

מבוא – מחלת הכאב הכרוני

מדיכאון (Neville, Peleg, Singer, Sherf, & Shvartzman, 2008).

על פי האגודה הבין-לאומית לחקר הכאב, כאב מוגדר כחוויה תחושתית ורגשית בלתי נעימה הקשורה לנוק ממשי או פוטנציאלי לרקמות או כחוויה המתוארת במונחים אלה ("Definitions of Chronic Pain Syndromes - IASP," n.d.). כאב כרוני מוגדר ככאב הנמשך יותר מ-3 חודשים או כאב הנמשך מעבר לטווח הריפוי המצופה (Turk & Okifuji, 2001). הכאב מוכר ומוכן כחוויה תפיסתית מורכבת המושפעת מטווח של גורמים פסיכו-סוציאליים ובכללם רגשות, הקשרים סביבתיים וחברתיים, תרבות, משמעות הכאב בעבור האדם, האמונות והערכים של האדם, עמדותיו וציפיותיו, יחד עם הגורמים הביולוגיים (Lacerte & Shah, 2003).

על פי האגודה הישראלית לכאב, כאב כרוני הינו כאב מתמשך המלווה בתחושה של דיכאון ואם אינו משתפר עלול להוביל להידרדרות נפשית ותפקודית (דולברג, ח"ת). לעומת כאב אקוטי, הכאב הכרוני כבר אינו משמש כאות אזהרה ואינו קשור לאירוע שגרם לכאב. עוצמת הכאב אינה תואמת עוד לאירוע ההתחלתי והכאב הכרוני הופך למחלה ולאטגר טיפולי מיוחד. לכאב הכרוני טווח רחב של השלכות שליליות, לא רק על האדם הסובל ממנו, אלא גם על המשפחה והחברה. הנכות ואובדן ימי העבודה בעקבות הכאב הכרוני, כרוכים בעלות ניכרת לחברה (וולפסון, 2011). בעקבות המלצות האגודה הבין-לאומית לחקר הכאב, על בסיס מחקרים עדכניים והגישה הביו-פסיכוסוציאלית, החליט ארגון הבריאות העולמי להכניס את הכאב הכרוני, בפעם הראשונה, לקלסיפיקציה הבין-לאומית של המחלות (ICD-11), שתתפרסם במאי 2019 (Chronic Pain has arrived in the ICD-11 - IASP," n.d.).

כאב כרוני נחשב בעבר כתסמין (סימפטום) של מחלה, כאשר הסיבה לכאב ולא הכאב עצמו עמדה במרכז הגישה הטיפולית. המחשבה המובילה הייתה שכשהמחלה תעבור, גם הכאב יעבור. בשל שכיחותו והשלכותיו הוכר הכאב הכרוני כמחלה הדורשת טיפול על ידי אנשי מקצוע עם התמחות בכאב כרוני ובמסגרות טיפוליות ושיקומיות רב-תחומיות שונות, המציעות מגוון טיפולים, ובהן מרפאות כאב ("Definitions of Chronic Pain Syndromes - IASP," n.d.).

מחקרים אפידמיולוגיים בתחום זה מעידים על תופעה שכיחה מאוד. בסקר אירופי שנערך ב-2003 ובו השתתפו 40,000 איש ב-16 מדינות שונות באירופה, ובכללן ישראל, נמצא כי 19% מכלל האוכלוסייה – 75 מיליון איש – סובלים מכאב כרוני, במשך 6 חודשים לפחות ובעוצמה בינונית ומעלה. עוד נמצא בסקר זה כי אנשים סובלים מכאב כרוני בממוצע למשך 7 שנים וכל אדם חמישי סובל מכאב כרוני יותר מ-20 שנים. שלישי מן הסובלים מדווחים על כאב כרוני תמידי, והסיבה השכיחה ביותר לכאב היא מחלות מפרקים 34% והאזור השכיח ביותר לכאב כ-50%, הוא הגב התחתון. כשני שלישים מן הסובלים הגדירו את כאבם כבלתי נסבל או קרוב לכך. כרבע מהם ציינו שיש ימים שבהם יעדיפו למות מאשר להמשיך לסבול מן הכאב. בסקר זה נמצאה שכיחות של 17% כאב כרוני בישראל (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006). בסקר אחר שנערך בישראל ב-2008 בקרב 3,739 בני אדם, נמצא כי 46% מתוכם סבלו מכאב כרוני. סקר זה מורה גם על השלכותיו של הכאב הכרוני ועל השפעתו על כל תחומי החיים. 25% מן הסובלים עזבו את מקום עבודתם ו-16% אובחנו כסובלים

וחושבים כי מאמר זה יכול לעודד ולסייע למרפאים בעיסוק להכיר את התרומה הייחודית שלנו בתחום זה, להשתלב במסגרות דומות ולתרום לרווחתם ולאיכות חייהם של אנשים עם כאב כרוני.

