

**קבוצות עמיתים במכון להתפתחות הילד לשיפור התמודדות הצוות הרב-מקצועי עם מצבים מורכבים רגשית: מחקר הערכה**

אילנה לביא [1], מרק ויסמן [2] ואושרת טליאס [1]

[1]המכון להתפתחות הילד, קופת חולים מאוחדת, רחובות

[2] פסיכולוג, עצמאי

**מחבר מכותב:** אילנה לביא, עו"ס, המכון להתפתחות הילד, קופת חולים מאוחדת, רח' הרצל 182, רחובות.  
טלפון: 948-2854 (08). טלפון נייד 570-1004 (050). פקס: 776-2599 (03). דוא"ל: elanalavi1@gmail.com

## תקציר

**הקדמה.** אנשי הצוות במכונים להתפתחות הילד נפגשים מדי יום עם ילדים צעירים הסובלים מהפרעות וליקויים התפתחותיים חמורים. תהליכי האבחון, מסירת האבחנה, ליווי המשפחות והטיפול בילד הפגוע מחייבים התמודדות תכופה עם מצבים רגשיים מורכבים, בהם מתעוררים במטפלים תחושות חזקות של חמלה, הזדהות ואמפתיה, לצד רגשות של חוסר אונים, לחץ וכאב. בנוסף, הם נפגשים עם הורים, המגיבים בצורות מגוונות למצב ילדם, וביניהן חרדה, אדישות, תובענות, כעס ואשמה. חשיפה מתמשכת לסביבת עבודה זו עלולה לפגוע ברווחתו ולהוביל לשחיקה מקצועית. במכון שלנו הצוות הפסיכו-סוציאלי חיפש דרך לשפר את התמודדות הצוות עם תופעות אופייניות אלה ולשם כך הוחלט להקים קבוצות עמיתים (ע"פ המודל של בלינט), בהן משתתפים רופאים, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים, פיזיותרפיסטים, קלינאיות תקשורת, מרפאות בעיסוק ומזכירות רפואיות.

**מטרה:** לאחר שבע שנות התנסות, ערכנו מחקר שבחן את תרומת הקבוצות לצוות ואת נקודות החוזק והחולשה שלהן בהקשר שלנו.

**שיטה:** הועבר סקר לכל אנשי הצוות שהשתתפו בקבוצות העמיתים בשנתיים הקודמות.

**תוצאות.** הרוב המכריע של המשתתפים דיווחו על תרומה אישית משמעותית של קבוצת העמיתים, שנתפסת כמקום בו אנשי הצוות זוכים להבנת הקשיים שלהם ולהתחלקות בדאגה למטופלים, וכמספקת כלים לפיתוח מודעות עצמית ויכולת רפלקטיבית. עם זאת, השפעת הקבוצות בהפחתת עומס רגשי ובשיפור ההתמודדות בפועל עם מטופלים מאתגרים נמצאה חלשה יותר, אך עדיין משמעותית.

**מסקנות.** ההשתתפות בקבוצת העמיתים עשויה לתרום באופן משמעותי לצוות הרב-מקצועי ותרומה זו באה לידי ביטוי בהיבטים שונים של העבודה. כדי להגביר את אפקטיביות הקבוצות במסגרת הייחודית של מכון להתפתחות הילד, יש לערוך התאמות במודל המקורי.

**מילות מפתח:** התפתחות הילד; קבוצות עמיתים; קבוצת בלינט; תקשורת רופא- מטופל; סביבת עבודה

## הקדמה

המכונים להתפתחות הילד הינם חלק מרכזי ממערך שירותי הבריאות בארץ אשר נותנים מענה רב-תחומי באבחון ובטיפול של ילדים עם איחורים וליקויים התפתחותיים מגוונים בגילאים הצעירים ביותר (בעיקר מלידה עד גיל 6). מכונים אלה מתאפיינים בעבודה של צוות רב-מקצועי, רפואי ופארא-רפואי, שכולל ניורולוגים-התפתחותיים, פיזיותרפיסטים, קלינאי תקשורת, מרפאים בעיסוק, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים קליניים ומזכירות רפואיות. צוות זה עובד בשיתוף ובתיאום כדי לתת מענה כוללני ומשולב בכל תחומי ההתפתחות: רפואי, מוטורי, שפתי, פסיכולוגי וסוציאלי. אנשי הצוות נחשפים מדי יום לילדים צעירים הסובלים, בין השאר, מהפרעות וליקויים התפתחותיים חמורים, כגון אוטיזם, שיתוק מוחין, פיגור שכלי ותסמונות גנטיות שונות.

