
לצמוח מדילמות: פיתוח זהות מקצועית

דרך רפלקציה קבוצתית על דילמות בין-אישיות עם

שותפי תפקיד

גלי בנימין

גלי בנימין, PhD, המחלקה לכלכלה ומנהל עסקים, אוניברסיטת אריאל.
galy.binyamin@gmail.com

תודות

תודה מיוחדת לסטודנטיות ששיתפו אותי בדילמות האישיות שלהן ובתובנות שצברו בתהליך פיתוח הזהות המקצועית שלהן כמרפאות בעיסוק.

מילות מפתח: זהות מקצועית, דילמה, סופרוויז'ן קבוצתי, רפלקציה קבוצתית (collaborative reflection), ריפוי בעיסוק, סוציאליזציה מקצועית/פרופסיונלית

תקציר

פיתוח דור העתיד של מרפאים בעיסוק וליווי הסטודנטים במעבר המורכב מזהות של "סטודנט" ל"מרפא בעיסוק" מהווים אתגר של ממש לאנשי סגל ולמדריכים. מחקר זה מתמקד בפיתוח הזהות המקצועית של מרפאים בעיסוק, באמצעות מתודולוגיה של "רפלקציה קבוצתית" על דילמות בין-אישיות עם שותפי-תפקיד. המחקר מתאר את יישום השיטה בקורס "הדרכה בהתפתחות מקצועית" לתואר ראשון בריפוי בעיסוק. קורס זה נבנה במתכונת של סופרוויז'ן קבוצתי ולמידת-עמיתים, ומבוסס על התפיסה שהתמודדות עם קונפליקטים ודילמות היא הזדמנות להתפתחות ולצמיחה. המחקר מבוסס על ניתוח של 392 אירועים של דילמות בין-אישיות שחווי הסטודנטים בהכשרה המעשית ו-196 טקסטים של רפלקציה אישית על העבודה הקבוצתית בקורס. ניתוח הדילמות העלה שש תימות מרכזיות של דילמות בין-אישיות עם שותפי תפקיד (מטופלים, בני משפחותיהם ועמיתים מתחומי ריפוי אחרים). ניתוח הטקסטים של הרפלקציה האישית חשף את האפקטיביות של יישום המתודולוגיה בתהליך פיתוח הזהות המקצועית. ראוי לציין כי הרפלקציה הקבוצתית סייעה לסטודנטים לגשר על הפער בין התיאוריה ובין ההכשרה המעשית. המחקר מציע אפשרות לשלב שיטה זו גם בתכניות לימודים אקדמיות ובתכניות הדרכה קבוצתיות של אנשי מקצוע במקצועות טיפוליים אחרים.

מבוא

הכשרת מרפאים בעיסוק מהווה אתגר משמעותי לאנשי סגל ולמדריכים קליניים (Tryssenaar & Perkins, 2001). אחד הנושאים המרכזיים בסוציאליזציה הפרופסיונלית הוא פיתוח הזהות המקצועית (Ikiugu & Rosso, 2003).

המעבר מזהות של "סטודנט" לזהות של "מרפא בעיסוק" כרוך בקשיים ומתחים רבים (Hodgetts, Hollis, Triska, Dennis, Madill, & Taylor, 2007). הוא מאופיין ברמות גבוהות של ביקורת עצמית, פחד מטעויות והיעדר ביטחון עצמי, שיש להם השלכות שליליות על המטופלים (Lee & Mackenzie, 2003). אפקטיביות הטיפול, הכרוכה במערכת יחסים מוצלחת בין מטפל למטופל, מושפעת מן הזהות המקצועית של מטפלים (Monrouxe, 2010; Watson, 1993). לפיכך, פיתוח הזהות המקצועית מושך עניין הולך וגדל בספרות העוסקת בסוציאליזציה פרופסיונלית בתחומים שונים, כגון רפואה (Monrouxe, 2010; Pratt, Rockmann, & Kaufmann, 2006), פסיכולוגיה (Bruss & Feen-Calligan, 1993), ריפוי באמנות (Kopala, 1993; Yoon & Kim, 2010; Volkman), הוראה (2005; Anderson & Anderson, 1998; Schatz-Oppenheimer & Dvir, 2014; Dvir & Avissar, 2014) וריפוי בעיסוק (Mackey, 2007; Ikiugu & Rosso, 2003). עם זאת, נראה שהמחקר העוסק בתהליכים של פיתוח הזהות המקצועית בהכשרה הפורמלית של סטודנטים עדיין מוגבל בהיקפו (Pratt et al., 2006; Ibarra, 1999; Trede, Macklin, & Bridges, 2012). רוב הקורסים האקדמיים וההכשרות המעשיות מתמקדים רובם ביישום הידע והכישורים במונחים של "עשייה" ("doing") (כלומר, כיצד לנהל את הטיפול, באילו מיומנויות יש להשתמש ואילו מיומנויות יש לפתח, וכדומה), ולא במונחים של "הויה" ("being") של המטפל (Monrouxe, 2010).

לכן פיתוח הזהות המקצועית במונחים של "הויה" אינו תופס מקום משמעותי, לא באופן מפורש ולא בנושא מרכזי, כך שלסטודנטים אין אפוא הזדמנויות רבות לעבד את חוויותיהם מן ההכשרה המעשית במונחים של "מי אני כמטפל/ת?".

מחקר זה מתאר יישום של מתודולוגיה שנועדה לפתח את זהותם המקצועית של הסטודנטים במהלך הכשרתם האקדמית. המתודולוגיה מבוססת על התפיסה של צמיחה וגדילה מתוך קונפליקטים ודילמות, ומשתמשת לשם כך ברפלקציה קבוצתית' (Collaborative reflection) על דילמות בין-אישיות שהסטודנטים חוו בהכשרה המעשית. השיטה יושמה בקורס "הדרכה בהתפתחות מקצועית" שהיה מיועד לסטודנטים בתואר ראשון בריפוי בעיסוק, ונבנה במתכונת של סיפרוויז'ן קבוצתי ולמידת עמיתים.

התפתחות הזהות המקצועית

הזהות המקצועית מגדירה את מכלול התכונות, האמונות, הערכים, החוויות והמניעים שבאמצעותם אנשים מגדירים את עצמם בתפקידם המקצועי (Ibarra, 1999). הזהות המקצועית מוגדרת הן באמצעות הזהות העצמית של איש המקצוע (התכונות והערכים האישיים שלו כישות ייחודית) והן באמצעות הזהות החברתית של הקהילה המקצועית שלו.

הספרות העוסקת בסוציאליזציה פרופסיונלית זורה אור על התהליכים השונים שבאמצעותם מתגבשת הזהות המקצועית. ראשית, היא מתפתחת דרך אירועים משמעותיים שמתרחשים בעת ביצוע ותרגול של הפרקטיקות המקצועיות (Adams, Hean, Sturgis, & Clark, 2006). למשל, במהלך ההכשרה המעשית. שנית, הזהות המקצועית מושפעת מחשיפה למודלים לחיקוי

1 Collaborative reflection - מתורגם גם ל"רפלקציה שיתופית".

תעסוקתית יציבה. תהליך החקירה העצמית הוא תהליך חיוני לעיצוב הזהות המקצועית של מטפלים, בייחוד ב"מעבר בין סטודנט למטפל" (Tryssenaar & Perkins, 2001).

המתודולוגיה המוצעת כאן לפיתוח הזהות המקצועית של מרפאים בעיסוק מבוססת על כל התהליכים שהוזכרו לעיל: אירועים קריטיים, דמויות לחיקוי והזדהות, מערכות יחסים עם שותפי תפקיד וחקירה עצמית.

רפלקציה קבוצתית על דילמות בין-אישיות כאמצעי לפיתוח זהות מקצועית

במסגרת מערכות היחסים של המרפאים בעיסוק ושותפי התפקיד שלהם, המרפאים בעיסוק מתמודדים עם דילמות בין-אישיות ובין-מקצועיות (בין תחומי טיפול אחרים), שעשויות לחזק את הזהות המקצועית שלהם או לאיים עליה (Mitchell, Parker, Giles, & White, 2010). לכן, ההתמודדות עמן מהווה חלק משמעותי בהבניית הזהות המקצועית (Schatz-Oppenheimer & Dvir, 2014; Dvir, 2014).

דילמות הן מצבים המחייבים בחירות לא רצויות בין ערכים סותרים או מנוגדים, שאינם יכולים להתקיים בו זמנית או בצורתם המלאה (Cuban, 2001). אנשי המקצוע נתפסים כ"מנהלי דילמות" (dilemma managers) ו"מנהלי משא ומתן פעילים" (active negotiators), שמנהלים מצבים של אינטרסים מנוגדים ומכילים את הסתירות (Lampert, 1985). הצורך לקבל החלטה במצב של קונפליקט בין אלטרנטיבות לא מושלמות מייצר מתחים רגשיים של אי ודאות, ספקות ובלבול (Yoon & Kim, 2010; Volkmann & Anderson, 1998). מצב כזה מצריך יצירת דרכים חדשות לנהל דיאלוג ולשקול אפשרויות שונות, באמצעות רפלקציה, חקירה עצמית, התנסויות ושיח מקצועי (Mackey, 2007).

