

---

Occupational Therapy Intervention in a Unit for Patients Requiring Prolonged Mechanical Ventilation: Emphasis on a Family-Centered Approach / התערבות ריפוי "בעיסוק במחלקת הנשמה ממושכת: דגש על גישת "המשפחה במרכז

Author(s): סיון צדוק, ניצן אינבינדר, ניצן הרטל, Nitzan Hartal, Nitzan Einbinder and Sivan Zadok

Source: *IJOT: The Israeli Journal of Occupational Therapy* / כתב עת ישראלי לריפוי 22, אוגוסט 2013, כרך 3 (אוגוסט 2013), pp. H186-H200

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

Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/23684711>

---

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

## התערבות ריפוי בעיסוק במחלקת הנשמה ממושכת: דגש על גישת "המשפחה במרכז"

ניצן הרטל, ניצן אינבינדר, סיון צדוק

**מילות מפתח:** מחלקת הנשמה ממושכת, התערבות בריפוי בעיסוק, השתתפות, גישת המשפחה במרכז, איכות חיים

### תקציר

בשנים האחרונות, עם העלייה בתוחלת החיים ובגיל הממוצע, ושיפור ביכולת ובאמצעי הטיפול, אנו עדים לעלייה ניכרת בשיעור המטופלים המונשמים באמצעות מנשם למשך זמן ממושך. מחלקה להנשמה ממושכת מוגדרת כמחלקה שבה מטופלים חולים שנסיונות גמילה ראשוניים לא צלחו, הזקוקים להנשמה ממושכת במסגרת מאפשרת ביצוע נסיונות לתהליכי גמילה מהנשמה במקביל לטיפול סיעודי. הגישה העיקרית המנחה את עבודת צוות הריפוי בעיסוק במחלקת מונשמים, מבוססת בעיקר על עקרונות גישת "הלקוח ומשפחתו במרכז" הרואה בלקוח ובמשפחתו שותפים פעילים בתהליך השיקומי. מטופלים שמחוברים אל מכונת הנשמה חווים השתתפות חברתית ובין-אישית מצומצמת עם סביבתם. בני המשפחה, האנשים הקרובים ביותר והחשובים בעיני המטופלים, מצויים לעתים קרובות בסביבה שבביל לתמוך, ולתמיכתם יש חשיבות עצומה לגבי המטופל ותהליך שיקומו. בני המשפחה אף הם, לעתים קרובות, מצויים במצוקה רבה בשל תפקידם החדש. מטרת מאמר זה היא לתאר את שירות הריפוי בעיסוק במחלקה להנשמה ממושכת, אשר שם דגש על התייחסות לבני המשפחה כשותפים לתהליך ההתערבות, מתוך הבנת מצבם הרגיש של המטופלים וקרוביהם וצורכיהם הייחודיים במחלקה זו. מתוך תיאור המקרה שמובא כאן, אפשר להבין את חשיבות המשפחה ותרומתה לתהליך הטיפול ולמטופל וכן את אופן העצמת בני המשפחה המאפשרת השתתפות פעילה משמעותית לה ולמטופל.

ניצן הרטל, MSc, OT, מנהלת תחום ריפוי בעיסוק, מרכז רפואי-שיקומי "בית בלב" נשר.  
nitzan\_h@bbalev.co.il

ניצן אינבינדר, BOT, מרכז רפואי-שיקומי "בית בלב" נשר.  
סיון צדוק, BOT, מרכז רפואי-שיקומי "בית בלב" נשר.

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט 2013, 22(3)

התערבות ריפוי בעיסוק במחלקת הנשמה ממושכת: דגש על גישת "המשפחה במרכז"

## רקע

בשנים האחרונות, עם העלייה בתוחלת החיים ובגיל הממוצע ושיפור ביכולת ובאמצעי הטיפול, אנו עדים לעלייה ניכרת בשיעור המטופלים שמונשמים באמצעות מנשם למשך זמן ממושך. מטופלים אלה מופנים לרוב למסגרת אשפוזית במחלקות להנשמה ממושכת או לקהילה להנשמה ביתית. מחלקה להנשמה ממושכת מוגדרת כמחלקה שבה מטופלים אנשים הזקוקים להנשמה ממושכת ובמקביל מאפשרת ביצוע תהליכי גמילה מהנשמה. אחת ממטרות הטיפול במחלקה היא הפעלת מערך טיפולי המותאם לאשפוז ממושך תוך מיקוד על שמירת יכולות תפקודיות של המטופל (משרד הבריאות, 2008).

מרכז רפואי שיקומי נשר מרשת "בית בלב" הוקם לפני שנתיים וחצי במטרה לתת מענה למחסור במיטות אשפוז המשכי לתושבי הצפון. כיום כולל המרכז הרפואי ארבע מחלקות אשפוז המשכי; שתי מחלקות שיקום גריאטרי, מחלקת סיעודי מורכב ומחלקת הנשמה ממושכת. במרכז הרפואי עובדים צוותים של כל מקצועות הבריאות, בהם צוות ריפוי בעיסוק, המעניק שירות לכל מחלקות האשפוז. במחלקת המונשמים במרכז הרפואי-שיקומי נשר, מאושפזת אוכלוסייה הטרוגנית המונה כ-30 מטופלים הזקוקים להנשמה קבועה. השונות מתבטאת בטווח הגילאים, באבחנות, ברמות התפקוד, ברמות הכרה, ביכולת הפקת קול, בתפקודי אכילה ובליעה, בשיטות הנשמה ובאבחנות המצריכות בידוד. כל משפחות המאושפזים מעורבות בתהליך הטיפול בהיקפים שונים, התלויים במאפייני המאושפז ומשפחתו.

עם הקמת המרכז הרפואי-שיקומי, הוקם גם שירות ריפוי בעיסוק במחלקת מונשמים. מאחר שתחום זה חדש יחסית, פותחו מסגרות התייחסות מותאמות לאוכלוסייה על בסיס גופי ידע מקצועיים מתחומי השיקום והסיעודי מורכב. במהלך פרק הזמן שבו פועלת המחלקה, פותחו גישות המותאמות יותר לאוכלוסייה המאושפזת לפי מאפייניה הייחודיים. כמו כן, הוקם שירות תעסוקה במחלקה, שהוא נדבך בלתי נפרד מעבודת המרפאות בעיסוק. במחלקה עובדת מדריכת תעסוקה המפיקה פעילויות פנאי פרטניות וקבוצתיות למאושפזים לפי הדרכה צמודה של המרפאה בעיסוק כדי לערוך התאמת פעילות מיטבית ליכולותיהם האישיות.

