

גרונטולוגיה מעשית

מבט רב-מקצועי
לעבודה עם אנשים זקנים

כרך ראשון



דנה פרילוצקי ומירי כהן
עורכות

גרונטולוגיה מעשית

מבט רב-מקצועי לעבודה עם אנשים זקנים



כרך ראשון

ד"ר דנה פרילוצקי, פרופסור מירי כהן
עורכות

Practical Gerontology

A Professional Overview of Working with Older Adults, vol. 1

Dana Prilutzky Ph.D. and Prof. Miri Cohen

Editors

הוועדה להוצאה לאור, אשל:

פאני יוז – מ"מ יו"ר הוועדה

שמואל באר

ד"ר טובה בנד וינטרשטיין

חיה דימנט

יוסי היימן

בן ציון כרם

שרית רבינוביץ

פרופ' ארנולד רוזין

ורה שלום

מרים שמלצר

טוביה מנדלסון – מרכז הוועדה

עריכה: אלישבע מאי

עיצוב והפקה: פרינטיב

מזכירות ותיאום הפקה: סימונה דוד

מנהל הוצאה לאור: טוביה מנדלסון

© כל הזכויות שמורות לג'וינט ישראל – אשל

הורפס בירושלים תשע"ה – 2015

מק"ט 212844

978-965-7073-64-3 ISBN

הערה: ספר זה נכתב בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד והוא מיועד לנשים ולגברים במידה שווה.

גרונטולוגיה מעשית

מבט רב-מקצועי לעבודה עם אנשים זקנים

כרך ראשון

ד"ר דנה פרילוצקי, פרופסור מירי כהן

עורכות

תוכן העניינים

ה	תוכן העניינים
ט	כותבי המאמרים
טז	פתח דבר
יז	מבוא

כרך ראשון

שער ראשון: לקראת התערבות מקצועית עם זקנים

פרק 1:	מה אנשי מקצוע צריכים לדעת על זיקנה והזדקנות
3	דנה פרילוצקי
פרק 2:	הערכה פסיכולוגית של אנשים זקנים הפונים לטיפול
33	יובל פלגי
פרק 3:	היבטים מעשיים במתן ייעוץ משפטי לזקנים ולבני משפחותיהם
65	מיטל סגל-רייך, ישראל (איסי) דורון

שער שני: מבט רב-מקצועי על עבודה עם זקנים

פרק 4:	עבודה סוציאלית עם זקנים: סוגיות מרכזיות וקווים מנחים להתערבות
	סוציאלית עם זקנים
93	שירה הנטמן
פרק 5:	הטיפול הפסיכולוגי בזיקנה: מאפיינים ייחודיים לטיפול ולמטפל –
	אתגר והזדמנות לאינטימיות ולצמיחה הדדית
121	ליאורה בר-טור

פרק 6:	גריאטריה ופסיכוגריאטריה: אפיונים ייחודיים של עבודת הרופא עם זקנים – היבטים מעשיים ויישומיים	149
פרק 7:	סיעוד הזקן: בין גרונטולוגיה לגריאטריה	181
פרק 8:	הטיפול הפיזיותרפי בקשישים: שימור ושיקום התפקוד התנועתי	213
פרק 9:	ריפוי בעיסוק: הערכה והתערבות במערך השירותים לקשישים על רצף בריאות וחולי	
	אורלי בוני, נטעלי בן, עידית בן-שם, פנינה וייס, מעיין כץ, רונית ליניאל, שרית רבינוביץ, שלומית רוטנברג	231
פרק 10:	"אני שומע אבל אני לא מבין": על שמיעה ותקשורת בזיקנה	259
פרק 11:	טיפול פליאטיבי בגיל המבוגר: הזכות לאיכות חיים במצבי חולי	295
	גילי פלג, אמיתי אוברמן	

כרך שני

שער שלישי: טיפול בזקנים בעזרת כלי התערבות ייחודיים

- פרק 12: ביבליותרפיה עם קשישים: המסע אל הסיפור שלא נשמע
נגה בן-ששון 3
- פרק 13: זקנים ובעלי חיים: הברית ויישומה
דפנה גולן-שמש 41
- פרק 14: השימוש בשיטות של היפנוזה, הרפיה ומדיטציית המינדרפולנס בטיפול
באנשים זקנים
אהוד בודנר 77
- פרק 15: סקירת חיים כאמצעי טיפול בזקנים
שירלי אלון 107
- פרק 16: "ניצוצות אנושיים בסיפור חיים": פרויקט קהילתי בין-דורי בשילוב
אמנויות
מירי פלג 135

שער רביעי: טיפול פסיכו-סוציאלי במצבי משבר וחולי בזיקנה

- פרק 17: היבטים רפואיים, אישיים וחברתיים בטיפול בזקנים עם ירידה קוגניטיבית
ומחלת השיטיון
רחל בן-חיון 161
- פרק 18: טיפול בחולי סרטן זקנים
ענבר לבקוביץ, מירי כהן 193
- פרק 19: הכנה לזיקנה ואיכות חיים בקרב מבוגרים עם מוגבלות שכלית
חפציבה ליפשיץ-והב, מיכל שרייבר (דיבון) 237
- פרק 20: טיפול בניצולי שואה: היבטים מעשיים
סוניה לצטר-פאו 259

שער חמישי: התמיכה במטפל במסגרת הקהילה ובמסגרת מוסדית

- פרק 21: התערבויות מקצועיות עם בני משפחה המטפלים בהורה או בכך זוג זקן, חולה ומוגבל
 עירית רגב, ליאורה בר-טור 281
- פרק 22: תמיכה במטפלים פורמליים בזקנים
 אסתר יקוביץ, ורד יקוביץ-טישלר 319

שער שישי: קידום בריאות, איכות חיים ומגמות בתחום המגורים לזקנים

- פרק 23: בריאותנו בידינו: קידום בריאות בגיל השלישי
 רונית אנדוולט, יהונתן למברגר 357
- פרק 24: עקרונות התזונה הנכונה בזיקנה
 אסנת סטון 385
- פרק 25: פעילות גופנית לשימור התפקוד בטיפוס במעלה החיים
 אילת דונסקי, אסתר ארגוב, יעל נץ 417
- פרק 26: התעללות בזקנים והזנחתם: ממדים ורכי התמודדות
 שרה אלון 445
- פרק 27: התנועה לשינוי תרבות הטיפול בזקנים במוסדות: מודלים ממוקדי כבוד, אוטונומיה ומשמעות בטיפול ארוך-טווח
 תמרה אדל-גוטשטיין, תמר דשבסקי, דנה פרילוצקי 495

שער שביעי: פרידה

- פרק 28: פרידה, מיתה ומוות: מקומו של איש המקצוע בהכנת הזקן ומשפחתו
 שרה הלוי-לוי, רוני גרטל 533

כותבי המאמרים (לשני הכרכים, לפי סדר א"ב)

תמרה אדל-גוטשטיין, קצינת מענקים ומכהנת במועצת המנהלים של קרן רוכלין. עוסקת בקבוצות בסיכון.

ד"ר אמיתי אוברמן, מומחה ברפואה פנימית וגריאטריה. מנהל המחלקה לגריאטריה שיקומית, השירות הפליאטיבי, המרכז הרפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה. אחראי תחום גריאטריה, הפקולטה לרפואה בגליל, אוניברסיטת בר-אילן.

שירלי אלון, פסיכולוגית רפואית. מנהלת המערך הפסיכולוגי, המרכז הרפואי "מאיר", כפר סבא.

ד"ר שרה אלון, עובדת סוציאלית. מנהלת תכניות למניעת התעללות בזקנים, אשל-ג'וינט, ישראל. מרצה בבית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שאפל, אוניברסיטת תל אביב.

ד"ר רונית אנדרוולט, דיאטנית. מנהלת קידום בריאות ורפואה מונעת ב"מכבי שירותי בריאות", תל אביב. מרצה בכירה וראש המגמה לקידום בריאות בבית הספר לבריאות הציבור, בפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה.

אסתר ארגוב, ראש מינהל לומדים — דקנט במכללה האקדמית בוינגייט ומרצה במכללה במגמה לפעילות גופנית ובריאות בגיל המבוגר.

ד"ר אהוד בודנר, פסיכולוג קליני ורפואי. מרצה בכיר בחוג המשולב למדעי החברה והמחלקה למוזיקה, הפקולטה למדעי החברה, אוניברסיטת בר-אילן.

אורלי בוני, מרפאה בעיסוק. מנהלת השירות הארצי לריפוי בעיסוק, משרד הבריאות ירושלים.

נטעלי בן, מנהלת שיווק וקשרי לקוחות, שיל"ה אגודה לפיתוח שירותים לזקן בחיפה.

ד"ר רחל בן-חיון, מומחית בנוירולוגיה. רופאה מומחית ביחידה לנוירולוגיה קוגניטיבית, רמב"ם, חיפה. רופאה במרפאות מומחים, בית החולים לניאדור, נתניה.

ד"ר עידית בן-שם, מרפאה בעיסוק. מרצה בכירה בחוג לריפוי בעיסוק (בדימוס), הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה.

ד"ר נגה בן ששון, ביבליותרפיסטית. מנהלת בית ספר זיו, מרכז רפואי זיו, צפת. המגמה לביבליותרפיה, החוג לייעוץ והתפתחות האדם, הפקולטה לחינוך, אוניברסיטת חיפה.

ד"ר ליאורה בר-טור, פסיכולוגית קלינית. מנהלת מכון "צמתים" ומרצה בכירה בתכנית מ.א. ללימודי משפחה, בית הספר למדעי ההתנהגות, המכללה למינהל.

דפנה גולן-שמש, תרפיסטית באמנויות ועובדת סוציאלית מומחית בזיקנה. מנחת קבוצות ומטפלת בעזרת בעלי חיים. מנהלת בתי אבות "בית השמש" במגדיל ו"גלי האופרה" בתל אביב, מרכזות התכנית "זיקנה יצירתית" במכללה האקדמית לחברה ואמנויות בנתניה.

רוני גרטל, עובדת סוציאלית מומחית בבריאות. מרצה ומעבירה הכשרה מעשית לסטודנטים לעבודה סוציאלית (בדימוס), המרכז הרפואי הדסה עין כרם ירושלים.

ד"ר אילת דונסקי, מרצה למקצועות ביומכניקה, קינזיולוגיה ושינויי גיל במערכות התנועה, המכללה לחינוך גופני ולספורט ע"ש זינמן במכון וינגייט.

פרופ' ישראל (איסי) דורון, גרונטולוג ומשפטן, ראש החוג לגרונטולוגיה, אוניברסיטת חיפה.

פרופ' רות דיקשטין, פיזיותרפיסטית. החוג לפיזיותרפיה (בדימוס), הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה.

תמר דשבסקי, עובדת סוציאלית. מפתחת קהילות ויועצת לשינוי תרבותי בבתי אבות ומרכזי יום.

שרה הלי-לוי, עובדת סוציאלית מומחית בזיקנה ובבריאות (בדימוס). היחידה הגריאטרית, המרכז הרפואי הדסה עין כרם ירושלים.

פרופ' שירה הנטמן, עובדת סוציאלית. דיקנית הפקולטה למדעי החברה והרוח, המכללה האקדמית תל-חי.

ד"ר פנינה וייס, מרפאה בעיסוק, מנהלת המרכז לאבחון ושיקום כישורי נהיגה, בית חולים בילינסון. מרצה בחוג לריפוי בעיסוק, בית הספר למקצועות הבריאות, אוניברסיטת תל אביב.

ד"ר אנה זיסברג, אחות מוסמכת. מרצה בכירה בחוג לסייעוד, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה.

פרופ' אסתר יקוביץ, עובדת סוציאלית. המחלקה לבריאות הציבור, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

ורד יקוביץ-טישילר, אחות. מנהלת סיעוד מוסדי, מנחת קבוצות ועוסקת בשיקום.

פרופ' מירי כהן, גרונטולוגית ועובדת סוציאלית. ראש בית הספר לעבודה סוציאלית, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה.

ד"ר מעיין כץ, מרפאה בעיסוק. סגנית מנהלת השירות הארצי לריפוי בעיסוק, משרד הבריאות.

ד"ר לימור לביא, קלינאית תקשורת. מנהלת מכוני מזרפון לשמיעה ודיבור בתל אביב. ראש תחום אודיולוגיה ומרצה בחוג להפרעות בתקשורת, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה.

ענבר לבקוביץ, גרונטולוגית ומנחת קבוצות. דוקטורנטית בחוג לגרונטולוגיה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה.

רונית ליניאל, מרפאה בעיסוק. מרכזת ארצית תחום בקרה ופיתוח ריפוי בעיסוק בגריאטריה, האגף לגריאטריה, משרד הבריאות.

פרופ' חפציבה ליפשיץ-והב, ראש ההתמחות במוגבלות שכלית לתואר שני, בית הספר לחינוך, הפקולטה למדעי החברה, אוניברסיטת בר-אילן.

יהונתן למברגר, גרונטולוג, יועץ עצמאי. עוסק בתכנון ובפיתוח שירותים לזקנים.

ד"ר סוניה א. לצטר-פאו, עובדת סוציאלית. מרצה בחוג לגרונטולוגיה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה. מרצה בבית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש כוב שאפל, אוניברסיטת תל אביב.

פרופ' יעל נץ, גרונטולוגית. ראש רשות המחקר וראש התכנית לפעילות גופנית ובריאות בגיל המבוגר, המכללה לחינוך גופני ולספורט ע"ש זינמן במכון וינגייט.

ד"ר מיטל סגל-רייך, משפטנית מתמחה במשפט וזיקנה. עורכת דין באגף לסיוע משפטי, משרד המשפטים חיפה.

ד"ר אסנת סטון, דיאטנית וגרונטולוגית. מנכ"ל עמותת "עתיד" – עמותת הדיאטנים והתזונאים בישראל. מרצה ומטפלת בהפרעות משקל בזיקנה.

ד"ר גילי פלג, עובדת סוציאלית מומחית בתחום הבריאות. יו"ר עמותת תמיכה – האגודה הישראלית לטיפול תומך. החוג לסייעוד, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה והחוג לרפואת המשפחה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון.

מירי פלג, דרמה-תרפיסטית. בית י.ה.ל טירת הכרמל. רכזת תכנית סטאז' שנה ג' טיפול באמנויות, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה.

ד"ר יובל פלג, פסיכולוג קליני, מדריך מומחה. מרצה בכיר בחוג לגרונטולוגיה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה.

ד"ר דנה פרילוצקי, גרונטולוגית ועובדת סוציאלית. מרצה בחוג לגרונטולוגיה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה.

שרית רבינוביץ, מרפאה בעיסוק. מרכזת תחום בקרה ופיתוח בריפוי בעיסוק, האגף לגריאטריה, משרד הבריאות תל אביב.

ד"ר עירית רגב, גרונטולוגית, עובדת סוציאלית. מרצה במחלקה לעבודה סוציאלית, המכללה האקדמית ספיר. מנהלת שותפה במכון "צמתים" תל אביב.

פרופ' ארנולד רוזין, מומחה ברפואה פנימית וגריאטריה. מנהל (בדימוס) המחלקה הגריאטרית, המרכז הרפואי שערי צדק ירושלים.

שלומית רוטנברג, מרפאה בעיסוק. מרפאה גריאטרית, "מכבי שירותי בריאות", ירושלים. בית הספר לריפוי בעיסוק, הפקולטה לרפואה, הדסה והאוניברסיטה העברית בירושלים. החוג לריפוי בעיסוק, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה.

ד"ר שרה שחף, אחות מוסמכת. ראש אקדמי, תכנית ההשלמה לתואר ראשון בסיעוד לאחיות מוסמכות בבני ברק, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה.

ד"ר מיכל שרייבר-דיבון, מכללה אקדמית לחינוך "תלפיות", בית הספר הניסויי ממ"ד "שלום" בפתח תקווה.

פתח דבר

ישראל, כמו מדינות רבות בעולם המערבי המפותח, מזדקנת במהירות. תוחלת החיים ממשיכה לעלות וצפויה לעלות אף יותר. בהתאם לכך, עולים גם הצרכים של האוכלוסייה המבוגרת. מצב זה מחייב היערכות של גורמי התכנון והגורמים הטיפוליים, במיוחד על רקע המדיניות הקיימת היום, המעודדת הישארותם של זקנים בקהילותיהם, כשהם נעזרים בעיקר בבני משפחה.

במהלך השנים התפתחה והשתכללה מערכת הטיפול בזקנים. מחקרים רבים נעשים בתחום זה ונאסף ידע תיאורטי רב, כאשר הטיפול כולו מתבסס על גישה רב-תחומית ורב-מקצועית. כלומר, הטיפול בזקנים משלב היבטים מעשיים, פיזיולוגיים, חברתיים ופסיכולוגיים. לאור היריעה הרחבה, חשוב שלבעלי מקצוע העוסקים בזיקנה על היבטיה המגוונים תהיה ראייה רב-מערכתית בכל הקשור לצורכי האדם הזקן. על מגמה זו בא לענות הספר "גרונטולוגיה מעשית", המתייחס לתחומי הטיפול העיקריים בתחום הזיקנה ומציג תמונה רחבת היקף, מעמיקה ויסודית בכל הקשור לטיפול בזקן מנקודות ראות שונות.

הספר עוסק בתיאוריות ובעבודה מעשית כאחד, חושף את הקוראים לעקרונות הטיפול ולכלי התערבות ייחודיים, כמו גם לטיפול בזקנים במצבי משבר וחולי, לנושאים כמו קידום בריאות, תזונה נבונה ופעילות גופנית לצד נושאים הקשורים באנשים שעליהם מוטל נטל הטיפול בזקנים – בני משפחה ועובדים זרים. התחומים המגוונים מאירים זרקור על חייו של האדם הזקן בישראל, על התכניות, הטיפולים והשירותים המאפשרים לנשים ולגברים להזדקן בכבוד בביתם.

אנו, בג'וינט ישראל-אשל, רואים חשיבות רבה בהפקת הספר הזה, המצטרף לסדרת ספרים מקצועיים בעברית, העוסקים כולם בזיקנה, שהופקו על ידינו בשנים האחרונות. הספר הוא פרי מאמץ ארוך, שבו נטלו חלק מיטב החוקרים בתחום הזיקנה בישראל. זוהי הזדמנות נאותה להודות לעורכות הספר ד"ר דנה פרילוצקי ופרופסור מירי כהן; לכל הכותבים הרבים, חוקרים מהשורה הראשונה בתחומם, שראו חשיבות בהעברת הידע והניסיון שלהם לקהל הקוראים והקדישו מזמנם לכתובת הפרקים השונים; לוועדה להוצאה לאור של אשל, שליוותה את הכתיבה וכמובן, לאלישבע מאי, עורכת הלשון, שעשתה את עבודת העריכה, ההגהה וההבאה לדפוס של הספר במסירות ובמקצועיות רבה.

אני בטוח, כי ספר מקיף זה, על שני כרכיו, ישמש כלי עיוני ומעשי להכשרתם של בעלי מקצוע ולמי שכבר עוסקים בזיקנה, לבני משפחה ולכל מי שמתעניין בנושא. הספר יתרום תרומה משמעותית לקידום הטיפול באנשים זקנים בישראל ומכאן חשיבותו במאמצים לחיזוק ולשיפור איכות חייהם של הזקנים.

בברכה,
יוסי היימן
מנכ"ל אשל

מבוא

הולדתו של ספר זה היא בשיחות רבות של העורכות עם אנשי מקצוע ועם סטודנטים ממקצועות שונים, שבהן עלה שוב ושוב הצורך בספר בסיס בשפה העברית אשר יציע מקור לעיון, ללימוד ולהכרת גישות חדשות ותפיסות רעננות ומעודכנות בהקשר לטיפול בזקנים, כמו גם הדרכה מעשית למטפל בשדה. אנשי המקצוע והסטודנטים ביקשו למצוא תשובות מעשיות, אך גם מבוססות ידע ומחקר, לשאלות העולות בהקשר לטיפול המעשי באוכלוסייה הזקנה בישראל. אוכלוסיית היעד של ספר זה כוללת אנשי מקצוע מתחומים שונים, המעוניינים להתעדכן גם בתחומם הם וגם בנעשה אצל עמיתיהם, המטפלים בזקנים ממקצועות אחרים; סטודנטים במקצועות טיפוליים שונים, המבקשים להיטיב את היכרותם עם האוכלוסייה המבוגרת ואף הציבור הרחב, המגלה עניין בתפיסות טיפוליות שונות בזיקנה. תפיסה זאת לגבי חשיבות הפקת ספר מסוג זה אומצה על ידי הכותבים, אנשי מקצוע מהבולטים בישראל, שהגישו פרקים המציגים את ליבת העשייה העדכנית והחדשנית ביותר, איש איש בתחומו.

ההתמחות המקצועית הייחודית בטיפול באנשים זקנים התחילה להתפתח רק במחצית המאה הקודמת. בתחום הרפואה, הרופאים הראשונים שהתמנו כ"רופאים גריאטריים" היו באנגליה, בשנת 1948 (Fisher & Goldlist, 2008); בתחום סיעוד, בשנת 1950 נכתב בארצות הברית ספר הלימוד הראשון שעסק באופן ייחודי בסיעוד זקנים (Stotts & Deitrich, 2004). כמו בקרב גופי ידע בתחומי טיפול שונים, גם הידע בתחום הגרונטולוגיה המעשית התחיל דרכו בשדה. בדרך כלל, בתהליך פיתוח ידע מעשי מאמצים תחילה שיטות ודרכי טיפול כלליות, המיועדות לטווח רחב של גילאים, ורק בהמשך עולות שאלות, כמו: האם יש דרכים ייחודיות לטיפול בזקנים? אילו גורמי רקע הקשורים לזיקנה יש להביא בחשבון ולהחיל על דרכי הטיפול הקיימות? כיצד משלבים בתוך הטיפול בזקנים ידע על אודות תהליכים פסיכולוגיים וחברתיים הקשורים לזיקנה? כיצד מתמודדים עם שאלות פילוסופיות או אתיות, כגון הערך של הארכת חיים לעומת איכות חיים, שמירה על כבוד האדם הזקן לעומת הרצון לסייע לו רפואית? כיצד משפיעים הקשרים הייחודיים בין תהליכים נפשיים ותחלואה בגיל זיקנה על הקשר עם האדם הזקן או על הטיפול בו, ועוד. רק בהמשך, על בסיס השאלות העולות מהשדה, נעשים מחקרים ובהדרגה מצטברים ידע תיאורטי וידע

מקצועי מבוססי מחקר. שדה הגרונטולוגיה המעשית נמצא אי-שם בתחילתו של התהליך, עם זאת, בפרקים השונים המופיעים בספר זה אפשר לקרוא על העושר הרב של הידע המעשי, הקליני והתיאורטי, הנוגעים להיבטים שונים של הטיפול באדם הזקן. על אף שאין בספר זה מעקב אחר תהליך ההתמקצעות של מקצועות שונים בתחום הזיקנה, במהלך איסוף החומרים נוכחנו בשמחה רבה, כי מקצועות רבים נוטים לפתח ולשכלל את התפיסות כלפי האוכלוסייה המבוגרת ואת דרכי הטיפול והגישה אליה. לא רק מקצועות "קלאסיים", כגון סיעוד או פיזיותרפיה, אלא גם מקצועות צעירים יותר, כגון ביבליותרפיה או טיפול בעזרת בעלי חיים, כבר הניחו תשתית תיאורטית ואף פיתחו גישות חדשניות לטיפול בזקנים. עובדות אלה מעודדות ונושאות בחובן הבטחה לטיפול מקצועי יותר ואיכותי יותר בזקנים. הספר "גרונטולוגיה מעשית" מבוסס על הגישה הרב-תחומית לטיפול באנשים זקנים. גישה זו גורסת, כי על מנת להבין תהליכים של הזדקנות ועל מנת שאנשי המקצועות השונים יוכלו להגיש טיפול מקצועי טוב, עליהם להכיר את ההיבטים השונים של הזיקנה, בכלל זה ההיבטים הפיזיולוגיים, הפסיכולוגיים והחברתיים וכן את נקודת מבטם ותפקידם של אנשי המקצוע השונים המטפלים באנשים זקנים ולפעמים באותו אדם עצמו. על כן, ספר זה נועד להציג וליצור היכרות של המקצועות השונים זה בפני זה. העבודה הרב-מקצועית עם אנשים זקנים אינה המלצה בלבד, אלא צורך ברור ואפילו תנאי ליצירת מענים הולמים ואיכותיים עבור המטופל הזקן (Gomez & Curcio, 2013). בחלק מהפרקים יש אכן התייחסות לעבודת צוות רב-מקצועי ולמשמעות המכרעת שלה על איכות חייו של האדם הזקן.

מכיוון שמרבית הזקנים גרים בביתם בקהילה (97% מכלל הזקנים בארץ נכון לסוף 2010 [משאב, 2012]) ומכיוון שמרביתם צלולים בדרגה זו או אחרת (אמדין שכיחות מחלות הדמנציה ב-2010 הוא 20% מכלל בני 65+ ומתוכם 88% מתגוררים בקהילה [משאב, 2012]), הספר מתמקד באוכלוסייה גדולה זו. עם זאת, נעשית "הצצה" לתוך הנושא המוסדי ולתוך הנושא של מחלות הדמנציה.

הספר כולל שבעה שערים, המקיפים את תחומי הטיפול המעשיים העיקריים, הקיימים בעבודת השדה של אנשי המקצוע בתחום הזיקנה. הקורא מוזמן לקרוא את הספר באופן רציף מתחילתו ועד סופו, או לפתוח בפרק מסוים, שבו יש לו עניין ייחודי. הספר פותח בשער המציג שלושה נושאי ליבה. מוצגות בו הנקודות העיקריות שיש להכיר בבואנו לטפל בזקנים, עקרונות ההערכה הפסיכולוגית לאדם הזקן והיבטים מעשיים במתן ייעוץ משפטי לזקנים ולבני משפחותיהם.

השער השני פורס בפני הקורא יריעה רחבה, המורכבת מעבודותיהם של אנשי המקצועות המרכזיים העוסקים במלאכת הטיפול בזקנים. הדגש בפרקים אלה הוא על העבודה המעשית בשדה, אך מוצגים בקצרה גם הרציונל והרקע התיאורטי של התחומים השונים. בשער זה

קובצו פרקים על העבודה הסוציאלית, הפסיכולוגית, הגריאטרית והסיעודית עם זקנים, כמו גם ריפוי בעיסוק, הפרעות בתקשורת וטיפול פליאטיבי בזיקנה.

שיטות הטיפול באוכלוסייה הזקנה, כמו באוכלוסייה הכללית, משתכללות והולכות, מתפתחות, מתעדכנות ומאמצות כלים מעולמות תוכן שונים ומגוונים. בהתאם לכך, מצאנו לנכון להציג בשער השלישי של ספר זה ארבע דרכים חדשניות לטיפול בצרכים ובבעיות שונות בשנות הזיקנה: טיפול בעזרת ביבליותרפיה, טיפול בעזרת בעלי חיים, שיטות טיפול חדשניות מתחום הפסיכולוגיה וטיפול בעזרת סקירת חיים.

שני השערים הבאים, הרביעי והחמישי, עוסקים במצבי חיים ומשבר שונים באוכלוסיות המבוגרות ובמטפלים בהן, וכן בדרכים המעשיות הקיימות למתן תמיכה וסיוע לאנשים אלה. בכל תחום מוצגים הצרכים העיקריים, המענים האפשריים ועקרונות הטיפול והתמיכה הקיימים. השער הרביעי דן בעבודה עם קבוצות אוכלוסייה ייחודיות. תחילה מוצגים עיקרי העבודה עם זקנים במצבי ירידה קוגניטיבית ולאחר מכן מובא פרק העוסק בעבודה המעשית עם חולי סרטן זקנים. בהמשך, מוצגת העבודה עם אוכלוסיית המבוגרים עם מוגבלות שכלית. את השער הזה חותם פרק הדן בעקרונות העבודה עם ניצולי שואה זקנים.

השער החמישי מפנה את הזרקור אל האנשים הנושאים בנטל הטיפול בזקנים: תחילה פרק הדן בעבודה עם בני משפחה של הזקן ולאחריו, בפרק הבא, עובר הדיון אל המטפלים הפורמליים בזקנים.

השער השישי כולל בתוכו שלושה נושאים חשובים: קידום בריאות ואיכות חיים, הבאים לידי ביטוי בשמירה על אורח חיים בריא באמצעות תזונה נכונה ופעילות גופנית, המותאמים לגיל המבוגר. לא פחות חיונית לאיכות החיים היא המניעה של התעללות והזנחה של זקנים, המוצגים בפרק העוסק בממדי התופעה ובדרכי התמודדות עימה. את השער השישי סוגר הפרק על המגמות העכשוויות והעתידיות של התפתחות המוסדות לטיפול לטווח ארוך בזקנים.

השער השביעי, החותם את הספר, עוסק בפרידה, במיתה ובמוות ודן בתפקידיו ובמקומו של איש המקצוע בהכנת הזקן ומשפחתו לקראת סוף החיים. כאן נידונים מצבי חיים קשים והכותבים מלווים את איש המקצוע בדרך המורכבת של הטיפול בזקן ובבני משפחתו החווים תהליכי פרידה ומוות.

בשפה העברית קיים מגוון ביטויים המתייחסים לגיל הזיקנה: זקנים, קשישים, ישישים, באים בימים, גיל הזהב, אזרחים ותיקים, הגיל השלישי. ייתכן שעושר הביטויים משקף את ההתפתחות של השפה העברית ואת ריבוי גווניה וביטוייה, אך ייתכן גם שהשימוש בחלק מהמונחים מהווה ביטוי לצורך להסוות מבוכה או תחושת אי-נוחות כלפי ציבור זה. לאורך כל שלבי עריכת הספר התלבטנו רבות לגבי המונח הנכון שיש להשתמש בו בספר

זה, כאשר ברצוננו לשוחח על הזקנים. מהו המונח "הנכון" ביותר? האם עלינו לבקש את כל כותבי הפרקים להשתמש במונח זהה? כפי שהקורא ייווכח, לא הגענו להחלטה לגבי המונח הנכון וכל מחבר בחר את המונח המתאים לו ביותר. לדעתנו, המילה "זקן" היא מילה מכבדת וראויה. היא אוצרת בחובה תיאור מדויק, מחודד, מזוקק ונקי מכל ניסיון הסוואה או קישוט. יש לתת את הדעת על משמעות ריבוי המונחים. החלטנו שנאפשר לכל כותב בספר זה לבחור את המונח המתאים לו, ובכך לשקף את ההתייחסויות המגוונות הקיימות בחברה הישראלית למושגי הזיקנה.

אנשי המקצוע, כותבי הפרקים בספר זה, הביעו את הערכתם, דאגתם ואהדתם לאוכלוסיית הזקנים בכתיבת פרק, שבו ביטאו את מיטב ניסיונם המקצועי ואת רצונם להעניק לזקנים ולבני משפחותיהם את המענים הטובים והעדכניים ביותר הקיימים, איש איש בתחומו. אנו מעריכות את השקעתם האדירה בכתיבת פרקים אלה ומודות לכל אחת ואחד מהם על תרומתו לקידום איכות הטיפול ואיכות החיים של זקנינו.

תודה מיוחדת לעמותת אשל וליחידת ההוצאה לאור, בראשותו של טוביה מנדלסון, על הכרה בחשיבותו של ספר זה ועל הנכונות להפקתו.

אנו מקוות שספר זה הוא פתיחה בלבד ובעקבותיו יתפרסמו ספרים נוספים, שיעמיקו וירחיבו את הידע על אודות הטיפול בזקנים, הן בתוך כל מקצוע והן מתוך ראייה רב-תחומית ואינטגרטיבית.

ד"ר דנה פרילוצקי ופרופסור מירי כהן

מקורות

משאב (2012). קשישים בישראל שנתון סטטיסטי. ירושלים: מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, המרכז לחקר הזיקנה ואשל האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל.

Gomez, F. & Curcio, C.L. (2013). Interdisciplinary collaboration in gerontology and geriatrics in Latin America: Conceptual approaches and health care teams. *Gerontology & Geriatrics Education*, 34 (2), 161-175.

Fisher, R. & Goldlist, B. (2008). A history of specialized geriatric services. In: D. Lewis (Ed.), *Organization design for geriatrics: An evidence-based approach* (pp. 8-12). Regional Geriatric Programs of Ontario.

Stotts, N.A. & Deitrich, C.E. (2004). The challenge to come: The care of older adults. *The American Journal of Nursing*, 104, 40-48.

שער ראשון

לקראת

התערבות מקצועית

עם זקנים

פרק 1

מה אנשי מקצוע צריכים לדעת על זיקנה והזדקנות

דנה פרילוצקי

מבוא

כתיבה בנושא "הדברים שעל אנשי המקצוע לדעת" על זיקנה והזדקנות, כאשר הם ניגשים למלאכת הטיפול באנשים זקנים, מעלה הרהורים רבים הנוגעים לנורמות חברתיות, לסטריאוטיפים ולתפיסות שונות של בני אדם את חייהם שלהם ואת חיי האחרים. שכן, בצד העובדות הנוגעות לאוכלוסייה הזקנה והמזדקנת שיש להציג בדיון מסוג זה (כגון נתונים דמוגרפיים וביו-פסיכו-סוציאליים), ישנם גורמים מתערבים רבים, שהם תוצרים של החברה המערבית על שלל ערכיה ועל תפיסותיה את המוקדים העיקריים של חייה (כגון דגשים על יצרנות, תחרותיות ואינדיבידואליזם). גורמים אלה הם, כמובן, עובדות שיש להתחשב בהן. בהתאם לכך, פרק זה יחולק לארבעה חלקים: החלק הראשון יעסוק בנתונים דמוגרפיים עדכניים הנוגעים לאוכלוסייה המבוגרת; החלק השני יסקור מספר נושאים גרונטולוגיים קלאסיים הנוגעים לתפיסת הזיקנה ובחלק השלישי תובא סקירה קצרה על מאפייני ה"זקנים החדשים" ("הבייבי בומרס"), שהם קהל היעד של אנשי המקצוע בעשורים הקרובים; בחלק הרביעי והאחרון תהיה התייחסות לנושא החמלה שבטיפול.

נתונים דמוגרפיים על זיקנה והזדקנות בעולם המערבי ובישראל

בני המאה (centenaries), המהווים את הקצה העליון בדיאגרמת תוחלת החיים, מדגימים היטב את תמונת תוחלת החיים בארצות המפותחות, המתארכת לשיאים שכמותם האנושות לא ידעה מעולם. מאז 1950 נרשמה עלייה חדה וחסרת תקדים במספר בני המאה כתוצאה מהתפתחויות

כלכליות, חברתיות ורפואיות (Herm, Cheung & Poulain, 2012; Vaupel, 2010). אם מגמת העלייה תימשך לאורך המאה ה-21, רבים מהאנשים בארצות המפותחות, שנולדו מאז שנת 2000, יגיעו לגיל 100 (Christensen, Doblhammer, Rau et al., 2009). הדיון בן אלף השנים בשאלה האם ניתן להאריך את הישרדותם של הזקנים הסתיים בפתרון ראוי לציון: ניתן לדחות את המוות לגיל מתקדם (Vaupel, 2010).

אולם, משמעות העלייה בתוחלת החיים אינה רק ברחיית המוות. אנשים מודאגים גם מהימצאותן של מחלות ומירידה בתפקוד. אצל אנשים הסובלים ממוגבלויות או ממצב בריאותי ירוד שביעות הרצון מהחיים נמצאה נמוכה יותר ונראה, כי הזדקנות בריאה היא מפתח לאושר בזיקנה (Rodrigues, Huber & Lamura, 2012).

במהלך ששת העשורים האחרונים תרמו ההתקדמות ברפואה ובבריאות הציבור, השיפור בתנאי המחיה, ההישגים בתחום החינוך והירידה בפריון להפחתה ניכרת בשיעורי התמותה ברוב חלקי העולם (Moser, Shkolnikov & Leon, 2005). בהתאם, עלה הצורך לחקור ולדרג את ההזדקנות הבריאה. המושג HALE (Healthy life expectancy) מבטא מגמה זו; פירושו תוחלת החיים במצב בריאותי תקין, דהיינו, מספר שנות החיים שלהן יכול אדם, בגיל מסוים, לצפות לחיות בבריאות טובה. במחקרם של סלומון ועמיתיו (Salomon, Wang, Freeman et al., 2012) החוקרים השוו את תוחלת החיים במצב בריאותי תקין ואת השינויים שחלו בתוחלת חיים זו במשך שני העשורים האחרונים, באוכלוסייתן של 187 מדינות. נמצא כי בשנת 2010 הייתה תוחלת החיים הממוצעת, במצב בריאותי תקין, של גברים – 58.3 שנים ושל נשים – 61.8 שנים. המחקר מגלה, כי תוחלת החיים במצב בריאותי תקין עלתה באופן איטי יותר מתוחלת החיים בלידה, וכי תוחלת החיים במצב בריאותי תקין שונה במידה ניכרת בין המדינות שנחקרו. על כן, במקביל לעלייה בתוחלת החיים, עלה גם מספר שנות החיים במצבי מוגבלות שונים. החוקרים מסכמים, כי בהשוואה להתקדמות הניכרת בהפחתת שיעורי התמותה בעשרים השנים האחרונות, קיימת רק התקדמות מעטה בהפחתת כלל ההשפעות של מחלות ונזקים, הפוגעים באיכות החיים ללא חולי ומוגבלות (Salomon et al., 2012).

בין בני אדם, צעירים זקנים, קיימת שונות רבה. על מנת לתאר בצורה טובה יותר את השונות בהזדקנותם של בני אדם שונים, הוצעה הגדרת גיל אלטרנטיבית: מעבר מהגדרת גיל כרונולוגית להגדרת דינמית של הזדקנות האוכלוסייה, דהיינו, ציון הגיל שבו תוחלת החיים היא בממוצע 15. הגדרה דינמית זאת לוקחת בחשבון את העלייה בתוחלת החיים (Rodrigues, Huber & Lamura, 2012).

בארצות הברית בלבד צפוי מספר הזקנים (+65) לעלות מ-40 מיליון ב-2010 ל-70 מיליון עד 2030, כאשר בינתיים יגיע דור הבייבי-בומרס (ילידי 1946 עד 1964) לגיל

65. עם הצטרפותם של אלה, אחוז הזקנים בארצות הברית יעלה מ-12% לכ-20% מכלל האוכלוסייה. במדינות נוספות, אחוז הזקנים באוכלוסייה דומה ואף עולה על זה שבארצות הברית: ביפן 22.2% זקנים מכלל האוכלוסייה, בגרמניה ובאיטליה 20.3%-20.2% בהתאמה ובאנגליה 16.2% זקנים מכלל האוכלוסייה (Berry & Kirchner, 2013). מספר הזקנים בישראל (בני 65+) בשנת 2010 מנה 673 אלף נפש, דהיינו כעשרה אחוזים מכלל אוכלוסיית המדינה. לפי התחזית, בשנת 2020 צפוי אחוז בני ה-65+ לעלות ל-12% מכלל האוכלוסייה, כאשר 40% מבני 65+ צפויים להיות בני 75+ ו-24% צפויים להיות בני 80+ (ברודצקי, שנור ובאר, 2011).

מספר עקרונות להבנת תהליכי הזדקנות וזיקנה

דרכים שונות לתפיסת הזיקנה וההזדקנות: ממעגל החיים למהלך החיים
קיימות דרכים שונות להסתכל, להבין ולפרש את תופעת הזיקנה וההזדקנות. אחת הגישות הוותיקות ביותר להתייחסות לשאלה כיצד מאורגנים חיי האדם לאורך חייו היא גישת מעגל החיים (Duvall & Hill, 1948). גישה זו עוסקת בחקר התפקידים של בני האדם לאורך שנות חייהם, בהקשר ליחסיהם עם הדורות השונים במשפחה, ומאפשרת בחינה של דפוסי חיים בין-דוריים, של העברת תפקידים ושל מעברי חיים, כגון חתונה, הולדת ילדים וגידולם. משך מעגלי החיים של הדורות השונים במשפחה משתנה ותלוי בתזמון הנישואין ובהולדת הילדים. ככל שהזמן העובר בין דור לדור ארוך יותר, כך גדל השוני שבין החוויות השונות שחווה כל דור. גישת מעגל החיים מספקת מסגרת רציפה לחיי בני אדם ומציבה אנשים בכפוף לשלב מסוים בחייהם, כאשר גיל כרונולוגי מהווה סמן לשלב בהתפתחות האדם. מדובר בצורת חשיבה המדגישה את החוויה הסובייקטיבית של הפרט במהלך חייו, בתוך חברה המורכבת ממבנים גיליים שונים (Neugarten & Datan, 1973). הבעיה העיקרית בגישה זו היא העובדה, שהיא אינה מייצגת את הדפוסים החדשים של המשפחה העכשווית המשתנה, המשפחה המתגרשת, הנישאת מחדש או הילודת ילדים מחוץ לנישואים, המשפחה החד-הורית או המשפחה החד-מינית ואף לא את המגמה של טשטוש מרכזיות הגיל הכרונולוגי כסמן בהקשר לכל המעברים הנ"ל, דהיינו, גיל כנקודת ציון לביצוע תפקיד כלשהו (כגון גיל לנישואין, גיל ללידה וכדומה).

גישת מהלך החיים (Aldous, 1990) תופסת את חיי האדם כרצף מעברים הקשורים הן לגיל והן לנסיבות מבניות ולשינויים היסטוריים. הגיל, על משמעויותיו הרבות, משמש כחוט מקשר בין שינויים החלים בחיי האדם, בין אלה המתרחשים ביחסים במשפחה ובין אירועים

היסטוריים החלים במקביל. ההבחנה הגילית בין בני המשפחה מגדירה את מיקום הפרט במשפחתו, את מקומו במבנה המשפחה המורחבת, את זהותו, תפקידיו ומחויבויותיו. בו-זמנית, קיים שילוב בין-גילי במשפחה, כך שפרטים בני גילים שונים חוברים יחד בתפקידים ובפעילויות המשתנים לאורך הזמן ובין הדורות (Settersten, 2003). כלב הגישה עומדת ההנחה, שהתפתחות האדם אינה נשלמת עם התבגרותו, אלא נמשכת במשך כל ימות חייו (Bengtson, Elder & Puntey, 2005).

גישת מהלך החיים מדגישה את הקשרים הבין-דוריים שיש לאנשים לאורך חייהם עם קרובי משפחתם ועם אנשים שונים המשפיעים ומושפעים מהם. אנשים ומשפחות מושפעים על ידי אירועים כלכליים, למשל הצורך לתמוך בנ משפחה או להיתמך על ידו. גם לאירועים היסטוריים, כגון מלחמה, מיתון או שינויים חברתיים יש השפעה על מהלך החיים של הפרט ומשפחתו הבין-דורית. הגישה מכירה בכך, שאנשים נעים לכיוונים שונים גם בעקבות החלטות עצמיות ובחירות שהם עושים על רקע הזדמנויות ואילוצים שונים. ולבסוף, בגישה זו ניתנת מרכזיות לרעיון, שהזדקנות וצמיחה הם תהליכים המתרחשים לאורך כל חי האדם, ושליחסים בין-אישיים, לאירועים ולהתנהגויות בשנות חייו המוקדמות של האדם יש השלכות על יחסיו הבין-אישיים בשנות חייו המאוחרות, על הסטטוס שלו ועל רוחותו הנפשית (Bengtson, Elder & Puntey, 2005). יתרונה של הגישה הוא בכך, שהיא מאפשרת ייצוג לצורות רבות של סגנונות חיים ובחירות, ובכך למעשה מכירה בשונות העצומה הקיימת בין בני האדם.

השונות בין בני האדם הזקנים

בישראל, המחשב של המוסד לביטוח לאומי פולט באופן שרירותי גיל מסוים (64 עד 67) ומגדיר את האדם כ"זקן" הזכאי לקצבת זיקנה. לקביעה זאת יש השלכות על היבטים מידיים נוספים, כגון בנושא פרישה (ראו נספח בסוף פרק זה: פסק הדין התקדימי בנושא חובת הפרישה הגילאית, 209/10 ע"א [ארצי] 209-10 ליבי וינברגר נגד אוניברסיטת בר-אילן). השיח הציבורי, וברוב המקרים גם הפרטי, נוהג להכליל את בני ה-65+ ולהתייחס אליהם כאל קבוצה בעלת מאפיינים וצרכים אחידים. זוהי טעות בסיסית, העלולה לגרום לבעיות רבות בתחומים אישיים, חברתיים וכלכליים וכן בקביעת מדיניות מוטעית לגבי מענים לצורכי אוכלוסייה זו. תפיסה כזאת מתעלמת מההבדלים המהותיים הקיימים בין בני אדם ובין קבוצות גיל שונות לאורך שנות חייו המאוחרות, המאופיינות (כמו בכל גיל אחר לאורך מעגל החיים) בצרכים שונים ונבדלים.

עיקרון בסיסי הוא השונות בין בני אדם, צעירים כזקנים. אין אדם א' דומה לאדם ב', אך בזיקנה הדבר משמעותי יותר, כיוון שקיימת נטייה להתייחס אל ה"זקנים" כאל גוף

אחד, שניתן לדבר עליו כעל ישות אחת. יש להניח, כי לא יעלה על דעתו של איש מקצוע להתייחס אל בן שלוש שנים כמו אל בן 18 שנים, שהרי 15 שנות חיים מפרידות ביניהם. עם זאת, לא נדיר לשמוע שיחה מקצועית על "זקנים", כשהדוברים עוסקים בבני 65 ומעלה (שהם ה"זקנים") כבמקשה אחת.

חוקרים טענו, כי כדי להבין טוב יותר את התרחיש העתידי של האוכלוסייה המזדקנת יש חשיבות להבחנה בין הגיל השלישי והגיל הרביעי (Baltes, 1998). הכוונה כאן היא ל"זקנים צעירים" ול"זקנים זקנים". הבחנה זו הוצגה בעבר על ידי ניוגרטן (Neugarten, 1974) ולסלט (Laslett, 1991), שהיו הראשונים לטעון, שהזיקנה היא רבת גילים. בהבחנה בין הגיל השלישי והרביעי יש דמיון להבחנה נוספת בין סוגים שונים של הזדקנות: זיקנה נורמלית, זיקנה פתולוגית, זיקנה מוצלחת וזיקנה מיטבית (Rowe & Kahn, 1987).

חוקרים שונים נוהגים לחלק את האוכלוסייה המבוגרת לקבוצות גיל על פי צורכי מחקרם. למשל, "זקנים צעירים" (60-74), "זקנים" (74-84), ו"זקנים זקנים" (85 ומעלה) (פרילוצקי, 2004). חלוקה מעין זאת יעילה לצורכי מחקר, אך עלולה להיות מטעה מאוד בבואנו להכיר את צורכי הטיפול באדם הפרטי. עם כניסתו של מר x אל חדר הטיפול, נכנסים יחד אתו ההיסטוריה האישית הייחודית שלו, מאפייני האישיות הייחודיים שלו, רצונותיו וציפיותיו הפרטיים וכלל המרקם האיש, הפרטי והייחודי של האדם האחד והיחיד הזה. יש לזכור, כי גילו של מר x הוא רק אחד מהנתונים.

השונות הרבה בין בני אדם מתוארת בספרות המחקרית העוסקת בפסיכולוגיה של האישיות ודנה בהבדלים הייחודיים הניכרים בתכונות האישיות בין בני אדם. אחת השאלות המרכזיות בחקר ההזדקנות היא המידה שבה פרטים נבדלים זה מזה ברמות של תפקוד ובשינוי לאורך השנים (Baltes, Lindenberger & Staudinger, 2006) ומהן ההשלכות של הבדלים אלה.

באלטס ועמיתיו (Baltes, Reese & Lipsutt, 1980) הבחינו בשלוש מערכות נבדלות של השפעות על מהלך חיי האדם, אשר עשויות להסביר שונות בין פרטים והבדלים הקשורים לגיל, לאורך הזמן.

- המערכת הראשונה היא של השפעות נורמטיביות תלויות גיל, דהיינו, גיל כרונולוגי משחק תפקיד בעל השפעה מצטברת על הקשרים ביולוגיים וסביבתיים בהתפתחות חיי האדם. מאורעות מתרחשים באופן דומה (בזמן התרחשותם ובמשך זמן התרחשותם) אצל רוב בני האדם בחברה.
- המערכת השנייה היא השפעות היסטוריות של אירועים שונים, המערכות גם הן הקשרים ביולוגיים וסביבתיים ותורמות לשינויים קצרי-טווח וארוכי-טווח במסלול חיים, אשר עשויים להבדיל בין קבוצות אנשים בני אותו גיל (קהורים). דוגמאות

לאירועים היסטוריים כאלה ניתן למצוא, למשל, במלחמות, במגפות, בהתפתחויות טכנולוגיות, במשברים כלכליים, ועוד.

- המערכת השלישית היא של השפעות בלתי נורמטיביות, המשקפות את המאפיין הייחודי שבחיי כל פרט ופרט. אירועים כאלה הם, למשל, שינויים בקריירה המקצועית, הגירה או זכייה בפיס (Baltes & Smith, 2004).

ניתן, אם כן, לסכם ולומר, כי חוויותיו הייחודיות של האדם הן המעצבות את אישיותו, מלידה ועד זיקנה, וכי ההיסטוריה האישית עמה מגיע הזקן אל זיקנתו, על כל רבדיה והיבטיה, היא המייחדת ומבדילה אותו מכל שאר בני קבוצת הגיל הכרונולוגי שלו.

ההיבט הרב-תרבותי בזיקנה

לממד השונות מתנסף ההיבט הרב-תרבותי. חשוב להכיר את ההיבטים הנרחבים של התופעות הרב-תרבותיות, למשל, קבוצות אתניות המגיעות מתרבויות שונות, שפות שונות, הגירה מכל קצוות העולם, היסטוריית הסתגלות שונה ובנוסף, השתייכות לקוהורט שונה. חברי קבוצה אתנית עשויים להחזיק במודלים משלהם כהסבר למחלות ולחולי, השונה מהמודל הרפואי הנהוג במערב (Kleinman, 1980). הסברים שונים אלה תורמים, למשל, לתפיסה שונה של הטיפול המתאים. לאו וקינשיטה (Lau & Kinoshita, 2006) מדגימות זאת בכך, שזקנים סינים, מקסיקנים ואנשים ממוצא אינדיאני בארצות הברית מאמינים, שמחלות הן תוצאה של חוסר איזון גופני וכדי להשיב את הגוף לאיזון יש לנקוט בדיאטה מיוחדת, להשתמש בעשבי מרפא שונים, להיתמך באנשי דת ורוח ולעשות שינויים סביבתיים. זקנים ממוצא אפרו-אמריקני, אינדיאני והיספני נוטים להאמין, שכוחות ספיריטואלים ומיסטיים הם האחראים למחלתם, ובהתאם מחפשים רפואה בתרופות עממיות או אצל מרפאים ספיריטואלים (Parks, 2003). קבוצות אתניות שונות מאמינות, שבעיות פסיכולוגיות נגרמות כתוצאה מהתנהגות בלתי מוסרית או בידי האבות הקדמונים (Braun & Browne, 1998) ולכן לא סביר לפנות אל שירותי בריאות הנפש. זקנים ממוצא סיני מאמינים, כי מחלת האלצהיימר היא עונש על חוסר ציות לחוקי קונפוציוס והם לא יחפשו עזרה עבור החולה במחלה זו. יתרה מכך, אם הדמנציה נחשבת לעונש ראוי, שניתן על ידי כוחות עליונים, המשפחה תבחר לחוות את הקשיים ככפרה ולא תחפש תמיכה או עזרה (Lau & Kinoshita, 2006). סומטיזציה קשורה לשלילת רמות של הסתגלות אל התרבות החדשה. כלומר, תלונות סומטיות שכיחות יותר בקרב זקנים אשר פחות הסתגלו אל התרבות החדשה (Lam, Pacala & Smith, 1997). למשל, בארצות הברית יותר זקנים מסורתיים ממוצא אסיאתי ולטיני יבטאו דיכאון, חרדה, מתח וכעס בדרכים סומטיות המקובלות יותר על ידי תרבותם, כגון כאבי ראש, כאבי גב, חולשה, בעיות בעיכול וחוסר שינה (Sue & Sue, 2003).

מחקרים הראו, כי זקנים בני מיעוטים אתניים מדווחים על שיעורים גבוהים יותר של דיכאון ותסמיני דיכאון מאשר זקנים אירופאים או אמריקנים (Black, 2000) וכי קיים קשר שלילי חזק בין רמות הסתגלות תרבותית לבין דיכאון (Lam et al., 1997). אולם, יש לזכור, כי כל קבוצה אתנית נבדלת ושונה מחברתה. במחקר שבדק את ההבדלים האתניים בשכיחות מצוקה פסיכולוגית קשה בין זקנים בחמש קבוצות אתניות שונות, נמצאו הבדלים משמעותיים בין הקבוצות. בהתאם, המחקרים מסכמים את מסקנותיהם בהמלצה לפתח שיטות התערבות, המותאמות לקבוצות אתניות שונות (Kim, Bryant & Parmelee, 2012). גם תפיסות המוות והאבל שאחרי שונות בתרבויות שונות. אין זה נדיר להבחין באנשים החווים יגון מקדים על אדם הנמצא עדיין בתהליכי מיתה, או שהושם מחוץ לבית, או במקרה שהוא חולה אלצהיימר ולא נתפס עוד כאותו אדם כפי שהיה קודם (Lau & Kinoshita, 2006). מחקרים רבים הראו, כי נושאים שונים בחקר הפסיכולוגיה של הזיקנה, תפיסת ההזדקנות המוצלחת, תחושת הרווחה האישית ועוד, קשורים אל המקור התרבותי של בני אדם. למשל, נמצא שתפיסת וחויית הרווחה האישית שונה בין תרבויות (Uchida, Norasakkunkit & Kitayama, 2004) וקשורה להבדלים בתפיסת האני ובתפיסת היחסים הבין-אישיים (Kitayama, 2000 & Markus, 2000). בארצות הברית, למשל, האדם נתפס כאינדיבידואליסט ומטרות אישיות נחשבות בעלות חשיבות גדולה יותר מאשר מטרות של כלל החברה, כמו ביפן, שהיא מדינה מסורתית יותר (Markus & Kitayama, 1991). בהתאם, רווחה נפשית בחברה מערבית קשורה לרמות גבוהות של אוטונומיה, להישגים אישיים, לביטחון עצמי וליחודיות (Diener & Suh, 2000; Kitayama & Markus, 2000), בעוד שבחברה היפנית רווחה נפשית קשורה להרמוניה חברתית, ליחסים בין-אישיים קרובים ולתפיסה של תמיכה רגשית מאחרים (Karasawa et al., 2011; Oishi & Diener, 2001; Uchida & Kitayama, 2009).

היחסים החברתיים והתמיכה החברתית הם אחד הרכיבים המרכזיים באיכות חייו של האדם הזקן. תמיכה חברתית נמצאה משמעותית מאוד בתרומתה לרווחה הנפשית של האדם הזקן, לבריאותו הכללית (White, Philogene, Fine & Sinha, 2009), לתפקודו (Shaw, 2005) ולמצבו הפסיכולוגי (Uchino, 2006). אולם, מכיוון שתמיכה חברתית מערבת מטבעה ערכים של אינטימיות ויחסים חברתיים, שהם שונים בין חברות, מחקרים חקרו את הנושא בדרך של בדיקת ההבדלים האתניים. כך נמצא, כי לתמיכה חברתית (לעומת דתיות) יש משמעות גדולה יותר עבור זקנים אמריקנים ממוצא אירופי (היא מעניקה להם סיבה לחיות) לעומת זקנים אפרו-אמריקנים, שאצלם לדתיות נשמר המקום הראשון למשמעות החיים (June, Segal, Coolidge et al., 2009). גם סוג ומקור התמיכה משתנים בין תרבויות; נמצא למשל, כי מטפלים בבני משפחה זקנים מתרבויות שונות קיבלו יותר תמיכה חברתית מאשר מטפלים לבנים (Pinquart & Sorenson, 2005).

בישראל, יונגמן ועמיתיו (Yuongmann, Pugachova & Zilber, 2012) בחנו את דפוסי השימוש בשירותי בריאות הנפש של עולים מאתיופיה, ברית המועצות לשעבר ושל ילידי ישראל. אצל עולי אתיופיה נמצא, כי הם נעזרו מעט מאוד בשירותים פסיכולוגיים. החוקרים מסבירים זאת בחוסר הסתגלותם לתפיסה המערבית של הפסיכותרפיה ובאי-אמונם ביכולת הטיפול המילולי לסייע בפתרון מצוקה נפשית. גורמים כגון מחסומי שפה והבדלים תרבותיים מהווים חסמים מרכזיים בבחירת סוג הסיוע. מנגד, החוקרים מציינים, כי יש מחסור במטפלים ממוצא אתיופי, שיוכלו להגיש טיפול מתאים לאוכלוסייה זאת. הממצא שהפתיע את החוקרים ביותר במחקר זה היה הדמיון בין דפוסי השימוש של ילידי ישראל ושל עולים מברית המועצות לשעבר בשירותי בריאות הנפש ובשירותי השיקום, לעומת דפוס השימוש של עולי אתיופיה בשירותים אלה. ממצא זה מצביע על כך, שלתרבות יש יותר השפעה על דפוסי השימוש ועל חיפוש עזרה נפשית מאשר להגירה עצמה.

ישראל היא מדינה של מהגרים: מעל שליש מאוכלוסייתה הם מהגרים, שהגיעו מארצות שונות ומתרבויות שונות, ורוב האוכלוסייה שאינה עולה חדשה מורכבת מדור שני של מהגרים (Statistical Abstract of Israel, 2005). לנתונים אלה יש משמעות מכרעת עבור אנשי הטיפול.

יש לזכור, כי בעת ביצוע הערכה כלשהי על מצבו הנפשי, הפיזי או החברתי של אדם זקן ממוצא תרבותי שונה משל המטפל, יש להשתמש בכלים המתאימים לערכיו ולתפיסותיו של הזקן. חשוב מאוד שהמטפל יהיה בטוח לחלוטין שהכלי האבחוני שהוא משתמש בו אכן מותאם לתרבות הרלוונטית של המטופל. ככל שהמטפל יהיה מודע יותר לכך ויכיר טוב יותר את תרבותו של הזקן שמולו, כך יש סיכוי טוב יותר שההתערבות המקצועית תהיה יעילה יותר.

עמדות, תפיסות וסטריאוטיפים של קבוצות גיל שונות

"כך קיימים לפחות ארבעה גילים שונים, הנעים על פני מסלולים שונים, ללא סינכרוניזציה הכרחית ביניהם. הגיל, אם כן, אינו מושג אחיד. כאשר מדברים על גיל יש לשאול למה בעצם מתכוונים, האם הכוונה לגילו הרגשי של האדם, לגילו התפקודי, לגילו החברתי וכן הלאה" (חזן, 1984, עמ' 82).

תיאור טבעו של גורם הגיל מהווה אתגר בחקר ההתפתחות האנושית. חרף העובדה שהגיל הכרונולוגי מהווה ממד בסיסי, שבעזרתו מתוארות ונחקרות התנהגויות, תיאורטיקנים טוענים, כי הבנתנו את ההתפתחות האנושית תעמיק על ידי חקר מבנים אלטרנטיביים הקשורים לגיל, אשר מחוברים חזק יותר למהות הפנימית של ההזדקנות (Birren & Cunningham, 1985). גיל סובייקטיבי, או במילים אחרות, עד כמה צעיר או זקן אדם חווה את עצמו,

מזוהה כמבנה מסוג זה. לבד מכך שגיל סובייקטיבי מספק אִמָּת מידה להתפתחות, הוא גם מציג הזדמנות לחקור דרכים חדשות, שבהן אנשים מגדירים את עצמם וחווים את חייהם (Montepare, 2009). התפיסה הסובייקטיבית של הגיל משתנה לאורך החיים. צעירים עד גיל 25 (Galambos, Turner & Tilton-Weaver, 2005) ובמחקר אחר עד גיל 29 (Montepare, 1996) חווים את עצמם כמבוגרים מכפי גילם הכרונולוגי, בעוד שמבוגרים וזקנים מרגישים צעירים מכפי גילם.

בהשפעת הספרות, הפילוסופיה, החינוך והמדיה יש לאנשים מושגים, דעות ורעיונות לגבי קבוצות גיל כרונולוגי שונות לאורך החיים, ובדרך כלל הם יביעו בשמחה את תפיסתם האישית לגבי מתבגרים, מבוגרים וזקנים (Grühn, Gilet, Studer et al., 2011). חוקרים מאמינים, כי תפיסות אלה מהוות את הסטריאוטיפים התורמים לעמדות החברתיות ולדעות קדומות כלפי אוכלוסיות (Nelson, 2002). למשל, לעתים קרובות, זקנים נתפסים כסנייליים, כחסרי יכולת וכבלתי אטרקטיביים. כתוצאה מכך, זקנים עלולים לחוש חסרי ערך. לצד ריבוי הסטריאוטיפים השליליים כלפי זקנים, יש גם עדויות מחקריות לתפיסת הזקנים כלבביים יותר ו"חמימים" יותר (Couto & Koller, 2012).

זהות חברתית "פגומה" עקב סטריאוטיפים מהווה איום פסיכולוגי המשפיע באופן שלילי על התפיסה העצמית ועל הרווחה הפסיכולוגית (Zebrowitz & Montepare, 2000). במחקרם של צ'אן ועמיתיו (Chan et al., 2012) נעשה ניסיון לברוק אם סטריאוטיפים של קבוצות גיל משקפים שינויים אישיותיים הקשורים לגיל. נבדקים ב-27 ארצות שונות (N=3,323) דרגו תכונות האופייניות למתבגרים ולזקנים בארצותיהם. הסתבר, כי נבדקים נטו לבטא אמונות דומות לגבי קבוצות הגיל השונות: מתבגרים נתפסו כאימפולסיביים, מרדניים, לא ממושמעים, מעדיפים התרגשות וחדשנות. לעומת זאת, הזקנים נתפסו באופן עקבי כפחות אימפולסיביים, פחות פעילים, פחות אנטגוניסטים ופחות פתוחים. הסטריאוטיפים נטו להגזמת התכונות באופן דומה בכל קבוצות הגיל. קיים גם שוני בתפיסת הזקנים בתרבויות שונות. כך, למשל, נמצא, כי לסטריאוטיפים חברתיים של זקנים יש גוונים שונים בקבוצות אתניות שונות (Liu, Ng, Loong et al., 2003).

באופן פרדוקסלי, אנשים מביאים את השלכות התפיסות השליליות כלפי הזיקנה על עצמם, בהיותם חלק מהמחזיקים בתפיסות אלה במהלך השנים שלפני הזדקנותם. חשוב לזכור, כי עמדות חברתיות, תפיסות וסטריאוטיפים הם נחלתם של כל חברי הקבוצה, כולל של הזקנים, וכשאדם מתבגר הוא נאלץ לעמוד בפני סטריאוטיפים אלה בעצמו (Kite, Stockdale, Whitley et al., 2005).

אנשים זקנים מתגוננים בפני התדמית השלילית של ההזדקנות בדרכים שונות. מוכר המעמד שבו אדם בן 82 ובתו מגיעים למרכז יום או לבית אבות לשם היכרות עם המקום.

כבר בכניסה מעיף האב מבט מהיר מסביב ואומר לבתו: "למה הבאת אותי כאן. כולם כאן זקנים." השפעת הסטריאוטיפים על הזקנים עצמם נבדקה מחקרית (Weiss & Lang, 2012) ונמצא, כי בהיחשפם לסטריאוטיפ, הזקנים נוטים להפריד את עצמם מבני קבוצת הגיל שלהם ("הם זקנים, אבל אני מרגיש צעיר יותר"). כתגובה לזהות חברתית שלילית, אנשים מנתקים עצמם מהקבוצה המסוימת הנתפסת כשלילית. לעתים קרובות, אנשים תופסים את קבוצת הגיל שלהם כ"זקנים", בעוד שאת עצמם הם תופסים כצעירים. הפרדה או ניתוק זה מקבוצת הגיל מוגדרים כ"ניתוק גילי", נטייה להציב מרחק פסיכולוגי בין האדם לבין אנשים אחרים באותה קבוצת גיל (Weiss & Lang, 2012).

בבדיקת תפיסת העצמי ותפיסת פרספקטיבת הזמן העתידי הסובייקטיבית של זקנים, נמצא כי זקנים מזהים עצמם כצעירים יותר מקבוצת הגיל הכרונולוגי שלהם ומדווחים על פרספקטיבת זמן עתידי רחבה יותר יחסית לבני גילם (Weiss & Lang, 2012). אנשים זקנים, יותר מקבוצות גיל אחרות באוכלוסייה, עלולים לסבול ממחלות כרוניות, מנכויות וממגבלות פיזיות אחרות, הדורשות הסתייעות בשירותי הבריאות (Happell, 2002) ובאנשי מקצוע מסורים המעריכים אוכלוסייה זאת. הספרות המחקרית בתחום מעלה, כי לאנשים מכל קשת מקצועות הבריאות יש עמדות שליליות כלפי זקנים (Kearney, Miller, Paul et al., 2000), דבר העלול לפגוע באיכות הטיפול הניתן להם (Lee, Reuben & Ferrell, 2005). גם בין סטודנטים ממקצועות טיפוליים שונים נמצאו עמדות שליליות אשר עלולות להשפיע על הרצון לשקול בחירת קריירה עתידית בתחום הזיקנה (Pan, Edwards & Chang, 2009). עובדות אלו מעוררות דאגה בהתחשב ביכולתם של נותני השירות במערכת הבריאות לתת מענים הולמים לאוכלוסייה גדלה והולכת של זקנים (Cha & Seo, 2009).

עם זאת, ה"בשורות הטובות" הן, שהוכח כי עמדות שליליות כלפי עבודה עם זקנים וטיפול בהם ניתנות לשינוי על ידי חינוך מתאים (Matarese, Ivziku, Tartaglini et al., 2008). למשל, בסקירה שיטתית של מאגרי מידע אלקטרוניים נמצאו 51 מחקרים שבדקו את המגמות בעמדותיהם של אנשי מקצוע בתחום הבריאות, המטפלים בזקנים, בעשור שבין 2000 ל-2010 (Liu, While, Norman et al., 2012). במחקרים אלה נמצאו מגמות שונות בין אנשי מקצועות הבריאות השונים לאורך השנים. כמו כן, נמצא, כי עמדותיהם של סטודנטים לרפואה כלפי זקנים השתפרו בהתמדה לאורך העשור וכך גם עמדותיהם של רופאים. על פי החוקרים, ייתכן כי שיפור זה בעמדותיהם של הרופאים והסטודנטים לרפואה משקף השקעה גדולה יותר בחינוך הראשוני שהם מקבלים בנושא הטיפול בזקנים (Gonzales, Morrow-Howell & Gilbert, 2010; Krain, Fitzgerald, Halter et al., 2007). גם במחקרן של רנקוואט ועמיתיה (Runkawatt, Gustafsson & Engström, 2013) הוסברו העמדות החיוביות של סטודנטים לסייעוד בשבדיה ובתאילנד כלפי עבודה עם זקנים, בכך

שבשתי המדינות שולבו הן לימודי גרונטולוגיה והן פרקטיקום עם זקנים בלימודי הסיעוד. מחקרים נוספים תומכים בחשיבות הקניית הידע לשם שינוי העמדות אצל סטודנטים בכל המקצועות (Allan & Johnson, 2009; Cottle & Glover, 2007).