והזדהות (role models), כמו: מדריכים קליניים, חונכים וחברי הסגל, אשר מנחים ומדריכים אנשי מקצוע חדשים בצעדיהם הראשונים בסוציאליזציה הפרופסיונלית שלהם (Adams et al., 2006; Althouse, Stritter, & Steiner, 1999; Ibarra, 1999; Pratt et al., 2006).

שלישית, זהויות מקצועיות נוצרות ומתוקפות תוך כדי אינטראקציות ומערכות יחסים חברתיות, ובמסגרתן הפרט מנהל משא ומתן על תפיסות וציפיות עם שותפי התפקיד שלו (Adams et al., 2006; Bleakley & Bligh, 2008; Pratt et al., 2006). שותפי תפקיד (role partners) (כגון מטופלים ובני משפחותיהם, מדריכים קליניים, עובדים סוציאליים, פיזיותרפיסטים), מספקים איתותים חברתיים לגבי הדמות שהפרט הופך להיות, כך שמרפאים בעיסוק יכולים ללמוד יותר על מי שהם ומי שהם רוצים להיות, דרך הציפיות והתגובות של אחרים כלפי התנהגויותיהם (Ibarra, 1999; Mackey, 2007). התהליך הדיאלקטי המתמשך עם שותפי התפקיד מצייר דיוקן של "אני" כמובחן מן ה"אחר" (Bleakley & Bligh, 2008), וכך אנשים לומדים להגדיר את עצמם, בשונה מאחרים. למשל, מטפלים משווים ומבדילים עצמם ממטופליהם וממטפלים מדיסציפלינות אחרות (Adams et al., 2006). תהליך ההשוואה הזה מעמת אותם עם תפיסות אחרות, לעתים סותרות, ומזמין אותם לבחון מחדש את התפיסות המקצועיות והבין-אישיות שלהם (Schatz-Oppenheimer & Dvir, 2014). באמצעות התהליך הזה הם מעצבים את הזהות המקצועית שלהם כמטפלים.

לבסוף, גיבוש הזהות המקצועית כולל גם תהליך מתמשך של חקירה עצמית (self-inquiry) בשאלה "מי אני?" ו"מי אני רוצה להיות?" (למשל, Trede et al., 2012). באמצעות חקירה והגדרה של מטרות, אמונות וערכים, אנשים עושים בחירות אישיות בדרך להתחייב על בחירה של זהות

בשלב הראשון, שלב הכתיבה הרפלקטיבית, הסטודנטים מתבקשים לתאר אירועים של דילמות מניסיונם האישי, ולאחר מכן להגדיר ולהמשיג את שני קרני (קוטבי) הדילמה. עצם כתיבת האירועים והאופן שבו הם מסופרים זורים אור על הזהות המקצועית של הכותבים, משום שהם מאפשרים למספרים (narrators) להבנות את החוויות המורכבות שלהם בהתאם לסכמות ולפרשנויות סובייקטיביות שלהם, ולבטא את הזהות שלהם, תוך בחינת הזיקות שלהם לקהילה המקצועית (Schatz-Oppenheimer & Dvir, 2014). גם המשגת הדילמה היא משימה מאתגרת, משום שהיא מחייבת לזכך את הרגשות המלווים את החוויה האישית ולעשות הכללה שמאפשרת למידה. במובן זה, התהליך הרפלקטיבי מתחיל כבר בשלב הכתיבה.

השלב השני של הרפלקציה הקבוצתית הוא השיתוף. שיתוף הדילמה עם העמיתים מוביל לתחושות של שייכות ואחוות עמיתים, גם כשהעמיתים בקבוצה לא חוו את הדילמות על בשרם, או כשהם חוו מקרים דומים אך לא ראו או זיהו אותם כדילמות (משום שזיהו אפשרות פעולה אחת ולא ראו אפשרויות אחרות). השיתוף מחזק את השותפות הקולגיאלית ואת השייכות לקהילה המקצועית. במובן זה הוא מאפשר סביבת למידה תומכת, המהווה קרקע פורייה לצמיחה ולהתפתחות של הזהות המקצועית.

השלב השלישי הוא הובלת דיון רפלקטיבי העוסק בדילמה. למידה באמצעות דיון מעוררת בירור של רעיונות סותרים ופרספקטיבות שונות מעודדת בחינת פרשנויות חלופיות ויצירת פתרונות מגוונים ומתאימים לדילמה (Yoon & Kim, 2010). הדיון בדילמה מרחיב ומעמיק את ההבנה ואת המודעות של הסטודנטים להזדמנויות ולמחויבויות הכרוכות בהיותם מטפלים. כך גם נבנית תרבות של שיח פרופסיונלי על דילמות משמעותיות הקשורות להתפתחותם של הסטודנטים כאנשי מקצוע.

הרעיון של צמיחה מתוך קונפליקטים וחקירה שלהם מוכר בספרות העוסקת בהתפתחות הזהות האישית (Erikson, 1966, 1970; Marcia, Trede et al., 2012). "זהות מגובשת" (achieved identity) היא תוצאה של משבר ושל מורטוריום. משבר הוא מצב שבו הפרט נדרש לעצור, לחשוב ולערוך רפלקציה, ולא לקבל מידע חדש מבלי להטיל בו ספק. המורטוריום הוא משך הזמן המוקדש לניתוח ולחקירה אינטנסיביים, כשהפרט מתנסה ומחפש מערכת של רעיונות ואמונות המתאימה לו. תהליכים של משבר ומורטוריום מתאימים לתהליך ה"מעבר מסטודנט למטפל", כיוון שהלמידה והחקירה מפיגים את המסותרן האופף את המעבר ל"עולם המטפלים" (therapisthood, Tryssenaar & Perkins, 2001).

מחקר זה מבוסס על יישום של שיטת למידה המכונה "רפלקציה קבוצתית" (Yoon & Kim, 2007). למידה רפלקטיבית היא אסטרטגיית למידה, שמסייעת ללומדים לקשר ולשלב בין למידה חדשה ובין ידע וכישורים קיימים. היא מיועדת להגביר את המודעות של הלומד לעמדות, למיומנויות ולידע שלו באמצעות הבנה ויצירה של משמעות חדשה להתפתחות שלו. היא אינה מתמקדת בעשייה עצמה, אלא בדרך החשיבה וההבנה של הלומד. הרפלקציה מאפשרת לו לנתח את הרגשות, התפיסות, הפעולות וההחלטות שלו, באופן שבו הוא יכול להפיק לקחים וליישם אותם בסיטואציות עתידיות. במובן זה, הלמידה הרפלקטיבית משפיעה על ההתפתחות של זהות פרופסיונלית (Coper & Boyd, 1998). כמו כן, למידה רפלקטיבית תהיה יעילה יותר כשהיא תהיה משולבת עם סביבת למידה באווירה בטוחה, קבלת הכוונה והדרכה, תמיכה של עמיתים והקצאת זמן מתאים המיועד לרפלקציה (Mann, Gordon, & MacLeod, 2009).

"הרפלקציה הקבוצתית" (Yoon & Kim, 2007) כוללת שלושה שלבים: כתיבה, שיתוף ודיון.

הנובעות מכל בחירה של דרך מסוימת. כמו כן, הסטודנטים נדרשו לקחת אחריות על הלמידה האפקטיבית של עמיתיהם לקבוצה, תוך שימוש בשיטות יצירתיות (אפיזודות מסדרות טלוויזיה כגון "האנטומיה של גריי", "ד"ר האוס" או סרטי קולנוע (כגון: "כותבי החירות"); משחקי תפקידים עם מטופלים, בני משפחה, עמיתים, רופאים, מנהלים וכדומה; עימות מובנה (debating), דינאים בקבוצות קטנות ועוד. האחריות שהוטלה על הסטודנטים בקשר ללמידה אפקטיבית של חבריהם הייתה חלק עיקרי בציון עבור מטלה זו, והמשוב ניתן על המנחה של הקורס באופן אישי.

המחצית הראשונה של כל מפגש לימוד הובלה על ידי הסטודנטים (45 דקות), ואילו המחצית השנייה (45 דקות) הובלה על ידי המנחה של הקורס. בחלק שהובל על ידי המרצה - ניתן בסיס תיאורטי רחב יותר, ובעזרת עבודה סדאית והנחיה קבוצתית, נחשפו "אזורי עיוורון" וניתן ביטוי לקולות פנימיים של המרפאים בעיסוק ושל שותפי התפקיד, במטרה לפתח אצל הסטודנטים את היכולת לבחון את הדילמות מפרספקטיבות פרופסיונליות אחרות.

כתיבת עבודה סמינריונית. המטלה השנייה בקורס הייתה לכתוב עבודה סמינריונית על דילמות בין-אישיות של מרפאים בעיסוק. לסטודנטים ניתנה אפשרות לבחור בכל נושא רלוונטי שיכול לתרום להתפתחות האישית כמרפא/ה בעיסוק ומצדיק חקירה. גם כאן התבקשו הסטודנטים לתאר מקרים של דילמות מניסיונם האישי. ואולם, הפעם הם נדרשו לסקור את הספרות התיאורטית לנושא שבו בחרו, וליישם את המסקנות והלקחים שלמדו מן התיאוריה על חוויותיהם האישיות.