צוות ריפוי בעיסוק במחלקת מונשמים עובד על פי כמה גישות התערבות לפי מטרות ההתערבות. הגישה העיקרית המנחה את עבודת הצוות מבוססת בעיקר על עקרונות גישת "הלקוח ומשפחתו במרכז" שעניינה שותפות פעילה של הלקוח ומשפחתו בתהליך השיקומי. זו גישה פילוסופית למתן טיפול למטופלים ולבני משפחותיהם. ההנחה הבסיסית של פילוסופיה זו היא שהמטופל הוא חלק מ"שלם" גדול יותר שאליו אנו חייבים להיות מודעים, אם אנו מעוניינים לספק את הטיפול הטוב ביותר. ההתערבות על פי הגישה מתמקדת בסדרי העדיפויות של הלקוח ומשפחתו, והם נוטלים חלק בהגדרת מטרות הטיפול ובביצוע ההתערבות (Henneman & Cardin, 2002). בהמשך מאמר זה, נתמקד בהתערבות בריפוי בעיסוק בגישת "הלקוח ומשפחתו במרכז" ונעסוק פחות בגישות האחרות.

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט 2013, 22(3)

## סקירת ספרות

מחלקת מונשמים מיועדת למטופלים שנושמים דרך פיוס קנה, סובלים מאי ספיקה נשימתית מסיבות שונות וזקוקים לתמיכה נשימתית קבועה או זמנית. בעיות שונות גורמות לאי ספיקה נשימתית, בהן מחלות ניווניות של מערכת העצבים, מחלות ניוון שרירים, סיבוכים של מחלות קרדיו-וסקולריות, מחלה ריאתית חסימתית כרונית ועוד (משרד הבריאות, 2008).

מטופלים שמחוברים אל מכונת הנשמה סובלים מבעיות תפקודיות ופסיכולוגיות רבות, הנובעות, בין השאר מבידודם הפיזי; הם מוגבלים ביכולת הניידות לטווח של צינור ההנשמה, רובם אינם יכולים לצאת מחדרם ואינם יוצאים כלל אל מחוץ למחלקה. הם נעשים תלויים בצוות המטפל, והשתתפותם החברתית והבין-אישית עם סביבתם המוכרת פוחתת, כשהפעילות מוגבלת למקום האשפוז ולמשאביו (Make, Gilmartin, Brody, & Snider, 1984). במחקרים שהעריכו את השפעות השהייה ארוכת הטווח במחלקות מונשמים, נמצא כי המאושפזים עלולים לפתח מגוון קשיים רגשיים: פחד, אי שליטה והפרעות שינה, העלולים להחמיר את מצבם הבריאותי (Rotondi et al., 2002).

מחקרים אחרים מצאו כי אי היכולת לדבר, הכאב ואי הנוחות כתוצאה מחיבור למכשיר ההנשמה, נתפסים כחוויות מלחיצות ביותר. אי היכולת לדבר יוצרת תחושת תסכול רבה בקרב המטופלים ואי ביטחון בטיפול ובשליטה עליו. חלקם אף פיתחו הפרעות חרדה שונות כגון פוסט טראומה ודיכאון, שהשפיעו במידה ניכרת על איכות חייהם (Samuelson, Lundber, & Fridlund, 2007).

חולשת שרירים, אף היא סיבוך שכיח של אשפוז ממושך, מזוהה עם מוגבלויות תפקודיות ניכרות הדורשות שיקום ממושך. מלבד תשישות פיזית, מופיעים לעתים ליקויים נירו-פסיכיאטריים כגון דליריום, הנפוץ אצל חולים המונשמים לאורך זמן ומעלה את השכיחות לתמותה, לשהות ממושכת באשפוז ותקופה ממושכת יותר של הנשמה (Brahmbhatt, Murugan, & Milbrandt, 2010). במחקרם של Cook, Meade, & Perry (2001) הבוחן את חוויות המטופלים לאחר תקופה ממושכת בהנשמה כרונית, מצאו כי עיקר הקשיים של המטופלים נבעו מאי יכולתם לתקשר ולדבר ומחרדה מנטישה על ידי הצוות. עיקר החשש נגע לכך שהמטופלים לא קיבלו כל מידע בעניינם, והם חשו שהשליטה אינה בידיהם, כיוון שהיו תלויים לחלוטין במכונת הנשמה, בצוות המטפל ובבני משפחותיהם (Cook et al., 2001).

אי היכולת לתקשר ולהביע את מצבם, יוצרת בעיות רגשיות ניכרות אצל המטופלים במחלקה (Hafsteindóttir, 1996). נושא התקשורת הוא אחד האתגרים המורכבים ביותר גם לגבי בני המשפחה של המטופלים, והם מביעים תחושות של אובדן, ייאוש ותסכול עצום מאובדן הקול של יקיריהם. אצל המטופלים אי היכולת לתקשר עם בני המשפחה מלחיצה ומתסכלת, כיוון שהם אינם יכולים למסור מסר חיוני על אודות רגשותיהם וצרכיהם (Broyles, Tate, & Happ, 2012).

מטופלים המצויים במצב של הנשמה ממושכת זקוקים לטיפול אינטנסיבי. בני המשפחה, האנשים הקרובים ביותר והחשובים עבור המטופלים, מצויים לעתים קרובות

התערבות ריפוי בעיסוק במחלקת הנשמה ממושכת: דגש על גישת "המשפחה במרכז"

בסביבה כדי לתמוך, ולתמיכתם חשיבות עצומה בשביל המטופל. הצורך בקרבת בני משפחה אצל אנשים הסובלים ממחלה קשה, ידוע ומפורסם באופן נרחב. בארה"ב, מוערך כי 26% מן האוכלוסייה הבוגרת, בעיקר נשים עובדות, משרתות כמטפלות בלתי-פורמליות למטופלים (שהם בדרך כלל בני משפחה) הסובלים ממחלות כרוניות (Tsara, Serasli, Voutsas, Lazaride, & Christaki, 2006).

מתוך מחקר שבחן את תחושותיהם השונות של מטופלים בטיפול נמרץ, המחוברים למכונת הנשמה, נמצא כי עיקר הסיוע והשיפור במצבם היה בזכות בני המשפחות שהיו לצדם. בני המשפחה סייעו במתן מידע ותחושת התמצאות, העניקו תחושת זהות ותרמו למניעת תחושת הבדידות. בני המשפחה אף סייעו בהתמודדות עם המצב והחזירו את השליטה באמצעות מעקב וניטור אחר מכונת הנשמה, דבר שהפחית תחושות חרדה וצמצם חוויות שליליות. התחושה הכללית הייתה שבני המשפחה מסייעים בשימור תחושת הערך העצמי ובהבנת המצב (Hafsteindóttir, 1996). מחקר אחר שבחן את תחושותיהם של מטופלים שהצליחו להיגמל ממכונת הנשמה, מצא כי התמיכה והמסירות של בני משפחותיהם הייתה כה משמעותית בעבורם עד שהיו מונשמים שהעידו שלולא היו משפחותיהם מצויות בסביבה, היו מוותרים על המאבק ועל ניסיון השיקום (Arslanian-Engoren & Scott, 2003).

