
The Use of the COPM as an Outcome Measure in a Hand Therapy Clinic / השימוש ב-COPM כמדד לבדיקת יעילות הטיפול בשיקום היד

Author(s): ארז חיים בר-אסנת, Batia Marom and Asnat Bar- Haim Erez

Source: *IJOT: The Israeli Journal of Occupational Therapy* / כתב עת ישראלי לריפוי
כרך, 2011, פברואר, כרך, 20, כעיסוק, 1 (2011, פברואר), pp. H5-H23

Published by: Israeli Society of Occupational Therapy / העמותה ישראלית לריפוי בעיסוק

Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/23470248>

JSTOR is a not-for-profit service that helps scholars, researchers, and students discover, use, and build upon a wide range of content in a trusted digital archive. We use information technology and tools to increase productivity and facilitate new forms of scholarship. For more information about JSTOR, please contact support@jstor.org.

Your use of the JSTOR archive indicates your acceptance of the Terms & Conditions of Use, available at <https://about.jstor.org/terms>



JSTOR

is collaborating with JSTOR to digitize, preserve and extend access to *IJOT: The Israeli Journal of Occupational Therapy* / כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק

השימוש ב- COPM כמדד לבדיקת יעילות הטיפול בשיקום היד

בתיה מרום, אסנת בר-חיים ארז

מילות מפתח: ביצוע עיסוקי, שיקום היד.

תקציר

ה-COPM (Canadian Occupational Performance Measure) הנו כלי הערכה ממוקד לקוח ונחשב ככלי יעיל לקביעת מטרות טיפוליות תפקודיות, למדידת תוצאות טיפול בריפוי בעיסוק ולמעקב אחר שינוי בתפיסה העצמית ובשביעות הרצון של הלקוח לגבי יכולת ביצוע העיסוק שלו. על אף השימוש הנרחב בכלי בעולם, לא ברור עד כמה משתמשים בו בטיפולים קצרי מועד בקהילה, כגון מכוני שיקום גפיים עליונות בארץ. מטרת מחקר ראשוני זה הייתה לבחון סוגיה זו ואת תרומת הכלי לקביעת מטרות ויעילות הטיפול במכון אחד לשיקום גף עליון בצפון הארץ. המדגם הסופי כלל 86 תיקים רפואיים. גילם הממוצע של משתתפי המחקר היה 42.7 שנים, 67.4% היו מן המגזר הלא יהודי, 32.5% מן המגזר היהודי. ממצאי המחקר הראו שהשימוש בהערכה נע סביב ה-30%. מבין האנשים שעברו את הערכה, 65.5% דיווחו על קשיים בטיפול העצמי ו-67.8% דיווחו על קשיים בתחום היצרנות ובעבודה בפרט. נמצא הבדל מובהק בין ציוני החלק הביצועי ושביעות הרצון בין תחילת טיפול בהשוואה לסיומו. על אף המגבלות ממצאי מחקר זה מציעים כי הכלי יכול לשמש מרפאות בעיסוק בתחום שיקום היד הן בתכנון הטיפול והן כמדד לבדיקת יעילות הטיפול.

בתיה מרום, MSc, OT, מרפאה בעיסוק בתחום השיקום האורתופדי, מנהלת מכון ריפוי בעיסוק למוגבלויות פיזיקאליות שירותי בריאות כללית מרפאה נצרת עלית דרום. marombr@zahav.net.il
אסנת בר-חיים ארז, OT, PhD, בית הספר לריפוי בעיסוק, הדסה והאוניברסיטה העברית.

תודתי נתונה לחברותי לצוות מכון ריפוי בעיסוק נצרת עלית דרום: **אילת שנקר**, **אינסף האג'** - **מוחמד ומנאל נג'אר** על סיוען בביצוע המחקר.

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, פברואר 2011, 20(1)

מבוא

ריפוי בעיסוק הוא מקצוע המתמקד בשיפור הבריאות והרווחה של האדם על ידי עיסוק, על מנת לאפשר השתתפות במארג החיים (ילון-חיימוביץ ושות', 2006; Law, 2002). השתתפות בעיסוקי יום-יום משמעותיים מספקת הגשמה ושביעות רצון מן החיים (Law, 2002).

ה-International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) מדגיש את חשיבות ההשתתפות של האדם בעיסוקים בתוך המסגרת התרבותית, והמטרה היא להביאו לעצמאות מרבית בפעילויות יום-יום שונות (American Occupational therapy Association, 2002).

ריפוי בעיסוק בתחום הגף העליון מתמקד במתן אפשרות לחזור לשימוש פונקציונאלי של הגף הנפגע וכן בחזרה לעיסוק קודם הפגיעה (Case-Smith, 2003). המטרה העיקרית בטיפול היא להביא לשימוש ולתפקוד מיטבי של הגף העליון, כדי לאפשר לאדם להשתתף בפעילויות יום-יום משמעותיות ומספקות. ביצוע עיסוקים ופעילויות הוא מטרת העל בטיפול (AOA, 2002). הטיפול מתמקד בחסרים סנסומוטוריים, בקושי בביצוע פעילויות ובגבלה בתפקידים ועיסוקים כפי שמוגדר על ידי ה-ICF.

יש הסכמה שהגדרת המושג בריאות התרחבה ואינה נדרשת רק למרכיבי אדם ושהשתתפות בעיסוק משמעותי היא גורם מפתח לבריאות. תפיסה זו באה לידי ביטוי בטרמינולוגיה של הריפוי בעיסוק וה-ICF. כדי להתאים להגדרה רחבה זו של המושג בריאות יש חשיבות להשתמש בכלי הערכה מתאימים (Wressle et al., 2003).

הכלים המקובלים לבדיקת יעילות הטיפול בתחום הריפוי בעיסוק בשיקום היד מתייחסים בעיקר לגורמי אדם כגון כוח, טווחי תנועה ומיומנויות ביצוע על פי עקרונות הגישה הביומכנית ויש כלים הבודקים גם תפקוד והשתתפות בתחום הריפוי בעיסוק בשיקום היד, שעסקו במטרות שנקבעו על ידי המטופל (Case-Smith, 2003; McKee & Rivrd, 2004). עם זאת, מעטים המחקרים כמדד לבדיקת יעילות הטיפול (Case-Smith, 2003; Carswell et al., 2004; McKee & Rivrd, 2004; Parker & Sykes, 2006). אחת מן ההערכות המקובלות היום בספרות ומצויה בשימוש מקובל בטיפול בריפוי בעיסוק בארץ ובעולם היא ה-Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Law et al., 1998). באמצעות הערכה זו אפשר לקבוע מטרות טיפוליות תפקודיות רלוונטיות למטופל ולעקוב אחר שינוי/הצלחה או אי הצלחה בביצוע העיסוקי ובשביעות הרצון מן הביצוע לאורך זמן.

