

הזקן הסיעודי

שלבי הירידה התפקודית,
ההתמודדות והטיפול בזקן הסיעודי



אפרים יאול

הזקן הסיעודי

שלבי הירידה התפקודית,

ההתמודדות והטיפול

בזקן הסיעודי

אפרים יאול



האגודה לתכנון ולפיתוח



שירותים למען הזקן בישראל (ע"ר)

לאמי שורדת שואה, המתמודדת בגבורה עם אירוע מוחי

עריכה: איילה ביבר (פרידל)
קלדנות: דורית גנות-לווינגר
עיצוב והדפסה: ארט פלוס
תיאום הפקה: סיגל ברזילאי
הוצאה לאור: טוביה מנדלסון, אשל

אין לשכפל, להעתיק, לצלם, להקליט, לתרגם, לאחסן במאגר מידע,
לשדר או להקליט בכל דרך או אמצעי אלקטרוני, אופטי או מכני או אחר
כל חלק שהוא מהחומר שבספר זה, בין לשימוש פנימי ובין לשימוש מסחרי.
כל שימוש החורג מציטוט קטעים קצרים אסור בהחלט, אלא ברשות מפורשת בכתב מהמוציא

© כל הזכויות שמורות
לאשל, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל, נוסדה על-ידי ג'וינט-מלב"ן
ונתמכת על-ידי ממשלת ישראל וג'וינט ישראל
ת"ד 3489 ירושלים 91034

www.eshelnet.org.il
מאגר מידע: www.eshelinfo.org.il

הודפס בירושלים, יוני 2004

מספר קטלוגי: 212803
3-38-70-73-965 ISBN

תוכן העניינים

פתח דבר | 7

הקדמה | 8

פרק א: מבוא

1. אפידמיולוגיה – נתונים ומספרים | 10

2. פיזיולוגיה ופתולוגיה של הזיקנה | 12

פרק ב: מיהו הזקן הסיעודי

1. סיפור אישי | 16

2. הגדרת "מצב סיעודי" | 17

3. כיצד נקבע מצב סיעודי? | 19

4. מהם הגורמים למצב סיעודי? | 21

5. השלבים השונים בירידה תפקודית | 22

6. הטרונות – קטגוריות שונות של זקנים סיעודיים | 24

7. מאפייני הטיפול בזקן סיעודי | 28

8. המשפחה והזקן – התמודדות מתמשכת | 32

פרק ג: הזקן הסיעודי בקהילה

1. מאפיינים של טיפול בבית | 39

2. מענים קהילתיים – משאבים המגיעים לזקן הסיעודי בביתו | 45

3. מטפלים סיעודיים: המטפל העיקרי, המקומי, הזר –

יתרונות וחסרונות | 50

4. ציוד ומכשור רפואי בבית | 56

פרק ד: הזקן הסיעודי המאושפז במחלקה סיעודית

1. תיאור מקרה | 66
2. רקע היסטורי והמציאות כיום | 67
3. ייעודה ותרומתה של המחלקה הסיעודית (השירותים הניתנים) | 70
4. מאפיינים של המחלקות הסיעודיות השונות ומידת התאמתן לזקן | 75
5. תהליך קבלת ההחלטה לאשפז – האם אכן חייבים לאשפז? | 77
6. מי מממן את האשפוז במחלקות סיעודיות? | 79
7. דעות קדומות (מיתוסים) על המחלקה הסיעודית | 80

פרק ה:

מצבים קליניים המתלווים לזקן סיעודי ומסבכים את מצבו – גישה וטיפול

1. חוסר תנועתיות (Immobility) | 81
2. חוסר שליטה בסוגר השתן (Urinary incontinence) | 89
3. פצעי לחץ ומניעתם | 97
4. תת־זונה והזנה | 103
5. דמנציה ובעיות התנהגות | 111
6. דיכאון | 120
7. מחלות זיהומיות | 125
8. פגיעות באיברי החישה (אוזניים, עיניים) | 134
9. תופעת המחלות הסמויות | 139
10. מצבים יאטרוגניים (Iatrogenesis) | 142
11. בלבול חריף – דיליריום | 146

פרק ו: מדיניות טיפולית

1. שיקום ותעסוקה | 150
2. טיפול בכאב | 157
3. בעיות אתיות | 162
4. זכויות הזקן הסיעודי | 167
5. אשפוז בבית-חולים – בעד ונגד | 170
6. מתן תרופות | 172
7. שנת החיים האחרונה | 179

סוף דבר | 183

רשימת מקורות | 187

נספחים מילון מושגים | 200

מבחני תפקוד לאבחון והערכה | 203

פתח דבר

העלייה בתוחלת החיים והגידול באוכלוסיית הזקנים משפיעים גם על המספר המוחלט של זקנים הסובלים מהידרדרות בבריאותם, משינויים בתפקודם ומפגיעה בעצמאותם בפעילותם היום-יומית.

מיהו אפוא זקן סיעודי? כיצד נקבע מצב סיעודי? מהם השלבים השונים בירידה תפקודית ומהם הגורמים למצב סיעודי? אלה הן רק חלק מן השאלות שספר זה עוסק בהן. מעבר למצב הפיזי והנפשי של הזקן הספר דן גם בנושאים עקרוניים, רפואיים ואתיים, הנוגעים לטיפול בזקן הסיעודי, לזכויותיו, למצבו הקליני, למכאוביו ולכבודו כאדם בערוב ימיו.

ד"ר אפרים יאול, מנהל המחלקה הגריאטרית לסיעוד מורכב בבית החולים ע"ש שרה הרצוג בירושלים, טיפל בעצמו בהוריו הזקנים וראה, כרופא גריאטר וכבן, את ההידרדרות במצבם ואת הירידה בתפקודם. הניסיון המקצועי, המלווה בחוויה רגשית אישית, הם שהאיצו אצל המחבר את הצורך להעלות על הכתב את השאלות, הבעיות והמצוקות שנתקלים בהם הזקן הסיעודי מחד גיסא ובני משפחתו, קרוביו ומטפלו מאידך גיסא.

התוצאה היא ספר מקיף, הנותן תמונה רב-ממדית על תהליכים, תאוריות ושיטות שונות של טיפול רפואי בזקנים. הספר נותן הסברים מקצועיים וככזה הוא מהווה מדריך מעשי לאנשי מקצוע וגם למי שאינם אנשי מקצוע – בני משפחה, קרובים, מטפלים. כל זאת בסגנון בהיר, ידידותי וענייני ומתוך כוונה מוצהרת להגביר את המודעות לזקן הסיעודי ולהקנות כלים להתמודדות נבונה והולמת עם מצבו.

"מיהו סיעודי?" הוא נדבך חשוב נוסף בשליחות שאשל ממלאת למען רווחתם ואיכות חייהם של הזקנים בישראל.

ד"ר יצחק בריק, מנכ"ל אשל

הקדמה

במהלך עבודתי כרופא גריאטר נוכחתי לדעת שמשפחות שבהן יש אנשים זקנים, חסרות מידע מספק על מצב הוריהן, ובוודאי שאין בידן הכלים המתאימים להגדרת מצבם הגריאטרי של ההורים – האם אבא הוא סיעודי? האם אימא היא סיעודית? ומה זה בכלל זקן סיעודי?

בני משפחה רבים חיים עם תחושות קשות וקונפליקטים – עם עצמם ועם המטפלים השונים – עקב חוסר ניסיון, אי-הבנה, מידע לקוי, הדחקה, ורגשות אשמה הקשורים לטיפול בהוריהם הזקנים.

מאחר שבני המשפחה אינם יודעים מהו המצב המדויק של יקיריהם, קיים החשש שבהתמודדותם עם זקנים סיעודיים לאורך שנים הם לא ינצלו כראוי את המשאבים והכוחות הקיימים; הם אינם יודעים מה צפוי, מה ניתן למנוע ומהן זכויותיהם.

כגריאטר אני שומע פעמים רבות את המשפט: "רק שלא נגיע למצב הזה". או בת להורים זקנים האומרת: "אני רוצה למות בריאה". ואני עונה: "הלוואי שתגיעי לגיל זיקנה, שתחיי שנים רבות, ובעיקר שתגיעי כעצמאית, על הרגליים ועם ראש צלול".

אך לא כל האוכלוסייה המבוגרת מגיעה לגיל זיקנה (המוגדר כגיל 65 ומעלה) כשהיא עצמאית וצלולה. על-פי הסטטיסטיקה, כ-14% יהיו מוגבלים בתפקוד היוס-יומי ו-43% צפויים להתאשפז במסגרת סיעודית בפרק זמן כלשהו בגיל זיקנה טרם מותם (Kemper & Murtaugh, 1991). עם הגידול באוכלוסיית הזקנים, ובמיוחד זקנים בגילאים גבוהים, אחוז זה עוד צפוי לעלות; זהו המחיר של תוחלת החיים הארוכה שזכינו לה בעידן הנוכחי.

הטיפול הכוללני בזקנים סיעודיים דורש מיומנות, התמסרות והשקעת זמן. יתר על כן, הטיפול מחייב הפעלת צוות רב-מקצועי. לא ניתן לטפל בזקן הסיעודי ללא מערכת תומכת (פורמלית ובלתי פורמלית). הטיפול המקצועי הפורמלי הוא רק קצה הקרחון של הטיפול הכוללני והמתמשך בזקן הסיעודי. הטיפול אינו מסתיים בביקור הרופא או האחות, אלא אמור למשוך אחריו את שאר אנשי הצוות המקצועי והטיפול.

המערכת הבלתי פורמלית – משפחה, מטפלים, חברים ומתנדבים – הם העוגן בטיפול המתמשך, והמאתגר, בזקן הסיעודי; עליהם מוטל הטיפול בבית במשך כל שעות היממה. אך לדאבונו יש זקנים סיעודיים רבים שאין מאחוריהם משפחה תומכת והם בודדים ותלויים לחלוטין בשירות המטפל או במסגרת המאשפזת שבה הם שוהים.

מטרת הספר היא לזרוק אור על נושא הזקן הסיעודי תוך ניסוח הגדרות מתאימות: מיהו הזקן הסיעודי ומתי מגדירים אותו כסיעודי? מהן המשמעויות של הימצאות זקן סיעודי בקהילה או במסגרת אשפוזית ממושכת (מוסדית)? מהן המשמעויות של המצבים הרפואיים הנלווים והסיבוכים האפשריים שלהם? ומהי מדיניות הטיפול הנובעת מהגדרה זו? הספר אמור להקנות ידע, ראייה נכונה והבנת המצב הסיעודי ואולי יהיה בכוחו אף למנוע בעיות ותופעות לא רצויות העלולות להיווצר. הספר עשוי לעזור גם במתן טיפול עם הבנה ותובנה שונה – פחות מאיימת, יותר מרוככת, משלימה ומפייסת.

כתיבת הספר "תפסה" אותי שעה שטיפלתי בהוריי הזקנים וחידדה אצלי דברים שקל אמנם לכתוב עליהם ברמה התאורטית אך קשה לישימם בחיי היום-יום. בעזרתה של אחותי והודות לתמיכה שקיבלתי מאשתי ובנותיי עלה בידי לצלוח את המתח "הפרטי" שלי, הן כבן להורים זקנים עם תחושות ורגשות והן כרופא גריאטר האמור להבין וללוות את תהליכי הזיקנה והמחלות הנלוות. אין ספק שהמשפחה היא העוגן העיקרי בטיפול המתמשך והמאתגר בזקן הסיעודי.

1. אפידמיולוגיה – נתונים ומספרים

בחמישים השנה האחרונות התארכה תוחלת החיים בישראל בשמונה שנים נוספות. בשנות החמישים הייתה תוחלת החיים הממוצעת בלידה 70 שנה. כיום עומדת תוחלת החיים הממוצעת בלידה על 78 שנה – 76 שנה לגבר ו-79.5 שנה לאישה. אם נגיע לגיל 65 תוחלת החיים הממוצעת הצפויה לגבר היא 16 שנים נוספות, ולאישה – 18 שנים. כשנגיע לגיל 85, משך השנים הצפוי בממוצע לגבר הוא 7 שנים נוספות, ולאישה 8 שנים. אך תוחלת החיים אינה כל הסיפור. אנו רוצים לדעת אילו חיים צפויים לנו בשנים הנוספות הללו? מה טיבה ואיכותה של תוספת החיים שלה זכינו? במילים אחרות, האם העלייה בתוחלת החיים תביא לשנים רבות יותר של מוגבלויות ותלות או שאנו צפויים לשנים של עצמאות תוך דחיסת התלות לשנה האחרונה?

נוצר מצב שבו לא רק המוות מהווה את נקודת הסיום אלא גם אותה נקודה שבה בריאותו של הפרט מידרדרת עד לרמה שבה הוא מאבד את עצמאותו התפקודית ונעשה תלוי באחרים. חשיבות החיזוי של תוחלת החיים הפעילה (התפקודית) אינה פחותה מחשיבות החיזוי של המוות (Fries, 2002).

כך ועמיתים (Katz et al., 1983) טבעו את המונחים: "תוחלת חיים פעילה" ו"תוחלת חיים תלותית" (active life expectancy; dependent life). הם בדקו ומצאו את היחס בין מספר השנים של תלות מול מספר השנים של עצמאות בכל קבוצת גיל ומין באוכלוסייה שמעל גיל 65 שנה החיה בקהילה.

מהטבלה מסתמנת מגמה שבקבוצת גילאי 65 שנים ומעלה, מעל מחצית האנשים יחיו את השנים הנותרות תוך עצמאות; אך בקבוצת גילאי 85 ומעלה יותר

ממחצית האנשים יחיו את השנים הנותרות כשהם תלויים בחברה הסובבת (משפחה, מטפלים וכיו"ב).

ברור אם כך שאריכות החיים הצפויה טומנת בחובה הן שנים של פעילות והן שנים של תלות. בין אנשי המקצוע ניטש עדיין הוויכוח – האם הארכת תוחלת החיים שבאה בעקבות שיפור רמת ההיגיינה והתקדמות הטכנולוגיה הרפואית תורמת להורדה או להעלאה של משך התלות והמוגבלות? פרייס (Fries, 1980) טען שניתן לדחות את מועד הופעתן של המחלות הכרוניות ולדחוס אותן לסוף החיים, וכך להוריד את מספר שנות התלות; זאת על-ידי שינוי בהרגלי החיים. גם ויטה ועמיתים (Vita et al., 1998) מצאו שמשך התלות והמוגבלות המצטברת יורד ומספר השנים העצמאיות עולה, וזאת כמובן בתנאי שנמצאים בקבוצת סיכון נמוך. הם עקבו במשך 24 שנים אחר 1,741 גברים ונשים, שסווגו לשלוש קבוצות סיכון על-פי גורמי הסיכון: עישון, משקל ופעילות גופנית. נמצא שהופעת המוגבלות התאחרה בחמש שנים בקבוצת הסיכון הנמוך לעומת קבוצת הסיכון הגבוה. מה שברור הוא, שככל שהזקן יגיע לגיל מופלג יותר כך יצטמצם מספר השנים העצמאיות והפעילות שלו ויעלה משך הזמן שבו הזקן יהיה תלוי בסביבתו.

עד שיוכרע הוויכוח האם תוחלת חיים ארוכה מעלה או מורידה את מצבי התלות, תיאלץ החברה הישראלית ובמיוחד דור הביניים או זה הקרוי "דור הסנדוויץ'" – גילאי 40-60, וחלקם אף מעבר לגיל 65, שמעליהם הורים ומתחתם ילדים ונכדים – לשאת על שכמו את הטיפול המתמשך בהורים זקנים שישרדו לאורך שנים (גם כתוצאה מהרפואה המודרנית), כפי שנהגו בטיפול בילדיהם עד התבגרותם ואף מעבר לכך.

אוכלוסיית הזקנים בישראל נאמדת בכ-10% מכלל האוכלוסייה, אחוז הנחשב נמוך בהשוואה לאוכלוסיית מערב אירופה או ארצות הברית. מאידך גיסא, אוכלוסיית הזקנים בישראל מזדקנת בקצב מואץ יותר מאשר במערב אירופה או בארצות הברית ולכן אנו צפויים למספר רב יותר של מזדקנים, בני ה-75 ומעלה המהווים כיום 45% מכלל הזקנים, ובני ה-80 ומעלה – המהווים כיום כחמישית. בעשר השנים הבאות צפוי גידול של 32% בקרב בני 75 שנה ושל 48% בקרב בני 80 שנה.

לפי הנתונים (ברודסקי ועמיתים, 2001), בשנת 1998 היו 80,000 קשישים שהיוו כ-14% מכלל הקשישים המוגבלים באחת או יותר מהפעילויות הבסיסיות של הטיפול האישי (ADL). בעשר השנים הבאות צפוי גידול של 42% במספר המוגבלים בני 65 ומעלה ומספרם צפוי להגיע עד ל-115,000 אנשים בשנת 2010. רוב הקשישים המוגבלים – כ-80% – שוהים בביתם בקהילה ומטופלים בידי משפחתם. הנתונים של המוסד לביטוח לאומי מצביעים על כך שבשנת 2001 הגיע מספר הזכאים לגמלת סיעוד בבית מטעם המוסד לביטוח לאומי ל-100,000, מספר הגבוה במעט מהנתונים הכלליים על מספר המוגבלים בקהילה.

רק כחמישית מכלל הזקנים המוגבלים מאושפזים בבתי-אבות ומתוכם כ-14,000 איש ואישה מצויים בפיקוח משרד הבריאות לחולים סיעודיים ולתשושי נפש. לגיל תפקיד חשוב בנושא המוגבלות: אחוז המוגבלים עולה עם הגיל. רוב המוגבלים השוהים במסגרות סיעודיות קבועות הם בני 80 ומעלה, המהווים 25% מכלל המאושפזים.

2. פיזיולוגיה ופתולוגיה של הזיקנה

במרוצת החיים עובר גוף האדם תהליכים רבים ושונים. חלק מהשינויים, אלו הנעשים תכופים ומשמעותיים יותר, קשורים ישירות לזמן, כלומר תלויים בגיל ההולך ומתקדם והם נקראים "תהליכים תלויי זמן" או "תהליכים פיזיולוגיים". אלו תהליכים אוניברסליים המתרחשים אצל כל אחד מאתנו, אם כי בקצב שונה. למשל, תהליך דלדול העצם (אוסטאופורוזיס), תהליכים של טרשת עורקים, יָרוד (קטרקט) וירידה בתפקוד מערכות נוספות. במוקדם או במאוחר יפקדו את כולנו תהליכים פיזיולוגיים אלו; הגוף משתנה באופן שאיננו מרגישים בחיי היום-יום אך הרזרבות של הגוף מצטמצמות ואמצעי המיגון והחיסון פוחתים. ייתכנו גם תהליכים תלויי גיל המואצים במערכת אחת וללא פגיעה במערכת אחרת – למשל, המוח מזדקן אך הלב והריאות פעילים; או העצמות מזדקנות בזמן שהמוח פעיל. זהו פן אחד של תהליך ההזדקנות הפיזיולוגית הנורמלית.

מעבר למשך הזמן ולגיל חלים גם שינויים שמקורם במחלות שאירעו במהלך החיים, ואלו נקראים "תהליכים פתולוגיים". פתולוגיה זו מחלה ולפיכך התהליכים הפתולוגיים אינם אוניברסליים; לשמחתנו הם אינם חלים על כולם אלא על מעטים, אם במהלך החיים (אפשר להיות צעיר וחולה) ואם במהלך התקדמות הגיל ומשך החיים, כשהשינויים הפתולוגיים חוברים לשינויים הפיזיולוגיים.

הזיקנה, אם כן, היא תופעה הקשורה בזמן; תופעה הגורמת לאבדנים ברזרבות של מערכות הגוף אשר מתקשות לפצות ולתפקד נוכח אירועי דחק. מערכות הגוף מגיבות על כל אירוע דחק (סטריס), ולו הקטן ביותר, בפשל מערכתי ובאבדנים תפקודיים.

אירועי דחק (סטריסים) יכולים להיווצר על-ידי כל גורם זר (זיהומי – חיידקי או וירלי; כימי – תרופתי; סביבתי – חום, קור וקרינה; רגשי – אבדנים) והם פוגעים בגוף.

כתוצאה מהשינויים הללו חלה ירידה בחיוניות האדם הזקן. חיוניות היא היכולת שלנו להגיב, לפעול ולהוציא אל הפועל בתנאי סביבה נתונים את מה שהיינו רוצים לבצע. במילים פשוטות, זו היכולת לקום בבוקר, להתרחץ, להתלבש ואף להכין כוס קפה. ירידה בחיוניות היא גם ירידה בראייה ובשמיעה, קושי בניידות, בהבנה ובביצוע.

אצל הזקן הסיעודי משולבות, אם כן, זיקנה פיזיולוגית עם מוגבלות תפקודית פתולוגית. לא מדובר בתהליך הקשור רק לזיקנה כי אם גם למחלות. ההגדרה "הסיעודית" (מוגבלויות תפקודית ותלות גוברת) קשורה בתהליכים פתולוגיים הנובעים ממחלות ואינה בהכרח פועל יוצא של שלב הזיקנה (וכידוע, ניתן לחלות גם בגיל צעיר). למרות זאת, בגיל זיקנה קיים שילוב בין הפיזיולוגיה והפתולוגיה כפי שהדבר בא לידי ביטוי אצל הזקן הסיעודי. שילוב זה אינו תמיד ברור, כי איננו יודעים מתי והיכן מסתיימת הפיזיולוגיה ומתחילה הפתולוגיה. ברור שהפתולוגיה מעדיפה "להתיישב" על פיזיולוגיה פגיעה ורעועה. ניתן לומר שהזקן הסיעודי מצוי בקו התפר הדק (כלולין המהלך על חבל דק והמשתדל לשמור על

שיווי משקל שברירי) שבין פיזיולוגיה לפתולוגיה, כשכל שינוי עלול לגרום להתמוטטות וקריסה, לא רק של אותה מערכת אלא של כל מערכות הגוף – כמו מגדל קלפים שהוצא ממנו קלף אחד.

דוגמאות לקריסה רב-מערכתית: זיהום בשתן יגרום לחוסר שליטה על סוגר השתן, אך יחד עם זאת יופיעו בלבול, ישנוניות, קושי בהליכה ונפילות. ובדומה, זיהום בריאות יגרום לקוצר נשימה ולקושי בהספקת חמצן, אך גם לבלבול חריף ואי-ספיקת לב. מתן תרופות מרגיעות או מרדיומות יגרום לאי-שקט, למצבי בלבול או לישנוניות ולקשיי הליכה. כנ"ל, מתן תרופות ללחץ דם יכול לגרום לתת-לחץ דם בעמידה, להתעלפויות ונפילות. כמו-כן, בעיות שהן לכאורה סביבתיות – כגון שינוי בסביבה הטבעית, אשפוזים, או החלפת דירה – מוציאות את הזקן מהאיזון העדין.

נכון יהיה לראות את הזיקנה כפיזיולוגיה ואת המצב הסיעודי כפתולוגיה, ואז נוכל להבין שהזיקנה כשלעצמה היא יפה אך יש לה גם מחיר, שאותו משלמים במחלות ובתפקוד ירוד – כשהאלטרנטיבה, כמובן, גרועה יותר.

קיימות תאוריות רבות על תהליך ההזדקנות. אחת מהן, הממחישה את התהליך הפיזיולוגי, טוענת לירידה באחוז אחד בתפקוד המערכות מגיל 30 ומעלה. יוצא אפוא, שבגיל 80 המערכות מתפקדות ברמה של 50% מיכולתן התפקודית (כאותו לוליין המנסה לחצות נהר חיים גועש). הזקן הוא אם כן בעל פוטנציאל תחלואתי רב והוא נמצא בסיכון גבוה למחלות ולפתולוגיות שונות עקב גילו המתקדם (שינויים תלויי גיל). לשינויים אלו, כאמור, אנו קוראים "תהליכים פיזיולוגיים".

מהו תפקוד? תפקוד הוא היכולת לבצע משימות יום-יומיות הדורשות מערכות ואיברים תקינים ומתפקדים. מחלות גורמות לחוסר יכולת ביצוע של מטלות שונות והן מביאות לידי חסר תפקודי. חסר תפקודי אם כן אינו מחלה אלא התוצא שלה.

לחולים זקנים ישנה רשימה ארוכה של מחלות שאותן צברו במהלך חייהם. אך לא כל אבחון רפואי המייצג או מבטא מחלה מבטא גם פגיעה תפקודית. קיימים

אבחונים רפואיים רבים שאין להם השלכות תפקודיות ולעתים הם יכולים להטעות את אנשי המקצוע (רופאים, אחיות ועובדים סוציאליים) לגבי חומרת מצבו הרפואי של הזקן. לדוגמה, יתר לחץ דם ללא פגיעה באיברים אחרים או מחלת לב ללא תלונות על כאבים או בעיות נשימה, אינם הופכים את הזקן לחולה או לסייעודי. ייתכן גם שהפגיעה התפקודית נובעת ממחלה הפיכה (זמנית או חריפה), והזקן עשוי לחזור לתפקודו הקודם. לכן רצוי לציין אבחונים רפואיים תוך התייחסות להיבטים התפקודיים של אותן המחלות, ולא להדביק תוויות שאחר־כך קשה להיפטר מהן. עלינו, אם כן, לראות את הזקן בראייה כוללנית על כל ההיבטים.

פרק ב: מיהו הזקן הסייעודי

1. סיפור אישי

נכנסתי לחדר. אימא שכבה עם יד ימין שמוטה מהמיטה תוך עווית בפה והביטה בי. הבנתי מיד – אימא קיבלה שבץ מוחי. כך הסתיים טיול שורשים שאליו יצאתי עם הוריי ביוני 1995. התבוננתי באימא ולא יכולתי לעזור. אימא הביטה בי במבט נואש האומר: עזור לי בני. בזמן האירוע הייתה אמי בת 72, אישה עצמאית, אנרגטית וצעירה ברוחה.

אימא שכבה שבועיים במחלקה הנוירולוגית בבית-החולים האוניברסיטאי של וינה עד שהותרה טיסתה לארץ. במהלך השיקום בארץ, שהתקדם יפה ותוך מוטיבציה רבה מצד אימא, היא החליקה בפרוזדור בית-החולים ושברה את אגן הירכיים. אימא נותחה עוד באותו היום והשיקום נעצר. מצב רוחה היה ירוד, המוטיבציה נעלמה והיא שקעה בדיכאון. הופיע חוסר שליטה במתן שתן והתפתח פצע לחץ בגב התחתון. החזרנו את אימא הביתה מתוך מחשבה שאולי בבית היא תתאושש. כבן וכרופא חשתי בתסכול רב; אימא "היכתה" אותי בכל הבעיות הסייעודיות שהיטבתי כל-כך לטפל בהן אצל אחרים.

המצב נראה לי עגום מאוד. אחותי הייתה מותשת מעול הטיפול, והיה לי ברור שצריך לקבל החלטות – למי לפנות? מהי הכתובת? הסתכלתי מסביב ולא מצאתי. מה עושים? אחותי ואני היינו נבוכים. אבא מבוגר מאימא בשנים רבות וגם בריאותו אינה טובה. כל העיניים היו נשואות אליי. "אתה הרופא", אומרים לי, "אתה ודאי יודע מה עושים", כשבתוך תוכי אני אומר: כאן אני בן, לא רופא.

יום אחד התעשתתי, אמרתי לאחותי שהדיור המוגן שבו אני עובד כרופא יתאים להורים, הן כסביבה עם חברה ותעסוקה במשך היום והן מבחינת הטיפול הרפואי

והסיעודי הניתן בידי אחות הנמצאת במקום במשך כל שעות היממה. ההורים התנגדו:

"אנחנו לא מוכנים להיכנס לבית־אבות או מוסד; לא נעזוב את הבית ואת הסביבה המוכרת לנו".

"אבל הבית והסביבה אינם מתאימים עוד לצרכים שלכם ואתם רחוקים ממקום מגוריי", השבתי.

גם הצוות בדיור המוגן טען שאימא אינה עצמאית. הבטחתי להם שהמצב זמני; אימא תחזור לעצמה ועם מעט עזרה היא תהיה גם עצמאית.

כיום, באפריל 2003, שמונה שנים לאחר האירוע, אימא בת ה־80 מתפקדת ברוב פעילויות היום־יום עם מעט עזרה של חוק הסיעוד (10 שעות שבועיות). היא מתהלכת עם מקל, ערנית וצלולה, משתתפת בכל הפעילויות החברתיות, למדה לשחק ברידג', כתבה 2 ספרים על השואה, מצוירת בידה השמאלית ציורים מלאי חדות חיים, אופטימיות וצחוק.

2. הגדרת "מצב סיעודי"

כשחלה ירידה ביכולת הזקן לבצע פעילויות יום־יומיות בסיסיות וגוברת תלותו בסובבים אותו אנו מגדירים אותו כ"סיעודי". למעשה הגדרה זאת מבטאת ירידה בעצמאות ובאיכות החיים.

למצב הסיעודי קיימת אף הגדרה פורמלית, המבטאת למעשה את הקריטריונים שעל־פיהם חולה מוגדר כסיעודי. ההגדרה של משרד הבריאות היא: "חולה שמצב בריאותו ותפקודו ירוד כתוצאה ממחלות כרוניות שונות, מליקוי קבוע גופני או נפשי". ההגדרה כוללת גם אפיונים של מצב התלות המתבטא באחד או יותר מהמצבים הבאים:

א. הזקן מרותק למיטה או לכיסא גלגלים; הוא אינו עוזר בהעברות – וזה ה"סיעודי הקשה".

ב. הזקן מתהלך עם עזרה רבה עקב פתולוגיה או סיבוכים של מחלות שונות – וזה ה"סיעודי הקל".

ג. לזקן אין שליטה על הסוגרים או על אחד מהם.

לפי הגדרה זו, הפגיעה התפקודית מתבטאת בבעיות תנועה וניידות וחוסר שליטה על הסוגרים. אך פרט לבעיית הניידות והסוגרים, האוכלוסייה הסיעודית זקוקה לעזרה בתפקודים אישיים נוספים, כגון רחיצה, הלבשה ואכילה, וכן בתפקודים הקשורים בבעיות קוגניטיביות ברמות שונות.

הגדרת משרד הבריאות היא רחבה וניתנת לפירושים שונים. יתר על כן, הגדרה זו אינה נותנת תשובה למצבים רבים, שכן עדיין קיים טווח רחב של מצבי תלות שבהם מעורבים משתנים והיבטים (עליהם אעמוד בהמשך) שאינם מצוינים בהגדרה זו.

הקושי להגדיר באופן פורמלי מצב סיעודי ניכר גם בעובדה שההגדרה של משרד הבריאות אינה ההגדרה הקובעת היחידה. המוסד לביטוח לאומי ניסתה הגדרה משלו למצב הסיעודי, לצורך גמול שעות סיעוד בבית במסגרת חוק הסיעוד. מעניין שדווקא המוסד לביטוח לאומי מקל ואינו מחייב את קיומם של שלושת הקריטריונים הנ"ל, אלא מסתפק בשתי מוגבלויות בפעילויות היומיומיות (מוגבלויות אלה יוצגו בפרק הבא). משרד הבריאות, שמתפקידו להחליט על אשפוז במסגרות סיעודיות קבועות או בבית-אבות, מגדיר מצב סיעודי בצורה חמורה מזו של המוסד לביטוח לאומי, המספק שעות מטפלת בבית ומנסה למנוע בשלב זה את האשפוז. יוצא אפוא שהמגמה היא ש"הסיעודי הקל" יישאר בבית, ו"הסיעודי הקשה" יועבר לבית-אבות. אך מלבד משרד הבריאות והמוסד לביטוח לאומי יש גורמים נוספים המגדירים מצב סיעודי ואלו הן חברות הביטוח הפרטיות. אלו קבועות בהגדרתן ארבע (מתוך שש) מוגבלויות בפעילויות השונות שיוצגו בפרק הבא ולעתים הן מתנות מוגבלות מסוימת – כמו ניידות או חוסר שליטה בסוגרים – כקריטריון נוסף.

מיהו, אם כן, זקן סיעודי ועל אילו מוגבלויות אנחנו מדברים? את זאת נראה בפרק הבא.

3. כיצד נקבע מצב סיעודי?

מצב סיעודי נקבע על-פי רמת התפקוד ובעיקר על-פי רמת התלות. רמת התפקוד נקבעת על סמך בדיקה המודדת יכולת ביצוע של פעילויות יום-יומיות בסיסיות (ADL). הנתונים מתקבלים מתצפית על החולה בזמן ביצוע המשימות או משיחה עם המטפל של החולה (אחות או בן המשפחה).

מהן אותן פעילויות יום-יומיות בסיסיות (ADL)? – אלו הן המטלות היום-יומיות הנדרשות בחיי היום-יום בחברה, כמפורט להלן:

רחצה עצמאי: נכנס ויוצא מהאמבטיה ומתרחץ ללא עזרת אדם נוסף.

לבוש עצמאי: נוטל מהארון את הבגדים ומתלבש בעצמו.

שימוש בשירותים עצמאי: נכנס ויוצא מהשירותים, מסדר את בגדיו ומנקה את עצמו.

העברות עצמאי: נכנס ויוצא מהמיטה, מתיישב וקם מהכיסא ללא עזרה.

שליטה על הסוגרים עצמאי: שולט על מתן הצואה והשתן.

האכלה עצמאי: מעביר אוכל מהצלחת לפה.

אלו הן שש דרגות של תפקוד בסיסי במטלות שהאדם מבצע יום-יום. חוסר יכולת לבצע אחת או יותר מן המטלות הללו גורם לפגיעה תפקודית ומעלה את דרגת התלות באחרים. למשל:

תליתי ברחצה: זקוק לעזרה ברחצה, בכניסה לאמבטיה וביציאה ממנה.

תליתי בלבוש: אינו מתלבש לבד או מתלבש באופן חלקי.

תליתי בשימוש בשירותים: מקבל עזרה בהיגינה בשירותים או משתמש בסיר או בכיסא.

תלותי בהעברות: אינו מסוגל לבצע העברות – כמו ממיטה לכיסא ומכיסא גלגלים לכיסא השירותים.

תלותי בסוגרים: בעל שליטה חלקית או שהוא משתמש בקטטר, פנרוס, סיר או חוקן.

תלותי בהאכלה: זקוק לעזרה בהעברת האוכל לפה או ניזון בצורה מלאכותית.

קיים רצף של עצמאות – תלות המחולק לשלוש רמות:

א. עצמאי בעל יכולת לבצע מטלות ללא עזרת אדם אחר (ניתן להשתמש באביזרי עזר).

ב. "תלותי קל" בעל יכולת לבצע מטלות עם עזרה מאדם אחר.

ג. "תלותי קשה" חסר יכולת לבצע מטלות גם עם עזרה מאדם אחר.

בהגדרתנו את הזקן הסייעודי אנו נאחד את הרמות של הזקן "התלותי הקל" ו"התלותי הקשה" ונכנה אותם זקן "תלותי"; כך נתייחס לשתי הגדרות בלבד: זקן "עצמאי" וזקן "תלותי".

כץ ועמיתים (Katz et al., 1963) בנו כלי – "האינדקס של כץ" – שמאז 1963 מקובל מאוד בספרות המקצועית. כלי זה כולל את שש המטלות הנ"ל, כשאי-יכולת לבצען אפילו עם עזרה נחשבת לתלות מוחלטת, והניקוד הוא: עצמאי = 0; תלותי = 1. תלות מלאה בכל המטלות נותן ניקוד מְרָבִי של 6 נקודות. ניתן לתת ניקוד של 0.5 לתלות חלקית (ראה מבחנים בנספח).

בניקוד זה יש לקחת בחשבון אנשים בודדים, ערירים ואנשים שקיימת אצלם ירידה ניכרת בראייה. אגב, העלייה בתלות מתרחשת בדרך-כלל על-פי הסדר שהוצג לעיל: התלות מתחילה בפגיעה ביכולת הרחצה וההלבשה ומתקדמת לחוסר שליטה בסוגרים ולהאכלה.

4. מהם הגורמים למצב סיעודי?

כפי שכבר נאמר, מצב סיעודי נובע מפתולוגיה – מחלות שונות שהביאו למוגבלות ולעלייה בתלות. מהן המחלות הללו? אנו מחלקים אותן לשלושה מצבים רפואיים והם: (א) מצבים גופניים; (ב) מצבים נפשיים-קוגניטיביים; (ג) מצבים חברתיים-משפחתיים.

א. המצבים הגופניים הם: מחלות מתקדמות שהותירו פגיעות גופניות, כמו: אירוע מוחי עם שיתוק פלג גוף; סוכרת עם פגיעות בכלי הדם ברגליים; אי-ספיקת לב מתקדמת עם קושי בנשימה; בעיות ריאתיות עם קוצר נשימה; פרקינסון מתקדם עם בעיות הליכה; מחלות הפוגעות במערכת השלד והפרקים (שברים, אוסטאופורוזיס, ואוסטוארטריטיס) ומחלות מערכתיות אחרות.

ב. מצבים נפשיים-קוגניטיביים: דיכאון; אלצהיימר; וכל סוג של דמנציה.

ג. מצבים חברתיים-משפחתיים: בדידות והזנחה.

כל אלה משפיעים על מצבו הרפואי של האדם הזקן, כשהביטוי לכך יהיה ברמות התפקוד השונות. ייתכן גם שילוב בין המצבים הרפואיים – הגופניים, הנפשיים והחברתיים – שמעצימים האחד את השני. למעשה הדגש הוא לא על המצב הרפואי שגרם לבעיה אלא על התוצר של אותו מצב רפואי ועל הביטוי התפקודי שלו אצל הזקן. כך שייטכנו מצבים שבהם הבעיה הגופנית אינה כה חמורה, אך עקב מצב נפשי ו/או סוציאלי נלווה הופך הזקן לתלתי במידה רבה, תפקודו ירוד מאוד ולכן יהיה זקוק להשמה בבית-אבות.

להלן מספר דוגמאות:

א. יתר לחץ דם, סוכרת – מחלות הפוגעות באיברים שונים שנגרם להם נזק, והביטוי לכך הוא ירידה תפקודית: למשל פגיעה בעיניים (רטינופטיה) ועיוורון, פגיעה בכליות (נפרופטיה), פגיעה במוח (סטרוק) ופגיעה שכלית, פגיעה בכלי הדם ברגליים (איסכמיה), הופעת כאב וקושי בניידות, ופגיעה בלב (התקף לב).

ב. פרקינסון – מחלה ניוונית של המוח הגורמת לנוקשות בגוף, לקושי בהליכה ולרעד הפוגע ביכולת הניידות, לקושי ברחצה, לקושי להתלבש ולאכול כמו גם לבעיות בבליעה.

ג. שבר בצוואר הירך – פוגע בניידות, בהליכה וביציבות.

ד. מחלות לב וריאה – פוגעות ביכולת הנשימה ובניידות למרחק.

ה. פרוסטטה מוגדלת – גורמת לחוסר שליטה על סוגר השתן.

ו. דיכאון – גורם להאטה בחשיבה, לתת־תזונה ופגיעה בפעילות היום־יומית.

ז. אלצהיימר – גורם לבעיות בזיכרון ובהתמצאות.

5. השלבים השונים בירידה תפקודית

בשלוש דרכים עיקריות מגיעים למצב סיעודי, וביניהן יכולות להיות דרכי ביניים משולבות או מקבילות: (א) ירידה חדה; (ב) ירידה מתמשכת וזוחלת; (ג) ירידה מדרגית וקופצנית.

א. הדרך הראשונה היא ירידה דרסטית, חדה ופתאומית. דרך זו מתוארת על־ידי בני המשפחה כ"טראומה", כ"ברק ששינה סדרי עולם", או כדברי אחת הבנות שסיפרה לי על שאירע באותו יום: "אימא עמדה במטבח והכינה את השבת ולפתע נפגעה מאירוע מוחי ונמצאה על הרצפה ומאז לא התאוששה". לדעתי, גם הבנות לא התאוששו והן היו ממשיכות לשאול אותי: "מתי אימא תתאושש"? כאילו הן מחכות לכניסת השבת ולתבשילה של אימא. למרות שירידה זאת מתוארת כחדה, היא נמשכת לעתים מספר ימים עד להתהוותה ולסיומה של הפגיעה המוחית או הפגיעה הלבבית. מצב זה נובע מחסימה מלאה של כלי דם במוח או בלב וכתוצאה מזה פגיעה באזור הניזון מדם וחמצן. מצבים אלו עלולים להסתיים לעתים אף במוות, עקב הפגיעה הנרחבת שלהם.

ב. הדרך השנייה היא ירידה קבועה ומתמשכת באותו הקצב לאורך שנים. ניתן לחזות את המהלך אם אנו מודעים למחלה ולפרוגנוזה שלה. הדוגמה הטובה ביותר היא דמנציה מסוג אלצהיימר, המתאפיינת בירידה הדרגתית לאורך שנים עד הגעה למצב מתקדם של אלצהיימר, שבו הזקן שוכח לעמוד, שוכח ללכת (אפרקסיה) ומרותק למיטה ולכיסא הגלגלים. גם מחלות ניווניות אחרות של המוח מסוג פרקינסון מתדרדרות בקצב דומה התלוי בכמות הפגיעה בתאי המוח.

ג. הדרך השלישית היא דרך המתוארת כירידה בשלבים או בצורה של ירידה במדרגות. בכל אירוע חריף יורדים מדרגה או כפי שאני קורא לזה "יורדים כיתה" – ואף אחד כידוע לא אוהב לרדת כיתה אלא רק לעלות, ובוודאי כשמדובר בבני משפחתך ובאהובים עליך. מצב זה יכול לנבוע הן מהמחלה הבסיסית שמידרדרת בצורה של מדרגות – למשל אירוע וסקולרי של המוח או של הלב, שבו מתרחשת חסימה בכלי הדם וכתוצאה מכך נגרם נזק למוח או ללב, הגורם לירידה במספר מדרגות (או כיתות). ירידה מדרגית זו יכולה גם לנבוע מגורמים חיצוניים או מאירועי דחק חריפים שאינם קשורים למחלה הבסיסית – כמו זיהומים, חבלות, ניתוחים, שינויים במצב המלחים והמים בגוף והחרפה של מחלות קיימות.

יש שתי דרכי ביניים נוספות, משולבות או מקבילות:

ד. דרך ביניים מאופיינת במצבים הפיכים שקיימת בהם הפוגה (רמיסיה) ואף נסיגה במחלה, ושיפור במצב התפקודי – למשל לאחר אירוע חריף שחלף. ראיתי מצבים שונים שבהם פסקו את דינו של החולה (הדבקת תווית) והגדירו אותו בקטגוריה סיעודית כתוצאה מאירוע חריף או החרפה במחלה כרונית בסיסית, בעוד שהחולה, שתויג כסיעודי, קם על רגליו וחזר לתפקוד הבסיסי שקדם למחלה או לאירוע, ולעתים הוא אף חוזר לעצמאות מלאה. יש, לכן, "לתת את הזמן" ובמיוחד לאחר אירועים חריפים; להתרחק מהאירוע ורק אז לקבוע האם המצב הפיך או בלתי הפיך. יש לזכור שיש הפתעות בחיים. ייתכן שלאחר המצב החריף עולים שוב במספר מדרגות ומגיעים אף

לשלב הבסיסי שממנו נפלנו; אך בדרך-כלל אנו בונים מדרגה חדשה שהיא נמוכה מזו שהיינו בה ומתבססים בה עד לאירוע הבא.

ה. קיימת דרך ביניים נוספת שבה הירידה במצב היא אמנם הדרגתית (כמו בדרך השנייה) אך מהירה יותר ומְהֵלכה קצר יותר, כשזווית השיפוע של ההידרדרות חדה יותר. ניתן לומר שהחולה מידרדר במהלך של מספר שבועות או חודשים, כפי שנראה במחלה סרטנית מפשטת או במחלה סופנית כרונית מתקדמת, הנובעת מאי-ספיקת לב סופנית או מערכת אחרת – למשל כליות, ריאות, כבד ומערכות אחרות, וההידרדרות אינה נעצרת אלא בפטירת החולה.

חשוב לציין שבתחילת הדרך המצב הסיעודי קל יותר, עם ירידה תפקודית מעטה – כפי שראינו בדרך השנייה ובדרך השלישית; הזקן אז פחות תלוי וההתמודדות של המשפחה פחות מורכבת מזו שבדרך הראשונה או בדרכי הביניים האחרות.

על המשפחה, אם כן, להכיר את מצבו הבסיסי של החולה ולדעת למה לצפות בתהליך הטבעי של המחלה הבסיסית; על המשפחה להיות מוכנה למדרגה הבאה – היכולה להיות מדרגה תחתונה ולעתים, בהפתעה, דווקא עליונה. יש גם להיות מודעים לכך שקיימים מקרים שבהם המצבים הבסיסיים מחמירים ולדעת שניתן לאזן מחלות קיימות ולמנוע סיכונים ואירועים חריפים נלווים ומסככים (כפי שנראה בפרקים הבאים).

6. הטרוגניות – קטגוריות שונות של זקנים סיעודיים

למרות שקיים מכנה משותף לזקנים סיעודיים המתבטא במוגבלות בפעילות היום-יומית הבסיסית עקב מחלה גופנית או קוגניטיבית, אנו חייבים להכיר בהטרוגניות של החולים. הטרוגניות זו נובעת מהעובדה שלאותה ירידה תפקודית קיים טווח רחב של מצבי תלות, מהקל לחמור; טווח זה קשור בממדים שונים שהם מעבר לתוצאה הישירה של המוגבלות הגופנית או הקוגניטיבית של החולה. כמו למשל הממד של סוג המחלה הרפואית שגרמה למוגבלות (כפי שצוין בפרק

הקודם), מידת חריפותה וחומריתה, ומשך המחלה – כלומר, האם הנזק הסתיים או שהוא צפוי להתמשך.

במחלת הסוכרת, למשל, קיימים נזקים וסיבוכים מתמשכים לאורך כל החיים שרק מחמירים עם הזמן, או מחלת טרשת עורקים שפוגעת בכלי הדם לכל אורך החיים. זאת לעומת טראומה בעמוד השדרה או שבר באגן הירכיים – שעל אף הנזק שנגרם המצב עשוי להשתפר והזקן יוכל לחזור לעצמאותו. גורם נוסף הוא מצבו הנפשי של הזקן, המוטיבציה שלו וקיום משאבים סוציאליים-כלכליים בידי המשפחה – כל אלה, ולא רק המחלה, משפיעים על מידת התלות והתפקוד. לאור הדברים הללו הגדרת הזקן הסיעודי כוללת מספר קטגוריות תפקודיות השונות זו מזו ואלו הן:

א. זקנים שמצבם הסיעודי הוא בלתי הפיך לעומת זקנים שמצבם הסיעודי הוא הפיך, נמשך תקופה זמנית וקצרה, שלאחריה יחזרו למצב של עצמאות.

ב. זקן סיעודי שמחלתו העיקרית היא גופנית-פיזית לעומת זקן סיעודי שמחלתו העיקרית היא קוגניטיבית-שכלית (תשוש נפש).

ג. זקנים שמצבם התפקודי ותלותם מוגדרים כקלים יחסית לעומת זקנים שתלותם מוגדרת כקשה.

ד. זקן סיעודי שמחלת הרקע שלו יציבה וקבועה לעומת זקן שמחלת הרקע שלו וסיבוכיה פעילים וחריפים (מורכבת).

ה. זקן סיעודי החולה במחלה סופנית אונקולוגית וזקן החולה במחלה סופנית שאינה אונקולוגית.

הקטגוריות השונות הללו חשובות להבנת החולים ולגישה הנקוטה כלפיהם. הטיפול בחולה הצלול אינו דומה לטיפול בזקן תשוש נפש, או הטיפול בזקן סיעודי זמני אינו דומה לטיפול בזקן תלותי באופן קבוע. הזקן הסיעודי הקל שמסייע בהעברות מהמיטה לכיסא אינו דומה לזקן סיעודי כבד ששוכב ללא יכולת לנוע, או זקן עם מחלה פעילה אינו דומה לזקן במצב יציב, כפי שהזקן הסופני עם סרטן אינו דומה

לזקן סופני עם מחלה כרונית מתקדמת. לכל אחת מן הקטגוריות הנ"ל יש להתאים גישה טיפולית שונה. הבעיות הרפואיות מצריכות מיומנויות שונות וכוח אדם שונה, ובהתאם לכך גם רמות טיפול ואינטנסיביות שונות. גם התאמת המקום לחולה קשורה לקטגוריה התפקודית שעמה הוא נמנה (יאול, 1996).

נסביר בקצרה את הקטגוריות השונות תוך הבאת דוגמאות מתאימות.

א. הקטגוריה הראשונה: מצבם של זקנים סיעודיים הוא בדרך-כלל קבוע והנוק שנגרם להם הוא בלתי הפיך. אך קיימים לעתים מצבים סיעודיים שמלכתחילה ידוע שהם זמניים – כמו למשל זקנים לאחר ניתוחים אורטופדיים, שאסור להם לדרוך על הרגל מספר חודשים ועליהם להיות מרותקים למיטה, או זקנים לאחר ניתוח שבעטיו חלה אצלם ירידה בתפקוד הכללי, או אירועים ומחלות חריפות שהם הפיכים (ראה הסעיפים על דיליריום, זיהומים ומחלות סמויות). קטגוריה זו של מצבים הפיכים דורשת היערכות שונה וניהול טיפול שונה. למשל, לא נבצע שינויים בדירת הזקן, ואף השקעת המשאבים תהא לתקופה קצרה בלבד ועם לקיחת נשימה ארוכה, וייתכן אף שיהיה צורך לאשפזו זמנית במחלקה סיעודית.

ב. קטגוריה שנייה היא פגיעה קוגניטיבית לעומת פגיעה גופנית (פיזית). במצבים שבהם הפגיעה הקוגניטיבית היא דומיננטית והזקן אינו צלול, דבר המתבטא בחוסר שיתוף פעולה מצדו ולעתים אף בהתנהגויות חריגות, ניהול הטיפול דורש אז גישה שונה, משאבים ומיומנויות אחרים. בעיות בתקשורת הוורבלית והקושי בהתמודדות היום-יומית עקב ההשגחה הצמודה גורמים לבני המשפחה להחליט לאשפז את הזקן במסגרת סיעודית קבועה. לעתים המשפחה מנסה להתמודד עם מצבו במסגרת הבית אך לאורך זמן היא מותשת ולבסוף נכנעת.

ג. קטגוריה שלישית היא הגדרה של מצב קל לעומת מצב קשה וזאת בכמה מישורים אפשריים. מישור אחד הוא כשהפגיעה היא התחלתית – למשל בדמנציה בשלבים הקל והבינוני. הזקן עדיין מתפקד וקיימות רק בעיות זיכרון. במצב כזה יש צורך בליווי צמוד. או לאחר אירוע מוחי שמתבטא

בשיתוק קבוע של פלג גוף; הזקן אז לומד להתהלך בעזרת הליכון או בעזרת אדם נוסף. מישור שני הוא פגיעה גופנית קשה אך קיים שיתוף פעולה מצד הזקן בהעברות לשירותים ולכיסא הגלגלים: הזקן ערני ובעל מוטיבציה והוא מתאים עצמו לסביבה. במקרים כגון אלה קיימת השלמה מצד החולה ומצד המשפחה עם המצב, תוך "קבלת" הירידה התפקודית. ככלל, כל מצב של שיתוף פעולה מצד החולה, שיתוף שמתבטא בעזרה בהעברות, ביציאה מהבית ובמצב רוח תקין – נחשב למצב קל הדורש התייחסות לצורכי החולה עם דגש על צרכים סוציאליים ושיקומיים.

ד. קטגוריה רביעית היא של מחלת רקע פעילה. בקטגוריה זו קיימת דינמיות במצבם הרפואי של חולים שמחלתם הבסיסית או המחלות הנלוות אינן יציבות – למשל סוכרת, הגורמת לנמק ברגליים והצורך בקטיעה חוזרת ונשנית, או זיהומים חוזרים בדרכי השתן כתוצאה מהסוכרת, או מצב של אי-ספיקת לב, כליות, ריאות וכבד בשלב מתקדם, מחלות הנוטות להתלקחויות תכופות ולהידרדרות המצב התפקודי עם הפוגות קצרות. זקנים הנכללים בקטגוריה זו דורשים טיפול עם ניטור צמוד ונמרץ ועם יד על הדופק; במצבים אלה יש להיות קשובים וערניים לשינויים במצב החולה. הניטור כולל מעקב אחר מספר הנשימות, חום, כחלון פריפרי, בצקות ברגליים, וירידה במצב ההכרה. נדרשות כאן גם בדיקות מעבדה ותרופות. לעתים יש לתת תרופות דרך הווריד, או אינהלציה או מתן חמצן. הניטור הצמוד בא למנוע התלקחות והחרפה של המצב. זקנים אלו נשלחים לחדרי מיון ולאשפוזים תכופים, וחלקם מוגדר כ"סיעודי מורכב"; הקופות המבטחות מכירות כיום בקטגוריה זו לצורך אשפוז במחלקה "סיעודית מורכבת" – כשיש צורך בהזנה מלאכותית דרך זונדה, כשלזקנים יש פצעי לחץ עמוקים בדרגות 3-4, או כשהם זקוקים לטרכיאוסטומיה (פיוס קנה), זקוקים לחמצן 24 שעות ביממה וכן חולים הזקוקים לדיאליזה. חלקם האחר מוגדר כחולים לא יציבים מבחינה רפואית, שמחלתם נוטה להתלקח תכופות; במקרים אלה על המשפחה להיאבק על-מנת להגדירם כך, דבר שיאפשר את המשך אשפוזם במימון הקופה המבטחת (משרד הבריאות, 1994).

ה. קטגוריה חמישית היא של זקן עם מחלה סופנית או זקן שנמצא במצב של טרום-מיתה. מצב זה מוגדר בדרך-כלל כשלושת החודשים האחרונים לחייו. אנו מכירים זקנים כאלה החולים במחלות סרטניות ממושטות כשהקופות המבטחות מכירות בצורך לאשפזם בהוספיס כטיפול תומך או באשפוז במחלקות סיעודיות מורכבות. אולם לגבי זקנים סיעודיים עם מחלה סופנית לא אונקולוגית, המתקרבים לסוף חייהם והמתאפיינים בגיל מופלג, במצב תפקודי-גופני וקוגניטיבי ירוד ביותר ובמחלות נלוות מרובות, אין עדיין הכרה מצד המערכת הרפואית בצורך לאשפזם. זקנים לאחר אשפוזים מרובים מותשים כבר מהמחלה וחיוניותם ירודה; הם בקושי מגיבים לקריאה בשם, מתקשים להגיב, לחייך, כשכל פעולה ולו הבסיסית ביותר, כמו אכילה מידי מטפל, רחיצה או העברות לשירותים, מתישה אותם. לדעתי, על הקופות המבטחות להתיר את אשפוזם של חולים אלה במחלקות סיעודיות מורכבות וכך לאפשר להם למות בצורה מכובדת ומתאימה ולא דרך אשפוזים חוזרים בבית-חולים כללי.