שילוב רב-מקצועי בעבודה עם זקנים: לשאוב ברכה מכל העולמות

בשל אופייה המורכב של הזיקנה ובשל האבדנים הרבים, השונים והמגוונים, העלולים לפגוע נפשית וגופנית באנשים בתקופת חיים זאת, יש חשיבות מכרעת לעבודה משולבת של אנשי מקצוע מהמקצועות השונים המעורבים בטיפול באדם הזקן (Gomez, Curcio & Henao, 2012). הדברים אמורים הן לגבי אנשי מקצוע הנותנים שירותים בקליניקות פרטיות והן לגבי אנשי מקצוע העובדים במוסדות ובארגונים.

לפיכך, אחד העקרונות החשובים ביותר בעבודה עם זקנים הוא העבודה המשולבת של אנשי המקצוע השונים המעורבים בטיפול. עבור הזקן ומשפחתו, יש חשיבות עליונה לתקשורת יעילה בין כל אנשי הצוות לבין עצמם ועם הזקן ומשפחתו. תקשורת כזאת מאפשרת לזקן גישה אל כל המיומנויות ותחומי המומחיות של הצוות הרב-מקצועי. תיאום יעיל של הטיפול בזקן חייב להיות מוטמע בדרך עבודתם של אנשי המקצוע, אחרת יש סבירות גבוהה יותר ופוטנציאל גדול יותר לפגמים בתכנון הטיפול, בטיפול עצמו, בתכנון השחרור וכדומה. בנוסף לכך, התהליך הטיפולי עלול להיות מקוטע, לא מתואם ולא מתוכנן. במקביל, גם אנשי המקצוע השונים עלולים להיות מתוסכלים מהחסמים ומהגבולות המקצועיים והארגוניים (Webster, 2002). הדוגמאות לנזקי חוסר התיאום הן רבות, למשל, מתן תרופות שונות על ידי רופאים שונים, שהזקן פונה אליהם ללא תיאום ביניהם, ואשר נטילתן בו-זמנית מגבירה/מנטרלת את פעולת החומרים ועלולה לגרום לנזקים, או קביעת מטרות שונות ותכנון טיפולים שונים לאותו אדם זקן על ידי פיזיותרפיסט, מרפא בעיסוק ועובד סוציאלי – ללא תיאום ביניהם וללא שיתוף במידע ותכנון משותף. מבחינתו של הזקן ומשפחתו, תשומת-לב לצרכיהם מנקודת מבט כוללת היא הרצויה ביותר, כיוון שהיא מתייחסת לבעיות בריאותיות, חברתיות, פונקציונליות ופסיכולוגיות (Young, Siegel, McCormick et al., 2011). ינג ועמיתיו (Young et al., 2011) מצאו במחקרם, כי עבודת צוות בין-מקצועי משיגה תוצאות טובות מאוד בטיפול בזקנים תשושים בסיכון לאשפוז, בטיפול בחולים הסובלים ממחלות כרוניות ובנוטים למות. שיתוף פעולה בפתרון בעיות מעלה את יכולתם של אנשי הצוות הבין-מקצועי לזהות עוד אפשרויות טיפוליות ולערוך סדר עדיפויות מיטבי עבור זקנים עם בעיות מורכבות.

התפקיד העיקרי של הצוות הרב-מקצועי הוא לתת מענה הולם ויעיל לצורכי הזקן (Bakheit, 1996). לשם כך, על אנשי הצוות להיות שותפים ומעורבים לאורך כל התהליך

הטיפול בתכנון, בפתרון בעיות ובקבלת החלטות. אולם, קיימים גם מחסומים לעבודה הבין-מקצועית. למשל, דומיננטיות של מקצוע אחד עשויה להיתפס כמובילה להיררכיה בין-מקצועית, המחבלת ביעילות שיתוף הפעולה (Webster, 2002). הגנת יתר של מקצוענים על תחום התמחותם נתפסת גם היא כמחסום לעבודה המשלבת בין המקצועות. חוקרים מתארים זאת כ"שבטיות" מקצועית, שעלולה לחבל בעבודה משותפת עם מקצועות אחרים, שכן היא עשויה להיתפס כשולטת או כבעלת השפעה מפקחת (Donnelly, 1999).

לעבודת צוות מוצלחת יש יתרונות רבים עבור אנשי המקצוע עצמם. צוותים העובדים בתיאום נתפסים כמחויבים לעבודתם וכתורמים רבות לארגון שבמסגרתו הם עובדים. עבודת צוות רב-מקצועי מספקת, מאתגרת ותורמת למוטיבציה גבוהה יותר. היא מכירה ומוקירה את המיומנויות הייחודיות של כל מקצוע, מעשירה ומקדמת רעיונות יותר מאשר עבודה פרטנית של כל איש מקצוע בפני עצמו (Goodwill et al., 1997).

חשיבות המניעה והטיפול בזיקנה

על אף שזקנים, כמו בני גיל אחרים, מגיעים לטיפול כשהם כבר במצבי חולשה והזדקקות לתמיכה, עלינו להיזהר מהתפיסה, שבזיקנה איחרנו את המועד או, כדברי רו וקאן (Rowe & Kahn, 1987), המזהירים אותנו מפני המיתוס שבזיקנה, "הסוסים כבר ברחו מהאורווה" ואין עוד מה לעשות. על אנשי המקצוע לזכור, כי התערבויות למניעה של מחלות ומוגבלויות, פיזיות ונפשיות, ייתכנו בכל גיל. בין אסטרטגיות המניעה האפשריות ניתן למנות: פעילות גופנית, שנמצאה קשורה לירידה בתמותה של זקנים, כבעלת השפעה חיובית על מניעה של מחלות לב כליליות וכבעלת השפעה משמעותית על הורדת מסת השומן בגוף, איזון לחץ דם והורדת הסיכון ללקות באירוע מוחי (Vogel, Brechat, Lepre et al., 2009); הורדה במשקל, הפסקת עישון (Greene, 2008) וטיפול פסיכולוגי. גרין (Greene, 2005) מציינת, כי במאה ה-21 עובדים סוציאליים, למשל, חייבים להשתמש יותר ויותר באסטרטגיות של עזרה הדדית, קידום בריאות ומניעת מחלות.

אחד התחומים הבולטים, שבהם קיים המיתוס ש"אין מה לעשות" עם זקנים, הוא הטיפול הפסיכולוגי. הזיקנה היא תקופה של הצטברות אבדנים רבים במסגרת זמן קצרה יחסית. אנשים זקנים מתנסים בשינויים רבים תלויי-גיל ונדרשים לגלות תעצומות נפש ויכולת הסתגלות גבוהה. המפתח להבנת צורכי בריאות הנפש של זקנים הוא ההכרה בכך, שבריאות פיזית ובריאות נפשית קשורות הדדית (Mental Health, 2006). אנשים הסובלים ממחלות, כגון בעיות לבביות או סכרת, עלולים לפתח בעיות נפשיות (Alexopoulos, 2005) וההיפך – אנשים החווים דיכאון או חרדות עשויים לחוות אותם כבעיות פיזיות, כגון חולשה וחוסר אנרגיה או בעיות בקיבה (Mental Health, 2006).

אולם, למרות שבתקופות של קושי נפשי מתבקשת התמיכה הפסיכולוגית, ועל אף שמחקרים מלמדים, שזקנים מגיבים באותה מידה ולעתים אף טוב יותר מצעירים למגוון התערבויות פסיכולוגיות (Myers & Harper, 2004; Pinquart & Sorenson, 2000), זקנים מהווים רק 6% עד 8% מלקוחות מרפאות בריאות הנפש הקהילתיות ואחוזם קטן אפילו יותר במרפאות הפרטיות (Samyter & Qualls, 1999). הפער שבין הצרכים לבין השימוש בפועל בשירותי בריאות הנפש מוסבר על ידי החוקרים במונחים של מאפייני ציבור הזקנים ומאפייני נותני השירות (Rabinowitz, Shayevitz, Hornik et al., 2005). גורמים המתייחסים לזקנים יכולים להיות אישיים או בין-אישיים מטבעם. ההחלטה לפנות לשירותי בריאות הנפש מקיפה נושאים, כגון ידע על שירותים אלה, תפיסות, אמונות וערכים שיש לאנשים סביב טיפול בבעיות נפש, מוטיבציה לחפש עזרה, ועוד (Knight, 2011). מאפייני המטפלים המקצועיים כוללים את עמדותיהם כלפי זקנים ואת ספקותיהם לגבי יעילות הטיפול וכן דעות קדומות שליליות כלפי הזקנים וחוסר בהכשרה קלינית מתאימה לעבודה עם זקנים (Nordhus & VandenBos, 1998; Rabinowitz et al., 2005).

“הזקנים החדשים” – הבייבי בומרס

כיום, ראשוני הבייבי בומרס (ילידי 1946 עד 1964) הם בני 67, דהיינו, מבחינת גילם הם כבר נחשבים ל“זקנים צעירים”. בשנת 2030 ראשוני הבייבי בומרס יהיו בני 85. אלה שישדרו עד שנת 2050, ישתייכו לקבוצת הזקנים ביותר (Ryan, Smith, Antonucci et al., 2012). איך שלא נסתכל על זה, זהו קהל היעד של אנשי מקצוע בתחום הזיקנה, הן כבנים/מטפלים של הוריהם הזקנים והן כזקנים בעצמם. הספרות המחקרית שתובא להלן מציגה את מאפייני דור הבייבי בומרס היוצרים דיוקן מורכב, מעניין אך גם שונה מאוד מזה של הדורות שקדמו לו. מי הם הבייבי בומרס? “האדם אינו אלא קרקע ארץ קטנה, האדם אינו אלא תבנית נוף מולדתו, רק מה שספגה אצלו עודה רעננה, רק מה שספגה עינו טרם שבעה לראות...” (טשרניחובסקי, תש”ן/1990). מאפייניו של דור הזקנים הבא עוצבו על ידי התקופה המיוחדת שלתוכה נולדו ובה גדלו. חוקרים מאפיינים תקופה זו כתקופה של צמיחה ושפע כלכלי, שינויים חברתיים, מהפכה מינית, צמיחת הפמיניזם, גישה קלה יותר לרכישת השכלה וצמיחת מדינת הרווחה (גישה לשירותי בריאות ורווחה בחלק מהמדינות) (Olazabal, 2009). בהתאם, יחסית לדור הוריהם יש לבייבי בומרס השכלה גבוהה יותר, מצבם הכלכלי טוב יותר, כך גם מצבם הבריאותי, תוחלת חייהם ארוכה יותר והם נהנים מאפשרויות טובות יותר של תקשורת ותחבורה (Ryan et al., 2012).

מבחינת הנורמות החברתיות והתפיסות הרווחות בעולם המערבי בתקופתם, הבייבי בומרס חיו בתקופה שבה הזהות האישית מושפעת עמוקות מתפיסות, מנורמות ומ"הכתבה" חברתית של יצרנות, צמיחה אישית והגשמה אישית. הם חוו לחצים נוספים של תפיסות נורמטיביות חדשות: עליהם לטפל בעצמם, להיות ככושר ולא לחלות (Guberman, Lavoie & Blein, 2012). ואכן, הבייבי בומרס נחשבים לדור הבריא ביותר שהזדקן, ולכן תוחלת החיים שלהם מצופה להיות הארוכה ביותר (Czaja, 2006).

בנוסף לתוחלת חיים ארוכה יותר מזו של דור הוריהם, דור הבומרס הוא גם ליברלי יותר בהקשר של מערכת אמונות והרגלי צריכה (Czaja, 2006). חוקרים מצאו, כי הבומרס הם יותר אינדיבידואליסטים מהוריהם, שחוו את שנות המלחמה ואת הסולידריות הקולקטיבית בשנים ההן. הבומרס הם יותר אנטי-מוסדיים ופחות הולכים בתלם, פחות נותנים אמן במסד ופחות נמשכים למוסדות דתיים. הבומרס הם הדור הראשון שגדל בתקופה של שפע כלכלי ואשר למד לצפות למילוי רצונות וצרכים אישיים ולהגדיר את עצמו על פי בחירה אישית (Metz & Underwood, 2005). בהרבה ארצות מתועשות מזוהה דור הבומרס עם הרגלי צרכנות ייחודיים משלו, גישה ייחודית לפוליטיקה, לטיפול בענייני כספים, לעבודה ולפרישה, לבריאות ולפנאי (Phillipson, Leach, Money et al., 2008). על אף שככלל מצבם הכלכלי של בני דור הבייבי בומרס טוב לאין ערוך ממצבם הכלכלי של דורות שקדמו להם, עדיין יש לזכור, כך טוענים חוקרים, כי חלקים מתוך קבוצת בני דור זה מתקשים מאוד להתמודד עם פרישה מלאה מהעבודה ונאלצים להמשיך לעבוד לפרנסתם גם בזיקנתם (Green, 2003).

בארצות הברית, הבייבי בומרס גדלו בתקופה שבה התרחש מהפך דרמטי בחיי המשפחה בשנות ה-70 (של המאה הקודמת), שהתבטא בדחייה או בויתור על נישואין, בשיעורי הגירושין הגבוהים בכל הזמנים ובהתפשטות תופעת המשפחות הלא נשואות, כולל מגורים יחד ללא נישואין, לידה וגידול ילדים ללא נישואין (Cherlin, 2010). ואכן, בהתבסס על מרשם התושבים האמריקני משנת 2000 ועל סקר קהילות משנת 2009, מצאו החוקרים (Lin & Brown, 2012), כי כשליש מבין הבומרס אינם נשואים, הם או גרושים או שלא נישאו מעולם, ורק 10% מביניהם היו אלמנים. בסקירתם של סילברסטיין וג'ארוסו (Silverstein & Giarrusso, 2010) את העשור האחרון בחיי המשפחה המזדקנת, נמצאו שיעורי נישואין מחדש גבוהים, ריבוי אנשים ללא ילדים וסיכוי גבוה לפנסיה מאוחרת ונמוכה. למרות ממצאים דמוגרפיים אלה, כשני שליש מהנבדקים במחקרם של פינקלשטיין ועמיתיו (Finkelstein, Reid, Kleppinger et al., 2012) ציפו לקבל עזרה מבני משפחה בעת הצורך בזיקנתם. נשים שנולדו אל תוך תקופה זו היו הדור הראשון שהצטרף בהמוניו לשוק העבודה ולכן גם דור ראשון שיוצא לגמלאות (Seaman, 2012). רוב הנשים, במחקרה של סימן, אינן

מתעדות להצטרף אל התפקיד הקלאסי של הזקן בחברה – ההתנדבות. אלו אשר שקלו התנדבות, ציינו, כי אם יבחרו בהתנדבות הן תבחנה יתרונות וחסרונות ותתנדבנה לתפקידים בעלי רמת מחויבות נמוכה. הן גם מבהירות, שהתנדבותן תהיה רק ממניעים ומצרכים אישיים ולא מטעמים אלטרואיסטיים. בכותרת מאמרה של סימן (Seaman, 2012) מופיע המשפט: "זהו הזמן שלי לחיות את חיי" (Time for My Life Now), התבטאות המשקפת את תפיסתן של הנשים במחקר את משמעות שנות ההזדקנות שאחרי היציאה לגמלאות. במחקרם של רות' ועמיתיו (Roth, Keimig, Rubinstein et al., 2012), שבדקו תפיסה עצמית של נשים וגברים בני דור הבייבי בומרס שזה עתה נכנסו לגיל זיקנה (+65), "זקנים צעירים" (עולה, כי הם כלל לא תופסים את מקומם בין ה"זקנים". המחקר מעלה גם הרבה מאוד תפיסות גילניות בקרב דור זה.

כאמור, ראשוני בני דור הבייבי בומרס הם כבר בני +65, חלקם משמשים כמטפלים לזקנים במשפחתם. גוברמן ועמיתיה (Guberman, 2012) חקרו את תפיסת בני דור זה את תפקידם כמטפלים של בני משפחה זקנים. במאמר תחת הכותרת "בייבי בומרס כמטפלים: טיפול בעידן של אינדיבידואליזם" הם מפרסמים את עיקרי ממצאיהם, המראים כי בניגוד לתפיסות הדור הקודם, בני דור הבומרס, המטפלים בבני משפחה זקנים, מסרבים להגדרת זהותם כמטפלים כזהות יחידה או עיקרית. בעיניהם ניתנת חשיבות שווה לעבודה, למשפחה, לחברה ולפנאי, משימות שביניהן מנסים הבומרס ללהטט ולעמוד בדרישות. כאשר הם מקבלים על עצמם את התפקיד, הוא יהיה מותנה, מוגבל ותחום. בנוסף לכך, כדי לעמוד בכל הדרישות של תפקיד המטפל הם מביעים ציפיות לקבלת סיוע מהשירותים השונים. גוברמן ועמיתיה (Guberman, 2012) זיהו מגמה חדשה ושונה בתפיסת המחויבות הטיפולית כלפי בני משפחה. על בסיס ממצאיהם, בהקשר לגישת בני דור הבייבי בומרס לנושא הטיפול, הם מסיקים, כי תפקיד הטיפול בבן משפחה זקן לא נתפס עוד כתפקיד "טבעי" או נורמלי במסגרת המחויבות המשפחתית, אלא הופך לתפקיד "בלתי-טבעי" ("denaturalization" of care). לשינוי תפיסתי זה יש השלכות משמעותיות. תפיסת הטיפול כעבודה שיש לחלוק אותה עם שירותים שונים מנוגדת, בדרך כלל, לתפיסות המקובלות של קובעי המדיניות המתבססות על ההנחה, שהמשפחה היא המטפל העיקרי והאחראי העיקרי לטיפול ארוך-טווח בבני משפחה זקנים ואילו המדינה רק משלימה את החסר.

פינקלשטיין ועמיתיו (Finkelstein et al., 2012) ממשיכים בבדיקת תפיסותיהם של הבייבי בומרס המטפלים בבני משפחה זקנים ומנתחים במחקרם את רעיונותיהם ותכנונם של הבומרס את הזדקנותם. ראשית, יש לציין, כי במחקרם, בייבי בומרס שטיפלו בהורים זקנים נטו, יותר מכאלה שאינם מטפלים, לעסוק בתכנון כלכלי ובתכנון פתרונות לטווח ארוך עבור עצמם בזיקנתם. הם צפו שימוש רב יותר בשירותים שונים, תוך דיווח על כוונתם להישאר

בביתם ולקבל שם את כל צרכיהם. עוד עולה ממחקר זה, כי הבומרס מצפים ששירותים פסיכולוגיים לבני משפחה מטפלים ייכללו בסל השירותים, כמו גם פיצוי כספי הולם לבני משפחה מטפלים (שכר או החזר הוצאות).

בהקשר זה, נקודה חשובה עבור המטפלים היא התייחסותם השונה של הבייבי בומרס מזו של דור הוריהם לנושא בריאות הנפש. דור הבומרס התגבר על סטיגמות רבות הקשורות לקבלת ייעוץ, לקבוצות תמיכה ולשירותים שונים של בריאות הנפש. חוקרים חוזים, כי דור זה ימשיך לצרוך שירותים אלה גם בזיקנתם. יתרה מכך, החוקרים צופים, שהבייבי בומרס יתורו אחרי נותני שירותים המקדמים נעורים, אופטימיות ורווחה נפשית, במטרה להתמודד עם השינויים הכרוכים בהזדקנות, כולל בהזדקנות הפיזית של גופם (Green, 2003).

יש לזכור, כי 18 שנים מפרידות בין הצעירים ביותר למבוגרים ביותר שבין הבייבי בומרס, כך שזאת אינה אוכלוסייה הומוגנית ויש חוקרים המחלקים אותה לקבוצות שונות. למשל, חלוקה על פי פלחי שוק מסווגת את הקבוצה של הבומרס הצעירים, שנולדו בין 1956 ל-1964, כמאופיינת בפחות דאגה לעתיד ויותר השקעה צרכנית בילדיה. לעומת זאת, הבומרס המבוגרים, שנולדו בין 1946 ל-1955, עסוקים יותר בתכנון עתידם, בהגנה על עצמם מפני אבדנים עתידיים ונחשבים ליותר עסוקים בסיפוק צרכיהם העצמיים, למשל בהשקעת משאבים בחופשות, בתים והלבשה (MetLife Mature Market Institute, 2005). הבדלים נוספים, גוונים ושינויים באוכלוסיית דור הבייבי בומרס נמצאו גם בהשוואתם בין ארצות שונות, עקב התפתחויות פוליטיות שונות, אסונות טבע, מלחמות, מגפות והדינמיקה הייחודית של כל מקום ומקום (Takamura, 2007).

המעקב אחר הספרות המחקרית המתפרסמת בנושא הבייבי בומרס המזדקנים הוא מרתק, אך גם מעלה שאלות רבות. די ברור כי דור "ילדי הפרחים" (ההיפים), שהשתתף בפסטיבל וודסטוק וצרח מלא גרונו: "make love not war", דור שחי בקומונות, חווה מין חופשי והפגין בהפגנות ענק נגד ממשלים שונים, התעצב באופן שונה מדור הוריו (שאותו אנו מכירים כאוכלוסיית הזקנים של היום). בהתאם, לאנשי מקצועות הטיפול השונים (שחלקם הם בעצמם בני דור הבומרס) מצפה היכרות עם דור של זקנים בעלי מאפיינים, תפיסות, ציפיות ודרישות חדשות שיש ללמוד אותם ולהתכונן לקראתם על מנת להכין עבורם מענים חדשניים ומותאמים.

חמלה בטיפול בזקנים

נושא החמלה בטיפול אינו ייחודי דווקא לזיקנה, אך נראה כי יש לו מקום (ואפילו מקום של כבוד) בפרק המתייחס לעבודתם של המטפלים בציבור זה.

בעבודות העוסקות בחקר המוסר והמידות, מושג החמלה נתון במחלוקת והמסקנות לעתים מנוגדות: חלק מהתיאורטיקנים גורסים, כי החמלה היא מדריך בלתי מהימן לשיפוט בין ראוי ללא ראוי, אחרים תופסים את החמלה כמקור עקרוני לשיפוט מוסרי.

האדם החולה, החלש או הזקן אינו זקוק להגדרות מלומדות כדי לחוש מיידית אם הטיפול או השירות הניתן לו מלווים בחמלה אנושית בסיסית או לא. האם אנשי המקצוע זוכרים את חובתם לנהוג בחמלה כלפי מטופליהם?

האם בתוך העומס הבלתי נתפס, שבו מתנהלת עבודתנו המקצועית היומיומית – עשרות תיקי הלקוחות שעל שולחנו, הצורך להתייעל, לחסוך למערכת, ללמוד וליישם את החידושים האחרונים במקצוע ואת הנהלים האינסופיים שיש לעבוד לפיהם, הצורך להתקדם, להתחרות, להיות מקורי וחדשני – האם בתוך כל אלה ניתן בכלל ליישם גישה שיש בה חמלה כלפי האדם? האם אנחנו עושים זאת? האם המוסדות המכשירים את המטפלים במקצועות השונים מחנכים לחמלה? האם ניתן בכלל ללמד חמלה?

האמפתיה, שעליה מתחנכים דורות של מטפלים, מוגדרת כיכולת לזהות את מצבו הנפשי של האחר ולהזדהות אתו. זהו תהליך רגשי, שבו משולבים גם רכיבים קוגניטיביים ובמהלכו מתפתחות רגישות, דאגה ואכפתיות כלפי האחר. התנהגות אמפתית מופיעה בדרך כלל כתגובה למצוקה אצל הזולת (Lampert, 2006). בשונה מאמפתיה, התפיסה המסורתית מתייחסת לנושא הטיפול כאל מקצוע הנסמך על טיפוח החמלה כמידה טובה באדם (Pellegrino & Thomasma, 1993). מנקודת מבט זאת, חמלה משמעה לסבול יחד עם האחר; חמלה היא יותר מהרגשה או מתחושה, זוהי פעילות שלמה. לחמלה יש רכיבים מוסריים ושכליים אוניברסליים. חמלה היא תכונה שהפרט מטפח כחלק מאופיו ומאישיותו. התנהגות חומלת מערבת חיוק התכונה והעמקת הנטייה לנהוג בדרך המוסרית הנכונה גם אם אף אחד לא מסתכל. קיימת התאמה בין החלקים הפנימיים והחיצוניים של הפעולה המוסרית. חמלה, אם כן, איננה רעיון תיאורטי, אלא ביטוי חיצוני בעבודת המטפל (Bradshaw, 2009). ביוני 2008 החליטה הממשלה האנגלית, בתמיכת המוסד הגבוה להכשרת אחיות (Royal College of Nursing), שבהערכת עבודת האחיות יימדד גם שיעור החמלה שהן מביעות. בתגובה לכך, במאמרה הביקורתי טוענת ברדשווא (Bradshaw, 2009), כי גישה כזאת לשירותי הבריאות, הנובעת מצורכי השוק, יוצרת חיקוי חיוור, אולי אפילו פְּרֹדִי, לגישה המסורתית אל הסיעוד והטיפול (האם יימדד חיוכן של האחיות? היא שואלת). בניסיון

לכמת פרודיה זאת, טוענת ברדשוואו, ניתן למדוד רק טכניקות מלאכותיות ולעודד סיעוד בסגנון מקדונלד במקום לעודד טיפול רציני.

ושוב עולה השאלה: האם ניתן ללמד חמלה בטיפול? התשובה אינה ברורה, אולם כך או כך, נראה, כי לאנשי המקצוע מהתחומים השונים אין ספק, שהחמלה היא חלק חיוני, משמעותי ובסיסי בעבודתם. בהתאם, יש להעביר אל קדמת הבמה המקצועית את נושא החמלה בטיפול וזאת בתחום הפרקטיקה, המדיניות והמחקר בהקשר למקצועות השונים העוסקים הן בטיפול והן בהגשת שירותים שונים.

סיכום

כבר בשנת 1998, במאמר המיועד לפסיכולוגים המתעתדים לטפל באוכלוסייה המזדקנת (Altekruse & Ray, 1998), מדגישים הכותבים, כי זוהי אחריותו של המטפל לחקור וללמוד את הצרכים של אוכלוסיית הזקנים ואת הנושאים הנוגעים לדמוגרפיה ולמאפיינים השונים שלה בטרם ניגשים לטפל בה. הם מציינים, שמדובר באוכלוסייה משתנה, המתמקדת בצרכים בנושאים משתנים וכל זאת במסגרת חברה משתנה.

אנשי מקצוע המטפלים בזקנים, מכל המקצועות והתחומים, ניצבים בפני אוכלוסייה מאוד מגוונת ועליהם להתמודד בעבודתם עם נושאים של בריאות והזדקנות, שאלות של אתיקה ומוסר, כמו גם עם שאלות של תרבות ואתניות. כניסת הבייבי בומרס למעגל קהל היעד של אנשי הטיפול בזיקנה טומנת אף היא התנסויות מקצועיות מסוג חדש.

כאמור, הבשורות הטובות ממחקרים שאוזכרו בעמודים הקודמים הן, שבדרך כלל לימוד נושא הזיקנה והתנסות מעשית בעבודה עם זקנים משפרים את התפיסות והעמדות כלפי ציבור זה. דהיינו, עמדות שליליות כלפי הזקנים ניתנות לשינוי וזה אך טבעי שכמטפלים נצרך נושא זה לרשימת המטלות שלנו. שהרי לביתנו אנו עושים על ידי שינוי עמדות אלה: אם לא כבר מחר, אזי מחרתיים, נהיה אנו עצמנו הזקנים שמדובר בהם.

בחירת הנושאים לדיון בפרק זה התבססה על פריטים שהם, בעיניי, מרכזיים וחיוניים לאנשי המקצועות שונים העובדים עם זקנים. עם זאת, יש הרבה מאוד נושאים בעלי חשיבות רבה שכלל לא הוזכרו בפרק זה. בתחום הגרונטולוגיה, שהיא מדע צעיר ותוסס, עולים מידי יום רעיונות חדשניים, גישות אלטרנטיביות, דרישות לשינוי והצעות יישומיות אשר חשוב מאוד לעקוב אחריהם.

מקורות

- ברודצקי, ג', שנוור, י. ובאר, ש. (עורכים). (2011). קשישים בישראל: שנתון סטטיסטי. ירושלים: אשל-ג'וינט ישראל.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2010). הסקר החברתי. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ירושלים. <http://surveys.cbs.gov.il/Survey/survey.htm>
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2010). סקר בריאות 2009. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ירושלים.
- חזן, ח. (1984). הזיקנה כתופעה חברתית. האוניברסיטה המשודרת, משרד הביטחון הוצאה לאור.
- טשרניחובסקי, ש. (תש"ן/1990). כתבי טשרניחובסקי, תל אביב: עם עובד.
- פרילוצקי, ד. (2004). השפעת סולידריות משפחתית, קונפליקט ואמביוולנטיות בין-דוריים על איכות החיים של קשישים צעירים, קשישים קשישים ובני דור הביניים. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה. אוניברסיטת חיפה.
- Aldous, J. (1990). Family Development and the Life Course: Two Perspectives on family. *Journal of Marriage and Family*, 52 (3), 571-583.
- Alexopoulos, G.S. (2005). Depression in the elderly. *Lancet*, 365, 1961-1970.
- Allan, L.J. & Johnson, J.A. (2009). Undergraduate attitudes toward the elderly: The role of knowledge, contact and aging anxiety. *Educational Gerontology*, 35, 1-14.
- Altekruse, M.K. & Ray, D. (1998). Counseling older adults: A special issue. *Educational Gerontology*, 24 (4), 303-307.
- Bakheit, A. (1996). Effective teamwork in rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 19, 301-306.
- Baltes, M.M. (1998). The psychology of the oldest-old: The fourth age. *Current Opinion in Psychiatry*, 11, 411-415.
- Baltes, P.B., Reese, H.W. & Lipsitt, L.P. (1980). Lifespan developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110.
- Baltes, B.P. & Smith, J. (2004). Lifespan Psychology: From developmental contextualism to developmental biocultural co-constructivism. *Research in Human Development*, 1 (3), 123-144.

- Baltes, P.B., Lindenberger, U. & Staudinger, U.M. (2006). Life-span theory in developmental psychology. In: R.M. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 1: Theoretical models of human development* (6th ed. pp. 569-664). New York: Wiley.
- Bengtson, V.L., Elder, G.H. & Puntney, N.M. (2005). The life course perspective on aging: Linked lives, timing and history. In: M.L. Johnson (Ed.), *The Cambridge handbook of age and aging*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Berry, E.H. & Kirchner, A. (2013). Demography of rural ageing. In: N. Glasgow & E. H. Berry (Eds.), *Rural ageing in 21st century America* (pp.17-36). New York: Springer.
- Birren, J.E. & Cunningham, W.R. (1985). Research in the psychology of ageing: Principles, concepts, and theory. In: J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of ageing* (3rd ed. pp. 3-34). San Diego: Academic Press.
- Black, S.A. (2000). The mental health of culturally diverse elderly: Research and clinical issues. In: I. Cuellar & F.A Paniagua (Eds.), *Handbook of multicultural mental health: Assessment and treatment of diverse populations* (pp. 325-339). San Diego, CA: Academic Press.
- Bradshaw, A. (2009). Measuring nursing care and compassion: The McDonaldised Nurse? *Journal of Medicine Ethics*, 35, 465-468.
- Braun, K. L., & Browne, C. (1998). Cultural values and caregiving patterns among Asian and Pacific Islander Americans. In: D. Redburn & R. McNamara (Eds.), *Social gerontology* (pp. 155-182). New York: Greenwood Press.
- Central Bureau of Statistics. (2005). *Statistical Abstract of Israel*. Tel Aviv: Government Publishing House.
- Cha, M. & Seo, S. (2009). A cross-country exploration: Dietetic students' knowledge, attitudes and intentions to provide services to the elderly. *Educational Gerontology*, 35 (9), 801-817.
- Chan, W. et al. (2012). Stereotypes of age differences in personality traits: Universal and accurate? *Journal of Personality and Social Psychology*, 103 (6), 1050-1066.
- Cherlin, A.J. (2010). Demographic trends in the United States: A review of research in the 2000s. *Journal of Marriage and Family*, 72, 403-419.

- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R. & Vaupel, J.W. (2009). Ageing populations: The challenges ahead. *Lancet*, 374, 1196-1208.
- Cottle, N.R. & Glover, R.J. (2007). Combating ageism: Change in students knowledge and attitudes regarding aging. *Educational Gerontology*, 33, 501-512.
- Couto, M.C.P. & Koller, S.H. (2012). Warmth and competence: Stereotypes of the elderly among young adults and older persons in Brazil. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 1 (1), 52-62.
- Czaja, S.J. (2006). Employment and the baby boomers: What can we expect in the future? In: S. K. Whitbourne (Ed.), *The baby boomers grow up: Contemporary perspectives on midlife* (pp. 283-298). NJ: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers, Mahwah.
- Diener, E. & Suh, E.M. (2000). Measuring subjective well-being to compare the quality of life of cultures. In: E. Diener & E. M. Suh (Eds.), *Culture and subjective well-being* (pp. 3-12). Cambridge, MA: MIT Press.
- Donnelly, L. (1999). Spanner in the works. *Health Services Journal*, 109 (5672), 14-15.
- Duvall, E.M. & Hill, R. (1948). *Report of the committee on the dynamics of family interaction*. Paper delivered at the National Conference on Family Life, Washington, DC.
- Finkelstein, E.S., Reid, M.C., Kleppinger, A., Pillemer, K. & Robison, J. (2012). Are baby boomers who care for their older parents planning for their own future long-term care needs? *Journal of Aging & Social Policy*, 24 (1), 29-45.
- Galambos, N.L., Turner, P.K. & Tilton-Weaver, L.C. (2005). Chronological and subjective age in emerging adulthood: The crossover effect. *Journal of Adolescent Research*, 20, 538-556.
- Gomez, F., Curcio, C.L. & Henao, G.M (2012). Fragilidad en ancianos colombianos. *Rev. Medica. Sanitas*, 15 (4): 8-16.
- Gonzales, E., Morrow-Howell, N. & Gilbert, P. (2010). Changing medical students' attitudes toward older adults. *Gerontology and Geriatrics Education*, 31 (3), 220-234.
- Goodwill C.J. et al. (1997). *Rehabilitation of the physically disabled adult*. Cheltenham, UK: Stanley Thames.
- Green, B. (2003). *Marketing to leading-edge baby boomer*. Ithaka, N.Y.: Lincoln.

- Greene, R.R. (2005). Redefining social work for the new millennium: Setting a context. *Journal of Human Behavior and the Social Environment*, 10 (4), 37-54.
- Greene, R.R. (2008). *Social work with the aged and their families*. London: Transaction.
- Grühn, D., Gilet, A.L., Studer, J. & Labouvie-Vief, G. (2011). Age relevance of person characteristics: Persons' beliefs about developmental change across the lifespan. *Developmental Psychology*, 47, 376-387.
- Guberman, N., Lavoie, J.P. & Blein, L. (2012). Baby boom caregivers: Care in the age of individualization. *The Gerontologist*, 52 (2), 210-218.
- Happell, B. (2002). Nursing home employment for nursing students: Valuable experience or a harsh deterrent? *Journal of Advanced Nursing*, 39 (6), 529-536.
- Herm, A., Cheung, S.L.K. & Poulain, M. (2012). Emergence of oldest old and centenarians: Demographic analysis. *Asian Journal of Gerontology & Geriatrics*, 7 (1), 19-25.
- June, A., Segal, D.L., Coolidge, F.L. & Klebe, K. (2009). Religiousness, social support and reasons for living in African American and European American older adults: An exploratory study. *Aging & Mental Health*, 13 (5), 753-760.
- Karasawa et al. (2011). Cultural perspectives on aging and well-being: a comparison of Japan and the United States. *International Journal on Aging and Human Development*, 73 (1), 73-98.
- Kearney, N., Miller, M., Paul, J. & Smith, K. (2000). Oncology healthcare professionals' attitudes towards elderly people. *Annals of Oncology*, 11, 599-601.
- Kim, G., Bryant, A.N. & Parmelee, P. (2012). Racial/ethnic differences in serious psychological distress among older adults in California. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 1070-1077.
- Kitayama, S. (2009). Cultural variations in cognition: Implications for aging research. In: P. C. Stern & L.L. Carstensen (Eds.), *The aging mind: Opportunities for cognitive research* (pp. 218-237). Washington, DC: National Academy Press.
- Kitayama, S. & Markus, H.R. (2000). The pursuit of happiness and the realization of sympathy: Cultural patterns of self, social relations, and well-being. In: E. Diener & E.M. Suh (Eds.), *Culture and subjective well-being* (pp. 113-161). Cambridge, MA: MIT Press.

- Kite, M.E., Stockdale, G.D., Whitley, B.E. & Johnson, B.T. (2005). Attitudes toward younger and older adults: An updated meta-analytic review. *Journal of Social Issues*, 1, 241-266.
- Kleinman, A. (1980). *Patient and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Knight, M. (2011). Access to mental health care among older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 37 (3), 16-21.
- Krain, L.P., Fitzgerald, J.T., Halter, J.B. & Williams, B.C. (2007). Geriatrics attitudes and knowledge among surgical and medical subspecialty house officers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55 (12), 2056-2060.
- Lam, R.E., Pacala, J.T. & Smith, S.L. (1997). Factors related to depressive symptoms in an elderly Chinese American sample. *Clinical Gerontologist*, 17, 57-70.
- Lampert, K. (2006). *Traditions of compassion from religious duty to social Activism*. Hampshire New York: Houndmills, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Laslett, P. (1991). *A fresh map of life: The emergence of the third Age*. Cambridge: Harvard University Press.
- Lau, A.W. & Kinoshita, L.M. (2006). Cognitiv-behavioral therapy with culturally diverse older adults.. In: P.A. Hays & G.Y. Iwamasa (Eds.), *Culturally responsive cognitive-behavioral therapy* (pp. 179-197). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lee, M., Reuben, D.B. & Ferrell, B.A. (2005). Multidimensional attitudes of medical residents and geriatrics fellows toward older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (3), 489-494.
- Lin, I.F. & Brown, S.L. (2012). Unmarried boomers confront old age: A national portrait. *The Gerontologist*, 52 (2), 153-165
- Liu, J.H., Ng, S.H., Loong, C., Gee, S. & Weatherall, A. (2003). Cultural stereotypes and social representations of elders from Chinese and European perspectives. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 18, 149-168.
- Liu, Y., While, A.E., Norman, I.J. & Wenqin, Y.W. (2012). Health professionals' attitudes toward older people and older patients: A systematic review. *Journal of Inter-Professional Care*, 26: 397-409.

- Markus, H.R. & Kitayama, X. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.
- Matarese, M., Ivziku, D., Tartaglini, D., Piredda, M. & De Marinis, M.G. (2008). Why do not nursing students choose to work with the elderly? A literature review. *International Nursing Perspectives*, 8 (2), 73-84.
- Mental Health/Aging Advocacy Project, a Project of the Mental Health Association of SEPA. (2006). Retrieved January 4, 2013, from <http://www.mhaging.org>
- MetLife Mature Market Institute. (2005). *Demographic profile: American baby boomers*. Westport, CT: Author.
- Metz, D. & Underwood, M. (2005). *Older richer fitter*. London: Age Concern.
- Montepare, J.M. (1996). An assessment of adults' perceptions of their psychological, physical and social ages. *Journal of Clinical Geropsychology*, 2, 117-128.
- Montepare, J.M. (2009). Subjective age: Toward a guiding lifespan framework. *International Journal of Behavioral Development*, 33 (1), 42-46.
- Moser, K., Shkolnikov, V. & Leon, D.A. (2005). World mortality 1950-2000: Divergence replaces convergence from the late 1980s. *Bull World Health Organ*, 83, 202-209.
- Myers, J.E. & Harper, M.C. (2004). Evidence-based effective practices with older adults. *Journal of Counseling and Development*, 82 (2), 207-218.
- Nelson, T.D. (2002). *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Neugarten, B.L. & Danan, N. (1973). Sociological perspectives on the life cycle. In: P. Baltes & K.W. Schaie (Eds.), *Life-span developmental psychology: personality and socialization*. New York: Academic Press.
- Neugarten, B.L. (1974). Age groups in American society and the rise of the young-old. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 9, 187-198.
- Nordhus, I.H. & VandenBos, G.R. (Eds.). (1998). *Clinical gero-psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Oishi, S. & Diener, E. (2001). Goals, culture and subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 1674-1682.

- Olazabal, I. (2009). Introduction générale. In: I. Olazabal (Ed.), *Que sont les baby boomers devenus? Aspects sociaux d'une génération vieillissante* (pp. 17-50). Québec, Canada: Nota bene.
- Pan, I.J., Edwards, H. & Chang, A. (2009). Taiwanese nursing students' attitudes toward older people. *Journal of Gerontological Nursing*, 35, 50-55.
- Parks, F.M. (2003). The role of African American folk beliefs in the modern therapeutic process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 456-467.
- Pellegrino, E.D. & Thomasma, D.C. (1993). *The virtues in medical practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Phillipson, C., Leach, R., Money, A. & Biggs, S. (2008). Social and cultural constructions of ageing: The case of the baby boomers. *Sociological Research Online*, 13 (3) 5. <http://www.socresonline.org.uk/13/3/5.html>
- Pinquart, M. & Sorenson, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15 (2), 187-224.
- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2005). Ethnic differences in stressors, resources and psychological outcomes of family caregiving: A meta-analysis. *The Gerontologist*, 45 (1), 90.
- Rabinowitz, J., Shayevitz, D., Hornik, T. & Feldman, D. (2005). Primary care physicians' detection of psychological distress among elderly patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13 (9), 773-781.
- Rodrigues, R., Huber, M. & Lamura, G. (Eds.). (2012). *Facts and figures on healthy ageing and long-term care*. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Roth, E.G., Keimig, L., Rubinstein, R.L., Morgan, L., Eckert, J.K., Goldman, S. & Peeples, A.D. (2012). Baby boomers in an active adult retirement community: Community interrupted. *The Gerontologist*, 52 (2), 189-198.
- Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1998). *Successful ageing*. New York: Pantheon Books.
- Runkawatt, V., Gustafsson, C. & Engström, G. (2013). Different cultures but similar positive attitudes: A comparison between Thai and Swedish nursing

- students' attitudes toward older people, *Educational Gerontology*, 39 (2), 92-102.
- Ryan, L.H., Smith, J., Antonucci, T.C. & Jackson, J.S. (2012). Cohort differences in the availability of informal caregivers: Are the boomers at risk? *The Gerontologist*, 52 (2), 177-188.
- Salomon, J.A., Wang, H., Freeman, M.K., Vos, T., Flaxman, A.D., Lopez, A. D. & Murray, C.J.L. (2012). Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: A systematic analysis for the global burden disease study 2010. *Lancet*, 380, 2144-2162.
- Samyer, M.A. & Qualls, S.H. (1999). *Aging and mental health*. Malden, MA: Blackwell.
- Seaman, P.M. (2012). Time for my life now: Early boomer women's anticipation of volunteering in retirement. *The Gerontologist*, 52 (2), 245-254.
- Settersten, R.. (2003). Age structuring and the rhythm of the life course. In: J.T. Mortimer & M.J. Shanahan (Eds.), *Handbook of the Life Course* (pp. 81-102). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Shaw, B.A. (2005). Anticipated support from neighbors and physical functioning during later life. *Research on Aging*, 27 (5), 503-525.
- Silverstein, M. & Giarrusso, R. (2010). Aging and family life: A decade review. *Journal of Marriage and Family*, 72, 1039-1058.
- Sue, D.W. & Sue, D. (2003). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice* (4th ed.). New York: Wiley.
- Takamura, J.C. (2007). Global challenges for an aging population. In: J.A. Blackburn & C.N. Dulmus, (Eds.), *Handbook of Gerontology* (pp.545-564). Canada: John Wiley.
- Uchida, Y., Norasakkunkit, V. & Kitayama, S. (2004). Cultural constructions of happiness. Theory and empirical evidence. *Journal of Happiness Studies*, 5 (3), 223-239.
- Uchida, Y. & Kitayama, S. (2009). Happiness and unhappiness in east and west. Themes and variations. *Emotion*, 9, 441-456.
- Uchino, B.N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (4), 377-387.

- Vaupel, J.W. (2010). Biodemography of human ageing. *Nature*, 464, 536-542.
- Vogel, T., Brechat, H., Lepre, M., Kaltenbach, G., Berthel, M. & Lonsdorfer, J. (2009). Health benefits of physical activity in older patients: A review. *International Journal of Clinical Practice*, 63 (2), 303-320.
- Webster, J. (2002). Teamwork: Understanding multi-professional working. *Nursing Older People*, 14 (3), 14-19.
- Weiss, D. & Lang, F.R. (2012). They are old but I feel younger: Age-group dissociation as a self-protective strategy in old age. *Psychology and Aging*, 27 (1), 153-163.
- White, A.M., Philogene, G.S., Fine, L. & Sinha, S. (2009). Social support and self reported health status of older adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 99 (10), 1872-1878.
- Young, H.M., Siegel, E.O., McCormick, W.C., Fulmer, T., Harootyan, L.K. & Dorr, D.A. (2011). Interdisciplinary collaboration in geriatrics: Advancing health for older adults. *Nurs Outlook* (59), 4, 243- 251.
- Youngmann, R. Pugachova, I. & Zilber, N. (2012). Utilization patterns of ambulatory psychiatric services by Ethiopian immigrants in Israel. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 49 (3), 151-158.
- Zebrowitz, L.A. & Montepare, J. M. (2000). Too young, too old: Stigmatizing adolescents and elders. In: T.F. Heatherton, R.B. Kleck, M.R. Hebl & J.G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 334-373). New York, NY: Guilford Press.

נספח: פסק הדין התקדימי בנושא חובת הפרישה הגילאית

209/10 עעא [ארצי] 209–10 ליבי וינברגר

נגד אוניברסיטת בר אילן).

תאריך: 12 בדצמבר 2012

הודעה לעיתונות:

פסק דין היסטורי בבית הדין הארצי לעבודה

קיים ספק בחוקיות חובת פרישה המבוססת על גיל כרונולוגי בלבד+

קיימת חובה חוקית לשקול בקשת עובדים להמשיך ולעבוד גם אחרי גיל 67

פרשת ליבי וינברגר ועמותת המשפט בשירות הזיקנה ואח' נ. אוניברסיטת בר אילן

גב' ליבי וינברגר, ילידת שנת 1942, עלתה ארצה בשנת 1972. החל משנת 1991 עבדה באוניברסיטת בר-אילן כמרכזת פעילות במחלקת המגביות הבינלאומיות של האוניברסיטה. בשנת 2008 הודיעה האוניברסיטה לגב' וינברגר כי העסקתה תסתיים בשנת 2009 הואיל והגיעה לגיל 67, שהוא גיל פרישה חובה. גב' וינברגר הודיעה לאוניברסיטה כי היא מעוניינת להמשיך ולעבוד, וביקשה לנהל מו"מ ביחס לתנאים אודות המשך העסקתה.

האוניברסיטה דחתה את בקשתה בטענה שהן מכוח חוק גיל פרישה התשס"ד-2004, והן מכוח נוהלי האוניברסיטה, לא ניתן להמשיך ולהעסיק אותה מעל גיל 67, ואכן, עם הגיעה לגיל 67, נאלצה גב' וינברגר לסיים עבודתה בניגוד לרצונה. בעקבות החלטת האוניברסיטה, הגישה גב' וינברגר, באמצעות עמותת המשפט בשירות הזיקנה, תביעה לבית הדין האזורי לעבודה בתל אביב יפו, אשר דחה את תביעתה.

בעקבות זאת הוגש ערעור לבית הדין הארצי לעבודה, אשר קיבל באופן חלקי את הערעור, חייב את האוניברסיטה לשלם לגב' וינברגר פיצוי בסך 50,000 ש"ח וכן לשלם 7,500 ש"ח בתוספת מע"מ כהוצאות משפט.

פסק הדין המרכזי בבית הדין הארצי לעבודה נכתב על ידי השופטת סיגל דוידוב-מוטולה, אשר קבע בין היתר את הקביעות המרכזיות הבאות:

א. ביחס לחוקתיות חובת הפרישה: בפעם הראשונה בהיסטוריה המשפטית בישראל,

בית הדין הארצי לעבודה מבטא בצורה ברורה וחד-משמעית הכרה בכך, שחובת

פרישה המבוססת על גיל כרונולוגי בלבד מהווה פגיעה בזכויות חוקתיות – בזכות לכבוד האדם ולשוויון ואף בזכות לחופש העיסוק. יתרה מכך – בית הדין הארצי לראשונה בהיסטוריה מטיל ספק במידתיות של ההסדר, במיוחד בהתחשב בקיומן של חלופות פוגעניות פחות (כגון פרישה תפקודית). ברם, כסופו של יום בית הדין מותיר סוגיה זו בצריך עיון, ומפנה את הסוגיה להכרעת בית המשפט העליון.

ב. ביחס לחובת הפרישה: החדשנות ההיסטורית של הכרעת בית הדין הארצי לעבודה היא בכך, שלמרות שעל פי חוק ניתן לסיים עבודתם של עובדים עם הגיעם לגיל 67 – מקום שעובדים מביעים את רצונם להמשיך ולעבוד אחרי גיל 67 חובתם של המעסיקים לשקול בקשה זו בכובד ראש ובהתחשב בכלל הנסיבות הרלוונטיות. בנסיבות המקרה, הואיל ואוניברסיטת בר-אילן כלל לא שקלה בכובד ראש את האפשרות להמשיך ולהעסיק את גב' וינברגר – הרי שהיא הפרה את חובת תום הלב שלה כמעסיקה ולכן היא חבה בתשלום פיצויים.

פסק הדין הוא לא פחות ממהפכה בדיני העבודה בישראל בכל הנוגע לחובת הפרישה: כל עובד שמעוניין כיום להמשיך ולעבוד מעבר לגיל 67, רשאי להודיע על כך למעביד שלו. חבות המעביד לשקול את בקשתו בכובד ראש ועל יסוד מכלול הנתונים הרלוונטיים כדי לבחון את האפשרות להיעתר לבקשתו. הימנעות מלעשות כן תזכה את העובד לקבלת פיצויים.

לקבלת מידע נוסף ניתן להתקשר עם עמותת המשפט בשירות הזיקנה.

פרק 2

הערכה פסיכולוגית של אנשים זקנים הפונים לטיפול

יובל פלגי

הָאָדָם הוּא חֵידָה. זֹאת יוֹדֵעַ כָּל תָּם.

וְחַיֵּיו הֵם חֵידָה אֵין-מִידוֹת.

וְאֶפְשָׁר לְהַגִּיד, רַבּוּתִי, שֶׁאָדָם

הוּא חֵידָה הַפּוֹתֶרֶת חֵידוֹת.

נתן אלתרמן, פזמונים ושרי זמר, 1976

מבוא

הערכה פסיכולוגית מהווה את ליבה של העבודה הטיפולית, שכן היא מאפשרת למבצע ההערכה להבין לעומק את הסיבות בעטיין פנה או הופנה האדם לטיפול ובכך לקבל קנה מידה ראשוני לאופן שבו ניתן לסייע לו בבעייתו. מטרתה של ההערכה באוכלוסייה זקנה היא, בראש ובראשונה, להיות מיפוי ראשוני שנועד להכווין ולמקם את הקשיים בגינם פנה או הופנה האדם לטיפול (דיכאון, ירידה קוגניטיבית, בעיות בין-אישיות, בעיות סוציאליות וכדומה), ובהמשך לסייע לו בהכוונה לייעוץ או לעזרה שהוא זקוק להם. בליזר (Blazer, 2004) טוען, כי בעידן שבו מתרבות הבדיקות המבוססות על טכנולוגיה ומעבדות קיימת פגיעה בכישוריהם של הקלינאים העוסקים באמנות של הערכה פסיכולוגית של אוכלוסייה זקנה. פרק זה מציג עקרונות בסיסיים בהערכה פסיכולוגית של אנשים זקנים. הערכה פסיכולוגית של אדם זקן שלמה רק כאשר היא נעשית בשילוב עם הערכה גופנית, תפקודית, קוגניטיבית וסביבתית. לא פעם, דווקא בגיל זיקנה, קיימת הפחתה בהערכת חשיבותה של ההערכה הפסיכולוגית של אוכלוסייה זקנה. זאת, מכמה סיבות עיקריות: ראשית אל מול המצב הגופני, התפקודי, החושי והקוגניטיבי, שבהם מתרחשים שינויים קריטיים בזיקנה,

ההערכה הפסיכולוגית נתפסת ככזו, שאין בה שינויים מהותיים ולכן קיימת נטייה להזניחה. שנית, קיימת הנחה עממית, סטריאוטיפית, המקשרת בין ירידה קוגניטיבית לעולם פנימי. לפי הנחה זו, אנשים זקנים הם בהכרח עם ירידה קוגניטיבית ולכן אין להם עולם נפשי עשיר ודינמי הראוי שיעריכו אותו. שלישית, תפיסות סטריאוטיפיות (גילניות) של הזיקנה מביאות למחשבה כאילו כל הזקנים דומים ואין להם למעשה אישיות ייחודית ושונה (Thompson, 1998).

בפרק זה אסקור רעיונות בסיסיים בהערכה פסיכולוגית של אוכלוסייה זקנה ואציג סוגיות ונושאים רלוונטיים להערכתם הפסיכולוגית של אנשים זקנים, במטרה לאפשר פתח לעולם הנפש של הזקנים.

הגדרות ומאפיינים בסיסיים בריאיון של אוכלוסייה זקנה

המונח "הערכה" משמש כאן כשם כללי המאחד טכניקות שונות לקבלת מידע (כגון ריאיון, שאלונים, אבחונים שונים וכדומה).

הערכה פסיכולוגית היא תהליך שדרכו אנו לומדים על תכונות מסוימות המאפיינות את האדם באמצעות כלי מדידה אובייקטיביים, השלכתיים או באמצעות ריאיון. כלים אלה יכולים להעריך היבטים אינטלקטואליים (קוגניטיביים), אישיותיים, נוירו-פסיכולוגיים או התנהגותיים (Goldstein & Hersen, 2000). מכאן, שהערכה פסיכולוגית של אדם זקן היא התהליך שבו אנו באים ללמוד להכיר את האדם שאותו אנו מעריכים, כדי לעמוד על טיבו, על סגנונות האישיות שלו, על כוחותיו ומשאביו, על קשיי ההסתגלות שלו לבעיות חיים כלליות ולכאלה שנוצרו בעקבות הזיקנה. מטרת ההערכה היא לבחון את מידת מצוקתו של הפרט, האם הוא סובל ממחלות פסיכיאטריות מאובחנות ולבחון כיצד קורות חייו והדינמיקה הפנימית שלו משתלבים עם הסביבה העכשווית עמה הוא נמצא בקשר ובה הוא חי לכדי סיפור חיים שיצר את המשבר הנוכחי. ההערכה כוללת רכיבים גופניים, תפקודיים, קוגניטיביים, חברתיים ומשפחתיים, כשהריאיון האישי הוא אחת הדרכים לביצוע ההערכה (Knight, 1996). ההערכה נעשית על מנת שניתן יהיה לסייע לאדם בהתאם לסיבת הפנייה ולהקשרה. סאליבן (Sullivan, 1954, p. 4) מגדיר ריאיון כ"תקשורת ווקלית (ורבלית) ולא ורבלית) בין שני אנשים, אשר התאגדו באופן שהוא התנדבותי, על בסיס יחסי מומחה-לקוח, כדי להבהיר את דפוסי החיים המאפיינים את האדם (המרואיין), המטרידים אותו והגורמים לו להיות פגיע. המרואיין מצפה כי הבהרתם (של דפוסי החיים) תגרום לו לתועלת." בהגדרה זו מדגיש סאליבן (Sullivan, 1954) את נושא התקשורת, שהוא הכרחי לצורך ההערכה,

את ההיררכיה של מערכות היחסים לפיהן יש מעריך ויש מוערך ואת הציפיות של שני הצדדים. בהמשך נראה, כיצד גיל הזיקנה מעלה סוגיות ייחודיות הקשורות לנושאים אלה, הרלוונטיות להערכת אוכלוסייה זקנה. לאחר שהגדרנו את נושא ההערכה והריאיון, נשאלת השאלה – מה הדמיון ומה ההבדל בין הערכה של אדם צעיר לזו של אדם מבוגר? מוצגים להלן כמה נושאים מרכזיים המציגים את הדמיון והשוני בנושא זה.

הדמיון שבין הערכה של אדם צעיר לזו של אדם מבוגר

מבנים פסיכולוגיים: אנשים צעירים וזקנים הם בעלי תכונות אופי, ארגון אישיות ומנגנוני הגנה דומים ביסודם, ולכן ההערכה היא אותה הערכה. היא כוללת הערכה של אישיותו של האדם, הזקן, ארגון האישיות שלו, תהליכים של העברה ומנגנוני הגנה. **סיפור החיים:** על אף שסיפור החיים ארוך יותר אצל זקנים, הוא מסופר ונבחן על פי אותם עקרונות נרטיביים, שבו מסופר סיפור החיים של צעירים (מידת הקוהרנטיות של הסיפור, האינטגרציה, הדיפרנציאציה של הדמויות וכדומה, ראו McAdams, 2001). **מבנה הריאיון:** מבנה הריאיון דומה, בעל אותם עקרונות בסיסיים, והוא כולל שלב של פתיחת הריאיון, גוף הריאיון וסיום הריאיון (Morrison, 1995). **טכניקות הריאיון:** נעשה שימוש בטכניקות ריאיון (כפי שיוצגו בהמשך) דומות בתהליכי הערכה של צעירים וזקנים. ניתן לתת פרשנויות למניעים, לשקף רגשות, להבהיר ולפרש את נושאי השיחה גם עם זקנים וגם עם צעירים.

הבדלים בין הערכה של אדם צעיר לזו של אדם מבוגר

סינון ראשוני של יכולות: הערכה של אנשים וזקנים מחייבת בחינה ראשונית של אפשרות קיומה של ירידה תפקודית על מנת שניתן יהיה להתחיל את הריאיון (ראייה, שמיעה, יכולת קוגניטיבית). בריאיון של אנשים צעירים ההנחה היא, כי לא קיימת ירידה כזו, אולם באוכלוסייה זקנה, פגיעה באחד מהתפקודים הללו, שאינה מאותרת כבר בראשית הריאיון, עלולה לגרום לכשל בתקשורת ולחוויה מתסכלת לשני הצדדים (Knight, 1996; Morrison, 1995).

מטרות ההערכה: הערכת אוכלוסייה זקנה נושאת לפעמים מטרות שונות מאלו של הערכת צעירים. למשל, הערכה של יכולת תפקודית והחלטה לגבי המעבר לבית אבות. תוצרי סוג זה של הערכה יוצרים לא פעם חוויה של כישלון, בשל ההדגשה של החסרים המאיימים על המרואיין (למשל, קושי להיזכר בשמות, באירועים ובמקומות). גם כאשר מטרת הריאיון אינה כזו, הריאיון וההערכה יכולים להיתפס על ידי הזקן בצורה חשדנית (למשל, מצב שבו הילדים מארגנים לזקן ריאיון, שמטרתו לבחון

זכאות לקבלת עזרה בבית או מעבר לדירור מוגן). זאת, בניגוד לראיונות של אנשים צעירים, הלוכשים לעתים אופי הישגי (למשל, ריאיון עבודה), כיוון שמטרתם לבחון את הצלחותיו ואת כישוריו של האדם (Knight, 1996).

משך הריאיון וקצב הריאיון: אדם מבוגר זקוק ליותר זמן, בין השאר כיוון שהוא בעל קורות חיים ארוכים יותר וניסיון חיים עשיר יותר והוא זקוק ליותר זמן על מנת להשיב על השאלות. כמו כן, זמן התגובה ואופן ארגון התשובה שלו יהיו ארוכים יותר. ניסיון לראיון אדם זקן בצורה מהירה, הקופצת מנושא לנושא, לא רק שתעורר כעס, היא עשויה להביא לפגיעה בקשר הטיפולי בריאיון ואף לסיומו (Morrison, 1995).

אופי ההערכה: בעוד שהערכה של צעירים מבוססת בעיקרה על שיחה, הערכה של זקנים מחייבת, פעמים רבות יותר, התייחסות למכלול ההיבטים של חייו הבוגרים של האדם. כמו כן, הערכה של אדם זקן דורשת שימוש בכלים נוספים להערכה של פגיעות תפקודיות (למשל, פגיעה קוגניטיבית או תפקודית), הערכה בריאותית והיעזרות באנשים מסביבתו הקרובה של האדם לצורך השגת מידע רלוונטי. אלה ייתנו תמונה מדויקת יותר ויאפשרו מידע שלא ניתן להשיגו בדרך של שיחה רגילה (Blazer, 2004).

הריאיון הפסיכולוגי באוכלוסייה זקנה: אופיו, מבנהו והדרך לנהלו

סוגי הריאיון

ניתן לחלק את הראיונות בחלוקה גסה לשני סוגים: ריאיון מובנה וריאיון פתוח, כאשר רוב הראיונות הנערכים נמצאים בטווח שבין שני הקצוות. מחד גיסא, ריאיון מובנה ומוכתב, מאידך גיסא, ריאיון חופשי, המתנהל בצורה חופשית (Ogden, 1992; Sullivan, 1954). למעשה, רוב הראיונות המתקיימים הם חצי מובנים, אולם ניהול ריאיון עם אנשים זקנים מחייב התייחסות לשאלה זו, כיוון שסביב מטרות ריאיון שונות כדאי לתכנן ריאיון יותר מובנה או יותר פתוח באופיו.

הריאיון המובנה הוא פסיכיאטרי באופיו, בעל שאלות קבועות המופיעות בסדר דומה, המאפשר תיאור וסיווג של סימפטומים שעליהם האדם מדרוש, בדרך ליצירת הערכה דיאגנוסטית כללית. דוגמה מוכרת לסוג ריאיון כזה הוא המיני-מנטל (MMSE – Mini-mental state examination; Folstein, Folstein & McHugh, 1975). שאלון זה מעריך את יכולותיו הקוגניטיביות של הפרט על פי סדר קבוע של שאלות. המראיין שואל את השאלות ומציין על פי תשובות הנבדק. אין חריגה מטווח השאלות המותר ולא ניתן להרחיב ולברר נושאים שעלו כחלק מהשאלון.

הריאיון הפתוח הוא יותר פסיכולוגי באופיו. הוא מאפשר הצצה לעולם הפנימי של האדם, הן על ידי אופן הסיפור, הן על ידי בחירת המרואיין מה לספר ולהדגיש, והן על ידי הנושאים שעליהם המרואיין בוחר שלא לדבר. סוג ריאיון זה מאפשר למטופל לספר על עצמו באופן עצמאי וכך ליצור את הגרסה של ההיסטוריה הפרטית שלו בדרכו. חשוב שהמראיין לא יתערב במאמציו של המטופל, דרך התערבויות רבות מדי, כגון איסוף נתונים היסטוריים או מתן עצות טיפוליות (Ogden, 1992). התערבות המראיין בארגון סיפור חייו של המרואיין, דרך חיפוש אחר היסטוריה מסודרת, אינה מאפשרת למטופלים לספר ולהדגיש את התכנים המשמעותיים עבורם ולהשמיט חלקים אחרים ובכך, באמצעות ההשמטה, לספר גם על ההתנגדות או החרדה שלהם. כמובן, שבתווך, בין הריאיון המובנה והפתוח, נמצאים גם ראיונות חצי-מובנים, דוגמת הריאיון הגריאטרי-פסיכיאטרי, המכיל עקרונות ומסגרת ריאיון מובנית, אך מאפשר חופש למראיין לשנות ולפנות לכיוונים נוספים (Blazer, 2004). לדרכי ניהול הריאיון כמובנה או כפתוח יתרונות וחסרונות, בהתייחס לריאיון של אנשים זקנים.

הריאיון המובנה באוכלוסייה זקנה

לא פעם, הריאיון באוכלוסייה זקנה מתבצע במצבים המחייבים אבחנה או החלטה קריטיים ומהירים. דוגמה טובה לכך היא במקרה שבו יש צורך בהערכה של פגיעה קוגניטיבית או דיכאון (Blazer, 2004). ריאיון מובנה עוזר במקרים אלה לארגן את השיחה ולהגיש מידע הכרחי, שרק כך ניתן להשיגו, היות והזקן נשאל שאלות ישירות. הפגיעה הקוגניטיבית יוצרת קשיים בזיכרון או איטיות חשיבתית רבה ועשויה להפוך את הריאיון ללא ממוקד ולכזה הסוטה ממטרתו. בעזרת הריאיון המובנה אפשר להעריך בצורה אחידה ושיטתית את מהות הפגיעה וחומרתה. בנוסף לכך, המראיין יחווה חוויה טובה יותר של שליטה, הריאיון יהיה חסכוני יותר בזמן ובעל סטנדרטיזציה טובה יותר בהשוואה בין מראיינים. ריאיון מובנה מאפשר להכשיר באופן מהיר גם מראיינים פחות מנוסים מאשר ההכשרה הנדרשת ממראיינים לביצוע ריאיון פתוח.

אך לריאיון מובנה באוכלוסייה זקנה יש גם חסרונות. חיסרון מרכזי הוא, שריאיון מובנה עלול ליצור במהירות יחסית התנגדות אצל המרואיין ותחושה שהוא לא מובן ושהמראיין לא סבלני כלפיו. דבר זה קריטי לאור קושי גדול יותר העשוי להיות ביצירת הקשר הטיפולי הראשוני עם אוכלוסייה זקנה (Blazer, 2004). ביטויים אלה של התנגדות יכולים לבוא לידי ביטוי בקושי של המראיין לזהות רכיבים הדורשים זמן, שעליהם הזקן לא יספר אם לא ירגיש בטוח לבטאם (למשל, דיכאון, מחשבות פרנואידיות). סגנון הריאיון המובנה הוא

כזה, שסיפור החיים לא יוכל להיות מסופר במלואו, כך שניתן לעתים להרוויח מידע זמין, אך להפסיד את האפשרות להבין את האישיות של הזקן בכללותה.

גם לריאיון הפתוח יש יתרונות וחסרונות. היתרונות הם: שלעתים הוא מתאים יותר עבור אוכלוסייה זקנה, שכן אנשים מבוגרים אוהבים לספר על חייהם בצורה חופשית, הכוללת סקירת חיים. בריאיון פתוח הם יכולים לספר את סיפור חייהם בקצב שלהם ובדרגת הייחודיות ולכך יתרונות רבים. ראשית, סוג זה של ריאיון מאפשר לבסס את האמון שבין המראיין לבין המרואיין הזקן; שנית, הדבר מאפשר היכרות טובה עם עולמו ועם כוחותיו של האדם הזקן, ובנוסף לכך מאפשר למראיין להכיר לא רק את הפגיעות והאבדנים של הכישורים השונים הקיימים היום אצל המרואיין, אלא גם את מנגנוני הפיצוי והכוחות שליוו אותו במהלך חייו עד לזיקנה. כל אלה עשויים לאפשר לריאיון להתקיים באווירה טובה ולחשוף מידע רב ומשמעותי (Knight, 1996).