הערכת ה-COPM מבוססת על הגישה התיאורטית הממוקדת לקוח - Client centered המדגישה את הזכות לאוטונומיה ולאפשרות בחירה. גישה זו מאמינה בכבוד וביחסי שותפות ישירה בין המטפל ללקוח (להלן המטופל)

ומתמקדת בהתערבות טיפולית המבוססת על צרכיו כפי שהוא מגדיר אותם תוך התחשבות בתפקידי חייו ובסביבה שבה הוא חי (Law & Mills, 1998). הראשונים, שהגדירו ודנו בגישה זו היו מרפאים בעיסוק קנדיים בתחילת שנות ה-80 ומאז הגישה מקובלת ברחבי העולם (Law & Mills, 1998; McColl et al., 2005). אחד המודלים המרכזיים על פי גישה זו הנו מודל הביצוע העיסוקי שפורסם לראשונה בשנות ה-90 של המאה ה-20 (Law et al., 1998; McColl et al., 2005). ביצוע עיסוקי מוגדר כיכולת של הפרט לבחור, לארגן ולבצע באופן משיביע רצון עיסוק משמעותי, תואם גיל ותרבות, במטרה לטפל בעצמו, ליהנות מחייו ולתרום למארג החברתי והכלכלי בקהילה (Law et al., 1998). המודל מציג שלושה מעגלים, כאשר ביצוע עיסוקי הוא תוצאה של אינטראקציה בין אדם ובכלל זה מרכיבים פיזיים, קוגניטיביים, רגשיים ורוחניים, סביבה ובכלל זה סביבה פיזית, חברתית ותרבותית מוסדית ועיסוק ובכלל זה טיפול עצמי, יצרנות, פנאי הערכת ה-COPM מתייחסת למעגל השלישי מתוך שלושת המעגלים, כאשר הטיפול בריפוי בעיסוק הממוקד לקוח בא לידי ביטוי בקביעת מטרות טיפול תפקודיות ספציפיות ורלוונטיות לכל מטופל תוך דגש על שיתופו בקביעת מטרות אלו (Law et al., 2005).

ה-COPM היא הערכה המצויה בשימוש בטיפול בריפוי בעיסוק בארץ ובעולם הן ככלי טיפולי והן במחקר. באמצעות הערכה זו אפשר לקבוע מטרות טיפוליות תפקודיות רלוונטיות למטופל ולעקוב אחר שינוי/הצלחה או אי הצלחה בתפיסה העצמית לגבי יכולת הביצוע העיסוקי ושביעות הרצון מן הביצוע לאורך זמן, למשל, בתחילת טיפול ובסיומו (Law et al., 2005). ההערכה מתאימה למגוון אוכלוסיות, אבחנות, תרבויות ורמות התפתחויות שונות. ההערכה אינה מוגבלת לגיל מסוים ובמקרים שבהם המטופל אינו יכול לשתף פעולה אפשר לפנות ל-Caregiver. ההערכה כוללת התייחסות למגוון תחומי (ADL) Activities of Daily Living ו-(IADL) Instrumental Activities of Daily Living, מטיפול עצמי וניהול משק בית ועד תרבות פנאי ופעילות חברתית (Law et al., 2005). אפשר לראות ב-COPM כלי הערכה, שנותן מידע משלים למידע המתקבל מכלים אחרים ברמה של מרכיבי אדם, פעילות והשתתפות (Wressle et al., 2003). גם בתחום השיקום האורטופדי של הגף העליון נעשה שימוש בהערכה זו במחקר ובטיפול.

Hannah ו-Hudak (2001) במחקרם מסוג "מחקר על נבדק אחד" (A- Single-subject Experiment) בדקו את מידת יעילות השימוש בשלושה סדים שונים השכיחים בטיפול הקליני, המקובלים בספרות המקצועית לאחר פגיעה בעצב הרדיאלי. תפקוד היד נבדק על ידי ארבעה כלי הערכה, לפני שימוש בסד ואחריו, והבדיקה כללה: בדיקה של מרכיבי אדם-כוח, הערכות ברמת פעילות ותפקוד ואת אבחון ה-COPM. הציון כפי שנמדד על ידי ה-COPM שיקף את

תפיסת הנבדקת לגבי יכולת הביצוע שלה בזמן השימוש בסדים השונים. ממצאי המחקר הראו שיפור מובהק בציון בחלק הביצועי של ההערכה בזמן שימוש באחד מהסדים לעומת האחרים. ה-COPM נמצא במחקר זה כמדד הטוב ביותר להערכת שיפור התפקוד של הנבדקת בהשוואה לכלים האחרים שבהם השתמשו. גם Rivard and McKee (2004) השתמשו ב-COPM על מנת לבדוק את יעילות הטיפול בסדים על השתתפות. לטענתם, בנייה של סדים אינה מסתכמת במיומנות טכנית בלבד ויש חשיבות למשוב של המטופל בתהליך בניית הסד. תגובת המשתמש חשובה כדי להיטיב להתאים את הסד לצרכיו ולאורח חייו, ביחוד אם מדובר בשימוש לאורך זמן. החוקרים, במחקר האמור, דיווחו שהשימוש ב-COPM אפשר התאמה של סדים על פי צרכים ספציפיים של מטופלים: הגנה, יציבות מפרקית ויכולת ביצוע עיסוקים משמעותיים. מחקר נוסף השתמש ב-COPM כדי לבחון יעילות טיפול בתכנית טיפולית חינוכית אינטנסיבית, אצל אנשים הסובלים מדלקות מפרקים, כשהממצאים הורו על שינוי מובהק בציוני הערכת ה-COPM (Hitchon, Chan, Stroock & Canvin, 2001). לדעתם, ההתייחסות לצרכים העיסוקיים המועדפים על המטופל, במהלך קביעת מטרות הטיפול וההתערבות הטיפולית, מביאה לעלייה במוטיבציה ובמעורבות של המטופל בטיפול. כמו כן, עלתה גם שביעות הרצון מתוצאות הטיפול.

יש מיעוט מחקרים שבהם נבדק השימוש בהערכת ה-COPM באנשים הסובלים מליקויים בגף העליון וטפלו במסגרת שיקומית בריפוי בעיסוק בקהילה. אחד המחקרים שנערך בידי Case-Smith (2003) מצא כי ה-COPM היה הרגיש ביותר לשינוי במצב המטופל לעומת ה-DASH וה-SF-36 ויכול לשמש כמדד טוב לבדיקת תוצאות שיקום. במחקר נוסף Wijk, Wollmark, Kopylov and Tagil (2010) השוו בין הערכות אובייקטיביות וסובייקטיביות ובדקו תפקוד גופני של ידיים וביצוע עיסוקי, לאחר ניתוח תוך מפרקי של אצבעות. תוצאות המחקר הראו שכל הנבדקים דיווחו על ירידה ניכרת בכאב על אף שלא היה שינוי מבחינת טווחי התנועה והכוח. חלק מן ההסבר התמקד בכך שרבים מן הנבדקים דיווחו על שינוי בביצוע העיסוקי ובשביעות הרצון כפי שנמדד על ידי ה-COPM.

Sandqvist, Johnsson, Stureson, Tagil & Geborek (2009) ממליצים על השימוש ב-COPM ככלי נוסף להערכות אובייקטיביות לאחר ניתוח באנשים הסובלים מדלקות פרקים. השימוש בהערכה זו אפשר להבחין בשינוי התפקודי באוכלוסייה זו. לדבריהם, לעובדה שה-COPM הוא הכלי היחיד הממוקד לקוח המשלב גם מדידה של יכולת ביצוע וגם מרכיבים של שביעות רצון יתרון על אבחונים וכלים אחרים. כמו כן, האבחון נמצא רגיש ביותר לשינוי בכל תחנות הזמן שבהם בוצעה ההערכה במהלך המחקר.