7. מאפייני הטיפול בזקן סיעודי

הטיפול בזקן הסיעודי הוא טיפול כרוני מתמשך (long term care). מהו מצב כרוני מתמשך? הטיפול הכרוני מאופיין במספר מישורים: מסגרת הזמן המתמשך, מסגרות הטיפול הכוללני, מסגרת הצוות הרב-מקצועי המטפל, המיקום של החולה, והמשאבים הסוציו-כלכליים של המשפחה (Ouslander et al., 1997).

א. הזמן המתמשך – מדובר בטיפול המשכי ורציף של שנים רבות: כ-21% מכלל החולים הסיעודיים חיים מעל 5 שנים; משך השהייה הממוצע במחלקה הסיעודית הוא שנתיים עד שלוש שנים. טבען של מחלות כרוניות שהן רדומות במהלך השנים ותוצאותיהן ניכרות רק ברגע שמתרחשת פגיעה ניכרת באיבר או אי-ספיקה במערכת, וגם אז הפגיעה עדיין מתמשכת לאורך שנים. הזמן הארוך גורם לשחיקה ולהשפעות שליליות, הן על המטפל והן על החולה. מצד אחר – הזמן המתמשך גורם להסתגלות, ל"קבלת" המצב

ולעתים אף לשיפור במצב החולה ובדרכי התמודדותו עם מצב זה. יש לזכור שבמהלך השנים חלים שינויים וחידושים ביחס למחלות שונות ונכנסים לשוק אביזרים שונים הנועדים להקל ולסייע בטיפול. הזמן הוא גם המרפא הטוב לכל בעיה; וייתכן שעם הזמן תעלה המודעות, יופיעו קבוצות תמיכה לילדים ולבני זוג, הגישה לזקן הסיעודי עשויה להשתנות תוך ראיית מרוככת ומבינה יותר של המצב.

ב. הטיפול הכוללני – יש צורך בטיפול כוללני (הוליסטי) בחולה ולא להתמקד רק באיבר החולה או בבעיה הנדונה. גם המשפחה היא חלק מהטיפול הכוללני הזה. חוסר התייחסות לבני המשפחה ובעיקר למטפל העיקרי וחוסר טיפול בהם עלול לגרום לִחֶסֶר וכך לפגום בטיפול בחולה עצמו.

הטיפול בא לענות על צרכים רבים של החולה ומשפחתו ואלה הם:

1. צרכים רפואיים וסיעודיים במונחים של טיפול במצבים חריפים, מניעה ואיזון של מצבים כרוניים. ייעוץ רפואי ותרופתי וכן הפְּנִיָה ליועצים בתחומים המתבקשים. יש גם צורך בהדרכה וייעוץ בטיפול סיעודי – כמו חבישות, הזרקות, החלפת קטטרים, מתן הזנה מלאכותית, החלפת סטומה ואינהלציות.

2. צרכים אישיים המתמלאים בידי מטפלים – ברחצה, הלבשה, האכלה, העברות, שימוש בשירותים, שינוי בתנוחה, הולכה והשגחה.

3. צרכים שיקומיים-תחזוקתיים המתמלאים בידי צוות של עובדים מקצועיים – פיזיותרפיסט, מרפא בעיסוק ומרפא בתקשורת.

4. צרכים חברתיים המתמלאים בידי צוותות של עובדים סוציאליים, עובדי תעסוקה, מתנדבים, שכנים וחברים; מילוי צרכים אלו מכווון הן לחולה והן למשפחה שהנה חלק מתהליך הטיפול.

ג. הצוות הרב-מקצועי – הטיפול במישור זה מאופיין בניהול צוות רב-מקצועי ורב-תחומי. צורכי הזקן הם צרכים מקיפים וכוללניים ואינם מתמצים

במערכת אחת או בזמן מוגדר. טיפול מסוג זה יכול להינתן רק בידי צוות רב־מקצועי המנחה ומדריך את המטפלים, המשפחה והמטפל העיקרי בעבודה היום־יומית השוחקת. לכל אחד מאנשי הצוות יש תפקיד ועליהם להיות בקשר האחד עם השני ולפעול בתיאום, הן באשר למטרות הטיפול והן באשר למתן פתרונות בהתאם למצב. שיתוף במידע ספציפי לגבי החולה מנקודת מבטו של כל אחד מאנשי הצוות הבאים מרקע שונה יתרום לגיבוש גישה אחידה לבעיות הזקן, יביא ליצירת שפה משותפת בין אנשי הצוות, יפחית קונפליקטים ביניהם וישפר את ההחלטות הטיפוליות. שימוש נכון בצוות רב־מקצועי יצמצם את הצורך באשפוזים והפניות לחדרי מיון, יחסוך בתרופות ויצמצם את שיעור התמותה.

הצוות יעריך אפשרויות פוטנציאליות של שיקום החולה. ייתכן שהוא יקבל החלטה להוציא מהבית למסגרת אשפוזית קבועה או זמנית, או להפך – יחליט לאפשר את חזרתו הביתה ממסגרת אשפוזית קבועה או זמנית. ההחלטות תתקבלנה מתוך ראייה בין־תחומית ותוך איזון בין המשאבים בקהילה ויכולות המשפחה. ישיבות הצוות תהיינה מעין השתלמות פורמלית של הצוות לגבי חידושים מקצועיים. יש גם להעלות מחשבות על מדיניות ונהלים, שיפור איכות הטיפול והורדת המתחים בקרב המטפלים.

חלוקת העבודה בין חברי הצוות תהיה כדלהלן:

- הפיזיותרפיסט ידגיש את חשיבות התנועתיות וטווחי התנועה.
- התזונאי ידגיש את חשיבות התזונה הנכונה ואת הצורך בעידודה ובהעשרתה.
- המרפא בעיסוק יעבוד עם המטפלים והמשפחה בשיפור תפקודי היום־יום.
- הרופא ידווח על המצב הרפואי של החולה והשלכותיו האפשריות על תחומים אחרים שבהם עוסקים שאר אנשי הצוות.

■ העובדת הסוציאלית תשמש גורם מתווך בין החולה, המשפחה והמשאבים בקהילה.

■ האחות תתאם את הטיפול הרפואי, הסיעודי והאישי.

דוגמאות לעבודת צוות: חולה אובחן כדיכאוני לאחר שהדיאטטיקנית שמה לב שאינו מסיים את האוכל שבמגש. לאחר בדיקת הרופא הוחל במתן תרופות נגד דיכאון תוך שימת לב לתופעות לוואי. העובדת הסוציאלית עודדה את החולה, יצרה גירויים בסביבתו והובילה ליציאתו למרכזי יום ולאזורי קניות באמצעות המטפלים.

ד. **מיקום החולה** – גם מיקום החולה משפיע על אופי הטיפול. הימצאותו של הזקן הסיעודי בבית שונה משהייתו במסגרת אשפוזית קבועה או אשפוז בבית־החולים. דפוסי הטיפול בבית שונים מנוהלי העבודה, הגישה והטיפול הננקטים במסגרות האשפוזיות. המודל הרפואי של בית־החולים שונה מהמודל הרפואי של הזקן הסיעודי בבית או במסגרת אשפוזית קבועה.

בבית־החולים הזקן מתאשפז לצורך טיפול אינטנסיבי הממוקד בדרך־כלל באיבר מסוים או בבעיה ספציפית שהחריפה את המצב. במסגרות אשפוזיות קבועות ההתמודדות היא עם נהלים, עם סדר יום שונה ואף עם צוות מטפל משתנה.

ה. **המשאבים החברתיים־כלכליים של המשפחה** – הטיפול בזקן הסיעודי לאורך זמן דורש מהמשפחה כוחות ומשאבים ואורך נשימה רגשי כמו גם גב כלכלי, שכן מימון החזקת הזקן בבית הוא נטל כבד; יש הוצאות בלתי צפויות, לא תמיד ישירות, בהחזקתו. גם במסגרות האשפוזיות הקבועות הנטל הוא כבד אך ניתן להיעזר במשרד הבריאות, כשהשתתפות בתשלום היא לפי מבחן הכנסות וזכאויות. חוק הסיעוד, המאפשר קבלת שעות מטפל בבית כמו גם העסקת מטפלים זרים, שינה את פני השוק; כיום קיימת נכונות רבה יותר להשאיר את הזקן הסיעודי בבית תוך הורדת נטל הטיפול האישי וההשגחה היום־יומית מהמשפחה.

8. המשפחה והזקן – התמודדות מתמשכת

המשפחה של הזקן הסייעודי היא הנפגעת העיקרית מהירידה התפקודית שלו, שכן עליה להתמודד לאורך זמן עם מצב התלות. המשפחה היא המטפלת העיקרית ויד ימינו של הזקן. היא נדרשת לטפל בצרכיו האישיים, הנפשיים והחברתיים. עליה לעמוד על המשמר, לפקוח עין, לשאול את השאלות הנכונות ולדרוש את המגיע. בני המשפחה המטפלים (בן/בת הזוג, בנות, כלות ובנים) נדרשים לסייע לזקן מספר שעות לא מבוטל ביום ולבצע עבורו מטלות לא פשוטות. הטיפול יכול להשתרע לאורך שנים ולעתים על פני מספר שלבי חיים של המטפלים עצמם. אופי התפקיד, היקפו והתלות שהוא יוצר גורמים לעומסים קשים ולתחושות של מתח וחרדה (וולקוב, 1992).

הטיפול המתמשך משפיע גם על מערכות היחסים בתוך המשפחה – תחושות קיפוח, נאמנויות ומריבות סביב חלוקת נטל הטיפול בין בני המשפחה. לעתים קיימות גם חרדות מפני כישלון בטיפול, כאותה בת שחששה שהאימא תידרדר באשמתה.

ניתן לחלק את מקורות הלחץ ללחץ ראשוני – הנובע מעצם הטיפול הישיר בזקן, וללחץ עקיף – הנובע מבעיות משפחתיות וגופניות של המטפל.

קיימים מספר צמתים של החלטות המחייבות התמודדות של בני המשפחה עם הזקן כמפורט להלן:

א. תחילת ההתמודדות – הופעת האירוע החריף או הידרדרות לשלב הסייעודי פותחות למעשה את ההתמודדות ומפרות את האיזון המשפחתי שהיה קיים קודם. צצות אז בעיות שעד כה היו מתחת לפני השטח.

ב. אירועים חריפים או אשפוזים המסבכים ומחמירים את המצב הסייעודי הקיים – כמו למשל אירוע מוחי נוסף, ירידה נוספת במצב הקוגניטיבי ובעיות התנהגותיות חדשות, הדורשות העסקת עובד זר או תוספת שעות של המטפל המקומי.

ג. אירועים של פטירה או חולי של המטפל העיקרי (בדרך־כלל בת הזוג או בן הזוג) או מצבים התנהגותיים או רפואיים שאינם מאפשרים הישארות החולה בבית, ודורשים קבלת החלטה על אשפוז במסגרת סיעודית כרונית.

המשפחה אינה צריכה להיבהל מ"לפתוח" את הדברים ו"לשים אותם על השולחן". לא להירתע מלשאול שאלות – כמו מי משלם? על מה, וכמה? ייתכן שבן משפחה אחד ישקיע בעיקר בשעות פנאי שלו בעוד שהשני ישקיע בכסף; האחד גר קרוב והשני רחוק. בכל משפחה קיימים טיפוסים שונים של ילדים. ילד שמקבל מבלי להשקיע, וילד שנותן ומשקיע ואיש אינו מבחין בו. יש ילד שמגיע למספר דקות ומרעיש עולמות ואילו השני פותר בעיות בשקט. ייתכן שקשה להגיע להחלטה משותפת; מועלות מספר דעות המסתירות קונפליקטים לא פתורים שנמנעים מלדבר עליהם.

ניתן לזהות דפוסי התנהגות שונים של בני המשפחה הקשורים בטיפול בזקן – ילדים, בן זוג, נכדים וכלות. בפרק הבא, שעניינו הטיפול בבית, נעסוק בהתמודדות המטפלים ובעיקר המטפל העיקרי. דפוסי ההתנהגות שיצוינו נכונים הן לגבי הטיפול בבית והן לגבי הטיפול במסגרות אשפוזיות כרוניות. ההתמודדות בבית שונה הואיל וכל האחריות והמחויבות היא ישירה; הצרכים הטכניים והצרכים הרגשיים כולם מוטלים על בני המשפחה ובעיקר על המטפל הראשי. במסגרות האשפוזיות הכרוניות נטל האחריות אינו נופל על כתפי בני המשפחה אלא על הצוות המטפל, כשהתמודדות המשפחה היא יותר רגשית.

התמודדות הילדים

בטיפול בהורים אנו מזהים שלושה דפוסי התמודדות של הילדים:

1. הנותנים הכול (טיפול יתר):

ילדים הנותנים הכול מתוך תחושה פנימית שאם הם לא יתנו ההורה לא ישרוד והדבר יקרב את קצו.

דוגמאות מהחיים:

הבת התפטרה מהעבודה לאחר שאירע לאמה אירוע מוחי או שהיא ביטלה את פעילויותיה החברתיות או התגרשה, הכול כדי להיות עם האם ולטפל בה.

הבן שוהה מספר שעות רב בכל יום ליד מיטת האם ומזניח את משפחתו. הבת "מתערבת" בטיפול הרפואי, מייעצת לרופאים ולאחיות "להוסיף מרכיבים תזונתיים", מבקשת לישון במחלקה בשבת, בוחנת ומבקרת את הצוות.

בן שהיה מבקר את אביו פעמיים ביום בבית והיה עסוק גם בביצוע משימות טכניות לאביו.

כתוצאה מהתנהגותם הם "מוצפים" עקב ריבוי המטלות שלקחו על עצמם והם חרדים, סחוטים, עייפים, ומזניחים את משפחתם. "אכפת לכם רק מסבתא", יתלוננו בניהם.

הגורמים להתנהגות כזו:

- חוסר פרידה רגשית מההורה. ההורה עדיין משחק את הדמות המשמעותית ביותר בחייהם; הם זוכרים אותו בהיותו במיטבו.
- אלו ילדים שבילדותם נפגעו מאוד מההורים ועתה הם מבוהלים מתחושות הכעס שהם מרגישים ורוצים לכפר על כך. רגשי האשמה על תחושות אלה רודפים אותם וקשה להם לחיות אתם בשלום.
- הם נדחפו לטיפול בידי בני משפחה אחרים שמצפים מהם שיקדישו עצמם להורה.

תגובת הצוות הטיפולי היא ליצור אתם ברית-טיפולית ולומר: גם אנחנו פועלים לטובת ההורה שלכם; אל לכם להיעלב או להתגונן או לחוש "כפויי טובה", כי אף אחד לא יודע מה טוב להורים.

2. הנעלמים ונותני העצות מרחוק:

ילדים אלו ממעטים לבקר, ונותנים עצות מרחוק. הם מגיבים על האפשרות שההורה יעזוב אותם או ימות כאל איום ממשי, ופשוט נמלטים. גם ילדים אלו לא הצליחו להיפרד רגשית מהוריהם.

סיבה אחרת – ייתכן שלאורך שנים התאפיינו יחסיהם עם ההורים במריבות ובמאבקים והם חוששים שאם יתקרבו להורים הם יוצפו מחדש בכעסים וכך יצופו משקעים מהעבר.

תגובת הצוות הטיפולי תהיה: אנחנו לא שופטים אתכם, אנו מבינים אתכם וננסה לעזור לכם לשמור על קשר עם ההורים; נדווח לכם על כל הקורה אותם.

3. הבוגרים:

אלו ילדים שהצליחו להיפרד רגשית מההורים ויחד עם זאת לשמור על קשר קרוב עמם. הם שומרים על אכפתיות ומעורבות ורואים את ההורים כמות שהם, עם יתרונות וחסרונות וכאנשים בוגרים כמותם. הם יבחנו בצורה מציאותית את מצב ההורה, יבררו מהן דרכי הטיפול, מהם הצרכים ומה כל זה דורש מהם. הם ינסו להקל במידת האפשר על ההורה אך תוך הבנה שבהתמודדות הזאת, בשלב החיים הזה, לא ניתן למנוע או לחסוך מההורים את הפגיעה, את האבדנים ואת התלות.

התמודדות בן הזוג

מדובר באנשים שגם הם בדרך-כלל כבר בגיל מתקדם. הם חשים שאיבדו את בן זוגם עקב האירוע. "זה לא השותף והידיד שהיה לי", כך יאמרו. קשה לשמור על זוגיות כאשר צריך לטפל בצרכים האישיים הבסיסיים יום-יום. לעתים קיימת תחושה של בגידה: "איך הוא השאיר אותי לבד!" או "למה לא הלכתי לפניו?!". הם מפחדים לבקש עזרה שמא הדבר יתפרש כאילו הם משתמטים ממחויבותם. הם משתדלים "לשמור" על ילדיהם ולא לספר להם מהו מצבו האמיתי של ההורה החולה. לא להכעיס אותם, חלילה, לא להכביד ולא לבוא אליהם בתביעות, לא

לשנות את סדרי חייהם. החברים שלהם נעלמים, הם מאבדים רשתות תמיכה ומסתגרים מחשש "שמה זה עלול לקרות גם לי".

התמודדות הנכדים

יש נטייה "לשמור עליהם" – "הם צעירים ועלולים להיפגע" ו"אסור לקלקל לנכדים את הזיכרון שנשאר להם מסבא". רצוי היה לשאול את הנכדים מה הם באמת היו רוצים? יש לעודד אותם לבקר את הסבא/סבתא, תוך הכנה מוקדמת לקראת הביקור. יש להבהיר להם שהמחלה והירידה התפקודית הנלווית לה הן חלק מתהליכי החיים. תנו להם להחליט על תדירות ביקוריהם ועל דפוס ההתייחסות שלהם. הם אינם זקוקים להגנת היתר של ההורים.

התמודדות הכלות

הכלות משחקות כל תפקיד אפשרי. מצד אחד ישנה הכלה הנדחפת לטיפול ונהפכת למטפל העיקרי, כלה שעליה נאמר "שהיא יותר מבת". בדרך-כלל זאת האישה של הבן הבכור אך לא בהכרח. כלה זו נקרעת בין הטיפול בזקן והטיפול בילדיה ובבעלה. מן הצד האחר ישנה הכלה המתלוננת על בעלה שהזמן שהוא מקדיש לטיפול באמו בא על חשבון הזמן שהיה עליו להקדיש לאשתו ולילדיו. קיימת גם הכלה התומכת והמאפשרת לבעלה להקדיש זמן להורה הזקן ומגדלת את ילדיה לבד.

מה הצוות המטפל יכול לעשות?

1. לנסות לזהות את מקורות הלחץ.
2. לתת מידע מפורט ומקיף על המחלות ועל היבטיהן השונים (גופני, נפשי, התנהגותי, חברתי, כלכלי, דיור, אתיקה ומוות).
3. ללמדם להגיב בצורה רגשית למה שנאמר.
4. לתת להם כתובת ברורה לפניית בזמן חירום או בשעה שצצות בעיות.
5. להפנותם לקבלת תמיכה מתוך המשפחה או מחוץ לה – למשל קבוצות תמיכה עם בעיה דומה.

6. להתייחס אליהם בביקור הבית של הצוות המטפל.

7. למנוע את בדידותם והסתגרותם.

8. לזכור, שהם קבוצת סיכון לתחלואה נפשית וגופנית.

המלצות ועצות כלליות למשפחה בהתמודדות עם הטיפול בהורה סיעודי

1. מותר לחוות את כל טווח הרגשות (כעס, תסכול, חוסר אונים וכאב) הנובעים מההתמודדות עם מצב ההורה. זה נורמלי וזה בסדר, רק אל תוציאו אותם על הזקן.

2. אל תהססו לשתף בלבטיכם את האחרים; אל תשמרו זאת לעצמכם.

3. אנו לא הופכים להיות הורים של הורינו, אין היפוך תפקידים.

4. לעתים קשה להתמודד עם ההבדל בין האבא שנשאר לנו בזיכרון לבין האדם הנוכחי שבו אנו מטפלים, שהפך לתלתי בגלל מחלה. זה אותו אבא, רק במעגל חיים אחר.

5. נסו להבין יותר את המצבים הגורמים למחלה ואת הפרוגנוזה הצפויה.

6. המצב הרפואי החריף משנה את האדם וגורם לבלבול; מצב זה מפר את האיזון העדין של החולה. אל תקבלו החלטות קשות בעתות לחץ.

7. יש לשאול מהן ההשלכות העתידיות של האירוע? לא תמיד ניתן לומר למה יביא השינוי. רק כעבור זמן מתבהרת התמונה.

8. יש לברר לעצמנו מהם הדברים החשובים והמשמעותיים לנו בטיפול בהורים ולהתמקד בהם ולא בדברים השוליים.

9. לא לשפוט האחד את השני; כל אדם מתנהג בדרכו ובצורת התנהלותו בחיים.

10. אין כללים למספר ביקורים בשבוע או בחודש; בקר מתי שאתה מרגיש לעשות זאת.

11. הטיפול בהורים דורש השקעה, אך אל תקריב ותוותר למענם על דברים משמעותיים. מצא את האיזון הייחודי שלך (המתאים רק לך) בטיפול בהורים; אין נוסחת קסם.
12. אל נשכח שלזקן הסיעודי יש תחושות משלו וסדר עדיפויות משלו. האזן לו ושתף אותו בהחלטות.
13. על הזקן להיות מעורב במערך הטיפול ובסדר היום שנקבע לו.
14. שאף להגיע במהירות האפשרית לסדר יום קבוע.
15. אל תשנה או תחנך מחדש את ההורה – זרום יחד אתו.
16. נסה לבצע כמה שפחות שינויים (אותו החדר, אותו הבית, אותה המטפלת).
17. זכור, חולה שאינו צלול דורש התמודדות שונה.
18. הבן את סוג הפגיעה, את חומרתה ואת השלכותיה.
19. אל תתעמת; היה חיובי, מלטף ומפויס.

פרק ג: הזקן הסיעודי בקהילה

1. מאפיינים של טיפול בבית

למה דווקא בבית?

רוב האוכלוסייה הסיעודית נמצאת בבית. כ־100,000 (16%) מכלל הזקנים בארץ מקבלים גמלת סיעוד בביתם, בקהילה. נתון זה יכול לתת לנו אינדיקציה לגבי מספר הזקנים הזקוקים לעזרה בתפקוד האישי היום-יומי (זקנים סיעודיים) בבית. כ־3% בלבד מכלל הזקנים מאושפזים במחלקות סיעודיות. ייתכן שאלה הם האנשים התלתיים ביותר ובעלי הצרכים הגבוהים או בעלי המשאבים המשפחתיים המצומצמים. יוצא אפוא שרוב האוכלוסייה המוגבלת והתלותית שוהה ומטופלת בבית (ברודסקי ועמיתים, 2001).

נדון תחילה בשאלה האם הבית הוא המקום הטבעי? התשובה היא כן; הבית הוא המקום הטבעי לזקן הסיעודי וזאת מכמה סיבות:

- א. ביתו הוא מבצרו של האדם לפי הפתגם הידוע, והוא הסביבה הטבעית והמוכרת.
- ב. הבית מקנה לזקן הסיעודי תחושת ביטחון ושייכות לסובב אותו.
- ג. זוהי תחושת שייכות חברתית, משפחתית, כמו גם המשך השייכות לשכנים הסובבים אותו.
- ד. איכות החיים ושביעות הרצון גבוהה יותר בבית.
- ה. בבית יש אפשרות לשמור על הרגליו האישיים של הזקן הסיעודי, על פרטיותו ועל האוטונומיה שלו.
- ו. עלויות השהייה בבית נמוכות מהעלות הכרוכה באשפוז במוסד.

ז. בבית ניתן לקבל החלטות לפי סולם הערכים של הזקן הסיעודי – דהיינו, להימנע מטיפולים פולשניים או טיפולים מאריכי חיים שאינם תואמים את ערכיו ורצונו.

ח. האדם הזקן מבקש להישאר בבית ולעתים הוא אף "משביע" את ילדיו לא לשלחו למוסד.

מכאן שהבית הוא הסביבה המתאימה ביותר לזקן הסיעודי, אך זאת במספר תנאים:

1. אפשר לספק את צרכיו הנובעים ממוגבלות התפקודית (התלות) במסגרת המשפחה והקהילה, התומכות בהישארותו בבית. ניתן למדוד את התלות לפי מספר המוגבלויות בתפקוד האישי או לפי מספר מחלות הרקע ומידת חריפותן. למשל, זקן סיעודי המוגדר כקל או בינוני ולא במצב קשה או מורכב.

2. משאבי המשפחה, כוחותיה הרגשיים, הכלכליים, החברתיים, יכולת עמידתה לאורך זמן ומידת תמיכתה בהישארותו בבית מאפשרים את השארת הזקן בבית. יש להעלות שאלות כמו: האם קיים בן זוג? האם יש מטפל? האם הבית מתאים?

3. משאבי הקהילה התומכים בהישארותו של הזקן הסיעודי בבית ניתנים לחלוקה על-פי השירותים השונים המצויים בקהילה. אלו נבחנים על-פי שתי קטגוריות מרכזיות: שירותים רפואיים ופרה-רפואיים, שהם שירותים מקצועיים ומיומנים (כגון מעקב רפואי, סיעודי, שיקום סוציאלי ותעסוקתי); ושירותי תמיכה ואחזקה בלתי מקצועיים (מטפלים).

ככל שתפקוד הזקן הסיעודי מוגבל (ותלותו גבוהה) כך גובר הצורך במשאבים ובכוחות רבים יותר מצד המשפחה והקהילה – מה שמכונה "משוואת האיזון". ראיתי משפחות רבות הנוטלות על עצמן טיפול לאורך זמן במצבים שבהם תפקוד הזקן הסיעודי מוגבל ביותר ולעתים היה צריך לומר להן "עד כאן!". אך לרוב תמכתי ועודדתי את המשפחות בכל ביקור. לא אשכח חולה סיעודית שהייתה ערירית ונשארה וטופלה בביתה לאורך זמן למרות מצבה התפקודי הירוד; זאת הודות לשכנה טובה שנטלה אחריות וגייסה כוחות. הכוחות אינם

בהכרח משאבים כלכליים אלא הבנה של מצב התלות והתמודדות נכונה עם מצב זה לפי צורכי הזקן, תוך מיצוי המשאבים הנחוצים והקיימים.

סביבת המגורים – סביבה פיזית, סביבה רפואית וסביבה חברתית

1. סביבה פיזית, בטיחותית ומוגנת

הסביבה חייבת להיות ידידותית – דהיינו בטיחותית ומוגנת. הדירה צריכה להיות מותאמת לצורכי הזקן, בעלת ציוד ואביזרי בטיחות – כמו סורגים בחלונות וחורר הצצה בדלת לביטחון, ידיות אחיזה בשירותים, מעקים, תאורה הולמת, כיסא גלגלים יציב עם מושב המונע החלקה, מיטות ומזרנים מתאימים למניעת פצעי לחץ, דפנות מיטה למניעת נפילות, ולחצן מצוקה על היד.

2. סביבה רפואית טיפולית

ניהול טיפול שמשותפים בו מגוון רחב של אנשי מקצוע – רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים, עובדי שיקום (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וריפוי בדיבור) ומטפלים. דבר זה דורש תיאום ועבודת צוות רב־מקצועית.

3. סביבה חברתית תומכת

סביבה נגישה – ליציאה עם כיסא גלגלים, לפעילות חברתית ותעסוקתית למשך היום, סביבה הקרובה למרכזי קניות, לבנקים, לבתי מרקחת ולקופות חולים.

תכנית הטיפול בבית

תכנית הטיפול אמורה לשקף תמונת מצב יום־יומית קבועה ויציבה ולהבטיח אפשרויות של מניעה וטיפול במצבים מידרדרים וחריפים. הטיפול צריך אם כן להתמקד:

א. בטיפול קבוע ובאיזון מצבים כגון: אי־ספיקת לב, סוכרת, לחץ דם, מחלות ריאה, פעילות לא תקינה של בלוטת התריס.

ב. בטיפול במצבים חריפים, במצבים זמניים או במצבי התלקחות של מחלות הרקע.

ג. במניעה של נפילות, פצעי לחץ, היווצרות עצירות ואבני צואה, ירידה במשקל, מצבים של חוסר תזונה, מצבי דיכאון ובדידות.

ד. בשיקום החולה, ביצירת תעסוקה עבורו ובהבאתו לרמה הגבוהה ביותר האפשרית מבחינת כושר תפקודו.

ה. במתן תמיכה חברתית לחולה ולמשפחתו שהיא חלק מהטיפול הכוללני. חוסר טיפול או חוסר התייחסות למשפחה הם בבחינת הזנחה של אחת מהמערכות החיוניות לחולה והמהוות חלק ממנו.

תכנית הטיפול בבית כוללת מלוי כל הצרכים של הזקן, מהפעילות הבסיסית ביותר ועד לפעילויות הגבוהות כמפורט להלן:

א. פעילויות אישיות בסיסיות, יום-יומיות (רחצה, לבוש, האכלה, שימוש בשירותים).

ב. פעילויות חברתיות-תרבותיות וקשר עם הקהילה.

ג. פעילויות קוגניטיביות ותעסוקתיות.

ד. טיפולים רפואיים, סיעודיים ושיקומיים בהתאם.

כל הנאמר לעיל דורש הכנסת שירותים שונים ומגוונים, ניהולם ויצירת תיאום ביניהם. השירותים מתחלקים בין שירותים הדורשים מיומנות מקצועית לבין שירותים הדורשים אחזקה ותמיכה שאינם בהכרח מקצועיים והם ניתנים ללמידה במהלך הטיפול. השירותים המקצועיים הם בתחומי הרפואה, הסיעוד, השיקום, התעסוקה והחברה. השירותים הלא-מקצועיים כוללים מטפלים (מקומיים וזרים), הספקת אביזרי עזר והתאמת הבית.

הטיפול בבית דורש התארגנות של כל המשפחה עם קביעת סדר יום, איוש תפקידים ונשיאה באחריות ובנטל מצד כל אחד מבני המשפחה. הטיפול הוא מסביב לשעון, כשבכל עת ברור מהי תכנית הטיפול ומיהו האחראי לה.

בתחילה, המצב הסיעודי מוגדר כקל והבעיות מתמקדות בפעילויות של ניהול משק הבית – כגון קניות, הבאת תרופות, בישול, ניקיון הבית וכביסה. המטפל העיקרי מבצע את התפקידים הללו, לעתים עם עוזרת במשק הבית המגיעה פעם בשבוע. בתחילה המטפל העיקרי הוא בן או בת הזוג אם הם קיימים ויכולים; בהמשך נושא בתפקיד זה אחד הילדים, בת או בן ש"נשאבים" לטיפול. עם המשך ההידרדרות יש צורך להוסיף מטפל מקומי, לכשעתיים ביום, למילוי צרכים של טיפול אישי – כגון רחצה, לבוש, ליווי והשגחה. בהמשך, כשחלה הרעה נוספת במצב התפקודי, יש צורך להוסיף מטפל זר למשך היום ולעתים אף לכל היממה. נדרש אז טיפול אישי צמוד הכולל שימוש בשירותים, העברות, אכילה ושליטה על הסוגרים. במצבים של אי-שקט וחוסר צלילות יש צורך בהשגחה במשך כל שעות היממה למרות יכולות התפקוד המוטורי של הזקן הסיעודי.

הצוות המטפל צריך להקפיד בעת ביקור בית על היבטים אלה:

1. נגישות אל הבית, מספר מדרגות, מעקה משני הצדדים ושבילים.
2. קיומם של שכנים תומכים בבניין, אוכלוסייה צעירה או מבוגרת.
3. בטיחות הבית ומידת הסיכון לנפילות, קיומם של מעקים בשירותים, שטיחים, תאורה מתאימה בקומת קרקע, סורגים, חור הצצה בדלת הכניסה.
4. ריחות שתן או טחב, ניקיון וסדר, מה מתבשל במטבח או מה מצוי במקרר.
5. איך הזקן לבוש, האם הוא במיטה או בכיסא.
6. האם קיימים ארון תרופות ומלאי תרופות.

על מה להקפיד בטיפול בבית? עצות לזקן, למטפל ולמשפחה:

1. נסה "לחקות" סדר יום רגיל המתחיל בהעברות מהמיטה לכיסא גלגלים או לכיסא שירותים לשם רחצה ושימוש בשירותים.
2. הימנע מלהישאר במיטה; אדם שיושב הוא יותר ערני, הוא שותף ונראה טוב מאדם ששוכב.

3. הקפד על לבישת בגדים רגילים – לא להישאר בפיג'מה או בחלוק. בחר בגדים יפים וחגיגיים.
4. לבש ג'קט ושים עליך עניבה חגיגית ביציאה מהבית.
5. מותר להזליף ריח טוב.
6. התעניין במה שקורה בארץ, בחו"ל, קבל עיתון יומי, צפה בטלוויזיה או שמע רדיו ומוסיקת רקע.
7. הקפד על יציאה קבועה מהבית.
8. קיימות מסגרות של מרכזי יום ומועדונים בקהילה – בחר את המסגרת המתאימה.
9. על המטפלים ללמוד טכניקות העברה כדי למנוע כאבי גב ולצמצם את המאמץ הנדרש מהם. גם החולה יכול לסייע בהעברות וכך תשתפר תחושתו. הצוות השיקומי, מרפא בעיסוק ופיזיותרפיסט ישמחו להדריך אותך.
10. קיימים מתנדבים מבוגרים המעוניינים לתרום בפעילויות ספציפיות כגון: קריאה בשפה המובנת לחולה, ניגון או שיחה אתו.
11. על המטפל העיקרי להכיר את החולה שבטיפולו ולזהות שינויים החלים במצבו הרפואי (לעתים יהיו אלה שינויים מזעריים ולא ספציפיים). עליו להתייעץ עם אנשי המקצוע (רופא, אחות).
12. במצב של חסך חושים, כמו קושי בשמיעה או ראייה, יש להתמודד עם אביזרי שמע או אביזרי ראייה שכיום מאוד מפותחים והם הולכים ומשתכללים.
13. לכל משפחה יש שק של עצות ופתרונות יצירתיים שניתן לשתף בהם גם אחרים; התייעץ עם חברים וידידים בעלי בעיה דומה.
14. אל תיתן לשגרה השוחקת, לבושה ולחוסר התקווה להכניע אותך.

15. שבור את השגרה באמצעות חגיגת ימי הולדת (שלך, של בנים, נכדים, נינים) ושמחות אחרות; הכן ארוחות מיוחדות או הזמן פיצה חגיגית.
16. ובעיקר המשך ושמור על שגרת החיים של לפני המצב הסיעודי במידת האפשר: מינוי לתאטרון, לקונצרט, וסרטים.

2. מענים קהילתיים – משאבים המגיעים לזקן הסיעודי בביתו

אלו הם משאבים קיימים העשויים לענות על צורכי הטיפול בזקן הסיעודי בביתו, אך לעתים המשפחות אינן מודעות לקיומם והיכן ניתן להשיגם, ובעיקר לצורך של הזקן במשאבים אלו.

משפחות רבות לא פנו לקבלת מטפל סיעודי מקומי המגיע להם על-פי חוק הסיעוד בטענה "שאבא ודאי לא יקבל", או שהן לא היו ערות כלל לצורך במטפל, וכך נשאו לבדן בנטל עד שהגיעו למצב של שחיקה. משפחות רבות אינן יודעות שהן זכאיות לקבל שתי נקודות זיכוי במס הכנסה להורה מרותק – לדוגמה: משפחה שפנתה אליי רק שש שנים לאחר מות ההורה.

ניתן לחלק את המשאבים הללו לארבע קטגוריות: (א) כוח אדם מקצועי – רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים, פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, מרפאים בדיבור, וכוח אדם לא מקצועי – מטפלים מקומיים וזרים; (ב) מכשור ואבזור שניתן להשיגם בארגונים מוסדיים, התנדבותיים ופרטיים; (ג) מסגרות שהייה ואשפוז, זמניות וקבועות; (ד) משאבים כלכליים – מתן הנחות ועזרה כספית.

א. כוח אדם מקצועי

צוות רפואי: רופאי משפחה מהמרפאה השכונתית או רופאים ממסגרות של טיפולי בית הקיימים בכל מחוז של קופות החולים השונות. קיים ייעוץ גריאטרי במסגרת הקופה המבטחת או בבית-חולים כללי. בלשכת הבריאות המחוזית יש רופא מומחה בגריאטריה העוזר בקבלת החלטה על אשפוז במסגרות אשפוזיות קבועות. יש יועצים ומומחים מתחומי רפואה שונים העוזרים בבעיות ספציפיות (כמו אורולוג, גינקולוג, גסטרואנטרולוג, וכו').

צוות סיעודי: בכל מחוז של קופות החולים השונות יש אחות במרפאה השכונתית, ואחיות מצוות טיפולי בית. יש אחיות המיומנות בבעיות מיוחדות – למשל אחות לטיפול בסטומה (פתח ליציאת הפרשות או להזנה), אחות לטיפול בפצעים, לטיפול באי־שליטה, אשפוז־בית, הוספיס־בית; אחות פסיכיאטרית מהמרפאה לבריאות הנפש; אחות מהמוסד לביטוח לאומי לשם החלטה על הזכאות לגמלת סיעוד.

צוות שיקומי: פיזיותרפיסט, מרפא בעיסוק, מרפא דיבור מהיחידה לטיפול בית בקופות החולים השונות במחוזות. אלה נשלחים לבית לשם הערכה, תרגול, הדרכה, והתאמת תעסוקה וסביבה לזקן על־פי צרכיו.

צוות עובדים סוציאליים: אלה עובדים סוציאליים מהלשכה הקשורים עם המרפאה הראשונית. הם יבצעו ריאיון, הערכת הכוחות והמשאבים של המשפחה ויציעו שירותים קהילתיים. הם גם יקחו חלק במינוי אפוטרופוס ובתהליך ההפְּנִיָה לאשפוז סיעודי.

(על מטפלים מקומיים וזרים ראה בפרק הבא.)

ב. מכשור ואבזור

(ראה פירוט בתת־הפרק של ציוד ומכשור רפואי בבית.)

- ארגונים התנדבותיים: "יד שרה" משאילה מכשירים רפואיים; המכשיר או האבזור מושאל תמורת פיקדון כספי אשר מוחזר עם החזרת המכשיר. קיימים גם ארגונים נוספים.
- משרד הבריאות משתתף במימון מכשירי שיקום על־פי קריטריונים.
- קופות החולים משתתפות במימון מכשור רפואי לפי קריטריונים. הן נותנות התחייבות להספקת חמצן לפי קריטריונים רפואיים.
- "ביטוח מושלם" מאפשר קנייה של מכשור בתעריף מוזל לחברי הקופה.
- ספקים פרטיים.

- המוסד לביטוח לאומי באמצעות חוק הסיעוד מאפשר הספקת חיתולים וסופגנים או שירותי כביסה, במקום תשלום למטפלים.
- בבעיות ראייה ניתן להיעזר באביזרי ראייה דרך המכון לכבדי ראייה.
- בבעיות שמיעה ניתן להיעזר באביזרי שמע דרך מכונים שונים.
- אביזרי מיגון ניתן לרכוש בחברות פרטיות ובאמצעות השאלה מ"יד שרה".

ג. מסגרות שהייה ואשפוז: זמניות וקבועות

מרכזי יום למוגבלים

בקהילה קיימים מרכזי-יום המיועדים לשרת זקנים המרותקים לביתם ומוגבלים בניידותם. הם מספקים מגוון של שירותים ופעילויות על-פי תכנית פרטנית המותאמת לכל אחד. מתנהלות בהם פעילויות חברתיות ותרבותיות, ומסופקים בהם שירותים אישיים וטיפוליים כמו גם ארוחות, והכול תחת קורת גג אחת. המרכזים פועלים בכל ימות השבוע בהיקף של 6 שעות ביום לפחות. הזקן מגיע מספר ימים בשבוע בהסעה מאורגנת ושוהה מספר שעות שנקבעו מראש.

השירות מופעל בידי עמותות מקומיות למען הזקן וכן בידי גופים התנדבותיים ופרטיים. הפנייה נעשית דרך העובד הסוציאלי בלשכה. המימון בעד ההשתתפות הוא לפי יום או דרך חוק הסיעוד.

מרכז יום לתשושי נפש

זהו שירות דומה לזה שצוין לעיל, הניתן לאוכלוסייה הפגועה מבחינה שכלית. הפעילות מותאמת לצורכי אוכלוסייה זו והיא כוללת מפגש חברתי, פעילות גופנית, פיזיותרפיה, תרפיה-בריאות, מוסיקה ואמנות. מסופקות גם ארוחות וכן הסעות מאורגנות, ומתקיימים חוגי תמיכה והדרכה למשפחות הזקנים.

הפנייה נעשית דרך העובד הסוציאלי בלשכה או דרך צוותים מקצועיים תוך התאמת השירות לצורכי הזקן. השירות מופעל בידי עמותות מקומיות, מלב"ב וגופים התנדבותיים.

נופשוֹן

שירות זה נועד לתת מענה זמני לזקן מחוץ לבית (ממספר ימים ועד מספר שבועות), על־מנת להקל על המטפל העיקרי. הסיבות העיקריות ליציאה לנופשוֹן הן:

1. שהות לשם התאוששות לאחר אשפוז בבית־חולים כללי עקב בעיה חריפה, וכן כדי להתאים בינתיים את הבית או לגייס כוח אדם מתאים לטיפול בבית.

2. מחלה או ניתוח שעובר המטפל העיקרי.

3. צורך במנוחה או בחופש של המטפל העיקרי.

הנופשוֹן הוא שהייה זמנית מחוץ לבית לאנשים שיש להם בית ובני משפחה המטפלים בהם. לאחרונה עלו צרכים נוספים שהנופשוֹן יכול לתת להם פתרון והם: הקלת הבדידות ומניעת דיכאון, תקופת הסתגלות לפני אשפוז בבית־אבות או עקב התעמרות מצד המשפחות. הגורם המפנה הוא השירות הסוציאלי.

בית־חולים כללי

אשפוז יום – מיועד לטיפול ולמעקב אחר מחלות ספציפיות לפי פנייה של הרופא המטפל.

חדר מיון – באירועים חריפים ודחופים הדורשים צוות או מכשור מיומן או לצורך אשפוז במחלקות.

אשפוז במחלקות בית־החולים – במצבים חריפים או לפי בחירה, כשנדרש אשפוז לצורך ניטור ומעקב צמוד של צוותים או כשיש צורך במכשור ספציפי ו/או בניתוחים.

מחלקות פנימיות – אשפוז במחלקות אלו הוא השכיח ביותר מכלל מחלקות האשפוז, כשהזקנים מהווים כ־60% ולעתים אף יותר מהחולים במחלקות אלה. שיעור האשפוז עולה עם הגיל.

הפְּנִיָּה לאשפוז נעשית דרך הגורם המטפל, פרט לפנייה דחופה; מתן ההתחייבות נעשה דרך הקופות המבטחות.

בית־חולים גריאטרי

זהו בית־חולים המיועד לאשפוז זמני של זקנים לאחר אשפוז בבית־חולים כללי, כשמצבם עדיין אינו יציב והם זקוקים להמשך ניטור רפואי, שיקומי וסיעודי או עקב בעיה מורכבת (פצעי לחץ, זונדה, דיאליזה או מצבים סופניים).

בבית־חולים זה קיימות מחלקות להתאוששות ממחלות חריפות, שיקומיות ומורכבות המאפשרות אשפוז לתקופה קצרה שלאחריה מוחזר הזקן לקהילה או למסגרת אשפוזית קבועה – למחלקות סיעודיות – כשהזקן אינו מתאושש. ההפְּנִיָּה לבית־חולים גריאטרי נעשית דרך הקופה המבטחת.

יש צורך בהסכמת הקופות המבטחות כדי לקבל התחייבות לאשפוז. עקב אילוצים כלכליים קופות החולים מעדיפות בדרך־כלל טיפול או אשפוז בבית; יש על־כן לעמוד על זכות זו.

מחלקות סיעודיות

במחלקות אלו ניתן בדרך־כלל טיפול ממושך וקבוע לזקנים המוגדרים כסיעודיים או כתשושי נפש. הן ממוקמות בבתי־אבות משולבים, בבתי־חולים לחולים כרוניים, בבתי־חולים כלליים וגריאטריים, במסגרות של דיור מוגן ובקיבוצים.

ניתן לאשפז בהן, לתקופות זמניות או קבועות, גם באופן פרטי – לפי יכולת המשפחה.

הפנייה נעשית דרך גורמים מטפלים מקצועיים אל לשכות הבריאות המחוזיות, לאחר קביעת התאמה וזכאויות. המשפחה והזקן יכולים לבחור את המחלקה הרצויה להם מתוך רשימה של מחלקות שיש להן רישיון ואשר נמצאות בפיקוח משרד הבריאות.

ד. משאבים כלכליים – מתן הנחות וכסף

ילדים של זקנים המרותקים למיטה באופן קבוע או המוגבלים בתפקוד השכלי (הקוגניטיבי) זכאים לקבל זיכוי ממס הכנסה. לצורך זה יש למלא טופס החתום בידי רופא מומחה בגריאטריה המתאר ומגדיר את מצב הזקן.

3. מטפלים סיעודיים: המטפל העיקרי, המקומי, הזר –

יתרונות וחסרונות

הטיפול בזקן הסיעודי דורש מטפלים ברמות שונות, לפי צורכי הזקן ושלבי הידרדרותו.

אנו מבחינים בין המטפל העיקרי הבא מתוך משפחת הזקן ונחשב מטפל לא פורמלי, ובין המטפלים המקומיים והזרים הנחשבים למטפלים פורמליים.

א. המטפל העיקרי

בכל משפחה קיים גורם טיפולי שלוקח על עצמו – או שמטילים עליו – את הטיפול העיקרי בזקן הסיעודי. זה יכול להיות בן/בת זוג או אחד הילדים, בת או בן, או אחת הכלות, הממשיכים להתגורר עם הזקן בביתו לאורך שנים או שהם מעבירים אותו לביתם וכל נטל הטיפול רובץ עליהם.

תחושות העומס, הלחץ והחרדה אצל מטפלים אלה חזקות ביותר. הטיפול משפיע על מצבם הבריאותי כתוצאה ממאמץ פיזי גדול, מפעילויות בלתי נעימות שעליהם לבצע וממתחים הנוצרים עם שאר בני המשפחה. יש תופעות של לחצים נפשיים, חרדה ודיכאון ואף החמרה במצבם הנפשי הבסיסי כמו גם הזנחה עצמית. לעתים יש להם קשיים חברתיים הגורמים להם להתכנס בתוך עצמם ולהתנתק מרשתות חברתיות. הקשיים נובעים גם ממשך הזמן המוקדש לבן המשפחה המביא לביטויים כמו "אין לי זמן לעצמי", "אינני ישנה בלילה כי אני צריכה לקום מספר פעמים בלילה", "אין לי זמן לבני המשפחה האחרים".

נמצא שכמחצית מהמטפלים העיקריים הם בני/בנות הזוג של הזקן/הזקנה, מהם גם זקנים הגרים באותו משק בית. המחצית האחרת הם ילדים ומטפלים סיעודיים (בנטור, 2001).

על המטפל לדעת מהם גבולות אחריותו הרפואית על החולה ומהם הגבולות בנתינה, בהקרבה ובסיפוק צרכיו האישיים. על המטפל לשמור על בריאותו הגופנית והנפשית; עליו לזכור שמישהו תלוי בו וכל הידרדרות במצב המטפל תשפיע באופן מידי על מצב המטופל. יש להימנע ממצבים של טיפול יתר מחד גיסא והזנחה מאידך גיסא. יש לשים לב שלא ייטשטשו גבולות עולמו וצרכיו האישיים של המטפל עקב הנתינה הבלתי פוסקת.

המטפלים העיקריים מוגדרים כקבוצת סיכון לתחלואה נפשית וגופנית. הם צריכים להימנע מלבדוד את עצמם או להתכנס בתוך עצמם. הם זקוקים לכתובת ברורה לפניית ואוזן קשבת לצורכיהם. בביקור בית שנועד לטיפול בזקן יש להתייחס גם אליהם. יש לשאול לשלומם, לשאול מה מדאיג אותם וכיצד ניתן לעזור להם במהלך הטיפול המתמשך. יש לזהות את מקורות הלחץ (סטרוס) שלהם – האם מקורם בלחצים גופניים או נפשיים כתוצאה מההתמודדות עם המצב, או שמקורם בבעיות משפחתיות או כלכליות המעיקות עליהם.

יש לזהות מטפלים (בני/בנות זוג) בעלי פוטנציאל לשחיקה ולהידרדרות ולמנוע זאת על-ידי הדרכה, תכנון ומתן ייעוץ לבני המשפחה תוך ניסיון לאתר את הגורמים לתחושת העומס. זכורה לי בת זוג של זקן שלא הרשתה לעצמה לצאת לחופש כי "בעלי ירגיש זאת מיד ומצבו יידרדר", וזאת למרות שמצבו היה יציב וניתן היה למצוא מטפלת מסורה שתמלא את מקומה. לא הצלחתי לשכנע אותה שיציאתה לחופש רק תועיל לטיפול בבעלה. או אותה בת שלא נסעה לחו"ל מדאגה "מה יהיה עם אבא?". גם במקרה זה ניתן היה לקבל מטפלת זרה לתקופה קצרה כמו גם להיעזר בנכדים בוגרים. עודדתי אותה לצאת למספר ימים "בשביל אבא"; היא אכן יצאה לחופשה וחזרה בכוחות מחודשים. או אותו בן שהיה מבקר אצל אביו פעמיים ביום, נוסף למחויבויות

של קניית, הבאת תרופות, תיאום הטיפולים בין הרופאים השונים והבאת התחייבות לכל ייעוץ. גם אותו עודדתי להציב לעצמו גבולות, אך ללא הועיל.

ב. מטפל סיעודי מקומי – יתרונות וחסרונות

עם גבור צרכיו של הזקן בעזרה בתפקודים אישיים יש לדרוש מטפל מקומי באמצעות חוק הסיעוד.

חוק ביטוח סיעוד, שנחקק בשנת 1988, גרם לשינוי אדיר ולמהפך באפשרויות שנקרו להמשך מגוריו של הזקן בביתו; חוק זה מאפשר לסייע למשפחות בטיפול, ובמיוחד למטפל העיקרי.

ניתן להבחין בתרומתו הרבה של חוק הסיעוד באמצעות השוואה בין מספר הזכאים בשנת החלת החוק, שעמד על 20,000 זכאים, לעומת מספרם כיום, העומד על 107,000 (פי חמישה); ומספר זה רק גדל והולך. נשאלת השאלה – היכן היו כל הזכאים הללו בשנת 1988 עם החלת החוק?

האשפוז בבית הפך אם כן לאופציה נבחרת מצד המשפחה וכמובן מצד החולה עצמו, שתמיד שאף לכך. גמלת הסיעוד מקלה בעיקר על המטפל העיקרי (שהוא בדרך-כלל בת/בן זוג) והיא מאפשרת לו להשתחרר מעט מעול הטיפול הצמוד שהוא נתון בו במשך כל שעות היממה וכך "לטעון מצברים".

מאפייני החוק

1. הזקנים זכאים לעזרה הניתנת בזכות ולא בחסד.
2. עזרה זו מיועדת להם ואין להתבייש לתבוע אותה.
3. המוסד לביטוח לאומי משלם את הקצבה מסכומי התשלום ששולמו במשך כל השנים.
4. הקצבה אינה משולמת לזכאי (הזקן) עצמו או למשפחתו אלא לחברות כוח אדם המספקות את המטפלים הסיעודיים. זאת כדי למנוע ניצול לרעה של הכסף בידי המשפחה ואי־מסירתו לשם טיפול בזקן.

5. ניתן להמיר את הקצבה בשירותים בעין – כמו לקניית מוצרי ספיגה במצבים של אי־שליטה על הסוגרים, לקבלת ארוחות מוכנות ולצורך השתתפות במרכזי יום במשך השבוע.

למעשה, החוק מאפשר לזקן הסיעודי המוגדר כקל ובינוני להמשיך ולהישאר בביתו, כשהמשפחה מקבלת עזרה. התנאים לזכאות זו הם קושי בשתיים או יותר מפעילויות התפקוד האישי היומיומי, או צורך בהשגחה וליוויו. קיימות שתי דרגות זיכוי, של 10 שעות ושל 15 שעות טיפול שבועיות.

הבעייתיות בחוק

1. הוא גורם לניצול המטפלים, בכך שניתן להם תשלום נמוך מהשכר הממוצע במשק.

2. הוא אינו כולל תנאים סוציאליים למטפל.

3. תחלופה מכוונת של מטפלים כדי להימנע מלשלם להם פיצויים (לא מעבר ל־11 חודש).

4. אי־מתן הכשרה מתאימה למטפלים.

5. הזכאות היא רק לזקן המתגורר בבית ולא בבית־אבות או במסגרת אשפוחית.

6. משך זמן ארוך יחסית שבו שיש להמתין עד לקבלת הזכאות.

7. רווחים לא סבירים של חברות כוח אדם על חשבון השכר למטפל בזקן.

מאפיינים של מטפלים סיעודיים ישראלים (לא זרים)

1. 93% מהם הן נשים.

2. מעל מחציתם (57%) הם גילאי 41–60.

3. 50% מתוכם עלו מחבר המדינות, כמחציתם בעלי השכלה תיכונית.

4. רובם משתייכים לשכבות החלשות בחברה.

קבלת הזכאות כוללת את השלבים האלה:

1. עמידה בזכאות (טופס תלות) על-פי מפתח של מוגבלות תפקודית.
2. הגשת תביעה למוסד לביטוח לאומי.
3. ביקור אחות בבית החולה.
4. החלטת הוועדה.

ג. מטפל סיעודי זר – יתרונות וחסרונות

העסקת עובדים זרים גרמה לשינוי במגמת האשפוז של החולים הסיעודיים בביתם. חדירת המטפלים הזרים לשוק צמצמה את הצורך המידי באשפוז במסגרות סיעודיות קבועות ואפשרה את המשך הטיפול בבית גם לאותם זקנים בעלי תלות גבוהה.

יתרונות הטיפול של מטפלים זרים טמונים בנכונותם להתגורר 24 שעות ביממה (לעיתים 12 שעות) בבית הזקן למשך תקופות זמן ארוכות.

רובם בעלי משמעת וצייתנות והם הגיעו לארץ למטרה טיפולית זו. הם חביבים, מקרינים טוב לב וחמימות כלפי הזקן והסיבה. הם מסתפקים במועט ולעיתים נוצרת מערכת יחסים משפחתית שהיא מעבר ליחסי עובד-מעביד; המטפל הופך אז לחלק מהמשפחה.

גם הזקן עצמו רואה בהם לעתים בן או בת משפחה, דבר התורם לקשר אישי חם במהלך הטיפול.

במקרים של זקנים בעלי משקל כבד או שיש להם בעיה אחרת, ניתן להעסיק מטפל זר גבר.

יחד עם זאת ישנם קשיים הכרוכים בהעסקת מטפל זר כמפורט להלן:

1. קשיים הכרוכים בהרגלים ומנהגים שונים.
2. קשיי שפה ותקשורת.

