
תפקיד הריפוי בעיסוק בהתערבות בתגובת קרב

ביחידה צבאית

שחר גינדי, גיורא גלילי, שירלי אדיר-פאביס, אופיר מגן, שני ולוביק-שושן

שחר גינדי, PhD, המכללה האקדמית בית ברל. shaharg@beitberl.ac.il
גיורא גלילי, PhD, מרכז המחקר ע"ש אמילי סגול, אוניברסיטת חיפה. galilig@biu.ac.il
שירלי אדיר-פאביס, BOT, המרכז לבריאות הנפש "שלוותה". shirlyad@clalit.org.il
אופיר מגן, MA, MHA, צבא הגנה לישראל. ofirmagen55@bezeqint.net
שני ולוביק-שושן, BOT, המרכז לבריאות הנפש "שלוותה". shamivo@clalit.org.il

תודות

תודה מיוחדת ל"ר ישראל קריגר, סגן מנהל בית חולים "שלוותה" ומפקד מלת"ק מרכז, סא"ל במיל' על היוזמה, החזון והרעיון. על כך שפתח את הדלת לכתיבת מאמר זה ולגיוס מרפאות בעיסוק לשירות מילואים ביחידת המלת"ק.

תכתובת תתבצע מול שחר גינדי - shaharg@beitberl.ac.il

מילות מפתח: PTSD, תגובת קרב, תפקוד, עבודה רב מקצועית, ריפוי בעיסוק, MOHO

תקציר

תגובת קרב היא תסמונת בעלת ביטויים קליניים מגוונים הכוללים שינוי בהתנהגותו ובתגובותיו הרגשיות והפיזיולוגיות של החייל, הימנעות וירידה בתפקודו האישי והצבאי. המטרה לטווח קצר בטיפול בתגובת קרב היא חזרה מהירה של חיילים לתפקוד ולטווח הארוך מניעת פגיעה ברווחת החייל והתפתחות PTSD. מחקרים שקדמו למחקר זה הראו שהצלחה במטרות לטווח קצר מביאה להצלחה במטרות לטווח ארוך ולהפך. טיפול מיטבי מצריך מטפלים המיומנים בחיזוק הזהות העצמית והתפקודית של הפרט וש מעורבותם לא תגרום לתיוג פסיכיאטרי. ריפוי בעיסוק, הממוקד בתפקוד תקין, השתתפות בעיסוקים, פיתוח ושימור יכולות ומיומנויות, הולם צורך זה. במאמר זה מוצג מודל לטיפול בתגובות קרב המשלב ריפוי בעיסוק במערך השדה. המודל המוצע מציב שתי מטרות טיפוליות עיקריות: מניעת התקבעות החייל בתפקיד החולה וחזרתו המהירה לתפקוד בין-אישי יעיל והסתגלותי. על בסיס "מודל העיסוק האנושי" של קילהופר, אנו מציעים התערבות ייחודית למקצוע הריפוי בעיסוק שמטרתו קידום תפקוד מקצועי, הסתגלותי ויעיל באמצעות מטלות התומכות בזהות הצבאית, מעצימות תפקודים שמורים ומגבירות את תחושת הקומפוטנטיות. מודל זה הולם את אופן העבודה של חילות הרפואה של ישראל ושל ארה"ב, הרואים חשיבות בשמירה על סביבה טיפולית בתוך המסגרת צבאית. יישום המודל המפורט במאמר זה, מתמקד בהיבטים רב מערכתיים לצד יישום ממוקד לקוח. היישום כולל שילוב מרפאות בעיסוק בעבודה רב-מערכתית הממוקדת בחזרה ליכולות תפקודיות ותפקידים מזוהים, המתבטאות

בשיפור ושימור מיומנויות ביצוע מוטוריות, תהליך ותקשורת-בין-אישיות, לצד שמירה על דפוס ביצוע (הרגלים ושגרות) מקדמי השתתפות בתוך הקשר של סביבה צבאית.

קקסטורופאלי או כמאיים באופן חריג, העלול לגרום למצוקה ניכרת כמעט לכל אדם.

אנו מציעים מודל לשילוב ריפוי בעיסוק בהתערבות בתגובות קרב ביחידה עורפית. שני דגשים עיקריים מנחים את עבודת המודל: בהיבט התפקודי, מטרת ההתערבות היא רכישת התנהגות מסתגלת וחזרה מהירה לתפקוד תקין. בהיבט המניעת, נעשה ניסיון למנוע את הזדהות החייל עם תפקיד החולה, הזדהות שעלולה להיות שלב ראשון במסלול לעבר PTSD. המודל מבוסס על "מודל העיסוק האנושי" של קילהופנר (Kielhofner, 2008) המציע התערבות ייחודית שמטרתה שיפור תפקוד מקצועי על ידי משימות המחזקות את זהותו הצבאית של החייל. המודל מדגיש תפקוד הסתגלותי בין-אישי בהקשר הצבאי ותחושת מסוגלות של החייל. מודל ההתערבות המוצע שואב מכמה מקורות תיאורטיים וגם משיטות עבודה קיימות. חילות הרפואה של ישראל ושל ארה"ב אימצו שיטות עבודה שעומדות בקנה אחד עם המודל המוצע במאמר זה וכמו כן המודל ממשיך ומפתח את עבודתו של Gerardi (1996; 1999). במאמר יפורטו סוגי ההפרעות הפוסט-טראומטיות השונות, הטיפול העורפי בצבא בקרב נפגעי תגובות קרב והאופן שבו ריפוי בעיסוק משתלב במערך הטיפול בנפגעי הטראומה. היישום הפרקטי של המודל המפורט במאמר זה, מתמקד בהיבטים רב מערכתיים לצד יישום ממוקד לקוח ומבוסס על מושגים ותיאוריות ממודל העיסוק האנושי.

סיווג הפרעות פוסט טראומטיות

תגובות לאירוע טראומטי מתחלקות ב-ICD-10/WHO (2010) לשלוש: תגובת דחק חריפה/

"כשהופקדתי על אגף השיקום של בית חולים פסיכיאטרי צבאי... תחת קורת גג אחת התקבצו כ-300-400 אנשים, שכבר ביחידותיהם נהנו מהערך הטיפולי הטמון במשמעת צבאית, באוכל טוב ובטיפול רפואי סביר... וכשהם מגיעים לאגף השיקום, אפילו הגבלה קלה, כגון איסור לרדת ממיטותיהם, כבר לא חלה עליהם. התברר לי, כי מה שנדרש הוא משמעת מהסוג שמקיימים קצינים מנוסים" (וילפריד ביון, 1992, עמ' 14).

