
חוויות וציפיות אימהות באשר למעורבותן בטיפול בילדם/תם

ד"ר צמרת ריקון, עפרה אלטרס, ד"ר דליה זק"ש

Corresponding Author - **צמרת ריקון**, OT, PhD, אוניברסיטת חיפה, הפקולטה למדעי
הרווחה והבריאות, החוג לריפוי בעיסוק, tsricon@gmail.com

עפרה אלטרס, OTR, MA, אוניברסיטת חיפה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, החוג
לריפוי בעיסוק, ofraaltaras@gmail.com

דליה זק"ש, OTR, PhD, אוניברסיטת חיפה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, החוג
לריפוי בעיסוק, dalia.sachs@gmail.com

מאמר על בסיס עבודת גמר מחקרית (תיזה) אשר הוגשה כמילוי חלק מהדרישות לקבלת
התואר מוסמך.

מילות מפתח: מחקר איכותני, מעורבות הורים בטיפול, מודל המשפחה במרכז

תקציר

רקע: מעורבות הילד/ה וההורים בכל שלבי ההתערבות הטיפולית נמצאו תורמים ליעילות הטיפול, להשגת המטרות ולשביעות רצון של כל המעורבים בתהליך. עם זאת, מחקרים מצאו כי יש פער בין הבנת המטפלים את חשיבות העבודה על פי עקרונות הגישה לבין אופן יישומה בפועל עם הילד/ה והמשפחה. **מטרת המחקר:** מטרת מחקר זה הייתה ללמוד על ציפיות ההורים ועל חוויותיהם באשר למעורבותם בטיפול בילד/תם. **שיטה:** המחקר נערך בגישה האיכותנית פנומנולוגית. המדגם כלל אימהות לילדים בעלי קשיים התפתחותיים, המטופלים בקליניקות פרטיות לריפוי בעיסוק במרכז הארץ ומהן נדגמו 10 אימהות שרואיינו ראיון עומק חצי מובנה. נערך ניתוח תוכן של הראיונות. **תוצאות:** בניתוח זוהו שלוש תמות מרכזיות: א. "המרפאה בעיסוק המדהימה" - אימהות ציינו את דמות המטפלת הרגישה, המכילה והזמינה, בעלת ההתייחסות הכוללנית לתפקודו הרחב של הילד; ב. אי בהירות בהגדרות - הגדרות המקצוע, מטרות הטיפול בריפוי בעיסוק וכן הגדרת תפקידי ההורה והמטפלת/ת בשותפות ו-ג. "בין הקליניקה לבית" - האימהות התייחסו להעברה בין הנעשה בתוך חדר הטיפולים לבית וכן להשלכות של ההתערבות על חיי המשפחה. **מסקנות והשלכות המחקר:** מן המחקר עולה כי האימהות חוות את הטיפול בילדם/תן כטיפול רגיש ומתייחס לצורכי המשפחה כולה. הן מציינות את חשיבות ההתייחסות לילד בכל סביבות חייו (ובכלל זה הבית והמסגרת החינוכית) ואת זמינותה של המרפאה בעיסוק כנקודות חוזק משמעותיות. כמו כן, עולה עד כמה חשוב שמרפאות בעיסוק תגדרנה בהירות את מהות המקצוע ואת תפקיד האימהות בטיפול ממוקד משפחה.

מבוא וסקירת ספרות

משנות ה-80 של המאה ה-20, גישת הלקוח במרכז התקבלה כמרכזית בריפוי בעיסוק (Rodger & Keen, 2010) ובמקצועות בריאות וחינוך רבים. המעבר מגישה ממוקדת לקוח (ילד) לגישה ממוקדת משפחה צמח מתוך ההבנה כי התנהגות הילד/ה, ניסיון חייו ועיסוקיו, מעוצבים גם על ידי משפחתו ולהפך (Case-Smith, Jaffe, & Humphry, 2010). גישת הלקוח במרכז התרחבה, הלקוח הוא לא רק הילד/ה אלא המערכת המשפחתית הכוללת את הילד/ה ובני משפחתו (Dunst, Trivette, & Hamby, 2007; King, Teplicky, King, & Rosenbaum, 2004).

טיפול ממוקד משפחה מכוון לעבר רכישת כלים פשוטים ויעילים, המסייעים להורים בפתרון הקשיים עם ילדיהם, גם לאחר סיום הטיפול והוא מניח כי ההורים הם בעלי הידע הרב לבעיה ולילדם וכיצד נכון לעבוד ולסייע לו, וכי המשכיות בין העבודה בקליניקה ליישום בבית הילד הוא חיוני להשגת יעדי הטיפול. המחקר בתחום מראה כי תוצאות תכנית הטיפול בילד/ה מושפעות מטיב שיתוף הפעולה בין המטפל/ת למשפחה (Case-Smith et al., 2010). זאת ועוד, נמצא כי מעורבות ההורים בטיפול בילד/תם תורמת לשביעות רצונם מן הטיפול ולהשגת יעדי הטיפול (Brewer, Pollock, & Wright, 2014; Kolehmainen, Duncan & Francis, 2013). מתוך הכרה בחשיבותה, גישת המשפחה במרכז עוגנה במקומות שונים בעולם בחוק (Rosenbaum et al., 1998) ובארץ במסגרת חוק החינוך המיוחד. על פי חוק זה, התכנית החינוכית האישית של הילד/ה, תיבנה בשיתוף עם המשפחה והיא על המשפחה לאשר את התכנית לפני ביצועה (לוי, 2004).

ועם זאת, נמצא כי יש פער בין הבנת המטפלים את חשיבות העבודה על פי עקרונות הגישה של המשפחה במרכז לבין אופן יישומה בפועל עם הילד/ה והמשפחה (Hanna & Rodger, 2002).

כמו כן, מצויים מחקרים מעטים המתמקדים בנקודת מבטם של ההורים ובהבנתם את חשיבות מעורבותם בטיפול בריפוי בעיסוק. ייחודו של מחקר זה שהוא עושה שימוש בשיטה האיכותנית המאפשרת התייחסות מעמיקה לציפיות, לחוויות ולתפיסות ההורים הייחודיות, לגבי מעורבותם בטיפול בילדם על ידי מרפאה בעיסוק המתבצע בקליניקה פרטית.

גישת המשפחה במרכז - קשיים של מטפלים ביישום

הנחות היסוד המרכזיות העומדות בבסיס גישת המשפחה במרכז מתייחסות למשפחה כיעד ההתערבות, מכירות בשונות בין המשפחות ובין בני המשפחה ולכן מדגישות את הצורך בגמישות ובהתחשבות של המטפל/ת בתהליך המשותף של קביעת המטרות המשפחתיות. השילוב בין ידע המטפל/ת, לידע של ההורים על ילד/תם ולרצונות הילד/ה, מאפשר, בניית תכנית התערבות המושתתת על יכולותיו ועל קשייו של הילד/ה ומתאימה לצרכיו האינדיבידואליים, כחלק משיתוף הפעולה בין הגורמים השונים לכדי בניית תהליך ההתערבות (Fingerhut, 2013). יש בסיס מחקרי התומך ביצירת שיתוף פעולה בין המטפל/ת למשפחת הילד/ה ולהשפעת שיתוף פעולה זה על שביעות רצון ההורים מן הטיפול בריפוי בעיסוק ומהשגת יעדי הטיפול (Baker, Tricia, & Haines, 2012; Case-Smith et al., 2010).

על אף ההכרה בחשיבות יצירת שיתוף פעולה עם ההורים, והגברת מעורבותם, יש קשיים ביישום הגישה בעבודה הטיפולית הן בתחום הילדים בכלל והן בריפוי בעיסוק בפרט (Brewer et al., 2014; Hanna & Rodger, 2002; Hinojosa, 1990). נמצא כי על אף שהצוותים המעורבים במתן שירותים לילד/ה, שואפים לעבוד בהתאם לעקרונות הגישה, בפועל, הם

בהקשר למערכת היחסים ושיתוף הפעולה כפי שהם נחווים בעיני ההורים (Fingerhut, 2009):

1. יחס מכבד: הורים ציינו כי על מנת לשתף פעולה עם המטפל/ת, עליהם ליצור מערכת יחסים המבוססת על אמון וכבוד (Blue-Banning, Summers, Frankland, Nelson, & Beegle, 2004).