3. בדידות של המטפל ונתק ממשפחתו.
 4. בעיות רפואיות של המטפל או בעיות של שהות לא חוקית בארץ.
 5. חוסר אכפתיות ואי־הבנה של התפקיד.
 6. טיפול יתר וגרימת תלות במטפל.
 7. דחיקת המשפחה והילדים ממערך הטיפול וקבלת החלטות ללא אישורם.
 8. ניצול או הזנחה של הזקן וגרימת נזק לרכוש או לגוף.
- יש הנחיות מקובלות המוטלות על המטפל שנקבעו בחוק הסיעוד, והן: טיפול אישי והשגחה על הזקן וטיפול בסביבה הקרובה לזקן. מעבר להנחיות אלו ניתן לציין מספר המלצות למשפחה:
1. יש לקבוע כללים ברורים ולהגדיר את גבולות האחריות בנושא הטיפול בזקן בביתו.
 2. יש להבהיר רצונות, הרגלים וצרכים של הזקן ומשפחתו ומהם הדברים החשובים להם.
 3. יש לשמור על הגינות, מקצועיות ומכובדות.
 4. אל לה למשפחה להיות שאננה; עליה להמשיך ולהשגיח על מהלך הטיפול השוטף של המטפל.
 5. יש לבקר בבית ההורה לעתים קרובות ולהיווכח שהכול אכן נעשה ומתבצע.
 6. יש לפקוח עין ורצוי לשאול שאלות, כדי להראות לעובד הזר שיש נוכחות של המשפחה, היא אכפתית כלפי הזקן ועורכת בקרה על מעשי המטפל.
 7. יש לבדוק איך ההורה לבוש, האם הוא מתרחץ? מה מתבשל? האם יוצאים אתו לטיול בחוץ?
- ראיתי מטפלת שנטשה את הזקן שבטיפולה והלכה לבצע עבודות ניקיון

בבתים אחרים, או מטפלות שהביאו חברים או חברות ולא התפנו לטיפול בזקן, או שהן היו עסוקות בשיחות טלפון שהגיעו לסכומים אדירים.

אולם מניסיוני, רובם עשו את מלאכתם נאמנה ולעתים אף נטלו על עצמם את תפקיד הבנות או הבנים של הזקן במצבים שבהם ילדי הזקן היו צריכים לקבל את ההחלטות – למשל, החלטות על מתן תרופות, או מתי יש לאשפז בבית־חולים או מתי להזמין רופא. אין ספק שעל המטפלים להיות ערניים והראשוניים שמבחינים בשינוי שחל בזקן, אך חובה עליהם לעשות זאת בתיאום עם המשפחה ובידיעתה.

4. ציוד ומכשור רפואי בבית

עם העלייה הגוברת בצרכים, שוק הציוד הרפואי לבית הולך וגדל. המדיניות המוכתבת על־ידי קופות החולים, לפיה יש העדפה במתן טיפול בבית כדי לצמצם את עלויות האשפוז, מקבלת ביטוי בקיצור ימי האשפוז בבתי־חולים כלליים או מניעתם ובמתן טיפול רפואי, סיעודי ושיקומי במסגרת היחידות לטיפול בית הקיימות בכל המחוזות ובמסגרת "אשפוזי בית". גם החולים ומשפחות רבות מעדיפים סידור זה על פני אשפוז. כל אלה מעלים את צריכת הציוד והמכשור הביתי.

ההתפתחות הטכנולוגית כיום מאפשרת מתן טיפולים בבית החולה באמצעות מכשירים שבעבר ניתנו רק במחלקות או ביחידות אשפוזיות. מדובר בשוק גדול של מוצרים הכולל אביזרים ומכשירים מסוגים שונים, כשמדי יום נכנסים לשוק מוצרים חדשים.

הציוד מתחלק לשתי קטגוריות עיקריות: (א) ציוד לצורך שיפור הטיפול האישי בפעילות היום־יומית (העברות, שימוש בשירותים, אכילה, רחיצה ושליטה בסוגרים) אשר נועד לסייע, לעזור ולהקל בתפקוד ובמתן בטיחות לזקן ולמטפלים בו; (ב) ציוד לצורך טיפול בעייה רפואית ספציפית (ריאות, לב, כליות, זיהום, סרטן, וכו') המאפשר להימנע מאשפוז או מסייע בשחרור מוקדם מבית־החולים. מדובר במכשור

מתקדם ובטכנולוגיה גבוהה המיועד לכלל החולים, אך גם הזקנים נהנים ממנו. ניתן לחלק את קטגוריות הציוד השונות (מכשור ואביזרי-עזר) לפי בעיות רפואיות, כלהלן:

א. בעיות נשימה

בעיות הנובעות בדרך-כלל מפגיעה בריאות או בלב. מדובר במחלות כרוניות מתקדמות שפגעו באיברים הללו ואשר עם הזמן חלה בהם הידרדרות עד כדי אי-ספיקה וחוסר תפקוד של אותו איבר אם אינו מקבל סיוע נשימתי חיצוני. חולים אלו יהיו חסרי חמצן (היפוקסיה) עם כיחלון בפריפריה – למשל באצבעות או בשפתיים, והם יתקשו בנשימה בעת מאמץ.

מכשירי חמצן (oxygen)

מתן חמצן בבית כטיפול ארוך טווח מסייע לאריכות ימים, והוא משפר יכולות כמו מאמץ בהליכה ופעולות יום-יומיות אחרות.

ישנם אנשים הזקוקים לחמצן בכל שעות היממה, ואחרים הזקוקים למספר שעות ביום בלבד – בזמן מאמץ, בזמן התקף או רק בשעות הלילה.

קיימים שני סוגים של מכשירי חמצן: (1) חמצן נוזלי הקיים בבלונים ירוקים בגדלים שונים הניתנים לניוד; (2) מחולל חמצן המחובר לנקודת חשמל. בשני הסוגים הללו יש צורך בצינור המחובר למסכה או ל"משקפיים", המזרים את החמצן לאף ולפה. יש להקפיד על מילוי מים במִּכָּל שמטרתו להעשיר את החמצן בלחות ולמנוע גירוי או תחושת יובש באף. מחולל החמצן מרעיש מעט, ויש להקפיד לנקות את הפילטר. הבלונים המכילים את החמצן הנוזלי כבדים ויש להיזהר ממגע של אש או חום. יש להקפיד על כמות החמצן הנדרשת לפי ההוראות הרפואיות.

הבקשה לחמצן נעשית באמצעות טופס המאושר בידי קופת החולים לפי התוויה רפואית לחברה המספקת חמצן.

מכשירי הנשמה – מנשם (respirator)

התפתחות מהירה חלה בייצור מכשירי הנשמה, שנוסף ליעילותם הם גם נוחים, ניידים, קטנים, קלים ובטוחים בשימוש. לא עוד מכשירי הנשמה גדולים ומסורבלים. גם טכניקת הנשמה עלתה מדרגה ומדובר כיום בהנשמה לא פולשנית; זאת אומרת מתן סיוע נשימתי ללא הצורך בהכנסת צינור לקנה הנשימה (אינטובציה) או בניקוב/פיום הקנה (טרכאוטומיה). טכניקת הנשמה זו הפחיתה את הסיכונים הקשורים בהכנסת צינור לקנה, צמצמה את משך האשפוז בבתי-חולים ואת התמותה בהשוואה להנשמה המכנית הישנה עם הכנסת צינור לקנה.

מד ריווי חמצן (oxymeter)

זהו מכשיר קטן המיועד לניתור רמת החמצן בדם. הוא עובד על מקור אור באורך גל, היכול לקלוט את האוקסי המוגלבין שהוא כמות החמצן הנמצאת בכדורית הדם האדומה. קיים תופסן המוצמד לקצה האצבע. הערך הרצוי של ריווי החמצן הוא 89%–95%. ערך נמוך יותר מצביע על חוסר חמצן (היפוקסיה) והוא מסמן שיש צורך במתן חמצן או בהוספת חמצן.

מכשיר שאיבת נוזלים (suction)

מכשיר זה נועד לשאוב הפרשות מדרכי הנשימה דרך צינור הנמצא בקנה או דרך האף והפה. הפעולה מתבצעת על-ידי צינורית דקה השואפת את הפרשות.

ב. בעיות תזונה ומתן הזנה

אלו נובעות ממכלול בעיות הפוגעות ביכולת הבליעה (אירוע מוחי, פרקינסון ומחלות ניווניות אחרות), ירידה ברצון לאכול (דיכאון, דמנציה, מחלות כרוניות או מצבים חריפים), מצבים של חוסר הכרה (קומה), או מצבים של דרישה מוגברת לקלוריות (פצעי לחץ, ניתוחים וכויות). כל הבעיות הללו גורמות לתת-תזונה המסכנת את הזקן. הציוד הדרוש במקרים אלו תלוי בדרך ההזנה: זונדה (אף – קיבה) או גסטרוסטומיה – מתן הזנה ישירות לקיבה או למעינים, או דרך וריד מרכזי (הזנה פרנטרלית).

זונדה (nasal-gastro tubes)

אלו צינורות (צנתרים) בגדלים שונים העשויים מחומר שאינו גורם לתגובה ברקמות; הם גמישים וקלים להחדרה. הצנתרים הללו מוכנסים דרך האף לקיבה או לתריסריון.

תפקיד הזונדה הוא להזין, אך היא משמשת גם לצורך ניקוז הפרשות מהקיבה במקרים של דימום או חסימת המעינים.

הזונדה מוכנסת בידי אחות מוסמכת; יש לוודא שהזונדה נמצאת בקיבה ולא בריאות או שמא היא נשלפה החוצה. מומלץ שלא לטפל בזונדה בבית, עקב הצורך בניטור צמוד של אחות מוסמכת בכל האכלה. הזנה באמצעות זונדה מחייבת אשפוז במחלקת סיעוד מורכב.

גסטרוסטומיה (gastrostomy)

זוהי צורת הזנה שבה מכניסים צנתר לקיבה דרך חור בדופן הבטן. הפעולה מתבצעת בידי גסטרואנטרולוג בכל מרפאת גסטרו. הצנתרים הם בקוטר 16–25 מ"מ והם גדולים מהזונדה ומאפשרים מתן הזנה ישירות לקיבה. הגסטרוסטומיה מאפשרת אשפוז בבית והזנה בידי בני המשפחה.

יש לשים לב שאין דליפה או זיהום מסביב למקום ההחדרה. יש לנקות את אזור ההחדרה. במקרה של כאבי בטן, חום או אודם מקומי – יש להפסיק את ההזנה.

עמידות הצנתר היא כשנה, ואז יש להחליפה. ניתן לבצע זאת בבית אך נדרש צנתר מתאים ורופא מומחה לגסטרו או גריאטר שיתאים זאת. אם הצנתר יצא ממקומו, יש להקפיד למנוע את סגירת החור באמצעות הכנסה מיידית של צינור חדש.

ניתן להסתיר את הצנתר מתחת לבגדים, דבר שמתאים להזנה במשך תקופה ממושכת. הכנסת הצנתר דורשת הסכמה מדעת וחתומת החולה או האופוטרופוס בעת ביצוע התהליך.

פורמולות – תמיסות הזנה

פורמולה מוגדרת כמזון רפואי הניתן תחת פיקוח רפואי ועל כן יש להיות בהשגחה של תזונאית, אחות או רופא.

על הפורמולה לספק את כל הצרכים התזונתיים של החולה. הפורמולות השונות מכילות את שלושת רכיבי המזון העיקריים – פחמימות, חלבונים, שומנים, וכן גם ויטמינים, מינרלים ומים. הפורמולה נבחרת בהתאם למצב החולה וצרכיו השונים. החלטה זו היא בתחום הדיאטטיקנית ובשיתוף עם הרופא והאחות.

כיום מדובר בפורמולות מוכנות שניתן לקנותן בבתי המרקחת של הקופות השונות וכן באופן פרטי. אפשר לתת גם מזון מרוסק המוכן בבית או בצורת נוזלים, אך יש להקפיד על היגיינה בעת הכנת המזון ובישולו.

ניתן לחלק את הפורמולות לארבעה סוגים: (1) פורמולות הניתנות דרך הפה כתוספת או כהעשרה לאוכל הרגיל – לדוגמה: אנשור; (2) פורמולות הניתנות דרך צינור הזנה והמשמשות כמקור עיקרי של קלוריות (אוסמוליט ג'ביטי); (3) פורמולות למחלות מיוחדות כמו מחלות ריאה, כליות, תת־ספיגה וטראומה גדולה; (4) פורמולות מודולריות – אלו תכשירים המכילים רכיב תזונתי בודד המעשיר את הפורמולה הבסיסית (אבקות חלבון או פחמימות).

רוב הפורמולות מכילות כ־80% מים לליטר בממוצע ויש להתייעץ לגבי תוספת אפשרית של מים. לדוגמה – יש לשקול תוספת של מים לפי כמות ההפרשות (כמויות שתן, זיעה ונשימה), וכן לפי מזג האוויר, או הופעת חום, זיהומים או שלשולים. קיימות פורמולות עם סיבים שנועדו להגדיל את נפח הצואה כדי למנוע מצבים של שלשולים או עצירות.

משאבת הזנה

זוהי משאבה הנלווית למתן ההזנה האנטרלית שמטרתה לשלוט בקצב ההזנה ובמשך הזמן שהיא ניתנת ולספק את הקלוריות הנדרשות. מדובר במתקן

חשמלי המוצמד לעמוד והמאפשר את תליית הפורמולה בשקית. המשאבה מאפשרת לשלוט על קצב מתן כמות התמיסה במשך שעה, כשהחישוב הוא בדרך-כלל שכל 1cc שווה לקלוריה אחת. לדוגמה, אם הזקן נזקק ל-1,500 קלוריות ליממה – שזה ליטר וחצי של פורמולה – ניתן לתת זאת בצורה רציפה לפי 100cc לשעה במשך 15 שעות, או לסירוגין 150cc לשעה במשך שעותיים, חמש פעמים ביום. ניתן לשנות את הקצב ואת סך כל הקלוריות השימוש הוא פשוט וניתן ללמידה של המשפחה או המטפל.

יש להתאים את תכנית ההזנה למצבו של הזקן ולסיכונים אפשריים – למשל, כשיש שלשולים או הקאות רצוי להאט את הקצב. יש להתחשב בסוג הפורמולה (קיימות פורמולות עשירות בקלוריות) ובמיקום הצינור (בקיבה או בתריסרון).

יש לבנות את ההזנה בצורה הדרגתית מאחר ששינוי מהיר בקצב יחשוף את הזקן לסיכונים. הופעת שיעול, או קוצר נשימה, או הרחורים או ריר באף מצביעה על אפשרות של שיאוף לריאות; במקרים אלו יש להפסיק את ההזנה. יש לשמור על הגבהת פלג הגוף העליון ב־30-45 מעלות במהלך האכילה ועד שעה לאחריה. יש לעקוב אחר פעולה סדירה של המעינים, ויש לבדוק שאריות מזון בקיבה לפני מתן ההזנה.

ג. בעיות הדורשות מתן תרופות נגד כאבים

אלו עשויות לנבוע ממחלות סרטניות ממושטות (ממאירות) עם גרורות לעצמות או לאזורים מרוחקים אחרים, אך גם ממחלות כרוניות אחרות הגורמות לכאבים.

קיימות משאבות למתן מורפיום דרך הווריד או בתת-עור, בהזלפה רצופה או לסירוגין. ניתן גם להזריקו בתעלת עמוד השדרה. התהליך מתבצע במחלקה האונקולוגית או במסגרת טיפול תומך שהמשכו בבית.

ד. בעיות הדורשות מתן תרופה או הזנה דרך וריד מרכזי לתקופה ארוכה מדובר בזקנים הזקוקים לטיפול כימי (כימותרפיה) תקופתי במחלות סרטניות, או למתן הזנה תוך ורידית (פרנטרלית) במקרים של חוסר ספיגה במערכת העיכול, וכן למתן אנטיביוטיקה במקרים של זיהומים קשים ועמידים לטיפול. כיום קיימות מספר משאבות הנשתלות מתחת לעור ודרךן יוצא צינור המתחבר לווריד מרכזי. הפרוצדורה מתבצעת בחדר רנטגן, בצורה סטרילית ותחת שיקוף של רנטגנולוג. יש להקפיד על הסטריליות בזמן מתן החומרים השונים. כיום ניתן לקבל את החומרים (כימותרפיה או פורמולה או אנטיביוטיקה) מוכנים ובצורה סטרילית ונותר רק לחברם למשאבות. החיבור נעשה בצורה סטרילית עם כפפות חד-פעמיות ועם מגן על הפה.

ה. בעיות כלייתיות

במצבים של אי-ספיקת כליות, וכתוצאה מזה – חוסר הפרשה ואי-סילוק תוצרי הפירוק השונים מהדם דרך הכליות, יש להיעזר בדיאליזה דרך הדם (המודיאליזה) ודיאליזה דרך חלל הבטן והצפק (פריטונאלית). יש לעקוב אחר המלחים בדם ואחר ערכי לחץ הדם, בעיקר לאחר הדיאליזה.

ו. בעיות של חוסר תנועתיות ומניעת פצעי לחץ

כדי למנוע פצעי לחץ יש להצטייד במספר אביזרים. יש להצטייד במזרנים מתאימים המחלקים ומורידים את הלחץ בצורה שווה על פני כל הגוף. קיימים מזרנים סטטיים ומזרנים דינמיים.* קיימים גם מושבים המחלקים את הלחץ בצורה שווה. בכיסאות גלגלים יש להתאים את הכיסא לזקן. קיימים כיסאות גלגלים צרים ורחבים, עם משענת וללא משענת לראש, עם רגליות מורמות ולא מורמות, וכאלה הניתנים לשיפוע. עלי-מנת לבחור את האביזר הרצוי יש להתייעץ עם פיזיותרפיסט ועם מרפא בעיסוק. יש להקפיד על מושב מתאים שימנע החלקה.

* מזרנים סטטיים הם מזרנים ללא מנוע עזר והמומלץ ביניהם הוא הסוג העשוי מג'ל (ויסקו-אלסטי), המקבל את צורת הגוף. מזרנים דינמיים הם מזרנים בעלי מנוע עזר, כשהידוע ביניהם הוא מזרן המתמלא ומתרוקן באוויר בהפסקות קבועות. ניתן להשיגם ב"יד שרה".

בכיסאות גלגלים יש להקפיד על מעצור כדי למנוע "בריחה" של כיסא הגלגלים ונפילת הזקן. ככלל, רצוי שכשהזקן יושב – הכיסא יהיה על מעצור ולא יזוז ויתרחק מהשולחן או יגרום נזק לזקן או לשכנו.

ז. בעיות בפעילויות יום-יומיות בסיסיות (ADL)

קיים מגוון רחב של מוצרים ואביזרים שנועדו להקל על חיי היום-יום של הזקן, להקנות ביטחון ובטיחות מנפילות ותאונות, להתאים את הסביבה לצרכיו ולעשותה ידידותית לזקן.

רצוי להתייעץ עם מרפא בעיסוק ועם פיזיותרפיסט. ב"ד שרה" קיימת תצוגה של אביזרים, שאותם נחלק לפי הפעולות הנדרשות:

הליכה – דרוש הליכון גם למספר צעדים או לעמידה, כדי לייצב את הזקן. יש הליכון עם גלגלים וללא גלגלים, או הליכון עם משענת לאמה, המיועדים לזקנים עם שיתוק וחולשה ביד אחת.

אכילה – קיים מגוון רחב של מוצרים להקלת היכולת לקחת את האוכל ולהכניסו לפה וכן להכנת הארוחות.

לבוש – יש אביזרים שיכולים להקל על ההתלבשות, ועל נעילת נעליים וגריבת גרביים.

רחצה – אביזרי רחצה, כיסאות רחצה, מושבים לאמבטיה וידיעות לאחיזה לשם קימה ועמידה.

שימוש בשירותים – ידיעות משני צדי האסלה להקלת הקימה, מושבים גבוהים לאסלה, כיסא שירותים, בקבוק לשתן.

העברות – מנופים לסוגיהם.

אי-שליטה – סופגנים למיניהם וקטטרים.

ח. בעיות של אי-שקט

בעיות אלו יכולות להופיע על רקע של דמנציה והבעיות ההתנהגותיות הנלוות אליה, או שאלו מצבים זמניים על רקע של מחלה חריפה, נטילת תרופות וכאב.

יש לטפל בגורם לאי-השקט; אם מתקשים לעשות זאת יש להשתמש באביזרים המונעים נזק מהזקן ומסביבתו. למשל, להרכיב שולחן על כיסא הגלגלים כדי למנוע את גלישתו של זקן מרותק, או למנוע נפילות של זקן תשוש נפש. יש לשים כפפות על הידיים כדי למנוע את תלישת הצנרת מהאף או מהווריד.

ט. בעיות אורטופדיות ונוירולוגיות

יש לדאוג לאביזרי שיקום לאחר אירועים מוחיים חדשים או לאחר אשפוז ארוך עם שכיבה ממושכת, או לאחר שברים וניתוחים (יש להתייעץ עם פיזיותרפיסט ומרפא בעיסוק).

י. בעיות חישה (שמיעה וראייה)

קיימים אביזרי שמע רבים, משקפיים ומכשירים להגדלת הכתב.

יא. בעיות מטבוליות, קרישה

קיימים מכשירים המאפשרים לבצע באופן עצמאי בבית מעקב אחר רמות הסוכר והקרישה (P.T או I.N.R).

עצות למשפחה ולצוות

1. יש להתארגן לקראת כל קבלה של מכשיר חדש.
2. הכשרה ותרגול של המשפחה או הזקן תתבצע בין כותלי בית-החולים לפני חזרת הזקן הביתה.
3. על הצוות לוודא שהמשפחה או הזקן הבינו את ההוראות ואת אופן התפעול של המכשירים, וכן שהם חשים בטוחים ויודעים אילו פעולות עליהם לנקוט בחיי היום-יום ובזמן חירום.

4. יש להתאים את תנאי הבית לצרכים החדשים של זקן המשתמש במכשיר חדש.
5. יש להכיר את יכולות המשפחה ואת משאביה הכלכליים, הרגשיים והקוגניטיביים.
6. יש לקבוע תכנית מעקב בבית.
7. יש לוודא שאין סיכון בשימוש באביזרים.

כרך ד:

הזקן הסיעודי המאושפז במחלקה סיעודית

1. תיאור מקרה

ישבתי בביתה של גברת ש', אישה כבת 80, שסיפרה לי: "זה חצי שנה שאינני ישנה לילה אחד שלם", ולאחר שהות קצרה היא הוסיפה: "בעלי מסתובב כל הלילה באי־שקט, הולך לשירותים, ולעתים קרובות נופל, ואני במיטה, עם חצי עין פקוחה, עוקבת אחריו ולעתים אינני מצליחה להרימו מן הרצפה. בנותיי מתגוררות מחוץ לעיר, והדירה שבה אנו מתגוררים אינה מתאימה להכנסת מטפל זר, והרי הבטחתי לו שלא אכניסו למוסד". הבטתי בה וראיתי אישה רזה וקטנה, מותשת, עיניה כבויotes. בדקתי את הבעל ומצאתי פגיעה שכלית (קוגניטיבית) ניכרת. אמרתי בהחלטיות: "חייבים להעבירו למחלקה סיעודית לתקופה קצרה".

מטרתי הייתה להרגיע את אי־השקט של החולה ולאפשר לו לישון, ובעיקר לאפשר לאשתו לישון. התקופה "הקצרה" נמשכה 6 שנים שבהן הוא שהה במחלקה הסיעודית. הוא אהב להעתיק ציורים של גדולי הציירים. אשתו בת ה־80 פרחת והייתה מגיעה לביקורים עם "פולקסווגן" ענתיקה ומניחה חפיסות שוקולד לצוות על דלפק התחנה במחלקה.

מהי מחלקה סיעודית? מה אנו יודעים על אשפוז במסגרות הסיעודיות הממושכות או בבית־אבות? וממה אנו נרתעים כל־כך?

האמת היא שהציבור ברובו אינו יודע הרבה על כך והוא וניזון מכלי התקשורת, ואלה נוטים לדווח על תקלות ועל מקרים חריגים בלבד. לעתים אנו גם ניזונים מסיפורי שכנים או ידידים. האם כל ה"מידע" הזה מלמד על הכלל?

המספרים היבשים מלמדים אותנו שבכל זמן נתון כחמישית מכלל הזקנים המוגבלים בתפקודם מאושפזים במקומות אלו, וש-43% מכלל הזקנים צפויים להתאשפז במסגרת מחלקות סיעודיות בנקודה כלשהי במהלך חייהם (Kemper, 1991).

קיימות דעות קדומות שעלינו להתגבר עליהן (ראה בהמשך, הפרק על מיתוסים), וראוי לתת כאן סקירה היסטורית קצרה על מה שהיה בעבר.

2. רקע היסטורי והמציאות כיום

רקע היסטורי

עם קום המדינה ובהמשך, בשנות החמישים והשישים, נטלו על עצמם מוסדות מלב"ן בחסות הג'וינט את הטיפול באוכלוסיית הקשישים המוגבלת והחולה מקרב העולים ואת אשפוזם הסיעודי. רק בסוף שנות השבעים (1976) עברה האחריות על טיפול ואשפוז סיעודי לחסות משרד הבריאות, באגף שנקרא אז "האגף למחלות ממושכות וכרוניות", כשמוסדות מלב"ן נהפכו למרכזים גריאטריים. עקב חסר במקומות אשפוז הופנו חולים רבים למוסדות פרטיים.

המחלקות הסיעודיות סבלו מתדמית נמוכה, וזאת עקב מספר סיבות כמפורט להלן:

- א. החולים שהתקבלו למחלקות אלו סבלו מתחלואה כרונית שההתייחסות אליה הייתה כאל מחלות חשוכות מרפא.
- ב. ריוחה התפיסה שלמקצוע הרפואה אין מה לתרום להחלמה או להבראת חולים אלו. תפיסה זו נבעה מחוסר מודעות לאפשרויות של שיקום תעסוקתי או חברתי, כשנטל הטיפול היה על כתפי הצוות הסיעודי בלבד.
- ג. המוסד הצטייר כמקום מנותק מהסביבה החיצונית ומנוכר לה, והדייר – כחוסה שאיבד את זהותו העצמית.

ד. הצוותים המטפלים היו ברובם לא מקצועיים; עקב חוסר יעד חיובי במוסדות אלו לא הייתה משיכה למקצוע זה, ורק יוצאים מן הכלל מעטים היו מסורים למקצוע ולחולים.

ה. השילוב של חולים עם בעיות סוציאליות (עיריית או נטושים) ומחלות כרוניות (דמנטיים או חולי נפש) הרתיע רבים.

ו. החינוך הרפואי בבתי-הספר לרפואה, שראה במוות כישלון רפואי, לא חינך להתמודדות עם מצבי מחלה כרוניים.

על רקע כל הדברים הנ"ל, התדמית של המחלקות הסיעודיות בעיני הציבור, ואף בעיני אנשי מקצוע, הייתה – ועודנה – תדמית שלילית. ביטויים כגון: "שרק לא נגיע לשם", "תחנה אחרונה" או "מקום שאין ממנו דרך חזרה" ממשיכים להשמע.

התמונה הסטראוטיפית שדבקה במחלקות הייתה של פרוזדורים ארוכים וקרים עם אורות נאון שאינם כבים, חדרים קטנים וצפופים או חדרים גדולים עם מספר רב של מיטות, ובתוכם חולים זקנים המרותקים למיטה או לכיסא גלגלים, בוהים באוויר, מוזנחים ומצפים למותם.

המציאות כיום

המחלקות הסיעודיות עוברות בשנים האחרונות שינויים בהרכב החולים. החולים הם בגיל גבוה יותר ובעלי מוגבלויות קשות יותר. מושם גם דגש על פיתוח המחלקה הן כמקום טיפולי מקצועי והן כמקום ביתי חברתי. המהפך נובע מכמה סיבות:

א. הארכת תוחלת החיים מביאה להופעת מגוון של מחלות ומוגבלויות חדשות וקשות, כגון מצבים ניווניים מתקדמים של המוח ומצבי "צמח" ממושכים. קיימים גם מצבים הגורמים לריתוק זמני או קבוע על רקע ניתוחים או פרוצדורות רפואיות המתבצעות כיום בגילאים מופלגים.

ב. פיקוח ובקרה מטעם האגף למחלות ממושכות וזיקנה במשרד הבריאות, שביטוייו – פרסום קובץ נהלים המבהיר את החובה להעסיק תקנים של כוח

אדם מקצועי ורב־תחומי כמו: אחיות, עובדים סוציאליים, פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק ודיאטטיקניות; שיפור במערכת הפיקוח ובדיקה להבטחת איכות הטיפול המבוססת על עקרונות של מבנה, תהליך, ותוצאות הטיפול.

ג. התקדמות הרפואה בתחומי האנטיביוטיקה וההזנה האנטרלית (פרוצדורות כמו P.E.G ופורמולות מוכנות) מחזיקות את החולים לאורך זמן. יש גם התקדמות בנושאים של שיטות שיקום ושל מכשירים, תרופות נגד מחלות ניווניות של המוח, פרוצדורות כירורגיות בגיל המבוגר. כל אלה מפיחים תקווה לשיפור של כמעט כל מוגבלות.

ד. אוטונומיה וזכויות החולה – העלאת המודעות לנושאי בריאות, פרטיות ועצמאות והופעת חוק זכויות החולה, מאפשרות למשפחה לדרוש מתן טיפול פיזיותרפי או תעסוקה גם כשאינן יעד של שחרור החולה הביתה, או במצבים של אבדן תפקודי.

ה. התפתחות מקצועית ומומחיות בתחומי הגרונטולוגיה ובעיקר הגריאטריה והסיעוד הגריאטרי. מצב זה מושך כוח אדם איכותי ומשנה את ההתייחסות לטיפול בזקן.

ו. התפתחויות חברתיות ותחוקתיות כגון חוק הסיעוד, המאפשר קבלת שירותים בבית. האפשרות להביא עובד זר מורידה את עומס הפניות ואת ההמתנה הארוכה להתקבל למחלקות סיעודיות, כמו גם את נטל התשלום מעל המשפחות וכך לאפשר את הישארות החולה בבית למשך זמן רב יותר. עם זאת, חולים המגיעים לבסוף למחלקה הסיעודית עלולים להיות במצב תפקודי ירוד יותר מאשר אלו שאושפזו לפני 30 שנה.

ז. כניסת יזמים פרטיים וארגונים וולונטריים יוצרת תחרות בענף, ומביאה להעלאת רמת המלונאות וההיצע השירותי.

כל אלה וכן גורמים אחרים משנים את הדפוסים ואת המושגים הישנים ומביאים למפנה ולשינוי בייעודי המחלקה הסיעודית ובמטרותיה.

3. ייעודה ותרומתה של המחלקה הסיעודית (השירותים הניתנים)

מדוע אם כן לאשפז את החולה – או מה מספקת המחלקה הסיעודית? יש מספר תחומים שבהם המחלקה הסיעודית ערוכה לתת טיפול טוב יותר מזה הניתן בבית ואלה הם (Leslie & Perrez, 1989):

א. טיפול סיעודי ואישי רציף, הזמין 24 שעות ביממה

עיקר הטיפול בזקנים הסיעודיים ניתן בידי אחיות ומטפלים.

- הזקן אינו צריך לדאוג לצרכיו הבסיסים – יש מי שדואג לרחצה, לאוכל וללבוש. מצב זה גורם לחולה להרגיש טוב ולשיפור במצב רוחו.
- הזקן מקבל עזרה גופנית ואישית בכל פעילויות היום-יום.
- הטיפול הסיעודי תורם להורדת מתח בחיי היום-יום; הוא נותן תשובה לשאלות כמו מי יעזור לי? מתי תגיע העזרה? ולמי לפנות?
- הטיפול הסיעודי הוא טיפול קבוע ורציף של מתן תרופות, חוקנים, זריקות, משאפים וחמצן לפי הצורך.

תיאור מקרים

גב' פ' נהגה לצלצל לבתה בכל שעות היום והלילה, בעיקר עקב תלונות טכניות לגבי משק הבית והטיפול האישי. המטפל הזר לא סיפק לה מענה לכל אלה ולא עמד בציפיותיה של החולה, שהרבתה לדרוש להחליפו. מאז הגעתה למחלקה הסיעודית פסקו הטלפונים לבתה; היא מצאה בצוות המטפלים מענה לציפיותיה.

גב' ט' שהתגוררה בביתה נהגה להתלונן מדי יום על כאבים בחזה. היא הייתה מחוברת לאחד ממוקדי השירות לטיפול נמרץ בעיר, ופעמיים בשבוע נשלח אליה צוות נט"ן שבמקרים רבים העבירה לחדר מיון. עם כניסתה למחלקה הסיעודית לתקופה זמנית, עקב בעיה אורטופדית של איסור דריכה, חלפו הכאבים בחזה.

ב. טיפול רפואי רצוף ותחת פיקוח

- ביקורי רופא תכופים עם בדיקות דם וא.ק.ג. לפי הצורך.
- הפנייה ותכנון של בדיקות מחוץ למחלקה.
- השגחה רפואית מפחיתה את החרדה והמתח – כמו, למשל, בשאלות גופניות של כאבים בחזה, קשיי נשימה, חוסם וכאבים שונים, ובשאלות כמו האם לקרוא לרופא? האם להודיע לילדים?
- הטיפול במצבים חריפים או משתנים נתון בידיים מקצועיות וכך מסיר את האחריות מהחולה ומשפחתו.
- השגחה רפואית רציפה מאתרת מצבים חריפים עוד בטרם התלקחותם והחרפתם וכך מונעת סיבוכים.

תיאור מקרה

אדון ל' התקשה ללכת מספר צעדים עקב אי־ספיקת הלב. הוא התקשה להגיע לשירותים והיה מפסיק על דעת עצמו את מתן המשֶׁתָּנִים. הוא התקשה גם בנטילת שאר התרופות ואושפז לעתים קרובות עם בצקת בריאות. עם כניסתו למחלקה הוא התאזן מבחינת האי־ספיקה כשהאחריות לנטילת התרופות הייתה בידי האחיות. בכל מהלך שהייתו במחלקה הסיעודית הוא לא נזקק לאשפוז בבית־חולים ומצבו הגופני היה יציב.

ג. צוות רב־מקצועי (פרה־רפואי)

במחלקה הסיעודית קיים צוות רב־מקצועי המונה: עובדת סוציאלית, פיזיותרפיסטית, מרפאה בעיסוק, עובדי תעסוקה, ודיאטטיקנית וזאת נוסף על רופאים, אחיות ומטפלים. הצוות הרב־מקצועי מעשיר את האבחונים בבחנו היבטים נוספים.

תיאור מקרים

גב' ח' סירבה ללכת לאחר שנפלה ערב קודם בביתה. בצילום שנעשה לה לא נמצא שבר, אולם היא הייתה נתקפת בחרדה ובאי־שקט כשכל גופה מתוח

ורועד ברגע שהיו מנסים להעמידה ולדרוך על רגליה. היא הועברה למחלקה הסייעודית לקבלת פיזיותרפיה הליכתית וביטחון בהליכה. כל אנשי הצוות במחלקה ובמיוחד הפיזיותרפיסטית הקנו לה ביטחון וכתוצאה מכך הייתה מוכנה לשוב ולדרוך על הרגל הכאובה והליכתה השתפרה.

בישיבת צוות הבחינה הדיאטטיקנית בירידה במשקל ובמצב החלבונים אצל גב' מ'. היא הסבה את תשומת לב הצוות הרפואי והסייעודי לכך שהחולה אינה אוכלת. ואכן, לאחר התערבותם של הרופא, העובדת הסוציאלית והאחות, זוהה אצלה דיכאון שטופל בהצלחה והיא חזרה לאכול.

ד. סדר יום, אינטראקציה ותעסוקה

- קיים סדר יום קבוע ויש בעבור מה לקום בבוקר.
- מלבישים את החולים בבגדיהם הפרטיים ומורידים אותם מהמיטות לארוחת הבוקר.
- במחלקות הסייעודיות החולה נפגש עם חולים אחרים, צוותים מקצועיים, משפחות ומבקרים הנותנים לחולה גירויים סביבתיים.
- במחלקה הסייעודית יש גירויים חברתיים ויצירתיים עם תכנים ופעילויות המאפשרים לזקן לשמור על ערנות, על תעסוקה ועל יצירתיות.
- קיימת פעילות יזומה במשך היום תוך ציון אירועים וחגים מיוחדים.
- קיימת הפעלה אקטיבית – כגון עבודות יד, כתיבה, ציור, אפייה, התעמלות ויציאה לטיולים; והפעלה פסיבית – כגון הקראת סיפורים ועיתונים, האזנה למוסיקה וצפייה בטלוויזיה.

תיאור מקרה

גב' י' התקבלה לאחר אירוע מוחי ושבר בצוואר הירך, ובמצב רוח ירוד. עם קבלתה למחלקה החלה עובדת התעסוקה לשתף אותה בשיעורי ציור ובמשחקי ברידג' ומצב רוחה השתפר.

אחת הבעיות שאפיינו את המחלקה הסיעודית היא הגישה הפטרנליסטית של הצוות – "אני יודע מה טוב לחולה". גישה זו אמנם עדיין רווחת, אולם חל בה שינוי. כיום גוברת הנטייה לשתף את החולה בהחלטות הנוגעות לחייו. למשל, לשתפו בהחלטות הנוגעות לטיפול בו, הימנעות מהגבלות פיזיות – כמו קשירה לכיסא או הגבלת יד או סגירת דפנות המיטה. יש שליטה על סדר יום – לקום מוקדם יותר, או לישון מאוחר יותר. כמו־כן מקנים לחולה תחושה של פרטיות בחדר תוך התאמה חברתית לשכן בחדר וליושבים ליד שולחן האוכל. מותרים שימוש בטלפון פרטי, תליית תמונות מהבית סביב המיטה, רגישות לצרכים מיניים, פינות ישיבה למשפחה ואפשרות להחזקת חיות מחמד.

תיאור מקרים

גב' ב', ניצולת שואה, הייתה נחרדת בכל פעם שהורמו דפנות מיטתה. הדבר הזכיר לה את מחנות ההשמדה והכניס אותה לא־שקט. בקשתה, שנתמכה אף על־ידי בני המשפחה, הייתה להימנע מסגירת דפנות המיטה. נעתרתי לבקשתם תוך הבהרת הסכנות מנפילה או מקימה ללא השגחה מהמיטה ולאחר שהחולה חתמה על טופס שזו אכן בקשתה.

גב' ז' הייתה רגילה לקום בצהריים ואז להתחיל את היום, הרגל של שנים. היא ביקשה לא להעירה בבוקר ואף לספק לה ארוחת בוקר מאוחרת. הדבר התאפשר לאחר שנמצא חדר לאדם בודד (בתוספת עלות), ולאחר שהצוות הפנים את בקשתה.

אדון מ' אהב לצפות בטלוויזיה עד לשעות המאוחרות של הלילה למרות ששעת ההשכבה במחלקה הייתה מוקדמת. התקיים דיון בנושא והוחלט לאפשר לו לצפות בטלוויזיה בחדר האוכל עד מאוחר בלילה; שוחחנו עם בני המשפחה לגבי האפשרות של קניית טלוויזיה אישית.

1. אוכל, דיאטה ותזונה

נושא האוכל הוא רכיב משמעותי ביותר בחיי האדם הזקן. האוכל מהווה עבורו את אחד הסיפוקים וההנאות הבסיסיים בחיים. יש על כן להקפיד על צורת ההגשה, על זמן ההאכלה, על מגוון טעים ועשיר, להימנע מדיאטות דלות מלח או דלות סוכר. האכילה גם משמשת כלי אבחוני קליני של תפקוד הידיים, מצב הרוח, יכולת הבליעה, ופעילות המעיים.

תיאור מקרה

באחת המחלקות נהוג היה לתת את ארוחת הערב בשעה מוקדמת ביותר עקב הצונה של עובדת המזון לצאת מוקדם לביתה. הזקנים שסיימו לא מכבר לאכול את ארוחת הצהריים לא היו מספיק רעבים לקראת ארוחת הערב ולא נהנו ממנה, ועקב כך נותרו רעבים בשעות הלילה. דיון שנערך בישיבת הצוות הביא לכך שארוחת הערב הוגשה בשעה מאוחרת יותר והזקנים יצאו נשכרים מכך.

2. מקומה של המשפחה

עם הכניסה למחלקה הסיעודית חל שינוי במהות הקשר בין החולה ומשפחתו, המתבטא במעבר מקשר טכני יבש לקשר רגשי ולשיחות נפש.

הטיפול במחלקה הסיעודית מקנה לבני המשפחה ביטחון נפשי ומוריד מהם את המעמסה היום-יומית.

הטיפול בחולה כולל גם טיפול במשפחתו, המהווה חלק ממנו והיכולה לגרום גם לאי-נחת, לקונפליקטים ולרגשות אשם (ראה הסעיף על המשפחה והזקן).

תיאור מקרה

אשתו של א' הייתה מתוחה ולחוצה בעת הגעתו למחלקה. היא גילתה חשדנות כלפי הצוות, ישבה לידו שעות ארוכות בכל יום והייתה נוהגת להתערב בטיפול. אדון א' היה אדם צעיר יחסית, בן 69, שעבר אירוע מוחי גדול. זמן רב לקח לצוות להבין שאשתו אינה משלימה עם החלטתה להכניסו למחלקה תוך שהיא חשה אשמה בפגיעה המוחית שלו. טיפול באמצעות

שיחות עם האחיות האחראיות ועם העובדת הסוציאלית ותמיכת משפחתה אפשרו לה לחיות את חייה ואף הותרו לה זמן לטפל בנכדתה החדשה.

4. מאפיינים של המחלקות הסיעודיות השונות ומידת התאמתן לזקן

זקנים סיעודיים אינם קבוצה הומוגנית; אלו אנשים שונים והם בעלי צרכים שונים גם מתוקף מצבם הרפואי; יש על כן לאשפז כל זקן במחלקה המתאימה לו. כיום קיימות מסגרות שונות המטפלות בזקנים סיעודיים:

- א. מחלקה סיעודית רגילה.
- ב. מחלקה סיעודית לתשושי נפש.
- ג. מחלקה סיעודית רפואית (מורכבת).
- ד. מחלקה להתאוששות ממצבים חריפים ולשיקום כוללני.

המסגרות השונות מותאמות למצב הזקנים על-פי תפקודם הגופני והנפשי, על-פי הבעיות הרפואיות הנפוצות אצלם ועל-פי מיומנות הטיפול שהזקנים נזקקים לה. כדי להתאים בין מצב הזקן לבין המחלקה שבה הוא מאושפז, עלינו לדעת מחד גיסא מהם תנאי הקבלה של כל מחלקה ומאידך גיסא להכיר את צורכי הזקן המסוים ומאפייניו.

- א. במחלקה סיעודית רגילה מאשפזים זקנים צלולים ברמות שונות ועל-פי-רוב ניתן ליצור קשר טוב בין החולה לבין המטפל.
- ב. במחלקה לתשושי נפש מתגוררים זקנים שאינם צלולים. ייתכן אמנם שהם מסוגלים להתהלך, אך עקב הירידה הקוגניטיבית הם זקוקים לעזרה בפעילות האישית היום-יומית. זוהי מחלקה סגורה שבה ניתן למנוע שוטטות של הזקן במקומות זרים כשהוא מתקשה למצוא את דרכו בחזרה. רמת הטיפול דורשת מיומנות ספציפית במצבים של אי-שקט, בעיות התנהגות, נפילות, בעיות האכלה והזנה, כמו גם מיומנות כיצד למלא בתוכן את זמנו של הזקן.

ג. המחלקה הסיעודית הרפואית מאופיינת במורכבות של החולים ושל המחלות. רמת הטיפול דורשת מימונויות ספציפיות כגון: טיפול בפצעי לחץ, הזנה דרך זונדה, טיפול בזיהומים אלימים וטיפול תומך בזקנים החולים במחלות סופניות.

ד. המחלקה להתאוששות ממצבים חריפים ולשיקום כוללני מיועדת לחולים זמניים, הזקוקים להתאוששות לאחר מצבים חריפים (שברים, אירועים מוחיים, ניתוחים וזיהומים).

מועמדים לכניסה למחלקות סיעודיות זקוקים לאבחון ולהתאמה קפדנית לפני קבלתם. יש לברר מהם הצרכים שלהם ומהי רמת הטיפול המתאימה, שכן הגישה, רמת הטיפול וההדגשים שונים בכל מחלקה. כדי ללמוד מהם צורכי הזקן יש לבצע הערכה גריאטרית תפקודית כוללנית על-מנת לזהות מחלות לא מאובחנות או לא מטופלות (יאול, 2002).

מחקרים הראו שהערכה גריאטרית תפקודית כוללנית הצליחה להוריד את היקף האשפוזים במחלקות סיעודיות ואפשרה את השאת החולים בבית (פרידמן ועמיתים, 1993; פלדמן ועמיתים, 1999; Solomon, 1986; Mark et al., 1990).

המחלקות הסיעודיות משמשות כיום מקום אשפוז קבוע לדיירים; הזקנים והמשפחות רואים במחלקה בית, עם כל הציפיות הנלוות לכך. לכן, האווירה במחלקה הסיעודית צריכה להיות בעלת גירויים חברתיים ויצירתיים ועם תכנים ופעילויות המאפשרים לזקן לשמור על ערנות, תעסוקה ויצירתיות.

למה כדאי לשים לב כשמחליטים לאשפז את הזקן במחלקה סיעודית? – עצות מעשיות:

א. רצוי לבקר במחלקה יותר מפעם אחת ובשעות שונות של היום והלילה.

ב. יש להתרשם מהאווירה במחלקה, רעשים, קולות ופעילויות.

ג. יש לבדוק אם תלויות תמונות על הקירות ובחדרי החולים.

- ד. רצוי לבקר בשעת האוכל ולהתרשם מאופן האכלת הזקנים.
- ה. יש להתרשם מהאחות האחראית – שכן היא הלב והנשמה של המחלקה.
- ו. ראוי לבדוק האם יש חצר או גינה, מהן דרכי הגישה למחלקה והאם היא מוארת כראוי.
- ז. כדאי שהמחלקה הסיעודית תהיה במרחק סביר ממגורי המשפחה.
- ח. יש לפנות רק למחלקות בעלות רישיון ופיקוח של משרד הבריאות.

5. תהליך קבלת ההחלטה לאשפז – האם אכן חייבים לאשפז?

ראשית יש להבהיר את נחיצות האשפוז. לצורך זה יש לברר האם מוצו כל הזכויות המגיעות לזקן וכן האם נשללו אפשרויות אחרות של קבלת שירותים במסגרת הקהילה. למשל: אפשרות של קבלת מטפל על בסיס חוק הסיעוד; או הדרכה בקבלת מטפל זר; או הפנייה למרכזי יום.

הזקן הסיעודי אינו זקוק בהכרח לאשפוז במחלקה סיעודית ופעמים רבות ניתן להשאירו בבית. על כל זקן המאושפז במחלקה סיעודית יש כשלושה זקנים אחרים הנמצאים באותו מצב ועדיין גרים בבית. הדבר תלוי בחומרת המוגבלות התפקודית (מצב התלות) כמו גם ביכולות ובמשאבים של המשפחה. משפחה בעלת יכולות ומשאבים מסוגלת לאפשר לזקן בעל תלות גבוהה להישאר בביתו. אני נוהג לתאר בפני הסטודנטים את האיזון הנכון בין יכולות ומשאבים לבין תלות בצורת "נדנדת איזון", הנמצאת באיזון עד למצב הדחק הראשון שנקרה בדרכה. מצב דחק יכול להיות קבוע וארוך כמו אשפוז והחרפה במצב הרפואי, שאינם מאפשרים את המשך הישארותו של הזקן בבית, או מצב דחק זמני וקצר של היעדרות הבן או הכלה, או החרפת מחלה, כשלאחר קבלת הטיפול הזקן חוזר למצבו ההתחלתי. על מצב דחק זמני קצר יש להתגבר מבלי לקבל החלטה על העברה.

יש מספר נקודות שבירה שגורמות למשפחות לקבל החלטה להכניס את הזקן למחלקה סיעודית והן: הפרעות שינה, בעיות התנהגות קשות, חוסר שליטה על הסוגרים, וחולי של המטפל או של בן הזוג (Ham, 1985).

במהלך עבודתי הבחנתי בכך שהמצב הרפואי של הזקן ובעיקר חריפותו והדינמיות שלו מהווים קו אדום המפר את האיזון הקיים וגורם להחלטה לאשפוז. אלו מצבים שבהם מחלות הרקע מתלקחות לעתים תכופות וגורמות לאשפוזים מרובים ולהפניות לחדרי מיון, הואיל והן דורשות ניטור צמוד עם יד על הדופק. למשל, אי־ספיקת לב מתקדמת הגורמת מצד אחד לבצקות ריאה ועלייה במשקל, ומצד אחר – להתייבשות; או מצבים שבהם נדרש טיפול אגרסיבי מידי, או מצבי זיהום חוזרים עם שאיפות לריאות עקב בעיות בליעה, או מחלות מתקדמות וסופניות של המערכות השונות – הכליות, הכבד והריאות. כל אלה גורמים להפרת האיזון שנבנה, וכן להתשת המשפחה והזקן החולה. במצבים אלו המשפחה מתקשה להתמודד עם הזקן בבית, בעוד שבמסגרות אשפוזיות עם ניטור צמוד של אחיות ורופאים ניתן לשמור על האיזון של המצב הרפואי השביר.

זכורים לי מקרים של משפחות מסורות שהכניסו את יקיריהן שהיו במצבי תת־תזונה קיצוניים או עם פצעי לחץ קשים, למחלקה סיעודית. לא הבנתי אז כיצד הגיעו הזקנים למצב זה למרות מסירות הטיפול. ראיתי משפחות שכרעו תחת נטל הטיפול – משפחות שלא ישנו לילות ארוכים עקב בעיות התנהגות, או שהיו מאכילות את הזקן שעות ארוכות, כפית אחר כפית, אך הוא בכל זאת המשיך לרדת במשקל. לא היה שם גורם מקצועי שיאמר "עוד כאן"; שיבהיר להם את זכותם לאשפז את הזקן במחלקה סיעודית מורכבת (עקב פצעי לחץ או לשם הזנה בצנרת או עקב הצורך בחמצן רצוף) או במחלקה סיעודית רגילה, או בזו של תשושי נפש, ולעתים אפילו לאשפזו בבית־חולים כללי. המשפחות אינן מודעות לזכויותיהן ולאותם קווים אדומים שאם חוצים אותם נגרם רק רע, למשפחות ולזקנים שבטיפולן.

קיימים כמה גורמי סיכון המבשרים את הצורך לאשפז זקנים במחלקות סיעודיות: גיל מתקדם, ירידה קוגניטיבית, חוסר תמיכה חברתית, אשפוזים חוזרים ונשנים,

נטילת תרופות מרובות ונפילות חוזרות. על רקע גורמי סיכון אלה מתבקשת נקיטת פעולה כמו ביקור במחלקה, ולבסוף אשפוז הזקן בה. בכל שלב יש צורך בהשתתפות של מרב בני המשפחה ובעידוד מצד אנשי מקצוע כמו עובדים סוציאליים, אחות, רופא. יש גם להיות מודעים לטראומה שמצפה לזקן ולמשפחה בשלב המעבר למחלקה סיעודית. מבחינות רבות המסגרת הסיעודית שונה מהבית – למשל בצורך להתחלק עם זקנים נוספים בחדר, בחדר האוכל, בשירותים ובתחומי חיים נוספים. בשלבים הראשונים של תהליך הכניסה למחלקה הסיעודית נזקקים הזקן והמשפחה לאורך רוח ולתמיכה מהצוות המטפל.

6. מי מממן את האשפוז במחלקות סיעודיות?

מספר רשויות מממנות את הטיפול של החולה הסיעודי במסגרות השונות:

משרד הבריאות אחראי לחולה הסיעודי הצלול והלא צלול (תשושי נפש). הפנייה מתבצעת דרך לשכות הבריאות המחוזיות, לאחר מילוי שאלון מידע רפואי וסיעודי בידי רופא ואחות וכן תסקיר של העובד הסוציאלי.

קופות החולים מממנות את האשפוז של זקנים סיעודיים במצבים פעילים רפואיים (מורכבים), וכן זקנים סיעודיים זמניים הזקוקים להתאוששות (מצבים חריפים) ולשיקום. הפנייה מתבצעת דרך היחידות להמשך טיפול ובאמצעות אחיות הקשר של הקופות בבתי החולים.

המוסד לביטוח לאומי אחראי לגמלת סיעוד רק לזקן המתגורר בבית (לא לזקן המתגורר במסגרת אשפוזית). הפנייה נעשית דרך המרפאה הראשונית (רופא ואחות) ודרך עובדים סוציאליים של הלשכות העירוניות.

חברת הביטוח "אבנר" מממנת נפגעים זקנים מתאונות דרכים, **וחברות הביטוח** – במידה שהחולה מבוטח בביטוחים סיעודיים פרטיים.

משפחות רבות פונות ישירות למחלקות סיעודיות ומשלמות מכיסן להחזקת בן המשפחה.

7. דעות קדומות (מיתוסים) על המחלקה הסיעודית

בסעיף זה נתייחס לדעות הרווחות בציבור הרחב לגבי המחלקה הסיעודית:

- א. למחלקה הסיעודית באים כדי למות. הספרות הרפואית מדווחת על זקנים סיעודיים רבים השורדים ומאריכים ימים במחלקות סיעודיות. מחציתם ישהו במחלקות אלה לפחות שנה, וכחמישית מהם – אף מעל חמש שנים. הגיל הממוצע במחלקה הסיעודית הוא 86 שנה. מדובר, אם כן, באוכלוסייה שורדת שמאריכה ימים למרות תלותה התפקודית הגבוהה.
- ב. הזקנים יושבים ובוהים כל היום. במהלך שהותם זוכים החולים בגירויים חברתיים בצורה של תעסוקה יום-יומית – בעבודות יד, מוסיקה, חוגים שונים, הפעלה בתנועה וריפוי בעיסוק. יש התייחסות לצורכיהם האישיים והם משתתפים ונמצאים בחברה.
- ג. בני המשפחות נוטשים את הוריהם. המצב בדיוק הפוך. ראיתי משפחות המטפלות ביקריהם במסירות רבה גם במחלקות סיעודיות, שם אף הצליחו לפתור קונפליקטים ומתחים בין הורים לילדיהם באמצעות הורדת המתח והאחריות של הטיפול האישי השוטף בהורה הזקן; כך התאפשר למשפחה ולזקן לנצל את הזמן למילוי צורכיהם הרגשיים ולשיחות.
- ד. הזקנים מוזנחים, לא מטופלים ולא מחליפים להם בגדים וחיתולים. בכל משמרת הצוות הסיעודי והמטפלים מבצעים שינויי תנוחה לזקנים ומחליפים להם חיתולים. בבוקר מורידים את הזקנים כדי להתקלח וללבוש את בגדיהם. הצוות הרב-מקצועי עורך ישיבות ודן על כל אחד מהזקנים המאושפזים במחלקה.

