

רווחה במצבי חולי כרוני: מודל התערבות אינטגרטיבי – WCC

רנה פיגין, מרגלית דרורי, נחמה דורי, תמר קרוליק, ענת מילנר כהן.

מבוא

מאמר זה מציג מודל התערבות אינטגרטיבי שנלמד כיום בקורסים ובסדנאות להכשרת אנשי מקצוע בתחום הבריאות, במטרה להרחיב את יכולתם לתת מענים מתאימים לחולים במחלות כרוניות ובני משפחתם, במציאות הולכת ומשתנה במערכת הבריאות.

מחלה מהווה מאז ומתמיד חלק בלתי נפרד מהחיים והנה עובדה קיימת וכולטת בסיפורי-החיים האוניברסליים של האדם ומשפחתו. בעשורים האחרונים אנו עדים להתפתחויות מרחיקות לכת שחלו ועדיין חלות בעולם הרפואה הן בתחום הפיזי רפואי והן בהשלכות הפסיכוסוציאליות של חולי כרוני. ההתפתחות נעה בשני צירים מרכזיים. האחד התפתחות ביוטכנולוגית רפואית התורמת להארכת תוחלת החיים של האדם מיחד ולקצור ימי האשפוז מאידך. כתוצאה מכך, המחלות הקשות שבעבר הסתיימו ברוב המקרים במוות התחלפו כיום במחלות כרוניות, ולכן אנשים רבים יותר חיים כיום חיים ארוכים יותר בעיקר בביתם, עם מגבלות רפואיות רבות יותר ונתונים במצבי תלות באחרים לאורך שנים. הציר השני מתבטא במכוונות קהילתית לטיפול בחולים ובאנשים עם נכות, קרי, מתן שירותי עזר וטיפול ממושכים לאורך שנים במסגרת המשפחה והקהילה הנדרשים להתנהלות ארוכת טווח בהתמודדות עם המחלה. מגמות אלו מקטינות את מרחב התקשורת של הצוות המטפל עם החולה ובני משפחתו, מעמידות בפני המטפלים אתגרים חדשים לפיתוח מיומנויות טיפול במציאות משתנה. מכאן נדרשת לקיחת אחריות רבה יותר של הפרט ושל המשפחה המתפקדת כמערכת תמיכה ראשונית וכמטפלת עיקרית (caregiver) בתהליך ההבראה והשיקום של החולה (McDaniel 2014., Ruddy & McDaniel, 2013, נבון, פיגין, ודרורי 2001).

בעידן הנוכחי מחלות כרוניות מהוות את עיקר עומס התחלואה, התמודדות עם מוגבלויות, פגיעה באיכות החיים, ונטל כלכלי וחברתי על המשפחה ומערכת הבריאות. המחלות הכרוניות העיקריות והשכיחות ביותר כוללות מחלות ממאירות (סרטן), מחלות קרדיו-וסקולריות (מחלות לב ושבץ מוחי) אלו בשנת 2011 (משרד הבריאות 2015) גרמו לכ 42% מכלל הפטירות באותה שנה. מחלות כרוניות נוספות הנן מחלות נשימתיות, מחלות המתבטאות בניוון שרירים, סוכרת, פרקינסון, אלצהיימר, נפש ועוד, כמו גם נכויות למיניהן.

דו"ח שפורסם באקונומיסט ב 2014 מצביע על כך שבישראל כ-21% מכלל האוכלוסייה (כ 1.7 מילון אנשים) וכ-75% מאלה שמעל גיל 65 אובחנו כסובלים ממחלה כרונית כלשהי. למעשה כמעט כל אדם בישראל או קרוביו ייחשפו למחלה כרונית באיזשהו שלב בחייהם.

מחלה בכלל ובפרט מחלה/נכות כרונית מאובחנת כמקור ללחץ מתמשך לאורך זמן המערער חלקים רבים בחיי הפרט והמשפחה. היא מלווה בקשיים רבים ובעומס רגשי רב המתבטא בקשת תגובות רגשיות, פסיכולוגיות וחברתיות. המחלה חודרת אל תוך מערכות יחסים בינאישיים ומעוררת הרבה פעמים בלבול, תחושת חוסר אונים, ייאוש, אבוד שליטה, אי ודאות, פחד וחרדה תוך התייחסות אמיצה הרבה פעמים וחיפוש אחר תחושה של תקווה (McDaniel 2004., Rolland, 1994, 2015). הסתגלות למחלה אם כך היא רבת פנים ומורכבת ודורשת התמודדות עם שינויים רבים החלים במערכות החיים.

מכאן שההתמודדות עם המחלה וההסתגלות אליה מעוררת תהיות ושאלות רבות כשבמרכזן השאלה מה ניתן לעשות כאשר מופיעה המחלה/נכות בחיי הפרט/החולה והמשפחה על כל השלכותיה. איך ניתן להתנהל איתה ולנהל אותה במטרה לחזור לשגרה ולאיכות חיים מספקת ומשמעותית. במקביל צוות המטפלים פוגש מחלה כרונית לה צריך לתת מענה הולם במערכת בריאות מורכבת ומשתנה, הגורם לעיתים לצוות להישחק ולחוות מצבי תשישות, לחץ, תסכול וחוסר סיפוק בעבודה.