2. מידע: הורים חשים שאינם מקבלים די הצורך מידע כללי וכן מידע ספציפי לגבי הקושי של ילדם/תם (Fingerhut, 2009; Wilkins, Leonar, & Jacoby, 2010). הורים העריכו מטפלים/ות שידעו לספק מידע עדכני וחדשני וכאלה שלא חששו להודות שאינם יודעים, אך הראו נכונות לבדוק מידע חסר (Blue-Banning, 2004).

3. מחויבות: מדובר ברצון ההורים בהתייחסות אישית של המטפל/ת לצרכיהם. הורים ציינו לחיוב מטפלים/ות שהראו מחויבות לטיפול וראו בילדם/תם יותר מ"סתם מקרה", למשל, זכרו את יום ההולדת שלו (McIntosh, Runciman, 2008).

4. התחשבות בצרכים האינדיבידואליים של המשפחה בתכניות ההמשך: הורים ציינו כי הם מתקשים לעתים ליישם תכניות טיפול לבית, הניתנות להם על ידי המטפל/ת, בשל עומס משימות ובשל אי שיתוף פעולה של הילד/ה (Segal & Hinojosa, 2006). הם מעדיפים כי תרגול המיומנויות ישולב באופן טוב יותר במשימות היום-יומיות המרכזיות את שגרת היום העמוסה (Graham, Rodger, & Ziviani, 2010).

מטרת מחקר זה הייתה להבין את עמדות האימהות, שהילד/ה שלהם מטופל/ת בפרקטיקה הפרטית בריפוי בעיסוק, באשר למעורבותן בטיפול. כלומר לבחון את ציפיותיהן ואת מידת שביעות

אינם מצליחים לשתף את ההורים בתהליכי ההערכה, קביעת המטרות והערכת ההתקדמות של הילד/ה בטיפול (Hanna & Rodger, 2002) ממכמה סיבות:

1. מדיניות של ארגונים ומערכות בריאות וחינוך המבוססת על מודלים רפואיים. מדיניות זו אינה מקצה משאבים מספקים לפגישות עם הורים, לישיבות צוות ולביקורים בבית המטופל/לקוח (Duggan, 2005).

2. לעתים אין הסכמה בין ההורים והילד/ה לבין המטפל/ת באשר למטרות הטיפול והדרך להשגתן, מצב המוביל לדילמות אתיות בעשייה הטיפולית (Brewer et al., 2014; Oien, Fallang, & Østensjø, 2010).

3. נותני השירות והמשפחה, לא תמיד רואים עין בעין, את הדרכים ליצירת מעורבות הורים בטיפול.

מסקר שנערך בארה"ב (Hinojosa, Anderson, & Ranum, 1998) עלה כי מרבית המרפאות בעיסוק מכירות בחשיבות שיתוף הפעולה עם ההורים לשם השגת מטרות הטיפול בילדם. הן הגדירו את התקדמות הילד/ה בטיפול ואת קשיי ההורים בקבלת המגבלה של הילד/ה, כשני הנושאים המרכזיים המעסיקים את ההורים. ועם זאת, ציינו כי רק חלק קטן מן הזמן המוקצה לשיחה עם ההורים מתייחס לתחושות ההוריות. בדומה לארה"ב, מרפאות בעיסוק בארץ תיארו קושי לערב את ההורים בטיפול. כמו כן הן חשו כי אינן מקבלות די הכשרה לעבודה עם הורים (קגנוביץ, 2006).

עמדות הורים באשר למעורבות בטיפול

כמה מחקרים, באוסטרליה, בקנדה, בבריטניה ובארה"ב, בחנו את נקודת המבט ההורית באשר למעורבות בטיפול בילד/תם באמצעות שאלונים וראיונות. במחקרים אלה, עלו כמה עניינים מרכזיים

שיחות טלפון וכו').? 6. אם כן, כמה שעות בממוצע לשבוע?

מתוך אלה, נבחרו 5 קליניקות שגישתן תואמת את גישת "המשפחה במרכז". המרפאות בעיסוק העומדות בראשן התבקשו להציע לכלל ההורים שבטיפולן להשתתף במחקר.

מכלל ההורים שהסכימו להשתתף במחקר נבחרו 10 אימהות לראיון עומק חצי מובנה. הדגימה הייתה מכוונת וכללה אימהות שהשתתפו באופן פעיל בטיפול בילדם (על פי דיווח עצמי ודיווח המרפאה בעיסוק). לא נכללו אימהות שלהן או לילדן נמצאה אבחנה של לקות נוירולוגית/ אורטופדית/גנטית או אבחנה מורכבת אחרת.

כלי המחקר

1. לאיסוף הנתונים האיכותני נערכו ראיונות עומק חצי מובנים שכוונו על ידי מדריך ראיון. השאלות במדריך ראיון התייחסו: להרגשת השותפות של האימהות בטיפול; לתחומי השותפות; להרגשתן על היחס שקיבלו מן המרפאה בעיסוק; לקבלת מידע כללי וספציפי בתחילה ובמהלך הטיפול לגבי מטרות הטיפול, אסטרטגיות הטיפול ואתגרי הילד; למעורבותן בטיפול ושביעות רצוןן ממעורבותן זו. הראיון התנהל כשיחה והשאלות נשאלו בהתאם לצורך (שקדי, 2003). הוא נמשך כשעה עד שעה וחצי וכלל שאלות פתוחות ומכוונות כדוגמת:

1. האם במהלך הטיפול חשת כי אתה זוכה ליחס מכבד ולתמיכה לה אתה זקוק מן המטפל?
2. האם במהלך הטיפול חשת כי אתה זוכה להשמיע את דעתך/עמדתך וכי היא מקבלת התייחסות מתאימה מצד המטפל?
3. מהי לדעתכם חשיבות המעורבות שלכם בטיפול בילדכם?

רצונן, מן השיתוף במידע, הקבלה וההבנה של המטפל/ת את צרכיהם האינדיבידואליים. נקודת המבט האימהית על המעורבות שלהם בטיפול בריפוי בעיסוק, בילדים בעלי קשיים התפתחותיים, טרם נחקרה בארץ. בחינתה של נקודת מבט זו עשויה לזרות אור על חולייה חסרה ולסייע בידי מרפאים בעיסוק, בארץ, להבין את עמדות ההורים וליצור מעורבות ושיתוף בתהליך ההתערבות.

שאלת המחקר היא אפוא: מהן תפיסות האימהות וציפיותיהן לגבי מעורבותן בתהליך ההתערבות בילד/הם, בטיפול בריפוי בעיסוק?

שיטה

שיטת המחקר היא איכותנית פנומנולוגית ומסייעת להבין לעומק את חוויית המעורבות בטיפול מנקודת המבט ההורית באשר לתפיסות ההורים וציפיותיהם ממעורבות בטיפול בילד/תם (שקדי, 2003).

מדגם

המדגם כלל אימהות לילדים עם בעיות התפתחות קלות (כגון: ADHD, DCD), המטופלים בריפוי בעיסוק בפרקטיקה פרטית, בקליניקות ובמרכזי טיפול פרטיים במרכז הארץ. נעשתה פנייה למרפאות בעיסוק שנבחרו באופן אקראי מתוך מאגר המטופלים/ות המופיע באתר העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק, והעובדות בקליניקות פרטיות במרכז הארץ. המרפאות בעיסוק התבקשו למלא שאלון דמוגרפי קצר ובו שש שאלות לגבי תפיסתן העצמית כ"מטפלות ממוקדות משפחה" ואלה הן: 1. האם את/ה מכיר/ה את גישת ה"משפחה במרכז"? 2. האם למדת על הגישה בלימודיך האקדמיים? 3. האם את/ה רואה את עצמך כמטפל/ת על פי עקרונות הגישה? 4. האם את/ה מאפשר/ת להורה להיות נוכח בעת הטיפול בילד/ה? 5. האם את/ה מקדיש/ה זמן לתקשורת עם ההורים (דוחות כתובים, הדרכה,

הליך המחקר

תמה ראשונה. מרפאה בעיסוק מדהימה - זמינה ומכילה. במהלך הראיונות, היה אפשר להבחין, כי ללא יוצא מן הכלל, חשבו האימהות כי המרפאה בעיסוק הנוכחית המטפלת בילדם, היא "מדדהימה" האימהות ציינו לכך כמה סיבות:

1. א. ראייתה הכוללת של המרפאה בעיסוק.