כֶּרֶק הַ:

מצבים קליניים המתלווים לזקן סיעודי ומסבכים את מצבו – גישה וטיפול

ניתן לחלק את המצבים האלו לשלושה:

1. מצבים שהם חלק אינטגרלי של המצב הסיעודי – כמו חוסר תנועתיות, אי־שליטה בסוגרים, דמנציה עם בעיות התנהגות.
2. מצב סיעודי שיש בו גורם סיכון גבוה להופעת פצעי לחץ, דיכאון, בעיות הזנה ותת־תזונה, זיהומים.
3. מצבים המתלווים למצב הסיעודי ומחמירים אותו אך אינם קשורים אליו – כמו פגיעה באיברי החישה, מחלות סמויות, מצבים יאטרוגניים ודיליריום. חשוב להכיר מצבים אלו על־מנת למנוע סיבוכים אפשריים ולהקל על מוגבלות הזקן.

1. חוסר תנועתיות (Immobility)

תיאור הבעיה

בתנועתיות יש רכיבים של העברות, הליכה, יציבה ושיווי משקל, כמו גם רכיבים של מצב ההכרה, המצב הקוגניטיבי והתחושה; חסר בתנועה הוא הפגיעה המשמעותית ביותר אשר מטביעה את חותמה על תפקוד הזקן הסיעודי. ניתן לומר שכל הזקנים הסיעודיים סובלים מקשיי תנועה בדרגות שונות, אך הספקטרום רחב – מריתוק למיטה ללא יכולת לעזור בהעברות, כשהחולה

שוכב באותה תנוחה כפי שהושכב לאורך זמן, ועד למצב של יכולת עמידה ואף הליכה של מספר צעדים בעזרה רבה מצד אדם נוסף ו/או אביזר עזר – הליכון.

קיימות מספר דרגות קושי בתנועתיות הזקן הסיעודי המשפיעות על הטיפול ועל מרחב המחיה של הזקן (Isaacs, 1992). מרחבי המחיה מתחלקים בין:

- מיטה – ללא יכולת לעזור בהעברות ובשינויי תנוחה.
- חדר שינה – הזקן יכול לעזור בהעברות לכיסא ובשינויי תנוחה.
- שירותים – הזקן מסוגל לבצע העברות בעצמו לכיסא גלגלים ולכיסא שירותים.
- שאר אזורי הבית – הזקן מסוגל לנייד את עצמו בכיסא גלגלים ולהגיע לכל חלקי הבית.
- גינה או חצר – הזקן מסוגל לעמוד ולשמור על יציבות.
- סביבת הבית – הזקן מסוגל לעמוד ואף ללכת מספר צעדים עם עזרה.

הפגיעה בתנועתיות משפיעה כאמור על כל תפקודי היום-יום: רחצה, אכילה, העברות, שימוש בשירותים ושליטה על הסוגרים – כל אלה קריטריונים שלפיהם נבדקת רמת התלות. חשיבות ההבנה והטיפול בחוסר תנועתיות היא בכך, שכל שיפור ולו הקטן ביותר עשוי להוריד את שכיחות הסיבוכים הצפויים ואת חומרתם; כך ניתן לשפר את איכות החיים של החולה ולהקל על המטפלים.

פתופיזיולוגיה

כדי לבצע תנועה ולו הפשוטה ביותר יש צורך בשני מסלולי עצבוב – מהפריפריה למרכז (מסלול תחושתית) ומהמרכז לפריפריה (מסלול מוטורי). הדחפים התחושתיים מגיעים מאיברי החישה בפריפריה – אוזניים, עיניים, כפות הרגליים, פרקים – למוח; שם הם עוברים עיבוד וחוזרים בעזרת דחפים

מוטוריים. כל התהליך הזה לוקח שניות; הפרעה או פגיעה באחד האיברים הללו או במהלך המסלולים – פוגעות בתנועתיות.

קיימים גם תהליכים פיזיולוגיים בשלד, בפרקים ובשרירים שביטויים עלול להיות שחיקה ודלדול הפוגעים בתנועתיות. למשל: בשלד – שם קיימת ירידה במסת העצם (אוסטאופניה); בפרקים – בהם יש פגיעה ושחיקה של הסחוס, בעיקר בפרקים נושאי משקל (אוסטאוארטריטיס); בשרירים – קיימת ירידה בנפח השרירים ועלייה ברקמת השומן, מצב הגורם לדלדול השריר (סרקופניה); במוח – קושי והאטה בעיבוד הנתונים במוח, כמו גם מחלות כרוניות נלוות הפוגעות ומאיצות תהליכים פיזיולוגיים.

הגורמים לחוסר תנועתיות

גורמים אלו מתחלקים לפגיעות פיזיות, פגיעות נפשיות-פסיכולוגיות, פגיעות חברתיות-סביבתיות ומצבים יאטרוגניים.

א. הפגיעות הפיזיות מתחלקות למספר מערכות:

- מערכת השלד – השלד מהווה תשתית שעליה בנוי הגוף וכל פגיעה בו עלולה לפגוע בתנועתיות (כתוצאה מתהליכים פיזיולוגיים ופתולוגיים שהזכרנו לעיל), לגרום לאוסטאופורוזיס, שברים, בעיות מטבוליות ובעיות אחרות.
- הפרקים – פגיעה בפרקים עקב אוסטאוארטריטיס ודלקות פרקים פוגעת בתנועתיות.
- השרירים – פגיעה בשרירים עקב סרקופניה ושכיבה מרובה (דקונדישין), ומכאן לבעיה בתנועתיות.
- כף הרגל – פגיעה בכף הרגל נוצרת עקב בעיות כלי הדם, סוכרת ודפורמציות.

- מערכת העצבים המרכזית – פגיעה בה עקב אירועים מוחיים וסקולריים, ניוון (פרקינסון, דמנציה), דלקות, גידולים, מצבים מטבוליים במוח, אשר עלולים לגרום לבעיה בתנועתיות.
- פגיעה במערכת העצבים הפריפרית – פגיעה בעמוד השדרה עקב חבלה, ניוון תאי עצב, דלקות ובעיות מטבוליות, ומכאן לפגיעה בתנועתיות.
- מערכת חישה – פגיעה במערכת החישה המרכזית, פגיעה בעיניים ובאוזניים, ופגיעה במערכת החישה הפריפרית – עקב פגיעה בתחושה בכפות הרגליים, בהתמצאות במרחב ובתחושת הכאב.
- מחלות מערכתיות – לבביות, ריאתיות, מחלות כלי הדם ואחרות, למשל במחלות מתקדמות כמו אי־ספיקה של לב או ריאות וכליות המביאה לחוסר תנועתיות.

ב. פגיעות פסיכולוגיות־נפשיות

- דיכאון וחוסר מוטיבציה לנוע.
- פחד מפני נפילה – בדרך־כלל לאחר נפילה, אף אם לא נוצר שבר.

ג. בעיות חברתיות־סביבתיות

- סביבת מגורים שאינה תואמת – מהבחינה הפיזית או מהבחינה החברתית. למשל דירה בקומה גבוהה ללא מעלית, או ליד עורק תחבורה ראשי, חוסר באביזרי עזר (מקל, הליכון), קור או חום קיצוניים. וכן סביבה עוינת, רווית פשע ומצוקה.
- הזנחה סביבתית – במקרים של אי־הספקת תרופות להקלה בתנועתיות, למשל תרופות למחלת הפרקינסון שחסרונן גורם לכך שהחולה נעשה נוקשה, או מצב של חוסר התאמה של אביזרי העזר או חסרונם, או מצבים של קשירת החולה למיטה או לכיסא, או חוסר אבחון מצבו של הזקן בטענה שמדובר בגיל מאוד גבוה.

ד. מצבים יאטרונגיים

- מתן תרופות הפוגעות בערנות, מְשרות שינה ומרגיעות; תרופות הפוגעות בתנועתיות, למשל תרופות אנטי־פסיכוטיות שגורמות לפרקינסוניזם.
- תרופות הגורמות לסחרחורות ולקושי בקימה ועמידה עקב תת־לחץ דם בעמידה, כשניתנת הוראה להישאר במיטה למשך מספר ימים.

סיבוכים

- מעבר לירידה באיכות החיים עקב ריתוק החולה לבית או לכיסא הגלגלים ולמיטה, חוסר התנועתיות גורם גם לסיבוכים נוספים אלה:
- הופעת פצעי לחץ.
 - הפרעות וחסימות בכלי הדם הוורידיים – מצב הנקרא פקת ורידים (D.V.T), וחסימת העורקים ברגליים – מצב הנקרא רגליים איסכמיות עקב חוסר הספקת חמצן (P.V.D).
 - האצת תהליכים של אוסטאופורוזיס וירידה במסת העצם.
 - האצת תהליך של דלדול ואטרופיה של השרירים.
 - האטה בפעילות המעיים ונטייה לעצירות.
 - חוסר שליטה על הסוגרים.
 - בידוד החולה וניתוקו מהסביבה החברתית.
 - נפילות ושברים.
 - שליחת תסחיפים מכלי הדם ברגליים לריאות ולמוח.

הערכה

עלינו לשאול מה גרם לחוסר התנועתיות של הזקן והאם ניתן לשנות את המצב? את זאת נעשה באמצעות הכרת ההיסטוריה הרפואית שלו. נשאל על משך וסוג חוסר התנועתיות, על מצבים רפואיים נלווים – כמו סוכרת, אירוע מוחי, התקפי לב, פרקינסון וכו', נבדוק את רשימת התרופות שהזקן נוטל, מהו מצבו הנפשי ומידת המוטיבציה שלו להתנייד. במילים אחרות, ההערכה תכלול קבלת הרקע הרפואי ובדיקת הזקן.

היסטוריה רפואית

- משך וסוג חוסר התנועתיות.
- מצבים רפואיים נלווים.
- רשימת תרופות.
- מצב נפשי ומידת המוטיבציה.

בדיקת הזקן

- בדיקה נוירולוגית של רמות התחושה, המוטוריקה, שיווי המשקל והליכה אצל הזקן.
- בדיקת טווח הפרקים ומצב כפות הרגליים שלו.
- בדיקת מצבו הקוגניטיבי ומידת שיתוף הפעולה מצדו.
- בדיקת מצבו הנפשי – האם הוא בדיכאון והאם יש לו מוטיבציה.
- בדיקת מצבו הסוציאלי – קיומם של תמיכה משפחתית, חברים, שכנים ומתנדבים.
- בדיקה ואומדן כאב היכול להיות קשור בשלד, בפרקים או בעצבים.
- הערכת תפקוד הזקן (ADL) והתאמת הבית לרמת תפקודו ולצרכיו.

טיפול

עלינו להבדיל בין טיפול בגורם לחוסר התנועתיות לבין טיפול מניעתי בסיבוכי חוסר התנועתיות. את הסיבוכים יש למנוע ובגורם יש לטפל.

טיפול מניעתי

- אוסטאופורוזיס ניתן למנוע באמצעות כלכלה עשירת סידן, טבליות סידן ותרופות מונעות.
- סרקופניה (דילול השרירים) ניתן למנוע באמצעות כלכלה עשירת חלבון והנעת הגפיים.
- בעיות פרקים – כאבי אוסטאוארטריטיס ניתנים למניעה באמצעות מתן אנלגטיקה או גלולות נוגדות דלקת (NSAID), הזרקות של סטרואידים או של בוני סחוס לפרק.
- העלאת המודעות לכפות הרגליים על-ידי נעילת נעליים נוחות, טיפול בציפורניים, ביבלות ובדפורמציות של האצבעות.
- הפסקת תרופות הפוגעות בערנות ובתנועתיות כמו גלולות הרגעה למיניהן.
- הספקה של אביזרי הליכה ואביזרים להקלה על הקימה, המותאמים לזקן.
- ביצוע שיקום אינטנסיבי לאחר אירוע חריף כמו שיתוק והמשך השיקום בבית עד שהזקן יוכל לבצע את מרב הפעולות.
- מודעות למניעת פצעי לחץ ולהספקת מזרני אוויר פעילים תוך שינויי תנוחה קבועים.
- טיפול בעור ושימונו.
- הימנעות משכיבה רצופה במיטה אפילו למספר ימים, גם בזמן אשפוז בבית־חולים וגם בזמן מחלה.
- הורדה מדי יום, ולפחות פעם ביום, לכיסא גלגלים.

- להבהיר לזקן שהשכיבה מיועדת לשעות השינה והמנוחה בלבד ולהעדיף ישיבה על כיסא או כורסה על פני שכיבה במיטה.
- הפעלה של פרקי הידיים והרגליים למניעת קונטרקטורות.

מניעת נפילות

גם במצב של חסר בתנועה ובניידות קורות נפילות; יש על כן להיות ערניים ולמנוע אותן. התלות של הזקן באחרים ובאביזרים וחוסר יכולתו להגן על עצמו, לעתים אף מגבירים את הסיכון לנפילות.

נפילות יכולות לקרות מהמיטה, מכיסא הגלגלים, מכיסא השירותים ובמהלך העברות ממקום למקום. נפילות מהמיטה נגרמות עקב כך שלא הושמו דפנות או דופן אחת (חיצונית) והמיטה זזה מהקיר, נפילות מעל הדופן או דרך סובכי דופן המיטה – כל אלה ניתנות למניעה. כיסא הגלגלים גם הוא אינו חסין מפני נפילות. נפילות מהכיסא קורות כתוצאה מהחלקה או מכיפוף קדימה ואף כתוצאה מנפילות לאחור. יש לפיכך להיות ערניים להושיבה נכונה ולתמיכה המותאמת לתפקוד המוגבל, ולהקפיד על סגירת המעצורים בכיסא. במהלך העברות ממקום למקום יש לגלות ערנות רבה לכך שהזקן לא יחליק מהידיים או שיישאר יושב ללא תמיכה והשגחה.

על המטפלים והמשפחה לגלות ערנות ולהתייעץ עם הצוות המקצועי למניעת הנפילות.

טיפול בגורם

- מתן תרופות להקלת התנועתיות והניידות, למשל טיפול בפרקינסון.
- טיפול במחלות מערכתיות המונעות תנועתיות – למשל מתן חמצן לחולי ריאות כרוניים או לחולים במחלות לב; ביצוע צנתור, בלון ומעקפים למי שלוקה במחלות החוסמות את כלי הדם ברגליים ובלב.
- טיפול בדיכאון ובהזנחה סביבתית.

- הגברת המוטיבציה של הזקן ועידודו לתעסוקה והנעה.
- ביצוע ניתוחי ירוד (קטרקט) והספקת אביזר שמע כשיש חסך חושי.
- שינוי מסגרת המגורים כשיש קושי להתאים את הבית לצורכי הזקן – למשל, לעבור למסגרת של אשפוז.
- ביצוע ניתוחים להחלפת מפרקים באגן (T.H.R) או בברך (T.K.R).
- טיפול בכאב גם אם הזקן אינו מתלונן או שאינו יכול להתלונן.
- הבטחת תחושת ביטחון לאחר נפילה, בעזרת מטפלת צמודה או הדרכה של פיזיותרפיסט.

2. חוסר שליטה בסוגר השתן (Urinary incontinence)

הבעיה

זהו מצב מביך וכאוב, הפוגם באיכות החיים של החולה ומשפחתו והדורש השקעה רבה. אי־שליטה בסוגר השתן מביאה לתחלואה, לעלויות ניכרות בטיפול האישי, וסופה באשפוז במחלקה הסיעודית.

זוהי תופעה שכיחה – מרביתם של הזקנים הסיעודיים לוקים בחוסר שליטה בסוגר השתן. ניכרים הבדלים בשכיחות תופעה זו בין הקהילה – שבה 20% – 50% מהזקנים לוקים בה, לבין המסגרות המוסדיות – שבהן 50%–80% מהזקנים לוקים בה.

פתופיזיולוגיה

השליטה בסוגר השתן הממוקם במוצא השלפוחית דורש שילוב ושיתוף פעולה של מספר מערכות. במילים אחרות, כדי שהשלפוחית תבצע את תפקידה נדרשת תקינות המערכות האלה:

1. המערכת המקומית – המבצעת (המערכת האורולוגית והמערכת הגינקולוגית).

2. המערכת המרכזית – המנהלת את מערכת העצבים המרכזית והפריפריית (מוח ועמוד שדרה), ותומכת במצב הנפשי והקוגניטיבי.

3. מערכת השריר והשלד, וסביבה מתאימה.

תפקידה של שלפוחית השתן לאחסן ולהתרוקן. תכולתה הנורמלית היא 300cc–600cc, כשהלחץ להטיל שתן מתחיל בכמות של 150cc–300cc.

עם העלייה בגיל, נפח השלפוחית קטן והיא מסוגלת לאחסן כמות קטנה יותר של שתן. כמרכז גדלה כמות שארית השתן שלא התרוקנה לאחר ההשתנה – הן כתוצאה מפגיעה ביעילות ההתכווצות של שריר השלפוחית והן עקב כך שסוגר השתן החיצוני נפגע או נחסם.

מצבים אלו אופייניים לנשים – וזאת עקב התרופפות שרירי רצפת האגן לאחר לידות מרובות ועקב ירידה בהפרשת ההורמונים הנשיים (אסטרוגנים), הגורמים ליובש של הנרתיק ולשינוי זווית הפתח של מוצא השלפוחית; אצל גברים תופעה זו נובעת מהגדלה של בלוטת הערמונית (פרוסטטה), מהיצרות מוצא השלפוחית ומדלף של שתן מעבר ללחץ של הערמונית (Resnick et al., 1989).

סימפטומים

קיים טווח סימנים רחב המותנה בסיבה לתופעה זו. הסימנים מתבטאים באיבוד שתן לא רצוני שיכול להיות בכמות קטנה או גדולה. בתחילת ההשתנה קיים לעתים קושי והיסוס בהטלת השתן או תכיפות ודחף עז לתת שתן. לעתים קיים גם קושי לתת שתן המלווה בכאב עז בשיפולי הבטן; הקושי במתן שתן מביא גם למצבים של בלבול חריף, נפילות ושינוי במצב הכללי אף ללא כאבים; במישוש הבטן ניתן להבחין ב"גוש" בגודל בלון או בגודל של רחם הריונית שהתרוקן לאחר הכנסת קטטר.

תופעות הלוואי של חוסר שליטה בסוגר השתן יכולות להיות: חברתיות – בדידות; פסיכולוגיות – מבוכה, בושה ותסכול; גופניות – גירוי בעור והופעת פצעי לחץ.

הגורמים לחוסר שליטה בסוגר השתן

אנו מבדילים בין מצבים קבועים לבין מצבים זמניים. למרות שרוב הזקנים הסיעודיים נמצאים במצב קבוע של אי־שליטה יש להדגיש שקיימים מצבים זמניים והפיכים הניתנים לריפוי (ראה מבחנים בנספח) (Ouslander et al., 1986).

המצבים הזמניים מתהווים זמן קצר לפני הופעת הסימנים והם בדרך־כלל מצבים הפיכים; חשוב להדגיש זאת ולטפל בהם. המילה DRIP תקל על הקורא לזכור זאת:

D – דיליריום (בלבול חריף) – שהוא מצב רפואי חריף.

R – רטנציה (אצירת שתן) – הגדלת פרוסטטה, צניחת רחם ותרופות.

I – אינפקציה (זיהום), אימפקציה (עצירות).

P – פוליאוריה (השתנה מרובה) או פוליפרמסיה (תרופות מרובות) – כגון גוללות הרגעה, מרגיעים, משתנים, נרקוטיקה.

המצבים הקבועים הם בדרך־כלל מצבים בלתי הפיכים ועלינו להתמודד אז עם תופעת אי־השליטה בחיי היום־יום. במצבים אלה ניתן להבחין בארבע קבוצות עיקריות, שניתן לבצע בהן טיפולים שונים היכולים לשפר את תפקוד השלפוחית.

1. **stress incontinence** – תופעה נפוצה אצל נשים כשנגרם איבוד של כמויות שתן קטנות, בעיקר לאחר עלייה בלחץ תוך בטני (שיעול, צחוק, התכופפות), השמנת יתר, ולאחר ניתוחי בטן.

2. **urge incontinence** – מקרים של איבוד פתאומי של שתן ללא יכולת שליטה – כגון בעיות נוירולוגיות (אירועים מוחיים ודמנציה) ורגישות יתר של שריר השלפוחית שגורם להתכווציות מוקדמות.

3. **overflow incontinence** – עצירת שתן עקב חסימה מכנית – כגון פרוסטטה והיצרות של האורטה או צניחת רחם, וכן במצבים של חוסר יעילות בהתכווצות שריר השלפוחית כמו במצבים של סוכרת ומחלות עצביות אחרות (נוירופטיות).

4. **functional incontinence** – בעיה של ניידות עקב מרחק מהשירותים או קושי בנגישות אליהם, בעיה קוגניטיבית, חוסר רצון ודיכאון.

הטיפול בחוסר שליטה בסוגר השתן
הטיפול מתחלק בין טיפול כללי לטיפול ספציפי.

טיפול כללי

1. אין לקבל את המיתוס של "אין טיפול לתופעה" ושמדובר בתסמונת זיקנה; זה אינו נכון ובמיוחד כאשר מדובר בזקן סיעודי צלול.
2. מאידך גיסא, יש לאבחן את התופעה באופן ברור על-ידי גריאטר או אורוגינקולוג או רופא המשפחה שמוכן להעמיק בבירור הבעיה.
3. יש להשלים עם המצב כשמדובר בתופעה קבועה, אך אין זה אומר שאין טיפול – יש ויש.
4. בכל מקרה יש לנסות ולהקל על הזקן, לנוחותו ולנוחות המטפל, על-מנת להפחית עלויות ולצמצם סיבוכים.

טיפול ספציפי

טיפול כזה מתחלק בין מצבים זמניים וקבועים.

מצבים זמניים:

אלה הם בדרך-כלל מצבים הפיכים ויש לטפל בגורם, כמפורט להלן:

1. במצבי בלבול חריף (דיליריום) או במצבים רפואיים חריפים ופעילים הגורמים לאי-שליטה זמנית – מומלץ להמתין להתייצבות המצב לאחר שטיפלנו בגורם העיקרי.

2. זיהום בדרכי השתן יכול לגרום לחוסר שליטה; יש על כן לאתר אותו ולטפל בו.
3. בהצרות או בחסימה חלקית של מוצא השלפוחית מכל סיבה שהיא, אם על רקע של פרוסטטה מוגדלת, צניחת רחם, רפיון רצפת האגן או עצירות כרונית, יש לטפל בהתאם לבעיה ולהתייעץ עם מומחים על אפשרות של ניתוח; רופא המשפחה יכול להפנות אותך.
4. אם לא ניתן לבצע ניתוחים, קיימות חלופות לתיקון המצבים הנ"ל (למשל לגלגל להרמת הרחם או הכנסת תומך לשופכה באזור הערמונית).
5. יש לעבור על רשימת התרופות יחד עם רופא המשפחה ולשקול הפסקת תרופות היכולות לגרום או להחמיר מצבים של אי־שליטה.
6. יש לזהות מצבים נפשיים של חוסר מוטיבציה או דיכאון אצל הזקן ולטפל בהם בהתאם.
7. יש לזהות חסכים תפקודיים – כמו חוסר ניידות, קושי בהעברות על רקע של חסר באביזר עזר, או צורך במטפל צמוד. יש להציע זאת למשפחה.
8. יש להסביר לבני המשפחה את הבעיה ואת חשיבות ההשתנה הקבועה ולשתתף בטכניקות לגירוי ההשתנה.
9. יש לקבוע כחלק מסדר היום את מועד ההליכה לשירותים, מדי 2–3 שעות, כדי למנוע בריחה לא רצונית של שתן.
10. יש להימנע ממשקאות משתנים (קפה, תה, קולה, אלכוהול) במיוחד לפני שינה או מנוחה.
11. יש להימנע ממתן משתנים לפני השינה או לשנות את זמן נתינתם.
12. יש להקפיד על פעולת מעיים קבועה, ייתכן גם באמצעות חוקנים.
13. יש לבדוק את הנגישות לשירותים ואת השימוש בצידוד עזר ובאביזרי הליכה אצל הזקן הסייעדי הקל, ולעשות שימוש בכיסא השירותים אצל הזקן הסייעדי הקשה.

14. יש ללמד טכניקות להעברת חולים סיעודיים מהמיטה לכיסא ומהכיסא לשירותים; אלו טכניקות פשוטות, שהפיזיותרפיסט או המרפאה בעיסוק יכולים ללמד.

15. יש להתייעץ עם רופא המשפחה לגבי רכישת תרופות חדשות המופיעות בשוק (שאוּלי אינן נכללות בסל הבריאות), תרופות שיכולות להקל על חוסר השליטה.

מצבים קבועים:

לאחר האבחון שמסקנותיו הן שהמצב הוא קבוע – עליך לבצע את הדברים האלה:

1. השלם עם התופעה, עדיין קיימים אמצעי טיפול מגוונים בסימפטום.
2. השוק רווי במוצרי ספיגה מכל הגדלים והסוגים: פדים, מכנסונים, חיתולים; בדוק אותם והתאימם לצרכיך (החברות יספקו את הסחורה הביתה; ניתן גם להיעזר בחוק סיעוד).
3. לגברים ניתן להלביש על איבר המין סוג של קונדום (פנרוס) המחובר לשקית (ראה להלן קטטר חיצוני); לנשים הופיע לאחרונה התקן חיצוני.
4. קיימים מצבים מיוחדים (ראה בהמשך) שבהם קטטר קבוע הממוקם בשלפוחית פותר את הבעיות (של זקנים הסובלים מכאבים או זקנים במצבים סופניים).
5. במצבים חריגים – לפי דרישת הזקן או המשפחה, וכשאיכות החיים של הזקן ומשפחתו עומדת במבחן – ניתן להכניס קטטר.
6. הטיפול בקטטר קבוע דורש מיומנות בפני עצמה (ראה להלן הכללים כיצד לנהוג בקטטר). רצוי ללמוד את הכללים האלה ולהקפיד עליהם.

כללים כיצד לנהוג עם קטטר קבוע לשתן

1. יש לשמור על מערכת סגורה או סטרילית. על כן יש להעדיף שקית שתן עם ברז מלמטה הניתן לפתיחה.
2. יש להימנע מפתיחת המערכת (שקית, או קטטר).
3. השתמש בטכניקות סטריליות בזמן החלפת השקית ורחץ ידיך לפני ההחלפה ולאחריה.
4. הבטח שהקטטר מקובע לרגל או למיטה בזמן שהזקן שוכב, כדי למנוע את משיכתו.
5. אם הקטטר נחסם לעתים קרובות יש להעלות את כמות הנוזלים שעל הזקן לשתות; ניתן גם להחמיץ את השתן על-ידי שתייה של משקה העשוי מתותי יער.
6. יש להחליף את הקטטר מדי חודש-חודשיים (קטטר סיליקון אפשר להחליף מדי שלושה חודשים) ולא להמתין לסתימה.
7. בכל קטטר קבוע מתפתחים חיידקים בשלפוחית השתן (בקטראוריה); הימנע משליחת תרבית שתן שלא לצורך.
8. אין לטפל בזיהום בשתן אלא אם התפתחו סימנים ספציפיים של זיהום או סימנים מערכתיים אחרים.
9. בזיהומים חוזרים יש לשלול פתולוגיה של אבנים, מורסה (אבסס) בפרוסטטה, או זיהום שהגיע לכליות (פיאלונפריטיס).
10. אפשר להסתיר קטטר ולהצניעו כך שניתן לצאת מהבית ולהיראות בחברה.

התוויות לגבי מצבים שבהם יש להכניס קטטר קבוע

1. חסימת מוצא השלפוחית (במידה שלא ניתן לנתח או אם לא משיגים שיפור בעזרת תרופות).

2. אצירת שתן בשל חוסר התכווצות שריר השלפוחית וכשלא ניתן לשפר זאת בעזרת תרופות.

3. פצעי לחץ באזורי הגב והאגן.

4. לזקנים סופניים המתקשים לקום.

5. לזקנים הסובלים מכאב או זקנים שנגרם להם סבל כתוצאה משינוי תנוחה, מקימה או מהחלפת בגדים.

טכניקות לריקון השלפוחית ולגריית ההשתנה

1. להתכופף קדימה.

2. ללחוץ על שיפולי הבטן.

3. לפתוח ברז עם קילוח של זרם מים.

4. הפקת רפלקס של גירוי הירך.

קיימים שני סוגי קטטרים:

א. קטטר חיצוני: לגבר ניתן לחבר פנרוז (דמוי קונדום) המתחבר לצינור של שקית השתן. יש לחבר את הפנרוז לאיבר המין בצורה שלא ידלוף, ושלא יגרום לחסימת כלי הדם ולבצקת של האיבר. יש לטפל בגירוי הנגרם מהגומי. מומלץ לשים את הקטטר החיצוני בלילה בלבד, כדי למנוע מהחולה הרטבות ואי־נוחות בשינה כמו גם הפרעות שינה למטפל העיקרי. לנשים, כאמור, הופיע לאחרונה התקן חיצוני.

ב. קטטר פנימי: קיימים קטטר זמני וקטטר קבוע: הקטטר הזמני – נועד לשימוש במצבי חבלה ופגיעות בעמוד השדרה, והוא מבוצע בצנתור יום־יומי; הקטטר הקבוע – הוא צנתר קבוע (ראה ההתוויות לעיל).

3. פצעי לחץ ומניעתם

הבעיה

הופעת פצעי לחץ היא סיבוך שאותו יש למנוע מהזקן המרותק למיטה או לכיסא. פצע לחץ מוגדר כאזור של נמק ברקמות שמתפתח כאשר הרקמה הרכה (שכבת העור) נדחסת בין בליטה גרמית (רקמת עצם) לבין משטח קשיח (למשל מזרן, מיטה או מושב) לפרק זמן ממושך (יאול, 1998).

מיקום הפצעים

הפצעים מופיעים בנקודות לחץ ולכן רובם ממוקמים מאחורי הגוף. דבר זה עלול לגרום להשהיית האבחון, לחוסר מודעות ולעיכוב בטיפול.

אזורי האגן והרגליים נמצאים בסיכון הגבוה ביותר.

באזור האגן ניתן להבחין בגב התחתון בזמן השכיבה (הסקרום), במותן בשעת שכיבה על הצד (טרוֹקָנְטֵר) ובזמן ישיבה (היסקיום). באזור הרגליים ניתן להבחין בעקבים בעת שכיבה, בפטישוניים (מלאולים) בעת שכיבה על הצד ובאצבעות הבהונים.

יש להיזהר גם עם אפרכסי האוזניים והגב העליון – השכמות (סקפולה).

ייתכנו אזורי לחץ לא טיפוסיים עקב מנח הגוף וכיווצים בגפיים או עקב צנרת הגורמת ללחץ – זונדה בנחיר האף או קטטר לשתן בפתח האיבר. ייתכן אף שייגרמו פצעי לחץ עקב קשירת החולה.

פתופיזיולוגיה

קיימים תהליכים פיזיולוגיים הקשורים או מסייעים להתפתחות פצעי לחץ אצל הזקן. רקמת העור של הזקן מאבדת את גמישותה, ונוטה להיסדק ביתר קלות. קיים דלדול של בלוטות הזיעה ופוחת מספר כלי הדם בדרמיס, הנעשים מפותלים ונוקשים. קיימת עלייה בסיבי הקולגן עם ירידה בסיבים האלסטיים.

כלי הדם הגדולים המביאים חמצן ודם לרקמות הפריפריות הם קשים ומפותלים עקב טרשת עורקים מפושטת. תהליך זה גורם להיצרות חלל כלי הדם ולירידה בחמצון ובהספקת דם לרקמות ולאיברים שונים.

מערכת החיסון ירודה ולכן פוחתת יכולתה להגיב נגד זיהום; גם מערכת הנשימה נפגעת עם הירידה בחמצון הרקמות.

קיימים גם תהליכים פתולוגיים המסייעים להופעת פצעי הלחץ הנגרמים כתוצאה מהגברת הלחץ – אלה מצבים הגורמים לפגיעה בתנועתיות ולריתוק למיטה. יש גם מצבים של בלבול ואי־שקט, מצבים של תת־תזונה על רקע של ליקוי בהספקת המזון או קושי בבליעה, כמו גם בעיות של חסר תחושתיות וחסר בהספקת דם וחמצן לאזור הנלחץ.

כאשר שוכבים או יושבים לפרקי זמן של מספר שעות, ללא תזוזה או ללא שינויי תנוחה, נוצר לחץ על כלי הדם וכתוצאה מכך נוצרת חסימה הגורמת הן לאיסכמיה (חוסר חמצן) והן לבצקת (דלף מכלי הדם) ומופיע נמק של כל האזור הנדחס (שרירים, תת־עור, דרמיס ואפידרמיס) (ראה יאול, 2000).

הגורמים לפצעי לחץ

גורמים אלה יכולים להיות כוחות חיצוניים או בעיות פנימיות של החולה.

הכוחות החיצוניים הם:

כוחות לחץ, חיכוך וכוחות המופיעים בזמן החלקה (גזירה) הגורמים ללחץ של מעל 20–40 מ"מ כ המצוי בתוך כלי הדם הקטנים. בשכיבה או בישיבה נוצר באופן טבעי לחץ על האזור. בהתחלה נחוש בכאב, באי־נוחות וברצון לשנות תנוחה. אם לא נשנה את התנוחה – יתפתח פצע לחץ. במחקרים נמצא שבשכיבה במיטה נמדד לחץ על העור של 70 מ"מ, ובישיבה על כיסא עם מושב קשה – נמדד לחץ המגיע אף ל־300 מ"מ, ותוך שעות ספורות מתפתח פצע. בשעה שהחולה שוכב בצורת גלישה במיטה מוגבהת או שהוא מחליק מהכיסא, הלחצים המופיעים בזמן החלקה (כוחות גזירה) גבוהים יותר והפצע

מופיע תוך זמן קצר אף יותר. בדומה, בזמן חיכוך יופיעו פצעים כתוצאה משכיבה על סדין עם קפל או ביגוד לא מתאים או אי-שקט של הזקן (בלומין ועמיתים, 1999).

בעיות פנימיות של החולה העלולות לגרום לפצעי לחץ הן:

1. חוסר תנועתיות עם ירידה בתפקוד הבסיסי היום-יומי (ADL) כתוצאה מבעיות נוירולוגיות מרכזיות או פריפריות.
2. פגיעה תחושתית על רקע של בעיה נוירולוגית מרכזית (סטרוק, דמנציה, קומה) או פריפרית (סוכרת, פגיעה בעמוד השדרה).
3. רטיבות ולחות כתוצאה מחוסר שליטה על הסוגרים או הזעה.
4. מצבים של חוסר תזונה עקב הספקה ירודה של קלוריות וחלבונים הנובעים מקשיי בליעה (פגיעה נוירולוגית), מסירוב לאכול (דיכאון או שיטיון), מבעיות לעיסה (שיניים תותבות) ומנגישות לאוכל (בעיות פרקים, ריתוק, ומצב חברתי-כלכלי ירוד).
5. היחלשות המערכת החיסונית כתוצאה מגידולים או מחלות, ועלייה באירועים זיהומיים.
6. שינויים אורטופדיים הגורמים לעיוותים של העצמות – כמו גיבנת (קיפוזיס) או עקמת (סקוליוזיס).
7. נטילת תרופות הגורמות לישנוניות ולקשיי תנועה (תרופות שינה או הרגעה), או תרופות הפוגעות בעור (סטרואידים).
8. מחלות סיסטמיות – כמו סוכרת ומחלות חסימתיות של כלי הדם הפריפריים.

סיווג הפצעים

קיימים מספר פרמטרים לסיווג פצעים ואלה הם: עומק הפצע, צבעו ודרגת הזיהום שבו.

הפרמטר הראשון נבחן לפי ארבע דרגות:

- דרגה 1 - הופעת אודם על פני העור שאינו חולף גם לאחר הקלת הלחץ. העור אמנם שלם אך קיימת בצקת ויש יציאת נוזלים מכלי הדם.
- דרגה 2 - חוסר שלמות בעור בצורת שפשוף או שלפוחית או מכתש שטחי מאוד.
- דרגה 3 - הפגיעה ברקמה הרכה מתרחבת ומעמיקה יותר והיא מופיעה בצורת מכתש עמוק או גלד שחור.
- דרגה 4 - יש חדירה והרס עם פגיעה קשה ברקמה החודרת לשריר, היכולה להגיע עד לעצם.

הפרמטר השני נבחן לפי ארבעה צבעים המשקפים דרגות חומרה שונות המעידות על מצב הפצע:

- צבע ורוד - שלב הסגירה של רקמת העור החיצוני (אפיתל).
- צבע אדום - שלב השגשוג (הגרנולציה) של רקמת פצע אדומה המעיד על הופעת כלי דם חדשים.
- צבע צהוב - מצביע על תפליטים של תאים מתים, חיידקים והפרשות מוגלתיות.
- צבע שחור - רקמות נקרוטיות מתות.

הפרמטר השלישי הוא כמות הזיהום:

- השלב המיושב בחיידקים.
- השלב שמתפשט לרקמות שמסביב, עם אודם.
- השלב שחודר לרקמות העמוקות (שריר ועצם).

מעבר לדרגת העומק של פצע הלחץ מתיישבים עליו חיידקים הנמצאים על שטח פני העור. הימצאות החיידקים אינה אומרת שמדובר בזיהום חריף, אך הזיהום מעכב את ריפוי הפצע. מצב זיהומי חריף מתבטא בהופעת אודם מסביב לפצע, בחום מקומי, ברגישות ובכאב, בהפרשות מוגלתיות ובחום מערכת.

יש המחלקים את הפצעים לשניים: דרגות 1-2 – פצעים שטחיים וקלים; דרגות 3-4 – פצעים עמוקים ומורכבים. מומלץ להבחין גם בין פצע מזוהם שהוא מלא הפרשות מוגלתיות ומכוסה ברקמה נמקית צהובה או שחורה לבין פצע נקי בצבע אדום עם שגשוג של כלי דם. בפצעים בדרגות 3-4 הזקן הסיעודי מוגדר כ"סיעודי מורכב" ויש צורך לאשפזו במחלקה סיעודית מורכבת, במימון קופות החולים השונות.

הטיפול בפצעי לחץ

הטיפול בפצעי לחץ מתחלק בין טיפול מניעתי, מערכתי וטיפול מקומי.

הטיפול המניעתי:

ניתן למנוע הופעת פצעים ואף למנוע התקדמות בפצעים מדרגה 1. ככלל – המניעה היא הטיפול הטוב ביותר! ואכן, אם מודעים לתופעה וערים למצב הרפואי ולגורמי הסיכון שלו, ניתן למנוע התהוות פצע לחץ. לכן, לגבי כל זקן סיעודי יש לבצע את הדברים האלה:

א. הערכה של מצבו הרפואי והסיעודי וזיהוי גורמי הסיכון – יש לבחון האם הזקן נמצא בסיכון גבוה לפתח פצעי לחץ (ראה גורמים פנימיים). כמורכב קיימים כלי אבחון לדרגת הסיכון. הסולמות הידועים הם של נורטון וברדאן (Braden & Bergsorm, 1994; Norton, 1989) המבוססים על התרשמות קלינית מהחולים (ראה מבחנים בנספח).

ב. טיפול סיעודי מניעתי – יש לשנות מדי שעתיים את תנוחת הזקן הסיעודי במיטה, להימנע משיבה במשך שעות ארוכות, להושיבו בצורה נכונה כדי למנוע גלישה מהכיסא ומהמיטה. יש להקפיד על רחצה ושמירה על היגיינת

העור של הזקן הסיעודי ומניעת רטיבות העור; זאת על-ידי החלפות תכופות, ובמקרים מסוימים על-ידי התקנת קטטר חיצוני או פנימי לשלפוחית השתן. כמורכב יש למנוע יובש באמצעות שימון נכון של העור.

ג. שימוש באביזרים להקלת הלחץ – כמו מזרנים ומושבים המורידים את הלחץ ומפזרים אותו על פני כל הגוף.

הטיפול המערכתי:

א. יש לדאוג למתן קלוריות מספקות ומאוזנות מבחינת צרכים ואבדנים. מומלץ מתן של 30–50 קלוריות לק"ג, ו-1–2 גרם חלבונים ליום.

ב. יש למנוע ולטפל במחלות זיהומיות כמו דלקות ריאה, זיהומים בשתן, או זיהומים בעור.

ג. יש לאזן מצבים כרוניים של אנמיה או אי-ספיקת לב, כליות וריאות.

ד. יש להקל על הלחץ הנגרם משכיבה ומשיבה, באמצעות שימוש באביזרים שונים לפי חומרת הפצעים.

הטיפול המקומי:

א. דיווח מדי לאחות או לרופא על התפתחות של פצע לחץ.

ב. הספקת מזרנים ומושבים מתאימים.

ג. שימוש בחבישה אוטמת המקפידה על סביבה משמרת לחות בפצעים הנקיים (צבע אדום).

ד. ניקוי וסילוק ההפרשות בפצעים מזוהמים (צבע צהוב או שחור).

ה. כשהזקן לוקה בפצעים מורכבים (דרגות 3–4) יש לעמוד על זכותכם לאשפז במחלקה סיעודית מורכבת.

4. תת־תזונה והזנה

הבעיה

לאור ריבוי מחלות ופגיעות תפקודיות מרובות בקרב האוכלוסייה הסיעודית יש להיות ערים למצבים של ירידה במשקל ושל תת־תזונה. תת־תזונה יכולה גם להיות סימפטום של מחלה נסתרת (למשל דיכאון) וכך ניתן להביא לגילוייה (Morley & Silver, 1995).

השכיחות של תת־תזונה מתגברת ככל שהמצב הסיעודי קשה יותר. 40% מהזקנים הסיעודיים מתקשים באכילה וזקוקים לעזרה בהאכלה. אצל חלק ניכר מהחולים קיימות גם בעיות בליעה.

במחקרים אפידמיולוגיים נמצאה תת־תזונה בשיעורים אלו: בקרב 12%–50% מהאוכלוסייה המאושפזת בבתי־חולים כלליים; ובקרב 25%–60% מהאוכלוסייה המאושפזת במסגרות סיעודיות (Compan et al., 1999).

פתופיזיולוגיה

תת־תזונה מוגדרת כחסר של כל אחד מהרכיבים התזונתיים בגוף.

אחת הבעיות העיקריות בתזונת הזקן הסיעודי היא חסר בקלוריות וחלבונים כתוצאה מהספקה ירודה או מאיבוד מוגבר שלהם. מצב זה נקרא בספרות המקצועית: protein energy malnutrition. הזקנים ובני משפחותיהם אינם מודעים לתהליכים הפיזיולוגיים המתרחשים בגוף הזקן. בגיל המבוגר יורדת מסת השרירים (חלבון) ועולה הפיזור השומני. לכן, הצריכה המומלצת של חלבונים היא 1 גרם לק"ג משקל גוף, ובעת מחלה יש אף להגביר צריכה זו עד 1.5 גרם לק"ג משקל גוף.

הירידה בחלבון גורמת לדלדול השרירים ולירידה בכוחם על חשבון עלייה ברקמת השומן. לכן יש צורך בהספקה סדירה ומאוזנת של חלבון, בתנועותיות ובתרגול השרירים על־מנת שלא יתנוונו.

הזקנים הסיעודיים חשופים ופגיעים; קיימים מצבים פתולוגיים מרובים המשפיעים על תזונתם והם:

- א. בעיות כרוניות קבועות ובלתי הפיכות: ריבוי מחלות כרוניות פוגע בנגישות לאוכל, בהכנתו, בהכנסתו לפה ובבליעתו. בעיות פתולוגיות אלו קשורות למערכת השלד והמפרקים, לפגיעות נוירולוגיות, לחסימות כלי דם במוח וברגליים, ולבעיות בשיניים ובמערכת העיכול.
- ב. בעיות חריפות או זמניות שהן הפיכות: מצבים אפיזודיים של זיהומים חריפים במערכת הנשימה והשתן וכן מצבי דיכאון.
- ג. מצב חברתי-כלכלי: בדידות, הזנחה, תלות במטפלים, אלכוהול, רמת הכנסה נמוכה.
- ד. מצבים יאטרוגניים: שימוש בתרופות בצורה לא נכונה ושילובים לא רצויים של תרופות, הגורמים לחוסר תיאבון, בחילות ועצירות.

הגורמים לתת-תזונה

ניתן לחלק גורמים אלו לשלוש קטגוריות, לפי מיקום הפגיעה:

1. הספקת מזון לקויה (intake) מכל סיבה שהיא – כמו בעיות בנגישות לאוכל עקב ניידות לקויה, בעיות כלכליות, קושי להגיש את האוכל לפה, וכן בעיות מפרקים.
 2. פגיעה בלעיסה, בבליעה, בעיכול ובספיגה.
 3. דרישה מטבולית מוגברת עקב פצעי לחץ, גידולים או זיהומים.
- יש ארבע פגיעות שכיחות:

1. פגיעה בבליעה עקב חסר נוירולוגי. הפגיעה כאן היא עצבית והגורמים השכיחים הם: אירוע וסקולרי מוחי (C.V.A), חבלות או נזק מוחי, פרקינסון, טרשת נפוצה (M.S), או מצב של חוסר הכרה מכל סיבה שהיא.

2. פגיעה ברצון לאכול או סירוב לאכול כתוצאה מדיכאון, דמנציה, מחלה כרונית או מחלה חריפה, אנורקסיה או סרבנות.
3. פגיעה אנטומית כתוצאה מחסימה עקב גידולים סרטניים בוושט, בפה, בלוע, או לאחר הקרנות, ניתוחים וחבלות באזור החזה.
4. דרישה קלורית מוגברת לפני או אחרי ניתוח, או כזו הנובעת מפצעי לחץ עמוקים, מכוויות, מטיפול נשימתי נמרץ, מסרטן וממצב זיהומי.

סיבוכים של תת-תזונה והשלכותיהם הקליניות

1. ירידה במצב החיסוני עם התגברות הזיהומים.
2. הפרעה בריפוי הפצעים והתפתחות פצעי לחץ.
3. ירידה נוספת במסת השרירים ודלדולם במקביל לירידה בתפקוד ובניידות.
4. חולשת שרירי הנשימה והתפתחות של דלקות ריאה.
5. עלייה בתחלואה ובתמותה.

אבחון של תת-תזונה

כיצד נזהה תת-תזונה? הברור יהיה בסדר הזה (אייל, 1997; Reuben et al., 1995):

1. בדיקת ההיסטוריה הרפואית והתזונתית:
 - א. רישום רכיבי הכלכלה היומיים של החולה.
 - ב. נטילת תרופות.
 - ג. מחלות והגבלות בתפקוד.
 - ד. זיהוי מצבים חברתיים-כלכליים.
2. בדיקה פיזיקלית:
 - א. בדיקת הפה, בדיקת השיניים ובדיקה רקטלית.

ב. בדיקה נוירולוגית.

ג. בדיקת בליעה.

3. מדדים ביוכימיים ופיזיולוגיים:

א. B.M.I – משקל חלקי הגובה בריבוע ^[משקל]_{גובה} (ראה מבחנים בנספח).

ב. ירידה במשקל של מעל 5% בחודש.

ג. אלבומין מתחת ל-3.5 גרם.

ד. לימפוציטים מתחת ל-1,500 ממ"ק.

ה. מדידת היקף השריר באמצע הזרוע.

ו. מדידת עובי הקפל בתת־עור בזרוע ובמותן.

ז. בדיקות נוספות לפי שיקול דעת הרופא (ס.ד, ביוכימיה, רמות ויטמינים).

4. הערכה נפשית ושכלית (קוגניטיבית).

5. מצבים קטובוליים כמו זיהומים קשים, ניתוחים, סרטן ופצעי לחץ.

התערבות

לאחר שזוהתה ואובחנה תת־תזונה יש לבצע התערבות בצורת מתן תזונה באופן פעיל. התמיכה התזונתית הפעילה ניתנת בשלוש דרכים עיקריות:

- הזנה דרך הפה – P.O.
- הזנה אנטרלית – ישירות לקיבה (enteral feeding).
- הזנה פרנטרלית – ישירות לדם (parenteral feeding).

הזנה דרך הפה

יש להדגיש את הגורמים האלה:

1. להגביר את המודעות לחשיבותה של תזונה נכונה:

- יש לשאול את הזקן מה הוא אוהב או מעדיף לאכול.
- לדווח אם נותר אוכל במגש לאחר הארוחה.
- לנסות מרקמים בעלי סמיכות שונה של המזון המוצק – דייסתי, טחון, רך, רגיל, וקשה; ובנוזלים – סמיך (ג'לי), נקטר* ומים.
- לזקנים לאחר ניתוחי קיבה או הרניה בקיבה, לתת ארוחות קטנות ותכופות.
- להוסיף חטיפים עשירי קלוריות בין הארוחות. ניתן לשים טבלית שוקולד על הלשון או קוביית קרח.
- להעשיר בתמיסות (פורמולות) מוכנות עם מגוון טעמים לפי בחירת הזקן (וניל, תות, שוקולד וקפה).
- להקדיש זמן להאכלה בידי המטפלים. במחלקה הסיעודית רצוי שיהיה שולחן עגול (כשהמטפל יכול להאכיל 4-5 מטופלים).

2. להגביר את המודעות לצורך בשתייה:

- זמינות מים ועידוד שתייתם.
- עיבוי והסמכה של נוזלים, ג'לי ונקטר (קיימות אבקות הסמכה שאינן משאירות טעם לוואי).

3. לעורר תיאבון באמצעות:

- פעילות גופנית.
- הפסקת תרופות הגורמות לבחילה ולחוסר תיאבון או מתן תרופות לעורר את התיאבון.
- הפסקת דיאטה דלת מלח או דלת שומן.

* הנקטר סמיך ממים והוא בעל טעם.

■ הגשה אסתטית וסביבה נעימה.

■ לגוון את האוכל בצבעים עזים ובִּרְיחות מעוררים.

עדיף לתת את האוכל דרך הפה, אך לעתים לא ניתן לעשות זאת עקב בעיות בליעה המסכנות את החולים בשאיפה של האוכל לריאות – מצב הקרוי "אספירציה".

הזנה אנטרלית

הזנה זו מתבצעת דרך צינור הזנה ישירות לקיבה או למעינים, בצורה העוקפת את הפה, את מנגנון הבליעה ואת הוושט. למרות היותה מאיימת ומרתיעה, אפשר להשתמש בצורת הזנה זו לתקופות זמניות אך גם לאורך שנים (יאול, 1999).

הדרכים העיקריות למתן הזנה אנטרלית הן:

1. זונדה – הכנסת צינור דרך האף לקיבה או לתריסריון, לתקופות זמניות.
 2. גסטרוסטומיה (בשיטת האנדוסקופיה) – חדירה דרך דופן הקיבה, לתקופות ארוכות.
- לכל שיטה יש יתרונות וחסרונות, וכדאי להתייעץ עם תזונאית, אחות ורופא.
- קיימים כמה סוגים של תמיסות הזנה (פורמולות) לשימושים שונים והם:
1. לצורך העשרה נוספת דרך הפה – כגון אנשור, אנשור פלוס ואנשור עם סיבים.
 2. כתזונה בסיסית הניתנת בעזרת צינור הזנה – כגון אוסמוליט, ג'ביטי.
 3. כתזונה למחלות או למצבים מיוחדים – כגון פולמוקר, סופלנה, גלוצרנה, פראטיב ואלטרק.
 4. כתזונה מודולרית, עם תוספת של רכיב בודד – כגון אבקת חלבון או תוספי פחמימות.

ההחלטה לגבי שיטת ההזנה, לגבי סך הקלוריות ולגבי קצב נתינתן היא בסמכות התזונאית, האחות, רופא המשפחה ומומחה בגריאטריה.

על המשפחה לדעת כמה קלוריות ליממה אמור הזקן לקבל; עליה לדעת שברוב התמיסות כל 1 סמ"ק של תמיסה שווה לקלוריה אחת. קיימת משאבה (מסוג קנגורו) – המאפשרת לווסת את הטיפות.

בטיפול בהזנה אנטרלית על המשפחה להיות ערה למספר תקלות אפשריות והן: (א) בעיות בצנרת; (ב) בעיות בקצב; (ג) בעיות במיקום; (ד) בעיות במתן התרופות.

א. **בעיות בצנרת** – אלו הן תקלות הנובעות ממתן התמיסות דרך צינורות. ייתכנו סתימות, קיפול או שליפה של הצינור. לפני חזרת הזקן לביתו יש לקבל הסברים ברורים כיצד מאכילים בדרך זו. יש להבדיל בין מתן הזנה דרך זונדה (אף – קיבה) או דרך דופן הבטן (גסטרוסטומיה). בהזנה דרך זונדה אפשריות תקלות רבות מאחר שמדובר בצינור ארוך, הנסתם או מתקפל בקלות. הזונדה ניתנת לשליפה בקלות הואיל והיא מקובעת באף על-ידי פלסטר בלבד. רצוי תמיד להתייעץ עם אחות, שכן הכנסת הזונדה היא בסמכותה של אחות מוסמכת בלבד ואין המשפחה רשאית לבצעה. מסיבה זו לא מומלץ לתת הזנה דרך זונדה בבית אלא לבצע גסטרוסטומיה. כאן הצינור קצר ורחב יותר, ואפשרויות שליליות או סתימת הצנרת הן נדירות יותר. במקרים שזה בכל זאת קורה, יש להתייעץ עם האחיות או הרופא. ניתן לבצע החלפת גסטרו בבית בידי רופא מומחה בגסטרו או בגריאטריה.

ב. **בעיות בקצב** – אלו נובעות מקצב מהיר של התמיסה הנכנסת לקיבה וגורמת לעתים לבעיות כמו שלשולים, או הקאות, הנובעים מקושי בספיגה או מריקון אטי של הקיבה והמעיים. יש לבנות את ההזנה בצורה הדרגתית, מאחר ששינוי מהיר בקצב עלול לחשוף את הזקן לסיכונים.

יש להתאים את תכנית ההזנה למצב הזקן; כך, למשל, כשמופיעים שלשולים או הקאות רצוי להאט את הקצב. רצוי לעקוב אחר פעולת מעיים סדירה ולבדוק שלא נשארה שארית בקיבה לפני מתן הארוחה הבאה.

ג. **בעיות במיקום** – אלו נובעות מתזוזת הצינור ממקומו הרגיל או החדרתו למקום אחר (לריאות, למשל). יש לוודא את מיקום הצינור בזמן ההחדרה וכן לפני מתן ההזנה. בזונדה, למשל, החשש הוא מהכנסת הצינור או מהסטתו לריאות במקום לקיבה. הופעת שיעול או קוצר נשימה, חרחורים או ריר באף מצביעים על אפשרות של שיאוף לריאות ויש אז להפסיק את ההזנה. יש לשמור על הגבהת פלג הגוף העליון ב³⁰–45 מעלות במהלך האכילה ועד שעה לאחריה.