מבוא

המושג טראומה משמעותו ביונית "פצע". בשפה הפסיכיאטרית בת ימינו, המונח "טראומה נפשית" מתייחס למאורע המעורר זעזוע נפשי, ומתפרש כמסכן את בטחונו, את מעמדו או את שלמותו של הפרט. כך, לדוגמה, בגרסה החמישית של המדריך לאבחון וסטטיסטיקה של הפרעות נפשיות, האירוע הטראומטי מוגדר כאיום או חוויה ממשית של מוות, פציעה קשה או אונס (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5th ed. [DSM-5]; American Psychiatric Association [APA], 2013). עומר ואלון (1994) הוסיפו את התובנה החשובה שמעבר למידת האיום באירוע הטראומטי, האירוע מחלק את חייו של הנפגע לחיים שלפני הטראומה ולחיים שלאחריה, מערער את שיווי המשקל הנפשי ומלווה בהתפתחות מערכי תסמינים המשתנים מאדם לאדם בצורתם ובעצמתם. באופן דומה, ספר הסיווג והאבחון הפסיכיאטרי הבין-לאומי World Health Organization [WHO], ICD-10 (2010) מתייחס לטבע האירוע הטראומטי

היבט נוסף בסיווג תגובות הדחק נוגע לאופיו של האירוע הטראומטי, ובמהלך השנים התפתחו תחומי מומחיות לתגובות לאירועי אונס, תאונות דרכים, שרפות ועוד (Wilson, Smith, & Johnson, 2013). בעבודה זו נתמקד בתגובות למצבי קרב כשכיום נעשה לרוב שימוש במונח תגובת קרב (Combat Stress Reaction; Solomon, Oppenheimer, & Noy, 1986). תגובת הקרב (או בשמה הנוסף תשישות קרב, Combat Fatigue) היא תסמונת בעלת ביטויים קליניים רבים ומגוונים שהמשותף להם הוא שינוי בהתנהגותו של החייל וירידה בתפקודו האישי והצבאי. כשהחייל חווה אירוע מלחמתי הנתפס על ידו כאיום על קיומו, הוא עלול לפתח תסמינים גופניים, נפשיים ובין-אישיים. מנקודת מבט תפקודית, לתסמונת השלכות קשות הגורמות למוגבלות ולתהליך של גרימת נכות.

בתחום הגופני, הפגיעה יכולה להתבטא בתשישות, בפסיביות מוטורית ובשינויים בחישה ובתפיסה. בתחום הנפשי, עלולה להיות פגיעה במנעד, בעוצמה ובאיכות של הרגש. בין השאר, אפשר להבחין בהפרעות קוגניטיביות דוגמת הפרעות בזיכרון, הפרעות בקשב, הפרעות בלמידה, הפרעות בעיבוד המידע, הפרעות ברציה (volition) כמו הסתגרות חברתית, ליקוי ביזימה, היעדר עניין והיעדר ציפיות לעתיד. כמו כן, אפשר לראות הפרעות תפקודיות נוספות כגון קשיים בתפקודי יום-יום עד הזנחה פיזית, קשיים בעבודה, בלימודים ובפנאי (הדס לידור, בוני ורווה-שונוולד, 2002). אליצור ואחרים (2010) ציינו שחייל המצוי בקרב שרוי בקונפליקט מתמיד בין שני כוחות מנוגדים. מצד אחד פועלים כוחות הדוחפים אותו להילחם, הכוללים למשל את מחויבותו לחבריו ליחידה, גאוות היחידה שלו, זהותו כחייל ומשמעותה בחברה שאליה הוא שייך,

אקוטית (ASR - Acute Stress Response), הפרעת דחק חריפה/אקוטית (Acute Stress Disorder - ASD) והפרעת דחק פוסט טראומטית (Post-Traumatic Stress Disorder - PTSD). שלושת המצבים חולקים מהלך קליני התחלתי דומה. התסמינים המשותפים כוללים מצב רוח דכאוני, חרדות, דאגנות יתר, קשיים בתפקוד היום-יומי והבין-אישי ובמקרים מסוימים מצב של הלם, צמצום שדה התודעה, הפרעות בקשב, בלבול, אי שקט פסיכומטורי ולעיתים רחוקות דיסוציאציה, אמנזיה, תגובות קונברסיביות (פגיעה פסיכוסומטית במערכת העצבים) והתקפי פאניקה. ההגדרות השונות מתייחסות לרצף של זמנים, כשתגובת הדחק האקוטית מתייחסת ל-48 השעות הראשונות לאחר האירוע, ואילו הפרעת הדחק האקוטית מתייחסת לטווח הזמן שבין יומיים ועד חודש לאחר הטראומה.

הפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD) מאובחנת כשהתסמינים נמשכים יותר מחודש. יש חוקרים הטוענים כי לא כל אדם המציג תמונה קלינית של PTSD עובר דרך כל שלבים אלו ובמקרים מסוימים אפשר לראות תגובה פוסט טראומטית נדחית: הפרט מצליח לכאורה להתגבר על הטראומה, אולם כעבור שבועות, חודשים או שנים מתפרצים תסמינים של הפרעת דחק פוסט טראומטית (אליצור, טיאנו, מוניץ ונוימן, 2010; Andrews, Brewin, Philpott, & Stewart, 2007; Solomon & Mikulincer, 2006). סיווג ה-PTSD ב-DSM-5 (APA, 2013) הועבר מן הקטגוריה של הפרעות חרדה אל קטגוריה חדשה הקרויה הפרעות הקשורות בטראומה ובגורמי דחק (Trauma and stressor related disorders). יצוין כי הדיונים על ניסוח ה-DSM-5 כללו הצעה להגדיר PTSD שלאחר קרב כפגיעה ולא כהפרעה, אבל הצעה זו נדחתה.

קמ"ץ בעברית (קרבה, מידידות וציפייה) ובראשי התיבות PIE באנגלית (Proximity, Immediacy & Expectancy; Everly & Lating, 2013; Steenkamp & Litz, 2013). מחקרים הראו באופן עקבי שחיילים שטופלו על פי עקרונות אלו החלימו במהירות רבה יותר ומהר יותר מאשר חיילים שפנו לעורף (Potter, Baker, Sanders, & Peterson, 2009). ממצאים אלו היו עקביים במחקר של זהבה סולומון ועמיתיה במלחמת לבנון (1982) כפי שנמצא גם במחקרים על הטיפול במלחמת העולם השנייה ובמלחמות קוריאה וויטנאם (Salomon & Benbenishty, 1986). כך לדוגמה, ב-1982, 90% מן החיילים שטופלו בקרבת החזית חזרו ליחידותיהם, בדרך כלל בתוך 72 שעות; ולעומת זאת, רק 40% מן החיילים שטופלו רחוק מקו החזית חזרו ליחידותיהם.

המסר של **ציפייה** הוא אחד החשובים בהקשר למאמרו. סלמון טען שיש להעביר לחייל את המסר שאחרי שימלא את צרכיו הבסיסיים (אוכל, שתייה, חום גוף, מנוחה וכדומה) הוא צפוי לחזור לחזית (Salmon & Fenton, 1929). בספרות הקלינית והמחקרית מדובר על מסר עקבי, המועבר על ידי כל הגורמים הקשורים לחייל: מפקדים, חובשים, חברים ליחידה וכמובן צוות בריאות הנפש. המסר הוא שמדובר במשבר זמני, תגובה טבעית למצב לא נורמלי שתחלוף בתוך זמן קצר ובקרוב יוכל לחזור ליחידתו. נגזרת חשובה של עקרון הציפייה היא חיזוק זהותם של החיילים כחיילים. במדריך האמריקאי, לדוגמה, נאמר ש"על המפקדים לשקול, כחלופה, במקום הפרדה מלאה של החייל מנשקו, נטרול מערכת הנשק. הדבר יאפשר הישארותה של מערכת הנשק בלי לגרום לאיבוד זהותו כחייל" (United States Army, 2009, עמ' 3-11).