בשל כך, העבודה במכון דורשת התמודדות תכופה עם מצבים רגשיים מורכבים. תהליך האבחון, מסירת האבחנה, ליווי המשפחות שקיבלו אבחנה קשה וטיפול בילד הפגוע מצריכים רגישות מירבית [1]. המטפלים נפגשים עם הורים המגיבים בצורות מגוונות לתהליכים אלו: חרדה, דאגה, אדישות, ניתוק, תובענות, כעס ורגשות אשמה. לצד ההתייחסות להורים, העבודה הישירה עם תינוקות וילדים צעירים נוטה לעורר במטפלים תחושות חזקות של חמלה, הזדהות ואמפתיה. "פנטזיית ההצלה" [2] נוכחת מאד בחדר הטיפול ולעתים העמדה המקצועית של המטפל מתנגשת עם עמדות והתנהגויות של ההורים. יתרה מכך, חלק ניכר מהמטפלים הינם הורים בעצמם ותהליכי ההזדהות עלולים לגלוש למעורבות יתר ולמעמסה רגשית. ישנם מקרים בהם הפגיעות הקשה של הילדים והקושי לקדם מעוררים רגשות של חוסר אונים, לחץ וכאב. חשיפה מתמשכת לסביבת עבודה מעין זו עלולה לפגוע ברווחתו הפסיכולוגית של הצוות ולהוביל לשחיקה, שתסמיניה כוללים עייפות פיזית ותשישות רגשית, התייחסות מכנית אל המטופל (כאל חפץ) ותחושות כישלון וחוסר מסוגלות [3,4]. במצבים אלה, מוכרת גם תופעת ה-"תשישות עקב חמלה יתרה" [5], שסימניה דומים לסימני השחיקה, אולם מתלווה אליהם מרכיב רגשי, אשר מקבל ביטויים מילוליים כגון: "אין לי יותר כוח", "לא נשאר לי מה לתת", "אני מרגיש מותש רגשית", "התרוקנתי- אני ריק וללא אנרגיה". במכון להתפתחות הילד ברחובות, של קופ"ח מאוחדת, הצוות הפסיכו-סוציאלי חיפש דרך לקדם את יכולות ההתמודדות הרגשית של כלל העובדים עם תופעות אופייניות אלה. בעבר, אנשי צוות רבים נהגו לפנות באופן פרטני לצוות הסוציאלי על מנת לקבל תמיכה והדרכה סביב מטופלים ובני משפחה מאתגרים. פניות אלה לוו לעתים בסערה רגשית ובמקרים רבים דווח על קושי להישאר לבד עם הדאגה, האחריות והמעמסה הרגשית. לדוגמא, מטפלים התקשו להתמודד עם הורים אשר הפנו כלפיהם ביטויים של כעס, תוקפנות ותובענות; או לחילופין, הורים שאינם מבינים, או מכחישים, את חומרת מצבו של הילד ונמנעים מלהגיע לטיפולים. על מנת לסייע לצוות, מנהל

המכון וראשי הצוותים החליטו, בתחילה, להזמין הדרכה חיצונית של פסיכולוגית. הדרכה זו ניתנה באופן קבוצתי (כ-20 איש בזמנו), בגישה פסיכו-דינמית, תוך העמקה בקשיים האישיים של איש הצוות, אשר הציג מקרה באותו מפגש. מצאנו שאנשי הצוות התקשו מאד עם ההתמקדות בנושאים אישיים רגישים ועם רמת החשיפה הגבוהה מול יתר החברים. כמו כן, למכונים להתפתחות הילד, על פי רוב, אין תקציב ייעודי להדרכה משותפת לכלל הצוות. נוכח מצב זה, חיפשנו פתרון אחר, שיאפשר תהליך קבוצתי, שיאפשר עבודה בהתאם לקצב ורמת החשיפה הנכונים לכל אחד ושניתן ליישם תוך הישענות על כוח אדם פנימי. לאחר חשיבה ולמידה, הוחלט ליזום ניסיון להתאים אלינו יישום של קבוצות עמיתים על פי מודל ההתערבות של מייקל בלינט [6]. מודל זה נועד במקור לעבודה עם רופאים ונמצא בשימוש נפוץ בארץ בהכשרת רופאי משפחה ולאחרונה גם בעבודה השוטפת של אנשי צוות רפואיים בבתי חולים [7].