ד. **בעיות במתן תרופות** – במתן תרופות דרך צנרת צריך לדעת את הוראות השימוש בתרופה והקשר שלה להזנה. העיקרון המנחה הוא להעדיף תרופות בצורת נוזלים עקב החשש מפני סתימה; אם הדבר אינו ניתן – יש לכתוש את התרופה ולערבבה במים. יש לוודא שהתרופה לא תגרום לסתימת הצנרת. יש לברר מהן הוראות השימוש של התרופה (לדוגמה: אין לרסק תרופות בעלות ציפוי או שחרור ממושך ויש למצוא להן תחליף). יש לשים לב לזמן מתן ההזנה (לדוגמה: תרופות שבהן הספיגה מושפעת מנוכחות מזון, בעיקר אצל חולים המוזנים בהזנה רציפה). כשהצינור ממוקם במעיים – למשל בתריסריון או במעי הדק (ג'וניום), אין לתת תרופות הנספגות בקיבה. יש לבדוק לעתים קרובות את רמות התרופות בדם, בעיקר בעת מתן תרופות בעלות נטייה לרעליות (כגון דנטואין). מתן אנטיביוטיקה משנה את הפלורה במעיים ויכול לגרום לשלשולים.

הזנה פרנטרלית

הזנה זו מתבצעת ישירות לדם, דרך וריד מרכזי שהפתח שלו מושתל מתחת לעור. התמיסות מגיעות מוכנות ויש רק צורך לחברן, בצורה סטרילית.

5. דמנציה ובעיות התנהגות

הבעיה

שכיחות הדמנציה באוכלוסייה שמעל גיל 65 היא 10%, ועם העלייה בגיל עולה שכיחותה. כל חמש שנים האחוז מכפיל את שכיחותו, ומעל גיל 85 – 30% מהזקנים עלולים לסבול מדמנציה.

דמנציה היא הסיבה הרביעית לתמותה בעולם המערבי לאחר מחלות לב, סרטן ודלקת ריאות. יש המכנים אותה "המגפה של דור העתיד".

בארץ מצויים כ-100,000 זקנים הסובלים ממחלה זו, ובארצות הברית מדברים על 4 מיליון חולים.

הדמנציה כופה על המשפחה התמודדות ארוכה, מייגעת ומתסכלת עקב הפגיעה במוח, הגורמת לירידה בתפקוד. הטיפול בבעיה זו דורש תמיכה רב-מערכתית, רב-תחומית ויקרה (מייס ורבינס, 1988).

נבהיר להלן שני מושגים בסיסיים – "קוגניציה" ו"דמנציה" – החשובים להבנת הנושא:

קוגניציה – היא תחום התפקודים הגבוהים של המוח (האינטלקט) שביטוייה הם: זיכרון, התמצאות, חשיבה, תובנה ושיפוט.

דמנציה – היא קובץ של תסמונות קליניות שפגעו במוח כתוצאה מתהליכים שונים (ניוונים, וסקולריים, דלקתיים וכן גידולים) של המוח.

הביטוי של התהליכים הללו הוא פגיעה קוגניטיבית (שכלית) – החל בבעיות של זיכרון, שפה, ביצוע ושאר תפקודי האינטלקט ועד לפגיעה תפקודית-חברתית בחיי היומיום, וכל זה לאו דווקא במהלך של מחלה סוערת או חריפה (דיליריום למשל), אלא במהלך מתקדם ואטי.

הירידה הקוגניטיבית ובעיות ההתנהגות הבאות בעקבותיה מגבירות את הצורך של הזקן בעזרה בטיפול האישי ואת הצורך בהגדרתו מבחינה תפקודית כ"סיעודי

לא צלול" (תשוש נפש). הגדרה זו משפיעה גם על המשך הטיפול ועל אשפוזו במחלקה סיעודית לתשושי נפש.

הדמנציה היא בעלת מהלך פרוגרסיבי אטי וארוך, החל במספר חודשים ועד למספר שנים. יש לזכור שבדמנציה חייבים להתקיים מספר תנאים ואלה הם:

1. קיום בעיה קוגניטיבית – כמו זיכרון וקשיים בתפקודי שפה.

2. ירידה בתפקוד החברתי והתעסוקתי הקודם.

3. שמירה על מצב הכרה תקין.

4. לא קיימת בעיה חריפה במוח.

פתופיזיולוגיה

הגיל כשעצמו אינו גורם לדמנציה אך מהווה גורם סיכון. כתוצאה מהעלייה בגיל מתרחשים שינויים אנטומיים וביוכימיים במוח; שינויים אלה גורמים לירידה מתונה בזיכרון והאטה בביצועים המוטוריים, אך התפקוד הכללי נותר תקין. בדיקת מוחם של אנשים הסובלים מדמנציה מגלה ירידה ודלדול במספר תאי העצב (הניאורונים) באזורים קדמיים וצדדיים, ושקיעת חומר חלבוני מעוות המתרכז בתוך גופיפים (פלקות) ומבנים סיביים מפותלים בצורת צמות ברקמת המוח.

גם כלי הדם הקטנים עוברים תהליכים של היצרות; אלו גורמים להפרעה בזרימת הדם וליצירת מוקדי נמק (אוטמים) במוח.

קיימות גם הפרעות במנגנון הכימי הדרוש להעברת הדחפים העצביים במוח, במיוחד חסר במנגנון הכולינרגי.

סימנים של דמנציה

טווח הסימנים של דמנציה הוא רחב ביותר ותלוי במיקום הפגיעה המוחית ובדרגות הדמנציה השונות. באופן כללי ניתן לומר שהפגיעה היא במספר תחומים והם:

התחום השכלי-הקוגניטיבי

1. הפרעות בזיכרון לטווח קצר – לגבי אירועים שקרו לאחרונה, לפני שעות או ימים, לדוגמה: הזקן אינו זוכר בני משפחה שביקרו אותו או ארוחות שאכל לאחרונה.
2. ירידה בריכוז – למשל, הזקן יתחיל לקרוא או לומר משפט ולא יסיימו או יאבד את המשכו; יתחיל לקרוא ספר או עיתון וימשיך לבהות בו; יאבד את יכולת ההקשבה לאחר זמן קצר.
3. ירידה בהתעניינות ובסקרנות בעיקר בקורה מסביב.
4. ירידה ביכולת החשיבה, דלות רעיונית, חשיבה שטחית ונסיבתית (קונקרטי), אין הפנמת רגשות או התייחסות לרגשות שלו ושל האחרים – למשל: "אבא נעשה מאוד אגוצנטרי, לא אכפת לו ממני", מתלוננת הבת. נוקשות חשיבתית, נעשה עקשן כפרד ולא ניתן להזיזו מדעתו.
5. ירידה ביזמה ובשיפוט – אינו יוזם, מצטמצם בדלת אמותיו.
6. ירידה בהתמצאות – בתחילה זו ירידה בהתמצאות בזמן, אחר-כך בזיהוי המקום ובסוף בזיהוי אנשים ובני משפחה.

התחום החברתי

חוסר עניין בחברה, מפסיק לראות טלוויזיה או לשמוע רדיו (אם מאוד אהב), מתכנס ומסתגר. "אבא שהיה תמיד המסמר בחברה ואהב לבלות ולצאת לתאטרון, לקונצרטים או לא החסיר תפילה במניין – חדל מכל אלה ואפילו אינו קורא עיתון".

התחום ההתנהגותי אישיותי

בעיות התנהגותיות מתחלקות לפגיעות הקשורות לקוגניציה – כמו בעיות בזיכרון, בשפה, בריכוז; ולבעיות שאינן קשורות לקוגניציה – כמו דיכאון, אפתיה, אגיטציה, אגרסיה, פסיכוזה ושינוי אישיותי.

הופעת אגיטציה – מצב של אי-שקט מוטורי המלווה בהתנהגות אלימה, מילולית או פיזית, נובע בחלקו ממחשבות שווא או מראייה של דברים שאינם קיימים.

הופעת רגזנות, אימפולסיביות – "אבא היה תמיד סבלן", אגרסיביות ותוקפנות; מצבי הבלבול יופיעו לעתים קרובות על דברים פעוטים או בעיקר עם הופעת החשכה.

הופעה מוזנחת – אינו מחליף את בגדיו, אינו מתרחץ, ייתכן שיהיה אפתי ודיכאוני – "הוא לא מה שהיה"; "זה לא בעלי שאותו אני מכירה", אומרת האישה. חוסר יציבות אמוציונלית – רגע כועס ורגע מחייך, וניתן להסיח את דעתו בקלות; התעסקות יתר בכל מיני דברים (כפתורים, שרוכים, כתיבת מכתבים, מין). קושי להסתגל למצבים משתנים – כמו מקום חדש, יציאה לחופש, מעבר דירה או אירוח במקום זר.

התחום הפיזי-גופני

ייתכנו הפרעות שינה שיתבטאו בעודף או מיעוט שינה או קושי להירדם עם יקיצות רבות. קשיי הליכה וניידות עם אירועי נפילות, בריחה של שתן. הגוף נעשה נוקשה (ריג'ידי), מופיעה עצירות ממושכת עקב שכחה. חלים שינויים בהרגלי האכילה – ממעיט או לעתים מרבה באכילה.

הגורמים לדמנציה

אנו מחלקים את הדמנציה לשני סוגים עיקריים: (1) דמנציה הפיכה – 5%-10% מהמקרים; (2) דמנציה בלתי הפיכה – 90% מהמקרים.

1. דמנציה הפיכה

הגורמים לדמנציה הפיכה ניתנים לתיקון או לשיפור ויש לכן לאבחן אותם. גורמים כאלה הם: דיכאון, בעיות מטבוליות ואנדוקריניות, חסר תזונתי, גידולים, טראומות, זיהום והרעלת תרופות (Clarfield, 1988).

נהוג לאזכר ראשי תיבות של דמנציה – Dementia, והם: D – תרופות; E – אמוציות ובעיות דיכאון; M – בעיות מטבוליות ואנדוקריניות; N – חסר תזונתי, למשל B12, B1; T – חבלה או גידול; I – אינפקציה ומצב זיהומי או אינטוקסיקציה (הרעלת תרופות); A – אלכוהול (ראה מבחנים בנספח) (Lamy, 1980).

2. דמנציה בלתי הפיכה

הגורמים לדמנציה בלתי הפיכה הם מספר רב של מחלות, אך נתייחס לשתי מחלות עיקריות שהן נפוצות בכ־80% מהמקרים: דמנציה ניוונית ע"ש אלצהיימר – שהיא פגיעה ניוונית ראשונית בתאי המוח; דמנציה וסקולרית – שהיא פגיעה וחסימה בכלי הדם במוח.

הערכה ואבחון הדמנציה

בכל חשד לדמנציה יש לבצע בדיקות דם לבלוטת התריס, לביוכימיה, ול-B12. יש לשלול דיכאון שמחקה דמנציה – ואם מאובחן דיכאון יש להתחיל במתן תרופות נוגדי דיכאון.

יש לחשוד תמיד בתרופות כסיבה לירידה שכלית ולהתייעץ עם רופא על הפסקתן או הורדתן, או לבצע שינוי תרופתי.

רבים ממליצים על ביצוע בדיקת C.T. של המוח במיוחד במהלך מהיר ולא טיפוסי של דמנציה אפשרית. מהבדיקה ניתן ללמוד על הימצאות אוטמים (מוקדי נמק), דימום, גידולים, הגדלת חדרים והצטברות נוזלים ברקמת המוח. קיימים מבחני סינון הבודקים את התפקוד השכלי (קוגניטיבי) בצורת שאלות קצרות המעלות את החשד להימצאות בעיה שכלית (ראה מבחנים בנספח) (הייניק, 1998; הייניק וורנר, 2000; Kahn et al., 1960; Folstein et al., 1975; Mendez et al., 1992).

מהלך הדמנציה הבלתי הפיכה

בכל מחלה המהלך שונה.

א. **דמנציה ניוונית ע"ש אלצהיימר** – היא הידרדרות אטית ופרוגרסיבית במהלך של 8-12 שנים במוצע, ויש בה שלושה שלבים: (1) השלב הקל; (2) השלב הבינוני; (3) השלב הקשה (ראה מבחנים בנספח) (Reisberg, 1988).

1. **השלב הקל** – מתחלק בין השלב החבוי לבין השלב הגלוי. משך שלב זה הוא כ־7-9 שנים שבהן מופיעות בעיות זיכרון, בעיות שפה ובעיות אישיות.

השלב החבוי קשה מאוד לאבחון עקב היעדר ממצאים ברורים, התעלמות או הדחקה או חשדנות מצד המשפחה, ולעתים עקב אבחון מוטעה: "אבא הזדקן"; "משהו עובר עליו". הירידה במילוי משימות מקצועיות וחברתיות מתבטאת בעיקר בסביבה לוחצת או במטלות חדשות ולא מוכרות.

בשלב הגלוי הסימנים ברורים יותר והדמנציה מתבטאת בקושי במציאת המילה, בעיות בזיכרון לטווח קצר, לעתים בלבול בזמן – החולה מתעורר מוקדם ומתחיל להתלבש, יש לו קושי בקבלת החלטות, אבדן יזמה ומוטיבציה, הפסקת פעילות ותחביבים האהובים על הזקן וסימני דיכאון או תוקפנות. קושי בניהול משק הבית (IADL) – למשל, בביצוע קניות וניהול חשבונות בבנק, הזקן זקוק אז להשגחה על הכספים ועל היציאות מהבית. המשפחה נוטה לסוכך ולהגן על הזקן מפני טעויות. בשלב זה הזקן זקוק למטפל מקומי למספר שעות על-פי חוק הסיעוד.

2. **השלב הבינוני** – מתבטא בקושי בתפקוד האישי היומי (ADL). שלב זה נמשך 2-3 שנים. בתחילה יש קושי בבחירת בגדים המתאימים לעונה, קושי ושכחה להתרחץ, קושי במטלות מורכבות (רחיצה, לבוש). הזקן יכול אמנם ללכת אך נוטה ליפול, מאבד את דרכו במקומות חדשים – שוטטות. בהמשך הוא נזקק לעזרה בשימוש בשירותים, ולבסוף הוא לוקה בחוסר שליטה על הסוגרים. הזקן זקוק אז למטפל סיעודי, מקומי או זר, להשגחה ולטיפול צמוד.

3. **השלב הקשה** – נמשך שנה – שנתיים ומתבטא בריתוק למיטה. הזקן בוהה במשך היום. תלותו מוחלטת עם ריתוק מלא למיטה ולכיסא גלגלים; במידה שהוא עדיין הולך הרי הליכתו אינה פונקציונלית, הוא מדשדש, נוטה ליפול ומאבד את דרכו. מסתמנת ירידה ביכולת הדיבור שלו וניכר חוסר יכולת לזהות בני משפחה, וכן קושי בהבנה. מתגלים קשיים בהאכלה או בבליעה והוא נזקק לעזרה בהאכלה או זקוק להזנה

מלאכותית. הוא זקוק לאשפוז במסגרת סיעודית קבועה או למטפל סיעודי 24 שעות ביממה (על מהלך מחלת האלצהיימר ראה בנספח).

ב. **דמנציה וסקולרית** – כאן המהלך הוא הדרגתי, בצורת מדרגות, והוא משתנה לפי המיקום וגודל האירוע המוחי. מהלך הדמנציה הווסקולרית מאופיין בהופעת בעיות הליכה עם נטייה ליפול. לעתים מתרחשים בריחת שתן ופרכוסים דמויי אפילפסיה. מופיעים סימנים נוירולוגיים של אירועים מוחיים המתבטאים בבעיות מוטוריות (שיתוק וחולשה של פלג גוף) או בעיות תחושתיות (חוסר תחושה ונימול), או ממצאים ממוקדים – כגון בעיות בליעה, קשיי דיבור, בלבול זמני, ועוד (ראה מבחנים תפקודיים) (Hachinski et al., 1975; Small et al., 1981).

בשנים הראשונות של דמנציה וסקולרית הזקן מצליח עדיין להסתדר בכוחות עצמו עם האבדנים הקוגניטיביים, והוא שומר על רמת היגיינה נאותה ועל רמה של שיפוט יחסי תקין. אך עם הופעת אירועים מוחיים חדשים – רמת התפקוד יורדת.

השלב הסיעודי – מתייחס לשלבים המתקדמים במחלה, שבהם נפגעים ואובדים תפקודי היום-יום ומופיעות הפרעות תפקודיות קשות. המצב הסיעודי מתאים לדמנציה הבינונית. במצב זה הזקן אינו יכול להישאר לבד והוא זקוק להשגחה וטיפול ברמות שונות.

מהי תגובת בני המשפחה לזקן המתחיל לשכוח?

בתחילה נבחין בתגובות של התעלמות והכחשה – "גם לי זה קורה שאני שוכחת", אמרה הבת. המשפחה מנסה לשמור על עצמה מפני הסטיגמה של המחלה ומהשלכותיה על המשפחה, שמא זה תורשתי – "גם לי זה יקרה?", שאלה הבת. לעתים המשפחה נוטה להתעלם, וזאת דווקא לאחר אירוע חריף של זיהום או נפילה ואשפוז בבית-חולים; קורה אז שהזקן נשאר מבולבל והמשפחה מציגה זאת כבעיה חדשה. המפגש עם המערכת הרפואית מתקיים רק כשמופיעים שינויים בהתנהגות הזקן.

בהמשך נבחין בתגובות רגשיות מצד המשפחה – כמו צער, רגשות אשמה, כעס, מבוכה, בושה ובדידות. להלן פירוט של תגובות כאלו (Zarit et al., 1982):

1. הצער – הוא ביטוי של האבדן. האבדן של אבא או של אימא או של שותף לחיים.
2. רגשות האשמה – נובעים ממטעני העבר, או מכעסים שאנו חשים עתה, או כתוצאה מהמבוכה והבושה שהזקן גורם לנו והתחושה שאיננו יכולים לעזור.
3. כעס – המכוון לכולם – קודם כול כלפי הזקן עצמו, ואחר־כך כלפי עצמנו, כלפי המצב, כלפי ההורה שנשאר, כלפי בן הזוג, כלפי המטפלים, כלפי הילדים, ואף כלפי אנשי המקצוע.
4. מבוכה ובושה – "איך הוא עושה לנו את זה?"; לא יוצאים מהבית.
5. בדידות והתכנסות – המשפחה עסוקה ומעורבת יתר על מידה, לא מרשה לעצמה לצאת לבלות – "כשבעלי במצב כזה!?", וכך חדלים מפעילויות חברתיות.

התערבות

אין טיפול ספציפי לדמנציה – לא ניתן לרפא אותה, אלא רק להקל על הסימנים ולהאט את התהליך. הטיפול הוא תמיכתי בעיקרו, למשפחה, למטפלים וגם לחולה.

עצות למשפחה

- א. חלקו את האחריות בין בני המשפחה והטילו על כל אחד תפקיד; אל תישאו בנטל לבד.
- ב. שתפו אחרים בבעיות שלכם, אל תשמרו זאת לעצמכם.
- ג. מותר לכם להרגיש כפי שאתם מרגישים, זה טבעי ונורמלי.
- ד. הסכימו לקבל עזרה, בקשו וקבלו עזרה, אל תחששו שמא אתם מטרידים.

ה. וְדָאוּ שֵׁישׁ לָכֶם כְּתוּבֹת לַפְּנוֹת אֵלֶיהָ בְּזִמְנֵי חִירוֹם אוֹ כְּשֶׁתּוֹפִיעַ בְּעִיָּה.

ו. מִצְאוּ זִמְנֵי לְעַצְמְכֶם, הַכִּירוּ אֶת מַגְבְּלוֹתֵיכֶם.

ז. הַפְּסִיקוּ לְהֵאשִׁים אֶת עַצְמְכֶם.

עֲצוֹת לַמְטַפֵּל הַסִּיעוּדִי

א. הִימְנַע מִמֵּתֵן מְטָלוֹת חֲדָשׁוֹת.

ב. הִימְנַע מִמֵּתֵן תְּרוּפּוֹת הַפּוֹגְמוֹת בְּעֵרְנוֹת הַחוּלָה אוֹ הַמְשַׁפִּיעוֹת עַל מַעֲרַכַת הָעֲצָבִים הַמְּרַכֶּזֶת שֶׁלּוֹ.

ג. עוֹדֵד אֶת הַזֶּקֶן לְבַצֵּעַ תְּפֻקוּדִים פִּיזִיִּים אוֹ מְנַטְלִיִּים כִּפִּי יִכְלֹתוּ.

ד. עוֹדֵד מֵתֵן תְּזוּנָה מֵאוֹזְנָת וְנִכּוֹנָה.

ה. הִימְנַע מִיִּצְיָאָה לַמְּקוֹמוֹת חֲדָשִׁים וְלֹא מוֹכְרִים.

עֲצוֹת לַמְטַפֵּל הַמְּקֻצְוֵי (רוֹפֵא, אַחוּת, עוֹבֵד סוּצִיָּאֵלִי וְעוֹבֵד שִׁיקוּם)

א. הַטִּיפּוֹל בְּזֶקֶן חַיִּיב לִהְיוֹת מִתְּמַשֵּׁךְ וְרִצִּיף, בְּכֹל שְׁעוֹת הַיָּמָמָה, בִּיַּדֵי מְטַפְלִים, אַחוּת וְרוֹפֵא.

ב. יֵשׁ לְצִיִּיד אֶת הַמְשַׁפְּחָה בְּאֵינְפוֹרְמַצִּיָּה מְלֵאָה עַל מַהוּת הַמְּחַלָּה וְחוֹמְרֹתָהּ, וְמַהִי הַפְּרוֹגְנוּזָה הַצְּפוּיָה.

ג. עוֹדֵד אֶת הַמְשַׁפְּחָה לַמְּנוּת אֶפּוֹטְרוֹפּוֹס וּמְשַׁגִּיחַ עַל הַכְּסָפִים.

ד. הִיָּיָה עַר לְקוֹנְפְּלִיקְטִים וְלִיַּחְסֵי הַכּוֹחוֹת הַקִּיִּימִים בַּמְשַׁפְּחָה וּמִנֵּעַ אֶת קְרִיסְתָהּ – עַל־יַדֵי אֲשֶׁפּוּז הַזֶּקֶן בְּמִסְגֵּרַת סִיעוּדִית, קְבוּעָה אוֹ זְמִנִית, אוֹ עַל־יַדֵי תוֹסַפַת כּוֹח־עֶזֶר.

ה. יֵשׁ לְדַבֵּר עַל בְּעִיּוֹת אֲתִיוֹת כְּגוֹן בִּיצוּעַ הַחִיָּיָאָה, הַנְּשִׁמָּה, פְּטִירָה וְסִידוּרִים.

ו. קִבֵּל בְּהַבְנָה אֶת רִגְשֵׁי הָאֲשִׁמָּה, הַכְּעִסִים וְהַהֲאֲשִׁמוֹת מִצַּד הַמְשַׁפְּחָה.

ז. שקול מתן תרופות נגד דיכאון, חרדה, וכן תרופות לשינה ולמצבים התנהגותיים קשים.

ח. הכן את המשפחה לאפשרות של מצבי בלבול כתוצאה משינויים בדיור או כתוצאה ממעבר למסגרת אשפוזית.

ט. הכן את המשפחה לאפשרות של התנהגויות המתאפיינות בתוקפנות, אגטיציה, פסיכוזה (הלוצינציות ודלוזיות) וחוסר שליטה על הסוגרים.

האם ניתן להאט את תהליך הדמנציה?

זה תלוי: אם מדובר בדמנציה על רקע וסקולרי – מדובר בחסימת כלי דם במוח; ואז כמו שיש למנוע התקף לב גם כאן יש להפחית את המשקל ולשנות את הרגלי האכילה, בעיקר הורדת השומנים ומתן מדללי דם. אם מדובר בדמנציה על רקע ניווני – קיימות בשוק תרופות המאטות את התהליך ורצוי להתייעץ על כך עם הרופא.

6. דיכאון

הבעיה

זקנים סיעודיים מועדים לתסמונת דיכאונית; טווח השכיחות של תסמונת זו נע בין 9% ל-38%. מצב דיכאוני גורם לא רק לירידה באיכות החיים של הזקן אלא אף משנה את מהלך המחלות – כמו למשל בזקן הדיכאוני שנפגע מהתקף לב ואינו מתאושש ממנו, או זקן דיכאוני הסובל מסרטן והטיפול הכימי אינו משפר את מצבו. יש להיות רגישים לאפשרות של דיכאון ולטפל בו בצורה מהירה. תופעת הדיכאון עולה עם הגיל, כשמעל כ-20% מהאוכלוסייה בגילאי 75 סובלת ממנו, כך שאין מדובר במחלה שולית (רון, 2001).

50% מהחולים אינם מאובחנים, וזאת נוסף על הסטיגמה הקיימת של שיוך הדיכאון לבעיה פסיכולוגית הקשורה לאירועים במעגל החיים – כמו אירועים שונים בחיי המשפחה, אבדנים, וירידה בתפקוד. כיום נמצא שהרקע לדיכאון

הוא בעיה אורגנית כימית במוח ולא בהכרח בעיה פסיכולוגית (Heston, et al., 1992).

במחלקות סיעודיות הדיכאון מופיע בשכיחות גבוהה אף יותר והמודעות אליו והטיפול בו מהווים מדד לאיכות הטיפול.

סימפטומים של דיכאון

הדיכאון מאופיין במצב של דיסאפוריה – כלומר, איבוד עניין, או חוסר הנאה מפעילויות היומיום בפרק זמן של שבועיים לפחות.

באבחון הדיכאון מופיעים בדרך־כלל שניים מהסימפטומים האלה: הפרעה בתיאבון עם איבוד משקל, חולשה ועייפות או ירידה באנרגיה, האטה או פעילות יתר פסיכומוטורית, רגשות אשמה, הפרעות שינה, שינויים קוגניטיביים או קשיים בריכוז, וכן מחשבות אבדניות.

אבחון הדיכאון בקרב זקנים הוא שונה, מאחר שהסימנים שונים – כלומר הדיכאון אינו טיפוסי והוא מאופיין בסימפטומים אלה:

א. כאבים לא מוסברים ותלונות גופניות (סומטיות) מרובות.

ב. חרדות, או אגיטציה.

ג. איבוד משקל ותת־תזונה.

ד. האטה ניכרת בפעילות.

ה. התאבדות פסיבית – כלומר הזקן מאבד את הרצון לחיות, מפסיק לאכול, ליטול תרופות ולטפל בעצמו.

ו. האטה קוגניטיבית (שכלית), מצב הנקרא גם "פסידו־דמנציה".

אבחון מצב של דיכאון

כיצד נאבחן מצב של דיכאון? ראשית, על האדם להיות במצב זה פרק זמן של שבועיים לפחות. אין מדובר במצב רוח מלנכולי או בעצבות זמנית של מספר

שעות או ימים. גם אין מדובר בתקופת אָבל של שלושים יום לאחר פטירת בן או בת הזוג.

כדי לערוך אָבחון של דיכאון יש לבצע את הפעולות האלה:

א. בדיקת ההיסטוריה הרפואית של הזקן, במיוחד מצבי דיכאון בעברו ו/או אירוע מוחי בשנתיים האחרונות.

ב. בדיקת התרופות הניתנות לו ואיתור תרופות המסייעות או גורמות לדיכאון.

ג. איתור מצבים רפואיים מערכתיים שעשויים לגרום לדיכאון.

ד. חיפוש אחר מצבים רפואיים המחקים דיכאון – כמו פרקינסון או דמנציה.

ה. אָבחון מצבים חברתיים-סביבתיים כמו הזנחה, חסך חושי.

יש לשלול, קודם כול, מחלה גופנית שאולי מסתתרת מאחורי התלונות ולא לראות דיכאון בכל תלונה גופנית שלא נמצאה לה סיבה.

יש לבצע בדיקות בהתאם, אך אין לבצע בדיקות פולשניות או להעביר את החולה מיועץ ליועץ.

רצוי לעקוב אחר הזקנים במשך שנתיים לאחר אירועים מוחיים (סטרוק), עקב שכחותם הרבה.

תרופות הגורמות לדיכאון הן: נרקוטיקה, דיגוקסין, אינדומד, קורטיזון, דרלין, בנזודיאזיטינים, ונאורולפטיקה.

בעיות רפואיות התורמות, מחקות או גורמות לדיכאון הן: היפוטיירואיד, טיירואיד, זיהום כרוני, תת-תזונה, גידולים בלבלב (פנקאס) ובמערכת העצבים המרכזית, הפרעות במאזן המלחים ובמאזן המים בגוף.

קיימים כלים אבחוניים לסינון דיכאון (ראה מבחנים בנספח)
(Sheikh & Tesavage, 1986; Zalsman et al., 1998)

אופן ההתערבות

כללי

- א. זכור! דיכאון הוא בעיה שכיחה, לא שולית, בקרב זקנים סיעודיים ובמיוחד במסגרות אשפוזיות.
- ב. הבעיה אינה בהכרח פסיכולוגית; כיום משייכים אותה לבעיה אורגנית פיזיולוגית של הגוף עקב חסר במתווכים כימיים במות.
- ג. הדיכאון הוא בעיה ככל בעיה גופנית אחרת, ואין להירתע מסטיגמות ודעות קדומות.
- ד. הטיפול התרופתי כיום מאוד יעיל, עם תופעות לוואי מעטות.
- ה. בקרב 50% מהזקנים הלוקים בדיכאון הוא אינו מאובחן, והם נותרים ללא טיפול.
- ו. איכות טיפול טובה של מחלקה סיעודית נמדדת בערנות ובטיפול בחולים עם דיכאון.
- ז. יש לזכור שלא מדובר במצב מלנכולי או בעצבות זמנית של שעות או מספר ימים.
- ח. רצוי לבצע בדיקת סינון לדיכאון בכל זקן סיעודי בקהילה או בכל קבלה של זקן למחלקה סיעודית.

התערבות ספציפית

- א. יש לשלול בעיות רפואיות התורמות, מחקות או גורמות לדיכאון – למשל מחלות בלוטת התריס, גידולים שונים, שינויים מטבוליים (מלחים), תת-תזונה וזיהומים כרוניים.
- ב. יש לשלול תרופות המסייעות להתפתחות דיכאון – כמו דרלין, נרקוטיקה, דיגוקסין, אינדומד, קורטיזון, נאורולפטיקה, ובנודיאזיפינים.

- ג. עד שנתיים לאחר אירוע מוחי החולים פגיעים ומועדים להתפתחות דיכאון; יש על כן לעקוב אחריהם ולמנוע זאת.
- ד. יש לעודד את הזקן להשתתף בפעילויות ולצאת למרכזי קניות או לבתי־קפה, או לזמן לו פעילויות שהוא אוהב (כגון: מוסיקה קלסית, שירי חזנות, סרטים).
- ה. הדיכאון פוגם באיכות החיים של החולה ומשפחתו ומשפיע גם על מהלך מחלות מסוימות (לאחר התקף לב או בטיפול כימי בסרטן) וייתכן שגם על מחלות זיהומיות.
- ו. העלה את החשד לדיכאון בפני רופא המשפחה.
- ז. אם אכן קיים חשד לכך, רצוי להתחיל טיפול בתרופות נוגדות דיכאון.
- ח. מומלצות מאוד תרופות המעלות את רמת הסרטונין במוח (SSRI).
- ט. התרופות משפיעות רק לאחר שבועיים עד שלושה שבועות ויש לכן להיות סבלניים.
- י. רצוי לבצע מעקב למדידת השיפור במצב הרוח על־ידי שאלון קצר.
- יא. אין לחשוש ממתן נזעי מוח במקרים קיצוניים של הרעבה או ניסיון התאבדות או סיכון חיים.
- יב. לפני התחלת הטיפול יש להגביר את האינטראקציה הוורבלית עם החולה ולעודד אותו להשתתף בפעילות.
- יג. במחלקה רצוי לבחור חדר שיהיה קרוב לתחנת האחות, כדי לאפשר השגחה קפדנית יותר.

7. מחלות זיהומיות

הבעיה

מצב זיהומי הנו הגורם העיקרי המסבך ומחריף את מצבו של הזקן. מצב זה מוציא אותו מהאיזון שבו הוא נמצא על-ידי החרפה או התלקחות של המצב הבסיסי הקיים. הזיהום מלווה בתחלואה, באשפוזים ובתמותה גבוהה.

היארעות זיהומים בבתי-אבות מגיעה לכ-20% מהחולים, הלוקים בזיהומים מדי חודש. החולים נפטרים בדרך-כלל מסיבוכי מחלותיהם הבסיסיות ולא בהכרח מסיבוך ישיר של המחלה הזיהומית (Yoshikawa & Norman, 1996).

סתופיזיולוגיה

הסכנה של זקנים סיעודיים להידבק במחלות זיהומיות נובעת ממספר גורמים:
א. שינויים פיזיולוגיים (תלויי גיל) באיברים או במערכות שונות של הגוף – כמו ריאות, שלפוחית השתן והיחלשות המערכת החיסונית.

ב. פגיעה תפקודית – כמו חוסר שליטה בסוגרים, חוסר תנועתיות והופעת פצעי לחץ.

ג. פגיעות פתולוגיות – שכיחות גבוהה של מחלות סרטניות, סוכרת, מחלת ריאות חסימתית, הגדלה שפירה של הפרוסטטה, אי-ספיקת לב ומחלת כלי דם פריפרית.

ד. אשפוזים מרובים בבתי-חולים ובמוסדות רוויי חיידקים אלימים ועמידים והידבקויות כתוצאה מהימצאות במקומות אלו.

ה. החדרת גופים זרים לגוף ומצבים מסייעים אחרים – כמו הכנסת קטטרים לשתן, מחטים לווריד, החדרת זונדה לקיבה, צינור הנשמה לריאות, שכיחות גבוהה של פצעי לחץ, שאיפה לריאות של תוכן הקיבה או הלוע ופגיעה בבליעה במצבים נוירולוגיים.

1. הידבקויות מחולים אחרים וממטפלים שונים, מהפרשות מדרכי הנשימה, משלשולים, מדלקות בלחמית העין ומגרדת.

סימפטומים של מחלות זיהומיות

המחלות הזיהומיות אצל זקנים מתאפיינות בהופעה של סימני זיהום "לא טיפוסיים" (ללא חום, הופעת בלבול, נפילות). תקשורת לקויה עם הזקן גם היא תורמת, בכך שהיא מעכבת את האבחון ובעקבות זאת את התחלת הטיפול. הסימנים הלא טיפוסיים הם:

1. ללא הופעת חום, ולעתים גם מצב הפוך – של חום נמוך (היפותרמיה); טכיפנאה ותת־לחץ דם בעמידה.

2. פגיעות קוגניטיביות ושינויים מנטליים כמו בלבול "חדש" או החמרה בלבול קודם, עייפות, ואי־שקט.

3. חולשה, שינוי לא מובן במצב התפקודי, איבוד התיאבון ונפילות.

4. התלקחות מחלות רקע – כמו הופעת סוכרת, התפתחות אוטם שריר הלב או אי־ספיקת לב המוחמרים ונוטים לצאת משליטה.

עלינו להכיר בסימנים (מרקרים) המציינים את חומרת הזיהום. **מרקרים של תזמרה** הם: בלבול, כיחלון פריפרי (צ'אנוזיס) בשפתיים או בקצות הרגליים, נשימות (טכיפנאה) מעל ל־30 לדקה, דופק מהיר (טקיקרדיה) – מעל ל־140 פעימות לדקה, ירידה בלחץ הדם הסיסטולי מתחת ל־90, והדיאסטולי – מתחת ל־60, וכן הופעת אלח דם (ספסיס), בידוד של חיידק אלים, חוסר היענות לטיפול דרך הפה או סיפור קודם של סיבוך מדלקת ריאות. זקנים הסובלים מדיכוי חיסוני, מסוכרת, מסרטן וממחלות לב. כל אלו הם מרקרים לחומרה הדורשים טיפול נמרץ יותר.

הגישה לטיפול בזיהומים אצל הזקן הסיעודי

השאלה אם לאשפזו בבית-חולים או להשאירו בבית תלויה במספר גורמים:

1. מאפייני הזקן – עלינו לדעת מהן מחלות הרקע שלו, כמו סוכרת ואי-ספיקת לב, רזרבות פיזיולוגיות במערכות השונות והיסטוריה של עישון או זיהומים בעבר.
2. חומרת הזיהום – מרקרים של חומרה.
3. משאבים בבית ובמחלקה (רצונות וערכים של החולה ושל המשפחה ונכונות האחיות והרופאים).

נדון להלן בשלושה זיהומים שכיחים:

- א. זיהומים בדרכי הנשימה.
- ב. זיהומים בדרכי השתן.
- ג. זיהומים בעור (כולל פצעי לחץ) וברקמות הרכות.

א. זיהומים בדרכי הנשימה

הבעיה

הזיהומים הם הגורם העיקרי לתמותה בקרב זקנים סיעודיים. דלקת ריאות נחשבה בעבר כ"חברו הטוב של הזקן". כיום, עם הופעת האנטיביוטיקה, ניתן לטפל ולשלוט בזיהום שהוא עדיין גורם מספר אחד לתמותה. דלקת ריאות ושפעת נמצאות במקום השישי ברשימת המחלות הגורמות לתמותה של זקנים.

פיזיולוגיה ופתולוגיה

קיימים מספר מצבים המקלים על הופעת זיהומים בדרכי הנשימה ובמיוחד אצל הזקן הסיעודי ואלה הם: שיעול בלתי יעיל לסילוק הליחה, פגיעה בתנועתיות של הוושט, תרופות, צנרת כמו זוגדה או טובוס, מחלות נוירולוגיות הגורמות לקשיי בליעה, קושי בסילוק הפרשות מאזור הפה והלוע וחדירתן לריאות. יש קשר לעישון בעבר עקב פגיעה בשערות הקטנות (cilia) המגנות על דרכי הנשימה

והמשמשות כקו הגנה ראשון לדרכי הנשימה התחתונות. גורמים תזונתיים משפיעים על היחלשות המערכת החיסונית של הגוף וירידה בגמישות בית החזה.

סימפטומים לזיהומים בדרכי הנשימה

הביטוי הקליני שונה; סימנים שכיחים – כמו שיעול, חום, צמרמורת, כאבים בחזה – המוכרים לנו, לא יופיעו. לעומת זאת יופיעו תלונות לא ספציפיות – כמו בלבול חריף (דיליריום), ישנוניות, חוסר חיוניות, חולשה, חוסר תיאבון, כאבי בטן, נפילות, חוסר שליטה וירידה במצב הכללי. מספר נשימות של מעל 30 לדקה (טכיפנאה) יכול להצביע על זיהום.

הזיהומים בדרכי הנשימה מתחלקים לשני סוגים עיקריים: (1) זיהומים בדרכי הנשימה העליונות; (2) זיהומים בדרכי הנשימה התחתונות.

1. זיהומים בדרכי הנשימה העליונות

מדובר בזיהומים מסוג השפעת, הגורמים לפרנגיטיס, סינוסיטיס וברונכיטיס, כשבדרך־כלל מדובר בוירוסים. במקרים אלה אין צורך באנטיביוטיקה, מאחר שהיא גורמת לעמידות החיידקים ולתופעות לוואי. יש להיות ערניים עם חולים שיש להם היסטוריה של מחלות ריאה היכולים להסתבך מזיהום משני; לחולים כאלה יש לתת אנטיביוטיקה. יש לחסן את האוכלוסייה נגד מחלת השפעת בחודשים אוקטובר – דצמבר ובמיוחד כשיש התפרצויות של המחלה בקהילה או בקרב מספר חולים במחלקה; יש אז לקחת מידית משטח גרון לוירוסים או לתת טיפול למניעת הופעת השפעת. הסימנים יהיו דמויי שפעת – כמו נזלת, שיעול יבש, כאבי גרון או ראש ומעט חום.

2. זיהומים בדרכי הנשימה התחתונות

זיהומים אלה הם בדרך־כלל דלקת ריאות היכולה לנבוע משיאוף (אספירציה) או ממחלה ריאתית כרונית.

לדלקת ריאות כתוצאה משיאוף לריאות מועדים בעיקר חולים הסובלים מבעיות בליעה, או המתקשים בבליעה עקב אירוע מוחי, או הסובלים מבעיה נוירולוגית וכן זקנים במצב ירוד המואכלים בזמן שכיבה במיטה. השיאוף יכול לנבוע מהצטברות

הפרשות מחלל הפה והלוע או מהחזר של אוכל (ריפלוקס) מהקיבה. הסימנים יהיו שיעול או קוצר נשימה בזמן אירוע השיאוף (גוטליב ועמיתים, 1995).

הטיפול במקרה זה יהיה להושיב את הזקן בזמן האכלתו, להעלות את ראש המיטה ל-45 מעלות. יש להאכילו לפי יכולתו ורצונו, ולא להכריחו. יש להקדיש לכך זמן, כי ההאכלה דורשת זמן. יש להימנע ממאכלים המרפים את השוער התחתון של הוושט, כמו קפה או קקאו, ולבצע טיפולי היגיינת פה במיוחד בחולים עם זונדה.

הלוקים בדלקת ריאות כתוצאה ממחלה ריאתית כרונית הם חולים שברקע שלהם קיימת מחלה ריאתית על בסיס של עישון בעבר או אסטמה או אלרגיה. הסימנים יהיו אז שיעול רטוב, שינוי בצבע הליחה, וייתכנו גלי חום בעיקר בחודשי החורף.

הטיפול בחולים אלה יהיה הורדתם מהמיטה והושבתם על כיסא לשם אוורור הריאות, ערנות לכל שינוי שחל בסוג השיעול או בצבע הליחה ומתן אנטיביוטיקה בהקדם.

הטיפול בזיהומים בדרכי הנשימה התחתונות

- זיהוי מוקדם של הזיהום לפי הסימפטומים.
- הזמנת רופא הביתה או פנייה לחדר מיון כשמתגלים סימנים לחומרה.
- התחלת טיפול אנטיביוטי, לפי ייעוץ של הרופא המטפל.
- טיפול הכולל תמיכה תזונתית ונשימתית – חמצן.
- טיפול במחלות הרקע על-מנת שלא יצאו מכלל איזון.
- מתן חיסון נגד שפעת ופניאומוקוקוס.

ב. זיהומים בדרכי השתן

הבעיה

הזיהום השכיח ביותר הוא בקרב אוכלוסייה זקנה סיעודית. מאחר שלרבים מהזקנים יש קטטר קבוע, עלינו להבדיל בין חולה עם קטטר קבוע בשלפוחית השתן לבין חולה בלי קטטר.

פתופיזיולוגיה

הזקן הסיעודי מועד לזיהומים בדרכי השתן עקב התרוקנות לא שלמה של השלפוחית והימצאות שארית קבועה של שתן גם לאחר ההשתנה, כתוצאה מחסימה במוצא השלפוחית או חוסר התכווצות יעיל של שריר השלפוחית; אצל נשים הדבר נובע בעיקר עקב זיהומים מהנרתיק החודרים לשלפוחית. זיהומים יכולים לנבוע גם ממחלות נלוות כמו סוכרת ומחלות נוירולוגיות אחרות הפוגמות בהתכווצות שריר השלפוחית. קטטר הוא גוף זר בשלפוחית; הימצאותו שם מגבירה את הסכנה של החדרת זיהום.

סימפטומים לזיהומים בדרכי השתן

הזיהום בדרכי השתן מלווה בסימנים ספציפיים ולא ספציפיים:

הסימנים הספציפיים – הם צריבה בשתן, חום עם צמרמורות, דחיפות ותכיפות במתן שתן, כאבים בשיפולי הבטן ולעתים המטוריה (דימום בשתן) ושתן עכור.

הסימנים הלא ספציפיים – הם הופעת מצב בלבול חריף, ישנוניות, איבוד החיוניות וירידה במצב הכללי. תיתכן גלישה למצב של זיהום בדם (ספסיס) המאופיין בהזעה, דופק מהיר, נשימות מהירות, ירידה בלחץ הדם ומיעוט במתן שתן. מצב זה מחייב הפגיה לאשפוז לצורך מתן אנטיביוטיקה דרך הווריד (פרנטרלית) ולא דרך הפה, וכן מתן נוזלים נגד התייבשות.

אופן הטיפול:

1. יש להיות ערניים לאפשרות של זיהום בדרכי השתן כשחל שינוי כלשהו במצב החולה.

2. מומלץ להזמין רופא ולהתחיל בטיפול באנטיביוטיקה עד לקבלת תרבות שתן.
3. יש לשים לב לכמות השתן המופרש ולצבעו; צבע עכור מעיד על כך שקיים זיהום. כשכמות השתן היא מתחת ל-300cc – יש להגביר את מתן הנוזלים או להחליף קטטר.
4. אצל חולים עם קטטר יש להקפיד על החלפה קבועה של הקטטר מדי חודש – חודשיים.
5. יש לשמור על סטריליות והיגיינה ברחיצת ידיים בעת החלפת שקיות השתן.
6. מומלץ להשתמש בשקית שתן עם ברז מתחתיה, דבר המונע החלפת שקיות והחדרת זיהום.
7. מומלץ להשתמש בקטטר מסוג סיליקון שמוחלף פעם בשלושה חודשים.
8. יש להקפיד על שתייה מרובה, השוטפת את השלפוחית ומונעת זיהומים.
9. בזמן הכנסת הקטטר מומלץ לתת אנטיביוטיקה חד־פעמית.
10. אין טעם לקחת תרבויות שתן מחולים שבגופם מוחדר קטטר מאחר שהן תהיינה מזוהמות; אין טעם במתן טיפול אלא אם יש סימנים לזיהום.
11. זיהומים חוזרים בדרכי השתן מעלים חשד של אבנים, שארית שתן עקב חסימה או סוכרת; במקרים אלה יש לטפל בבעיה המקורית שגורמת לזיהום.

ג. זיהומים בעור (כולל פצעי לחץ) וברקמות הרכות

הבעיה

זהו הזיהום השלישי בחשיבותו אצל הזקן הסייעודי, אך אין מספיק ערנות לגביו; זיהום כזה מתקדם לאט יותר ולכן לא תמיד מוקדשת לו תשומת לב.

פתופיזיולוגיה

העור של הזקן יבש עקב דלדול (אטרופיה) של בלוטות השומן והחלב והעור נוטה להיסדק. החדרת מחטים או אינפוזיות, או הימצאות של לחות ורטיבות באזור ההפרשות, מגבירות את הסיכון להיווצרות זיהום. חוסר הספקת דם

לרגליים מהווה פתח להתיישבות פטריות וזיהומים משניים. פצעי הלחץ, הנוצרים עקב שכיבה וחוסר תנועתיות של החולה, נוטים להזדהם.

סימפטומים

באופן נורמלי, העור והריריות החיצוניות חשופים לזיהומים והם מיושבים בחיידקים. תופעות כמו אודם, חום מקומי, נפיחות והפרשות מוגלתיות מצביעות על אפשרות של זיהום בעור וברקמות הרכות.

להלן מספר נגעים ומקומות המועדים לזיהום:

- **דלקת לחמיות (קונגיטיביטיס):** מאופיינת בהפרשה מוגלתית מהעיניים, אודם וגודש בלחמיות.
- **צלוליטיס:** מופיע בדרך־כלל בכפות הרגליים ובשוקיים אך הוא יכול להופיע בכל מקום. מדובר בחום ובאודם מקומי, וייתכן גם חום מערכתי. הצלוליטיס מצוי אצל חולים סוכרתיים, ואצל זקנים שיש להם חסימות כלי דם ולחות באזור ההפרשות.
- **גודת:** מדובר בקרצייה המתיישבת על העור וחופרת מחילות מתחת לעור. הגודת מאופיינת בגרד עקשני, בעיקר בלילה, היכול להופיע בכל מקום בגוף למעט הפנים. הגודת יכולה לגרום לזיהום משני או אלרגי. יש לבצע טיפול במשחת לינדן או פרמטרין על כל הגוף למשך 12 שעות, ללא רחצה.
- **הרפס זוסטר:** מחלת ההרפס מתפרצת כתוצאה ממחלה רדומה של אבעבועות רוח. שכיחות ההרפס עולה עם הגיל, כשהמחלה מתחילה בכאב עז בחזה המחקה התקפי לב או טראומה. הכאב פוחת עם הופעת שלפוחיות אופייניות באזור פיזור העצב (הדרמטום), בדרך־כלל באזורי בית החזה או העין. יש להתחיל בהקדם בטיפול אנטי־ויראלי ובמתן תרופות נגד כאבים.
- **פצעי לחץ מזוהמים:** אלו פצעים המופיעים באזורים שבהם רקמת העור נלחצת כתוצאה ממשטח קשוח, בדרך־כלל באזור פתוח המיושב בחיידקים הפולשים לרקמות הרכות שמסביב וחודרים גם לשרירים ולעצמות. ניתן

להבחין באודם בשולי הפצעים, בכיסים מוגלתיים ובהפרשות מהפצע. לעתים מופיע זיהום בעצם (אוסטיאומיאליטיס) וחום נמוך לאורך זמן.

■ **פטרת:** מופיעה בעיקר באזור של רטיבות ולחות אצל חולים עם מחלת סוכרת או חסימת כלי דם, או לאחר לקיחת אנטיביוטיקה ממושכת. הפטרת מופיעה באזור האגן, בין האצבעות, בכפות הרגליים, מתחת לשדיים ובקיפולי העור.

אופן הטיפול:

- א. יש לשמור על היגיינת העור על־ידי רחצה וסיכה עם שומן.
- ב. יש להיות ערניים ומודעים לפצעי לחץ, זאת באמצעות שינוי בתנוחה ושימוש באביזרים מורדי לחץ (מזרנים, מושבים, מגני קרסול).
- ג. קופת החולים נושאת במימון האשפוז במחלקות לסייעוד מורכב של חולים עם פצעי לחץ עמוקים וגדולים, המוגדרים כחולים סיעודיים־מורכבים.
- ד. יש להתייעץ עם האחות, רופא המשפחה, עובד סוציאלי או גריאטר לגבי אופן הטיפול בפצעי לחץ.
- ה. לגבי חולים המקבלים אינפוזיות, יש להקפיד על החלפת מיקום המחטים מדי מספר ימים; יש גם לשים לב להתפתחות אודם מקומי במקום ההחדרה.
- ו. בכל זיהום בעור יש להתייעץ עם הרופא המטפל, או עם אחות, או עם גריאטר, ובמידה שאינך מקבל תשובות מספקות – עם דרמטולוג.
- ז. יש להקפיד על היגיינה של כפות הרגליים ובמיוחד בין האצבעות.
- ח. אצל חולים סוכרתיים או חולים עם פגיעות בכלי הדם הפריפריים יש להקפיד במיוחד על כפות הרגליים ולהיזהר בזמן חיתוך הציפורניים.

8. פגיעות באיברי החישה (אוזניים, עיניים)

הרקע לבעיה

מדובר בשני איברים חשובים לתקשורת עם הסביבה. הפגיעה באיברים אלו אינה שולית ולעתים משמשת גורם עיקרי לאבדן העצמאות ולהגעה לידי מצב סיעודי; בכל מקרה היא מיתוספת לפגיעות התפקודיות האחרות ומגבירה את התלות והפגיעה באיכות החיים (Guralnik, 1999; Keller et al., 1999).

פגיעה בתקשורת הנובעת מירידה בשמיעה או בראייה מרחיקה את הזקן הסיעודי מהסביבה המוכרת לו, מגבירה את מצב התלות הקיים ממילא וגורמת לבדידותו. יש לה גם השלכות חברתיות ונפשיות קשות והיא עלולה לסכנו בנפילות ותאונות (בנטור וצחמיר, 2003).

פגיעה בשמיעה

הבעיה

הפגיעה בשמיעה מתקדמת בזחילה, לאט ובשקט; החולה ומשפחתו אינם מודעים לתהליך הזוחל, דבר המגביר את התסכול והחשדנות של שני הצדדים (הזקן והמשפחה). נמצא שפגיעה בשמיעה מלווה בפגיעות נוספות, בעיקר פגיעות נפשיות, וברידה במצב הרפואי והתפקודי ועלייה בשכיחות של דמנציה.

חשוב לזהות את הבעיה ולתת עליה את הדעת כדי שייעשה מאמץ לפתרון בעיה הניתנת לשיפור וכך למנוע סיבוכים.

שכיחות הפגיעה בשמיעה בקהילה בקרב אנשים שמעל גיל 65 היא כשליש מהאוכלוסייה.

פיזיולוגיה ופתולוגיה

מהבחינה האנטומית-מבנית אנחנו מביינים בשלושה אזורים באוזן העלולים להיפגע: האוזן החיצונית – הכוללת את תעלת האוזן החיצונית עד עור התוף, ואשר מטרתה היא להעביר את גלי הקול פנימה; האוזן האמצעית – כאן מדובר בעצמות השמע המעבירות את גלי הקול לאוזן הפנימית; האוזן

הפנימית – אלו הם תאים של איברי השמיעה הקולטים את גלי הקול ומעבירים אותם למסלולים עצביים הנשלחים למוח.

ניתן, אם כן, להבדיל בין בעיות שמיעה על רקע של פגיעה בהולכה או בעיות שמיעה על רקע של עצבים, כמפורט להלן:

בעיות הולכה – גוף זר, פקק, זיהום חיצוני או פנימי בתעלה, קרע בעור התוף, אוטוסקלרוזה של העצמות השמע המסתיידות עם הגיל.

בעיות עצבים – פגיעות נוירולוגיות וסקולריות או גידולים במרכזי השמיעה במוח, הרעלות מתרופות ומחלות מערכתיות כגון תת-פעילות של בלוטת התריס.

הסימפטומים לפגיעה בשמיעה

החולים אינם משיבים כשמדברים אתם ומבקשים בדרך-כלל לחזור על השאלה. לעתים הם עונים תשובה שאינה קשורה כלל לשאלה שנשאלה. הם מבקשים להרים את הקול עד כדי צעקה. כתוצאה ממצב זה החולים נעשים רגזנים, מתוסכלים וחשדניים מאוד. הם מנסים לקרוא את תנועות השפתיים וחשים מבוכה עקב כך. גם המשוחח אתם רוגז וכועס, ולעתים הוא חושב שהזקן סנילי ולפיכך מתרחק ומנתק את הקשר עם הזקן. בני המשפחה מצמצמים לעתים את נושאי השיחה לדיבור טכני בלבד כמו: תאכל, תשתה, או לתשובות של כן/לא. הם נמנעים מלהוציא אותו למקומות מפגש כמו בתי-קפה, הרצאות, תאטרון.

בשיחה עם גב' ש' היא אמרה: "זה מביך אותי וגורם לי ל-upset שאיני שומעת את האנשים שאתם אני נפגשת"; "זה מתסכל, נראה לי שכולם כאן לוחשים"; "אני משתדלת לקרוא שפתיים של אחרים".

התערבות

ניתן לעשות הרבה, אך בעיקר להיות מודע לבעיה:

א. בקש בדיקת אוזניים המתבצעת בידי רופא המשפחה לשם גילוי "פקק" או שעווה או גוף זר החוסם את התעלה.