מידת הזדהות עם המדינה ומטרות המלחמה. מצד אחר פועלים דחפים לברוח מן הסכנה ונרטיבים חלופיים שבהם הנאמנות הראשונה אינה לחבריו לנשק או לצבא אלא למשפחה או לגורם לא צבאי אחר. בטיפול בחייל חשוב שתהיה התייחסות לכוחות מנוגדים אלו (אליצור ואחרים, 2010).

גישות לטיפול בתגובת קרב

הגישות המרכזיות להתערבות במקרים של תגובות קרב שמות דגש על ה"כאן והעכשיו" בשיטות קונגיטיביות והתנהגויות ממוקדות תפקוד והסתגלות (Rose, Aiken, & McColl, 2014). המטרה המיידית בטיפול בנפגעי תגובות קרב היא לקדם חזרה מהירה של חיילים לתפקוד וכשזו מתקיימת, נראות תוצאות חיוביות ארוכות טווח הן לפרט והן למערכת. מחקרים מוקדמים הראו שכשחיילים תשושי קרב נוהלו כחיילים הזקוקים למנוחה, תוך חיזוק תחושת הנורמליות ושיקום הביטחון העצמי, מרביתם הצליחו לחזור לתפקידם הצבאי הקודם. יתרה מכך, נראה כי חיילים אלו המשיכו לתפקד היטב גם שנים לאחר האירוע (ביון, 1992; Mareth & Brooker, 1985; Solomon & Benbenishty, 1986). מנגד, כשחיילים תשושי קרב קיבלו יחס של חולים וראו בהם מטופלים פסיכיאטריים, שיעור החזרה לתפקוד ולשירות היה נמוך מאוד והתוצאות ארוכות-הטווח לפרט היו שליליות (Mareth & Brooker, 1985).

עקרונות היסוד בטיפול בתגובות קרב בחזית נוסחו על ידי תומס סלמון (Salmon), הפסיכיאטר הראשי של צבא ארה"ב במלחמת העולם הראשונה. סלמון גרס שעל הטיפול להיעשות בקרוב ככל האפשר לקו החזית (קרבה), סמוך ככל האפשר לזמן האירוע (מידידות) ולשדר ציפייה של חזרה מהירה ככל האפשר לתפקוד צבאי. עקרונות אלו ידועים בראשי התיבות

ממוקדת וקצרת מועד. עקרונות הטיפול במתקן עורפי כוללים מסגרת טיפולית תחומה בזמן והתמקדות ב"כאן ועכשיו". מטרת הטיפול כוללת החזרת מוקד השליטה לחייל, חידוש קשרים בין-אישיים, עידוד פעילות, הגברת מוטיבציה, עיבוד הטראומה והבניית העתיד הקרוב. תעסוקה, או פעילות מכוונת מטרה, חיונית לשמירה על בריאות האדם השלם ותואמת עקרונות ומטרות אלו (Smith-Forbes, Najera, & Hawkins, 2014).

ריפוי בעיסוק וטראומה

הגדרת מקצוע הריפוי בעיסוק כמקצוע שנועד לסייע לתפקוד מקצועי תואמת את ההתייחסות לתגובת קרב כאי יכולת לתפקד במקצוע הלחימה. Gerardi (1996) ניסח שתי מטרות מרכזיות של מרפאים בעיסוק המטפלים בתגובת קרב: המטרה הראשונה היא מניעה של התקבעות החייל על תפקיד החולה. הוא הדגיש שלעתים קרובות עצם ההתערבות הרפואית-פסיכיאטרית-פסיכולוגית עלולה להתחיל תהליך תיוג פתולוגי. המטרה השנייה שהזכיר Gerardi היא לאפשר, להקל ולתמוך בחזרה מהירה לתפקוד תעסוקתי הסתגלותי.

Montz, Gonzales, Bash and Carney (2008) מנו את תפקידי המרפאים בעיסוק ביחידות עורפיות בצבא ארה"ב וכללו בהם את הנורמליזציה של תגובת הקרב, קידום טיפול-עצמי, שיפור דרכי התמודדות, הכרה בקשיים וידע על מקורות עזרה. מרפאות בעיסוק הן בעלות ניסיון רב בתפקידים כגון אלו, שכן הם דומים לתפקידים המצויים בתכניות עבודה של מרפאות בעיסוק במסגרות אזרחיות ממוננות. בין השאר, מיומנויות וכישורים אלו כוללים הבנה של גורמים פסיכוסוציאליים הקשורים להתנהגות בעבודה, מיומנות בנייתוח מטלות ותפקידים, הכשרה בהערכת ליקויים בתפקודים תעסוקתיים ובהתאמת הפעילות

עקרון הפשטות בטיפול בתגובת קרב הוא עקרון מפתח בגישות הנשענות על עבודתו של סלמון, הן בהפעלה והן בבחירת הפרוצדורות הטיפוליות המתאימות, במטרה לקדם נורמליזציה ולמנוע תיוג פתולוגי. מכיוון שלא מדובר בהפרעה פסיכיאטרית, פסיכותרפיה מתוככמת אינה נחוצה או הולמת. כך, למשל, עקרונות הטיפול של הרגעה, מנוחה, חידוש המלאי ושחזור הביטחון נמצאו כיעילים בהשוואה לפסיכותרפיה (Solomon & Benbenishty, 1986; Solomon et al., 1986).

הטיפול העורפי בנפגעי תגובות קרב

הספרות על טיפול בתגובות קרב מעודדת ככל האפשר טיפול קדמי והימנעות מהעברה לבית חולים אזרחי, בהלימה עם המחקרים שהוצגו קודם לכן (לדוגמה, Potter et al., 2009; Salomon & Benbenishty, 1986). בהתאם לכך, בצה"ל, כמו בצבא ארה"ב הפרוש על פני מרחבים עצומים, מעדיפים פינוי לנקודות הקרובות ככל האפשר לחזית. רק במקרים שבהם חיילים לא חוזרים לתפקוד הם מפונים לטיפול עורפי. על מנת לאפשר טיפול בהתאם לעקרונות אלו בישראל, הוקמה בצה"ל יחידה החולקת מאפיינים של יחידה צבאית ושל בית חולים שדה (רובינשטיין, 2008). יחידה זו, הקרויה "מרכז לתגובות קרב" (מלת"ק), אמורה לספק טיפול עורפי אך בקרבת החזית. היחידה מאוישת על ידי בעלי מקצועות צבאיים הנחוצים לניהול יחידה צבאית, ועל ידי אנשים ממקצועות בריאות הנפש שונים - פסיכיאטרים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים. תפקידן האפשרי של מרפאות בעיסוק ביחידה לטיפול בתגובות קרב לא נבחן עד כה. על פי עקרונות הטיפול בתגובת קרב, הטיפול ביחידה כזאת צריך להיות מוגבל בזמן והציפייה היא להחזיר את החייל ליחידתו או לפחות לתפקיד צבאי אחר. משך זמן הטיפול ביחידה עורפית כדוגמת המלת"ק נע בין יומיים לשבעה ימים ועל כן נדרשת התערבות

מודל ההתערבות השיקומית בריפוי בעיסוק

מודל ההתערבות השיקומית בריפוי בעיסוק המוצע במאמר זה הוא מודל התערבות קצר מועד וממוקד בתגובות קרב. המודל מיועד ליחידה צבאית בעלת מאפיינים של בית חולים שדה כדוגמת המלת"ק הצה"לי שהוזכר כאן, ושם לעצמו שתי מטרות עיקריות בטיפול: מניעת התקבעות החייל על תפקיד החולה וחזרה מהירה של החייל לתפקוד יעיל והסתגלותי. Gerardi (1996) היה הראשון לבחור במודל העיסוק האנושי (Model of Human Occupation - MOHO) של קילהופנר כמסגרת תיאורטית רחבה (Kielhofner, 2008) לטיפול בתגובות קרב. בעבודה זו התאמנו את המודל לטיפול רב מקצועי בתגובות קרב ביחידה עורפית.