הטיפול באנשים עם כאב כרוני בריפוי בעיסוק

למרפאות בעיסוק יכולת משמעותית וכלים רבים לקידום ההשתתפות והחזרה לתפקוד של מטופלים עם כאב כרוני והן חלק חיוני בכל תוכנית ומסגרת לטיפול או לשיקום כאב כרוני (Living Life "To Its Fullest™," n.d.). כמה מחקרים שבהם הריפוי בעיסוק היה חלק מצוות השיקום הרב-תחומי הראו תוצאות טובות באשר לחזרה לעבודה ולירידה בכאב לאורך זמן (Bosy, Etlin, Corey, & Lee, 2010; Norrefalk, Linder, Ekholm, & Borg, 2007). קווים מנחים מבוססי ראיות המתייחסים לשיקום אנשים עם תסמונת כאב כרוני, כוללים ריפוי בעיסוק בצוות הבין-תחומי העובד יחד כדי לסייע לאדם עם הכאב הכרוני לנהל את הכאב שלו (Sanders et al., 2005).

כבר שנים אנו עוסקים בכאב כרוני בתחומים שונים, ובשל שכיחותו הרבה סביר להניח שמרפאות בעיסוק רבות טיפלו באנשים הסובלים מכאב כרוני, גם אם לא הוגדר כך. מרפאות בעיסוק בקהילה ובבתי חולים פוגשות את הכאב הכרוני כשהן מטפלות בין היתר באנשים עם מחלות מפרקים, פיברומיאלגיה, אנשים עם C.R.P.S (Complex Regional Pain syndrome) או חשד ל-C.R.P.S, וכשהן נותנות ייעוץ ארגונומי לעמדות עבודה. מלבד זאת, בתחום בריאות הנפש מטפלות מרפאות בעיסוק באנשים עם כאב כרוני בנוסף להפרעה הפסיכיאטרית, שכן מצבים פסיכיאטריים שכיחים אצל אנשים הסובלים מכאב

המודל הביו-פסיכוסוציאלי, התופס את הכאב כתוצאה של יחסי גומלין דינמיים בין גורמים ביולוגיים, פסיכולוגיים וסוציאליים, התקבל באופן נרחב והוכח כנקודת המבט המתאימה ביותר להבנה ולטיפול בכאב הכרוני (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007). המורכבות וההשלכות הרחבות של הכאב הכרוני וההבנה שהכאב והמוגבלות נובעים לא רק מפתולוגיה סומטית, אלא גם מגורמים פסיכולוגיים וסוציאליים. הביאה להקמת מרכזים רב-תחומיים, כדי לאפשר גישה כוללת לכאב (Flor, Fydrich, & Turk, 1992). קווים מנחים עכשוויים, מבוססי ראיות, לשיקום אנשים עם תסמונת כאב כרוני, ממליצים על שיקום בין-תחומי מכוון מטרה, כדי לעודד ניהול עצמי (Sanders, Harden, & Vicente, 2005). המודל הביו-פסיכוסוציאלי והגישה הבין-תחומית (ובעבר רב-תחומית) נשענות על עדויות מחקריות מוצקות ביותר בטיפול בכאב כרוני מבחינת יעילות, עלות-תועלת ומניעת סיבוכים יאטרוגניים (סיבוכים הנובעים מן הטיפול הרפואי עצמו) (Interdisciplinary Chronic Pain - Management: International Perspectives - IASP," n.d.).

