
Action Over Inertia

התערבות מקדמת השתתפות בעיסוקים

משמעותיים והחלמה: התאמה תרבותית לישראל

אילנה שוחט, לנה ליפסקיה-וליקובסקי ונעמי הדס לידור

אילנה שוחט, OT, MSc, ilana.shochat@gmail.com

לנה ליפסקיה-וליקובסקי, OT, PhD, החוג לריפוי בעיסוק, ביה"ס למקצועות הבריאות, אוניברסיטת תל-אביב. lenasky@gmail.com

נעמי הדס לידור, OT, PhD, החוג לריפוי בעיסוק, ביה"ס למקצועות הבריאות, אוניברסיטת תל-אביב. noami.h@gmail.com

מילות מפתח: ריפוי בעיסוק, בריאות הנפש, התאמה תרבותית, התערבות עיסוקית-תפקודית, קבוצת מיקוד

תקציר

אוכלוסייה המתמודדת עם מגבלה פסיכיאטרית חמורה מצויה בסיכוי גבוה להפרעה באיזון עיסוקי, להתנתקות מעיסוקים, לפגיעה במעורבות בתפקידים חברתיים עיקריים ולהדרה חברתית. עם זאת, ממצאי ההתערבויות המבוססות מבחינה מחקרית ונותנות מענה לסוגיות אלו באוכלוסייה זו מוגבלים. Action Over Inertia הינה התערבות מבוססת ראיות, שפותחה בקנדה, ומתמקדת בתפקידה העוצמתי של השתתפות בפעילות משמעותית, לצורך קידום תהליך החלמה ממגבלה פסיכיאטרית. מטרת פרויקט זה הייתה לבצע התאמה תרבותית של התערבות זו לישראל, על מנת להטמיעה בהמשך בשירותי השיקום הפסיכיאטרי הישראלי. תהליך ההתאמה התרבותית נפרס על פני כמה שלבים ונכללו בו תרגום ההתערבות וקבוצת מיקוד של מרפאות בעיסוק העובדות בשיקום בקהילה. המרפאות בעיסוק בקבוצת המיקוד התנסו בהתערבות עם לקוחותיהן וסיפקו משוב על התנסות זו ברמת התוכן, המבנה והשימות שלה בשירותי השיקום בארץ. המשוב שנאסף על ידיהן עובד בשלושה רבדים אלו ושינויים בהתערבות נערכו בהתאם, בכפוף לאישורן של יוצרות ההתערבות. הנחיות בעברית ליישום ההתערבות המותאמת מבחינה תרבותית לישראל מפורטות בחוברת הדרכה המיועדת לאנשי מקצוע.

המאמר נכתב במסגרת החובות להשלמת תואר שני במסלול פרויקט באוניברסיטת תל-אביב.

תודות

אנו מודות לסיגל וקס, סיון רגב ונהורה שחר שהשתתפו בקבוצת העבודה שעסקה בתרגום ההתערבות. כמו כן, אנו מודות לחברות קבוצת המיקוד: רינה בן-אברהם, שירי גמליאל, בת-חן הרוש, תמר פרמינגר וסיון רגב על תרומתן הרבה לתהליך ההתאמה התרבותית והטמעה של ההתערבות.

מבוא

המשבשת או מגבילה אחת או יותר "פעילויות חיים עיקריות" [תעסוקה, הורות וכד'] (National Institute of Mental Health (NAMI), 2014). על פי קריטריונים אלה, כ-4.1% מן האוכלוסייה האמריקאית הבוגרת ב-2014 סבלה ממחלה נפשית חמורה (NAMI, 2014). אבירס (2013) מעריך על פי אומדנים שונים (כגון נתוני ביטוח לאומי ומשרד הבריאות) כי מספרם של האנשים החיים עם מחלות נפש חמורות וממושכות בישראל הוא כ-100,000. שכיחות גבוהה זו עושה אנשים עם מחלה נפשית חמורה לקבוצת הנכים הגדולה ביותר בישראל בשל קשיים המלווים אנשים החיים עם מחלה נפשית חמורה (הדס לידור, בוני, לכמן ופלי-אלטיט, 2007). צרכיה הייחודיים של קבוצת אוכלוסייה גדולה זו מחייבים מתן מענה מעמיק ונרחב על ידי שירותי השיקום במגוון נושאים ובהם תפקוד.

קשיים וצרכים ייחודיים בהקשר של השתתפות בעיסוקים

אנשים המתמודדים עם מחלה נפשית חמורה מצויים בסיכון גבוה לאורח חיים המאופיין בהשתתפות מוגבלת בעיסוקים משמעותיים, במיעוט הזדמנויות עיסוקיות לסיפוק מגוון צרכים ולהתפתחות אישית, לתמיכה חברתית מועטה ואף להדרה חברתית (Edgelow & Krupa, 2011). סדרה של עדויות מצטברות ממחקרים שונים מורה על כך שאנשים המתמודדים עם מחלה נפשית חמורה מראים דפוסים נרחבים ועקביים של היעדר איזון עיסוקי והתנתקות מעיסוקים ותפקידים משמעותיים (Krupa, McLean, Eastabrook, Bonham, & Baksh, 2003; Minato & Zemke, 2004; Leufstadius, Erlandsson, & Eklund, 2006). היעדר האיזון העיסוקי בא לידי ביטוי בדפוסי פעילות המאופיינים בשינה מרובה ועיסוק בפנאי פסיבי (כדוגמת צפייה מרובה בטלוויזיה), בשילוב עם ירידה

מחלות נפש חמורות פוגעות באופן נרחב בתפקוד היום-יומי של האדם המתמודד עמן, גורמות להפרה של איזון עיסוקי ולהתנתקות מעיסוקים ומתפקידים חברתיים משמעותיים, וכך יוצרות נטל לאדם, למשפחתו ולחברה כולה. קבוצת המחלות הזאת מציבה אתגר לשירותי השיקום של בריאות הנפש בקידום תפקוד יום-יומי, בריאות ורווחה אישית לצד הזדמנות. הקשר המוכח בין השתתפות בעיסוקים משמעותיים ובין קידום בריאות ואיכות חיים הוא אחת מהנחות היסוד של מקצוע הריפוי בעיסוק (Law, Steinwender, & Leclair, 1998) וכך מגדיר הוא באופן טבעי את המקום ואת תרומתו של המקצוע במערך השיקום הפסיכיאטרי בשירותי השיקום בקהילה. עם זאת, כיום מצאי הכלים השיקומיים המובנים ומבוססי הראיות המחקריות המקדמים מעורבות בעיסוקים משמעותיים והשגת איזון עיסוקי המיועדים לאוכלוסייה זו עדיין מוגבל (Lipskaya-Velikovsky, Kotler, & Krupa, 2016). Action Over Inertia (AOI) הינה התערבות מבוססת ראיות המתמקדת בהשגת איזון עיסוקי לקידום בריאותה של אוכלוסייה המתמודדת עם מחלת נפש חמורה. במאמר זה נתאר את התהליך שנעשה לצורך התאמה תרבותית של התערבות AOI לישראל במטרה לאפשר שימוש בה בארץ.

