
The Role of Occupational Therapy in Palliative treatment for the Elderly / תפקיד
הריפוי בעיסוק בטיפול בגישה פליאטיבית באוכלוסיית קשישים

Author(s): נטעלי בן, שרית רבינוביץ, Netalie Banne and Sarit Rabinowicz

Source: *IJOT: The Israeli Journal of Occupational Therapy* / כתב עת ישראלי לריפוי
גיליון / גיליון 1, חוברת 22, כעיסוק, פברואר 2013, כרך
(פברואר 2013), pp. H48-H65

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

Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/23470606>

REFERENCES

Linked references are available on JSTOR for this article:

[https://www.jstor.org/stable/23470606?seq=1&cid=pdf-
reference#references_tab_contents](https://www.jstor.org/stable/23470606?seq=1&cid=pdf-reference#references_tab_contents)

You may need to log in to JSTOR to access the linked references.

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

תפקיד הריפוי בעיסוק בטיפול בגישה פליאטיבית באוכלוסיית קשישים

נטעלי בן, שרית רבינוביץ

מילות מפתח: טיפול פליאטיבי, ריפוי בעיסוק, קשישים, טיפול בסוף החיים

תקציר

עם התקדמות הרפואה, חלה עלייה דרמטית בתוחלת החיים בישראל והן בעולם המערבי כולו. עלייה זו בתוחלת החיים מלווה בעלייה ניכרת בשיעור הקשישים במדינה. כיום, קשישים רבים מתמודדים בשנים האחרונות לחייהם עם מגוון מחלות כרונית ממושכות ופרוגרסיביות, הנחשבות לשכיחות יותר בגיל המבוגר. המחלות האלה גורמות למגוון רחב של ליקויים פיזיים, ליקויים תפקודיים, ליקויים פסיכולוגיים ונפשיים המתעצמים בשלבים הסופיים של המחלה, לקראת סוף החיים. תקופה זו של סוף החיים מלווה בסבל, בכאב, בתחושת בדידות ובנטל על בני משפחה. החל משנות ה-60, החלה להתפתח ההבנה שיש לטפל בקשישים החולים במחלות מסכנות חיים, בגישה טיפולית הייחודית למצבי חולי אלו. גישה זו קרויה הטיפול הפליאטיבי. טיפול פליאטיבי הוא גישת טיפול כוללנית הנותנת מענה הולם לתחלואה פרוגרסיבית מתמשכת, שכוללת מוגבלות וסבל בתקופה שלפני המוות. טיפול בריפוי בעיסוק המבוסס על עקרונות פליאטיביים כולל כמה מטרות התערבות, בהן: שיפור תפיסת איכות החיים, הגברת ההשתתפות, חיזוק תחושת התקווה ומציאת עיסוקים משמעותיים לאדם בסוף חייו. טיפול בריפוי בעיסוק המבוסס על עקרונות פליאטיביים הוא תחום מתפתח בעולם ובארץ ובשל כך יש צורך לחקור ולהרחיב את הידע המצוי בתחום זה. המאמר יציג את גישת הטיפול הפליאטיבי, בגריאטריה בפרט, ויסקור את מקומו של הטיפול בריפוי בעיסוק. כמו כן, המאמר יציג המלצות והשלכות עתידיות לשילוב טיפול בריפוי בעיסוק פליאטיבי בישראל.

נטעלי בן, BOT, מנהלת שירות רפוי בעיסוק, בית אבות בולגרי. ybanne@gmail.com
שרית רבינוביץ, MSc, OT, מרכזת תחום בקרה ופיתוח בריפוי בעיסוק, האגף לגריאטריה,
משרד הבריאות. rabi@zahav.net.il

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, פברואר 2013, 22(1)

מבוא

ב-2011 מנתה אוכלוסיית הקשישים בישראל כ-10% מכלל האוכלוסייה. תוחלת החיים בארץ עומדת על 80 שנים לגבר ו-83.6 שנים לאישה (הלמ"ס, 2012). במחצית השנייה של המאה העשרים, גדל שיעור הקשישים באוכלוסייה פי שלושה. לשינוי דמוגרפי זה השלכות חברתיות ופוליטיות בתחומי הבריאות, החברה הכלכלה והמשפט (הלמ"ס, 2012; רוזין, 2009; הוכברג, 2002).

עם העלייה בתוחלת החיים עולה שכיחותן של מחלות כרוניות פרוגרסיביות וניווניות, כגון: אלצהיימר ודמנציה, כשל ריאתי וכשל לבבי. המחלות האלה הוכרו על ידי ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization, WHO) כמחלות מסכנות חיים המחייבות התייחסות פליאטיבית (Habraken, Van Der wal, Ter, Riet, Weersink, Toben, & Bindels 2011; WHO, 2001). מחלות אלו מצויות בשכיחות גדולה באוכלוסיית הקשישים (WHO, 2004; Sampson, 2010).

זאת ועוד, מנתונים שפרסם משרד הבריאות ב-2011 באשר לשיעורי התמותה לפי סיבות המוות, עולה שעל אף שסיבות המוות הראשונות הן עדיין סרטן ומחלות לב, מסתמנת מגמה עקבית של ירידה בשיעור מקרי המוות מסיבות אלו, לצד עלייה ניכרת בתמותה כתוצאה ממחלות כרוניות, כגון: מחלות כרוניות של מערכת הנשימה התחתונה, אלצהיימר, תת ספיקה ראייתית, פרקינסון ומחלות כלייה כרוניות. הנתונים האלה בולטים עוד יותר בחתך הגילאים של גיל 65 ומעלה. כמו כן, בקבוצת הגיל המבוגר, רוב הסובלים ממחלות ממאירות, לוקים לפחות במחלה כרונית נוספת המחמירה את עוצמת התסמינים, ולעתים היא גורם הסבל העיקרי. הנתונים תואמים את הנתונים בארה"ב וברוב העולם המערבי. (אוברמן, 2006; גולדברג, אבורבה וחקלאי, 2011). נתונים עדכניים מורים על כך שכ-75% מכלל הנפטרים הם מעל גיל 65. אנשים המתמודדים בשנים האחרונות לחייהם עם התפתחות הדרגתית של מחלה מסכנת חיים, סובלים ממגוון רחב של ליקויים פיזיים, ליקויים תפקודיים, ליקויים פסיכולוגיים, ליקויים נפשיים וחברתיים, ורבים מהם מועדים לסבול מקריסה הדרגתית של מערכות הגוף בשלבים האחרונים של חייהם (בנטור, רזניצקי ושנור, 2005; Murry & Sheikh, 2008).

לצד ההתמודדות עם הליקויים הנלווים למחלות הכרוניות פרוגרסיביות, אנשים המתמודדים עם מחלות מסכנות חיים פעמים רבות מביעים רצון להזדקנות מוצלחת, כזו שטומנת בחובה שאיפה למיתה "אידיאלית". מיתה "אידיאלית" תלויה פעמים רבות בגורמים סוציולוגיים ותרבותיים של הקשישים, של בני משפחתם וכן של הצוות המטפל בהם: תפיסת המוות כדבר טוב או רע, הימנעות מלשוחח על המוות, ויכוחים פומביים בנושא מיתה יזומה, הרחקת המוות מן התודעה האישית והפיזית, ורצון אוניברסלי כמעט בחיי נצח. הרצון הרווח בקרב קשישים במצבי סוף חיים הוא לסיים את חייהם ללא תחושת כאב או אי נוחות, על פי רצונותיהם ומשאלות לבם, בהתאם למטרותיהם ולתפיסותיהם הערכיות והתרבותיות (Cohen, Boston, Mount, & Porterfield, 2001; Murry & Sheikh, 2008).