כמו בכל מחלה כרונית אחרת, הטיפול בו נמשך לאורך זמן. לרוב לא ניתן לרפא את הכאב הכרוני, לכן מטרות הטיפול הן ברוב המקרים הפחתת הכאב ושיפור התפקוד ואיכות החיים של המטופל. מטרות אלו הן מטרות הטיפול של צוות מכון כאב ברמב"ם, העובד על פי המודל הביו-פסיכוסוציאלי ובגישה הבין-תחומית. הצוות מתמודד עם האתגר שבטיפול באנשים עם כאב כרוני, יחד עם מרפאות בעיסוק כחלק אינטגרלי מן הצוות. שילוב זה אינו נחלתן של מרפאות כאב רבות, ואנשים רבים הסובלים מכאב כרוני אינם זוכים לטיפול בריפוי בעיסוק. אנו רואים חשיבות רבה בהעלאת המודעות לנושא

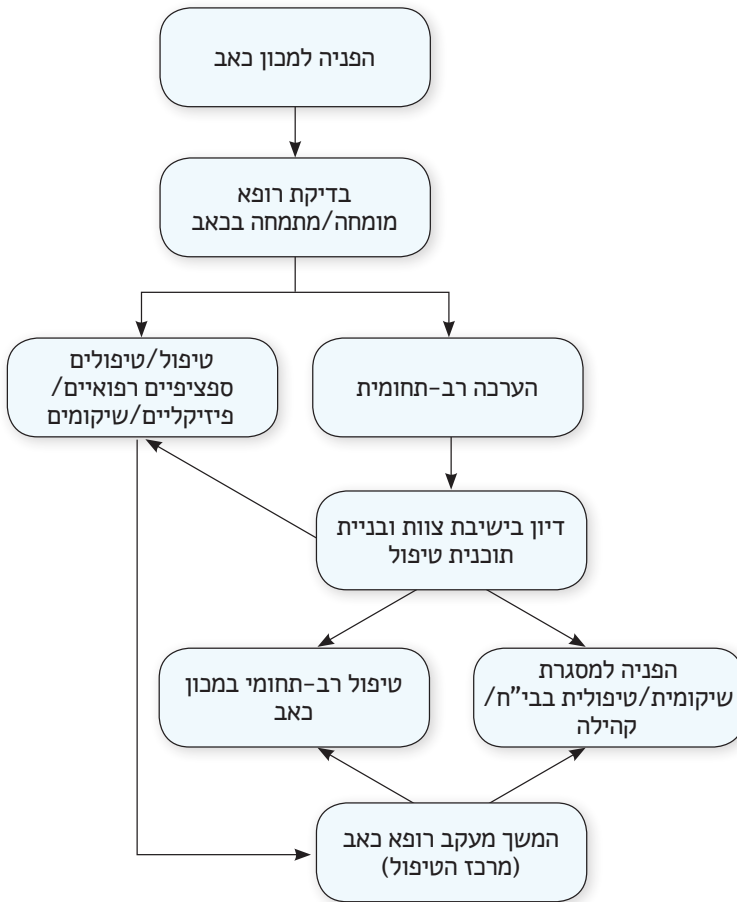
Driscoll & Baker,) M. Driscoll ו-Bakery (n.d.) את הצעדים שיש לנקוט כדי לשבור את מעגל הכאב. הצעדים המתוארים באים לידי ביטוי הן בעבודתנו והן בעבודה הרב-תחומית של הצוות במכון הכאב שבו אנו עובדים. הצעדים כוללים סיוע למטופל לקבל את הכאב. חשוב שהמטופל ידע שלא תמיד אפשר לרפא את הכאב וכי מטרת הטיפול היא להפחית כאב לרמה המאפשרת תפקוד. עידוד המטופל לקחת חלק פעיל בחייו, סיוע בקביעת סדר עדיפויות, סיוע בקביעת מטרות הניתנות להשגה ומאפשרות קבלת סיפוק בטווח הקצר ועידוד המטופל לתקשורת פתוחה עם הסביבה. המטרה לטווח הארוך היא השגת תפקוד מרבי.

במכון לרפואת כאב ברמב"ם, הנותן שירות אמבולטורי לאוכלוסיית האזור הסובלת מכאב כרוני, ריפוי בעיסוק הוא חלק אינטגרלי מן הצוות זה כ-20 שנים. מכון הכאב החל כמרפאת כאב של רופא יחיד לפני 39 שנים. כיום הוא מונה 50 אנשי צוות העובדים בנישה הביו-פסיכוסוציאלית והבין-תחומית. הצוות כולל רופאים (מומחים ומתמחים בכאב), פסיכיאטרית, אחיות, פיזיותרפיסטים, מרפאות בעיסוק, פסיכולוגים, עובדת סוציאלית, כירופרקטים, אוטו אופוטיים, מטפל בביופידבק, מטפל בהיפנוזה, מטפל בדיקור ואנשי מנהלה. דוגמה מובהקת ליישום הגישה הבין-תחומית במכון היא תהליך ההערכה של מטופלים מורכבים. בגישה הבין-תחומית, התהליך הדיאגנוסטי נעשה מורכב במידה ניכרת. על הרופא להיות מודע למספר רב של גורמים המעורבים ביצירת הכאב ולהכיר את הדיסציפלינות השונות. תהליך ההערכה הרב-תחומי, מאפשר העמקה והרחבה של תהליך הערכת המטופל וזורה אור על גורמים משמעותיים המסייעים ב"תפירת" תוכנית טיפול המותאמת לצורכי המטופל. המטופלים המופנים לסוג הערכה זה הם מטופלים