חסרונותיו העיקריים של הריאיון הפתוח הם בכך, שהוא יכול להביא לאיבוד המיקוד ולקושי משמעותי כאשר יש צורך בקבלת החלטות. ריאיון מסוג זה מעורפל יותר באופיו, כיוון שלעתים נשאלות שאלות מופשטות, העלולות להוות איום על המרואיין ולהקשות על ניהול הריאיון, במיוחד במצבים שבהם יש פגיעות קוגניטיביות. בנוסף לכך, ריאיון פתוח עשוי לקחת זמן רב יותר, וכאשר הזמן מוגבל, הוא ייתן תחושה של משהו שלא הושלם עד הסוף. קושי נוסף עשוי להיות קשור להיבטים תרבותיים ושל קבוצת הגיל. נבדקים זקנים, במיוחד כאשר הם מופנמים באופיים, לעתים פחות מורגלים לדבר על עצמם באופן ספונטני בפני אדם זר. דבר זה עשוי לפגוע באינטראקציה ובשיתוף הפעולה עם המראיין.

לסיכום חלק זה, ניתן לומר, כי מבנה הריאיון צריך להיקבע בעיקר על פי מטרותיו, הזמן העומד לרשותו ומצבו הקוגניטיבי של הנבדק. בדרך כלל, עם אנשים זקנים, ללא פגיעה קוגניטיבית ברורה, נוח יותר לבצע ראיונות בעלי אופי פתוח, בעיקר כאשר מטרות הריאיון הן לצורך היכרות (כמו בריאיון כניסה לבית אבות), תחילת טיפול וכדומה. ברוב המקרים, בריאיון מסוג זה הזקנים משתפים פעולה ואף נהנים מהשיחה. אולם, כאשר הריאיון הוא יותר למטרות אבחנתיות ולקבלת החלטות, בעיקר באוכלוסייה עם פגיעה קוגניטיבית מסוימת, מומלץ לבצע ראיונות מובנים או חצי מובנים. יש לקחת בחשבון שריאיון מסוג זה עלול לעורר חרדה והתנגדות מצד האדם הזקן, כיוון שהוא מפגיש אותו עם הלקויות שלו ועם הירידה בתפקודים שונים כתוצאה מהזיקנה.

הפניית אנשים זקנים לריאיון או להערכה

ההחלטה של אנשים זקנים על פנייה לטיפול או להערכה רפואית-פסיכולוגית היא החלטה מורכבת עבורם. נייט (Knight, 1996) מתאר שלושה שלבים בדרך לפנייה לאיש מקצוע מתחום בריאות הנפש:

השלב הראשון: זיהוי הבעיה כפסיכולוגית. נייט (Knight, 1996) טוען, כי אנשים זקנים מתקשים לזהות את בעייתם כפסיכולוגית ונוטים לרוב ליחסה להיבטים רפואיים, לכן לוקח להם זמן רב יותר עד שהם פונים לסיוע. אם לא די בכך, נמצא גם, כי רופאים כלליים, שאינם פסיכיאטרים, מתקשים לזהות דיכאון אצל מטופליהם, בעיקר כאשר אלה הם בני 65 ויותר (Cepoiu, McCusker, Cole et al., 2007). לפיכך, נראה, כי הן הזקנים והן אנשי המקצוע מתקשים לזהות את הבעיה כפסיכולוגית, דבר המצריך תשומת לב מצידם של המראיינים.

השלב השני: ההחלטה לפנות לטיפול. גם לאחר הזיהוי של הבעיה כפסיכולוגית, קיים קושי אצל אנשים זקנים לפנות לטיפול או להערכה פסיכולוגית בגלל סטיגמות חברתיות. אנשים אלה מעדיפים לרוב לדרוח את הפנייה או אף לוותר עליה על פני ניסיון להמשיך ולטפל בבעיה.

השלב השלישי: הגדרת הבעיה ומיקודה. לאוכלוסייה קשישה יש, לדבריו של נייט (Knight, 1996), קושי בהגדרת הבעיה ובמיקודה, כיוון שקשישים מתקשים, לעתים, להגדיר את המקור לבעייתם בשפה פסיכולוגית ולתאר איזו עזרה הם צריכים.

מבנה הריאיון עם אנשים זקנים

הריאיון עם אנשים זקנים בנוי בדומה לריאיון עם אנשים צעירים והוא כולל: (1) פתיחה; (2) גוף הריאיון; (3) סיום, כפי שיפורטו להלן.

1. פתיחת הריאיון

יצירת הקשר הראשוני ופתיחת הריאיון

המטרה והחלק המשמעותי ביותר בפתיחת הריאיון עם אנשים זקנים היא יצירת קשר ראשוני זורם ויחסי אמון בין המראיין למרואיין; קשר זה נקרא לעתים רפורט (rapport). על פי אוטמר ואוטמר (Othmer & Othmer, 2002) חשוב ומשמעותי שהקשר הראשוני יינצר על בסיס

אמון והבנה בין השניים לצורך ביצוע ההערכה. מטרת יצירת הקשר הראשוני היא לאפשר חוויה של אמון עם המראיין, דבר שבהמשך הריאיון יאפשר קבלת מידע רב ומשמעותי על המטופל. בתחילת הריאיון, המרואיין מגיע, לעתים, חרד ומפוחד מהליך ההערכה. הוא זקוק למראיין שירגיע אותו ויסייע בהפחתת הסטיגמות ביחס להליך ההערכה וביחס למראיין.

ארגון החדר מראש (setting)

- כיסאות ללא שולחן/עם שולחן באמצע: ריאיון ללא שולחן מאפשר חוויה של קשר קרוב יותר ובלתי אמצעי. ריאיון שכזה יפחית חרדה ויאפשר להשיג אמון רב יותר. מומלץ להשתמש בחדר עם שולחן, כאשר מטרת השיחה המרכזית היא השגת מידע פורמלי מהזקן. במקרה שכזה, ריאיון עם שולחן באמצע יגדיר יותר טוב את מערכת היחסים שבין המרואיין למראיין ויוכל לסייע לזקן להבין טוב יותר, כי הוא נמצא במצב של הערכה. ריאיון עם שולחן מומלץ, למשל, במקרה של הערכה קוגניטיבית או פסיכיאטרית.
- ישיבה פנים מול פנים/לא ישירות: ישיבה פנים אל מול פנים יכולה אמנם ליצור חוויה של חוסר נוחות אצל המרואיין ולא פעם עדיף להטות את הכיסאות, כך שקשר עין לא יהיה הכרחי, אולם דווקא באוכלוסייה זקנה יש לכך יתרון. על פי הערכות, כ-70% עד 80% מהאנשים בגילאי 65 עד 75 ואף יותר בגילאים מבוגרים יותר סובלים מבעיות שמיעה (Sprinzi & Riechelmann, 2010). לכן, חשוב לשבת מולם, להדגיש את תנועות הפה, להגביר את הקול ולא להתבייש לחזור על הדברים, כשהם אינם שומעים את שנאמר. כיוון שגם הראייה מהווה בעיה אצל קרוב ל-20% מהזקנים מעל גיל 80 (Congdon, O' Colmain, Klaver et al., 2004), על המראיין להתייחס לכך, שאנשים עם בעיות ראייה לא שמים לב לפרטים של תקשורת לא ורבולית, כמו, למשל, תנועות ראש, מעקב עיניים, ביטויים אמפתיים בפנים וכדומה. ישיבה פנים מול פנים עשויה לצמצם בעיה זו.
- כתיבה בזמן הריאיון/הקלטת הריאיון: כתיבה ובוודאי הקלטה עשויים להיתפס כחוויה חודרנית ולכן, בכל מקרה שהמראיין מחליט לכתוב או להקליט מומלץ לבקש את רשותו של המרואיין. באוכלוסייה זקנה, ההקלטה מקושרת פעמים רבות עם סקירות חיים (הנעשות לזקנים לא פעם במסגרות שונות) ולכן עשויה לגרום לזקן לספר את קורותיו בהרחבה.
- מיקום השעון בחדר הריאיון: השעון המצוי בחדר הריאיון וההתייחסות למגבלות הזמן של הפגישה עשויים לעורר בצורה סמלית את נושא הזמן האוזל והמוות המתקרב. על המראיין להיות ער לנושא זה, לשקול היכן להציב את השעון, האם

בצורה שבה גם המרואיין יוכל לראות את השעה, או להשאיר את האחריות על הזמן ברשותו.

- **הצבת קופסת ממוחטות נייר בסמיכות למרואיין:** קופסה כזו מציגה את חדר הריאיון כמקום אינטימי, שניתן לבכות בו, אך התחושה של קרבה זו עשויה גם להלחיץ את האדם הזקן. על המרואיין לקחת בחשבון שיקול זה בעת ארגון חדר הריאיון, על פי מטרותיו.

הכניסה לחדר הריאיון

- **התמקמות וקביעת מקומות הישיבה:** בשונה מראיונות עם אנשים צעירים, ראיונות עם אנשים זקנים מחייבים התייחסות ייחודית למוגבלויות שונות של האדם זקן, העשויות לשנות את הכללים המוכרים של מקומות הישיבה בזמן הריאיון. לא פעם, המרואיין זקוק לעזרה בישיבה או בקימה, להובלה בכיסא גלגלים, ולעתים הוא מלווה במטפל אישי, שיש לתת את הדעת איך וכיצד לנהוג בו. שונה הדבר עוד יותר, כאשר ההערכה מתבצעת במקום מגוריו של המרואיין, בגלל בעיות גופניות ואחרות. נייט (Knight, 1996) מציין, כי פעמים רבות יש צורך בביקורי בית. על המרואיין להיות גמיש, אך עליו לשים לב ששינוי זה נושא עמו גם חסרונות שיש להיות ערים להם. כך, למשל, כיוון שהמרואיין נמצא בסביבה שאינה שלו, עליו לדאוג לגבולות בצורה יותר ברורה. עליו לדאוג לחדר מתאים ולוודא שהפרטיות של המרואיין נשמרת. יש להגדיר את הקשר באופן ברור, מאחר שקיימת לא פעם נטייה לגלוש לכיוון של חברות. כמו כן, גם הזמן נוטה לגלוש במקרים אלה ולכן יש להקפיד על הזמנים (שעת התחלה וסיום). יש להכין את המטופל לכך, שהריאיון עומד להסתיים, למשל על ידי הצהרה, כי נותרו עוד חמש דקות, ולבסוף על ידי קימה והצהרה על סיום הפגישה. מטפלים רבים חשים שלא בנוח להציב גבולות כאלה, אך יש לזכור את חשיבותם בעיצוב הקשר. לדברי נייט (Knight, 1996), יש להיזהר מביקורי בית אצל אנשים מבוגרים בעלי אבחנה של פרנויה או היסטריה. פרגה ועמיתיו (Fraga, Costa, Dias et al., 2012) מצאו, עם זאת, שמידת הפתיחות של זקנים לדבר על נושאי אלימות שהם חוו לא הייתה שונה כאשר הריאיון התרחש בביתם, לעומת ראיונות שהתקיימו במשרד רשמי. כלומר, למרות החשיבות של מיקום הריאיון וההתאמה למיקום, נראה כי קיימים משתנים בין-אישיים המשפיעים יותר על חווית הנוחות של המרואיין.
- **קביעת כיווני הישיבה:** כאשר הריאיון מתנהל במשרד, מומלץ כי המרואיין ישב כשפניו לדלת, על מנת שיוכל לשמור על פרטיותו של המרואיין. ישיבה קבועה

חשובה על מנת לתת למרואיין תחושה של ביטחון וסדר. נושא זה חשוב במיוחד כאשר עורכים ריאיון בביתו של הזקן (Knight, 1996). במקרים אלה, חשוב לראות, כי הן למרואיין והן למראיין יש מקום נוח וקבוע. אם בפגישות שלאחר המפגש הראשוני נערך שינוי בחדר, המשפיע על מקום הישיבה, יש להתייחס לכך. חשוב להיות גמיש, אך עם זאת לנסות ולשמור על היציבות (setting) גם בסביבה משתנה.

- **הצגה עצמית בשם:** אחד הקשיים העולים בריאיון עם אוכלוסייה מבוגרת הוא פער הדורות. לא פעם ניתן ליצור עוינות אצל המרואיין, כאשר מבטאים את שמו בצורה לא נכונה, כיוון ששמו אינו מוכר למראיין. על כן, חשוב לוודא שהמראיין מבטא נכון את שם המטופל וכי המרואיין קולט את שמו ואת תפקידו הרשמי של המראיין.
- **לחיצת יד ויצירת קשר:** במחקר של וולאס ועמיתיו (Wallace, Cassada, Ergen et al., 2009) על הצפייה ליחס שייתן הרופא לחולים שהוא אמור לנתח אותם, נמצא, כי רוב הנבדקים העדיפו שבפגישה הראשונה עם המנתח שלהם הוא ילחץ את ידם, יציג את עצמו בשם משפחתו ויהיה נעים ואישי. ברור כי ציפייה זו חזקה יותר מאיש טיפול. עוד נמצא, כי העלייה בגיל לא השפיעה על צורך זה. כלומר, על אף שמסיכות גילניות ייתכנו תפיסות המניחות, כי אנשים זקנים אינם מעוניינים בלחיצת יד, התעניינות וקשר אישי חשובים בכל הגילאים.

שיחת חולין (Small talk)

קיימים מספר שיקולים מדוע מומלץ לקיים שיחת חולין בתחילת הריאיון. ראשית, שיחת חולין מציגה חלקים אישיים, אותנטיים והומאניים של המראיין, אשר מרגיעים ונותנים למרואיין תחושה כאילו זו שיחה רגילה. היא מאפשרת מעבר חלק יותר לתוך הריאיון ואף מגשרת על פער הגילים שיכול לעורר חרדה אצל המרואיין. לצד שיקולים אלה, קיימים גם שיקולים מתי אין זה מומלץ לבצע שיחת חולין בתחילת הריאיון: לא פעם שיחת חולין מתרחשת כשלמרואיין עדיין לא ברור לאן הגיע ולאילו מטרות זומן לריאיון. במקרה כזה, השיחה עלולה להגביר את החרדה אצל האדם הזקן ולהיתפס כמשהו מלאכותי, לא טבעי ובמקרים קיצוניים אף חודרני.

הצגת המידע הידוע למראיין על המרואיין

על מנת להפחית חשדנות מצד המרואיין, רצוי שהמראיין יציג מידע הידוע לו על אודות המרואיין (משיחת הטלפון שלך/של בתך/עם אשתך, אני יודע ש.../קראתי את טופס ההפניה שלך לבית האבות.../ד"ר כך וכך, שהפנתה אותך אלי, אמרה לי ש...).

הצגת המטרות ודרך העבודה המשותפת בריאיון

נייט (Knight, 1996) מציין, שבשלב הראשוני של הקשר ישנה חשיבות רבה לנקוט בגישה פסיכו-חינוכית, שתיצור מעין "סוציאליזציה" להערכה/לריאיון. כלומר, להציג בפני המרואיין את העקרונות הבסיסיים של ההערכה/הריאיון, שיאפשרו למרואיין להיפתח ולהפיק מההערכה את המרב. לעקרונות הפסיכו-חינוכיים חשיבות רבה באוכלוסייה מבוגרת, כיוון שזקנים רבים לא מכירים ולא נחשפו לעקרונות של הטיפול הפסיכולוגי, ושפה זו זרה להם. עקרונות אלה הם, למעשה, מעין חוזה טיפולי, שאותו מוצע לעשות בתחילת הקשר. החוזה יבהיר: (1) נורמליזציה של הקשר הטיפולי, לא צריך להיות חולה נפש כדי להיעזר בטיפול; (2) יחד נגדיר את מטרות הטיפול/ההערכה; (3) נדרשות יותר מפגישה או שתיים, כדי לראות שינוי; (4) דיבור על בעייתך עם איש מקצוע יכול לעזור; (5) דיבור על רגשותיך יכול לעזור לך ולהקל עליך; (6) הטיפול הוא פעם בשבוע לשעה לצורך דיבור על הבעיות; (7) מה שידובר עליו הוא סודי; (8) העלות של הטיפול/ההערכה היא...

בשלב יצירת הקשר הראשוני, ההתמקדות היא ברכיבי ההתפתחות לאורך החיים. אין מקום לחקירה של פתולוגיות שאינן בולטות. כאשר מרואיינים זקנים חוזרים על סיפור מסוים מספר פעמים, יש לבחון את המקור לכך. לדבריו של נייט (Knight, 1996), לעתים הם חושבים, כי נקודה חשובה לא הובנה על ידי המראיין ולכן הם חוזרים שוב על הסיפור. במקרים אלה, מומלץ לבקש בנימוס, כי יסבירו מדוע חזרו על הסיפור. בנוסף לכך, לעתים, בגלל ניסיון החיים הרחב של האדם הזקן, זיכרון אחד מעורר זיכרונות של אירועים אחרים. גם כאן יש לבקש, כי יסבירו למה התכוונו ומה מאחד את הסיפורים. לעתים, מאחורי החזרה מסתתרת פתולוגיה, למשל חרדה, או ירידה ופגיעה בזיכרון. החזרה והבירור יאפשרו לאבחן זאת.

בסיום השלב של הגדרת מטרות הריאיון יש חשיבות שלמרואיין יהיה ברור: (1) הזמן שיידרש לריאיון (למשל, שני מפגשים בני 45 דקות); (2) מטרת הריאיון (הכרת הרקע הרפואי לפני פיזיותרפיה/קבלה למעון קשישים/הערכה קוגניטיבית/טיפול פסיכולוגי); (3) דרך ניהול הריאיון ("אני אשאל אותך שאלות שונות, ואבקש ממך לספר לי על עצמך, לתת לי להכיר אותך...").

מיקוד מטרה ראשוני ולטווח הארוך

חשוב להגדיר ולמקד את מטרת הריאיון: "בפגישה הזו/בשתי הפגישות הקרובות אני רוצה להכיר אותך, להכיר גם את הסיבה בגללה פנית להערכה/לקבלת עזרה וגם להכיר אותך קצת יותר לעומק. בפגישות אלו אשאל אותך שאלות על חייך, כדי שאוכל להכיר אותך ואת סיפור חייך. אם יש דברים שאתה חש שלא בנוח איתם, אינך חייב לענות. בוא נתחיל עם סיבת הפנייה שלך לכאן: מה בעצם הביא אותך לפנות לטיפול?... "

2. גוף הריאיון

גוף הריאיון מכיל למעשה שני חלקים מרכזיים: הבנת הבעיה המרכזית ולקחת קורות חיים, כמתואר להלן.

סיבת הפנייה ותולדותיה

על פי מוריסון (Morrison, 1995), בפתיחת הריאיון, אחרי ההצגה הראשונית, יש לומר משהו כללי אשר יאפשר למרואיין להציג את סיבת הפנייה. "בפגישה הזו ובזו שלאחריה אנחנו נכיר זה את זה, אני ארצה לדעת למה פנית לטיפול? מה עמדתך ביחס לכך שאשתך הפנתה אותך לכאן? וגם להכיר אותך באופן כללי ובאופן נרחב יותר, כדי שנוכל לדעת להבין בסוף הפגישה/ות איך אוכל לעזור לך. אולי נתחיל במה גרם לך לפנות אלי/להתקשר אלי/ לטיפול."

התחקיר לגבי סיבת הפנייה נעשה לרוב אחרי התיאור הספונטני הראשוני של המרואיין על אודות הסיבות לפנייתו. על ידי תשאול מנחה, המראיין לומד את המידע הבא:

- מה הבעיה המרכזית: אילו סימפטומים יש לאדם (בסימפטומים הכוונה לתחושות הסובייקטיביות הגורמות למצוקה לאדם). ממה הוא סובל? האם הוא סובל כל הזמן או לעתים? מה התדירות? מהי עצמת הסימפטומים? האם תמיד האדם סובל באופן זהה או שלעיתים יש שינוי בסבל עקב נסיבות שונות ואם כן, אילו נסיבות? מה החוויות הייחודיות של האדם? על המראיין לתת חשיבות רבה להבנת דבריו של המרואיין, מה הוא מתכוון כשהוא אומר שהוא: "עצבני", "יש לי כאבים בכל הגוף" או "אני במצב רוח רע כל היום".
- מהו משך הסימפטומים: מתי החלו? האם הם קיימים תמיד או לסירוגין? האם הוא זוכר מהעבר מקרים כאלה? מה קרה באותו זמן במקביל?
- מה עוד נפגע: האם הסימפטומים הנפשיים הובילו גם לפגיעה בתפקודי חיים ובתפקודים גופניים של המרואיין? מה מצב השינה, התיאבון? המשקל? רמת האנרגיה? העניין המיני של האדם? חקירת האפשרות לקיומם של סימפטומים נוספים חשובה בזיקנה, שכן פעמים רבות הבעיה קשורה להיבטים שונים, למשל בדיכאון.

מוריסון (Morrison, 1995) מפרט רשימה של פגיעות אפשריות בתפקוד, שאותן יש לברר, כמו: תפקודי שינה: האם האדם ישן יותר מדי? פחות מדי? באיזה שלב של השינה שנתו נפגעת? תיאבון: התיאבון גבר/נחלש? האם היה שינוי במשקל האדם, האם השינוי במשקל מכוון או לא? האם הוא מרוצה מהמשקל שלו? אנרגיות: האם הוא בעל חיות כתמיד? האם הוא מתעניין בדברים שאהב בעבר? האם הוא

מתפקד כבעבר? מצב הרוח: האם יש שינוי במצב הרוח לאורך שעות היום? האם הוא מדוכא יותר בבקרים או בערבים? שינויים בעניין ובתפקוד המיני. בנוסף לכך, מומלץ לבדוק איך מצבו הנפשי של האדם ובעייתו משפיעים על תחומי התפקוד שונים בחייו – על העבודה/ההתנדבות שלו, על קשריו החברתיים, על עיסוקיו ועל קשריו המערכתיים. תחקור זה מספק מידע נוסף על האדם ומאפשר אבחנה מבודלת בין הפרעות שונות.

- **פירוש האדם את מצבו:** חשוב לזכור, כי הפירוש של האדם את מצבו לא בהכרח מהווה אמת אובייקטיבית או עובדות אובייקטיביות, אלא מייצג את האופן הסובייקטיבי שבו הוא חווה את הדברים. תיאור זה שונה לא פעם מהאופן שבו אנו רואים את מצבו. לכן יש חשיבות לתחקר את זווית המבט והפרשנות של האדם לאירועים ולסימפטומים שמהם הוא סובל. במהלך הריאיון, חשוב מאוד לקבל מידע תקף ואמין ככל הניתן. יש לזכור, כי לא פעם, גם שאלות טובות אינן מסייעות בהשגת מידע מדויק. (מוריסון, Morrison, 1995) מדגיש את הצורך לבחון את אמינות המידע. קיימת שאלה בספרות המקצועית לגבי חשיבות המידע האובייקטיבי. מחד גיסא, מידע אובייקטיבי מאפשר לנו להבין טוב יותר את שאנחנו צריכים להתמודד עמו (לדוגמה: מידע אובייקטיבי על התרופות שאנשים וקנים נוטלים, על אבחנות שניתנו להם, או על התנסויות חיים שונות שהם עברו). מאידך גיסא, הגישות הפסיכולוגיות והפוסט-מודרניות מדברות על כך, שאין אמת אובייקטיבית. דונלד ספנס (Spence, 1982) בספרו "אמת היסטורית ואמת נרטיבית" מציג כיצד מה שנחשב למדויק בשיטה האנליטית הוא לא כל כך מדויק ואולי אפילו להפך. מחקרים כמו אלה של לופטוס (Loftus, 2003) מראים, כי מה שאנחנו זוכרים הוא תמיד מסולף ומעוות. למעשה, מחקריה של לופטוס מלמדים, כי אנשים נוטים לעוות ולשנות את זיכרונותיהם, כך שיצרו סיפור אישי עקבי, זאת מבלי שהם ערים לכך. לכן, אולי צריך להתייחס לכל הדיווחים כאל אמת נרטיבית. נראה כי הפתרון נמצא באמצע. יש דרכים שדרכן ניתן להשיג מידע מדויק יחסית, כמו דרך בחינת עטיפות התרופות, או קריאת מסמכים שנכתבו על ידי הרופא, אך עם זאת, כדאי לזכור, שסוג האמת, במיוחד בדברים הנסמכים על הזיכרון, מייצג לא פעם אמת נרטיבית. לגבי אנשים וקנים, בדיקה של מידע אובייקטיבי לכאורה מהווה לא פעם איום. הניסיון להשיג מהם מידע אובייקטיבי, כאשר יש התחלה של פגיעה בזיכרון או התנגדות ראשונית להגעה לטיפול, עשוי להיתפס כפקפוק באמינותם, לפגוע בהם ולחסום את המשך התקשורת אתם. לעומת זאת, התעניינות בסיפור חייהם

בדרך נרטיבית מקנה להם תחושה טובה. לפעמים, ניתן להשיג מידע אובייקטיבי בצורה פשוטה, למשל דרך בקשה, כי למפגש הבא יביאו את רשימת התרופות שהם נוטלים, או לקיים שיחה עם בן משפחה נוסף וכדומה. על מנת לשפר את הדיוק בתשובות הניתנות, אוטמר ואוטמר (Othmer & Othmer, 2002) ממליצים להתחיל עם שאלות רחבות, פתוחות ולהתמקד בהדרגה בשאלות סגורות וברורות יותר. גם כאשר שואלים שאלות ממוקדות יותר מומלץ לשמור עליהן פתוחות. רצוי לא לשאול שאלות, שהתשובה להן היא "כן/לא", למעט בשאלות פורמליות. זאת, כיוון שהתשובות לא פעם מונעות השגת מידע חשוב. מומלץ לשאול שאלות בשפה מובנת למטופל; כלומר, שאלות המתאימות לגילו, לרמתו הקוגניטיבית, הרגשית והתרבותית. לא לשאול שאלות כפולות ולא שאלות עם שלילה כפולה ("אתה מרגיש שקשה לך להתרכז לאחרונה? ושאתה עצוב? לא קורה לך שאתה לא עצוב?"), כיוון שהנבדק אינו יודע כיצד לענות ותשובתו עשויה להתפרש באופן שגוי.

לקיחת קורות חיים

גוף הריאיון מתייחס לנושאי השיחה המרכזיים בריאיון. כאן קיימים מספר כיוונים שדרכם אפשר להכווין ולהוביל את הריאיון. מחד גיסא, הגישות הפסיכיאטריות מציעות לנהל את גוף הריאיון דרך סקירת חיים מסודרת וכרונולוגית של נושאים ותחומים שיש לעבור דרכם (Blazer, 2004; Morison, 1995; Othmer & Othmer, 2002). מאידך גיסא, גישות פסיכולוגיות יותר באופיין הדגישו את האפשרות לנהל את גוף הריאיון בצורה נרטיבית של סקירת חיים (Butler, 1963; Knight, 1996). בדרך כלל בריאיון של אוכלוסייה מבוגרת, שהוא מוגבל בזמן, יהיה קושי למצות סקירה נרטיבית בשניים או בשלושה מפגשים. אציג כעת בקצרה גישות אלו:

סקירת חיים כרונולוגית של נושאים ותחומים

בהתבסס על מוריסון (Morrison, 1995) מוצגת רשימת נושאים לשאלות על פי תחומי הסקירה הפסיכיאטרית.

- ההתפתחות בילדות: בחלק זה ניתן לשאול על הילדות ועל המשפחה הגרעינית – החל מפרטים אובייקטיביים (איפה נולד, מספר אחים, גודל/לא גודל על ידי שני ההורים) ועד שאלות סובייקטיביות יותר באופיין (איך היה הקשר בין ההורים, איך היה הקשר שלו עם כל אחד מהוריו, עם אחיו וכדומה); ההתפתחות הלימודית והחברתית של האדם – תפקודו בבית הספר, עם חברים, תחביביו בילדות; לברר

- בקשר לניצול – פיזי, רגשי ומיני, חלק מהשאלות אפשר לשאול ישירות וחלק בעקיפין; הבריאות והמחלות בילדות – אשפוזים, מחלות חוזרות, יחס ההורים למחלה, הפרעות וליקויי למידה, מה היה המזג של האדם, ההתפתחות המינית; חינוך – ההתפתחות בבית הספר, ההצלחה הלימודית, הקשיים, המסלול הלימודי.

• חייו כמבוגר: ההיסטוריה התעסוקתית – באילו עבודות עבד? האם עדיין עובד ואם כן, במה? הבחירה המקצועית, הסיפוק מהמקצוע; היסטוריה צבאית – האם שירת בצבא? האם לחם? האם נפצע? האם נחשף לטראומות? מה היה תפקידו בצבא? כיצד הסתגל למערכת הצבאית? מהם הקשיים שהיו לו לאורך שירותו הצבאי? היסטוריה חוקית – האם היו בעיות עם החוק/עם מערכת המשפט? דת – אמונה, מנהגים, אורח חיים; נסיבות חיים בהווה – עם מי חי? איפה? מה האווירה בבית? מה מידת הפרטיות? מה המצב הכלכלי? מערך חברתי – למי האדם קרוב במשפחה? האם יש לו חברים? מי הן הדמויות הקרובות אליו? מה אופייני? מה אופי היחסים ביניהם? מהי תדירות המפגשים? האם יש לו סביבה חברתית? מה האדם עושה בשעות הפנאי? מצב משפחתי – מה הקשרים הזוגיים? האם יש בן זוג קבוע? מי הוא? מה אופי היחסים איתו? מה תכונות בן/בת הזוג? האם יש ילדים? נכדים? מה גילם? מה האופי שלהם ומה היחסים אתם? האם יש הסכמה בין בני הזוג לגבי אופי הקשר איתם? היסטוריה בריאותית של האדם כבוגר – היסטוריה של מחלות, אשפוזים, קשר עם הרופאים ומילוי ההוראות שלהם, הטיפולים התרופתיים שהאדם מקבל ומטרותיהם, מה תופעות הלוואי של טיפולים אלה? באוכלוסייה זקנה ניתן גם לשאול על קיום סימפטומים ייחודיים, למשל: היסטוריה משפחתית – לבנות עץ משפחה, הורים, אחים, ילדים ונכדים. ללמוד על קשרי המרואיין עם קרוביו בילדות ובהווה. לברר האם יש הפרעות נפשיות כלשהן במשפחה. אפשר להתחיל בשאלות פתוחות (תאר לי את בני המשפחה, איזה אדם הוא X) ולעבור בהדרגה לשאלות סגורות יותר (למשל, לגבי תורשה של מחלות במשפחה); תכונות אישיות – מהי אישיותו של הפרט: תאר לי את עצמך, איזה אדם אתה בדרך כלל? מה התכונות שלך? מה מאפיין אותך? איך אתה פועל בנסיבות שונות? הקשרים הבין-אישיים – איך הקשרים שהאדם יוצר? מה אופי היחסים שלו? כיצד מווסת את עצמו בתוך מערכת יחסים? יש לשים לב לא רק לתוכן התשובה, אלא גם להתנהגות המרואיין בזמן מתן התשובה.
- הזיקנה: כיצד המרואיין מקבל את הזדקנותו? מה הוא אוהב בזיקנה, ומה קשה לו? כיצד הוא מסכם את חייו עד עכשיו? מה מחשבותיו ותכניותיו לעתיד? מחשבות על אודות המוות – האם ישנן מחשבות על המוות? מה מפחיד אותו ביחס למוות?

האם דאג להכנת צוואה, ומה מחשבותיו בקשר לצוואה? האם היו לו מחשבות או תכנון של האופן שבו היה רוצה למות אם יחלה? מחשבות על העתיד: כיוון שהעלייה בתוחלת החיים יכולה לאפשר לאנשים זקנים לחיות שנים רבות כזקנים, יש מקום להעריך בריאיון את ההתייחסות של הזקן לעתיד. לתכניות לעתיד ולתפיסות העתיד יש השפעה על האופן שבו הזקן מתמודד עם מצבו כיום. מומלץ לבחון האם תפיסת הזמן הנותר מוערכת כקצרה או כארוכה? מהן הציפיות שלו לעתיד ביחס למצבו הבריאותי/תפקודי, מהן תפיסותיו לגבי ניהול אורח חיים אחראי ביחס לבריאותו וההתייחסות לעתיד כטומנות בחובן גם שיפור ואופטימיות או הידרדרות בלבד. במחקר של שרירא ועמיתיו (Shrira, Palgi, Ben-Ezra et al., 2011), שבדקו אופטימיות ופסימיות אצל זקנים, התברר כי תפקוד טוב בזיקנה קשור לדיווח עצמי על אופטימיות ופסימיות יחד, בלי שתהיה סתירה בין הדברים. אנשים מבוגרים מבינים, שיש דברים שישתפרו ויש כאלה שלא. עם זאת, המחקר הראה, שזקנים שדיווחו על רמה גבוהה יותר של ציפייה לשיפור, במקביל לרמה גבוהה יותר של ציפייה להידרדרות, תפקדו טוב יותר לעומת אלה שציפיותיהם היו לשיפור ללא הידרדרות, או להידרדרות ללא שיפור. כלומר, התאמת הציפיות היא חלק מהליך הזדקנות תקין. מצד אחד, על האדם הזקן להבין ולצפות לכך שההזדקנות תביא עמה הידרדרות (פסימיות) ומצד אחר, עליו להבין, כי אין בכך סתירה ביחס לצורך לצפות לנסיבות חיוביות, שאותן מזמנים החיים (אופטימיות). לפיכך, זיהוי היכולת לחוות ציפיות חיוביות ושליליות באותה עת מהווה כלי חשוב בהערכת היכולת של המרואיין להסתגל לשינויים החלים עם הזיקנה.

סקירת חיים באוריינטציה פסיכולוגית

הגישה השנייה מתבססת על ריאיון המבוסס על סקירת החיים בגישה פסיכולוגית יותר באופייה. סקירת חיים זו משמשת בעיקר לצרכים טיפוליים, ונמצאה כיעילה בסיוע לטיפול בדיכאון באוכלוסייה זקנה (Bohlmeijer, Smit & Cuijpers, 2003) ולרווחה רוחנית של חולי סרטן (Ando, Morita, Okamoto et al., 2008), אולם יכולה לשמש גם לצורכי הערכה (Beechem, Anthony & Kurtz, 1998).

על פי נייט (Knight, 1996), תפקיד סקירת החיים הוא לסייע למטופלים להבין את חייהם ואת הזיקנה ולבנות מחדש את מושג העצמי שלהם. סקירת החיים עוסקת בשאלה "איך הפכתי לאדם זקן?" אולם לסקירת החיים יש גם תפקיד אבחוני. דרכה המרואיין יכול להכיר את האדם, לזהות את כוחותיו ואת חולשותיו, להכיר את האירועים המשמעותיים בחייו ואת השפעתם עליו.

דווקא ההסתכלות על סקירת החיים מפרספקטיבה גרונטולוגית עשויה לסייע להבין מוטיבים מרכזיים בחייו של האדם, ובכך לאפשר להשיג מידע ייחודי בהליך של ריאיון המבוסס על סקירת חיים. בנגסטון ואלן (Bengtson & Allen, 1993) למשל, פיתחו מודל כזה המתמקד בדימוי (מטפורה) של שעונים שונים, כדי לתאר שינויים שעובר האדם בזיקנתו. ניתן לעשות שימוש ברעיון זה, כדרך להשגת מידע על האופן שבו האדם הזקן מקבל את זיקנתו ומתמודד עמה. על פי גישה זו, ניתן לבקש מהזקן, כי יתאר מספר "שעונים" שעמם הוא מתמודד:

- **השעון הביולוגי:** בעוד שבילדות השינויים הביולוגיים הם גדולים וניכרים כלפי חוץ ורוב התיאוריות הפסיכולוגיות של ההתפתחות מבוססות עליהם, הרי שינויים אלה נהיים איטיים יותר בבגרות ובזיקנה. עם זאת, הופעתם היא בעלת השפעה. השיער המלבין, הקמטים בעור, שינויים בראייה, בשמיעה ובזיכרון וכן הפסקת המחזור אצל נשים, כל אלה מצביעים על תהליכים של הזדקנות. עדיין נראה, כי בשלבים הראשונים של הופעתם, התהליכים הביולוגיים משפיעים פחות מתהליכים חברתיים. רוב התופעות שתוארו פוגעות אך מעט באיכות החיים האובייקטיבית של האדם הזקן, אולם הבעיה העיקרית שהן יוצרות היא ההכרה בתהליך ההזדקנות ובתפיסות החברתיות הקשורות לכך. בגיל זיקנה מופלגת יש לשעון הביולוגי השפעה רבה יותר סביב המחלות, אך עדיין הרכיב הנפשי-חברתי הוא משמעותי. בירן וקוננינגהם (Birren & Cunningham, 1985) עשו חלוקה של אספקטים ראשוניים, שניוניים ושלישוניים של הליכי ההזדקנות. לפי החלוקה שלהם, אספקטים ראשוניים של הזדקנות קשורים להידרדרות ביולוגית ופיזית, שאותה עוברים רוב האנשים עם העלייה בגיל. הזדקנות משנית מתייחסת למחלות ולמוגבלות פיזית, המופיעות בשלב מתקדם יותר, ואילו הזדקנות שלישונית מאופיינת בהאצה של ההידרדרות התפקודית, המופיעה קרוב למוות.
- **שעון קבוצת הגיל (קוהורט):** קבוצות גיל שונות התפתחו בצורה שונה ויש לזכור זאת, כאשר מעריכים את התפתחותו של האדם. אנשים שונים נחשפו למוזיקה שונה, לערכים שונים, לנורמות ולהתנסויות שונות ולכן הם שופטים את המציאות בצורה שונה. צריך להבין את הפרט בהקשר של קבוצת הגיל שלו, כי רק כך אפשר להבחין בין בעיות הקשורות לגיל לבין בעיות הקשורות לקבוצת הגיל.
- **שעון משפחתי:** שעון זה מראה מהו מקומו של האדם במשפחה, כמה דורות של אנשים חיים יש מעליו ומתחתיו. באמצעות מיקומו של האדם הזקן במשפחה הוא מוסיף ומקבל את התחושה של ההתבגרות או ההזדקנות בתוך המשפחה.
- **שעון התפקידים המקושרים לגיל:** בכל גיל יש לאנשים תפקידים שונים, המשפיעים על התפיסה של הפרט את התפתחותו ועל תחושתו ביחס להתבגרותו והזדקנותו.

נויגרטן (Neugarten, 1968) טענה, כי ניתן לחוש שאתה נמצא בזמן (on time), או שאתה נמצא מחוץ לזמן (off time) של התפקיד החברתי שלך. לדבריה, התפקידים הללו מושפעים גם מרכיבים כמו תרבות, דת, מין וכדומה. למשל, אישה שנמצאת בסוף שנות השישים לחייה ועדיין אין לה נכדים, עלולה להרגיש שהיא נמצאת מחוץ לזמן.

נראה שכדי לבצע סקירת חיים יעילה, המאפשרת השגת מידע הערכתי-אבחוני, עלינו להתייחס לכל הרכיבים הביולוגיים, החברתיים, המשפחתיים והאישיים, על מנת שנוכל לקבל תמונה התפתחותית טובה של האדם.

כיוון שבמהלך ריאיון של אדם זקן לא ניתן לסקור את כל החומר של היסטוריית החיים, משמש המראיין, במובנים רבים, כעורך הסיפור. עריכת הסקירה נעשית על פי המטרות של הריאיון. כך, המראיין יכול להתרכז במה שנראה לו מרכזי. למשל, הוא יכול לומר "אני רואה כי בכל פעם שאני שואל על העבר אתה מתמקד בנושאים הקשורים לחיך המקצועיים, בוא נתרכז גם בחיי המשפחה שלך." באופן זה ניתן להשיג מידע, העשוי להיות גם טיפולי, כמו הקושי של המרואיין בקשר בין-אישי. מידע זה יכול להאיר נושאים, כמו דימוי עצמי נמוך או קשיים בתקשורת. תפקיד המראיין לבחור את כיוון הסקירה לפי מטרות הריאיון (Knight, 1996).

בדרך כלל, בסקירת חיים של אדם זקן נמצא שיש חסרים של תקופות או של מידע רלוונטי אחר (למשל, זוגיות בבגרות הצעירה). ניתן לסדר את האירועים על ציר של גרף חיים כרונולוגי וכך נוכל לראות היכן ישנן תקופות ארוכות בלי אירועים, שאולי נמחקו. אוגדן (Ogden, 1992) ציין, כי המידע המגיע אלינו בריאיון אינו רק מה שמרואיין בוחר לספר לנו, אלא לפעמים דווקא מה שהמרואיין בוחר להימנע מלדבר עליו. דרך נוספת היא לבדוק לפי תחומי חיים שונים. בדרך כלל, בדיקת תחומים אלה היא נרטיבית. ישנה חשיבות דיאגנוסטית לסדר שבו הנושאים מופיעים, להשמטות של נושאים ולדברים המודגשים. בעזרת סקירה כזו ניתן להעריך מהם התחומים שבהם הפרט אינו רוצה לשתף ושלגביהם נותרו פערים. לפי שכיחות ומיקום הפערים אפשר גם להעריך את מידת ההגנתיות ומידת ההשלמה של המרואיין עם חייו, את יכולת ההתבוננות שלו על האירועים, את מידת המתח שבו הוא חי וכדומה.

3. סיום הריאיון

סיום הריאיון מעורר, לעתים קרובות, תכנים הקשורים לסיום החיים. אצל אנשים זקנים דבר זה עשוי לבוא לידי ביטוי, בחלק מהמקרים, בהתנהגות תלותית, ברצון למשוך את הפגישה, או בעלייה בחרדה שהמרואיין מבטא. במקרים אחרים, הדבר יבוא לידי ביטוי בצורה חלשה יותר ואף בהכחשה של הסיום. יש לכך חשיבות דיאגנוסטית בהבנה של

התמודדותו של האדם הזקן עם מותו המתקרב. יש להכין מספר דקות קודם את המרואיין לכך, שהריאיון עומד להסתיים (Morrison, 1995). אם שעה לא מספיקה לסיום הריאיון, מומלץ להוסיף פגישה נוספת על מנת לאפשר סגירה וסיום בהתאם. כאן יש חשיבות רבה למטרת הריאיון. כאשר הריאיון הוא למטרת הכנת האדם הזקן לטיפול, יש מקום לבצע את ההכנה המקובלת לסיום הריאיון וההכנה להמשך טיפול. סליבן (Sullivan, 1954) מציע, כי סיום הריאיון יכול ארבעה רכיבים: (א) סיכום של המראיין מה למד מהמרואיין ולתת למרואיין להתייחס גם לדברים שעלו; (ב) בניית תרחיש של מה הולך להיות עכשיו, כיצד יהיה המשך הקשר, בצורה של טיפול או בדרך אחרת וכדומה; (ג) המראיין בוחן את קורות החיים ואת לחצי החיים אל מול משאביו של המרואיין, ומעריך כיצד הם עשויים להשפיע על המרואיין בהמשך; (ד) המראיין מציג למרואיין את הערכתו לגבי מצבו, את התכנית הטיפולית שעליה הוא ממליץ וכיצד לדעתו זו תשפיע על חיי המרואיין.

כאשר מטרת הריאיון היא, למשל, הכנה לליווי אדם לקראת מותו או לקראת כניסה לבית אבות, מומלץ כי סיום הריאיון יתייחס בצורה יותר בולטת לרכיב הסיום. חשוב במקרים אלה לעשות סיכום קצר לגבי מה שלמדנו על המרואיין, להזכיר את סיבת הפנייה ולציין את ההמלצות לגבי העתיד. בתוך כך, במקרים הקשורים להכנה למוות, מומלץ להזכיר את החשיבות של קבלת החלטות בתקופה הקרובה בנוגע לנושאים הקשורים למוות, להציג אפשרויות של טיפולים שונים (פיליאטיבי, רוחני) ולהיות קשובים למקום שבו נמצא המרואיין ביחס לנושאים אלה.

בסיום הריאיון עם אוכלוסייה זקנה יש מקום להכניס נושאים הקשורים למשמעות ולתקווה (רכס וגלעד, 1990), מומלץ להדגיש את נושא העתיד, ולאפשר תכנון עתידי של העומד להתרחש. עם זאת, יש להיות רגישים גם לנושאים שעשויים לעלות, כמו אבדנות. אם נושאים אלה עולים, יש להתעכב עליהם, להקדיש להם את הזמן הנחוץ ולאפשר, במידת הצורך, זמן או פגישה נוספים.

סיום טוב של הריאיון, לדברי מוריסון (Morrison, 1995), לא רק מסכם את מה שקרה בריאיון, אלא גם מכון את המרואיין קדימה לקראת ההמשך. מוריסון מציע, כי נושאי הסיום של הריאיון יכולו: (א) דברים המסכמים את הפגישות והתכנים שעלו בהן; (ב) הכנה ותכנון של תכנית עבודה; (ג) קביעת המפגש הבא (במקרה של המשך המפגשים); (ד) העברת מסר מרגיע ומסר של תקווה. לפני הסיום, ממליץ מוריסון (Morrison, 1995), לאפשר למטופל לשאול שאלות, אם יש לו. לעתים, סביב קשיים בסיום ובפרידה המרואיינים מסרבים להישאר ולבצע את הליך סיום הריאיון. במקרים אלה, מומלץ לנסות להבין מה קרה למרואיין ולהציע לו להישאר על ידי שיקוף של הקושי. אם המטופל לא נרגע, מומלץ לאפשר לו ללכת ולנסות לקבוע עמו פגישה בזמן אחר.

כלים ומיומנויות להעמקת ההיכרות ולקבלת מידע חיוני מהמראיין

בחלק זה של הפרק אציג דרכים להעמקת ההיכרות ולקבלת מידע חיוני מהמראיין בשלבי הריאיון השונים ומיומנויות המסייעות להשגת מידע זה. בנוסף לכך, אציג דרכים להתמודדות עם קשיים העולים במהלך הריאיון. הכוונה היא, למשל, למיומנויות הקשבה והתערבות, החל מאלו היותר פסיביות ועד להתערבות פעילה ומכוונית. כמו כן, אדון בנושאי העברה והעברה נגדית ובנושא ההתנגדות. חשוב לזכור, כי למרות החלוקה הנעשית כאן, אפשר להשתמש כמעט בכל טכניקה בצורה יותר פסיבית ויותר פעילה.

מיומנויות להעמקת ההיכרות עם המראיין

על מנת להעמיק את ההיכרות ולהשיג מידע חיוני במהלך הריאיון, וכד בבד לבנות מערכת יחסים של אמון עם המראיין, יש לתכנן את סדר השאלות עם התקדמות הריאיון. כפי שהצגנו לעיל, בחלק של פתיחת הריאיון רצוי שהתשאול יתחיל בשאלות פתוחות ורחבות, אשר עם התקדמות הריאיון מתמקדות ומובילות לשאלות ייחודיות. המטופלים שונים אלה מאלה בדרך התגובה שלהם ובשיתוף הפעולה שלהם. חלקם מאוד פתוחים ומשתפי פעולה, חלקם משתפי פעולה לגבי נושאים מסוימים, אך נמנעים מלדבר על נושאים אחרים ויש גם אחרים המתגוננים ואינם מספקים כל מידע רלוונטי. גם למראיין חלק בכך. לא פעם מראיינים מתקשים לגעת בנושאים שונים, דבר המקשה על הבניית הריאיון ודיון בקשיים. אוטמר ואוטמר (Othmer & Othmer, 2002) ממליצים, כי כאשר המראיין משתף עמנו פעולה, על המראיין לסייע לו בעיקר באמצעות שאלות פתוחות. המראיין צריך להיות מתעניין, קשוב ואמפתי ולאפשר למראיין לספר את סיפורו: "איך אוכל לעזור לך? מה הביא אותך לכאן? היכן נתחיל?" דרך זו מתמקדת במטופל ונותנת לנו לראות את המוקדים של בעיותיו. יש חשיבות רבה לשלב שאלות פתוחות, המאפשרות למטופל להציג את דבריו. בעבודה עם אוכלוסייה זקנה, על המראיין לשים לב, כי השאלות הפתוחות לא גוררות תיאורים ארוכים וסיפורים הסוטים ממוקד הריאיון. עם זאת, חשוב לזכור, כי שאלות סגורות וממוקדות עשויות להיות מטעות גם הן, כיוון שלא תמיד ברור אם המראיין הבין את השאלה או שהוא משיב תשובה כדי לרצות את המראיין, בלי שהבין את השאלה לעומק. ההמלצה היא, לפתוח כל נושא בשאלות פתוחות, להמשיך במספר שאלות ממוקדות יותר במטרה, ולסיים בסדרה של שאלות קצרות, סגורות וממוקדות. שיטות לפתיחת השיחה עם המראיין (Opening techniques) הן שיטות המסייעות למראיין להרחיב את הבנתו לגבי המראיין, והן כוללות:

הקשבה והיעדר הכוונה אקטיביים

על מנת להבין לעומק את סיבת הפנייה ניתן לעודד את המרואיין לדבר על ידי הקשבה דרך יצירת קשר עין ומחוות מילוליות ולא מילוליות המתוארות להלן:

• מחוות לא מילוליות

שתיקה קצרה לאחר שאלה או לאחר התייחסות של המרואיין. (מוריסון, Morrison, 1995) מציע שתיקה של עד 10 עד 15 שניות, כדי לתת למרואיין זמן לחשוב, להסביר ולעבד את מה שנאמר לו. לא פעם אצל זקנים קצב החשיבה איטי יותר, במיוחד כאשר המרואיין סובל גם מדיכאון, או כאשר בגלל התנסות החיים הרחבה נדרש זמן לארגן את תשובתו באופן קוהרנטי. יש לשים לב לכך, שהשתיקה אינה הופכת למלחיצה ולמעיקה. חיוך והבעה מתעניינת נותנים למרואיין תחושה, כי המרואיין רוצה לשמוע את שיש לו לספר. רכינה קדימה לעבר המרואיין (שאינה נכנסת למרחב האישי שלו והופכת לאיום) נותנת תחושה כי המרואיין מתעניין בדבריו של המרואיין ורוצה בקרבתו.

• מחוות מילוליות

הדהוד (echoing), שהוא חזרה על המילים האחרונות של המרואיין כדי לעודד אותו לדבר ("בוכה הרבה לאחרונה"). חזרה בשאלה על המילים שהמרואיין אמר קודם לכן, כדי למקד אותו ("אמרת שאת עצובה?"). בקשה ישירה של מידע: למשל: "למה את בדיוק מתכוונת? את מוכנה לפרט? אתה יכול לספר לי עוד על כך?" סיכום ביניים: סיכום קצר של מה שאמר ("בעצם ניתן לומר, כי מה שסיפרת לי עד עכשיו הוא ש...") או על ידי שיום (מתן שם) של מה שאמר במילים אחרות ("כלומר במילים אחרות, אתה רוצה לומר ש..."). חיבור רגשי: הבעת אמפתיה ביחס לרגשות ולמצוקה שהמרואיין תיאר ("אתה מתאר באמת תקופה נורא קשה..."). נירמול: אם המרואיין חרד שמשו "לא נורמלי" אצלו ניתן "לנרמל" את האירוע ("זו תופעה מאוד שכיחה אצל אנשים בגילך, שהם מתקשים לזכור שם של מישור...").

טכניקות הבהרה

מדובר בטכניקות המסייעות כאשר יש מרואיינים שהם יותר סגורים ומצומצמים וזקוקים לעזרה כדי להיפתח. אוטמר ואוטמר (Othmer & Othmer, 2002) מציעים מספר טכניקות הבהרה, המסייעות לעידוד המטופלים לדבר. באוכלוסייה זקנה לטכניקות אלו חשיבות רבה, במיוחד במקרים שבהם בעקבות ירידה ביכולות הקוגניטיביות (executive functioning) או בגלל מצבים דיכאוניים, המידע המגיע אינו מספיק ואינו מדויק. שימוש בטכניקות אלו עשוי לסייע למראיין להגיע למידע הרלוונטי.

- **הבהרה (clarification):** בקשת הבהרה או שאלה על מה שלא מובן, או שאנו חשים שיש מאחוריו יותר ממה שהמראיין סיפר. "אחרי שהגעת ארצה, דיברת כמה פעמים על 'התקופה הרעה', אך לא הצלחתי להבין למה כוונתך?"
- **התמקדות (specification):** כאשר המראיין מתקשה להתמקד, או שהוא עונה תשובות קצרות ועמומות ("השינה שלי דפוקה", "לא טוב לי") מומלץ לשאול שאלות ממוקדות וסגורות יותר. "אתה יכול לומר לי באיזו שעה אתה נכנס למיטה ובאיזו שעה למעשה אתה נרדם?"
- **הכללה (generalization):** מראיין אשר מספק תשובות מאוד ממוקדות רק מדוגמה ייחודית, מומלץ לסייע לו, דרך שאלות אלו, להגיע ליותר הרחבה ופירוט: "הבנתו שאתמול רבתם, אך מה קורה בדרך כלל בריבים מסוג זה, איך לרוב זה קורה?"
- **בדיקת תסמינים (סימפטומים):** כשהסיפור של המראיין מעורפל, מומלץ לבחון את התסמינים כדי להגיע להבנה טובה יותר של מצבו. "אמרת שלאחרונה אתה מבולבל, אולי זה קשור לקושי בזכירה של דברים. הייתי רוצה לשאול אותך כמה שאלות כדי לבחון את הזיכרון שלך."
- **שאלות מובילות:** רצוי להימנע משאלות אלו ("אתה לא ביצעת אף פעם ניסיון אבדני, נכון?"), כיוון שהן מובילות לקבלת מידע מוטעה או מעוות, אלא אם כן רוצים לעודד את המטופל לשתף פעולה ולחזור על משהו שסוכם: "אז כפי שסיכמנו, אתה לא מתווכח ולוקח את התרופות בזמן?"
- **תחקור (probing):** תשאול לגבי המניעים של האדם ביחס לדברים שונים, למשל, התובנות שלו לגבי הגעתו לריאיון ומה שקורה לו: "למה הגעת? למה אשתך שלחה אותך? למה הדברים הללו קורים לך? מה המשמעות של המצב שלך?"
- **בחינת היחסים בין מאורעות (interrelations):** הבנת הקשר בין שני מאורעות שהמראיין מספר עליהם, כדי להבין את ההיגיון, הלוגיקה וההבנה הנסיבתית שלו. מראיין: "אמרת שאת לא יכולה להישאר כאן בבית האבות בגלל שאין לך נעליים. את יכולה להסביר לי כיצד העובדה שאין לך נעליים קשורה לקושי שלך להישאר

כאן?" מרואיינת: "אתה לא מבין. יש מישור שדואג לגנוב לי כאן את הנעליים, בגלל זה אני לא רוצה להישאר כאן." התעקשות המראיין חשפה את המחשבות החשדניות של המרואיינת.

- סיכום: המראיין מסכם למרואיין את מה שהוא הבין מהריאיון. הסיכום חשוב למרואיינים, שיש להם הרבה אסוציאציות וזיכרונות וכן לזקנים עם סימנים לרפיון אסוציאטיבי וקושי באינטגרציה. ארגון מה שהמרואיין אמר הוא בעל השפעה מרגיע עבור האדם הזקן.

הכוונה פעילה וממוקדת

במקרים מסוימים, במהלך הריאיון, סביב אילוצים של זמן, נטיית המרואיין להרחיב יתר על המידה, או על רקע קושי להשיג מידע חשוב, המראיין רוצה לעבור להכוונה פעילה וממוקדת של הריאיון. מטרתה של ההכוונה הפעילה, על פי אוטמר ואוטמר (Othmer & Othmer, 2002), לסייע למקד את הריאיון ולהביא אותו למימוש המטרה שלשמה נערך. חשוב שגם ההכוונה הפעילה לא תכלול שאלות סגורות מדי או מכוונות מדי ("האם אתה מתקשה לישון? האם ניסית להתאבד?" אלא: "תאר לי את השינה שלך, או האם יש לפעמים גם מחשבות רעות? ואם כן איזה?").

- היגוי (steering): זוהי קבוצה של התערבויות המסייעת בהכוונת הריאיון. דרך אחת של הכוונה היא על ידי שינוי הנושא. העברת נושא יכולה להיות זורמת ("הזכרת את אמך... אולי תספר לי קצת על המשפחה שבה גדלת?") או מודגשת ("עכשיו אחרי שהבנו למה הגעת אלי, אני רוצה לשמוע יותר עליך מעבר למשבר העכשווי. תוכל לספר לי על עצמך מההתחלה, מהילדות?").

טכניקות של עיבוד דברי המרואיין

יש חשיבות גם לכך, שהמרואיין לא יהיה רק שומע ומלקט מידע, אלא בתגובותיו גם ייתן מעצמו למרואיין. אפשר לזכור את הדברים שסליבן (Sullivan, 1954: p. 4) אמר: "המרואיין מצפה שהבהרת דבריו תגרום לו תועלת." הכוונה היא, שהמרואיין יחוש שהמרואיין אמפתי כלפיו ומבין אותו. דבריו של המראיין מהווים עבור המרואיין הזדמנות לקבל משוב כיצד רואים אותו מבחוץ. בנוסף לכך, הדבר יכול לחזק את רמת התובנה שלו ולסייע לו למקד את בעיותיו.

- תיקוף רגשות: הצבעה ושיום (לתת שם) לרגשות המרואיין או למה שהמרואיין מניח שחש ומתן לגיטימציה לרגשות אלו מאפשרים למרואיין לקבל משוב חיזוני, שעשוי לחברו לרגשותיו. לא פעם, באוכלוסייה זקנה, שחונכה בילדותה בחינוך

נוקשה, שבו ביטוי רגשות נחשב כחולשה, יש לזקנים קושי בקבלת משוב כזה. במקרה כזה, מומלץ לתאר את הרגש כלגיטימי (נפוץ) ולשאול אם קיים. "הרבה מרואיינים חשים מאוימים מדברים דומים לאלה שתיארת עכשיו עם המטפל (care-giver) שלך. יכול להיות שאתה חש קצת פחד?"

- **שיקוף (mirroring):** חזרה על דברי המרואיין (תוכן דבריו), כאשר זו דרך פעילה, שכן אנו מחזירים למרואיין את דמותו המשתקפת אצלנו, וחוזרים על משפט שהוא רלוונטי עבורו, דרך השיקוף מדגישים אותו גם אם המרואיין לא עשה זאת (רוזנהיים, 1990). למשל, "לאדם זקן המתאר תסכולים רבים במפגש עם הרופאה, אפשר לומר "הרופאה לא שמעה את תלונותיך למרות שחזרת עליהן מספר פעמים." בכך אנו מעבירים את התחושה שאנו כן שמענו את התסכול שלו.
- **פירוש (interpretation):** מתן הסבר, תובנה לדבריו של המרואיין, כדי להעביר יותר מידע למודע ולאפשר למרואיין להיות יותר מודע לרגשותיו, למחשבותיו ולהתנהגותו. הפירוש היא דרך פעילה וטיפולית ולרוב תבוא אחרי שיקוף (רוזנהיים, 1990). בריאיון, נשתמש בפירוש גם כדי לבחון ולראות את יכולותיו של המרואיין להבין דברים. "אני מבין, אם כך, שהבדידות שאת חשה כעת מזכירה את זו שחשת לאחר שאיבדת את אימך בשואה." בעבודה עם אוכלוסייה מבוגרת יש לשים לב, שהפירושים הניתנים פשוטים להבנה, כיוון שהשפה הפסיכולוגית שאינה מוכרת לרבים מהזקנים, עשויה להיות לא מוכנת עבורם וליצור ריחוק.
- **עימות (קונפונטציה):** עימות המרואיין עם מידע ואמירות לא מדויקות ומטעות שלו על עצמו ועל העולם (Othmer & Othmer, 2002). באוכלוסייה זקנה יש חשיבות רבה להיזהר מסוג כזה של התערבות, שכן היא יכולה לגעת בנושאים מאוד רגישים, כמו ירידה קוגניטיבית, סודות, ועוד. לכן, מומלץ לעשות זאת רק כשהקשר עם המרואיין טוב: "אמרת שאיש לא אוהב אותך, ובכל זאת אני שומע שאתה מזכיר לא מעט אנשים מבית האבות שאתה בקשר אתם. יכול להיות שיש לך יותר חברים משאתה מאמין?"

תהליכים בין-אישיים המשמשים לקידום הריאיון ולהעמקת ההיכרות

בדומה לטיפול, גם בריאיון קיימים תהליכים בין-אישיים, כמו העברה והעברה נגדית, או התנגדות, המשפיעים על אופי הריאיון. על המרואיין להיות ער לכך ולהתניחם לתהליכים אלה, כיוון שהם עלולים לפגוע בהליך הריאיון.

העברה והעברה נגדית

העברה מוגדרת כחלק ממערכת היחסים המתפתחת של המרואיין עם המראיין, שאינו מבוסס רק על המציאות של הקשר או רק על תכונותיו של המראיין כאדם. ההעברה היא מצב שבו המרואיין מכניס לתוך הקשר עם המראיין היבטים בין-אישיים, השייכים למערכות יחסים קודמות, לרוב מילדותו המוקדמת. בדומה, העברה נגדית מייצגת את התפיסה של המראיין את המרואיין, שאינה מבוססת רק על היחסים או על תכונותיו של המרואיין (Knight, 1996). בכל קשר טיפולי, ובוודאי כשיש הבדל בין גילאי המראיין והמרואיין, נושא ההעברה וההעברה הנגדית עשוי לעלות. בגיל הזיקנה, נוטה ההעברה להיות חזקה ומהירה; לא פעם, על רקע ההבנה של הזמן המתקצר והצורך להספיק ולסגור דברים. כך יכול להיות תהליך מהיר של היפתחות כלפי המראיין בתחומים אישיים, המלווה גם בהעברה מהירה כלפיו בדמויות השונות, כפי שיתואר בהמשך (Nemiroff & Colarusso, 1985). בדרך כלל, ההעברה תהיה של אדם בן גילו של המראיין והיא ניתנת לאיתור באמצעות בדיקה של המראיין מול המרואיין, האם הוא מזכיר לו משהו. חשוב לזכור, כי העברה והעברה נגדית נתפסות לא פעם כשייכות לטיפול דינמי ולא ככאלו המופיעות בריאיון קצר של אדם זקן בכניסתו לבית האבות. תפיסה זו מוטעית, ותשומת-לב לנושא העברה מסייעת בהבנה עמוקה של האדם שאותו אנו מראיינים ושל עולמו הפנימי.

להלן דוגמאות אחדות של סוגי העברה:

- המראיין כילד של המרואיין: פעמים רבות, אנשים זקנים מבצעים העברה כלפי המראיין לילדיהם. יש לזכור, כי הם אינם רואים את ילדיהם כקטנים, אלא כאנשים בגיל הביניים, שזה בדרך כלל הגיל שבו נמצא המראיין. אין לראות בכך דבר רע ומומלץ לנסות ולהבין את מהות הקשר עם אותה דמות. נייט (Knight, 1996) מביא דוגמה של מטופלת ששאלה אותו לאחר שנסע לכנס, אם הוא מתכוון לעזוב ולא להיות כשתהיה צריכה אותו. הוא ברר עמה למה התכוונה והתברר, כי היא חוששת שכנה יעשה לה זאת. ההעברה כאן, כמו במקרים אחרים, הייתה קשורה לקונפליקט של התלות-עצמאות עם הילד, שלא היה פתור ועלה שוב סביב ההזדקנות של המטופלת ולאור הצורך שלה בתמיכתו ובעזרתו של הבן.
- המראיין כנכד: לא פעם קיימת התייחסות אל המראיין כאל נכד. לעתים, הנכדים נתפסים כחוביבים ונעשית כלפיהם אידיאליזציה. לרוב, הדבר יעורר פחות התנגדות ביחס להעברה כלפי ילד, אולם יכולות להיות גם העברות שליליות של ריחוק תרבות אחרת וכדומה. באחת הקבוצות שהעברתי החלה שיחה בנושאי מין. לפתע אחת מחברות הקבוצה אמרה לשאר חברי הקבוצה "היי, אתם מביכים אותו! מה אתם מדברים על נושאים כאלה?" לרגע הייתה שתיקה והשיחה נפסקה. אך אז

חברת קבוצה אחרת אמרה: "בחיך, הוא כבר מבוגר, יש לו ילדים, על מה את מדברת?!" מדוגמה זו אפשר לראות, שעל אף היותי מבוגר, נתפסתי על ידי אותה אישה כמתבגר ולא כמבוגר. באופן דומה, המראיין יכול להיתפס בריאיון גם כהורה, ועשויה להיווצר העברה שתעורר רצון שיטפל וידאג לכל בעיותיו של המרואיין, או שהוא ייתפס כבן זוג, דבר שיעלה שאלות של התמסרות, השקעה וקונפליקטים סביב קשר. בנוסף לכך, על המראיין להיות ער למצבים של העברה ארוטית, דבר שגם מטפלים מנוסים לא פעם מופתעים לגלות בריאיון של אנשים זקנים. קיימת חשיבות, כי המראיין יאתר את ההעברה הקיימת בריאיון. הבנה של תהליך זה תסייע להבין טוב יותר את עולמו של הזקן ולמנוע מקרים של תסכול והתנגדות. דוגמה לכך היא העברה של המראיין כדמות כל יכולה, דמות של סמכות או מומחה קוסמי. מקרים אלה מסוכנים גם כשהם בכיוון החיובי, משום שהמרואיין הזקן מצפה לא פעם, כי המראיין יפתור את בעיותיו, ימנע את אשפוזו וכדומה, מה שמוביל לא אחת לאכזבה קשה. לפיכך, על המראיין לסייע למרואיין לראות אותו באור נכון למרות הציפייה הקיימת שיעשה יותר.

- **העברה נגדית:** למודעות של המראיין ביחס להעברה הנגדית שהוא חש כלפי המרואיין יש השפעה רבה על ביצוע טוב של הריאיון (להרחבה ראה בר-טור, 2005). המראיין יכול להיות בעל עמדות ותחושות רבות כלפי המרואיין הזקן, שחלקן שייך לחייו האישיים. הוא יכול לקשר את המרואיין לרגשות שחש כלפי סבו או סבתו. במקרים אלה, לעתים הוא יכול לפספס לקויות קוגניטיביות, דיכאון וכדומה, בגלל הערצתו אותם. במקרים אחרים, סביב אבל לא מעובד או חשש ממותו של אחד הסבים, המראיין עשוי לחשוש לדבר על נושא המוות, או להיות מתוח סביב חשש ממותו של המרואיין. לא פעם, תפיסות חברתיות השייכות לסביבתו של המראיין, כמו גילנות, יכולות גם הן להשפיע על הריאיון. המראיין עשוי להסיק מסקנות שגויות, או לא לשאול שאלות רלוונטיות, כמו בנושא של קשרים מיניים או בנושאים של תחביבי פנאי, העשויים להציג את המרואיין באור שלילי ביחס לתפקוד שלו בפועל. יש לזכור, כי ההעברה וההעברה הנגדית פועלות לא פעם בצורה משולבת (להרחבה בנושא ראה Racker, 1968), כך שעל המראיין להיות ערני לכך. למשל, מרואינת המעריצה את המראיין, כיוון שהוא מזכיר לה את אחיה הצעיר והמוצלח, שאותו אהבה, יוצרת ציפיות גבוהות שיפתור את בעיותיה. המראיין, שחש כיצד תמיד רצה לרצות את הוריו ודמויות סמכות אחרות, לוקח על עצמו את התפקיד, ובסופו של דבר מאכזב ומתאכזב בעצמו, כשהוא מגלה שאינו יכול לספק את כל רצונותיה של המרואינת.