האימהות ציינו כי למרפאה בעיסוק יש ראייה כוללת והן חשות שניתן להן מענה רחב לצרכיהן, המתבטא ב"ציאה" של הטיפול מעבר לחדר הטיפולים. משמעותי בעיניהן היה הקשר שיצרה המרפאה בעיסוק עם מטפלים נוספים ועם המסגרת החינוכית של הילד, למשל תצפית בגן, בסביבתו הטבעית של הילד, נדבך נוסף בראייה הכוללת של המרפאה בעיסוק את הילד ואת תפקודו. הקשר עם הגננת מאפשר יחסי הדרכה והיענות לצורכי הילד והגן. מיכל, לדוגמה, מתייחסת לתרומתה של המרפאה בעיסוק לאחר התצפית:

זה היה גם אחר כך, זה לא נשאר ביני לבין המרפאה בעיסוק. זה היה לשבת עם הגננת וגם להגיד לה איפה היא מרגישה שיש קשיים, שיש פספוס... באמת ככה לצייר את הראייה שלה ולהביא את הדברים שבעצם היא ראתה. זה עוד יותר היה מדהים מבחינתי.

האימהות ש"זכו" לביקור של המרפאה בעיסוק בגן, מספרות על התרומה הן להיכרות מעמיקה עם הילד על כל רבדיו וצרכיו והן על התרומה למסגרת החינוכית, בעיקר לגננת שקיבלה כלים להתמודדות ויכולת לבצע התאמות לצורכי הילד בגן. לעומתן, האימהות שנתקלו בקשיים בירוקרטיים שמצביה המערכת, ובעטיים לא התאפשר ביקור בגן, מצרות על כך, ורואות בכך פגיעה בילדם.

למעשה, הראייה הכוללת המתוארת, מבטאת את הקשר החשוב שיוצרת המטפלת

לאחר קבלת אישור לביצוע המחקר מוועדת האתיקה של אוניברסיטת חיפה, נעשתה פנייה למרפאות בעיסוק, מתוך מאגר המטפלים/ות העצמאיים של העמותה לריפוי בעיסוק, נבחרו באופן אקראי; 5 מרפאות בעיסוק, שהגדירו עצמן כעובדות על פי הגישה, והן התבקשו לפנות רק לאימהות המשתתפות בטיפול ועומדות בקריטריונים להשתתפות. לאימהות שהסכימו להשתתף נשלח השאלון בדואר ולאחר משמולאו השאלונים, התקיימו הראיונות לעשר האימהות בביתן על ידי החוקרת (גב' עפרה אלטרס).

עיבוד הנתונים

הראיונות תומללו והתבצעה חלוקה של תכנים המופיעים בכולם. התכנים אוגדו לקטגוריות בעלות משמעות ולאחר מכן בהתאם לקטגוריות, נוסחו תמות מרכזיות בעלות משמעות תכנית (שקדי, 2003).

ניתוח ועיבוד הנתונים

הראיונות תומללו והתבצעה חלוקה של תכנים ליחידות של משמעות. עם התקדמות הראיונות, תהליך הניתוח היה דינמי וכלל הוספה והסרה של תת קטגוריות על פי מידת חשיבותן והבולטות שלהן. לבסוף 32 תת קטגוריות אוגדו ל-8 קטגוריות עיקריות, ומתוכן זוהו שלוש התמות המרכזיות של המחקר (שקדי, 2003).

תוצאות

ניתוח הממצאים

מניתוח הראיונות אפשר לזהות שלוש תמות מרכזיות העולות מדברי המרואיינות. בחלק זה תוצגנה התמות תוך שילוב ציטוטים מדברי המרואיינות.

1.1. זמינות והתייחסות המרפאה בעיסוק לצורכי

המשפחה כולה. על פי ההורים, זמינותה הטכנית והרגשית של המרפאה בעיסוק היא עניין חשוב בהערכתה של המרפאה בעיסוק. כל האימהות ציינו כי הן חשות שהמרפאה בעיסוק התייחסה לצרכים ולאילוצים שלהן כאימהות והשתדלה לקבוע מועד טיפול מתאים ונוח ובכלל זה נכונות להתגמש, לשנות ולמצוא מועד אחר שישתלב בלוח הזמנים השבועי של המשפחה. היבט נוסף בזמינות מתייחס למענה שהאימהות עצמן קיבלו מן המרפאה בעיסוק. המענה ניתן בעת הטיפול ובמקרים אחרים, מחוץ לשעות הטיפול, בשיחות אישיות או בשיחות טלפון. לדוגמה מתארת מיכל: "זה שהמרפאה בעיסוק תמיד מרגיעה אותי ותמיד אפשר לשאול אותה הכול ולהתייעץ, זה מאוד עוזר. אני מרגישה שהיא ממש עוזרת לי. לכולנו.. באמת. לדעתי כל משפחה צריכה ללכת לריפוי בעיסוק."

לסיכום, האימהות רואות במרפאה בעיסוק מטפלת (או אישה) "מדהימה" בשני מישורים. המישור הראשון, מתייחס לילד עצמו, למתרחש במרחב הטיפולי שבין המרפאה בעיסוק לבין הילד: הזמינות בלוח הזמנים ההכלה, הרגישות והסבלנות שמראה המרפאה בעיסוק. במישור השני, ההתייחסות הכוללת וראיית הילד בהקשרים נוספים ומשמעותיים, כמו למשל במסגרת החינוכית ובמשפחה.

תמה שנייה: אי בהירות בהגדרות. בכל

הראיונות עלה כי לאימהות לא היה ברור מהו התפקיד המקצועי של המרפאה בעיסוק. היה אפשר להתרשם כי האימהות חשבו כי המרפאות בעיסוק, בשלבים השונים של הטיפול, לא הגדירו את תפקידן ואת גבולותיו ואלו נותרו עמומים. אפשר להתייחס לכמה מוקדים שעלו בדברי האימהות שבהם באה לידי ביטוי אי ההגדרה:

עם הגורמים הנוספים המעורבים בטיפול בילד (ההורים והמסגרת החינוכית).

1.2. מרפאה בעיסוק כאישיות מאפשרת ומכילה.

לדעת כל האימהות יש למרפאה בעיסוק, מעבר לתפיסה הכוללת המקצועית, מרכיבים אישיותיים התורמים להיותה "מדהימה". במרכיבים של המרפאה בעיסוק אפשר לזהות רגישות, יכולת הכלה, מחויבות, סבלנות וסובלנות כתכונות מרכזיות שציינו האימהות. אותן תכונות באות לידי ביטוי בעיקר בקשר עם הילד וביכולת של המרפאה בעיסוק לראות את הילד מנקודת מבט לא שיפוטית, מכילה ומקבלת. לדוגמה, עינת אומרת: "היא (המרפאה בעיסוק), עושה עבודה פנטסטית בלראות את הילד. לא להיות שיפוטית וביקורתית. היא מכירה את הילד ברבדים. בהרבה רבדים. זה מה שאהבתי בה ובגלל זה גם נשארתי. האנושיות הזו, האכפתיות, את רואה שזה מעבר.. הגישה, היחס, הסבלנות.."

דוגמה נוספת, סוזי שבנה היה מטופל על ידי כמה מטפלים, בחרה להמשיך בטיפול רק אצל המרפאה בעיסוק. כך היא מסבירה את החלטתה: "עכשיו, בסופו של דבר, נשארנו רק עם המרפאה בעיסוק... והמרפאה בעיסוק נותנת לי מענה להרבה תחומים, יש לה ראייה גם כוללת. היא מסתכלת על הרבה דברים, אז היא מטפלת גם בדברים הקטנים, היא מתעקשת איתו על דברים אבל עושה את זה כל כך בנעם, יש לה כל כך הרבה אהבה וסבלנות וכל כך הרבה ראייה של כל הפרטים הקטנים. שום דבר היא לא דוחפת, היא אישה מדהימה אז נשארנו מטופלים אצלה."

אם כך, נראה שהאימהות בוחרות להמשיך בטיפול עם המרפאה בעיסוק כיוון שהן רואות את השילוב של התפיסה המקצועית הכוללת והאישיות הרגישה והמקבלת שלה שעושה אותה למדהימה.