כתב עת ישראלי לרפוי בעיסוק, פברואר 2013, (122)

צורך זה של החולים לצד ההבנה מצד הממסד הרפואי שיש לשים לב לרצונות האלה של החולים, ולשלבם בטיפול, הביאה לחקיקת "חוק החולה הנוטה למות" ב-2005. החוק כולל הנחיות מקדימות לטיפול בחולים אלו. ייחודו של החוק בכך שהוא מאפשר לאדם להימנע, על פי רצונו, מטיפול רפואי מאריך חיים (כגון: טיפולים כימותרפיים, ניתוחים, חיבור למכונת הנשמה והזנה מלאכותית) ולתת את ההוראות האלה מראש, למקרה שבו לא יהיה מסוגל להביע את התנגדותו לטיפול, כשיהיה בערוב ימיו.

החוק אינו מותיר חופש בחירה מוחלט לחולה להימנע מכל הטיפולים הרפואיים מארכי החיים, אלא קובע מסגרת המבחינה בין מצבים שונים של התקדמות המחלה (חוק החולה הנוטה למות, 2005; Stewart, Goddard, Schiff, & Hall, 2011). כיום, במסגרות הטיפול המצויות, בקהילה, בבתי החולים ובמוסדות לאשפוז ממושך, לא נעשה שימוש רחב בהנחיות מקדימות לטיפול, על אף קיומו של החוק מ-2005. בספרות, מתוארות סיבות רבות לקושי בטיפול בקשישים החולים במחלות מסכנות חיים. הקושי הראשון שעליו עומד פיינברג (כפי שהוזכר אצל Ouldred & Bryant, 2008). טמון בהסבר המצב לחולה ולבני משפחתו ובתקשורת שבין הצוות המטפל לבין החולה ומשפחתו). זאת ועוד, לעתים יש ציפיות לא מציאותיות מצד המשפחה והחולה שהצוות המטפל ישנה את מהלך המחלות. ומנגד, הצוות הרפואי רואה במוות החולה כישלון ולכן נוטה לתת טיפול אגרסיבי. תופעה זו באה לידי ביטוי ביתר שאת כשמדובר ברפואה בחברה המערבית, שאינה מקבלת את המוות כחלק מן החיים ורואה בהארכת החיים הישג העומד בפני עצמו (Ouldred & Bryant, 2008). אתגר נוסף בטיפול בקשישים חולים במצבי סוף חיים הוא קושי בקבלת ההחלטה היכן נקודת ה"אל חזור" – הנקודה שבה מוסכם על דעת הצוות המטפל, המטופל והמשפחה שאין להאריך את סבלו של החולה בכל מחיר, כשהמוות צפוי ובלתי נמנע (הוכברג, 2002; Sampson, Ritchie, Lai, Raven, & Blanchard, 2005). גישה טיפולית הנותנת מענה הולם לתחלואה פרוגרסיבית מתמשכת, הכוללת מוגבלות בתקופה שלפני המוות היא גישת טיפול פליאטיבי (בנטור ועמיתיה, 2005; הוכברג, 2002; Hoffmen & Tarzian, 2005).

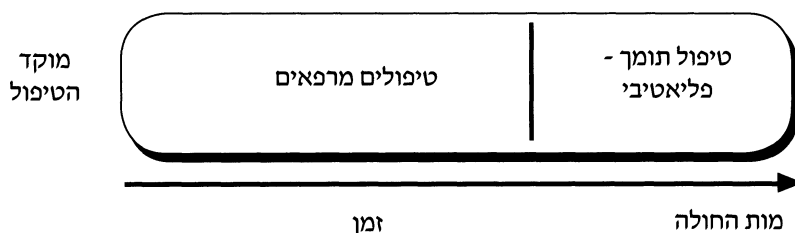
טיפול פליאטיבי

בעקבות תהליכים היסטוריים וחברתיים בראשית המאה ה-20, שעסקו בסוגיות קיומיות לצד התפתחות חקר המוות (תנטאולוגיה), השתנו גישות הטיפול בחולים במחלות סופניות (זמישני ונחשוני, 2009). באנגליה בשנות ה-60 הוקמה תנועת ההוספיס המודרנית. חלוצי גישת ההוספיס, ובראשם ד"ר סיסלי סונדרס (Cicely Saunders), זיהו צורך בטיפול שונה לחולים הנוטים למות. סונדרס הקימה ב-1967 את ההוספיס הראשון בלונדון שהיה במהרה לאב טיפוס ונתן השראה להקמת שירותים נוספים בעבור טיפול פליאטיבי ברחבי העולם (בנטור ועמיתיה, 2005).

טיפול פליאטיבי מוגדר על ידי ארגון הבריאות העולמי (WHO, 2004) כגישה טיפולית המשפרת את איכות חייהם של חולים ובני משפחתם, העומדים בפני בעיות הקשורות למצבי סוף החיים במטרה למנוע את סבלם במידת האפשר ולהקל עליהם, באמצעות איתור וטיפול בתסמינים פיזיים, פסיכולוגיים, חברתיים ורוחניים. טיפול פליאטיבי מספק הקלה בכאבים ובתסמינים אחרים של המחלה, מחזק את משמעות החיים ורואה במוות תהליך טבעי, בלי לקצר את חייהם של החולים (בנטור ועמיתיה, 2005; Pearson & Todd, 2007).

העקרונות המרכזיים בטיפול פליאטיבי מתמקדים במניעת מתן טיפול אגרסיבי להצלת חיים ובשימת דגש על טיפול והקלה בסבל במקום ריפוי, החולה ובני משפחתו נתפסים כיחידה מגובשת אחת שיש לשתפם בתהליך קבלת ההחלטות. עוד עיקרון בטיפול הפליאטיבי הוא מתן אפשרות לחולה לשלוט בחייו ולקבל החלטות בעניין הטיפול הניתן לו, באמצעות התערבות רב מקצועית, הוליסטית, תוך ראיית הצרכים השונים של החולה: צרכים פיזיים, חברתיים, רגשיים, קיומיים ורוחניים (WHO, 2002; Dainity, 2008).