קשיים בטיפול – התנגדות

התנגדות על פי מוריסון (Morrison, 1995) היא קושי של מרואיין לדון בנושאים מסוימים, הגורמים לו להימנע מלדון בתוכן מסוים. ההתנגדות יכולה להיות מודעת או לא מודעת. **התנגדות מודעת:** התנגדות מסוג זה מוגדרת כהימנעות מכוונת ומודעת של האדם מלדבר על נושאים מסוימים והיא עשויה להתבטא באמירות, כמו: "אני מעדיף שלא לדבר על כך", או בתשובות קצרות מאוד או אף מתחמקות, כמו "לא יודע... לא זוכר". ההתנגדות יכולה לבוא לידי ביטוי גם בביטויים התנהגותיים, כמו הימנעות מקשר עין, הסתכלות על השעון, בקשה ללכת לשירותים או שתיקה.

קיימות מספר דרכים להתמודדות עם התנגדות מודעת. אפשר לנסות לעודד את המרואיין לדבר על הדברים על ידי שאילת שאלות שונות. מומלץ להסביר למרואיין את החשיבות לכך, שניתן לשוחח על הנושא המטריד למרות הקושי. בנוסף לכך, לא פעם שיקוף של ההתנגדות תוך שיום הרגשות הגורמים להתנגדות ("כששאלתי אותך על כך וכך נראית כועס...") מסייעים בהפחתתה. בהקשר לנושא זה ניתן גם לנסות ליצור נורמליזציה לנושא הקשה ("זו בעיה שיש להרבה אנשים זקנים... ואת כולם זה מביך"), לדבר על כך, שיש אפשרויות קשות יותר ("יש גם אנשים זקנים שהילדים שלהם בכלל לא בקשר איתם..."), מה שמאפשר להתוודות על הקושי, או לעבור לדבר על הקושי לדבר/לתת אמון/להיפתח ("מעניין שפנית לטיפול בגלל נושא זה ובכל זאת אתה מתקשה לדבר עליו..."). כאשר ניסיונות אלו לא מסייעים ניתן לעבור נושא, אך על המרואיין לזכור שיש נושא בעייתי ואולי הוא יחזור אליו בהמשך.

ההתנגדות לא מודעת: פעמים רבות ההתנגדות לא מודעת ולא ייחודית לנושא, אלא תוצאה של קושי כללי של האדם להיכנס לקשר אינטימי, עקב חרדה מקושי ומקרבה, עקב היעדר ביטחון או קושי לסמוך על הזולת. במקרים אחרים קיים קושי, שהמרואיין לא מודע לו, לגעת בנושאים מסוימים ולדבר, למשל, על ילדיו, עקב אשמה שחש לומר עליהם דברים שליליים, או מקושי לא מודע להיזכר בקשיים שהיו בעברו.

הביטוי של התנגדות מעין זו עשוי להיות מעט שונה, למשל באיחור להגיע לפגישה או אף בשכחה של הפגישה. במהלך הפגישה, התנגדות לא מודעת יכולה לבוא לידי ביטוי בשכחה של נושא השיחה, של מה שנשאל, ניתוק קו המחשבה או תחושה שהמרואיין לא מובן. לא פעם התנגדות זו תבוא לידי ביטוי גם באופן התנהגותי, כמו פיהוקים, צורך עז לצאת לשירותים או שינוי נושא השיחה.

חשוב להיות אמפתי ולא ביקורתי כלפי שני סוגי ההתנגדות. זאת, בשונה ממקור השם התנגדות, שיוחס לניסיון לא מודע של המטופל להפריע למלאכת הטיפול (פרויד, 2002).

חשוב להבין את מהותה של ההתנגדות, להרגיע את המרואיין, לעזור לו לבטא את קשייו במילים, ולנסות לאפשר לו בכל זאת להאמין בקשר. לרוב ההתנגדות מספרת על קשיי אמון קודמים, שאותם חשוב לשיים. גם בריאיון חד-פעמי חשוב לזכור, כי יצירת קרבה יחסית והפחתת ההתנגדות עדיפה על לחץ לעוד חומר שבסוף לא יינתן (בנימין, 1990). חשוב לזכור, שלא פעם מה שנראה כהתנגדות, כמו היעדר זיכרונות, שתיקה, קושי להישיר מבט, הוא קושי שלא קשור להתנגדות, אלא דרכו של המטופל לספר על עצמו, על מבוכתו מקשר, או על החרדה שבה הוא שרוי. מומלץ להיות מאוד אמפתיים לקושי, לסייע לו לתת שמות להתנהגויות ולרגשות "נראה שקשה לזכור דברים מסוימים" ולהגדיר חלק ממטרת הריאיון לשיים חוויות רגשיות, שכעת המרואיין נמנע מהן.

כאשר מתייחסים להתנגדות באוכלוסייה זקנה, יש לנקוט משנה זהירות, במיוחד בריאיון ראשוני. ההתנגדות יכולה להיות מפורשת על ידי סימנים ראשונים של בעיות זיכרון או ביטויי דיכאון ואיטיות מוטורית. במקרים אלה הזקן יכול לשכוח דברים שנאמרו, להגיב לאט או לא להגיב. יש להיזהר בטרם מפרשים התנהגויות אלו כהתנגדות. בנוסף לכך, התנגדות יכולה להיות קשורה לחרדה מפני טיפול ויכולה גם לבטא הבדלים של קוהורט או הבדלים תרבותיים. עם זאת, יש לזכור, כי לא כל מקרה של אי-רצון לפרט או לתאר רגשות מהווה בהכרח התנגדות. מקרה אחר של ביטויי התנגדות יכול להיות ביטוי של חרדה משינויים פיזיים או נפשיים, שהמרואיין לא רוצה להכיר בהם. במקרים אלה נראה, כי המרואיין יסרב לקבל את עמדתנו ביחס למצבו הקוגניטיבי או הרפואי. חשוב להבהיר, כי תגובת המרואיין לא תוגדר כהתנגדות במקרים שבהם הוא מגיב למראיין שאינו מספיק אמפתי, סבלני או מכבד. לא פעם, מראיינים עושים שימוש מוטעה במושג על מנת להקל על עצמם ולא לבחון מה בהתנהגותם שלהם גרם למרואיין להגיב באופן שהגיב.

סיכום

פרק זה נגע בקצרה בשאלות הקשורות לתהליכי הערכה פסיכולוגית של אוכלוסייה זקנה. במהלך הכנתו של קורס דומה בחוג לגרונטולוגיה באוניברסיטת חיפה, וכן במהלך הכנתו של הפרק, נוכחתי עד כמה דלה הכתיבה בנושא, ועד כמה חסר מדריך יישומי ויום-יומי לתחום זה של הערכה. מטרת הפרק הייתה להציע, בצורה שהיא ייחודית בספרות המקצועית, מודל לריאיון פסיכולוגי של אוכלוסייה זקנה. המודל שהוצג, למרות היותו פסיכולוגי בעיקרו, אינו מיועד לפסיכולוגים בלבד והאופן שבו הוא הוצג מאפשר גם לעובדים סוציאליים, מרפאים בעיסוק, פיזיותרפיסטים, רופאים, אחיות ובעלי מקצועות נוספים לעשות בו שימוש. מודל

זה מבוסס על ידע שהתגבש לאורך השנים, בעיקר על בסיס קיום ראיונות פסיכולוגיים עם אנשים צעירים יותר, אולם נעשתה בו התאמה לאוכלוסייה זקנה. אין לראות במידע המוצע בפרק זה "אורים ותומים" לנושא הריאיון של אוכלוסייה זקנה, אלא דווקא מקור לשאלת שאלות, להתלבטויות מקצועיות וראשי פרקים מהם צריך כל איש מקצוע לבחור את הדרך המתאימה לו.

לסיום, הפרק אמנם הזכיר, אך לא הרחיב, מפאת קוצר היריעה, רכיבים של הערכה משפחתית ועירוב המשפחה והקהילה בהליך ההערכה וכן לא הייתה התייחסות להערכה קבוצתית. אין בכך אמירה לגבי חשיבות רכיבים אלו בביצוע הערכה באוכלוסייה זקנה, אלא רצון להתמקד בנושא שבו הכתיבה מועטה וחשיבותו רבה, דבר שלא הותר מקום לכתיבה במסגרת הנוכחית על תחומים אלה, אך תקוותי היא כי יימצא להם מקום בהמשך.

מקורות

- בנימין, א. (1990). הריאיון המסייע. תל אביב: ספריית הפועלים.
- בר-טור, ל. (2005). האתגר שבהזדקנות: בריאות נפשית, הערכה וטיפול. ירושלים: אשל-ג'וינט ישראל.
- פרויד, ז. (2002). הטיפול הפסיכואנליטי. תל אביב: עם עובד.
- רוזנהיים, א. (1990). אדם נפגש עם עצמו: פסיכותרפיה, החוויה ותהליכיה. תל אביב: שוקן.
- רכס, ח. וגלעד, ר. (1990). איכות חיים של חולים במחלת סרטן סופנית — גישת ההוספיס בראי הלוגותרפיה. *חברה ורווחה*, י"א, 65-55.

- Ando, M., Morita, T., Okamoto, T. & Ninosaka, Y. (2008). One-week short-term life review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology* 17, 885-890. doi: 10.1002/pon.1299.
- Beechem, M.H., Anthony, C. & Kurtz, J. (1998). A life review interview guide: A structured systems approach to information gathering. *The International Journal of Aging and Human Development*, 46, 25-44.
- Bengtson, V.L. & Allen, K.R. (1993). The life course perspective applied to families over time. In: P. Boss, W. Doherty, R. LaRossa, W. Schumm & S. Steinmetz (Eds.), *Sourcebook of family theories and methods: A contextual approach*. (pp. 469-498). New York: Plenum.

- Birren, J.E. & Cunningham, W.R. (1985). Research on the psychology of aging: Principles, concepts and theory. In: J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2nd ed., pp. 3-34). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Blazer, D.G., (2004). The psychiatric interview of older adults. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 2, 224-235.
- Bohlmeijer, E. Smit, F. & Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: A meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 1088-1094. doi: 10.1002/gps.1018.
- Butler, R.N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-76.
- Cepoiu, M., McCusker, J., Cole, M.G., Sewitch, M., Belzile, E. & Ciampi, A. (2007). Recognition of depression by non-psychiatric physicians: A systematic literature review and meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine* 23, 25-36. doi: 10.1007/s11606-007-0428-5.
- Congdon, N., O'Colmain, B., Klaver, C.C. & Mitchell, P. (2004). Causes and prevalence of visual impairment among adults in the United States. *Archives of Ophthalmology*, 122, 477-485. doi: 10.1001/archophth.122.4.477.
- Fraga, S., Costa, D., Dias, S. & Barros, H. (2012). Does interview setting influence disclosure of violence? A study in elderly. *Age and ageing*, 41, 70-75.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh, P. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for clinicians. *Journal of Psychiatry Research*, 12, 189-198.
- Goldstein, G. & Hersen, M. (2000). Historical perspective. In: G. Goldstein & M. Hersen, (Eds.), *Handbook of Psychological Assessment* (3rd ed., pp. 3-20). UK: Elsevier Science.
- Knight, B.G. (1996). *Psychotherapy with older adults* (pp. 48-65), Thousand Oaks: Sage.
- Loftus, E.F. (2003). Make-believe memories. *American Psychologist*, 58, 867-873.
- McAdams, D.P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5, 100-122.
- Morrison, J. (1995). *The First Interview*. N.Y.: The Guilford Press.
- Nemiroff, R.A. & Colarusso, C.A. (1985). *The race against time: Psychotherapy and psychoanalysis in the second half of life*. New York: Plenum.

- Neugarten, B.L. (1968). Adult personality: Toward a psychology of the life cycle. In: B.L. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging: A reader in social psychology* (pp. 137-147). Chicago: University of Chicago Press.
- Ogden, T. (1992). *The primitive edge of experience*, UK: Karnac Books.
- Othmer, E. & Othmer, S.C. (2002). *The Clinical Interview Using DSM-IV-TR*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Racker, H. (1968). *Transference and counter-transference*. London: Hogarth Press.
- Shrira, A., Palgi, Y., Ben-Ezra, M., Spalter, T., Kave, G. & Shmotkin, D. (2011). For better and for worse: The relationship between future expectations and functioning in the second half of life. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 66, 195-203.
- Spence, D. (1982). *Narrative truth and historical truth: Meaning and interpretation in psychoanalysis*. New York: Norton.
- Sprinzl, G.M. & Riechelmann, H. (2010). Current trends in treating hearing loss in elderly people: A review of the technology and treatment options – a mini-review. *Gerontology*, 56, 351-358. doi:10.1159/000275062.
- Sullivan, H.S. (1954). *The Psychiatric Interview*. N.Y.: Norton.
- Thompson, N. (1998). The ontology of ageing. *British Journal of Social Work*, 28, 695-707.
- Wallace, L.S., Cassada, D.C., Ergen, W.F. & Goldman, M.H. (2009). Setting the stage: Surgery patients' expectations for greetings during routine office visits. *Journal of Surgical Research*, 157, 91-95.

פרק 3

היבטים מעשיים במתן ייעוץ משפטי לזקנים ולבני משפחותיהם

מיטל סגל-רייך, ישראל (איסי) דורון

מבוא: משפט וזיקנה

התחום "משפט וזיקנה" (או במינוח הלועזי "Elder law") הוא צעיר יחסית בעולם המשפט הישראלי.¹ זהו תחום אינטרדיסציפלינרי (בין-תחומי) מטבעו ומאחד תכנים מתחומי דעת שונים, כדוגמת גרונטולוגיה, סוציולוגיה, רפואה או כלכלה.² נקודת ההשקפה בין הדיסציפלינות מייצרת מפגש תיאורטי ומעשי עשיר, תוך שיתוף פעולה לא רק בין גופי הידע השונים, אלא גם בין אנשי מקצוע מתחומי מומחיות שונים.³ התחום משפט וזיקנה חולש על זכויותיהם של אנשים זקנים, על הסדרת מעמדם וכן על המפגש עם אנשי מקצוע מדיסציפלינות אחרות. בין היתר, התחום כולל הגדרה ופיתוח של היבטים התיאורטיים והפרקטיים בייצוג משפטי של לקוחות זקנים.

1 לסקירה על התפתחות תחום המשפט והזיקנה בארצות הברית ראו אצל: Lawrence A. Frolik. (1993). *The Developing Field of Elder Law: A Historical Perspective*. *The Elder Law Journal*, 1 הנושא בישראל, ראו אצל ישראל דורון "זיקנה וצדק: היבטים משפטיים של הזיקנה בישראל", בתוך: ארנולד רוזין, עורך (2003). *ישראל דורון, הזדקנות וזיקנה בישראל*, 897 (להלן: דורון "הזדקנות וזיקנה בישראל").

2 על הממד המולטי-דיסציפלינרי של עולם המשפט והזיקנה ראו אצל: Lawrence A. Frolik & Alison M. Barnes (2003, 3rd ed.). *Elder Law: Cases and Materials*, 40-43

3 ישראל דורון "התינוק נולד – הזיקנה בתחיקה" דורות – הדיבר החמישי 10 דצמבר 2002, 11-10: "כך נולד לו לפני כמה שנים ה"תינוק" המשפטי החדש – תינוק הזיקנה והמשפט. יצור משפטי חדשני זה הכריח את עולם המשפט להגדיר מהו בעצם אותו תחום משפטי חדש של 'משפט וזיקנה' [...] ההתפתחות המשפטית מתאימה את עצמה לצורכי המציאות". (להלן: "הדיבר החמישי"). ראו לעניין זה גם אצל ישראל דורון "איך תשפיע הזדקנות החברה הישראלית על מקצוע עריכת הדין" עורך הדין 52, 26 (2001).

לגידול המספרי והיחסי של הזקנים בחברה הישראלית, המהווים היום למעלה מ-10% מהאוכלוסייה,⁴ יש באופן טבעי השלכה על מידת הצורך של אנשים זקנים בשירותים משפטיים ועל סוג השירותים שהם זקוקים להם. ואמנם, בצד היות הזדקנות האוכלוסייה אחד ההישגים הגדולים של המאה ה-20 (בייחוד במחציתה השנייה), הרי כתוצאה מכך נדרש הפרט לתכנן את עתידו, לדאוג לעצמו ולעמוד על זכויותיו במשך תקופה ממושכת יותר.⁵ השינוי הדמוגרפי מחייב את החברה להתמודד עם ההשלכות המגוונות, ובין היתר לבצע הערכה מחודשת של חקיקה קיימת, לדוגמה בכל הקשור בחובת הפרישה, המעוגנת בגיל כרונולוגי קונקרטי שמנותק מהמציאות האנושית המשתנה נוכח תוחלת החיים העולה.⁶ נדרש מהלך משמעותי להסדרת זכויותיהם של הזקנים על רקע השינויים ומתן מענה לצורכיהם המשתנים והחדשים. ואולם, שינויי חקיקה אינם נעשים בקצב המהיר של השינוי הדמוגרפי, וההתאמות המתחייבות עדיין אינן נראות באופק. העיסוק בהיבטים המשפטיים של הזדקנות האוכלוסייה איננו מתמקד רק בהיבטים תיאורטיים או סוציולוגיים. במדינות כדוגמת ארצות הברית, שבהן תחום משפטי זה התפתח לכדי תחום דעת מוכר וענף משפטי מן המניין, ישנו עושר מחקרי במגוון נושאים בתחום, המתמקדים בהיבטיו המעשיים והיישומיים, החל במהימנותם של עדים זקנים, דרך דפוס תפקודם של שופטים זקנים ועורכי דין זקנים, וכלה בכשרותם של זקנים בחבר המושבעים.⁷ ואמנם, הזדקנות קהל הלקוחות מביאה לצורך במתן מענה משפטי מעשי ללקוחות זקנים בנושאים מקצועיים "שכיחים" הרלוונטיים להם, יחד עם כלל הנושאים המשפטיים הרחבים. השירותים המשפטיים השכיחים הם בסוגיות של ירושה, עריכת צוואות, העברת רכוש בחיים, תכנון רפואי וכלכלי לעתיד, זכויות סוציאליות, עניינים צרכניים, זכויות ניצולי שואה וכדומה. מובן, כי אנשים זקנים פונים לקבלת שירותים משפטיים בכלל הסוגיות המשפטיות הנוספות הקיימות, אולם הניסיון מלמד על נושאים שכיחים יותר אשר מאפיינים

4 קשישים בישראל – שנתון סטטיסטי 2011, משאב – מאגר מידע ארצי לתכנון בתחום הזיקנה (ג'ני ברודסקי, יצחק שגור, שמואל באר, עורכים), בעמ' 4. יצוין, כי הנתונים בפרק מבוססים על נתוני המוסד לביטוח לאומי, על סקרי כוח אדם, על סקר הוצאות משק הבית וסקר הכנסות ועל הסקר החברתי של הלמ"ס.

ראו כל השנתון מקוון באתר האינטרנט של "אשל" בכתובת: <http://mashav.jdc.org.il/?CategoryID=234> שם.

5 ראו חוק גיל פרישה, התשס"ד-2004, המעגן משטר של חובת פרישה בגיל 67, שהיא נמוכה בהרבה מתוחלת החיים הממוצעת. יש לזכור כי הסדרי הפרישה מהעבודה הראשונים באופן היסטורי, שהונהגו על ידי ביסמרק בגרמניה לקראת סוף המאה ה-19, נעשו בעת שתוחלת החיים הממוצעת הייתה פחות מחמישים שנים.

7 ראו בהרחבה לעניינים אלה אצל: Howard Eglit. (2004). *Elders on Trial: Age and Ageism in the American Legal System*

את חייו וצרכיו של האדם בזיקנתו. לא אחת, בני משפחה הם הפונים לעורכי דין בסוגיות רכוש ובעניינים הקשורים בשאלות של זכויות במישור של סיעוד, עובדים זרים, מימוש זכויות וכדומה. בייצוג לקוחות זקנים, עורך הדין מוצא עצמו לא אחת מתוודע למסגרת המשפחתית של האדם הזקן ולהיבטים רחבים של חייו, מעבר למקובל ולנהוג במקצוע זה. לאור השינוי הדמוגרפי והאתגרים המעשיים הייחודיים שהשינוי מזמן, עורכי הדין והמשפטנים נדרשים גם לאתגרים מקצועיים ייחודיים, בעלי השלכות אתיות. עיצוב הכרעותיהם נדרש להיות על בסיס היכרות עובדתית עם המאפיינים הייחודיים של עולמם של הזקנים, הן ברמה המשפחתית, הן במישור החברתי והן במסגרת המשפטית המסדירה את מעמדם.⁸ בין אם כקבוצה ובין אם כפרטים, נדרשים עורכי הדין להיות ערים לשינויים החברתיים ולהשלכותיהם הפוטנציאליות על הפרקטיקה המשפטית. אולם, כשם שהחקיקה בכללה אינה עומדת בקצב השינוי הדמוגרפי, גם כללי האחריות המקצועית טרם הותאמו ואינם מנחים למצבים מורכבים בייצוג זקנים. עורכי הדין נדרשים לפעול על בסיס ההנחיות המקצועיות ולהפעיל שיקול דעת על רקע "רוח" הכללים ומתוך ראייה אתית רחבה.

בנוסף לכך, יש גם לזכור, כי בד בבד עם הזדקנות אוכלוסיית הלקוחות, מזדקנת גם אוכלוסיית עורכי הדין בעצמה. "נותני השירות המשפטי" הופכים לעתים בעצמם לצרכנים וללקוחות של תחום ייחודי זה ועשויים לעורר שאלות מעשיות, כמו: עד איזה גיל או באיזה שלב על עורך דין להפסיק את עיסוקו? האם כלל יש גיל בו אנשי מקצוע, ובכללם עורכי דין, "מצופים" להפסיק את עיסוקם? נציין, כי על פי דוח לשכת עורכי הדין לשנת 2011, מספרם של עורכי הדין מגיל 65 ומעלה עומד על 2,770 בלבד, אולם ידוע גם, כי מספר עורכי הדין עם ותק שמעל חמש שנים עד גיל 65 עומד על 28,870, נתח המהווה כיום את הפלח העיקרי של אוכלוסיית עורכי הדין (62.44% מכלל עורכי הדין הרשומים באותה עת).⁹ למותר לציין, כי מספר עורכי הדין הכולל עולה משמעותית ואלפים מצטרפים מדי שנה לשורות המקצוע.¹⁰ לפי תוצאות מחקר שנערך לאחרונה, עורכי הדין בעלי ותק של יותר

8 המודעות בדבר הצורך לשתף פעולה בתחום המשפט והזיקנה עם בעלי מקצועות נוספים הובילה בארה"ב להקמתם של משרדי עורכי דין המתמחים בתחום, הכוללים בחובם, לצד עורכי הדין, גם אנשי מקצוע מתחום הפסיכולוגיה, העבודה הסוציאלית או הרפואה. ביתר הרחבה אודות משרדי עורכי דין "רב-מקצועיים" בתחום המשפט והזיקנה ראו אצל: George S. Swan (2000). *Legal Education and Financial Planning: Preparation for the Multidisciplinary Practice Future*. Campbell L. Marilyn P. Roy, (2005). *General Planning for the Older Client: A Case* Rev. 1, 23 Management and Multidisciplinary Approach. In: Ann Soden, ed. (2005). *Advising the older Client* (pp.35, 39-42)

9 ראו דוח לשכת עורכי הדין לשנת 2011.

10 ראו דוח לשכת עורכי הדין לשנת 2005.

מ-15 שנים הם רק 22% מעורכי הדין הפעילים, אולם מהווים 50% מהמורחקים ומהמושעים מלשכת עורכי הדין בשל עבירות אתיקה.¹¹ מובן, כי העבירות נעשות בתחומים רחבים ולא רק בייצוג זקנים, אולם יש בכך כדי ללמד על חשיבותה של ההתמודדות המודעת והמושכלת עם סוגיות מורכבות בייצוג, לא רק של לקוחות זקנים על ידי עורכי דין, אלא גם בכל הנוגע לצרכים ולהיבטים הייחודיים של מקצוע, שהעוסקים בו מזדקנים בעצמם. בפרק זה תסקרנה סוגיות אופייניות בייצוג לקוחות זקנים ויוצעו קווים מנחים להתמודדות ולקבלת הכרעות באותם מצבים.

היבטים מעשיים של הענקת ייעוץ ומידע משפטי

מגוון המקורות לקבלת מידע וייעוץ משפטי

הסוגיה המעשית הראשונה בתחום המשפט והזיקנה היא היכן מקבלים ייעוץ, מידע וייצוג משפטי בתחום. עבור הזקנים ובני משפחותיהם קיימים מספר אפיקים אפשריים לקבלת שירותי מידע, ייעוץ וייצוג משפטיים בכל שלושת ה"מגזרים" המקובלים: המגזר הממשלתי (מכלול שירותי הייעוץ המשפטי המוענקים על ידי המדינה ומוסדותיה); המגזר הפרטי (עורכי דין פרטיים בשוק החופשי); והמגזר השלישי (דהיינו, עמותות הסינגור וההעצמה המשפטית). באופן כללי, נכון להיום בישראל, אין כמעט במגזרים הממשלתיים או הפרטיים גופים משפטיים המתמחים בזכויות זקנים.¹² באופן מפתיע, לפחות נכון להיום, המגזר בעל ההתמחות הגדולה ביותר בתחום ייעוץ משפטי בזיקנה הוא המגזר השלישי, הכולל את העמותות אשר קבעו את מטרותן לשנות מדיניות רווחת ולקדם את ענייניהם של הזקנים. העמותות נותנות בעיקר שירותי מידע והכוונה ומסייעות בתכתובת ראשונית, ואילו ייצוג משפטי ניתן, רובו ככולו, בסוגיות עקרוניות, אשר יש בהן כדי להשליך על כלל הזקנים. נכון להיום בישראל פועלות שלוש עמותות עיקריות שכל התמחותן מתמקדת בענייניהם המשפטיים של זקנים.¹³ הוותיקה ביותר היא עמותת "יד ריבה", אשר הוקמה בשנות ה-80

11 ראו מחקרה של ד"ר לימור זר-גוטמן מתוך כתבה מאת נורית רוט שפורסמה ב"דה מרקר" מיום 21.10.10 בכתובת — <http://www.themarker.com/law/1.592422>

12 אין ספק שישנן מחלקות במגזר הממשלתי-ציבורי שיש להן מומחיות נקודתיות בהיבטי המשפט והזיקנה. לדוגמה, הלשכה המשפטית של משרד הרווחה והשירותים החברתיים מחזיקה ללא ספק מומחיות בתחום האפטרופסות על זקנים. יחד עם זאת, היא נעדרת מומחיות בהקשרים משפטיים רבים אחרים, כמו לדוגמה, כלי תכנון משפטיים לזיקנה, או דיני נזיקין הייחודיים לזקנים.

13 ראוי לציין, כי ישנן עמותות משפטיות רבות העוסקות בעקיפין בזכויותיהם של זקנים: האגודה לזכויות האזרח (בהקשרי זכויות אזרח רחבים); "קו לעובד" (בהקשרים של עובדים מבוגרים); "בזכות" (בהקשר

(של המאה הקודמת) ואשר היא בעלת פריסה רחבה בארץ. העמותה פועלת בעיקר באמצעות מערך נרחב של עורכי דין מתנדבים, המעניקים ייעוץ משפטי בסניפי "יד שרה" שונים, המשמשים אכסניה לשירותי העמותה. השירותים כוללים ייעוץ משפטי, תכתובת ובמקרים מסוימים גם ייצוג בערכאות, בעיקר בסוגיות של ניצול, התעללות והזנחת זקנים.¹⁴ עמותה מרכזית נוספת היא "המשפט בשירות הזיקנה". העמותה, אשר הוקמה בשנת 2002, מעניקה ייעוץ משפטי באמצעות מוקד טלפוני, ופועלת במישורים רחבים לשינוי מדיניות ביחס לזקנים באוכלוסייה, בין היתר בהגשת עתירות לבג"צ בסוגיות מהותיות. ניתן להיעזר באתר העמותה באינטרנט לבירור זכויות ניצולי שואה באמצעות תוכנה מתקדמת, המאפשרת בירור מהיר ויעיל, תוך מיפוי הגמלאות הרלוונטיות לפונה מתוך הסבך הבירוקרטי הקיים בתחום זה.¹⁵ עמותה נוספת המתמחה בענייני זקנים היא עמותת "כן לזקן", אשר הוקמה בשנת 2004. העמותה מפעילה מערך מתנדבים טלפוני ממגוון תחומי רווחה וסיעוד, מסייעת בהתכתבות ראשונית, כאשר עיקר פועלה של העמותה הוא לשינוי מדיניות במגוון תחומים הנוגעים לחייהם של זקנים, ובהם תחום הסיעוד, חובת פרישה וכדומה.¹⁶ העמותות כולן מפעילות אתרי אינטרנט פעילים ובהם מידע מתעדכן וחדשני ביחס לזכויות זקנים וביחס לחידושים בתחום הפסיקה והחקיקה.

מקור חשוב נוסף למידע משפטי, שאותו ראוי להזכיר בהקשר זה, הוא "אשל" – האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל, שהיא עמותה מרכזית הפועלת מאז הקמתה בשנת 1969 לחיזוק מעמד הזקנים בחברה. העמותה מפעילה גם מרכז לייעוץ ולהכוונה על ידי עובדים סוציאליים ובין היתר מספקת מידע ביחס לזכויות. המידע ניתן באמצעות מוקד טלפוני (במשותף עם ארגון "רעות") וכן באמצעות פגישה אישית. האגודה מפיצה ספרות רלוונטית במגוון התחומים הקשורים בזיקנה, מקיימת הכשרה, השתלמויות וימי עיון ומפעילה מאגרי מידע בדבר שירותים וזכויות.¹⁷ ישנן מספר עמותות קטנות נוספות, ברובן מקומיות, שאליהן ניתן להגיע דרך האינטרנט.¹⁸

של זקנים הסובלים ממגבלות); "אביב לניצולי שואה" (בהקשר של זכויות ניצולי שואה שדה-פקטו הם כולם זקנים כיום). ברם, אף אחת מהעמותות הללו והאחרות אינן מתיימרות לכסות את תחום המשפט והזיקנה ככזה.

14 ראו באתר העמותה באינטרנט בכתובת: <http://www.yadriva.org.il/>

15 ראו באתר העמותה באינטרנט בכתובת: <http://www.elderlaw.org.il/>

16 ראו באתר העמותה באינטרנט בכתובת: <http://www.kenlazaken.org.il/>

17 ראו באתר העמותה באינטרנט בכתובת: http://www.eshelnet.org.il/category/About_Eshel

18 נזכיר בהקשר זה את עמותת "עמך", המעניקה באמצעות מתנדביה תמיכה נפשית וחברתית לניצולי השואה והדור השני. לפנייה לעמותה ולקבלת מידע ביחס לשירותיה השונים, ראו באתר העמותה באינטרנט בכתובת: <http://www.amcha.org/>

גם במסגרת המגזר הממשלתי יכולים אנשים זקנים להסתייע לצורך קבלת שירותים משפטיים. המדובר בגופים ממסדיים, המעניקים ברובם מידע משפטי, אולם ישנה גם אפשרות לייצוג משפטי בערכאות לפי החוקים הקיימים לעניין זה, כפי שיתואר להלן.

המשרד הממשלתי החולש על ענייני הזקנים בישראל הוא המשרד לאזרחים ותיקים, אשר הקמתו תחת השם "המשרד לענייני גמלאים" אושרה בשנת 2007. משרד זה הוא משרד עצמאי, לאחר שמחודש ספטמבר 2006 פעלה במשרד ראש הממשלה יחידת סמך לענייני גמלאים, בעקבות כניסת מפלגת "גיל", בראשות רפי איתן, לכנסת בבחירות לכנסת ה-17. המשרד שם לעצמו למטרה לגבש מדיניות לאומית כוללת לאוכלוסייה המבוגרת וכן מספק שירותים ציבוריים במספר מישורים. המשרד מפרסם עלוני מידע ביחס לזכויות שונות של זקנים ובני משפחותיהם וכן מפעיל מוקד פניות טלפוני למתן מידע לאנשים זקנים ולבני משפחותיהם ולהענקת סיוע בענייני רווחה שונים.¹⁹

המוסד לביטוח לאומי מצידו מפעיל שירות חברתי המוכר בשם "ייעוץ לקשיש", שמטרתו לסייע לזקנים להכיר את זכויותיהם ולמצותן הן באופן כללי והן בסבך המינהלי של המוסד לביטוח לאומי באופן ייחודי. הממד הייחודי של שירות זה הוא בכך, שהשירות ניתן בידי גמלאים מתנדבים, אשר הוכשרו למתן ייעוץ והכוונה לסיוע בפתרון בעיות מעשיות והוא פתוח בפני כל הזקנים. במסגרת שירות זה מופעל מוקד טלפוני, ניתנים שירותי ייעוץ בסניפי המוסד, מתקיימות פגישות עם זקנים ונערכים ביקורים בבתייהם של הזקנים, הכול לפי הצורך. כמו כן, מתקיימות קבוצות תמיכה עבור זקנים במצבי משבר שונים, לפי הצרכים הייחודיים של אוכלוסיית היעד המקומית וכן ימי מידע בדבר זכויות. "אגף הייעוץ לקשיש" מפרסם גם את עיתון "הגיל החדש", המעניק מידע מגוון לזקנים ולבני משפחותיהם.²⁰ לבסוף, המוסד לביטוח לאומי מפעיל אתר אינטרנט עדכני וברמה גבוהה ביותר, הכולל מידע משפטי רב ביותר בכל הנוגע לזכויות המשפטיות של מבוטחים זקנים בכל קשת הזכויות (זיקנה, שארים, סיעוד, פטירה, קבורה, נכות, ועוד).²¹

19 ראו לדוגמה חוברת שהפיק המשרד לאזרחים ותיקים בשם: "זכויות שוות זהב", הסוקרת את זכויותיהם של זקנים בתחום האשפוז (2011); וכן ראו את המוקד הטלפוני של המשרד הידוע במספר: *8840. בהתאם לדוח המסכם של פעילות המוקד בשנים 2009-2011, עולה כי בסיכום שלוש השנים הגיעו 404,000 פניות למוקד, כאשר החלק המשמעותי ביותר עסק ב"זכויות אזרחים ותיקים" (48.7%), ואילו הנושא המרכזי הבא אחרי היה זכויות בביטוח הלאומי (11.3%). ראו דוח סיכום פעילות מוקד הפניות לאזרחים ותיקים (2012).

20 נכון לשנת 2009, שירות הייעוץ לקשיש בביטוח הלאומי העניק 7,140 ביקורי בית ממושכים, 11,384 ייעוצים, 2,254 ביקורי בית ראשוניים, והועסקו בו 4,817 מתנדבים זקנים. ראו: קשישים בישראל – שנתון סטטיסטי 2010 (בעמ' 280).

21 ראו: www.btl.gov.il

משרד הבריאות מעניק גם הוא קשת שירותים לזקנים, בתחומים רפואיים שונים. חלק ניכר מהשירותים מסופק באמצעות קופות החולים, אולם ישנם שירותי בריאות המוענקים ישירות על ידי משרד הבריאות, באמצעות לשכות הבריאות המחוזיות והנפתיות. המשרד מסייע בעיקר בעניינים מעשיים, לדוגמה בהתאמת פנים הבית ודרכי הגישה אליו לאנשים עם מוגבלות קבועה בניידות, לפי קריטריונים הקבועים בנהלים. לצורך קבלת הסיוע יש לפנות לעובדת הסוציאלית בלשכת הבריאות או לקופת החולים. המשרד מפעיל מחלקה לפניות הציבור על מנת לייעץ וליתן מענה בנושאים מגוונים הקשורים למערכת הבריאות וכן את האגף לגריאטריה, האחראי על הסברה ומתן מידע בנושאים הקשורים לזכויות זקנים בתחום הבריאות והסיעוד. במקביל, ישנם שירותים הניתנים על ידי משרד הרווחה והשירותים החברתיים לזקנים בקהילה באמצעות הרשויות המקומיות. שני המשרדים אינם מחזיקים מערך להענקת שירותים משפטיים, אולם ניתן להסתייע בהם לייעוץ ולהכוונה.²² גוף ממשלתי, המעניק שירותים משפטיים נרחבים, לרבות ייצוג בערכאות, הוא האגף לסיוע משפטי של משרד המשפטים. האגף פועל משנת 1975 ומעניק סיוע משפטי בנושאים אזרחיים לכלל האוכלוסייה, ובכלל זה לאנשים זקנים.²³ שירותי הסיוע המשפטי מוענקים רובם ככולם לפי מבחן הכנסה, ומיועדים למי שאינם יכולים לממן שכר טרחה של עורכי דין.²⁴ הסיוע ניתן ללא תשלום, למעט אגרה הקבועה בתקנות. הזכאות למתן סיוע משפטי מותנית בעמידה בקריטריון הכלכלי, הקובע מבחן של הכנסה לפי מספר נפשות הסמוכות אל שולחן המבקש, ובסיכוי משפטי של ההליך שבעניינו נעשתה פנייה. לאגף חמש לשכות, בערים נצרת, חיפה, תל אביב, ירושלים ובאר שבע. על מבקש הסיוע לפנות ללשכה באזור מגוריו, לצורך קיום פגישה עם עורך דין ובחינת זכאותו לסיוע משפטי.

לבסוף, בכל הנוגע לשוק הפרטי, הדרך המרכזית לקבלת שירותים משפטיים משמעותיים, הן ברמת מידע, אך בעיקר בתחום הייעוץ והייצוג בערכאות, היא באמצעות המגזר ה"שני", הכולל את עורכי הדין הפרטיים. בישראל עדיין אין בנמצא משרדים גדולים שהתמחותם "משפט וזיקנה", שכן טרם זוהה הפוטנציאל הכלכלי והאתגר המקצועי במישור זה. גם

22 הן למשרד הבריאות והן למשרד הרווחה ישנם אתרי אינטרנט הכוללים מידע משפטי רב ביותר. במשרד הבריאות ראו בדף של היחידה לגריאטריה: www.health.gov.il ובאתר של משרד הרווחה ראו בדף של האגף לקשיש: www.molsa.gov.il.

23 חוק הסיוע המשפטי, התשל"ב-1972, וראו גם תקנות הסיוע המשפטי, תשל"ג – 1973. סיוע בעניינים פליליים לא ניתן על ידי האגף, אלא על ידי הסנגוריה הציבורית, אשר הוקמה בשנת 1996 לפי חוק הסנגוריה הציבורית, התשנ"ו-1995.

24 ישנם תחומים שבהם מוענק סיוע משפטי ללא מבחן הכנסה, ובהם, לדוגמה, ייצוג כהליכים בבית הדין לעבודה, שהמוסד לביטוח לאומי הוא צד בהם.

לשכת עורכי הדין כ"גוף" טרם הכירה בתחום כתחום מומחיות.²⁵ אולם, ישנם משרדים קטנים, שהתמחותם בעניינים משפטיים פרטניים השכיחים בהקשר ייצוג לקוחות זקנים. לדוגמה, משרדים המתמחים בתחום דיני המשפחה ובכלל זה בתחום הירושה והצוואה, או משרדים המתמחים בזכויות ניצולי שואה. בשנים האחרונות החלו אף להתפתח משרדי "בוטיק", אשר מתמחים באופן ייחודי בזכויות של זקנים ובני משפחותיהם. בנוסף לכך, נזכיר, כי לשכת עורכי הדין מפעילה את תכנית "שכר מצווה", שמטרתה הענקת סיוע משפטי בהתנדבות למעוטי אמצעים. התכנית פועלת מחודש ספטמבר 2002 והסיוע הוא במתן ייעוץ בעיקר, אולם גם בייצוג. הסיוע ניתן בתחומים אזרחיים בלבד, ולפי מבחן הכנסה שקבעה לשכת עורכי הדין והמפורט באתר הלשכה. זקנים נזקקים רבים מצאו בתכנית זו מזור לבעיותיהם המשפטיות.²⁶

סוגיית המומחיות המשפטית: על "גילנות" והשפעתה על דפוס הענקת השירות המשפטי

תנאי בסיסי ראשון להענקת ייעוץ וייצוג משפטי ללקוחות זקנים הוא מקצועיות. בהקשר לזה ועל רקע המחויבות החברתית בבחירת מודל הייצוג הראוי, ישנה חשיבות עליונה לכך, שעורכי הדין לא יפלו למלכודת הגילנות.²⁷ תופעת הגילנות היא אפליה ותיוג של אנשים רק משום שהם זקנים, בדומה לאפלייתם של אנשים בשל מינם או גזעם.²⁸ המדובר בתופעה חברתית המשקפת סטריאוטיפים, שבעיקרם הם שליליים, על אנשים זקנים כמי שהם חסרי יכולת, מוגבלים, נוקשים או מיושנים – רק בגלל גילם הכרונולוגי. התוצאה היא פגיעה

25 רק לשם השוואה, בארה"ב, לשכת עורכי הדין האמריקנית הקימה ועדה מיוחדת המוכרת בשם The American Bar Association Commission on Law and Aging שכל כולה עוסקת בסוגיות משפטיות הנוגעות לזכויות זקנים. בנוסף, בארה"ב קיים גוף המאגד את כל עורכי הדין הפרטיים העוסקים ומתמחים בתחום המשפט והזיקנה המוכר בשם National Academy of Elder Law Attorneys, הכולל אלפי עורכי דין המתמחים בתחום.

26 <http://www.israelbar.org.il/>

27 ראו לעניין זה אצל ישראל (איסי) דורון "גילנות ואנטי גילנות בפסיקת בית המשפט העליון" המשפט, 25, 25 (2008) 14; וראו גם אצל ישראל (איסי) דורון "על העיוורון הגילני של בית המשפט העליון" מפנה, 55 6 (2007). כן ראו ישראל (איסי) דורון, זיקנה בהיכלים של צדק – זקנים וגילנות בפסיקת בית המשפט העליון (2013).

28 ראו ההגדרה של: Robert N. Butler & Myrna I. Lewis. (1973). Aging and Mental Health: Positive Psychosocial and Biomedical Approaches כפי שמופיעה אצל: Bill Bytheway. (1995). Ageism, 30 על בסיס הגדרה זו אומצו גם הגדרות דומות ומקובלות בסגנון:

"The definition of ageism that has become most widely accepted is prejudice and discrimination against older people based on the belief that aging makes people less attractive, intelligent, sexual and productive"

באפשרות לפתח קשרים של כבוד ושל הבנה עם אוכלוסיית הזקנים במישור האישי ובמישור הבין-דורי בכלל, וכן בהדרתם של הזקנים מהחברה, תוך המעטה בחשיבותם ובמרכזיותם במתווה החברתי, לרבות במישור הכלכלי, המעטה בחשיבות הידע שלהם וניסיונם וכן תוך המעטה בערך הסיוע שרבים מהם נותנים בתוך המשפחה.

עורכי דין עלולים ליפול בנקל למלכודת הגילנות בשעה שהם מייצגים לקוחות זקנים. הבניה חברתית שלילית של אנשים זקנים עלולה להביא גם עורכי דין מקצועיים ומנוסים "לדלג" מעל הלקוח הזקן ולפנות במישרין אל בני משפחתו. זאת, מתוך ה"הנחה" שהם יודעים "טוב יותר ממנו" מה רצונו ומה העדפותיו, או לכל הפחות "מייצגים" אותו בצורה קולחת ועניינית ולכן, נשמעים במקומו. לעתים, עורך הדין אף עלול להניח בטעות, כי הוא יודע "טוב" יותר מהלקוח הזקן עצמו מה "טוב" עבורו. ואולם, יש חשיבות מקצועית עליונה למתן כבוד ללקוח הזקן, תוך שמירה על כלל המחויבויות המקצועיות כלפיו, ובכלל זה חובות הנאמנות והמסירות הקבועות בחוק לשכת עורכי הדין²⁹ ובכללי האחריות המקצועית.³⁰ יש לנהוג בלקוח הזקן כמו בכל לקוח בגיר אחר: בכבוד, בשוויון וללא אפליה או פטרונות. ההנחה הבסיסית היא, שהאדם הזקן מבין ובעל כשרות, שהרי אם לא כך יש לשקול האם ניתן וראוי לייצגו ללא הליך משפטי לעניין כשרותו. אחת משתיים, שהרי אם כשרותו לא נשללה או הוגבלה, הוא ראוי להישמע בדרכו, באופן חף מגילנות.

תופעת ההתעללות וההזנחה של זקנים ומעורבות המשפט בתופעה

בנוסף לזהירות הנדרשת לא ליפול למלכודת הגילנות, יש גם צורך במודעות לתופעה החמורה של התעמרות בזקנים, הזנחה וניצול, אשר היקפה, ככל הנראה, נרחב. ביטוייה של תופעה זו הם אלימות פיזית, אלימות נפשית, הכוללת עלבונות והשפלה ואלימות כלכלית, כגון גניבת כספים וניצול כספי. ההתעמרות יכולה להתבטא באי-מתן טיפול רפואי ובהתעלמות ממצבים של מצוקה ובדידות. לעורכי הדין תפקיד מרכזי באיתור תופעות מעין אלו ומוטלת עליהם אחריות מקצועית ואתית להגן על הלקוחות הזקנים, דבר שיסייע לשרש את התופעה מן היסוד.³¹

ראו לסקירה של התפתחות המושג: Jody A. Wilkinson & Kenneth F. Ferraro (2004). Thirty Years of Ageism Research. In: Todd D. Nelson, (ed.), *Ageism: Stereotyping and Prejudice against older Persons*, 340

29 חוק לשכת עורכי הדין, התשכ"א-1961, סעיף 54.

30 כללי לשכת עורכי הדין (אתיקה מקצועית), תשמ"ו-1986.

31 לסקירת תופעת ההתעללות וההזנחה של זקנים בישראל ותגובת החוק בישראל ראו אצל: Doron, I., Alon, S. & Nissim, O. (2005). Time for Policy: Legislative response to elder abuse and neglect in Israel. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 16(4), 63-82

המסגרת החקיקתית בהקשר זה היא במספר מישורים, שנזכיר בתמצית. חוק המתמודד עם היבטים צרים של סוגיית ההתעמרות בזקנים והבטחת טיפול נאות לזקוקים לכך הוא חוק ההגנה על חוסים, התשכ"ו-1966. החוק חל על חוסה, מי שמפאת זיקנה "אינו מסוגל לדאוג לצורכי חייו". החוק אינו מגדיר סוגים רחבים ומוכרים היום של התעללות, ומתמקד באי-דאגה לצורכי חיים בסיסיים, כגון מזון, קורת גג, כלכלה מינימלית וביגוד. לב החוק הוא הפרק שעניינו "הגנה על שלומו של חוסה". החוק מקנה לפקיד הסעד אפשרות לפנות במקרים של פגיעה בשלומו הגופני או הנפשי של החוסה לבית המשפט למתן הוראות.³² מבקריו של החוק יטענו, כי החוק מציג השקפת עולם פטרנליסטית, לפיה תפקיד פקיד הסעד הוא "להגן" על הזקן, גם תוך פגיעה בחירותו ואכיפת טיפול בניגוד לרצונו של הזקן. לא רק שהחוק נותן מענה בהקשר צר של התעמרות, הרי שהוא תלוי כולו בשיקול דעתו של פקיד הסעד, תוך יצירת חוסר שוויון ניכר בינו לבין הזקן. נדמה, אפוא, כי לחוק נחוצ שינוי מהותי על מנת להרחיבו מחד גיסא, ולהשתיתו על נורמות של שוויון והעצמה של האדם הזקן, מאידך גיסא. נציין, כי גם בחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב-1962 ניתן לעשות שימוש במקרים של סכנה לשלומם של זקנים או בעת התעללות בהם, תוך שימוש במנגנונים הקבועים בו. כך, לדוגמה, ניתן באמצעות סעיף 68 (א) לחוק להגיש בקשה "לנקוט אמצעים זמניים או קבועים...לשמירת עניינו של קטין, של פסול דין ושל חסוי..."³³. סעיף זה מאפשר הגשת בקשה בהוללה בהקשרים רחבים, רפואיים ואחרים. חוק נוסף, המאפשר קבלת צו כנגד המתעמר, הוא החוק למניעת אלימות במשפחה, התשנ"א-1991. לתוך הצו ניתן לצקת מגבלות לפי נסיבות העניין ובהן הרחקה, הטלת מגבלה על הטרדה "בכל דרך ובכל מקום."³⁴ המדובר בצו הניתן נגד מי שהוא "בן זוג" או "בן משפחה" כהגדרתו בחוק. התנאים למתן הצו מפורטים בסעיף 3 לחוק, ולפיהם בית המשפט ייתן צו אם נתקיימו אחד משלוש החלופות: (1) אלימות או כליאה שלא כדין בסמוך לפני הגשת הבקשה; (2) קיומה של התנהגות הנותנת בסיס סביר להניח, כי המתעמר מהווה סכנה גופנית ממשית לבן משפחתו; (3) מי שהתעלל התעללות נפשית ממושכת או התנהג באופן שאינו מאפשר לבן משפחתו ניהול סביר ותקין של חייו.³⁵ הבקשה מוגשת בבית המשפט לענייני משפחה, ותוקף הצו הוא לשלושה חודשים, אם כי ניתן להאריך תוקפו לתקופה שלא תעלה על שנה.³⁶

32 סעיף 4, חוק ההגנה על חוסים, התשכ"ו-1966.

33 למינוי אפוטרופוס לחסוי, ראו סעיף 33 לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב-1962.

34 ראו סעיף 2 לחוק למניעת אלימות במשפחה.

35 ראו סעיף 3 לחוק למניעת אלימות במשפחה.

36 ראו סעיף 5 לחוק למניעת אלימות במשפחה וסעיף 4 לחוק לסדרי הדין הקבועים לעניין זה.

צו דומה יכול להינתן במסגרת החוק למניעת הטרדה מאיימת, התשס"ב-2001. חוק זה נועד "להגן על אדם מפני פגיעה בשלוות חייו, בפרטיותו, בחירותו או בגופו, בידי אדם אחר שנקט נגדו הטרדה מאיימת או שפגע בגופו."³⁷ ההגדרה ל"הטרדה מאיימת" היא רחבה וכוללת כל סוג פגיעה בשלוות החיים, בפרטיות או בחירותו של אדם. הצו במקרה זה נועד כנגד מטריד או מאיים שאינו בן משפחה של המבקש, ואת הבקשה לצו יש להגיש בבית משפט השלום, לפי סדרי הדין הקבועים לעניין זה.³⁸

אתגרים מקצועיים שכיחים בייצוג לקוחות זקנים והיבטים אתיים בייצוג

בייצוג לקוחות זקנים ישנם אתגרים מקצועיים רבים, ובהם שתי סוגיות שכיחות ורווחות המעוררות שאלות במישור האתי והדורשות מודעות והתמחות. הראשונה היא שאלת "זיהוי הלקוח," השנייה היא בהקשר לייצוג משפטי של לקוח זקן אשר מתעורר ספק ביחס לכשרותו המשפטית. נאיר להלן את ההיבטים המאפיינים של הסוגיות ונציע קווים להתמודדות מושכלת ואתית באותם מצבים.

זיהוי הלקוח: חשיבות הגדרת הלקוח בהקשר של הזקנים ובני משפחותיהם

שכיח שאדם זקן מגיע לעורך הדין מלווה בכך משפחה, שכן או מכר, אשר משתתף בפגישה המקצועית. לא אחת המלווה הוא שיזם את הפגישה, הביא את הלקוח הזקן למשרד, לעתים שילם את שכר הטרחה ואף שוחח במהלכה עם עורך הדין "בשם" הלקוח הזקן ובנוכחותו. כללי לשכת עורכי הדין אינם מנחים מפורשות בהקשר זה של זיהוי הלקוח, וישנה הנחה מובלעת כי זהות ה"לקוח" ברורה וידועה.³⁹ הכללים אוסרים על ניגוד עניינים⁴⁰ ומעבר לכך פתוחה בפני עורך הדין האפשרות לייצג ייצוג פרטני או ייצוג משותף. ואולם, החובה

37 סעיף 1, החוק למניעת הטרדה מאיימת, התשס"ב-2001.

38 סעיף 7, החוק למניעת הטרדה מאיימת, התשס"ב-2001. יש לזכור כי מקרים רבים של התעללות או הזנחה של זקנים מטופלים מלכתחילה ללא מעורבות עורכי דין או ללא שימוש בהכרח של כלים משפטיים. יחד עם זאת, עורכי דין ואנשי מקצוע העוסקים בתחום חייבים להכיר את מכלול הכלים החוקיים הקיימים בתחום, גם אם בסופו של יום הם מחליטים שלא להפעיל אותם.

39 לפסה"ד המנחה לעניין הקריטריונים לזיהוי הלקוח ראו ע"א 58,37/86 לוי נ' שרמן, פ"ד מ"ד (4) 446, 472 (1990).

40 ראו כללי לשכת עורכי הדין לעיל, סעיף 14.

לזהות בבירור מי הלקוח נובעת, בין היתר, מחובת הנאמנות, ותקבע כלפי מי יופעלו החובות המקצועיות ומה תהא מידת מעורבות המלווים ביחסים המקצועיים.

לא אחת, עורכי הדין מתבקשים על ידי בני המשפחה לפעול בתחומים רגישים הנוגעים להוריהם או לקרוביהם הזקנים, ולפעולה המשפטית המבוקשת השפעות מרחיקות לכת. בכלל זה בקשה לפעול ליצירת בעלות משותפת בחשבונות הבנק;⁴¹ לביצוע דיספוזיציה בזכויות או ברכושם של האנשים הזקנים, כמו העברת נכסים לבני משפחה או הענקת ייפוי כוח לניהול עניינים כספיים;⁴² בקשה למנות אפוטרופוס לענייניו של הזקן או אף לערוך צוואה, על אף החוק הברור בעניין זה, האוסר על מעורבותו של הנהנה בעריכת הצוואה.⁴³

כאשר לקוח זקן מלווה על ידי בן משפחה, אשר נוכח בפגישה, ובייחוד כאשר עורכי הדין מבקשים לייצג את כל הנוכחים כלקוחות משותפים, מתעוררת שאלת קיומו הפוטנציאלי של חשש לניגוד עניינים. סוגיה זו ראויה להיבחן באופן ענייני, חף מגילנות וללא הנחה מוקדמת. עם זאת, האיסור על "ניגוד עניינים", הנתון לפרשנות רחבה,⁴⁴ לא בהכרח מתיישב עם הקשרים המשפחתיים המאפיינים אדם בזיקנתו. לא אחת, המשפחה המלווה תומכת ומונעת ממניעים טהורים. לכן, כל מקרה דורש בחינה נסיבתית לגופו, ראשית כדי להבין את אופייה של מערכת היחסים של האדם הזקן ושל המלווה, ושנית – ומתוך אותה הבנה – כדי לקבוע את מודל הייצוג.

היחסים בתוך כל משפחה שונים, אפוא, ועורך הדין צריך לחוש כמורכבויות הגלויות והנסתרות של מרקם היחסים. כאשר אדם מבקשת, יחד עם בנה, לפעול למתן ייפוי כוח לבנה בחשבונותיה או להעניק לו את רכושה כמתנה בחיים, יש לוודא את רצונה החופשי בהקשר זה וכי לא הופעלו עליה לחץ או השפעה בלתי הוגנת. ההנחה היסודית היא, שבחירתה היא אוטונומית ומשקפת רצון חופשי, הן ביחס לשירות המשפטי המבוקש והן ביחס לאופי

41 ע"מ (י-ם) 2022/07 פלונית נ' אלמונית, דינים מחוזי 32(55) (2009). ראו גם ערעור לעליון שנדחה – בע"מ 5710/09 פלונית נ' פלונית, דינים עליון 163(73) (2009).

42 לסקירה של מסמכים משפטיים הרלוונטיים לזקנים ובני משפחותיהם ראו אצל: במבט לפנים: מדריך לתכנון משפטי לקראת ובעת זיקנה (עמותת המשפט בשירות הזיקנה, התשס"ט).

43 לפי סעיף 35 לחוק הירושה "הוראת צוואה, פרט לצוואה בעל-פה, המזכה את מי שערך אותה או היה עד לעשייתה או לקח באופן אחר חלק בעריכתה, והוראת צוואה המזכה בן-זוגו של אחד מאלה – בטלה". בכל הקשור ב"השפעה בלתי הוגנת" לפי סעיף 30 לחוק הירושה, הרי החוק אינו פוסל בהכרח צוואה שנעשתה לאחר השפעה ושכנוע של הנהנה על המצווה, כל עוד היו ללא לחץ ואיום (יסוד "בלתי הוגן"), וראו בעניין זה שאול שוחט פגמים בצוואות 218-226 (1998).

44 אהרן ברק "האיסור על ניגוד עניינים" – ניגוד עניינים במרחב הציבורי: משפט, תרבות, אתיקה ופוליטיקה (2009), 29, 36 (דפנה ברק-ארז, דורון נבות ומרדכי קרמניצר עורכים).

הייצוג ולמידת מעורבות הבן במערכת היחסים המקצועית שקשרה עם עורך הדין. עם זאת, הניסיון מלמד, כי יש לברר את אופי היחסים בזהירות וברגישות, בייחוד כאשר לשירות המבוקש יש השלכות מרחיקות לכת על עתידה הכלכלי של הלוקחה הזקנה. הלוקח הזקן צריך להיות מודע להשלכות הרחבות של השירות המשפטי המבוקש, את מי העניין "משרת" ומה יכולות להיות התוצאות.

שני כלים חשובים מוצעים בהקשר זה של בחירת מודל הייצוג. ראשית, לקיים עם הלוקח הזקן פגישה נפרדת, ללא בן המשפחה המלווה, על מנת לעמוד על רצונו החופשי ועל היעדר השפעה בלתי הוגנת מצד הסביבה. שנית, יש לנהוג בגילוי מלא ובשקיפות, להסביר מפורשות את היתרונות והחסרונות של ייצוג פרטני של הלוקח הזקן לבד ושל ייצוג משותף יחד עם בן המשפחה. הסכמת הלוקח הזקן לאופי הייצוג צריכה להיות "מדעת", דהיינו מתוך הבנת ההשלכות השונות.

על הרקע הזה, על עורך הדין לזהות בבירור מי הלוקח, להצביע עליו ולהעמיד את שאר המשתתפים על מקומם וחלקם במסגרת מערכת היחסים המקצועית. באופן טבעי, הלוקח יהיה האדם הזקן, אשר השירותים המשפטיים נדרשים בענייניו או ברכושו. במקרה כזה, יש מקום לשמור על סודיות של מידע שנמסר מטעמו, ובני המשפחה אינם יכולים להיות חלק מהמפגש, אלא אם הלוקח מוותר על סודיות מתוך רצון חופשי והבנה מלאה למשמעויות הוויתור, פעולה שמומלץ לגבות בכתובים.

לאימוץ דפוס פעולה של ייצוג פרטני של הלוקח הזקן יש יתרונות גדולים במישור האתי: הוא מונע ניגוד עניינים; הוא מאפשר לעורך הדין להתמקד בזיהוי הרצונות והאינטרסים של הלוקח הבודד ולעצב את הפתרונות המשפטיים, שבהם הוא בוחר באופן שהולם בצורה הטובה ביותר רצונות ואינטרסים אלה. ברמה מסוימת הוא יוצר "שקיפות" ומאפשר גם "שוויון כוחות" בין הצדדים השונים. כל צד מקבל ייעוץ משפטי נפרד ומקבל החלטות על בסיס מידע משפטי שלם ונוכח מכלול האפשרויות הרלוונטיות. הוא ממזער דילמות של שמירת סודיות ומציב גבולות ברורים וחד-משמעיים בהקשר זה.⁴⁵

45 ראו בהקשר זה: H.L.Ho (2006). Legal professional Privilege and the Integrity of Legal Representation. *Legal Ethics*, 9 נורמטיבית ותוכנית זו מזו ולהצעה לשמור על ההפרדה ביניהן, ראו לימור זר-גוטמן "חובת הסודיות של עורך הדין וחיסיון עורך דין-לקוח: הגיעה השעה להיפרד" *הפדקליט*, מו 168 (2002). יצוין כי כלל 1.6 של ה-Model Rules of Professional Conduct האמריקני קובע את חובת הסודיות ובצדה כמה חריגים. ניתן לגלות מידע ללקוח הנוסף רק אם הדבר מקדם את עניינו של הלוקח, וכאשר הוא חיוני למניעת פשע או נחוץ לצרכי הגנה נגד תביעות נגד עורך הדין.

ואולם, כל הבעת רצון אחרת מטעם הלקוח, בהקשר לסוג הייצוג, היא לגיטימית, ואין להניח הנחה מוקדמת ביחס אליה. במקרים המתאימים ובאין ניגוד עניינים או חשש לקיומו, ניתן לייצג את האדם הזקן יחד עם בן המשפחה המלווה כלקוחות משותפים, מה שמביא לזרימה חופשית של מידע ושילוב כוחות למען עניין משותף, תוך חיסכון בתשלום שכר טרחה לעורך דין נוסף. גם ייצוג משותף אינו מצדיק "השתלטות" של צד דומיננטי במסגרת מערכת היחסים המקצועית, תוך דחיקת מקומו של הלקוח הזקן. יש חשיבות רבה לכך, שכל אחד מהלקוחות יביע דעה עצמאית ויבטא הבנה מלאה למשמעות המהלכים שיינקטו במסגרת השירות המשפטי המוענק.⁴⁶

כשרות הלקוח: חשיבות הבהרת סוגיית הכשרות המשפטית בהקשר של הענקת מידע וייעוץ משפטי לזקנים

בכל הקשור לכשרות המשפטית של הלקוח הזקן, ההנחה הבסיסית בחוק היא, שכל אדם הוא בעל כשרות משפטית, אלא אם זו נשללה או הוגבלה על פי הדין.⁴⁷ בלקוח זקן, כבכל לקוח אחר, יש לראות כבעל כשרות משפטית מלאה, כל עוד זו לא נשללה או הוגבלה, תוך הימנעות מליפול למלכודת של גילנות, הסתכלות סטריאוטיפית או הישענות על דעה קדומה. עם זאת, מסיבות שונות, בין אם בשל מחלה, דוגמת דמנציה, או מסיבה אחרת, יכולה להיגרם ירידה ביכולות מנטליות, ובעקבותיה במסוגלות לקבלה סדורה של החלטות. ירידה מסוג זה עשויה להשליך על האפשרות לקשור קשרי עורך דין-לקוח. הלקוח נדרש להיות בעל מסוגלות להבין את האפשרויות המשפטיות השונות, את השלכותיהן, את הצורך במסמך מסוים ולהביע דעה סדורה והגייונית. אם מתעורר ספק בהקשר זה, אף כי אין לעורך הדין את הכישורים או הכלים לביצוע בחינה קלינית והגם שתחושתו היא יותר אינטואיטיבית ופרי ניסיונו המקצועי, הוא נדרש לבידור מקיף בעל השלכות אתיות. במצב דברים כזה, מוצע מודל תלת-שלבי⁴⁸ שעל פיו על עורך הדין לפעול בשלושה מישורים: הראשון – איסוף מידע והתייעצות; השני – מקסום מסוגלותו של הלקוח; השלישי –

46 לקריאה נוספת בהקשר זה ראו מיטל סגל-רייך, ישראל (איסי) דורון (2012). "ייצוג משפטי של לקוחות זקנים: הדילמה האתית סביב זהות הלקוח ומודלים אפשריים לפתרונה" הפרקליט, נא (2), 653.

47 חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב-1962, סעיף 2 ולפיו "כל אדם כשר לפעולות משפטיות, זולת אם נשללה או הוגבלה כשרות זו בחוק או בפסק דין של בית משפט".

48 להצעה ל"מודל התלת-שלבי", לחובה המקצועית "למקסם מסוגלות", לדילמות המקצועיות המתוארות ולחקר דילמות נוספות, ר' מיטל סגל-רייך "אתיקה מקצועית בייצוג לקוחות זקנים: ההכרח במסגרת מאחדת", עבודת מחקר שנערכה לשם קבלת התואר דוקטור במשפטים, אוניברסיטת חיפה (2013). המחקר זכה בפרס מחקר ע"ש ברגמן לשנת 2014 מטעם האגודה הישראלית לגרונטולוגיה.

אם נמצא הלקוח כנעדר כשרות משפטית וזאת מוגבלת על פי החוק – לבחור את הדרך להגשמת עניינו המשפטי בנסיבות שנוצרו.

בשלב הראשון של איסוף המידע, נדרש עורך הדין לפני הכול להתרשמות אישית. עם זאת, עליו להבחין בין בחירה "כלת רציונלית" לדעתו האישית לבין "חוסר כשרות". עורך הדין יכול לבקש מידע מבני משפחה או מקורבים של הלקוח הזקן, כדי לבחון אם חל שינוי בהתנהגותו, שעשוי להצביע על ירידה קוגניטיבית. עליו לזכור, כי ייתכן שהמידע יהיה מוטעה ומונע ממניעים אישיים, כדוגמת אינטרס כלכלי ברכושו של הזקן. עורך הדין יכול להפנות את הלקוח לבקש חוות דעת מקצועית של איש מקצוע קליני בעל מומחיות רלוונטית. מובן, שלפנייה מסוג זה עשויה להיות השלכה על מערכת היחסים בין עורך הדין ולקוחו, עד כדי קונפליקט וחוסר אמון. לפיכך, פנייה כאמור צריכה להיעשות באופן מושכל ובנסיבות המתאימות בלבד. עורך הדין אינו יכול לפעול בניגוד לאינטרסים של הלקוח. עם זאת, דווקא מכוח נאמנותו ללקוח, בד בבד עם נאמנותו לבית המשפט, הקבועים בכללי האחריות המקצועית החלים עליו, חלה עליו חובה לברר שהלקוח אמנם מביע את רצונו ואין לו מניעה לכך. אולם, מעבר לסכנת הגילנות, ישנו קושי הנעוץ בכך, שאין מדדים אחידים להערכת כשרות משפטית. בנוסף לכך, איש המקצוע המאבחן את יכולתו של הזקן נדרש להיכרות עם מאפייניו הייחודיים של ההליך המשפטי המסוים, שכן מידת המסוגלות וההבנה הנדרשים שונים בין ההליכים. כך, לדוגמה, המסוגלות להבנה ולהבעת עמדה סדורה אצל המבקש לערוך צוואה, שהוא בעל רכוש רב ומטבע הדברים נדרש לשיקולים מתחומים שונים ובהם מיסוי, שונה ממידת ההבנה הנדרשת לצורך העמדת מיופה כוח שיקבע בעת הצורך את הטיפוליים הרפואיים, שינקטו כלפי הזקן אם כשרותו תישלל. עורך הדין יכול לפנות לוועדת האתיקה שבלשכת עורכי הדין ולקבל את חוות דעתה המקצועית, או אף לפנות לבית המשפט לקבלת הוראות לפי חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, אם כבר ישנו הליך משפטי קיים.