"קבוצות בלינט" הינן קבוצות דיון ותמיכה המתמקדות ביחסי מטפל-מטופל. מטרתן לשפר את "היכולת הרפלקטיבית" של המטפל [8], שהיא היכולת להבין את ההתנהגויות של עצמו ושל אחרים במונחים של מצבים מנטליים (מחשבות, רגשות, כוונות, מוטיבציות ואמונות). יכולת זו היא המאפשרת לנו לתת משמעות ופירוש להתנהגותם של אחרים ושלנו. קבוצה טיפוסית מונה בין 4-12 משתתפים, שעל פי רוב אינם עובדים יחד באותו מקום, ומונחית על ידי איש בריאות נפש ורופא משפחה. מחקרים מצאו שקבוצות אלה מסייעות למשתתפים לפתח מודעות עצמית גבוהה יותר לתהליכים שעוברים עליהם מול מטופליהם [9,10]. הקבוצות תורמות גם להבנת עולמם הפסיכולוגי של המטופלים ומשפרות מיומנויות בין-אישיות [11]. הרופאים לומדים להקשיב לנרטיב של המטופל ולא רק לפרטים המופיעים באנמנזה המסורתית [12,13] עוד נמצא שקבוצות בלינט מסייעות במניעת שחיקה של הרופאים: הן מעצימות את חייהם המקצועיים, מגבירות יוזמה ומסייעות בהתמודדות עם מצבים של חוסר ודאות וחוסר אונים [14,15].

ביישום שלנו של קבוצות בלינט במכון להתפתחות הילד יש מספר מאפיינים ייחודיים. בשונה מקבוצות בלינט של רופאים, הקבוצות במכון שלנו הורכבו מאנשי מקצוע מגוונים שעובדים כולם באותו מקום ולעתים אף עובדים בצמידות סביב מטופלים משותפים. בעוד שקבוצות הרופאים נערכות בדרך כלל מחוץ לשעות העבודה ולמקום העבודה, הפגישות שלנו נערכות במכון, מדי שבועיים, באמצע יום העבודה, בשעת צהריים, תוך שגרת העבודה הלחוצה. בשל עומס העבודה הוקצתה שעה אחת בלבד לכך, ולא שעה וחצי כמקובל. בנוסף, לאחר התלבטות, אף הוחלט לכלול את מנהלי המכון (הרפואי והאדמיניסטרטיבי). למרות החשש שהיררכיית התפקידים עלולה להשפיע על פתיחות המשתתפים, מנהל המכון ראה חשיבות יתרה בשיתופם כאנשי צוות המתמודדים עם אותם אתגרים וסוגיות ויכולים להפיק תועלת כיתר חברי הקבוצה. בעוד שקבוצות בלינט מונחות בדרך כלל על ידי שני מנחים, רופא ואיש בריאות הנפש, הקבוצות שלנו מונחות על ידי מנחה אחד מעובדי המכון, עובד סוציאלי או פסיכולוג. חלק ממשותפי הקבוצה מכירים את המטופל המוצג, ועל כן השיחה מועשרת בזוויות ראייה נוספות ומובילה לעתים לבדיקה עצמית של יותר ממטפל אחד. יש לציין שצוות המכון חולק לשתי קבוצות העובדות במקביל.

הדיון בקבוצה מתחיל בהצגה של אחד המשתתפים, שמבקש התייעצות ביחס למקרה (ילד/הורים/משפחה) המעורר אצלו רגשות קשים או דאגה לשלום הילד. כדי למקד את הדיון, מציג המקרה ממלא מראש טופס מובנה, שמכין אותו לקראת המפגש ומשמש רק אותו, בו הוא מפרט את הסיבות לבחירת המקרה והשפעתו הרגשית עליו. לאחר ההצגה, איש הצוות זז אחורנית ומקשיב ליתר משתתפי הקבוצה אשר דנים במקרה ומעלים אסוציאציות, מחשבות ורגשות מהניסיון שלהם. תפקיד המנחה הינו להגן על המציג מפני התקפות או חדירה לפרטיות ולמקד את הדיון בהבהרת האלמנטים הפסיכולוגיים במקרה הספציפי ובזיהוי סוגיות אופייניות המתעוררות בקרב אנשי צוות במפגש עם משפחות שעוברות תהליכים דומים. השאיפה היא להימנע ממתן פתרונות מעשיים ולהתמקד ביחסים שבין המטפל למטופל. לקראת סוף המפגש, "חוזר" המציג לקבוצה ומתייחס לתרומה שהפיק מן הדיון.

