלית, באופן בו היא משתקפת בעולם המערבי.

ביבליוגרפיה

- המרכז הרפואי תל-אביב על שם סוראסקי (2008). היחידה לרפואה משלימה. ניתן לצפות באתר:
<http://www.tasmc.org.il/304>
- מכבי שירותי בריאות (2008). רפואה משלימה הסבר כללי. ניתן לצפות באתר:
<http://www.maccabi-health.co.il/site/HE/macabi.asp?pi=139>
- מרכז רפואי הדסה עין כרם (2008). רפואה משלימה. ניתן לצפות באתר:
http://www.hadassah.org.il/Hadassa/Heb_SubNavBar/Life+Services/Complete/_medicine
- שירותי בריאות כללית (2008). המדריך המלא לכל הטיפולים. ניתן לצפות באתר:
http://www.clalit20plus.co.il/Clalit/Young/Lifestyle/Articles/Alternative/mash_lima.htm
- Ambady, N., Koo, J., Rosenthal, R., & Winograd, C. H. (2002). Physical therapists' nonverbal communication predicts geriatric patients' health outcomes. *Psychology and Aging, 17*, 443-452.
- Astin, J. A., Soeken, K., Sierpina, V. S. & Clarridge, B. R. (2006). Barriers to the Integration of Psychosocial Factors in Medicine: Results of a National Survey of Physicians. *The Journal of the American Board of Family Medicine, 19*, 557-565.
- Austin, J.A. (1998). Why patients use alternative medicine. *JAMA, 279*, 1548-1553.
- Baarts, C., Tulinius, C., & Reventlow, S. (2000). Reflexivitya - strategy for a patient-centred approach in general practice. *Family Practice. 17*, 430-434
- Barrett, B., Marchand, L., Scheder, J., Plane, M-B., Maberry, R., Appelbaum, D., Rakel, D., & Rabago, D. (2003). Themes of holism, empowerment, access, and legitimacy define complementary, alternative, and integrative medicine in

relation to conventional biomedicine. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9, 937-947.

Barry, C. A. (2006). The role of evidence in alternative medicine: Contrasting biomedical and anthropological approaches. *Social Science & Medicine*, 62, 2646–2657.

Beck, R. S., Daughtridge, R., & Sloane, P. D. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 15, 25-38.

Bell, I. R., Caspi, O., Schwartz, G. E., Grant, K. L., Gaudet, T. W., Rychener, D., Maizes, V., & Weil, A. (2002). Integrative medicine and systemic outcomes research: issues in the emergence of a new model for primary health care. *Archives of Internal Medicine*, 162, 133–40.

Bensing, I. M., Verhaak, P. F. M., van Dulmen, A. M., & Visser, A. P. (2000), Communication: The royal pathway to patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*, 39, 1-3.

Borrell-Carrio, F., Suchman, A. L. & Epstein, R. M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2, 576-582.

Bower, P. (1998). Understanding patients: implicit personality theory and the general practitioner. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 153-163.

Castillo, R. J.(2001). Lessons from folk healing practices. In W-S. Tseng, & J. Streltzer. *Culture and psychotherapy: a guide to clinical practice* (pp. 81-102). Washington: American Psychiatric Press, Inc.

- Constant, A., Castera, L., Quintard, B., Bernard, P. H., de Ledinghen, V., Couzigou, P. & Bruchon-Schweitzer, M. (2005). chronic hepatitis C: Relationship with information sources and attentional coping styles. *Psychosomatics*, 46, 25-33.
- European Parliament, (1997). *The Collins Report, resolution on the status of non-conventional medicine*. European Parliament: Strasbourg.
- Frymoyer, J. W., & Frymoyer, N. P. (2002). Physician-Patient Communication: A Lost Art? *Journal of the American Academic of Orthopedic Surgeons*. 10, 95-105.
- Galin, C. E., Thorpe, C. & DiMatteo, R. M. (2008), Accessing the Patient's World: Patient-Physician Communication About Psychosocial Issues, in JA. L. Earp, E. A. French & M. B. Gilkey (Eds), *Patient Advocacy for Health Care Quality: Strategies for Achieving Patient-Centered Care* (pp. 185-214), Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Greenfield, S., Kaplan, S. H., Ware, I. E., Jr., Yano, E. M., & Frank, H. I. (1988). Patients' participation in medical care: Effects of blood sugar control and quality of life in diabetes. *Journal of General Internal Medicine*, 3, 448-457.
- Griffith, C., Wilson, I. F., Langer, S., & Haist, S. A. (2003). House staff nonverbal communication skills and patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 170-174.
- Hughes, P., & Kerr, I. (2000). Transference and countertransference in communication between doctor and patient. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 57-64.
- Institute of Medicine, (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press.
- Krones, T., Keller, H., Sonnichsen, A., Sadowski, E. M., Baum, E., Wegscheider, K., Rochon, J., & Donner-Banzhoff, N. (2008). Absolute cardiovascular