כרוני. באחד המחקרים בקרב אנשים הסובלים מכאב כרוני נמצא אצל 55% מהם דיכאון ובמחקר אחר נמצא אצל 64% מהם הפרעה פסיכיאטרית אחת או יותר הניתנת לאבחון, בהשוואה ל-15% באוכלוסייה הכללית (Bruns & Disorbio, 2005).

בטיפול בריפוי בעיסוק באנשים הסובלים מכאב כרוני, התערבות יעילה מספקת למטופל כלים לניהול עצמי, כדי לאפשר לו השתתפות ועצמאות מרבית. המטופל לומד איך לתפקד במגבלות הכאב דרך חינוך והדרכה. תפקיד המרפאה בעיסוק לעודד פתרון בעיות, לסייע בקביעת מטרות הניתנות להשגה ובבחירת פעילויות המותאמות למטופל, ולספק אסטרטגיות לניהול הכאב, כדי להשיג שליטה מסוימת בו. על המרפאה בעיסוק להתמקד במה שהמטופל יכול לעשות במקום בכאב. הריפוי בעיסוק שותף בלעזור לאדם לצאת ממעגל הכאב. הכאב הכרוני הוא מורכב וכולל כאב פיזי, קושי תפקודי ומצוקה רגשית. הכאב הפיזי גורם לפחד מתנועה ולהימנעות מתפקוד. ההימנעות גורמת לדיכאון, לחרדות ולתחושת אשמה. התנהגות לא מסתגלת זו מפחיתה עוד יותר את היוזמה לפעילות פיזית ותפקודית, מה שמביא לעיתים קרובות להחמרה בכאב הפיזי, עקב מתח שרירים ועקב היחלשות השרירים והירידה בכושר הגופני, הנגרמים כתוצאה משכיבה ממושכת במיטה או חוסר פעילות במשך זמן ממושך (deconditioning) (Gatchel et al., 2007). כתוצאה מכך נוצר מעגל כאב הרסני שבו הכאב הפיזי והמגבלות התפקודית מושפעים באופן ישיר מן היכולת של האדם להתמודד עם הכאב, לקבל את מצבו ולבנות תפיסה ריאלית של יכולותיו (Vowles, McCracken, & Eccleston, 2007).

במאמרם Breaking the cycle - o.t.'s role in chronic pain management N.A.



תרשים 1. הערכה וטיפול במכון לרפואת כאב – תרשים זרימה

נערכת חקירה מעמיקה של חוויית הכאב במובן הפסיכולוגי, בירור הציפיות של המטופל מן הטיפול והאופן הייחודי שבו הוא תופס את הכאב ואת הדרך לריפוי. הערכת העובדת הסוציאלית כוללת התייחסות לתהליכים ולשינויים פיזיים, רגשיים, משפחתיים, תעסוקתיים וחברתיים של המטופל. בהיבט התעסוקתי ניתנת התייחסות למקורות פרנסה, למיצוי זכויות ולקישור ותיאום מול גורמי

מורכבים, שבתהליך ההערכה הראשוני של הרופא מזוהה צורך בהערכה מעמיקה ורחבה יותר כדי להחליט על הגישה הטיפולית המתאימה ביותר. המטופל מגיע לסבב של הערכות על ידי אנשי צוות מתחומים שונים. נתאר אותן בקצרה:

ההערכה הפסיכולוגית נעשית על ידי פסיכולוג שיקומי/רפואי. לצד פגישת ההיכרות (האינטייק)