רפלקציה אישית על התפתחות הזהות המקצועית. בסוף הקורס, הסטודנטים התבקשו לכתוב רפלקציה על התפתחותם האישית כמרפאים בעיסוק, לאורך כל הקורס, על בסיס יומן אישי שהומלץ להם לכתוב.

הרפלקציה על דילמות אינה עוסקת במציאת מתכון של "מה עושים?" (כלומר, כיצד אמורים מטפלים להתנהג בסיטואציות כאלה), אלא בחקירת העצמי, במונחים של "הווייה", (כלומר, בתשובה לשאלה של "מי אני?" או "מי אני רוצה להיות?"). למידה זו מבוססת על הנחת היסוד, שה"הווייה" של איש המקצוע היא שמכתבה את ההתנהגויות שלו, או כפי שניסח זאת Watson (2006): "האדם שאנחנו הוא שקובע מה אנו עושים וכיצד אנו עוסקים בריפוי בעיסוק" (עמ' 151).

עיצוב סביבת הלמידה

הרפלקציה הקבוצתית יושמה, כאמור, בקורס "הדרכה על התפתחות מקצועית", שמיועד לסטודנטים בתואר ראשון בריפוי העיסוק, ומטרתו לסייע להם לפתח את זהותם המקצועית כמרפאים בעיסוק.

תכנית הקורס

הסטודנטים נדרשו להשלים 3 מטלות במהלך הקורס: הובלת רפלקציה קבוצתית, כתיבת עבודה סמינריונית ורפלקציה אישית על התפתחות הזהות המקצועית במהלך הקורס.

הובלת רפלקציה קבוצתית. המטלה הראשונה התבססה על שלושת השלבים של רפלקציה קבוצתית (Yoon & Kim, 2007) כמתואר לעיל: כתיבה, שיתוף ודיון. בשלב הראשון, הסטודנטים נדרשו לתאר מניסיונם האישי בהכשרה המעשית אירועים של דילמות, שעסקו (case studies) במערכות היחסים עם שותפי התפקיד (למשל, מטופלים, משפחות המטופלים ומטפלים מתחומים אחרים). לאחר מכן, הם המשיגו והכלילו את הדילמה על ידי ניסוח של שני קטביה. בשלב הבא הם התבקשו לשחק את עמיתיהם לקבוצה ולהוביל קבוצת דיון מובנית, שבה הם דנו ובחנו את היתרונות והחסרונות של דרכי הפעולה האפשריות בכל אחת מקרני הדילמה, תוך ניתוח ההשלכות

שיטת המחקר

המחקר מבוסס על 12 קורסים (במהלך שש שנים) של "הזדרכה בהתפתחות מקצועית", שבהם יושמה השיטה של "רפלקציה קבוצתית" כל קורס כלל קבוצה של 15-18 סטודנטיות לריפוי בעיסוק.

מחקר זה הוא מחקר איכותני שמשמש בשיטה של מחקר נרטיבי (Josselson, 2007). המחקר הנרטיבי מתאים למחקרים העוסקים בהתנסויות לימודיות, משום שהוא אינו מכוון לייצור ניבויים סטטיסטיים, אלא להצביע על השלכות אפשריות של המציאות הפרשנית של הנחקרים (Josselson, 2007). כמו כן, ניתוח נתונים נרטיבי של סיפורים אישיים מבנה מחדש את היחסים בין פרקטיקה לתיאוריה, ולכן תורם לתהליכים של למידה והכשרה (Connelly & Clandinin, 1990). באופן ספציפי, המחקר הנרטיבי, מתאים להעשרת הספרות המחקרית העוסקת באסטרטגיות למידה של רפלקציה, תחום שעדיין מצוי בשלבי התפתחות מוקדמים (Mann, Gordon, & MacLeod, 2009). הצגת הממצאים מניתוח הנתונים הנרטיבי במחקר זה נכתבו כניתוח מדגים (demonstration model) שבו הנתונים ממחישים את התפיסות של כותב הנרטיב (Connelly & Clandinin, 1990) ומדגימים בעזרתן את יישום השיטה של הרפלקציה הקבוצתית ואת תוצאות הלמידה שהיא הניבה.

הנתונים מבוססים על 392 טקסטים של אירועים (case studies), ו-196 טקסטים של רפלקציות אישיות שכתבו הסטודנטיות במהלך עבודתן בכיתה. חשוב לציין, כי המחקר התמקד רק בדילמות בין-אישיות עם שותפי תפקיד.

ממצאים

ניתוח האירועים (case studies) שכתבו הסטודנטיות מהתנסויותיהן האישיות בהכשרה המעשית חשף דילמות בין-אישיות שכיחות עם שותפי תפקיד. ניתוח אירועי הדילמות סבב סביב שלוש קבוצות

עיקריות של שותפי תפקיד: מטופלים, משפחות המטופלים וקולגות (עמיתים) ממקצועות אחרים בתחום הבריאות. לכל קבוצה של שותפי תפקיד הוגדרו הנושאים המשותפים ששבו ועלו מן הסיפורים. לכל נושא של דילמה בין-אישית, הובאו ממצאים מתוך האירועים המאפיינים אותה. לאחר מכן, כדי להמחיש כיצד מסייעת הרפלקציה הקבוצתית להבניית זהותם המקצועית של מרפאים בעיסוק, הובאו הממצאים לגבי התובנות שעלו מתוך הטקסטים של הסטודנטיות על הרפלקציה הקבוצתית.

מערכות יחסים עם מטופלים

1. **הדילמה: הצבת הגבולות למטופלים או סימפטיה אישית? התהליך הטיפולי כרוך ברגשות של אכפתיות ודאגה למטופלים, אך אלה מתפרשים לעתים בטעות כמערכת יחסים אישית בין חברים.** פרשנות כזו מדגישה את הצורך בהצבת גבולות ביחסי מטפל-מטופל, (בין השאר) כדי שהמטפל יוכל לשמור על סמכותו המקצועית. ואולם, מטפלים בתחילת דרכם חוששים שהגדרת הגבולות תסכן את מערכת היחסים החמה עם המטופלים.

טיפלתי בבחורה בת גילי [...]. היא היתה בחורה חברותית, שנפתחה אלי די מהר ונוצר בינינו קשר טוב כבר בתחילת הטיפול. במהלך הטיפול היא שיתפה אותי הרבה בחייה האישיים, בחוויות שעברה, בקשרים שחווה וברגשות שעלו בה. פעמים רבות הפנתה אלי שאלות אישיות, חיפשה הזדהות עם חוויות, ביררה על יחסים הקיימים בחיי וחיפשה נקודות השקה בין החיים שלה לשלי. מהמקום שלי כמטפלת נוכחתי ששאלות אלו עוררו בי אי נוחות. חשתי צורך להגן על הפרטיות שלי, לשמור על גבולות בני לבנה, כי ידעתי שיש דברים שעליהם אני לא יכולה לשוחח איתה. הרגשתי שאני מאבדת את המקום הסמכותי שלי כמרפאה בעיסוק.

סטודנטים שחוששים מפריצת הגבולות דוגלים מלכתחילה בשמירה על גבולות ברורים, לעתים אף נוקשים. אחת הסטודנטיות תיארה את התובנות מהתהליך שעברה כך:

בתחילה צידדתי בדעה כי למרפאה בעיסוק חייבים להיות גבולות ברורים וחדים שאותם היא והמטופלים אינם רשאים לחצות, משום שזה עלול לחבל בעבודתה המקצועית. גישה זו שלי נבעה מעצם העובדה כי אני בעלת אופי המציב לעצמו ולאחרים גבולות ברורים, גם כי גדלתי במשפחה דתית, שבה הגבולות ברורים, וגם כי התנסיתי בהכשרות שבהן למרפאות בעיסוק היו גבולות ברורים. אך במהלך הדיון, הושמעו דעות אחרות מסטודנטיות שחוו מקרים של צורך בגמישות וחציית גבולות [...]. דווקא כדי ליעל את הטיפול ולהעניק למטופל יחס אישי ופחות מקצועי. הבנתי כי אי אפשר לראות את העולם בצבעי "שחור-לבן" וכי יהיו מקרים שבהם אצטרך להתגמש ואולי אף לחצות גבולות כדי להעניק את הטיפול הנכון והמתאים ביותר למטופל.

סטודנטית אחרת החלה הכשרה מעשית נוספת לאחר הקורס ותיארה את הלמידה שלה כך:

הדיון בדילמה לימד אותי על המקום שלי כמטפלת, וזה חיזק אצלי את ביטחוני לגבי זהותי ואישיותי הטיפולית. התחלתי כעת הכשרה מעשית בשיקום כפי, טיפולתי בבחורה בת 23 שהרגישה מאוד נוח איתי לספר פרטים אישיים על חייה. היא שאלה אותי מדוע אני לא מסמרת אף פעם דבר אישי על חי, ענית לה בביטחון רב כי אינני חושבת שמידע זה רלוונטי לטיפול, אבל לא מפריע לי לשמוע אותה מדברת על חייה במקביל לטיפול כל עוד זה לא מוגע במהלכו [...]. הרגשתי מצוין שאמרת זאת בביטחון רב, בלי לגמגם או להרגיש לא בנוח. זו הפעם הראשונה

האינטימיות איתה בלבדה אותי, ולא ידעתי כיצד לנהוג. חששתי שיהיה לא מנומס לא לענות על השאלות שלה, וחששתי לאבד את הקירבה והקשר האישי שנוצרו בינינו.