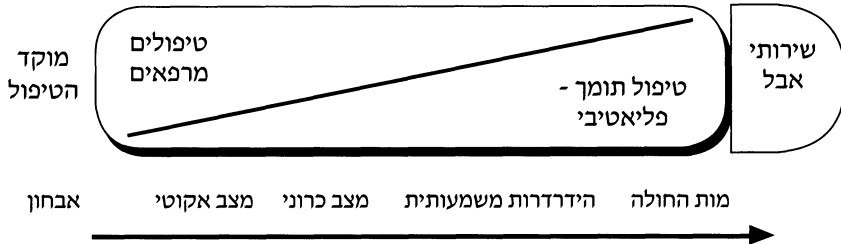
השירותים לטיפול פליאטיבי עברו במהלך העשורים האחרונים שינויים ניכרים. המודל המסורתי של שירותים אלו התמקד במתן טיפול לחולים שהטיפול המרפא בהם הסתיים, ובכללם חולי סרטן וחולי איידס במצב סופני (תרשים 1). אלא שמטבע הדברים, החולים חווים בעיות וקשיים כבר בשלבים מוקדמים של מחלה ועם התפתחותה הם זקוקים לעזרה ולתמיכה, ולא רק בתקופה, שאפשר להגדירה, כתקופה קרובה למוות. לפיכך, בעשורים האחרונים התפתחה תפיסה שלפיה טיפול תומך צריך להיות מוצע במשך כל הטיפול המרפא ובמקביל אליו (בנטור ועמיתיה, 2005; Murray & Sheikh, 2008; WHO, 2004), (תרשים 2).



תרשים 1

המודל המסורתי לטיפול פליאטיבי (WHO, 2004)

תפקיד הריפוי בעיסוק בטיפול בגישה פליאטיבית באוכלוסיית קשישים



תרשים 2

המודל החדש לטיפול פליאטיבי (WHO, 2004)

כמו כן, בארץ ובעולם הולכת ומתרחבת ההבנה כי טיפול פליאטיבי מתאים למגוון חולים רחב יותר. השינויים האלה בתפיסת הטיפול הפליאטיבי מחזקים את ההנחה כי הטיפול מתאים לקשישים החולים במחלות כרוניות ניווניות ופרוגרסיביות, כגון דמנציה ומחלות אחרות (בנטור ועמיתיה, 2005; הוכברג, 2002; Ersek & Willson, 2003; Murry & Sheikh, 2008).

טיפול פליאטיבי לקשישים

הרחבת תפיסת הטיפול הפליאטיבי לטיפול שיש ליישמו בקרב חולים במחלות מסכנות חיים לא רק בתקופה הסמוכה לסיום החיים, אלא לכל אורך השתלשלות המחלה, מקבלת משנה תוקף בעת טיפול בקשישים החולים במחלות כרוניות ופרוגרסיביות (WHO, 2011). בסדרת פרסומים בשנים האחרונות, הגדיר ארגון הבריאות העולמי את חשיבות הטיפול הפליאטיבי באוכלוסיית הקשישים וכן הציג המלצות ייחודיות לקידום הטיפול באוכלוסייה זו (Dainty, 2008, WHO, 2004; WHO, 2011). על הטיפול הפליאטיבי לשמש ככלי שמטרתו להקל את גורמי הסבל הפיזיים והרגשיים המלווים את מחלות הגיל המבוגר, משלב קבלת האבחנה ולאורך שלבי ההידרדרות הבריאותית והתפקודית המלווים אותה, ללא קשר להערכת סיכויים או למוות מתקרב (אוברמן, 2006; Chochinov, 2006). טיפול פליאטיבי בקשישים אינו מילה נרדפת לשהות בהוספיס, ומקומו רחב יותר מאשר בימים ובשבלים הסופניים בלבד של החיים (אוברמן, 2006). בשלבים הראשונים של המחלה יתמקד הטיפול בתמיכה נפשית בחולה ובבני משפחתו, ובמתן עזרה בתכנון הטיפול הרפואי בעתיד. הדבר ייעשה באמצעות מינוי אפוטרופוס, טיפול במצוקות נפשיות, שמירה על איכות חיים ועל תפקוד עצמאי עד כמה שאפשר, בהתאם למגבלות המתפתחות ורצונותיו של החולה. בשלבי מחלה מתקדמים, כשהקשיש כבר אינו מסוגל להביע את דעתו, עיקר הדגש יהיה על איזון של תסמינים פיזיים ותמיכה במשפחה, בייחוד כשיש להחליט אם להשתמש או להימנע מהתערבויות רפואיות, כגון: הזנת על וכדומה (Chochinov, 2006). והכול

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, פברואר 2013, 22(1)

כדי למנוע מצבים שבהם קשישים ובני משפחה מדווחים על סבל מיותר עקב כאב לא מאוזן, דיכאון, מצוקות קיומיות ותסמינים אחרים (Dainity, 2008; Oleson, Heading, McGlynn, & Bistodeau, 1994). בעשור האחרון הוקמו באירופה ובארה"ב מחלקות ייעודיות לקשישים במצבי חולי סופניים (WHO, 2011). תכנית הטיפול לחולים אלו היא רב מקצועית וכוללת לצד הצוות הרפואי צוות פרא רפואי נרחב, לרבות ריפוי בעיסוק. תכנית ההתערבות הפליאטיבית מתמקדת בארבע מטרות התערבות: נוחות, איכות חיים, כבוד המטופל ומתן תמיכה לבני המשפחה ולצוות המטפל. מחקר שליווה את התכנית מצא כי הטיפול הפליאטיבי שהתמקד בארבעת התחומים נמצא יעיל (Dainity, 2008; Oleson et al., 1994). מחקרים שנערכו בעשור האחרון מעידים כי טיפול פליאטיבי יעיל יותר מאשר טיפול מסורתי. על אף התוצאות המאששות טענה זו, מעטות הן המסגרות הטיפוליות המסגלות לעצמן את הגישה באופן מלא ומיישמות אותה בין כותליהן. ייתכן כי הדבר נעשה מתוך אי מודעות, מתוך תפיסה תרבותית שונה או כתוצאה ממדיניות ציבורית (Hoffman & Tarzian, 2005). מחקר אורך שנעשה בארה"ב ב-2655 יחידות טיפול פליאטיביות וב-7929 מוסדות טיפול ללא יחידות פליאטיביות הראה, כי קשישים שטופלו בגישה הפליאטיבית עברו הערכות כאב מדויקות יותר, שהביאו לטיפול יעיל יותר נגד הכאב ואושפזו פחות בחצי השנה האחרונה לחייהם. כמו כן, במסגרות עם יחידות טיפול פליאטיביות פחת השימוש באמצעי הגבלה או באמצעי הזנה פולשניים. ממצא נוסף הראה, כי במרכזים שבהם הייתה יחידת טיפול פליאטיבית, בקרב קשישים שלא הוגדרו כזקוקים לטיפול תמיכתי, איכות הטיפול השתפרה בעיקר בשל ההכשרה שקיבל הצוות במקום (Hanso, Reynolds, & Henderson, 2005; Hoffmen & Tarzian, 2005). מטרות הטיפול הפליאטיבי באוכלוסיית הקשישים עם מחלות כרוניות פורגרסיביות כוללות: זיהוי ותיעוד של מטרות טיפול אפשריות בהתאם לעמדות הקשיש ובני משפחתו, ניהול תסמינים במצבי סוף חיים, כגון: תחושות של קוצר נשימה, חרדה, עייפות, כאב. כמו כן, התייחסות לתהליך הפרידה מן החיים באמצעות משימות סוף חיים וכן התמודדות עם שכול ואובדן. עיקרון מרכזי בטיפול הפליאטיבי הוא שיתוף פעולה רב מקצועי בין מקצועות הבריאות השונים (בנטור ועמיתיה, 2005; WHO, 2011; Olson et al., 1994; Eresk & Wilson, 2003).