להלן דוגמה מקבוצת עמיתים: קלינאית תקשורת הציגה קושי לטפל בפעוט בן שנתיים עם קשיי תקשורת. הפעוט טרם קיבל אבחנה בשל חילוקי דעות בצוות, האם מדובר באוטיזם או בהפרעת התקשורת (Attachment Disorder). הפעוט נמצא בטיפול כבד מספר חודשים ולמרות זאת אינו מראה כל הכרה בה כדמות שמשמעותית עבורו; הוא אינו שמח לקראת המפגשים עימה, הבעות פניו קפואות ואינן משתנות בזמן הטיפול ולרוב מחפש לצאת מחדר הטיפול במהירות. המטפלת מתקשה להתמודד עם המשך חוסר התגובתיות וההיענות שלו. היא ביטאה רגשות של עייפות וייאוש אבל בעיקר מוטרדת מכך, שבדומה אליו, היא עצמה אינה שמחה לקראת הגעתו לטיפול ומרגישה חוסר הנאה. המטפלת נשאלה אם מדובר בחוסר הנאה או בחוסר הנעה? היא הודתה שמדובר בשניהם.

בשלב זה המשתתפים נתבקשו לשתף באסוציאציות, מחשבות וחוויות שלהם, שקשורים למקרה זה. אחת המשתתפות בטאה הזדהות רבה וסיפרה על תינוק שבטיפול שאינו מגיב אליה כלל: "כבר אין לי כוח יותר. לפעמים אני שואלת בשביל מה זה טוב? שבוע אחרי שבוע... כל כך מעט התקדמות... חבל על הזמן שלי ושל ההורים". משתתפת אחרת דיברה על רגשות האשמה שעולים בה כשאינה מרגישה התחברות רגשית לילד שמטפלת בו. "אם אני לא מוצאת דרך להתחבר רגשית לילד, ולא משנה מה אבחנתו, אני בבעיה. לא נעים לי להודות אבל הקושי הוא לא רק עם אוטיסטים. לפעמים קשה לי להתחבר בשל המראה של הילד או רמתו הקוגניטיבית הנמוכה. אני יודעת שמן הראוי להעביר את הטיפול לאדם אחר, אבל אני לא מסוגלת לעשות זאת להורים. הם אינם יכולים להחליף ילד...".

משתתפת נוספת, שהינה בעצמה אם לילד אוטיסט בוגר, אמרה במבוכה: "כן, ספרו לי על זה... זה קשה אבל מוכרחים למצוא את הטוב... חשבתי עכשיו על תחילת הדרך שלי, ועל כמה זה קשה להורים. בכל מצב אתה מרגיש אשם... מה לא עשיתי נכון? למה אינו מחייך אליי או נרגע על הידיים שלי? למה הוא כזה בכיין וחסר שקט?... אילו רק ידעו כמה גם לנו קשה להתחבר...". בעזרת המנחה,

המשתתפים ממשיכים לדבר על הלגיטימיות של הבעת רגשות דחייה, ייאוש ועייפות, כמו גם הבקשה להעביר את הטיפול למטפל אחר כשמרגישים מרוקנים. בסיכום, המשתתפת הודתה לקבוצה על האפשרות לפרוק את תסכולה ולשתף ברגשות האשמה שחשה בשל חוסר יכולתה להתחבר לילד זה. היא מצאה שעצם הדיבור וההתחלקות עם מטפלים שחווים דברים דומים מטעין אותה בכוחות מחודשים. בחלוף שבועיים המטפלת דיווחה שחיכתה בציפייה לבואו של הפעוט, ובהגיעו לחדרה אמרה לעצמה "עכשיו אני הולכת להנות מפגישה זו!". למרות שלא היתה בטוחה שהיה שינוי כלשהו בהתנהלותו של הפעוט, היא עצמה חשה מוטיבציה והנאה רבה יותר.

### **מטרות**

לאחר שבע שנות התנסות עם קבוצות העמיתים, הוחלט לערוך מחקר שיבחן את תרומתן לצוות העובדים ויזהה את נקודות החוזק והחולשה ביישום התערבות זו, בהקשר הייחודי של מכון להתפתחות הילד.

### **שיטות מחקר**

**מתודולוגיה.** המחקר התבסס על סקר שהועבר בקרב עובדי המכון.

**משתתפים:** במחקר השתתפו כל צוות המכון להתפתחות הילד ברחובות של קופ"ח מאוחדת, אשר לקחו חלק בקבוצות העמיתים בשנתיים הקודמות, כולל עובדים לשעבר או עובדים בחופשה, וביניהם רופאים, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים, פיזיותרפיסטים, קלינאיות תקשורת, מרפאות בעיסוק ומזכירות רפואיות. המדגם כלל 34 איש, מתוכם השיבו 31 (שיעור ההשבה = 91%).