סוגיה נוספת הקשורה למתיחת גבולות מתעוררת כשמרפאים בעיסוק מזדהים יתר על המידה עם המטופלים, שמתמודדים עם קושי ועם מוגבלות. מרפאים בעיסוק מוצאים עצמם לעתים מעורבים רגשית ואף מוצפים רגשית, מה שעלול לפגוע בצורך לשמור על הצורך באובייקטיביות טיפולית ובאינדיבידואציה בין מטפל למטופל.

במהלך הטיפולים, חשתי הזדהות רבה עם מצבה הקשה של המטופלת [...]. נשטפתי ברחמים עזים, ופעמים מספר נמנעתי בקושי רב לפרוץ בבכי מולה [...]. בשלב מסוים, הבנתי כי מעורבותי הרגשית מזיקה לטיפול, וכי אני לא מצליחה לנתב את המטרות לתוצאות הרצויות. עקב רחמי העזים עליה ויתרתי לה על ביצוע תרגילים שהתקשתה בהם. גם רציני בכל מאוּד להקשיב לסבלה. רציני להביע אמפתיה ולהיות לה אֶוֹן קשבת לקשיים שבהם היא שיתפה, ועל כן זמן הטיפול לא נצל כראוי.

תובנות מן הדיון בדילמה לגבי הצבת הגבולות למטופלים. הלמידה המשמעותית של הסטודנטיות מדין בדילמה זו היא - שעל אף הצורך להיות אנושי ולהראות יחס חם למטופלים, שיחה טיפולית אינה שיחה בין חברים. בטיפול, יחסי הכוחות אינם שוויוניים, וכדי לטפל, המטפל נדרש לשמור על סמכותו המקצועית. הגדרת הגבולות חשובה למטפל, אך לא פחות גם למטופלים.

למדתי שכאשת מקצוע אצטרך להגיב בצורה שונה מאשר הייתי מוגיבה כבחורה מן המניין. התחדדה אצלי ההכרה שחלק מהמקצועיות זה להיות ברורה ומוגדרת לעצמי ולסביבה, בהתייחסות לגבולות בטיפול.

שביעות רצון, הוא לא ירצה להמשיך בטיפול ולתרגל בבית את המשימות הניתנות לו. ועוד, הרגשתי צורך להיות נאמנה לערך מרכזי בטיפול והוא ראיית "הלקוח במרכז" ולא רציני לפעול בניגוד לרצונותיו.

לעתים, ההתנגדות של המטופל מעוררת במרפאות בעיסוק תחושות של כישלון אישי ומקצועי. התחושות האלה עולות גם כשהן מבינות שההתנגדות לטיפול היא סימפטום של קושי של המטופל, ולא דווקא התנגדות שמכוונת אליהן באופן אישי או שמבטאת אי אמון כלפי המקצוע שבחרו.

ההתנגדות של המטופלת לטיפול נבעה מכך שהיא רצתה שבני המשפחה שלה יבצעו בעבורה את משימות ה-ADL. הרגשתי כי מתחיל כאן תהליך של חוסר אונים נרכש, וכי המטופלת פוגעת בעצמה. ההתנגדות שלה לטיפול העלתה בי תחושות קשות, ומאוד השפיעה על הביטחון שלי בתור מטפלת, על האמונה שלי ביעילות המקצוע ועל הרצון שלי להיות מרפאה בעיסוק.

ותיאור נוסף:

לאחר כל טיפול במטופל יצאתי מתוסכלת, כיוון שחשבתי שיש בעיה בדמות שלי כמרפאה בעיסוק - שאין לי מספיק ניסיון בתחום, שאולי התוכן והידע שאני מביאה לא מספיק מאתגרים, שאני לא מספיק מעניינת, שאני לא מצליחה לכוון לרצון שלו ובכך אני חוטאת לגישת "הלקוח במרכז", שבה אני מאוד מאמינה. חוויית תחושת כישלון וחוסר הצלחה, וכן תחושה של חוסר מסוגלות, כיוון ששאר המרפאות בעיסוק מצליחות לעשות זאת בקלות. הרגשתי שאני לא מספיק מתאימה להיות מרפאה בעיסוק.

שהתגברתי על הקושי והרגשתי מעולה, שמרתי על ה"אני" שלי.

2. הדילמה: התמודדות עם התנגדויות של מטופלים או "הלקוח במרכז"?

התנגדות המטופל יכולה להתבטא באיחורים לטיפולים או ביטולם, בהעדפת פיזיותרפיה (על פני ריפי בעיסוק) או באי רצון לבצע את התרגילים בטיפול עצמו (או בבית), גם במחיר של ויתור על עצמאות אישית בפעילויות יום-יומיות (ADL²), כמו: אכילה או התלבשות, כך שבן משפחה או עובד בשכר יבצעו אותן בעבור המטופל. מרפאות בעיסוק בתחילת דרכן מתקשות להבין כיצד ייתכן שהמטופל אינו מעוניין בעזרה שהן יכולות להציע לו כדי לשפר את התפקוד היום-יומי שלו. הן מתחבטות בשאלות הקשורות למידת האחריות שלהן למטופל ולמידת האחריות של המטופל עצמו. באיזו מידה נכון להפעיל את סמכותן המקצועית ואת שיקול הדעת שלהן, בלי שלחץ גדול מדי יסלים את ההתנגדות, ויפחית את ההערכה המקצועית כלפיהן. הדילמה הזאת מורכבת במיוחד כשהיא מעומתת עם הראייה ההומניסטית של "הלקוח במרכז", המעמידה את רצונות הלקוח בעדיפות.

מצד אחד, אם אחליט ללכת על פי רצונותיו של המטופל, אפתח פתח שבו המטופל ירגיש שהוא יכול לנהל ולנתב את הטיפול על פי רצונותיו, וייתכן שאף יערער ויבטל את מעמדי כדמות מקצועית אשר קובעת את התהליך הטיפולי. מצד שני, אם לא אהיה קשובה לרצונותיו של המטופל, תהליך ההתערבות לא יהיה אפקטיבי, כיוון שהמטופל לא ישתף פעולה ויש יסוד סביר להניח כי מתוך כעס ואי

וממילא אני כבר לא בדילמה. תובנה זו סייעה לי לחזק את מעמדי כמקור ידע מוסמך, כדמות אקטיבית בעלת יכולת השפעה, כמי שרשאית "לקחת את המושכות לידיה" ולא לחשוש מהתנגדויות שבאות בסתירה למטרות המקצוע שהצבתי תוך הפעלת שיקול דעת, וכמובן לא לפחד לגלות יצירתיות (למשל, בשינוי אמצעי הטיפול) כדי להשתמש ברצונותיו של הלקוח כאמצעי להשגתו.

3. הדילמה: לטפל או לא לטפל? על דחייה ורתיעה מריחות וממראה פיזי לא נעימים.

הטיפולים בריפוי בעיסוק מיועדים לאנשים במצבים של פגיעה (פיזית, נפשית או קוגניטיבית) בתפקוד היום-יומי, מצבים שעלולים לגרום להיעדר היגיינה. הטיפול הפרטי בריפוי בעיסוק מתקיים בדרך כלל בחדר סגור ומיצר קרבה פיזית (גם כשאינה כלולת מגע), שעלולה לערב מראות וריחות לא נעימים, הגורמים למטפל רתיעה ואף דחייה מן המטופל. תחושות אלה של המטפל מביאים לרגשי אשם, על כך שהמטופלים אינם זוכים לטיפול הראוי. ועולות השאלות - אם אלה תחושותיו, האם ראוי שימשך לטפל במטופל? מה ההשפעה שלחן על המטופל? וכן, מה המקום שלו כמטפל, וכאדם? האם עליו לשים את העדפותיו וצרכיו מחוץ לחדר הטיפולים? האם הטיפול הוא מעל הכול?

במהלך ההכשרה התבקשתי על ידי המדריכה לחדש לאחת המטופלות את הריפוד לסד Cock Up שהתלכך לה. רציתי מאוד לבצע את המשימה, אך הלכוכך הרב שהיה על הסד העלה בי תחושות רתיעה ודחייה [...]. התלבטתי האם להודיע למדריכה שאיני מעוניינת לרפד את הסד והיא תצטרך לעשות זאת? או: האם להדחיק את תחושות הדחייה, ולהכריח את עצמי לרפד למרות שאיני מעוניינת בכלל לגעת בריפוד המלוכלך?

תובנות מן הדיון בדילמה לגבי התמודדות עם התנגדויות של מטופלים. ראשית, הדיון בדילמה סייע לסטודנטיות להתעמק יותר בתפיסת "הלקוח במרכז", ולהיטיב להבין את תפקידן האקטיבי כמי שמשפיעות על הטיפול. למעשה, כאן נבחנה במציאות התפיסה שלמדו באקדמיה.

בדיון למדתי כי העובדה שהטיפול אינו מתנהל בדיוק לפי רצון הלקוח אינה אומרת כי הלקוח אינו במרכז. מעבר לסיפוק צרכיו המידיים של הלקוח ולניסיון לרצותו בכל מחיר, כפי שנדמה לנו המושג "הלקוח במרכז", יש גישה ערכית יותר המבינה כי גם כאשר המטפל קובע התנהלות מסוימת בטיפול שאינה לשביעות רצון המטופל, זה משרת את טובת הלקוח ולא רק את רצונותיו המידיים.