ריפוי בעיסוק בגישה פליאטיבית

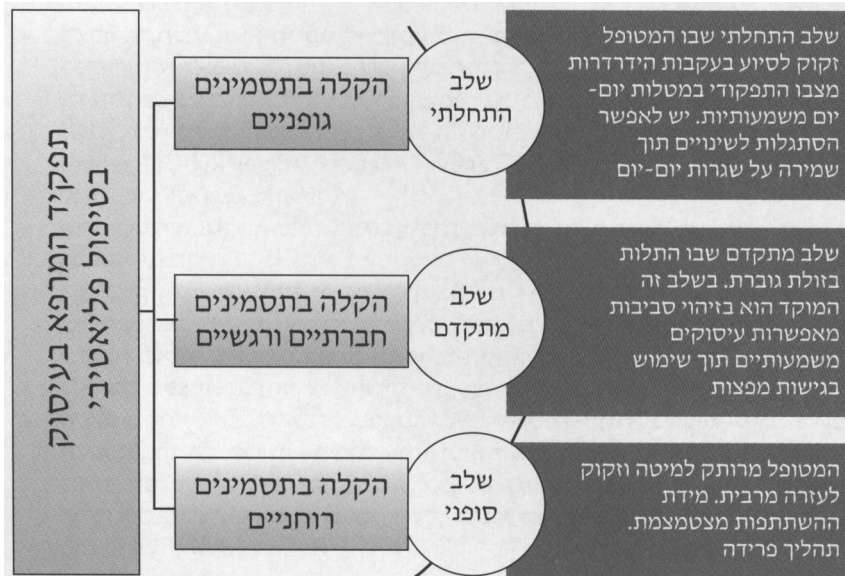
מטרתו העיקרית של הטיפול הפליאטיבי היא לאפשר איכות חיים לקשיש הסובל ממחלה המסכנת חיים ולבני משפחתו המלווים אותו. הטיפול ניתן תוך התמקדות במרכיבים פיזיים, רגשיים, חברתיים ורוחניים של המחלה שממנה הוא סובל. בידו של מקצוע הריפוי בעיסוק לתרום רבות לכל אחד מן המרכיבים של הטיפול הפליאטיבי (בנטור ועמיתיה, 2005).

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, פברואר 2013, 22(1)

כיום, מרפאים בעיסוק הם חלק חיוני מן הצוות המטפל במערכת הבריאות בקרב קשישים בישראל, ורבים מהם מצויים בקשר טיפולי עם קשישים הסובלים ממחלות כרוניות פרוגרסיביות, וכן עם קשישים המצויים בשלבים סופיים של חייהם. תרומתו הייחודית של המקצוע לחולים אלו, היא בהתמקדות בחיים, במקביל להכנה למוות, לאור דבריה של מייסדת תנועת ההוספיס, ד"ר סיסלי סונדרס (Sanders, 1976). התערבות בריפוי בעיסוק תשים את הדגש על כך שיש לתת לאדם לא רק למות בשלווה, אלא גם לחיות עד שימות (Sanders, 1976). התערבות בריפוי בעיסוק על פי הגישה הפליאטיבית מדגישה את העיקרון הזה (Morgan & Cerdor, 2012).

ריפוי בעיסוק בטיפול פליאטיבי מבוסס על ההכרה כי להשתתפות בעיסוקים משמעותיים תפקיד מפתח באיכות חייהם של קשישים בחודשים האחרונים לחייהם (Coppola et al., 2008). אצל קשישים הסובלים ממחלות כרוניות פרוגרסיביות תהליך ההידרדרות ואורכו אינם צפויים מראש, ואף עשויים להימשך חודשים ארוכים, ולכן תפקיד המרפא בעיסוק בגישה פליאטיבית לסייע לו להשתתף בעיסוקים משמעותיים, תוך הבנת הקשיים שאתם הוא מתמודד רבות איבוד העצמאות ואיבוד התפקיד שמגלם הקשיש בחייו, גורם למוות אישי, סוציאלי, שמקדים את המוות הביולוגי, ולכן סיוע המרפא בעיסוק ביצירת שגרות, הכוללות פעילויות משמעותיות ומותאמות ליכולותיו משפר את איכות חייו של הקשיש בסוף ימיו (Kaye, 2006). קביעת מטרות ההתערבות בשיתוף עם הקשיש ובני משפחתו תוך התאמתן לתלותו הפיזית והתפקודית, ההולכת וגוברת ככל שהמחלה מתקדמת, היא המשימה העיקרית של המרפא בעיסוק בגישה פליאטיבית (Burkhardt et al., 2011). לרוב, אפשר לראות כי לקראת סוף החיים סדרי העדיפויות של הקשיש משתנים מעיסוקים פעילים הכוללים מטלות, משימות, לעיסוקים רוחניים, הכוללים פעילויות בעלות משמעות רוחנית של תקווה, ומשימות שהקשיש ובני משפחתו מתארים כמשימות סוף חיים. התאמת הפעילות תיעשה תמיד תוך התייחסות להקשרים הסביבתיים, התרבותיים והתפקודיים של האדם (ילון חיימוביץ, זק"ש, ויינטראוב, מזור ואחרים, 2006). ריפוי בעיסוק בטיפול במצבי סוף חיים, כפי שהוגדר על ידי איגוד המרפאים בעיסוק בקנדה ובארה"ב (Bukhardt et al., 2011; CAOT, 2005), כולל כמה מסגרות התייחסות, ובהן: עידוד לפעילות משמעותית תוך התחשבות ביכולות פיזיות ובצרכים נפשיים, הדרכת מטופלים ומשפחות להפחתת תחושת עקה (stress) ותחושות עייפות, שימוש בטכניקות לפתרון בעיות ולהשגת מטרות אפשריות, ובעיקר בחינה משותפת, של המרפא בעיסוק והאדם, באשר לעיסוקים ולסביבות המאפשרות שבהן האדם רוצה לפעול בסוף ימיו. מרפאים בעיסוק בגישה פליאטיבית מעודדים הסתגלות למצבים של ירידה בתפקוד, שינוי וצמצום בתפקידים, בעיקר באמצעות פעולות שמחזקות משמעות, רווחה אישית ואיכות חיים (Sviden, Furst, Von-Koch, & Borell, 2009).

ריפוי בעיסוק בגישה פליאטיבית יתמקד בזיהוי ובהוצאה לפועל של מטרות הטיפול האפשריות, על פי עמדות המטופל ובני משפחתו. כמו כן ההתערבות הטיפולית תתייחס לתהליך הפרידה מן החיים ולתחושות האובדן והשכול של בני המשפחה והקרובים (Bukhardt et al., 2011; CAOT, 2005). כפי שאפשר לראות בתרשים 3, קביעת מטרות ההתערבות תושפע מן השלב של המחלה שבו מצוי המטופל, ומן התסמינים שהוא סובל מהם.