- ב. אם קיים ממצא – בקש התערבות להוצאת הפקק או נסה לרכך אותו בטיפות שומניות.
- ג. אם בעיית החסימה לא נפתרה – בקש הפניה למרפאת אף-אוזן-גרון.
- ד. אם התעלה פתוחה – בקש ייעוץ של רופא מומחה אף-אוזן-גרון וכן הפניה לבדיקת שמיעה.
- ה. אם אתה זקוק – התאם מכשיר שמיעה, אל תתבייש.
- ו. ניתן לבדוק את מצב השמיעה על-ידי מבחן הלחישה: השמת יד על הפה במרחק של חצי מטר ואז ללחוש דבר מה (Macphee et al., 1998) (ראה מבחנים בנספח).
- ז. ניתן להתחבר לטלוויזיה ישירות מבלי לגרום הפרעה או רעש לסביבה.
- ח. אפשר להתאים מכשיר שמיעה רק לאירועים מיוחדים (תאטרון, מפגשים ועוד).
- ט. ניתן להתאים מכשירים זעירים שאינם נראים.

הצעות למטפל ולבני המשפחה

כיצד תשפר את התקשורת בינך ובין הזקן?

- מנע רעשי רקע (סגור את הטלוויזיה או הדלת או החלון).
- הבט אל הזקן ואל תסתיר את שפתיך.
- השתמש בהבעות פנים או בתנועות ידיים להדגשה.
- השתדל שהזקן יהיה מרוכז בשיחתכם.
- דבר בטון נורמלי או מעט גבוה; צעקות אינן עוזרות.
- נסה לדבר בקול עמוק (טנור).
- דבר במילים פשוטות ובצורה אטית יותר.
- למד להתקין ולהתאים את מכשיר השמיעה לאוזן הזקן.

כגייעה בראייה

הבעיה

העיניים הם מקור המאור של האדם. פגייעה בראייה פוגעת בסביבה אך פחות מהפגייעה בשמיעה. למרות זאת, תחושת הבדידות והקושי בתפקוד היום-יומי המחמיר והולך יחד עם הקושי בראייה הופכים את הפגייעה לקשה יותר. נפילות הן אחד הסיכונים הנפוצים של הירידה בראייה והן מהוות גורם סיכון בלתי תלוי.

עיוורון נחשב לירידה בחדות העין מתחת ל-20 דיאופטרים מתוך 200.

שכיחות הפגיעות בעיניים עולה עם הגיל. כשליש מהזקנים שמעל גיל 85 מדווחים על פגייעה בראייה.

פתופיזיולוגיה

עם העלייה בגיל מתרחשים תהליכים פיזיולוגיים תלויי-גיל הפוגעים בראייה. להלן פירוט של מספר מצבים תלויי-גיל או מחלות הפוגעים בראייה:

ירוד (קטרקט) – 50% מגילאי 75 ומעלה סובלים מירוד והשכיחות רק עולה עם הגיל. הירוד נובע מאבדן שקיפות העדשה על רקע של פגייעה בחלבון בעדשת העין (קריסטלין) כתוצאה מפגיעת רדיקל חופשי הנוצר מתהליך חמצון הנובע מאור השמש. הסימפטום יהיה קושי במיקוד הראייה (באקומודציה) וכתוצאה מכך – קוצר ראי וראייה מטושטשת.

ניוון של המקולה – אבדן חדות העין בשדה המרכזי הפנימי שלה. בבדיקת העין נראה שגשוג של כלי דם חדשים. שכיחות מחלה זו היא של 20% בקרב גילאי 75 ומעלה.

ברקית (גלאוקומה) – נגרמת כתוצאה מעלייה בלחץ התוך-עיני הגורמת לנזק בעצב הראייה. הזווית הפתוחה מתקדמת לאט וללא תלונות (אסימפטמטית). לחץ תוך עיני מעל 21 מ"מ כספית מצביע על לחץ גבוה. 3% מגילאי 65 ומעלה ילקו בגלאוקומה.

סוכרת – מחלת הסוכרת פוגעת בכלי הדם הקטנים בעיניים. היא גורמת להופעת תפליטים, דימומים, ושגשוג של כלי דם חדשים. 3% מקרב גילאי 75 ומעלה סובלים ממנה.

התערבות טיפולית בפגיעה בראייה – פתרונות והצעות

כיום ניתן לנתח קטרקט במרפאות חוץ ואין צורך באשפוז. הפרוצדורה הכירורגית מאפשרת להחזיר את החולה הביתה עוד באותו היום. הניתוח פשוט, אינו כואב ומביא לשיפור מדי בראייה.

במחלת ניוון המקולה ניתן להשתמש בטיפול בלייזר, אך קיימת הישנות של המחלה.

לגבי גלאוקומה – קיימות טיפות להורדת הלחץ. יש להקפיד על נטילתן אך ייתכן אפקט מערכתי הואיל והן נספגות בדם.

יש לבצע לכל זקן מעקב אחת לשנה אצל רופא עיניים. לחולה סוכרת יש לבצע את המעקב אחת לשישה חודשים – גם אם לא ידוע על בעיות.

יש כיום מגוון רחב של אביזרי ראייה שניתן לרכשם.

9. תופעת המחלות הסמויות

מחלות אלו מופיעות בגיל זיקנה בצורה סמויה שאינה מחשידה ואינה מכוונת אותנו למקור הבעיה. בשונה מאדם צעיר, שאצלו תסמיני המחלה מצביעים בדרך־כלל על מקור הבעיה, אצל הזקן הסיעודי, עקב ריבוי מחלות כרוניות ברקע, מוגבלויות גופניות ונפשיות ומחלות חריפות, מקור הבעיה הוא סמוי. קורה מצב שבו אחת ממחלות הרקע מתעוררת ומחריפה, אך התלונות והתסמינים אינם טיפוסיים ואינם ספציפיים ובעיקר אינם מצביעים על מקור הבעיה. כך קורה שהזקן הסיעודי מתדרדר לפי קצב ההתקדמות של המחלה הסמויה, שלא מצליחים לשים עליה את היד. חשיבות פרק זה היא בהבנת העיקרון, במודעות למצבים אלו ובהעלאת דרגת החשד.

נכיר מספר מצבים ספציפיים המתארים את העיקרון הזה: התקף לב שקט, גלישה שקטה למצב של אי־ספיקת לב, שברים במקומות שונים בגוף, עצירת שתן למרות המשך השתנה, אבני צואה ושלשולים, מקורות שונים של זיהומים "שקטים" וחוסר איזון במלחים בגוף.

א. **התקף לב שקט:** זהו מצב של חסימת כלי דם בעורק הכלילי המופיע ללא כאבים בחזה, ללא הקרנה ליד שמאל, וללא הזעה והקאה. התמונה אצל הזקן תהיה ישנוניות, חולשה, מצב של קוצר נשימה ואי־ספיקת לב ולעתים אף מוות פתאומי. מצב זה נובע מירידה בהולכת הכאב במסילות העצב וקושי בעיבוד תחושות הכאב במוח.

ב. **אי־ספיקת לב:** מצב שבו מתרחשת ירידה בתפקוד שריר הלב וכתוצאה מכך – ירידה ביכולת המשאבה. הדבר מתבטא בדרך־כלל במצב של קוצר נשימה המוחמר בזמן שכיבה או בלילה (אורטופניאה), השתנה לילית ובצקות פריריות וריאתיות. אי־ספיקה אצל הזקן מתחילה בצורה אטית ובמיעוט סימפטומים לבביים או ריאתיים. התלונות יתבטאו בעיקר בחולשה, ישנוניות, עייפות יתר, קוצר נשימה קל – בעיקר בעת שכיבה, או שיעול יבש המחקה מחלה בדרכי הנשימה העליונות.

ג. **שברים מרובים:** אלו קורים בדרך־כלל לאחר נפילות או טראומות והם המכונים אותנו למקום שנפגע – באמצעות כאב, נפיחות, חום או כחלון מקומי. השברים אצל הזקן קורים מטרואומות "קלות" ומפגיעות בלתי זכורות – "נחבלתי קלות כשעברתי ליד הארון..."; "התיישבתי על הישבן אך לא ממש נפלתי..."; "עמדתי ופתאום מצאתי את עצמי על הרצפה..."; "איני זוכר שנפלתי..."; " בגילי קורה שנופלים...". יש מקרים של שברים באגן או בעמוד השדרה שגורמים לדחיסות של החוליות ולהתמוטטותן או בעיות בראש צוואר הירך (הפמור) באגן. מצבים אלו מתרחשים עקב אוסטאופורוזיס מתקדם, מצב שבו שבירות העצם גוברת. שברים רבים אינם מתגלים עקב חוסר חשד או שהזקן צולם שלא באזור מיקום השבר, מאחר שהתלונות אינן מצביעות במדויק על המיקום.

ד. **אצירה או אגירה של שתן למרות מתן שתן:** במצב זה החיתול ספוג, ובחולה עם קטטר – השתן מופיע בשקית השתן. למרות כל זאת שלפוחית השתן מלאה עד גדותיה ואינה יכולה להתרוקן. לעתים אף אין כאבים או לחצים בשיפולי הבטן התחתונה. התלונות יהיו אז על טפטוף ועל חוסר שליטה פתאומית, הופעת זיהום, בלבול ונפילות. מצב זה קורה בעת חסימה חלקית במתן שתן עקב בלוטת ערמונית (פרוסטטה) מוגדלת או עקב מתן תרופות המחלישות את כיס השתן, או עקב שינוי בזווית מוצא השלפוחית הנובע מחולשת שרירי האגן. גם שרירי השלפוחית מאבדים מעילותם עקב מחלות כמו סוכרת או עקב תרופות, וכך שארית השתן גדלה בהדרגה. זכור לי מקרה של זקן עם כיס שתן עצום, בגודל של רחם הריונית, שהתרוקנה לאחר הכנסת קטטר עם יציאה של 2,000cc שתן.

ה. **עצירות ואבני צואה:** עצירות כרונית בפעולת המעיים עקב ריתוק למיטה וחוסר תנועתיות מביאה לאבני צואה היושבות כ"פקק" באזור פי הטבעת והתעלה הרקטלית, וכך לא מתאפשרת "יציאה" גם לאחר מתן משלשלים למיניהם.

הסימנים יהיו – מצב של בלבול ואי־שקט, חולשה, נפיחות בבטן ויציאות מימיות ונמרחות מפי הטבעת. בני המשפחה עלולים לזהות תופעה זו כשלשולים ולתת טבליות לעצירות שרק מחמירות את התופעה. לא אשכח אותו זקן לא צלול שנכנס לאי־שקט לאחר עצירות של שבוע ימים שדווחה כשלשולים; נאלצתי אז להיכנס אתו לחדר השירותים ורק בהוצאה ידנית של הצואה מפי הטבעת ניתן היה לשחרר את העצירות.

1. **מקורות שונים של זיהומים שקטים:** זיהומים המופיעים בדרכי השתן – אך ללא הופעת צריבה, דחיפות או תכיפות במתן שתן, אלא על רקע של הימצאות קטטר קבוע בשלפוחית, אצירת שתן ושארית שתן בשלפוחית ועצירות בפעולת המעיים.

זיהומים בעור – בעיקר בכפות הרגליים ובין האצבעות, המתחילים כמקור של פטריות עם זיהום משני. ייתכן גם זיהום על רקע של מתן נוזלים דרך וריד פריפרי או פצעי לחץ על רקע של שכיבה ממושכת והימצאות גלד שחור הנראה תמים כלפי חוץ שמתחתיו מתהווה זיהום.

זיהומים בריאות – כתוצאה משיאופים (אספירציות) קטנים של אוכל הנכנסים לדרכי הנשימה כשיש בעיות בבליעה – כגון על רקע של פגיעה נירולוגית. השיאוף לריאות הוא שקט ואינו מלווה בשיעול או בקשיי נשימה.

2. **חוסר איזון במלחים בגוף:** עקב חסר או עודף בנוזלים מופיעים סימנים בצורות שונות: חולשה, עייפות, בלבול, ושינוי במצב הכללי. גם אם לא היה מצב חריג, ייתכנו מצבים של מיעוט בשתייה או היחשפות לחום שגרמו לחסר בנוזלים, או מצבים של מתן עודף נוזלים לזקנים עם בעיות בכליות ואיספיקת לב.

10. מצבים יאטרוגניים (Iatrogenesis)

הגדרה

מצבים אלו שכיחים אצל הזקן הסייעודי הזקוק לפרוצדורות שונות ולסיוע של הצוות הסייעודי והרפואי. במילים אחרות, מדובר במצבים שבהם קיימות תופעות לוואי כתוצאה ממפגש טיפולי בין הזקן המטופל לבין המערכת הרפואית המטפלת. יש להדגיש שמטרת המפגש היא להיטיב עם הזקן, אך עקב מצבו הפיזיולוגי והפתולוגי ישנן תופעות לוואי ולעתים חלה החמרה במצב הבריאות. מצבים אלו ניתנים למניעה מבעוד מועד; עלינו רק להיות מודעים למצבים הללו ולגורמיהם (Steel et al., 1981).

נזכור, האדם הזקן הוא אורגניזם שחי עם סביבתו באיזון עדין ושברירי, ללא זרבות תפקודיות. הזיקנה מאופיינת בירידה ביכולת להגיב לאירועי דחק (סטרים). המצבים הללו מהווים מצבי דחק מבחינת הזקן ומוציאים אותו מן האיזון.

עלינו להכיר את שמונת המצבים הנפוצים המביאים לידי יאטרוגניות ואלה הם: (א) מתן תרופות רבות בו־זמנית; (ב) אבחונים בלתי מבוססים ומוקדמים; (ג) תת־אבחון; (ד) הוראה להישאר במיטה; (ה) טיפול יתר וחיצוק התלות; (ו) מפגעים סביבתיים; (ז) שינויים תכופים בסביבה; (ח) אשפוז בבית־חולים. להלן הפירוט של מצבים אלה:

א. **מתן תרופות רבות בו־זמנית:** התרופות הן הגורם העיקרי למצבים יאטרוגניים (ראה הפרק על מדיניות מתן תרופות). במפגש בין התרופות (גורם כימי) וגוף הזקן יש פוטנציאל של תופעות לוואי היכולות לגרום לנכויות כמו נפילות, בלבול ואף לתמותה. היארעות תופעות הלוואי עולה עם הגיל: בגילאי 40–50 נמצא כ־10% של אנשים עם תופעות לוואי, וככל שעולים עם הגיל, למשל בגיל 80 ומעלה, השיעור מגיע ל־25%. השילוב בין תרופות והתחרות ביניהן על אתרי קישור שמשתנים עקב גיל גבוה ומחלות, מעצימים את תופעות הלוואי הנרכשות. מאידך גיסא, ריבוי תרופות גורם גם להיענות נמוכה בנטילת תרופות חיוניות ולמעשה לאי־נטילתן.

יש להדגיש, שריבוי במתן תרופות אינו מצביע בהכרח על איכות טיפול ירודה; בל נשכח שמטרת התרופות היא לשפר את המצב הרפואי והתפקודי ולמנוע התפתחות של פגיעות למחלות כרוניות, וגלישה לבעיות חריפות. אך מצד אחר יש להבהיר – שמה שטוב לאוכלוסייה המבוגרת המתפקדת כעצמאית, יכול להיות בעל סיכון שהוא גבוה מהתועלת לאוכלוסיית גילאי 80 ומעלה, המאופיינת ברמת תפקוד נמוכה ובמוגבלויות רבות.

ב. **אבחונים בלתי מבוססים ומוקדמים:** אבחונים אלה מלווים את הזקן לאורך השנים ומאשפזו לאשפוז. למשל, אבחון של דמנציה אצל חולה מבולבל שנכנס לבית־חולים כשלמעשה מדובר במצב הפיך של דיליריום (ראה הפרק הבא). דוגמה נוספת היא אבחון של חוסר שליטה בסוגר השתן אצל חולה שהרטיב באופן חד־פעמי בעת שהיה מאושפז במקום לא מוכר.

ג. **תת־אבחון:** כשטוענים שכל הסימפטומים והמחלות מקורם בזיקנה ולא נעשה מאמץ לאבחן את הבעיה "בגלל הגיל" או "בגלל שהכול בא מהזיקנה"; התשובה של הזקן יכולה להיות: "אם כך, למה הברך הימנית אינה כואבת – היא זקנה בדיוק כמו השמאלית שכן כואבת?".

ד. **הוראה להישאר במיטה – "מנוחה במיטה":** המטפל מצווה על החולה הזקן לשכב. זאת כמובן עקב בעיה חריפה המחייבת זאת, אך הוא שוכח לשקול גם את הסיבוכים הרבים של מנוחה במיטה – כמו: פצעי לחץ המתפתחים תוך שעות ספורות על משטח קשה; מאזן הסיידן המשתנה עם ספיגת עצם ויציאת סידן מהעצמות; קושי להתנייד ולעמוד לאחר שכיבה ממושכת; התפתחות של ירידה בלחץ הדם בעמידה; ירידה בכוח השרירים; התפתחות קונטרקטורות (כיווצים בפרקי הברכיים והמרפקים); אוורור ירוד של הריאות וסיכון להתפתחות דלקת ריאות; חוסר שליטה במתן שתן והרטבות; עצירות כרונית עם גושי צואה חוסמים; התפתחות פקקת (טרומבוזיס) בוורידי הרגליים וסיכון לתסחיפים בריאות ובמוח; וכן ירידה במצב הרוח, דיכאון וחרדה.

ה. **טיפול יתר וחיזוק התלות:** מדובר בטיפול יתר הגורם לתלות יתר בסביבה ובמטפלים, שמתבטאת בקבלת עזרה בכל התפקודים היום-יומיים. למשל עזרה בפעילויות של הלבושה, רחיצה, אכילה, שנובעת מהרצון לעזור לזקן אך גם מרצון לסיים במהירות את הפעולות היום-יומיות, כמו גם מהקושי הנפשי של המטפל לראות באזלת ידו של הזקן עקב קושי בתפקוד. לדוגמה, מטפלת המאכילה את הזקן למרות שהוא מסוגל לעשות זאת בעצמו, או משפחה הדורשת בדיקות חוזרות ואשפוזים בכל מחיר, שבחלקם טמונים סיכונים.

ו. **מפגעים סביבתיים:** מפגעים אלו קשורים בהכנסת צנרת לגוף – למשל הכנסת מחט לווריד או צינור לאף (זונדה) להזנה, או קטטר לשלפוחית השתן. צנרת כזו יכולה לגרום לחבלות ולטראומות כמו תלישת הצנרת ממקומה ועל-ידי-כך לנזק גופני לחולה, נוסף על נפילות וזיהומים החודרים למקום שבו הוכנסה הצנרת.

ז. **שינויים תכופים בסביבה:** הכוונה לנזקים הנגרמים מהעברות תכופות של הזקן – למשל אשפוזים בחדרי מיון, מעבר לבית-אבות, העברה למחלקות אחרות, החלפת החדרים במחלקה או בבית, מעבר דירה לסביבה חדשה (אפילו כשהמטרה היא שהזקן יהיה בקרבת בני משפחה).

ח. **אשפוז בבית-חולים:** כניסה לבית-חולים כמקום חדש ובלתי מוכר ועם צוות בלתי ידוע, גורמת לזקן הסיעודי להיות מבולבל, להפסיק לאכול, להיות חסר שליטה (בחר את האפשרות). שגרת החיים וסדר היום הרגיל של החולה נפגמים ופעילויות בסיסיות – כמו פעולת מעיים, אכילה ושתייה, או הורדה לכיסא – לא מתבצעות עקב השתלטות סדר היום של בית-החולים. האשפוז כופה על הזקן שכיבה במיטה למספר ימים עקב בעיה חריפה, אך הוא מסכן וחושף אותו לכל סיכוני השכיבה במיטה שדובר בהם לעיל. הזקן הופך למבולבל במקום החדש עם הצוות הלא-מוכר, ובמקרה הטוב – הוא חרד שמא ינטשו אותו; במצב כזה הוא מאבד מוטיבציה וגולש לדיכאון.

בהמשך האשפוז, הפסקת האכילה – גוררת הכנסת זונדה; חוסר שליטה על הסוגרים – גורם להכנסת קטטר לכיס השתן. כל התערבות גורמת

לתופעות לוואי משלה ואנו נכנסים למפל של סיבוכים. החולה שהגיע עקב דלקת ריאות, שאולי אף השתפרה במהלך האשפוז עם מתן האנטיביוטיקה לווריד, מידרדר מבחינת מצבו התפקודי הכללי במספר דרגות ותלותו גוברת.

מעבר ליציאה מהאיזון, בבתי-החולים קיימים מפגעים שהם ייחודיים למקום – הידבקות מזיהומים המועברים מחולה לחולה (זיהומים נרכשים), שהם בדרך-כלל חיידקים אלימים יותר מהחיידקים שעמם החולה בא מהקהילה או מהמוסד. בבית-החולים, מעצם תפקידו לטפל בחולה, מתקיימת התערבות טיפולית בהתאם למצב הרפואי – כמו בדיקות מעבדה, מתן תרופות בהתאם למצב וקשירה למיטה מחשש נפילה, פרוצדורות למטרות אבחון או טיפולים וניתוחים. כל אלה וכל אחד לחוד יכולים להוות סיבה לכך שהזקן הסיעודי יצא מהאיזון הדק והשביר שלו.

לסיכום, הגורמים למצבים יאטרונגיים הם:

א. התעלמות והזנחה בטיפול בזקן.

ב. טיפול יתר ומוגזם עקב רגשות אשמה.

ג. חוסר ניסיון, ידע והבנה בפיזיולוגיה ובפתולוגיה של הטיפול בזקן.

ד. סיבות בלתי צפויות הקשורות במצבו הביולוגי של הזקן.

לעתים רצוי לקבל החלטה לגבי הזקן הסיעודי של "שב ואל תעשה". זו החלטה פעילה למרות שבשלב הנוכחי אינני עושה דבר, אלא צופה, דרוך ועוקב אחר המצב או הבעיה ומחכה לראות את התפתחותה, ולפי אופן ההתפתחות אנקוט פעולה.

לא אחת קורה שהבעיה שבגינה נקראתי בדחיפות הסתדרה מאליה, ללא טיפול או התערבות. למשל: חולה שחזר לאכול, חולה שנעשה פחות מבולבל, חולה שהאי־שקט אצלו נסוג ופחת הצורך באשפוז. לא תמיד יש לנו הסברים לשינויים שחלו אלא בהבנת הזיקנה כתופעה של איבוד זרבות רב-מערכתיות ורבות-גורמים, כשכל גורם, ולו הפעוט ביותר, מוציא את האורגניזם משיווי משקל וגורם לקריסה מערכתית כללית, שביטויה יהיה כֶּשֶׁל תפקודי. מאידך גיסא,

ההתייצבות שחלה באותו גורם פעוט מחזירה את שיווי המשקל של הזקן לקדמותו. לכן נדרש לעתים לא להיחפז ולהתנהל בקצב גריאטרי.

11. בלבול חריף – דיליריום

הבעיה

מדובר בשינוי במצב ההכרה המתרחש תוך זמן קצר (מספר שעות או ימים) עם ירידה ברמת הערנות לסביבה, ישנוניות ויקיצה, והפרעות בתפקוד הקוגניטיבי. זהו מצב שכיח וחריף אצל הזקן הסיעודי שחשוב להכירו במיוחד. שכיחותו הולכת וגוברת עם הגיל – עד כ־20% מהזקנים בקהילה המתקבלים לבתי־חולים כלליים ו־50% מהזקנים המגיעים ממסגרות לטיפול ממושך סובלים מדיליריום. זהו גם מצב שכיח לאחר ניתוחים וזיהומים שונים.

חשוב להיות מודע למצב זה מאחר שמדובר במצב רפואי חריף היכול לגרום לסיבוכים ניכרים. אבחון מוקדם ימנע סיבוכים ויחזיר את הזקן לרמתו הבסיסית.

פתופיזיולוגיה

הזקן הסיעודי חשוף למצב זה בעיקר בגילאים הגבוהים, גילאי 85 ומעלה, עקב שכיחות גבוהה של ירידה קוגניטיבית (דמנציה) וירידה פיזיולוגית ברזרבות התפקודיות של המוח והמערכות השונות, ירידה בתפקוד החושים – ראייה ושמיעה, הגישות לתרופות וריבוי מחלות כרוניות. כל אלה וכל אחד לחוד מהווים בסיס להיווצרותו של הדיליריום.

פירוט הגורמים לדיליריום

1. כל מחלה מערכתית חריפה המשפיעה בצורה עקיפה על המוח – למשל, מחלה זיהומית כמו דלקת ריאות או זיהום בדרכי השתן וספסיס; הפרעה במאזן הנוזלים או המלחים בגוף כמו יובש וצחיחות; חֶסֶר בנתרן או אשלגן; שינוי בחום הגוף – כמו היפותרמיה; כישלון בדרגה מתקדמת בתפקוד איברים חיוניים כמו כבד, כליות, לב.

2. פגיעות ראשוניות במוח לאחר טראומה, אירוע מוחי, אפילפסיה וזיהום.
3. השפעות לוואי של תרופות – לעתים הדבר קורה אף במינונים רגילים ומקובלים, במיוחד בקבוצות התרופות הנקראות אנטיכולינרגיות, תרופות מרגיעות ומרדימות, נוגדות פרקינסון ונרקוטיקה.
4. תסמונות גמילה מאלכוהול או מתרופות מרגיעות.
5. מצבים שאינם רפואיים – כמו שינוי בסביבת הזקן עקב אשפוז בבית־חולים, מעבר לדירה או לסביבה לא מוכרות.
6. מצבים לאחר ניתוחים גדולים – כמו שברים, ניתוחי לב, וכו'.

סימפטומים של דייליריום

1. שקיעה וערפול במצב ההכרה.
 2. הזמן הקצר שבו מתחולל שינוי.
 3. ניתן להצביע על האירוע שקדם לדייליריום (ניתוח, אשפוז, זיהום, מתן תרופה או שינוי סביבתי).
 4. תנודות בערנות במשך היממה עם החמרה בלילה.
 5. אי־שקט גובר לקראת הערב – הנקרא: תסמונת "שקיעת החמה".
 6. הפרעה במצב הקוגניטיבי כמו ירידה בזיכרון הקרוב, התמצאות בזמן ובמקום.
 7. הזיות ומחשבות שווא.
 8. בעיות שינה עם היפוך מחזור השינה (מיום ללילה).
 9. סירוב לקבלת טיפול עד כדי צורך בקשירה.
 10. אי־שקט פסיכומוטורי מחד גיסא או ישנוניות וא־פתיות מאידך גיסא.
- לא אשכח שנקראתי בלילה על־ידי הבת: "אבא מבולבל פתאום, והרי רק היום

חזר מחדר מיון לאחר שהיה לו חום ולא מצאו אצלו שום בעיה חריפה; הוא אף פעם לא היה כך". בבדיקה נמצא המקור לבלבול – היה זה זיהום בעור באזור השוק (צלוליטיס)

התערבות

ההתערבות היא בשלוש רמות: (א) מניעה; (ב) טיפול בגורם העיקרי; (ג) טיפול תומך.

א. מניעה

1. הימנעות ממתן תרופות שיש להן השפעה על תפקוד המוח – למשל תרופות הרגעה שונות ואנטיכולינרגים.
2. הקפדה על שתייה מרובה ומניעת יובש. במיוחד בקרב זקנים המקבלים תרופות משתנות (פוסיד), או בימים חמים.
3. תיקון חסרים חושיים – כמו משקפי ראייה ומכשירי שמיעה.
4. הימנעות מסביבה בלתי מוכרת או מסביבה עם גירויים חזקים של רעש או אור.
5. ייעוץ מקדים של רופא מרדים וגריאטר, לפני הניתוח ואחריו.
6. הימנעות מאשפוזים ופרוצדורות ניתוחיות שאינן הכרחיות.

ב. טיפול בגורם העיקרי

כעיקרון, יש להרחיק ולהתרחק מהסיבה העיקרית לדיליריום על-ידי:

1. מתן נוזלים ושתייה מרובה מחשש ליובש.
2. טיפול אנטיביוטי מִיָּדִי כשיש חשד לזיהום.
3. מתן מלחים לאחר בדיקות מעבדה.
4. הפסקת מתן תרופות, וזאת לאחר ייעוץ עם רופא.

הטיפול התומך מתחלק בין טיפול לא־תרופתי וטיפול תרופתי.

טיפול לא־תרופתי: סביבה רגועה ללא רעש או אור חזקים, הימצאות צמודה של בני משפחה ליד החולה בתקופה החריפה והמְדִידת, הגנה פיזית על החולה כדי שלא יסכן את עצמו (מעקים ודפנות למניעת נפילות, ועוד).

טיפול תרופתי: כנגד אי־השקט של הזקן שעלול לסכן אותו יש לתת תרופות מרגיעות, במינון נמוך ולזמן קצר, וזאת לאחר ייעוץ עם רופא.

לסיכום, דיליריום הוא תסמונת שכיחה עם התפתחות מהירה של הפרעות במצב ההכרה, באינטלקט, בקוגניציה ובהתנהגות. הגורמים הם רב־סיבתיים והסיבוכים רבים. מצב זה מצריך ערנות גבוהה לזיהוי מוקדם וטיפול בחולים הנמצאים בסיכון גבוה. האבחון המוקדם יכול לשפר פרוגנוזה ולהחזיר את הזקן לתפקודו הבסיסי.

דיליריום אינו דמנציה ואינו דיכאון – מחלות שגם בהן נמצא סימפטומים הדומים לדיליריום, אלא הוא מצב דחק התוקף אורגניזם פגיע, ובמיוחד מוח פגיע. זהו מצב הפיך אם הוא אובחן בזמן. החשיבות היא בהעלאת המודעות והחשדנות לקיום הדיליריום ולשכיחות התופעה.

קיימים כלים שבעזרתם ניתן להבחין בין המצבים השונים של דיליריום, מול דמנציה ומול דיכאון, הנקראים שלושת ה־ד' (ראה מבחנים בנספח) (Inouye et al., 1990).

פרק 1: מדיניות טיפולית

1. שיקום ותעסוקה

כשאנו דנים בזקן הסיעודי עולה השאלה על איזה שיקום מדובר בכלל? יש לכן לשנות את התפיסה והראייה של שיקום הזקן הסיעודי (Hoenig et al., 1994).

ראשית, השיקום אצל החולה הסיעודי אינו התערבות אינטנסיבית, אפיזודית, המסתיימת תוך זמן מוגדר, כפי שקיים למשל לאחר אירוע מוחי חריף או שבר במחלקות שיקום. שיקום כאן הוא התערבות מתמשכת עם תכנית רצופה, רבת ממדים, שמטרתה לשמר את הקיים ולהביא את הזקן למיצוי מרב יכולותיו. וברמה הפילוסופית – שיקום הזקן הסיעודי הוא תהליך של הספקת שירותים מינימליים העוזרים לו למצות את תפקודו.

השיקום כולל לא רק תכנית פיזית-גופנית אלא גם פסיכולוגית-נפשית ובעיקר חברתית, תכנית שמטרתה היא שיפור איכות החיים. שיקום מוצלח הוא זה המביא לירידה בתלות או בנטל הפגיעה בכל תחום שהוא. אם נראה את השיקום מבונן כוללני ולא צר, נבין את הצורך בתכנית שיקומית המשכית לכל זקן סיעודי.

ראוי לזכור, למרות שהזקן נמצא ברמה מסוימת של תלות, יש לשאוף להפחיתה. לכל זקן יש פוטנציאל לשיפור ולכן חשוב להשקיע בשיקומו. גם לגבי זקן שאינו צלול קיים עדיין טווח של צלילות שבו נמצא "פינות" או "שעות טובות" שבהן הוא מגיב בהתאם. ב"שעות טובות" אלו עולים לעתים נושאים מהעבר הרחוק השמורים עמו (Mosqueda, 1993).

ככל שהירידה התפקודית-קוגניטיבית או הגופנית גדולה יותר – כך אופציית השיקום רחוקה מלהיות אופטימית וטווח השיפור מצטמצם.

עקרונות השיקום הסיעודי הם:

- טיפול בבעיה הרפואית שגרמה לתלות.
- מניעת סיבוכי המחלה והתלות הנוספת שעלולה לבוא בעקבותיה.
- הפחתת התלות.
- הגברת מיצוי התפקוד הבסיסי שנותר.
- הצבת מטרות רְאליות.
- שימת דגש על תפקוד ותלות.
- שימת דגש על מוטיבציה וגורמים פסיכולוגיים.
- הספקת אביזרים.
- התאמת הסביבה והבית לתפקוד מְרבי.
- הגישה של הצוות.
- תעסוקה ומילוי שעות הפנאי.

איך נעריך את פוטנציאל השיקום? יש מספר מדדים החשובים להערכת הטיפול ואלה הם:

- המצב הקוגניטיבי העכשווי – קל, בינוני או חמור.
- המחלות הנלוות.
- המצב התפקודי של החולה לפני הופעת האירוע החריף.
- תמיכה סוציאלית של משפחה וקהילה.
- אשפוז קודם במחלקה סיעודית.

משך האשפוז ותקופת השיקום של חולים דמנטיים הוא ארוך יותר, וכמובן – גם הפרוגנוזה של תוצאת השיקום מצומצמת יותר. לדוגמה, 64% מחולים עם

שיטיון הפסיקו להלך לאחר שבר בצוואר הירך לעומת 7% בלבד של חולים ללא שיטיון (Marlow et al., 1994).

צוות רב-מקצועי

לצורך יישום המטרות שהצבנו לעיל צריך להיות צוות שיקומי רב-מקצועי (multi disciplinary), ולכלול: פיזיותרפיסט, מרפאה בעיסוק, מרפאה בתקשורת, אחות עם אוריינטציה גריאטרית, עובד סוציאלי, תזונאית, עובדת תעסוקה ורופא גריאטר. לכל איש צוות תפקיד משלו שמשלב עם האחרים.

תפקידי הצוות

הפיזיותרפיסטית – מתמקדת בשיפור טווח התנועה, כוח השרירים, שיווי המשקל, העברות, תרגילי נייחות ואיזון התנועתיות באמצעות תרגילים ואביזרי עזר. היא יכולה לבצע תרגילי נשימה בזקנים המתקשים בהוצאת הפרשות מהריאות.

המרפאה בעיסוק – מתמקדת בתפקודי היום-יום האישיים (ADL) כמו אכילה, הלבשה, רחצה, טיפוח היופי, העברות והושבות, שיפור תפקוד הידיים, פיצוי על חוסר ראייה וחוסר בחושים; מבצעת הערכה קוגניטיבית באמצעות מבחנים; מתאימה את הפעילות והתעסוקה למצבם הקוגניטיבי והפיזי של הזקנים; מטפלת בבעיות פרקים קשות בידיים הפוגעות ב-ADL לאחר אשפוז.

המרפאה בדיבור – מטפלת בבעיות תקשורת כמו קושי בדיבור ובעיות בליעה; מבצעת בדיקת בליעה ומציעה סוגי מרקמים הניתנים לבליעה במצבים כמו פרקינסון או לאחר אירוע מוחי.

האחות – מחזקת ומעודדת טכניקות שנלמדו על-ידי הפיזיותרפיסט והמרפא בעיסוק ועוזרת בתכנית של השליטה בסוגרים.

הגריאטר – נותן הערכה רפואית כוללת ומגבש תכנית טיפול.

התזונאית – מעריכה את הצרכים להעשרה של חלבון או קלוריות; מעלה למודעות הצוות את חשיבות ומשמעות האוכל לזקן; מציעה טעמים שונים וצבעים חזקים תוך שימת לב לצורת ההגשה.

העובדת הסוציאלית – נותנת הערכה פסיכו־סוציאלית ועורכת מעקב אחר מצב הרוח, המוטיבציה, הקשר עם המשפחה, תמיכת המשפחה. העובדת הסוציאלית תספר מה קורה בבית ותהיה שותפה לקבלת ההחלטות במינוי אפוטרופוס ובהעברות לאשפוז ממושך.

עובדת התעסוקה – מתייחסת למילוי הזמן הפנוי; מציעה פעילויות תעסוקתיות חדשות לניצול הזמן דרך מוסיקה, תרגילים, אמנות (craft) ומשחקים משותפים – כמו משחקי שולחן, הקראת עיתון יומי או קריאת ספר בהמשכים; עוסקת באיפור וטיפול החן; בעבודות יד משותפות ושמיעת מוסיקה במשותף. מארגנת משחקי תנועה, מסירת כדור והשחלת טבעות (תעלה זיכרונות דרך עיון באלבום המשפחתי והסתכלות בחפצים האישיים).

הטיפול הוא תחזוקתי במהותו אך גם משמר ובונה (restorating), הבא להחזיר פונקציות שאבדו או לפצות על האבדן, בעיקר לאחר ירידה תפקודית מכל סיבה שהיא.

הטיפול התחזוקתי נועד, כפי שנאמר, לשמר את הקיים ולמנוע סיבוכים משניים. הטיפול הוא המשכי ונעשה לאו דווקא בידי הצוות השיקומי, אלא בעיקר בידי המטפל העיקרי ושאר בני המשפחה אשר יודרכו בידי הצוות השיקומי.

חשיבות מיוחדת נודעת לשמירת הקיים ומניעת סיבוכים – כגון: כיווצים בגפיים, כתף קפואה, אך גם טיפול בפצעי לחץ או בחוסר שליטה בסוגרים במצב רפואי חריף ובמניעת שכיבה ממושכת – המשפיעים על התפקוד אצל זקנים סיעודיים תלתיים, כי כל סיבוך אצלם רק יגביר את תלותם ויטיל מעמסה נוספת – על הזקן, על המשפחה ועל המטפל.

התערבות

יש לנקוט פעולות אלה:

- לבצע תנועות בטווחי התנועה בפרקים – פעמיים ביום לפחות.
- להניע את הידיים שיגיעו עד לחזה ולמאחורי הראש – לעורף.

- להניע את רגלי הזקן על־ידי השכבתו על בטנו כשהרגליים מורמות אחורה לפחות ב־10 מעלות; פעולה זו מאפשרת תנועת אגן מינימלית שהוא זקוק לה לשם הליכה.
- אם יש כאבים – לברר את הסיבה ולטפל במשככי כאב.
- אם יש כיווצים בגפיים – יש להפעיל מתח פסיבי, או שימוש במשקל או מתיחות, לעתים אף יש לבצע ניתוחים.
- לאנשים בכיסא גלגלים יש לבצע במשך 15–20 דקות מדי יום תכנית של התעמלות, ולאלה שמסוגלים לעמוד – גם חיזוק כוח השרירים ברגליים.
- פעם בשבוע לנסות להוליך את הזקן למרות הריתוק ולו צעדים מספר.
- התכניות הללו משפרות את שיווי המשקל ואת המורל, ומפחיתות את הצורך בשימוש בקשירת החולה.
- כדי למנוע התכווצות של הגב, על החולה לסובב אובייקט כלשהו מסביב לשולחן שממולו במשך 15–20 דקות; פעילות כזו יכולה לשחרר את שרירי הגב.

נושאים מיוחדים

מספר בעיות ונושאים מיוחדים את שיקום הזקן הסייעודי והם: העברות מהמיטה לכיסא והושבה, תעסוקה, הערכת תפקוד מוטורי ושכלי (קוגניטיבי) ושימוש באביזרים מיוחדים.

העברות והושבה

היכולת לבצע העברות היא קריטית לגבי הזקן הסייעודי ויש לה תרומה משמעותית לאיכות חייו ולעצמאותו התפקודית. השארת הזקן במיטה ואי־הושבתו דנה אותו לנתק מהסביבה ומהחברה ולסיבוכים שפורטו בפרק על חוסר תנועתיות.

העברה היא מצב שבו עוברים ממשטח אחד לשני – למשל מהמיטה לכיסא. העברה בטוחה ויעילה דורשת מרחב, ציוד מתאים (כמו מנוף לזקן במשקל

כבד), יכולות פיזיות, וכן טכניקות נלמדות המתאימות למצבו של הזקן. המטרה היא גם להוריד את הנטל מעל המטפלים והמשפחה ולשמור על בריאותם (למשל, בריאות הגב).

כדי להעביר את הזקן בביטחון, עליו להיות כשיר מבחינה גופנית, דהיינו – ללא ירידה בלחץ הדם או שינויים המודינמיים אחרים (נשימות, דופק) ושאינו סובל מכאב ואי-נוחות. בזמן העברות עליו להיות מסוגל להחזיק את האגן והברכיים ישר ולהיתמך בהם. ניתן לבצע כיפוף ויישור מרפקים ביד אחת לפחות.

הושבה נכונה דורשת השקעה רבה. הזקן ייטה לגלוש מהכיסא וקיימת סכנה של נפילות והופעת פצעי לחץ עקב כוחות הגזירה. חוסר יציבות של הגו וכיווצים של הגפיים או רפיון מקשים על ההושבה ויש אז צורך בתמיכות. יש לדאוג למושב מתאים להקלת הלחץ ולמניעת החלקה.

תעסוקה

יש לבדוק מה היו תחומי התעניינותו של הזקן קודם להידרדרות מצבו ולנסות לעורר את התעניינותו בהם תוך התאמה ליכולותיו התפקודיות – הפיזיות והקוגניטיביות. התחומים הם: קריאה, מלאכת יד, טיפוח החן, גינון, בעלי חיים, צפייה בטלוויזיה, האזנה לרדיו, הרצאות, אוספים, לימודים, טיולים, סידור פרחים, בישול ואפייה, מחשבים, וכד'.

ההערכה התפקודית – הפיזית והקוגניטיבית – נעשית פעם בשלושה או שישה חודשים, בעוד שהתעסוקה הנה יום-יומית ולכן יש לשים עליה את הדגש. יש לעודד את הזקן לעסוק בפעילות על-פי תכנית יום-יומית שבה הוא נדרש להתלבש, להתרחץ, להתאפר ולהסתרק, מה שיגרום לו לדימוי עצמי חיובי; להציב בפניו גירויים ולמנוע הירדמויות קצרות במשך היום או בהייה חסרת תוחלת בתקרה; להוציא אותו מן הבית – למרות הקושי ביציאה עם כיסא גלגלים אין לוותר על כך, ויש לצאת אתו למקומות בילוי שבהם הוא יוכל להתחכך בחברה, ללא סיכונים.

יש להקפיד על תחומי התעניינות ועל עניין באירועים המתרחשים בעולם – דרך עיתונות, טלוויזיה ואמצעי תקשורת – לדעת מה קורה בארץ ובעולם. יש

להתקין שעון גדול או לוח שנה ברור בחדרו של הזקן כדי שידע את הזמן והשעה ולא יהיה מנותק מהזמן.

לגבי אנשים דתיים ובעלי מסורת – יש להמשיך בקיום תפילות, הנחת תפילין ומתן חגיגות לערבי שבתות וחגים.

הערכת התפקוד המוטורי היומיומי

המטרה היא למנוע תלות במטפלים באמצעות שימוש באביזרים וטכניקות מסייעות מצד אחד, אך למנוע טיפול יתר מצד אחר; בני המשפחה נוטים לעתים לעזור לזקן לבצע דברים למרות שהוא מסוגל לבצעם בעצמו.

לימוד ושמירה על תפקוד יום-יומי – כמו לבוש, ובעיקר בגדים תחתונים, או לבוש חלק גוף תחתון (גרביים ונעליים), שימוש באביזרים מתאימים ללבוש ולאכילה וכן שמירה על כל שאר תפקודי היום-יום.

קיימים מבחנים (ראה נספח) לתפקוד היום-יומי בפעולות בסיסיות (Katz et al., 1963), לתפקוד משק הבית (Lawton & Brody, 1969), אינדקס של ברטל (Mahoney & Barthel, 1965) ומבחן FIM (Keith et al., 1987).

הערכת התפקוד השכלי (קוגניטיבי)

קיימים כלים פשוטים ומהימנים הנוחים לשימוש ומשמשים לסינון במקרים של חשד להימצאות בעיה קוגניטיבית – כמו מבחן מיני (MMSE), 10 שאלות על המצב המנטלי (MSQ) וציור השעון.

ביצוע מבחנים תפקודיים קוגניטיביים – ועל-פיהם להתאים את הזקן לקבוצה ולסוג התעסוקה (ראה נספח) (Folstein et al., 1975; Kahn et al., 1960; Mendez et al., 1992).

אביזרים מיוחדים

השימוש באביזרי עזר נועד לשפר את התנועתיות, להקל על הניידות, לתת ביטחון לזקן, למנוע נפילות ולייצב את הגוף. האביזרים המוכרים הם: הליכוניס, סדים ומקלות הליכה, כיסאות גלגלים ומושבבים (ראה הפרק על ציוד ומכשור רפואי לבית).

לסיכום, למרות הגדרת הזקן כסיעודי, התפיסה המקובלת היום היא שיש להשקיע בשיקומו. "שיקום" משמעותו כאן שמירה על הקיים – מבחינת יכולות פיזיות, מנטליות וחברתיות ומבחינת מניעת הידרדרות נוספת.

2. טיפול בכאב

בעיית הכאב והיקפה

כאב הוא תחושה של אי־נוחות, ביטוי של סבל. כאב הוא תלונה נפוצה המשפיעה מאוד על מצבו הפיזי והנפשי של החולה כמו גם על איכות חייו.

לעתים הכאב הוא הסיבוך המפחיד ביותר את הזקנים והמקור לסבלם, במיוחד לאלו הנוטים למות. אחת הבקשות הנשמעות מפי הזקן: "אינני פוחד למות אך אני פוחד מהסבל שבכאב". על כן יש לעשות הכול למניעת הכאב.

בעשרים השנה האחרונות נחקר רבות נושא הטיפול בכאב, וגובשה מדיניות טיפול אחידה. הטיפול בכאב אינו מצטמצם רק בחולה הסובל ממחלה סרטנית אלא כולל גם את החולה שסובל ממחלה כרונית או מכאבים כרוניים – וכמובן, את הזקן הסיעודי (AGS Panel, 1998).

הבעיה היא שלא תמיד אנו מודעים לכאב ולאי־נוחות שהחולה חווה ועל כן איננו נוהגים לשאול על כאבים ובעיקר איננו מטפלים בהם, וזאת למרות שניתן לטפל בהם בצורה יעילה ביותר. הזקנים ואף המטפלים מקבלים את הכאב כחלק מהמגבלות הפיזית ולעתים כחלק בלתי נפרד מהחיים.

קיימים גורמים רבים לחוסר המודעות, ביניהם גורמים תרבותיים וחינוכיים כמו גם דעות קדומות, גורמים שאנו חשופים להם או מדחיקים אותם וחוששים להעלותם על השולחן. הסיבות לאי־מתן תרופות לכאב וחוסר התייחסות אליו הן:

- פחד שמא הזקן יתמכר לתרופה, יהיה "תלוי בה", ולא יוכל לחיות בלעדיה.
- פחד מתלות בנרקוטיקה – שמא יהיה נרקומן.

- פחדים משילובים של תרופות ומתופעות הלוואי הנלוות.
 - כישלון של כולנו לקחת את הכאב והסבל ברצינות.
 - נטייה להתייחס לתלונות על כאב כאל בעיה פסיכולוגית אישיותית.
 - החולים אינם מתלוננים ומקבלים את ייסוריהם כגזרת גורל.
- שכיחות התלונות על כאב במחלקה סיעודית מסוימת (כולל תלונות של זקנים עם פצעי לחץ) הייתה גבוהה – 71%-83% מהזקנים, ואולם רק אחוז נמוך מהם – 37% בלבד – קיבלו תרופות נגד כאבים. בבית־אבות אחר דווח ששליש מהמאושפזים התלוננו על כאב קבוע ושכמחציתם – 52% – אף דיווחו על כאב עז, בלתי ניתן לשליטה (Ferrell, 1995).

גורמי הכאב

מגוון רחב של סוגי כאבים נמצא אצל חולים סיעודיים, ואלו תלויים בגורמים שונים:

- כאבי עמוד השדרה – כתוצאה מאוסטאופורוזיס, ניוון של החוליות, פריצת דיסק, היצרות התעלה הספינלית, גרורות של סרטן בחוליות או כאב מוקרן מאיבר פנימי.
- כאבי פרקים – בדרך־כלל כתוצאה משחיקת הסחוס בפרקים.
- כאבים לאחר שברים.
- כאבים עצביים (נארופטיות).
- כאבים איסכמיים על רקע של חוסר הספקת דם וחמצן לרגליים.
- כאבים הנובעים משכיבה או משיבה במשך שעות רבות על משטחים קשים כמו גם כתוצאה ממנח לא תקין.
- כאבים על רקע של דיכאון וחרדה.

סיבוכי הכאב

הכאב לא רק פוגם באיכות החיים אלא גם:

- פוגע בפעילות התעסוקתית.
- מוריד את היכולת לבצע פעילויות יום־יומיות (ADL).
- פוגע בהליכה.
- גורם לחוסר שינה.
- מגביר חרדה ודיכאון.
- גורם לעצירות.
- גורם לחוסר תיאבון.

אבחון כאב

יש לבצע הערכה ואומדן של הכאב אצל כל זקן סיעודי. לשם כך צריכים להיות מודעים לנושא זה ולהאמין שלחולה אכן כואב, שכן בדרך־כלל הזקנים אינם מתלוננים. יש לשלול כאבים ממקור אורגני־גופני ולטפל בבעיה הראשונית. אך ראוי גם לטפל בבעיות פסיכולוגיות־נפשיות, טיפול היכול לשפר את מצב הזקן הסיעודי.

יש להיות ערים למצבים של כאבים ספציפיים בקרב האוכלוסייה הזקנה והסיעודית; כאבים אלו נובעים לעתים מבעיות הקשורות לגיל ולתחלואה ואם נאבחן אותם נוכל למצוא להם פתרונות ספציפיים:

- כאבי ראש רקתיים (טמפורליים): יש לחשוך בדלקת של העורקים הטמפורליים, לבצע ביופסיה ולתת טיפול של סטרואידים; חוסר טיפול עלול להביא לעיוורון.
- שלבקת חוגרת: יכולה להופיע עם כאבים עזים מסביב לבית החזה המחקים כאבים של התקף לב עד להופעת השלפוחיות האופייניות להרפס.

- שינויים ניווניים בחוליות.
- כאבים איסכמיים ברגליים, במיוחד כשהרגליים מונחות גבוה על המיטה – עקב קושי בהספקת דם לקצוות.
- אוסטאופורוזיס – הגורם לשברי דחיסה בחוליות ולכאבים עזים בשינויי תנוחה.

אומדן הכאב

נושא זה חשוב לשם טיפול ולמעקב אחר יעילות הטיפול. קיימים סולמות המנסים לכמת את עוצמת הכאב. סולמות אלה בנויים ממספרים (מ־1 עד 10) או מצבעים – מירוק לאדום, או בצורת פרצופים שמחים ועצובים. יש להשתמש בסולמות אלו למדידת הכאב אצל זקנים צלולים ולראות האם יש שיפור בעוצמת הכאב לאחר מתן טיפול (ראה מבחנים בנספח) (Giff, 1989).

באומדן הכאב אצל חולים שאינם מסוגלים לבטא את כאביהם בצורה ורבלית – למשל אלו המתקשים בדיבור, או שדיבורם אינו ברור, או שאינם צלולים – עלינו להיות דגישים יותר לביטויים התנהגותיים של הכאב או לביטוי הפיזיולוגי – כמו נשימה מהירה או אודם וסומק בפנים, או ביטוי כלשהו בשפת הגוף והבעות הפנים.

קיימת טבלת אי־נוחות שבה חולים לא ורבליים מבטאים כאב. טבלה זו גובשה על סמך תצפיות, שבהן נאספו הסימנים הרלוונטיים ביותר לביטוי הכאב (ראה מבחנים בנספח) (Hurley et al., 1992).

התערבות

ההתערבות הטיפולית כוללת טיפול תרופתי ולא תרופתי כמפורט להלן:

התערבות לא תרופתית

שינוי תנוחה במיטה או הושבה נכונה על הכיסא, וכן טיפולים פיזיים שונים על־ידי הרטבות (קומפרסים) של חום או קור, מתן גירוי הולכה חשמלית (tens),

ביצוע אולטרסאונד, תרגילים אקטיביים או פסיביים והקרנות – במקרים מיוחדים הקשורים ללחץ מגידולים וכן טיפולים משלימים נוספים.

התערבות תרופתית

קיימות מספר קבוצות של תרופות הניתנות בסולם טיפולי עולה, על-פי עוצמת הכאב. מומלץ להתחיל במתן כדורי אקמול או אופטלגין 3-4 פעמים ביום באופן קבוע.

ממשיכים עם נוגדי דלקת (NSAID) מוכרים כמו וולטרן, ארטופן או נקסין, או עם תרופות הדור החדש – ואיקוס, צלברה (הבטוחות יותר לרירית הקיבה) ואחרים, ובהמשך מטפסים בסולם האנלגטי עד למתן תרופות נרקוטיות מסוג של מורפיום. מתחילים ב־Percocet לטווח קצר ו־Oxycontin לטווח ארוך ומורפיום לטווחים קצר וארוך. ניתן לתת אקמול־פורטה שיש בו קודאין אך הוא גורם לעצירות.

לכאבים עזים נותנים נרקוטיקה בצורת מורפיום שהיא התרופה המומלצת. ניתן להוסיף NSAID להגברת היעילות. אין לחשוש מהנרקוטיקה; הסבל של החולה הוא הקובע את קצב ההתקדמות.

כעיקרון יש לתת תרופות נגד כאבים באופן קבוע – לא לפי הצורך או במידה שיופיעו הכאבים – שכן הכאב כבר קיים!

ניתן לתת סטרואידים כשיש גידולים הלוחצים על עצב או על איברים שונים.

בכל התערבות תרופתית יש תועלת מול חסרונות – תופעות לוואי. רצוי להתחיל בכמות נמוכה של תרופות ולהתקדם לאט. יש למנוע תופעות לוואי וזאת על-ידי הגדלה אטית במינון, תוך הערכה ומעקב אחר החולה.

לא רצוי לתת מספר תרופות מאותה משפחה; יש לתת תרופה אחת במינונים עולים.

מתן התרופות יהיה בדרך־כלל דרך הפה אך אפשר לתיתן גם דרך פיה־טבעת, תת־העור, תעלת השדרה, הווריד או השריר, מתחת הלשון ודרך העור.

תוך 30 דקות מזמן מתן התרופה אמורים להיות הטבה או שיפור בעוצמת הכאב. במתן התרופה דרך הפה תיתכן תנודתיות עקב בעיות בליעה, ספיגה ופיזור. במקרים של בחילות, הקאות וקשיי בליעה – עדיף לתת את התרופה דרך העור או דרך הרקטום או מתחת ללשון. המטרה תהיה תמיד הקלת הכאב, שיפור התפקוד ומצב הרוח, והשראת שינה. לא מומלץ לתת תרופות אינ-בו (פלסבו) או כדורי קמח שכן אין זה אתי.

3. בעיות אתיות

הטיפול בזקן הסיעודי מציב בפנינו בעיות אתיות רבות. טווח הבעיות רחב ביותר והוא נע מהחלטות על מיקום הטיפול ומקורות המימון ועד להחלטות על העדפות החולה לגבי סוגי טיפול שונים במצבים שבהם הוא אינו מסוגל להחליט בעצמו.