יש לציין כי כשמתפוגגת אי הבהירות ומתפתחת הבנה לגבי מהות הטיפול ותחומי האחריות, כולן, ללא יוצא מן הכלל, מעריכות את תרומת המקצוע ושבעות רצון מן העשייה המקצועית של המרפאה בעיסוק.

2.2. הגדרת הציפיות והמטרות בטיפול. ברצף

תהליך הטיפול בילד, לאחר שלב איסוף המידע והאבחון, מתבצע תהליך הגדרת מטרות. בפועל, ניכר כי יש שונות רבה בתהליך ההגדרה. מתארת גלי: "המרפאה בעיסוק באה ואמרה שהיא תתחיל ב-15 מפגשים, היא אמרה שעל התחום הגרפ-מוטורי היא תעבוד קודם ושהיא עובדת גם על... ושנתייחס לזה כמכלול. היא התייחסה יותר לעניין של ישיבה ליד שולחן.."

לעומתה, תיארו אחרות תהליך הדרגתי של מעורבות במטרות לאורך ההתערבות. בתחילה, המרפאה בעיסוק הגדירה מטרות בקצרה, ועם התפתחות הקשר התאפשר לאימהות להביע את דעתן ולהגדיר את המטרות כפי שהן רואות אותן. הגדרת המטרות התבצעה על בסיס מידע שנאסף מהן. למשל שחר אומרת: "כן, די התאימו את התכנית אלי... זאת אומרת אם דיברתי על משהו מאוד כללי, אז כאילו פירקו את זה לגורמים ממש, ממש פירקו את זה והיא גם עלתה שם על עוד כמה דברים שאני בכלל לא ידעתי שצריך.. אז כן, אפשר להגיד שהיא הוסיפה מטרות למטרות שאני הגדרתי מהתחלה."

בקצה הרצף, מצויות אימהות שמתארות תהליך פעיל שלהן בקביעת המטרות. למשל גילת: "היא נתנה לי שיעורי בית ממש, לכתוב איך אני רואה, זאת אומרת איזה מטרות אני רוצה להגשים. אנחנו דיברנו על זה ואנחנו ברמה של לסמן ו, וזה משהו מאוד נדיר, אהה.. זה מצוין".

כל האימהות, גם מי שתיארו בתחילה תהליך פסיבי, ורק לאחר מכן שיתוף ועדכון שלהן,

2.A. הגדרת המקצוע. כל האימהות ציינו כי המרפאה בעיסוק לא הגדירה להן את המקצוע וכי ההגדרה שהן גיבשו לעצמן הייתה מבוססת על התנסות וידע קודם שהיה ברשותן. אפשר לראות בקרב האימהות שלוש קבוצות שונות:

בקבוצה הראשונה, אימהות שלא נחשפו למקצוע הריפוי בעיסוק בעבר. אי הידיעה מהו מקצוע הריפוי בעיסוק ומהי הגדרתו גרמה לאימהות לתחושות של חשדנות ואי אמון. שחר למשל מספרת: "וכשהתחלנו ככה את הטיפולים, היה לי חשוב להיות מעורבת ולנסות להבין אהממ. מי ומה מאחורי הטיפולים שהיא עושה".

בקבוצה השנייה, אימהות ששמעו על המקצוע במסגרת עבודתן, אך לא נחשפו באופן אישי למרפאה בעיסוק. המאפיין של קבוצה זו הוא שינוי בתפיסת המקצוע, לאחר ההיכרות עם המרפאה בעיסוק. כך למשל גילת, מורה במקצועה, מתארת:

"תראי, אני חשבתי שריפוי בעיסוק זה לבוא לגזור, לעשות יצירה.. ומתברר לי היום שזה אחרת לגמרי. יש הרבה דברים שלא היה לי שמץ שמצו של מושג, שהם חלק ממה שאני אעשה עם נ' אצל המרפאה בעיסוק. כמו לשחק במשחקים.. לתמוך במוטוריקה העדינה עם תרגילים במוטוריקה גסה.. ואני אומרת לך, גם מעבר. זיהינו שיש מרכיבים רגשיים שהיא (המרפאה בעיסוק) יכולה לתת להם מענה דרך הטיפול בריפוי בעיסוק".

בקבוצה השלישית, היו אימהות שנחשפו למקצוע הריפוי בעיסוק באופן אישי. שחר הגיעה לטיפול הנוכחי, לאחר שתי חוויות קודמות לא מוצלחות לדבריה, והיא מתארת את המפגש עם המרפאה בעיסוק הנוכחית, כחוויה מתקנת, ר' שגרמה לה לראות באור אחר לגמרי את המקצוע. "המקצוע הוא הרבה יותר משמעותי ממה שאנשים חושבים. יש לתחום הזה המון מה להעניק. גם אם זה כלים דידיקטיים או לימודיים, זה המון".

אם זה מעניין אותך אז את שם ואם לא, את יכולה לשבת בצד להתעסק בטלפון שלך.. לעשות וי. לקחת את הילד וזהו..”

גם גילת מספרת: “בפעם הראשונה שהיא (המרפאה בעיסוק) אפשרה לי להיכנס וככה זרקה לי את הכפפה, זה היה מאוד מבורך מבחינתי ואחר כך זה היה מאוד ברור שאני נכנסת. כלומר אם היא לא הייתה זורקת את הכפפה, אני לא יודעת עד כמה הייתי מודעת לכמה אני נחוצה וכמה אני יכולה באמת.. אם זאת הייתה מטפלת אחרת שלא הייתה נותנת לי את הלגיטימציה, אז יכול להיות שהייתי נשארת עד הסוף בחוץ”.

לסיכום, בנושא הגדרות גבולות ותפקידים, מצטיירת תמונה של אי בהירות ואחידות. האימהות מתארות צורך בהגדרה ברורה של תחומי האחריות המקצועית, מהות הטיפול, תפקידים, מטרות, נהלים והתנהלות בתוך הטיפול. הבנה כזאת תאפשר להן להרגיש בטוחות, לתת אמון ולהרגיש שליטה.

תמה שלישית: מן הקליניקה לבית. מדברי כל האימהות עולה כי הן אינן מביאות את הילד ל"תיקון" אצל המרפאה בעיסוק והטיפול אינו מתחיל ומסתיים בין כותלי הקליניקה. האימהות מבינות כי יש צורך ביישום ובהמשך עבודה במסגרות חיי הטבעיות של הילד. כך עולה תמונה של אחריות משותפת של המרפאה בעיסוק וההורים. עם זאת, היישום אינו פשוט לביצוע ומעלה שלוש נקודות מרכזיות שאליהן מתייחסות האימהות:

3.א. נוכחות ושיתוף בחדר הטיפולים. ברור לכל האימהות כי נוכחות בחדר הטיפולים במהלך הטיפול מועילה וחשובה. שחר מגדירה זאת באופן ברור: “אני חושבת שהדבר הכי חשוב בכלל בטיפול זה ללמד את ההורים

צינו כי הידיעה לאן הולכים נתנה להן תחושת שליטה ורוגע. מיטיבה להסביר זאת שחר: “אני חושבת שהקושי המרכזי של ההורים זה שהם נכנסים למערכת טיפולית שכזו, זה שישר באמת מתחילים לטפל בילד. אף אחד לא עוצר ואומר להם: 'רגע, תקשיבו, בואו אני אגיד לכם מה יש לילד שלכם, בואו אני אגיד לכם למה זה קורה..' הילד נכנס לאיזושהו מערך, הרבה פעמים ההורים מהצד לא מבינים בכלל מה עושים עם הילד ולמה.. אתה בכלל לא יודע אולי המטרות.. לפעמים המטרות הן כאלה, את יודעת מאוד מעורפלות..”

מחדדת את הנושא נילי ומספרת על חוויית הטיפול הקודם, שאותו הפסיקו עקב אי שביעות רצון:

“המרפאה בעיסוק הראשונה, היא לא חשבה שצריך להסביר, כלום, היא מטפלת בילד וזהו.. היה לי חשוב שיסבירו לי, מה המטרה למשל.. סתם לדוגמה: הרחבת המשחק, מה המטרה של זה? מה עושים בגיל הזה? מה עומד מאחורי זה?”