**הליך.** שאלון אינטרנטי הוכן בפורמט של GOOGLE FORMS וקישור אליו נשלח לכל חברי הצוות בדוא"ל, יחד עם מכתב מלווה שהציג את מטרות המחקר, הבטיח אנונימיות וסודיות וביקש את הסכמתם להשתתף. **כלי המחקר.** השאלון התבסס על כלי ששימש בעבר לבחינת קבוצות בלינט [16] אשר הותאם על ידינו להקשר הנוכחי. בשאלון 30 היגדים המתייחסים לתרומות אפשריות שונות של הקבוצה בתחומים שונים (כגון, תמיכה חברתית, לכידות הצוות, למידה, מודעות עצמית ויחסי מטפל-מטופל) ולאיכות היישום (אווירה בקבוצה, הנחיה וכו'). כל משיב התבקש להעריך עד כמה כל היגד נכון לגביו בסולם בן 5 נקודות מ-"בכלל לא" עד "במידה רבה מאוד". בנוסף נתבקשו להעריך את תרומתה הכוללת של הקבוצה בסולם מ-1 עד 10.

### **ממצאים**

**איכות היישום.** כפי שניתן ללמוד מלוח 1, המשתתפים דיווחו על רמה גבוהה של שביעות רצון ביחס לאווירה בקבוצות, שאופיינה כמכבדת ורצינית, ללא פגיעה באחר וסובלנית לדעות שונות. הדיונים תוארו כממוקדים כמעט תמיד ביחסי מטפל-מטופל (בהלימה עם מטרות הקבוצות). העיסוק בפתרונות מעשיים דווח אף הוא, אך בשכיחות

נמוכה יותר. לעומת זאת, כמעט ולא דווח על ניצול לרעה של זמן הקבוצה לצורך "הוצאת קיטור". מנחות הקבוצות תוארו כתורמות לאווירת הביטחון והמוגנות, לרצינות הדיונים וכן להבהרת סוגיות פסיכולוגיות חשובות. לצד כל זה, ובאופן בלתי צפוי, מעל לשליש מהמשתתפים דיווחו שאינם סומכים על חבריהם, שישמרו על סודיות הדברים הנאמרים במסגרת הקבוצה.

**תרומת הקבוצות.** ניתוח הממצאים העלה שהרוב המכריע של המשתתפים דיווח על תרומה אישית משמעותית של קבוצת העמיתים: 87% מהם סימנו אחד מארבעת הציונים הגבוהים (7 ומעלה) בסולם בן 10 הנקודות. נראה שתרומה זו באה לידי ביטוי בהיבטים שונים של העבודה: עיון בלוח 2 מלמד שמרבית אנשי הצוות חווים את קבוצת העמיתים כמקום בו איש הצוות זוכה להבנה של הקשיים איתם הוא מתמודד ולהתחלקות בדאגה שלו ביחס למטופלים. אין זה מפתיע, אם כן, שמרבית המשתתפים אף דיווחו שהקבוצה מגבירה את תחושת השייכות שלהם לצוות המכון. בנוסף, מרבית המשתתפים תופסים את הקבוצה כמקום בו הם מפתחים מודעות עצמית ויכולת רפלקטיבית גבוהה יותר. עם זאת, נראה שההשפעות הנתפסות של קבוצת העמיתים היו נמוכות יותר בהפחתת העומס הרגשי ובשיפור היכולות להתמודד הלכה למעשה עם מטופלים מאתגרים.

## דיון

סקירת הספרות שלנו העלתה כי קיים עיסוק רב בקשיים האופייניים למטפלים בילדים בעלי מוגבלויות ועיכובים התפתחותיים ובמשפחותיהם, ובהשפעות ארוכות הטווח של החשיפה לקשיים אלה בקרב אנשי המקצוע [17-19]. עם זאת, מצאנו רק התייחסות מועטה להתערבויות, שעשויות להקל על ההתמודדות השוטפת עם תופעות אלה. מחקרנו זה בחן את היישום וההשפעות של התערבות המתייחסת למטרה זו: קבוצת עמותים, על פי המודל של בלינט. עד כה, מודל זה יושם בעיקר בקרב רופאי משפחה וצוותים רפואיים במחלקות בתי חולים, ועד כמה שידוע לנו, זהו ניסיון ראשון ליישמו במסגרת של מכון להתפתחות הילד, בהשתתפות צוות רב-מקצועי, שכולל אנשי מקצוע רפואיים ופרא-רפואיים, יחד עם אנשי מנהלה.