אוכלוסייה עם מחלה נפשית חמורה

"מחלה נפשית חמורה" (Serious Mental Illness) מוגדרת על בסיס ארבעה קריטריונים: (א) הפרעה מנטלית, התנהגותית או רגשית (למעט הפרעות התפתחותיות או שימוש בסמים), אשר (ב) ניתנת לאבחון בהווה או בשנה שקדמה לזמן הזה, (ג) העומדת בהגדרות האבחוניות של ה-DSM-V (2013) ו-(ד) גורמת ללקות תפקודית ניכרת

להישרדותם, לבריאותם ולמימוש הפוטנציאל שלהם (Yerxa, 1998). כמו כן, בבסיס העשייה המקצועית עומדת גישת "הלקוח במרכז" (Law, Steinwender, & Leclair, 1998) והאמונה בזכותו וביכולתו של האדם לבחור את עיסוקיו (Meyer, 1922). כל אלה עולים בקנה אחד עם עקרונות תפיסת ההחלמה – "תהליך מסע אישי להשגת חיים משמעותיים עם המחלה ולצד המחלה הפסיכיאטרית", התפיסה שרווחת כיום כפרדיגמה הבסיסית בטיפול בבריאות הנפש. עקרונות תפיסת ההחלמה כוללים: חידוש התקווה, תפיסה עצמית חדשה למרות המחלה, הרחבת תפקידים חברתיים, בניית קשרים חברתיים, ניהול התסמינים והתמודדות עם הסטיגמה המתלווה למחלות נפש (Anthony, 1993; Davidson, O'Connell, Tondora, Lawless, & Evans, 2005). אפשר לראות כי ההשתתפות בעיסוקים משמעותיים היא בעלת פוטנציאל לקדם בפועל את מימושם של חלק ניכר מעקרונות אלה.

לסיכום, העמדה הערכית ובסיס הידע של מקצוע הריפוי בעיסוק עושים אותו לדיסציפלינה חשובה ובעלת תרומה ייחודית לקידום תהליכי ההחלמה של אנשים המתמודדים עם מחלות נפש ממושכות וחמורות באמצעות קידום מעורבות בעיסוקים משמעותיים (Krupa & Clark, 2004). עם זאת, מימוש התפקיד של ריפוי בעיסוק כמקדם בריאות באמצעות השתתפות בעיסוקים בקרב אנשים המתמודדים עם מגבלה נפשית דורש כלים יישומיים מבוססי ראיות, ואלה עודם מעטים. יתרה מזאת, כלים העוסקים בשינוי של דפוסי פעילות דלים המאפיינים אנשים המתמודדים עם מחלה נפשית חמורה, כמעט אינם בנמצא (Edgelow & Krupa, 2011). בשל מחסור זה, פותחה בקנדה ההתערבות Action Over Inertia (Krupa, 2011) (Edgelow, Chen, Mieras, Perry, Radloff, & Gabriel, 2007) על ידי קבוצה של מרפאים

ביצרנות ובפנאי פעיל לעומת האוכלוסייה הכללית. החסמים להשגת איוון עיסוקי הינם פנימיים וחיצוניים (Edgelow & Krupa, 2011). החסמים הפנימיים כוללים לקויות המקושרות לביטוי ישיר של המחלה, כגון תסמינים חיוביים ושליילים (Guthrie, 2002) וכן פגיעות נלוות בתפקודים קוגניטיביים כזיכרון, קשב ופתרון בעיות (Tarrier & Bobes, 2000). התרופות הפסיכיאטריות עלולות גם הן להיות חסם פנימי להשתתפות בעיסוקים בשל תופעות לוואי בלתי רצויות (Guthrie, 2002).

חסמים חיצוניים בעלי השפעה נרחבת על השתתפותם בעיסוקים משמעותיים של המתמודדים עם מחלה נפשית חמורה הם הדרה חברתית על רקע הסטיגמה החברתית והסטיגמה העצמית שחוה אוכלוסייה זו (Corrigan, 2000; Farina, 1998; Phelan, Link, Stueve, & Pescosolido, 2000). הסטיגמה החברתית הרווחת באשר למחלות נפש נמצאה קשורה באפליה בנגישות להזדמנויות לעסוק בעיסוקים משמעותיים, כגון תעסוקה (טל, 2013). סטיגמה עצמית עלולה בין השאר להוביל להדרה עצמית - פועל יוצא של הסטיגמה החברתית, עקב הפנמתה על ידי המתמודדים (טל, 2013; Corrigan, 2007; O'Shaughnessy).

ריפוי בעיסוק כמקדם החלמה באמצעות השתתפות בפעילות משמעותית

ההקשר הרחב שבו רואה מקצוע הריפוי בעיסוק את האדם עם עיסוקיו בסביבתו, עושה את המקצוע לגורם מפתח בצמצום החסמים להשתתפות בעיסוקים משמעותיים בקרב אנשים המתמודדים עם מחלה נפשית חמורה (Krupa et al., 2009). הבסיס התיאורטי של המקצוע מושתת על ההנחה כי בני אדם הם יצורים עיסוקיים וכי יש להם צורך אינהרנטי להשתתף בעיסוקים בעלי משמעות

(Experience), משמעות בעיסוקים, בריאות ורווחה אישית, ובריאות באמצעות פעילות (Activity-health), שינוי (מהיר וארוך טווח), כשתחומי העיסוק שאליהם מתייחסת ההתערבות הם טיפול עצמי, יצרנות, פנאי ומנוחה. ההתערבות מציעה שימוש במגוון כלים מוכרים, כמו יומן שימוש בומן, לצד כלים חדשים, כמו התייחסות לרשימה מובנית של משמעותיות בעיסוקים ולשבעה ממדים של השתתפות, שימוש בידע ובמידע הן לאדם והן לקובעי מדיניות כאסטרטגיה טיפולית מתוכננת (Bejerholm, Hansson, & Eklund, 2006; Krupa et al., 2007; Bejerholm, 2010). כל זאת במטרה לספק לאדם בסיס (1) לחשיבה והתבוננות על האופן שבו דפוסי הפעילות העכשוויים שלו משפיעים על תחושת הרווחה האישית, על איכות חייו ועל בריאותו; (2) לזיהוי משותף של מטרות לשינוי בדפוסי פעילות ו- (3) לבניית תהליך מאפשר שינוי בדפוסי הפעילות. ההתערבות מאוגדת בחוברת עבודה וכוללת הסברים מפורטים, דפי עבודה, דפי מידע פסיכו-חינוכיים ופירוט של מגוון אסטרטגיות קוגניטיביות-התנהגותיות שמטרתן לסייע ביצירת שינוי. ההתערבות מחולקת לשבעה חלקים עיקריים בהתאם: 1. הערכת הצורך בשינוי ובגיוס האדם לתהליך; 2. התבוננות בדפוסי הפעילות ובאיוון העיסוק; 3. התנסות ביצירת "שינוי מהיר" בפעילות; 4. מתן מידע על אודות הקשר בין מחלה פסיכיאטרית חמורה ובין איוון עיסוקי ומעורבות בעיסוקים; 5. תכנון ויצירת שינוי ארוך טווח בפעילות; 6. תמיכה בתהליך שינוי ארוך טווח; 7. הטמעת ידע על אודות בריאות באמצעות פעילות ברמת הארגון והשירות. שלבי ההתערבות השונים מודגמים על ידי תיאור מקרה מפורט המחיש את יישום ההתערבות ואת תוצאותיה האפשריות. ההתערבות בנויה להיות מועברת על ידי מרפאה בעיסוק או גותן שירותי השיקום, בהדרכתה של מרפאה בעיסוק, באופן פרטני ובהתאמה לצורכי האדם.