בני המשפחה אף הם, לעתים קרובות, שרויים במצוקה רבה בשל תפקידם החדש. בני המשפחה מוצאים עצמם חסרי מוכנות וידע לגבי המצב. נוצר מצב שבו אין הם מקבלים תמיכה בתפקידם החדש, או מידע מספק לגבי מצב קרוביהם ואופן הטיפול בהם, ולפיכך הם חווים לחץ שעלול להוביל לתוצאות בריאותיות שליליות (Cameron & Gignac, 2008). בני המשפחה דיווחו כי הצרכים העיקריים בתחילת האשפוז, קשורים בצורך במידע, בתמיכה ובצורך להיות על יד יקיריהם (Henneman & Cardin, 2002).

מחקרים נוספים מצאו כי בני משפחה של מטופלים מונשמים, חווים תסמינים פסיכולוגיים כגון חרדה, מתח נפשי ודיכאון (Broyles et al., 2012; Tsara et al., 2006). בספרות נמצא כי יש קשר בין איכות חיי המטפל העיקרי לבין בריאות ותפקוד המטופל. שיפור באיכות חיי המטפל, עשוי להביא לשיפור מהיר בתהליכי השיקום (Cameron & Gignac, 2008).

בספרות מצוי מידע מועט לגבי התערבויות של מרפאים בעיסוק בתחום המונשמים. המאמרים בנושא עוסקים בעיקר בחשיבות הפעלה מוטורית מוקדמת למטופלים (Brahmbhat, Murugan, & Milbrandt, 2010), אך לא נמצאו התערבויות ספציפיות של מרפאים בעיסוק המשלבות את משפחות המטופלים. עם זאת, בסקירת ספרות בתחומים אחרים עולות כמה אפשרויות התערבות המתמקדות בעבודה עם משפחות, משפיעות על איכות חייהן ובכך משפיעות באופן ישיר גם על מצב המטופל (Azoulay et al., 2003; Levine, Halper, Peist, & Gould, 2010). גישת ההתערבות העיקרית המתוארת בספרות זו היא גישת "המשפחה במרכז" המבוססת על גישת "האדם במרכז" ומנחה גם את המרפאים בעיסוק במהלך עבודתם. גישת ה"אדם במרכז" היא תפיסה פילוסופית שפותחה בידי הפסיכולוג קארל רוג'רס, בשנות ה-50.

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט 2013, 22(3)

הוא טען שכיוון שהלקוח הוא שאחראי לחייו, צריך לתת לו שליטה ואפשרויות בחירה על הטיפול ועל מהלכו. רוג'רס הציג את הצורך להקשיב למטופל, לקבלו ללא תנאי, לאפשר לו לחלוק ולשתף בתפיסת עולמו, להביע את רגשותיו והעדפותיו במהלך הטיפול (Rogers, 1946). בשנות ה-60 אומצה הגישה על ידי צוותי מקצועות הטיפול בתחום הילדים והוכללה לבני המשפחה של הילד, כך נוצרה גישת ה"משפחה במרכז". מאז הגישה נהוגה בדיסציפלינות שונות במקצועות הטיפול כגון פסיכולוגיה וריפוי בעיסוק (Siebes et al., 2006). הגישה משלבת במהלך ההתערבות את האנשים הקרובים והחשובים ביותר לגבי הלקוח ומשתפת אותם בקביעת מטרות ובדרכי ההתערבות (Henneman & Cardin, 2002). התערבות זו מתחילה בהבנה שלמשפחה יש תפקיד חשוב ביותר בתמיכה באדם. עקרונות אלה הנשאבים מן הגישה מתמקדים בהעצמת המשפחה, בראיית הצרכים והיכולות של המשפחה, וכן בבריאות וברוחה של התא המשפחתי כמכלול (DeGrace, 2003).

במסגרת גישה זו, יש חשיבות לקידום המעבר של בן המשפחה לתפקיד החדש. נמצא, כי מרבית ההתערבויות שיוצרות את השינוי החיובי ביותר במצב המטפל העיקרי, מקלות על הלחץ הרגשי ומשפיעות על איכות החיים שלו, מדובר הן בהתערבויות המכוונות באופן אישי וייחודי לצרכיו של המטפל העיקרי והן בהתערבויות המתייחסות למכלול ההקשרים של האדם המטפל (Cameron & Gignac, 2008). בשלב החמור של המחלה, הקרובים, המשמשים כמטפלים, זקוקים לתמיכה רגשית עקב חווייתם את התקופה כמלחיצה. הם מחפשים מידע מפורט לגבי מצב קרוביהם, לגבי הפרוגנוזה ואפשרויות הטיפול השונות המסייע להם בקבלת החלטות יעילה להמשך הטיפול בקרוביהם. לעתים קרובות בני המשפחה זקוקים למישהו שהם יכולים לחלוק אתו את רגשותיהם, בשעה שהם דואגים יותר מכול לאיכות החיים של קרוביהם ואף לאיכות החיים של עצמם. מרפאים בעיסוק הם חלק ממערך אנשי המקצוע המספקים את התמיכה הזאת בבתי חולים, ובהמשך, בקהילה (Cameron & Gignac, 2008). על פי מרחב ותהליך העשייה המקצועית בריפוי בעיסוק בישראל (המתע"ם) (ילון-חיימוביץ' ועמיתים, 2006), מוקד ההתערבות בריפוי בעיסוק הוא מעורבות בעיסוק כדי לאפשר השתתפות במארג החיים. ההשתתפות מוגדרת כמעורבות של האדם במצבים ובהקשרים השונים המרכיבים את מארג החיים. ההשתתפות מתייחסת לקשר בין ההיבטים הפנימיים לאדם לבין ההקשרים שבהם בני האדם מעורבים בעיסוקיהם, במסגרת החברה והקהילה שבה הם חיים (ילון-חיימוביץ' ועמיתים, 2006). ההשתתפות מאפשרת לרכוש מיומנויות ויכולות, מחברת את היחיד אל החברה ומספקת משמעות לחיים. תמיכה באדם וברצונותיו על ידי בני משפחתו, מאפשרת השתתפות משמעותית לפרט ובהתאם לכך יכולה להפחית את הסיכון להגבלה בתפקוד. להשתתפות המשפחה יש אפוא היבט משמעותי בעבור אדם עם מוגבלויות. המשפחה חווה קשיים המשנים את השגרה ואת ההרגלים שלה ומובילים לשינוי במאפייני ההשתתפות. התערבות של מרפאים בעיסוק, על פי גישת "האדם במרכז", מאפשרת למדוד תוצאות של השתתפות ולהעריך את השפעתם על המטופל ועל בני משפחתו. מערכת היחסים בין האדם, בני משפחתו ואיש צוות ריפוי בעיסוק, צריכה להביא לידי שיתוף פעולה מתמיד כך שתקדם איכות חיים ורווחה אישית (Law, 2002).