ובקושי ומידת התאמת הסביבה הפיזית והאנושית. הבירור של הגורמים המקלים או מחמירים כאב זורה אור על מידת המודעות של האדם לגורמים אלו מחד גיסא, ועל ההתייחסות וההתחשבות שלו בהם בחיי היום-יום מאידך גיסא. לדוגמה, שכיח למצוא מודעות סבירה לגורמים, ועם זאת התעלמות מהם או שימוש בהם בפועל, כך שאנשים ממשכים לבצע פעילות או תפקוד באופן המחמיר כאב. מן המידע על הכאב במשך היממה אפשר להבין גם כיצד משפיעים סדר היום והפעילות במהלכו על הכאב, על הופעתו, על תדירותו ועל עוצמתו. לדוגמה שכיח למצוא החמרה בעוצמת הכאב בערבים או בעקבות פעילות מאומצת או מסוימת, כשמדובר או מעורב כאב מוסקולו-סקלטלי. כמו כן, אנו מבקשים מן האדם לתאר יום בחייו. מתיאור זה ניתן ללמוד רבות על סדר היום, על דפוסי ביצוע ועל אופן ההתנהלות וההתמודדות עם הכאב. האם בביצוע העיסוק, בשגרה ובהרגלים של האדם מצויים מאפיינים של הימנעות מתנועה או מפעילות או מאפיינים של עשיית יתר למרות הכאב. כמו כן אפשר להתרשם ממידת ההשפעה שיש לכאב על חיי האדם וממידת השליטה שיש לאדם על הכאב, אם בכלל. במידת האפשר, חשוב לתצפת על ביצוע תפקודים בסיסיים ולהתרשם מאופן הביצוע ומפערים, אם יש, בין הביצוע לדיווח, להתנהגות כאב ולמצאי ההערכה. היבט נוסף שממנו אנו מנסות להתרשם במהלך ההערכה הוא האם ועד כמה המוגבלות בהשתתפות והקשיים בתפקוד נובעים ממוגבלות פיזית או ממצבו הנפשי של המטופל. על אף שאינם ניתנים להפרדה בהסתכלות הכוללת על האדם, עדיין לעיתים המיקוד יכול לסייע בבניית תוכנית הטיפול או המסגרת הטיפולית המתאימה. בעת ההערכה אפשר להתרשם מהתנהגות כאב, עד כמה האדם מבין את הכאב שלו, מודע למצבו, כיצד הוא תופס את הכאב, מה משמעות הכאב בעבורו והאם הוא נוטה למיקוד שליטה פנימי או חיצוני. על פי הצורך, נכללות הערכות מוטוריות וסנסוריות נוספות.

טיפול. הערכת הפיזיותרפיסטית או כירופרקט/אוסטיאופט היא הערכה פיזיקלית מעמיקה ומקיפה שמטרתה לחבר בין הממצאים והביטויים הפיזיקליים לתלונות הסובייקטיביות של המטופל ולתמונת הסבל, הכאב ואי-התפקוד שלו. ההערכה מאתרת את המערכות הפיזיקליות המעורבות ומשפיעות על הכאב ואת יחסי הגומלין ביניהן (כגון מערכת שריר-שליד, עצבים, לימפה, כלי דם). על פי הצורך נעשות הערכות נוספות, כגון הערכה של מטפל בביופידבק, הערכה של רופא המומחה בתחום רפואי נוסף, כגון נירולוגיה או הרדמה (בנוסף למומחיות בכאב) והערכה פסיכיאטרית. ההערכה בריפוי בעיסוק תפורט בהרחבה בהמשך. בסוף תהליך ההערכה מתקיים דיון בישיבת צוות. הדיון כולל התייחסות וחשיבה מעמיקה לגבי סוג ומקור הכאב, מצבו הפיזי, הנפשי והתפקודי של המטופל והפוטנציאל לשיקום תוך חשיבה ובחינה של מסגרת הטיפול המתאימה ותוכנית הטיפול ההולמת את צרכיו.

כמרפאות בעיסוק, יש לנו תרומה משמעותית בהערכות אלו. ההערכה שלנו הינה כוללנית בהתאם לאופיו הרב - ממדי של הכאב הכרוני. ההערכה מתמקדת בהערכת המצב התפקודי של האדם וכיצד ובאיזו מידה הכאב משפיע על ההשתתפות בתחומי העיסוק השונים ועל אופן ביצוע התפקודים היום-יומיים. הבסיס להערכה הוא טופס ההערכה Schultz upper extremity pain assessment (Schultz, 1984). הערכה זו כוללת התייחסות למאפייני הכאב, מהלכו, מיקומו על פי תיאור וציור, תיאורו, משכו, טווח עוצמתו על פי VAS, מתי הוא מתחיל או מחמיר במשך היממה, כיצד הוא משפיע על השינה, גורמים שונים המחמירים או מקלים כאב וכיצד משפיע הכאב על תפקודי היום-יום. באשר להשפעת הכאב על תפקודי היום-יום, מוערכים כל התפקודים, תוך בדיקה של מידת העצמאות והיעילות בביצוע, עד כמה התפקוד מגביר או כרוך בכאב

מסוים במהלך ההערכה ההתערבות כוללת העלאת המודעות של האדם לדפוס זה ולאופן התנהלותו וניתנת הדרכה והכוונה להתנהלות מותאמת ונכונה שתמנע החרפה של הכאב, תאפשר שליטה טובה יותר בכאב, תפקוד יעיל יותר והשתתפות.