בעיסוק ומתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות חמורות, ובהמשך מצאנו לנכון להתחיל בתהליך של התאמה תרבותית של התערבות זו לישראל.

Action Over Inertia - התערבות תפקודית עיסוקית בתחום בריאות הנפש

התערבות AOI הינה התערבות מבוססת ראיות המיועדת לאנשים המתמודדים עם מחלה נפשית חמורה, המתגוררים בקהילה ואורח חייהם מאופיין בדפוסי פעילות מצומצמים ובנתק ממעורבות בעיסוקים משמעותיים. מטרת ההתערבות לסייע לאדם לשוב לעיסוקים משמעותיים המקדמים בריאות ואיכות חיים. הבסיס התיאורטי של ההתערבות נשען על שתי מסגרות התייחסות תיאורטיות. הראשונה היא The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) (Polatajko et al., 2007). בהתאמה למודל זה, ההתערבות מתמקדת באופן ישיר בעיסוקים ומתייחסת להקשרים האישיים, הרוחניים והסביבתיים המשפיעים על השתתפות בעיסוקים. כמו כן, ההתערבות מתייחסת למרכיבים הביצועיים והחוויתיים של העיסוק. הבסיס התיאורטי השני הוא תפיסת ההחלמה (Anthony, 1993). ברוח תפיסת ההחלמה, ההתערבות נעשית מתוך מקום של כבוד לבחירותיו של האדם ובשותפות מלאה עימו (Noordsy et al., 2002). בבסיס ההתערבות ובהלימה עם תפיסת ההחלמה, האמונה כי בריאות מצויה גם כשמחלה מופיעה; יכולות ומיומנויות מצויות גם כשיש מגבלה; ויש הזדמנויות עיסוקיות גם כשהשתתפות נפגעת (Krupa et al., 2010).

מושגים מרכזיים שבהם נעשה שימוש ב-AOI הם דפוסי פעילות (Activity patterns), איוון עיסוקי (Activity balance), חוויה בעיסוקים

המיועדת. במקרה זה, נדרש הכלי לעבור ביסוס מחקרי מחדש (Castro, Barrera, & Steiker, 2010). תהליך ההתאמה התרבותית של ה-AOI במסגרת הפרויקט שלנו הוא אפוא בקצה השמרני (הנאמן למקור), אך כולל גם התאמות תרבותיות מבוקרות, לבד מן התרגום הלשוני.

שיטה

תהליך ההתאמה התרבותית של AOI למערכת השיקים הישראלית החל ב-2012 בחשיפה ראשונית, כאשר פרופ' טרי קרופה (Prof. Terry Krup), מיוצרות ההתערבות, הנחתה קורס של שלושה ימים בהשתתפות כ-50 מרפאות בעיסוק, במסגרת לימודי מסלול בריאות הנפש באוניברסיטת תל-אביב, שנערך במרכז לבריאות הנפש באר יעקב ובו הוצגה ההתערבות.

עם סיום הקורס, תורגמה ההתערבות לעברית על ידי תלמידות לתואר שני בריפוי בעיסוק במסלול בריאות הנפש באוניברסיטת תל-אביב לאחר קבלת אישור רשמי של המוציאים לאור. בשלב השני של תהליך התרגום, נבנתה קבוצת עבודה של מרפאות בעיסוק ותיקות המומחיות בתחום בריאות הנפש והיא התכנסה פעמים מספר על מנת לבחון את טיב התרגום מבחינת הסוגיות השפתיות. סוגיה לדוגמה שטופלה בשלב זה הייתה ההחלטה להשאיר את שם ההתערבות באנגלית ולא לתרגמה לעברית, היות שלא נמצאה חלופה בעברית שהצליחה להמשיג את מהות ההתערבות.

ביוני 2015 הוצגה ההתערבות בכנס השנתי של העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק. התגובות בעל פה שהתקבלו מנשות מקצוע מובילות, הן ברמת הקליניקה והן ברמת האקדמיה היו של תמיכה בהטמעתה של ההתערבות לנוכח הצורך

ההתערבות פורסמה לראשונה ב-2007, וב-2010 פורסמה גרסה מעודכנת, לאחר שהוטמעו בה שינויים בעקבות תוצאות מחקר רנדומלי מבוקר (RCT) שבחן את יעילות ההתערבות (Edgelow & Krupa, 2011). מבחינה כמותית, תוצאות המחקר הראו הפחתה מובהקת במספר שעות השינה ביממה לאחר תקופה של שלושה חודשי התערבות (כאמור, אוכלוסיית היעד מאופיינת בשינה עודפת). במדדים איכותניים, הן משתפתי המחקר והן המרפאים בעיסוק שנתנו את השירות דיווחו על שביעות רצון (Edgelow & Krupa, 2011). מאז, ההתערבות תורגמה והותאמה התאמה תרבותית לאוכלוסיות דוברות איטלקית, צרפתית, גרמנית, מנדרין וספרדית והיא מיושמת באופן נרחב בקרב אוכלוסיות שונות בקנדה, ארה"ב, אוסטרליה, גרמניה, סין ואיטליה (Krupa, 2012). קודם לעבודה זו, לא נעשתה התאמה תרבותית של ההתערבות לאוכלוסייה דוברת עברית בישראל.

התאמה תרבותית

בהקשר הטיפולי-שיקומי, תהליכי התאמה תרבותית (cultural adaptation) הוגדרו כיצירת שינויים בפרוטוקול התערבות מבוססת ביסוס מחקרי בשפה, בהיבטים הקשורים בתרבות ובהקשרים רלוונטיים, במטרה לעשותו לתואם לערכיו, לדפוסיו ולמשמעויותיו של הלקוח (Bernal, Jiménez Chafey, & Domenech Rodríguez, 2009). המימוש בפועל של התאמות תרבותיות של פרוטוקולי התערבות תלוי במשקל היחסי הניתן לנאמנות למקור אל מול מידת ההתאמה לאוכלוסיית היעד. בקצה האחד, רווחת הגישה של נאמנות אדוקה למקור ללא הכנסת שינויים כלשהם לצורך התאמה לאוכלוסיית המטרה, למעט תרגום לשוני מבוקר. בקצה האחר, רווחת הגישה של דחייה מלאה של הכלי הקיים לטובת יצירה של כלי חדש, אשר מפותח בשיתוף עם אוכלוסיית המטרה

(N=2) ושיקום תעסוקתי (N=1). הקבוצה לא כללה מרפאות בעיסוק העובדות בתיאום טיפול, במסגרות דיור או בשירותי חונכות, מסיבות טכניות. לחלק מן המפגשים הצטרפו שתי סטודנטיות לריפוי בעיסוק שהיו באותה העת בהכשרתן הקלינית בבריאות הנפש והתנסו במתן ההתערבות במהלך הכשרתן תחת הדרכה. מפגשי קבוצת המיקוד היו בנויים משני חלקים: הראשון יוחד לאיסוף משוב על ההתנסות בהתערבות מאז המפגש האחרון והשני, לימוד של פרק נוסף מן החוברת המתארת את ההתערבות. בין המפגשים, תיעדו משתתפות הקבוצה את המפגשים שקיימו עם הלקוחות בטופס אינטרנטי או בטופס במילוי ידני. כמו כן, כל מפגש של קבוצת המיקוד תועד בפרוטוקול מפורט. כל המידע שנאסף, הן במהלך מפגשי הקבוצה והן בטופסי הדיווח העצמי שבין המפגשים עובד לצורך זיהוי נושאים חוזרים וחלוקה קטגוריאלי לציורך הבנת הסוגיות המרכזיות והסקת מסקנות לצורכי התאמה והטמעה עתידית (בר-גל ושקרד, 2005).