אפשר לראות כי אין אחידות בדרך מסירת המידע ואין הגדרה ברורה של התפקיד ההורי בתהליך קביעת המטרות. כשהאימהות מבטאות צורך בשותפות פעילה, הן מקבלות מענה תומך מן המרפאה בעיסוק.

2.ג. תפקיד ההורה בטיפול. גם בנושא תפקיד ההורה בטיפול, נושא מרכזי בגישת המשפחה במרכז, מצטיירת תמונה של אי בהירות. המרפאות בעיסוק אמנם מעודדות את נוכחות ההורים בחדר, אבל אינן מגדירות זאת באופן ברור. כך למשל אדוה: “לא היתה הגדרה ברורה של הציפיות ממני כאמא. היה דיבור על הדברים הטכניים, מתי להגיע וכו'.. אבל לא משהו מדובר ונאמר על מה המרפאה בעיסוק מצפה ממני.. אין איזה משהו מובנה,

עינת מספרת: "אני אתן דוגמה: היה לנו מאוד קשה לארגן אותו בבוקר, יש ימים שצריך אלף פעמים לקרוא לו לעשות את זה ואת זה. והוא עקשן, מרדן גדול.. ד' (המרפאה בעיסוק) מאוד עזרה לי בזה. היא מאוד טובה בזה. בטיפול, היא מפילה חופשי את כל ההתנגדויות. כל הזמן מנטרלת אותן.. אז אני לוקחת ממנה והיא נותנת לי הרבה טיפים בעניין הזה".

לסיכום, אפשר לראות בבירור את הקשר בין הנעשה בחדר הטיפולים לבין ההתנהלות עם הילד בבית. כל האימהות מבינות את חלקן ותפקידן בקידום הילד, בהשגת המטרות וביצירת המשכיות בין הנעשה בחדר הטיפולים, לנעשה בסביבת חייו הטבעית. נוכחותן בחדר, ההדרכה שהן מקבלות, בין אם באופן ישיר ובין אם בעקיפין, מחוללת שינויים בדרכי העבודה עם הילד, בשינוי התפיסה לגביו, בשפה המדוברת בבית ובהתנהלות הבית כולו.

דין

מטרת מחקר זה הייתה להבין את חוויותיהם ואת ציפיותיהם של הורים לילדים המטופלים בריפוי בעיסוק בקליניקות פרטיות, באשר למעורבותם בטיפול. ייחודו של המחקר הוא בחקירת נושא המעורבות בטיפול, מנקודת מבטם של ההורים, בישראל, תוך התייחסות לתפיסה שלהם את נושא המעורבות, לציפיות שלהם וכן לשביעות רצונם מן השותפות בינם לבין המרפאה בעיסוק.

מתוך הראיונות עם ההורים זיהינו שלוש תמות מרכזיות הקשורות לתפיסת האימהות באשר למעורבותן בטיפול בריפוי בעיסוק. התמה הראשונה, מתייחסת לתפיסת המרפאה בעיסוק כ"מדהימה" על ידי האימהות. תפיסה זו נובעת מקווים אישיתיים של המרפאה בעיסוק ומיכולותיה המקצועיות הכוללות ראייה רחבה וכוללת. תמה זו מביאה לידי ביטוי את קיומם של קשרים בין-אישיים טובים וקרובים בין המרפאה

מה לעשות עם הילד שלהם. אם הילד נמצא בפנים וההורה בחוץ, אתה לא לומד. זה לא יעזור, אתה צריך הדגמה, זה לא יעזור שידברו איתך באופן כללי, זה הכי חשוב".

חשיבותו של השיתוף בין ההורים למרפאה בעיסוק בחדר הטיפולים ברורה ושיתוף זה הוא מקור לימוד לשני הצדדים.

ג.ב. ביצוע שיעורי בית. כחלק מן ההבנה של האימהות בדבר חשיבות ההמשכיות בטיפול, הן מתארות את ניסיונותיהן לעבוד עם הילד בבית, לפי המלצות המרפאה בעיסוק. ב"שיעורי הבית" נכללים רעיונות לפעילות, תרגילים ואף דפי עבודה. האימהות מספרות כי הן תופסות את שיעורי הבית חשובים וכי אלה מסייעים להן ביישום הנלמד מעבר לחדר הטיפולים. לדבריהן, נוכחותן בחדר הטיפולים אין בה די על מנת לייצר המשכיות של התהליך הטיפולי בבית. כשנשאלו האימהות לגבי ביצוע המשימות, כולן הביעו אכזבה מכך שלא הצליחו לעבוד יותר או בכלל עם הילד בתחושה הפנימית שלהן. כולן הדגישו כי המרפאה בעיסוק אינה משדרת אכזבה או כעס כשהן וילדן אינם מבצעים את "שיעורי הבית".

ג.ג. מן הקליניקה לשגרת החיים. לבד משיעורי הבית, חלק מן האימהות סיפרו על שינויים שערכו בבית עצמו כגון הרחבת מבחר המשחקים, קניית שולחן וכיסאות או ארגון הבית בצורה שונה. לעתים נעשו הדברים בהמלצת המרפאה בעיסוק ותוך הדרכה, ולעתים בעקבות הבנה שעלתה מתוך התצפית בטיפולים והתייחסות לצורכי הילד. אימהות רבות מספרות כיצד ה-"modeling" בחדר, אפשר להן לבצע שינויים בדפוסי התנהגות ואפילו לשנות את השפה המדוברת בבית.

האימהות מרבית לתאר את זמנותה של המרפאה בעיסוק ואת גמישותה באשר ללוח זמנים וביצוע התאמות להורים. הן מתייחסות לזמנות הטכנית ואף חשוב מכך, לתחושה שהמרפאה בעיסוק נכונה לשוחח, להסביר ולספק תשובות לשאלות המטורדות אותן בכל עת (Leach, Comwell, Fleming, & Haines, 2010) ו-Fingerhut et al. (2013) ציינו כי מרפאות בעיסוק מדווחות כי היעד זמן הוא אחד המכשולים בבואן ליישם תהליך עבודה משותף עם ההורים. Ideishi, O'Neil, Chiarello, & Nixon-Cave (2010), דווחו כי מרפאים בעיסוק העובדים במסגרות ציבוריות אינם מוצאים די זמן לתקשורת עם המשפחות ועם גורמים מטפלים נוספים. דבר זה חשוב לציון, על רקע העובדה כי המשפחות המרואיינות במחקר זה מטופלות על ידי מרפאות בעיסוק מן הפרקטיקה הפרטית. למרפאות האלה יש יכולת שליטה על הזמן שהן בוחרות להשקיע בתקשורת עם המשפחה ועל מידת הגמישות בארגון הטיפול (קגנבין, 2006; Milne, 2009). ייתכן כי בשיחת הציבורי שבו למרפאה בעיסוק יש מספר רב יותר של ילדים ומשפחות בטיפול ומשאבי זמן מוגבלים ומוגדרים, קשה יותר ליישם חלק מעקרונות גישת המשפחה במרכז.

ההיבט נוסף של היות המרפאה בעיסוק "מדהימה" כהגדרת האימהות, מתייחס כאמור לראייה הכוללת של הילד בהקשר של המשפחה והמסגרת החינוכית. אימהות ציינו את התרומה המשמעותית שהן רואות בתקשורת של המרפאה בעיסוק עם הגנתן. הן ציינו כי לביקור בגן, לתצפית ולשיחה עם הגנתן הייתה השפעה רבה על התקדמות הילד. האימהות תיארו כיצד נקודת המבט המקצועית של המרפאה בעיסוק, הביאה לשינוי בתפיסת הגנת את הילד וביכולת הגנת לבצע התאמות בגן, לטובת הילד. מחקרם של Kolehmainen et al. (2010) שבחן את תפיסת האימהות באשר להתערבות בריפוי בעיסוק, מצא באופן דומה, כי האימהות ציינו השפעה חיובית של חוות דעתו של "גורם חיצוני ומקצועי" כהגדרתן,

בעיסוק לאם, אשר לצדם, לעתים, בלבול בהגדרה ברורה של תפקידים בין המרפאה בעיסוק להורה. נושא זה היה המוקד של התמה השנייה העוסקת באי הבהירות והבלבול באשר להגדרות ותפקידים. התמה השלישית, בין הקליניקה לבין הבית, התייחסה למעבר בין חדר הטיפולים לבית וקשורה באופן ישיר לתפיסה הכוללת של המרפאה בעיסוק המתייחסת במהלך התערבותה לסביבות הילד השונות.