מנקודת מוצא זאת התחלנו צוות הכותבות יחד עם הקרן ע"ש רות ורובל (ראה נספח 1) לפתח מודל התערבות שיוכל לתת מענה לשאלות אלו, בעידן בו המחלות הכרוניות הפכו להיות יותר ויותר שכיחות ומטבען ארוכות טווח. הקרן כיום מתפקדת כעמותה ששמה לה לחזון לפתח רשת של אנשי מקצוע ושירותי תמיכה לחולים כרוניים ובני משפחתם בכל הארץ ובדגש על הפריפריה. בשלב זה המאמץ העיקרי לקידום החזון מושקע בהנחלת והפצת מודל ההתערבות האינטגרטיבי - (WCC Wellness in chronic illness - רווחה במצבי חולי כרוני) בקרב אנשי מקצוע בתחום הבריאות והשיקום.

הרקע התאורטי העומד בבסיס המודל האינטגרטיבי של WCC

המודלים התיאורטיים המהווים בסיס למודל המוצע במאמר זה פותחו על רקע הצרכים שהשתנו עם ההתפתחויות המהירות שחלו בעולם הרפואה וההשלכות הפסיכו סוציאליות על האדם ומשפחתו.

על מנת להתמודד עם האתגר העכשווי של פיתוח מיומנות להתנהלות עם מחלה כרונית לאורך זמן פיתחנו את מודל ה-WCC שהנו מודל אינטגרטיבי המורכב מ- שלוש גישות קיימות: הגישה הביופסיכוסוציאלית, עקרונות ה-wellness community והגישה האימונית. השילוב ביניהם למודל אינטגרטיבי מהווה את התרומה הייחודית להשגת התנהלות אפקטיבית עם המחלה והשפעותיה.

הגישה הביופסיכוסוציאלית

תחילת המעבר מהגישה הרפואית המסורתית שבה הרופא בעזרת הצוות הרפואי היה זה שניהל את הטיפול בחולים וההתייחסות למחלה היתה גריידיא כנובעת מגורמים ביוכימיים ופיסיולוגיים, חל כאשר ג'ורג' אנגל רופא פנימי בשנת 1977 הציג לראשונה את המודל הביופסיכוסוציאלי כחלופה למודל הביו-רפואי המסורתי שהיה קיים עד אז ועדיין מושרש במידה לא מעטה (Engel 1977, 1980). אנגל סבר שעל מנת להבריא יש לטפל באדם החולה ולא רק במחלה מתוך הסתכלות הוליסטית רחבה.

אי לכך הציע אנגל מסגרת תפיסתית ביופסיכוסוציאלית שלפיה תהליכים ביולוגיים, פסיכולוגיים וחברתיים משולבים זה בזה ומתרחשים בו זמנית. בתפיסתו נשען אנגל על תיאורית המערכות ומדגיש את יחסי הגומלין בין המערכות השונות- הביולוגית (פיזית), הפסיכולוגית (נפשית, רגשית) והחברתית- משפחתית. אנגל הדגיש את הצד האנושי של הרפואה ואת החשיבות הטמונה באופן שבו האדם חווה את המחלה, ומתמודד עימה (Engel, 1977, 1980).

בהמשך McDaniel ועמיתיה (1992,2013) הוסיפו לגישה הביופסיכוסוציאלית את המימד המשפחתי כמערכת בפני עצמה מתוך ההבנה שהמחלה פוקדת לא רק את האדם החולה אלא את המשפחה כולה, ובכך הו בסיס להתפתחות הטיפול הרפואי המשפחתי, המטרה על פי גישה זו הנה לתת מענה לדרישות הביופסיכוסוציאליות העומדות בפני המשפחה והפרט החולה כתוצאה מהמחלה לאורך מעגל החיים.

עקרונות ה- Wellness Community

מכאן אמצנו את הנחות היסוד שבבסיס תפיסתו של הרולד בנג'מין (1987) שבאו לידי ביטוי בעבודה הטיפולית ב-wellness community - מרכזי תמיכה לחולי סרטן ובני משפחה בארה"ב ובארץ. לטענתו של Benjamin (1987) בהתמודדות עם מחלה יש צורך להתגבר על שלושה גורמי לחץ. אבוד התקווה, אבוד השליטה, ותחושת הבדידות. לשם כך הגדירו הרולד ועמיתיו שלוש הנחות יסוד:

1. המאבק להחלמה (Fighting for recovery) מתוך ההנחה שהמאבק להחלמה של החולה/בני משפחה יחד עם ניסיונות הצוות הרפואי לרפא, מגביר את הסיכוי להחלים ו/או למקסם את איכות החיים.
2. לשם כך על החולה ובני המשפחה לקחת אחריות ולהיות אקטיביים ופעילים במאבק להחלמה (Patient Active).
3. השתייכות לסביבה תומכת רגשית ופרקטית, המהווה רשת תומכת (Extended Family).