תרשים 3
תפקיד המרפא בעיסוק בגישה פליאטיבית

כפי שאפשר ללמוד מתרשים 3, תפקיד המרפא בעיסוק בטיפול פליאטיבי הוא הקלה על סבל הנגרם כתוצאה מתסמינים גופניים, רגשיים חברתיים ורוחניים המתעוררים בטיפול בקשיש עם מחלות כרוניות ומסכנות חיים. אפשר להקל את התסמינים הפיזיים, כגון: כאב, קשיי נשימה ותחושת תשישות, באמצעות ארגון סדר יום, זיהוי סביבות מקלות ומאפשרות השתתפות, התאמה ושימוש באביזרי עזר, למידה של טכניקות תנועה ושימוש בהרפיית שרירים תוך השתתפות בפעילויות משמעותיות בטווחי זמן משתנים (CAOT, 2005; Schleinich, Warren, Nekolaichuk, Kaasa, & Watanabe, 2008). אפשר להקל את התסמינים הרגשיים-חברתיים, כגון: תחושת בדידות, חרדה, דיכאון, אובדן תפקידים משמעותיים בעקבות המחלה, חשש מהפיכה לנטל על בני

תפקיד הריפוי בעיסוק בטיפול בגישה פליאטיבית באוכלוסיית קשישים

המשפחה, באמצעות עיסוקים משותפים עם בני משפחה וקרובים, וניסיון מתמיד בחיפוש אחר תחומי עניין (CAOT, 2005).

כמו כן, למרפאים בעיסוק בגישה פליאטיבית תפקיד חשוב בהקלה על סבל שנגרם בעקבות שאילת שאלות קיומיות, כגון: מדוע זה קרה לי, מה משמעות חיי, ומה אני משאיר אחרי, תוך חיפוש אחר משמעות במצב של אובדנים וצמצום רב. בתרשים 3 מוצגת ההתערבות הטיפולית על פי שלושת השלבים למחלות מסכנות חיים:

- בשלב התחלתי, שבו המטופל זקוק לסיוע בעקבות הידרדרות מצבו התפקודי, הגישה היא לאפשר להסתגל לשינויים ולעודד לשגרות מתאימות. לרוב, בשלב זה המרפא בעיסוק יסייע לקשיש לשמור על מידת עצמאות רצויה בפעילות ADL תוך עידוד לשמירה על יכולת השליטה, הבחירה וכבוד האדם (Bye & Llewellyn, 2009; Temel, Greer, Muzikamsky, Gallagher, Admane, & Jackson, 2010).
- שלב מתקדם, שבו התלות באולת גוברת בשל ירידה ביכולות הקשיש לתפקד בכוחות עצמו. בשלב זה הקשיש ישהה זמן ממושך במיטה ויוכל להיות מעורב בפעילות במרחב סביב מיטתו או בסביבת ביתו. לרוב בשלב זה המרפא בעיסוק יחד עם הקשיש יעסוק בזיהוי סביבות מאפשרות עיסוקים משמעותיים לו תוך שימוש בשיטות מפצות, אביזרי עזר ושינויי סביבה (Bye & Llewellyn, 2009).
- השלב הסופני, שבו המטופל מרותק למיטה וזקוק לעזרה מרבית. לרוב, בשלב זה משפחתו של הקשיש מלווה אותו ונראה כי מידת ההשתתפות של הקשיש בעיסוקים משמעותיים מצטמצמת ולכן יש לסייע למשפחה במציאת תפקידים ועיסוקים משמעותיים בעבורם וניסיון ליצור תהליך של פרידה (Bye & Llewellyn, 2009).

טיפול פליאטיבי ואיכות חיים

התערבות בריפוי בעיסוק בגישה פליאטיבית תלויה בשלב התקדמות המחלה, וכן במסגרת הטיפולית שבה מצוי הקשיש, ולכן הדגשים בכל סביבה טיפולית יהיו שונים. עם זאת, נקודת המוצא המשותפת לכל טיפול היא, שמעורבות בעיסוקים בעלי משמעות תאפשר תפיסת איכות חיים טובה יותר, ותחושת רווחה אישית (Javier & Montagnini, 2011; Lyons, Orozovic, Davis, & Newman, 2002; Unruh, Smith, & Scammell, 2000; Schleinich et al., 2008; Temel et al., 2010). מחקרים רבים בשנים האחרונות מאששים טענה זו (Bukhardt et al., 2011). מחקר שבדק את איכות הטיפול הניתן לקשישים החולים במחלה מסכנת חיים מצא כי המדד המתאים ביותר לבחון את איכות הטיפול היא יכולת ביצוע עיסוקים בעלי משמעות (Pearson, Todd, & Fucher, 2007) כמו כן, נמצא כי, התערבות המעודדת השתתפות בפעילויות משמעותיות מחזקת אצל המטופלים תחושות שליטה, יכולת טובה יותר לסגירת מעגלים והשלמת משימות חיים

כתב נת ישראל לריפוי בעיסוק, פברואר 2013, 122)

מראים כי התערבות פליאטיבית ממוקדת עיסוק מקלה את התסמינים הגופניים (Lyons et al., 2005; Temel et al., 2010; Unruh et al., 2000). מחקרים אחרים (Cohen et al., 2001; Strasser, Sweeney, Willey, Beinisch, Palmer, & Bruera, 2004; Sviden et al., 2009).

ארגון הבריאות העולמי, בהציגו את המודל החדש לטיפול פליאטיבי (תרשים 2) מדגיש, כי כבר בשלבים המוקדמים של התפתחות המחלה, יש לנסות ולשמר את תפקודו של החולה (WHO, 2005). מחקרים מצאו כי שמירה על תפקוד שלבים המוקדמים ולאורך שלבי התקדמות המחלה משפיעה על תפיסת איכות החיים של החולים (Arnold, Artin, Griffith, Pearson, & Graham, 2006; Egan & DeLaat, 1997; Gourdjii, McVey, & Purden, 2009; Jacques & Hasselkus, 2004; Lyons et al., 2002; Ryan, 2005).

עיקרון מרכזי בטיפול פליאטיבי הוא מתן שליטה לאדם להחליט על גורלו ועל אופן הטיפול בו. כיום מתרחבת ההבנה, כי לא רק עצם הירידה בתפקוד היא הגורמת לתחושות הקשות אצל המטופל, אלא תחושת חוסר האונים והיעדר השליטה על החיים (גולדהירש, 2010). כשניתנת למטופל האפשרות לבחור ולשלוט, במידת האפשר בחייו, הדבר משפיע באופן ישיר על תפיסת איכות החיים שלו (Egan & DeLaat, 2003; Singer, Martin, & Kelner, 1999; Vrkljan & Miller, 2001). לכן התערבות פליאטיבית בריפוי בעיסוק תעודד קביעת מטרות טיפוליות יחד עם הקשיש ותקבע סדרי עדיפויות לעיסוקים משמעותיים על פי רצון הקשיש, גם אם רצון זה אינו עולה בקנה אחד עם תפיסת העולם של המטופל (Lyons et al., 2005; Temel et al., 2010; Unruh et al., 2000).

עיקרון נוסף בטיפול פליאטיבי הוא שיתוף פעולה הוליסטי, בין מקצועי. מצויות עדויות רבות בספרות המצדדות בעיקרון זה: כשעבודת הצוות הרב מקצועי, לרבות ריפוי בעיסוק, הייתה מכוונת להשגת אותן מטרות טיפול של הקשיש, הצלחת הטיפול הייתה רבה יותר (Cole, Scialla, & Bednarz, 2000; Kasven-Gonzalez, Souverain, & Miale, 2010; La Cour, Johannessen, & Josephsson, 2009; Oldervoll, 2005; Paltiel, Solvoll, Loge, Kaasa, & Oldervoll, 2009; Schleinich et al., 2008; Yoshioka, 1994).