במרכז התמה הראשונה עומדות תחושותיהן של האימהות באשר למרפאה בעיסוק. אימהות רבות השתמשו במושג "מדהימה" בבואן לתאר אותה ואת פועלה. תפיסתן זו נדרשת לשני היבטים שונים: האחד - הקשר העמוק של המרפאה בעיסוק עם האימהות וילדיהן, והשני - ראייתה הכוללת, המתייחסת לילד ולהשתתפותו במסגרות החיים הטבעיות שלו. בהיבט הראשון מתארות האימהות רגישות רבה של המרפאה בעיסוק כלפיהן וכלפי ילדן, סבלנות, יחס אישי ויכולת הכלה. לדבריהן, ולפי עקרונות "מודל המשפחה במרכז" (Rosenbaum et al., 1998), המרפאה בעיסוק מתייחסת לצורכיהן, מכבדת ומקשיבה למצוקותיהן. שביעות הרצון שמגלות האימהות מן הקשר הבין-אישי והתמיכה שהן וילדיהן זוכים מן המרפאה בעיסוק, מצויה בהלימה למחקרים שבחנו את הגורמים המשפיעים על שביעות רצון בטיפול באוכלוסיות שונות (Dunst et al. 2007; Foster, Dunn, & Lawson, 2013).

Dunst (2007) סקרה מחקרים בנושא טיפול ממוקד משפחה, שבהם נמצא כי התנהגויות שתוארו על ידי האימהות במחקר הנוכחי כגון: רגישות, הקשבה והתייחסות לנקודת המבט ההורית, תרמו לשביעות רצון של הורים מטיפול בילד/תם. כמו כן, נמצא כי היעד התייחסות לצרכים האינדיבידואליים של המשפחה, הובילו לפגיעה בהשגת יעדי הטיפול (Nightlinger, 2011).

שבו אפשר לשאול שאלות, לבטא התלבטויות ולהביע רצונות וצרכים. כנראה ערוץ כזה אינו מנותב על ידי המרפאה בעיסוק לצורך הגדרת מטרות טיפול במשותף וכך מוביל לבלבול ולעמימות.

אותה תקשורת בלתי פורמלית ומבלבלת יכולה להתבטא למשל בתהליך קביעת המטרות כפי שמתארות אותו האימהות במחקר: שלוש אימהות תיארו תהליך מסודר של שיחת סיכום, בסוף תהליך ההערכה, שבה הוגדרו במשותף מטרות להתערבות. בשאר המקרים, התבצעה קביעת המטרות באופן פחות פורמלי. בחלק מן המקרים הציגה המרפאה בעיסוק את המטרות שאותן הגדירה ואפשרה להורים להתייחס, ובחלק מן המקרים העלו ההורים/ האימהות, דגשים ועניינים שחשוב להם כי יקבלו מענה בתהליך ההתערבות, רק בהמשך הדרך. למעשה אפשר לראות כי התהליכים שנסקרו אינם מאופיינים בדרך אחידה ופורמלית, המתווה את תהליך הגדרת המטרות, על אף היותה אחת מאבני היסוד, על פי גישת המשפחה במרכז.

בספרות רואים בנושא הגדרת המטרות המשותפות אחת מנקודות הכשל המרכזיות בטיפול בריפוי בעיסוק, בעת יישום גישת הלקוח והמשפחה במרכז (Brewer et al., 2014; Leach, et al., 2010). הספרות דנה בעיקר בקושי של אנשי המקצוע והמשפחות להסכים על מטרות משותפות, כאשר, לרוב, אנשי המקצוע מגדירים בעצמם מטרות ומתקשים להתאים את המטרות האלה לצרכים ולרצונות של המטופל ומשפחתו. תוצאות מחקר זה מורות על כך שברוב המקרים מתקיים שיח בנושא המטרות, והאימהות אף נוטלות חלק פעיל אם בתחילת תהליך הטיפול ואם בהמשך התהליך, אך הקושי הוא במיסוד השיח כשלב מוגדר בתהליך ובקשר הטיפול. מאמר שהתפרסם ב-2014 (Brewer, Pollock, & Wright, 2014), מציג את התיאוריות בבסיס

על שיתוף הפעולה עם המסגרת החינוכית. חלק מן האימהות אף ציינו כי קיבלו תמיכה מן המרפאה בעיסוק, כשחשו שהמסגרת החינוכית אינה מבינה אותן. במחקר הנוסף (Kolehmainen et al., 2013), בדקו כיצד מגדירות מרפאות בעיסוק את הגורמים ל"טיפול מוצלח". כמו במחקר זה, נמצא כי איסוף מידע מגורמים שונים והתייחסות לפרספקטיבות שונות באשר לתפקודו של הילד, הם הגורמים להצלחת הטיפול. ראייה דומה נמצאה גם במחקר (Kennedy & Stewart, 2012) שבחן את תרומתם הרבה של הקשר והתקשורת בין המטופל/ת ובין הגורמים החינוכיים, להשגת יעדי הטיפול. יחד עם הקשר הבין-אישי והמקצועי הטוב, התמה השנייה חושפת אי בהירות ובלבול מסוים באשר להגדרות ולחלוקת התפקידים בין ההורה למרפאה בעיסוק. אי הבהירות מלווה את התהליך עוד מראשיתו, כשהאימהות מתארות את אי הידע שלהן באשר להגדרת המקצוע ריפוי בעיסוק. בדומה Creek (2006) מציינת כי אנשי מקצוע בתחום הריפוי בעיסוק מתקשים לגבש הגדרה אחת כוללת למקצוע ולתחומי אחריותו. ייתכן שמידע זה מסביר מדוע יש בקרב הציבור בכלל והאימהות בפרט, עמימות ואי בהירות בתהליכי מסירת המידע והגדרת המטרות.

זאת ועוד, האימהות במחקר מתארות את אי הבהירות בתהליך מסירת המידע והגדרת מטרות הטיפול. בספרות המחקר מרבים לעסוק בחשיבות של הגדרת מטרות בשיתוף עם המטופל ומשפחתו. במחקרים נמצא כי שיתוף הילד וההורים בקביעת מטרות ההתערבות הוא בעל חשיבות ניכרת להצלחת הטיפול ולהשגת היעדים. ההורים והמטפלים מכירים בחשיבות השיח המשותף בנושא (Fingerhut, 2014; Emmanuelle et al., 2013). במחקר זה נמצא כי יש פער בין החשיבות המיוחסת להגדרה משותפת של מטרות טיפול לבין הביצוע בפועל. כל האימהות תיארו ערוץ חופשי של תקשורת,

אפשרו זאת. גם במקרים שבהם הן התבקשו לצאת, התבצעו הדרכה ועדכון מסודר על אודות ההתערבות. ועם זאת, לצד ההבנה הברורה הזאת, של שני הצדדים, באשר לחשיבות נוכחות ההורה בחדר, לא התקיימה שיחה של תיאום ציפיות בין האם למרפאה בעיסוק שממנו יצאו הצדדים עם ציפיות מוגדרות באשר לתפקידים בהמשך תהליך ההתערבות.

התמה השלישית, מן הקליניקה לבית, מעלה את ההתייחסות לסביבת הבית, כסביבה הטבעית המרכזית של הילד. היכולת להכליל מן המתרחש בחדר הטיפולים ל"חיים האמיתיים", מתוארת בספרות: בספרן, מציינות Case-Smith et al. (2010) כי למידה מיטבית מתרחשת בסביבתו הטבעית של הילד. מחקרים שבחנו יעילות התערבות באוכלוסיית ילדי ASD, מצאו כי מתן כלים להתמודדות ההורים ולעבודה משותפת עם ילדם/תם, הביאו להתקדמות ביכולותיהם של הילדים הן בסביבות שונות כמו הבית ובית הספר, והן לשיפור בתחושת המסוגלות של ההורים (Liao et al., 2014). בראיונות עם האימהות, התייחסו האימהות לנוכחות בחדר הטיפולים ככלי המשמש בעבורן ללימוד רעיונות וכלים שיסייעו להן להעביר את הנלמד בקליניקה, אל חיי הילד ומשפחתו, בבית. אך לבד מן הנוכחות הפיזית בחדר, העלו האימהות גם את ההנחיות להמשך העבודה בבית, כדבר חשוב ביישום הנלמד בחדר.