עקרונות אלה הם תוצר של תפיסה ערכית ובאותה עת נשענים על נתונים מדעיים המצביעים על קשר בין עקרונות אלה להחלמה ו/שפור באיכות החיים (McDaniel et al, 2014., **Thibodeaux. K., &** **Golant. M. 2007** נבון ואחרים 2001)

הגישה האימונית

ניהול החיים בצל המחלה הכרונית דורש התמודדות מורכבת ודינמית. כדי להפוך את ההתמודדות ליישומית אימצנו את הגישה האימונית המדגישה שני עקרונות: האחד הסתכלות חיובית – מיקוד במרכיבים חיוביים בתמונת חיי החולה ומשפחתו. השני, ניהול עצמי אפקטיבי של המחלה תוך שימוש בכלים אימוניים.

עולם האימון האישי שואב את בסיסו הרעיוניים בין השאר מתחום הפסיכולוגיה החיובית (Positive Psychology) אשר גובשה לזרות מאוחדת של מחקרים, שיטות וכלים במהלך שנות ה-90 ובהובלתו של פרופ' מרטין זליגמן. אחת מהנחות היסוד של הפסיכולוגיה החיובית ומכאן גם באימון לוקחת בחשבון את מהלך החיים האנושי ככזה המורכב משלבים צפויים ומתוכננים ומסדרת אירועים בלתי מתוכננת המחייבת היערכות מחדשת של מהלכי החיים וניהול עצמי שונה (מחלה, מוות, גירושין, שינויים דרמטיים ועוד) (Seligman, 2004).

במישור שגרת החיים מזמין האימון את המתאמן לפגוש את עולם המימוש, הסיפוק והמשמעות, לבחון דרכים להטמיע אותם בחייו, לגבש יעדים רלוונטיים ולפעול למימושם (קובי 1996) במישור האירועים הבלתי צפויים – מזמין האימון את החולה ובני משפחתו להיערך מחדש לאור תמונת החיים שהשתנתה ולפעול למען ניהול עצמי אפקטיבי יותר באמצעות זיהוי החוזקות והיכולות, קביעת מטרות (קטנות כגדולות), גיבוש יעדים ופעולות עקביות למימושן.

הרעיון העמוק העומד בבסיסו של תהליך האימון אינו רק מימוש היעד האימוני אלא, ובעיקר - בנית "תרמיל" אישי (המושג יורחב בהמשך) שיאפשר למתאמן להמשיך ולהוביל את חייו, גם בתום התהליך, לכיוונים הרצויים לו (וותרת, קימסי, וסנדאל 2006).

עקרונות העבודה בעולם האמון הנם: קיום פער כואב בין המצוי לרצוי. התקדמות מתוך ה"יש". בנית סל חוזקות אקטיבי. שילוב מכוון בין תהליך פנימי ותהליך יישומי פרקטי ודגש על ניהול עצמי ועתיד.

יישום המודל כיום נעשה באמצעות הכשרת אנשי מקצוע מכל הארץ: עו"סים, אחיות, מאמנים ומקצועות הבריאות ממסגרות שונות בקהילה: בתי חולים, קופות חולים, דו"ר מוגן ושירותי רווחה.

מהו המודל האינטגרטיבי W.C.C.

המודל מתמקד בזיהוי המימדים החיוביים בחייו של החולה ומשפחתו: כוחות, חוזקות ומיומנויות וגיוסם לטובת התנהלות אפקטיבית יותר בחיים. המודל מאפשר התבוננות פנימה מחד גיסא, וקביעת יעדים ופעילות מכוונת להשגתם מאידך גיסא. ייחודיות המודל טמונה ביכולתו לספק לאיש המקצוע דרך מובנת, ברורה וידידותית, בד בבד עם יכולת לספק לחולה ומשפחתו כלים ואפשרויות לניהול עצמי. המודל ניתן ליישום ברמה פרטנית, משפחתית וקבוצתית. להחלמה ובסביבה התומכת.

במודל גלומים שלושה עולמות תוכן אשר נמצאו בספרות המקצועית (נבון, פייגין, ודרורי 2001) ובהתנסויות קליניות כמרכזיים בהתמודדות של החולה ומשפחתו עם מחלה כרונית.

1. תפיסת המחלה.

2. רשת משפחתית חברתית.

3. חזרה לשגרה.

תפיסת המחלה

מתמקדת: בתפיסת האדם את המחלה והטיפול בה- כיצד כל אחד מבני המשפחה מסביר את הסיבות למחלה, מבין את התנהלותה, את חלקו/ה בטיפול והצפי להבראה. ידע על המחלה והטיפול, וכן תיאום והסכמה על הידע בין החולה המשפחה והצוות המטפל.

ההתערבות מתחילה בהצטרפות לחולה ומשפחתו לבדיקת הידע על המחלה והטיפול: "מה ידוע לך על המחלה, עד כמה הטיפול ברור"? באיזו מידה יש בתרמיל האישי מידע על הטיפול והמחלה"? או, "איך נראה המגרש האישי והמשפחתי מאז גילוי המחלה ובהשוואה למגרש בעבר"?

מסגור הנאמר מאפשר לחולה ולמשפחה לבחון את הידע ובהירותו. ולבחון את תפיסת המחלה של החולה ובני המשפחה.