כמו כן, הסטודנטיות הבינו שמהות הדילמה אינה בשאלה מה לעשות כשהמטופל מתנגד לטיפול, אלא בשאלת הזהות המקצועית של המרפא בעיסוק: מה המקום שלו כמטפל? מהן הסמכויות שיש לו? האם הוא יכול לראות את עצמו כ"אחר" ביחס למטופל, ואת הדימוי העצמי והמקצועי שלו כנפרד מן הטיפול?

למעשה השיעור הזה היה בעבורי המשמעותי ביותר בתהליך הבנייה האישית שלי כמרפאה בעיסוק [...]. הבנתי שלמעשה אין כאן שאלה של "מי צודק", כי ברור לי שאני כמטפלת רוצה בטובת הלקוח ושרווחתו האישית עומדת לנגד עיני במטרות הטיפול שהגדרתי בעבורו. השאלה היא בעצם, איך אני כמקור הידע, מצליחה להשפיע על המטופל וכיצד אני מצליחה להעביר לו את הידע בצורה יצירתית ומשכנעת? אין זה מאבק ביני לבינו, אלא היכולת שלי להזמין אותו לשתף עימי פעולה, למען מטרה משותפת. ואם בכל זאת, אחרי כל המאמצים להשפיע על דעתו של המטופל, הוא בוחר אחרת, אז כאן התפקיד שלי נגמר

ודוגמה נוספת:

למדתי להקשיב לתחושות שלי ולא להסתיר אותם. הבנתי שהכחשות התחושות שלי קורית כיוון שאני תקועה בתבנית חשיבה מסוימת, שבה נראה לי שמטפלת צריכה להיות מושלמת ותמיד לאהוב ולרצות לטפל בכל מטופל. הבנתי שבטיפול אין מושלמות, טיפול הוא שיקוף לחיים של המטופל, והשלמות היא לאפשר בטיפול לפתור קשיים שמתרחשים בחייו.

4. הדילמה: מי אני - מרפא בעיסוק (מטפל) או כוח עזר?

הדילמה מתעוררת כשמרפאים בעיסוק מתבקשים לסייע למטופלים לאכול ולהתלבש או ללוותם לשירותים (כאשר אין זה חלק מן הטיפול). במקרים מסוג זה, המרפאים בעיסוק מרגישים כי מתייחסים אליהם כאל כוח עזר וכי הם אינם מוערכים כאנשי מקצוע. מצד אחר, התנהגות מרוחקת מצדם עשויה להתפרש כפגיעה אישית במטופל ולהשפיע על יעילות הטיפול בו.

אחד המטופלים שלי היה מגיע מרוחק לטיפולים [...] באחד הטיפולים הוא לאחר נסיעה ארוכה. הוא נכנס, כשהוא נאנח, וביקש: "תוכלי להכין לי קפה?" לא ידעתי כיצד להגיב. מצד אחד הבנתי את הצורך של המטופל להתרענן לאחר דרך ארוכה, ואת תחושתו כ"אורח" בקליניקה. מצד שני, אין זה מתפקדי להכין לו שתייה. הוא הרי לא היה מעז לבקש מרופא להכין לו קפה.

תובנות מן הדיון בדילמה לגבי חשיבותו של הריפוי בעיסוק. הדיון בדילמה זו הביא לתובנה שהשאלה היא לא - אם להכין קפה למטופל או לא, אלא מאיזה "מקום" נעשית הבחירה אם לעשות (או לא לעשות) לו קפה? אפשר להכין קפה מתוך עמדה טיפולית, בלי שהסמכות המקצועית נפגעת, ואפשר להכין קפה מעמדה של כוח עזר, ולהרגיש מוקטן וחסר ערך כמטפל. מצד שני, אפשר גם

נרתעתי מן הריח הלא נעים שהדיף המטופל (כתוצאה מן ההפרשות מאיבוד שליטה על צרכיו), ממראהו הכללי ומהריור הבלתי פוסק מפיו אל בגדיו, אל ידיו ואל שולחן הטיפולים. היה לי ממש קשה לטפל בו וקל וחומר להתחבר ולהיקשר אליו. מחד, נטייתי להימנע מן הטיפול בו. חששתי שאם אטפל בו, אמשך לחוש רתיעה, מה שעלול לפגוע במטופל ולפגום ביעילות הטיפול שלי בו. מאידך, ראיתי בכך הזדמנות לעבוד על עצמי ולהתמודד עם הרגישות שלי לריחות [...], מבלי שזו תעכב אותי מלטפל במטופל באופן הטוב ביותר מבחינה מקצועית ואנושית.

תובנות מן הדיון בדילמה לגבי ההתמודדות

עם דחייה ורתיעה מריחות וממראה פיזי לא נעימים.

הדיון בדילמה סייע בהבנת האחריות של המטפל כלפי המטופל - לא רק בעצם הטיפול המקצועי, אלא גם בזהירות מלגרום לו להיפגע מבחינה רגשית.

האמנתי שזה מובן מאליו שיש לטפל בכל אדם בכל מצב שהוא למרות הקושי [...] אך במהלך הדיון [...] חשבתי עלי כלקוחה. לא הייתי רוצה להרגיש חוסר נוחות מצד איש צוות רפואי והדבר היה פוגע בי מאוד. הגעתי למסקנה שאמנם חובת כל מטפל לעשות מאמץ רב להתמודד עם הקושי, אך יש לעשות זאת בהדרגה, ובלבד שהמטופל לא ייפגע מכך.

ואלם, יותר מאשר הדאגה למטופל, הסטודנטיות קיבלו לגיטימציה לתחושות האלה, מה שהביא לתחושה של הקלה גדולה, שתחושות הרתיעה אינן מעידות על חוסר מקצועיות.

מול הילד ובכך להביאו לתפקוד מקסימלי בטיפול, כאשר שוחחתי עם האם וביקשתי ממנה שלא להצטרף לטיפולים, היא כעסה וציינה כי אם לא אאפשר לה להיכנס לטיפול היא לא תביא את הילד לטיפולים, משום שהיא אמו והיא רק עוזרת. נשארתי חסרת אונים ולא ידעתי כיצד עלי לנהוג עם האם.

דילמה זו מתעוררת גם כאשר בני המשפחה מגוננים על המטופל באופן מוגזם:

ילדיה של המטופלת (בת 60) [...] הגיעו לבקרה וביצעו את כל מה שהיא ביקשה מהם גם אם הדבר היה עלול לפגוע בתפקודה (למשל, הסיעו אותה בכיסא גלגלים, החזירו אותה למיטה מיד כשביקשה, והצדיקו את כל טענותיה גם במקרים שלא היה נכון לעשות זאת). לפי דבריה של המטופלת, מאז שבעלה נפטר ילדיה שומרים עליה [...]. לעניות דעתי, ילדיה גוננו עליה יתר על המידה ו"נכנעו" לדיכאונה. התלבטתי האם להעיר למשפחה? מצד אחד, התנהלות ילדיה פוגעת בעצמאותה ובישפור במצבה, אך מצד שני ייתכן ואין זה מתפקידי להתערב במערכת היחסים המשפחתית. ילדיה מבוגרים אף ממני, ויטלים להחליט בעצמם כיצד להתייחס לאמם. בנוסף, סביר להניח כי יחסם כלפי אמם נובע מאהבה ורצון לגונן עליה, וייתכן שביקורת של אדם חיצוני עלולה לפגוע בהם.

תובנות מן הדיון בדילמה לגבי מעורבות של

בני המשפחה בטיפול. הדיון בדילמה הבהיר כי לעתים מה שמתפרש כהפרעה לטיפול נובע מן הצורך של בני המשפחה לגונן על המטופל ולהרגיש משמעותיים בעבורו, או לחלופין מאי-הפנמה של השינוי במצבו של המטופל. בנוסף, הדיון בדילמה הביא להבנה שבני המשפחה הם חלק מ"יחידת הטיפול". כלומר, המשפחה היא חלק מן המטופל. היא נוכחת בחייו של המטופל גם מחוץ לטיפול, והיא חלק משמעותי בתהליך ההחלמה שלו. במובן

לסרב להכין קפה ולהיתפס על ידי המטופל כלא אמפטי כמטופל, וגם אז המקצועיות תיפגע. במילים אחרות, התובנה מן הדיון בדילמה היא ששאלת הזהות של המטופל ("מי אני?") היא שתקבע את ההתנהגות שלו, כלומר, שההוויה (ה-"being") של המטופלת מכתיבה את העשייה (ה-"doing") שלו.

הבנתי שהתגובה שלי נובעת מרמת הביטחון המקצועית שלי. הגעתי למסקנה כי משום שמקצוע זה אינו בעל הכרה מספקת בעולם הרב מקצועי, גם אצלנו הוא מערער את הביטחון המקצועי ולא מאפשר לנו להתייחס לעצמנו כאנשי מקצוע. כאשר אני בטוחה במקום שלי, וידעת "מה אני עושה פה", זה משפיע על כל ההתנהלות שלי, ואף מקרין סביבי [...]. כזה גם יהיה היחס של המקום ושל המטופלים כלפי.