תוצאות קבוצת המיקוד

המשוב שאספנו מקבוצת המיקוד סווג לשלוש קטגוריות: סוגיות הנוגעות לתוכן חוברת ההתערבות, סוגיות הנוגעות למבנה ההתערבות וסוגיות מערכתיות ביישום ההתערבות, הנובעות מן הפער שבין מבנה שירותי השיקום הקנדיים לישראלים.

סוגיות ברמת תוכן ההתערבות. כאמור, הגישה שנבחרה לתהליך ההתאמה התרבותית הייתה בקצה השמרני, הנשאר נאמן למקור בשפה האנגלית ככל האפשר. עם זאת, קבוצת המיקוד העלתה כמה סוגיות תרגום לדיון ותיקון בגרסה העברית. סוג ראשון של סוגיות תרגום שעלו היו סוגיות שפתיות הנוגעות באופן ישיר לתרגום מאנגלית לעברית. לדוגמה, הכלי "Time use log" תורגם לאחר דיון

בהתערבות מובנית ומבוססת ראיות בריפוי בעיסוק פסיכיאטרי. אחד הדברים שעלו במשוב הוא שלבד מן הערך הטיפולי הישיר, ההתערבות כזאת עשויה לספק תוכן הולם להכללה במסגרת ההכשרה המקצועית של מרפאים בעיסוק, להצגה לפני גורמי שיקום מדיסציפלינות אחרות וכמובן לשמש כמושא למחקר התערבותי בקרב האוכלוסייה המקומית. לצד המשוב האיכותני, ערכנו סקר זעיר בקרב מרפאים בעיסוק העובדים בתחום השיקום בקהילה (N=20). בסקר עלה כי 80% מן המשיבים סברו כי יש צורך בהתערבות מבוססת ראיות שתתמקד בפן העיסוקי-תפקודי, 95% סברו שהתערבות המתמקדת בפן העיסוקי-תפקודי תהיה בעלת ערך ללקוחות שלהן בקידום תהליכי החלמה, ו-85% סברו שיהיה אפשר ליישמה במסגרת עבודתם.

כאמור, לצורך ביצוע התאמה תרבותית של ההתערבות קיימו סבב שני של קבוצת מיקוד, שהורכבה מחמש מרפאות בעיסוק מומחיות העובדות בשיקום בבריאות הנפש בקהילה. קבוצת מיקוד של אנשי מקצוע בעלי ניסיון וידע מעשי הינן מקור מידע חשוב וייחודי כשחוקרים התערבות יישומית מסוג זה (Birken et al., 2018). מטרת קבוצת המיקוד הייתה לזהות פערים וסוגיות שיש לתת עליהן את הדעת בעת ביצוע ההתאמה התרבותית, באמצעות ההתנסות ביישום ההתערבות בשטח. מטרה נוספת של קבוצת המיקוד הייתה לייצר צוות חשיבה שיפעל למציאת פתרונות לסוגיות השונות שיעלו. כל משתתפת העבירה את ההתערבות לשני לקוחות או יותר (סה"כ 22 לקוחות). הקבוצה נפגשה שבע פעמים על פני תקופה של שנה. ותק העבודה של משתתפות קבוצת המיקוד היה בטווח של 2-14 שנים בבריאות הנפש. פיזור מקומות העבודה של משתתפות הקבוצה כלל: מרפאות בריאות הנפש של קופת-חולים (N=2), שירותי השכלה נתמכת

לזהות ולהרחיב את מגוון הבחירות האפשריות, להעלות אפשרויות באופן תומך ולסייע לאדם להזדהות עם הניסיון החיובי שפעילויות מסוימות עשויות לספק.

בכל מקרה מסוג זה, נעשה מאמץ ניכר לנסח תרגום שיהיה מובן לקורא הישראלי ובד בבד יישאר נאמן עד כמה שאפשר למקור באנגלית.

סוג שלישי של סוגיות שפתיות היה כאלה הקשורות בהבדלים בין מבנה מערכות השיקום הקניניות ובין מבנה מערכות השיקום הישראליות. לדוגמה, המושג "service provider" - תורגם ל"נותן שירותי שיקום". עם זאת, כפי שנראה בהמשך, במערכת השיקום הישראלית אין מקבילה מלאה לנותן השירות הקנדי, המרכז את הטיפול בלקוח בכל תחומי חייו, פער מבני בעל השלכות ליישום ההתערבות בפועל. מונח אחר שמוזכר בהתערבות הינו (Assertive Community Treatment) ACT, שירות שיקומי הנפוץ בשירותי השיקום ברחבי העולם המערבי, אך אינו נמצא בישראל. החלטנו להשאיר את המונח ולא לתרגמו היות שאין מקבילה מבנית והמושג מוכר לאנשי המקצוע בישראל העובדים בתחום בריאות הנפש.

סוגיות ברמת מבנה ההתערבות. ההתערבות

כוללת תהליך איסוף מידע קפדני ומקיף והתנסויות מגוונות ורבות בפעילויות על בסיס המידע שנאסף במטרה ליצור שינוי ארוך טווח בדפוסי פעילות שתורם לבריאות. רבות מן המשתתפות ציינו חוויה של עומס וריבוי דפי עבודה בעבור לקוחותיהן. ואכן, ההתערבות כוללת 24 דפי עבודה, 15 דפי מידע ללקוח וכן 10 דפי עבודה נוספים לנותן השירות. מתוך המשוב של קבוצת המיקוד עלה כי יש אנשים שיזדקקו לליווי כדי להבין את דפי העבודה ולהתמיד בהם, בייחוד אנשים עם לקות קוגניטיבית

קבוצתי כ-"יומן שימוש בזמן". דוגמה נוספת לסוגיה שעלתה בעניין התרגום הישיר הייתה המונח שטבעו יוצרות ההתערבות "Activity Health" המתייחס להשגת בריאות ותחושת רווחה אישית דרך מעורבות בפעילות בעלת משמעות. זהו מונח חדש שתרגמנו לאחר דיון ל"בריאות באמצעות פעילות" היות שחשנו שביטוי זה מצליח להעביר את המהות בדרך מדויקת וברורה יותר מתרגום מילולי ישיר של המונח. כמו כן, עלו לדיון מילים רבות ב'רגון הטיפולי החסרות תרגום מדויק לעברית. לדוגמה, נעשה שימוש מרובה במילה "reflect" בהתערבות. מונח זה תורגם להרהור, שיקוף, התבוננות או חשיבה, על פי ההקשר.