בשלב השני, כל עוד נדמה לעורך הדין מהמידע המצטבר, שישנה ירידה במסוגלות אשר אינה מגיעה כדי היעדר כשרות, על עורך הדין לעשות כל שניתן במישור המקצועי על מנת למקסם את מסוגלותו של הלקוח. ייתכן שבשל מחלת האלצהיימר, לדוגמה, תחול אצל הלקוח ירידה ביכולות מנטליות ובזיהוי פנים. ייתכן אף שהלקוח יהיה במצב של בלבול במשך שעות ואולי אף ימים. עם זאת, ייתכן שבשאר הזמן יהיה בעל מסוגלות שיש בה כדי לעמוד בקריטריונים של כשרות משפטית. לעתים, הבלבול יהיה תוצאה של שילוב של תרופות, ואילו בשינוי המינונים יהיה בכדי להפחית את מידת הבלבול או אף לבטלה. על עורך הדין לבחון את כל האפשרויות הללו, ייתכן שבהתייעצות עם אנשי מקצוע קליניים, כדי למקסם את מסוגלותו של הלקוח, לשם העצמתו, קידום עניינו ושמירה על האינטרסים

שלו. גם כאן יש חשיבות לפגוש בלקוח לבד, במסגרת ובתנאים מיטביים אשר יש בהם כדי לאפשר לו הבעת רצון אוטונומי.⁴⁹

בשלב השלישי, אם נראה שבכל האמצעים מסוגלותו של הלקוח אינה ניתנת עוד למיקסוס, עומדות בפני עורך הדין מספר אפשרויות. האחת, פנייה לנקיטת הליך אפוטרופוסות לפי חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות.⁵⁰ ואולם, להליך זה יש השפעה מרחיקת לכת והוא מביא באופן בלתי נמנע לשלילת זכויות של הלקוח הזקן, אשר יהפוך מאדם עצמאי למי שאינו יכול לעשות דבר ללא האפוטרופוס שלו. לכן, יש לנקוט בהליך זה מתוך זהירות יתרה, במשורה ולאחר שלא נמצא מענה דרסטי פחות, באמצעות חלופה המותאמת לצרכיו של הלקוח. ישנה אפשרות גם למינוי אפוטרופוס לדין לצורך ייצוג עניינו של הלקוח בהליך מסוים, מה שממזער את מידת שלילת האוטונומיה של הלקוח.⁵¹ עם המינוי, ולאחר שמיעת הלקוח, ככל שיכול לבטא עמדה כלשהי, יכול עורך הדין לפנות לקרוביו של הלקוח הזקן ולברר מה היה אורח חייו ולנסות להבין מתוך היוועצות עמם מה היה רוצה לו יכול היה להביע את עמדתו, ולנסות לקדם את המהלך המשפטי ברוח זאת. גם במקרים אלה, שמורה לעורך הדין האפשרות לפנות לוועדת האתיקה לקבלת חוות דעת או לבית המשפט לקבלת הוראות. החלטה שלא לייצג או להפסיק טיפול בהתאם לכללים הקבועים לעניין זה, בשל המורכבות המקצועית, משמעותה העברת ההתמודדות לעורך דין אחר, אשר ינהג בה לשיקול דעתו, ולפיכך לטעמנו היא בחירה ראויה פחות.⁵²

הנגשת השירות המשפטי: היבטים פיזיים ותקשורתיים בהענקת שירותים ללקוחות זקנים

אחד הממדים שמעניקי השירותים המשפטיים נוטים לשכוח הוא היבטי הנגישות לשירות. המושג "נגישות" הוא מושג רחב, הכולל היבטים מגוונים ונרחבים, לרבות היבטים פיזיים, פסיכולוגיים ואקולוגיים. נתחיל בדוגמה לחשיבות עיצוב המשרד ונגישותו הפיזית. משרד עורכי דין או לשכת ייעוץ משפטי, הממוקמים בקומה עליונה בבניין ללא מעלית, אינם יכולים למלא את ייעודם, שכן זקנים עם מוגבלות לא יוכלו להגיע. בהקשר זה, האתר

Lawrence A. Frolik & Richard L. Kaplan (1995). *Elder Law*, 12-16 49

חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות, התשכ"ב-1962, סעיף 33. 50

תקנות סדר הדין האזרחי, התשמ"ד-1984, תקנה 32(ב). 51

להסדרת ה"רשות שלא לקבל עניין לטיפול" ו"הפסקת טיפול", ראו כללים 12, 13 לכללי לשכת עורכי הדין (אתיקה מקצועית), התשמ"ו-1986. 52

הפיזי של מתן שירותי הייעוץ והמידע המשפטיים חייב לעמוד בכל הסטנדרטים הפיזיים הנוגעים לנגישות, באופן שגם אנשים עם מוגבלות יוכלו באופן עצמאי להיעזר בהם, ללא תלות בזולת.

ה"נגישות" של משרד עורכי הדין איננה נעצרת בהיבטים הפיזיים. המשרד צריך לאמץ לו דפוס התנהלות והתנהגות של "ידידותיות" סביבתית ללקוחות זקנים: אסור שיהיה רעש לוואי ברמקולים באופן שיקשה על השמיעה; מומלץ שעורכי הדין והצוות הנלווה יהיו לבושים בצורה סולידית ולא פוגענית; המראה של המשרד מבחינת צבע, ריהוט וכו' צריך להיות מזמין ולא מרתיע, ובאופן כללי, המשרד והעובדים צריכים לשדר מסר, שגם אנשים זקנים, בעלי רקע תרבותי ומסורת מגוונים, יכולים לחוש בו נעימות, ללא תחושת איום או זרות.

ה"ידידות" הסביבתית צריכה להשתקף גם בהיבטים פסיכולוגיים ותקשורתיים. על עורכי הדין והצוות הנלווה להפגין סבלנות וכבוד לצורך של הלקוחות הזקנים בזמן ובמרחב לקבלת החלטות. הצוות המקצועי צריך להיות מעורב, בכפוף לרצון הלקוח, גם בהיכרות אישית ומשפחתית בהקשר למעטפת התמיכה החברתית של הלקוחות הזקנים (מי בני/ בנות הזוג? מה מקומם של הילדים והנכדים בחייהם? אילו אנשים משמעותיים נוספים ומה מקומם?). אין הכוונה כאן לאמץ דפוס של גילנות, אלא של אנושיות המותאמת לרגישויות הנלוות לאבדנים או למוגבלויות, היכולים לאפיין גילאים מתקדמים.

נותני השירותים המקצועיים צריכים לכלול, במסגרת מגוון האפשרויות שאותם הם מציעים, גם מסגרות של ייעוץ ושירות בבית הזקנים. במקרים רבים, הלקוחות הזקנים חשים ביטחון ונוחות בביתם ובדירתם (זאת, בנוסף למקרים שבהם מגבלות נגישות מונעות את יציאתם מהבית). הגם שלא תמיד זה מקובל במגזר הפרטי או הציבורי, היכולת להעניק שירות שכזה, היא לעתים משמעותית מאוד לאוכלוסייה זו, ומקילה עליה לא רק את הנגישות, אלא גם את הפתיחות וחופש ההחלטה. הדברים נכונים לא רק כלפי זקנים הגרים בקהילה, אלא גם (ואולי במיוחד) לגבי זקנים המתגוררים במסגרות מוסדיות. זקנים אלה, במקרים רבים, מרותקים למסגרת המוסדית בשל מצבם, ואין להם כל יכולת לצאת ממנה בכוחות עצמם. היכולת להגיע אליהם ולהנגיש את השירות המשפטי גם לדיירי מסגרות מוסדיות היא צורך חשוב ומהותי.

ממד חשוב נוסף במקצועיות ובנגישות של משרדי עורכי הדין והלשכות להענקת שירותים משפטיים לאוכלוסייה הזקנה, הוא היותם מערכת "רב-מקצועית" ו"בין-תחומית". הגם שבישראל יש מורכבות אתית בהעסקת מי שאינם עורכי דין במשרדי עורכי דין, הרי שבהחלט ראוי לעצב מנגנון להענקת שירותים, המשלב בחובו, לצד השירות המשפטי, גם שירותים נוספים (כגון שירותי עבודה סוציאלית, שירותי הערכה קוגניטיבית, או שירותי

סיעוד ותמיכה). כך, לדוגמה, משרדי עורכי דין בתחום המשפט והזיקנה בחו"ל, מתהדרים לעתים בפיתוח מערך שירותים חברתי ורפואי נלווה כחלק אינטגרלי ממכלול השירותים שהם מעניקים ללקוחותיהם הזקנים ולבני משפחותיהם.⁵³ בשיתוף פעולה רב-מקצועי שכזה ה"שירות המשפטי" אינו מתמצה או מתמקד אך ורק בהיבטים המשפטיים, אלא "מתחבר" לגופי ידע ולדיסציפלינות נוספות, המאפשרים מבט כוללני על כלל ההיבטים של הסוגיה שבגינה מגיעים הלקוחות הזקנים ובני משפחותיהם למשרדם של עורכי הדין.

לבסוף, הנגישות והפתיחות של מערכות המשפט מתמקדות, לעתים רבות, במערכת הצדק המרכזית, היא מערכת בתי המשפט. בתי המשפט בישראל עברו מהפיכת נגישות בשני העשורים האחרונים. ממצב שרבים מבתי המשפט היו ממוקמים במבנים מנדטוריים (או אפילו עותומאניים), בלתי נגישים בעליל, מרבית מבתי המשפט בישראל עברו בשנים האחרונות להיכלי משפט מודרניים ונגישים כמעט לחלוטין. עם זאת, ראוי לציין, כי מחקרים מלמדים, שגם במסגרות שהן נגישות פיזית, עדיין זקנים מרגישים כאילו הם הולכים לאיבוד וזקוקים להכוונה ולסיוע בהתמצאות בתוך היכלי המשפט עצמם, בנוסף לסיוע בהבנה של המשמעות והתוכן של ההליך המשפטי שבו הם מעורבים.⁵⁴

מי צריך עורכי דין? על חשיבותם של חלופות ושל תכנון משפטי מוקדם

הפרקטיקה של תחום המשפט והזיקנה איננה מתמקדת רק בעורכי דין או בשירותי המידע, הייעוץ והייצוג שהם מעניקים. הפרקטיקה של ההיבטים המשפטיים של הזיקנה באה לידי ביטוי גם בהכרה של היכולת לתכנן את הזיקנה באופן משפטי, אף ללא עורכי דין.

כלי תכנון משפטי

"משפט מונע" (preventive law) הוא ענף משפטי, שמטרתו לאפשר זיהוי מראש של מחלוקות משפטיות עתידיות ונקיטת אמצעים על מנת לצמצמן, תוך יצירת מודעות

53 לדוגמאות לשיתופי פעולה רב-מקצועיים בין עורכי דין ובין עובדים סוציאליים ואנשי טיפול נוספים ראו לדוגמה אצל: Pannen, M. L. (2001). Win-Win Partnership: The Elder Law Attorney and Geriatric Care Manager. *Journal of Gerontological Social Work*, 34(3), 25-32

54 ראו לעניין זה אצל: Ben-Eliezer, A. & Doron, I. (2011). The meaning of accessibility to the courts by older persons. *Gerontology*, 38(1), 71-89. [Hebrew]

לזכויות ולחובות החוקיות.⁵⁵ שימוש במשפט מונע שם דגש על תפקידו של עורך הדין כמתכנן לעתיד ("planner") עבור לקוחותיו.⁵⁶ במישור הכלכלי, לדוגמה, ניתן בכלים של משפט מונע לתכנן את דרך ניהולו של הרכוש במצבים עתידיים של היעדר מסוגלות לדאוג לניהולו באופן עצמאי, למשל באמצעות העמדת מיופה כוח מבני משפחה או אחרים וכן על ידי כתיבת צוואה. במישור הרפואי, באמצעות משפט מונע אפשר לתכנן את סוף החיים לקראת האפשרות של היעדר מסוגלות לקבלת החלטות בהקשרים הרפואיים השונים, החל ממתן אישור או סירוב לקבלת טיפולים רפואיים קונקרטיים ועד עצם קביעת עמדה עקרונית ביחס לנקיטת אמצעים להארכת חיים.

יתרונות המניעה המשפטית מראש הם גדולים. באמצעות תכנון מראש ניתן לבחון את כל טווח האפשרויות, לא מתוך מחלוקת או מצוקה מיידיים, אלא מתוך שיקול דעת והבנה מושכלת של היתרונות, החסרונות וההשלכות השונות. באמצעות תכנון מראש אפשר להגשים את הרצון החופשי של הזקן ולחזק ודאות. יש בכך כדי לצמצם התדיינות משפטיות והעלויות הכרוכות בהן.⁵⁷ ככל שתכנון כללי לעתיד הוא בעל יתרונות גדולים, הרי שלתכנון לקראת הזיקנה חשיבות מרכזית מיוחדת, ועל כך ניתנה הדעת לפני שנים במדע הזיקנה, הגרונטולוגיה.⁵⁸ הזדקנות היא מהלך חיים טבעי. בשלבים מסוימים, אצל כל אדם בזמנו, ולא בגיל אחיד וידוע מראש, יכולות להופיע תופעות לוואי שונות, העוללות להשפיע על רמת התפקוד הפיזי או הקוגניטיבי.⁵⁹ היערכות מראש במסגרת משפטית עשויה להפחית את מידת התלות ולהגשים את רצונותיו החופשיים של האדם, כפי שנמסרו ותועדו מראש, וכן ליתר התדיינות משפטית לשם "בירור בדיעבד" של רצונו ושל זכויותיו.

ואכן, בתחום הכלכלי התפתחו מגוון אמצעי תכנון ומניעה לקראת הזיקנה. אחת הדוגמאות המרכזיות הוא פתיחת חשבון נאמנות. החשבון מנוהל על ידי נאמן, בהתאם להסכם נאמנות הכולל הוראות ברורות ביחס לפעולות שיש לבצע בכספים שבחשבון. ההסכם כולל, בין היתר, הנחיות למצב שבו אדם מאבד את מסוגלותו למתן עצמאי של הנחיות ביחס לרכושו ולכספיו. דוגמה אחרת היא העמדת מיופה כוח במסגרת יפוי כוח מתמשך, הכולל הוראות המייפות את כוח השלוח לנהל את ענייניו הכלכליים של השולח, אם זה איבד את

Edward D. Re. *The Lawyer as Counselor and the Prevention of Litigation*. *Cath., U. L. REV.*, 31, 55
685, 692

Louis M. Brown & Edward A. Dauer. (1977). *Perspectives on the Lawyer as a Planner* 56

Dennis P. Stolle. Professional Responsibility in Elder Law: A Synthesis of Preventive Law and
Therapeutic Jurisprudence. *Behavioral Sciences and the Law*, 14, 459, 466 57

ישראל דורון, משפט, צדק וזיקנה. (2007). 137 (להלן: "משפט, צדק וזיקנה"). 58

עמיאלה גלברוזן. "מבוא לביולוגיה של ההזדקנות". ניצה אייל. "כוח הידיעה וחולשת הזיכרון –
קוגניציה וזיקנה". בתוך: ארנולד רוזין (עורך). (2003). *הזדקנות וזיקנה בישראל*, 107, 409 (בהתאמה). 59

מסוגלותו לכך. ניתן לצרף מיופה כוח לחשבון, אולם יש לשקול את ההשלכות האפשריות, את זהות מיופה הכוח ואת הסיכון שיעשה שימוש בכספים למטרות זרות לצרכיו של הזקן. בתחום הרפואי ישנם מספר כלי תכנון משפטיים: כלי המניעה המרכזיים בתחום זה קבועים כיום בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005, אשר התקבל בכנסת בקריאה שלישית בחודש דצמבר 2005, בעקבות המלצות "ועדת שטיינברג".⁶⁰ החוק מתווה שני כלים להבעת רצון מוקדמת ביחס לאי-הארכת החיים באמצעים מלאכותיים ולסוג הטיפול הרפואיים שיינתנו, במצב שאדם יוכרז כ"חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות". הכלים הללו הם הביטוי המעשי ל"משפט מונע" במישור הרפואי, במסגרת החוק הישראלי, ובאמצעותם יכול אדם לקבוע מראש, כי אינו רוצה שחיו יוארכו וכי יש להימנע מטיפול רפואי בו.

כלי התכנון הראשון הוא באמצעות מסירה מראש של "הנחיות רפואיות מקדימות" (advance medical directives). הכוונה היא לתיעוד מפורט של רצון אדם בעל כשרות לגבי טיפול רפואי עתידי במצב של חוסר כשרות, וזאת על גבי טופס המובא בתוספת הראשונה לחוק.⁶¹ כלי התכנון השני הוא באמצעות מינוי מראש של מיופה כוח (durable power of attorney) על ידי אדם בעל כשרות, באמצעות טופס שנוסחו מובא בתוספת השנייה לחוק.⁶² מיופה הכוח יהא מוסמך להחליט במקומו על הטיפול הרפואי שיינתן אם האדם יהיה "חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות". תוקף המסמכים הוא לחמש שנים, וניתן להאריך תוקפם באמצעות טופס ההארכה, שבתוספת השלישית לחוק.

יצוין, כי מסירת ייפוי כוח מראש היא אפשרות אשר הייתה קיימת עוד לפני חקיקת החוק, וזאת לפי סעיף 16 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996. לפיו, "מטופל רשאי למנות בא כוח מטעמו שיהיה מוסמך להסכים במקומו לקבלת טיפול רפואי; בייפוי הכוח יפורטו הנסיבות והתנאים שבהם יהיה בא הכוח מוסמך להסכים במקומו של המטופל לטיפול הרפואי".⁶³ מסירת ייפוי הכוח לפי חוק זכויות החולה נועדה למצבים של היעדר מסוגלות

60 למצב המשפטי טרום החוק ראו ע"א 506/88 יעל שפר, קטינה נ' מדינת ישראל, פ"ד מח (1) 87. ראו גם ה"פ (מחוזי, ת"א) 779/88 שפר נ' ביי"ח זיו, פס"מ מט(2) 240. בפסק הדין נדונה בקשת אמה של תינוקת חולת טייזקס להימנע מלדת לבתה טיפול מאריך חיים. בקשת האם נדחתה בשתי ערכאות. פסק הדין מפי כב' השופט אלון מפרט את העמדה ההלכתית בהקשר זה. עוד על עמדת ההלכה, ראה א' שטיינברג "רצח מתוך רחמים לאור ההלכה" אסיא כרך ד-ו תשל"ו – תשל"ט, י"ז (מאי 1977). ראו כרך ה, חוברת א בעמ' 21. בקיום חיים בכל צורה ובכל מצב יש משום זכות ואפשרות להתעלות רוחנית. ראו גם דוח ועדת שטיינברג על הטיפול בחולה הנוטה למות באתר משרד הבריאות: <http://www.old.health.gov.il/pages/default.asp?PageId=632&parentId=10&catId=6&maincat=1> (להלן: "דוח ועדת שטיינברג").

61 ס' 31-35 לחוק.

62 ס' 37-40 לחוק.

63 חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, ס' 16(א).

להסכמה מדעת לטיפול רפואי.⁶⁴ עם זאת, מעבר להתנגשות מהותית בין החוקים, הרי שבעוד חוק הנוטה למות קבע ייפוי כוח המצומצם למקרים קיצוניים בלבד, במסגרת חוק זכויות החולה נקבע ייפוי כוח רחב. סתירה זאת טרם יושבה, אם כי הועלתה הצעה לקריאה מצמצמת של כלי התכנון במסגרת חוק הנוטה למות, שאין הסדר שלילי בצדו.⁶⁵ הן ייפוי הכוח בתחום הרפואי, הן לפי חוק זכויות החולה והן לפי חוק החולה הנוטה למות, יצרו הסדר ייחודי, חריג, לתפיסה הקיימת בדיני השליחות. שכן, במסגרת ההסדרים בתחום הרפואי, אבדן הכשרות אינו מביא לפקיעת השליחות.⁶⁶

ככל שלא נעשה תכנון רפואי מראש ואדם הוכר על פי החוק כ"חולה הנוטה למות שאינו בעל כשרות", על פי החוק, רשאי "אדם קרוב" או אפוטרופוס להצהיר על רצונו של הנוטה למות, משמע לקבל את ההחלטה במקומו. היעדר התכנון מראש, אפוא, מוציא את הבחירה מידיו של מי שנגרעה כשרותו. יצוין, כי בארצות הברית כבר בשנת 1990 חלה התמורה המרכזית בהקשר לתכנון הרפואי בעקבות פסיקה בבית המשפט העליון הפדרלי בעניין קרוון.⁶⁷ שם נדחתה בקשת הורים להפסיק טיפול רפואי בבתם הבגירה בעקבות נזק מוחי חמור, שנגרם עקב תאונת דרכים, זאת אחרי שבע שנים ללא כל שינוי במצבה. הפסיקה הכתה גלים והביאה לחקיקה במישור זה במספר רב של מדינות.

גישור כחלופה ליישוב סכסוכים

בנוסף לשימוש בכלי תכנון משפטיים, ניתן להימנע מעירוב עורכי דין או מערכות המשפט על ידי שימוש במה שמכונה "כלים חילופיים ליישוב סכסוכים" (Alternative — ADR Dispute Resolution). ואכן, בישראל, עלתה בשנים האחרונות המודעות לשימוש בכלי

64 עמוס שפירא "הסכמה מדעת לטיפול רפואי — הדין המצוי והרצוי עיוני משפט יד תשמ"ט, 242-225.

65 את הסתירה המהותית הנוצרת בין חוק החולה הנוטה למות ובין חוק זכויות החולה בכל הקשור באפשרות התכנון באמצעות ייפוי כוח הוצע ליישב בפרשנות ולפיה, החוק החדש לא יצר הסדר שלילי, אלא נועד להסדיר את סוגיית זכותם של מי שהינם "חולים הנוטים למות" ישירות, ואינו חל על חולים כרוניים ואחרים שאינם מסוגלים להביע דעתם, כדוגמת פגועי מוח דמנטיים או מחוסרי הכרה. לגבי האחרונים חל הדין שהיה קיים טרם חוק החולה הנוטה למות, דהיינו חוק זכויות החולה בשילוב חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות. ר' בהקשר זה ישראל (איס) דורון, כרמל שלו "בין חוק זכויות החולה לחוק הנוטה למות: התקרמות או הליכה לאחור?" רפואה ומשפט 43, ינואר 2011, 25, 30.

66 ראו בהקשר זה ס' 14(א) לחוק השליחות, תשכ"ה-1965, ולפיו "השליחות מסתיימת בביטולה על ידי השולח או השלוח, וכן במותו של אחד מהם, בגריעת כשרותו..."

67 *Cruzan v. Director Missouri Department of Health* (1990), 110 s.c.t. 2841 22

ישוב סכסוכים, כמו פישור, גישור ובוררת, כחלופות להליכים המשפטיים ה"קליסיים" בבתי המשפט. במאמרם של דורון והלפרין (2010), נסקרה בהרחבה החשיבות והפוטנציאל שיש ל"גישור" ככלי חילופי ליישוב סכסוכים בתחום הזיקנה.⁶⁸ חשיבות הגישור בזיקנה היא גדולה במיוחד נוכח מאפיינים שכיחים של מערכות יחסים בזיקנה, ובייחוד במעגל המשפחתי המצומצם. תיאוריות סוציולוגיות והמציאות בבתי המשפט, כפי שמתבטאת בפסקי הדין, מלמדים על מערכות יחסים מורכבות ואמביוולנטיות, היכולות לנוע מסולידריות ותמיכה מחד גיסא, עד קונפליקט והתנגשות, מאידך גיסא, וזאת על רקע כספי או אחר.⁶⁹ בדינמיקה של הליך הגישור ובכלים ה"גישוריים" יש יתרונות גדולים בהתמודדות עם הרגישות הגדולה במערכת היחסים המשפחתית, מתוך ראיית הפוטנציאל הרב הגלום לכלל המעורבים בקיומם של יחסים המושתתים על הערכה ועל כבוד.

גישור אינו מוסד חדש במשפט הישראלי. בשני עשורים האחרונים התפתח השימוש בכלי הגישור כדרך חלופית לפתרון סכסוכים והכרה בו.⁷⁰ הגישור במובנים רבים הוא הליך "הוליסטי": הוא מערב מכלול של זוויות מבט ואינטרסים ונותן עליהם את הדעת, מתוך הכרה בכך, שבסכסוכים מעורבים, לעתים קרובות, גם רגשות ומערכת יחסים מתמשכת וארוכת טווח.⁷¹ הגישור נמנע מ"להכריז" מי "צודק" ומי "טועה", ואינו מתיימר לקבוע "מנצחים" לעומת "מפסידים", שבהליך המשפטי הפורמלי מתואר בדרך כלל כ"קרב" בין נצים.⁷² תכליתו לאפשר הגדרה עצמית (self determination)⁷³ של הצדדים המעורבים בהליך – משתתפים בוולונטריות ובחופשיות – תוך כדי הקפדה על שמירה של סודיות

68 דא: Doron, I. & Halperin, D. (2010). Mediation and Alternative Dispute Resolution in Old Age. *Research in Law (Mechkarey Mishpat – Bar Ilan University Law Journal)*, 26(2), 463-489.

[Hebrew]

69 דא: Edward J. Clark, Mar Preston, Jo Raskin & Vern L. Bengtson. (1999). Types of Conflicts and Tensions Between Older Parents and Adult Children. *The Gerontologist*, 39, 261

70 לסקירה כללית על אודות מקומו של הגישור במשפט הישראלי, ראו למשל: יורם אלרואי. (1993). יישוב סכסוכים – אפשר גם אחרת המשפט, א, 311; אורנה כהן, נעמי צטנר ואהרון לוקסמבורג. (1999). גישור במשפחה: אפיון, ייחוד ולמי הוא מתאים, הרשות השופטת, 29, 88.

71 דא: Rikk Larsen & Crystal Thorpe. (2006). Elder Mediation: Optimizing Major Family Transitions. *Marquette Elder's Advisor*, 7, 293 (להלן לרסן ות'ורפ).

72 דא: Dwight Golann. (1966). Mediating Legal Disputes – Effective Strategies for Lawyers and Mediators. *California Law Review*, 44, 305-339

73 דא: Kimberlee K. Kovach. (1994). *Mediation: Principles and Practice*, 268 (להלן קובכ).

ופרטיות, של ניטרליות ושל כללי צדק טבעי.⁷⁴ הלכה למעשה, תהליך הגישור נערך בסיועו של צד שלישי ניטרלי (המגשר), המסייע לצדדים לסכסוך להגיע לפתרון המקובל עליהם.⁷⁵ לגישור ככלל יתרונות רבים⁷⁶ על פני הליך משפטי, במיוחד בכל הנוגע לזקנים. במסגרת זו נהוג לציין, כי הליך הגישור – לעומת הליך משפטי פורמלי – יכול להיות מהיר יותר, יעיל וזול, מכיוון שאינו מותנה במערכת המשפט, שהפעלתה כרוכה בעלויות כלכליות (דוגמת אגרות משפט), באיטיות (העומס על בתי המשפט) ונוסף לזה בדרך כלל, בצורך להיעזר בעורכי דין (שגם להם עלויות לא מועטות). לעתים קרובות, הליך הגישור גם נבחן באנושיותו, כך שהוא מאפשר לאנשים לתקשר זה עם זה, לא לראות בהם "אויבים" ולא לראות את התוצאה במונחים של "ניצחון" מול "הפסד" – והדברים נכונים במיוחד בהקשרים משפחתיים, של קשרים ארוכי טווח ומתמשכים. לבסוף, גישור, שלא כהליך השיפוט הפורמלי, מאפשר יצירתיות רבה יותר ומעורבות של הצדדים עצמם ביצירת הפתרון המוסכם, ואין הוא מוגבל לפתרונות הסטנדרטיים, שבתי המשפט מוגבלים בהם במסגרת פסיקתם.⁷⁷ יתרה מכך, במסגרתו ניתן להעצים את הצדדים לסכסוך, ובמיוחד את הזקנים, שנתפסים לא אחת כחלשים בעיני עצמם או בעיני אחרים. לכן, אנשים זקנים רבים צריכים בהחלט לשקול, במקרים המתאימים, לאמץ הליכי גישור כאמצעי יעיל ליישוב סכסוכים שבהם הם מעורבים, על פני הליכים משפטיים ארוכים ומושכים.

סיכום

אין לנו ספק, כי ברמה המעשית תחום המשפט והזיקנה בישראל צפוי לצבור תאוצה ולהתפתח נוכח השינוי הדמוגרפי והמגמה בעולם. מבט חטוף אל עבר צפון אמריקה מלמד, כי אין זה אלא עניין של זמן עד שפיתוח מומחיות משפטית מקצועית לדיסציפלינה של "משפט וזיקנה" תתבסס גם במשפט הישראלי. כבר היום, ישנן סוגיות אשר כמעט שלא עמדו על

74 ראו: לרסן ות'ורפ לעיל, בעמ' 296.

75 ראו: קובץ', לעיל, בעמ' 16.

76 Susan N. Gary (1997). Mediation and the Elderly: Using Mediation to Resolve Probate Disputes over Guardianship and Inheritance.

Wake Forest L. Rev. 32, 397

77 על היתרונות הכלליים שיש להליך הגישור על פני הליך שיפוט פורמלי ראו אצל: Mary F. Radford. (2002). Is the Use of Mediation Appropriate in Adult Guardianship Cases? *Strtson L. Rev.* 31

Laurence Boulle & Miryana Nesic. (2001). *Mediation: Principles, Process, Practice*, 3-7, 33-42

הפרק בעבר, ואילו עתה יש לגביהן כתיבה מחקרית ועשייה משפטית מתוך מודעות עולה והכרה בצורך המשפטי הגובר. כך, לדוגמה, ניתן בשנים האחרונות משנה תוקף ליזכות של סבים וסבתות לקשר עצמאי עם נכדיהם.⁷⁸ הזכות הוכרה גם בתיקי נזקקות בבית משפט לנוער, כאשר הורים נמצאו חסרי מסוגלות הורית ופקידי הסעד לחוק הנוער מבקשים להוציא ילדים למשפחות אומנה, לפנימיות או להכרזתם ככרי-אימוץ. במקרים כאלה, הוכרה זכותם של סבים וסבתות, כי יינתן להם מעמד בתיק, שבמסגרתו יוכלו לבקש שהנכדים יישארו במשמורתם או שיתקיימו עמם הסדרי ראייה קבועים.

בדומה, ישנן סוגיות מהותיות נוספות בתחום המשפט והזיקנה, אשר יש לגביהן בישראל עשייה חברתית ומשפטית ואשר נמצאות בשלבי מחקר מתקדמים.⁷⁹ מעבר לפוטנציאל הכלכלי לעורכי דין פרטיים, נוכח העלייה המשמעותית באחוז הזקנים באוכלוסייה, הרי שעיסוק בתחום מזמן אתגרים מקצועיים ייחודיים ועשייה משפטית חדשנית ומגוונת. נדמה, שאין די בפיתוח מחקר תיאורטי או אבסטרקטי בתחום זכויות הזקנים, המתעלם מההיבטים הקונקרטיים והפרקטיים של הענקת השירות והנגשתו ללקוחות הזקנים ולבני משפחותיהם. ניסינו בפרק זה לגעת, ולא במקצת, בהיבטים ובסוגיות המצביעים על החשיבות הפרקטית של מי, איך ובאיזה אופן ניתן לתת מידע, ייעוץ וייצוג משפטי לאוכלוסיית הזקנים. באופן טבעי, הדברים אינם ממצים את הנושא, אך אנו תקווה כי הם מצביעים על כוכב צפון, שלאורו יש לפעול.

בהקשר זה ברצוננו לסיים בהצגת הנקודה האתית המעשית הבאה: מטבע עיסוקו עורך הדין מצוי במתחם משולש של נאמנויות: ללקוחו, למערכת המשפט ולמקצוע. בין שלוש נאמנויותיו קיים מתח מתמיד, המצריך איזון.⁸⁰ כאיזון ראוי בין הנאמנויות, על עורך הדין להיות ער לנסיבות הייחודיות של כל ייצוג, גם כאשר אינן כרוכות בעניין המשפטי המיידני. הדבר נכון לכל ייצוג, ומקבל משנה תוקף בייצוג לקוחות זקנים בשל מאפיינים שכיחים של חייו ושל קשריו המשפחתיים של אדם בזיקנתו. על עורך הדין לזהות מהם האינטרסים המעורבים, מהן הנסיבות האישיות הייחודיות של הלקוח, הרלוונטיות לשירות המשפטי

78 ראו לעניין זה אצל: Doron, I. & Linchitz, G. (2010). The legal standing to grandparents to visitation rights with their grandchildren. *The Elder Law Review*, 6, 1-13

79 ראו לדוגמה מחקר של עו"ד איריס אונציק-הילברון בקשר לעמדותיהם של עורכי דין ביחס לזיקנה ולזקנים; ומחקרו של ד"ר מיכאל (מקי) שינדלר, ביחס לניתוח של חוק הגנה על חוסים, התשכ"ו-1966.

80 לימור זר-גוטמן (2001). "לשאלת היחס בין חובת עורך הדין כלפי בית המשפט וחובתו כלפי הלקוח (בעקבות ע"א 6186/00 עו"ד חנא נ' מדינת ישראל)", הסנגור, 3, 57. כאשר לנאשם בהליך פלילי, נושא שהוא מחוץ לתחום עיסוקו של פרק זה, כבר נכתב כי האיזון בין הנאמנויות הבא לקבוע את התנהגותו הראויה של עורך הדין חייב להתחשב בזכויות הנאשם. ראו לימור זר-גוטמן (2003). "השפעת זכויות הנאשם על חובותיו האתיות של הסנגור הפלילי" מחקרי משפט, כ 45, 50.

המבוקש, להכיר בהיבטים אתיים ואחרים של הסוגיה ולהבין את "רוח" השירות המשפטי הנחוץ בנסיבות המיוחדות. כל זאת, ללא כל דעה קדומה ביחס ללקוח שהוא זקן, ומתוך הנחה שרצון הלקוח משקף הבעת דעה חופשית ועצמאית. במסגרת המצומצמת של הייצוג הפרטני, מחובת עורך הדין לתת ייעוץ וייצוג מסורים וראויים ללקוחות זקנים, מתוך סטנדרטיים מקצועיים ואתיים גבוהים.

מודעות לסוגיות ייחודיות בייצוג זקנים חיונית, אפוא, במישור המעשי של מתן שירות משפטי מקצועי וראוי. אולם חשיבותה מגעת גם כדי המישור החברתי, מתוך ראיית מקומו ותפקידו של עורך הדין בכל הקשור לשיפור וליצירת שינוי במעמדם של האנשים הזקנים בחברה הישראלית. המשפט הוא כלי מהותי לשינוי מעמד הזקנים בחברה ולעורכי הדין תפקיד מרכזי במישור זה. בכל ייצוג פרטני של לקוח זקן גלום פוטנציאל ליצירת שינוי תודעתי, מחיקת סטריאוטיפים רווחים, העצמה של הזקן ויצירת שיפור במעמד קבוצת הזקנים. השיפור הנחוץ הוא בעמידה על זכויות הזקנים, בהטמעת תפיסה אנטי-גילנית ומכבדת ובחזוק ההכרה בחשיבות מקומם של האנשים הזקנים בחברה.

נספח: ריכוז כתובות אינטרנט לקבלת מידע

אתר עמותת "המשפט בשירות הזיקנה" בכתובת: <http://www.elderlaw.org.il/>

אתר עמותת "יד ריבה" בכתובת: <http://www.yadriva.org.il/>

אתר עמותת "כן לזקן" בכתובת: <http://www.kenlazaken.org.il/>

אתר עמותת "אשל" בכתובת: http://www.eshelnet.org.il/category/About_Eshel

אתר עמותת "עמך" בכתובת: <http://www.amcha.org/>

אתר המוסד לביטוח לאומי בכתובת: <http://www.btl.gov.il/>

אתר משרד הבריאות – בין היתר, ראו "היחידה לגריאטריה": <http://www.health.gov.il/>

אתר משרד הרווחה – ראו "האגף לקשיש" בכתובת: <http://www.molsa.gov.il/>

שער שני

**מבט רב-מקצועי על
עבודה עם זקנים**

פרק 4

עבודה סוציאלית עם זקנים: סוגיות מרכזיות וקווים מנחים להתערבות סוציאלית עם זקנים

שירה הנטמן

"כשאנו מעריכים את צרכיו של האדם הזקן
עלינו לזכור בראש ובראשונה
שלאנשים מבוגרים ישנם צרכים הדומים לצרכיו של כל אדם
ושנית, שיש להם צרכים הנובעים מהעובדה שהם אנשים מבוגרים"
(Robert Havighurst)

מבוא

הזדקנות האדם היא עובדה ביולוגית, ואריכות ימים היא אחד ההישגים הגדולים של הקדמה המדעית, החברתית והטכנולוגית של האנושות. במאה ה-21 הזיקנה נעשתה נחלת רבים. יותר מחצי מיליון מאזרחי ישראל נמנים כיום עם ציבור הזקנים בארץ, ומספרם עתיד לעלות בשנים הבאות. תוחלת החיים בישראל נמצאת בעלייה, וכבר היום היא בין הגבוהות בעולם. יותר ויותר ישראלים צועדים ויצעדו לקראת הגילאים המתקדמים בחייהם ויחוו את חוויית הזיקנה על היבטיה השונים (ברודסקי, שנור ובאר, 2009).

ההיערכות לקראת השנים המאוחרות בחיים היא אחד הנושאים המרכזיים המעסיקים כיום גורמים מקצועיים מתחום הרפואה, הרווחה, החינוך והחברה. זהו נושא המסב אליו יותר ויותר משאבים ותשומת-לב חברתית וציבורית. האדם אינו מתבגר ומזדקן בחלל ריק. הזיקנה היא אמנם, בראש ובראשונה, התנסות אישית, אבל התנסות זו משפיעה על הסביבה וגם מושפעת ממנה. לכן, הקניית ידע בתחום חקר הזיקנה והכשרת עובדים מיומנים, לצד זיהוי דרכי התמודדות עם תהליכי ההזדקנות – אלו המטרות העומדות על סדר היום המקצועי של העוסקים בנושא (Kolomer, Lewinson, Kropf et al., 2006; Singleton,).

(2006). מכאן החשיבות בפיתוח ובקידום תחום המומחיות בזיקנה במקצועות המטפלים בכלל ובעבודה סוציאלית בפרט.

קבוצה זו, שגדלה והולכת עקב העלייה בתוחלת החיים והשיפור בתנאי התברואה ובשירותי הבריאות, מציבה אתגר עבור הזקנים עצמם, בני משפחתם ומערכת שירותי הרווחה והבריאות. ניתן לזהות מספר בעיות האופייניות לזקנים המתגוררים בקהילה ובמוסדות כאחד (Naleppa & Reid, 2003): בעיות בריאותיות, גופניות ונפשיות, בעיות כלכליות, דיור ותפקוד, בעיות חברתיות, תחושה של חוסר ביטחון אישי, קשיים ביחסי הגומלין בתוך המשפחה וקשיי הסתגלות למצבי מעבר קיצוניים (Baskind & Briar-Lawson, 2005). חלק מהבעיות שצוינו לעיל מצוי בטווח האחריות של שירותים שונים בקהילה. אולם, למרות ההתפתחות של שירותים המיועדים לזקנים, עיקר הנטל עדיין נופל על המשפחה, הנאלצת לטפל במכלול הבעיות של הזקן ואמורה לספק את המשאבים העיקריים לשם טיפול בו ושמירה על איכות חייו (לבנשטיין, 2003).

מורכבותם של הצרכים האופייניים לאוכלוסייה המבוגרת, הקשר ההדדי ביניהם, השפעתם על איכות החיים של הזקן עצמו ועל בני משפחתו ומשמעותן של הבעיות מבחינת השירותים הקהילתיים, כל אלה מחייבים מעורבות מקיפה של עובדים סוציאליים. על אלה מוטל להתייחס לפן האישי והחברתי, באמצעות מתן מענה לצרכים, מציאת פתרונות לבעיות, קישור ותיווך בין הזקן לבין משפחתו והשירותים השונים בקהילה, ובמקביל להעלות את בעיות הזקנים למודעות הציבורית (Green, Cohen, Galambos et al., 2007).

העקרונות הקובעים את בסיס העבודה עם זקנים משקפים את תפיסות הבסיס של מקצוע העבודה הסוציאלית. מטרתם של עקרונות אלה להבטיח עצמאות, תפקוד פיזי, נפשי וחברתי מיטבי, תוך שמירה על איכות חיים נאותה. ההתערבות המקצועית עם זקנים מתבססת על שתי גישות עיקריות: הגישה האקולוגית, המאפשרת ראייה מערכתית רחבה של הזקן בסביבתו הקרובה (משפחה וחברים) ובסביבתו הרחוקה יותר (קהילה) וגישת הכוחות, המאפשרת התייחסות מעצימה אל הזקן (Greene, 2008) ומאמינה, כי יש לו את המשאבים הפנימיים להתמודד ולשנות את מצבו.

הגישה האקולוגית-מערכתית תופסת מקום מרכזי בעבודה הסוציאלית ומהווה למעשה תפיסת עולם, דרך של מחשבה וניתוח (מטה-תיאוריה), המאחדת במידה רבה מגוון של תיאוריות. בעיני העוסקים בעבודה סוציאלית גישה זו מייחדת את העיסוק במקצוע, מתוך כלל מקצועות העזרה אחרים. הגישה האקולוגית-מערכתית בעבודה סוציאלית שואלת עקרונות ומושגים משתי תיאוריות (מערכתית ואקולוגית) ומתאימה אותן לעולם התוכן, לתחומי הבעיה, למטרות המקצוע ולערכיו. היא עוסקת ביחסי הגומלין בין האדם כמערכת (הפרט, משפחתו, הקהילה שבה חי) לבין מערכות אחרות בסביבתו (האקולוגית – הפיזית,

החברתית, המוסדית והתרבותית) ומכירה בהשפעה ההדדית-מעגלית שביניהן. בבסיסה מצויה התפיסה, שהאדם הוא חלק מסביבתו האקולוגית וכי יכולתו להתפתח, לגדול ולהשלים את המשימות ההתפתחותיות העומדות בפניו מותנית בהזדמנויות שהסביבה מאפשרת לו מבחינת המשאבים העומדים לרשותו ויכולתו לנצל את ההזדמנויות הללו. מכאן, שהגישה האקולוגית מתמקדת במידת ההתאמה שבין האדם לסביבתו וביחסי הגומלין אשר עשויים לתמוך בהתאמה או עלולים להכשילה ולפגוע בה. בעבודה עם אוכלוסייה מבוגרת, תפיסה זו מאפשרת לראות את האדם הזקן כנוטל חלק בעיצוב סביבתו במטרה להתאימה ליכולותיו ולתפקודו המשתנים, תוך הדגשת חוזקותיו ומערכת התמיכה הפוטנציאלית העומדת לרשותו (הנטמן, 2012).

גישת הכוחות: הנחת היסוד של גישת הכוחות גורסת, שבכל אדם יש כוחות, שאיתם צריך לעבוד במפגש המקצועי. כוחותיו של האדם אפשרו לו לשרוד, להתמודד ולהגיע עד הלום. הוא תמיד הפעיל את כוחותיו ואפילו מפעיל בהווה, אך לא תמיד מודע ומכיר בכוחות אלה וייתכן שאף אינו ממצה אותם עד הסוף. לפי גישת הכוחות, על איש המקצוע להתייחס אל האדם דרך כוחותיו ולא דרך בעיותיו (כהן, 2000).

בפרק זה נסקור את תפקידו של העובד הסוציאלי המטפל בזקנים באופן כללי ובהמשך נציג ארבע סוגיות המאפיינות את רובדי ההתערבות של הטיפול באוכלוסיית הזקנים והמהוות קווים מנחים לכלל העבודה עם זקנים: עמדות חברתיות ואישיות של העובד; רצף העצמאות-תלות; אבדנים; הקונפליקט הבין-דורי, הכולל את תופעת היפוך התפקידים ו"דור הסנדוויץ'". סוגיות אלו משתקפות במגוון האפיונים הייחודיים של אוכלוסייה זו ובעבודתו של העובד הסוציאלי. נסיים בהצגת מגוון שיטות התערבות המתאימות לעבודה עם האוכלוסייה המבוגרת.

עבודה סוציאלית בתחום הזיקנה

העבודה הסוציאלית בתחום הזיקנה הוכרה כמומחיות בארץ ובעולם בשל ההבנה המעמיקה והולכת לגבי הצרכים המיוחדים המאפיינים אוכלוסייה זו. בעקבות כך, עלה הצורך לפתח בסיס ידע ייחודי להתערבות מקצועית עם אוכלוסייה מבוגרת. הערכים המקצועיים, המכירים בזכותו של כל פרט לחיות ברוחה ובכבוד ולהיות ריבון על גורלו, מנחים את פעילותה של העבודה הסוציאלית בתחום הטיפול בזקן. ערכים אלה מקבלים משמעות מיוחדת כשמדובר בזקנים העוברים, במקרים רבים, שינויים משמעותיים בתפקודם הפיזיולוגי, הקוגניטיבי, הרגשי והחברתי, המשפיעים על איכות חייהם, כושר תפקודם ומעמדם החברתי. העובד

הסוציאלי מיישם מיומנויות וידע תיאורטי ואמפירי בתהליך ההתערבות המקצועית (Greene et al., 2007). מאחר שההתערבות המקצועית ברמת הפרט, המשפחה והקהילה היא רב-ממדית, על העובד הסוציאלי לפתח מגוון מיומנויות מקצועיות כדי להתאים עצמו לצורכי הזקן ולהעצים את יכולותיו.

לאור תובנות אלו, יושמו שיטות התערבות מקצועיות, המהוות את הבסיס להתערבות טיפולית במקצוע העבודה הסוציאלית. שיטות אלו כוללות עבודה פרטנית עם זקנים ובני משפחותיהם וכן עבודה קבוצתית והתערבות קהילתית. לשם כך, הוקם השירות לזקן, הפועל במסגרת האגף לשירותים אישיים וחברתיים במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, והוא ממלא תפקיד מרכזי בפיתוח השירותים הקהילתיים והמוסדיים לזקנים, בייזום חקיקה סוציאלית המיועדת לאוכלוסייה זו ובשילוב עובדים סוציאליים במערכות הרווחה המקומיות. מערכת הרווחה אחראית באופן ישיר או עקיף לאספקת מגוון רחב של שירותים לזקנים: טיפול אישי, ייעוץ, הפעלת מרכזי יום, עבודה קבוצתית, הפעלת מועדונים, אספקת ארוחות חמות, הפעלת תיאטרון קהילתי וכדומה. כמו כן, עובדים סוציאליים מעורבים בתכנון, בהפעלה ובליוי של ארגוני מתנדבים, מלכ"רים, עמותות וקבוצות לעזרה עצמית.

תחומי ההתערבות

העבודה הסוציאלית בתחום הזיקנה מתפרסת על חמישה מישורים עיקריים: הזקן עצמו, משפחתו, קהילת הזקנים, מערכות השירותים החברתיים והבריאותיים וקביעת מדיניות. המעורבות במישורים אלה מוכתבת על ידי צורכי הזקנים והמענים הנדרשים להם, באופן שהולם את מטרות המקצוע ואת דפוסי פעולתו.

כפועל יוצא, המטרות העיקריות של העובדים הסוציאליים הפועלים בתחום זה הן:

1. טיפול פרטני במגוון בעיות וקשיים אישיים ומשפחתיים, שעיימים הזקן מתמודד.
2. שיפור איכות החיים של הזקן על ידי חיזוק יכולת ההתמודדות שלו עם מגוון השינויים האישיים, החברתיים והכלכליים הכרוכים במעבר לגיל הזיקנה.
3. פיתוח מערכות תמיכה פורמליות ולא פורמליות, שיספקו מענים הולמים לצרכיו.
4. סיוע בעיצוב סביבה חברתית, המכבדת ומוקירה את האדם הזקן (Greene, 2000).

(2007).

במהלך השנים נעשו מספר ניסיונות להגדיר את תפקידו של העובד הסוציאלי העוסק בטיפול בזקן. במסגרת קביעת העיסוק כתחום מומחיות בפני עצמו בעבודה סוציאלית, קבעה ועדה, שמונתה על ידי מועצת העובדים הסוציאליים (הנטמן וקטן, 2001), כי כדי לענות על מגוון הצרכים של אוכלוסיית הזקנים, בתהליך הכשרת העובד הסוציאלי יש להדגיש את התחומים הבאים: הכרת השינויים הפסיכולוגיים, הקוגניטיביים, החושיים והרגשיים המתרחשים

במהלך ההזדקנות; אבדנים נורמטיביים ולא נורמטיביים; הכרת מצבי חולי גופני ונפשי אופייניים והשפעתם על תפקוד הזקן; התמודדות עם אבל ושכול; הכרת יחסי הגומלין בין הזקן למשפחתו; הכרת רשתות תמיכה חברתיות פורמליות ולא פורמליות, המסייעות לזקנים וזיקת הגומלין ביניהן; הכרת החוקים הרלוונטיים; יכולת אבחון של בעיות וצרכים ייחודיים; פיתוח, תכנון וניהול שירותים לזקנים; שליטה בשיטות התערבות עם אוכלוסייה זו ויכולת להפעילן, וכן שליטה במיומנויות ההדרכה של עובדים מקצועיים ועובדים סמך-מקצועיים (Galambos & Greene, 2006; Kolomer et al., 2006; Singleton, 2006).

מסמך שפורסם על ידי איגוד העובדים הסוציאליים בארצות הברית (Damoron -) מגדיר עשרה כישורים הנדרשים מעובדים סוציאליים המטפלים בזקנים: (1) מודעות עצמית לערכים ולדעות קדומות כלפי זיקנה, מוות וסוף החיים; (2) חינוך עצמי לסילוק מיתוסים מקובלים לגבי זיקנה; (3) קבלה, כיבוד והכרה בזכות ובצורך של זקנים לקבל החלטות ולבצע בחירות עצמאיות לגבי חייהם, וזאת במסגרת החוק ובלי לפגוע בביטחונם האישי; (4) הכרה בשינויים גופניים, פסיכולוגיים וחברתיים נורמטיביים בגיל המבוגר; (5) כיבוד צרכים ואמונות תרבותיים, רוחניים ואתניים של הזקן ובני משפחתו; (6) הכרה במגוון העמדות כלפי זיקנה, מחלות נפש ותפקידים משפחתיים; (7) שימוש במיומנויות של ניהול וטיפול בעבודה סוציאלית (תיווך, סגור, ניטור ותכנון) לשם קישור זקנים ובני משפחתם למשאבים ולשירותים; (8) הכרה בהשפעת הזיקנה על הדינמיקה המשפחתית; (9) זיהוי הגבולות של סוגיות אתיות ומקצועיות, המתעוררות לעתים קרובות בעבודה עם זקנים ומטפליהם, כגון הזכות להגדרה עצמית של הזקן, החלטות העוסקות בסוגיות הקשורות לסוף החיים, קונפליקטים במשפחה ומעורבות חברתית; וכן (10) איסוף מידע המתייחס להיסטוריה המשפחתית, למערכות תמיכה חברתית ראשוניות ושניוניות, לרמת פעילות חברתית, למיומנויות חברתיות, לסטטוס כלכלי, לרקע תרבותי ולמעורבות חברתית (שם).

בהמשך נעשתה הבחנה עקרונית בין עובד סוציאלי כוללני לעובד סוציאלי, שהוכשר לעבוד בתחום הזיקנה, באמצעות הגדרת הפרקטיקה, שמטרתה: (1) חיזוק היכולות ההתפתחותיות, לשם פתרון בעיות ושיפור ההתמודדות של הזקן ומשפחתו; (2) מילוי תפקידי הנהגה מקצועית בתחום השירותים לזקנים, תוך התאמתם לצורכי הזקן ומשפחתו; (3) פיתוח ידע מקצועי חדש, ייזום והחדרת חידושים מקצועיים לשדה העשייה והבטחת הנגשתם לאוכלוסייה המבוגרת; (4) בנייה ויישום של כלים ומדדים להערכה ולבקרת איכות של שירותים ושיטות התערבות (Berkman, Dobrof, Harry et al., 1997).

הגדרה זו כוללת שני היבטים: האחד, התערבות פרטנית, ישירה (מיקרו-פרקטיקה), עם זקנים ובני משפחתם והשנייה, התערבות ברמת המאקרו. הראשונה כוללת פיתוח שיטות

התערבות פרטניות לטיפול בזקנים ואילו האחרונה כוללת פיתוח תכניות וקביעת מדיניות ושיתוף מתבססות על גישת הכוחות, המדגישה את יכולות הפרט (Graybeal, 2001; Kivnik, 2005; Murray, 2001; Saleeby, 2005).

התערבות פרטנית

ההתערבות הפרטנית דורשת מהעובד הסוציאלי ידע ומיומנות בזיהוי, באיתור ובאבחון של צרכים ומצבים במישורים שונים, כגון בריאותי, חברתי, נפשי ומשפחתי, תוך הגברת מודעות הזקן לצרכיו. הידע והמיומנויות הנדרשים ברמת ההתערבות הפרטנית כוללים: הכשרה למתן טיפול וייעוץ אישי (בבעיות נפשיות, חברתיות, בריאותיות ומשפחתיות); סיוע לזקנים במצבי מעבר ובהסתגלות למסגרות חדשות, כמו מעבר למוסדות (דורון וקורן, 2005) ומתן מידע על זכויות הזקנים, על השירותים הזמינים עבורם והקריטריונים לקבלתם. כמו כן, העובד הסוציאלי ממלא תפקיד של מתווך בין הזקן לבין מבחר השירותים העומדים לרשותו, כגון: משרד הבריאות, משרד השיכון, המוסד לביטוח לאומי, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, משרד הקליטה ואחרים. תפקיד נוסף, המאפשר מתן ייצוג הולם לזקן, הוא "מנהל מקרה" (Case Manager), שהוא למעשה פתרון כוללני, הרואה את המערכת כולה ומעניק טיפול וליווי מקצועיים ורב-תחומיים לאדם הזקוק לשירות. מנהל מקרה מוציא לפועל תכנית טיפול מקצועית, אשר נבנית על ידי העובדת הסוציאלית, בשיתוף המשפחה, אנשי מקצוע שונים וגורמים נוספים, תוך זיהוי צרכים, ניתוח אפשרויות טיפול וניהול שיתוף הפעולה בין כל הגורמים המעורבים במקרה. מכוח החוק, כפקיד סעד לענייני זקנים, העובד הסוציאלי מחויב להפעיל חוקים המתייחסים ישירות לתחום הטיפול בזקנים. על העובד הסוציאלי להיות מסוגל לנתח ולהשוות תיאוריות וגישות פרטניות שונות, המהוות את הבסיס הפילוסופי, הפסיכולוגי והחברתי של מתן עזרה לזקן. גישות אלו מתייחסות לדילמות אתיות המתעוררות סביב סוגיות, כגון: אוטונומיה ופטנליזם בתהליך קבלת החלטות במשפחה, הזכות למות בכבוד והרציונל שמאחורי מודלים שונים של התערבות, כמו טיפול קצר מועד, התערבות בשעת משבר, העלאת זיכרונות ותרפיה ממוקדת פתרון והתאמתן לתחום הייחודי הנדרש. בספרו הקלאסי של סיסרלי (Cicirelli, 1992), העוסק בתהליך קבלת החלטות במשפחה המבוגרת, הוא מציג את הדיכוטומיה של עצמאות-תלות כסוגיה המלווה אותנו, למעשה, לאורך כל רצף החיים, אך בתקופת הזיקנה מקבלת משמעות נוספת, המשפיעה על איכות חייו של הזקן ועל ההערכה העצמית שלו. עצמאות (אוטונומיה) במובן הזה פירושה, עד כמה הפרט יכול לקבוע את צרכיו ולשלוט על סיפוקם; עד כמה הוא יכול לגייס משאבים פנימיים וסביבתיים כדי לתפקד בהרמוניה עם סביבתו. כפועל יוצא מהגדרה זו, ניתן להגדיר את דרגת התלות של הזקן באי-יכולתו להיות מוביל או שותף לקבלת החלטות הקשורות

לאיכות חייו. זו הדילמה בין הזכות לאוטונומיה, כלומר, בין קבלת החלטות על פי רצונו של הפרט, לבין פטרנליזם, שבו מקבל ההחלטה הוא אדם אחר, המרגיש שהוא יודע מה טוב ביותר עבור זולתו ושרווחתו של הזולת (כפי שהיא נראית בעיני מקבל ההחלטה) חשובה ועדיפה מחופש הבחירה שלו. דילמה זו מתחדדת במיוחד כאשר קיים צורך בטיפול מיוחד, באשפוז, בהעברה למוסד או בכל אירוע בחיי הזקן הדורש קבלת החלטה. תפקידו של העובד הסוציאלי לקבוע את יכולותיו של הזקן לקבל החלטה מושכלת מעוררת קושי מעשי ואתי גם יחד. הדילמה היא – מתי לאפשר קבלת החלטה אוטונומית על ידי הזקן ובני משפחתו ומתי לתקבל החלטה פטרנליסטית (Linzer, 2002).

ההתערבות הפרטנית, הישירה, כוללת גם התערבות משפחתית וקבוצתית. על העובד הסוציאלי להיות מסוגל לזהות, לאתר ולאבחן צרכים ובעיות במערכת היחסים שבין האדם הזקן לבין משפחתו ובמערכת היחסים הזוגית שלו וכן בעיות וצרכים של בנים ובנות בוגרים, המסייעים להוריהם הזקנים. תקופת אמצע החיים, מגיל 45 ועד 65 לערך, היא שלב סוציו-תרבותי חדש יחסית. תוחלת החיים המתארכת, שהוסיפה יותר מעשור לחייהם של אנשים בחברה המודרנית, מעניקה תוכן ומהות שונים לתחום הגילאים שבעבר הוגדר בעיקרו לתקופת מעבר. קיימת הסכמה, שבני דור הביניים ("דור הסנדוויץ'") נמצאים בפרק חיים מכריע של מרוץ לפיתוח קריירה, שחרור מהנטל הכלכלי ויציאת הילדים מהבית. בו-זמנית, מתחילה להאפיל עליהם הזדקנות ההורים והזדקנותם לרמה מסוימת של סיוע. בשלב זה מתרחשת התחברות מחדש של ההורים המזדקנים לילדיהם (הנטמן, 2010) ועלייה במעורבות הבין-דורית. על רקע זה אנו עדים להתעוררות של קונפליקטים ישנים, חדשים ומחודשים. על העובד הסוציאלי להיות מסוגל להעניק טיפול וייעוץ לגבי בעיות בתחום היחסים במערכת המשפחתית, כגון: שיפור התקשורת בין הזקנים לילדיהם ועידוד הילדים לבקר הורים המתגוררים במוסדות. כמו כן, עליו לדעת ארגן קבוצות לעזרה עצמית של משפחות המתמודדות עם בעיות דומות (כמו סיוע לבני משפחה המטפלים בהורים חולי אלצהיימר), וכן לארגן את משפחות הזקנים כגורם מסייע ומתנדב לצד המוסדות בטיפול הקהילתי והמוסדי והפעלת מתנדבים כדי לסייע למשפחות המטפלות בזקנים.

על מנת למלא בהצלחה תפקידים אלה, העובד הסוציאלי חייב להיות בעל ידע מספק להבנת דינמיקה במשפחה הרב-דורית, יחסי הכוחות ומקומו של הזקן במערכת המשפחתית. כמו כן, עליו להיות מיומן בתרגול שיטות טיפול נפוצות, לדוגמה: טיפול בקונפליקטים משפחתיים בין-דוריים בלתי פתורים באמצעות תרפיית פתרון בעיות (Solution Focused Therapy) (Bonjean, 1997); שימוש בטכניקות של סקירת חיים (Butler, 1963), כדי לחזק דימוי עצמי ומשמעות בחיים; טיפול בתשושי נפש באמצעות טכניקות התערבות שונות לצורך שימור כשרים קוגניטיביים, התנהגותיים ותפקודיים (Feil, 2003) (Validation Therapy).

התערבות ברמת המאקרו

רמת ההתערבות הקהילתית מתבססת על מסגרת תיאורטית ואמפירית להערכת תוצאות ההתערבות בעבודה סוציאלית, תוך התנסות בתכנון ובביצוע של הערכת התערבות על שלביה השונים: הגדרה אופרטיבית של מטרות ההתערבות, בחירה ויישום של כלי מדידה והערכת שינוי (Shirey, 2006). האתגר הגדול שעמו צריכה החברה להתמודד הוא הבטחת מערכת של שירותים משלימים, המספקים לזקן את המסגרות המתאימות לקיום אורח חיים פעיל, עצמאי ומכובד למשך זמן (יקוביץ, 2003). לשם התמודדות עם אתגר זה, העובד הסוציאלי פועל בכיוון של מתן סיוע לארגונים במיפוי צורכי הזקנים בתחומים שונים (עריכת סקרי צרכים), הגברת המודעות והרגישות של ארגונים בקהילה לצרכים אלה וכן תכנון, פיתוח והפעלת שירותים המיועדים לאוכלוסייה המבוגרת. על העובד הסוציאלי לרכוש כלים לייזום ולעריכת שינויים בארגונים, כדי שאלה יוכלו לענות בצורה הולמת על צורכי הזקנים; לגייס משאבים חיצוניים, כמו תרומות וכספי קרנות לצורך הטיפול בזקן; לסיוע בהקמה ובהפעלה של עמותות ציבוריות לפיתוח שירותים לזקן, כגון: הקמת מיזמים קהילתיים לציוד ולביגוד יד שנייה. מעבר לכך, העובד הסוציאלי עוסק בעידוד תכניות התנדבות של זקנים, כגון שירות ייעוץ לזקן של המוסד לביטוח לאומי ובעידוד השתתפותם הפעילה של זקנים בהפעלת השירותים המסופקים להם. כמו כן, העובדים הסוציאליים עוסקים בהדרכת עובדים במסגרות מגוונות, המציעות שירותים לזקנים (כולל עובדים המשתייכים למקצועות אחרים ועובדים לא מקצועיים), לדוגמה, הדרכת כוח עזר בבתי אבות; בגיוס ובהגברת מעורבות/השתתפות הזקנים בפעילות ובאירועים לזקנים, בניהול ארגונים (שירותים קהילתיים, מוסדות), בניהול צוותי עובדים רב-מקצועיים בקהילה (רופאים, אחיות, מטפלות בית, מטפלות בזקנים), בפיתוח ובהרחבת מערכת יחסי הגומלין והתקשורת בין ארגונים וספקי שירות לבין לקוחותיהם הזקנים, וכן בהגברת הקשר בין ארגונים שונים העוסקים באספקת שירותים לזקנים.

העובדים הסוציאליים אף פועלים במישור קביעת מדיניות, בייזום ובארגון פעילויות חינוך והסברה המיועדות לשפר את מעמדם ודימויים החברתי של הזקנים ולשנות את יחסם של גורמים שונים כלפיהם. הם פועלים להגברת המודעות לצורכי הזקנים ולמחויבות החברתית כלפיהם ברמה הכלל-ארצית באמצעות שדולה חברתית ככנסת, בממשלה ובאמצעי התקשורת וכן במישור המקומי ובקרב שירותי הבריאות והרווחה. הם מגבירים את ההכרה במשאבים העומדים לרשות הזקנים וביכולתם לתרום לחברה ומאתרים נקודות תורפה במדיניות, במבנה ובפעילות הארגונים, המונעות שיפור איכות השירותים לזקנים ופעילות לשינוי המצב. התוצרים של כל הפעילות במישור זה עשויים להביא לשינויים בחקיקה, לחקיקת חוקים חדשים, לשינויים במדיניות, כדוגמת הפעילות לשיפור תנאי מחייתם של ניצולי השואה (יקוביץ, 2003).

סוגיות נבחרות בטיפול בזקן

עמדות אישיות והקשר הטיפולי

לאורך רצף החיים, על העובד הסוציאלי לבחון ולזהות עמדות, אמונות, דעות קדומות וסטריאוטיפים אישיים שלו עצמו כלפי זקנים וכלפי תהליך ההזדקנות ולמצוא את הדרך להיות מודע להם (Chasteen, Kang & Remedios, 2012; Council on Social Work Education, 2008). כל איש מקצוע מושפע מאירועי חיים, מאנשים שפגש בחייו ומדעות של הסובבים אותו. לאורך השנים, העמדות בחברה המערבית כלפי הזקן מתייחסות אליו כחלש, כפגיע וכתלוי בסביבתו. עמדות שליליות אלו מושרשות בחברה עד כדי כך, שב-1965 נתן באטלר שם לתופעה: "גילנות" (ageism). לפיכך, התפיסה המקצועית של העובד הסוציאלי, המדגישה גדילה והתפתחות, מאותגרת בניסיון להתגבר על עמדות אלו ולסייע לזקן לשמר את כבודו האישי ואת זכותו להגדרה עצמית בסביבה הדוגלת בהיפך הגמור (Marino, 1991).

לא מן הנמנע, שהעובד הסוציאלי מיישם עמדות חברתיות אלו באופן לא מודע ומגבש גישה פטרנליסטית בתהליך הטיפול באדם הזקן (Greene, 2008). הנטייה הטבעית היא לקבל את האברנים הנורמטיביים שהזקן חווה, כפי שהם, מבלי להתייחס לכוחות ולמשאבים שעדיין קיימים בו, ומכאן לקבל החלטות חד-צדדיות שעלולות לפגוע בזכותו להגדרה עצמית ובאיכות חייו.

עובדת סוציאלית הגיעה לביתו של מר כהן, בן 90, לאחר שובו מאשפוז בבית חולים בעקבות נפילה ושביר של עצם צוואר הירך. בשיחה עם העובדת הסוציאלית טען מר כהן, שעל אף שהוא נזקק כעת להליכון, הוא יוכל להסתדר עם העזרה המעטה שקיבל לפני האשפוז. בתו, שנכחה גם היא בביקור, טענה, שבמצבו הנוכחי יצטרך, לדעתה, מטפלת שתגור אצלו או לעבור למוסד. האב התעקש, שאינו רוצה מישחי "שתסובב לי מתחת לרגליים כל היום ואני גם לא אעזוב את הבית שלי". העובדת הסוציאלית, שחששה גם היא לביטחונו של מר כהן, החליטה להעבירו למוסד.

הקשבה לבתו של מר כהן, הטוענת שאביה אינו יכול להמשיך להתגורר בגפו בביתו וקבלת החלטה על סידור מוסדי, ללא שיתוף האב, מהווה דוגמה למצב, שבו העובד הסוציאלי נכנע למצב הקיים ואינו מעריך נכונה את הכוחות והמשאבים העומדים לרשותו של האדם הזקן. ההתמודדות עם קבלת החלטה, המכבדת את האוטונומיה של האדם הזקן,

לבין החלטה פטרנליסטית, המתייחסת, כביכול, לטובתו של הזקן, היא אחת הדילמות השכיחות בעבודתו של העובד הסוציאלי. עובדים סוציאליים רבים, המטפלים בזקנים, לא עברו הכשרה מיוחדת בתחום הזיקנה ולכן אינם מודעים לחשיבות ניסיון החיים של האדם הזקן ולהשלכותיו על תפקודו הנוכחי. על אף ששמירה על זכות האדם להגדרה עצמית היא חלק אינטגרלי של מערכת הערכים שעליה מתבסס המקצוע, רבים העובדים הנכנעים לעמדות האישיות שלהם, המציגות את האדם הזקן כפגיע וכחסר אונים. מעבר לכך, לעתים, העימות עם סוף החיים הקרב, מחלות ואבדנים, עלול לעורר בקרב העובד חרדה ורתיעה אישית מפני הקשר הטיפולי ולהניעו לקבל החלטה לא מושכלת.