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט 2013, 22(3)

התערבות ריפוי בעיסוק במחלקת הנשמה ממושכת: דגש על גישת "המשפחה במרכז"

מטרת המאמר הזה לסקור את תפקידים הייחודיים של מרפאים בעיסוק במחלקות להנשמה ממושכת ושילוב המשפחות בטיפולהם. מטרה נוספת היא לתאר את החשיבות של התייחסות תחום הריפוי בעיסוק למטופל המונשם כיחידה אחת, הכוללת אותו ואת בני משפחתו, לצורך קידום המטופל, עידוד החלמתו ושיקומו וכן שיפור איכות חיים בעבורו ובעבור בני משפחתו.

## תיאור התערבות בגישת המשפחה במחלקת הנשמה כרונית, מבוסס על תיאור מקרה

מטרת העל של הטיפול בחולה המונשם הכרוני היא השגת שיפור באיכות חיים. במסגרת גישת טיפול ה"המשפחה במרכז" נעשה שימוש בעקרונות שהוזכרו כאן: עידוד השתתפות והעצמת המשפחה, התייחסות לצרכים וליכולות המשפחה, ומציאת עיסוק משמעותי בעבור המשפחה בסביבת המטופל כדי לאפשר איכות חיים טובה למונשם הכרוני. נתאר כאן אפוא תהליך התערבות ריפוי בעיסוק בגישה זו על פי ניסיונו. כל מטופל המתקבל למחלקה עובר הערכה מקיפה של מרפאה בעיסוק הכוללת התייחסות לרקע עיסוקי, הקשרי תפקוד ולמיומנויות מוטוריות וקוגניטיביות. במסגרת ההערכה נוצר קשר עם בן המשפחה (המטפל העיקרי) למתן מידע, היכרות והחלטה משותפת על מטרות הטיפול. בנוסף, משתתפת המרפאה בעיסוק ב"ישיבת צוות ומשפחה" הכוללת פגישה רשמית עם כל בעלי המקצוע בו-זמנית לצורך תיאום ציפיות. במהלך הישיבה ניתן מידע כתוב הכולל דף מידע המפרט את שירותי הריפוי בעיסוק במחלקה ואת אופן יצירת קשר. בסמיכות ליום הקבלה למחלקה מקיימת המרפאה בעיסוק פגישת הדרכה למשפחה יחד עם המטופל. מטרת ההדרכה היא היכרות מעמיקה יותר עם הלקוח והקשריו, הדרכת בן המשפחה, ארגון של סביבת החדר לנוחות מרבית של המטופל והמשפחה שתאפשר תפקוד מרבי. כמו כן, ניתנת בהדרכה תשומת לב לשיטות לתקשורת חלופית, לשימור מיומנויות תפקודיות, להתאמת פעילות ולקביעת מטרות התערבות משותפות.

מדי חודש ועד שלושה חודשים מקיימת המרפאה בעיסוק מעקב אחר שינויים במצבו התפקודי, המוטורי והקוגניטיבי של המטופל. המעקב כולל הדרכה חוזרת למשפחה לפי הצורך ואזן קשבת לשאלות ותחושות. עיקרון חשוב בשימור קשר הדוק עם המשפחה הוא זמינות המרפאה בעיסוק. בשביל לקיים עיקרון זה יש "מערך זמינות" התורם לתחושת שביעות הרצון של המשפחה וכולל כמה היבטים:

- הנחיות ברורות ורשומות בדבר אופן יצירת קשר עם המרפאה בעיסוק.
- הימצאות פיזית של המרפאה בעיסוק במחלקה מדי יום לצורך התעדכנות ופגישת משפחות.
- הימצאות צוות ריפוי בעיסוק שמשמש תמיכה ומענה בעת הצורך.
- הדרכות קבועות של הצוות הסיעודי להיכרות עם תחומי ההתערבות של הריפוי בעיסוק והפניית משפחות לפי הצורך.
- מדריכת תעסוקה – מקיימת מפגשים פרטניים עם כל המטופלים לפחות פעמיים בשבוע ובשל כך משמשת לעתים איש הקשר בין המשפחה למרפאה בעיסוק.

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט 2013, 22(3)

- ישיבות צוות ומשפחה – השתתפות מרפאה בעיסוק בשיחות משפחה לשם מתן מידע לגבי השירות ומענה על שאלות.

## תיאור מקרה

הנה תיאור מקרה המדגים את השימוש בגישת "המשפחה במרכז" אצל מטופל ובני משפחתו.

מ', בן 90, נ+3, התקבל למחלקת מונשמים לפני שנה וחצי בעקבות כמה אירועים רפואיים שגרמו לירידה במצבו התפקודי והנשימתי. לפני קבלתו עבד כחקלאי, היה עצמאי בתפקודי יום-יום בסיסיים ומורחבים. טרם קבלתו למחלקתנו, נפל תוך כדי עבודה, נפגע בגבו ובראשו. ואושפז עקב קשיים בהליכה בבית חולים כללי, שם עבר אירוע לב ולאחר כשבועיים עבר אירוע מוחי. מ' הועבר אלינו לאחר מכן כמונשם כרוני לאחר שניסיונות הגמילה ממנשם נכשלו. למ' יש בת מסורה המבקרת אצלו בוקר וערב מאז קבלתו למחלקה.

בהערכה הראשונית נצפתה ערנות ירודה, מ' היה זקוק לעזרה מלאה בתפקודי יום-יום ומרותק למיטתו. יצר קשר עין ומבין הוראה פשוטה עם הכוונה רבה. ללא יכולת תקשורת פונקציונלית עקב חיבור למנשם (ללא הפקת קול, ללא יכולת כתיבה). בנוסף, חולשה בגפה עליונה שמאל. מ' שיתף פעולה באופן חלקי בלבד ואף התנגד לטיפולים של מקצועות הבריאות.