איש המקצוע יכול להשתמש בהצהרה כגון: "חשוב שתקבל מהצוות המטפל מידע ברור על מחלתך ודרכי הטיפול". האמירה אמורה לגייס את בני המשפחה לקחת אחריות לקבלת מידע ברור וישים כדי שיכולו לבצעו. סדרת שאלות הנוגעות לעולם הרגשי כמו: "איך אתה מרגיש האם אתה זקוק לאיזו עזרה?" "השאלות תפקידן לתת למטופל ולמשפחתו תחושה שמבינים ומתייחסים למקום הקשה בו הם נמצאים.

שאלות על תפיסת המחלה ידע ותיאום מאפשרות שיתוף פעולה המתקיים בין החולה המשפחה והצוות המטפל. פערים ואי הסכמות יוצרים תחושה של ריחוק, כעס, אשמה ובדידות.

רשת משפחתית - חברתית

המטרה להרחיב את מעגל בני המשפחה השותפים לטיפול בחולה ולגייס מבני המשפחה המורחבת ומהקהילה אנשים נוספים שייטלו חלק בעומס הרגשי והמעשי הכרוך בטיפול בחולה. התוכן מתמקד בהערכות בני המשפחה לאחריות ומחויבת על הטיפול במחלה

מסיבה זו התכנים שהמטפל מתמקד בהם נוגעים ברשת המשפחתית, חברתית וקהילתית, בדפוסים של בקשת עזרה וקבלתה כמו גם בדרך שבה החולה ובני משפחתו מנסים לאגור כוחות. ההנחה העומדת בבסיס ההתערבות היא – שהמטפלים הישירים נחשפים למטלות פיזיות ורגשיות שמחייבות מאמץ.

מאמץ מתמשך כזה מהווה כר נוח להתפתחותם של רגשות כעס, חוסר אונים ואובדן שליטה. הצהרה ושאלה הנוגעת לכוחות הפיזיים והנפשיים של המטפל, לדוגמא: "חשוב שהמטפל הישיר בחולה ימצא זמן לעצמו לאגירת כוחות, "איך אתם מתכננים....."

ההתנגדות לקבלת עזרה יכולה לבוא לידי ביטוי במשפטים דוגמת: "אשתי טיפלה בי כל חייה, כיום אני רוצה לטפל בה, לגבי הילדים יש להם את חייהם ואנחנו לא רוצים להיות להם לעול".

סדרת השאלות מתייחסת למיפויים של בני המשפחה, חברים, ושרותים קהילתיים. ויכולתם להושיט עזרה.

איש המקצוע מתחיל בהצהרה כללית הקובעת כי חשוב מאוד להרחיב את מעגל המטפלים בחולה. דוגמא לסדרת שאלות כזו: "למי מבני המשפחה קל יותר לפנות? האם יש לך ניסיון קודם בפניה לבני משפחה לקבלת עזרה? מי נמצא במגרש המשפחתי? איזה תפקיד יש לחברי המשפחה במגרש?"

שאלות נוספות עוסקות בהתנגדות, לדוגמא: "לעיתים לבקש עזרה כרוך באי נעימות, או לעיתים לבקש עזרה מעמיד אותנו במצב של נזקקות, מה יעזור לך לבקש עזרה?" הצהרה כללית נוספת: נתינת עזרה היא מהחוויות הרגשיות המשמעותיות בחיי משפחה.

מסגור התשובות, מאפשר לבני המשפחה לבחון את הנושא ממבט שונה כמו: נתינה כחוויה רגשית מתגמלת ולא רק כעול. והזדמנות לראות את מפת יחסי הנתינה והקבלה במשפחה.

מפה זו הינה תשתית לשינוי תפיסתו של החולה את הרשת בדרך שתרחיב את מעגל המטפלים.

חזרה לשגרה והטיפול במחלה

חזרה לשגרה משלבת את שני התכנים : תפיסת המחלה ורשת משפחתית-חברתית.

התוכן מתייחס לחזרה לשגרת חיי היום יום של המשפחה בד בבד עם שילוב הטיפול במחלה.

מטרת ההתערבות – היא לתכנן את תוכנית חזרה לשגרה והטיפול בדרך שתהיה מוסכמת על החולה ועל בני משפחתו. המטפל נדרש להתייחס ולבחון בהתערבותו

מהן המטלות העומדות בפני החולה והמשפחה ובאיזו מידה קיימת הסכמה בקרב בני המשפחה לגבי אופן ביצוען של מטלות אלה.

דוגמא : "מי מבני המשפחה יהיה מעורב בטיפול או באיזו מידה אתם מתכננים להתחלק עם בני משפחה נוספים באחריות לטיפול" ? או, "איך נראה המגרש המשפחתי כיום עם החזרה לשגרה"?

כיצד החולה ומשפחתו מתכננים להחזיר את תפקוד המשפחה לשגרה המשלבת פעילות חברתית ואיכות חיים משמעותית במקום שהחולה והמשפחה עשויים עדיין לחוות רגשות של חרדות, כעסים ואי ודאות לגבי חזרה לתפקוד סדרת השאלות לדוגמא: "איך תשלב פעילות תעסוקתית וחברתית במקום כה מורכב". או : "מתי לדעתך תוכל לחזור לפעילות, האם חשבת על חזרה לעבודה, לפעילות חברתית, משפחתית ? אלו קשיים אתה צופה בהחזרת השגרה לחיי היום יום של המשפחה ? עם איזה תרמיל אתה יוצא למסע" ?