**יישום ההתערבות.** הניסיון שלנו, יחד עם ממצאי המחקר, מלמדים כי יש בכוחן של קבוצות העמיתים להציע פיתרון שמותאם להקשר הייחודי של מכונים להתפתחות הילד, אשר מפגישים צוותים הטרוגניים עם מצבים מורכבים רגשית. קבוצות אלו מהוות פתרון יעיל וחסכוני, מאחר שהן משתלבות בסדר היום השוטף ונשענות על כוח אדם פנימי (הצוות הפסיכו-סוציאלי). במכון שלנו לא מצאנו קושי בשבע השנים האחרונות להפעיל קבוצות עמיתים בהן משתתפים חברים ממקצועות שונים ובעלי רמות ותק מגוונות. מצאנו שניתן לשלב אנשי צוות ממקצועות שונים בקבוצות העמיתים ושהבדלי המקצוע אינם מפריעים ואף מעשירים את הדיון. אמנם למשתתפים בקבוצות שלנו אין רקע מקצועי משותף, כפי שיש בקבוצות בלינט המקוריות, אך, עם זאת למשתתפים שלנו מכנים משותפים אחרים, כגון התמודדות משותפת עם אותן סוגיות, אותם אתגרים רגשיים ובין-אישיים, ולעתים גם אותם מטופלים. עם זאת, יש לציין שהמכון שלנו מתאפיין ביחסי אנוש טובים בין חברי הצוות וברמת לכידות

גבוהה. בנסיבות אלו, ניתן לשאול, עד כמה יחסים טובים בתוך הצוות מהווים תוצאה של התערבות זו או שמא תנאי מוקדם להצלחה?

לצד הדיווח על רמה גבוהה של שביעות הרצון ותרומה ניכרת של קבוצות העמיתים במגוון תחומים, מצאנו, בניגוד לצפוי, כי רק כמחצית מהמשיבים דיווחו על הפחתה משמעותית בעומס הרגשי שלהם בעבודה כתוצאה מהשתתפות בקבוצות העמיתים. ניתן, אולי, להסביר ממצא זה בתנאים היחודיים של הקבוצות שלנו. הפגישות מתקיימות, כאמור, במקום העבודה, באמצע יום העבודה ולמשך זמן קצר יותר מהנהוג במודל המקורי (שעה במקום שעה וחצי). הצורך במעבר מהיר מהתמודדות מעשית עם אבחונים וטיפוליים לקבוצה שמצריכה התנתקות והתחברות לעולם רגשי אינו פשוט. יתכן שתנאים אלו מקשים על הפחתת העומס הרגשי. על כן, אנו מציעים לשקול קיום המפגשים בתחילת היום, לפני שהצוות נשאב לתוך שגרת העבודה.

שאלה נוספת שעוררו הממצאים נוגעת לשמירת סודיות. מיעוט ניכר מהמשיבים לסקר דיווחו שאינם סומכים על חברי הקבוצה שישמרו על סודיות הדברים הנאמרים במפגשים (יש לזכור, כי במכון שלנו מתקיימות שתי קבוצות נפרדות). ממצא זה מצביע על אתגר משמעותי בהיבט אחד של היישום. בשונה מקבוצות רופאים, שלרוב מנותקות ממקום העבודה של המשתתפים (נפגשות מחוץ לשעות העבודה ומורכבות מאנשי צוות שאינם עובדים באותו מקום), הקבוצות שלנו משולבות בחיי המכון ובמרקם היחסים החברתיים של אנשי הצוות. נראה, כי בנסיבות אלה, קיימת רגישות גדולה במיוחד בכל הנוגע לשמירה על סודיות ולכן נושא זה מחייב התייחסות מעבר לנהוג בקבוצות אלה בדרך כלל. יתכן, שלא הובהרו דיים חוקי הקבוצה והגבולות הנדרשים. אנו ממליצים להקדיש יותר זמן לחידוד סוגיה זו בעתיד.

### סיכום

קבוצת עמיתים, בהקשר הייחודי של מכונים להתפתחות הילד, עשויה להוות מודל התערבות יעיל להתמודדות עם מצבים רגשיים מורכבים. ההשתתפות של כלל אנשי הצוות, שלהם רקע מקצועי שונה ורמות משתנות של הכשרה בתחום הפסיכולוגי, לא רק תורם לעבודה הישירה עם המטופלים, אלא אף עשוי לתרום לכידות הצוות ולמניעת שחיקה. יש מקום לשקול מיסוד של קבוצות מעין אלו בעבודה השוטפת של מכונים להתפתחות הילד תוך הקצאת המשאבים הנדרשים.