בשנים האחרונות יש עלייה בהתעניינות בספרות המקצועית בריפוי בעיסוק בהערכות המתמקדות בזיהוי מטרות ממוקדות לקוח בתחום הביצוע העיסוקי. זיהוי מטרות אלו מנחה את תכנית הטיפול בריפוי בעיסוק ומאפשר מדידה קלינית של תוצאות השיקום (Phipps & Richardson, 2007). ההתמקדות בעדיפויות

ובצרכים האינדיבידואליים של המטופל בזמן קביעת מטרות הטיפול יכולים להוליך למעורבות רבה יותר של המטופל בטיפול ולשיפור בשביעות הרצון שלו מתוצאות ההתערבות הטיפולית.

לשימוש בהערכות מדידות של תוצאות שיקום חשיבות רבה במיוחד, בעידן של צורך בהפחתת עלות טיפול, יצירת תוצאות שיקום יעילות וטובות יותר ומתן טיפול מוכח מבחינה מדעית. למיטב ידיעת החוקרות, יש מיעוט מחקרים שבדקו תוצאות שיקום שכללו הערכה עצמית של המטופל לגבי יכולת הביצוע העיסוקי שלו כפי שנמדדת על ידי ה-COPM, בעולם בתחום שיקום הגף העליון. בארץ, טרם בוצע מחקר בתחום שיקום הגף העליון שעסק בנושא זה. מחקר ראשוני זה בחר אפוא לבחון סוגיה זו בקליניקה אחת לשיקום כף יד. הדבר נעשה תוך בדיקת ההתאמה של ההערכה לאוכלוסייה המטופלת במכון ובדיקת מידת השימוש בכלי.

מטרות המחקר זה היו: א) בדיקת פרופיל השימוש בכלי על ידי מרפאות בעיסוק במכון אחד המטפל בשיקום גפיים עליונות. ב) בדיקת פרופיל המטופלים לפני ואחרי הטיפול בריפוי בעיסוק. ג) בדיקת ההתאמה בין ציון בביצוע לשביעות רצון המטופלים לפני ואחרי הטיפול. ד) בדיקת ההבדלים בציונים בחלק הביצועי ובשביעות הרצון של המטופלים על פי ה-COPM בין תחילת הטיפול וסיומו. ה) בדיקת ההבדלים בציוני הערכת ה-COPM על פי מגדר וגיל.

שיטת המחקר

אוכלוסיית המחקר

לבחינת המטרה הראשונה של המחקר, מידת השימוש ב-COPM, נבדקו 743 תיקי מטופלים שטופלו במכון שיקום גף עליון של ריפוי בעיסוק במרפאה בצפון הארץ החל מדצמבר 2006 ועד אוגוסט 2008. לבחינת שתי המטרות הנוספות של המחקר נדגמו באופן עוקב 100 התיקים הראשונים של מטופלים שנעשתה להם הערכת COPM מלאה. הקריטריונים להכללה: מטופלים לאחר פציעה/מחלה של גף עליון. קריטריונים להוצאה: מטופלים מתחת לגיל 18. 14 תיקים של מטופלים מתחת לגיל 18 הוצאו. מכאן, המדגם הסופי כלל 86 מטופלים. גיל ממוצע: 42.7 שנים (ס.ת. 15.02, טווח: 18-77 שנים). מגזר: לא יהודי - 58 (67.44%), יהודי - 28 (32.55%). 97.5% עם דומיננטיות ימין. הצד הפגוע: 39 (45.34%) מן הנבדקים נפגעו ביד ימין, 42 (48.83%) מן הנבדקים נפגעו ביד שמאל ו-5 (5.8%) מן הנבדקים נפגעו בשתי הידיים. רוב הנבדקים במדגם היו בגיל העבודה. האבחנה השכיחה ביותר במדגם הייתה שברים ולאחריה פגיעה ברקמות רכות ללא פגיעה עצבית, גידית או גרמית (ראו טבלה 1). שני מטופלים במדגם היו לאחר אירוע מוחי. הם הושארו במדגם מכיוון שהפגיעה הייתה בעיקרה מוטורית ללא ממצאים לפגיעה קוגניטיבית משמעותית. 43 (50%) מהנבדקים הופנו לשיקום בריפוי בעיסוק בעקבות תאונת עבודה, 7 (8.2%) היו לאחר תאונת דרכים ו-36 (41.86%) מן

בתייה מרום, אסנת בר-זיים ארז

הנבדקים הופנו לאחר פציעה שאינה כתוצאה מתאונת עבודה או תאונת דרכים. התפלגות המדגם על פי העיסוק מוצגת בטבלה 2, ואפשר לראות כי רוב המטופלים השתייכו לעבודה המוגדרת כצווארון כחול.

טבלה 2 התפלגות הנבדקים על פי קבוצות עיסוק			טבלה 1 התפלגות הנבדקים על פי אבחנה		
מספר הנבדקים (N=86)		קבוצת העיסוק	מספר הנבדקים (N=86)		סוג הפציעה
%	N		%	N	
62	54	צווארון כחול	36	31	שברים
9	8	צווארון לבן	8	7	גידים
20	16	עקרת בית	14	12	עצבים
7	6	פנסיונר	23	19	רקמות רכות
2	2	מובטל	8	7	קטיעות
			2	2	אירוע מוחי
			2	2	פרקים
			7	6	מורכב*

* פגיעות המערבות לפחות שני סוגי פציעה.

כלי המחקר

נתונים דמוגרפיים מתוך התיק הרפואי בריפוי בעיסוק כללו: מגדר, גיל, מגזר, דומיננטיות, מקצוע, גף נפגע, אבחנה לפי קבוצות עיקריות. הערכת ה-Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Law et al., 2005) פותחה כאמצעי לקביעת מטרות טיפוליות ללקוח וכמדד לבדיקת תוצאות טיפול. האבחון מחולק לשלושה שלבים. בשלב הראשון, באמצעות ריאיון חצי מובנה הנבדק, יחד עם המטפל, מזהה תחומי עיסוק ועיסוקים בעיתיים המשמעותיים לו ומדרג אותם לפי סדר חשיבותם. תחומי העיסוק המצוינים בהערכה הם: טיפול עצמי - ובכללו טיפול אישי, ניידות ועיסוקים בקהילה. יצרנות - ובכללה עבודה, ניהול משק בית ומשחק/בית הספר. פנאי - ובכללו פעילות שקטה, פעילות אקטיבית ופעילות חברתית. הנבדק בוחר עד חמש פעילויות, המשמעותיות ביותר לו שבהן הוא צפה קושי. בשלב השני, הנבדק מדרג את הפעילויות הנבחרות מבחינת יכולת ביצוע ושביעות רצון מן הביצוע בסולם מ-1 עד 10. כאשר 1 - לא מסוגל לבצע ולא שבע רצון כלל מן הביצוע

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, פברואר 2011, (20)