2. הדרכה למכניקת גוף נכונה ויישומה בתפקודי היום-יום. ההדרכה ניתנת תוך תרגול והתנסות באופן התפקוד המותאם, בכל תחומי התפקוד הבסיסיים ותפקודים מתקדמים, על פי צורכי האדם ובליווי חוברות הדרכה. הדרכה זו ניתנת גם למטופלים הסובלים מכאבי גב תחתון ו/או צוואר, שהם חלק גדול מן המטופלים. לדוגמה, תרגול שטיפת כלים במטבח תוך עמידה נכונה. בעת התרגול וההתנסות, לפי הצורך, מותאמים אבזרי עזר. ההדרכה כוללת גם יעוץ ארגונומי והתאמת הסביבה על פי הצורך.

3. הדרכה לשיפור ההשתתפות והיכולת התפקודית. עידוד לתפקוד והגדלה הדרגתית של פעילויות יום-יום, ובכלל זה התייחסות למציאת פעילויות משמעותיות ולשיפור המצב התעסוקתי. ההתערבות כוללת התאמת טכניקות ואבזרי עזר לפי הצורך. בתחום זה התייחסות אינה לשיפור העצמאות בלבד. גם אם המטופל עצמאי בביצוע, ייתכן שהביצוע איטי מאוד ולא יעיל, או כרוך בכאב רב ויש למצוא את הדרך או את הטכניקה ו/או האבזר שיקלו את הכאב הכרוך בתפקוד.

4. באשר למטופלים עם תסמונות כאב כגון CRPS ועל פי הצורך, ניתן טיפול מוטורי ותחושתי הכולל גם התנסות ב-Modalities להפחתת כאב ושילובם בסדר היום, טיפול באמצעות מראה, עידוד לשימוש מרבי בגפה בתפקודי יום-יום והתייחסות לשימור תנועתיות ותפקוד תקין של חלקי הגפה שאינם פגועים ו/או הגפה הנגדית. מושם דגש על בניית תוכנית תרגול עצמית שהמטופל יהיה מסוגל

האוקלוסייה שבה אנו מטפלים כוללת מטופלים שעברו הערכות רב-תחומיות שבהן הוחלט על המשך טיפול המשלב ריפוי בעיסוק, מטופלים עם כאב כרוני בצוואר ו/או בגב ו/או בגפיים עליונות, מטופלים עם CRPS כולל בגפה תחתונה, מטופלים עם מחלות ראומטיות או מטופלים עם קשיים ומוגבלות בתפקוד על רקע כאב כלשהו. כמו כן, מופנים אלינו מטופלים המאושפזים לצורך איוון כאב. ההערכה והטיפול שלנו במטופלים אלו נעשית בתיאום עם צוות המכון והמחלקה שבה המטופל מאושפז ובהתאמה לתוכנית ולמטרות האשפוז. לדוגמה – אשפוז לצורך מתן עירוי קטמין למטופל עם CRPS, על פי פרוטוקול הנמשך עד 10 ימי אשפוז - התערבותנו כוללת הערכה וטיפול יום-יומי תוך התאמת ההתערבות להשפעת הטיפול התרופתי ומצבו הנוכחי של המטופל. בסיום האשפוז משולבות המלצותינו, להמשך טיפול ומעקב, בהתאם לצורך. ההתערבות שלנו מתמקדת בחינוך ובהדרכה של המטופל במטרה לסייע להתמודדות יעילה יותר עם הכאב ותוך ניהול עצמי ועקב כך לשפר יכולת תפקודית והשתתפות. בהתאם להערכה שתוארה, אנו מזהים את התחומים שבהם יש צורך בהתערבות. ההתערבות הטיפולית כוללת כמה תחומים, שנפרט מטה. באופן כללי ההדרכה מתבצעת כולה תוך בדיקה וחשיבה משותפים עם האדם, לאורך כל הטיפול, במטרה למצוא את הדרך המתאימה ביותר ליישום ההמלצות שניתנו, תוך תרגול וסימולציה, אם צריך, ומעקב. האדם מתבקש לנסות את ההמלצה/ ההדרכה ובמהלך הטיפול אנו בודקים יחד את היישום.