טכניקות ההתערבות

מודל ההתערבות האינטגרטיבית מבוסס על שאלת שאלות, ומחייב את המטפל להיות אקטיבי וישיר בהתערבויותיו ולהתמקד במטרת ההתערבות .

ישנן מספר טכניקות התערבות שכיחות שבהן המטפל עושה שימוש במהלך ההתערבות. טכניקות אלה מטרתן להביא את המטופל להיות שותף באחריות לטיפול ולהחלמה, ולהניע את החולה או בן המשפחה לעבר שינוי. לשימוש בטכניקות אלה חשיבות מיוחדת כשמדובר בטיפול קצר מועד שמטרתו להביא לשינוי חיובי אצל החולה ומשפחתו בזמן קצר ולפעמים אף קצר מאד.

הצטרפות (Joining)

טכניקה מוכרת ובסיסית, שאלת שאלות המאפשרות הצטרפות למקום שבו נמצא המטופל ולעולם הרגשי אותו הוא חווה. לדוגמא: לפני שנתחיל "הייתי רוצה להכיר אותך" או, "בוא תכיר לי את בני משפחתך". "מה שלומך ואיך אתה מרגיש?" האם יש משהו שאני יכול לעזור לך?"

בכל נושא שהמטפל בודק את הנכונות לשינוי הוא משתמש בטכניקה של הצטרפות לדוגמא בנושא של תפיסת המחלה מה ידוע לך על הטיפול. בנושא של רשת תמיכה האם בני משפחה נוספים יהיו מעורבים בטיפול. בנושא של שגרה איך אתם נערכים להמשך הטיפול בבית.

מסגור

טכניקה זו מאפשרת איסופם של תכנים שהעלה המטופל ללא שינוי משמעותם. כדי לאפשר למטופל לשמוע את ניסוחיו ואת המשמעויות המיוחסות להם.

המסגור מאפשר למטופל לראות ביתר בהירות את היערכותו לשינוי הנדרש בעקבות המחלה. והמחויבות והאחריות הנדרשת ממנו כדי לבצע את השינוי.

דוגמא: "הייתי רוצה לבדוק אם הבנתי נכון? או מה שאמרת הוא ש..... אני מבינה ממך ש....."

מיקוד

הטכניקה מיועדת למקד את המטופל במטרת ההתערבות כאשר ישנה הצפה של ידע ונתונים או כשעולות מספר בעיות. הדרך למקד את המטופל בבעיה אחת היא להצטרף לכל בעיה שהוא יעלה, להתייחס בשפה רגשית ולהעביר את המטופל למטרת ההתערבות. דוגמא: "אני שומע שאתה עסוק ב..... : באיזו מידה אתה מרגיש שאתה יכול להתפנות למטרה לשמה נפגשנו? במידת הצורך נתייחס לקושי שהעלתה בהמשך."

One up position

טכניקה זו מיועדת להכנסת שינוי בטווח הקצר, או כאשר המטופל מבטא התנגדות לשינוי או לדמותו הסמכותית של המטפל. המטפל משתמש בטכניקה זו בשתי צורות:

1. המטפל מציע פתרון כדי להפחית התנגדות, הוא מציין שאת הפתרון למד ממטופלים רבים שהתמודדו עם אותה בעיה. דוגמא: "מהניסיון שלמדתי מחולים רבים ובני משפחתם חשוב שיהיה לך מידע ברור על המשך הטיפול בבית". או

ברשת משפחתית "מהניסיון שלמדתי מחולים רבים ובני משפחתם כאשר הצטרפו עוד בני משפחה לטיפול בחולה הורגשה הקלה בקרב בני המשפחה בשל הפחתת העומס "או " ... בני משפחה שפיזרו את הטיפול ביניהם הרגישו קרבה רבה יותר".

2. שימוש בסמכות המקצועית, מציג את עצמו כבעל הידע והמומחה בנושא ומציע פתרון כמו: "מטפל אחד אינו יכול לטפל לאורך זמן בחולה. המטפל מרגיש תשישות ועייפות ועל כן עליו לאגור כוחות ולהתחלק בנטל." השימוש בטכניקה זו נעשה במצבים שבהם המטפל מודע לסיכונים ולמחירים הנלווים למצב זה או אחר, בשעה שהמטופל עצמו אינו יודע אותם.

One down position

טכניקה זו משלימה את הטכניקה הקודמת (One up position) ומאפשרת בדיקת הפתרון שהוצע. מאפשרת למטופלים לבחון האם הפתרון המוצע מתאים למשפחתם.

בטכניקה זו המטפל שם את המטופל במעמד של מומחה לדוגמא: "אתה מכיר את משפחתך הכי טוב...ואני כאן לבדוק אתך האם הפתרון מתאים לכם?". השימוש בטכניקה זו יעשה במצבים שבהם המטפל מבקש לעודד שינוי ולהפחית התנגדויות.