אפשר להתייחס ליישום הנעשה בקליניקה, במסגרת הבית, בשני מישורים: האחד, תרגול ספציפי של מיומנויות הנלמדות בקליניקה, בעזרת דפי עבודה ומשימות הניתנות על ידי המרפאה בעיסוק; במישור הזה, עולה מן הראיונות, כי כל האימהות, מעוניינות לקבל משימות הביתה. יש אף אימהות, שיוזמות ומבקשות "שיעורי בית", אף שהן מציינות כי יש הבדלים בשיתוף הפעולה של ילדן/תן עם המטפלות לעומת שיתוף הפעולה

חשיבות ההגדרה המשותפת, ומציין כי חשוב להמשיך ולבנות את הקשרים ואת החיבורים בין הספרות התיאורטית בתחום ובין העשייה בשדה הקליני.

בחלקה השלישי של התמה, עלתה אי בהירות באשר לתפקיד ההורי בטיפול. גם בנושא זה, כמו קודמיו, ניכר כי מקומה של האם בטיפול אינו מוגדר באופן ברור אלא רק תוך כדי טיפול ובהתאם לצורכי המעורבות שלה. ההתייחסות אל ההורים היא כ"מומחים לילד/תם" ובתור כאלה המידע שלהם על אודות ילד/תם חשוב בתהליך קביעת מטרות משותפות (Rosenbaum, 1998; Ziviani, Cuskelly, & Feeney, 2010). לעומת הספרות העוסקת בשיתוף ההורים, מעטה הספרות על אודות התפקיד ההורי והשותפות בשלב ההתערבות שלאחר גיבוש המטרות. אחד המאמרים שבחן את עמדות הורים לילדי CP לעומת עמדות המטפלים, מצא כי הורים חשו שאינם מבינים די הצורך את מה שמתרחש בתוך הטיפול ואת בחירת הפעילויות המרכזיות אותו (LaForme et al., 2012). בספרות המגדירה את עקרונות גישת המשפחה במרכז (McKean et al., 2005), לא נמצאה התייחסות מפורשת בעניין החשיבות שיש להימצאות ההורים בחדר הטיפול, או לדרך שבה הם משתלבים בהתערבות עצמה. יתרה מכך, במאמרם של McKean et al. (2005), אף צוין כי על אף שחשיבות השותפות ברורה בטיפול ממוקד משפחה, המציאות מראה כי שותפות זו לרוב אינה מתקיימת, בייחוד כשמדובר בהגדרת תפקיד ההורה בתהליך הטיפול בילד/תו. עם זאת, במחקר שעשו Kolehmainen et al. (2013) נמצא כי נוכחות הורה בחדר בעת הטיפול ועידוד מעורבותו במתרחש, מחזקים את כישורי ההורה, את המוטיבציה שלו ואת היכולת שלו לסייע להצלחת הטיפול. לכל האימהות שהשתתפו במחקר זה, היה ברור כי לנוכחותן בחדר יש חשיבות ומשמעות והמרפאות בעיסוק, כולן,

זאת ועוד, האימהות מתארות את ההשפעה של טיפול בגישת המשפחה במרכז, כפי שהן חוות אותו, על הבית כולו. הן מתארות כיצד נוכחותן בחדר, ה"טיפים" שהן מקבלות מן המרפאה בעיסוק, ה-modeling שהיא עושה בקליניקה וההזכרה הניתנת על ידה, מחוללים שינוי של ממש בהתנהלות הבית כולו, ביכולת שלהן כאימהות להתמודד עם הקשיים של ילד/תם ולקדם אותם/ן גם בבית.

הצעות למחקרי המשך

בשל חשיבות הממצאים, וההשלכות המעשיות שיכולות להיות לתוצאות מחקר זה, נחוץ לחזק את הממצאים האלה על ידי עריכת מחקרים נוספים בנושא. במחקרים אלה, ראוי לבחון במחקר איכותני מעמיק נקודות מבט שונות - כדוגמת אבות שילדיהם מקבלים טיפול, וכמובן את נקודת מבטם של הילדים עצמם. בשנים האחרונות, מתחזקת ההבנה כי גם ילדים צעירים יודעים להגדיר את צרכיהם ואת מטרותיהם ועל כן הם חייבים להיות חלק חשוב ומשמעותי בתהליך קביעת מטרות ההתערבות. על רקע הבלבול המתואר בין אישיות המרפאה בעיסוק ובין מהות המקצוע ועקרונותיו, יהיה נכון לבחון לעומק נושא זה מנקודת מבטן של המרפאות בעיסוק עצמן וכיצד הן חוות אותו.

כמו כן, רצוי להרחיב את אוכלוסיית המחקר מבחינת המשתתפים ולכלול גם קבוצות הורים שמטופלים הן במסגרות ציבוריות והן במסגרות חינוכיות.

סיכום ומסקנות

ההתערבות בגישת המשפחה שבה התמקדה עבודה זו, הוגדרה ונחקרה רבות בעבר. מחקר זה ייחודי בשיטת המחקר, האיכותנית, הבוחנת את יישום גישת המשפחה במרכז, מנקודת המבט ההורית. עם זאת, חשוב לציין את מגבלותיו של

שלו/ה בעבודה עמן בבית. את רצונן זה הן תולות בכך שהמשימות המובנות עוזרות להן להתארגן לעבודה משותפת בבית, מבנות אותה ומציבות יעד ברור להשגה. ממצא זה מעט מפתיע, לנוכח פרסומים בספרות, שמצאו כי הורים מעדיפים לקבל משימות הקשורות לתפקודים היום-יומיים של ילדיהם, שאפשר לשלבן בהתנהלות השגרתית של חייהם (Case-Smith, 2010), וכי ריבוי משימות בתכנית עבודה ביתית, מקשה עליהן ונתפס כבלתי אפשרי ליישום (Hinojosa, 1999). הסבר אפשרי לפער בין העדויות ניתן אולי למצוא בסוג האוכלוסייה שבה עסקו המחקרים. מחקרים שמצאו כי ההורים מראים התנגדות מסוימת לביצוע תכניות בית, או מתקשים ליישמה, נעשו על ילדים עם מוגבלויות מורכבות, המשתתפים בטיפולים רבים והדורשים השגחה יום-יומית וסיוע בביצוע משימות שגרתיות. כשיש ריבוי משימות כזה, יישום של תכנית בית, עלול להוות כמטלה נוספת ומעמיסה. לעומת זאת, האימהות שהשתתפו במחקר זה הן אימהות לילדים בעלי קשיים התפתחותיים קלים אשר מנהלים שגרת חיים עצמאית, ונוקקים לטיפול הורי שאינו מעמיס על שגרת היום-יום. כמו כן, כל האימהות דיווחו כי לא הרגישו לחץ מצד המרפאה בעיסוק לביצוע המטלות וכן לא חוו כעס או אכזבה כשלא הצליחו לעמוד בביצוע.

על אף המוטיבציה שהראו האימהות במחקר, ורצונן לקבל מטלות מובנות, רובן חוו קשיים ביישום. ייתכן שממצא זה מעלה את הצורך לבחון את ההמלצות העולות מן הספרות, ולפיהן חשוב שתכניות העבודה לבית תהינה קשורות ומחוברות לשגרת החיים של המשפחה הספציפית ולהתנהלות היום-יומית של המשפחה (Case-Smith et al., 2010). ייתכן שהקושי ביישום, שהאימהות מתארות במחקר, נובע מאופי המטלות ואי התאמתן לשגרת המשפחה.

עבודת גמר במסגרת לימודים לקבלת תעודת דוקטור, צעד קדימה.

שקדי, א' (2003). מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני - תיאוריה ויישום. תל אביב: רמות אוניברסיטת תל-אביב.

Baker, T., Haines, S., Yost, S., DiClaudio, S., Braun, C., & Holt, S. (2012). The role of family-centered therapy when used with physical or occupational therapy in children with congenital or acquired disorders. *Physical Therapy Reviews*, 17(1), 29-36.

Blue-Banning, M., Summers, J. A., Frankland, H. C., Nelson, L. L., & Beegle, G. (2004) Dimensions of family and professional partnerships: Constructive guidelines for collaboration. *Exceptional Children*, 70(2), 167-184.