מודל ה-MOHO מתמקד במניעים לעיסוק, בהכנסת דפוסי התנהגות עיסוקית לשגרת היום, ובהשפעת הסביבה על ההתנהגות העיסוקית (Kielhofner, 2008). המודל שם דגש על המוטיבציות השונות של בני האדם לעיסוקיהם ומסייע להבין כיצד הם לומדים, רוכשים ומקיימים את דפוסי העיסוק שלהם לאורך חייהם. כמו כן, המודל שם דגש על האופן שבו המטופלים מעורבים בפעילויות פיזיות, קוגניטיביות וחברתיות ובייחוד על פיתוח "זהות עיסוקית" ו"יכולת עיסוקית" (Occupational Competence, Occupational Identity; Lee et al., 2013). מודל זה מתאים לטיפול בחיילים לאחר קרב, שכן הוא מספק דרך חשיבה על אודות התנהגותו העיסוקית ואי תפקודו העיסוקי של אדם כתוצאה ממחלה, מטרואומה או ממתח.

בחירת ההתנהגות העיסוקית, התארגנותה בדפוסים וביצועה מתוארים ב-MOHO דרך שלוש תת-מערכות:

הנכונה לליקויים התעסוקתיים שמציג החייל. כישורים אלו משרתים את המרפאות בעיסוק גם במהלך עבודתן במערכים אזרחיים של שיקום יכולת תפקודית (Meriano & Latella, 2008). כלומר, במובנים רבים תפקידן הייחודי של המרפאות בעיסוק במערך הטיפול בתגובות קרב תואם את הכשרתן לתפקידיהן האזרחיים. כישוריהן ומיומנויותיהן המקצועיות מאפשרות להן להבנות את המסגרת הנדרשת לשיקום יכולת תפקודית.

על מנת להשיג מטרות שיקומיות אלו, על המרפאות בעיסוק להבנות סביבה טיפולית יציבה בעבור החייל הפגוע. משמעות הדבר היא השראת אקלים צבאי יותר מאשר סביבה רפואית. בתוך סביבה זו יש להעסיק את החייל בעיסוקים טיפוליים כגון: מטלות חיילות שכוחות, תרגול מיומנויות צבאיות, התעמלות גופנית ועיסוקים אחרים התומכים בזהות המקצועית ובחוללות העצמית. Gerardi (1996) ציין שיש להתייחס באופן פרטני לחייל ולתפקידו: המשמעות של מיומנויות צבאיות תהיה שונה אם מדובר במפקד טנק, בצנחן, או בנהג תובלה. התפקיד הייחודי של מרפאות בעיסוק בניהול הטיפול בנפגעי קרב הוא לקדם תפקוד מקצועי הסתגלותי ויעיל באמצעות העסקת החייל במטלות טיפוליות התומכות בזהות הצבאית, מעצימות תפקודים שמורים, מגבירות את תחושת הקומפוטנטיות ומאדירות את היחידה, ערכיה ותפקיד החייל בה. קורסו ועמיתיו (2009) הוסיפו כמה התערבויות ספציפיות שייחודיות למרפאים בעיסוק המטפלים בפגועי קרב. פעילויות אלו כוללות הפעלה התנהגותית (Behavioral Activation) ותרגילי כתיבה (Written Exercises) ובאופן ספציפי "כתיבת קרב" (Combat Writing; Corso, Bryan, Morrow, Appolonio, Dodendorf, & Baker, 2009).

במצבים שונים המרכיבים את מארג החיים והיא המוקד והמטרה הרצויה של ההתערבות בריפוי בעיסוק (ילון-חיימוביץ ועמיתים, 2006). קילהופנר (2004) הגדיר השתתפות כ"מעורבות בעבודה, במשחק או פעילויות יום-יומיות בהקשר החברתי והתרבותי של היחיד, מעורבות זו מכוננת לרצונות ולצרכיו של היחיד ומטרתה לשפר את תחושת הרווחה האישית שלו" (עמ' 152). מטרתה של תכנית ההתערבות בריפוי בעיסוק המוצעת במאמר זה היא לקדם את השתתפותם, במשמעות הרחבה של המושג, של חיילים, המכוונת לזהות וליכולת עיסוקית.

"זהות עיסוקית" (Occupational Identity) מתייחסת לתפיסת האדם את עצמו כיצור עיסוקי וכוללת ידע עצמי לגבי רצייה, נטיות, הרגלים ומודעות עצמית. כך, לדוגמה, בהתערבות מוצלחת החייל מזהה תפקידים מן המערך הצבאי ומזדהה איתם. המושג "יכולת עיסוקית" (Occupational Competence) מתייחס ליכולת לממש זהות עיסוקית רצויה באופן שיספק את האדם ויענה על דרישות הסביבה (זיו, 2004).

Gerardi (1996) מדגיש במאמרו את חשיבות ההשתתפות בעיסוקים ככלי טיפולי שמטרתו למנוע התפתחות תשישות קרב והחמרתה. כך לדוגמה, מתוארת השתתפות בעיסוקים משמעותיים ובעלי מטרה ככלי לפיתוח כישורים מוטמעים והתנהגות הסתגלותית (תת מערכת הרגלים). השתתפות כזאת מתוארת גם ככלי לפיתוח תחושת יכולת ומסוגלות עצמית בחייל (תת מערכת רצייה-סיבתיות אישית). מכיוון שמאמר זה ממשיך את עבודתו של Gerardi, תרגום של טבלה המסכמת את יישום ה-MOHO במסגרת הצבאית מובא בהרחבה בנספח א'.

ההתערבות הטיפולית ביחידה עורפית מתכתבת עם עקרונות מודל העיסוק האנושי במטרה למנוע את התקבעות החייל על

1. **רצייה (Volition)**. מוגדרת כמערכת של נטיות וידע עצמי שמאפשרים לחייל לצפות, לבחור, לחוות ולפרש התנהגות עיסוקית בהקשר הצבאי. אבני הבניין של הרצייה במודל MOHO כוללות **סיבתיות אישית** (Personal Causation) - ידע ואמונה עצמית של החייל בנוגע ליכולותיו ומידת יעילותו בתפקודו העיסוקי; **ערכים** - מערכת האמונות האישית של החייל המייחסת משמעות לתפקודו; **עניין** - הנאה וסיפוק החייל מתפקודו.

2. **הרגלים (Habits)**. מוגדרים כהתנהגות יעילה ואוטומטית בסביבה מוכרת. מערכת זו מתחלקת להרגלים, שהחייל רוכש טרם השירות הצבאי ובעזרתם מתרחשות התנהגויות בסביבות שונות ומתפתחים מרכיבי זהות נוספים. כך, לדוגמה, החייל נוטל על עצמו תפקידים מופנמים כגון אזרח, חייל, מפקד, איש משפחה בהתאם למסגרת שבה הוא מצוי ומתנהג באופן תואם.