יחסים עם משפחת המטופל

5. הדילמה: לערב או לא לערב את בני המשפחה בטיפול?

מרפאות בעיסוק בתחילת דרכן מביעות את חשיבות שיתוף הפעולה עם בני משפחתו של המטופל (ההורים, בני הזוג או ילדים בוגרים), אך מתקשות להכיל את מעורבותם ואת התערבותם בטיפול עצמו. הן רוצות לשמור על האוטונומיה שלהן בטיפול, ומתלבטות באיזו מידה כדאי לערב את בני המשפחה, וכיצד למנוע מהם להפריע למהלך הטיפול (למשל, כשהם משיבים במקום המטופל או מבצעים במקומו את המשימות כשהוא מתקשה, מגנים על המטופל ומגיבים מבחינה רגשית לסיטואציות טיפוליות, ואף "מדריכים" את המרפאה בעיסוק)?

חשתי מאוד מותסכלת מההתערבות הבלתי מוסקת של האם - גם כי רצף הטיפול נקטע והבן התקשה לשמור על הריכוז, וגם כי האם מנעה ממני את האפשרות לגבש עמדות שונות

ואולם, הם מתקשים לעתים להבחין בין תחומי הטיפול השונים ולמצוא את הייחודיות והערך המוסף של הריפוי בעיסוק. הגבולות של המקצוע אינם ברורים ויש חפיפה בין התחומים השונים, מה שיצר בלבול הן אצל המרפאים והן אצל המטופלים.

בהכשרה המעשית צפיתי בטיפול בנער בן 16 שסבל מפגיעת ראש לאחר תאונת דרכים. הטיפול בו דרש שיתוף פעולה של מרפאה בעיסוק ופיזיותרפיסטית, והוחלט על טיפול שכלל הליכה לקניות בסופרמרקט. מבחינת הפיזיותרפיה - המטרה הייתה לשפר את יכולת ההליכה, ומבחינת הריפוי בעיסוק - לשפר את היכולת הקוגניטיבית. אולם, בזמן ההליכה שתי המטפלות העירו על צורת הליכה, מיקום היד או תשומת לב למכשולים בדרך. הגבולות בין שני התחומים טושטשו, ועלתה בי השאלה כיצד משתפים פעולה מבלי להיכנס לטריטוריה אחת של השנייה?

מרפאים בעיסוק מתפתים לעתים להיות משמעותיים בעבור המטופלים ומנסים לספק טיפול "הוליסטי" בתחומים שונים, במקום להפנות אותם לאנשי מקצוע מתחומים טיפוליים אחרים:

למכון התפתחות הילד הגיע מטופל בן 11, עם קושי בכתיבה, וכן קושי רגשי-חברתי שפוגע בתפקודו בכיתה. הקושי הרגשי לא נראה גדול, ויש לי ניסיון עם ילדים עם בעיות רגשיות. התלבטתי האם לנסות ולעזור לו גם בתחום הרגשי-חברתי או להציע לאם לשלוח את הילד גם לפסיכולוג.

לעתים, המרפאות בעיסוק מתוסכלות מכך שהן נאלצות לבצע עבודה של אנשי מקצוע מתחומים טיפוליים אחרים, כדי לקדם את הטיפול שבתחום התמחותם:

אחת המטפלות הייתה בתהליך מעבר מבית אחותה להוסטל. מצאתי את עצמי משוחחת

זה, בני המשפחה אינם "אויבים" שיש להביס, אלא שותפים שיש להדריך אותם ולרתום אותם להצלחת הריפוי של המטופל. אך יותר מכול, הדיון הבהיר שלבני המשפחה אין הידע המקצועי שיש למרפאה בעיסוק, ותובנות אלו חיזקו את הביטחון המקצועי של הסטודנטיות.

הבנתי שעל מנת לנהל טיפול יעיל [...] עלי להבין ראשית אילו תחושות מביאים את בני המשפחה "לסייע" כביכול למטופל. ייתכן שחלקם עושים זאת מתוך הבנה שזאת הדרך היחידה לעזור לו, ואינם מודעים לדרכים אחרות. מצד שני, ייתכן שאחרים מתקשים רגשית להכיר בעובדה שיקירם סובל מקושי תפקודי כזה או אחר ותחושה זו גוברת בעת שהייתם עימו בזמן הטיפול. לקחתי מכאן שתפקידי כמטפלת להסביר למטופלים ולבני המשפחה את מהות הטיפול ואת החשיבות הרבה שיש להשפעת הטיפול והצלחתו על המטופל ללא סיוע מצד קרוביו. גם הבנתי, שצריך לתת ללקוח ולמשפחתו זמן לעכל ולהבין את השינוי במצב.

וסטודנטית אחרת כתבה:

היו סטודנטיות שלא הבינו למה בן המשפחה מפריע לתהליך הטיפול וחסבו להוציאו ממסגרת ההתערבות. ההבנה שלא כל המטפלים אמפתיים וסבלניים, הדגישה את נקודות החוזק הייחודיות שלי כמטפלת והגבירו את האמונה שלי ביכולת שלי להיות מרפאה בעיסוק טובה.

מערכות יחסים עם מטפלים מתחומים טיפוליים אחרים

6. הדילמה: שיתוף פעולה או התבדלות?

התהליך הטיפולי מצריך שיתוף פעולה בין מרפאים מתחומים שונים (למשל, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, פיזיותרפיסטים וקלינאי תקשורת).

שהפתרון נעוץ במידת הענווה של המטפל, כלומר ביכולת וברצון שלו להעריך את עצמו עם היכולות והחולשות שלו ולדעת את מקומו הייחודי במערכת הטיפולית. מטפל טוב הוא מטפל שמסוגל להודות בסמכויות המוגבלות שלו ובכך שאינו יודע הכול ולכן לעתים עליו להתייעץ או להפנות את המטופל למטפל אחר. בכך הוא גם שומר על הייחודיות שלו ומספק למטופל את מה שאחרים לא יוכלו לתת.

תרומת הרפלקציה הקבוצתית לפיתוח הזהות המקצועית

הרפלקציה שנכתבה על פיתוח הזהות המקצועית לאורך מפגשי הקורס כולו העלתה מספר תובנות מרכזיות. התובנה הראשונה הייתה שכל אנשי המקצוע חווים דילמות דומות, וכי הדילמות הן חלק בלתי נפרד של להיות איש מקצוע.

הבנתי [...] שכולנו נמצאים באותה סירה: לא מספיק בטוחות בעצמנו, מנסות למצוא פתרונות לדילמות.

ההבנה שגם אחרים מתמודדים עם קשיים דומים מקלה על ההרגשה ומסייעת בהתמודדות כן ש"צרת רבים חצי נחמה". ההבנה הזאת מעודדת אותי להעזר לשתף בקשיים שלי ולהתייעץ, ולא לטאטא מתחת לשיטח ולהציג כאילו הכול בסדר.

התובנה השנייה הייתה שאין דרך אחת מוחלטת, שרק היא הנכונה להסתכל על מצבים, אלא שיש דעות וכיווני חשיבה רבים, שאפשר להביא אותם בחשבון. הרפלקציה אפשרה הפריה הדדית של פרספקטיבות ונקודות מבט שונות.

כבני אדם ובפרט כמטפלים, יש לנו נטייה להיות כשופטים ולמהר לקבל החלטות. לי באופן אישי יש נטייה לעתים לראות את הדברים בצורה של "שחור או לבן", ואני רואה בכך חיסרון. הלמידה

עמה רבות על החרדות שלה ועל חשיבות המעבר הזה, מה שהיה התפקיד של העובדת הסוציאלית. הרגשתי שאני לא ממצה את הפוטנציאל שלי כמרפאה בעיסוק (לסייע לה לצאת לעבוד בקהילה). ברור לי ששיחה זו הייתה חשובה, אך הרגשתי שאת רוב הזמן "בזבזתי" על שיחות כאלו.

דילמה נוספת מעלה את השאלה לגבי החשיבות של התמחות בכל תחום: האם בצוותים טיפוליים רב-מקצועיים - כולם עושים הכול או שיש חשיבות להתמחות של כל מטפל?

במעון השיקומי, המטפלות ביצעו טיפול הוליסטי, ובו שולבו מספר מטרות טיפוליות (מתחומים שונים) בו-זמנית, בידי אחד המטפלים. בעיניי היה זה בבחינת "תפסת מרובה - לא תפסת". במקום לקבל 40 דקות טיפול פיזיותרפיה לקידום הליכתה ויציבותה של ילדה עם עיכוב התפתחותי, ניסתה הפיזיותרפיסטית להשיג גם מטרות של ריפוי בעיסוק ועיכבה את התהליך. וכן להיפך, בזמן טיפול ריפוי בעיסוק, עסקו בהתאמת כיסאות ישיבה, בייצוב ובהולכת המטופלת בעצמה לחדר הטיפולים, כדי לתרגל הליכה (גדרשות 10 דק' להולכה - רבע טיפול). ואני תהיתי מדוע שהמטופלים לא יקבלו כל טיפול מבעל מקור הידע המוסמך?