Saarik ו-Hartley בדקו את יעילות תכנית ההתערבות הפליאטיבית של מרפאים בעיסוק ופזיזותרפיסטים במשך ארבעה שבועות במסגרת מרכז יום באנגליה (2010). מטרת התכנית הייתה שימור יכולות תפקודיות ועידוד השתתפות בשגרות. במקביל לתכנית התערבות ניתן לקשישים טיפול רפואי שוטף ותמיכה רגשית. בתום התכנית נמצא כי חולים שהשתתפו במחקר דיווחו על הקלה בתחושת תשישות, שיפור במטרות תפקודיות יום-יומיות, ואף דיווחו כי בעקבות ההשתתפות בתכנית השתפרה היכולת שלהם להתמודד עם המחלה (Saarik & Hartley, 2010).

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, פברואר 2013, 22(1)

דיון

התפיסה כי טיפול פליאטיבי הוא מסגרת הטיפול המתאימה ביותר לחולים קשישים הסובלים ממחלות כרוניות חשוכות מרפא, הולכת ומשתרשת במערכות הבריאות בכל העולם, לרבות בישראל. מאחר שקשה לחזות את תוחלת החיים של קשישים עם מחלות כרוניות מסכנות חיים ונוכח הצרכים המורכבים שלהם ושל משפחותיהם, מתן טיפול פליאטיבי בגיל המבוגר מחייב התייחסות אחרת, ידע רחב יותר ושיתוף פעולה טוב יותר בין הגורמים המטפלים.

ארגון הבריאות העולמי רואה בטיפול פליאטיבי מרכיב חיוני בכל מערכת המספקת שירותי בריאות. על פי תפיסתו, שירותי הטיפול חייבים להיות זמינים לכל אזרח (אוברמן וגרפינקל, 2012). על אף ההתקדמות הרבה שחלה בשנים האחרונות, יישום הטיפול הפליאטיבי בישראל נעשה על פי המודל הישן, כך שהמוסדות הרפואיים נוטים להפנות את המטופל לטיפול רק בשלב הסופני, כשלחולה נותרים ימים או שבועות מעטים לחייו. מצב זה חריף עוד יותר בקרב קשישים (אוברמן, 2006; פתחי אבו-רייקא, 2010).

הקשיים ביישום טיפול פליאטיבי לקשישים מקורם במספר רב של גורמים. חלקם קשורים במאפייני הקשישים, חלקם קשורים באנשי המקצוע המטפלים בהם, וחלקם נוגעים לקובעי המדיניות (אוברמן, 2006; אוברמן וגרפינקל, 2008). בקשיים הנובעים ממאפייני הקשישים אפשר למנות קשיי תקשורת, ירידה קוגניטיבית, קושי באומדן ובזיהוי תסמינים, מצב תפקודי קשה, דיכאון ואי שיתוף פעולה (אוברמן, 2006). הקשיים הקשורים לאנשי המקצוע כוללים היעדר מודעות לצרכים של חולים הנוטים למות, קושי בזיהוי ובאומדן תסמינים, היעדר שירותים והכשרה של אנשי מקצוע, וכן דעות קדומות על זקנה והזדקנות. בנוסף לכך, יש פערים ניכרים בידע ובגישה של אנשי מקצוע שונים בתוך אותו צוות המטפל בחולים (אוברמן, 2006; Dainity, 2008; Chochinov, 2006).

עוד קושי מרכזי ביישום גישה פליאטיבית הוא נגישותם של שירותים פליאטיביים המיועדים לקשישים, בעיקר במסגרות בקהילה (אוברמן, 2006; Morgan & Cerdor, 2012). הטיפול הזה ניתן בעיקר במסגרות הוספיס אשפוזיות או בקופות החולים ביחידות לטיפול בית. במקרים אלו, הטיפול ניתן בשלבים מאוחרים יחסית של המחלה, כשהצוות המטפל כולל לרוב רק רופא, אחות ועובדת סוציאלית (בנטור ועמיתיה, 2005).

לעומת זאת, במסגרות האשפוזיות למצבים כרוניים (כגון: מחלקות סיעודיות מורכבות, מחלקות מונשמים ומחלקות סיעודיות ותשושי נפש) המצב הפוך. במסגרות האלה הצוות הטיפולי כולל מגוון רחב של אנשי מקצוע ומטפלים, ובכללם מרפאים בעיסוק (משרד הבריאות, 2012). לכן הקשישים המאושפזים במחלקות אלה נגישים לטיפול, אבל לרוב, הצוות המטפל חסר ידע ומודעות בתחום הטיפול בחולה הנוטה למות. על כן מעטים הם המוסדות הנוקטים גישה פליאטיבית עם המטופלים (אוברמן, 2006).

במסגרות אשפוזיות למצבים כרוניים שבהן יש צוות ייעודי לטיפול פליאטיבי, חברי הצוות השותפים יהיו – על פי חוזר מנהל רפואה להפעלת טיפול פליאטיבי – רופא, אחות, פסיכולוג ועובד סוציאלי (משרד הבריאות, 2009). עם זאת, מרפאים בעיסוק וכן מרפאים במקצועות בריאות אחרים, כגון פיזיותרפיסטים ותזונאים, אינם שותפים לכך. לפיכך נפגעת ההתייחסות הרב מקצועית וההוליסטית, ההכרחית בטיפול פליאטיבי על מנת להקל על מכלול הקשיים שעמם מתמודד המטופל (Morgan & Cerdor, 2012).

על אף כל הקשיים שהוזכרו כאן, אי אפשר להתעלם מכך שתחום הטיפול הפליאטיבי בקשישים מצוי בתהליך של צמיחה ולמידה מתמדת. יש לראות במעורבותם של מרפאים בעיסוק בטיפול נדבך נוסף בהתפתחות זו. כדי להמשיך ולקדם את תחום הטיפול הפליאטיבי ברפואה בעיסוק, יש להעלות למודעות את חשיבותו של התחום, ולהכשיר בו מרפאים בעיסוק כבר במסגרת התואר הראשון, ובוודאי בלימודי המשך (Morgan & Cerdor, 2012). ואכן, ארגון הבריאות העולמי, וכן אוניברסיטאות ועמותות המקדמות את תחום הטיפול הפליאטיבי, שמו להם למטרה להעלות את המודעות ולהכשיר אנשי מקצוע רבים ככל האפשר בתחום הטיפול הפליאטיבי (עמותת תמיכה, ח"ת; WHO, 2011).

מלבד זאת, מצויות עדויות רבות בספרות המקצועית לתרומתן וליעילותן של התערבויות טיפוליות שנעשות על ידי מרפאים בעיסוק הנוקטים גישה פליאטיבית. על אף הצטברות הידע, יש צורך בהמשך ביצוע מחקרים אמפיריים נוספים לצד מחקרים איכותניים, שיוכלו לחזק את הניסיון הקליני המצוי. פרסומים בכתבי עת ובכנסים יחזקו מאוד את ההכרה בצורך זה (Bukhard et al., 2011; Morgan & Cerdor, 2012).