סוג שני של סוגיות שפתיות שעלו קשורות בהבדלי תרבות: למשל, בדוגמאות לעיסוקים המובאות בדפי העבודה, סקי כפעילות פנאי הוחלף בכדורסל ופינוי שלג הוחלף בעבודה בגינה. סוגיה מורכבת יותר הייתה קשורה לפערים בסגנונות התקשורת והכתיבה הקנדיים והישראליים. דוגמה שחזרה על עצמה הייתה בהסברים המפרטים את מטרותיו ואת אופן יישומו של כל שלב בהתערבות, שהיו מנוסחים באנגלית באופן בלתי ישיר השונה מאוד מסגנון התקשורת הישראלי הישיר. לדוגמה, המשפט מתוך פרק 3:

"The skilled provider will use a broader base of knowledge about the individual to identify and expand upon possible choices, to raise possibilities in a supported manner, and to help the individual identify with the positive experiences that specific activities might hold".

תורגם בעברית ל: "נותן שירותי השיקום המיומן ישתמש בבסיס רחב של ידע אודות האדם כדי

הנוגעת בכל תחומי חייו של האדם במסגרת מערך שירותי השיקום כפי שבנוי בארץ. רוב המשתתפות בקבוצת המיבוד חשו כי במסגרת הגדרת תפקידן (שכאמור אינו תיאום טיפול או מסגרת דיור), אין להן המנדט השיקומי להפעיל התערבות הנוגעת באופן הוליסטי בכל תחומי חייו של הלקוח שלהן. סוגיה לדוגמה שעלתה לדיון בקבוצת המיבוד בהקשר זה הייתה המקרה שתואר קודם לכן אודות הבחור שדיווח באמצעות "זמן השימוש בזמן" שאיננו אוכל בביתו כלל, למעט חטיפים. המידע עלה במסגרת שירות השכלה נתמכת. השאלה שעלתה לדיון הייתה - האם יש למרפאה בעיסוק לגיטימציה במסגרת הגדרת תפקידה להתייחס גם למרכיב בסיסי זה, על אף שאינה מלווה אותו בתחומי חייו הקשורים לדיור. באשר למקרה זה, לא הוסקו מסקנות חד משמעיות במסגרת הקבוצה, אך הייתה הסכמה כללית שהיות שתזונה בריאה ומאוזנת, כמו עיסוקים רבים נוספים, היא בסיס חשוב להשתתפות בכל פעילויות היום-יום, ובהן גם תחום הלימודים. לכן, יש לגיטימציה עקרונית אל מול הלקוח ואל מול גורמי השיקום האחרים לעסוק גם בנושאים מסוג זה, גם אם אינם מוגדרים באופן רשמי בתחום האחריות השיקומית. לגיטימציה עקרונית זו, לעיתים אינה פשוטה ליישום היות שיש הגבלות על היקף הליוי הניתן לאדם על ידי כל נותן שירות.

זאת ועוד, עלה במסגרת הקבוצה הקושי לשמור על רצף ההתערבות מבחינת התדירות התואמת את הליוי הניתן במערך השיקום הישראלי. AOI בנויה על קיום קשר אינטנסיבי של אחת לשבוע לכל הפחות עם האדם מקבל ההתערבות. ואולם, מבנה מערכת השיקום הישראלית, המחולק לתחומים (דיור, תעסוקה, פנאי, השכלה וכולי) מייצר מצב שבו לכל תחום הגדרות שונות של תדירות המפגשים ובהתאמה נקבע מספר האנשים שנותן השירות מלווה אותם בהיקף משרה נתון. הגדרות אלו מייצרות

ניכרת. עוד בהקשר זה עלתה השאלה מה מידת היכולות ככלל והשתתפות בפרט הנדרשות על מנת ליהנות מהתערבות זו. לדוגמה, האם אפשר ליישם את ההתערבות עם אנשים המצויים במצב נפשי לא יציב. קבוצת המיבוד העלתה כמה רעיונות להתמודדות עם קשיים אלו. ראשית, פישוט המשפטים בדפי העבודה, שנית, מתן דוגמאות להמחשה (אם כי דוגמאות כאלה עלולות להגביל את החשיבה העצמאית של האדם) או צמצום מספר דפי העבודה שבהם מתנסה האדם. דוגמה לאחד הכלים המשמעותיים בהתערבות המדגימה את הדילמה בהקשר זה הוא "זמן שימוש בזמן". בעת מילוי היומן, האדם מתבקש למלא 24 שעות אופייניות לחייו במרווחים של חצי שעה. עליו לציין מה הייתה הפעילות, היכן ועם מי התרחשה. מתוך ההתנסות עם הכלי במסגרת קבוצת המיבוד, עלו קשיים במילוי היומן. הלקוחות התקשו להיזכר ביום טיפוס ובהתעייפו מאוד מרמת הפירוט הגבוהה שנדרשה לצורך מילוי הכלי. עם זאת, המשוב החיובי שהתקבל על אודות מילוי היומן היה רב. עוצמתו העיקרית שצוינה הייתה האפשרות לזהות דרכו עיסוקים נסתרים שאינם "נחשבים" לעיסוק בדרך כלל (למשל פעילויות פסיביות שהינן בעלות משמעות, כגון הרהור, האזנה למוזיקה), אך כעת יכלו נותני ההתערבות לתת לעיסוקים אלו ערך ומשמעות. עוד יתרון חשוב שעלה היה האפשרות לזהות באמצעות היומן גם דפוסי פעילות סמויים. לדוגמה, לקוח שמתוך היומן עלה כי אינו אוכל בביתו כלל, אלא רק בבית הוריו אחת ליום ושאר הזמן אוכל חטיפים. בסיכומו של דבר הוסכם כי תרומתו הפוטנציאלית של "זמן השימוש בזמן" עולה על חסרונותיו ועל הקשיים שבהעברתו.

סוגיות מערכתיות ביישום ההתערבות. אחת הסוגיות המרכזיות שעלו בקבוצת המיבוד הייתה "המנדט השיקומי" של איש המקצוע ליישם התערבות