## מטרות הטיפול בריפוי בעיסוק

מטרות הטיפול שגובשו בשיתוף פעולה עם בתו היו: שיפור מיומנויות מוטוריות ומיומנויות קוגניטיביות למטרת השגת תקשורת פונקציונלית עם המשפחה והצוות לצורך השגת איכות חיים במחלקה.

מטרות לטווח קצר (3 חודשים):

- מ' יצליח לאחוז כלי כתיבה ביד ימין לצורך העתקת אותיות על לוח מחיק.
- מ' יצליח לזהות אותיות ומספרים לצורך כתיבת מלים אחדות כמענה על שאלות.

מהלך הטיפול כלל הדרכת המשפחה וטיפול פרטני שבמהלכו בוצע תרגול מיומנויות מוטוריות ומיומנויות קוגניטיביות. נעשה שימוש בתרגילים פשוטים המונחים על ידי הוראה חד שלבית ואבזורים מוכרים המעודדים תפקוד בסיסי (מסרק, עט, כדור). בנוסף, בוצעו ניסיונות חוזרים להתאמת תקשורת חלופית כגון: לוח כתיבה ולוח תקשורת בסיסי עם מילים ותמונות.

בתו של מ' פעלה לפי המלצות צוות הריפוי בעיסוק, הביאה תמונות של הבית והמשפחה, ביצעה תרגול מוטורי וקוגניטיבי במיטתו, קנתה בעבורו ציוד תעסוקה ייחודי (צינורות להרכבה מאחר שעסק בבנייה) ואפשרה לו לשמר את חושיו על ידי קניית סוכריות על מקל שנהנה לאכול. מלבד הטיפול באביה יזמה הבת מעורבות בארגון פעילות התעסוקה בעבור המטופלים האחרים במחלקה, הביאה למדריכת התעסוקה ציוד ורעיונות לפעילויות שונות. כמו כן, נהנתה מהשתתפות בפעילות התעסוקה בעצמה

כתב נת ישראל לריפוי בעיסוק, אוגוסט 2013, 22(3)



התערבות ריפוי בעיסוק במחלקת הנשמה ממושכת: דגש על גישת "המשפחה במרכז"

כגון: השתתפות בחידון הטרווייה השבועי, וכן השתתפה והביעה מעורבות ויוזמה כשהתקיימו פעילויות המיועדות למשפחות המחלקה (קבוצת תמיכה למשפחות בהדרכת עובדת סוציאלית, הרצאה למשפחות בנושא התמודדות עם חיידקים עמידים).  
נספח 1 מתאר בטבלה את יישום ההתערבות בגישת המשפחה במרכז עם המטופל מ' ובתו באופן המפרט את ההדרכה שנערכה וההתקדמות בהשגת המטרות.

מדברי ד':

"אני מרגישה שנותנים לגיימצייה לפניות שונות. מתייחסים ברצינות. יש לי דיבור עם הצוות והרבה פעמים מסכימים אתי. אנחנו (המשפחות) מרגישים מטופלים בסדר וברצון. כולנו הפכנו כמו משפחה יחד עם העובדים. אני יודעת שאם ארצה אז יש לי דלת פתוחה. זה שניתנת לגיימצייה זה טוב מאוד ואם זה שיפר משהו אצלי ואצל אבא זה גם טוב."

לאחר אשפוז של כשנה וחצי המטרות לטווח ארוך הושגו באופן חלקי. ניכר שיפור במצבו של מ' המתבטא בעיקר בשיפור משמעותי ברמת הערנות והתקשורת עם הסביבה ובשיתוף הפעולה. מ' יוצר קשר עין ומתקשר במחוות, מבין לסירוגין הוראה פשוטה ומצביע על פריטים שמעוניין להשתמש בהם. עדיין זקוק לעזרה מלאה בתפקודי יום-יום בסיסיים, נעשו כמה ניסיונות גמילה מהנשמה והם כשלו. כיום הוא מסוגל לשבת למשכי זמן קצרים גם מחוץ לחדרו. וכן, נראה כי ההתערבות בגישת "המשפחה במרכז" תרמה לתהליך העלאת המוטיבציה של מ' בכך שגרמה לשיתוף פעולה והבנת התהליך מצד הבת, דבר שאפשר לה לעבוד עם אביה ולהמשיך את תכנית ההתערבות שנקבעה גם מעבר לזמן הטיפול.

## דיון

המודל הנוכחי של ארגון הבריאות העולמי, מודל ה-International Classification of Function (ICF) (World Health Organization, 2001), הוא מודל רפואי-חברתי המבוסס על המודל הביופסיכוסוציאלי, ומספק שפה אחידה והתייחסות כוללנית לאדם. תפקוד ומגבלה באים לידי ביטוי דרך המודל כאינטראקציה מורכבת בין מצבי בריאות של האדם ובין הגורמים ההקשריים של הסביבה והגורמים האישיים. ההשלכות של שימוש במודל כוללות הדגשת הכוחות של האדם, המסייעים לו בהשתתפות נרחבת יותר בחברה על ידי שימוש בהתערבויות המכוונות לעידוד היכולות ומתחשבות גם בסביבה ובגורמים האישיים שעשויים להפריע להשתתפות. החידוש המשמעותי של המודל הוא נוכחות הגורמים הסביבתיים. בני המשפחה הם חלק ממרכיבי הסביבה של המטופל, וביכולתם לעודד או לעכב השתתפות (Bomman, 2004; Üstün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek, & Schneider, 2003). שירות הריפוי בעיסוק במחלקה להנשמה ממושכת שם דגש על מרכיבי הסביבה של האדם (המשפחה) על מנת לעודד השתתפות ופעילות. כלומר, ראיית בני המשפחה כשותפים לתהליך ההתערבות, מתוך הבנת מצבם הרגיש של המטופלים וקרוביהם וצורכיהם הייחודיים במחלקה זו. מתוך תיאור המקרה שהובא כאן, אפשר להבין את חשיבות המשפחה ותרומתה לתהליך הטיפול ולמטופל וכן את אופן העצמת

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט 2013, 22(3)

בני המשפחה המאפשרת השתתפות פעילה משמעותית בעבודה ובעבור המטופל. ההשתתפות, המוגדרת כ"מעורבות במצבי חיים ותפקידים בעלי משמעות חברתית" (ילון-חיימוביץ' ועמיתים, 2006, עמ' 45), משמשת לבני המשפחה ערוץ שיתוף בתהליך הטיפול שדרכו הם משפרים את האינטראקציה שלהם עם המטופל וכן עם הצוות. כתוצאה ממעורבות זו, בני המשפחה מקבלים יותר שליטה בתהליך, וכן יוצרים קשרים עם אנשים נוספים במחלקה (צוות ומבקרים), והדבר מאפשר תמיכה ותחושת רווחה אישית.