כיום יש תמימות דעים, כי לצד הצורך להעלאת המודעות לטיפול פליאטיבי, צריך להנגיש את שירותי הטיפול לקשישים המצויים במסגרות מוסדיות ובקהילה (WHO, 2011). יש חשיבות מכרעת באיתור מוקדם יותר של קשישים הזקוקים לטיפול פליאטיבי רב מקצועי, לרבות רפואי בעיסוק, בעיקר קשישים המתגוררים בקהילה, ובהפנייתם לטיפול. על פי המודל החדש (תרשים 2), ככל שההפניה תיעשה בשלב מוקדם יותר, כן ההתערבות הטיפולית תהיה יעילה יותר, המטופלים יזכו להקלה בסבלם, והצורך בהכנה לקראת המוות יקבל אף הוא מענה (Bukhard et al., 2011; Morgan & Cerdor, 2012). הנגשת הטיפול הפליאטיבי צפויה להפחית את תחושת העקה של המטופל הנובעת מן ההתמודדות עם המחלה והשלכותיה, והיא עשויה לתרום להשאת המטופל יותר זמן בבית, להעלאת איכות חייו ולהסרת עומס גדול ממערכת הבריאות (Morgan & Cerdor, 2012). לצורך כך, יש צורך בשינוי עמדות בקרב קובעי מדיניות, רופאים, עובדים סוציאליים ואנשי מקצוע נוספים בעניין הפניה של קשישים המתגוררים בקהילה (Morgan & Cerdor, 2012).

כתב עת ישראלי לרפואה בעיסוק, פברואר 2013, (122)

סיכום

העמקת התפיסה הפליאטיבית במאה ה-21 עבור קשישים משמעה הזכות למטופל, החובה למטפל והישג לחברה ולמדינה. התפיסה הפליאטיבית אינה "תוספת" לגישות קיימות; לא עוד זרם, התמחות או גישה שונה. מדובר בתפיסת עולם בסיסית ומרכזית, בעלת משמעויות לכולנו, הרבה מעבר לנושאי בריאות וחולי (אוברמן וגרפינקל, 2008).

שילוב מרפאים בעיסוק בטיפול פליאטיבי בקשישים מצוי בתחילת דרכו בארץ, על אף שהם משולבים בצוות הרב מקצועי המטפל בקשישים הסובלים ממחלות כרוניות פרוגרסיביות. שילובם של מרפאים בעיסוק יאפשר לצוות להתמקד בתקופת החיים שעוד נותרה לקשיש במטרה להעלות את איכות חייו ולהגביר את השתתפותו בעיסוקים בעלי משמעות לו ולבני משפחתו, במקביל להכנה למוות. לימוד הגישה ויישומה כחלק מתכנית הלימודים של מרפאים בעיסוק, והעלאתה למודעות של כל מרפא בעיסוק העובד עם אנשים הנוטים למוות, בעיקר בקרב קשישים, יהיו צעד ראשון ומשמעותי לקראת שיח מקצועי וקידום עשייה מבוססת ראיות. מרפאים בעיסוק, כמו לשאר חברי הצוות הרב מקצועי, החובה וגם הזכות לאפשר לקשישים לתכנן את חייהם ולהחליט איך היו רוצים לסיימם.

מקורות

- האגף לגריאטריה. (2012). קובץ נהלים לבתי חולים גריאטריים. ירושלים: משרד הבריאות.
- אוברמן, א' (2006). טיפול תומך בגיל המבוגר. במה - ביטאון לעובדי בריאות בנושא רפואה פליאטיבית, 16, 45-47.
- אוברמן, א' וגרפינקל, ד' (2008). העמקת התפיסה הפליאטיבית במאה ה-21: הזכות למטופל, החובה למטפל וההישג לחברה ולמדינה. הכנס השנתי ה-13 של עמותת תמיכה, תל-אביב. נדלה מ- http://www.palliative.org.il/palliative_care.asp
- בנטור, נ', רזניצקי, ש' ושנור, י' (2005). שירותים פליאטיביים ושירותי הוספיס בישראל. ירושלים: מכון ברוקדייל, ג'וינט ישראל.
- גולדברגר, נ', אבורבה, מ' וחקלאי, צ' (2011). סיבות מוות מובילות בישראל, 1999-2008. ירושלים: משרד הבריאות תחום המידע, מדינת ישראל.
- הוכברג, נ' (2002). יישום מדיניות של טיפול פליאטיבי בקשישים הסובלים מדמנטיה סופנית באמצעות כלי לאומדן סבל. עבודה לשם קבלת תואר מוסמך חוג לסייעוד, פקולטה לרפואה אוניברסיטת תל אביב.
- ישראל, משרד הבריאות (2009). הפעלת שירות פליאטיבי (הוספיס) בקהילה, בבית חולים כללי ובמוסד סיעודי: ירושלים.

- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (21.8.2012). מאגר נתונים של הלמ"ס בנושא בריאות. נדלה מ: www.cbs.gov.il
- זמישלני, א' ונחשוני, ג' (2009). התמודדות עם החולה נוטה למות. הרפואה, 148(1), 35-34.
- חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו, 2005.
- ילון חיימוביץ, ש', זק"ש, ד', ויינטראוב, נ', מזור, נ' ושות' (2006). מרחב ותהליך העשייה המקצועית בריפוי בעיסוק בישראל. תל אביב: העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק.
- עמותת תמיכה (ח"ת), עמותת תמיכה - הגדרת מטרות ויעדים. נדלה מ- <http://www.palliative.org.il/about.asp>
- פתחי אבו-רקיייה, ר' (2010). טיפול פליאטיבי-לחיות עד המוות. עדכונים קליניים לאחים ואחיות, יוני(1), 13-12.
- רוזין, א' (2009). הזדקנות וזקנה בישראל. ירושלים: אש"ל האגודה לתכנון ולפתוח שירותים למען הזקן בישראל.
- Arnold, E. M., Artin, K. A., Griffith, D., Person, J. L., & Graham, K. G. (2006). Unmet needs at the end of life: Perceptions of hospice social workers. *Journal of Social Work End-of-Life Palliative Care*, 2(4), 61-83.
- Burkhardt, A., Ivy, M., Kannenberg, K. R., Low, J. F., Aurele, J. M., & Youngstrom, M. J. (2011). The role of occupational therapy in end-of-life care. *American Journal of Occupational Therapy*, 68, 1-15.
- Bye, R. A., & Llewellyn, G. M. (2009). The end of life. In B. Bonder, (Ed.), *Functional Performance in older adults* (pp. 641-652). Philadelphia, PA: E.A. Davis company.
- Canadian Association of Occupational Therapy (CAOT) (2005). Position statement: Occupational therapy and end of life care. *Canadian Journal Of Occupational Therapy*, 72(2), 121-122.
- Chochinov, H. M. (2006). Dying, dignity and new horizons in palliative end-of-life care. *A Cancer Journal for Clinicians*, 56(2), 84-103.
- Cohen, S. R., Boston, P., Mount, B. M., & Porterfield, P. (2001). Changes in quality of life following admission to palliative care units. *Palliative Medicine*, 15(5), 363-371.
- Cole, R., Scialla, S., & Bednarz, L. (2000). Functional recovery in cancer rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(5), 623-627. doi: 10.1053/mr.2000.3861.