הדילמה הרפואית-אתית בטיפול בזקן הסיעודי טמונה בכך שבסוף חייו הוא תלתי ולעתים לא צלול; הדילמה מחריפה אז הואיל ורוב ההחלטות נעשות בידי אחרים. ההחלטות על הטיפול אמורות להיעשות ליד מיטת החולה או בביתו, אתו ועם משפחתו. יש חשיבות בהעלאת הנושא – כמו למשל מינוי מיופה כוח או אפוטרופוס, שכן ניתן אז לקבל החלטה עוד בזמן כשירותו של הזקן ואין צורך להידרש לקבלת החלטה בבתי המשפט והפקעת הזכות מהחולים וממשפחתם. במצב הנוכחי דילמות אתיות רבות נותרו בלתי פתורות, שכן הזקנים ומשפחותיהם אינם מוכנים להתמודד עם דילמות אלה ואף נזהרים מלגעת בהן. הפחד הקיים מפני קבלת החלטות אתיות עוד בזמן כשירותו של הזקן נובע ממספר סיבות והן:

1. הנושא הוא בבחינת טאבו ואין מדברים עליו.

2. הילדים לא רוצים להרגיז את ההורים או לגרום להם לפחד.

3. הילדים לא רוצים שיחשדו בהם חלילה שהם מחכים למותם של ההורים או לקבלת הירושה.

4. לא רוצים לעשות "עין הרע", בבחינת מעשה המגשים את עצמו.

מושגים באתיקה הרפואית הקשורים לזקן הסייעודי

חולה במחלה סופנית או הנוטה למות – מצב שבו לא ניתן לטפל במחלה ופטירת החולה צפויה.

צוואה בחיים – הוראה שנותן החולה בדעה צלולה שלא להאריך את ימיו בצורה מלאכותית אם מחלתו היא סופנית או שסבלו כבד מנשוא.

המדרון החלקלק – החשש שאם נתיר התנהגות בלתי ראויה אחת יוביל הדבר להתנהגות בלתי ראויה אחרת ועמעום הגבולות בין מותר לאסור.

אפוטרופוס – בא כוח מטעם החולה שאמור לקבל החלטות כשהחולה כבר לא יהיה כשיר לקבלן בעצמו.

כשעולה הצורך בקבלת החלטות אתיות, עולות סתירות שונות שיש להתמודד אתן כגון:

- אוטונומיה מול פטרנליזם – כיבוד רצון החולה, כיבוד זכותו להחליט מה ייעשה בגופו וכיבוד זכותו לסרב לקבל טיפול, מול אי־כיבוד רצון החולה תוך אמירה: "אני יודע מה טוב לך".
- קדושת החיים מול כבוד האדם וסבלו (במקרה של סירוב לאכול).
- סיכון מול סיכוי (כמו למשל בהפְּנִיה לביצוע כריתת רגל).
- תועלת מול נזק או טיפול עֶקֶר (בביצוע החייאה).
- אי־חיבור למכשירים מול ניתוקם (למשל מכונת הנשמה).
- טיפול חריג מול טיפול בסיסי (מתן הזנה מלאכותית).

קיימות שתי גישות קיצוניות שאינן מקובלות על הרופאים: מחד גיסא – לנקוט את כל האמצעים להארכת החיים מבלי להתחשב במצבו או ברצונו של החולה, ומאידך גיסא – לכבד את רצונו של החולה עד כדי סיוע פעיל בהתאבדותו. כמובן שהגישה הנכונה היא הדרך האמצעית – לכבד את רצונו של החולה ולנסות לרפאו במידה שניתן.

תפקיד הרופא הוא לרפא ולא לעסוק בנטילת חיים. יש לו תפקיד הן בהקלת סבלו של החולה והן בהצלת חייו.

נדון להלן במספר בעיות אתיות יום-יומיות הנוגעות לזקן הסייעודי: (א) הנחיות מקדימות או צוואה בחיים; (ב) הזנה מלאכותית; (ג) קשירת החולים או הגבלתם.

א. הנחיות מקדימות או צוואה בחיים

על הרופא ליזום שיחה עם הזקן ומשפחתו ולתת לו הדרכה בבעיות אתיות. והנה הצעה למשפט פתיחה: "הרבה אנשים בגילך ובמצבך חושבים על העלול לקרות אותם בעתיד עקב מחלות סופניות והם מעוניינים לשוחח, עוד לפני הופעת המחלות, על מטרות הטיפול שיקבלו אם חלילה יאבדו את צלילות דעתם או לא יוכלו להחליט. האם תהיה מעוניין לשוחח על כך?". משרד הבריאות אף פרסם הנחיות לשימוש בייפוי כוח (יוני, 2003, חוזר מס' 6/2003).

המטרות שעלינו להציב בשיחה מעין זו הן:

1. מתן אינפורמציה על סוג ההתערבות המוצעת במקרים אלו והשלכותיה האפשריות.
2. לנסות לדלות ולהבין מהי דעתו של החולה.
3. לקבוע נציג או אפוטרופוס או לכתוב צוואה בחיים לשעת הצורך.
4. להציב מטרות טיפוליות לפי מצבים רפואיים למקרים של חוסר כושר החלטה מצד החולה.

מטרות הטיפול לפי מצבים רפואיים הן:

- החיאה והנשמה (CPR).
- אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או טיפול כירורגי.
- ביצוע דיאליזה.
- מתן דם ואנטיביוטיקה.
- הזנה מלאכותית ונוזלים.
- טיפול סיעודי בלבד.

ב. הזנה מלאכותית

מדובר במצב שבו החולה מקבל הזנה דרך צנרת לקיבה. ההזנה ניתנת בעיקר בשתי דרכים: זונדה – דרך האף, וגסטרוסטומיה – ישירות לקיבה (דוולצקי וזוננבליק, 1994).

ייתכנו מצבים שבהם הצורך בהזנה מלאכותית (אנטרלית) הוא לתקופה זמנית בלבד ואז הבעיה האתית אינה עולה. אך ברוב המקרים אלו מצבים קבועים הניתנים לכל החיים, והם מעלים את השאלה האתית: האם ההזנה תשפר את איכות חייו של הזקן או רק תאריך את ייסוריו?

למעשה עלינו לדון בשאלה – האם ההזנה המלאכותית היא טיפול "בסיסי" הנחוץ לקיום החיים או שהיא בבחינת טיפול "חריג"? ההלכה היהודית גורסת שהזנה היא טיפול "בסיסי" הנחוץ לקיום החיים ואינה נחשבת לטיפול "חריג"; על הצוות מוטלת החובה להמשיך במתן נוזלים והזנה כל עוד החולה חי. מאידך גיסא, הספרות הרפואית מדווחת שההזנה המלאכותית אינה תורמת לאריכות חיים ואף מלווה בסיבוכים ובאי-נוחות (Gillick, 2000).

על-פי ניסיוננו, ההזנה המלאכותית מאריכה את חיי החולה. מאידך גיסא, יש לשקול את סבלו של החולה לעומת התועלת הצפויה לו. ללא ספק, בנושא זה מעורבים רגשות רבים וההתמודדות עמו אינה קלה, לא למשפחה

שצריכה לקבל החלטה ולא לצוות המטפל. יש לשתף את המשפחות בהתמודדות עם נושא זה, להתייחס אליהן ולתמוך בהן בשלבי ההחלטה השונים (Ouslander, 1993).

יש רק להדגיש, שהזנה מלאכותית אינה פוגעת בכבוד האדם הזקן, ובמצבים זמניים של קושי בבליעה וצורך דחוף בקלוריות היא אף מיטיבה אתו (רוזין, 1994).

ג. קשירת החולים או הגבלתם

קשירת הזקן והגבלת תנועתו מיועדת בראש וראשונה למנוע נזק לעצמו ואף לסובבים אותו (הצוות המטפל או זקנים שכנים). במצבים רבים קיים אי־שקט בולט אצל הזקן הגורם לו לתלוש את הצנרת – כגון מחטים מהוריד, זונדה מהאף וקטטר מכיס השתן. ייתכנו מצבים המצריכים להגביל את החולה מתוך חשש לנפילות מהמיטה או לגלישה מכיסא הגלגלים או כדי למנוע פצעי לחץ (זוננשווילי ועמיתים, 1996).

במקרים אלה מתעוררת שאלה אתית – האם להגביל את האוטונומיה של הזקן או להימנע מכך. אם מדובר באדם צלול – יש לשתף אותו בהחלטה. למשל הרמת דפנות המיטה היא, מחד גיסא, הגבלת הזקן אך מאידך גיסא מונעת נפילות. זכורה לי זקנה שביקשה להימנע מהרמת הדפנות בלילה מאחר שזה גורם לה להרגיש כלואה, דבר המעלה בראשה מחשבות וזיכרונות ממחנות ההשמדה. בקשתה זו אף נתמכה בידי בני המשפחה. קיבלתי את עמדת הזקנה לאחר שהבהרתי לכולם את הסיכונים של נפילה מהמיטה או מקימה בלילה ללא השגחה. במקרה זה האוטונומיה של הזקן על גופו גברה על הפטרנליזם של המטפל (ברז'ובסקי ורוזין, 1997).

קיימות שתי צורות עיקריות של הגבלה: הגבלה פיזית והגבלה כימית. **ההגבלה הפיזית** גורמת לצמצום מרחב התנועתיות של הזקן – למשל קשירות היד, שימת כפפות, הרמת דפנות, חיבור שולחן לכיסא הגלגלים; **ההגבלה הכימית** גורמת להרגעה או להשראת שינה על־ידי מתן תרופות מרגיעות.

על כן ההמלצות הן:

- להעדיף את האוטונומיה של הזקן הצלול ולהיענות לרצונותיו.
- להבהיר לו מהם הסיכונים והסיבוכים הצפויים.
- להימנע מקשירות ידיים או רגליים.
- להעדיף לשים כפפות על הידיים על פני קשירתן.
- להעדיף שולחן הקשור לכיסא הגלגלים כדי למנוע נפילות ולאפשר הושבה נכונה.
- להעדיף אמצעים לא תרופתיים במצבי אי־שקט, צעקות וחוסר שינה (שינויי תנוחה, ליטוף, מסאז', מוסיקה).
- לשקול מתן תרופות מרגיעות כדי למתן את אי־השקט, אך להימנע מגרימת שינה או ערפול.
- להתחיל עם מינון נמוך מאוד ולהעלותו על־פי התגובה. לבדוק את הצורך במתן תרופה לסירוגין.

4. זכויות הזקן הסייעודי

חוק זכויות החולים שנחקק בשנת 1996-התשנ"ו בא להבטיח את זכות האדם לקבל טיפול רפואי ולהגן על כבודו ופרטיותו.

לפני שנעמוד על לשון החוק ועל פרשנותו מנקודת מבטו של הזקן הסייעודי, יש לשאול: האם אכן הזקן מקבל אותם דברים המובנים מאליהם שמגיעים לו בזכות? האם בני המשפחה מודעים לזכויות המגיעות להם ודורשים אותן? התשובה היא: לא; לרוב בני המשפחה אינם מודעים לזכויותיהם ואינם עומדים עליהן. יש ערפול ועמימות במתן המידע.

יש לעמוד על זכותו של החולה הסיעודי לקבל טיפול ושירותים כמקובל. לצורך הדיון בנושא זה יש להפריד בין הזקן הגר בביתו לבין הזקן המאושפז במסגרות קבועות (מוסד).

הזקן הגר בבית: יש לעמוד על זכותו, המבוססת על חוק הסיעוד, לקבל עזרה לפי רמת תלותו. חוק זה נחקק לטובת הזקן הסיעודי המתקשה באחת או יותר מפעולות היום-יום. קביעת רמת התלות מתבצעת בידי אחות והתשלום ממומן על-ידי המוסד לביטוח לאומי. כמורכן יש לו הזכות לקבל שירותי מרפאה ראשונית מרופא ואחות גם דרך ביקור בבית הזקן. רופא המשפחה ואחות המרפאה צריכים להקדיש זמן לחולים המרותקים שבטיפולם ולבקדם בבית לפי תכנית קבועה ולפי הצורך הרפואי.

במקרים חריפים ניתן לאשפז את החולה הסיעודי בבית-חולים כללי. חולה המוגדר כחולה סיעודי מורכב (יש לו פצעי לחץ, מטופל בזונדה, יש לו סרטן פעיל, או שמצבו הרפואי פעיל ותנודתי) ניתן לאשפז במחלקות סיעודיות מורכבות במימון קופות החולים, אם רק נעמוד על זכותנו.

לזקן סיעודי יש זכות להתאשפז במסגרת סיעודית קבועה כמו בית-אבות או מחלקה סיעודית בעלת רישיון מאושר ממשדד הבריאות לאחר הוכחת תלותו ומתן התחייבות לפי יכולתו הכספית.

אך הזקן הסיעודי זכאי לקבל לא רק שירותי רפואה וסיעוד, אלא גם טיפול של צוות שיקומי – כמו פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק במסגרת היחידות לטיפול בית הקיימות בכל קופות החולים – לצורך הערכה או הדרכת המשפחה בהעברות, מניעת נפילות, וכן למניעת כיווצים ועיוותים בגפיים. לחולה הסיעודי זכות לצאת למרכזי היום הפועלים ברשויות השונות ולבקש מטפל זר. ככלל, זכותו של הזקן הסיעודי לשמור על האוטונומיה שלו; כלומר למרות שהוא מוגדר כסיעודי, יש לכבד את בקשותיו והעדפותיו לגבי הטיפול המוצע, לשתף אותו בהחלטות, לתת לו טיפול נגד כאב וסבל, ואף לקבל החלטות שלא להתאשפז או לא לעבור למוסד למרות החלטת הצוות המטפל.

הזקן המתגורר במסגרות קבועות (במוסד): במסגרות אלו מתקיימת שגרת יום קבועה. זכותו של הזקן הסיעודי להתלונן בכל נושא שהוא מבלי להרגיש שהוא לטורח; זכותו לא ללכת לישון מוקדם למרות שכולם הלכו לישון, ואפילו מותר לו לקום מאוחר. אל לו לחשוש פן יבולע לו – בבחינת "אם אתלונן אז יתנקמו בי".

להלן מספר הערות על לשון החוק (ראה נספח):

פרק ג פסקה 4 – איסור הפליה המופיע בחוק מדבר על דת, גזע, מין, לאום. ומה עם גיל? עם תפקוד או תלות? עם מוגבלות פיזית או נפשית? ושחלילה לא יאמרו שעקב גילו או עקב הירידה הקוגניטיבית (השכלית) שלו לא נטפל בו.

רק בשנת 2000 הכניס משרד הבריאות תיקון ב"חוזר" שנשלח למוסדות הגריאטריים והכליל גם את הגיל – אך לשון החוק נשארה כמות שהיא.

פרק ג פסקה 5 – טיפול רפואי נאות, הן מהבחינה המקצועית והן יחסי האנוש – אך איך מודדים רמה מקצועית? והיכן לומדים על אנושיות?

פרק ג פסקה 6 – מידע בדבר זהות המטפל. נוגע לנושא הפטרנליזם הרווח עדיין – ובמיוחד בטיפול בזקן הסיעודי. ניגשים אליו ללא הודעה מוקדמת בבחינת "אני יודע מה טוב לך".

פרק ג פסקה 7 – זכות לחוות דעת נוספת. קיימים רופאים מומחים בגריאטריה עם ניסיון בטיפול בזקן הסיעודי שניתן להתייעץ אתם.

פרק ג פסקה 8 – הבטחת המשך טיפול נאות. כיצד ניתן לבצע זאת לגבי זקן סיעודי המתאשפז לעתים קרובות וחוזר לבית ולקהילה, כשאין קשר בין המסגרות הטיפוליות השונות?

פרק ג פסקה 10 – שמירה על כבודו ופרטיותו. מהו הכבוד שיש לתת לזקן? לקום לכבודו או לא לשבת במקומו או אולי לנקות את הפרשותיו לא רק בזמן ה"סיבוב"? או בשעה שהוא מבקש דבר מה – להיענות לו מיד. מהי פרטיות

כשאין סוגרים את הדלת או שמים פרגוד בזמן טיפול, או כשמדברים על החולה בנוכחות אחרים, ולעתים אף בודקים אותו בחדר האוכל לעיני כול? באחת המעליות בבית-חולים ידוע ראיתי את ההודעה הבאה: "אין לדבר על חולים במעלית"...

פרק ד פסקה 13 – הסכמה מדעת. יש לדבר עם הזקן בצורה מובנת, לאט, בחדר שקט. לכבד את בקשותיו והעדפותיו לגבי הטיפול המוצע, לשתף אותו בהחלטות למרות שהוא כבר זקן ואפילו סיעודי. יש לשתף את הזקן בהחלטות טיפוליות ולתת לו הסבר לפני כל פרוצדורה של לקיחת דמים, צילומים, הורדה ורחצה. אין להכניס קטטר לשתן או להתקין אינפוזיה ללא הסכמת החולה, וזאת למרות שאין צורך בחתימת החולה או האפוטרופוס.

5. אשפוז בבית-חולים – בעד ונגד

בשיקוליי המקצועיים כרופא אני מתמודד ומתלבט יום יום בשאלה – האם להפנות את הזקן הסיעודי בעת מחלתו לאשפוז בבית-חולים או להשאירו בבית או במחלקה הסיעודית.

התשובה נראית, לכאורה, ברורה: הכול תלוי במצבו הרפואי של הזקן, או במילים אחרות – במידת החרifות והחומרה של המחלה שבעקבותיה הורע מצבו. אך הדברים אינם פשוטים. ברור שאם המצב החרif או הורע באופן פתאומי וקיימים סימנים המצביעים על חומרת המצב – כמו דופק מהיר, נשימות מהירות, לחץ דם נמוך, כיחלון, חום גבוה, תפוקת שתן נמוכה, הכרה מעורפלת – יש להעבירו לאשפוז. אין חולק על כך שצריך לאשפז זקן שהידרדר ושבאמצעות טיפול בבית-חולים ניתן להחזירו למצבו הבסיסי. אבל מה נעשה אם מצבו מידרדר בהדרגה ואולי כבר אושפז בגלל אותה בעיה והמצב לא השתפר – האם נחזור ונאשפזו? ובכלל, האם איננו לוקים ביתר אשפוז של זקנים סיעודיים עקב מורכבות בעיותיהם הדורשות זמן והתעסקות, ועקב הרצון להסיר מעלינו את האחריות? אולי דווקא בבית או במחלקה הסיעודית ניתן לטפל בצורה טובה יותר, המשכית ויעילה, בעזרתו של צוות המכיר את הזקן?

עלינו גם לברר מה היה מצבו הבסיסי של הזקן טרם מחלתו או לפני שבעייתו החריפה, מהו רצון המשפחה ומהן יכולותיה? האם בני המשפחה חשים מותשים? האם אינם מוכנים לקבל אחריות? אין הכוונה לשפוט אותם אלא רק לברר זאת. עלינו גם לשאול את עצמנו – האם אנחנו, כצוות מטפל, מסוגלים ויכולים לתת את הטיפול? האם אנו מוכנים לקחת אחריות על הטיפול בזקן?

כדי לענות על מכלול השאלות הללו עלינו לבדוק לפני כל אשפוז של זקן חולה מהי התועלת לעומת הסיכון שבאשפוז. בעוד שהתועלת של אשפוז בבית-חולים היא ברורה – יש השגחה רפואית צמודה עם כל האמצעים הטכניים המשוכללים לרפוי ולשיפור מצבו, הרי הסיכונים ותופעות הלוואי של האשפוז, ובמיוחד לגבי זקנים בגילאים הגבוהים ובמצב תפקודי ירוד, הם גבוהים ביותר. אל נשכח שהזקן הסייעודי פגיע מאוד לכל שינוי סביבתי ולכל פרוצדורה או התערבות פולשנית המתבצעת בו, או לתרופה חדשה הניתנת לו על-ידי צוות מטפל שלא הכירו טרם אשפוזו (Gorbin et al., 1992).

בבתי-החולים גם ניתן להידבק בזיהומים המועברים מחולה לחולה (זיהומים נרכשים) שהם בדרך-כלל חיידקים אלימים יותר מהחיידקים שאתם בא הזקן מהקהילה או מהמחלקה הסייעודית.

האשפוז פוגע בשגרת החיים ובסדר היום הרגיל של הזקן החולה ומשתבשות אצלו פעילויות בסיסיות כגון פעולת מעיים, אכילה ושתייה, הורדה לכיסא, פעילויות שלעתים אינן מתבצעות כלל עקב השתלטות סדר היום של בית-החולים. מתן הוראה לשכיבה במיטה למספר ימים עקב בעיה חריפה, מסכנת את הזקן הסייעודי וחושפת אותו למפגעים שונים – היווצרות קרישי דם ברגליים ותסחיפים בריאות, חוסר שליטה על השתן, עצירות כרונית ואבני צואה, הפרעה במטבוליזם של הסיידן והמים ויציאה מהאיזון (הומוסטזיס). במקום חדש עם צוות לא מוכר הזקן הופך למבולבל והוא חרד שמא ינטשו אותו; הוא מאבד את המוטיבציה שלו וגולש לדיכאון (Gillick et al., 1982).

עם הכניסה לבית-החולים ישנה גם התערבות טיפולית בהתאם למצב הרפואי – כגון בדיקות מעבדה או הדמיה הדורשות התערבויות (פרוצדורות) פולשניות

ושיתוף פעולה מצדו. לזקן המבולבל נותנים תרופות הרגעה או קושרים אותו למיטה שלא ייפול. הפסקת אכילה – תגרור הכנסת זונדה; חוסר שליטה בסוגרים – יגרום להכנסת קטטר לכיס השתן; לכל התערבות יש אם כן תופעות לוואי, וכך אנו נכנסים למפל של סיבוכים.

זקן שהגיע עקב דלקת ריאות שהשתפרה במהלך האשפוז – הודות למתן אנטיביוטיקה לווריד – הידרדר מבחינת מצבו התפקודי הכללי ותלותו גברה. לא אשכח את סיפורה של אותה בת שהביאה את אמה לחדר מיון ונאלצה ללכת. וכך היא תיארה את שראתה בהגיעה למחלקה הגריאטרית כעבור מספר שעות: "מצאתי את אימא שוכבת במיטה חצי עירומה עם חיתול – והרי אימא שולטת על סוגר השתן". כשפנתה לצוות נענתה: "אנחנו לא יכולים להוריד אותה לשירותים כל רגע!".

אחזור ואזכיר שהאדם הזקן הוא אורגניזם שחי עם סביבתו באיזון עדין ושביר, ללא זרבות תפקודיות – הזיקנה מאופיינת בירידה ביכולת להגיב למצבי דחק (סטרס). בית־החולים מהווה מקור לדחק (סטרס) וגורם ליציאה מהאיזון שנבנה בבית בעמל רב. ומעבר ליציאה מהאיזון, בבית־החולים קיימים מפגעים שהם ייחודיים לו מעצם תפקידו לטפל בחולה – כגון מתן תרופות, שכובה במיטה, זיהומים נרכשים, נפילות, התערבויות (פרוצדורות) אבחון, טיפול וניתוחים. כל אלה וכל אחד לחוד יכולים להוות גורם ליציאת הזקן הסייעודי מהאיזון הדק והשביר שלו.

6. מתן תרופות

הבעיה והיקפה

שליש מסך התרופות הניתנות בארץ נצרכות על־ידי האוכלוסייה המבוגרת. זקנים סייעודיים נוטלים במוצע 6–8 תרופות ביממה, רובן בהקשר למצבים כרוניים קבועים ומתמשכים (Avron & Gurwitz, 1995).

מתן התרופות לזקן הסייעודי משולה לחרב פיפיות; תועלתן במקרים רבים גבוהה, אך גם תופעות הלוואי שלהן והנזק שהן עלולות לגרום גדולים (Beers et al., 1992) – אז איך, אם כן, ליטול תרופות ולא להינזק מהן?

פיזיולוגיה ופתולוגיה

כדי להבין את הבעייתיות בנטילת תרופות נתחיל בפיזיולוגיה. כל תרופה הניטלת דרך הפה עוברת ארבעה שלבים עד לסילוקה מהגוף (תהליך הנקרא פרמקוקינטיקה): ראשית עליה להיספג בקיבה. בהמשך עליה להתפזר בגוף באמצעות קשירה לחלבונים בדם. מהדם עליה לעבור פירוק ומטבוליזם דרך אנזימי הכבד ולבסוף היא מופרשת מהגוף דרך הכליות. בכל פגיעה או כּשָל באחד מהמעברים הללו התרופה מאבדת את יעילותה או שהיא מצטברת בגוף עד לרמות רעילות.

בתהליך הזיקנה חלים שינויים פיזיולוגיים הקשורים להשפעת הטיפול התרופתי, ואלה הם:

א. **ספיגת התרופות** – עקב ירידה בחומציות הקיבה והתרוקנות אטית של הקיבה, הספיגה נפגעת.

ב. **פיזור התרופות** – מסת השרירים יורדת, נפח רקמת השומן עולה, ויש ירידה בנפח המים. שינויים אלו גורמים לכך שנפח הפיזור ברקמות של תרופות המומסות במים הוא נמוך, וריכוז תרופות אלו בדם עולה ועלול לגרום להרעלה. לעומת זאת, נפח הפיזור של תרופות המומסות בשומן עולה ותוחלת החיים שלהן ארוכה יותר – למשל, תרופות הרגעה (פסיכוטרופיות) תצטברנה ברקמות עד לסכנת הרעלה. נוסף לכך, ירידת כמות החלבונים (האלבומין) שאליהן אמורה התרופה להיקשר גורמת להישארות של חלק מהתרופה חופשי בדם, דבר שגם עלול לגרום להרעלה.

ג. **מטבוליזם** – התרופות עוברות פירוק דרך הכבד. בכבד קיימת "תחרות" בין תרופות שונות על אתרי הקישור.

ד. הפרשה - תפקוד הכליות בסילוק תוצרי הפירוק אצל אנשים בגיל מבוגר יורד עד מחצית מיכולתן, דבר המעכב את הפרשת התרופות וגורם לעלייה בריכוזן בדם.

באורגניזם של הזקן מתרחשים תהליכים פרמקולוגיים (פרמקודינמיים) הגורמים לרגישות יתר לתרופות. לעתים התגובה לתרופה גם במינונים "נורמליים" תהיה חריגה ואולי אף הפוכה להתוויה שבגינה ניתנה התרופה. למשל, תרופות מרגיעות הגורמות לאי־שקט ולהתפרצויות.

לכל תרופה קיים "חלון טיפולי" המוגדר כטווח שבין התגובה לטיפול לבין הרגישות לרעילות. אצל הזקן התגובה לטיפול יורדת בעוד שהרגישות לרעילות עולה; יוצא אפוא, שבגיל זה החלון הטיפולי צר יותר.

אנו מזהים באוכלוסייה המבוגרת ככלל ובזקן הסיעודי בפרט שתי תופעות שאינן רצויות; תופעות הנראות לכאורה מנוגדות אך הן ניזונות מגורמים חינוכיים ותרבותיים כמו גם מדעות קדומות: (א) תופעה של ריבוי תרופות - כלומר, מתן תרופות רבות בו־זמנית הנקראת polypharmacy; (ב) אי־נטילה של תרופות חיוניות עקב היענות נמוכה מצד הזקן או אי־דיווח על תלונות וקבלתן כתהליך "נורמלי" של הזיקנה.

להלן נפרט את המצבים השונים.

התופעה של ריבוי תרופות

תופעה זו נפוצה באוכלוסייה המבוגרת ככלל ובאוכלוסייה הסיעודית בפרט. לפי מחקרים שונים, תרופות הן הגורם העיקרי למחלות יאטרוגניות (ראה הפרק על מצבים יאטרוגניים).

לרבות מהתרופות יש תופעות לוואי והן יכולות לגרום לפגיעות כמו נפילות ובלבול (Ray et al., 1987). היארעות של תופעות הלוואי עולה עם הגיל; בגילאי 40-50 נמצא כ־10% תופעות לוואי וככל שעולים בגיל שיעורן עולה, כשבקרוב גילאי 80 ומעלה הוא מגיע עד ל־25%. לא רק שילוב בין התרופות

השוונות גורם לתופעות לוואי; גם גיל גבוה ומחלות מעצימים את תופעות הלוואי הנרכשות. ריבוי תרופות גורם בעקיפין גם להיענות נמוכה בנטילת תרופות חיוניות (Williamson & Chopin, 1980).

יש להדגיש שריבוי תרופות אינו מצביע בהכרח על איכות טיפול ירודה: בל נשכח שמטרתן של התרופות הוא לשפר מצבים רפואיים ותפקודיים ולמנוע התפתחות של פגיעות ממחלות כרוניות וגלישה לבעיות חריפות. אך מצד אחר יש להדגיש שמה שטוב לאוכלוסייה עצמאית בגיל המבוגר, יכול להיות בעל סיכון שהוא גבוה מהתועלת בקרב האוכלוסייה הסיעודית, המאופיינת ברמת תפקוד נמוכה ותלות גופנית ושכלית רבה.

מהם הגורמים לריבוי תרופות?

1. נטייה של אנשי מקצוע לטפל בתסמינים ובתלונות באמצעות תרופות.
2. ביקורים אצל רופאים שונים שלא תמיד מכירים את ההיסטוריה הרפואית של החולה.
3. לחץ של המשפחה או של החולה עצמו לקבל תרופות, ולעתים גם לחץ מצד הצוות המטפל במחלקות הסיעודיות לתת אותן.
4. שימוש בתרופות הניתנות לקנייה ללא מרשם רופא, שלא תמיד מדווחות ולכן לא נכללות ברשימת התרופות המוצהרת.
5. תופעת התרופות ההיסטוריות – "את התרופה הזאת אני כבר לוקח 20-30 שנה, אז מדוע שאפסיק".
6. גורמים תרבותיים, חינוכיים ודעות קדומות.

התופעה של אי-נטילת תרופות חיוניות

הגורמים לתופעה זו קשורים לתרבות ולחינוך אך גם לדעות קדומות.

1. אי-דיווח על תלונות או תת-דיווח על סימפטומים "הנחשבים" כתופעות של זיקנה, גורמים לאי-מתן תרופות ולאיחור בהשפעת התרופה על הסימפטום.

2. אופיין של המחלות הכרוניות השקטות, שעוברות ללא תלונות וסיבוכיהן ניכרים רק כעבור שנים רבות, מוריד את המוטיבציה לקחת תרופות למחלות אלו.
3. ריבוי תופעות לוואי – למשל הצורך בהליכה לשירותים לעתים קרובות.
4. בעיות ראייה ושמיעה ובעיות זיכרון.
5. קושי בהבנת השמות המסחריים השונים של אותה התרופה (תחליפים גנריים).
6. קושי לאחוז בטבליות או לחתוך אותן או להוציאן מתוך עטיפתן (על רקע בעיות בתנועה, בפרקים ובחישה).
7. ההוראות לגבי אופן נטילת התרופה אינן מובנות ומורכבות מדי – למשל 3-4 פעמים ביום, לסירוגין – יום כן ויום לא, והוראה למינונים שונים – יום אחד חצי כדור ולמחרת כדור שלם.

סימנים של תופעות הלוואי

טווח הסימנים של תופעות הלוואי של תרופות הוא רחב ביותר – מגרד קל ועד מצב של שוק ומוות. הסימנים יכולים להתבטא בחולשה, בלבול, נפילות, סחרחורות ותלונות לא ספציפיות לגבי מערכת העיכול – כגון בחילות, הקאות, שלשולים, ועד לסימנים ספציפיים של פגיעה במערכות ובאיברים שונים – מדימום במערכת העיכול ועד לפגיעות בכבד, בכליות, במוח העצם ובשמיעה.

אופן ההתערבות

הערות כלליות והנחיות לשימוש בתרופות אצל זקן סיעודי

1. יש לשקול לגבי כל תרופה את התועלת מול נזק אפשרי או הסיכון שלה. אם התועלת הצפויה גדולה מהסיכון – יש לקחתה.
2. יש להתחיל במינון אפקטיבי ונמוך, להעלותו בהדרגה ולבצע הערכה תקופתית.
3. יש לשאול האם המטרה (המחלה או הסימפטום) שלשמה ניתנה התרופה עדיין תקפה, שכן לעתים זו כבר חלפה.

4. כששוקלים הפסקת מתן תרופה יש לשאול מהו הנזק שייגרם כתוצאה מכך, תוך התייחסות לתועלת שתצמח מהמשך נטילת התרופה.
5. יש לבצע הערכה מחודשת של הטיפול התרופתי לאחר אשפוזים או לאחר בעיות חריפות. ייתכן שהבעיות שבגינן ניתנה התרופה חלפו וניתן להפסיקה.
6. יש לחשוד בכל סימפטום או תלונות כתופעת לוואי לתרופה שניטלה.
7. תמיד קיים החשש שמא תינתן תרופה נוספת כנגד תופעת הלוואי שהתפתחה מנטילת התרופה המקורית – מצב הנקרא "מפל סיבוכים".
8. יש להחזיק רשימת תרופות עדכנית שבה יצוין המינון הנכון ומספר הפעמים שהחולה נטל את התרופה.
9. יש לבקש מהרופא לעבור למתן תרופה במינונים של פעם עד פעמיים ביום.
10. יש להדריך את בני המשפחה והמטפלים באשר לאופן מתן התרופות ומטרתן וכן בכל הקשור לתופעות הלוואי העלולות להופיע.
11. יש לקבוע מי יהיה אחראי לנטילת התרופות ולסדר נטילתן.
12. יש להתחשב בתפקוד החולה, בניידותו, במצבו הקוגניטיבי ובתפקודי הראייה והשמיעה שלו.
13. רצוי להשתמש בקופסאות מיוחדות המאפשרות סידור וניהול התרופות אחת לשבוע על-ידי המשפחה או האחות.
14. יש להיות קשובים לתלונות ולתסמינים המופיעים לאחר נטילת תרופות.
15. יש להתחשב במצב הקליני (במצב התזונתי, במצב הנוזלים בגוף ובתפקוד הלב, הכליות והכבד).
16. בגילאים מופלגים – מעל לגיל 90 – מומלץ להמעיט במתן תרופות.
17. יש לשקול טיפולים לא תרופתיים – כמו שינוי התנהגותי או סביבתי.

18. יש להקפיד על תיעוד עם הגבלת זמן במתן תרופות הניתנות לתקופה קצרה (כגון אנטיביוטיקה).
19. רצוי להאזין לחולה ולתלונותיו, לגלות אמפתיה, ולא לתת לו מרשם ללא הצדקה רפואית ברורה.
20. העלון המצורף לכל תרופה גורם לבהלת שווא ולא־נטילתה. רצוי להיוועץ עם הרופא, האחות או הרוקח לגבי תופעות הלוואי הספציפיות הצפויות מהתרופה הניטלת.

עקרונות מנחים כלליים לשימוש בתרופות לצוות המטפל

- א. זכור מי היא אוכלוסיית המטרה (זקנים סיעודיים).
- ב. תינתנה תרופות רק כאשר יש התוויה ברורה, ולאחר שנלקחו בחשבון התועלת מול הסיכון שבנטילתן.
- ג. יש לתעד בתיק הרפואי את האבחון או את סיבת מתן התרופה.
- ד. יש לקחת בחשבון שינויים החלים אצל החולה – כמו גיל, מחלות וכן התרופות שהוא מקבל.
- ה. יש לבדוק את המטבוליזם ודרך הפרשתה של התרופה מהגוף ומהו המצב של אותן מערכות (כליות, כבד) אצל החולה; כמו־כן יש לבדוק את מסת הגוף ומצב הנוזלים בגוף ולהתאים את המינון ואת תכיפות נטילת התרופות.
- ו. יש לשקול מדי חודש את הצורך במתן התרופות.
- ז. בתרופות שלגביהן ניתן לבצע מעקב אחר רמתן בדם (כמו דיגוקסין או דנטואין) או מעקב אחר מדדי התוצאה (כמו דופק, לחץ דם ומשקל) יש להקפיד לבצע זאת, לפי הצורך.
- ח. יש לבצע מעקב אחר רמות לחץ הדם בעת נטילת תרופות להורדת לחץ דם. ייתכן שצריך יהיה להפסיק את נטילתן או להוריד את המינון אם לחץ הדם הסיסטולי ירד מתחת ל־100 מ"מ כספית. כנ"ל לגבי חולי סוכרת הנוטלים

תרופות להורדת הסוכר – יש להפסיקן אם רמת הסוכר ירדה אל מתחת ל-80 מיליגרם.

את ניטור התרופות ניתן לבצע בשלושה מישורים:

א. לבדוק את היעילות הקלינית (האם יש פחות כאבים, האם יש השראה לשינה, וכו') ולזהות תופעות לוואי.

ב. בדיקה תקופתית של פרמטרים קליניים – כמו דופק ולחץ דם.

ג. מדידה של רמת התרופות בדם.

למרות כל האמור לעיל, יש תרופות שיש לעודד את נטילתן שכן הן עונות על בעיות שהזקן הסייעודי סובל מהן בשכיחות גבוהה – כגון:

■ עצירות – לתת לקסטיבים למיניהם.

■ דיכאון – לתת נוגדי דיכאון.

■ כאבים – לתת משככי כאב.

מתן התרופות יתבצע לאחר ייעוץ רפואי ולאחר שנכשלו ההתערבויות הלא-תרופתיות.

7. שנת החיים האחרונה

בשנה האחרונה לחייהם ובפרט בחודשים הקודמים לפטירתם, רבים מהזקנים הסייעודיים סובלים ממוגבלות גופנית ושכלית המגבירה את תלותם. ישנה גם עלייה במספר המחלות הנלוות ובאירועים חריפים של אחת ממחלותיהם הבסיסיות (יאול ורוזין, 1998).

המהלך מתאפיין בהידרדרות אטית המוחשת עם התלקחויות של אירועים חריפים שלאחריהן, הודות לטיפול, חלה נסיגה (remission). בזמן האירועים החריפים מופנים החולים לבתי-חולים ולחדרי מיון המאוישים בצוותות שונים שאינם

מכירים את המצב הרפואי של הזקן, וכך נפגמת ההמשכיות בטיפול. לעתים הם מתאשפזים במחלקות ולעתים נשלחים הביתה, וחוזר חלילה. הטיפול בצרכים הרפואיים – כגון מתן אנטיביוטיקה, משֶׁתָּנִים, חמצן וסקשן לשאיבת ההפרשות – ניתן במקוטע, בעת האירוע החריף בלבד. יש גם פחות התייחסות לטיפול במניעת הכאב, בסבל ובאי־הנוחות, ואף הטיפול בצרכים האישיים (האכלה, שליטה על הסוגרים) לוקה בחסר.

לכולנו מוכרת התופעה שבה רופא בית־החולים הכללי עומד חסר אונים ליד מיטת זקן עם בעיה רפואית חמורה ובלתי הפיכה – בעיה שלא ניתן לטפל בה מעבר לטיפולים שהחולה הזקן כבר קיבל. לדוגמה, אי־ספיקת לב סופנית, אספירציות חוזרות כשברקע מחלה מוחית ניוונית או וסקולרית מוחית או אי־ספיקת כליות מתקדמת בחולה שאינו מועמד לדיאליזה. מצב זה נובע מהיעדר יעד ברור לטיפול כשידוע שמצבו של הזקן הוא סופני ובלתי הפיך והמוות הצפוי הולך וקרב. הצוות הרפואי אינו יודע איך להתמודד עם הבעיה וההחלטה המתקבלת היא אחת משתיים – טיפול אגרסיבי, דהיינו שהות מתמשכת בחדרי טיפול נמרץ ושימוש בטכנולוגיה מתקדמת, או "הרמת ידיים", דהיינו זקנים חולים אלו נשלחים לחדר האחרון במחלקה או משוחררים למסגרת שממנה הגיעו. בשתי ההחלטות הללו הזקן החולה נפטר בסופו של דבר, ללא התמקדות בטיפול בסבלו, באי־נוחותו, ובחרדות שלו. לא קיים קו טיפולי ברור במהלך החודשים האחרונים לחייהם של החולים והם מיטלטלים הלך ושוב בין חדרי מיון ומחלקות אשפוז בבתי־חולים. הן החולים והן המשפחות כבר עייפים ומותשים, ללא כתובת לפנות אליה וללא טיפול המשכי.

מעניין שכשמדובר בחולה סופני העומד למות ממחלת סרטן ממושטת קיימים פתרונות, הן במישור הטיפולי התומך (palliative) ובמניעת הסבל והכאב והן במישור האשפוזי – ההוספיס. אך גישה ממוסדת זו אינה מופעלת לגבי החולה הזקן הלא־אונקולוגי שגם הוא מתייסר וימיו ספורים.

הבעייתיות בטיפול בזקנים סיעודיים בסוף חייהם

- א. בעיות בתקשורת בין הצוות הרפואי והסיעודי לבין החולה ומשפחתו המקשות להסביר את המצב הקשה והבלתי הפיך ואת המוות הצפוי.
 - ב. ראיית המוות ככישלון מצד המטפלים – ולפיכך מתן טיפול אגרסיבי בבחינת "לא נרים ידיים".
 - ג. ציפיות לא מציאותיות של המשפחה – ולעתים אף של החולה – מהרופא; הם רואים בו כבעל יכולת לשנות את מהלכן של מחלות כרוניות – "הרופא יעשה נסים".
 - ד. אנו, כחברה, לא מקבלים את המוות והתלות כחלק מהחיים ומדחיקים אותם.
 - ה. אנו מושפעים מהמידע על הארכת תוחלת החיים ומסיפורי הצלחה אקראיים.
 - ו. קושי בהחלטה הרפואית-אתית – היכן נקודת ה"אל-חזור", שבה הכיוון הטיפולי משתנה ממטרה של ריפוי למטרה של טיפול תומך (פליאטיבי).
- קריטריונים קליניים שלפיהם בני המשפחה והצוות המטפל ידעו להחליט מהי אותה נקודת ה"אל-חזור" ויפעלו בהתאם
- א. תצפית יום-יומית שבה הצוות המטפל ואף המשפחה, המכירים את מצבו הפיזי והקוגניטיבי הירוד של הזקן, מבחינים בחוסר התגובה לטיפול, רואים את החולה ואת סבלו ובעיקר עד כמה המחלה מתישה אותו.
 - ב. המהלך הרפואי של החולה בשנה האחרונה – מספר האשפוזים בבתי-חולים כלליים, מספר הפניות לחדרי מיון, עקומת ההידרדרות במוגבלות ובתלות התפקודית-פיזית והקוגניטיבית.
 - ג. מדדים קליניים וסימנים חיוניים, גופניים ונפשיים, המצביעים על התקדמות המחלה והם:

1. מדדים גופניים – ירידה במשקל, ירידה ברמת האלבומין והכולסטרול, וכן סימנים חיוניים כמו לחץ הדם, הדופק, הנשימות, כאב, תפוקת שתן וחמצון הרקמות.

2. מדדים נפשיים – מצב ההכרה, החיוניות, חיוך או מבט של סבל, האם החולה ער או כבוי, מה משדרות שפת הגוף שלו והבעות פניו.

עלינו להציב יעד ברור בטיפול: לא להמשיך את ייסוריו של החולה ואת סבלו; לא לתת טיפול אגרסיבי באמצעות טכנולוגיות מתקדמות כשהטיפול הוא עֶקֶר מלכתחילה – אלא להתייחס אל הזקן בצורה אנושית, התואמת את המצב הנתון ואת המצב שקדם לאירוע.

מטרות הטיפול בזקנים סיעודיים בסוף חייהם

- א. לתת טיפול רפואי המשכי ולא מקוטע, ההולם את מצבם של החולים.
- ב. למעט בשימוש בשירותי טיפול נמרץ אם הסבל עולה על התועלת או שהטיפול הוא עֶקֶר.
- ג. להקל על כאבים, חרדות, אי־שקט ואי־נוחות הנובעים מהקאות ועצירות.
- ד. לשפר את התקשורת רופא-חולה ומשפחה.
- ה. לתת כבוד, לאפשר פרטיות, ולמנוע טלטולים מיותרים והפרעות אחרות.

האם קיימת פריצת דרך בטיפול בזקן הסיעודי?

לכאורה, תוחלת החיים הארוכה שהתברכנו בה צופה זקנים בגילאים מבוגרים יותר, משמע יותר בעיות תפקודיות ומצבים סיעודיים. אך אם נראה את המצב הסיעודי כחלק מגיל הזיקנה, כשמטרתנו הטיפולית לקצרו לתקופה האחרונה והסופית של שנת החיים האחרונה (ואם ניתן – לחודש האחרון), הרי בהחלט קיימת פריצת דרך. פריצת הדרך מתבטאת בהבנת התהליכים הפיזיולוגיים התלויים בגיל, ברמת המולקולה והתא ובהעלאת המודעות הרפואית והחברתית לגורמי הסיכון האחראים להאצתם של המצבים הרפואיים השכיחים הגורמים למצב הסיעודי המוקדם. כיום, יש באפשרותנו למנוע אותם או לפחות לדחות את המוגבלות והתלות לקצה הסופי.

גורמי הסיכון הידועים והשכיחים למצבים סיעודיים מוקדמים הם:

1. תהליכים טרשתיים הגורמים לחסימות בכלי הדם בלב, במוח, בכליות, בעיניים וברגליים. החסימות הללו מואצות עקב מצבים פתולוגיים של יתר לחץ דם, סוכרת, יתר שומנים, קרישיות יתר של הדם ועישון.
2. תהליכים של ירידת מסת העצם ושחיקת הסחוס בפרקים נושאי המשקל.
3. תהליכי ירידה בחושים.
4. תהליכים ניווניים במערכת העצבים המרכזית (המוח).

אנו מחלקים את הטיפול המניעתי לשלושה שלבים: המניעה הראשונית – שעיתויה הוא בטרם הופעת המחלה; המניעה השניונית – עם הופעת המחלה; והמניעה השלישונית – לאחר הופעת הפגיעה.

בכל השלבים הללו חלה התפתחות רפואית וחברתית והתקדמות ניכרת. נתאר מספר מערכות עיקריות בגוף הנפגעות והגורמות למצב הסיעודי שבכולן חלה התפתחות. מערכת השלד והפרקים, מערכת כלי הדם והלב, מערכת העצבים המרכזית (המוח) ומערכת החושים.

1. מערכת השלד והפרקים – מחלות כמו אסטאופורוזיס הגורמת לעצם להיות שבירה ושחיקת הסחוס בפרקים נושאי המשקל; כל אלה הן מחלות הניתנות כיום למניעה ולדחיית הופעתן. התערבות כמו תזונה מתאימה, התעמלות ותרגילים, נטילת כדורי סידן ותרופות לשמירת מאזן הסידן בעצם, כמו גם אמצעי האבחון והמעקב השתפרו במידה רבה.

טכניקות הניתוחים במצבים של שברים התקדמו מאוד ואף אופן השיקום, המתבטא בכך שכיום מעמידים את הזקן על רגליו מיד לאחר הניתוח. טכניקות הניתוח וההרדמה בהחלפת פרקים בברכיים והאגן, על רקע שחיקת הסחוס, מונעים מצבים של פגיעה בתנועתיות ובניידות של הפרקים הגדולים נושאי המשקל.

2. מערכת כלי הדם והלב – התפתחות עצומה חלה בטכניקת ניתוחי הלב – ביצוע מעקפים של כלי דם החסומים או פתיחתם והנחת תומכים למניעת הסתימה מחדש. אמצעי האבחון וההדמיה בכלי הדם הכליליים של הלב – צנתורים ואף באזור הצוואר והרגליים על ידי הזרקת חומרי ניגוד, השתפרו במידה רבה וניתן לזהות חסימות בודדות ופתיחתן.

כניסת תרופות חדשות להורדת השומנים בדם ומתן נוגדי קרישה ודילול הדם או להמסת קרישים הניתנים בתחילת תהליך של חסימת עורק, יכולים למנוע את הנזק המתהווה בשריר הלב. יש גם תרופות חדשות נגד הפרעות קצב או הנחת קוצב לב המונעות הפרעות קצב והידרדרות המצב. טיפול תרופתי חדיש ביתר לחץ דם הנחשב כ"רוצח השקט" ומניעת פגיעתו בכלי הדם הגדולים מונע את חסימתם ואת הפגיעה באיברים חיוניים עד הגעה למצב סיעודי.

3. מערכת החושים – שיפור בטכניקות האבחון והניתוח במצבי יָרֹד (קטרקט), שימוש בלייזרים בטיפול בגלאוקומה ובניוון המקולה, וכניסת תרופות המונעות עליית הלחץ בעין, כל אלו הביאו לתפקוד טוב יותר של העיניים ולשיפור באיכות חיים ובמניעת הידרדרות ונפילות. השימוש באביזרי שמע וקשב מתוחכמים מקשר את הזקן לסביבה ומונע את ניתוקו מהחברה הסובבת אותו.

4. מערכת העצבים – חלה התקדמות בהבנת תהליכים מיקרוסקופיים ברמת המולקולה והתא שגורמים למצבים ניווניים של המוח (מחלות אלצהיימר או פרקינסון וטרשת נפוצה), ונכנסו תרופות חדשות הדוחות ומאטות את קצב ההתקדמות של המחלה.

אך ההתקדמות היא לא רק ברפואה, אלא גם בסיעוד הגריאטרי, ובתפיסה השיקומית, במכשור ובאביזרים. כמו כן, תהליכים חברתיים ותחוקתיים כמו קבלת מלגת סיעוד ומטפל מקומי לפי שעות, או כניסת מטפל זר – מאפשרים לזקן הסיעודי לשהות בביתו.

פרויקטים חברתיים כמו מרכזי יום לזקנים עם ירידה תפקודית – גופנית ושכלית, קהילות תומכות ודיוור מוגן, כל אלה ואחרים תומכים בזקן הסיעודי ובמשפחתו ומאפשרים את הישארותו בבית, לרווחתו ולהקלת הנטל על המשפחה.

אף החברה מבינה את מטמודדת עם הזקן הסיעודי בצורה מרוככת יותר ועם השלמה רבה.

ולבסוף, מספר מילים מהלב:

הזקן הסיעודי משול בעיניי לשחקן משני שבשלהי החיים משחק בפאתי הבמה ואינו מעניין את קהל הצופים. למרות האפרוריות והצל של קצות הבמה ניתן להאירו באורות רכים ובצבעים חמים. בהשקעה נכונה ומסורה ניתן לשפר את משחקו. משחקו (תפקודו) ישתפר (יגבר) ואז הקהל אולי יאהב גם אותו.

הפגיעה התפקודית הקשה, המוגבלות הגופנית והתלות באחרים המלוות את המצב הסיעודי, דנות את הזקנים לחיות על הסף, בקצה התהום ותחת האיום

של המוות. הגריאטריה הסיעודית אינה פופולרית מאחר שנראה כאילו לא כדאי להשקיע בה – לא מאמץ, לא זמן ולא כסף. אולם למרות שתקופה זו נראית מרחוק כמוצלת וחשוכה יש בה אורות רבים. אל לנו להיות ניזונים מהכללות ומסטראוטיפים, שכן אוכלוסיית הזקנים הסיעודיים אינה הומוגנית; באותה רמת תלות קיים טווח רחב של מצבים, קצוות שונים, כשהשאיפה היא להיות בקצה עם האור.

הזקן הסיעודי הוא היפוך לתנועה הפופולרית של anti-aging המככבת היום, זו המנסה בכל דרך להתרחק ולדחוק את הזיקנה. החברה, הרוצה להיראות ולהישאר צעירה, מתמודדת כיום – ותתמודד בעתיד – עם הזיקנה ועם התלות המתלווה אליה. אלו יזחלו ויגיעו אל כולנו כשם שהן הגיעו אל דור הנפילים שהקים את המדינה הזאת ואשר חשב גם הוא שיישאר צעיר וחלוץ לנצח.

הקלת התלות וראייה מרוככת ומפויסת של המציאות נחוצה לזקן כמו לצעיר, ובעיקר למי שתלותו גבוהה.

קימצתי בשימוש במילה "חולה" מתוך רצון לומר ולהבהיר, שהפגיעה התפקודית היא מצב מתמשך של תלות; מצב זה אמנם נובע ממחלה או מבעיה כלשהי, אך אין הוא מצב חריף של מחלה. גם המילה "נכות" אינה מופיעה, אלא בחלופות של ירידה תפקודית ועלייה בתלות.

נמנעתי גם מהשימוש במילה "מוסד" או "מיסוד" עקב ההקשרים השליליים הנלווים למונחים אלה. העדפתי את המונח "אשפוז" במחלקות או במסגרות סיעודיות, מונח המקובל יותר על האוכלוסייה ונכון יותר מבחינה מקצועית.

דווקא בגלל שדעות אלו רווחות, חשוב היה לי להשקיע בכתיבת ספר זה, ולכם לקראו.

רשימת מקורות

- אברמוביץ, ל' (1995). התמודדות עם הלוויה מתמשכת. עבודה עם חולי אלצהיימר. ירושלים: הוצאת אשל ומלבב.
- אייל, ה' (1997). אבחון וטיפול בבעיות בליעה. הרפואה, 132, 557-781.
- בלומין, ב', עזרא, מ', אורי, א' (1992). פצעי לחץ: פתופיזיולוגיה, מניעה, טיפול והגישה השיקומית. הרפואה, 122, 321-325.
- בנטור, נ', צחמיר, ס' (2003). בדיקות סינון לאיתור בעיות בשמיעה וראייה – מחקר הערכה. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל, דמ-409.
- בן ישראל, י', פידלמן, ז' (1993). פצעי לחץ אצל הזקן – מניעה וטיפול. רופא משפחה, 21, 302-307.
- ברגמן, ש', מרגוליס, י' (1985). איכות הקשרים בין הקשישים לבין תומכיהם. גרונטולוגיה, 6, 21-22.
- ברודסקי, ג', שנוור, י', באר, ש' (עורכים) (2001). קשישים בישראל: שנתון סטטיסטי. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל ואשל, בהוצאת משאב מאגר נתונים ארצי.
- ברז'ובסקי, ס', רוזין, א' (1997). קשירת חולים זקנים מאושפזים מוצדקת או יש לגנותה? הרפואה, 133, 180-183.
- גוטליב, ד' ועמיתים (1995). ירידה בשכיחות דלקות ריאה לאחר אירוע מוחי בעקבות הערכת בליעה מתוכננת. הרפואה, 129, 33-35.
- דוולצקי, צ', זוננבליק, מ' (1994). הזנה אנטרלית בקשיש. הרפואה, 126, 539-536.

הייניק, י' (1998). מבחן ציור שעון בשיטיון במחלת אלצהיימר. הרפואה, 134, 147-143.

הייניק, י', ורנר, פ' (2000). Mini-Mental State: סקירת הכלי ותיאור תרגומיו לשפות אחדות. הרפואה, 138, 258-253.

וולקוב, ל' (1992). להיות בן להורה קשיש. תל-אביב: רמות.

זונשווילי, מ', וקסה, ת', גנץ, ר' (מאי 1996). אלטרנטיביות לקשירות מטופלים קשישים. הפורום לסיעוד פסיכוגריאטרי, 20-36.