הסטיגמה הקשורה לזיקנה בחברה דבקה גם בתחום העבודה הסוציאלית עם זקנים. המיתוס שזקנים אינם משתנים רק מחזק את התחושה, שעבודה עם זקנים היא "טיפול תמיכתי" בלבד ואינה מהווה אתגר מקצועי למטפל. מסיבות אלה, חשוב שהעובד הסוציאלי, הבוחר לעבוד עם האוכלוסייה המבוגרת, יבדוק עם עצמו את עמדותיו ביחס לזיקנה ויהיה מודע לקשיים שעשויים להתעורר כתוצאה מעמדותיו השליליות. ראיית הלקוח הזקן כאדם בזכות עצמו, כבעל ניסיון רב בתחומים שונים של החיים וכאדם שניתן ללמוד ממנו על מהות החיים, תאפשר לעובד הסוציאלי להקנות הן לעצמו והן ללקוח שלו חוויה טיפולית מעצימה ומספקת.

התמודדות עם אבדנים

באופן פרדוקסלי, לגישת הכוחות, המהווה את הבסיס הערכי של העבודה הסוציאלית בכלל והעבודה עם זקנים בפרט (Saleeby, 2005; Graham & Stephenson, 2012), קשה להתעלם מהעובדה, שאת תהליך ההזדקנות מאפיינת סדרה מתמשכת של אבדנים פיזיים, חברתיים, נפשיים וקוגניטיביים. לעתים, שינויים אלה באים האחד אחרי השני ומקשים על הפרט להסתגל אליהם. קושי זה מהווה מקור לחרדה וללחץ המשפיע, לעתים, על גיוס משאבים ומקורות תמיכה, שהיו זמינים יותר בשנים עברו.

אבדנים בגיל מבוגר מאופיינים בתגובת שרשרת. למשל, פטירת בן זוג מביאה לאבדן במקור לתמיכה רגשית וחברתית, פגיעה במצב הכלכלי, לעתים, צורך בשינוי מקום המגורים וסגנון החיים, ועלולה להכניס את הזקן לתחושה של חוסר אונים ודיכאון (Sun, Waldrom, 2012). לאבדן תפקודי, כגון בראייה או בשמיעה, עשויות להיות השלכות חברתיות, כגון מניעה או קושי בהשתתפות בפעילויות חוץ-ביתיות, פגיעה בתקשורת הבין-אישית, שתוביל לניתוק חברתי ואף לאבדן רגשי, המתבטא בתחושה של חוסר שליטה ותסכול. אבדנים אלה משפיעים באופן ישיר על תחושת העצמאות של הפרט ועל יכולתו לתפקד ועלולים לעורר פחד, כעס, תחושות אשם ובלבול.

עצמת התגובה של האדם הזקן לאבדנים אלה תלויה, במידה רבה, בניסיונו הקודם בהתמודדות עם מצבים קשים, במערכת התמיכה סביבו וביכולתו לאורך זמן להסתגל למצבים חדשים (John & Lang, 2012). היכולת של האדם לנהל את חייו בעצמו תלויה, בין השאר, בבריאותו הנפשית. אבדנים ושינויים רבים צפויים במהלך ההזדקנות ואלה מחייבים היערכות מחודשת והסתגלות. מעבר לכך, הם יוצרים קשיים, כאשר העיקרי הוא איבוד הדרגתי של העצמאות ובהמשך פיתוח תלות בזולת. הבריאות הנפשית בזיקנה היא תהליך שאפשר להגדירו כהתמודדות עם המציאות המשתנה. הגדרה זו נכונה לכל שלב בחיים, אך המציאות בזיקנה עלולה להשתנות בפתאומיות ולאדם לא נותרת ברירה אלא להסתגל במהירות למציאות החדשה, שהשתנתה לרעה (בר-טור, 2005) או להעביר לאחר את הזכות לקבלת החלטות הנוגעות לחייו.

על מנת לסייע לאדם הזקן להתמודד עם אבדנים אלה, תפקידו של העובד הסוציאלי, בשלב הראשון, להעריך את מצבו של הזקן, תוך התייחסות להתנסויות דומות בעברו, בדיקת משמעותו האובייקטיבית של האירוע, הגדרת מערכת התמיכה וזיהוי מערכת האמונות של הזקן. בשלב השני, תתמקד ההתערבות בהפחתת מקורות הלחץ ובצמצום השינויים הנובעים מהאירוע. חשוב לשמר עד כמה שאפשר את תחושת השליטה של האדם הזקן, את תפיסת היכולות שלו ואת הקשר שלו עם הסביבה. כל פעולה אמורה להיות מכוונת לשימור עצמאותו של הזקן ומעורבותו בתהליך פתרון הבעיה. בעת עימות עם אבדנים, רצוי להימנע עד כמה שאפשר מצעדים קיצוניים. התערבותו של העובד הסוציאלי צריכה להתמקד בזקן ובמשפחתו, תוך התייחסות להשלכות האירוע על כל אחד מהאנשים המעורבים. גם בסוגיה זו מודגשת החשיבות בהכשרה נאותה של העובד הסוציאלי, שתקנה לו את הכלים להתמודד עם אותן סוגיות האופייניות לעבודה עם האוכלוסייה המבוגרת.

רצף התלות-עצמאות בזיקנה

סוגיית התלות-עצמאות היא מהקונפליקטים האוניברסליים בחיי האדם בכל גיל. בזיקנה לסוגיה זו משמעות ראשונה במעלה. כפי שהוגדר לעיל, עצמאות מאפשרת לזקן לקבוע את סדר יומו, לעומת התלות, המוגדרת כצורך בהתערבות אישית של אחר, כדי לקיים חיים ולשמר הסדרי מגורים של האחר (Cicarelli, 1992). רמת התלות נקבעת על פי היכולת (או אי היכולת) לבצע משימות בסיסיות או למלא תפקידים ביצועיים, המאפשרים התנהלות עצמאית. לאורך רצף החיים אנו עוברים תקופות של תלות ועצמאות בינינו לבין סביבתנו ברמות שונות, מינקות כתינוקות, התלויים לחלוטין באמם ועד לזיקנה, כשהזקן עשוי להיות תלוי בסביבתו במידה זו או אחרת.

הרכיב הראשון בחשיבותו, המבטיח את עצמאותו של האדם הזקן, הוא ביטחון כלכלי וכספי, שמשמעו שיש לזקן אוכל, ביגוד ומחסה, דהיינו היכולת להתקיים בתוך הסביבה החברתית, ללא דאגות לקיום בסיסי. ביטחון כלכלי הוא הבסיס לבריאות גופנית ונפשית; ללא בסיס כזה, קשה יותר להתמודד עם המשברים הנורמטיביים של החיים, עם ההשפעות המצטברות של התהליכים הביו-פסיכו-סוציו-תרבותיים, הבאים לביטוי בשינויים סומטיים, נפשיים ורגשיים בגיל הזיקנה. גם החופש ממחלות גופניות ונפשיות, מכאב וממצוקה, תורם לתחושת שליטה ועצמאות בגיל הזיקנה, כאשר כל אבדן בתפקוד גורר תלות נוספת באחר. בשנות ה-70 המוקדמות (של המאה הקודמת) הציג הווארד מקלוסקי (McClusky, 1974), את תפיסת ה-Margin of power (יתרת כוח). על פי תפיסה זו, כל אדם נושא "נטל חברתי" מסוים (כלומר, עליו לעמוד בפני מספר דרישות חברתיות), אך לרשותו עומד גם מאגר מסוים של כוח (שליטה במספר משאבים), המאפשרים לו לטפל בנטל שלו. הפרט ייחשב לעצמאי כאשר קיים איזון בין יתרת הכוח שלו לבין הנטל שעליו לשאת. קיימות שלוש אפשרויות כדי להגיע לאיזון כזה: להפחית את הנטל, להגדיל את הכוח, או שילוב של שניהם. מכאן, שאחד התפקידים של העובד הסוציאלי הוא לסייע לאדם הזקן בזיהוי מקורות הכוח שלו, שיאפשרו לו להגיע לאיזון הזה ולשמור על קיום עצמאי ככל האפשר. לאורך רצף החיים, מלידה ועד מוות, הפרט נדרש להתמודד עם משימות חיים הדורשות אינטראקציה המבוססת על חלוקת משאבים וכוח עם אחרים. כושר ההתמודדות של הפרט נמדד ביכולתו לגייס משאבים פנימיים וסביבתיים, כדי לתפקד בהרמוניה עם הסביבה. בשלבים שונים של ההתפתחות האישית מקבל רצף התלות-עצמאות משמעות דיאלקטית שונה. זהו אינו רצף לינארי, אלא גלים העולים ויורדים. לכן, ניתן לראות את היחס בין השניים כחופש לבחור לעומת חוסר החופש לבחור בחירות משמעותיות (Linzer, 2002). ההזדקנות מעצימה את ההיבטים החברתיים-רגשיים ברצף התלות-עצמאות. עובדה זו מקשה על האדם הזקן, במיוחד בחברה המערבית, המדגישה עצמאות, שליטה, פעילות ועשייה כהוכחה לכוח לעומת תלות, המשקפת פגיעות וחולשה (Galambos, 1997). ככל שהזקן נע קדימה על רצף התלות, בעודו מתעמת עם אירועי חיים נורמטיביים לגיל המבוגר, כגון פרישה, התאלמנות ומחלה, כך יכולתו להסתגל למצבו החדש עומד במבחן. חוסר ההתאמה בין מצבו של האדם הזקן לבין סביבתו עלול לגרום למצבי דיכאון או להתנהגות גרסיבית, שתוביל להימנעות מוחלטת מפעולות.

על העובד הסוציאלי להיות ערני להתנהגות תלותית מדי, שעשויה להוות סימן להתחלת תהליך של הירדרדות נפשית. קושי נוסף, שעלול להתעורר כתוצאה מהתלות, הוא התנגדותו של האדם הזקן להכיר בשינויים החלים ביכולותיו ובכך להקשות על סביבתו, הפורמלית והלא פורמלית, להגיש לו את הסיוע הנדרש. חוסר שיתוף פעולה מצדו של הזקן עשוי

להיות מתורגם לאי-יכולת לקבל החלטות ולגישה פטרנליסטית מצד הסביבה. מצב זה יוצר אצל העובד הסוציאלי דילמה (Marino, 1991), האם לשתף את האדם הזקן בתהליך קבלת ההחלטות או לא. כך מתעורר הקונפליקט בין זכותו של הזקן להגדרה עצמית לבין הרצון לגונן עליו ומתעורר קושי בהגדרה מי הפונה, לאור הדרישות הקונפליקטואליות של האדם הזקן ובני משפחתו ודרישות הסוכנות והמקצוע (כפי שתואר לעיל במקרה של מר כהן). נוצרת דילמה, המשקפת את הקונפליקט בין אוטונומיה ופטרנליזם, המהווה פועל יוצא של סוגיית רצף התלות-עצמאות. לבנברג ועמיתיו (Loewenberg, Dolgoff & Harrington, 2000) מציעים מודל לקבלת החלטות, המדגיש את החשיבות לערב כמה שיותר אנשים הקשורים לאדם הזקן בתהליך קבלת ההחלטה.

אוטונומיה אישית מוגדרת כיכולת לקבל ולבצע החלטות שקולות, שאמורות לספק צרכים ולהשיג מטרות באופן שנמצא עקבי עם הערכים האישיים של מקבל ההחלטה. לעומת זאת, פטרנליזם, בהקשר למתן טיפול, מתייחס להתערבות בקבלת החלטות וביצוען לטובת אדם אחר, כאשר מקבל ההחלטה סבור שהוא יודע מה טוב ביותר עבור האדם האחר ורווחתו וכי ידיעה זו עדיפה על חופש הבחירה של האדם האחר (Cicirelli, 1992: p. 7). קבלת החלטה באירועים הדומים לסיפורו של מר כהן היא תהליך קשה ומעורר לחץ על כל המעורבים. הניסיון לקבל החלטה על סמך אינטואיציה עשוי להיכשל בגלל מורכבות הבעיה והגורמים המעורבים בה. תהליך קבלת החלטה בקשר לעתידו של בן משפחה אינו יכול להתבצע על ידי גורם אחד, יש לערב בו את כל הנוגעים בדבר ובעיקר את האדם הזקן עצמו.

תפקידו של העובד הסוציאלי הוא להבטיח את כבודו של האדם הזקן ואת שליטתו היחסית בחייו. גם כאשר הזקן איבד את היכולת לדאוג לעצמו, הוא עדיין יכול להביע את רצונו. העובד הסוציאלי, באמצעות ההערכה הפסיכו-סוציאלית, יכול להגדיר את כוחותיו של האדם הזקן וכיצד אלה יתרמו ויקדמו את יכולתו לשמר את עצמאותו הנוותרת. לפיכך, תפקידו של העובד הוא להעצים את תחושת המסוגלות של הזקן ואת מקומו בתהליך פתרון הבעיה. תרגול התפקוד בבית, שיקוף יכולות, הפחתת לחצים ומתן תחושה שהפתרון בא מהאדם הזקן עצמו, כל אלה מקדמים את פתרון הבעיה לשיעור רצון כל הצדדים. יכולתו של העובד לדחות את הצורך להתמודד עם תחושת האמביוולנטיות שלו לגבי זכותו של האדם הזקן להגדרה עצמית לעומת רצונו למצוא פתרון כמה שיותר מהר, מבטיחה התערבות המשמרת את כבודו של הזקן, מחזקת את קשריו עם משפחתו ומפתחת דפוסי תקשורת יעילים בין כל הגורמים.

קונפליקטים בין-דוריים

סוגיה נוספת הדורשת את התייחסותו המקצועית של העובד הסוציאלי היא המשפחה הרב-דורית, דהיינו מערכת היחסים הבין-דוריים במשפחה, תוך התייחסות לטיפול בהורים מבוגרים והשלכותיו על הילדים ועל מכלול היחסים בין הדורות. אחת התיאוריות החדשניות בתחום זה היא תיאוריית "הסולידריות הבין-דורית" (Intergenerational Solidarity) (Bengtson & Schrader, 1982), המציגה שישה רכיבים המבטאים את ההיבטים ההתנהגותיים, הרגשיים, הקוגניטיביים והמבניים של הקשר הבין-דורי בתוך המשפחה: "סולידריות של קשר", המתייחסת לתכיפות קשרי הגומלין הבין-דוריים; סולידריות אפקטיבית, המבטאת את מידת הקרבה הרגשית; סולידריות של הסכמה ביחס לנושאים מסוימים; סולידריות פונקציונלית, המשקפת את מידת החליפין האינסטרומנטליים בין הדורות; סולידריות נורמטיבית, המתייחסת לנורמות אישיות וחברתיות, המדגישות את חשיבות היחסים בין בני המשפחה; סולידריות מבנית, המתייחסת להזדמנויות לקשר ולחליפין בהתחשב בגודל המשפחה ומרחק המגורים בין חבריה ומצב בריאותם.

ראיה נוספת, המהווה נקודת מוצא להבנת היחסים הבין-דוריים והתפתחות קונפליקטים, היא התיאוריה ההתפתחותית של אריקסון (Erikson, 1963), המצביעה על השלבים ההתפתחותיים במעגל החיים של המשפחה. לכל שלב משימות ויחסים בין-אישיים אופייניים, המשתנים עם המעבר משלב אחד למשנהו, כך שכל חבר במשפחה נמצא בשלב שונה עם משימות אחרות. עובדה זו עלולה לגרום למתח ההופך לקונפליקט, מאחר שהנטייה היא לנסות ולשמר את האיזון בתוך המשפחה. מעבר חלק של בני המשפחה משלב לשלב בו-זמנית מצריך גמישות, המאפשרת קבלת חוקים חדשים, צמצום תוקפם של האחרים ושינוי ציפיות הדדיות. למשל, הירידה ביכולות הפיזיות והקוגניטיביות של ההורה, המקשה עליו למלא תפקידים קודמים, מתקשרת אצלו עם עלייה בחשיבותם של קשרי משפחה, המהווים מקור למשמעות ולביטחון. מנגד, כמעט בלתי נמנעת קיומה של אי-התאמה בין הצרכים ההתפתחותיים של הבן הבוגר לבין אלה של ההורה המזדקן. מכאן, שרק הגיוני שיווצרו מתחים וקונפליקטים ביחסיהם, המתבססים על ציפיות ודפוסי קשר בין-משפחתיים ארוכי שנים (Krause & Haverkamp, 1996; Walsh, 1989).

הקונפליקטים המתפתחים בין הורים לבניהם מושפעים, בין היתר, מהיסטוריית היחסים בתוך המשפחה. קלארק ועמיתיו (Clarke, Preston, Raskin et al., 1999), שחקרו נושא זה, מציעים טיפולוגיה של הסוגיות שסביבן עשויים להתפתח קונפליקטים בין הדורות. החוקרים מגדירים בעניין זה מספר תחומים, שבהם עשויים להתעורר קונפליקטים:

1. תקשורת ודפוסי אינטראקציה: אלה משקפים את התנהלות מערכת היחסים בין הדורות וכוללים תגובות רגשיות ומילוליות, יחסים בין-אישיים ומשקעים מהעבר. הבסיס העיקרי לקונפליקטים אלה הן הציפיות הבלתי ממומשות של האחד מהשני.
2. הרגלים וסגנון חיים: סוגיה המועלית בעיקר על ידי דור ההורים ומתייחסת לבחירות של בני המשפחה בכל הקשור לפעילות או להעדפה מינית, לסידורי מגורים, לאיכות חיים, להקצאת משאבים, לחינוך.
3. דפוסי גידול ילדים וערכים: נמצאו שתי קטגוריות עיקריות: (א) תלונות של ילדים לגבי האופן שבו הוריהם גידלו אותם; (ב) תלונות של הורים או ילדים לגבי ההתייחסות לדור הנכדים בכל הקשור לשיטות גידול ילדים, לפילוסופיה ולהגדרת ההורות: מספר ילדים, מתירנות, ציפיות, הגבלות, תמיכה, מעורבות.
4. פוליטיקה, דת ואידיאולוגיה: חילוקי דעות בנושאים אלה משקפים קונפליקטים במישור הערכי והמוסרי בכלל ובמישור הדתי, אידיאולוגי ופוליטי, בפרט.
5. הרגלים ותפיסות לגבי תעסוקה: אלה משקפים את המחויבות לעבודה ולקידום; עדיפות והשקעה בעבודה, קריירה, סטטוס מול המחויבות למשפחה.
6. ניהול משק הבית: מידת ההשתתפות וחלוקת התפקידים במסגרת הבית והחשיבות המיוחסת לניקיון ולארוחות מסודרות.

מסקנות החוקרים מדגישות את העובדה, שקונפליקטים בין בני המשפחה נמשכים גם בתקופות מאוחרות יותר. על אף שההורים נוטים להציג את מערכת היחסים שלהם עם ילדיהם באור חיובי יותר מאשר הילדים ועל אף שהם מודים בקיום קונפליקטים, הם מייחסים להם פחות חשיבות בהערכת איכות מערכת היחסים שלהם עם ילדיהם מאשר הילדים עצמם. עצם קיום הקונפליקטים, על רקע התארכות תוחלת החיים, עלול ליצור במרוצת הזמן שחיקה במהות הקשר, המתבטאת בפגיעה משמעותית בבריאות הפיזית והנפשית של בני המשפחה. לפגיעה זו יש, בין היתר, השלכה ישירה על רצונם של הבנים לסייע להוריהם. על העובד הסוציאלי המטפל באדם הזקן לנסות ולמנוע מראש חיכוכים עם בני המשפחה על רקע תפיסות שונות של סוגיית התלות-עצמאות. מעבר לכך, על העובד הסוציאלי להיות מסוגל לאבחן מהם דפוסי הקשר בין האדם הזקן לבין בני משפחתו. במערכת היחסים בין בנים ובוגרים להוריהם הזקנים ניתן לזהות שלושה סוגי קונפליקטים (Steinman, 1979):

1. קונפליקטים חדשים: המתעוררים בשלב ההתחברות מחדש, כתוצאה מתהליך ההזדקנות של ההורים. הזדקנות זו יוצרת קונפליקטים חדשים, שלא הטרידו את המשפחה בעבר. הם סובבים סביב השינוי במצבו של ההורה והצורך לקבל החלטות, כגון הוצאת ההורה למוסד, תלות גוברת של הורה בילדיו כתוצאה מפטירת בן זוגו, חוסר הסכמה לגבי תפקידי הבן הבוגר כלפי הוריו, וכדומה. בדרגמה של מר

כהן, כפי שראינו לעיל, עד לשינוי במצבו הפיזי, מערכת היחסים בינו לבין בתו הייתה מצוינת.

2. **קונפליקטים מחודשים:** אלה שהיו קיימים עוד לפני שהבן/בת עזבו את הבית ועל אף שלא נפתרו, נעלמו באופן זמני עם עזיבת הבית. תקופת ההתחברות המחודשת מעוררת קונפליקטים אלה מתרדמתם. ייתכן, שבמשך השנים הועתקו קונפליקטים אלה למערכות אחרות, כגון בן זוג או ילדים, מקום עבודה, או שנשארו ברקע והתעוררו מחדש מפאת ההתקרבות המחודשת. הם ייסובו על סוגיות, כגון: מי מקבל עליו את האחריות לטיפול, מי משתתף בטיפול ומי מתחמק, ממי ההורה מצפה שיפעל. במקרה של מר כהן, לאחר ברור של העובדת הסוציאלית עם הבת הסתבר, שמאז ומתמיד נקראה הבת לסייע להורים בזמן שאחיה תמיד מצא תרוץ לא להיות נוכח בפגישות ולא להשתתף בתהליך קבלת ההחלטות.

3. **קונפליקטים נמשכים:** הכוונה לקונפליקטים שתמיד היו קיימים בעצמות שונות בין ההורים לילדיהם, לאורך כל רצף חייהם. קונפליקטים אלה עשויים להיות תוצר של חילוקי דעות ארוכי-טווח בין הדורות ביחס לסגנון חיים, לערכים או לדת, כשכל צד מתחפר בעמדתו. במקרים אחרים, הקונפליקט עלול להיגרם כתוצאה משליטתו החזקה של ההורה מחד גיסא, ומאבקו המתמיד של הילד להגיע לעצמאות, מאידך גיסא. בתו של מר כהן מבינה, שלמרות היחסים הטובים שלה עם אביה, הוא מצפה ממנה להיות מעורבת בטיפול בו, כפי שטיפלה באמה, שנפטרה מספר שנים קודם לכן.

ההתעוררות המחודשת והחדשה של קונפליקטים מתרחשת תכופות סביב סוגיית העצמאות-תלות. הקונפליקטים משפיעים באופן הדדי על כל הדורות במשפחה וקשורים זה בזה. לדוגמה: במשך תהליך ההתבגרות, ילדים רוצים תלות ועצמאות בו-זמנית. ההורים חווים חוויה דומה – מחד גיסא, הם מעוניינים שילדיהם יפתחו דפוסי התמודדות עצמאיים ומאידך גיסא, הם אינם רוצים לאבד את שליטתם. קונפליקטים פנימיים אלה באים לידי ביטוי בדינמיקה הבין-אישית המשפחתית ברמה המילולית וברמה הלא-מילולית. קונפליקטים שלא נפתרו שבים וצפים מאוחר יותר באותם ממדים, אך בהקשר אחר. לדוגמה, לעת זיקנה ההורה יתלבט עד כמה הוא רוצה להיות תלוי וילדיו וילדיו יצטרכו להגדיר עד כמה הם רוצים שהוריהם יהיו תלויים בהם. למשל, ההתלבטות סביב סוג הטיפול שההורה יקבל, הבאת מטפלת או הוצאת ההורה מהבית, על מי תיפול האחריות העיקרית, מי יטפל במה, כפי שראינו בעניינו של מר כהן.

גם עם ממד הקבלה-דחייה נאלצים להתמודד לאורך כל מעגל החיים. ילדים קטנים מעוניינים להשיג את אישור הוריהם, המתפרש כקבלה, ולהימנע מהתנגדותם המתפרשת

כדחייה. אם צורך זה סופק בילדות ולא נשארו משקעים בלתי מעובדים, אין סיכוי שקונפליקטים כאלה יתעוררו מחדש בתקופת ההתחברות. אם הקונפליקט לא נפתר, ייתכנו ניסיונות מתמשכים בבגרות, העשויים להימשך באופן גלוי או סמוי לאורך כל החיים (Steinman, 1979). כמבוגרים, ניתן להעתיקם לאובייקט אחר, מלבד ההורים, כגון ילדים או בני זוג. כלומר, הצורך נשאר, רק האובייקט משתנה. אם צורך זה סופק בילדות ולא נשארו משקעים בלתי מעובדים, אין סיכוי שקונפליקטים אלה יתעוררו מחדש בשלב ההתחברות המחודשת. עם חידוש הקשר בבגרות יש לקונפליקט שני פנים: חשש של הבן מדחיית הוריו, וחשש של ההורה מדחייה ומאי-קבלת ילדיו אותו (הנטמן וברנשטיין, 2000). אם הקונפליקט לא נפתר, סבירים הסיכויים שהוא יצוץ מחדש. אם בילדות הייתה התנגדות מצד ההורים לחברים של הבן, הרי מאוחר יותר תבוא לביטוי התנגדות לסגנון ההורות של הבן, לבן הזוג שנבחר, לקריירה וכדומה. ככל שהעובד הסוציאלי מבין טוב יותר את המשקעים ואת מערכות היחסים בין בני המשפחה, כך ביכולתו למנף בהצלחה רבה יותר את תכנית ההתערבות עם האדם הזקן.

את החבות של בנים בוגרים להוריהם אפשר להסביר במושגים של מחויבות, התקשרות, אהבה, חליפין ורצון לנתינה (Marcoen, 1995). התייחסות כזו מחייבת שינוי בתפיסת עולמו הבסיסית של הבן, שהורגל לראות את ההורה כדמות שמכותית, מעוררות יראה ו/או כבוד, וגם כמקור לאהבה ולביטחון. היכולת הרגשית לטפל בהורה מתוך אהבה ודאגה נקראת "בשלות פיליאלית" (בר-טור, 2005; Brubaker, 1985; Donorfio & Sheeham, 2001). בשלות זו מתבטאת ביכולתו של הבן הבוגר לשמור על עצמו על ידי הגדרת גבולות הטיפול וההשקעה שלו, מחד גיסא, ולספק באופן ראוי להורה את צרכיו, מאידך גיסא. קשר מיוחד זה הוא תוצר של תהליך הדדי, שאינו ניתן להגשמה ללא שיתוף הפעולה המלא של הורים וילדים כאחד (הנטמן וברנשטיין, 2000).

מקור השימוש במושג "בשלות פיליאלית" הוא בתרבות הסינית העתיקה, שבה הכבוד הפיליאלי מהווה את אחת הנורמות החברתיות הבסיסיות. על פי תורתו של קונפוציוס, תפקידו של הדור הצעיר הוא לא רק לדאוג לרווחתם של זקניו, אלא גם להקפיד על התנהגות מכבדת ומכובדת גם בסיוע האינסטרומנטלי וגם בסיוע הרגשי (Sung, 2000).

עיקר העזרה שבנים בוגרים מעניקים להוריהם מתבטאת בתמיכה, המאפשרת להורים להיות עצמאיים ובעלי שליטה על חייהם, כל עוד הדבר אפשרי. למרות שמרבית הבנים מאמצים את תפיסת האחריות הפיליאלית, נוצר מצב פרדוקסלי, שבו הבנים מעוניינים לתת סיוע להוריהם יותר מאשר הוריהם רוצים לקבל את הסיוע. יש לזכור, כי עודף תמיכה עלול למחוק את תחושת העצמאות והאוטונומיה של ההורה (Donorfio & Sheeham, 2001).

המצב הרצוי הוא, שהמשפחה מתפקדת כמערכת לעזרה הדדית, שבה הילדים הבוגרים מטפלים בהוריהם הזקנים, מבלי לעורר תחושה של אבדן הכבוד העצמי ותחושת תלות. השגת הבשלות הפיליאלית מאפשרת מימוש מוצלח של המשימות החיוניות הללו, הנדרשות להבטחת איכות חיי ההורה המזדקן. מעצם ההדריות, הבשלות הפיליאלית מאפשרת מתן סיוע מרצון להורים מבוגרים ויכולתם של ההורים לקבל את הסיוע המוצע. זאת, כאשר המניע הוא אהבה ותחושת אחריות, תוך התחשבות בצרכים של שני הצדדים ושמירה על תחושת העצמאות (Johnson, 1996). קיימת חשיבות מרבית לשיתוף ההורה בכל החלטה הקשורה לחייו, אם זה מעבר למסגרת מגורים חדשה, שינוי של טיפול רפואי או בחירת בגד חדש. משימה זו אינה דומה לתפקיד של להיות בנים צעירים להורים צעירים, כאשר עיקר הנתנה היא של ההורים לילדיהם. ביחסים בין בנים בוגרים להורים בגילאים המבוגרים יותר, קיים, אמנם, סוג של שוויוניות, אך היא נצבעת במשקעי העבר ובדפוסי היחסים לאורך ההיסטוריה המשפחתית, שאליהם מצטרפים גורמים חיצוניים חדשים, כגון: חתנים, כלות, מחותנים, נכדים. כל אלה משתבצים אל תוך סדר היום הדחוס של הבנים במטרה לספק את הצרכים ולשמר את הקשר הבין-אישי בתוך המשפחה.

לא תמיד בני המשפחה מסוגלים להתארגן בכוחות עצמם. עומס הדרישות, משקעים רגשיים והיסטוריים ולעתים תכופות אף חוסר מידע לגבי שירותים תומכים העומדים לרשותם משאירים אותם אובדי עצות וחסרי אונים. התערבות חיצונית של העובד הסוציאלי, המסייע לבני המשפחה "לעשות סדר" ולהגדיר את הצרכים והמענים הנדרשים, מקדמת את בריאות הנפש ואת איכות החיים של כל המעורבים.

מטבע הדברים, הקבוצה המושפעת ביותר היא של בני דור הביניים, העשויים למצוא עצמם ניצבים מול מגוון מחויבויות המתנגשות לפרקים – כלפי ילדיהם הבוגרים הצעירים, מחד גיסא, והוריהם המזדקנים, מאידך גיסא. התופעה של בנים בוגרים, הממלאים את תפקיד ההורים לילדיהם ובמקביל גם מטפלים בהוריהם, היא תופעה יחסית חדשה של המאה ה-21 ונקראת "דור הסנדוויץ'". משמעותה, מחויבויות רב-דוריות, המתבטאות בדרישות מתחרות ובריבוי תפקידים בתחום המשפחה, החברה והעבודה (Riley & Bowen, 2005).

"דור הסנדוויץ'"

תקופת אמצע החיים, כפי שהיא מוגדרת כיום, מגיל 45 ועד 65 לערך, היא שלב סוציו-תרבותי חדש יחסית, שמקורו בסוף המאה ה-20. תוחלת החיים המתארכת, שהוסיפה יותר מעשור לחייהם של אנשים בחברה המודרנית, מעניקה תוכן ומהות שונים לתחום הגילאים שבעבר הוגדר בעיקרו כתקופת מעבר (Chisholm, 1999; Moen & Wethington, 1999). זה השלב שבו האדם מגיע להכרה, שזמן רב יותר נשאר מאחוריו מאשר הזמן שנותר לו בעתיד, וזה

גם השלב, שבו בני הזוג מתחילים להשתחרר מהנטל הכלכלי ומהטיפול בילדיהם וליהנות מאיכות חיים ומרמת חיים סבירה. חלק מהילדים נמצא ב"תהליך שיגור" מהבית, אחרים כבר הקימו משפחות משלהם והעניקו להוריהם דור של נכדים. בו-זמנית, לפחות לאחד מבני הזוג יש הורה או הורים, הנמצאים בשלבים שונים של תהליך הזדקנות ומתחילים להזדקק לרמה מסוימת של סיוע. לכן, בשלב זה מתרחשת מעין התחברות מחודשת (rejoining) עם ההורים המזדקנים. התחברות זו נוצרת על רקע פטירת אחד ההורים, מחלה, קושי כלכלי, אשפוז, צורך בשינוי מגורים, צורך בתמיכה חברתית או רגשית או צורך בשירותים אחרים, כגון הסעות, בישול וקניות או אף קשר חברתי. מה שמאפיין התחברות מחודשת זו הוא בעיקר השכיחות הגבוהה יותר של קשרים ואינטראקציות בין הבן הבוגר לבין ההורה המזדקן. מכאן, שדור הביניים, או "דור הסנדוויץ'", נמצא במרכז הפעילות והדרישות של כל בני המשפחה (Soldo, 1996; Szinovacz, 1998) וממלא מספר רב של תפקידים חברתיים ומשפחתיים כהורה, סב/סבתא, בן/בת, בן זוג ועבודה.

לפיכך, ניתן לראות בתוך המערכת המשפחתית נשים וגברים כאחד, המתמודדים עם אותם קונפליקטים פנימיים וחיצוניים, עם הקוטביות של צעיר וזקן בתהליך מקביל ועם השפעת התחושה של תחילת ההזדקנות, כשההורים המבוגרים מהווים מעין תסריט עתידי (Riley & Bowen, 2005). על רקע זה מתמודד "דור הסנדוויץ'" עם התפקיד הפיליאי הדורש תמרון בין משימות רבות. היענות נאותה דורשת היערכות ותכנון הלוקחים בחשבון את כל הפעילויות, המחויבויות והרצונות של נותן הטיפול ומקבלו. זו מציאות של מסלולים המשתלבים ותלויים האחד באחר. החלטות בתחום אחד מותנות תמיד במחויבויות ובקשרים בתחום אחר. תופעה זו בולטת במיוחד במסגרת הקשרים והתפקידים המשפחתיים ולכן, ההתארגנות לטיפול רב-דורי, במקביל למילוי צרכים אישיים, עלולה ליצור מכשול, קונפליקט ולחץ, שיובילו לבעיות בריאותיות, לקושי בתפקוד ולתחושת עומס כבדה (Chisholm, 1999; Grundy & Henretta, 2006). התוצאה האפשרית של מצב זה היא תחושת לחץ, עומס רגשי ופיזי ולעתים קרובות קונפליקט תפקידים (הנטמן, 2010).

במקרים רבים, הפנייה לעובד הסוציאלי נעשית על ידי אחד הבנים, שחלק או עיקר הטיפול נופל עליו. הגישה המשפחתית-מערכתית, המאפשרת לראות את האדם הזקן כחלק ממערכת רחבה יותר, שבה חברה משפיעים ומושפעים האחד מן האחר (Greene, 2008), עשויה לקדם מאוד את ההתייחסות המקצועית לזקן, מפני שהיא מאפשרת התייחסות רב-דורית ומערכתית למכלול הבעיות שנוצרו כתוצאה משינוי בתפקודו של האדם הזקן. על פי גישה זו, העובד הסוציאלי מבצע הערכה של מערכת היחסים בין בני המשפחה, מערכת התמיכה של האדם הזקן והמשאבים העומדים לרשותם. עמדתם השונה של כל אחד מבני המשפחה חשובה על מנת להגיע להערכה מדויקת לגבי האנשים שעליהם אפשר לבנות תכנית

התערבות ריאלית. מפגשים עם בני המשפחה, בנוכחות ובהיעדרות האדם הזקן, מודעות למשקעים שנושא כל בן משפחה, לאילוצים האישיים שלו ולבעיות כלכליות ומשפחתיות, יקלו על תהליך קבלת ההחלטות ותכנון ההתערבות. תפקידו של העובד הסוציאלי לסייע לבני המשפחה בהגדרת גבולות הטיפול ובחלוקת התפקידים.

שיטות ומיומנויות ייחודיות של התערבות

בכל המישורים שהוזכרו לעיל, הפרטני, הקבוצתי והקהילתי, עובדים סוציאליים ממלאים תפקידי טיפול, חינוך והדרכה, מנהיגות, תכנון, פיתוח והפעלת שירותים. הקו המנחה את ההתערבות עם האוכלוסייה המבוגרת הוא התמקדות בהעצמת האדם הזקן, חיזוק ההערכה העצמית שלו, כוחותיו ויכולותיו במישורים הפיזיים, הנפשיים והחברתיים, וכן פיתוח וחיזוק מערכות תמיכה פורמליות ולא פורמליות. מטרות אלו מושגות באמצעות מתן שירותים מניעתיים ותומכים לאורך רצף של עצמאים-סיעודיים (Greene, 2008). כלומר, משירותים הניתנים בקהילה ועד לשירותים מוסדיים ולשירותי הוספיס. ההתערבות המקצועית עם זקנים מתבססת, כאמור, על הגישה האקולוגית, המהווה אבן דרך בתפיסה החברתית-סביבתית של העבודה הסוציאלית בכלל והעבודה עם זקנים בפרט. לפי תפיסה זו ניתן לחזק את אמונתו של האדם הזקן ביכולתו לדאוג לעצמו ולשלוט בסביבתו. גם גישת הכוחות יוצאת מתוך הנחה, שלכל אחד יש את המשאבים הפנימיים להתמודד ולשנות את מצבו, תוך מתן כבוד למערכת ההתייחסות של הפרט וזכותו להגדרה עצמית. הדגש בקשר המקצועי שבין העובד הסוציאלי לבין המטופל המבוגר מושם על יצירת קשר, המעמיד את האדם הזקן כמומחה לאירועי חייו (Greene, 2008; Greene et al., 2007).

התערבות בבעיות חברתיות-רגשיות וקוגניטיביות משלבת את הידע הכללי של העובד הסוציאלי לגבי תהליך ההזדקנות עם גישה מערכתית, מאורגנת, שמטרתה זיהוי הבעיה, בדיקת פתרונות חלופיים, פתרון הבעיה והערכת תוצאות ההתערבות (McInnis-Dittrich, 2005). מטרה אחת של ההתערבות היא להביא לשינוי של המצב, למשל, לזהות את מקור הדיכאון אצל האדם הזקן (תרופות לא מתאימות, מחלה פיזית, אבל מתמשך); השנייה היא לסייע לזקן להסתגל למצב שלא ניתן לשינוי, למשל, לאחר מחלה או אבדן כלשהו.

היכולת לחוש שליטה על חיי היום-יום ולהמשיך לקבל החלטות עצמאיות היא המנבא הטוב ביותר לבריאות נפשית בויקנה. יכולת זו היא המעצימה את הזקן ומבטיחה את איכות חייו. החוקרים קוקס ופרסונס (Cox & Parsons, 1994) פיתחו מודל העצמה לעבודה עם האוכלוסייה המבוגרת, המדגיש שינוי בארבעה ממדים: (1) ברמה הפרטנית, באמצעות

הזדהות עם צרכים אישיים ופיתוח המודעות האישית למקור הבעיה; (2) בסיוע של קבוצות לעזרה עצמית, התורמות להבנה מעמיקה יותר של המצב; (3) בשינוי הסביבה המיידית של האדם הזקן; (4) ברמה גבוהה יותר של מדיניות ופיתוח שירותים. מודל זה מאפשר לעובד הסוציאלי להתערב ברמות השונות של חיי הזקן, תוך מקסום תחושת ההעצמה שלו.

בעת יצירת הקשר המקצועי הראשוני עם האדם הזקן יש לקחת בחשבון שהוא עלול להתייחס בחשדנות לתהליך ההתערבות וזאת מתוך תפיסות מיושנות של פנייה לעזרה מגורם חיצוני. לכן, חשובה ההתייחסות הרגישה והזהירה של העובד הסוציאלי כבר בשלבים הראשונים של הקשר. מתן מקום לדעותיו של האדם הזקן, שיתופו בהגדרת הבעיות ובבחירת מטרות ההתערבות, פתיחות ושקיפות לגבי הפעולות הננקטות, כל אלה תורמים ליצירת אווירה של אמון וביטחון מצד האדם הזקן.

ניתן להצביע על מספר גישות התערבות המיושמות בעבודה עם זקנים. להלן יוצגו שלוש מהגישות השכיחות:

1. הגישה הקוגניטיבית לטיפול בזקנים

הרעיון המנחה של המודל הרגשי-קוגניטיבי מבוסס על העיקרון שלפיו תגובות הפרט לאירועי חיים מושפעות מאמונות, ממחשבות, מהשערות ומדימויים המתעוררים בו והמכתיבים את התנהגותו ורגשותיו (בר-טור, 2005). על פי גישה זו, קיים מערך חשיבה רציונלי, המבוסס על רצון, על העדפה ועל משאלה למימוש מטרות בחיים, ומערך חשיבה בלתי רציונלי, המבוסס על תובענות ועל הערכה אבסולוטית של מאורעות בחיים. אצל זקנים ניכרת התחזקות של מחשבות תובעניות אלו, הנשענות על הירידה בכישורים הפיזיים, הקוגניטיביים, הנפשיים והחברתיים. אלברט אליס (Ellis, 1999), שזיהה שכיחות גבוהה יותר של מחשבות תובעניות בקרב מטופליו המבוגרים, פיתח גישה טיפולית רציונלית-אמוטיבית, שמטרתה לעזור לאנשים להבחין בין מחשבות רציונליות לבלתי רציונליות ולהפריך את החשיבה הבלתי רציונלית. הטיפול מתבסס על עקרונות אלה: (A)ctivating event – האירועים הקשים, בעיות וכדומה המתרחשים בחיי הפרט; (B)elief – האמונות, המחשבות האוטומטיות המעצבות את התגובות האישיות; (C)onsequence – תוצאות קשות הנגרמות ממחשבות לא רציונליות (Irrational Beliefs; (D)isputation – הפרכת מערך החשיבה הבלתי רציונלי באמצעות תהליך ההתערבות; (E)ffective response – שינוי מתגובה בלתי רציונלית לתגובה רציונלית.

אליס וולטן (Ellis & Velten, 1998; Ellis, 1999) טוענים, שכשאדם מביט בבעיה בעין בוחנת, הוא מסוגל לזהות עצמו כחלק מהבעיה ומכיר בכך שקיימת בפניו הבחירה כיצד

לפעול וכיצד להרגיש. גישה זו מעמידה בפני האדם הזקן השבוי במחשבות בלתי רציונליות אתגר רציונלי להוכחה שאמונותיו אלה מוטעות.

2. סקירת חיים

הרקע התיאורטי לגישה זו מצוי בתיאוריות ההתפתחותיות והפסיכו-דינמיות של המבוגר ובעיקר של אריקסון. גיל הזיקנה מאופיין בנטייה להתבוננות פנימית. ההיזכרות בתקופות חיים קודמות מתירה תהליך של ארגון מחדש של העבר במבנה חזק ומשמעותי יותר, היכול להוות מקור של כוח ונחמה, ובהמשך התמודדות מוצלחת בהווה עם קונפליקטים ועם תחושת הסופיות (אייל, 1997; לומרנץ, 2003; Coleman, 1986; Haight & Webster, 1995). רוברט בטלר (Butler, 1963) הציג את תהליך סקירת החיים כתהליך אוניברסלי, נורמלי ובריא המתאים במיוחד לאנשים זקנים, הנדרשים להסתגלות ולהתפתחות. קיימות מגוון שיטות ליישום סקירת החיים, באמצעות בניית אילן משפחתי, עיון באלבומי תמונות ישנים, קריאת מכתבים מהעבר או על ידי כתיבה או הקלטה של סיפור החיים של האדם הזקן. המסע אל עברו של הזקן מאפשר לו להתמודד עם תהליכים נפשיים פנימיים, לבטא רגשות כעס ואשם ולמצוא משמעות חדשה לחיים (עוד על סקירת חיים ראו שער שלישי, פרק 15).

3. גישת התיקוף

גישת התיקוף להתערבות מקצועית עם אנשים הסובלים מדמנציה, פותחה על ידי נעמי פייל, עובדת סוציאלית המתמחה בעבודה עם זקנים תשושי נפש, בין השנים 1963 עד 1980. פייל (Feil, 2003), מחלקת אנשים הסובלים מירידה קוגניטיבית לארבע קבוצות לפי: (1) פגיעה בהתמצאות; (2) בלבול בזמן; (3) תנועתיות חזרתית; (4) מצב וגטטיבי. ההתערבות מבוססת על העיקרון הכללי של הכרה, מתן תוקף וקבלה של האמת, הרגשות והמציאות האישית של הפרט ללא עוררין. על פי תפיסתה, על המטפל לחזק את המציאות שבה נמצא האדם הזקן, גם כאשר למציאות זו אין כל אחיזה במציאות האובייקטיבית. אדם המקבל תיקוף לרגשותיו, מפתח אמון במטפל, מה שמוביל לתחושת ביטחון, הערכה עצמית וכבוד עצמי. תהליכים אלה משמעותיים במיוחד כאשר מדובר באנשים הסובלים מדמנציה וחיים בעולם שאינו תמיד מחובר לסביבתם האובייקטיבית. תחושות אלו של קבלה מפחיתות את האיום הקיומי שהחולה הדמנטי חש ומספקות רוגע ומנוחה.

סיכום

לנוכח השינויים הדמוגרפיים המאפיינים את המאה ה-21, ובראשם העלייה בתוחלת החיים, כתוצאה משיפור רמת החיים ושירותי הרפואה והירידה בילודה, נוצרו שתי קבוצות של זקנים: זקנים צעירים וזקנים זקנים. מצב זה מחייב היערכות חברתית ומקצועית שונה, כדי להבטיח לאוכלוסייה הטרוגנית זו איכות חיים נאותה.

מקצוע העבודה הסוציאלית הוא בין המקצועות המרכזיים המסוגלים לתת מענה טיפולי ומקצועי לנושא זה. בסיס הידע והניסיון של העובדים כוללים את המישור הפרטני, הקבוצתי והקהילתי, מתוך ראייה מערכתית-אקולוגית, המאפשרת פרקטיקה מקצועית ייחודית ומגוון של התערבויות ומימוניות מקצועיות. האתגר הגדול ביותר העומד בפני העבודה הסוציאלית עם האדם הזקן ומשפחתו הוא תכנון ההתערבויות והשירותים, כדי שיבטיחו הזדקנות מוצלחת. כל זאת, תוך הפעלת גישה מניעתית, המאפשרת יציבות ותמיכה, אוטונומיה לאדם הזקן לבחור את הדרך הטובה ביותר עבורו לשמר איכות חיים ומעל לכל, שיתופו בכל החלטה הנוגעת לחייו. בעתיד אולי נזכה לחברה רב-גילית (Age integrated society), שבה כל האפשרויות פתוחות לכל גיל (Rowe & Kahn, 1998).

מקורות

- אייל, נ. (1997). החיים כנהר. תל אביב: ידיעות אחרונות.
- ברודסקי, ג', שנוור, י. ובאר, ש. (2009). קשישים בישראל: שנתון סטטיסטי 2008. ירושלים: ג'וינט ישראל, מכון ברוקדייל.
- בר-טור, ל. (2005). הטיפול הפסיכולוגי בבני האוכלוסייה המזדקנת. בתוך: האתגר שבהזדקנות. ירושלים: אש"ל, ג'וינט ישראל. עמ' 119-172.
- דורון, י. וקורן, ח. (2005). תפקיד העובד הסוציאלי במעונות לזקנים עצמאיים ותשושים: פרספקטיבה של 20 שנה. גרונטולוגיה, ל"ב (1), 31-61.
- הנטמן, ש. וברנשטיין, מ. (2000). "דור הסנדוויץ'". ירושלים: מודן ואשל, ג'וינט ישראל.
- הנטמן, ש. וקטן, י. (2001). זיקנה – תחום מומחיות בעבודה סוציאלית: ירושלים: מועצת העובדים הסוציאליים.
- הנטמן, ש. (2010). "דור הסנדוויץ'" – כפל תפקידים, הקונפליקט הבין-דורי והשפעתו על היחסים במשפחה המבוגרת. בתוך: י. בריק וא. לבנשטיין. (עורכים), הזקן והמשפחה: סוגיות מרכזיות ביחסים רב-דוריים. ירושלים: אשל, ג'וינט ישראל.

הנטמן, ש. (2012). עבודה סוציאלית עם זקנים. בתוך: מ. חובב, א. לוונטל, י. קטן. (עורכים). *עבודה סוציאלית בישראל* (עמ' 462-478). תל אביב: הקיבוץ המאוחד.

יקוביץ, א. (2003). מדיניות הטיפול בזקנים בישראל. בתוך: א. רוזין. (עורך), *הזדקנות וזיקנה בישראל* (עמ' 669-684). ירושלים: אשל, ג'וינט ישראל.

כהן, ב. (2000). גישת הכוחות בעבודה סוציאלית. *חברה ורווחה*, 3, 291-300.

לבנשטיין, א. (2003). טיפול של בני משפחה בזקנים. בתוך: א. רוזין. (עורך), *הזדקנות וזיקנה בישראל* (עמ' 661-668). ירושלים: אשל, ג'וינט ישראל.

לומרנץ, י. (2003). בריאות נפשית וטיפול נפשי בתקופת הזיקנה. בתוך: א. רוזין. (עורך), *הזדקנות וזיקנה בישראל* (עמ' 467-529). ירושלים: אשל, ג'וינט ישראל.

- Baskind, F.R. & Briar-Lawson, K. (2005). Advancing social work with older adults. *Families in Society*, 86 (3), 424-430.
- Bengtson, V.L. & Schrader, S. (1982). Parent-child relations. In: D. Mangen & W.A. Peterson. (Eds.), *Research instruments in social gerontology* (Vol. 2, pp.15-186). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Bengtson, V.L. & Roberts, R.E.L. (1991). Intergenerational solidarity in aging families: An example of formal theory construction. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 856-870.
- Berkman, B., Dobrof, R., Harry, L. & Damron-Rodriguez, J.A. (1997). White paper: Social work. In: S.M. Klein. (Ed.), *A national agenda for geriatric education: White papers* (pp. 53-85). New York: Springer Publishing.
- Bonjean, M.J. (1997). Solution-focused brief therapy with aging families. In: T. D. Hargrave & S. Midori Hanna. (Eds.), *The aging family* (pp. 81-100). New York: Brunner-Mazel.
- Brubaker, T.H. (1985). *Later life families* (pp. 51-52). CA: Sage.
- Butler, R.N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-76.
- Chasteen, A., Kang, S.K. & Remedios, J.D. (2012). Aging and stereotype threat: Development, process, and interventions. In: M. Inzlicht & T. Schmader. (Eds.), *Stereotype threat: Theory, process, and application* (pp. 202-216). New York: Oxford University Press.

- Chisholm, J.F. (1999). The Sandwich generation. *Journal of Distress and the Homeless*, 8 (3), 177-191.
- Cicirelli, V.G. (1992). *Family caregiving: Autonomous and paternalistic decision making*. London: Sage Library of Social Research.
- Clarke, E.J., Preston, M., Raskin, J. & Bengston, V.L. (1999). Types of conflicts and tensions between older parents and adult children. *The Gerontologist*, 39 (3), 261-270.
- Coleman, P. (1986). *Aging and reminiscence processes*. New York: Wiley.
- Council on Social Work Education. (2008). *Educational policy and accreditation standards*. Alexandria, VA: Personal communication.
- Cox, E.O. & Parsons, R.J. (1994). *Empowerment-oriented social work practice with the elderly*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Damoron-Rodriguez, J., Villa, V., Tseng, H.F. & Lubben, J.E. (1997). Demographic and organizational influences on the development of gerontological social work curriculum. *Gerontology and Geriatrics Education*, 17 (3), 3-18.
- Donorfio, L.M. & Sheeham, N.W. (2001). Relationship dynamics between aging mothers and caregiving daughters: Filial expectations and responsibilities. *Journal of Adult Development*, 8 (1), 39-49.
- Ellis, A. & Velten, E. (1998). *Optimal aging: Getting over getting older*. Chicago and La Salle, Illinois: Open Court Publishing.
- Ellis, A. (1999). Rational emotive behavior therapy and cognitive behavior therapy for elderly people. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 17 (1), 5-18.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: W. W. Norton.
- Feil, N. (2003). *Validation: The Feil method*. Cleveland, Ohio: Edward Feil Productions.
- Galambos, C. (1997). Resolving ethical conflicts in providing case management services to the elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 27 (4), 57-67.
- Galambos, C. & Greene, R.R. (2006). A competency approach to curriculum building. *Journal of Gerontological Social Work*, 48 (1), 111-126.
- Graham, J.E. & Stephenson, P.H. (Eds.). (2012). *Contesting Aging and Loss*. Toronto, Canada: University of Toronto Press.

- Graybeal, C. (2001). Strengths-based social work assessment: Transforming the dominant paradigm. *Families in Society*, 82 (3), 233-242.
- Greene, R.R. (2000). Serving the aged and their families in the 21st century using a revised practice model. *Journal of Gerontological Social Work*, 34 (1), 43-62.
- Greene, R.R., Cohen, H.L., Galambos, C.M. & Kropf, N.P. (2007). Chapter 9. A shift in organizational practice: Meeting the needs of an increasingly aging society. In: R. Greene, H. Cohen, C. Galambos & N. Kropf. (Eds.), *Foundations of social work practice in the field of aging* (pp. 223-258). Washington, D.C.: NASW Press.
- Greene, R.R. (2008). *Social work with the aged and their families* (3rd ed.). New Brunswick, NJ: Aldine Transaction.
- Grundy, E. & Henretta, J.C. (2006). Between elderly parents and adult children: A new look at the intergenerational care provided by the 'sandwich generation'. *Aging and Society*, 26, 707-722.
- Haight, B. & Webster, J. (1995). *The Art and Science of reminiscing*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- John, D. & Lang, F.R. (2012). Adapting to unavoidable loss during adulthood. *GeroPsychiatry*, 25 (2), 73-82.
- Johnson, C.L. (1996). Cultural diversity in the late-life family. In: R. Bliezner & V. Bedford. (Eds.), *Aging and the family: Theory and research* (pp. 305-331). Westport, CT: Greenwood Press.
- Kivnik, H.Q. & Murray, S.V. (2001). Life strengths interview guide: Assessing elder clients' strengths, *Journal of Gerontological Social Work*, 34 (4), 7-31.
- Kolomer, S.R., Lewinson, T., Kropf, N.P. & Wilks, S.E. (2006). Increasing aging content in social work curriculum. *Journal of Gerontological Social Work*, 48 (1), 97-110.
- Krause, A.M. & Haverkamp, B.E. (1996). Attachment in adult child-older parent relationships: Research, theory and practice. *Journal of Counseling and Development*, 75 (2), 83-92.
- Linzer, N. (2002). An ethical dilemma in home care. *Journal of Gerontological Social Work*, 37 (2), 23-34.
- Loewenberg, F.M., Dolgoff, R. & Harrington, D. (2000). *Ethical decisions for social work practice* (6th ed.). Itasca, IL: F.E. Peacock.

- Marcoen, A. (1995). Filial maturity of middle-ages adult children in the context of parents care: Models and measures. *Journal of Adult Development*, 2, 125-136.
- Marino, S. (1991). Selected problems in counseling the elderly. In: M. Holosko & M.D. Feit (Eds.), *Social work practice with the aged* (pp. 47-74). Toronto: Canadian Scholar Press.
- McClusky, H.Y. (1974). Education for aging: The scope of the field and perspectives for the future. In: S.M. Grabowski & W.D. Mason. *Learning for aging*. Washington, D.C.: Adult Education Association of the U.S.A. & ERIC Clearinghouse on Adult Education.
- McInnis-Dittrich, K. (2005). *Social work with elders: A biopsychosocial approach to assessment and intervention* (2nd ed.), Boston: Allyn & Bacon.
- Moen, P. & Wethington, E. (1999). Midlife development in a life course context. In: S.L. Willis & J.D. Reid. *Life in the middle: Psychological and social development in middle age* (pp. 3-14). San Diego, CA.: Academic Press.
- Naleppa, M.J. & Reid, W.J. (2003). A profile of older adults. In: J. Matthias Naleppa & J. William Reid. (Eds.), *Gerontological social work: A task centered approach* (pp. 7-17). New York: Columbia University Press.
- Riley, L.D. & Bowen, C.P. (2005). The sandwich generation: Challenges in coping strategies of multigenerational families. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 13 (1), 52-58.
- Rosen, A.L., Zlotnik, J.L., Curl, A.L. & Green, R.G. (2000). *CSWE Sage-SW National aging competencies survey report*. Retrieved September 24, 2009 from the World Wide Web: <http://www.cswe.org/sage-sw/resrep/competenciesrep.htm>.
- Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books.
- Saleebey, D. (2005). *The strengths perspective in social work practice* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Shirey, M.R. (2006). Authentic leaders creating healthy work environments for nursing practice. *American Journal for Critical Care*, 15, 256-267.
- Singleton, J.L. (2006). Infusing gerontology throughout the BSW curriculum. *Journal of Gerontological Social Work*, 48 (1), 31-46.
- Soldo, B.J. (1996). Guest editorial: Cross-pressures on middle-age adults: A broader view. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 51B, S271-S273.

- Steinman, L.A. (1979). Reactivated conflicts with aging parents. In: P. Ragan (Ed.), *Aging parents* (pp. 123-143). L.A.: University of Southern California.
- Sun, F., Waldron, V., Gitelson, R. & Ho, C. (2012). The effects of loss of loved ones on life satisfaction among residents in a Southwest retirement community: The mediating roles of social connectedness. *Research on Aging*, 34 (2), 222-245.
- Sung, K.T. (2000). Respect for elders: Myths and realities in East Asia. *Journal of Aging and Identity*, 5, 197-205.
- Szinovacz, M.E. (1998). Grandparents today: A demographic profile. *The Gerontologist*, 38, 37-52.
- Walsh, F. (1989). The family in later life. In: B. Carter & M. McGoldrick. (Eds.), *The changing family life cycle* (pp. 311-332). New York: Gardner Press.

פרק 5

הטיפול הפסיכולוגי בזיקנה: מאפיינים ייחודיים לטיפול ולמטפל – אתגר והזדמנות לאינטימיות ולצמיחה הדדית

ליאורה בר-טור

מבוא

העלייה הדרמתית בתוחלת החיים מציבה אתגר גדול לאוכלוסייה המזדקנת הנמצאת בעיצומו של מסע, שברובו אינו ידוע ואינו ניתן לניבוי. זהו שלב שבו מופר האיזון שבין רווחים להפסדים, בין צמיחה לדעיכה; זהו תהליך שיותר מכל שלב אחר במעגל החיים כרוך בשינויים, באבדנים, בפרידות. ניתן לראות בו מסע של הישרדות, המחייב כוחות רבים כדי להרוף לחצים ולהסתגל למציאות המשתנה. אך יש בשלב זה של החיים גם אפשרות לצמיחה ולהתפתחות, לעושר פנימי רב, המאזן את העולם החיצון המתכווץ ומכאן גם לחוכמה, לשלווה ובעיקר לשחרור ולרגיעה.

בעוד שבצמתים שונים במחצית הראשונה של החיים יש מודעות גבוהה ליכולת לקבל תמיכה, לייעוץ או לטיפול פסיכולוגי, אם צריך, הרי שבמהלך ההזדקנות המצב שונה. האדם הזקן עסוק בהתלבטויות מהותיות לגבי המשך חייו וחשוף לאתגרי הזיקנה, לאחר היציאה לגמלאות, כשבן או בת הזוג נפטרים, כשחלה ירידה בבריאות ויש צורך לשנות את תנאי המגורים, כשמתרחשות קטיעות וטלטלות במסע החיים, מתברר שאין כתובת ברורה, שאליה אפשר לפנות לקבלת תמיכה וייעוץ. דווקא בשלב שבו חלה שחיקה פיזית ונפשית והצורך בחיזוק, בתמיכה, בעידוד ובעצה מתעורר (לרוב אפילו בפעם הראשונה), יש מיעוט במטפלים, העונים על צורך זה ועדיין אין מודעות רחבה לכך, שאפשר לפנות לייעוץ או לטיפול פסיכולוגי. הפנייה לרופא והטיפול בגוף הם לגיטימיים הרבה יותר. הקושי הוא כפול: זקנים רבים שבוים בסטיגמות שליליות לגבי טיפול פסיכולוגי וישנם

פסיכולוגים רבים שעדיין נרתעים מטיפול באנשים זקנים (לומרנץ, 2003). למעטים בלבד יש עניין ורצון להתמחות בתחום הזיקנה, ובארץ אין עדיין מסגרות מוכרות להכשרה קלינית בטיפול פסיכולוגי בזקנים.

המפגש הטיפולי עם אדם "בא בשנים" יכול להיות מרתק אך גם קשה, כי הוא נוגע בחרדות הבסיסיות של כל אחד מאיתנו ממוות, מזיקנה, מחולי, מחולשה, מחוסר אונים ומתלות. מפגש כזה מאתגר את המטפל, כשם שהוא מאתגר את האדם בעת התמודדות עם לחצי הזיקנה.

הטיפול הפסיכולוגי באדם זקן איננו שונה במהותו מהטיפול באדם צעיר. הזקנים, כמו הצעירים, מגיעים לטיפול כדי להקל על מצוקות, להתמודד עם קושי במעברי החיים ועם מערכות יחסים. השוני המהותי בטיפול בצעירים לעומת בזקנים נעוץ במציאות הביו-פסיכו-חברתית השונה והמורכבת. המצוקות הנפשיות אשר מאפיינות את האוכלוסייה הזקנה קשורות בעיקר לשינויים ולאבדנים גופניים, משפחתיים וחברתיים, המתרחשים במהלך ההזדקנות. קשת הסימפטומים רחבה ועם הגיל קיימת עלייה בשימוש בתרופות, בעיקר לטיפול בחרדה ובדיכאון (וינשטוק וביליג, 2003).

מציאות מורכבת זו מרחיבה את תחומי המעורבות של המטפל ומחייבת, במקרים רבים, גישה מערכתית וקשר אינטר-דיסציפלינרי עם גורמים שונים בקהילה או במשפחה. זהו תפקיד של ניהול טיפול, בנוסף להתערבות הפסיכולוגית. בדרך כלל, מציאות החיים איננה מאפשרת טיפול פסיכולוגי ארוך-טווח, אלא ובעיקר התערבויות קצרות, המכוונות לסייע לזקן להתמודד עם שינוי או עם אבדן משמעותי בחייו.

הטיפול הפסיכולוגי הוא אולי ההזדמנות האחרונה למפגש אינטימי של הזקן עם זולתו ועם עצמו, אפשרות לדיאלוג אמיתי, שבו הזקן חוזר ונקשר לעצמי המשוחרר מכבלי הגיל והשנים. אין הוא ניצב מול מראה חיצונית חברתית, אלא מול המראה הפנימית שלו, שבעזרתה הוא יכול לטייל בעולמות שונים, לחזור לתקופות גיל מוקדמות וכך לנוע בטיפול על פני טווח זמנים רחב ביותר, העשוי להכיל גם 70 או 80 שנות היסטוריה אישית וחברתית.

הערכה ראשונית מקיפה – בניית תשתית לקשר הטיפולי

הערכה ראשונית של האדם הזקן מחייבת בחינה מקיפה של מצבו הפיזי, הבריאותי והתפקודי (כולל התרופות שהוא נוטל וגורמים רפואיים בקהילה המטפלים בו), מצבו הנפשי בהווה ובעבר והאם במהלך השנים חלו שינויים בתפקודו ובבריאותו הנפשית. חשוב, למשל, לברר את מידת הלחץ הסובייקטיבי שהוא חווה והגורמים לכך, כדי להעריך מצבי חרדה

או דיכאון, כולל גורמי סיכון לאבדנות או לפגיעה באחר (Blando, 2010); האם הדיכאון שהוא חווה בהווה הוא אפיוזורה רגשית ראשונה ולא מוכרת, תגובה למשבר או לאבדן הקשורים למציאות חיצונית או שמא היו לו בעבר מצבים דומים ובאיזה שלבים בחיים (במצבי מעבר או בעת שינויים). חשוב גם לאסוף מידע מקיף על הסביבה שבתוכה הוא חי ומזדקן, לאור התלות הגדולה שעל פי רוב יש למטופלים הזקנים בסביבתם הפיזית, החברתית, המשפחתית והתרבותית.

הערכה ראשונית זאת צריכה להתייחס למספר היבטים:

מצבו הפיזי והקוגניטיבי של המטופל: למצבו התפקודי של האדם השלכות משמעותיות על מצבו הרגשי. ריבוי התחלואה וירידה בתפקוד הפיזי או הקוגניטיבי הם מקור ללחצים רבים ובעיקר למצבי חרדה ולדיכאון. הדיכאון עשוי להיות ביטוי לאבל על אבדן הבריאות ובעיקר על אבדן העצמאות התפקודית, אך גם ביטוי להפרעה הפיזיולוגית או לפגיעה אורגנית. האבחנה המבדלת איננה תמיד ברורה, אך אין ספק, שהמצב הפיזי משפיע על המצב הרגשי ולהיפך, המצב הרגשי הירוד משפיע על המצב התפקודי.

הסביבה שבתוכה האדם מזדקן: חשוב לבחון האם ביתו של המטופל הזקן הוא "מקום בטוח", המספק תנאים פיזיים, חברתיים ורגשיים מספקים וטובים, או שהאדם חי בתנאים שאינם מספקים את הצרכים החשובים בזיקנה. למשל, אישה זקנה המתגוררת בעיר גדולה, בקומה רביעית של בניין בלי מעלית, שדייריו התחלפו והסביבה איננה בטוחה. אישה כזו עשויה לחוות בדידות, חרדות של איבוד שליטה או איום על העצמי. לעומתה, אישה זקנה אחרת, הגרה בדור מוגן יוקרתי, המספק את כל השירותים הנדרשים, אך סובלת לאחרונה מירידה קוגניטיבית ולכן נוטה להסתגר ואיננה מצליחה להשתלב חברתית, יכולה להרגיש בדידות על אף התנאים המיטביים שבהם היא חיה.

הזדקנות בסביבה מוכרת וטבעית מקנה ביטחון ויציבות, אך לא מעט זקנים נאלצים או בוחרים, עקב אילוצים שונים, כמו אבדנים או ירידה בתפקוד, לעבור לסביבה חדשה וזרה ו/או למסגרת סיעודית, הקוטעת את רצף חייהם, מאלצת אותם להיפרד מחפצים ומאנשים שהיו משמעותיים עבורם והגדירו את זהותם, ולהסתגל למציאות שבה חסרים פרטיות ושקט. **מערכת התמיכה הרגשית של האדם הזקן:** למשפחה תפקיד חשוב בתחושת הביטחון והרווחה הנפשית, בעיקר בגיל הזיקנה, שבו יש לה משמעות רבה (בר-טור ופרגר, 1996). לכן, בתהליך ההיכרות עם הזקן, חשוב לברר מי היא משפחתו ומה היא מערכת היחסים שלו איתה; עד כמה היא מספקת, נעימה, מקנה ביטחון או מעוררת מתחים, כעסים, תסכולים ואכזבות.

במקרים רבים, את הקשר עם הפסיכולוג יוצרים ילדי האדם הזקן או בן/בת הזוג, המשמשים כמטפלים עיקריים בו, לאחר שחלה אצלו ירידה קוגניטיבית או

ירידה תפקודית משמעותית. השינוי במצב הקוגניטיבי ו/או התפקודי מלווה לא פעם בלחצים רבים, בתסכולים, בכעסים ובאבל, שבעקבותיו מתעורר הצורך לפנות לקבלת עזרה פסיכולוגית. גם מערכת היחסים עם הילדים הבוגרים עשויה להיות גורם לחץ משמעותי ואכן, חלק נכבד מהשיחות הטיפוליות עם מטופלים זקנים נוגע בסוגיה זו. יחסים מורכבים עם הילדים מעוררים תחושות של בדידות, תסכול עקב הקושי של הילדים להבין את הקשיים הרגשיים עמם מתמודדים ההורים, ואכזבה מאיכות ומכמות הקשר עם הילדים ו/או הנכדים.