עידן הטיפול הרפואי הנוכחי שלנו מוגדר על ידי צרכנות ומחסור בכוח אדם, והמאפיינים האלה מצריכים את גישת "המשפחה במרכז". בני המשפחה הם משתתפים פעילים בתכנון הטיפול ביקריהם, ומקבלים תפקידים ההולכים ומתרחבים עם המחסור בכוח אדם מטפל. משמעות ההתערבות בגישה זו היא שאנו, כצוות רפואי, מזהים את האחריות שלנו לעזור למשפחה ולמטופל לשרוד את משבר האשפוז והמחלה (Henneman & Cardin, 2002). צוות ריפוי בעיסוק במחלקת המונשמים הכיר בעובדה כי שיתוף בני המשפחה עשוי להיות בעל ערך הן למטופל ולמשפחתו והן לצוות המטפל. השתתפות המשפחה תורמת לרווחתה הנפשית באמצעות קבלת מידע ומתן מידע לצוות, השגת "אוזן קשבת" לחוויותיהם במחלקה ועם המטופלים, והאפשרות להיות במחיצת יקיריהם תוך כדי "מילוי תפקיד". למעשה, התמיכה האינטנסיבית והלגיטימציה שניתנה לבת למעורבות במחלקה קידמה את אביה ואותה כאחד. באמצעות שיתוף המשפחה באופן אינטנסיבי בטיפול היה אפשר לראות שיפור במצבו ושביעות רצון של המשפחה.

בשנים האחרונות ניכרת עלייה במודעות לנושא משפחות של מאושפזים במחלקות טיפול נמרץ, שכבר אינן מקבלות יחס של מבקרים בלבד. העומס הרגשי שהם חווים כתוצאה מאשפוז יקיריהם, גורם לחרדה ולדיכאון (Pochard et al., 2001). במחקר שנעשה בנושא, נמצא כי צוות המחלקה צריך לנסות להקל על העומס, בייחוד על ידי סיפוק מידע התורם להבנה של המצב, הפרוגנוזה והטיפול (Azoulay et al., 2003). תפקיד פעיל של המשפחות כולל התנהגות כמתווכים והשתתפות בטיפול, שהם מרכיבים חיוניים בשביעות הרצון של המשפחות

(Wasser, Pasquala, Matchett, Bryan, & Pasquale, 2001). ההתערבות צריכה להיות גמישה ומשתפת וכזאת שתסייע לבני המשפחה לפתור את הבעיות שצצות. בייחוד חשוב לכבד את הערכים של המשפחות ושל המטופל, לנסות להבין מהם הדברים החשובים להם ומהם הרגליהם, כך שהיא תותאם לשגרת החיים של המשפחה (Dooley & Hinojosa, 2004).

בני המשפחה מעורבים באופן מתמיד בחיי המטופל והם משתתפים פעילים בחייו, גם כעת כשההקשר השתנה, עקב מחלה מתמשכת. על בני המשפחה ללמוד מחדש את תפקידיהם כדי להמשיך ולהשתתף באופן יעיל ומשמעותי בחיי יקיריהם. עליהם לגבש סדר יום חדש במסגרת מחלקת המונשמים ולנסות ליצוק לתוך המצב והסביבה החדשים משמעות שתאפשר השגת איכות חיים מיטבית. מטרת ההתערבות בריפוי בעיסוק במחלקה להנשמה ממושכת היא לשפר את איכות החיים הן של המטופלים

התערבות ריפוי בעיסוק במחלקת הנשמה ממושכת: דגש על גישת "המשפחה במרכז"

והן של משפחותיהם. מטרה זו תואמת את הממצאים במחקרים שבחנו את השפעת ההתערבות בריפוי בעיסוק אצל אנשים הלוקים באלצהיימר ומשפחותיהם, שם נמצא כי כשהמרפאים בעיסוק מספקים מידע למשפחות ויוצרים שינויים בסביבת המטופל, כדי להגיע להתאמה מרבית בין צורכי הפרט לסביבתו, הם יוצרים ביטחון למטופל ולמשפחתו ומשפרים את איכות חייהם (Dooley & Hinojosa, 2004).

### סיכום

תחום הביו-אתיקה העדכני שם דגש על אוטונומיית המטופל ומתחיל להכיר בצורך בגישת "המשפחה במרכז". המטפלים העיקריים דורשים מידע, נגישות למקורות מידע ותמיכה כדי לעודד את תפקודם. הצוות המטפל יכול להשפיע באופן חיובי על חוויית הטיפול באמצעות ההכרה בצרכים הפיזיים, הפסיכולוגיים, הרוחניים והרגשיים, וההכרה בערכם כבעלי תפקיד משמעותי בתהליך הטיפול (Mitnick, Leffler, & Hood, 2012). מעבר למצב של "חולה מונשם" הוא מעבר דרמטי ומשמעותי בעבור החולה ובני משפחתו. כאמור, המטופל עצמו מצוי לרוב במצב של חוסר אונים, ירידה תפקודית וקושי ביצירת קשר עם הסביבה. מומלץ לנקוט גישה המשתפת את בני המשפחה בתהליך הטיפול. חולה מונשם הוא לרוב לא יציב מבחינה בריאותית וכל שינוי קטן כמו שינוי חדר, שינוי ערכי הנשמה, שינוי זווית המיטה וכדומה, עלול לעצור התקדמות או אף לגרום לירידה בתפקוד. משום כך, יש חשיבות מרבית במתן תמיכה והדרכה אינטנסיבית למשפחות המצויות על יד החולה יום-יום, מאחר ששמירה על יציבות בן המשפחה תורמת לשימור או אף לשיפור מצבו התפקודי של החולה. מטרת המאמר הייתה לתאר את החשיבות של התייחסות צוות הריפוי בעיסוק למטופל המונשם כיחידה אחת הכוללת אותו ואת בני משפחתו לצורך קידומו ולצורך סיפוק איכות חיים טובה לו ולמשפחתו. למעשה, תרומתו הייחודית של צוות ריפוי בעיסוק במחלקה היא המעקב הצמוד, באמצעות המשפחה, על צורכי המטופל ועל שינויים במצבו. המגבלה העיקרית בהכנת עבודה זו היא מיעוט הספרות התיאורטית והמחקרית בתחום עבודת המרפאים בעיסוק עם מאושפזים במחלקה להנשמה ממושכת, על כל מאפייניה הייחודיים. עובדה זו, למעשה, גרמה לצוות הריפוי בעיסוק במקום ליצור את הגישה המקצועית שעליה נכתב המאמר. כדי להמשיך ולפתח גישה זו במחלקות להנשמה ממושכת, מומלץ לבדוק באופן אמפירי את שביעות הרצון של המאושפזים ומשפחותיהם וכן את גורם איכות החיים. כמו כן, מומלץ להפיץ את הגישה לשאר אנשי המקצוע במחלקה כדי להשיג אחידות ויעילות מרבית.