10 - מבצע את הפעילות ללא כל קושי ובשביעות רצון רבה. בשלב השלישי, ממוצע הציון בכל סולם נמדד בתחילת טיפול ובסיומו והפרש הציונים מחושב. הפרש חיובי מעל שני ציונים נחשב לשיקום טוב (Carpernter et al., 2001). ההערכה נמצאה תקפה ומהימנה. נמצא שמהימנות מבחן חוזר: ICC=0.63 (intraclass correlation coefficient) בחלק הביצועי ו- ICC=0.84 בשביעות רצון (Law et al., 2005). המהימנות נבדקה על ידי מתאם בין השינוי בציון COPM לתפקוד כפי שנקבע על ידי המטפל ובהשוואה לנבדק עצמו; נמצא מתאם בינוני-נמוך. כמו כן, נמצא מתאם גבוה (0.77-0.67, $p < 0.001$) בין הציון הביצועי של ה-COPM ובין שביעות רצון בתחילת הטיפול ובסיומו (Wressle et al., 2003). COPM-2000) McCall, Paterson, Davies, Doubt and Law, מצאו שלאיכות החיים כפי שנבדקה על ידי שאלון Life satisfaction scale השפעה על ציון שביעות הרצון של ה-COPM ($t=2.57$; $p=0.01$). Panyi, Oakley, Macedo, Kirkham (2009) מצאו שציוני ה-COPM השתפרו במידה ניכרת (שינוי של 80.4 בהשוואה ל-52.0 בשביעות הרצון) ו-3.1 לעומת (-0.28 בביצוע) במטופלים שסובלים מדלקת פרקים וטופלו במסגרת הריפוי בעיסוק לעומת מטופלים שלא קיבלו טיפול בריפוי בעיסוק ($p=0.001$).

שאלון ה-COPM במחקר זה תורגם לעברית כפריקט במסגרת קורס לאבחון ולהערכה בריפוי בעיסוק בתכנית לימודי תואר מוסמך בחוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב ונמצא מהימן ותקף (דרור ועמיתיו, 1998).

הליך המחקר

בשלב הראשון התקבל אישור לביצוע המחקר על ידי ועדת הלסינקי של שירות בריאות כללית. בשלב השני נערכה בדיקה רטרוספקטיבית של תיקים רפואיים החל מדצמבר 2006 ועד אוגוסט 2008. מהם הוצא מידע לגבי פרטים אישיים ודמוגרפיים כפי שמצויים בתיקים הרפואיים של הנבדקים ולגבי תוצאות הערכת ה-COPM.

עיבוד הנתונים

עיבוד סטטיסטי וניתוח נתונים בוצע על ידי תוכנה סטטיסטית SPSS גרסה 12. לצורך קבלת נתונים על פרופיל אוכלוסיית המדגם וקבלת נתונים לגבי שאלת המחקר הראשונה, שבחנה את מידת השימוש בכלי ה-COPM, בוצעה סטטיסטיקה תיאורית. לבדיקת ההתאמה בין הציון בביצוע לציון בשביעות הרצון בתחילת הטיפול ובסיומו נעשה שימוש במתאם פירסון. לבדיקת הבדלים בין ציוני ה-COPM בתחילת הטיפול ובסיומו נעשה שימוש במבחן פרמטרי t-test להשוואת שני מדגמים מזווגים. כמו כן, נבדק אם ייצא הבדל בציוני ה-COPM על פי משתנים דמוגרפיים של מגדר, מגזר, ותחום עיסוק (צווארון לבן/כחול) תוך שימוש במבחן chi-square. לשם בדיקת הקשר בין גיל לציוני ה-COPM נערך מתאם Pearson. המובהקות נקבעה ל-0.05.

תוצאות

בדיקת פרופיל השימוש בכלי על ידי מרפאות בעיסוק במכון אחד המטפל בשיקום גפיים עליונות

מסקירת תיקי המטופלים עלה שהשימוש בהערכת ה-COPM החל בדצמבר 2006 וכלל פיילוט של עשרים נבדקים. בשנת 2007 התבצעה ההערכה ל-126 מטופלים (29.85%) מתוך 422 מטופלים שטופלו במכון. מתוכם ל-70 מטופלים (55.55%) נעשתה הערכה בתחילת הטיפול ובסיומו, ול-56 מטופלים (44.45%) נעשתה הערכה בתחילת הטיפול בלבד. בין החודשים ינואר-אוגוסט 2008 התבצעה הערכה ל-83 מטופלים (27.57%) מתוך 301 מטופלים שטופלו במכון. מתוכם ל-40 מטופלים (48.19%) נעשתה הערכה בתחילת הטיפול ובסיומו ול-43 מטופלים (51.81%) נעשתה הערכה בתחילת הטיפול בלבד. לא נמצא הבדל בין מטופלים שנעשתה להם הערכה מלאה לבין מטופלים שנעשתה להם הערכה בתחילת הטיפול בלבד מבחינת האבחנות הרפואיות.

בדיקת פרופיל המטופלים לפני הטיפול בריפוי בעיסוק ולאחריו

כאמור, שמונים ושישה נבדקים שעברו את אבחון ה-COPM לפני הטיפול ואחריו נכללו במחקר. פירוט התחומים שבהם הנבדקים דיווחו על קשיים מפורטים בטבלה 3. כפי שאפשר לראות, מתוך הנבדקים שדיווחו על קשיים בטיפול אישי ועיסוקים בקהילה, בתחום הטיפול העצמי, בין 80% ל-90% דיווחו על שיפור של ציון אחד לפחות בביצוע ובשביעות רצון. מתוך הנבדקים שדיווחו על קשיים בעבודה ובמשק בית בתחום היצרנות, כ-30% מן הנבדקים דיווחו על אי שיפור בציון בביצוע ובשביעות רצון בעבודה. מתוך הנבדקים שדיווחו על קשיים בפעילויות שונות בתחום הפנאי, כ-60% דיווחו על שיפור. במדגם הנוכחי ממוצע שיפור הציון בביצוע ובשביעות הרצון היה מעל שתי נקודות (טבלה 4).

השימוש ב-COPM כמדד לבדיקת יעילות הטיפול בשיקום הירד

התפלגות דיווח המטופלים לגבי תחומי הקושי והשינוי בתפקוד לאחר הטיפול				
תחום	דווחו על קשיים (%)N	דווחו על שינוי בביצוע ובשביעות הרצון (%)N	דווחו על חוסר שינוי בביצוע ובשביעות הרצון (%)N	נתונים חסרים
טיפול עצמי				
טיפול אישי	56 (64.37)	50 (89.28)	5 (8.92)	1 (1.78)
עיסוקים בקהילה	44 (50.57)	35 (79.45)	7 (15.9)	2 (4.54)
יצרנות				
עבודה	59 (67.82)	37 (62.71)	19 (32.2)	3 (5.08)
משק בית	47 (54.02)	41 (87.23)	6 (12.76)	
פנאי				
פעילות שקטה	7 (8.05)	4 (57.14)	2 (28.57)	1 (14.28)
פעילות אקטיבית	11 (12.64)	7 (63.63)	3 (27.27)	1 (9.09)
פעילות חברתית	9 (10.34)	5 (55.55)	3 (33.33)	1 (11.11)

בדיקת ההתאמה בין ציון בביצוע לשביעות רצון המטופלים לפני הטיפול ואחריו
 לשם בדיקת השאלה האם יימצא קשר בין הערכת המטופל את יכולת הביצוע שלו ושביעות הרצון מן הביצוע הן בתחילת הטיפול והן בסיומו, נערך מבחן סטטיסטי פירסון. מתאם חיובי בינוני נמצא בין ציונים בביצוע לציונים בשביעות רצון בתחילת טיפול ($r=0.58, p=.001$). מתאם חיובי גבוה נמצא בין ציוני הביצוע לשביעות הרצון בסוף הטיפול ($r=0.93, p=.001$).