הרקע החברתי וההיסטורי – השפעה דורית: לתקופה בהיסטוריה שאליה שייך האדם, כמו גם לאירועים אישיים שחווה, יש השלכות על מערכת האמונות ועל הערכים שלו, כמו גם על דפוסי התנהגות ועל אישיותו. לכל אלה יכולה להיות השפעה על המוכנות לטיפול מצד האדם הזקן, על נכונותו לשתף אדם זר בחייו ועל האמון שלו ביכולתו להיעזר באדם אחר ובאפשרות שהטיפול ישפיע על תפקודו.

הרקע התרבותי של האדם הזקן: לרקע התרבותי ולמוצא האתני יש השפעה על ערכים ומחשבות, ולעתים גם על הפרשנות שהמטופלים הזקנים נותנים לבעיה או למחלה. בתרבויות מסוימות, חיפוש העזרה המקובל והנכון הוא אצל חכמים בקהילה ולא אצל אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש. גם הביטוי של מצוקות רגשיות יכול להיות שונה. יש תרבויות, שבהן הנורמה המקובלת היא להפנים, לשמור רגשות ולהימנע מלשתף אחרים או זרים. באחרות, המצוקות הרגשיות עשויות לבוא לידי ביטוי בעיקר באמצעות סימפטומים סומאטיים, שחשוב לזהות את מקורם הרגשי.

בלנדו (Blando, 2010) מציע בנוסף להערכה זאת גם הערכת מצבו הרגשי של האדם הזקן ומידת הרווחה הנפשית שלו. זאת, באמצעות חמישה רכיבים שונים של העצמי שלו: העצמי העיקרי (the essential self); העצמי המתפקד (the coping self); העצמי החברתי (the social self); העצמי היצירתי (the creative self); העצמי הפיזי (the physical self).

זיהוי האתגרים העיקריים שעמם מתמודד המטופל הזקן

תהליך ההזדקנות, בדומה לתהליך ההתפתחות לאורך כל מרחב החיים, מאופיין באתגרים הייחודיים לזיקנה. התמודדות עם אתגרים אלה תלויה במידה רבה בבריאות הנפשית של האדם הזקן. הבריאות הנפשית בזיקנה מוגדרת כהתמודדות עם המציאות המשתנה (Birren & Schaie, 1998). הגדרה זאת משקפת, מחד גיסא, את הדינמיות וההשתנות במצב הבריאות הנפשית כפונקציה של שינויים שהאדם הזקן עובר, ומאידך גיסא, היא מנסה להצביע על

כך, שבריאיות נפשית בגיל מבוגר איננה שונה מבריאיות נפשית בכל גיל. התמודדות עם המציאות המשתנה חווה גם ילד שנולד לו אח, בכניסה לבית הספר, בנישואין, בהורות, בפרישה מהעבודה, ועוד.

אך בניגוד לאדם הצעיר, שיכול לתכנן ולהיערך לחלק מהשינויים בחייו, או לפחות לנסות לשלוט בהם, הרי שבזיקנה המציאות עשויה להשתנות באופן פתאומי ולא צפוי וההיערכות הנדרשת מהזקן היא מיידית ולא תמיד אפשרית. למשל, כשאדם זקן נופל והופך למוגבל או כשבן או בת זוג עוברים אירוע מוחי או כשחווים אבדן טראומטי, כמו מוות פתאומי של בן או בת זוג ולעתים גם של ילד או נכד. התמודדות מעין זו דורשת כוחות נפשיים רבים ומערכת תמיכה חזקה.

בפני אדם זקן ניצבים אתגרים שונים:

התמודדות עם שינויים בתחום התעסוקה: הפרישה מהעבודה מחייבת לבנות מערך חיים חדש של פנאי או תעסוקה חלופית לעבודה בשכר. הפרידה מעולם העבודה עלולה להיות כרוכה בקשיים אצל אלה שהעבודה הייתה המקור העיקרי לסיפוק ולמשמעות. יש החווים תהליך של אבל מתמשך, בעקבות הפסקת העבודה, ומתקשים להתארגן ולמצוא אפיקים חלופיים מספקים ומתגמלים מבחינה נפשית ורגשית.

התמודדות עם שינויים פתאומיים במצב הבריאות: נפילה שבעקבותיה הזקן הופך לאדם מוגבל, אירוע מוחי, התקף לב, או כל תאונה לא צפויה, הגורמת לשינוי משמעותי ביכולת התפקוד של הזקן, מהווה משבר אישי, זוגי ומשפחתי, המחייב התארגנות כרמה התפקודית והרגשית. בשלב הזיקנה, שבו יש מעט אנרגיות, מוטיבציה נמוכה ומצב רוח ירוד, משימה זאת היא קשה ביותר.

התמודדות עם מחלות כרוניות: במקרים רבים, התמודדות זו מלווה גם באבדן העצמאות ובצורך להתמודד עם תלות באחרים. מצב זה מהווה את אחת ההתמודדויות המשמעותיות ביותר בגיל המבוגר וזוהי אכן משימה פסיכולוגית מרכזית בשלב הזיקנה המאוחרת. הוויתור הפסיכולוגי על עצמאות תפקודית אפשרי כשהזקן מצליח לשמור על אוטונומיה רגשית, כשמבנה האישיות שלו יציב והמצב הקוגניטיבי תקין. זקנים עם מבנה אישיות נרקיסיסטי או סכיוזואידי או כאלה הסובלים מהפרעת אישיות, כמו גם זקנים הסובלים מירידה קוגניטיבית ועקב כך בוחן המציאות שלהם ושיפוט המציאות אינם תקינים, יגלו קושי רב בהתמודדות מעין זו ויערימו קשיים רבים על הסביבה.

התמודדות עם טיפול בבן או בבת זוג חולה ומוגבל: התמודדות אחרת, אף היא מורכבת ביותר ומקור משמעותי ללחצים, לשחיקה, לתסכול, לכעס ולדיכאון, היא בעת הצורך לטפל בבן/בת זוג חולה או מוגבל. במקרים רבים, זקנים מטפלים אלה אינם זוכים לסיוע פסיכולוגי.

התמודדות עם אלמנות: במרבית המקרים מדובר בנשים, המתמודדות עם פטירת בן הזוג, אחרי שנים ארוכות של חיים משותפים. על אף שמרבית האלמנות מתמודדות היטב עם מצבן החדש, עדיין החוויה הרגשית השכיחה היא של בדידות.

צמצום המעגלים החברתיים והפעילות החברתית: יש לא מעט מטופלים שהיו פעילים חברתית ועקב הגיל המבוגר וירידה בתפקוד הפיזי מציינים לא פעם תחושות של ריק, "יום ארוך" הנובע מהיעדר מקורות מספיקים לעניין, לתעסוקה ולפעילות חברתית.

התמודדות עם מוות לא צפוי וטרם זמנו של ילד או נכד: ככל שתוחלת החיים גדלה כך יש יותר ויותר זקנים המתמודדים עם אבדן ילד בוגר ולעתים אף נכד. אבדן זה, שהוא בניגוד לתהליך הנורמטיבי הצפוי, הוא כואב במיוחד וטראומטי, מעורר תהיות לגבי המשך החיים ועלול להיות מלווה בדיכאון ובאבדן הרצון להמשיך ב"מלאכת החיים".

התמודדות עם מעבר למגורים חדשים: מעבר המתרחש כשחל שינוי במצבו של הזקן ותנאי המגורים הקיימים אינם מתאימים עוד למצבו הבריאותי או למצב בריאותו של בן/בת הזוג. היציאה מהבית עלולה לעורר חרדות ולחצים עקב פרידה ממקום מוכר, בטוח, יציב ומעבר לדיר חלופי שאמור לספק תחושה של "מקום בטוח". אין ספק, שההחלטה אם לעבור למקום חדש או להישאר בבית בתנאים מוגבלים היא מורכבת ודורשת הערכה ובדיקה מקיפה ומעמיקה של כל האפשרויות. תחושת האמביוולנטיות היא חלק בלתי נפרד מההחלטה. במקרים לא מעטים עשויים להתעורר קונפליקטים בין רצונות מנוגדים של בני זוג, או בין רצון הילדים ורצון ההורה, כשכוונת הילדים היא על פי רוב להגן על ההורה ולהעבירו למסגרת מוגנת.

התמודדות עם השינוי במבנה המשפחה ובערכיה: שינוי זה בא לידי ביטוי אצל כאלה שהילדים או הנכדים חזרו בתשובה, "יצאו מהארון", התגרשו או עשו שינוי קיצוני בחייהם. אצל עולים חדשים, למשל, המתמודדים עם מכלול שלם של קשיים ובעיות, שינויים אלה עלולים להגביר את תחושת האבדן, השליטה והירידה בסמכותיות של זקני המשפחה.

התמודדות עם בדידות המלווה את הזיקנה: במפגשים הרבים שלי עם זקנים התרשמתי, שתחושת הבדידות מהווה את הקושי הרגשי הגדול, מעבר להתמודדות עם אתגרי הזיקנה. הבדידות היא תולדה של מציאות חיים מצומצמת ודלה, עקב צמצום במשאבים ובמקורות תמיכה, אך גם חוויית הפער והפרדוקס בין היכולות שהאדם הזקן חש לבין האפשרויות למיצוי (לומרנץ, 2003). תחושה זאת מלווה לא פעם גם בתסכול, הנובע מחוסר הידיעה, ההבנה או הקבלה של בני המשפחה – ילדים, בני זוג ונכדים – את רגשות התסכול, הכאב, הכעס ואת תחושת האבל הנלווים לפרידות ולאבדנים הרבים, שהאדם הזקן חווה. הרשימה הארוכה הזאת ממחישה עד כמה תהליך ההזדקנות, ובעיקר בזיקנה המאוחרת, עלול להיות מורכב וקשה. ההתמודדות עם אתגרי הזיקנה ולחציה מחייבת לא רק כוחות פיזיים, אלא גם ואולי בעיקר, כוחות נפשיים. הליווי והתמיכה הנפשית יכולים לסייע

בהתמודדות עם אתגרים אלה, לחזק ולתת כלים במידת האפשר להמשך מסע ההישרדות בעיקר בזיקנה המאוחרת.

מאפיינים ייחודיים לטיפול פסיכולוגי באוכלוסייה הזקנה

לטיפול הפסיכולוגי באדם הזקן, בשונה מהטיפול במטופל צעיר, יש מאפיינים ייחודיים, ובמקרים רבים הטיפול הוא חלק ממערכת רחבה של תמיכה. מאפיינים אלה הם: קשר עם הקהילה: בשונה מהתפקיד המסורתי של הפסיכולוג הספון בחדרו, המטפל חייב, לעיתים, "לצאת מחדר הטיפול" ולהיות בקשר עם בני משפחה, עם גורמים רפואיים, עם שירותי סיעוד ובתי סיעודיים ועם גורמים שונים בקהילה. הקשר הוא לא רק לצורך אבחון והערכת מצבו של המטופל, אלא גם לבניית תכנית התערבות מתאימה עבורו. התרומה של המטפל עשויה להיות גם בניהול, בתיווך ובהאצת תהליכי השיקום והסיוע המוחשי לאדם הזקן. מומלץ גם, שהמטפל ינסה להפעיל מערכת תמיכה משמעותית מעבר לשעת הטיפול החיונית, כדי להקטין את כמות הלחצים החיצוניים המופעלים על המטופל. שמירה על קשר בין הפגישות: הכוונה לתיאום שיחות טלפון בין פגישות, בעיקר כאשר מתעורר צורך לתגבר את הקשר מעבר לשעה הטיפולית. למשל, כאשר מדובר בצורך ב"החזקה" ובתמיכה במצבים של משבר, בחיזוק ובעידוד, כשהמטופל מנסה לחולל שינוי כל שהוא בשגרת חייו ובתפקודו העכשווי. במונחים פסיכולוגיים המטפל יכול לשמש כ"אגו-משלים" (self-object & auxiliary ego), אובייקט-עצמי, המלווה ומחזק את העצמי החלש (Muslin, 1992).

גמישות במסגרת הטיפול: הטיפול באנשים זקנים, בשונה מצעירים, מאופיין בשונות ובחוסר יציבות. ייתכנו ביטולים סמוך למועד המפגש וכן ייתכנו מרווחים גדולים בין מפגש למפגש. חוסר העקביות והיעדר רצף קבוע הם על פי רוב אבני נגף ביצירת קשר טיפולי, אך כדי "להחזיק" את המטופל בטיפול, המטפל חייב להתגמש ולהתאים עצמו למציאות המשתנה, כשם שהוא מצפה מהאדם הזקן שיתאים עצמו למציאות המשתנה של חייו. היכולת של המטפל להמשיך וללוות את המטופל בקטניות, בטלטלות ובסטיות מהמסלול הקבוע היא במידה רבה עדות, חיזוק וביטחון למטופל, שהמטפל והטיפול מהווים מקום בטוח ויציב.

מהירות בהתפתחות תהליכים של העברה בטיפול

אצל לא מעט מטופלים נוצרת כבר במפגשים הראשונים פתיחות, המאפשרת להם לשתף את המטפל בחוויות אישיות וברגשות חזקים. מעין תחושה שהזמן קצר וחייבים להספיק

ולחלוק את מה שבלב, דברים שייתכן ונצרו במשך זמן ארוך. נמירוף וקולרוסו (Nemiroff & Colarusso, 1985) בספרם "המרוץ כנגד הזמן" טוענים, שההעברה בטיפול באוכלוסייה הזקנה יכולה להיות מהירה ואינטנסיבית הרבה יותר מאשר בטיפול בצעירים. התחושה בטיפול היא של מרוץ נגד הזמן. לכן, מטופלים זקנים רבים יכולים להיפתח במהירות ולחלוק עם המטפל חוויות אינטימיות ביותר תוך זמן קצר. אצל מטופלים אלה, ההעברה מתחילה בשלב מאוד מוקדם והיא דינמית ורב-גונית. היא נעה על פני כל התקופות, כשהמטפל ממלא תפקידים רבים ומגוונים ביותר – בן, אב, אח, נכד, ועוד. המטרה הטיפולית היא זהה, אם כי לעתים מורכבת יותר מאשר בטיפול בצעירים, והיא להבין את משמעות ההעברה ובסופו של דבר לעזור למטופל להגיע לתובנות מסוימות. המטופלים מעבירים למטפלים – שהם ברובם צעירים יותר – את ציפיותיהם, תסכוליהם, אכזבותיהם וכן את הכעסים והאהבות כלפי ילדים קיימים או מדומים.

אצל זקנים אחדים, בעיקר אלה שגופם אמנם חלש וזקן, אך העצמי שלהם "צעיר" ומגובש, שלמרות הגיל הם ממשיכים לחיות חיים של עשייה, פעילות ומעורבות אישית וחברתית, יכול להתעורר הצורך לתת עצה, לדאוג ולטפל גם במטפל הצעיר, כדרך להשיג שליטה, לשמור על איזון בין נתינה לקבלה ולשמר את תחושת הזהות. מטופלים אלה עשויים לעורר במטפל הערכה רבה, סקרנות ועניין, מעין חגיגה נרקסיסטית של מטופל מרתק ומטפל צעיר ומעריץ. החשש הוא, שבסיפוק צרכים נרקסיסטי זה, יצא המטפל מתפקידו והמפגש הטיפולי יהיה בעיקר סיפוק הצרכים הלא מודעים שלו. מצב זה עלול לגרום לו קושי בשמירה על כישוריו כמטפל, בגבולות הזמן של המפגש הטיפולי.

בספרי "החיים במחשבה שנייה – שיחות עם נפתלי" (בר-טור, 2009) אני מתארת את הקשר הטיפולי המיוחד עם נפתלי, בן ה-85. איש רב פעלים, מרשים מאוד ביכולותיו בעבר ובהווה. במהלך המפגשים החלה להתעורר אצלי התחושה, שבעצם הקשר בינינו איננו דומה לקשר שבין מטפל למטופל. נפתלי תאר לי את התנהלותו העצמאית ותפקודו מעורר ההערצה כיועץ פיננסי, כאב, כסב, ובכלל כאדם זקן וחכם מאוד. התפעלתי מהאופן שבו ניהל את חייו, כאילו קרא את הספרים והמאמרים על הזדקנות מוצלחת. ישבתי בשיחות איתו מרותקת, אך גם נבוכה, כי לא הרגשתי שמעבר להקשבה והאישור שביקש ממני לכאורה ש"הוא בסדר", יש לי מה לתרום. בהמשך, הוא החל לשמש לי כ"יועץ", תפקיד שאותו המשיך למלא בחייו המקצועיים בהצלחה מרובה. כמי שרגיל לנהל, הוא ניהל את הפגישה הטיפולית. בשני שליש מזמן הפגישה שיתף אותי בעניינים שונים, הקשורים להתנהלותו ולתפקודו בתחומי החיים השונים. לקראת השליש האחרון

של השעה הטיפולית, נהג נפתלי, באופן קבוע, להביט בשעון ואז עצר את דבריו ופנה אליי: "עכשיו תספרי לי את מה קורה אצלך ואיך מתקדם המכון שהקמת ואיך מתקדמת כתיבת הספר (ספרי הראשון "האתגר שבהזדקנות"). בנקודה זו לא נותר היה לי אלא להתגבר על המבוכה הראשונית, על תחושת האשם, שבעצם הוא משלם בעבור הזמן ולא אני, ולשתף איתו פעולה, דהיינו להתחלף לזמן קצר בתפקידים. לקח קצת זמן עד שהבנתי את משמעות התפקיד שהוא מקבל על עצמו בטבעיות כה גדולה. עד כמה זה, כפי הנראה, חשוב לשמירה על הזהות האישית והמקצועית שלו, לערך העצמי החיובי שלו, ואפילו לתחושת הגבריות שלו בעיקר לנוכח מטפלת אישה צעירה (יחסית אליו) כמוני.

במפגשים האחרונים בינינו חשתי שגבולות התפקיד שלי כפסיכולוגית, שגם קודם לכן היטשטשו, כבר כמעט שלא קיימים ושאי מקבלת ולומדת ממנו על החיים לא פחות ממה שאני נותנת לו. בשלב הזה נראה היה לי, שכדאי אולי לשנות את אופי המפגשים בינינו ולהגדירם מחדש ולעבור לסדרת מפגשים, שבהם אשאל אותו שאלות הקשורות לניהול החיים בגיל המבוגר. ההצעה שלי על שינוי דפוס הקשר בינינו התקבלה ברצון. נראה שהוא שמח על ההזדמנות לשמש כ"יועץ" לא רק לי, אלא לרבים אחרים.

במהלך כתיבת הספר, "נפל לי האסימון" והבנתי לאחר זמן, ובמחשבה שנייה ושלישית, מה פשר הקשר הרגשי המיוחד שיצרתי עם נפתלי. מעבר ל"חגיגה הנרקסיסטית" ולחשיבות המפגש של העצמי שלי האיש, עם העצמי של נפתלי, שימש נפתלי עבורי תפקיד של הורה חלופי, שאותו חוויתי בהעברה נגדית אליו.

מנגנוני הגנה חלשים יותר: הפתיחות והקלות לכאורה שבה מבטאים המטופלים את רגשותיהם ומשתפים את המטפל ב"סודות" שנצרו במשך שנים, יכולה להיות גם עקב היחלשות מנגנוני ההגנה שלהם. כשם שהגוף נחלש, כך גם יכולה מערכת ההגנות הרגשית להיחלש ובעקבותיה תהיה פחות הדחקה, רציונליזציה וסובלימציה ולכן גם הצפה רגשית רבה יותר וקושי בוויסות רגשי. קושי זה נובע, במקרים רבים, גם עקב ירידה קוגניטיבית. פער בין צורכי המטופל לבין התפיסה של המטפל את צרכיו: כפסיכולוגית, מדי פעם אני חשה תסכול הנובע מכך, שזקנים הפונים אליי לעזרה כאשר הם נמצאים במצוקה גדולה, מפסיקים את הטיפול לפני שחל שינוי כלשהו במצבם. לא פעם, הפסקה זו מתרחשת אחרי פגישה או שתיים, בתחילתו של תהליך חשוב, להערכת. האכזבה שלי מהעובדה שהם בוחרים להפסיק את הטיפול עוד בטרם החל, מקורה בעיקר בציפיות שלי מהם לשינוי, שהן, כפי הנראה, לעין ערוך גבוהות מדי ולא ריאליות. ייתכן שהם דווקא חשים שנעזרו

וקיבלו מספיק. תופעה זו אופיינית לטיפול באוכלוסייה זקנה, שהציפיות שלה לעתים שונות משל המטפלים, אך תואמות את הצרכים שלהם, את המוטיבציה והאנרגיה שברשותם וכמובן שאת השלב שבו הם נמצאים בחייהם. למרות שנים של ניסיון ולא מעט מפגשים חפוזים, שאין להם המשכיות, כמצופה מבחינה מקצועית ואישית, עדיין קשה להשתחרר מהתסכול, מהתהיות החוזרות ונשנות לגבי יכולותיי המקצועיות ולהבין עד הסוף את חוסר ההמשכיות בקשר.

מרווחי זמן ארוכים יותר בין המפגשים, למרות הזמן האוזל: על אף תחושות המצוקה, הזמן האוזל וחוסר היכולת לתכנן לעתיד, עדיין ישנם מטופלים המעדיפים מרווחים גדולים בין הפגישות ולא כפי שנהוג ונדרש בטיפול הפסיכולוגי המסורתי, המבוסס על מפגשים שבועיים. אין לי הסבר ברור לתופעה זאת. ההסבר שניתן מהמטופלים קשור למציאות החיים המורכבת והמכבידה, הכוללת ביקורים אצל רופאים, בדיקות שונות, טיפול בכך זוג או בת זוג חולים. ייתכן שגם אנרגיות נמוכות, כפי שצינתי, או מוטיבציה נמוכה מונעת מהם קשר טיפולי מחייב או יוצרת חרדה מ"פתיחת מגרות שננעלו במשך שנים", העלולה להציף את המטופל ברגשות ובזיכרונות כואבים. אין לנו מנוס כמטפלים אלא "לזרום" עם התנאים המגבילים ולהתאים את מסגרת הטיפול לצרכים ולבקשות של המטופלים.

גמישות בשמירה על גבולות ובחשיפה אישית: במפגש טיפולי עם אדם זקן, המטפל חשוף הרבה יותר לגבולות רופפים, מאשר בטיפול באוכלוסיות צעירות יותר. הקושי לשמור על גבולות ועל מסגרת טיפולית מתאימה יכול לנבוע מהפתיחות שבה מטופלים זקנים מתייחסים אל מטפלים צעירים מהם והצורך שלהם ליצור קרבה, לאזן את תחושת חוסר האונים והתלות. ייתכן שגם חוסר ההיכרות שלהם את כללי הטיפול הפסיכולוגי תורם לכך. מניסיוני, כשהמטפל איננו מרגיש איום ומצליח לשמור על תחושת השליטה והמרחק הטיפולי הראוי, עדיף מענה ישיר לשאלות אישיות או לבקשות שונות להתערבות או לעצה מעשית. לעתים, מענה כזה הוא בלתי נמנע. עם זאת, כשמצבו של המטופל ירוד, רצוי לבחון אם הגבולות הרופפים אינם מתקשרים גם לצרכים של המטפל. קל לרחם ולרצות, להגן על הזקן או לשמש תחליף לבן, בת, נכד או נכדה. חלק מהזקנים גם מביע את הערכתם באופן מאוד מעשי, במחמאות, במתנות קטנות, בבישולים או במאפים שונים (אם הם עדיין עוסקים בכך). חשוב שתהיה מודעות אצל המטפל למשמעות המיוחדת שהזקנים מייחסים לנתינה שלהם. היכולת של המטפל לקבל חשובה לא פחות מהנתינה, בתנאי שאין חריגה מוגזמת בנתינה ההדדית ושהיא אינה נובעת מחוסר האונים ומהחולשה הגורמת לרגשי אשם.

הצורך במטפל כאובייקט-עצמי (self object): עקב היעדר אחר משמעותי: מטופלים זקנים, החווים בדידות קיומית גבוהה עקב היעדר אחר משמעותי, שיקנה להם תחושה של מקום בטוח, עשויים להפנות צורך זה, בהעברה פסיכולוגית, אל המטפל. הם חשים רצון,

שהמטפל יהיה הבת או הבן האידיאליים שאין להם, הורה אומניפוטנטי כל יכול, או בן/בת זוג אוהבים (Muslin, 1992). חשוב שהמטפל הצעיר יכיר את הצורך הזה ויכבדו. במקרים אלה, הליווי הטיפולי יכול להיות צמוד ואינטנסיבי ומלווה בקשר בין המפגשים. כך הוא הקשר הטיפולי שלי עם רחל, שמדי פעם מתקשרת אליי בטלפון ומשתפת אותי בחוויות אישיות, שואלת מה דעתי, שואלת מה שלומי, ועוד. הצורך בשמירה על הקשר המעשי מתקשר לעתים לקושי הרגשי והנפשי להפנים במלואה את הדמות הטיפולית ולהיעזר בה בין הפגישות. "חשבתי מה את היית אומרת לי אם היינו נפגשות, אבל אני רוצה להיות בטוחה ולכן אני מתקשרת", אומרת רחל בשיחת הטלפון. בהזדמנות אחרת היא משאירה לי הודעה "שלום ליאורה, סתם רציתי לשמוע את קולך". למרות אי הנוחות הכרוכה, לעתים, בפניות שלה אליי, מחוץ למפגשים, אני מכבדת את הצורך שלה ומאפשרת לה לנהל אתי שיחה קצרה בטלפון. הפניות הטלפוניות מאפשרות לה מרווחים גדולים בין הפגישות, המתחייבות מסיבות שונות, הקשורות למציאות חייה.

המטפל לומד מהמטופל ולא רק מטפל בו: פער הגילאים וניסיון החיים העשיר של המטופל הזקן מעוררים אצל מטופלים אחדים צורך לספר את סיפור החיים, לחנך באמצעות הסיפור ובעיקר להשמיע קול, שבמציאות החיים בזיקנה ייתכן שנחלש ואף לא נשמע. כך היה אצל נפתלי וכך גם אצל אסתר, שאצלה עניין זה הוא חלק חשוב בקשר הטיפולי הנובע ממצוקה רבה. עד לפרישתה אסתר מילאה תפקיד מקצועי בכיר, אך מציאות חייה הקשה איננה מאפשרת לה להמשיך בפעילות המקצועית והציבורית, ולהיפך, היא נאלצת להתמודד עם תפקיד המטפל העיקרי בבעל חולה ומוגבל. היא זקוקה למרחב הטיפולי, שיאפשר לה להתבטא, לבטא את דעותיה לגבי המציאות הפוליטית והחברתית, לתבל את דבריה במעשיות מהעבר העשיר שלה ושל משפחתה. כל זה נמנע ממנה בשנים האחרונות. ילדיה טרודים בענייניהם, דורשים ממנה להתמסר לתפקיד המטפלת בבעלה ומגלים חוסר סבלנות וסובלנות לניסיונותיה הרבים לשמור על זהותה האישית והמקצועית, המדוכאת על ידי זהות המטפלת העיקרית. כך אני מוצאת את עצמי בתפקיד האוון הקשבת, התלמידה, הבת הטובה, החברה המסורה, המאפשרת לה פשוט לדבר ככל העולה על רוחה, מכבדת ומעריכה את דעותיה ובכך מסייעת לה לשמר את אסתר המקצועית, החכמה, החזקה, הנרמסת ללא הרף במציאות הנוכחית.

הכרת המטפל במגבלות הטיפול והמטפל: הטיפול הפסיכולוגי בזקן כרוך גם בהכרה בכך, שיכולה להיות הטבה בסימפטומים, אך לא בהכרח שינוי משמעותי. הכרה זאת היא רכיב חשוב בתהליך שהמטפלים בזקנים עוברים, בעיבוד תחושת חוסר האונים שלהם ומוגבלות הכלים העומדים לרשותם, במקרים רבים, להיטיב משמעותית את איכות החיים והרווחה הנפשית של מטופליהם.

מאפייני המטפל המקצועי בזקן

לאור כל האמור לעיל, המשימה הניצבת בפני המטפל באדם הזקן היא מורכבת, מאתגרת ובדרך כלל גם טעונה מאוד מבחינה רגשית. בשלב הראשון, המטפל חייב להיות מסוגל לעשות הערכה מקיפה של הבעיה, על כל היבטיה, כדי להציע את הטיפול הפסיכולוגי המתאים לאדם הזקן. מורכבות הבעיות שהזקנים מציגים עשויה להרתיע את המטפל או לעורר אצלו תחושות של אי-נוחות וספקות לגבי יכולתו לעזור. בהמשך נראה, שהאתגר הרגשי העיקרי, הניצב בפני המטפל, הוא להתמודד עם תחושות חוסר האונים שלו והתסכול לנוכח המציאות המורכבת והקשה. היכולת למעורבות רגשית מאוזנת, נטולת מחסומים, אך גם מבוקרת, תלויה במידה רבה בעצמי של המטפל, אך גם בחיבור הפסיכולוגי שלו לעולם הזיקנה. יכולת זאת איננה מובנת מאליה כשמדובר במטפל צעיר ובמטופל זקן. מצב זה גם לא הולם את הדימוי של המטפל הקלאסי – המבוגר האחראי המטפל בחולה צעיר, או יותר נכון בחולה צעיר (כפי שפרויד טיפל). קושי זה של היפוך הגילאים נכון גם לגבי ילדים המטפלים בהוריהם.

מכאן, שאין זה מפתיע, שמספר הפסיכולוגים והמטפלים בכלל, הבוחר להתמחות בזיקנה, הוא נמוך. ניצה אייל קוראת לתופעה זו בשם "הריקוד המוחמץ" (אייל ובר-טור, 2002). המטפלים הצעירים וגם המטפלים הפוטנציאליים הזקנים הם ספקנים, חרדים ובעיקר נמנעים מהמפגש החשוב הזה. אחת הסיבות לתופעה זו היא מחסור בידע, בניסיון ובמוטיבציה של המטפלים (לומרנץ, 2003). אך עם זאת, יש לציין, כי ההתייחסות שלנו לעולם הזיקנה ואל תחום הטיפול בזיקנה מושפעת גם ובעיקר מערכים, מהשפעות חברתיות ותרבותיות, מאירועי חיים וממערכות היחסים שהיו לנו ושיש לנו עם אנשים זקנים, מזיכרונות, מתפיסת עולם ולעיתים גם מדעות קדומות. ההתייחסות זו משפיעה במידה כזאת או אחרת גם על המטופל הזקן. עשויות להיות לה השלכות על האבחון, על בחירת הטיפול, על משך הטיפול ועל היחס אל המטופל (Katz & Jonson, 2006).

בטיפול פסיכולוגי עולה לא פעם השאלה "איך השיחות האלה יכולות בכלל לעזור לי?" "קשה בגיל שלי להשתנות", אומר האדם הזקן, ויחד עמו גם המטפל הצעיר. כל מפגש טיפולי בין המטפל לבין האדם הזקן הוא אינטראקציה של שני בני אדם עם רגשות, מחשבות, דעות קדומות, ערכים, ניסיון חיים, סגנון חיים, ועוד. כל אחד מביא למפגש זה מטען גדול, המשפיע על אופי היחסים שיתפתחו ביניהם.

מערכת יחסים מיוחדת זו שונה ממערכות יחסים חברתיות אחרות בגלל התלות הבלתי נמנעת של המטופל במטפל. בתהליך הטיפול מתפתחת באופן גלוי או סמוי ולא במודע ההעברה – העברת רגשות של המטופל למטפל והעברה נגדית – העברת רגשות של המטפל למטופל (אייל ובר-טור, 2002).

אך מעבר לטיפול הנפשי, כל מפגש טיפולי, סיעודי, שיקומי, עם אדם השייך לתקופה אחרת, לתרבות שונה, לרקע היסטורי שונה, מרחיב את ההבנה ואת הידע שלנו לגבי השונות הרחבה הקיימת בחברה שבה אנו חיים. חשוב שננסה להבין מה המשמעות של להיות אדם זקן ואיזה השלכות יש לזיקנה על תחומי החיים השונים של האדם, מעבר לבעיה שהובילה לקשר הטיפולי (Knight, 2004).

מאפיינים חשובים לכשירות מקצועית של מטפלים בזקנים

ארגון הבריאות האמריקני פרסם לאחרונה עדכון של מסמך, הכולל קווים מנחים לטיפול פסיכולוגי באוכלוסייה הזקנה (American Psychological Association, 2013). מטרתו של המסמך היא לסייע למטפלים לבחון מה למעשה מצופה ממטפלים בתחום; מה הם העקרונות המנחים, הכלים, הידע והניסיון הנדרשים כדי לטפל באוכלוסייה זו. יש במסמך מידע בסיסי ומקורות מידע מתאימים, כמו גם הכוונה לגישות ולשיטות התערבות שונות, העשויות לסייע בעבודה עם אוכלוסייה זקנה. המסמך מכיל 21 קווים מנחים הנחלקים לארבעה תחומים המבוססים על:

1. הכישורים של המטפל, הניסיון והידע שיש לו, כדי שיוכל להציע התערבות מתאימה לאדם הזקן לאור מורכבות הבעיות, כמו גם הערכים שלו, היחס שלו לזיקנה, הגישה שלו לעבודה עם זקנים בכלל.
2. הידע הכללי שיש למטפל על התפתחות פסיכולוגית, ביולוגית, חברתית, על זיקנה בריאה ועל פסיכופתולוגיה, כולל על תפקוד קוגניטיבי.
3. היכרות עם מודלים שונים להערכה מקיפה של תפקודו של הזקן.
4. היכרות עם מגוון גישות להתערבות, לייעוץ ולמניעה, כמו גם עם מסגרות שונות בקהילה לתמיכה ולמניעה.

עיון מעמיק במסמך זה מחזק את ההבנה, שהטיפול הנפשי בזקן מחייב ידע רחב ומיומנויות מקצועיות מבוססות. כל אלה משקפים את רוחב ומורכבות ההערכה, ההבנה וההתערבות הנדרשת כשמדובר באוכלוסייה זקנה. ההמלצות של ארגון הפסיכולוגים האמריקני מחזקות את המסקנות שלי (בר-טור, 2010) לגבי החשיבות של מטפלים בזקנים יהיו כישורים אלה:

ידע מקצועי עדכני: האחריות המקצועית שלנו כמטפלים מחייבת אותנו, ללא ספק, להיות בעלי ידע לא רק בבריאות פיזית, אלא גם בבריאות נפשית ובפסיכולוגיה של הזיקנה. הידע מונע הטיות וסטריאוטיפים, מאפשר למטפל לבצע הערכה של מצבו הרגשי

והתפקודי של האדם, להבין מהן המשימות ההתפתחותיות שאיתן הוא מתמודד ואילו קשיים הם נורמטיביים לשלב שבו הוא נמצא. הערכה מקיפה, המבוססת על ידע וניסיון, תאפשר למטפל להציע את ההתערבות המתאימה ביותר (American Psychological Association, 2013). היכולת של המטפל להכיר במגבלות שלו כמטפל ובמגבלות של המטופל להחלים או להתגבר על הקשיים שלו, מקלה מאוד את תחושות חוסר האונים והאשמה, העשויות להתלוות לטיפול באוכלוסייה המזדקנת, בעיקר זאת עם מוגבלויות קשות. במקרים אלה, התחושה של המטפל היא חוסר אונים ולא פעם גם חוסר ביטחון ביכולותיו המקצועיות. הידע בתחום מתפתח כל העת. לכן, חשוב להתעדכן ולא לפעול לפי מודלים מיושנים.

בשלות רגשית ומקצועית: בשלות רגשית, ידע וניסיון מקצועי מגובש ובעיקר בריאות נפשית של המטפל הם הצידה ההכרחית, ייתכן שגם החשובה ביותר, במסע ההיכרות והטיפול בזקנים. בכלל זה נכללות היכולות הבסיסיות של המטפל לגלות עניין אמיתי באדם, להתבונן בו מבעד לעדשה רחבה ונקייה, עד כמה שניתן, ובעיקר להיות אמפתי כלפיו. היכולת להבין את האדם, להסתכל על העולם דרך העיניים שלו מתבקשת בעיקר כשקיימים שונות גדולה ברקע שבין המטפל למטופל ופער תרבותי וגילאי ביניהם. האמפתיה יכולה לגשר על פערים אלה ולתת למטופל את התחושה שמבינים אותו, בניגוד לתחושה הכללית שקיימת אצל לא מעט זקנים, שלא מבינים אותם או שלא מנסים כלל להביןם.

היכולת להעניק חום והרגשה של קרבה אף היא חשובה ביותר בטיפול באוכלוסייה הסובלת מבדידות פיזית, מחוסר במגע, גם אם לא בהכרח מבדידות רגשית. כל אלה אפשריים אם המטפל עצמו מצליח לנהל את חייו לשביעות רצונו ולמצוא איזון בין החיים האישיים והמקצועיים שלו. כשהמטפל טרוד במשימות התפתחותיות אישיות ובמשברים בחייו האישיים, יהיה לו קשה לפנות אנרגיה כדי להשקיע במטופל שלו, בעיקר כשהמטופל במצב נזקק ביותר ויכולתו לתגמל את המטפל מוגבלת. בשלות רגשית ומקצועית נדרשת גם בקשר של המטפל עם משפחתו של המטופל והיכולת שלו לקבל את התפקוד שלהם ללא שיפוט או ביקורת, אלא מתוך ניסיון להבין ולהיות אמפתי לקושי שלהם בהתמודדות עם ההורה או עם בן הזוג הזקן.

מודעות להתאמת סוג הטיפול והקצב שלו למטופל הזקן: הקצב של אדם מבוגר הוא איטי יותר ולכן חשוב לתת לאנשים מבוגרים זמן רב יותר להתבטא, להסביר או לבצע פעולה מסוימת ללא עזרה. על המטפל לגלות סובלנות וסבלנות כלפי המטופל הזקן. כמי שרגילה להגיב ולדבר מהר, אני מוצאת את עצמי בכל פעם מחדש מגייסת שליטה עצמית רבה, כדי לשתוק ולתת למטופל להביע את הרעיון או את המחשבה שלו באופן מילולי מבלי להתערב ולנסות לומר דברים במקומו. היכולת לפתח סובלנות וסבלנות אפשרית והיא חלק מתהליך ההתפתחות המקצועית של המטפל הצעיר. אני נתקלת בצורך זה בכניסות וביציאות של

מטופלים זקנים מחדר הטיפול. בעיקר קשה החלק של סיום הפגישה, כשאני ממתינה בסבלנות שהמטופלת או המטופל יסיימו את השיחה, יאספו את החפצים (משקפיים, מקל הליכה, מעיל). במקרה שמדובר בתשלום עבור הפגישה, אני ממתינה בסבלנות עד שיוציאו את פנקס השקים או את הארנק עם הכסף המזומן ויבצעו את התשלום. קשה לשמור על מסגרת נוקשה של שעה טיפולית, כפי שהיא מוגדרת בטיפול הפסיכולוגי באדם צעיר ולכן יש מקום להרחיב את גבולות השעה א לדאוג למרווחי זמן מתאימים בין הפגישות. כל זה מחייב גמישות.

גמישות: כאמור, הקשר הטיפולי עם אדם זקן שונה מהקשר עם אדם צעיר. המטפל אינו יכול לעבוד לפי נוסחאות וחוקים או לפי לוח זמנים נוקשה. לכן, מומלץ לשמור על מסגרת יותר משוחררת ולא פורמלית, המאפשרת גם יותר אינטימיות, לעתים חיבוק ממשי, מתן תחושה של מקום בטוח, הקניית תחושה למטופל, שהמטפל הוא יותר מאיש מקצוע, הוא קורם כל אדם אכפתי ואולי אף יותר מזה, דמות של ילד או בן זוג חלופי.

כיבוד הצורך באוטונומיה ולעתים בשליטה יכול להוביל למצבים, שבהם המטפל מאפשר למטופל לקחת גם שליטה על הטיפול. כלומר, להחליט מי, מתי ואיך יטפלו בו. שוב אותה גמישות הנדרשת, לעתים, מבני משפחה המטפלים בזקן.

הגמישות מתבטאת גם במוכנות של המטפל לצאת מחדר הטיפול, לקיים ביקורי בית וליווי טלפוני של הזקן או של משפחתו. לאחרונה, נכנס לשימוש גם הליווי האינטרנטי. הטיפול בזקן מחייב לא פעם קשר זורם ויותר פתוח, המאפשר למטופל או למטפלים האחרים בו להתקשר במידת הצורך למטפל ולהיפך ולשנות לוחות זמנים, בהתאם למצבו הפיזי של הזקן.

רגשות חיוביים ואופטימיות: חשוב שלמטפל תהיה יכולת להעצמת המטופלים, שיהיו אופטימיים, בעלי אנרגיה חיובית ותשוקה לחיים ושאותם יעבירו למטופלים ובכך יאזנו את הפסימיות, הדיכאון והייאוש שחלק מהזקנים חש. חשוב שלמטפל תהיה אמונה ותפיסת עולם אישית ומקצועית המאמינה שיתכן שינוי, שניתן לשפר תפקודים מסוימים ללא קשר לגיל, למצב הבריאות ולהשכלה; אמונה ביכולת של אנשים לקחת אחריות על חייהם, למרות המגבלות. זוהי גישה המשוחררת מהתפיסה הדטרמיניסטית. ההעצמה חשובה גם במצב שבו החולה הוא דמנטי. התקשורת עם האדם הזקן יכולה להתקיים גם בהיעדר שפה, באמצעות מבט, מגע, צליל, תנועה המאפשרת לזקן להביע את צרכיו, גם אם הם בסיסיים ביותר.

פתיחות ומוכנות ללמוד מהמטופל: חשוב שהמטפל הצעיר יזכור, שהמטופל שלו, גם אם הוא חלש ומוגבל, עטוף במסכת הזיקנה, הוא בן אדם, עם הרבה ניסיון חיים וחוכמה, יותר מאשר למטפל. לכן, מומלץ וחשוב שהמטפל ילמד מהמטופל ולא רק ייתן לו. הנכונות ללמוד מהמטופל היא הזדמנות לחוויה מאוד מיוחדת, שבה המטפל יכול להתפתח כאדם

וכאיש מקצוע. בקשר שלי עם מטופלים זקנים למדתי להיות זהירה, לשאול את עצמי שאלות רבות בכל מה שקשור לאיך אני מרגישה במפגש עם האדם המסוים, להנמיך ציפיות כדי להקטין את תחושת התסכול המתעוררת בכל פעם שמטופל שקיוויתי שימשיך בטיפול ויעמיק את הקשר, בוחר לסיימו מוקדם מהמצופה, ובעיקר להיות צנועה יותר בהתייחסות שלי, לתת כמה שפחות פרושים, להשאיר מקום לספק ולהציע הסבר המלווה בסימן שאלה. המסר החשוב הוא לתת למטופל המבוגר את התחושה שהוא מנוסה ומומחה יותר ממני וחכם מספיק כדי לקבל החלטות או לתת לעצמו ולי הסברים (בר-טור, 2010; 2006).

מהו הטיפול הפסיכולוגי המועדף?

גישות פסיכולוגיות שונות ניתנות ליישום בטיפול באוכלוסייה זקנה. בחירת הגישה מחייבת, כאמור, הערכה מקיפה של מצבו של המטופל הזקן והתאמתה למציאות חייו ולצרכיו. הגישה הטיפולית הנבחרת היא על פי רוב תולדה של הידע, ההכשרה והניסיון של המטפל. הספרות המקצועית מציעה מגוון טיפולים הקיימים בפסיכולוגיה, החל מפסיכותרפיה פסיכואנליטית, פסיכותרפיה דינמית, סקירת חיים והגישה הנרטיבית וכלה בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי, טיפול משפחתי והתערבויות נוספות באמצעים יצירתיים (Hepple, 2004). הטיפול באדם הזקן, בדומה לטיפול באדם צעיר, יכול לנוע מהתייחסות אל העצמי ואל עולמו הפנימי של המטופל וכלה בהתמקדות על המציאות החיצונית ההתנהגותית. היכולת לנוע בין העולם הפנימי לחיצוני היא, להערכת, הגישה המועדפת, שכן היא ביסודה גישה אינטגרטיבית, המשלבת גישות שונות. חשוב שהמטפל יהיה בקי ביותר מגישה טיפולית אחת, כדי שיהיה מסוגל לבחור את הטיפול המתאים ביותר למטופל, אך לא פחות חשוב, שהמטפל ירגיש בטוח מקצועית במסגרת הטיפולית הנבחרת, וכמובן שהטיפול הנבחר יתאים לצרכים וליכולות של המטופל. בחרתי להציג שתי גישות המייצגות את שני הקטבים של הקשת הטיפולית: (1) טיפול פסיכולוגי-תמיכתי על פי תיאוריית העצמי, שהוא דינמי, עם אוריינטציה פסיכואנליטית, המתמקדת אל המציאות הפנימית ולעצמי של הזקן. זהו טיפול תמיכתי, שאינו מוגבל בזמן; (2) טיפול קוגניטיבי-התנהגותי, קצר מועד, המבוסס על המציאות התפקודית ועוסק בלמידה ובפתרון בעיות.

טיפול פסיכולוגי-תמיכתי על פי תיאוריית העצמי

הפסיכולוגיה עברה דרך ארוכה מאז שפרויד ראה במטפל דף חלק, שעליו יכול המטופל להשליך את עולמו הפנימי, כשהמטפל, במהלך תהליך ארוך ואינטנסיבי של עיבוד

האסוציאציות העולות בטיפול, מסייע בעיבודן (בר-טור, 2005; לומרנץ, 2003). היום ברור, שבמפגש הטיפולי כל אחד מביא גם ובעיקר את עצמו, והמפגש המיוחד בין העולמות, יכולת ההכלה, האמפתיה והקבלה, היא המאפשרת יצירת קשר משמעותי ואפשרות לשינוי. ההתייחסות אל העצמי של המטפל והמטופל והאינטראקציה ביניהם בטיפול היא בבסיס של שתי גישות חשובות בפסיכולוגיה. תיאוריית העצמי (Kohut, 1971; Muslin, 1992) והגישה ההתייחסותית, האינטר-סובייקטיבית (Greenberg & Mitchell, 1983). האחת שמה במוקד את העצמי של המטופל, בעוד שהשנייה עוסקת יותר בקשר שבין המטפל והמטופל. יש מספר נקודות משותפות לשתי הגישות: הדגש הוא על העצמי, מעבר לגוף, על חשיבות יחסי האובייקט ויחסי הגומלין, יותר מאשר על דחפים וניתוח תכנים העולים מהעבר. לפי גישות אלה, האדם נולד בתוך סביבה אנושית משמעותית, עם צורך ליצור יחסים עם הסביבה הקרובה ולפתח קשר עם דמויות משמעותיות בחייו. לאלה היה ועדיין יש תפקיד מרכזי בעיצוב עולמו הנפשי והתפתחותו הרגשית.

העצמי מתואר כמבנה פסיכולוגי המכיל ייצוגים, זיכרונות של דימויים וקשרים עם אחרים. העצמי מרכיב למעשה את הדימוי העצמי, את הביטחון, ההערכה העצמית והזהות של האדם. הוא נבנה מתחילת החיים, מהקשר המשמעותי עם דמות הורית מזינה וממראות חיוביות שהסביבה מאפשרת לנו להתבונן בהן ולגבש באמצעותן את תפיסת העצמי. גיבוש וחזוקת העצמי מתאפשר במהלך החיים על ידי חיזוקים חיוביים, תדלוקים או מראות חיוביות. כל אלה ממשיכים להתקיים באמצעות קשרים משמעותיים, הישגים שונים שאנו משיגים בתחומי החיים השונים ותחושה שהשגנו את המטרות שהצבנו לעצמנו.

בזיקנה קיים איום גדול על העצמי עקב צמצום, היעדר או שבירה של המראות החיוביות (Kohut, 1977). אנו עלולים לחוות פגיעות נרקסיסטיות רבות עקב האבדנים והצמצום, עקב הירידה בתפקודים ופרידות מאובייקטים משמעותיים, שסיפקו לנו הזנה רגשית ומראות חיוביות. המטרה העיקרית בטיפול תהיה, אם כן, שיקום העצמי הפגוע ולעתים הזנת העצמי הרעב, ובמונחים של מוסלין, באמצעות טיפול מחזק ותומך (Muslin, 1992).

פגיעה בעצמי מתרחשת כאשר יש הפרעה ביחסים שבין העצמי לבין אובייקטים משמעותיים בחייו ובסביבתו של האדם. את תהליך ההזדקנות, על פי תיאוריית העצמי, אפשר לאפיין כתהליך מתמשך של פגיעה נרקסיסטית בתחושת העצמי, כתוצאה משינויים ומאבדנים, הגורמים לירידה בתחושת השליטה, המעוררת תחושה של חוסר אונים ופוגעת בדימוי העצמי ובהערכה העצמית. העצמי לפי קוהוט מתפתח ומתגבש בתהליך הנמשך לאורך כל החיים. כאשר הסביבה ממשיכה להתייחס לאדם הזקן בכבוד ובהערכה ומהווה מעין מראה המשקפת לו את הדימוי וההערכה העצמית שלו, נשמרים הדימוי העצמי החיובי וההערכה העצמית. אך כאשר הסביבה מצטמצמת, מתרוקנת מדמויות משמעותיות, שהיו

במהלך החיים מקור למראות חיוביות, או שהסביבה דוחה את האדם ומתרחקת ממנו, הוא עלול לחוות פגיעה קשה בעצמי. כשהאדם מזדקן ונחלש הוא יכול לאבד את המראות החיוביות, שהסביבה מספקת לו, ובעקבות כך לחוש ריקנות, כעס, דיכאון, אשמה או היפוכונדריה. דבר זה עלול לגרום לתנודות קיצוניות בהערכה העצמית, לתלות באחרים, לשתלטנות ולתובענות. ככל שהאדם, לאורך חייו, היה תלוי יותר באנשים מסוימים לצורך שמירה על ערך עצמי ועל דימוי עצמי, כך הפגיעה קשה יותר וההתמודדות עם אבדן האדם הקרוב, או התפקיד, או המעמד המקצועי-חברתי עשויה להיות קשה יותר. מטופלים שחוו אבדנים או שינויים והעצמי שלהם פגוע יכולים להפיק תועלת מטיפול תמיכתי על פי גישת העצמי (Muslin, 1992).

מטרת הטיפול, על פי גישת העצמי, היא לשקם את העצמי באמצעות העלאת המודעות והתובנה לקשיים. שיקום העצמי נעשה באמצעות שיקוף וניתוח של אירועים ותהליכים מהעבר, תוך ניסיון לחבר ולאחד את החלקים הפגועים בעצמי. תהליך השיקום מתרחש ברגע שנוצר אמון וקשר והמטפל הופך לעצמי – לאובייקט, שזו למעשה המטרה העיקרית של הטיפול התמיכתי. המטפל משמש כתחליף לאובייקטים שאבדו, כמו בן/ בת זוג או ילד. זהו קשר נמשך של הזנה נרציסטית, שאינו תהליך מוגדר של התחלה וסוף. למטפל תפקיד מרכזי בתמיכה, בהגנה, בהכוונה ובסיפוק תחושה של ביטחון, שלוה, נוחות או אהבה. כשהמטופל נמצא במצב של חרדה, אי-שקט או בלבול הוא זקוק לשליטה ולארגון ולכן המטפל יכול לשמש מעין הורה אידיאלי, שעליו אפשר להישען וממנו אפשר לקבל מקלט בטוח. על פי גישת העצמי, תפקיד חשוב בטיפול יש לאישיותו של המטפל, למידה שבה העצמי שלו מגובש, לשאלה האם הצרכים שלו מסופקים ולמידת העייפות והשחיקה שהוא חש בעבודה או בחיים האישיים. עבודתו הטיפולית של המטפל מקבילה במידה רבה לתפקיד של ילד שמטפל בהורה. לכן, חשוב שהמטפל הצעיר לא יהפוך את המטופל להורה שלו ויעביר אליו ציפיות גבוהות, או לחילופין, רגשות של עוינות לא מודעת. כל אלה יעכבו את המטפל מלהוביל את הטיפול ולהנהיגו ואת המטופל הזקוק לחיזוק ולביטחון. בניגוד לטיפול רגיל, המטפל, המשמש לעתים כדמות הורה, לוקח אחריות, הוא אקטיבי, יוזם ואף מסייע בקבלת החלטות, כשהאדם המבוגר מתקשה בכך. טיפול זה מתאים במיוחד למטופל הזקוק לחיזוקים רבים, אדם שמאגרי האנרגיה שלו והמקורות החיצוניים, המזינים את העצמי, מצומצמים. עם זאת, ההכרה בפגיעות של העצמי הזקן ובהשלכות שיש לאבדנים הרבים על הגיבוש של העצמי ועל הצורך בתדלוק ובמקורות חיזוק, חשובה בכל גישה טיפולית.

טיפול קוגניטיבי-התנהגותי

הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי נועד להפחית מצוקה נפשית. הגישה שמה דגש על התנהגות המטופל, על מחשבותיו ועל אמונותיו; היא מסייעת למטופל לזהות את המחשבות שעומדות בבסיס הרגשות שלו והשלכותיהן על התנהגותו. הטיפול ממוקד ומובנה ומטרתו להביא לשינוי בהתנהגויות ובמחשבות הגורמות למצוקה אצל המטופל על ידי תרגול, תצפית והערכה של ההתנהגות והחשיבה (גלבוע-שכטמן ומרום, 2011).

הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי הוכח כיעיל ביותר בטיפול באוכלוסייה המבוגרת, בעיקר באלה הסובלים ממצבי חרדה, דיכאון ואבל (Gallagher-Thompson & Thompson, 2010a; Laidlaw, Thompson, Dick-Siskin et al., 2003; Laidlaw & McAlpine, 2008; Satre, Knight & David, 2006).

לטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי בזקנים יש מספר יתרונות, כפי שמציינים גאלאגר-תומפסון ותומפסון (Gallagher-Thompson & Thompson, 2010a):

מיקוד ב"כאן ועכשיו": אחד היתרונות העיקריים הוא בכך, שהטיפול אינו מחייב קשר ארוך-טווח. קשה להבטיח בזיקנה יציבות, התמדה או המשכיות בקשר הטיפולי, לאור העתיד הלא צפוי ובעיקר לאור העובדה, שחלק ניכר מהמטופלים פונים לטיפול במצב בריאות רופף. לכן, הדגש בטיפול הוא על איתור הצרכים העכשוויים של האדם. גם אם בתהליך איסוף המידע עולים נושאים משמעותיים מהעבר, הטיפול מתמקד במצוקות שאותן חווה האדם כהווה, מבלי להיכנס לתהליך של עיבוד חוויות ואירועים שהזקן חווה במהלך חייו. ההתערבות מכוונת בעיקר להפחתת לחצים ממוקדים.

אימון וחזיון כישורים קיימים: אחת המטרות החשובות של הטיפול היא לעזור לאדם הזקן לגלות מה הן היכולות השמורות שלו ובעיקר לעשות שימוש יעיל במאגרים לא מנוצלים. כך, למשל, רבקה, בת 82, שסבלה מדיכאון שנבע בעיקר מבדידות, מחוסר חברה ומחוסר הכרה ביכולותיה הגבוהות למרות גילה, גילתה במהלך הטיפול, שבו עסקה בתכנון הזמן ובבניית מטרות לטווח קצר, שהיא יכולה ללמוד ברידג' גם בגילה המתקדם, שהיא מסוגלת לזכור וללמוד ובעיקר ליצור קשרים חברתיים חדשים. צבי, בן ה-75, שהרבה בצעירותו לשחק כדור-סל ובשנים האחרונות, עקב הידרדרות במצבו הגופני, חש תסכול גדול ובילה את רוב זמנו בצפייה פסיבית בספורט בטלוויזיה, גילה במהלך הטיפול, שהוא מסוגל ליהנות מעבודה על מכשירים בחדר כושר ומהשהות בו בבקרים, להתיידד עם צעירים ועם בני גילו בסביבה חדשה ואף לשפר משמעותית את הכושר הגופני שלו.

מבניות הטיפול: הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי מספק למטופל מסגרת, סדר ותכנית. מבניות הטיפול יכולה להיות איזון ופיצוי לעולמו הלא יציב והלא מוגדר בזיקנה והיא מאפשרת לו להתמקד בנושאים החשובים לו במיוחד, ובכך לחסוך ולשמר אנרגיה, שעשויה

להיות פחותה. המשימות מוגדרות על ידו בסיוע המטפל ובהכוונתו. שיעורי בית מסייעים בהתמקדות בפתרון בעיות וכן שומרים על רצף של מעורבות ועניין בתהליך ההתפתחותי. אני ממליצה למטופל לבוא לפגישות עם מחברת אישית, שתשמש לכתיבה במהלך המפגש הטיפולי ולרישום שיעורי בית בין הפגישות. ככל פגישה עוברים על שיעורי הבית ובין הפגישות המטופל יכול לחזור ולקרוא על הנושאים שעסקנו בהם במהלך הפגישה האחרונה. רצוי לערוך רישום, תיעוד ותכנית לשיעורי בית, בתיאום מלא ובדיון עם המטופל. לכן, חשוב לעבור על השיעורים ולהדגיש הצלחה.

מנגנון בקרה עצמי: אחד היתרונות החשובים הוא ביכולת של המטופל ללמוד לזהות תנודות במצב הרוח ולפתח טכניקות להתמודדות. יכולת זו מחזקת את תחושת השליטה במצבי חוסר שליטה ומאפשרת למטופל הזקן להיות אקטיבי ובטוח יותר. אפשר לתרגל מודעות, נשימות, עצירת מחשבות, שחרור והרפיה, דמיון מודרך, ועוד.

מקום חשוב יש בטיפול זה לחינוך ולהסברת הקשר בין מחשבות, מצב רוח והתנהגות. המודל מסביר את ההשלכות השליליות של הדיכאון או של החרדה והלחץ על תפקודו של האדם ולהיפך. אני מציידת את המטופלים במאמר או בספר, המסביר את עקרונות מודל ה-Rational emotive behavioral therapy (Ellis & Velten, 1998).

מכוון מטרה: ההתערבויות מכוונות לאתגר את המחשבות הסטריאוטיפיות ביחס לזיקנה, למשל: "אי-אפשר ללמד כלב זקן טריקים חדשים". הטיפול דורש מידע רחב על מצבו ועל תפקודו של המטופל ולעתים קשר עם גורמים מטפלים נוספים.

רכיב חשוב והכרחי בתחילת הטיפול בזקנים הוא העברת מידע והבנה לגבי מצבם מההיבט הפסיכולוגי (psycho-education). חשוב שהמטפל ייתן לזקן ולמשפחה, אם היא מעורבת בטיפול, הסבר מקיף על הקשיים עמם מתמודד הזקן וכן על הקשר שבין הרכיבים הגופניים, הרגשיים, ההתנהגותיים והקוגניטיביים. חלק מההכנה לטיפול הוא גם הדגשת חשיבותם של שיעורי הבית. לעתים, הגדרת המטפל איננה ברורה ומתמקדת יותר בחינוך ובהדרכה. עקב כך, נדרשת גמישות בהגדרת תפקידו של המטפל. מומלץ לתת למטופל דפי קריאה הביתה, להקליט אם אפשר את השיחות ולתת לו להקשיב להן בין הפגישות.

מוגבל בזמן: אחד היתרונות של הטיפול הוא היותו מובנה וברור. יש לו התחלה ויש לו גם מועד סיום, המאפשר תחושת שליטה גם למטופל. אך לאור חשיבות הקשר הרגשי עם המטפל, יש לעתים קושי לסיים טיפול. לכן, חשוב להדגיש, עוד במהלך הטיפול, שהוא ממוקד בזמן ויש לו מועד סיום ולסייע למטופל למצוא בסביבתו אדם שיוכל למלא את הצורך בקשר רגשי. בטיפול באנשים זקנים מספר המפגשים יכול להיות גדול יותר לאור הצרכים המרובים והאיטיות שבתהליך הלמידה (Laidlaw & McAlpine, 2008) וגם לאחר הסיום חשוב שהזקן ידע, שישנה אפשרות לחזור ל"תגבור"

או ל"תחזוק" במידת הצורך, בהתחשב במציאות החיים, שעלולה להשתנות לרעה (Malkinson & Bar-Tur, 2014)

טיפול משולב

על אף שמספר גדל והולך של מחקרים מצביע על יעילות טיפולים קצרי-מועד מסוג הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי או הטיפול הבין-אישי, בסיוע לאוכלוסייה זקנה, בעיקר במצבי דיכאון או חרדה, חשוב להכיר בכך, שבעבודה הטיפולית עם אוכלוסייה זו קשה להיצמד לגישה אחת. הגישה המתאימה היא גישה אקלקטית או משלבת, הבאה לידי ביטוי ביכולת של המטפל להיות גמיש מספיק ובקי במגוון מודלים טיפוליים, כדי שיוכל לבחור את הטיפול המתאים ביותר למטופל.

הילמן וסטריקר (Hillman & Stricker, 2002) מציעים טיפול אינטגרטיבי, לפיו המטפל עובד בגישה טיפולית עיקרית, אך משלב התערבויות טיפול נוספות בהתאם לצורך. החשיבות של טיפול אינטגרטיבי היא בגמישות המתבקשת, לעתים, באינטראקציה עם המטופל, לאור התנודות שיכולות לחול במצבו הבריאותי ובתפקודו במהלך הטיפול. פרציונה ועמיתיו (Farchione, Fairholme, Ellard et al., 2010) מציעים גישה מאחדת אשר אינה מגבילה עצמה לגישה תיאורטית מסוימת או נצמדת לאבחנה או לפרוטוקול מובנה, אלא מאפשרת גמישות ביישום גישות טיפוליות שונות. הגישה המאחדת מרחיבה את המודל הקוגניטיבי-התנהגותי ונותנת מקום מרכזי לעולם הרגשי. גישה זו רואה בהסתגלות ובהשתלבות בסביבה מטרה טיפולית מרכזית, וכזאת היא מותאמת למטופלים זקנים, המחפשים בטיפול הנפשי מענה לקשיים בהתמודדות עם אתגרי ההזדקנות בחיי היום-יום. הטיפול כולל ארבעה רכיבים עיקריים: (1) מודעות לרגשות; (2) הערכה מחודשת של מחשבות; (3) זיהוי התנהגויות המונעות מרגש ומניעת הימנעות רגשית; (4) חשיפה למצבים ולתחושות. כל רכיבי הגישה המאחדת נועדו להגביר את יכולת הוויסות רגשי, כשרגש שלילי נחוה בעצמה ובתדירות גבוהים. המטרה הטיפולית, לפי הגישה המאחדת, היא לעזור למטופל לקבל את הרגשות כלגיטימיים וטבעיים, אך גם נסבלים ולהבין שאין צורך לפחד מהם או להכחידם (עשת, 2011).

עקרונות הפסיכולוגיה החיובית ותרומתם לטיפול באוכלוסייה הזקנה

בעבודתי הטיפולית, אני מרבה לשלב אסטרטגיות מתחום הפסיכולוגיה החיובית. הפסיכולוגיה החיובית (Seligman, 2002; 2011) בניגוד לגישות אחרות, מציעה לא רק דרך להתמודד עם אבדנים ועם ירידה בתחומי החיים השונים ולא רק לתקן חולשות ולהפוך את החיים לנסבלים יותר, אלא גם למצוא ולהדגיש את הסיבות שבגללן כדאי להיות למרות המגבלות. לצורך כך, יש לעודד את הזקן לגלות את החוזקות שלו, את המאגרים הלא מנוצלים, את הרגשות החיוביים, את מערכות התמיכה הרגשית והחברתית שלו, כמו גם את תחומי העניין והמעורבות בחיים. כל אלה יתרמו לתחושה שיש משמעות לחיים טובים ולסיפוק גם בזיקנה. בטיפול נעשה שימוש באסטרטגיות שונות לתגבור הרווחה הנפשית ותחושת האושר, כמו רישום של כמה דברים טובים שקרו למטופל במהלך כל יום, התמקדות בשחזור מצבים מהעבר, שבהם הוא היה במיטבו ומימש את החוזקות שלו ואיתור החוזקות שלו כיום. בשיחות כאלה, המטפל מנסה לעזור למטופל לעבור משימוש ב"תוכנת חשיבה שלילית לתוכנת חשיבה חיובית." שימוש במודלים הקוגניטיביים נעשה לשם זיהוי מחשבות אוטומטיות שליליות ומעבר למחשבות יותר רציונליות, אך גם לחיזוק האופטימיות, לעידוד פעילויות של נתינה ונדיבות, ללימוד היכולת לסלוח והיכולת ליהנות ולחוות את ההווה, לשדרוג היחסים עם אנשים משמעותיים, לתכנון הפעילויות והעיסוקים של המטופל, כך שיתנו לו יותר סיפוק ומשמעות, להכוונה לפעילות גופנית, ועוד (ליבומוירסקי, 2011; Bar-Tur & Malkinson, 2014; Seligman, Rashid & Parks, 2006).

כך במקרה של רחל, בת ה-93, שיש לי עמה קשר טיפולי מזה כארבע שנים.

הקשר הטיפולי הראשוני והעיקרי הוא ביסודו טיפול תמיכתי לעצמי חלש ופגוע. לרחל היה מלכתחילה צורך חזק לדבר, כשהתפקיד שלי כמטפלת היה בעיקר להקשיב, להכיל ולחבק (תרתי משמע). במהלך השנה הראשונה, רחל שחזרה בטיפול חוויות טראומטיות מתקופת הילדות ובעיקר בקשר עם הוריה, אחיותיה ובהמשך עם בעלה. היא הביאה לטיפול חלומות רבים, חלומות בהקיץ וזיכרונות שצפו ועלו ופיתחה העברה חזקה אליי, שבה מילאתי תפקיד חשוב של דמות האם המגנה והמיטיבה, שחסרה לה בילדותה, זאת המאזנת את קולו של האב הביקורתי והמדכא, שהפך לקול הפנימי שלה. בפגישות נגענו בכאב, בכעס, בתחושת הבדידות וההשפלה שחוותה בילדותה והמשיכה לחוות בבגרותה. אני, מצדי, התמודדתי עם ההעברה הנגרית, שהתעוררה אצלי כלפיה והעסיקה אותי לא מעט במחשבות ובשיחות עם השותפות שלי למכון. במהלך השנים, הקשר הטיפולי המסורתי עבר

לא מעט שינויים, עקב טלטלות במצב בריאותה של רחל. ירידה במצבה התפקודי עוררה לחצים וחרדות רבים של אבדן שליטה ושל תלות בגורם זר, יחד עם התנגדות עזה לכניסתה של מטפלת זרה לביתה. ההתערבות היעילה ביותר הייתה שימוש במודל קוגניטיבי-אמוטיבי (REBT) (Ellis, 1994), כדי לעזור לה לזהות את הרגשות השליליים, לקבלם ולהבין איך המחשבות האוטומטיות שלה לגבי מוגבלות ותלות בגיל זיקנה הן לא רציונליות ומשפיעות על הרגשות שלה, כמה סף התסכול שלה נמוך ואיך היא נוטה בקלות ובקיצוניות להפחית בערך עצמה. שני אשפוזים בבית חולים, כולל תקופה של כשלושה חודשים שבהם הייתה מוגבלת לחלוטין וסבלה בעקבות כך מדיכאון ומחרדה, חייבו אותי לבקר אותה בביתה, לתמוך בה בשיחות טלפוניות בין הפגישות ובהמשך לנהל, במשך פרק זמן, שיחות טיפוליות בביתה. בשלב הזה, הטיפול היה בעיקר תמיכתי והתמקד בהכלה שלי את רגשות חוסר האונים והתסכול שהיא חווה ממצבה הבריאותי ובניסיון שלי לחזקה ולסייע לה לתת לגיטימציה מלאה לרגשות אלה ולתחושת חוסר האונים שהיא חשה, מלווה בהרבה אמפתיה לעצמה במצב זה.