1. הדרכה לחסכון באנרגיה, PACING ובניית סדר יום מותאם. ההדרכה מתבצעת תוך התייחסות לאישיות, להרגלים ולשגרות האופייניות לאדם וכוללת הכוונה להשגת איוון על ידי זיהוי ומניעה של עשיית יתר למרות הכאב או זיהוי וטיפול בחשש והימנעות מתנועה ותפקוד. אם זוהה דפוס

וטיפול באנשים הסובלים מכאב כרוני.

סקרנו את ההערכה וההתערבות בריפוי בעיסוק, כפי שהן באות לידי ביטוי בעבודתנו, כחלק מן הצוות הרב-תחומי במכון לרפואת כאב ברמב"ם.

אנו ממליצים על שילוב ריפוי בעיסוק במרפאות העוסקות בכאב כרוני. חשוב שמרפאות בעיסוק ירחיבו את הידע וההבנה שלהן בנושא ויכירו את המסגרות הקיימות לטיפול ושיקום כאב כרוני. יש לשאוף לכך שהמטופל הסובל מכאב כרוני יקבל התייחסות מקיפה לקשייו ולהשלכות הכאב על תפקודו, על השתתפותו ועל חייו.

כבכל מחלה כרונית, יש צורך במעקב לאורך זמן ובהערכה והתערבות המותאמות לכאבים השונים של המחלה או של חייו של המטופל.

חשוב לציין גם כי אנשים הסובלים מכאב כרוני חווים קשיים ניכרים בפנייתם לשירות של מכונים ושל מרפאות כאב בישראל בכלל ובפריפריה בפרט. כמות המסגרות לטיפול ושיקום כאב, מרפאות הכאב והמומחים ברפואת כאב אינה ביחס הולם לאוכלוסייה הסובלת מכאב כרוני, מה שיוצר תורי המתנה ארוכים למרפאות כאב ולרופאי כאב. בשנים האחרונות חלה התפתחות והרחבה בלימודי הנושא בפקולטות לרפואה בארץ ובעולם ובנוסף, רופאי משפחה רבים מתמחים בכאב או עוברים קורסים בנושא, מה שעשוי לשפר את נגישות המטופל לשירות מותאם לטיפול בכאב. אנו ממליצים להרחיב ולהעמיק את ההתייחסות לנושא גם בלימודים האקדמיים בריפוי בעיסוק. הרחבת הידע, המימוניות, ההבנה והמעורבות של מרפאים בעיסוק באשר הם, יאפשרו לשפר את המענה הטיפולי הניתן לאנשים הסובלים מכאב כרוני ועקב כך לשפר את איכות חייהם.

להמשיך באופן עצמאי במהלך הטיפול ולאחריו, תוך מעקב אחר ביצועה, התאמת התכנית לשינויים במצבו ולמידת שיתוף הפעולה ושילובה בסדר היום.

באופן כללי בהתערבות הטיפולית, מושם דגש על עידוד והכוונת המטופל ללקיחת אחריות בטיפול וניהול עצמי תוך התמקדות ביכולותיו (internal locus of control) ותוך הפחתת ההישענות והתלות בגורמים חיצוניים. כמו כן במהלך הטיפול ניתנת התייחסות למשמעות ולערך הניתנים לכאב על ידי האדם ולהסבר על הכאב, בהתאם להכשרה שניתנה לכל צוות המכון בנושא "explain pain". מדובר בשיטה הכוללת מגוון התערבויות חינוכיות שפותחה על ידי L.Mosley ומטרתה להעלות את הידע, את המודעות ואת ההבנה של המטופל לבסיס הביולוגי של הכאב ולתהליכים המעורבים (Moseley & Butler, 2015).