### מקורות

אמות מידה לרישוי ונוהלי הפעלה והפנייה למחלקה להנשמה ממושכת. (2008). משרד הבריאות. ירושלים: ישראל. נדלה בתאריך 4/11/12, מאתר [http://www.old.health.gov.il/download/forms/a3358\\_mr48\\_08.pdf](http://www.old.health.gov.il/download/forms/a3358_mr48_08.pdf)

ילון-חימוביץ, ש', זק"ש, ד', ויינטראוב, נ', נוטה, א', מזור, נ' ועמיתים. (2006). מרחב ותהליך העשייה המקצועית בריפוי בעיסוק בישראל. תל אביב: העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק.

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט 2013, 22(3)

- 
- Arslanian-Engoren, C., & Scott, L. D. (2003). The lived experience of survivors of prolonged mechanical ventilation: A phenomenological study. *Heart and Lung, 32*(5), 328-334.
- Azoulay, E., Pochard, F., Cheyret, S., Arich, C., Brivet, F., & Brun, F. (2003). Family participation in care to the critically ill: Opinions of families and staff. *Intensive Care Medicine, 29*(9), 1498-1504.
- Bomman, J. (2004). The World Health Organization's terminology and classification: Application to severe disability. *Disability and Rehabilitation, 26*, 182-188.
- Brahmbhatt, N., Murugan, R., & Milbrandt, E. B. (2010). Early mobilization improves functional outcomes in critically ill patients. *Critical Care, 14*, 321-323.
- Broyles, L. M., Tate, J. A., & Happ, M. B. (2012). Use of augmentative and alternative communication strategies by family members in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care, 21*(2), 21-32.
- Cameron, J. I., & Gignac, M. A. (2008). "Timing It Right": A conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Education and Counseling, 70*, 305-314.
- Canadian Association Occupational Therapy. (2011). *CAOT Position Statement: Occupational therapy and end-of-life care*. Retrieved from <http://www.Caot.ca/default.asp?pageid=1284>
- Centre for Addiction and Mental Health. (2004). *Putting family-centered care philosophy into practice*, pp. 1-17. Retrieved from [http://www.camh.ca/en/hospital/Documents/www.camh.net/Care\\_Treatment/Community\\_and\\_social\\_supports/Social\\_Support/FCCI/FCC\\_Better\\_Practices\\_PDF.pdf](http://www.camh.ca/en/hospital/Documents/www.camh.net/Care_Treatment/Community_and_social_supports/Social_Support/FCCI/FCC_Better_Practices_PDF.pdf)
- Cook, D. J., Meade, M. O., & Perry, A. G. (2001). Qualitative studies on the patient's experience of weaning from mechanical ventilation. *Chest, 120*, 469S-473S.
- DeGrace, B. W. (2003). Occupation-based and family-centered care: A challenge for current practice. *American Journal of Occupational Therapy, 57*, 347-350.
-

התערבות ריפוי בעיסוק במחלקת הנשמה ממושכת: דגש על גישת "המשפחה במרכז"

- 
- Dooley, N. R., & Hinojosa, J. (2004). Improving quality of life for persons with Alzheimer's disease and their family caregivers: Brief occupational therapy intervention. *American Journal of Occupational Therapy, 58*, 561-569.
- Graff, M. J. L., Vernooij-Dassen, M. J. M., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H. L., & OldeRikkert, M. G. M. (2007). Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: A randomized controlled trial. *Journal of Gerontology: Medical Sciences, 62*, 1002-1009.
- Hafsteindóttir, T. B. (1996). Patient's experiences of communication during the respiratory treatment period. *Intensive Critical Care Nurses, 12*(5), 261-271.
- Henneman, E. A., & Cardin, S., (2002). Family-centered critical care: A practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse, 22*(6), 12-19.
- Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life, 2002 Distinguished Scholar Lecture. *American Journal of Occupational Therapy, 56*, 640-649.
- Levine, C., Halper, D., Peist, A., & Gould, D. A. (2010). Bridging troubled waters: Family caregivers, transitions, and long-term care. *Health Affairs, 29*(1), 116-124.
- Make, B., Gilmartin, M., Brody, J. S., & Snider, G. L. (1984). Rehabilitation of ventilator-dependent subjects with lung diseases. The concept and initial experience. *Chest, 86*(3), 358-465.
- Mitnick, S., Leffler, C., & Hood, V. (2012). Family caregivers, patients and physicians: Ethical guidance to optimize relationships. *Journal of General Internal Medicine, 25*(3), 255-260.
- Pochard, F., Azoulay, E., Chevret, S., Lemaire, F., Hubert, P., Canoui, P., . . . & Schlemmer, B. (2001). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Critical Care Medicine, 29*, 1893-1897.
- Rogers, C. R. (1946). Significant aspects of client-centered therapy. *American Psychologist, 1*, 415-422.
- 

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט 2013, 22(3)

- 
- Rotondi, A. J. Chelluri, L., Sirio, C., Mendelsohn, A., Schulz, R., Belle, S., . . . & Pinsky, M. R. (2002). Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Critical Care Medical, 30*(4), 746-852.
- Samuelson, K. A., Lundberg D., & Fridlund, B. (2007). Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients. *Nurses Critical Care, 12*(2), 93-104.
- Siebes, R. C., Ketelaar, M., Wijnroks, L., van Schie, P. E., Nijhuis, B. J., Vermeer, A., & Gorter, J. W. (2006). Family-centered services in The Netherlands: Validating a self-report measure for pediatric service providers. *Clinical Rehabilitation, 20*(6), 502-512.
- Tsara, V., Serasli, E., Voutsas, V., Lazarides, V., & Christaki, P. (2006). Burden and coping strategies in families of patients under noninvasive home mechanical ventilation. *Respiration, 73*, 61-67.
- Üstün, T. B., Chatterji, S., Bickenbach, J., Kostanjsek, N., & Schneider, M. (2003). The International Classification of Functioning, Disability and Health: A new tool for understanding disability and health. *Disability and Rehabilitation, 25*, 565-571.
- Wasser, T., Pasquale, M. A., Matchett, S. C., Bryan, Y., & Pasquale, M. (2001). Establishing reliability and validity of the Critical Care Family Satisfaction Survey. *Critical Care Medicine, 29*, 192-196.
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. Geneva, Switzerland: Author.