בדיקת ההבדלים בציונים בחלק הביצועי ובשביעות הרצון של המטופלים על פי ה-COPM בין תחילת הטיפול לסיומו לשם בדיקת הערכת השינוי בביצוע ובשביעות הרצון, בתחילת הטיפול ובסיומו, באמצעות מבחן ה-COPM, נערך מבחן paired t-test שמורה על הבדל סטטיסטי ניכר בתפיסה הממוצעת של המטופלים את הביצוע ושביעות הרצון שלהם בין שתי נקודות הזמן (ראו טבלה 4). נמצא הבדל מובהק בין הממוצעים בחלק הביצועי של ה-COPM בתחילה הטיפול ובסיומו. ממוצע הציונים בחלק הביצועי בסוף הטיפול נמצא גבוה באופן מובהק מן הציונים בחלק הביצועי בתחילת הטיפול. נמצא הבדל מובהק בשביעות

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, פברואר 2011, 20(1)

בתיה מרום, אסנת בר-חיים ארז

הרצון מן הביצוע בין תחילת טיפול ובין סיום הטיפול: שביעות הרצון הייתה גבוהה יותר בסיום הטיפול.

טבלה 4

השוואה בין הציון הממוצע בחלק הביצועי ובשביעות הרצון של הערכת ה-COPM בתחילת ובסיום טיפול וממוצע השינוי

(p) t-test	סיום טיפול ממוצע (ס.ת.)	תחילת טיפול ממוצע (ס.ת.)	
14.1 (0.001)	6.78 (2.4)	3.29 (1.39)	ציון ביצוע
15.73 (0.001)	6.73 (2.7)	2.27 (1.6)	ציון שביעות רצון

בדיקת ההבדלים בציוני הערכת ה-COPM על פי מגדר, מגזר וגיל

טבלה 5 מפרטת את ממוצע הציונים בחלוקה למשתנים אישיים ודמוגרפיים. לא נמצאו הבדלי מגדר, מוצא וקבוצת עיסוק בציונים של החלק הביצועי ושביעות הרצון בתחילת הטיפול ובסיומו, על פי מבחן סטטיסטי chi-square ($P > 0.05$). כמו כן, לא נמצא קשר בין גיל הנבדקים לציונים בתחילת טיפול ובסיום הטיפול על פי מבחן סטטיסטי פירסון ($P > 0.05$).

טבלה 5
ציוני הערכת ה-COPM בחלוקה לפי משתנים אישיים, דמוגרפיים

שינוי שביעות רצון	שינוי בביצוע	שביעות רצון		שביעות רצון		ביצוע בסיום		ביצוע	
		ממוצע (ס.ת.)	ממוצע (ס.ת.)	ממוצע (ס.ת.)	ממוצע (ס.ת.)	ממוצע (ס.ת.)	ממוצע (ס.ת.)	ממוצע (ס.ת.)	ממוצע (ס.ת.)
(2.8)4.28	(2.3)3.06	(3.0)6.69	(1.6)2.42	(2.6)6.57	(1.2)3.52	נשים	מגדר		
(2.5)4.5	(2.2)3.67	(2.5)6.72	(1.7)2.23	(2.3)6.84	(1.5)3.16	גברים			
(2.7)4.6	(2.4)3.74	(2.8)6.85	(1.7)2.25	(2.7)6.78	(1.5)3.04	יהודים	מוצא		
(2.6)4.31	(2.2)3.37	(2.6)6.64	(1.6)2.33	(2.3)6.71	(1.4)3.43	ערבים			
(2.5)4.44	(2.2)3.59	(2.5)6.8	(1.8)2.37	(2.2)6.90	(1.5)3.3	צוארון כחול	עיסוק		
(3.0)3.64	(2.2)2.84	(2.8)5.52	(1.3)1.88	(2.0)6.07	(1.3)3.23	צוארון לבן			
(2.6)4.49	(2.7)3.14	(3.1)6.91	(1.3)2.42	(2.9)6.44	(1.2)3.30	עקרת בית			
(3.5)5.81	(1.9)3.91	(2.4)7.59	(1.5)1.78	(2.5)7.46	(1.6)3.55	פנסיונר			
(2.6)1.80	(2.8)2.0	(5.4)4.80	(2.8)3.0	(5.7)5.0	(2.8)3.0	מובטל			

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, פברואר 2011, (1)20

דיון

ה-COPM הוא כלי מדידה שמיועד לאתר שינוי בתפיסה העצמית לגבי ביצוע עיסוקי ושביעות רצון מן הביצוע, המזהה קשיים בביצוע העיסוקי ומדרג אותם על פי סדר חשיבות. ה-COPM משנה את המיקוד מתפקוד גופני להשתתפות בעיסוק וביצוע פעילות וממקד את מטרות הטיפול (Parker & Sykes, 2006; Wresle, Lindstrand, Neher, Marcusso & Henriksson, 2003). מטרת המחקר הייתה לבדוק את מידת השימוש בהערכת ה-COPM במכון ריפוי בעיסוק, בקרב מטופלים לאחר פציעות/מחלות של הגף העליון ומהו פרופיל הביצוע ושביעות הרצון לפני הטיפול ואחריו בקרב אוכלוסייה זו. ממצאי המחקר הראו שהשימוש בהערכה היה מועט יחסית, נמצא קשר בין ביצוע עיסוקי לשביעות רצון מן הביצוע הן בתחילת הטיפול והן בסיומו ונמצא הבדל מובהק בציוני ההערכה בין תחילת הטיפול לסיומו.

שיעור השימוש בהערכת ה-COPM בקליניקה שנבדקה היה מועט יחסית (30% בתקופה שבה נמדד השימוש). ייתכן שהדבר נובע מכך שבמכון יש נטייה להשתמש בכלי הערכה ממוקדים במרכיבי האדם ולא בעיסוק. כמו כן, המשמעות היא שבמכון הזה לא היה שימוש נרחב בגישת הלקוח במרכז. ככל הידוע לנו אין מחקרים שבדקו את מידת השימוש ב-COPM בתחום השיקום הפיזיקאלי בכלל ובמכוני שיקום הגף העליון בפרט. Mortenson and Dyck (2006) מזהים שלוש סיבות לאי שימוש בגישת הלקוח במרכז, שהיא הגישה המרכזית שעליה מבוססת הערכת ה-COPM: המטפל, הלקוח והמערכת הרפואית. סיבות אלו יכולות להסביר את השימוש המועט יחסית בהערכה באוכלוסייה המטופלת במכון שבו נערך המחקר.