3. **ביצוע (Performance)**. הפעולות, הכישורים, המרכיבים הנופניים והקוגניטיביים הנחוצים להוצאה לפועל של עיסוק. לענייננו, לכל חייל תפקיד מוגדר שהוא מבצע. השאיפה היא שהחייל יבצע את תפקידו ביעילות ומתוך ידע מקצועי מכיוון שתת-מערכות אלו פועלות ביחסי גומלין בתוך הקשר סביבתי. ההתנהגות העיסוקית משקפת שילוב של גורמים פנימיים יחד עם מאפייני המטלה והסביבה הצבאית שבה מבוצעת המטלה (Kielhofner, 2004).

לצד התהליך הדינמי בין שלוש תת-המערכות המתוארות ב-MOHO, תכנית ההתערבות המוצעת במאמר שמה דגש על מושג ההשתתפות (participation). השתתפות הוגדרה במסמך "מרחב ותהליך העשייה המקצועית בריפוי בעיסוק בישראל" (מתע"ם) כמעורבות עמוקה בעיסוקים

שאליהם מתייחס המודל: אדם, עיסוק וסביבה, והדינמיקה ביניהם יוצרת את הביצוע העיסוקי של האדם (AOTA, 2008). את אוכלוסיית החיילים המתמודדים עם תגובת קרב אפשר לאפיין בכמה אופנים: אוכלוסייה עם צרכים עיסוקיים מגוונים (בעלי מגוון תפקידים), אוכלוסייה בסיכון לאי תפקוד עיסוקי ואוכלוסייה הנדרשת להסתגלות בעיסוקים בעקבות שינויים סביבתיים. שיטות ההתערבות המומלצות כמתאימות לאוכלוסיות אלו הן: טיפול קבוצתי או פרטני, הערכה פרטנית, השתתפות פרטנית או קבוצתית בפרויקטים חינויים, חקירה ופיתוח של תפקידים שונים, קבוצות תמיכה, ייעוץ עיסוקי, השתתפות פעילה ביצירת קשרים חברתיים במסגרות דומות, הערכה סביבתית והחזרת המוטיבציה וחיזוקה - Re-motivation Process (de las Heras, 2011).

במודל המוצע, יש חשיבות לקיום מערכת קבועה ויציבה של פעילויות. שיבוץ החיילים בתוך סדר היום יקבע בהתאם למטרות וליעדים שיתוו. המודל מציע כי סדר היום של החיילים במחלקות ייקבע בשיתוף מרפאה בעיסוק כך שיכלול פעילויות קבוצתיות, טיפולים פרטניים, אימונים גופניים, עבודות רס"ר, פעילויות פנאי ופעילויות אחרות התואמות את צרכיהם העיסוקיים של החיילים. לצורך כך תצוות מרפאה בעיסוק לכל אחת ממחלקות יחידת מסגרת ההתערבות העורפית. בנוסף, תמונה מרפאה בעיסוק אחראית שתשמש כגורם מקצועי כלפי מפקדת היחידה ותנהל את חדר הריפוי בעיסוק. חדר הריפוי בעיסוק יהיה על-מחלקתי וכל מחלקה תפעל בו במועדים קבועים ובליווי המרפאה בעיסוק המחלקתית. חלוקה זו, תאפשר התמקדות של המרפאה בעיסוק המחלקתית בהתייחסות לכל חייל ולצרכיו האינדיבידואליים בקביעת המטרות והתייחסות בטיפול הפרטני.

תפקיד החולה, ולעודד אותו לחזרה לתפקוד והשתתפות תקינים. על כן, הסביבה הטיפולית שבה מתרחשת ההתערבות היא סביבה צבאית המתנהלת בשגרת יום קבועה של מחנה צבאי. המשמעות היא התנהלות בתוך סדר יום מובנה המשלב בתוכו מטלות צבאיות שכיחות לצד תרגול מיומנויות צבאיות, פעילות גופנית ועיסוקים אינדיבידואלים לכל חייל בהתאם לתפקיד שעשה לצד תמיכה נפשית ועיבוד האירוע הטראומטי. היישום הפרקטי של המודל הוא יישום רב מערכתי לצד יישום ממוקד לקוח במטרה לתמוך בזהותו המקצועית של החייל (הזהות עם התפקיד שעשה, אמונה בחשיבותו ושייכות ליחידה) וכן בתחושת החוללות האישית של החייל (האמונה של החייל ביכולתו לבצע את התפקיד שנדרש). המודל המוצע הוא מודל רב מערכתי שנועד ליישום ביחידה עורפית שבה נוטלים חלק, בנוסף למרפאות בעיסוק, פסיכיאטרים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, רופאים, חובשים ובעלי מקצועות פרה רפואיים אחרים.

התערבות בריפוי בעיסוק - תכנית יישומית

יישום המודל השיקומי בריפוי בעיסוק מבוסס על עקרונות ההתערבות שהציע Gerardi (1996), העמקת העקרונות והרציונל העומד מאחוריהם והתאמתם למציאות הישראלית. במודל המוצע ניתן דגש מיוחד להתאמת דרכי ההתערבות הטיפולית בריפוי בעיסוק למערך הטיפול הצה"לי בנפגעי תגובות קרב, תוך מתן דוגמאות ספציפיות ויישומיות תואמות הקשר תרבותי. חלק חשוב בעבודה ביחידה צבאית מסוג זה הוא העבודה המשותפת עם אנשי המקצוע האחרים ביחידה. העברת מידע וחשיבה משותפת תתרום לטיפול יעיל המאפשר הסתכלות על החייל וקשייו מזוויות שונות. בהתערבות ניתנת תשומת לב לשלושת מעגלי התוכן המרכזיים

העיסוקית ולתפקידי החיילים תוך שימת דגש על חיזוק תחושת המסוגלות שלהם. טיפול זה יתחיל כבר בשלב הכניסה ליחידה, ובו תתבצע הערכת יכולות על ידי המרפאה בעיסוק וייקבעו מטרות בהתאם. בשלב ההערכה הראשונית (Intake) ייערך ניתוח פעילות מובנה של התפקיד הנדרש מהחייל. על בסיס ניתוח פעילות של תפקיד החייל ועל בסיס הערכת היכולות השמורות והפגועות תיבנה תכנית טיפולית מותאמת לכל חייל ועל בסיס ייקבע האופן שבו ישתלב החייל בפעילויות ביחידה. כל חייל ישתלב בל"ז המחלקה ויתנהל על פי סדר יום ושגרה קבועה. מקצת הפעילויות ביחידה יתוכננו כמדרג פעילויות על מנת לבחון את היעדים שהוצבו וכחלק מהערכת התקדמותו של החייל.

חשוב לציין כי יש פער בספרות הנוגעת לתרומה האפשרית של ריפוי בעיסוק לחיילים שחוו תגובת קרב ולא כל שכן לגבי סוג ההערכה שעל מרפאה בעיסוק לבצע. יש אפוא חשיבות בבניית סוללת אבחונים ייחודית לאוכלוסייה זו. תרומתו של הריפוי בעיסוק לאבחון הראשוני הוא היכולת להעריך את היכולת התפקודית של החייל במצבו הנוכחי. ההערכה חייבת להיות רב גונית: אובייקטיבית - על פי מטלות שאותן יבצע, וסובייקטיבית - על פי דיווח עצמי של החייל, ובהתאם להתרשמות המאבחנת. מומלץ כי סוללת האבחון תכלול בתוכה הערכה של תחומים רבים דוגמת תפקוד עיסוקי, מיומנויות תקשורת ויכולות חברתיות, יכולת תפקודית- קוגניטיבית, רצייה, תחומי עניין ומודעות (הדס לידור ואחרות, 2002). על בסיס המודל נבנתה סוללת אבחונים המותאמת ליחידה עורפית כדוגמת המלת"ק. בשל משך השהות הקצר של נפגעי תגובת הקרב ביחידה היה צורך לבחור שאלונים והערכות שזמן העברתם קצר מצד אחד, ומצד אחר מספקים מידע רב על החייל (נספח ב').