הדיור בפרט. סוגיה זאת אינה ייחודית ליישומה של התערבות זו, אך מעלה את חשיבותה ביתר שאת. כך אחת מסוגיות המפתח שמשמעת ממכלול החומרים שעלו בקבוצת המיקוד היא הצורך בהבהרת ובמיצוב תפקידם של המרפאים בעיסוק ותרומתם הייחודית בתוך שירותי השיקום: הדגשת האופן שבו הם יכולים ליישם את בסיס הידע הייחודי והנרחב שהם מביאים לקידום תהליכי ההחלמה של האנשים המתמודדים עם מחלות נפשיות חמורות. השלכה מפתיעה ואחד הנושאים העוצמתיים ביותר שעלו בקרב כל משתתפות הקבוצה הייתה השפעת יישום ההתערבות על הזהות המקצועית שלהן כמרפאות בעיסוק, על חידוד זהותן ביחס לעצמן וגם אל מול עמיתים ממקצועות אחרים. מתוך דבריה של משתתפת בקבוצה "... ההתערבות עוזרת לי להגדיר ולמצב את הזהות המקצועית שלי כמרפאה בעיסוק בשיקום. זה קשה כשרוב ההדרכה מגיעה מאנשי מקצוע שאינם מרפאים בעיסוק." תוצאה זו נמצאה בהלימה לממצאיהם של מחקרים שמצאו כי מרפאים בעיסוק שעשו שימוש בהתערבויות מבוססות ראיות דיווחו על שיפור במעמד המקצועי, בתחושת הזהות המקצועית וכן בביטחון שלהם להבטיח את הטיפול המיטבי ללקוחותיהם (Lee et al., 2012; Bennett et al., 2016). קבוצת המיקוד הראתה כי שימוש בהתערבות הצליח באופן אף רחב יותר לגשר על פער בזהות המקצועית. כפי שתועד מנקודת מבטה של משתתפת אחרת שהדריכה סטודנטיות לריפוי בעיסוק: "... העברתי את עיקרי ההתערבות לסטודנטיות לריפוי בעיסוק ... זה כלי שמאפשר לעבוד על פי עקרונות תיאורטיים מוכרים בלי לפגוע בגמישות ובחשיבה הקלינית הנבנית ולגשר ביניהם". בקבוצת המיקוד עלה כי היתרונות יהיו בולטים אף יותר בכפוף לצבירת ניסיון נוסף ליישום ההתערבות בארץ ולגיבוש פתרונות לסוגיות שעלו.

מציאות שבה מפגשים מתקיימים עם האדם בתדירות של אחת לשבועיים ולעיתים אף בתדירות נמוכה מזו, דבר שמקשה מאוד על החזקת הרצף של ההתערבות שבשלביה הראשוניים היא אינטנסיבית. התמודדות זו הוליכה להעלאת סוגיה נוספת והיא חשיבות הגיוס של אנשי מקצוע אחרים המלווים את האדם לשותפות בתהליך ההתערבות. חלק ממשתתפות הקבוצה שיתפו בתסכול ובאכזבה שחוו בעת שניסו לגייס לתהליך אנשי מקצוע אחרים המלווים את האדם בתחומי חיים אחרים לשותפות ותמיכה ביישום ההתערבות. על אף שההתערבות אכן מוגדרת כהתערבות הניתנת להעברה על ידי מרפאות בעיסוק או על ידי אנשי מקצוע אחרים בהדרכתן של מרפאות בעיסוק, היום בארץ ארגוני השיקום פועלים פעמים רבות תוך חלוקה פנים ארגונית ובמנותק זה מזה בשל מגוון סיבות ארגוניות ואישיות.

בניסיון לתת מענה לנושא זה, הפרק האחרון של ההתערבות מתמקד בדרכים לגיוס ולהגברת שיתוף פעולה של קובעי מדיניות ואנשי צוות אחרים לתהליכים מקדמים בריאות באמצעות פעילות. על כן, כמה מן המשתתפות בקבוצה ערכו מצגת על ההתערבות לצוות הרב מקצועי במסגרות שהן עובדות בהן. מהלך זה עזר לצוות הרב מקצועי להיטיב להבין את תרומתה הפוטנציאלית של ההתערבות לאנשים המתמודדים עם מחלה נפשית ובגיוסם לשיתוף פעולה סביב יישומה. השלכה אחרת וחשובה לא פחות הייתה תחושתן של המרפאות בעיסוק שמהלך זה עזר גם בביסוס מעמדן המקצועי לנוכח שאר אנשי הצוות.

מעמדו של מקצוע הריפוי בעיסוק בשירותי השיקום הינו בתהליכי ביסוס מתמשכים והוא קשור הן למבנה של מערך השיקום בקהילה והן למיעוטם היחסי של מרפאים בעיסוק המשולבים בהם בפועל בכלל ובתחומי תיאום הטיפול ומסגרות

פסיכיאטרית והיא הכלי היחיד ממוקד מטרה זו ובעל ראיות מחקריות מבוססת (Edgelow & Krupa, 2011). הכלי פותח בשפה האנגלית בקנדה ועל כן היה צורך בתהליך התאמה תרבותית כדי לאפשר שימוש בו בארץ. יתרה מזו, תהליך ההתאמה התרבותית שנעשה באמצעות קבוצת מיקוד של מרפאות בעיסוק העובדות בשירותי השיקום בקהילה הדגיש פערים שפתיים בתוכן ההתערבות, במבנה ההתערבות והבדלים ברמה המערכתית בין מבנה שירותי השיקום הקנדיים ובין שירותי השיקום הישראליים. על אף שנעשתה עבודה רבה להתמודדות עם סוגיות ברמת התוכן בעיקר, נוכחנו לגלות את השפעת מבנה שירותי השיקום בארץ על יישום ההתערבות. החלוקה לתחומים (תחום הדיווה, התעסוקה, השכלה ועוד) של מערך שירותי השיקום בארץ לעומת הליווי הכוללני והרוחבי לכל תחומי חייו של האדם המתמודד עם מחלה נפשית חמורה בשירותי השיקום הקנדיים משפיעה הן על האפשרות להניע תהליך התערבות אינטנסיבי הדורש רצף עבודה והן על היכולת לתת מענה לצרכים אישיים וייחודיים של האדם במסגרת של ה"מנדט השיקומי" המוגבל של נותני שירותי השיקום במסגרות השונות. עם זאת, מבנה ההתערבות גמיש דיו ומאפשר יישום ה-AOI במערך של שירותי השיקום בארץ. יתרה מזו, ההתערבות פוטנציאל לסייע במידה ניכרת למרפאים בעיסוק העובדים בשירותי השיקום השונים לגיבוש של זהות מקצועית ייחודית, להמשך ביסוס חשיבותו ותרומתו של מקצוע הריפוי בעיסוק לתהליך ההחלמה של אנשים המתמודדים עם מחלות נפש חמורות ולהבאתם לידי מימוש באופן מוצהר.

כמו כן אנו סבורות שהמבנה הגמיש של ההתערבות מאפשר להרחיב את התרומה של מקצוע הריפוי בעיסוק בדרכים נוספות. כאמור, התערבות זו מיועדת להיות מועברת על ידי מרפאים בעיסוק או על ידי נותני שירותים אחרים

באשר ליחסים אל מול הלקוח, מתוך משוביהן של המשתתפות התחוורו שתי השלכות מפתיעות של השימוש בהתערבות. ראשית, משתתפות קבוצת המיקוד תיארו באופן גורף את הפוטנציאל של ההתערבות ב"דיוק" תיאום הציפיות הטיפולי עם הלקוחות שלהן. באמצעות ההתערבות המובנית התאפשר למרפאות בעיסוק להציג סוגיות עיסוקיות רבות שמעלים חיים עם הפרעה פסיכיאטרית, ובכך להגדיר את תחומי המומחיות והאחריות המקצועית. הדבר סייע ללקוחותיהן להיעזר בשירותיהם באופן יעיל יותר. שנית, המשתתפות תיארו כיצד לקוחות שנעזרו בהתערבות הצליחו להפנים בתוך זמן לא ארוך את ה"שפה" והמונחים שעליהם מושתתת ההתערבות - מהלך שהשפיע גם על דרך החשיבה וההתבוננות של הלקוחות על תהליך ההחלמה ברמה האישית ובהקשר החברתי הרחב יותר. לדוגמה, המשתתפות דיווחו כי הלקוחות החלו לדבר על העיסוקים שלהם באופן מובחן יותר מבעבר: "... בזמן הפגישה היא אמרה שהבינה שיצרנות זה לא רק עבודה. למשל לגדל ילד זו יצרנות. בסוף המפגש היא יצאה עם תחושה של ערך ומשמעות מחודשת לאימהות שלה." וכן פיתחו את יכולתם להבין את מצבם האישי בהקשר החברתי הרחב יותר. למשל כשלקוח אומר לפסיכיאטר המטפל שלו: "...מה אתה רוצה ממני, הסביבה שלי היא כזאת." ייתכן שכלים אלו יסייעו לאנשים לזהות סוגיות רלוונטיות להם בשלבי חיים שונים ולפנות לקבלת מענה ממוקד. כך לדוגמה ידעו לפנות להתערבות בריפוי בעיסוק במקרים שבהם מדובר בסוגיות תפקודיות.