ראשית, ברמת המטפל, הייתה זו ההתנסות הראשונית של כל צוות המכון בהערכה זו. על אף שהייתה היענות של כל הצוות להתנסות בשימוש בהערכה, ייתכן שעדיין הצוות לא הפנים את שינוי הפרדיגמה מן המודל הרפואי לטיפול ממוקד לקוח, ובכלל זה העברת האחריות לטיפול למטופל. על אף שגישת הלקוח במרכז היא גישת מפתח בריפוי בעיסוק, מחקרים הראו שאין המטופלים מעורבים די הצורך בקביעת מטרות הטיפול ושיתוף הפעולה בין המטופל למטפל הוא חלקי. אחת הסיבות לכך יכולה להיות אי היכולת או אי הרצון של המטופלים לוותר על האחריות/השליטה בקשר הטיפולי בין המטפל למטופל וביכולת לחלוק אחריות זו ביניהם לבין המטופלים. מכאן, יש מקום לתכניות חינוכיות למרפאים בעיסוק שיתמקדו בגישת הלקוח במרכז ויחסי הכוחות בין מטפל למטופל (Falardeau & Durand, 2002; Mortenson & Dyck, 2006; Restall, Ripat & Stern, 2003). כמו כן, ייתכן שגם עומס עבודה ולחץ לעמוד בזמנים בעבודה יכולים להסביר את מיעוט השימוש בהערכה. חשוב להדגיש גם, שיש מצבים שבהם אי אפשר לוותר על האחריות/שליטה בקשר הטיפולי מסיבה רפואית בתקופות זמן קריטיות (לדוגמה, לאחר תפירת גידים).

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, פברואר 2011, (1)20

סיבה שנייה לשימוש המועט בהערכה היא ברמת הלקוח ואפשר לשייכה להיבט התרבותי, על אף שמפתחות הכלי טוענות שההערכה אינה תלויה תרבות הערבי. מאחר שההערכה אינה מתורגמת לערבית ייתכן כי בעיות שפה ותקשורת, קושי בהבנת הסולם ולעתים אי הבנה של מטרת ההערכה הגביל את השימוש בהערכה לכלל המטופלים. גם במחקר של Sandqvist et al. (2009), שעקבו אחר מטופלים הסובלים מדלקות פרקים מדווחים כי 6 נבדקים מתוך 37 במדגם הוצאו מן המחקר בגלל אי יכולת לקחת חלק במהלך ההערכה. הם התקשו לבחור מטרות ספציפיות והתקשו להבין את הסולם. חיזוק לאי השימוש בהערכה לכלל המטופלים במכון בגלל הבדלים תרבותיים, אפשר למצוא בהסבר של Law (2005). לטענתה, הערכת ה-COPM פותחה בתרבות מערבית צפון אמריקנית ואירופית ועל פי תפיסה מחשבתית של שירותי בריאות מערביים. ייתכן כי אנשים שאינם מתרבות מערבית יתקשו לקבל את גישת הלקוח במרכז. לטענתה לא בכל תרבות אנשים מוכנים לקבל את העובדה כי עליהם לקחת חלק פעיל ולהשתתף בקביעה ובקבלת החלטות הקשורות לטיפול. הדבר דורש, לדעתה, שינוי בשימוש בכלי בחברות ובתרבויות אחרות. יתרה מכך, יש תרבויות שסולם ספרתי אינו נהיר להן ולכן היא ממליצה להשתמש בסימבולים אחרים כדי להשתמש בסולם הערכה. לטענת Law (2005), קושי תרבותי או שפתי עלול להקשות על מטופלים לזהות את הבעיות שלהם. כשמשתמשים בהערכה בתרבויות שונות יש להביא בחשבון כמה גורמים: היחס/דעה של המטופל, המשפחה והקהילה כלפי מוגבלות וחולי, הנחות לגבי טיפול, תפקידים בקהילה, משפחה, חובות וזכויות, קשרים עם אנשי מקצוע טיפוליים ומידת הנוחות להביע צרכים, לקבוע מטרות ולקבל עזרה (McCull et al., 2005). כדי לעקוף את הקושי הזה, אפשר להשתמש בגורם שלישי כמתרגם ולהשתמש בכל אסטרטגיה ליצירת קשר טוב יותר. מרפאים בעיסוק יכולים להציע פעילויות, סימולציות, דיון/שיחה על מנת לקבל מידע מן המטופל (McCull et al., 2005).

סיבה שלישית למיעוט השימוש בהערכת ה-COPM אפשר לייחס למערכת הבריאות. על אף המגמות המשתנות, מערכות בריאות ובכללן מערכת הבריאות בארץ, עדיין מתמקדות בחולי ולכן הארגון, התשתיות והתיעוד מבוססים על הגישה הביו-רפואית והיא עומדת בסתירה לגישה הממוקדת לקוח (Mortenson & Dyck, 2006). מרפאות בעיסוק שעובדות בארגונים רפואיים בקהילה, כגון מרפאות שירותי בריאות כללית, מתאימות עצמן למסגרת, דבר המוביל לכך שהטיפול והתיעוד מתמקדים במדדים רפואיים ברמת מרכיבי אדם ולכן לדעת החוקרות, השימוש בהערכה היה מועט יחסית ואף ירד בין השנים 2007 ל-2008. סיבה אפשרית נוספת לשימוש המועט יחסית בהערכה במכון היא שאינה מתאימה לכלל המופנים לטיפול: מטופלים שלא סבלו מהפרעה תפקודית (לדוגמה טיפול אסתטי בצלקות), מטופלים שהופנו לצורך ביצוע טיפול נקודתי כחלק מטיפול שהם מקבלים במסגרת אחרת (לדוגמה, התקנת סד לילד הלוקה ב-CP)

ומטופלים עם פגיעה קוגניטיבית שנעשו להם הערכות אחרות. יש מקום לבדיקה מקיפה יותר של מידת ההתאמה של גישת הלקוח במרכז במכונים נוספים המטופלים במגוון של אבחנות ומוגבלויות פיזיות.

מתוך המטופלים שהועבר להם השאלון, כמחצית עברו הערכה מלאה ולמחציתם הועברה הערכה בתחילת הטיפול בלבד. לדעת החוקרות, יש שתי סיבות אפשריות לממצאים האלה: האחת נובעת מנטייה שלנו המטופלים לבצע הערכה מקיפה בקבלה לטיפול ופחות מקיפה בשחרור, והשנייה שמטופלים לא הגיעו לטיפול האחרון ולכן לא נעשתה הערכה מסכמת. יש צורך בבדיקה של סוגיות אלו ויש לשקול את האפשרות לבצע הערכות לקראת סיום הטיפול ולא בביקור האחרון. מחקר זה גם בדק את פרופיל המטופלים לפני הטיפול ואחריו. רוב הנבדקים שבמדגם המחקר דיווחו על קשיים בתחומי הטיפול העצמי ויצרנות ופחות בפנאי ודיווחו על שינוי בעיקר בתחומים האלה. מעט מטופלים דיווחו על אי שינוי בביצוע ו/או בשביעות הרצון בתחום הטיפול האישי. חלק ניכר מן המטופלים שדיווחו על אי שינוי בתחום היצרנות, דיווחו על אי שינוי בענף העבודה. ומעט מטופלים דיווחו על אי שינוי בתחום הפנאי.

במדגם הנוכחי התחומים העיקריים שבהם היה צורך לשים דגש בטיפול בריפוי בעיסוק היו הטיפול העצמי והיצרנות, שהם התחומים העיקריים שדווח בהם על קשיים. לעומת זאת, נמצאה התייחסות מופחתת לתחום הפנאי. מבין הנבדקים במדגם שדיווחו על קשיים בתחום הפנאי, מעטים דיווחו על שינוי בתחום הזה, בייחוד פעילות אקטיבית וחברתית. יש מקום לבדוק את המגמות שנמדדו בקרב אוכלוסייה גדולה יותר של נפגעי הגף העליון הן בארץ והן בהשוואה למדינות אחרות. כמו כן, הממצאים מעלים את השאלה בדבר בדיקת כיווני דרכי ההתערבות במסגרת הטיפול בריפוי בעיסוק בתחום זה.