העבודה המשותפת תאפשר למרפאה בעיסוק המחלקתית ביצוע הערכות והתמקדות בעבודה פרטנית לצד העבודה המקבילה בחדר שתנוהל על ידי המרפאה בעיסוק האחראית.

כחלק מן המערך הטיפולי, ומתוך חשיבה על החזרת מוקד השליטה לחייל והתמקדות ב"כאן ועכשיו" תתקיים בכל יום קבוצת "משימה" שבה ישתתפו כל חיילי המחלקה והמרפאה בעיסוק. בפעילות זו יוגדרו לכל אחד מן החיילים מטרות ספציפיות ואינדיבידואליות לאותו יום, החל מיכולות שהיו רוצים לשפר (למשל, עמידה בזמנים, התמדה במשימה, פתרון בעיות ותכנון) ועד תפקידים שהיו רוצים לבצעם (למשל, אם מדובר במפקד צוות, אחריות על קבוצת חיילים). לעבודה הקבוצתית חשיבות רבה בהחזרת חיילים לתפקוד, שכן לקבוצה תפקיד קריטי בהתמודדות החיילים עם לחץ בכלל וקרב בפרט (Grinker & Spiegel, 1945). תפקיד המרפאה בעיסוק יהיה למקד את החיילים והצוות המטפל במטרות העיסוקיות שהוצבו.

כחלק מן המודל הטיפולי המוצע, תתקיים קבוצה נוספת שמרכזה יהיה פנאי. פעילויות פנאי תורמות לתחושת הלכידות החשובה לחיזוק זהותו של החייל ולמוטיבציה שלו לבצע את תפקידו. קבוצה זו תאפשר עיסוק בעל משמעות, המשותף לכלל החיילים, שידגיש את הפן הבריא והמתפקד על פני תפקיד החולה. בנוסף, הקבוצה תאפשר שיח בין החיילים על תפקידים ועל יחידתם (למשל, סיפור מורשת קרב המחזק את תחושת הגאווה והשייכות) וכן גיבוש, לכידות ואחידות בתוך הקבוצה וקיום מסגרת תמיכתית בעבור החיילים.

טיפול פרטני הוא נדבך חשוב במודל הטיפולי המוצע, מתוך הכרה שלכל חייל צרכים ורצונות שונים שבהם יש למקד את הטיפול. הטיפול הפרטני יתמקד בבניית תכנית מתאימה לזהות

כישורים נחוצים לצורך מקצועם הצבאי, ובניית זהותם הן דרך ההיבט העיסוקי והן דרך לכידות היחידה הצבאית. פירטנו צעדים אופרטיביים וקונקרטיים שיש לנקוט כדי להחזיר חיילים שעברו תגובת קרב ופנו ליחידה עורפית לתפקוד מיטבי במהירות המרבית. בטיפול בתגובת קרב יש חשיבות לשמירה על רצף זהות ותפקיד במסגרת הצבאית. להפניית חיילים לקבלת טיפול בבתי חולים עלולות להיות השלכות שליליות על בריאותם הנפשית בשל הקטיעה בתפקודם כחיילים. מסיבות אלה, לטיפול מקצועי ביחידה עורפית בישראל חשיבות רבה במיוחד, שכן ישראל היא מדינה קטנה והמרחק בין חזית לעורף יכול להיות כמה קילומטרים בלבד, לעומת צבאות אחרים כגון צבא ארה"ב הלוחם אלפי קילומטרים מן הבית.

המודל המוצע מצוי בראשית דרכו ויהיה צורך בניסיון קליני ומחקרי על מנת לבחון את יעילותו ודרכים לשפר אותו. המודל נוסה בתרגיל צה"ל ונערכו שינויים בהתאם לניסיון זה. המודל דורש נכונות שאינה מובנת מאליה לעבודה רב-מערכתית בין פסיכיאטרים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, מרפאות בעיסוק ומטפלים פרה-רפואיים אחרים. כמו כן, המודל דורש כוח אדם לא מבוטל בדגש על גיוס מרפאות בעיסוק. לצורת עבודה זו עשויה להיות תרומה ליעילות הטיפול, שהוא קריטי בשלבים המוקדמים של תגובת הקרב. מכיוון שהתוצאות של טיפול לא הולם בשלב זה הן ארוכות טווח ובעלות מחיר כבד לפרט ולמערכת, טיפול רב-מקצועי עם תרומה חשובה של מרפאות בעיסוק יכול לסייע לחיילים ולצמצם פסיכופתולוגיה בטווח הארוך.

מטרה נוספת בטיפול הפרטני היא למנוע התפתחותם של הרגלים דיספונקציונליים התומכים בזהות החולה. בהתאם למערכת הרצייה במודל העיסוק האנושי, יש להעסיק את החיילים בפעילויות טיפוליות הקשורות ככל האפשר למיזמוניותיהם המקצועיות. לפיכך, המרפאות בעיסוק יתייחסו לתפקידים ספציפיים שחיילים רוכשים במסגרת הכשרתם: מפקד טנק, אפסנאי, לוחם חי"ר וכו' - כדי לתמוך בזהותם המקצועית ולהגביר את ביטחונם של החיילים ביכולתם לשוב ליחידותיהם ולבצע את תפקידיהם. כך, לדוגמה, חייל בעל תפקיד פיקודי ינותב לפעילות בעלות היבט פיקודי כאחראי מחלקה, אחראי תורנויות או חניך תורן, על מנת לתרגל כישורי פיקוד ביחידה ולקדם את מסוגלותו לחזור לתפקיד מפקד.

סיכום ודיון

המודל המוצע במאמר מדגיש את חשיבות הריפוי בעיסוק בטיפול בתגובת קרב ביחידה עורפית ובתפקוד ארגון צבאי המתמודד עם הטיפול הראשוני בה. כישורי המרפאה בעיסוק מצויים בהלימה לגישות המרכזיות להתערבות במקרים של תגובת קרב המדגישות תפקוד ועבודה קוגניטיבית (Rose, Aiken, & McColl, 2014). עקרונות הטיפול המרכזיים בתגובת קרב: פשטות, ציפיה, קשר ליחידה ולזהות המקצועית, והצורך בהפעלה ובחיזוק תחושת החוללות העצמית של חיילים הולמים את עבודת המרפאות בעיסוק ואת המודל המוצע. לטיפול הראשוני בתגובת קרב תפקיד חשוב במניעה, והוא נמנה על אסטרטגיות ההתערבות החשובות בריפוי בעיסוק (ילון-חיימוביץ ועמיתים, 2006).

אנו מציעים עבודה על פי מודל העיסוק האנושי (Kielhofner, 2008) הממשיך את עבודתו של Gerardi (1996), השמה דגש על הדרכים לעורר מוטיבציה אצל החייל, לימוד

מקורות

המטפלים ומערכת בריאות הנפש. עבודה לקבלת תואר מוסמך. אוניברסיטת ת"א.