תובנות מן הדיון בדילמה לגבי שיתוף פעולה עם מטפלים מתחומים אחרים. הדיון בדילמה הזאת חידד את ההבנה שהדילמה עוסקת בעצם במציאת הייחודיות והערך המוסף של הריפוי בעיסוק. כיצד אפשר לשתף פעולה מתוך הבנת היתרון היחסי של הריפוי בעיסוק על פני שאר המקצועות הטיפוליים.

הבנתי שמטפל אינו "כל יכול". הוא אינו מסוגל לטפל בכל הבעיות. הגעתי למסקנה

אני לא יודעת מה תרם לזה יותר: האם השיח על הדילמות השונות ומתוך בירור וליבון הנשא התגבשה איזו עמדה בנדון, ובאיסוף כמה כאלה הוספתי נדבך אישי ויציב יותר באישיות המקצועית שלי, או, שמא, עצם השיתוף החברי בקבוצה והעלאת הלבטים והחששות של כל אחת, זה מה שיצר את התרומה ההדדית מאחת לשניה שקידמה בי את התהליך האישי המדובר (ואולי השילוב של הכול יחד...).

מעל הכול, התרומה העיקרית שהניבה הרפלקציה הקבוצתית על הדילמות, באה לידי ביטוי בציטוט הזה מפי אחת הסטודנטיות:

זה היה מעין מסע של גילוי עצמי, קבלה עצמית והתכווננות. הבנתי כי זהו בעצם המפתח למתן טיפול טוב יותר למטופלים. זה היה בבחינת הבנה של הצרכים של אחרים והבנה של מי אני כמרפאה בעיסוק (הדגשים אינם במקור).

דיון

פיתוח שיטות למידה המסייעות לסטודנטים להבנות את הזהות המקצועית שלהם הוא משימה מאתגרת שטומנת בחובה השלכות חשובות על הכשרתם של אנשי המקצוע (Monrouxe, 2010). מוצגת כאן שיטת למידה של רפלקציה קבוצתית. השיטה מבוססת על התפיסה שהתמודדות עם קונפליקטים ודילמות היא הזדמנות להתפתחות ולצמיחה, ולפיכך משמשת כאמצעי לפיתוח הזהות המקצועית של הלומדים.

זהות מקצועית מתגבשת דרך מערכות יחסים עם "אחרים" (Adams et al., 2006; Bleakley & Bligh, 2008). לכן, הדילמות המתוארות במאמר זה לא עסקו בכישורים טכניים, אלא בדילמות בין-אישיות עם שותפי תפקיד. שותפי התפקיד משמשים מעין מראה להבניית זהותו

דרך העלאת צדדים לכל דילמה אפשרה לי לנסות לראות תמונה רחבה יותר ומתוכה האפשרות לקבל החלטה טובה יותר.

יותר מכול, הדיון באפשרויות שונות הן לפרשנות והן לפעולה פתח לסטודנטיות מרחב בחירה גדול יותר. הייתה הבנה שבמסגרת כללי האתיקה המקצועית, כל אחת יכולה לבחור את הדרך שמתאימה לה. במהלך המפגשים לעתים הן הכירו דרכים חדשות, ולעתים חיזקו את הבחירה הקודמת שלהן בדרך שבה נקטו.

הרגשתי שהמטרה של הקורס אינה במציאת פתרונות קולקטיביים וקבלת תשובות ברורות, אלא זהו קורס מאפשר, קורס שנותן לגיטימציה גם לדילמות ולרגשות שאינם ראויים, כביכול, לבעל מקצוע טיפולי.

למדתי שיש דרכים שונות ולגיטימיות להתמודד עם המורכבויות שעולות בטיפול באנשים, ושאינה יכולה למצוא דרך שתתאים לי ולערכים שלי.

לעתים הדיון שהיה חיזק בי את הדרך שבה נהגתי ונתן לי גיבוי לנהוג כך גם בעתיד.

התובנה השלישית נבעה למעשה מן השתיים הקודמות. העבודה המשותפת ברפלקציה הקבוצתית מעלה את החוללות העצמית של הסטודנטיות, מכיוון שהן מבינות שדילמות הן חלק אינהרנטי ומשמעותי בהתפתחות המקצועית שלהן, וכי חשיפה אליהן אינה תוצאה של הכישלון האישי שלהן.

כשאני נזכרת באופן דיבורי במפגש הראשון, הרגשתי הרבה פחות נינוחה ובטוחה במעמד שלי כאישיות טיפולית: פוחדת להתנסות, חוששת מלאכזב את עצמי ואת הסביבה ובעיקר לא בטוחה בידע שרכשתי כמספק ליציאה לשטח. ממפגש למפגש ביססתי את האמונה העצמית שלי ביכולותיי ובידיעותיי.

השאלה איננה רק שאלה של "עשייה": להחליף או לא להחליף? אלא שאלה של "הוויה": האם אני סטודנטית, שיכולה להשאיר למדריכה את ביצוע המשימה, או מרפאה, שאחראית על רווחת המטופל ואמורה להתגבר על תחושת הגועל?

לפיכך, הלמידה בקורס נעשתה דרך רפלקציה קבוצתית על דילמות בין-אישיות, שהתבססו על חוויות אישיות של הסטודנטיות וכוונן ל"הוויה" של המטפל. בסוף הקורס כתבו הסטודנטיות רפלקציה אישית על התהליך שעברו בקורס כולו. הטקסטים שלהם העלו תובנות אישיות שסייעו להבניית הזהות המקצועית שלהן.

ראשית, דרך הרפלקציה הקבוצתית, הסטודנטיות הבינו כי הדילמות שלהן הן שכיחות בקרב אנשי מקצוע טיפוליים, וכי הן אף לגיטימיות. תובנה כזו מפחיתה את תחושות התסכול, האשמה ואפילו הכישלון שחשים לעתים הסטודנטים בדרך שהם עוברים להיות מטפלים. המעבר הזה מאופיין ברמות גבוהות של ביקורת עצמית, פחד מעשיית טעויות וחשש כי היעדר ביטחון עצמי ישפיע לרעה על יחסי מטפל-מטופל (Lee & Mackenzie, 2003). לכן, יצירת התחושה שאינם מתמודדים לבד עם אותן דילמות יוצרת סביבה בטוחה שמאפשרת להם לשתף את עמיתיהם בקשיים שלהם ולהיוועץ עמם. תחושת הביטחון לתת אמון באחרים, לקבל אמון מאחרים, וכן לקבל משוב ביקורתי ואמיתי, מקולגות, הם תנאים חשובים ללמידת עמיתים, שמקדמת צמיחה והתפתחות, בייחוד בשלבים הראשונים של ההכשרה (Lincoln & McAllister, 1993; Yoon & Kim, 2010).

שנית, ההבנה שההתמודדות עם דילמות היא חלק אינטגרלי מזהות המטפל כאיש מקצוע, חיזקה גם את תחושת השייכות של הסטודנטיות, לא רק לקבוצת העמיתים שלהן, אלא גם לקהילה המקצועית של הריפוי בעיסוק. ההבנה הזו הפיגה חששות,

של המטפל דרך ההשוואה ל"אחר" (Bleakley & Bligh, 2008). למשל, בהצבת גבולות ביחסים עם המטופלים, המרפאים בעיסוק מגדירים את עצמם כמטפלים מקצועיים, לא כחברים ולא כקולגות. אל מול המטופל ה"אחר" שאינו איש מקצוע, יכולים הסטודנטים לראות מה שונה או חסר בעולמם שלהם, ובאופן פרדוקסלי, דווקא במרחב הזה מתאפשרת הבניית הזהות המקצועית (Bleakley & Bligh, 2008).

זהות מקצועית אינה יכולה להתפתח דרך מידע קוגניטיבי בלבד, אלא דרך התנסות ולמידה מעשית (Trede et al., 2012). לכן, הדילמות במחקר זה לקוחות מתוך החוויות האישיות של הסטודנטים ולא מתוך מקרים תיאורטיים או היפותטיים. התבססות הלמידה על התנסויות מעשיות מקדמת למידה אקטיבית ואוריינטציה של "התלמיד במרכז" ('student-centered') (Wright, 2011). היא מסייעת לסטודנטים להתחבר לדילמות באופן אישי ולא להתכחש להן (כמנגנון הגנה), בטענה כי מדובר במצבים היפותטיים או לא מציאותיים. תכלית נוספת של השימוש בחוויות אישיות היא לסייע לסטודנטים לעבד אותן, תוך שמירה על הפרספקטיבה התיאורטית (Tryssenaar & Perkins, 2001), ולגשר על ידי כך על הפער שהם חשים, פעמים רבות, בין הלימודים האקדמיים ובין ההכשרה המעשית (Toal-Sullivan, 2006).

האבחנה בין "עשייה" ל"הוויה" מבוססת על הנחת היסוד, ולפיה ההחלטה לנקוט פעולה כלשהי תלויה בתפיסת המטפל לגבי מי הוא (Watson, 2006). כלומר, בזהותו המקצועית. לכן, הדילמות כוונן ל"הוויה" (being) של איש המקצוע ולא לעצם ה"עשייה" שלו (כלומר, כיצד יש לפעול במצבים של קונפליקט). למשל, הדוגמה של האירוע שבו הסטודנטית חוותה סלידה מהחלפת הריפוד המלוכלך של סד הקיבוע ממחשה, כי

את ההתנגדות. דוגמה נוספת היא, שבאמצעות תהליך הסופרוויז'ן הקבוצתי, הסטודנטיות הצליחו לראות את התנהגות בני המשפחה לא כמטרד, אלא כתוצאה של היעדר ידע או אי קבלה של המצב הרפואי החדש של המטופל. הבנה זו סייעה להתפתחות הזהות המקצועית של הסטודנטים, משום שהם יכלו לראות את עצמם כמטפלים, שיכולים להשתמש בידע המקצועי שלהם ולרתום למשימה את בני משפחתו של המטופל, לשם קידום מטרת העל של רווחת המטופל.