מבדיקת פרופיל המטופלים אפשר גם ללמוד שחלק ניכר מן הנבדקים לא דיווחו על שינוי בתחום העבודה. ייתכן שהסיבה נובעת מכך שהערכה סופית נעשתה בסיום הטיפול בטרם חזרתם של הנבדקים לעבודתם, כך שלא יכלו להתייחס לעיסוק המרכזי הזה (אף שיש אפשרות להעריך את יכולת הביצוע בעבודה). מכאן, יש צורך בביצוע הערכה נוספת לאחר חזרתם לעבודה. עם זאת, יש לבדוק אם הכלים הטיפולים שמשמשים בהם במכון זה ובמכונים אחרים מתאימים ומכוונים לטיפול בתחום העבודה, ובייחוד עבודה של צווארון כחול. כיוון נוסף שבחן המחקר היה השינוי, או השיפור, בציונים בסיום הטיפול. במדגם הנוכחי ממוצע שיפור הציון בביצוע ובשביעות הרצון היה מעל שתי נקודות, שיפור שעל פי הספרות נחשב למשמעותי ומעיד על שיקום מוצלח (Carperenter, Baker & Tydesley, 2001; Carswell et al., 2004). השימוש בכלי סטנדרטי המכוון לתפקוד שבאמצעותו אפשר גם להראות את השינוי בצורה מדידה חשוב במיוחד כשאנו נדרשים להוכיח ולהצדיק את תרומתנו הטיפולית כלפי הארגון וקובעי המדיניות של שירותי הבריאות (Carswell et al., 2004; Hannah & Hudak, 2001).

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, פברואר 2011, 120)

בבדיקת ההתאמה בין הציונים של ההערכה, נמצא קשר בין ציונים בביצוע ובשביעות הרצון בתחילת הטיפול ובסופו, כאשר יש קשר מובהק יותר בין שביעות רצון לביצוע בסוף הטיפול מאשר בתחילתו. ממצאים דומים נמצאו במחקרם של Wressle et al. (2003), שבדקו את השימוש בהערכה לאוכלוסייה הסובלת מדלקת פרקים שטופלה במרכז יום טיפולי. לדעתם, יש שתי סיבות אפשריות לקשר הזה. ראשית, שיפור ההסתגלות של הנבדק למצבו ושיפור בתובנות לגבי הבעיות שהועלו על ידו. ייתכן שבתחילת הטיפול האדם פחות מודע למידת הליקוי והמוגבלות ובהמשך נעשה מודע יותר. שנית, ייתכן ששביעות הרצון רגישה לשינויים קטנים בביצוע. חשוב להדגיש שחלק ניכר מן הנבדקים במחקר זה (59%) סבלו מבעיות זמניות בלבד הפוגעות בתפקוד לזמן קצר יחסית ובנות חלוף וייתכן שהחלמה ממצבים אלו והשיפור בביצוע העיסוקי תרמו גם לשביעות הרצון הגבוהה בסוף הטיפול, ועל כן הקשר גבוה יותר בין השניים.

בבדיקת ההבדלים בציוני ההערכה במחקר זה, נמצא הבדל מובהק בציון בביצוע העיסוקי ובשביעות הרצון מן הביצוע בין תחילת הטיפול לסימו, כלומר הכלי רגיש לשינויים לאורך זמן. התוצאות האלה תומכות בתוצאות של מחקרים אחרים שלפיהם הערכת ה-COPM נמצאה רגישה ביותר לשינויים תפקודיים לאחר טיפול בהשוואה לכלים אחרים (Carperenter, Baker & Tydesley, 2001; Case Smith, 2003). עם זאת, חשוב להדגיש שיתכן שגורמים נוספים שלא נכללו במחקר זה תרמו לשינוי בביצוע. לדוגמה, חומרת הפגיעה והחלמה ספונטנית, תמיכה סביבתית וטיפולים אחרים שקיבל הנבדק היו יכולים להשפיע על השינוי החיובי שנמדד בתוצאות הערכת ה-COPM. משום כך יש מקום לביצוע מחקרי המשך שיתייחסו לגורמים האלה (Case Smith, 2003; Wressle et al., 2003).

חשוב לזכור שהערכת ה-COPM אינה בודקת יכולת ממשית של ביצוע עיסוקי אלא בודקת תפיסה עצמית של המטופל לגבי הביצוע. כפי שנסקר במבוא ובדיון, יש חשיבות רבה מאוד להליך ולמידע המתקבל מאבחון זה, ועם זאת, האבחונים האובייקטיביים המודדים את יכולת הביצוע ברמה הגופנית, ברמת המיומנות המוטורית, ברמת הפעילות וברמת ההשתתפות בעיסוק חשובים גם הם במדידת יעילות טיפול.

המטרה האחרונה במחקר זה הייתה בדיקת ההבדלים בציוני הערכת ה-COPM על פי מגדר, מגזר וגיל. העובדה שלא נמצאו הבדלים בציונים של הנבדקים במחקר זה בביצוע ובשביעות רצון הן בתחילת טיפול והן בסופו באוכלוסיית המדגם לפי חלוקה זו, מחזקת את הטענה כי ההערכה מתאימה למגוון מטופלים, ממגוון גילאים ובעלי רקע שונה זה מזה (Law et al., 2005; McColl et al., 2005).

מגבלות המחקר

למחקר מגבלות שיש להביאן בחשבון:

- המדגם כלל רק נבדקים ממכון ריפוי בעיסוק פיזיקאלי בצפון הארץ ויש קושי להכליל לאוכלוסיות אחרות ולמרפאות אחרות בקהילה.
- המחקר הנו רטרוספקטיבי כאשר המידע נלקח רק מתיקי מטופלים. לא הייתה שליטה באופן העברה ובגורמים שעלולים להטות את המחקר.
- המחקר וניתוחו לא כללו אבחונים נוספים של מרכיבי אדם שנערכים באופן קבוע בקליניקה. בדיעבד, עיבוד נתונים שמביא בחשבון את תוצאות אבחוני היד (כגון, כוח, טווח תנועה ומניפולציה תוך ידנית) בהשוואה לתוצאות אבחוני היד של ה-COPM היו מוסיפים רבות להבנת התרומה של ה-COPM להערכה בקליניקה יד.

סיכום

מחקר זה בחן את מידת השימוש בהערכת ה-COPM כמדד לבדיקת יעילות טיפול באוכלוסייה לאחר פציעה/מחלה של גפיים עליונות. הממצאים מראים כי השימוש בכלי הערכה זה במכון בתקופת המחקר לא היה רב. נעשה בו שימוש רק במקצת המטופלים הסובלים מפגיעות מסוימות. הממצאים מורים שיש חשיבות להשתמש בכלי הערכה זה גם בשיקום היד. ה-COPM מספק מידע סובייקטיבי חשוב לגבי יכולת ביצוע ושיעור רצון מן הביצוע ויכול לסייע בקביעת מטרת הטיפול, וכך בקביעת יעילות הטיפול מביחנת התפקוד וההשתתפות בנוסף לכלי הערכה אובייקטיביים אחרים.