American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 625-683.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Andrews, B., Brewin, C. R., Philpott, R., & Stewart, L. (2007). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: A systematic review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1319-1326.

de las Heras, D. P., & Gloria, C. (2011). Promotion of occupational participation: Integration of the Model of Human Occupation in practice. *The Israeli Journal of Occupational Therapy*, 20(3), 67-88.

Everly Jr., G. S., & Lating, J. M. (2013). Crisis intervention and psychological first aid. In G. S. Everly Jr., & J. M. Lating (Eds.), *A clinical guide to the treatment of the human stress response* (3rd ed., pp. 427-436). New York: Springer.

Gerardi, S. M. (1996). The management of battle-fatigued soldiers: An occupational therapy model. *Military Medicine*, 161(8), 483-488.

אליצור, א' טיאנו, ש', מוניץ, ח' ונוימן, מ' (2010). פרקים נבחרים בפסיכיאטריה, מהדורה חמישית. תל אביב: דיונון.

ביון, ו' (1992). התנסויות בקבוצות ומאמרים אחרים. תל אביב: דביר.

הדס לידור, נ', בוני, א' ורוה-שנוולד, ד' (2002). תפקיד הריפוי בעיסוק בהערכה ואבחון של ליקוי, מוגבלות ונכות: הדגמת העקרונות באוכלוסייה הסובלת מהפרעה פוסט-טראומטית. בתוך א' בללי וז' סולומון (עורכים), נכות נפשית. ירושלים: משרד הביטחון.

זיו, נ' (2004). לחשוב וליישם תיאוריה: מודל העיסוק האנושי - סקירת מושגים עדכניים, ניסיון קליני והמלצות. *IJOT* כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 13(3), 168-147.

יבזורי, י', רייטר, ש' וזק"ש, ד' (2011). מודל העיסוק האנושי וחשיבה קונסטרוקטיבית: בסיס תיאורטי ויישומי לפיתוח תוכנית מעבר להכנה לחיי עבודה (תה"ל). *IJOT* כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 20(3), 172-145.

ילון-חיימוביץ, ש', נוטה, א', מזור, נ', זק"ש, ד', וינטראוב, נ', איתן, י' ושות' (2006). מרחב ותהליך העשייה המקצועית בריפוי בעיסוק בישראל. תל-אביב: העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק.

עומר, ח' ואלון, נ' (1994). עקרון הרציפות: גישה מאוחדת לאסון ולטראומה. פסיכולוגיה, ד', 28-20.

רובינשטיין, ז' (2008). מהלם קרב לתגובת קרב: ההיסטוריה של מעבר פרדיגמות במלחמת יום כיפור ולבנון המתבטאת בנרטיב

- in evolution, *Military Medicine*, 150(4), 186–190.
- Meriano, C., & Latella, D. (2008). *Occupational therapy interventions: Function and occupations*. Thorofare, NJ: Slack.
- Potter, A. R., Baker, M. T., Sanders, C. S., & Peterson, A. L. (2009). Combat stress reactions during military deployments: Evaluation of the effectiveness of combat stress control treatment. *Journal of Mental Health Counseling*, 31(2), 137-148.
- Rose, S., Aiken, A., & McColl, M. A. (2014). A scoping review of psychological interventions for PTSD in military personal and veterans. *Military Behavioral Health*, 2(3), 264-282.
- Salmon T., & Fenton N. (1929). *The Medical Department of the United States Army in the World War, v 10; Neuropsychiatry in the American Expeditionary Forces*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Smith-Forbes, E., Najera, C., & Hawkins, D. (2014). Combat operational stress control in Iraq and Afghanistan: Army occupational therapy. *Military Medicine*, 179(3), 279-284.
- Solomon, Z., & Benbenishty, R. (1986). The role of proximity, immediacy, and expectancy in frontline treatment of combat stress reaction among Israelis Gerardi, S. M. (1999). Part I. Work hardening for warriors: Occupational therapy for combat stress casualties. *Work*, 13, 185–195.
- Grinker, R. R., & Spiegel, J. (1945). *Men under stress*, Philadelphia: Blakeston.
- Hemphill-Pearson, B. (Ed.). (2008). *Assessments in occupational therapy mental health: An integrative approach*. Thorofare, New Jersey: Slack Incorporated.
- Kielhofner, G. (2004). *Conceptual foundation of occupational therapy* (3rd ed.). Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- Kielhofner, G. (Ed). (2008). *A model of human occupation: Theory and application* (4th ed.). Baltimore: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Lee, S. W., Forsyth, K., Morley, M., Garnham, M., Heasman, D., & Taylor, R. R. (2013). Mental health payment-by-results clusters and the model of human occupation screening tool. *Occupation Therapy Journal of Research: Occupation, Participation and Health*, 33(1), 40-49.
- Montz, R., Gonzales Jr., F., Bash, D., & Carney, A. (2008). Occupational therapy role on the battlefield: An overview of combat and operational stress and upper extremity rehabilitation. *Journal of Hand Therapy*, 21(2), 130-136.
- Mareth, T. R., & Brooker, A. E. (1985). Combat stress reaction: A concept

in the Lebanon war. *American Journal of Psychiatry*, 143, 613-617.

Solomon, Z., & Mikulincer, M. (2006). Trajectories of PTSD: A 20-year longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 659-666.

Solomon, Z., Oppenheimer, B., & Noy, S. (1986). Subsequent military adjustment of CSR casualties - A nine year follow-up study. *Military Medicine*, 151, 8-11.

Steenkamp, M. M., & Litz, B. T. (2013). Early interventions with military personnel. In B. A. Moore & J. E. Barnett (Eds.), *Military psychologists' desk reference* (pp. 256-260). N.Y: Oxford University Press.

Wilson, J. P., Smith, W., & Johnson, S. K. (2013). A comparative analysis of PTSD among various survivor groups. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: The Study and treatment of post-traumatic stress disorder* (Vol. 1, pp. 142-172). Bristol, PA: Routledge.

World Health Organization (2010). *International classification of functioning disability and health*. Retrived from <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>.

נספח א'

מודל העיסוק האנושי של קילהופנר וטיפול בחיילים תשושי קרב (Battle Fatigue) (תרגום של הכותבים מתוך Gerardi, 1996)

ההתערבות טיפולית	גורמי סיכון להימשכות תשישות קרב והחמרה	גורמי סיכון לתשישות קרב	מצב אידיאלי	תת מערכות המודל	
חידוש מאגרים, שמירה על מצב בריאותי תקין וסיפוק צרכים בסיסיים.	התדרדרות פיזית.	מחסור בשנה, עייפות פיזית, התייבשות.	חייל במצב של מנוחה, אשר סופקו לו כל הצרכים הבסיסיים.	ביצוע (Performance)	
השתתפות בפעילות בעלת מטרה אשר מפתחת כישורים וכך גם התנהגות מסתגלת.	פיתוח כישורים לא הסתגלתיים ופוגעים, פיתוח התנהגות שאינה תואמת או מסתגלת.	חוסר כישורים מוטמעים, חוסר בתרגול מספק ובמקצועיות.	חייל בעל כישורים מוטמעים.	הרגלים (Habits)	הרגלים (Habits)
שמירה על סביבה טיפולית במסגרת צבאית, על מנת לתמוך בזהותו העיסוקית של החייל. מניעת לקיחת תפקיד החולה על ידי החייל.	איבוד הזהות כחייל וחבר יחידה. הזדהות עם תפקיד החולה.	חוסר הזדהות עם תפקידו, עם היחידה, ועם מטרת המשימה. חוסר בתמיכה וקונפליקטים פנימיים.	זהות החייל כאזרח, לוחם, חבר יחידה, בעל תמיכה משפחתית בתפקידו, ללא קונפליקטים.	תפקידים מופנמים (Internalized roles)	