דיון והמלצות להטמעת ההתערבות במערך השיקום הישראלי

Action Over Inertia הינה התערבות המתמקדת בתפקידה העוצמתי של השתתפות בפעילות משמעותית לצורך קידום תהליך החלמה ממגבלה

- ייתכן שאפשר לערוך התאמות נוספת של ההתערבות כך שתהיה מכוונת לתוכן שיקומי מסוים, למשל: תעסוקה, פנאי, השכלה.
- הכנסת ההתערבות לחומר הלימוד של תואר ראשון בריפוי בעיסוק במסגרת הקורסים המתמקדים בהקניית כלים שיקומיים בבריאות הנפש.

• ערכת מחקר המשך לבחינת יעילות ההתערבות המותאמת. בטווח הקצר אנו מציעות למדוד את היעילות על ידי שאלונים לדיווח עצמי של מעורבות בעיסוקים שתורגמו לעברית Profiles of Occupational Engagement in People with Schizophrenia (POES) (Bejerholm Recovery (RAS) (et al., 2006 Assessment Scale (Corrigan, Salzer, Ralph, Sangster, & Keck, 2004) בקרב צרכני ההתערבות. בקרב נותני ההתערבות תועבר גרסת אנשי המקצוע של ה-RAS. בטווח הארוך היעילות תימדד על ידי מעקב אחר שינויים לאורך זמן בנתונים אובייקטיביים כדפוסי מגורים, תעסוקה וניהול מחלה של הצרכנים.

זמינות חוברת ההדרכה

אנשי מקצוע שרכשו את מדריך ההתערבות המקורי Action Over Inertia באתר האינטרנט של העמותה הקנדית לריפוי בעיסוק (www.caot.ca) יהיו זכאים לקבל עותק אלקטרוני של חוברת ההדרכה המותאמת לישראל ובשפה העברית ללא תשלום נוסף על ידי פנייה למחברות המאמר.

המקבלים הדרכה מרפאים בעיסוק. על מנת להטמיע התערבות זו באופן נרחב ולשמור על מרכיביה הייחודיים הטמונים במקצוע הריפוי בעיסוק, נוכחותם של המרפאים בעיסוק צריכה להיות נרחבת יותר בכל תחומי השיקום. ועם זאת, מבנה ההתערבות מאפשר להדריך צוותים אחרים ובכך מרחיב את העשייה המקצועית גם כשיש מיעוט מרפאות בעיסוק בשטח.

ההתערבות נלמדת כעת באוניברסיטת תל-אביב בבית הספר לריפוי בעיסוק במסגרת לימודי המשך וצפויה להילמד בעתיד גם בבית הספר הארצי לשיקום, הקריה האקדמית קריית אונו.

המלצות להטמעת ההתערבות

תהליך ההתאמה התרבותית סייע לנו בניסוחן של כמה המלצות להטמעת ההתערבות בשירותי השיקום הישראלי.

• חשוב ללמוד את כל ההתערבות בשלמותה לפני תחילת יישומה, כדי לבסס ראייה מערכתית והבנה נרחבת של התהליך.

• המשך הליווי של אנשי המקצוע ביישום ההתערבות הוא בעל תרומה מכרעת להצלחת יישום ההתערבות.

• חשוב להעמיד לרשותם של מרפאים בעיסוק המעוניינים להטמיע את ההתערבות במקום עבודתם כלים פרקטיים כגון כלל חומרי ההתערבות, ובכללם מצגת שמתמצתת את עקרונות ההתערבות. זאת כדי לסייע בגיוס אנשי צוות רב מקצועי וכדי להטמיע את השימוש במונחיה של ההתערבות ובמדדי התוצאה המובאים בהתערבות המתייחסים להחלמה דרך "בריאות באמצעות פעילות".

מקורות

- Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- אבירם, א' (2013). לקראת העשור השני - חוק שיקום נכי נפש בקהילה. *בטחון סוציאלי*, 188, 155-90.
- Anthony, W. A. (2000). A recovery-oriented service system: Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 159–168. <https://doi.org/10.1037/h0095104>
- בר-גל, ד' ושקדי, א' (2005). מלים המנסות לגעת: מחקר איכותני - תיאוריה ויישום. תל אביב: רמות - אוניברסיטת תל אביב.
- Bejerholm, U. (2010). Occupational Balance in People With Schizophrenia. *Occupational Therapy in Mental Health*, 26(1), 1–17. <https://doi.org/10.1080/01642120802642197>
- הדס לידור, נ', בוני, א', לכמן, מ' ופלי-אלטיט, ת' (2007). שיקום ושילוב אנשים עם מוגבלויות נפשיות בקהילה: מגוון להתפתחות מקצוע הריפוי בעיסוק. *כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק*, 16 (1), H19-H3.
- Bejerholm, U., Hansson, L., & Eklund, M. (2006). Profiles of Occupational Engagement in People with Schizophrenia (POES): The Development of a New Instrument Based on Time-Use Diaries. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(2), 58–68. <https://doi.org/10.1177/030802260606900203>
- טל, א' (2013). סטיגמה בקרב מעסיקים כלפי אנשים עם מוגבלויות בכלל ומוגבלויות פסיכיאטריות בפרט: סקירה ודיון בהקשר לחקיקה הקיימת. *משרד התמ"ת מחקר וכלכלה*.
- ליפסקיה-וילקובסקי, ל', רגב, ס', וקס, ס', שחר, נ' והדס לידור, נ' (יוני 2015). Action Over Inertia: התערבות עיסוקית-תפקודית בתחום בריאות הנפש. הרצאה שניתנה ביום העיון השנתי ה-20 של העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק.
- Bennett, S., Allen, S., Caldwell, E., Whitehead, M., Turpin, M., Fleming, J., & Cox, R. (2016). Organizational support for evidence-based practice: occupational therapists perceptions. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63(1), 9–18. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12260>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s.