**לוח 1: הערכת היישום**

<b>א. האווירה בקבוצות</b>	
94%	יש לי מקום ואפשרות להביע את עצמי בקבוצה
<b>ב. איכות ההנחיה</b>	
94%	המנחה שלנו תורמת ליצירת אווירה מכבדת בין חברי הקבוצה
94%	המנחה שלנו מייצרת תנאים טובים לקיום דיון רציני בקבוצה
87%	המנחה שלנו מסייעת בהבנת הסוגיות המרכזיות שבבסיס המקרים המובאים לדיון
<b>ג. תכנים</b>	
94%	בקבוצה שלנו הדיונים עוסקים בעיקר ביחסים שבין איש הצוות למטופל
58%	הדיונים בקבוצה עוסקים במתן עצות מעשיות למציג המקרה
16%	בקבוצה שלנו עוסקים הרבה ב"הוצאת קיטור"
<b>ד. מוגנות וביטחון</b>	
94%	חברי הקבוצה מכבדים את נקודת המבט שלי
77%	אני מרגיש/ה בטוח/ה ומוגן/ת בקבוצה
20%	לעתים אני חושש/ת מתגובות חברי הקבוצה לדברים שאני מעלה
61%	אני סומך/ת על חברי הקבוצה שישמרו על סודיות הדברים הנאמרים במפגשים
100%	חברי הקבוצה נמנעים מפגיעה בחברים האחרים
<b>ה. שביעות רצון</b>	
71%	חשוב לי להשתתף באופן עקבי במפגשי הקבוצה
58%	אני מצפה בעניין למפגשי הקבוצה
55%	הקבוצה מהווה נקודת אור בעבודה שלי

**לוח 2: אחוז המשיבים שדיווחו על תרומה משמעותית של קבוצת העמיתים בתחומים שונים**

<b>א. תרומה כוללת</b>	
87%	בראייה כוללת, עד כמה את/ה חש/ה שהשתתפות בקבוצה תורמת לך?
<b>ב. תמיכה חברתית</b>	
84%	בקבוצה מבינים את הקשיים שאני מתמודד איתם בעבודה
78%	בקבוצה אני מרגיש/ה שיש עוד אנשים שאכפת להם ממצב המטופלים שלי
65%	אני מקבל/ת תמיכה מחברי הקבוצה
<b>ג. פיתוח יכולת רפלקטיבית</b>	
81%	ההשתתפות בקבוצה עוזרת לי להתבונן על עצמי בעבודה עם מטופלים ופונים מאתגרים
81%	אני לומד/ת מהמקרים המובאים לדיון
68%	ההשתתפות בקבוצה עוזרת לי לזהות את הרגישויות שלי בעבודה עם מטופלים
<b>ד. שייכות לצוות</b>	
78%	ההשתתפות בקבוצה תורמת לתחושת השייכות שלי לצוות המכון
61%	הקבוצה עוזרת לי להרגיש טוב יותר בתוך צוות המכון
<b>ה. הפחתת עומס רגשי</b>	
58%	ההשתתפות בקבוצה מקלה על העומס הרגשי שלי בעבודה
55%	הקבוצה עוזרת לי להתמודד טוב יותר במצבים של חוסר אונים
<b>ו. שיפור יחסי מטפל-מטופל</b>	
61%	ההשתתפות בקבוצה עוזרת לי להתמודד טוב יותר עם הרגישויות שלי בעבודה
55%	הקבוצה עוזרת לי להתייחס אל המטופלים/הפונים ביתר הבנה ואמפתיה
48%	הקבוצה עוזרת לי להבין טוב יותר את המטופלים שמגיעים אליי
42%	ההשתתפות בקבוצה תורמת לשיפור היחסים שלי עם מטופלים