בהתאם לצורך שווהה או עלה במהלך הטיפול, נערכת התייעצות עם אנשי צוות אחרים ו/או המטופל מופנה על ידינו לטיפול אנשי צוות נוספים. ניתנת תשומת לב גם לאופן היישום והשילוב של המלצות אנשי צוות אחרים בסדר היום, בניהול הטיפול ובתפקוד הכולל כגון השימוש בתרופות, תרגול הרפיות או מיינדפולנס (קשיבות בעברית) וכדומה. בנוסף להערכה ולטיפול השוטפים, אנו מעורבים בפרויקטים שונים המתקיימים במכון, כמו למשל השתתפות בקורס חשיפה של סטודנטים לרפואה, השתתפות בקבוצות כגון קבוצה לחולות בפירומיאלגיה וקבוצות גב, וכן בבנייה ובתכנון של תוכניות שיקום שונות.

סיכום והמלצות

שכיחותו והשלכותיו של הכאב הכרוני, מצביעים על פוטנציאל גבוה למעורבות ריפוי בעיסוק בהערכה

מקורות

- from <http://www.iasp-pain.org/Advocacy/icd.aspx?ItemNumber=5354>
- דולברג, א' (2007). מהו כאב. בתוך דאגודד, הישראלית לכאב. גדלה מתוך: <http://www.ipa.org.il>
- Driscoll, M., & Baker, N. A. (n.d.). Breaking the Cycle: Occupational Therapy's Role in Chronic Pain Management, 8.
- וולפסון, ס' (2011). רפואת שריר שלד - אסטרטגיות לקראת התייעצות שריר שלד מועילה. *הרפואה*, 150, 239-237.
- Flor, H., Fydrich, T., & Turk, D. C. (1992). Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain*, 49(2), 221-230.
- Bosy, D., Etlin, D., Corey, D., & Lee, J. W. (2010). An Interdisciplinary Pain Rehabilitation Programme: Description and Evaluation of Outcomes. *Physiotherapy Canada*, 62(4), 316-326. <https://doi.org/10.3138/physio.62.4.316>
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581-624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*, 10(4), 287-333.
- Interdisciplinary Chronic Pain Management: International Perspectives - IASP. (n.d.). Retrieved September 4, 2018, from <http://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsletterIssue.aspx?ItemNumber=2065>
- Bruns, D., & Disorbio, J. M. (2005). The BHITM2 Approach to Classification and Assessment, 10.
- Lacerte, M., & Shah, R. V. (2003). 1. Pain concepts, assessment, and medicolegal issues. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84, S35-S38. <https://doi.org/10.1053/apmr.2003.50048>
- Chronic Pain has arrived in the ICD-11 - IASP. (n.d.). Retrieved February 6, 2019, from <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=8340&navItemNumber=643>
- Living Life To Its Fullest™: Managing Chronic Pain With Occupational Therapy. (n.d.). Retrieved August 30, 2018, from <https://www.aota.org/About-Occupational-Definitions-of-Chronic-Pain-Syndromes-IASP>. (n.d.). Retrieved August 23, 2018,

https://doi.org/10.1080/J003v01n03_07

Therapy/Professionals/HW/Articles/
Chronic-Pain.aspx

- Vowles, K. E., McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2007). Processes of change in treatment for chronic pain: The contributions of pain, acceptance, and catastrophizing. *European Journal of Pain*, 11(7), 779–787. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2006.12.007>
- Turk, D.C., Okifuji, a. (2001). Pain terms and taxonomies. In Loeser, D., Butler, S.H., Chapman, J.J., & Turk, D.C. *Bonica's Management Of Pain* (3rd. ed.). (pp. 18-25) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 0-683-30462-3
- Moseley, G. L., & Butler, D. S. (2015). Fifteen Years of Explaining Pain: The Past, Present, and Future. *The Journal of Pain*, 16(9), 807–813. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.05.005>
- Neville, A., Peleg, R., Singer, Y., Sherf, M., & Shvartzman, P. (2008). Chronic pain: a population-based study. *Isr Med Assoc J*, 10(10), 676–680.
- Norrefalk, J.-R., Linder, J., Ekholm, J., & Borg, K. (2007). A 6-year follow-up study of 122 patients attending a multiprofessional rehabilitation programme for persistent musculoskeletal-related pain: *International Journal of Rehabilitation Research*, 30(1), 9–18. <https://doi.org/10.1097/MRR.0b013e328013dac8>
- Sanders, S. H., Harden, R. N., & Vicente, P. J. (2005). Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Interdisciplinary Rehabilitation of Chronic Nonmalignant Pain Syndrome Patients. *Pain Practice*, 5(4), 303–315. <https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2005.00033.x>
- Schultz, K. S. (1984). The schultz structured interview for assessing upper extremity pain. *Occupational Therapy in Health Care*, 1(3), 69–82.