השלכות יישומיות. לנוכח העובדה כי השימוש בכלי ההערכה באוכלוסייה המטופלת במכון לא היה רב, מומלץ לבדוק מהן הסיבות ועד כמה גישת הלקוח במרכז הוטמעה בקרב המרפאים בעיסוק העוסקים בעבודה הקלינית בתחום שיקום היד. יש לבדוק אם גישה זו ושימוש בכלי הערכה התואמים את הגישה מתאימים לאופי העבודה במסגרות שירותי הבריאות בארץ ובאופן ספציפי בתחום שיקום הגף העליון. כמו כן, יש צורך בתיקוף הכלי בארץ בקרב אוכלוסיות בעלות אופי תרבותי מגוון. באוכלוסייה של נפגעי גף עליון, יש צורך לבדוק את פרופיל הביצוע ואת שביעות הרצון בתחום היצרנות בעבודה בסיום הטיפול בריפוי בעיסוק, ולבדוק אם זה תחום שבו יש צורך להתמקד יותר בטיפולים הנערכים בקהילה. לבסוף, יש מקום למחקרי המשך שישוו בין הערכת ה-COPM להערכות ולאבחונים אחרים של מרכיבי אדם, של עיסוק ושל השתתפות המצויים בשימוש מקובל בטיפול בנפגעי גפיים עליונות בארץ.

מקורות

דרור, א', וייס, פ', זייברט, ש', חיים-ליטבסקי, ד', ליף-קמחי, א', מזרחי-בכר, נ' ומצגר, י' (1998). The Canadian Occupational Measure (COPM) פרויקט במסגרת קורס לאבחון והערכה בריפוי בעיסוק. לא פורסם. אוניברסיטת תל אביב, הפקולטה לרפואה, בית הספר למקצועות הבריאות, החוג לריפוי בעיסוק. ילון-חיימוביץ, ש', זק"ש, ד', ויינטרוב, נ', נוטה, א', מזור, נ' ושות' (2006). מרחב ותהליך העשייה המקצועית בריפוי בעיסוק בישראל. תל-אביב: העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק.

- Amado, P. C., Silverstein, M. D., Ilstrup, D. M., Schlick, C. D., & Jensen, L. M. (1996). Outcome assessment for carpal tunnel surgery: The relative responsiveness of generic, arthritis-specific, disease-specific, and physical examination measures. *The Journal of Hand Surgery*, 21(3), 338-346.
- American Occupational Therapy Association (AOTA), (2002). Occupational therapy practice framework: Domain and process. *The American Journal of Occupational Therapy*, 56(6), 609-639.
- Carpenter, L., Baker, G. A., & Tydesely, B. (2001). The use of the Canadian Occupational Performance Measure as an outcome of a pain management program. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 16-22.
- Carswell, A., McColl, M. A., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H., & Pollok, N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: A research and clinical literature review. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 210-222.
- Case-Smith, J. (2003). Outcome in hand rehabilitation using occupational therapy services. *American Journal of Occupational Therapy*, 57(5), 499-506.
- Cup, E., Reimer, W. S. O., Thijssen, M., & Kuyk-Minis, M. (2003). Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. *Clinical Rehabilitation*, 17, 402-409.
- Eyssen, I., Beelen, A., Dedding, C., Cardol, M., & Dekker, J. (2005). The reproducibility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Clinical Rehabilitation*, 19, 888-894.
- Falardeau, M., & Durand, M. J. (2002). Negotiation - centered versus client centered: Which approach should be used? *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(3), 135-142.

-
- Fisher, S. (2005). The Canadian Occupational Performance Measure: Does it address the cultural occupations of ethnic minorities? *British Journal of Occupational Therapy*, 68(5), 124-134.
- Hannah, S., & Hudak, P. L. (2001). Splinting and radial nerve palsy: A single-subject experiment. *Journal of Hand Therapy*, 14(3), 195-201.
- Hitchon, C. A., Chan, M., Strock, A., & Canvin, J. M. (2001). Improvement in patient-derived performance goals after day hospital education program for rheumatoid arthritis. *ARHP Annual Meeting*, 45(6), S10.
- International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Center of Disease Control and Prevention*. Retrieved June 20, 2003, from: <http://www.cdc.gov/nchs/about/otheract/icd9/icfhome.htm>
- Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(6), 640-649.
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M. N., Polatajko, H., & Pollok, N. (2005). *Canadian Occupational Performance Measure* (4th ed.). Toronto, ON: CAOT publications ACE.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollok, N. (1998). *Canadian Occupational Performance Measure* (2nd ed.). Toronto, ON: CAOT publications ACE.
- Law, M. (Ed.). (1998). *Client- centered occupational therapy*. USA: Slack incorporated.
- Macedo, A. M., Oakley, S. P., Panayi, G. S., & Kirkham B. W. (2009). Functional and work outcomes improve in patients with rheumatoid arthritis who receive targeted, comprehensive occupational therapy. *Arthritis and Rheumatism*, 61(11), 1522-1530.
- McColl, M., Law, M., Baptiste, S., Pollok, N., Carswell, A., & Polatajko, H. (2005). Targeted application of the Canadian Occupational Performance Measure. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(5), 298-300.
- McColl, M., Paterson, M., Davies, D., Doubt, L., & Law, M. (2000). Validity and community utility of the Canadian Occupational Performance Measure. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67(1), 22-30.
- Mckee, P., & Rivard, A. (2004). Orthoses as enablers of occupation: Client-centered splinting for better outcome. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 306-314.
- Mortenson, W. B., & Dyck, I. (2006). Power and client- centered practice: An insider exploration of occupational therapists' experiences. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(5), 261-271.
-

-
- Parker, D. M., & Sykes, C. H. (2006). A systematic review of the Canadian Occupational Performance Measure: A clinical practice perspective. *British of Occupational Therapy*, 69(4), 150-160.
- Phipps, S., & Richardson, P. (2007). Occupational therapy outcomes for clients with traumatic brain injury and stroke using the Canadian Occupational Performance Measure. *The American Journal of Occupational Therapy*, 61(3), 328-334.
- Restall, G., Ripat, J., & Stern, M. (2003). A framework of strategies for client-centered practice. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 70(2), 103-112.
- Sandqvist, G., Johnsson, P. M., Stureson, A., Tagil, M., & Geborek, P. (2009). Measures and time points relevant for post-surgical follow-up in patients with inflammatory arthritis: A pilot study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10, 50.
- Verkerk, G. J. Q., Wolf, J. M., Ouwens, A. M., Meester-Delver, A., & Nollet, F. (2006). The reproducibility and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in parents of children with disabilities. *Clinical Rehabilitation*, 20, 980-988.
- Wijk, U., Wollmark, M., Kopylov, P., & Tagil, M. (2010). Outcomes of proximal interphalangeal joint pyrocarbon implants. *The Journal of Hand Surgery*, 35(1), 38-43.
- Wressel, E., Lindstrand, J., Neher, M., Marcusson, J., & Henriksson, C. (2003). The Canadian Occupational Performance Measure as an outcome measure and team tool in a day treatment program. *Disability and Rehabilitation*, 25(10), 497-506.