- disease risk and shared decision making in primary care: a randomized controlled trial. *Annals of Family Medicine*, 6, 218-227.
- Lang, F., Floyd, M. R., & Beine, K. L. (2000). Clues to patients' explanations and concerns about their illnesses: A Call for active listening. *Archives of Family Medicine*, 9, 222-227.
- Long, A. F. (2007). *The Effects and experience of shiatsu: A Cross-European study*. Leeds: University of Leeds, School of Healthcare.
- MacPherson, H., Mercer, S.W., Scullion, T. & Thomas, K. J. (2003). Empathy, Enablement, and Outcome: An Exploratory Study on Acupuncture Patients' Perceptions. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9, 869-876.
- Maizes, V., & Caspio, O. (1999). The principles and challenges of alternative medicine; more than a combination of traditional and alternative therapies. *Western Journal of Medicine*, 171, 148–149.
- Makoul, G. (2003). Communication Skills Education in Medical School and Beyond. *JAMA*, 289, 93.
- Makoul, G., & Curry, R. H. (2007). The Value of Assessing and Addressing Communication Skills. *JAMA*, 298, 1057-1059.
- Malterud, K., & Hollnagel, H. (2005). The Doctor Who Cried: A Qualitative Study About the Doctor's Vulnerability. *Annals of Family Medicine* 3, 348-352.
- Mauksch, L. B., Dugdale, D. C., Dodson, S. & Epstein, R. (2008). Relationship, communication, and efficiency in the medical encounter: Creating a clinical model from a literature review. *Archives of Internal Medicine*, 13, 1387-1395.
- Mead, N. & Bower, P. (2000), Patient-centredness: A conceptual framework and review of empirical literature. *Social Science and Medicine* 51, 1087-1110.

- Mercer, S.W., Reilly, D. & Watt, G. C. M. (2002), The importance of empathy in the enablement of patients attending the Glasgow Homoeopathic Hospital. *British Journal of General Practice*, 52, 901–905.
- Morse, D. S., Edwardsen, E. A., & Gordon, H. S. (2008). Missed Opportunities for Interval Empathy in Lung Cancer Communication. *Archives of Internal Medicine*.168, 1853-1858.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. , & Geller, P. A. (2003). Handbook of psychology: Volume 9. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.
- Niskar, A. S., Peled-Leviatan, T., & Garty-Sandalon, N. (2007). Who Uses Complementary and Alternative Medicine in Israel? *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13, 989-995.
- O'Kelly, G. (2001). Countertransference in the nurse-patient relationship: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 391 – 397.
- Rees, L., & Weil, A. (2001). Integrated medicine: Imbues orthodox medicine with the values of complementary medicine. *Bmj*, 322, 119-120.
- Reynolds, W.J. & Scott, B. (1999). Empathy: A crucial component of the helping relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 363-370.
- Robinson, N., Donaldson, J., & Lorenc, A. (2006). Shiatsu: A review of the evidence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6.
- Rogers, C.R. (1957), The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 21, 95-103.
- Rosenfield, P. J., & Jones, L. (2004). Striking a balance: training medical students to provide empathetic care. *Medical Education*, 38, 927 – 933.

- Roter, D. (2000). The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship.
- Roter, D. (2000). The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient Education and Counseling*, 39, 5-15.
- Roter, D. L., Frankel, R. M., Hall, I. A., & Sluyter, D. (2006). The expression of emotions through nonverbal behavior in medical visits: Mechanisms and outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 21(Suppl I), S28-S34.
- Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists (2003). *The psychological care of medical patients: A practical guide (Ed2)*. Report of a joint working party of the Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists.
- Sommers-Flanagan J. & Sommers-Flanagan R. (2004). *Counseling and Psychotherapy theories in context and practice: Skills, Strategies and techniques*. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.
- Stewart, M. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association Journal*, 152, 1423-1433.
- Stewart, M., Brown, J., Weston, W., McWhinney, I., McWilliam, C., & Freeman, T. (2003). *Patient-centred medicine: transforming the clinical method (Ed²)*. Radcliffe Medical Press Ltd.
- Stewart, M., Brown, J., Weston, W., McWhinney, I., McWilliam, C., & Freeman, T. (2003). *Patient-centred medicine: transforming the clinical method (Ed²)*. Radcliffe Medical Press Ltd.
- Wissow, L. S., Larson, S., Anderson, J., & Hadjiisky, E. (2005). Pediatric residents' responses that discourage discussion of psychosocial problems in primary care. *Pediatric*, 115, 1569-1578.

Wissow, L. S., Roter, D., Larson, S. M., Wang, M. C., Hwang, W T., Johnson, R., & Luo, X. (2002). Mechanisms behind the failure of residents' longitudinal primary care to promote disclosure and discussion of psychosocial issues. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 156, 685-692.