מטפורת המגרש - כלי הלקוח מעולם האימון ומתייחס לתמונת המציאות של החולה כאל מגרש, בתוכו מתנהלים חייו (Kelley 2001). שגרת חייו המוכרת של האדם מייצרת מגרש מוכר בו השחקנים, התפקידים השונים, הציפיות, ההתקדמות – מוכרים וידועים. המחלה משנה את מגרש חייו של החולה ומייצרת מערך חדש, לא מוכר (לעתים זר ומפחיד) של תפקידים, אנשים, ציפיות וכו'. את המגרש מקיף יציע – ממנו אפשר להתבונן על החיים אך לא באמת להשפיע עליהם. המודל מזמין את החולה להכיר את המגרש החדש בו הוא פועל (על מרכיביו האנושיים והפונקציונאליים) ולהבין שאם ירצה להשפיע על ניהול המחלה וניהול חייו, יוכל לעשות זאת רק אם יישאר במגרש ולא יעלה ליציע לצפות מרחוק. באמצעות השאלות החולה מוזמן להבין מה משמעות המגרש החדש עבורו, מה המשמעות של היציע ומה יוכל להפוך אותו לשחקן במגרש חייו, גם בזמן המחלה. לדוגמא: "מה זה להיות במגרש עבורך? האם המגרש השתנה בעקבות המחלה? עד כמה את/ה מעורב/ת במה שקורה במגרש שלך?".

מטפורת התרמיל – מטפורה באמצעותה יכולים המטפל והחולה לעצור ולבדוק מה מצוי ברשותו של החולה ויכול לאפשר התמודדות טובה יותר. באמצעות המודל נתייחס קודם כל לחוזקות האישיות, לדפוסי חשיבה מקדמים, להרגלים חיוביים, לקהילה תומכת ולכל מה שעובד ומקדם את החולה. אך לא פחות חשוב – יש לבדוק מה נכון להוציא ממנו בשלב הזה גם מה חסר וחשוב להכניס לתרמיל כדי שישמש את החולה ואת משפחתו המתמודדים עם שלבים שונים של המחלה. שאלות לדוגמא: "מה כולל התרמיל שלך?(דפוסים, הרגלים, חוזקות, ידע ועוד...) מה היית רוצה לשמור / להוציא/להוסיף לתרמיל?".

מדיניות הדלת הפתוחה

טכניקה זו מיועדת להפחית את מצבי האי וודאות בסיום מתן המידע, הניתן לחולה ולמשפחתו בשלבים השונים של המחלה. המטפל מציין – "מניסיוני מטופלים רבים בזמן קבלת מידע על המחלה ו/או הדרכה אינם שואלים שאלות, מתוך תחושה של הצפה ובלבול. רק מאוחר יותר הם פוגשים את האי בהירות ואת התחושה שלא הבינו כראוי את המידע שניתן. לכן המטפל מוסיף על הצהרה כללית זו – אמירה: "באם תעוררנה שאלות אני לרשותך".

הערכה

את תוכנית ההכשרה וביצועה מלווה מחקר הערכה שמטרתו

1. להעריך את שביעות רצון הבוגרים מהתוכנית במימדים כמו, מבנה, צוות, תכנים ותנאים.

2. להעריך את מידת יישומיות הכלים שנלמדו.

3. להעריך את מידת השימוש שעושות הבוגרות בכלים ובתכנים

שנלמדו.

4. לשקף את תגובות הבוגרות, הצעות לשיפור, צרכים נוספים וכיו"ב.

עם סיום שלושה קורסים **קוימה** נקודת בדיקה ראשונה, המהו גם מבחן פיילוט עבור מבנה וביצוע מחקר הערכה. כמו כן מן הראוי לציין כי התוכנית היא "בבניה והתפתחות", נעשו שינויים מקורס לקורס, בעיקרם על בסיס ההיזון החוזר שהביעו המשתתפות.

המבדק התבסס על שיטת מחקר איכותנית שכללה, ראיונות עומק עם 20 בוגרות ושיטה כמותית בתשובות לשאלון שהועבר ל30 בוגרות הקורסים בעת ביצוע הבדיקה. מעל מחצית המשתתפות היו עובדות סוציאליות כרבע אחיות

ורבע מאמנות בשיטות שונות. רצון להרחבת הידע ומגוון הכלים להתערבות טיפולית, היו הסיבות העיקריות שהוזכרו כסיבות להצטרפות לקורס.

ארבעים ושניים אחוז מהמשיבות טיפלו ביותר מ-15 חולים כרוניים בשבוע. רוב המשתתפות הצביעו על עלייה במספר החולים הכרוניים במסגרות הטיפול, בעיקר על רקע של עליה בתוחלת החיים וטכנולוגיות מאריכות חיים. הדוח על תוצאות מחקר הפיילוט מתבסס בעיקרו על תשובות המשתתפות לשאלון הכמותי בהתאמה למטרות המחקר.

מהתשובות עולה שביעות רצון גבוהה עד גבוהה מאוד של הבוגרות מהתכנית. היא נתפסה כמרתקת, ברמה מקצועית גבוהה, חיונית, מעשירה, מחדשת וכזו שענתה על הציפיות המוקדמות. כמו כן המליצו המשתתפות, שכל בעל מקצוע טיפולי שעובד עם חולים כרוניים יעבור את הקורס. בהתייחס למידת יישומיות החומר הנלמד ציינו המשיבות על מידת יישומיות פוטנציאלית גבוהה. בנוסף דווחו המשתתפות שמודל ההתערבות שהציעה התוכנית הוא חדשני ויאפשר להן לבנות מערך אפקטיבי יותר להיענות לצרכי המטופלים ובני משפחתם. ואכן דיווחו על רמה גבוהה של שימוש בכלים שרכשו במסגרת הקורס.