- as it exists in the real world. *Australian Psychologist*, 42(2), 90–97. <https://doi.org/10.1080/00050060701280573>
- Corrigan, P. W., Salzer, M., Ralph, R. O., Sangster, Y., & Keck, L. (2004). Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1035–1041. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007118>
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480–487. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.480>
- Edgelow, M., & Krupa, T. (2011). Randomized controlled pilot study of an occupational time-use intervention for people with serious mental illness. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(3), 267–276. <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.001313>
- Eklund, M., Erlandsson, L., & Leufstadius, C. (2010). Time use in relation to valued and satisfying occupations among people with persistent mental illness: Exploring occupational balance. *Journal of Occupational Science*, 17(4), 231–238. <https://doi.org/10.1080/14427591.2010.9686700>
- Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 361–368. <https://doi.org/10.1037/a0016401>
- Birken et al. (2018). The development of an occupational therapy intervention for adults with a diagnosed psychotic disorder following discharge from hospital. *Pilot and Feasibility Studies*, 4(81), <https://doi.org/10.1186/s40814-018-0267-7>
- Castro, F. G., Barrera, M., & Holleran Steiker, L. K. (2010). Issues and Challenges in the Design of Culturally Adapted Evidence-Based Interventions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 213–239. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-033109-132032>
- Community Mental Health Rehabilitation. (n.d). Retrieved February 24, 2016, from: http://www.health.gov.il/Subjects/mental_health/rehabilitation/Pages/default.aspx
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48–67. <https://doi.org/10.1093/clipsy/7.1.48>
- Corrigan, P. W., & O'Shaughnessy, J. R. (2007). Changing mental illness stigma

- through job selection. *Occupational Therapy in Mental Health*, 16(1), 53–76. https://doi.org/10.1300/J004v16n01_04
- J. Creek, L. Lougher, & H. V. Bruggen (eds.) (2008). The knowledge base of occupational therapy. *Occupational Therapy and Mental Health* (4th ed., pp. 31–55). Retrieved from <http://site.ebrary.com/id/10537495>
- Krupa, T. (2012, November). *Action over inertia: Addressing the activity-health needs of individuals with serious mental illness*. Paper presented at the Beer Yaakov-Ness Ziona Mental Health Center, Beer Yaakov, Israel.
- Krupa, T., Almas, A., Bransfield, M., Chen, S., Edgelow, M., Jackson, J., & Radloff-Gabriel, D. (2010). *Action Over Inertia: Addressing the Activity-Health Needs of Individuals with Serious Mental Illness*. CAOT Publications ACE.
- Krupa, T., & Clark, C. (2004). National perspective. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 69–72. <https://doi.org/10.1177/000841740407100201>
- Krupa, T., Fossey, E., Anthony, W. A., Brown, C., & Pitts, D. B. (2009). Doing daily life: How occupational therapy can inform psychiatric rehabilitation practice. *Psychiatric Rehabilitation*
- Eklund, M., Hansson, L., & Ahlqvist, C. (2004). The importance of work as compared to other forms of daily occupations for wellbeing and functioning among persons with long-term mental illness. *Community Mental Health Journal*, 40(5), 465–477. <https://doi.org/10.1023/B:COMH.0000040659.19844.c2>
- A. Farina, (Eds.) (1998). Stigma. *Handbook of Social Functioning in Schizophrenia*. (pp. 247–279). Needham Heights, MA, US: Allyn & Bacon.
- Guthrie, S. K. (2002). Clinical issues associated with maintenance treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 59(Suppl 5), S19–S24. https://doi.org/10.1093/ajhp/59.suppl_5.S19
- Harvey, C. A., Jeffreys, S. E., McNaught, A. S., Blizard, R. A., & King, M. B. (2007). The Camden Schizophrenia Surveys III: Five-year outcome of a sample of individuals from a prevalence survey and the importance of social relationships. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(4), 340–356. <https://doi.org/10.1177/0020764006074529>
- Hulse, J. E., Cash, S. H., & Simons, D. F. (2000). A longitudinal study of factors influencing occupational therapy students' practice preference from pre-admission

- M. (2006). Time use and daily activities in people with persistent mental illness. *Occupational Therapy International*, 13(3), 123–141. <https://doi.org/10.1002/oti.207>
- Lipskaya-Velikovsky, L., Kotler, M., & Krupa, T. (2016). Description of and Preliminary Findings for Occupational Connections, an Intervention for Inpatient Psychiatry Settings. *American Journal of Occupational Therapy*, 70(6).
- Meyer, A. (1922). The philosophy of occupational therapy. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 1(1), 1–10.
- Minato, M., & Zemke, R. (2004). Time use of people with schizophrenia living in the community. *Occupational Therapy International*, 11(3), 177–191. <https://doi.org/10.1002/oti.205>
- Noordsy, D., Torrey, W., Mueser, K., Mead, S., O'Keefe, C., & Fox, L. (2002). Recovery from severe mental illness: an intrapersonal and functional outcome definition. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 318–326. <https://doi.org/10.1080/0954026021000016969>
- Phelan, J. C., Link, B. G., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social*
- Journal*, 32(3), 155–161. <https://doi.org/10.2975/32.3.2009.155.161>
- Krupa, T., McLean, H., Eastabrook, S., Bonham, A., & Baksh, L. (2003). Daily time use as a measure of community adjustment for persons served by assertive community treatment teams. *American Journal of Occupational Therapy*, 57(5), 558–565.
- Krupa, T., Radloff-Gabriel, D., Whippey, E., & Kirsh, B. (2002). Reflections on occupational therapy and assertive community treatment. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(3), 153–157. <https://doi.org/10.1177/000841740206900305>
- Law, M., Steinwender, S., & Leclair, L. (1998). Occupation, health and well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 81–91. <https://doi.org/10.1177/000841749806500204>
- Lee, S. W., Kielhofner, G., Morley, M., Heasman, D., Garnham, M. ... Taylor, R. R. (2012). Impact of using the Model of Human Occupation: A survey of occupational therapy mental health practitioners' perceptions. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(5), 450–456. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.645553>
- Leufstadius, C., Erlandsson, L.-K., & Eklund,

ajp.147.12.1602

Behavior, 41(2), 188–207. <https://doi.org/10.2307/2676305>

Serious Mental Illness (SMI) Among U.S.

Adults. (n.d.). Retrieved June 9, 2019, from <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml>

Tarrier, N., & Bobes, J. (2000). The importance of psychosocial interventions and patient involvement in the treatment of schizophrenia. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 4(1), 35–51. <https://doi.org/10.1080/13651500050518028>

Yerxa, E. J. (1998). Health and the Human Spirit for Occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(6), 412–418. <https://doi.org/10.5014/ajot.52.6.412>

Polatajko, H. J., Townsend, E. A., & Craik, J. (2007). Canadian model of occupational performance and engagement (CMOP-E). In H. Polatajko, E. Townsend & J. Craik (Eds.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-Being, & Justice through Occupation* (pp. 23-36). Ottawa: CAOT Publications ACE.

Schinnar, A., Rothbard, A., Kanter, R., & Jung, Y. (1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *The American Journal of Psychiatry*, 147(12), 1602—1608. <https://doi.org/10.1176/1602—1608>



المجتمع الإسرائيلي للعلاج الوظيفي
ISRAELI SOCIETY OF
OCCUPATIONAL THERAPY

ISOT החברה הישראלית
לרפוי בעיסוק

החברה הישראלית לרפוי בעיסוק
וצוות מערכת ה-**INOT** מאחלים
בריאות טובה לכולנו,
מייחלים שנעבור בשלום את משבר
הקורונה ונחזור במהרה לשגרה ברוכה.

חג אביב שמח!