התערבות ריפוי בעיסוק במחלקת הנשמה ממושכת: דגש על גישת "המשפחה במרכז"

נספח 1		
יישום ההתערבות בגישת המשפחה במרכז עם המטופל מ' ובתו		
מועד	תהליך ההתערבות	יישום התהליך עם מ' וביתו
במהלך השבוע הראשון	הערכה ראשונה ע"י מרפאה בעיסוק: אבחונים שיחה עם בן משפחה	התקיים מפגש עם מ' בחדרו ובוצעו אבחונים מוטוריים, קוגניטיביים ותפקודיים בנוכחות בתו ד'. לאחר מכן התקיימה שיחה עם ד' לקבלת מידע נוסף, פירוט שירות הריפוי בעיסוק ומתן לגיטימציה לבקשות מיוחדות. במפגש הושם דגש על זמינות השירות ועל רצון שלנו להתעדכן בכל שינוי קטן בו מבחינה ד' העשוי לקדם או לעכב את השגת מטרות הטיפול.
במהלך השבועיים הראשונים	<p><b>פגישת הדרכה למשפחה ביחד עם המטופל:</b></p> <p>ההדרכה מתקיימת ביוזמת המרפאה בעיסוק, מתואמת מראש ומתנהלת ע"י עידוד לפתרון בעיות באופן עצמאי.</p> <p><b>חשיבות השיטה:</b></p> <p>בן המשפחה זוכה לשליטה על הטיפול בבן משפחתו המונשם. מתן תחושת משמעות והגברת ערך העצמי של בן המשפחה.</p> <p><b>חלקי ההדרכה:</b></p> <p>ארגון סביבת החדר, חיפוש דרכי תקשורת, הסבר על אמצעים ושיטות לתרגול עצמאי, ביצוע תרגול ניסיון שבמהלכו ניתן משוב של המרפאה בעיסוק, העלאת תחושות ושאלות משך המפגש 30-45 דקות.</p>	<p>פגישת ההדרכה התקיימה בחדר המטופל בנוכחות הבת ד' לאחר שנקבע מועד. במסגרת המלצות לארגון הסביבה הומלץ להזיז את ארונית המטופל לצידו הימני להקלת הנגישות לחפציו האישיים, ניתנה הדרכה לאופן הזזת צינור המנשם כך שיקל על ד' להתקרב לאביה ללא חשש מניתוק המכונה. ניתן שולחן "אחות אילמת" להנחת לוח מחיק או אביזרי פעילות אחרים. בחלק ההדרכה לתקשורת מיטבית הוסבר על הצורך בשימוש במשפטים פשוטים וקצרים ושאלות של כן/לא אל מול פניו של מ'. לעת עתה לא היה אפשר להיעזר בתקשורת תומכת וחלופית. ההדרכה לתרגול מוטורי וקוגניטיבי כללה המלצה על אביזרים מוכרים כגון: תמונות משפחה לזיהוי, אביזרי ADL (מסרק, בקבוק, מכונת גילוח), אביזרים לתרגול מוטורי (כדור קוצים, כדור גומי בינוני, טרה-בנד), אביזרי חישה (שקיות ריח, פירות, מוסיקה מוכרת). בשיטת התרגול הושם דגש על הצורך בהתחלה בסדרה של פעולות שמטרתן <b>לעורר את תשומת ליבו של מ' למטלה, הוצאת ד' מסיבתו המצומצמת</b>. ע"י מתן הסברים וציון קשרים בין עצמים. בנוסף, <b>מתן משמעות</b> לכל סוג של פעילות בתפקוד היום-יומי ובפעילות הפנאי ע"י הטענת הגירוי במטען רגשי וערכי אשר מעודד השתתפות. דגש נוסף הושם על <b>עידוד תחושת מסוגלות</b> עם הסבר אשר מדרבן את היכולת להצליח ואת המוטיבציה הפנימית. לאחר תרגול אמצעי הטיפול ביחד עם ד' התקיימה שיחה שבמהלכה העלתה ד' רעיונות נוספים לפעילויות. ניתנה לגיטימציה לרעיונותיה יחד עם המלצות לביצוע מיטבי.</p>

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט 2013, 22(3)

<p>בישיבה השתתף הצוות המטפל הכולל: רופאה מומחית להנשמה כרונית, רופא המחלקה, אח אחראי, עובדת סוציאלית, מרפאה בעיסוק ופיזיותרפיסט. בני המשפחה המשתתפים היו בתו ד'. העדפנו שלא לשתף את מ' בישיבה עקב קושי בהבנת התכנים. כל בעל מקצוע מסר מידע רלוונטי. המרפאה בעיסוק חזרה על המידע שניתן ביום ההערכה וביקשה מידע נוסף: "האם שמת לב לשינויים בערנות בשעות מסוימות? לאילו גירויים מגיב יותר? האם מזהה בני משפחה אחרים?" באמצעות שאלות אלה אף ניתנת לגיטימציה למעורבות של ד' בטיפול באביה. בתום הישיבה ניתן דף מידע.</p>	<p>ישיבת צוות, משפחה ומטופל מתן דף מידע</p>	<p>במהלך 3 השבועות הראשונים</p>
<p>התקיים טיפול פרטני בריפוי בעיסוק פעמיים בשבוע במשך החודשיים הראשונים. הטיפולים התקיימו בנוכחות הבת שלא באופן שתוכנן מראש ובמהלכם העלתה ד' רעיונות ושאלות נוספות. סיפרה על הצלחות וכשלונות בהפקת תקשורת עם אביה. במהלך כל מפגש ניתן לד' יחס אישי המאפשר העלאת תחושות ובקשות.</p>	<p>טיפול פרטני לפי הצורך</p>	<p>במהלך החודשיים הראשונים</p>
<p>מפגשי המעקב כללו הערכה מוטורית, קוגניטיבית ותפקודית של המטופל. בנוסף כללו עדכונים של ד' את המרפאה בעיסוק לגבי שינויים שבהם הבחינה במצבו התקשורתי והתפקודי. לדוגמה: יכולת לפתור תרגילי חשבון, כתיבת מלים בודדות, זיהוי בן משפחה רחוק, מודעות רגעית למצבו, רצון לצפות בתכנית טלוויזיה מסוימת. בהתאם לשינויים בערנות ושיתוף הפעולה אשר דווחו לרוב ע"י הבת, בוצעו ניסיונות חוזרים להתאמת תקשורת. בכל מפגש מעקב עודדה המרפאה בעיסוק שאילת שאלות והעלאת תחושות ע"י ד'.</p>	<p>מעקב</p>	<p>מידי חודש או חודשיים לכל מטופלי המחלקה</p>