בוגרות הקורס העידו גם על השימוש שהן עושות בחומרי הקורס במבט חדש על עצמן, ועל דרך ההתנהלות שלהן מול המטופלים, לדוגמא "למדתי להתמקד ביש בקיים בעוצמות... לשאול יותר שאלות במקום לרצות לתת תשובות". אני מיישמת חלק מהנלמד, בשיחות עם חברי צוות נוספים " במטרה לקדם טיפול פרטני או קבוצתי. ניתן לציין שכ-80% מהבוגרות הביעו רצון להמשיך תוכנית הקורס, בעיקר על הגדלת מספר ההזדמנויות לסימולציות ותרגול תוך קבלת ליווי ומשוב על התערבויות שעשו/ עושות עם מטופלים ובני משפחתם.

בין "הדברים" שהן לקחו מהתוכנית, ציינו במיוחד את למוד הדרך לארגון והבניית ההתערבויות שלהן. משתתפת אחת כתבה "אני עובדת סוציאלית כבר הרבה שנים ועברתי מספר לא מועט של קורסים ולימודי המשך בהם נלמדו התיאוריות השונות של טיפול בחולי כרוני, אך הלימודים בקורס הזה הובילו אותי ליכולת יצירת מסגרת ממוקדת, יעילה, מתוכננת עם מטרות יחסית ברורות להתקשרות עם המטופלים".

ביחס לכמות ואופי הסימולציות היו חילוקי דעות בין אלו שרצו יותר זמן מוקדש לסימולציות ולהתנסות אישית בהן, לעומת אלו שרצו יותר תיאוריה כוללת תיאוריות עליהן מבוססים הכלים להתערבות.

דעות שונות היו גם בשאלה של הטרונגניות הקבוצה כאשר רוב המרואיינות ראו בהטרונגניות יתרון. לשאלה בנושא השיבה אחת המשתתפות " מבחינתי היה לי טוב לפגוש משתתפים ממקצועות אחרים "

היה אפקטיבי לראות שכל אחד רואה ומביא למפגש , נקודות הסתכלות שונות " פתח את עיני לגבי מקצועות אחרים ועזר לי לגשר בתוך מקום העבודה שלי עם עמיתים ממקצועות שונים".

סיכום

המאמר מציג מודל התערבות חדשני לטיפול בחולים כרוניים ובני משפחתם שצמח והתפתח בעקבות מספר הנחות: ההתפתחויות בעולם הרפואה תורמת יותר ויותר להארכת תוחלת החיים של האדם ועימה לגידול משמעותי במספרם של החולים הכרוניים. מציאות שבה המטפלים המקצועיים מתמודדים עם ריבוי של חולים כרוניים, קצור ימי האשפוז והעברת המשך הטיפול לקהילה באחריות מירבית של המשפחה. מציאות המצמצמת את מרחב התקשורת של הצוות הרפואי-טיפולי עם החולה ובני משפחתו, וגורמת לעומס, שחיקה ומתח בקרב הגורמים המטפלים.

על בסיס הנחות אלה, המודל מציג פרדיגמה חדשה לטיפול בחולים כרוניים, כשמאפייניה כוללים גישה דיאלוגית עם המטופלים המבוססת על שאלת שאלות, שמה דגש על כוחות ועוצמות הקיימים אצל המטופלים, ומשלבת ומשתפת בני משפחה בתהליך ההתמודדות עם המחלה. המודל בנוי על שאלת שאלות שתכליתם לקדם את המטופל לעבר פתרון מוגדר וברור של בעיותיו, ומתייחס לשלושה עולמות תוכן עיקריים: תפיסת המחלה על ידי החולה והמשפחה, דרכים להיעזר ברשת משפחתית קהילתית וחזרה לחיי שגרה, בד בבד עם הטיפול במחלה. מודגש המיקוד במטרות ברורות המערב בתוכו ידע, מידע, תגובות רגשיות והתנהגויות. כל אלה מעצבים יחדו את דפוסי החשיבה וההתנהגות הכרוכים בתפיסת המחלה, ביכולת לגייס רשת משפחתית קהילתית וחזרה לשגרת חיים.

בנוסף למדנו כי הגישה הטיפולית אותה מיצג המודל הינה גישה לא קטגורית המאפשרת בנית תכנית התערבות עבור מטופלים עם אבחנות שונות, בנקודות שונות על רצף המחלה והטיפול בה, ובגילאים שונים.

רשימת מקורות

משרד הבריאות על מחלות כרוניות וגורמי סיכון (2015 מאי).

http://www.health.gov.il/UnitsOffice/ICDC/Chronic_Diseases/Pages/default.aspx

ויתורר'ל, ל., קימסי-האוס, סנדאהל. פ. (2006) אימון קו-אקטיבי: כישורים חדשים לאימון אנשים להצלחה בעבודה ובחיים. מוציאים לאור בע"מ דניאלה די-נור.