תפקיד הריפוי בעיסוק בהתערבות בתגובת קרב ביחידה צבאית

<p>השתתפות בעיסוקים אשר מעודדים פיתוח תחושת יכולת ומסוגלות.</p>	<p>איבוד תחושת מסוגלות וחוללות עצמית.</p>	<p>מרגיש חוסר יכולת, לא רואה את תפקידיו כחשובים.</p>	<p>חייל בעל תחושת מסוגלות ויכולת. מרגיש שתפקידיו חשובים ובעלי ערך.</p>	<p>סיבתיות אישית (Personal) (Causation)</p>	<p>רציה (Volition)</p>
<p>פיתוח ציפייה בקרב החייל לחזרה לתפקוד קודם. עידוד שיח על חשיבות היחידה שלו.</p>	<p>תחושת כישלון ואכזבה מכך שלא עמד בדרישות היחידה ובדרישותיו שלו. שינוי בערכים בעקבות הלחימה.</p>	<p>בעל קונפליקטים בנוגע לערכי המדינה אותה משרת ונחיצות תפקידו.</p>	<p>חייל בעל ערכים התואמים את היחידה והמדינה. בעל תחושת מחויבות לתפקיד וליחידה.</p>	<p>ערכים (Values)</p>	
<p>השתתפות בפעילויות המונעות מתוך תחומי העניין וחשיפה חוזרת לתפקיד חשיפה לתפקידים אחרים.</p>	<p>איבוד תחושת עניין בתפקיד.</p>	<p>חוסר שביעות רצון וחוסר הזדהות עם התפקיד.</p>	<p>נהנה ומרגיש תחושת סיפוק מהשתתפות בעיסוקים הצבאיים ובתפקידים אותם לוקח.</p>	<p>תחומי עניין (Interests)</p>	
<p>ההתערבות טיפולית</p>	<p>גורמי סיכון להימשכות תשישות קרב והחמרה</p>	<p>גורמי סיכון לתשישות קרב</p>	<p>מצב אידיאלי</p>	<p>תת מערכות המודל</p>	
<p>שמירה על סביבה טיפולית צבאית, שמירה על אחדות (פעילויות משותפות), חשיפה הדרגתית לגורמי דחק.</p>	<p>פגיעה באחדות הצוות.</p>	<p>חוסר הכנה לגורמי הדחק, חוסר באחדות צוות.</p>	<p>אחדות צוות גבוהה, עומד מול גורמי דחק בסביבה.</p>	<p>סביבה (Environment)</p>	

הערכות ואבחונים מותאמים ליחידה עורפית

<p>MOHOST- The Model of Human Occupation Screening Tool כלי סינון מבוסס עיסוק, המאפשר למטפל לאסוף מידע ממספר מקורות ומתייחס לשלושת תתי המערכות שבמודל (רצייה, הרגלים וביצוע) ולסביבה.</p>	<p>הערכות מתוך מודל העיסוק האנושי de las Heras,2011;) Hemphill-Pearson, (2008</p>
<p>OCARIS - The Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale ראיון חצי מובנה המספק מידע כמותי ואיכותני אודות מעורבותו העיסוקית של האדם. בין הפריטים המדורגים בראיון: תפקידים, סיבתיות אישית, ערכים, מטרות ומוכנות לשינוי.</p>	
<p>ACIS - The Assessment of Communication and Interaction Skills. כלי תצפיתי המשמש לאיסוף מידע אודות מיומנויות תקשורת ואינטראקציה. המידע נאסף במהלך ביצוע והשתתפות בסביבות עיסוקיות ובקבוצות חברתיות.</p>	
<p>OSA - Occupational Self-Assessment שאלון דיווח עצמי להערכת תפקוד. השאלון מספק מדד על היכולת העיסוקית והשפעת הסיבה על ההסתגלות של הלקוח.</p>	
<p>VQ - Volitional Questionnaire כלי תצפיתי המשמש לאיסוף מידע אודות רצייה ומוטיבציה פנימית של הלקוח. בוחן גם השפעה של סביבות שונות על הרצייה.</p>	
<p>WRI - Worker Role Interview ראיון חצי מובנה הבוחן מרכיבים מעודדים ומעכבים לקראת חזרתו של עובד לתפקיד מסוים. מומלץ להיעזר בהערכות נוספות - דוגמת הערכות פיזיקליות, קוגניטיביות וביצועיות בנוסף לראיון זה. נדרשת התאמה לסביבה ולתפקידים צבאיים.</p>	
<p>MoCA כלי סינון מהיר ופרקטי לאבחון אנשים המתלוננים על ירידה קוגניטיבית. הוא בוחן תחומים שונים של התפקוד הקוגניטיבי ונועד לתת הערכה מהירה ויעילה.</p>	<p>הערכות נוספות</p>
<p>Cognistat מבחן סינון ומדידה לאיתור ליקויים קוגניטיביים בעזרתו ניתן להעריך באופן מהיר ופשוט סטטוס נורו-התנהגותי קוגניטיבי ולהגיע לאבחנה מבדלת. כמו כן, מאפשר המבחן לבצע מעקב אחר התקדמות/נסיגה במצבו של המטופל לאורך זמן ולהעריך את יעילותן של התערבויות טיפוליות.</p>	
<p>BADS סוללה של מבחנים שנועדו להעריך ליקויים אקזקוטיביים, ליקויים אלה כוללים קשיים בתפקודים ניהוליים כגון: תכנון, ארגון, יזימה, בקרה והתנהגות מסתגלת.</p>	
<p>שאלון מודעות שאלון הבדוק מודעות לתפקוד בבית, בחברה, בעבודה ובתפקוד רגשי. השאלון ממולא על ידי הנבדק וגורם תמך.</p>	

הסוללה המוצעת בנספח זה הינה סוללה דינמית אשר ניתנת לשינוי והתאמה על פי חידושים בכלי אבחון וניסיון קליני מצטבר. בביצוע ההערכה, יש לקחת בחשבון את צרכיו הייחודיים של כל חייל ואת הקשיים בתפקודו. ראיון האינטייק הנערך בכל קבלת חייל ליחידה, עשוי לסייע למרפאה בעיסוק ולאנשי הצוות הנוספים למקד את תהליך ההערכה בליקויים העיקריים שעולים ועל בסיסם מומלץ לבנות את תהליך ההערכה ובהמשך את תהליך ההתערבות.

הצטרפות לעמותה - זו ההזדמנות שלך להיות שותף בקידום מקצוע הריפוי בעיסוק בישראל!

יתרונות נוספים של חברות בעמותה:

- ← כתב עת מדעי - 4 גיליונות בשנה
- ← צפייה בגיליונות הישנים באתר העמותה
- ← הנחה בימי עיון, כנסים והשתלמויות של העמותה ושל ארגונים אחרים
- ← פרסום חינמי במדור קליניקות ומטפלים
- ← הנחה בפרסומים במידעון ובאתר

החלה ההירשמה לשנת 2016

www.isot.org.il