לסיכום, המתודולוגיה של רפלקציה קבוצתית על דילמות מסייעת בהעלאת הביטחון המקצועי של הסטודנטים, בחיזוק תחושת השייכות שלהם לקהילה המקצועית של המרפאים בעיסוק ובשיפור יכולת החשיבה לפתרון בעיות וקבלת החלטות בתחום. יתרונות אלה חשובים הן לפיתוח הזהות המקצועית של מרפאים בעיסוק, והן של אנשי מקצוע בתחומים טיפוליים אחרים. משום כך, עיצוב הקורס המתואר כאן יכול להיות מיושם גם במקצועות טיפוליים נוספים, כגון: עבודה סוציאלית, פיזיותרפיה, פסיכולוגיה, הוראה ורפואה.

מקורות

- Adams, K., Hean, S., Sturgis, P., & Clark, J. M. (2006). Investigating the factors influencing professional identity of first-year health and social care students. *Learning in Health and Social Care*, 5(2), 55-68.
- Althouse, L. A., Stritter, F. T., & Steiner, B. D. (1999). Attitudes and approaches of influential role models in clinical education. *Advances in Health Sciences Education*, 4(2), 111-122.

העלתה את הביטחון, ועשתה אותן לתומכות נלהבות יותר של המקצוע (Ikiugu & Rosso, 2003), תחושה שחיוקה את זהותן המקצועית כמרפאות בעיסוק.

שלישית, הדיון בפרספקטיבות, פרשנויות ומהלכי פעולה שונים, אפשר לסטודנטיות לראות סיטואציות באופן רחב ומורכב יותר מאשר תמונה דו מימדית של "שחור או לבן". ואולם, החוויה המעצבת היותר משמעותית היא ההבנה שכאנשי מקצוע הן יכולות לבחור את הדרך האישית שלהן מתוך מגוון האפשרויות שנפרסו בפניהן. מאחר שאין מתכון לעשייה נכונה, ה"חוויה" של המטפל היא זו שמכתיבה את הפעולה שהוא בוחר (Watson, 2006). משום כך, מציאת הדרך המתאימה מחייבת תהליך של חקירה עצמית וגילוי עצמי. תובנה זו עולה בקנה אחד עם מחקרים אחרים, שמצאו שזהות מגובשת (achieved identity) מתפתחת באמצעות מורטוריום של למידה וחקירה אינטנסיביים שעשויים לרכך את תהליך ההתפתחות המקצועית (Marcia, 1966; Erikson, 1970; Trede, Macklin, & Bridges, 2001; Tryssenaar & Perkins, 2012).

נושא נוסף שעולה מתוך המאמר הוא המקום של הדרכה והנחיה (סופרוויז'ן) כיסודות חשובים של למידה דרך רפלקציה (Mann, Gordon, & MacLeod, 2009). הסופרוויז'ן הקבוצתי מוכר כמודל אינטראקטיבי, שלא זו בלבד שהוא מנחיל ידע, אלא אף מסייע לסטודנטים לעבד חוויות חיוביות ושליליות בקליניקה, ולתעל אותן ללמידה ולצמיחה (Watson, 1993). הוא מציע הכוונה, זיכוכ של החוויות ומתן פרספקטיבה שונה. למשל, באמצעות תהליך הסופרוויז'ן, הסטודנטיות הצליחו לראות כיצד התנגדות המטופל משקפת את הקושי שלו, וכי תחושת האיום ומאבק הכוחות שחווה המטופל היא תוצאה של הפרשנות של המטפל, והיא שמוינה

- youth. *International Journal of Psychoanalysis*, 51, 11-22.
- Feen-Calligan, H. R. (2005). Constructing professional identity in art therapy through service-learning and practica. *Art Therapy*, 22(3), 122-131.
- Hodgetts, S, Hollis V., Triska O., Dennis S., Madill H., & Taylor E. (2007). Occupational therapy students' and graduates' satisfaction with professional education and preparedness for practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(3), 148-60.
- Ibarra, H. (1999). Provisional selves: Experimenting with image and identity in professional adaptation. *Administrative Science Quarterly*, 44, 764-791.
- Ikiugu, M. N., & Rosso, H. M (2003). Facilitating professional identity in occupational therapy students. *Occupational Therapy International*, 10, 206-225.
- Josselson, R. (2007). Narrative research and the challenge of accumulating knowledge. In M. Bamberg (Ed.) *Narrative: State of the art*, (pp. 7-15). Amsterdam: John Benjamins.
- Lampert, M. (1985). How do teachers manage to teach? Perspectives on problems in practice. *Harvard Educational Review*, 55, 178-194.
- Lee, S., & Mackenzie, L. (2003). Starting out in rural New South Wales: Bleakley, A., & Bligh, J. (2008). Students learning from patients: Let's get real in medical education. *Advances in Health Sciences Education*, 13(1), 89-107.
- Bruss, K. V., & Kopala, M. (1993). Graduate school training in psychology: Its impact upon the development of professional identity. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(4), 685.
- Connelly, F. M., & Clandinin, D. J. (1990). Stories of experience and narrative inquiry. *Educational Researcher*, 19(5), 2-14.
- Coper, C., & Boyd, J. (1998). Creating sustained professional growth through collaborative reflection. In C. M. Brody, & N. Davidson (Eds.), *Professional development for cooperative learning issues and approaches* (pp. 49-62). Albany, NY: State University of New York Press.
- Cuban, L. (2001). *How can I fix it? Finding solutions and managing dilemmas: An educator's road map*. New York: Teachers College Press, Columbia University.
- Dvir, N., & Avissar, I. (2014). Constructing a critical professional identity among teacher candidates during service-learning. *Professional Development in Education*, 40(3), 398-415.
- Erikson, E. H. (1970). Reflections on the dissent of contemporary

- Pratt, M. G., Rockmann, K. W., & Kaufmann, J. B. (2006). Constructing professional identity: The role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents. *Academy of Management Journal*, 49(2), 235-262.
- Schatz-Oppenheimer, O., & Dvir, N. (2014). From ugly duckling to swan: Stories of novice teachers. *Teaching and Teacher Education*, 37, 140-149.
- Toal-Sullivan, D. (2006). New graduates' experiences of learning to practice occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(11), 513-524.
- Trede, F., Macklin, R., & Bridges, D. (2012). Professional identity development: A review of the higher education literature. *Studies in Higher Education*, 37(3), 365-384.
- Tryssenaar, J., & Perkins, J. (2001). From student to therapist: Exploring the first year of practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(1), 19-27.
- Volkman, M. J., & Anderson, M. A. (1998). Creating professional identity: Dilemmas and metaphors of a first-year chemistry teacher. *Science Education*, 82(3), 293-310.
- Watson, M. F. (1993). Supervising the person of the therapist: Issues, challenges and dilemmas. *Contemporary Family Therapy*, 15(1), 21-31.
- The experiences of new graduate occupational therapists. *Australian Journal of Rural Health*, 11, 36-43.
- Lincoln, M. A., & McAllister, L. L. (1993). Peer learning in clinical education. *Medical Teacher*, 15(1), 17-26.
- Mackey, H. (2007). 'Do not ask me to remain the same': Foucault and the professional identities of occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54, 95-102.
- Mann, K., Gordon, J., & MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: A systematic review. *Advances in Health Sciences Education*, 14(4), 595-621.
- Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 551-558.
- Mitchell, R., Parker V., Giles M., & White, N. (2010). Toward realizing the potential of diversity in composition of inter-professional health care teams: An examination of the cognitive and psychosocial dynamics of inter-professional collaboration. *Medical Care Research and Review*, 67(1), 3-26.
- Monrouxe, L. V. (2010). Identity, identification and medical education: Why should we care? *Medical Education*, 44(1), 40-49.

Watson, R. M. (2006). Being before doing: The cultural identity (essence) of occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53, 151–158.

Wright, G. B. (2011). Student-centered learning in higher education. *International Journal of Teaching and Learning in Higher Education*, 23(1), 92-97.

Yoon, H. G., & Kim, M. (2010). Collaborative reflection through dilemma cases of science practical work during practicum. *International Journal of Science Education*, 32(3), 283-301.

הצטרפות לעמותה - זו ההזדמנות שלך להיות שותף בקידום מקצוע הריפוי בעיסוק בישראל!

יתרונות נוספים של חברות בעמותה:

- ← כתב עת מדעי - 3 גיליונות בשנה
- ← צפייה בגיליונות הישנים באתר העמותה
- ← הנחה בימי עיון, כנסים והשתלמויות של העמותה ושל ארגונים אחרים
- ← פרסום חינמי במדור קליניקות ומטפלים
- ← הנחה בפרסומים במידעון ובאתר

נאשבת ההרשמה *אזלמותר* *אשנת* 2017
www.isot.org.il