Brewer, K., Pollock, N., & Wright, F. V. (2014). Addressing the challenges of collaborative goal setting with children and their families. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 34(2), 138-152.

Case-Smith, J., Jaffe, L., & Humphry, R. (2010) Working with families. In J. Case-Smith. (Ed.), *Occupational therapy for children* (6th ed., pp. 108-135). Maryland Heights, Mo.: Mosby/Elsevier.

Creek, J. (2006). A standard terminology for occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy* 69(5), 202-208.

המחקר מבחינת מספר המשתתפים המוגבל והרקע המקצועי שבו הוא התקיים: מרפאות פרטיות של מרפאות בעיסוק.

ממצאי המחקר האיכותני מצויים בהלימה עם מחקרים נוספים בעולם, המעלים את שביעות רצון ההורים מהיבטים של שיתוף, הכלה, פניות וזמינות, לעומת נושא מסירת המידע הכללי והספציפי, שהוא החוליה החלשה בשרשרת עקרונות ההתערבות הממוקדת במשפחה.

המחקר מחדד את הקשיים הקיימים מחד גיסא, ומאידך גיסא מעלה חוזקות המצויות בטיפול בריפוי בעיסוק כפי שהוא נחוה על ידי האימהות. כמו כן, הוא מספק הארה נוספת לקשר בין טיפול בגישת המשפחה במרכז, לבין שביעות הרצון של האימהות מתהליך ההתערבות. כמטפלות, ניתן ללמוד מתוצאות המאמר על הצורך שלנו כמטפלים/ות, להגדיר באופן ברור יותר את מהות הטיפול, את מטרתו ואת ציפיותנו מן ההורים לגבי מעורבותם בטיפול, זאת, כמובן, לצד הקשבה והתייחסות לצרכים ולציפיות שלהם כשותפים מלאים לטיפול.

מקורות

לוי, פ' (2004). העצמת הורים לילדים בעלי נכויות התפתחותיות. עבודת גמר לקראת קבלת תואר מוסמך, החוג לחינוך, אוניברסיטת חיפה.

קגנוביץ, י' (2006). עמדות וערכים של מרפאות בעיסוק בישראל העובדות בתחום הילדים בהתייחס לגישת המשפחה במרכז. עבודת גמר לקראת קבלת תואר מוסמך, החוג לריפוי בעיסוק, אוניברסיטת חיפה.

שנקר, ר' ודודיוויץ, א' (2007). צעד קדימה כשרות ממוקד משפחה - תפיסות ההורים.

- Foster, L., Dunn, W., Lawson, L. M. (2013). Coaching mothers of children with autism: A qualitative study for occupational therapy practice. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 33(2), 253-263.
- Graham, F., Rodger, S., & Ziviani, J. (2010). Enabling occupational performance of children through coaching parents: Three case reports. *Physical Occupational Therapy in Pediatrics*, 30(1), 4-15.
- Hanna, K., & Rodger, S. (2002). Towards family-centered practice in pediatric occupational therapy: A review of the literature on parent therapist collaboration. *Australian Occupational Therapy Journal*, 49(1), 14-24.
- Hinojosa, J. (1990). How mothers of preschool children with cerebral palsy perceive occupational and physical therapists and their influence on family life. *Occupational Therapy Journal of Research*, 10(3), 144-162.
- Hinojosa, J., & Kramer, P. (1999). Domain of concern of occupational therapy: Relevance to pediatric practice. In P. Kramer & J. Hinojosa (Eds.), *Frames of reference for pediatric occupational therapy* (2nd ed.; pp. 9-25). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Hinojosa, J., Anderson, J., & Ranum, G. W. (1998). Relationships between therapists and parents of preschool children with cerebral palsy: A survey. *Occupational Therapy Journal of Research*, 8, 285-297.
- Creswell, J. W. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed method approaches* (2th. ed). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Duggan, R. (2005). Reflection as it means to foster client centered practice. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(2), 103-112.
- Dunst, C., Trivette, C. M., & Hamby, W. D. (2007). Meta-analysis of family centered help giving practice research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 13, 370-378.
- Emmanuelle, J., Tetreault, S., & Joly, J. (2014). Ecosystematic needs assessment for children with developmental coordination disorders in elementary school: Multiple case studies. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 34(4), 424-442.
- Feder, K. (2000). Handwriting: Current trends in occupational therapy practice. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67(3), 197-208.
- Fingerhut, P. E. (2009). Measuring outcomes of family-centered intervention: Development of the Life Participation for Parents (LPP). *Physical Occupational Therapy in Pediatrics*, 29(2), 113-128.
- Fingerhut, P. E. (2013). Life Participation for Parents: A tool for family-centered occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(1), 37-44.

- study. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(5), 192-199.
- LaFome Fiss, A. C., McCoy, S. W., Chiarello, L. A., & Move & PLAY Study Team. (2012). Comparison of family and therapist perceptions of physical and occupational therapy services provided to young children with cerebral palsy. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 32(2), 210-226.
- Leach, E., Cornwell, P., Fleming, J., & Haines, T. (2010). Patient centered goal-setting in a sub-acute rehabilitation setting. *Disability & Rehabilitation*, 32(2), 159-172.
- Liao, S., Hwang, Y., Chen, Y., Lee, P., Chen, S., & Lin, L. (2014). Home-based DIR/Floortime™ intervention program for preschool children with autism spectrum disorders: Preliminary findings. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 34(4), 356-367.
- MacKean, G. L., Thurston, W. E., & Scott, C. M. (2005). Bridging the divide between families and health professionals' perspectives on family-centred care. *Health Expectations*, 8(1), 74-85.
- McIntosh, J., & Runciman, P. (2008). Exploring the role of partnership in the home care of children with special health needs: Qualitative finding from two service evaluations. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 714-726.
- Ideishi, R. I., O'Neil, M., Chiarello, L. A., & Nixon-Cave, K. (2010). Perspectives of therapist's role in care coordination between medical and early intervention services. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 30(1), 28-42.
- Kennedy, S., & Stewart, H. (2012). Collaboration with teachers: A survey of south Australian occupational therapists' perceptions and experiences. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59(2), 147-155.
- King, G., Cathers, T., King, S., & Rosenbaum, P. (2010). Major elements of parent's satisfaction and dissatisfaction with pediatrics rehabilitation services. *Children's Health Care*, 30, 111-134.
- King, S., Teplicky, R., King, G., & Rosenbaum, P. (2004). Family centered services for children with cerebral palsy and their families: A review of the literature. *Seminars in Pediatric Neurology*, 11(1), 78-86.
- Kolehmainen, N., Duncan, E. A. S., & Francis, J. J. (2013). Clinicians' actions associated with the successful patient care process: A content analysis of interviews with paediatric occupational therapists. *Disability and Rehabilitation*, 35(5), 388-396.
- Kolehmainen, N., Duncan, E., McKee, L., & Francis, J. (2010). Mothers' perceptions of their children's occupational therapy processes: A qualitative interview

physical disabilities: Internal consistency of the European Parent Satisfaction Scale about early intervention. *Infants & Young Children: An Interdisciplinary Journal of Special Care Practices*, 23(3), 184-194.

Milne, J. (2009). Occupational therapy for children: The perception of a private practitioner. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 56(2), 18-20.

Nightlinger, K. (2011). Developmentally supportive care in the neonatal intensive care unit: An occupational therapist's role. *Neonatal Network*, 30(4), 243-248.

Oien, I., Fallang, B., & Østensjø, S. (2010). Goal-setting in paediatric rehabilitation: Perceptions of parents and professional. *Child: Care, Health & Development*, 36(4), 558-565.

Rodger, S., & Keen, D. (2010). Child and family-centered service provision. In S. Rodger (Ed.), *Occupation centered practice with children: A practical guide for occupational therapists* (pp. 45-74). Chichester, U.K.: Black well Pub.

Rosenbaum, P., King, S., Law, M., King, G., & Evans, J. (1998). Family conceptual service: A conceptual framework and research review. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 18(1), 1-20.

Segal, R., & Hinojosa, J. (2006). The activity setting of home-work: An analysis of three cases and implications for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 60(1), 50-59.

Ziviani, J., Cuskelly, M., & Feeney, R. (2010). Parent satisfaction with early intervention services for children with