- Coppola, S. (2008). Transactional approach to understanding meanings and benefits of occupation in older adulthood. In S. Coppola, S. Elliott, & P. Toto (Eds.). *Strategies to advance gerontology excellence (SAGE): Promoting best practice in occupational therapy* (pp. 15-58). Bethesda: AOTA Press.
- Dainty P. (2008) An evaluation of palliative care in the acute geriatric setting. *Age and Aging*, 37(3), 327-330.
- Egan, M., & DeLaat, M. D. (1997). The implicit spirituality of occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 64(3), 115-121.
- Ersek, M., & Willson, S. (2003). Challenges and opportunities in providing end-of life care in nursing homes. *Journal of Palliative Medicine*, 6(1) 45-57.
- Gourdji, I., McVey, L., & Purden, M. (2009). A quality end of life from a palliative care patient's perspective. *Journal of Palliative Care*, 25(1), 40-50.
- Habraken, J. M., Van der Wal, W. M., Ter Riet, G., Weersink, E. J. M., Toben F., & Bindels, P. J. E. (2011). Health related quality of life and functional status in end stage COPD: A longitudinal study. *European Respiratory Journal*, 37, 280-288.
- Hanso, L., Reynolds, S., & Henderson, C. (2005). Quality improvement intervention to increase palliative care in nursing homes. *Journal of Palliative Medicine*, 8(3), 576-584.
- Hoffmann, D., & Tarzian, A. (2005). An examination of policies that deter adequate end-of- life care in nursing homes. *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 33(2), 294-39.
- Jacques, N. D., & Hasselkus, B. R. (2004). The nature of occupation surrounding dying and death. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 24, 44-53.
- Javier, N., & Montagnini, M. (2011). Rehabilitation of the hospice and palliative care patient. *Journal of Palliative Medicine*, 14(5), 638-648. doi: 10.1089/jpm.2010.0125.
- Kasven-Gonzalez, N., Souverain, R., & Miale, S. (2010). Improving quality of life through rehabilitation in palliative care: Case report. *Palliative and Supportive Care*, 8(3): 359-369. doi:10.1017/S1478951510000167.
- Kaye, P. (2006). *Notes on symptom control in hospice and palliative care*. Machiasport, ME: Hospice Education Institute.
- La Cour, K., Johannessen, H., & Josephsson, S. (2009). Activity and meaning making in the everyday lives of people with advanced cancer. *Palliative and Supportive Care*, 7(4), 469-479. doi:10.1017/S1478951509990472.

-
- Lyons, M., Orozovic, N., Davis, J., & Newman, J. (2002). Doing-being-becoming: Occupational experiences of persons with life-threatening illnesses. *American Journal of Occupational Therapy, 56*(3), 285-295.
- Morgan, D. & Cerdor, P. (2012). *Submission to the senate inquiry into palliative care: The Australian Senate's Community References Committee.*
- Murry, S., & Sheikh, A. (2008). Making a difference: Palliative care beyond cancer. *British Journal of Medicine, 336*, 958-959.
- Oldervoll, L. (2005). Are palliative cancer patients willing and able to participate in a physical exercise program? *Palliative and Supportive Care, 3*(4), 281-287.
- Oldervoll, L., Loge, J., Paltiel, H., Asp, M., Vidvei, U., & Wiken, A. (2006). The effect of a physical exercise program in palliative care: A phase II study. *Journal of Pain and Symptom Management, 31*(5), 421-430.
- Oleson, M., Heading, C., McGlynn, K., & Bistodeau, J. A. (1994). Quality of life in long stay institutions in England: Nurse and residents' perceptions. *Journal of Advanced Nursing, 20*, 23-32.
- Ouldred E., & Bryant C. (2008). Dementia care. Part 3: End-of-life care for people with advanced dementia. *British Journal of Nursing, 17*(5), 308-314.
- Paltiel, H., Solvoll, E., Loge, J. H., Kaasa, S. & Oldervoll, L. (2009). The healthy me appears: Palliative cancer patients' experiences of participation in a physical group exercise program. *Palliative and Supportive Care, 7*(4), 459-467. doi:10.1017/S14789515099904608.
- Pearson, E., & Todd, J. (2007). How can occupational therapists measure outcomes in palliative care? *Palliative Medicine, 21*, 477-485.
- Ryan, P. Y. (2005). Approaching death: A phenomenologic study of five older adults with advanced cancer. *Oncology Nursing Forum, 32*(6), 1101-1108.
- Saarik, J., & Hartley, J. (2010). Living with cancer-related fatigue: Developing an effective management programme. *International Journal of Palliative Nursing, 16*(1), 8-12.
- Sampson, E. L. (2010). Palliative care for people with dementia. *British Medical Bulletin 96*, 159-174.
- Sampson, E. L., Ritchie, C. W., Lai, R., Raven, P. W., & Blanchard, M. R. (2005). A systematic review of the scientific evidence for efficacy of palliative care approach in advanced dementia. *International Psychogeriatrics, 17*(1), 31-40.
-

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, פברואר 2013, (1)22

- Sanders, C. (1976). Care of dying: The problem of euthanasia, *Nursing Times*, 72, 1003-1005.
- Schleinich, M. A., Warren, S., Nekolaichuk, C., Kaasa, T., & Watanabe, S. (2008). Palliative care rehabilitation survey: A pilot study of patients' priorities for rehabilitation goals. *Palliative Medicine*, 22(7), 822-830.
- Stewart, F., Goddard, C., Schiff, R., & Hall S. (2011) Advanced care planning in care homes for older people: A qualitative study of the views of care staff and families. *Age and Aging*, 40, 330-335.
- Strasser, F., Sweeney, C., Willey, J., Benisch-Tolley, S., Palmer, J. L., & Bruera, E. (2004). Impact of a half-day multidisciplinary symptoms control and palliative care outpatient clinic in a comprehensive cancer center on recommendations, symptoms intensity, and patient satisfactions: A retrospective descriptive study. *Journal of Pain Symptom Management*, 27(6), 481-491.
- Sviden, G. A., Furst, C. J., Koch, L., & Borell, L. (2009). Palliative day care: A study of well-being and health-related quality of life. *Palliative Medicine*, 23(5), 441-447.
- Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, M., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *The New England Journal of Medicine*, 363(8), 733-742.
- Unruh, A. M., Smith, N., & Scammell, C. (2000). The occupation of gardening in a life-threatening illness: A qualitative pilot project. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67(1), 70-77.
- Vrkljan, B. H., & Miller-Polgar, J. (2001). Meaning of occupational engagement in life threatening illness. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(4), 237-246.
- World Health Organization (WHO) (2004). *Better palliative care for older people*. Copenhagen, Denmark: Author.
- World Health Organization (WHO) (2001). *International classification of function, disability and health (ICF)*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization (WHO) (2002). *National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines* (2nd ed.). Geneva: Author.
- World Health Organization (WHO) (2003). *Palliative care: Symptom management and end-of-life care. Integrated management of adolescent and adult illness*. Geneva, Switzerland: Author.

World Health Organization (WHO) (2011). *Palliative care for older people: Better practices*. Copenhagen: Denmark: Author.

Yoshioka, H. (1994). Rehabilitation for the terminal cancer patient. *American Journal of Physical and Medical Rehabilitation*, 73, 199-206.