## ביבליוגרפיה

1. לביא א', ורוזנברג י'. דיווח על לקות התפתחותית קשה במכון להתפתחות הילד : מה הורים רוצים. "הרפואה", 2005, כרך 144, חוב' ה'.
2. *Malawista K, Rescue fantasies in child therapy: Countertransference/ Transference enactments. Child and Adolescent Social Work Journal, 2004; 21(4): 373-386.*
3. *Fredenberger HJ, The staff burnout syndrome. Journal of Social Issues, 1974; 30: 159-164.*
4. *Maslach C, Burned-out. Human Behaviour, 1976; 5: 16-22.*
5. *Figley CR, Compassion Fatigue: An introduction. Green Cross, 2001.*
6. *Balint M, The doctor, the patient and his illness. London: Pitman, 1957.*
7. שיבר א', נדב מ', כהן נ', זלוטניק מ', רבין ס', שורר י'. קבוצות בלינט – כלי למניעת שחיקה ולשיפור קשר מטפל-מטופל בבית חולים כללי: ניסיון המרכז הרפואי סורוקה. הרפואה, 2016, כרך 155, חוב' 2: 115-118.
8. *Fonagy P & Target M, Playing with reality: Theory of mind and the normal development of psychic reality. The International Journal of Psychoanalysis. 1996; 77: 217-233.*
9. *Rabin S, Matalon A, Maoz B, and Shiber A, Keeping doctors healthy: a salutogenic perspective. Families, Systems and Health 2005; 23: 94-102.*
10. *Maoz B, Rabinowitz S, Herz M, Katz C, Doctors and their feelings: Pharmacology of medical caring. New York: Praeger Press, 1992.*
11. *Samuel O, How doctors learn in a Balint group. Family Practice 1989; 6: 108-13.*
12. *Rabin S, Maoz B, Elta-Alster G, Doctor's narratives in Balint groups. British Journal of Medical Psychology, 1999; 72: 121-5.*
13. *Shorer Y, Rabin S, Maoz B, Nadav M, Shiber A. Empowering doctors in Balint groups. Balint Journal (Germany) 2007; 8: 122-6.*
14. *Kjeldmand D, Holmstrom I, Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. Annals of family medicine, 2008, 6: 138-45.*
15. רבין ס, מעוז ב, שורר י, מטלון א. משיב הרוח: יצירתיות התלהבות ומניעת שחיקה במקצועות הרפואה. הוצאת רמות, אוניברסיטת תל-אביב.
16. *Johnson A, Nease D, Milberg L, Addison R, Essential characteristics of effective Balint group leadership. Family Medicine, 2004; 36(4): 253-9.*
17. *Adams R, Boscavino J, Figley CR, Compassion fatigue and psychological distress among social workers: a validation study. Amer.J. Orthopsychiatry, 2006; 76: 103-108.*
18. פלורסהיים ד, סבל, "עייפות החמלה", נחמה ותקווה. פסיכולוגיה עברית, 2014.

19. *Smith RG*, **Burnout in paraprofessionals working with individuals with disabilities. ETD Collection for Tennessee State University. 2009.**

# PEER GROUPS TO ENHANCE THE COPING OF CHILD DEVELOPMENT CENTER STAFF IN EMOTIONALLY-LADEN SITUATIONS

Elana Lavi [1], Mark Waysman [2], Oshrat Talias [1]

[1] Child development Clinic, Kupat Cholim Meuhedet, Rechovot

[2] Psychologist, Independent

## Abstract

**Introduction:** The staff of child development clinics meet young children with severe developmental disorders on a daily basis. The diagnostic process, sharing the diagnosis with the parents, and the subsequent treatment of the handicapped child often evoke strong feelings of compassion, identification and empathy among staff, along with feelings of hopelessness, stress and pain. In these emotionally-laden circumstances, they also meet with parents who may respond in a variety of ways to their child's condition: feelings of anxiety, apathy, anger and guilt. Continuous exposure to this environment may be detrimental to staff and could lead to professional burnout.

In our clinic, the psychosocial team looked for a way to improve the staff's capacity to cope with these situations and decided to establish multi-disciplinary peer groups (according to the Balint model) that each include a mix of doctors, physiotherapists, speech and occupational therapists, psychologists, social workers and medical secretaries.

**Purpose:** After seven years of experience, we conducted a study to examine the perceived contribution of these peer groups to staff and their strengths and weaknesses within the specific context of a child development clinic.

**Method:** A survey was administered to all staff members who participated in the peer groups during the previous two years.

**Findings:** The vast majority of participants reported a significant personal contribution: the groups are seen as a place where the difficulties are shared and understood, where participants are seen to care about each other's patients, and where one develops greater self-awareness and reflectivity. The impact on reducing staff's emotional load and on improving the ability to deal with challenging patients was found to be weaker, but still significant.

**Conclusions:** Peer groups can significantly contribute to the welfare of professional staff in child development settings and this contribution is reflected in various aspects of their professional work. Adjustments should be made to the original Balint model so as to increase its effectiveness in this context.

**Key Words:** child development; peer groups; Balint groups; doctor-patient communication; work environment