נבון.ש., פייגין.ר. דרורי.מ. (2001) סלילת דרך התמודדות משפחתית עם מחלה ונכות: מודלים טיפוליים. הוצאת רמות-אוניברסיטת תל-אביב.

סטיבן קובי (1996) שבעת ההרגלים של אנשים אפקטיביים במיוחד, הוצאת "אור-עם".

Benjamin. H.H. (1987) *The wellness community guide to fighting for recovery from cancer*. New York: Penguin putnum

Engel, G.L. (1977) The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 1129-136.

Engel,G.L. (1980) The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544

Kelley S., (2001) *The Game*, Jodere Group Inc.

McDaniel,S.H., Hepworth. J., & Doherty. W.J (1992) *Medical Family Therapy: A Biopsychosocial Approach To Families with Health Problems*. Basic Books

McDaniel. S.H. , Campbell. T. L. Hepworth.J. Lorenz.A Satcher.D (2004). *Family-Oriented Primary Care* (Second Edition). Springer.

McDaniel. S,H;. Doherty. W. J. & Hepworth.J (2013) *Medical Family Therapy and Integrated Care* . American Psychological Association. Washington.DC.

McDaniel, S. H.; deGruy III Frank V (2014). An introduction to primary care and psychology. *American Psychologist*, 69(4), 325-331.<http://dx.doi.org/10.1037/a0036222>

Rolland. J.S. (1994) *Families, illness & disability – An integrative treatment model*. New York: Basic Books.

Rolland, J.S. (2015) Advancing family involvement in collaborative health care: Next steps.*Families, Systems, & Health*, 33(2), 104-107.

Ruddy, N. B; **McDaniel, S. H** (2013). Medical family therapy in the age of health care reform. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 2(3), Sep 179-191. <http://dx.doi.org/10.1037/cfp0000010>

Seligman M.,(2002) *Authentic Happiness*, Simon & Shuster

Thibodeaux. K., & Golant. M. (2007) *The total cancer wellness guide: reclaiming your life after diagnosis*. Benbellabooks, Inc. Dallas, Texas.

נספח מספר 1

הקרן ע"ש רות ורובל

הקרן ע"ש רות ורובל הנה עמותה רשומה שהוקמה על ידי משפחות שניידר ורובל ושלגי בשנת 2013. העמותה באה לענות על הצורך לצמצם את הפער בין רמת השירותים הרפואיים האיכותיים בישראל, לבין המחסור במענים חברתיים ורגשיים מתאימים לחולים כרוניים ובני משפחתם.

מטרת העמותה: **סיוע ותמיכה לחולים כרוניים בישראל, לבני משפחתם ולקהילה המקיפה אותם. קידום תכניות בתחום הבריאות, ורווחה לחולים כרוניים ולבני משפחתם.**

1.2 אודות העמותה

המאמץ העיקרי לקידום החזון של העמותה מושקע כיום בהפצת מודל אינטגרטיבי בשם (Wellness in Chronic Care) WCC שפותח על ידי צוות הכותבות חמש נשות מקצוע מובילות בתחומן. צוות זה אחראי כיום על הנחלתו של המודל והפצתו.

בטווח הארוך יותר בכוונתנו להוביל מהלך להכרה ממלכתית במימוש החזון ברמה הלאומית כולל הכנסת שירותי תמיכה אוניברסאלית במענים החברתיים והרגשיים על ידי המערכות המתוקצבות על ידי המדינה.

הפרויקט כולל שני כיוונים עקריים:

- א. **קורס הכשרה** עפ"י המודל W.C.C - Wellness in Chronic Care רווחה במצבי חולי כרוני. הקורס מכשיר אנשי מקצוע לשימוש במודל ה WCC לרווחה במצבי חולי.
 - ב. **פריסה של קבוצות ומיזמי פיילוט מקומיים** למגוון ישובים. בשיתוף עם גורמים בקהילה.
- הפרויקט מלווה במחקר הערכה שיהווה נקודת מוצא לרתימת הגורמים הממשלתיים לפיתוח קבע של שירותי תמיכה בחולים כרוניים עם דגש על הפריפריה

על הכותבות

מרגלית דרורי (M.S.W) – מנהלת התחום המקצועי של הקרן על שם רות ורובל, מנהלת הפרויקט. מורה בביה"ס למקצועות הבריאות באוניברסיטת תל אביב.

נחמה דורי (M.S.W) – סגנית מנהלת הפרויקט, מדריכה ביחידה להנחיית קבוצות באוניברסיטת תל אביב. מרצה בגומא-המרכז הישראלי לאימון וגישה.

דר' רנה פיגין – צוות בכיר בקרן ע"ש רות ורובל, מרצה בכירה בביה"ס לעבודה סוציאלית באוניברסיטת תל אביב.

פרופ' תמר קרוליק – צוות בכיר בקרן ע"ש רות ורובל, פרופסור אמריטוס, החוג לסייעוד, אוניברסיטת תל אביב.

ענת מילנר כהן (M.A, M.C.I.L) – צוות בכיר בקרן ע"ש רות ורובל. יועצת אקדמית בכירה בגומא-המרכז הישראלי לאימון וגישה. מרצה באוניברסיטת תל אביב במנהל עסקים.