יאול, א' (1996). לסוגיית הזקן הסיעודי. גרונטולוגיה, סקרים וסקירות. 97, 21-18.

יאול, א' (פברואר 1998). המדריך להערכה וטיפול בפצעי לחץ. ירושלים: הוצאת ביה"ח הרצוג.

יאול, א' (דצמבר 1999). המדריך להזנה אנטרלית. ירושלים: הוצאת ביה"ח הרצוג.

יאול, א' (2000). עקרונות הטיפול בפצעי לחץ בזקנים. הרפואה, 138, 975-971.

יאול, א' (אפריל 2002). הערכה גריאטרית תפקודית כוללנית - כלים להערכה. ירושלים: הוצאת ביה"ח הרצוג.

יאול, א' רוזין, א' (1998). מחשבות על הטיפול בקשישים החולים במחלות לא אונקולוגיות בשלב הסופי. גרונטולוגיה, כה, 147-141.

כהן, ד', צ'חנובר, מ' (1996). מעקרונות הגריאטריה. ירושלים: הוצאת אקדמון.

מייס, נ', רבינס, פ' (1988). 36 שעות ביממה. ירושלים: הוצאת מלבב.

משרד הבריאות (1994). קריטריונים למוסדות עם מיטות לטיפול בחולים סיעודיים מורכבים, חוזר מספר 6/1994. קובץ נהלים מטעם האגף למחלות ממושכות וזקנה.

משרד הבריאות (יוני 2003). הנחיות לשימוש בייפוי כוח לפי חוק זכויות החולה.
חוזר המנהל הכללי מס' 6/2003.

פלדמן, י', פלו, ל', ירצקי, א' (1999). הערכה גריאטרית כוללת – חשיבותה והשלכותיה הקליניות, החברתיות והכלכליות. הרפואה, 136, 933-935.
פרידמן, ג', ישראלי, א', בן יהודה, א' ואחרים (1993). הערכה גריאטרית בקשיש המאושפז בבי"ח כללי. הרפואה, 125, 169-173.

רוזין, א' (1994). הזנה אנטרלית בחולה הקשיש. הרפואה, 126, 556-558.

רון, פ' (2001). דיכאון, חוסר תקווה ונטיות אובדניות בקרב קשישים: השוואה בין קשישים המתגוררים במוסדות ובקהילה. גרונטולוגיה, 28, 83-103.

AGS Panel on Chronic Pain in Older Persons (1998). The management of chronic pain in older persons: *JAGS*, 46, 635-651.

Avron, J., & Gurwitz, H.J. (1995). Drug use in the nursing home. *Ann Intern Med*, 123, 195-204.

Beers, M.H., Ouslander, J.G., Fingold, S.F. et al. (1992). Inappropriate medication prescribing in skilled-nursing facilities. *Ann Intern Med*, 117, 684-689.

Braden, B., & Bergsrom, N. (1994). Predictive validity of the Braden Scale for pressure sores risk in nursing home population. *Res. Nurs Health*, 17, 459-470.

Clarfield, A.M. (1988). The reversible dementia – Do they reverse? *Ann of Int Med*, 109, 476-486.

Compan, B., Dicacstri, A., Plaje, J. et al. (1999). Epidemiologic study of malnutrition in elderly patients in acute, subacute and long term care nursing in the U.S.A. *J of Nutrition, Health and Aging*, 3, 146-151.

- Ferrell, B.A. (1995). Pain evaluation and management in the nursing home. *Ann Int Medicine*, 123, 681-684.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). 'Mini Mental State' – A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12, 189-198.
- Fries, J.F. (1980). Aging, natural death and compression of morbidity. *N Eng J Med*, 303, 130-136.
- Fries, J.F. (2002). Successful Aging – An emerging paradigm of gerontology. *Clin Geriatr Med*, 18, 371-382.
- Giff, A.G. (1989). Visual analogue scales: Measurement of subjective phenomena. *Nurs Res*, 38, 286-288.
- Gillick, M.R., Serrel, N.A., & Gillick, L.S. (1982). Adverse consequences of hospitalization in the elderly. *Soc Sci Med*, 16, 1033-1038.
- Gillick, M.A. (2000). Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. *N Eng J Med*, 342, 206-210.
- Gorbin, M.J., Bishop, J., Beers, M.H. et al. (1992). Iatrogenic illness in hospitalized elderly people. *J Am Geriatr Soc*, 42, 1031-1042.
- Guralnik, J.M. (1999). The impact of vision and hearing impairment on health in old age. *J Am Geriatr Soc*, 47(8), 1029-1031.
- Hachinski, V.C., Liff, L.D., Zilhua, E. et al. (1975). Cerebral blood flow in dementia. *Arch Neurol*, 32, 632-637.
- Ham, R.J. (1985). Home and nursing home care of the dependent elderly patient. *A Fam Phys*, 31, 163-169.

- Heston, L.L., Carrard, J., Makris, L. et al. (1992). Inadequate treatment of depressed nursing home elderly. *J Am Geriatr Soc*, 40, 1117-1122.
- Hoening, H., Mazer-Oaks, S.A., & Siebins, J. (1994). Geriatric rehabilitation: What do physicians know about it and how should they use it? *J Am Geriatr Soc*, 42, 341-347.
- Hurley, A.V., Volicer, B.J., & Hanraham, P.A. (1992). Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patients. *Res Nurs Health*, 15, 369-377.
- Inouye, S.K., Van Dyck, C.S., Alessi, C.A. et al. (1990). Clarifying confusion assessment method. A new method of detection of delirium. *Ann Intern Med*, 113, 947.
- Issacs, B. (Ed.) (1992). *The challenge of geriatric medicine*. New York: Oxford University Press. New York.
- Kahn R.L., Goldfarb, A.L., Pollack, M., & Peck, A. (1960). Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *American Journal of Psychiatry*, 117, 326-328.
- Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R. et al. (1963). The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *J Am Med Asso*, 195, 914-919.
- Katz, S., Baruch, L.G., Branson, M.H. et al. (1983). Active life expectancy. *Eng J Med*, 309, 1218-1224.
- Keith, R.A., Granger, C.V., Hamilton, B.B. et al. (1987). The functional independence measure (FIM): A new tool for rehabilitation. *Adv Clin Rehab*, 1, 6-18.

- Keller, B.K., Morton, J.L., Thomas, V.S. et al. (1999). The effect of visual and hearing impairment on functional status. *J Am Geriatr Soc*, 47(11), 1319-1325.
- Kemper, P., & Murtaugh, C.M., (1991). Lifetime use of nursing home care. *N Eng J Med*, 324, 595-600.
- Lamy, P.P. (1980). *Prescribing for the elderly* (p. 56). Littleton, Mass.
- Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.
- Leslie, S.L., & Perrez, S. (1989). Care of the nursing home patient. *New Eng. J. Med*, 32, 93-96.
- Macphee, G.J., Crowther, J.A., & McAlpine, C.H. (1998). A simple screening test for hearing impairment in elderly patients. *Age and Aging*, 17, 347-351.
- Mahoney, F.J., & Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Med J Rehab*, 14, 61-65.
- Mark, S., Lachs, M.D., Alvean, R. et al. (1990). A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patient. *Ann of Internal Medicine*, 112, 699-706.
- Marlow, C.D., Geretz, M.B., Kanten, D. et al. (1994). A randomized trial of physical rehabilitation for very frail nursing home residents. *J Am Med Asso*, 271, 519-524.
- Mendez, M.F., Ala, T., Underwood, K.L. et al. (1992). Development of scoring criteria for the clock drawing task in Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc*, 40, 1095-1099.

- Morley, I.E., & Silver, A.J. (1995). Nutritional issues in nursing home care. *Ann Int. Med.*, 123, 850-859.
- Mosqueda, L.A. (1993). Assessment of rehabilitation potential. *Clinics in Geriatric Med*, 9, 689-703.
- Norton, D. (1989). Calculating the risk: Reflections on the Norton scale. *Decubitus* 2, 24-31.
- Ouslander, J.G. (1993). Decisions about enteral tube feeding among the elderly. *J Am Geriatr Soc*, 41, 7-17.
- Ouslander, J.G., Leach, G., Stskin, D. et al. (1986). Prospective evaluation of an assessment strategy for geriatric urinary incontinence. *J Am Geriatr Soc*, 37, 715-724.
- Ouslander, J.G., Osterwick, D., & Morley, J. (Eds.) (1997). *Medical care in the nursing home*. New York: MacGraw-Hill Company.
- Ray W.A., Griffin, M.R., Schaffiner, W. et al. (1987). Psychotropic drug use and the risk of hip fracture. *N Engl J Med*, 316, 363-369.
- Reisberg, B. (1988). Functional Assessment Staging (FAST). *Psychopharmacol Bull*, 24, 653-659.
- Resnick, N.M., Yalla, S.V., & Lanvino, E. (1989). The pathophysiology of urinary incontinence among institutionalized elderly persons. *N Engl J Med*, 32, 1-7.
- Reuben, D. B. et al. (1995). Nutrition screening in older persons. *J Am Geriatr Soc*, 43, 415.

- Sheikh, J.I., & Tesavage, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontology, 5*, 165.
- Small, G.W., Loston, E.H., & Jarvik, L.F. (1981). Diagnosis and treatment of dementia in the aged. *West J Med, 135*, 469-481.
- Solomon, D. (1986). Geriatric Assessment: Methods for clinical decision making. *J Am Geriatr Soc, 259*, 2450-2452.
- Steel, K., Gertman, P.M., & Crescenzi, A.J. (1981). Iatrogenic illness and general medical service at a university hospital. *N Engl J Med, 304*, 638-642.
- Vita, A.J., Terry, R.B., Hubert, H.B. et al. (1998). Aging, health risk and cumulative disability. *N Eng J Med, 338*, 1035-1041.
- Williamson, J., & Chopin, J.M. (1980). Adverse reaction to prescribed drugs in the elderly. *Age and Aging, 9*, 73-80.
- Yoshikawa, T.T., & Norman, D.C. (1996). Approach to fever and infection in the nursing home. *J Am Geriatr Soc, 44*, 74-82.
- Zalsman, G., Aizenberg, D., & Sigler, M. (1998). Geriatric depression scale short form: Validity and reliability of the Hebrew version. *Clinical Gerontologist, 18*, 309.
- Zarit, S.H., Ranins, P.V., Mac, N.L., & Lucas, M.J. (1982). The impact of dementia on the family. *J Am Med Asso, 298*(3), 333-335.

המלצות לקריאה נוספת

- אקשטיין, ג' (1988). סיעוד הורים בישראל. רעננה: הוצאת הכוון.
- גולדברג, א' (1984). פרוייקט קהילתי לטיפול קבוצתי בחולי דמנציה. גרונטולוגיה, 5, 29-30.
- גולנדר, ח' (1995). לחיות על קו הקץ – עולמם של קשישים במחלקה סיעודית. ירושלים: הוצאת מאגנס, האוניברסיטה העברית בירושלים.
- גלינסקי, ד', פריד, ו' ובידרמן, א' ועמיתים (2000). מבחנים לאיתור זקנים בעלי סיכון גבוה לנפילות בקהילה, ופרוטוקולים נלווים. הרפואה, 138, 189-194.
- גרשטנצקי, י', לינדנבאום, נ' (1991). התערבות מקצועית במשפחה מטפלת בחולה דמנטי. גרונטולוגיה, 50, 51-52.
- יאול, א' (1997). זקנים במצב וגטטיבי (צמח) במחלקה סיעודית מורכבת. גרונטולוגיה, 78, 85-87.
- יאול, א' (1998). הדיוור המוגן לאוכלוסייה המבוגרת – היבטים רפואיים. גרונטולוגיה, כו, 109-115.
- יאול, א' (2001). היחידה לפצעי לחץ – שנת ניסיון. הרפואה, 140, 903-906.
- יאול, א', מנצל, י' (2003). דפוסי שימוש בתרופות בקרב זקנים השוהים במחלקות סיעודיות.
- כרמלי, א' (1997). תפקיד הפיזיותרפיסט באבחון הפרעות שיווי משקל ומניעת נפילות בקרב קשישים. גרונטולוגיה, 78, 66-72.
- לוברט, א', ליבוביץ, א', סגל ר' ועמיתים (2001). זיהוי צרכים חברתיים ורפואיים של קשישים בקהילה, לפי הרכב המופנים לנופשון. גרונטולוגיה, 28, 75-81.
- סמו, ח', אדונסקי, א' (1999). על אורך החיים ועל איכות החיים וטיבם. הרפואה, 137, 32-33.

סקפה, א' ועמיתים (1992). החדרה מילעורית של גאסטרוסטום בשיטה האנדוסקופית (PEG). הרפואה, 123, 512-514.

פישר, מ' (1994). שיטיון. בתוך ב' חבוט, א' הרט ו' לרמן (עורכים), פרקים נבחרים ברפואה גריאטרית. ירושלים: אשל ומאגנס.

פליישמן, ר', ולק, ד', היילברון, ג' (1999). הפרויקט לשיפור מערכת הפיקוח על בתי חולים לחולים כרוניים ומחלקות לחולים סיעודיים מטעם שירותי בריאות הציבור לפי שיטת הרף. ג'וינט-מכון ברוקדייל דמ-333.

Allman, R.M. (1989). Pressure sores among the elderly. *N Eng J Med*, 320, 850-853.

Allman, R.M. (1997). Pressure ulcer prevalence, incidence risk factors and impact. *Clinics in Geriatric Medicine*, 13, 421-433.

American Gastroenterological Association, Medical Position Statement: Guidelines for the use of enteral nutrition. (1995). *Gastroenterology*, 108, 1280-1301.

Beers, M.H. (1997). Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. *Arch Intern Med*, 157, 1531-1536.

Beers, M.H., Avron, I., Sonmerai, S.B. et al. (1988). Psychoactive medication use in intermediate care facility residents. *J Am Med Asso*, 260, 3016-3020.

Bergsrom, N., Braden, B.J., Lugazza, A., & Holman, V. (1987). The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res*, 36, 205-210.

- Ciacon, J.O., Silverstone, F.A., & Grave, L.M. (1988). Tube feeding in elderly patients: Indication benefits and complication. *Arch Intern Med*, 148, 429-435.
- Drickamer, M.A., & Cooney, L.M. (1993). Geriatrician's guide to enteral feeding. *J Am Geriatr Soc*, 41, 672-679.
- Dwolatzky, T., Berzovsky, S., Freedman, R. et al. (2001). A prospective comparison of the use of NGT and PEG for long term enteral feeding in the elderly. *Clinical Nutrition*, 20, 535-554.
- Fiatarone, M., O'Neil, E., Ryan, N.D. et al. (1994). Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *N. Engl. J. Med*, 33, 1769-1775.
- Forman, D.E., Coletta, D., Kenny, D. et al. (1991). Clinical issues related to discontinuing digoxin therapy in elderly nursing home patients. *Arch Inter Med*, 151, 2194-2198.
- Guidelines for the prevention of falls in older persons (2001). *J Am Geriatr Soc*, 49, 664-672.
- Gurwitz, H.J., Noonan, J.P., & Soumerai, S.B. (1992). Reducing the use of H2 receptor antagonists in the long-term care setting. *J Am Geriatr Soc*, 40, 359-364.
- Harari, D., Gurwitz, H.J., Avron, J. et al. (1994). Constipation: Assessment and management in an institutionalized elderly population. *J Am Geriatr Soc*, 42, 947-952.
- Hazzard, W.R. et al. (1999). *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology* (4th edition). U.S.A.: McGraw-Hill publications.

- Herdink, E.R., Lewfkens, H.G., & Herings, R.M. (1998). NSAID associated with increased risk of congestive heart failure in elderly patients taking diuretics. *Arch Intern Med*, 158, 1108-1112.
- Herkind, P., Priest, R.S., Schiller, G. (Eds.) (1983). *Compendium of Ophthalmology*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Hogan, S. (1990). Care for the caregiver: Social policies ease their burden. *J of Gerontological Nurs*, 16(5), 13-17.
- Kane, R.L., Ouslander, J.G., Abrass, I.B. et al. (1999). *Essentials of Clinical Geriatrics* (4th Edition), U.S.A.: McGraw-Hill Publications.
- Kranczer, S. (1999). Continued, United States longevity increase: Recent trends in expectation of life. *Statist Bull (Oct-Dec)*, 20-27.
- Lazaron, J., Pomeranz, B.H., & Corez, P.N. (1998). Incidence of adverse drug reaction in hospitalized patients. *J Am Med Asso*, 279, 1200-1205.
- Marshall, B., & Kapp, J.D. (2002). Evidence-based medicine and informed consent. *Academic Medicine*, 77, 1199-1200.
- Measuring quality of care at the end of life – A statement of principles (1977). *J Am Geriatr Soc*, 45, 526-527.
- Melding, P. (1991). Is there such a thing as geriatric pain? *Pain*, 6, 242-249.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure ulcer prevalence, cost and risk assessment (1989). *Decubitus*, 2, 24-28.

- Norton, D., McLaren, R., & Exton-Smith, A.N. (1962). *An investigation of geriatric nursing problems in hospitals* (913-924). London: Churchill Livingstone.
- Ouslander, J.G. (1990). Evaluation of incontinence. *Urology*, 36 (suppl.), 25.
- Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed 'up and go': A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*, 39, 142-148.
- Rochon, P.A. (1997). Optimizing drug treatment for elderly people: The prescribing cascade. *BMJ*, 315, 1096-1099.
- Roubenoff, R., & Preto J. (1987). Malnutrition among hospitalized patients: A problem of physician awareness. *Arch Intern Med*, 147, 1462-1465.
- Rubenstein, L.Z., Josephson, K.R., Robbins, A.S. (1994). Falls in the nursing home. *American College of Physicians*, 12, 442-451.
- Salive, M.E., Guralnik, J., & Glynn, R.J. (1998). Association of visual impairment with mobility and physical function. *J Am Geriatr Soc*, 42, 287-288.
- Song, F., Freemantle, N., Sheldon, T.A. et al. (1993). Selective serotonin reuptake inhibitors: Meta-analysis of efficacy and acceptability. *BMJ*, 306, 683-687.
- Tinetti, M.E. (1986). Performance oriented assessment of mobility in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*, 34, 119-125.

נספחים

מילון מושגים

הסבר	המונח הרפואי
מוקדי נמק במוח או בלב	אוטמים
ירידה במסת העצם	אוסטיאופניה
מצב של שבר או הרס בחוליות	אוסטאופורוזיס
קוצר נשימה לילי	אורטופניה
טרשת, היצרות כלי הדם העורקיים	ארטריוסקלרוזיס
החדרת צינור לקנה הנשימה	אינטובציה
מתן נוזלים דרך הווריד	אינפוזיה
מצב מתקדם של מחלה עם כְּשָׁל בתפקוד הווריד	אי־ספיקה
רגישות	אלרגיה
אבדן הזיכרון	אמנסיה
מתן תזונה, תרופות ונוזלים דרך המעי	אנטרלי
מחלה חסימתית של הריאות	אסטמה
שיאוף לריאות	אספירציה
אבדן יכולת הדיבור	אפסיה
אבדן יכולת תכנון וביצוע	אפרקסיה
עודף נוזלים המצטברים בדרך-כלל ברגליים	בצקת
התייחסות לשינויי הגיל והמחלות של הפרט	גיל ביולוגי

הסבר	המונח הרפואי
גיל אוניברסלי שרירותי	גיל כרונולוגי
קיבה	גסטרו
ניקוב פתח בקיבה	גסטרונומיה
צחיחות, יובש, חוסר נוזלים	דהידרציה
סילוק תוצרי הפרשה במצב של אי־ספיקת הכליות בעזרת מכונה	דיאליזה
הרחבת כלי הדם הוורידיים	דליות
קובץ של גורמים הפוגעים בתפקוד השכלי	דמנציה
חוסר חמצן	היפוקסיה
מצבי תת־חום	היפותרמיה
מצבי חום גבוה	היפרתרמיה
ביצוע דיאליזה דרך הדם	המודיאליזה
יכולת לעבור ממשטח אחד למשנהו (למשל – ממיטה לכיסא)	העברות
צינור המוכנס לקיבה דרך האף לשם הזנה או ניקוז	זונדה
ניקוב פתח בקנה הנשימה	טרכאוסטומיה
פקת ורידים	טרומבוזיס
תופעת לוואי של מטופל עקב המפגש הטיפולי	יאטרוגניות
מחלות חריפות	מחלות אקוטיות
מחלות קבועות	מחלות כרוניות

הסבר	המונח הרפואי
פתח מלאכותי להזנה או הפרשה	סטומה
אירועי דחק	סטרס
דלקת במערות האף	סינוסיטיס
ירידה במסת השרירים	סרקופניה
תמיסה של מזון רפואי להזנה	פורמולה
שינויים תלויי גיל	פיזיולוגיה
חיסון נגד פניאמוקקים	פניאמוקקים
ירידה תלוית גיל בראייה	פראסביאופיה
קצוות	פרופריה
מתן תזונה, תרופות ונוזלים דרך הדם	פרנטלי
מחלות	פתולוגיה
תפקוד שכלי	קוגניציה
"טרנזיסטור" המושתל בתת־העור להסדרת קצב הלב	קוצב לב
צנתר או צינור לשלפוחית השתן	קטטר לשתן
פנרוס לגברים	קטטר לשתן חיצוני
הגבלת תנועה של החולה כדי למנוע סכנה לו או לסביבתו	קשירות
שם פופולרי לכאבי פרקים	ראומטיזם
החזר של אוכל מהקיבה	ריפלוקס
סיבים תזונתיים	תאית

מבחני תפקוד לאבחון והערכה

כלים אלה באים לבדוק את תפקוד האדם הזקן. הכלים בנויים משאלות שעל הזקן להשיב עליהן או מטלות שעליו לבצען. הכלים פשוטים וברורים ואין צורך בהכשרה, בציוד או במכשור מיוחד כדי להשתמש בהם. המבחנים ניתנים למדידה ולכימות ומקובלים בעבודה המקצועית היום-יומית. חשוב שהמשפחה תדע על קיומם, תכיר את המושגים ואת התפקודים שבהם מדובר ותהיה שותפה למהלך הטיפול.

א. הערכת התפקוד היום-יומי

זוהי בדיקה של יכולת הביצוע של החולה במטלות בסיסיות יום-יומיות ובתפקוד במשק הבית. הנתונים מתקבלים מצפייה בחולה בזמן ביצוע הפעולות או משיחה עם המטפל של החולה (אחות או בן המשפחה).

אני מבדילים בין A.D.L לבין I.A.D.L :

1. A.D.L – בודק תפקוד בסיסי בחיי היום-יום. אלו הן מטלות בסיסיות הנדרשות לחיי היום-יום, והוא ידוע כ"אינדקס של כץ", ומקובל מאז 1963.

קיימות שלוש רמות של תפקוד:

א. **עצמאי** בעל יכולת לבצע את המטלות ללא עזרת אדם (ניתן להשתמש באביזרי עזר).

ב. **תלותי חלקי (קל)** בעל יכולת לבצע מטלות עם עזרה של אדם אחר.

ג. **תלותי מלא (קשה)** חסר יכולת לבצע מטלות גם עם עזרה.

אנו נאחד את ה"תלותי" הקל והקשה לתלותי ונתייחס רק לעצמאי ותלותי. כאן נבדקים שישה נושאים.

<p>עצמאי – אינו זקוק לעזרה, נכנס ויוצא מהאמבטיה. תלותי – זקוק לעזרה.</p>	<p>רחצה</p>
<p>עצמאי – נוטל בגדים מהארון ומתלבש בעצמו. תלותי – אינו מתלבש לבד או נשאר בחלקיות לבוש.</p>	<p>הלבשה</p>
<p>עצמאי – נכנס ויוצא מהשירותים, מסדר את בגדיו ומנקה את עצמו.</p>	<p>שימוש</p>
<p>תלותי – מקבל עזרה בשימוש בשירותים או משתמש בסיר או בכיסא.</p>	<p>בשירותים</p>
<p>עצמאי – נכנס ויוצא מהמיטה, מתיישב וקם מהכיסא ללא עזרה. תלותי – אינו מסוגל לבצע אחת מההעברות הנ"ל.</p>	<p>העברות</p>
<p>עצמאי – שולט על ההפרשות (צואה ושתן). תלותי – שליטה חלקית או שימוש בקטטר, פנרוס, סיר או חוקנים.</p>	<p>שליטה על הסוגרים</p>
<p>עצמאי – מעביר אוכל מהצלחת לפה. תלותי – זקוק לעזרה בהעברת האוכל לפה או מוזן בצורה מלאכותית.</p>	<p>אכילה</p>

לכל נושא ניתן ניקוד בהתאם: עצמאי = 0, תלותי = 1. תלות מוחלטת שווה 6 נקודות. ניתן לתת ניקוד של 0.5 על תלות חלקית.

2. I.A.D.L – תפקוד במשק הבית: אלו הן מטלות יום-יומיות מורכבות יותר, הנדרשות לניהול משק הבית.

המטלות דורשות שילוב של יכולות פיזיות וקוגניטיביות וניתן לבצע על-פיהן הערכה קוגניטיבית חלקית. גם כאן ניתן לצפות בחולה בביצוע המטלות או לשמוע דיווח מהמטפלים.

נבדקים שמונה נושאים והם: הכנת ארוחות (בישול), קניות, ניקיון הדירה, כביסה, שימוש בתחבורה, שימוש בטלפון, נטילת תרופות וניהול כספים.

לכל נושא ניתן ניקוד בהתאם: עצמאי = 0, תלתי = 1. תלות מוחלטת שווה 8 נקודות.

3. **אינדקס ע"ש ברטל** – כלי ותיק וידוע מאז 1965, המודד את יכולת התפקודים הבסיסיים, כולל נידות. בכלי זה משתמשים במחלקות שיקומיות כמדד לשיפור קליני והוא נמצא אף כמנבא תמותה. בעת הצורך הוא גם מסייע בקביעת המקום המתאים לזקן.

נבדקים כאן עשרה נושאים והם:

עצמאי עזרה		הנושא
5	10	האכלה (שתייה מכוס)
10-5	15	העברות (מכיסא למיטה וישיבה במיטה)
0	5	היגינה אישית (רחיצת פנים, צחצוח שיניים, גילוח, סירוק)
5	10	שימוש בשירותים
0	5	רחצה
10-5	15	הליכה על משטח ישר
5	10	עלייה וירידה במדרגות
5	10	לבוש (גוף עליון ותחתון)
5	10	שליטה בפעולת מעיים
5	10	שליטה בסוגר השתן

הניקוד נקבע בהתאם לביצוע: הניקוד המקסימלי – 100 נקודות, משקף עצמאות מלאה; ניקוד של 91 עד 95 – תלות קלה; ניקוד של 61–90 – תלות בינונית; ניקוד של 21–60 – תלות קשה; וניקוד של 0 עד 20 – תלות מלאה.

4. מבחן FIM – Functional Independence Measure – זהו מבחן חדש יחסית שכדאי להכירו. הוא פותח בידי מומחי שיקום ואומץ על-ידי הגריאטרים. הבדיקה כוללת 18 סעיפים המתחלקים בין מטלות בטיפול האישי (אכילה, היגיינה, רחצה, לבוש חלק עליון ותחתון, שימוש בשירותים, שליטה על פעולת המעיים וסוגר השתן, העברות למיטה ולכיסא, לשירותים ולמקלחת), ניידות, תקשורת וקוגניציה. בכל מטלה ניתן לקבל ניקוד בטווח של 1 עד 7 נקודות – מעזרה מלאה עד ללא עזרה. מקסימום של 126 נקודות פירושו עצמאות מלאה; מעל 90 נקודות – זקוק להשגחה עד עצמאות מלאה; 73–90 – זקוק לעזרה בינונית עד קלה; 32–72 – זקוק לעזרה רבה עד בינונית; מתחת ל-36 נקודות האדם נמצא במצב סיעודי מלא עם עזרה מלאה; ומינימום של 18 נקודות – תלות מלאה.

5. הגדרות תפקודיות

זקן עצמאי יכול לבצע מטלות ללא עזרה מאדם אחר (ניתן להשתמש באביזרי עזר), הן בתפקוד הבסיסי בחיי היומיום והן בניהול משק הבית.

זקן תשוש מתקשה לבצע מטלות בניהול משק הבית ונוזקק לעזרה של אדם אחר. מסוגל לבצע מטלות בסיסיות יום-יומיות ללא עזרה או בעזרה קלה בלבד (תלותי קל).

זקן סיעודי חסר יכולת לבצע מטלות בסיסיות יום-יומיות גם עם עזרה. הוא בדרך-כלל מרותק לכיסא גלגלים וחסר שליטה על אחד הסוגרים (תלותי קשה).

זקן סיעודי מורכב נוסף להגדרה הקודמת הוא סובל מהבעיות הבאות: פצעי לחץ בדרגות II, III, מוזן דרך זונדה, סובל ממחלת סרטן פעילה, זקוק לדיאליזה/לחמצן רוב שעות היום.

זקן תשוש נפש מתקשה בביצוע מטלות בסיסיות יום-יומיות ובניהול משק הבית עקב ירידה קוגניטיבית ניכרת; ניידותו סבירה.

ב. הערכת חוסר שליטה על סוגר השתן

פגיעה בסוגר השתן גורמת לחוסר שליטה ובריחת שתן, והתוצאה – הרטבה. קיימים מצבים חריפים וכרוניים וחשוב להכירם. מצב חריף – הוא הפיך; במצב כרוני ניתן להקל על הזקן ולשפר את איכות חייו.

1. מצבים חריפים זמניים – הסיבות

המצב	תיאור	הסיבות	טיפול
דיליריום	מצב בלבולי חריף, תנודות במצב ההכרה, מחזוריות של ערנות וישנוניות, חוסר ריכוז	מצב רפואי חריף – כמו: זיהומים, בעיות מטבוליות, נפילות, שברים	איתור וטיפול בגורם האירוע החריף, טיפול באנטיביוטיקה, איזון סוכרת ומלחים
רטציה (אגירה)	לעתים מצב בלבולי, תכיפות במתן שתן, עמימות בהקשה על הבטן התחתונה	פרוסטטה מוגדלת, היצרות האורטרה, תרופות – אנטיקולינרגיות ונרקוטיות	ניתוח להסרת הפרוסטטה, הרמת שריר הפלביס, או שינוי מוצא השלפוחית, הפסקת תרופות
רסטריקציה (הגבלה)	מוגבלות בניידות או בתנועתיות	שברים, כאבי פרקים, כאבים, דיכאון, תרופות מרגיעות	פיזיותרפיה, קיבוע שברים, החלפת מפרקים, מתן אביזרי עזר, מתן אנגלטיקה – נוגדי דיכאון והנעה

המצב	תיאור	הסיבות	טיפול
אינפקציה (זיהום)	בלבול, חום, ספסיס, ספירת הכדוריות הלבנות גבוהה	גוף זר (קטטר) בשלפוחית, שארית שתן קבועה	מתן אנטיביוטיקה, הוצאת גוף זר וריקון השלפוחית
אימפקציה (דחיסת צואה)	עצירות עם ריר מספר ימים, בבדיקה רקטלית מתגלים אבני צואה	שכיבה ממושכת, תזונה חסרת תאית, חוסר שתייה, ותרופות	חוקנים, מתן לקסטיבים, הקפדה על פעולת מעיים ותזונה עשירה בתאית ומים
פוליאוריה	השתנה מרובה	סוכרת לא מאוזנת, היפרקלצמיה, מתן משתנים, ואיספיקת לב	איזון סוכרת וקלציום, הפסקת משתנים, איזון מצבי איספיקת לב
פוליפארמסי	תרופות מרובות ושילובים ביניהן	פתלוגיה מרובה, תלונות גופניות מרובות, פניות לרופאים שונים, נטילת OTC	הפסקת תרופות ושילוב מושכל של תרופות

2. מצבים כרוניים קבועים – הסיבות

המצב	תיאור	הסיבות	טיפול
סטרס (stress)	איבוד כמויות שתן קטנות – בעיקר אצל נשים – בזמן שיעול, צחוק, ישיבה או עמידה	עלייה בלחץ התוך-בטני, השמנת יתר, חולשת שרירי רצפת האגן, שינוי או חולשה בזווית מוצא השלפוחית	תרגול שרירי האגן, ניתוח שינוי הזווית של מוצא השלפוחית, מתן אסטרוגן ואלפא אגוניסט, טיפול התנהגותי

המצב	תיאור	הסיבות	טיפול
דחיפות (urge) (שלפוחית עצבנית)	בריחת כמויות שתן גדולות, תכופות ודחופות והשתנה לילית	רגישות או פעילות יתר של שריר השלפוחית במצבי סטרוק או דמנציה או גירוי כמו גידול או אבן	הרפיית השלפוחית – כדורי דטרוסיטול, טיפול התנהגותי
עצירה/אגירה (overflow)	בריחת כמויות שתן עודפות, בדרך כלל קטנות	חסימה עקב פרוסטטה או פגיעה בהתכווצות השרירים – למשל סוכרת או פגיעה בעמוד השדרה	ניתוחים להסרת הפרוסטטה, קטריזציה וקטטר קבוע
תפקודי (functional)	קושי בניידות, סביבה מוזנחת – ריח שתן וחוסר אביזרי עזר (הליכון), חוסר נגישות וחוסר מוטיבציה	מוגבלות תפקודית – כמו קושי בניידות, הזנחה סביבתית, חסר באביזרי עזר (הליכון), דיכאון, דמנציה	ארגון הסביבה, טיפול אנטי־דיכאוני, אָבזור הולם, תרופות להרפיית השלפוחית (דטרוסיטול), לעתים פדים וקטטר קבוע

הערכת המצב המנטלי

- הערכת המצב המנטלי מתחלקת בין הערכה קוגניטיבית-שכלית, הערכה אפקטיבית – דיכאון ואבחון של דיליריום.

ג. הערכה שכלית (קוגניטיבית)

1. מבחן מנטלי מינימלי ע"ש פולשטין

M.M.S.E (Mini Mental State Examination)

זהו אחד המבחנים הנפוצים והמומלצים ככלי סינון קוגניטיבי, הן באבחון והן להערכת מהלך. מדובר בשאלון קצר, פשוט ומעשי, הנותן הערכה כמותית. לגיל ולהשכלה של הנבדק יש כאן השפעה גדולה ונמצא שבעלי השכלה נמוכה צוברים ניקוד נמוך. מגבלה נוספת של המבחן – שאינו מכסה תחומים קוגניטיביים אחדים כמו תפקודים ביצועיים ושיפוט. נקודת החיתוך היא 23–24; היא מושפעת מרמת ההשכלה, כושר הראייה, דיכאון, אפזיה וקשיי שפה.

ניקוד	פרטים	הנושא
	שנה, חודש, תאריך, יום, עונה, מדינה,	התמצאות
10	עיר, רחוב, מספר	
3	חזרה על שמות 3 חפצים	זיכרון מיידי
5	להפחית שביעיות ממאה, עד 5 פעולות	ריכוז וחישוב
3	לחזור על שמות החפצים שנלמדו	זיכרון לטווח קצר
	להראות שני חפצים (שעון, עט)	תפקודי שפה:
2	ולומר את שמם	שיום
1	חזרה על משפט "בלי, אם ואבל"	חזרה
	ביצוע מטלה המורכבת מ-3 פעולות ברצף:	ביצוע מטלות
3	"קח את הנייר ביד ימין, קפל אותו לחצי, והנח על הרצפה"	
1	קריאת פקודה וביצועה ("עצום את עיניך")	קריאה וביצוע
1	כתיבת משפט ספונטני	כתיבה
1	 העתקת צורה (שני מחומשים)	העתקה

2. שאלון מצב מנטלי (MSQ)
מבחן מנטלי קצר בן 10 שאלות:

- א. מה שם המקום הזה? ו. בן כמה אתה?
ב. מהי כתובת המקום? ז. מתי יום הולדתך?
ג. איזה יום בחודש? ח. באיזו שנה נולדת?
ד. איזה יום היום? ט. מה שמו של ראש הממשלה?
ה. איזו שנה זאת? י. מי היה ראש הממשלה הקודם?

0-2 טעויות: פגיעה מינימלית

3-8 טעויות: פגיעה בינונית

9-10 טעויות: פגיעה קשה

3. מבחן ציור שעון חופשי

מבחן זה נחשב בין מבחני הסינון הקצרים לאבחון שכלי, המנטרל במידת מה השפעות תרבותיות, השכלה ואתניות. המבחן גם בודק יכולות של שפה – הבנת הוראה המורכבת משלוש פקודות, זיכרון קרוב, תהליכים חזותיים-תפיסתיים ויכולות של ביצוע – תכנון, ארגון והפשטה. מבחן זה יכול להצביע על פגיעה קוגניטיבית רב-מוקדית, הוא רגיש לשיטיון ככלל ולאלצהיימר בפרט.

הפקודה: צייר עיגול, מלא אותו במספרים כמו בשעון ושים את המחוגים על השעה 11:10.

יש לומר את הפקודה לאט, בקול, ובחדר שקט. הפקודה נאמרת פעם אחת בלבד. אם יש צורך לחזור על הפקודה או לתת רמז כלשהו או הכוונה – יש לציין זאת. אם הנבדק לא מצליח לצייר – הבודק יצייר את העיגול. השעה 11:10 נבחרה מאחר שהיא מתייחסת לשני חלקיו של השעון ובודקת חשיבה מופשטת.

4. כלי דירוג איסכמי ע"ש השינסקי

הכלי נותן רמזים לאבחון של דמנציה וסקולרית בהבדל מדמנציה ע"ש אלצהיימר. מבחן זה היה נפוץ לפני עידן ה-CT במוח, אך הוא עדיין יעיל מאוד בקליניקה.

ניקוד	הנושאים הנבדקים
2	הופעה פתאומית או חדה
1	הידרדרות בצורת מדרגות
2	מהלך תנודתי
1	בלבול לעת ערב
1	שימור יחסי של האישיות
1	תלונות גופניות רבות
1	ליביליות אמוציונלית
1	היסטוריה של לחץ דם
2	היסטוריה של סטרוק
1	ממצאים המצביעים על טרשת עורקים
2	תלונות נאורולוגיות ממוקדות
2	ממצאים נאורולוגיים ממוקדים

ניקוד מתחת ל-4 נקודות – מעיד על אלצהיימר, ומעל 7 נקודות – מעיד על רקע וסקולרי.

רמזים נוספים למחלה וסקולרית הם: תקופות ארוכות של מהלך יציב, הופעה מקדימה של בעיות של אי-שליטה בסוגר השתן או של הפרעות הליכה או אירועים של התכווצויות.

5. מבחן המדרג התקדמות של מחלת אלצהיימר – בארי ריסברג

(FAST - Functional Assessment Staging Tool)

ריסברג קבע 7 שלבים בירידה בתפקוד השכלי (קוגניטיבי) במחלת האלצהיימר

שניתן להקבילם למצב קליני ולמבחנים קודמים (MSQ, MMSE).

שלב	תפקוד קוגניטיבי	מאפיינים קוגניטיביים	אבחון קליני	משך הזמן	מקביל MMSE	מקביל MSQ
א	אין מוגבלות	אין אבדן זיכרון	מבוגר נורמלי	50 שנה	30	0
ב	נורמלי - בבית, בעבודה ובחברה	ירידה סובייקטיבית בזיכרון	ירידה "נורמלית" בזיכרון	15 שנה	30-24	0
ג	בשגרה - תקין, מתקשה בעבודה ובמקומות חדשים	נמצא בחרדה ולחץ, מנסה להסתיר קושי במציאת מילים, שמות	אלצהיימר "חבוי"	7 שנים	30-22	0
ד	ירידה בניהול משק בית - בניהול כספים, בהכנת ארוחות וקניות, במטלות מורכבות	בלבול בביצוע מטלות מורכבות יומיות, ירידה בריכוז ובקשב, ההתמצאות עדיין תקינה, משתמש במנגנון הכחשה, אפקט שטוח	אלצהיימר קל	2 שנים	28-20	3

שלב	תפקוד קוגניטיבי	מאפיינים קוגניטיביים	אבחון קליני	משך הזמן	מקביל MMSE	מקביל MSQ
ה	השגחה ועזרה קלה ברחצה ובלבוש, אוכל עדיין לבד והולך לבדו לשירותים	אינו זוכר כתובות וטלפונים או שמות נכדים חסר התמצאות בזמן ובמקום, זוכר את שם אשתו וילדיו, מכחיש ומגיב בכעס, בוכה וחשדני	אלצהיימר בינוני	18 חודשים	24-14	5-3
ו	עזרה רבה ברחצה ולבוש, חוסר שליטה על הסוגרים	שוכח את שם אשתו וילדיו, אינו זוכר אירועים חדשים, אינו מתמצא בזמן ובמקום, בלבול בין יום ולילה, שינויים באישיות וברגש, הפרעות התנהגותיות – פרנויה, תוקפנות, אובססיה וחרדה	אלצהיימר בינוני עד קשה	10-4 חודשים	מתחת ל-14	10-5
ז	עזרה בהאכלה או הזנה, אבדן יכולת התנועה והניידות, אבדן החיך והחזקת הראש למטה	יכולת הבנה של מילים ספורות, יכולת דיבור עד 6 מילים, השמעת אנחות וצעקות	אלצהיימר קשה	18-12 חודשים	לא ניתן לבצוע	לא ניתן לבצוע

מבחן ה-FAST מאפשר לקבל החלטה מהירה לגבי סוג הדמנציה והתאמתה למחלת אלצהיימר; מאפשר למקם את דרגת החומרה; מבדיל בין סיבוכים הנובעים מהמחלה והמתאימים לטיפול ובין המהלך הטבעי של המחלה; מאפשר תכנון, טיפול ומתן מידע מוקדם למשפחה על התקדמות המחלה ועל ההשלכות הטיפוליות.

בשלב ד יש צורך בהשגחת בני המשפחה על ענייני הכספים ועל מטלות מורכבות אחרות. כמו כן המשפחה נזקקת אז למטפל למספר שעות במשך היום, על-פי חוק הסיעוד.

בשלב ה יש להוסיף שעות מטפל מעבר לחוק הסיעוד.

בשלב ו יש צורך במטפל זר למשך רוב שעות היום או לשקול אשפוז במסגרת סיעודית קבועה.

בשלב ז יש צורך במטפל זר לכל שעות היממה, או לחלופין אשפוז במסגרת סיעודית קבועה.

6. דמנציה הפיכה – Reversible Dementia

חשוב לשלול סיבות הפיכות או כאלה הניתנות לטיפול; עם זאת, מציאת סיבות הפיכות וטיפול בהן אינם מבטיחים שינוי באבחון הדמנציה.

Drugs	תרופות
Emotional disorders	בעיות אמוציונליות (דיכאון) הפרעות מטבוליות (מלחים)
Metabolic or endocrine disorders	או הורמונליות (טירואיד)
Eye and ear disfunction	פגיעות בחושים (ראייה ושמיעה)
Nutritional deficiencies	חסרים תזונתיים
Tumor and trauma	גידולים או נפילות
Infection	זיהומים
Arteriosclerosis and alcohol	ארטריוסקלרוזיס ואלכוהול

ד. הערכת מצב אפקטיבית – דיכאון

הדיכאון שכיח ביותר בקרב האוכלוסייה המבוגרת; יש להיות מודע לשכיחותו ולסיכויי הטיפול הטובים.

1. מבחן דיכאון גריאטרי (GDS על-פי Yessavage) הנוסח המקוצר זהו מבחן קצר המכיל 15 שאלות לאבחון דיכאון.

סמן בעיגול ליד כל משפט את התשובה המתאימה למצבך כיום ובשבוע האחרון:

- | | | | |
|-----|---|----|----|
| א. | האם באופן כללי אתה מרוצה מחייך? | כן | לא |
| ב. | האם הפסקת לעסוק בפעילויות או בתחומי התעניינות רבים? | כן | לא |
| ג. | האם אתה מרגיש שחייך ריקים מתוכן? | כן | לא |
| ד. | האם אתה משתעמם לעתים קרובות? | כן | לא |
| ה. | האם אתה במצב רוח טוב רוב הזמן? | כן | לא |
| ו. | האם אתה פוחד שעומד לקרות לך משהו רע? | כן | לא |
| ז. | האם אתה מרגיש שמח רוב הזמן? | כן | לא |
| ח. | האם אתה חש לעתים קרובות חוסר אונים? | כן | לא |
| ט. | האם אתה מעדיף להישאר בבית במקום לצאת ולעשות דברים חדשים? | כן | לא |
| י. | האם אתה חושב שיש לך יותר בעיות בזיכרון מאשר לאנשים אחרים? | כן | לא |
| יא. | האם אתה חושב שנהדר לחיות עכשיו? | כן | לא |
| יב. | האם אתה מרגיש חסר ערך היום? | כן | לא |

- יג. האם אתה מרגיש מלא מרץ? כן לא
- יד. האם אתה סבור שמצבך חסר תקווה? כן לא
- טו. האם אתה חושב שמצבם של רוב האנשים טוב יותר משלך? כן לא
- תשובה נכונה מודגשת שווה נקודה אחת; מעל 5 נקודות – חשד לדיכאון.
מעל 9 נקודות – דיכאון ודאי.

2. אבחנה מבדלת קצרה בין דיכאון לדמנציה
קיימים הבדלים בהיסטוריה של החולה ובמצאים בבדיקה, המבדילים בין דיכאון לדמנציה (לפי G.W. Small).

דיכאון	דמנציה	היסטוריה של החולה
		א. תחילת המחלה ניתנת בדרך כלל לקביעה באופן מדויק
כן	לא	
		ב. משך זמן התלונות לפני ההגעה לרופא
קצר	ארוך	
		ג. התקדמות מהירה של התלונות
כן	לא	
		ד. החולה מתלונן על אבדנים קוגניטיביים
כן	משתנה	
		ה. כיצד מתאר החולה את החסרים הקוגניטיביים שלו
במדויק	במעורפל	
		ו. המשפחה ערה לחוסר התפקוד ולחומרתו
מוקדם	משתנה	
		ז. הופעת האבדנים של יכולות חברתיות
מוקדמת	מאוחרת	
		ח. היסטוריה של פסיכופתולוגיה
תדיר	נדיר	

דיכאון	דמנציה	בדיקת החולה
לא	כן	1. הבדלים בין אבדני הזיכרון הקרוב והרחוק
תדיר	נדיר	2. קיום חסרים ספציפיים-מוקדניים בזיכרון
טוב	חלש	3. יכולות קשב וריכוז
תדיר	נדיר	4. תשובות של "אני לא יודע"
נדיר	משתנה	5. תשובות מוטעות
משתנה	קבוע	6. ביצוע מטלות בעלות קושי זהה
כן	משתנה	7. קיום תגובה אמוציונלית של החולה
מדוכא	לביילי שטוח	8. אפקט החולה
קטן	סביר	9. מאמץ החולה לביצוע מטלות
מינימלי	משתנה	10. מאמץ החולה להתמודד עם חוסר תפקוד

ה. דיליריום

הימצאות דיליריום שכיחה מאוד אצל הזקן הסיעודי; יש על כן להכיר את הסימנים ולזכור שמדובר במחלה חריפה והפיכה.

1. Confusion Assessment Methods – CAM

א. הופעה פתאומית, מהלך תנודתי (acute onset, fluctuating course).

ב. חוסר קשב (inattention).

ג. חשיבה מקוטעת (disorganized thinking).

ד. שינויים ברמת ההכרה (altered level of consciousness).

אבחון של דיליריום דורש תשובות חיוביות בסעיפים א+ב, וכן תשובה חיובית בסעיפים ג או ד.

2. השוואה בין דיליריום, דמנציה ודיכאון

הכרת שלושת המצבים התפקודיים הללו היא בעלת חשיבות להערכת תפקוד הזקן. מדובר בשלושה מצבים שקיים בהם מכנה משותף: פגיעה ברמה המנטלית של הזקן. אך כל מצב הוא מקרה שונה וביטוי אחר. הם נקראים גם שלוש ה"ד".

השוואה בין דיליריום, דמנציה ודיכאון

דיכאון	דמנציה	דיליריום	
הפרעה במצב הרוח המלווה בחוסר עניין בסובב אותנו	ירידה קוגניטיבית (ללא פגיעה בהכרה)	פגיעה ברמת ההכרה (ערפול)	הגדרה
עצבות, חוסר הנאה, בכי	פגיעה בתפקודי השפה, אמנסיה, אפסיה, אפרקסיה ותפקודים ביצועיים	חוסר ריכוז, ישנוניות וערפול	סימנים עיקריים
עייפות, חוסר שינה וחוסר תיאבון, רגשי אשמה, חוסר תקווה, חוסר ישע	דיכאון, דלוזיה וחזיונות שווא	פגיעה קוגניטיבית, חזיונות שווא, תנודות במצב הרוח	סימנים מלווים
אפיזודי	כרוני מתמשך	חרیפה או תתי־חרیפה	הופעה
יש החמרה בבוקר	משתנה	יש החמרה בערב ובלילה	שינויים במהלך היום

ו. הערכת מצב תזונתי

הגדרה של תת־תזונה

חסר של מרכיבים בתזונה שיכולים להיות ברמת המקרו – כמו חסר חלבוני, או ברמת המיקרו – כמו חסר ויטמין בודד B12. חסר קלורי או חלבוני (protein energy malnutrition), מצב שבו הדרישה המטבולית גדולה ועולה על הכמות שנכנסת; מצב שכיח אצל זקנים.

חישוב המשקל

כיום נהוג לחשב את אינדקס מסת הגוף כמדד של משקל. הבדיקה נעשית על־ידי חלוקת המשקל בגובה, בריבוע:

$$\text{B.M.I. (Body Mass Index)} = \left[\frac{\text{Kg (משקל)}}{\text{M}^2 \text{ (גובה)}} \right]$$

19.9–15	תת־משקל
23.9–20	תקין – גבולי
29.9–24	מומלץ
40–30	השמנה
מעל 40	השמנת יתר

ז. הערכת מצב פצעי לחץ

הגדרה

פצע לחץ הוא פגיעה בשלמות העור כאשר הרקמה הרכה נדחסת בין בליטה גרמית (עצם) ומשטח קשיח (מזרן) לפרק זמן ממושך.

סולמות נורטון ובראדן – כלים לאומדן הסיכון לפתח פצעי לחץ

פותחו מספר כלים קליניים להערכת הסיכוי להתפתחות פצעי לחץ. הידועים מביניהם כיום הם סולמות נורטון ובראדן שעברו מבחני תקפות. כלים אלו מאפשרים לקבוע את הדירוג בהחמרת הסיכון (בכל עמודה יש 4 דרגות סיכון, כשמספר 1 הוא הדרגה התפקודית הנמוכה ביותר והמבטאת דרגת סיכון גבוהה יותר). הכלים מבוססים על שיפוט קליני של הבודקים.

סולם נורטון

מצב פיזי	מצב הכרה	ניידות	תנועתיות	שליטה בסוגרים
4. טוב	4. עירני	4. מתהלך	4. מלאה	4. שולט
3. בינוני	3. בלבול	3. הולך עם עזרה	3. מוגבלת מעט	3. לסירוגין
2. ירוד	2. ערפול	2. עם עזרה רבה	2. מוגבלת מאוד	2. אי-שליטה בשתן
1. גרוע מאוד	1. חסר הכרה	1. מרותק	1. חסר מוחלט	1. שתן+צואה

סולם בראדן

תחושה	לחות	ניידות	תנועתיות	תזונה	חיכוך
4. קיימת	4. יבש	4. מתהלך	4. ללא הגבלה	4. תקינה	
3. חלקית	3. לעתים רחוקות	3. הולך בקושי	3. מוגבלת מעט	3. חלקית	ללא חיכוך
2. מוגבלת מאוד	2. לעתים קרובות	2. עם עזרה רבה, מרותק לכיסא	2. מוגבלת מאוד	2. לא מספקת	חלקי
1. חסרה לחלוטין	1. כל הזמן	1. מרותק מוחלט	1. חסר מאוד	1. לקויה	הרבה

כל חולה זקן עם ניקוד מתחת ל-16 נקודות נמצא בדרגת סיכון, ומתחת ל-12 נקודות – נמצא בדרגת סיכון גבוהה להופעת פצעי לחץ ויזדקק לנקיטת אמצעים ולטיפול מניעתית.

ח. הערכת מצב החושים

החושים חשובים להערכת תפקוד הזקן; יש להיות מודעים לחסכים בנושא זה ולירידה בתפקודם (ראייה ושמיעה).

בדיקת שמיעה – מבחן הלחישה

הבודק לוחש לכל אחת מאוזני הנבדק שאלה פשוטה – למשל: "מה שמך?". יש לבצע את הבדיקה מבלי שהנבדק יראה את שפתי הבודק: הבודק ניצב מאחוריו, מניח יד על השפתיים או מסיט את הפנים למקום אחר.

אם הנבדק נכשל במבחן זה יש לבדוק את האוזניים מחשש להימצאות שעווה או "פקק". לאחר הניקוי יש לבדוק אותו שנית. אם נכשל בשנית – יש לשלוח אותו לרופא א.א.ג.

ט. הערכת כאב

1. סרגל הכאב

סולם הכאב (VAS) הוא סולם בעל 10 שלבים של קווים אנכים, המחולקים מ-0 עד 10. החלוקה היא לפי עוצמת הכאב: 0 – ללא כאבים ו-10 – כאבים בלתי נסבלים. ביניהם יש דרגות ביניים – כאב מועט או חלש, כאב בינוני, כאב חזק. ניתן להוסיף צבעים ופרצופים (faces scale). החולה מחליט על המספר, על הצבע, או על פרצוף המשקף את מצבו.

לגבי חולים שאינם מדברים או שחלה אצלם ירידה קוגניטיבית או תחושתית, קיים המדד הבא:

2. סולם של אי־נוחות (discomfort scale)

מדד זה בודק שינויים התנהגותיים או תגובות אמוציונליות – למשל הבעת פנים, שפת גוף או נשימה מהירה.

תאריך	נשימה מהירה	קולות (אנחות)	הבעה של פנים עצובות, מפחדות או קפוצות	שפת גוף – לא רגועה, מתוחה, אי־שקט מוטורי

מיהו זקן סיעודי? כיצד נקבע מצב סיעודי? מהם השלבים השונים
בירידה תפקודית ומהם הגורמים למצב סיעודי? אלה הם רק חלק
מהשאלות שספר זה עוסק בהן.

ד"ר אפרים יאול, מנהל המחלקה הגריאטרית לסיעוד מורכב בבית
החולים ע"ש שרה הרצוג בירושלים, משרטט תמונה מקיפה על
התהליכים, התאוריות והשיטות השונות לטיפול רפואי בזקנים.

אשל גאה להציג ספר שהוא מדריך מעשי לאנשי מקצוע וגם למי
שאינם אנשי מקצוע – בני משפחה, קרובים, מטפלים – שנועד
להגביר את המודעות לזקן הסיעודי ולצרכיו ולסייע בהקניית כלים
להתמודדות נבונה והולמת עם מצבו.



האגודה לתכנון ולפיתוח
שירותים למען הזקן בישראל (נעיר)
נסדה על-ידי ניווט-מלביץ
ונתמכת על-ידי ממשלת ישראל וניווט ישראל