כשחזרה לאיתנה, התעקשה להזמין אותי להצגת תיאטרון, שבה הופיעה נכדתה. היציאה המשותפת שלנו בערב, כשאני אווזת בורועה ומלווה אותה לתיאטרון ואל אחורי הקלעים, היא מסוג החוויות המכוננות בקשר בינינו. רחל ביטאה זאת כשתיארה את תחושת הקרבה אליי והביטחון שחשה בקיום שלי כמקום בטוח עבורה. תחושת הביטחון של אישה זקנה, בת 93, שעדיין חווה חרדות נטישה וזקוקה לאישור שלא אנטוש אותה, כפי שנטשה אותה אמה בילדותה, בתקופות שהייתה בדיכאון.

בפרקי זמן אלה, מחוץ למסגרת הטיפול הרגילה, נפרצו הגבולות, הופר האיזון והתפקיד שלי כמטפלת התרחב מעבר למרחב הטיפולי הרגיל וקיבל ביטוי מעשי למשאלות הכמוסות של רחל. בגישה הטיפולית המסורתית, יציאה מהמסגרת הטיפולית עשויה להיחשב כ"מעידה" של המטפל. לכן, חשוב שהמטפל יבחן היטב מה הם השיקולים המנחים אותו לצעד שכזה. אם המטפל משוכנע שהיציאה מהחרדר משרתת לטובה את המטופל הזקן ומחזקת אותו, כאשר מערכת התמיכה שלו מצומצמת, ואם המטפל פועל מתוך הבנה ושליטה על התהליך הטיפולי, הרי שהתרומה לקשר הטיפולי יכולה להיות מאוד משמעותית.

סיכום

הטיפול באדם זקן הוא ייחודי, מורכב ודינמי. הטיפול הפסיכולוגי באוכלוסייה זקנה הוא אתגר למטפל ולמטופל. שניהם מתמודדים עם אתגרי ההזדקנות, הלחצים המרובים, החרדות ותחושות התסכול, חוסר האונים ולעתים אף הייאוש, המאפיינים גיל זה. ההתמודדות מחייבת גמישות ורגישות. אין נוסחה אחידה לטיפול. השונות הגדולה בין הזקנים והשוני בתהליכי ההזדקנות מחייבים את המטפל להתאים לכל מטופל את הטיפול הנכון והאפשרי עבורו ובמידת הצורך לשנות את דפוס ההתערבות או לקבל את סיומו הלא צפוי. על אף שהנושאים העיקריים, שבהם עוסקים בטיפול פסיכולוגי, הם על-גיליים ומשותפים למטופלים צעירים וזקנים כאחד, ועל אף שלכאורה כל הגישות הטיפוליות הן אפשריות, עדיין יש לבחון לעומק את מידת ההתאמה של הגישה הטיפולית למטופל הזקן.

הקושי הבסיסי בטיפול פסיכולוגי בזיקנה הוא בתלות הבלתי נמנעת במציאות החיצונית, הכוללת את הבריאות הפיזית ואת המערך הסביבתי של המטופל הזקן. תלות זאת חודרת למרחב הטיפולי ומחייבת, לעתים, את מעורבותם של בני המשפחה או של גורמי טיפול נוספים. המטפל, כמו גם המטופל, אינם אוטונומיים והמרחב הטיפולי, שאמור להיות מוגן ואינטימי, נפרץ לעתים עקב אילוצים הקשורים למצבו הירוד של הזקן. לא פעם עלול להתעורר קונפליקט בין האינטרס לשמור על פרטיות המטופל לבין הצורך לערב בני משפחה בטיפול. החלטות שהמשפחה צריכה לקבל לגבי הטיפול באדם הזקן, כשמצבו מידרדר, עשויות להעמיד את המטפל בדילמות אתיות מורכבות. ייעוץ וגישה מערכתית משפחתית מועילים במקרים רבים. חשוב מאוד, ששיקולים אתיים יהיו חלק מתהליך קביעת המדיניות בטיפול ויעמדו תמיד במרכז תודעתו של המטפל (לומרנץ, 2003).

לסיכום, יש לראות במטפל מעין מומחה, שלרשותו עומדים, בנוסף לכישורים האישיים, גם ידע רחב וארגז כלים, המכיל אסטרטגיות טיפוליות אפשריות, המבוססות על גישות שונות. אישיותו של המטפל, בשלותו הרגשית והכשרתו שלו לטפל באדם זקן הם רכיבים חשובים והכרחיים ליצירת קשר טיפולי. המיומנות הנדרשת מהמטפל היא היכולת להשתמש בכלים שונים לאנשים שונים במצבים שונים.

ובהתאם לאמירתו של ברנרד שואו: "האדם היחיד שנוהג בהיגיון הוא החיית שלי. הוא מודד את מידותיי בכל פעם שהוא פוגש אותי, בשעה שהאחרים מחזיקים במידותיי הישנות ומצפים שאתאים את עצמי אליהן." הבה נהיה כולנו חייטי צמרת מיומנים ורגישים. נתפור חליפות מיוחדות לאנשים מיוחדים, בהתאם למצבם הפיזי, הנפשי, החברתי, התרבותי, הדתי, או העדתי, וננסה עד כמה שניתן להימנע מהנטייה הקלה, הנוחה יותר, לתפור לכולם תלבושת אחידה (בר-טור, 2006; 2010).

מקורות

- אייל, נ. ובר-טור, ל. (2002). זרקור על הפסיכולוגיה של הזיקנה: הריקוד המוחמץ. המטפל המסרב והמטופל המסרב. פסיכו-אקטואליה, אפריל, 24-28.
- בר-טור, ל. (2009). החיים במחשבה שנייה – שיחות עם נפתלי. קריית ביאליק: הוצאת אח.
- בר-טור, ל. (2010). מי מטפל במטפל? מיומנויות מקצועיות ורגשיות של המטפלים בזקנים. גרונטולוגיה, ל"ז (3-2), 69-86.
- בר-טור, ל. (2006). הערכת כשרותם של הזקנים והמטפלים בהם. גרונטולוגיה, ל"ג (4), 43-58.
- בר-טור, ל. ופרגר, א. (1996). זקן-זקן מה יש לו בחייו? איכות ומשמעות החיים בזיקנה המאוחרת. גרונטולוגיה, 76, 37-47.
- גלבוע-שכטמן, א. ומרום, צ. (2011). הקדמת העורכות. בתוך: צ. מרום, א. גלבוע-שכטמן, נ. מור וי. מאירס. (עורכים), טיפול קוגניטיבי-התנהגותי במבוגרים (עמ' xv-ix). תל אביב: הוצאת דיונון.
- וינשטוק, מ. וביליג, ח. (2003). טיפול תרופתי במחלות נפש אצל זקנים. בתוך: א. רוזין (עורך), הזדקנות וזיקנה בישראל (עמ' 877-893). ירושלים: אשל, ג'וינט ישראל.
- לומרנץ, י. (2003). בריאות נפשית וטיפול נפשי בתקופת הזיקנה. בתוך: א. רוזין (עורך), הזדקנות וזיקנה בישראל (עמ' 467-530). ירושלים: אשל, ג'וינט ישראל.
- ליובומירסקי, ס. (2011). הדרך אל האושר: תכנית פעולה לחיים שמחים. אור יהודה: כנרת בית הוצאה לאור.
- עשת, י. (2011). "הגישה המאחדת": עיקרי הגישה ודרך לימוד משותפת למטפלים מנוסים. פסיכולוגיה עברית, נובמבר 4. Retrieved from: [http:// www.hebpsy.com](http://www.hebpsy.com)

American Psychological Association. (2013). *Guidelines for psychological practice with older adults*. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/psychotherapy.aspx>

Bar-Tur, L. & Malkinson, R. (2014). Positive psychology for older adults. In: N.A. Pachana & D.K. Laidlaw (Eds.), *The Oxford handbook of clinical geropsychology*. Ch, 51. London: Oxford Press.

Blando, J. (2010). *Counseling Older Adults*. Florence, KY, USA: Routledge.

Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy. A comprehensive method of treating human disturbances revised and updated*. New York: A Birch Lane Press Book.

- Ellis, A. & Velten, E. (1998). *Optimal aging. Get over getting older*. Chicago and La Salle, Illinois: Open Court.
- Farchione, T.J., Fairholme, C.P, Ellard, K.K., Barlow, D.H., Allen, L.B., Ehrenreich, M J. T. & Boisseau, C.L. (2010). *Unified protocol for trans-diagnostic treatment of emotional disorders: Workbook* (Unified trans-diagnostic treatments that work). U.S.A.: Oxford University Press.
- Gallagher-Thompson, D. & Thompson, L.W. (2010). *Treating late-life depression*. Oxford: Oxford University Press.
- Gallagher-Thompson, D. & Thompson, L.W. (2010a). Effectively using cognitive behavioral therapy with the oldest-old: Case examples and issues for consideration. In: N.A. Pachana, K. Laidlaw & B. Knight. *Casebook of clinical geropsychology* (pp. 275-282). Oxford: Oxford University Press.
- Greenberg, J.R. & Mitchell, S.A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Hepple, J. (2004). Psychotherapies with older people: An overview. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 371-377.
- Hillman, J. & Stricker, G. (2002). A call for psychotherapy integration in work with older adult patients. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 395-405.
- Katz, R.S. & Johnson, T.J. (2006). *When professionals weep: Emotional and counter-transference responses in end of life care*. New York: Routledge.
- Knight, B.G. (2004). *Psychotherapy with older adults* (3rd ed.). New York: Sage.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. Chicago: Chicago University Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Laidlaw, K. & Knight B. (2010). *Casebook of clinical geropsychology* (pp. 275-282). Oxford: Oxford University Press.
- Laidlaw, K. & McAlpine, S. (2008). Cognitive behavior therapy: How is it with older people? *Journal of Rational-Emotive Cognitive-Behaviour Therapy*, 26, 250-262.
- Laidlaw, K., Thompson, L.W., Dick-Siskin, L. & Gallaher-Thompson, D. (2003). *Cognitive behavior therapy with older people*. Chichester, England: John Wiley & Sons.

- Malkinson, R. & Bar-Tur, L. Bereavement and grief work. In: N.A. Pachana & D.K. Laidlaw (Eds.). (2014). *The Oxford handbook of clinical geropsychology* (Ch, 51). London: Oxford Press.
- Muslin, H. (1992). *The psychotherapy with the elderly self*. New York: Brunner-Mazel.
- Nemiroff, R.A. & Colarusso, C.A. (1985). *The race against time: Psychotherapy and psychoanalysis in the second half of life*. New York: Plenum.
- Satre, D.D. & Knight, B.G. & David, S. (2006). Cognitive-behavioral interventions with older adults: Integrating clinical and gerontological research: Professional psychology. *Research and Practice* (37), 5, 489-498.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M.E.P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press.
- Seligman, M.E.P., Rashid, T. & Parks, A.C. (2006). *The American Psychologist* (61), 8, 774-788.

פרק 6

גריאטריה ופסיכוגריאטריה: אפיונים ייחודיים של עבודת הרופא עם זקנים – היבטים מעשיים ויישומיים

ארנולד רוזין

מבוא

בישראל של המאה ה-21, כמו גם ברוב ארצות המערב, קצב הגידול של האוכלוסייה הזקנה הוא בין המהירים בתוך כלל קבוצות הגיל. כתוצאה מכך, השימוש של האוכלוסייה המבוגרת בשירותי בריאות בקהילה ובכתי חולים גובר והולך במשך השנים האחרונות בחייהם. נתון זה בא לידי ביטוי בעלייה במספר האשפוזים ל-1,000 איש, שעומד על 602 זקנים בגילאים 75-84 ועל 853 בגיל +85, בהשוואה ל-154 זקנים, מתוך כל 1,000 בכלל האוכלוסייה בשנת 2006 (ברודסקי, שנור ובאר, 2008). עם העלייה במספר הזקנים המטופלים במחלקות פנימיות, טוענים הרופאים המומחים ברפואה פנימית, שהם עוסקים למעשה בגריאטריה. אולם, הרופא העוסק בבריאות ובחולי של זקנים צריך לרכוש גישות ותכונות ייחודיות, בנוסף לדרישות המקצועיות של רפואה פנימית. פרק זה מצביע על התפקידים הייחודיים של הרופא הגריאטרי ודן ביסודות מדעיים אחדים, הקשורים לפעילות השגרתית של הזקן הבריא והחולה.

מקצוע הגריאטריה

הגריאטריה היא תחום ברפואה המוקדש לטיפול בזקנים. מלבד הידע במחלות פנימיות בגיל הזיקנה, נדרש מהרופא הגריאטרי ניסיון נוסף הכולל:

1. ידע על השינויים הביולוגיים והפיזיולוגיים בזיקנה, בהתייחס לבריאות הגופנית, השכלית והנפשית.
2. מקור החולי והמחלות של בני גיל הזיקנה, מאפייניהם והטיפול בהם.
3. התייחסות נאותה לזקן וידע כיצד ליצור קשר ידידותי ומעורר אמון עמו.
4. ידע על הקשרים חברתיים של החולה הזקן וידע על אודות דרכים להתערבות, כשהיא נחוצה.
5. ידע על ליקויים בזיקנה, המכונים "ענקי הגריאטריה", המערכים מספר תחומי מומחיות ברפואה בנושא יציבות של תנוחת הגוף, ניידות, שליטה על הסוגרים ותפקוד הזיכרון והחשיבה.
6. עקרונות השיקום בזקנים ויישומם.

רקע היסטורי על התפתחות מקצוע הגריאטריה

הצעדים הראשונים לפיתוח הגריאטריה כמקצוע רפואי התרחשו במאה ה-20 באנגליה ובאירופה משנות ה-30 (של המאה הקודמת). הרפואה הגריאטרית השתלבה ברוב בתי החולים עד שנות ה-80 ואילך. בישראל, בשנת 1986, המועצה המדעית לרפואה הכירה בגריאטריה כמומחיות רפואית בפני עצמה (רוזין, 2010).

הדחיפה להקמת הגריאטריה כמקצוע רפואי בישראל נבעה מהשינויים הדמוגרפיים באוכלוסייה, עם גידול אחוזי בני גיל 65 ואילך מ-3.5% בשנות הקמת המדינה עד למעלה מ-9% בשנות ה-80, וכיום כ-10% של האוכלוסייה (ברודסקי ועמיתים, 2008). גידול זה והשלכותיו על הצרכים הרפואיים של אוכלוסיית הזקנים "הכריחו" את הממשלה והשלטונות המקומיים משנות ה-70' ואילך להקים ולהרחיב שירותים עבור הצרכים המיוחדים של אוכלוסיית הזקנים ולהקצות משאבים להרחבתם.

לארגון מחדש של השירותים הנ"ל היו מספר תוצאות חשובות: (1) צמצום הפער התפיסתי, שבין מערכת הטיפולים במוסדות, כגון בתי חולים או מחלקות סיעודיות בבתי אבות, לבין שירותים ציבוריים עבור זקנים בביתם בקהילה; (2) הקמת מחלקות להמשך טיפול רפואי וטיפול שיקומי בבתי חולים או בבתי אבות; (3) תאוצה בארגון שירותים גריאטריים בקהילה. בהקשר זה חל שינוי בעמדה של הטיפול הרפואי בחולים "כרוניים", מהמגמה לרפא את המחלה (cure to) למגמה רחבה יותר של טפול באדם עצמו ובמה שחסר לחיי היום-יום. כמו כן, התרחבו תחומי הטיפול הרפואיים, כפי שמתואר בהמשך, ואלו הצריכו תוספת כוח אדם של מומחים בגריאטריה, כדי לענות על צורכי אוכלוסיית הזקנים במסגרות השונות – בבתי חולים, במוסדות (בתי אבות) ובמסגרות של טיפולי בית, שהתפתחו משנות ה-70 ואילך (יקוביץ, 2011).

בנוסף לכך, התפתחה מודעות בקרב אנשי מקצוע רופאים, אחיות, פיזיותרפיסטים, מרפאות בעיסוק ועובדות סוציאליות, לחשיבות שבעבודת צוות רב-מקצועי – מעמודי התווך של הפרקטיקה הגריאטרית. בהנחיית הצוות במחלקה בבית חולים, או במרפאה של רפואת המשפחה בקהילה, מוטל על הרופא תפקיד ניהולי, שכן הוא צריך לגלות כישרון בהקשבה ובהערכת הדעות של אנשי צוות מדיסציפלינות אחרות, ועליו לסכם את התמונה המורכבת של הבעיות הרפואיות והחברתיות המציקות לחולה הזקן.

על זיקנה והזדקנות

התהליך הביולוגי של הזדקנות מובנה לתוך כל אורגניזם חי. הביטוי הקליני נובע מגורמים גנטיים, מהתבנית הפיזיולוגית של אותו אדם, מתופעות פתולוגיות שנרכשו במהלך החיים, וגם מהשפעות טרום-לידתיות (Weinstock, 2008). בין הגורמים המשפיעים על תהליך ההזדקנות נמנים מחלות, תגובות גופניות ונפשיות לגירויים חיצוניים מהסביבה או פנימיים בגוף, ואורח החיים של הפרט, כולל הרגלי אכילה ופעילות גופנית ומנטלית. תהליך ההזדקנות הוא הדרגתי, ומשתנה בהופעתו בגילאים שונים, כגון: ירידה בכושר השמיעה, המתחילה בעשור הרביעי; תופעות הבלות באישה ממוצעת בעשור החמישי או השישי לחייה; תופעות ניוון, המתרחשות מהעשור השישי במערכות פיזיולוגיות שונות, הבאות לידי ביטוי קליני בתקופת הזיקנה (Reznik & Dosa, 2005).

תהליך ההזדקנות בגוף האדם מתאפיין בשינויים הבאים:

1. הצטמקות הרקמות: ירידה בכמות המים התוך-תאיים. איבוד הגמישות ברקמות הנעשות יותר נוקשות, כגון ברקמות החיבור, ירידה במסת הרקמה באיברים, כגון ירידה במסת השרירים (sarcopenia) או ירידה במסת העצם (osteopenia).
2. ירידה בביצוע מוטורי ובכוח המרבי, ואיבוד חלקי של הרזרבה הנשארת בהפעלה הפיזיולוגית, כגון הכוח המרבי של השרירים, או הגברת הנשימה נוכח מאמץ פיזי עצום.
3. ירידת היעילות בתפקודי מערכת החיסון הנרכשת כנגד מחלות מדבקות, או נגד חיידקים או וירוסים. כמו כן, שיבוש בזיהוי של התאים העצמיים בגוף וכתוצאה מכך יצירת נוגדנים נגדם, תופעה הגורמת למחלות אוטו-אימוניות ולהרס ברקמות.
4. נטייה לשינויים בתפקודי תאים על ידי מוטציות, כולל ייצור ממאירות בקבוצות שונות של תאים.

5. נטייה לתאונות מחמת גורמים חיצוניים, כמו סביבה עוינת, העלולה לגרום לנפילות, או כתוצאה מניוון ברקמות הגוף, כגון בעדשה בעיניים, או משילוב גורמים חיצוניים ופנימיים (גלוברוזון, 2003; הרט, 1998).

בין פיזיולוגיה ופתולוגיה בזיקנה

השינויים עם הגיל, המתוארים לעיל, גורמים לפגיעות יתר של הרקמות והמערכות הפיזיולוגיות ומהווים תשתית להתפתחותן של מחלות בזיקנה, אשר בחלקן עלולות להוביל למוות. לעתים, יש קושי להבדיל בין השינויים הנורמטיביים הצפויים של ההזדקנות לבין המצב הפתולוגי שמעבר לגבול בריאות תקינה. אחד הקריטריונים המצביע על ממצא מעבר לגבול התקין, דהיינו כניון החולי, הוא קצב מהיר של התפתחות השינוי, תוך שבועות עד חודשים ספורים. המצב טעון בירור וחיפוש אחרי תהליך פתולוגי, שאינו דומה להתפתחות הפיזיולוגית ההדרגתית במשך השנים הקודמות עד וגם תוך תקופת הזיקנה (רוזין, 2003).

החולי בזיקנה

הרופא המטפל בזקנים חייב להבדיל בין תלונה של חולי לבין קיומה של מחלה. החולי מוגדר כהרגשה סובייקטיבית של אי-נוחות גופנית ו/או נפשית עם תחושה שקיים ליקוי בבריאות. לעתים, סיבת הרגשת החולי היא ביטוי של מחלה. הגדרת מחלה נקבעת על פי ההפרעות במערכות הפיזיולוגיות, הנגרמות על יד סטייה מקו הבריאות, והאבחנה מבוססת על דפוס התסמינים והסימנים האובייקטיביים, הנובעים מהליקויים הפתולוגיים בפעילות הגופנית, השכלית או הנפשית (Oxford Compact English Dictionary, 2000).

מלבד הטיפול במחלות, יעדי הרפואה הגריאטרית הם להרבות את שנות הפעילות האישית, להמעיט את שנות המוגבלות, לצמצם את גורמי הסיכון למחלות או לדחות את התרחשותן לעת מאוחרת יותר. הבנת תהליכי המחלות, כגון ממאירות או תהליכי ניוון, תאפשר צעדי מניעה שניונית ושלישונית וכך הארכת החיים ושיפור איכותם.

הופעת מחלות בעת זיקנה

הופעת מחלות באדם הזקן מאופיינת בשינויים בתפקוד הגופני או הנפשי, המתרחשים במשך זמן קצר, שבועות או חודשים, ויצירת תמונה קלינית אופיינית לאבחנה מבדלת של מחלה מסוימת. לעתים, עצם התפתחותה של מחלה חדשה בזקן עשויה להשפיע על המחלות הנלוות ולגרום להתעוררות הסימנים הקליניים שלהן (co-morbidity – ראו בהמשך, בסעיף הבדיקה הקלינית והאבחון של החולה הזקן). עם זאת, כיום, בגלל קידום

הטכנולוגיה ברפואה, אפשר לעכב או אף לדחות מחלות ולמתן רבים מהתסמינים הקליניים, באמצעות שיטות חדישות, כגון החלפת מפרקים, השתלת רקמות חדשות ומעקפי כלי דם, השומרים על שלמות הרקמות המועדות לסיבוכי איסכמיה. דוגמה בולטת הן הטכניקות של השתלת מסתם הוותין (aortic valve), באמצעות צנתור, כתחליף לניתוח פתוח במצבים של היצרות המסתם. שימוש בשיטה זו מאפשר לרופא להפנות לטיפול כזה זקנים בגילאים יותר גבוהים עם תחזית שפירה כתוצאה מפרוצדורה חדשה זו.

השלכות החולי בזקן

השלכות החולי החריף או מחלות בזיקנה כוללות: (1) נסיגה בתפקוד ובעצמאות של האדם; (2) קושי בניידות; (3) נסיגה נפשית; (4) הפרת הקשרים השגוריים עם החברים. בהתחשב בהשפעת החולי על הזקן, הרופא צריך להיות ער לסכנות הנפשיות, בעיקר הדיכאון והבלבול העלולים להופיע תוך כדי מהלך מחלה כלשהי, ובתהליך ההתאוששות, או עקב התרופות הנרשמות לחולה. הרופא צריך להעריך עד כמה השינויים והמעבר של האדם הזקן מבריאות לחולי גורמים לנכות, דהיינו לסטייה מההרגלים הקודמים, למשל בעצמאות האישית ובאורח החיים לפני שהאדם חלה. לעתים קרובות, דרוש טיפול בתרופה נוגדת דיכאון, בגלל תגובה לשינויי אורח החיים ולמודעות שכוחותיו של האדם נחלשים בעקבות מחלתו. לעתים, חלה ירידה בדימוי העצמי עקב הרהורים על האצת קץ החיים וזו מהווה סיבה לכישלונות המאמצים להחזיר את הזקן החולה לפעילות חברתית מתאימה. הרופא המלווה את החולה צריך לגייס את תמיכת המשפחה במהלך ההחלמה והשיקום. מלבד ביטויי הדיכאון, שינויים מטבוליים עלולים להחמיר את החולשה בעקבות המחלה, ועצם הרגשת החולי יכולה לדכא את התקוות והמוטיבציה של האדם הזקן להמשך החיים. אצל רופאים שאינם רגילים להתמודד עם זקנים חולים, היעדר פרספקטיבה זו של שילוב התמונה הקלינית עם התשתית הפסיכו-סוציאלית עלול להקשות על הבנתם את קשיי הזקן הנאלץ לבנות את חייו מחדש בעקבות מחלתו.

הבדיקה הקלינית והאבחון של החולה הזקן

למרות ההתקדמות באמצעים הטכנולוגיים המסייעים בכירורים קליניים הקשורים לחולי או למחלות, עדיין הבדיקה הפיזיקלית מועילה, בהתאם לאנמנזה מהחולה, מהמשפחה ומהמטפלים. הרופא בודק את מערכות הלב והנשימה, את מערכת העיכול מהפה עד הרקטום, המפרקים ומערכת העצבים. בדיקה זו מהווה בסיס לאבחנה משוערת וכן להשלמת התמונה המתקבלת מנתוני המעבדה וההדמיה. מכל המידע המתקבל הרופא בונה את האבחנה ושוקל אם יש צורך לבצע בירור יותר מפורט. בבדיקה הפיזיקלית:

1. הרופא שם לב למצב הכללי של האדם הזקן, אם הוא נראה חולה או במצב של סבל ומצוקה, כולל הערכת תת-משקל או עודף משקל.
2. בבדיקה הקלינית של האדם הזקן מומלץ לרופא להציג עצמו לפני המטופל וללחוץ את ידו. תחושת המטופל שהרופא מגלה התעניינות בו ואמפתיה כלפיו, מפחיתה במעט את הלחץ והחשש של המטופל מהבדיקה הרפואית. בנוסף לכך, באמצעות לחיצת היד ניתן להעריך את הכוח והקואורדינציה בתנועת היד, את אופי העור, ואם קיימת רגישות במפרקים כמו דלקת. רצוי לברר אם יש לזקן חוזר תפיסה (reflex grasp) או רעד, או התאלות בציפורניים (clubbing).
3. יש לבדוק את טונוס השרירים על ידי הפעלת תנועה סבילה בשורשי שתי כפות הידיים. הגברת הטונוס מסמנת פגם אקסטר-פירמידלי שעשוי לשקף הפרעות נוירולוגיות בתנוחת הגוף ובניידות.
4. יש להעריך אם הלחץ בווריד הג'וגולרי בצוואר מוגבר כסימן של אי-ספיקת לב או מחלת ריאות כרונית, אם קצב הנשימה סדיר או שיש "נשימה תקופתית" עם הפסקות מדי פעם מסוג Cheyne-Stokes.
5. יש לראות או למשש את האופי של חוד הלב, את הבטן, היקף התנועה במפרקי הרגליים, ותצפית על ההחזורים הגידיים והפלנטריים.
6. תצפית על אופי ההליכה – אם היא סימטרית, אם היא ספסטית או אפרקטית או פרקינסונית, אם יש קצב סדיר ואם תנוחת הגוף ישרה. צפייה על אורך הפסיעה, הרמת הברך וכף הרגל, נענוע הידיים, וכן בודקים אם יש פגם בשיווי המשקל שעלול לבשר על סיכון לנפילות (ראו להלן הדיון על ניידות).
7. חשוב שהרופא יכיר את השינויים השכיחים בהופעת מחלה חריפה באדם הזקן. למשל, אם יש רכיב דלקתי או זיהום, הסימן הדומיננטי הוא שקיעה או ערפול בהכרה, לעתים עם הופעת בלבול, דהיינו acute confusional state, דומה לדליריום. לכן נדרש מהרופא לבדוק בקפידה אם מקור השינוי בהכרה או הבלבול הפתאומי טמון במצב זיהומי או מחמת שינוי מטבולי, כגון הפרעה ברמת הסוכר או האלקטרוליטים בדם. לעתים קרובות, הבלבול חולף כשהמחלה הגופנית נרפאת.
8. מלבד הגבול האפור בין הפיזיולוגיה לבין הפתולוגיה בזיקנה, הגורם של מחלות נלוות (co-morbidity), שהתחילו לפני תקופת הזיקנה – יכול להקשות על השיקול האבחנתי של הרופא לגבי משמעות התמונה הקלינית הנוכחית. כדוגמה, אדם זקן הסובל מסוכרת במשך 20 שנה ועבר מספר אירועים איסכמיים חולפים במוח (TIA's) במשך השנתיים האחרונות, ועכשיו מציג לרופא הפרעה בניידות (gait disorder) – השאלה היא מהו שקלול הסוכרת לעומת האירועים החולפים

במוח? כמו כן, מחלות נלוות, כגון אוסטיו-ארטריטיס במפרק הירך השמאלי, שהפריע מעט במשך שנים, נעשה מכשול רציני אם האדם נפגע בשיתוק הרגל הימנית כתוצאה מאירוע איסכמי במוח; דלקת כרונית בסמפונות בריאה (COPD) עלולה לסבך את תפקוד הלב האיסכמי בזקן ולהוביל לאי-ספיקת לב. יתר על כן, הטיפול התרופתי במחלות נלוות עלול לסבך מחלה חריפה באדם הזקן, כגון הטיפול הממושך בנוגדי קרישת הדם, שעשוי לגרום להפרעה באיזון זמן הפרותרומבין בדם, בהתנגשות עם אנטיביוטיקה הניתנת עבור דלקת ריאות חריפה.

שחרור הזקן מאשפוז בבית החולים

לקראת שחרור הזקן מבית החולים, הרופא, יחד עם הצוות הרב-מקצועי, צריכים להמליץ על סוגי העזרה הנדרשת בביתו של הזקן ולעודד את התמיכה הבלתי פורמלית, שמהמשפחה נותנת לזקן המוגבל (דורון, 2010). עליהם להצביע על המשאבים הרלוונטיים בשירותי הקהילה – התמיכה הפורמלית, כגון מרכזי יום, והסיוע לצרכים פיזיים המסופקים באמצעות חוק ביטוח סיעוד (קטן ולבנשטיין, 1999). כמו כן, הדגם של "קהילה תומכת" מבטא את היתרון של עזרה הדדית בקהילה על ידי תושביה יחד עם נגישות לשירותים רפואיים וסיעודיים (רותם, 2011; שפרלינג, 2000). תפקיד רפואי נוסף, הקשור לטיפול במחלות זקנים, הוא ההתייחסות לבריאות המטפלים עצמם, נוכח התחלואה מחמת העומס הממושך המוטל עליהם (Burns & Rabins, 2000). תהליך היפוך התפקידים, כאשר ה"ילדים" נוטלים אחריות על הזקנים, גם נושא זה דורש עצות מהרופא ומהעובדת הסוציאלית. תשומת-לב מיוחדת של הרופא צריכה להינתן לבעיות רפואיות מרכזיות בגריאטריה, המכונות "ענקי הגריאטריה." לסוגיה זו נתייחס להלן בפירוט.

ה- "ענקים בגריאטריה" (The Giants of Geriatrics)

כותרת זו, פרי חשיבתו של פרופסור ברנרד איזקס, מתייחסת לתסמונות שונות באדם זקן, שמקורן במספר תחומים שונים במקצועות הרפואיים (Isaacs, 1992), והן מעלות את השאלה לאיזה מומחה להפנות את החולה. לדוגמה, מי צריך לטפל באי-שליטה על מתן שתן? הלא זהו תחום של אורולוג, אך תכיפות במתן שתן יכולה להתרחש בעקבות אירוע מוחי ודרושה בדיקה נירולוגית. באשר להפרעה במתן שתן באישה, תיתכן הפניה לגינקולוג לגבי vaginitis או חסר באסטרוגן, והפניה לטיפול בזיהומים חוזרים. כתוצאה מכך, האדם הזקן, הסובל מאחת התסמונות הללו, מתקשה לדעת איזה מומחה מתאים לטפל בו, ורופא המשפחה צריך

להחליט על כיוון ההפניה. דוגמה אחרת היא אדם זקן הגר לבדו ומובא לחדר מיון בגלל נפילה ברחוב או בבית. לעתים קרובות, מאחר שהוא גר לבד, הגישה היא שמדובר ב"בעיה סוציאלית". נכון שיש התייחסות לתחום החברתי והסוציאלי, אך אסור לרופא להתעלם מפרטי הבדיקה הקלינית על עצם הנפילה. עם זאת, כל נפילה מעוררת שאלות רבות: מהי סיבת הנפילה, מהו הנזק לגוף ומה טיפול המניעה? התשובה יכולה להיות בתחום הכירורגי, הפנימי, הנזירולוגי, ובתחומי מקצועות רפואיים אחרים, כגון אורולוגיה, אנדוקרינולוגיה וגם הנחיות לשיקום. איזקס (Isaacs, 1992) פרסם את המונח "הענקים" כסימן למורכבות הקלינית והאטיולוגית של כל אחד מהתחומים כבעיות ענקיות בזקנים, שבהן החולה עשוי "ליפול בין הכיסאות". הוא הגדיר את ה"ענקים" בגריאטריה כליקויים בארבעת המצבים הבאים: (1) יציבות ושיווי משקל; (2) ניידות; (3) שליטה על הסוגרים; (4) ליקוי בתפקוד קוגניטיבי (Instability, Immobility, Incontinence, Impaired mental function). להלן נדון בתסמונות אלו כאוריינטציה של הרופא המטפל בזקנים. (The 4 I's –).

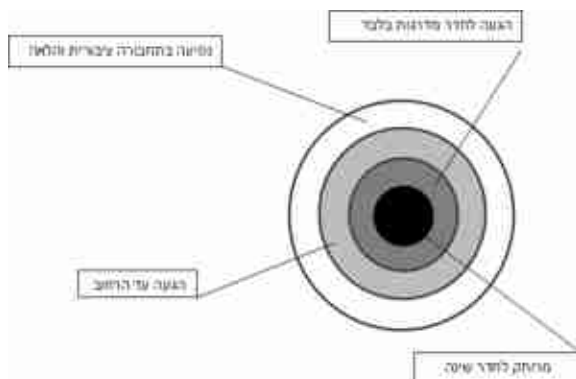
יציבות, שיווי משקל וניידות

תנועת הגוף וניידות הן פעילויות מרכזיות במהלך חיי היום-יום ומקור תפקודן בפיזיולוגיה ובפתולוגיה. הן מערבות את המקצועות של אורתופדיה, נזירולוגיה, ראומטולוגיה, רפואה פנימית, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וקינזיולוגיה. להלן נקודות רלוונטיות לתצפית הקלינית של הרופא על הדינמיקה בניידות של האדם הזקן והערכת המשמעות של שינויים בתחומים אלה.

האנמנזה

נתייחס למנגנון התקין והבלתי תקין של הניידות, כדי להבין את משמעות הבדיקה הקלינית. כושר הניידות משקף את דרגת הבריאות של האדם הזקן ואחת המדידות המעשיות היא מה שנקרא "מעגלי הניידות". לומדים את היקף הניידות של הזקן משאלות פשוטות על המרחקים שהזקן מסוגל להגיע אליהם. המעגלים מדגימים את היקף הניידות שלו לפי תמונה מס' 1 (בעמוד הבא). המעגלים הפוחתים והולכים משקפים הגבלות פיזיקליות ונפשיות, המקטינות את דרגות היקף תנועותיו של האדם הזקן בסביבה בשלבים יורדים והולכים – ממרחק בלתי מוגבל עד ריתוק לחדר אחד בתוך הבית. הליקויים שה"מעגלים" מצביעים עליהם נובעים מהמקור הפתולוגי כגוף או בנפש ומכוונים את הרופא לבדיקה הקלינית ולאבחנה שעשויה להסביר את צמצום הניידות.

תמונה מס' 1: מעגלי הניידות (Circles of Mobility)



כל מעגל מייצג את היקף המרחק והגבולות שהאדם הזקן מסוגל להשיג. הגבולות המרחקים מוצגות על ידי הקטנת המעגלים ומשקפות סיבה פתולוגית, המצמצמת את היקף הניידות.

הפיזיולוגיה של היציבות

תנוחת הגוף של האדם מוחזקת באמצעות רשתות של עצבי התחושה, המוטוריקה והמערכת האוטונומית, עם החזורים המשמרים את יציבות הגוף במנוחה או בתנועה. פעילות רשתות אלו מתבצעת במפלסים שונים במערכת העצבים המרכזיים מהמוח ועד המערכת ההיקפית – מקליפת המוח (cortex), דרך תת הקליפה, הפונס, גזע המוח וחוט השדרה, שממנו יוצאים העצבים ההיקפיים, המפעילים או מעכבים את הפעילות המוטורית והתחושתית. המערכת המרכזית במוח משמשת כבקרה על התנועה בגוף ועל היחס בין הגוף לבין המרחב בסביבה מחוץ לגוף. כשאדם עומד דום, בלי תזוזה, מערכות העצבים המרכזית וההיקפית מפעילות את שיווי המשקל הנח (static equilibrium), כולל פעילות השרירים נגד כוח הכובד, כדי להחזיק את הגוף בתנוחה זקופה על הבסיס הצר של כפות הרגליים. כשהגוף מתנועע, כגון בהליכה, ומזיז (displaces) את התנוחה הקבועה במנוחה, המשוב התחושי והמוטורי פועל באופן אוטומטי לשמור על גבולות שיווי המשקל הנע (dynamic equilibrium). התזוזה, (displacement) העוברת את גבול ביקורת היציבות, תגרום לכישלון הניידות – דהיינו לנפילה (Nayak, Gabell, Simons et al., 1982).

בגיל הזיקנה, החזרי התנוחה והחזרי התיקון (righting reflexes) והיחס העדין ביניהם נעשים פחות מדויקים ולפיכך הזקן מועד יותר לנפילות (Nutt, Marsden &).

(Thompson, 1993). כשאדם עומד דום, דהיינו ללא כוונה להתנועע, הגוף מתנווד (sways) באופן ספונטני קדימה, אחורה ולצדדים, וניתן למדוד את היקף התנועות הבלתי רצוניות אשר נקראות "נתיב ההתנוודות" (sway path). התנוודות מוגברת משקפת ליקוי בשיווי המשקל. סטייה זו שכיחה בזיקנה. סימן להפרעה זו בשיווי משקל הוא הגברת הטונוס בשרירי שורש כף היד, וגם היא יכולה לשקף ליקוי בניידות מרכזית (Nayak et al., 1982) (central gait disorder).

שינויים בתבנית ההליכה של האדם הזקן מחמת תהליך ההזדקנות

1. שינויים בתפקוד הרגליים, הבאים לידי ביטוי בתופעות אלו:

- ירידה באורך הצעד.
- ירידה במהירות ההליכה, המורכבת מאורך הצעד X מספר הצעדים בדקה. בצעידה אחת פוחת היחס בין משך הזמן שרגל אחת מורמת באוויר לבין משך הזמן שהיא נמצאת על הקרקע (swing/stance ratio).
- ירידה בגובה מרבי של הברך בשלב ההרמה (peak knee flexion).
- ירידה בהרמת העקב מעל הקרקע בכל פסיעה.
- ירידה בגובה הבעיטה הקדמית בסוף הרמת הברך.
- הוספת זמן של עמידה על שתי כפות הרגליים בו-זמנית על הקרקע (double support time).

2. נענוע הגפיים העליונות: התנדנדות הזרוע הנגדית לרגל הצועדת קדימה היא

תנועה אוטומטית המסייעת לדחיפת הגוף קדימה בתהליך ההליכה.

- ירידה בכיפוף קדימה של הכתף והזרוע.
 - ירידה ביישור המרפק בנענוע אחורה (Murray, Kory & Clarkson, 1969).
- ההפחתה בעצמת רכיבי ההליכה בזקן יכולה להתפרש כמעין הגנה על שיווי המשקל הפחות מדויק ומתואם. הלקח מתצפיות אלו הוא, שבהערכת מצב הבריאות בזקן חשוב, שהרופא יקפיד לבדוק גם את תנוחת הגוף בישיבה ובעמידה וגם את המורכבות של הליכה.

בניגוד לתפיסה של הליכה כפעילות אוטומטית בלבד, בשנים האחרונות מחקרים מצביעים על המורכבות של ניידות בכלל והליכה בפרט. יש הוכחות למעורבות התפקודים הגבוהים מהקליפה הקדמית של המוח, המיועדים לתכנון אופי ההליכה, לבקרת הניידות, לקשר עם הראייה, להבנת הסביבה ולתיאום מהמוח עם העצבים שבחוט השדרה וברשתות ההיקפיות. בניסוי למדידת שלבי ההליכה במעבדה, באמצעות חיישנים מתחת למסלול הליכה, הוכח, שביצוע פעולה קוגניטיבית בזמן ההליכה (dual task) גורם להאטת מהירות

ההליכה ומקצר מדדים אחרים של ההליכה (Carmicioli, Howieson, Lehman et al., 1997; Housdorff, Yogev, Springer et al., 2005; Montro-Odasso, Muir & Speechley, 2012; Nutt et al., 1993; Lundin-Olsson, Nyberg & Gustafson, 1997).

בפעולת ההליכה ובבקרת הניידות מופעלים בקליפת המוח תחומי החשיבה, הארגון (executive function), והפרופוריוספציה (התיאום של התנועה המוטורית של הגפה עם התחושה של תנוחת הגפה בחלל). מחקרים באנאליזות ביו-מכניות של שלבי ההליכה גילו את השינויים בהזדקנות בקואורדינציה בין הירך, השוק וכף הרגל, והשוואה בצורת ההליכה ושינוי המשקל בין זקנים לצעירים (Byrne, Stergiou, Blanke et al., 2002). תהליכי ההזדקנות עלולים להפריע לאיזון העדין שבמערכת העצבים המרכזית בתכנון שלבי ההליכה (Jahn, 2007; Zwergal & Schniepp, 2010; Snijders, van de Warrenburg, Giladi et al., 2007). בסקירה בת כחמש שנים, בקרב אנשים שגרו בקהילה, נמצא שרכיבי הקשב והריכוז (attention & executive function) והאטה בקצב ההליכה במשימה כפולה (double task) נתגלו בעיקר כרכיבי הניבוי לנפילות בעתיד (Mirelman, Herman, Brozgol et al., 2012).

השינויים ביכולת ההליכה מתוארים בתלמוד הבבלי בסוגיה על הזיקנה כדלהלן: "סלעים נעשו גבוהים, קרובים נעשו רחוקים, משתיים נעשו שלש..." – דהיינו, אבנים קטנות הופכות להיות סלעים גדולים (והוא עלול להיתקל בהם), מרחקים שנחשבו כקרובים נראים רחוקים מעבר לכוחותיו, ובנוסף לשתי רגליים עבור ההליכה, אדם זקן צריך תוספת של מקל לתמיכה בהליכה (תלמוד בבלי, שבת, קנ"ב).

הערכת כושר הניידות

בבדיקה הקלינית, הרופא צריך להתייחס למעורבותן של מערכות אחרות, מלבד מערכת העצבים, התורמות למנגנוני הניידות ולהפרעות בהם. עליו לברר אם יש ליקויים בשלד, במפרקים ובכוח השרירים, אם יש מחלות לבביות, הפרעות בקצב הלב ואירוע של איבוד הכרה, או מחלות זיהומיות סיסטמיות. כמו כן, עליו לבדוק גורמי סיכון לנפילות, כגון אירועים ווסקולריים במוח, מחלת פרקינסוניזם, דמנציה ובעיות נפשיות.

נקודות לבדיקה:

1. תנוחת הגוף בישיבה וצורת הקימה עם דרגה נאותה של התכופות קדימה, טונוס השרירים בכף היד, התנוחה בעמידה זקופה, אם יש הגזמה בהתנדנדות (sway) ואם שיווי המשקל שמור בתחילת הצעידה קדימה.
2. תצפית על ההליכה כוללת אופן אורך הפסיעה (שצריך להיות לא פחות מאורך כף הרגל), רוחב כפות הרגליים על הרצפה, סימטריה של הצעידה, כיפוף הירך והברך

בהרמתן, הרמת כף הרגל מעל הרצפה, מהירות הצעידה, שמירת שיווי המשקל בסיבוב, ישיבה בחזרה על הכיסא – האם היא מתבצעת באיטיות ובהדרגה, בלי ליפול לתוכו.

3. בעת הליכה יש לבדוק אם נענוע הידיים מתבצע באופן סימטרי, מוצלב ביחס לתנועת הרגליים וכן את כושר העלייה והירידה במדרגות.

4. תרגילים ייחודיים, כגון הליכה tandem – שבכל צעד החלק הקדמי של כף הרגל נוגע בעקב של כף הרגל השנייה באותו קו, וכן תרגילי שיווי משקל (May, Nayal & Issacs, 1985; Murray et al., 1969; Tinetti, SpeechiLey & Ginter, 1988; Tinetti, 2003).

5. אחד המבחנים הקליניים, שעשוי לנבא את הסיכוי לנפילות, הוא ה-"Get up and go" – קימה מישיבה בכיסא, הליכה של שישה מטרים, סיבוב וחזרה לשבת בכיסא היכולת לעמוד על רגל אחת למשך 10 שניות, ללא תזוזה, מפחיתה את הסיכוי לנפילות. בתלמוד בבלי המבחן כתוב בסגנון אחר: "ילד עד כמה. כל עוד שיכול לעמוד על רגל אחת וישרוך את החוט בנעל ברגל השנייה" ומצוטטת הדוגמה של רבי חנינה בן 80, שהיה מסוגל לעשות זאת (תלמוד בבלי, מסכת חולין, דף כ"ד, עמ' ב'). בנוסף לכך, פותחו מבחנים בכושר תנועה, המסוגלים לנבא את כושר התפקוד האישי בשנים הבאות על ידי רמת התפקוד של הגפיים התחתונות (Guralnik, Ferrucci, Pieper et al., 2000).

נפילות בגיל הזיקנה: סיבות והשלכות

נפילה היא ביטוי של כישלון בניידות והיא מתרחשות אצל אדם זקן כתוצאה משלוש סיבות עיקריות:

1. סיבות סביבתיות: כגון שקעים ושברים במדרכה, תאורה חלשה ומכשולים בלתי צפויים, כמו צפיפות הולכי דרך; בבית, כתוצאה ממדרגות שבורות, משטיחים חופשיים העלולים לגרום למעידה וכדומה.
2. ליקויים פנימיים בגוף: למשל, ליקויים במערכת העצבים המרכזית או ההיקפית, בשיווי המשקל, לפעמים תוך כדי תנועת הליכה, בעת שינוי התנוחה משכיבה לישיבה ומישיבה לעמידה, בניסיון להגיע לתנוחת גוף זקוף, ועוד.
3. שילוב גורמים סביבתיים ואישיים: למשל, כאשר לאדם זקן יש פגיעה במערכת העצבים והוא חשוף ל"סביבה עוינת".

גורמי סיכון נוספים הם: נפילות קודמות, הרגשת חולי וחולשה ברגליים ובעיות אורתופדיות, מחלות מערכתיות, כמו הפרעות בקצב הלב, נטילת תרופות עבור דיכאון וחרדה, ריבוי תרופות, תגובה פיזיקלית איטית יותר, ראייה פגומה, פגיעות קוגניטיביות, כמו דמנציה ונזק איסכמי במוח (Robbins, Rubenstein, Josephson et al., 1989).

קיימים הבדלים מהותיים בגורמי הנפילות ובהשלכותיהם בין נפילות של אנשים צעירים לזקנים: צעיר שנפל מסוגל לספר את הנסיבות ולהצביע על הליקוי בסביבה הטופוגרפית או האנושית ואילו האדם הזקן, לעתים, אינו יודע להסביר את סיבת הנפילה ומדוע לא הצליח למנוע אותה. הבדל זה מוסבר במודעות הקוגניטיבית הקיימת באדם צעיר – המודעות לסיכון שבנפילה והנסיבות בסביבה שעלולות לגרום לכך, ואילו אדם זקן לא שם לב לסיכון כזה או שלא הגיב במהירות הנדרשת, מחמת חוסר היעילות בהחזרי תיקון התנוחה כתגובה להפרת שיווי המשקל. כמו כן, יש הבדל בהחזרי ההגנה בין אדם בגיל 50-60 לבין אדם זקן בן 80-90. הצעיר מגיב לדחיפה ולאיבוד היציבות על ידי הושטת היד באופן מיידי כדי להגן על הראש, עם סיכון לשבר בשורש כף היד או בכתף. לעומת זאת, באדם בן 80+, הנופל על הקרקע, החזרי התיקון החלשים לא יפעילו את ההושטה האוטומטית של היד ואז הוא נופל ישר על הצד או על הגב ועלול לחוות שבר בצוואר הירך או בחוליות בגב. קשר משמעותי נמצא בין ההשתנות באורך זמן הצעידה לשיעור גבוה של נפילות (Hausdorff, 1996; Nakamura, Meguro & Sasaki, 2001; Rios & Edelberg, 2001). נפילות בגיל זיקנה הן גורם סיכון להידרדרות תפקודית ואף למוות. בסקירה שבוצעה בקרב ציבור רחב, מתוך 57,000 אנשים מבוגרים, שדווחו על נפילות על הקרקע, 3.2% מתו, מתוכם 1.6% מתחת לגיל 70 לעומת 4.4% מעל גיל 70 (Spaniolas, Cheng, Gestring et al., 2010). בסקירה על התמותה בעקבות נפילות מכל 100,000 בארצות הברית בשנים 1962-1988 ירדה התמותה בגברים בני 83 ב-63.5% ובנשים בגיל 77 ב-76%, הודות לשיפור בשיטות המניעה והטיפול (Gardhem et al., 2005; Mirelman et al., 2012; Kenny et al., 2001; Robbins et al., 1989; Spaniolas et al., 2010). שיעור התמותה מחמת שבר בצוואר הירך נאמד בכ-15% בבית החולים, ובתום שנה כ-30%, פי ארבע עד חמש מנפילות ללא שברים. בחולים הסובלים מדמנציה התמותה לאחר שנה מגיעה ל-50% (Keating, 2010).

האטיולוגיה לנפילות מורכבת מליקויים במספר תחומים, כגון במפרקים, בתיאום במערכת העצבים, בהתפתחות דמנציה ובמחלות סיסטמיות שונות, הכוללות co-morbidity. על הרופא הבודק אדם זקן בעקבות נפילה לברר באנמנזה את מכלול האפשרויות של קשיים סביבתיים בבית ובחוץ, במטרה למנוע נפילות עתידיות.

לסיכום, נפילה גורמת לירידה בביטחון העצמי, היא עלולה להחמיר מצב בלבולי שגרם לנפילה או שהתפתח בעקבותיה, לגרום לפחד או לרתיעה מהליכה מחוץ לבית ולהפחית את

המוטיבציה לפעילות יצירתית. הרופא צריך לייעץ למטופל על גורמים המונעים נפילות, כגון: לבישת נעליים יציבות ונוחות, התקנת מוטות לאחיזה ליד קירות בחדרי הבית, בעיקר בחדר השירותים והאמבטיה, הימנעות מעלייה על סולם או מעמידה על שולחן כדי להגיע לארונות גבוהים (Gillespie, Robertson, Gillespie et al., 2009). יש להסביר ולהדריך בקשר לגורמי סיכון נוספים, כגון: כמות גדולה של אלכוהול, תרופות הרגעה, נוגדי דיכאון וכדורי שינה. מומלץ ליטול ויטמין D כדי למתן את האוסטיאופורוזיס ולחזק את העצם (Nowson, 2010). פיזיותרפיה יכולה לשפר יציבות ויש חשיבות משמעותית בתרגילי ניידות, כמו קורס קצר בהתעמלות ובהליכה שיטתית, וכן להימנע מעודף משקל בגוף (Gillespie et al., 2009; Weerdesteyn, Rijken, Geurts et al., 2006).

אי-שליטה על הסוגרים בזיקנה

אי-שליטה על מתן השתן ו/או הצואה מהווה אחד הגורמים להרגשת בושע ומבוכה הן אצל הזקן עצמו והן במשפחתו. בסקירה שנערכה על 2,000 תושבים בקהילה, בגילאים 64-75 ואילך, שכיחות אי-שליטה על השתן הייתה 31% בקרב נשים ו-23% בקרב גברים (Stoddart, Donovan, Whitley et al., 2001). הקשיים הכרוכים בהתמודדות בהרטבות בלתי נשלטות גורמים לעלייה בנפילות ובאשפוזים ולהכנסת האדם הזקן למסגרת מוסדית או סיעודית (Grimby, Milsom, Molander et al., 1992). בעיה זו מעמידה לפני הרופא את האתגר להגיע לסיבת חוסר השליטה ולמצוא דרכים לטפל בה.

מתן השתן נעשה על ידי התכווצות שריר ה-detrusor בדופן כיס (שלפוחית) השתן כתגובה לגירוי תחושי ממילוי השתן בו. פעילותו מתנהלת על ידי קשת העצבים היוצאים מחוט השדרה המותנה והסקרלי. קשת זו של העצבוב המקומי פועלת תחת הבקרה העצבית מהמסילות המוטוריות והתחושתיות, המגיעות מחוט השדרה המותנה עד הנוירונים העליונים בגזע המוח ולמעלה ממנו עד קליפת המוח. כיס השתן משמש כ"מחסן", המחזיק את השתן המגיע מהכליות דרך השופכנים, עד שהגירוי התחושי מלחץ השתן על דופן הכיס יפעיל את כיווץ ה-detrusor, המוציא את השתן דרך השופכה.

אי-שליטה או בריחת שתן ללא שליטה מתבטאת ב: (1) אי-יכולת להגיע בזמן לשירותים, כשיש צורך לרוקן את כיס השתן. כאן הבעיה היא בקשיי ניידות; (2) חסימת המוצא מכיס השתן, כגון בגלל ערמונית מוגדלת או מילוי יתר והתרוקנות חלקית והשתפכות השתן ללא שליטה (overflow incontinence); (3) תכיפות (frequency) ודחיפות (urgency) בגירוי להשתין, והשתן יוצא לפני שהאדם יגיע למקום השירותים. הסיבות השכיחות ביותר הן: אי-יציבות ב-detrusor בדופן כיס השתן, עם התכווצויות ספונטניות ללא קשר לגירוי תחושי, הפרעה אנטומית במיקום השלפוחית באגן, או

הפרעה בעצבוב השלפוחית; (4) פתולוגיה בתוך השלפוחית, כגון גידול או דלקות חוזרות (Resnick & Dosa, 2005).

ההתערבות הדחופה ביותר של הרופא היא במצבים של חסימת המוצא מכיס השתן. זאת, משום שהגברת הלחץ בתוך הכיס, בגלל התרוקנות לא מלאה, גורמת ללחץ לאחור על זרימת השתן אל הכליות וזו גורמת לאי-ספיקה כלייתית וגם להעברת חיידקים מכיס השתן לרקמת הכליות (ל-pyelonephritis). הטיפול הוא ניקוז מיידי בקצב לא מהיר מכיס השתן על ידי קתטר וטיפול בסיבת החסימה – הסרת תרופות אנטי-כולינארגיות או סילוק גורם החסימה.

אי-שליטה על השתן בעקבות אירוע מוחי מתרחשת ברוב החולים משתי סיבות: (1) איבוד שליטה בגלל תכיפות יתר בעקבות גירוי ה-detrusor; (2) מילוי כיס השתן בלי שהתחושה בדופן מפעילה את השריר להוציא את השתן, דהיינו overflow incontinence מחמת שלפוחית היפו-טונית. הצוות הרפואי צריך לדעת, שחלק אינטגרלי של הבדיקה בחולה עם אירוע מוחי הוא בדיקת הבטן, כדי לברר אם כיס שתן מוגדל בגלל מילוי-יתר. הסימן לזה הוא מישוש גוש כדורי באזור מעל עצם הבושת, ואם לוחצים על אזור זה בתחתון דופן הבטן רואים על פניו של החולה תגובה לכאב, אפילו אם היא בערפול הכרה. להלן שתי דוגמאות של הופעת חסימה בכיס השתן:

החולה הראשון: אדם זקן, עם הפרעה קשה בניידות, שישב בכיסא כל היום והיה קשה להשכיבו על המיטה. במרוצת הזמן נפגע באירוע מוחי קל יחסית, עם שיתוק קל בפנים וביד ימין. לאור הקושי להזיז אותו לא ניתן היה לבדוק את הבטן. עם זאת, הייתה זרימת שתן בכמויות גדולות במשך 10 הימים שלאחר האירוע עם הרטבה תמידית. כן נצפתה עלייה ברמת ה-creatinine מ-2% מג' ל-7% מג'. לבסוף הוכנס קתטר ויצא יותר מליטר שתן. בימים שלאחר מכן, הודות לניקוז השתן לשקית, רמת ה-creatinine ירדה ל-3% מג'.

החולה השני: אדם בגיל 70+, תפקודו היומי היה תקין, חש בטוב, אך לפעמים כלילה הרטיב במיטה וגם הלך לשירותים פעמיים עד שלוש. בבדיקת דם נמצאה רמת creatinine למעלה מ-5% מג'. בבדיקה פיזיקלית היה גוש רך ללא רגישות ברובע השמאלי בתחתון הבטן. בחשד שאולי מדובר בכיס שתן מוגדל הוכנס קתטר ויצאה כמות מעל לליטר שתן. בימים שלאחר מכן ירדה רמת ה-creatinine לרמה תקינה. זאת דוגמה של חסימה כרונית של כיס השתן עם הסיכון של אי-ספיקה כלייתית והיעדר כאבים בגלל חוסר תחושה, למרות החסימה הממושכת.

חסימה פתאומית של כיס השתן היא מצב חירום עם סבל רב והסכנה של urosepsis או הרעלת הכליות (uraemia), ואילו חסימה כרונית מציגה אותן הסכנות, אבל בלי תסמינים משמעותיים. על אף שחסימת כיס השתן אינה בין הסיבות השכיחות לאי-שליטה על השתן חייבים להביא זאת בחשבון כסיבת אי השליטה ויש צורך לנקז מיד את כיס השתן בקתטר. במצב של תכיפות כיס שתן "ספסטי" הטיפול התרופתי הוא על ידי תרופות אנטי-כולינארגיות, המקטינות את עוצמת הכיווץ של ה-detrusor וכך למתן את התכיפות של התכווצות השריר (Shamliyan, Wyman, Ramakrishnan et al., 2012). החלשת כיווץ השריר יכולה לגרום לעצירת שתן ולכן נדרש מהרופא מעקב מדויק. עצירת שתן בגלל ירידת הטונוס ב-detrusor, כגון בנוירופתיה של סוכרת – צריכה להיות מטופלת מיד בניקוז על ידי קתטר, וייתכן שצריך שיישאר קתטר באופן קבוע. בדמנציה, אי-שליטה על השתן והצואה נובעת משיבוש הבקרה הקוגניטיבית באונות הקדמיות במוח לגבי הצורך להשתין. אי השליטה נובעת מחוסר מודעות על הזמן והמקום המתאים להשתנה, יחד עם ההפרעה ביציבות השריר בכיס השתן. במקרים אלה, יש לשים דגש על הטיפול ההתנהגותי, כמו להנחות את האדם המטפל לקבוע זמני השתנה עבור החולה באופן שיטתי וזו יכולה למתן את השפעת ההרטבה התמידית בעור מסביב מוצא השופכה ופי הטבעת.

לסיכום, הערכת חולה עם אי-שליטה על השתן יכולה לערב מספר אנשי מקצוע: את האורולוג והנפרולוג, הנוירולוג, האנדוקרינולוג, והגינקולוג בנשים, הגסטרו-אנטרולוג לגבי עצירות במעיים, המחזקת את הגירוי ל-detrusor, הפרמקולוג לגבי סוג הטיפול התרופתי, האחות לגבי מלבוש מוגן ואמצעים לספיגת הרטיבות מהשתן והפיזיותרפיסטית לטיפול בחיזוק שרירי האגן. חיזוק שיווי המשקל והניידות יכולים לאפשר לחולה להגיע בזמן לשירותים, והמרפאה בעיסוק יכולה לתכנן את המיקום והמבנה של השירותים ומכשיר תמיכה ליד האסלה עבור החולה המוגבל.

תפקיד הרופא המטפל באי-שליטה על השתן אצל אדם זקן הוא לערוך בדיקה נוירולוגית לגבי הפרעות בעצבוב מחוט השדרה והבקרה מהמוח וגם הפניית החולה לאורולוג. כמו כן, במקרה של דלקות חוזרות ושכיחות בשתן יש להתייעץ עם מומחה בזיהומים על שיטות להוריד את תדירותם. במקרה של אי-שליטה אצל אישה, רצוי ליצור קשר עם גניקולוג לגבי האפשרות של הפחתת הפעילות האסטרוגנית בנשים מבוגרות ודלקת בנרתיק הגורמת לקשיים במתן שתן וכן לבדוק אם קיימת צניחת הרחם. הרופא יעקוב אחרי חולי הסוכרת הסובלים מאי-שליטה על השתן בגלל הירידה בטונוס ה-detrusor. כמו כן, מומלץ ליזום הפניה לטיפול פיזיותרפי בחולים המסוגלים ליהנות מחיזוק שרירי האגן, לפנות למרפאה בעיסוק לתפקידים הנ"ל, וגם לערב את העובדת הסוציאלית באשר לייעוץ למשפחה ולחולה איך להמשיך בפעילות חברתית (Littbrand, Lundin-Olsson, Gufstafson et al., 2009).

תפקוד קוגניטיבי

גישת הרופא למחלות הדמנציה: רופא המקבל חולה זקן עם תלונות על חולשת הזיכרון או חשש לדמנציה, כגון מחלת אלצהיימר, שואל את עצמו שלוש שאלות: (1) מהי האבחנה המדויקת ומהן שיטות הבירור; (2) מהן הבעיות הייחודיות של החולה ושל משפחתו הנובעות מהאבחנה; (3) במה לטפל וכיצד?

1. **האבחנה:** האפיונים המקובלים של דמנציה מסוכמים ב-DSMR 4 ובהגדרות של NINCDS ושל ה-ADRD. המחלה מתקיימת בחולה לפחות במשך שלושה חודשים, וההישרדות הממוצעת היא שבע שנים. יש לוודא, שהבלבול אינו תופעה משנית למחלה גופנית חריפה – "מצב בלבול חריף" – או תסמונת מחמת הפרעה מטבולית, כמו מחלה דלקתית בכבד. הרופא גם צריך להתייחס לאבחנה מבודלת של דמנציה לפי האנמנזה של החולה והמשפחה ועל פי הבדיקה הגופנית (דוולצקי, 2010; רוזין, 2010).

בבדיקה הגופנית בודקים בהתאם למחלות רקע, בעיות מערכתיות, ניידות ונפילות, איכות התקשורת ומצבים רלוונטיים לירידה קוגניטיבית, במיוחד לדיכאון. כדאי לנסות לאבחן את סוג הדמנציה, כגון זו שמחמת ניוון – דוגמת מחלת אלצהיימר או מחלות וסקולריות במוח; דמנציה מחמת מחלת גופיפי לואי (Diffuse Lewy Bodies disease), זיהום במוח או מחלות חסר, כגון רמה נמוכה בדם של ויטמין B_{12} , או B_1 או B_3 במקרי תת-תזונה. יש להפיק פרטים מהחולה ובמיוחד מהמשפחה ומהמטפלים על תולדות בריאותו ומחלות רקע. על הרופא להפנות את החולה לפי הצורך לסוגי הדמיה של המוח, השוללות מחלות מוח אחרות. באמצעים השונים של-MRI ו-PET ועיבוד איזוטופים ניתן להגיע לאבחנה יותר מדויקת.

דוגמה: אדם בן 70+, שהיה רגיל להרצות בציבור, התחיל להתבלבל בהרצאותיו במשך כחודשיים, והגזים לאין שיעור באורך נאומיו. אנשי הציבור חששו שהוא מפתח דמנציה. בבדיקה נתגלה חסר בשני חצאי שדות הראייה (hemianopia), דבר שהצביע על ליקוי ממוקד בנתיבי הראייה במוח. הבדיקה לא תמכה באבחנת דמנציה. בטומוגרפיה ממוחשבת נתגלה גידול ממאיר בצד שמאל של המוח, האדם נפטר כמה חודשים אחרי הניתוח במוח.

2. **הבעיות הייחודיות בקוגניציה ובהתנהגות:** הכותרת "דמנציה" או "מחלת אלצהיימר" אינה מלמדת אותנו על פרטי הנזקים הקוגניטיביים או הנפשיים שמהם החולה סובל, והתפתחות הפרופיל הקליני משתנה על פי התכונות האישיות של כל חולה. לכן מוטל על הרופא לאבחן בכל חולה דמנטי את משמעות השינויים הפרטניים שהדמנציה יוצרת בו ובהקשר המשפחתי, מה שנקרא problem orientation.

מומלץ לפתוח את השיחה עם החולה בשאלה פתוחה, כגון: "מה אתה עושה כל היום?", כי התשובה שופכת אור על מצב ההתמצאות, הזיכרון, כושר הדיבור של החולה ועל התוכנה שלו את מחלתו. מלבד המבחנים השגרתיים – מיני-מנטל או Adascog (Mohs, Knopman, Petersen et al., 1997), הרופא מתרשם מליקויים ברצף הדיבור ומעריך את מצבו הנפשי של החולה – האם הוא מגלה סימני דיכאון או חרדות. מהמשפחה הרופא מפק מידע על תגובת החולה למצבו, על ליקויים בתפקודו, על מצבי התלות וההפרעות ועל האירועים השליליים הנובעים מחמת השינויים בהתנהגותו. הרופא שואל את המשפחה על חרדות או דיכאוניות, גם בכיוון התנהגות פסיכוטית או מחשבות שווא, הזיות או פראנויה, כי למצבים אלה יש לשקול שימוש במינונים נמוכים של תרופות אנטי-פסיכוטיות. יש לברר אם קיימת אפרקסיה בתפקוד, כגון בטיפול אישי או בהלבשה, או בניידות או ביכולת לבצע עבודות פשוטות בניהול משק הבית – זאת אומרת כושר הביצוע (executive function) של החולה. באמצעות כל אלה הרופא לומד על השפעת הדמנציה על השינוי באורח החיים של הבית. במרוצת הזמן הרופא מגלה את יחס בני המשפחה כלפי החולה הדמנטי – אם זה כעס או רחמנות, אם הם מתמודדים או מתמוטטים תחת נטל נוכחות החולה בבית והטיפול בו. ברוב מקרי הדמנציה בקהילה, עיקר הטיפול נופל על בני הזוג והילדים במשפחה (דורון, 2010) עם סיוע המגיע להם מהמוסד לביטוח לאומי, על פי חוק ביטוח הסיעוד. על הרופא לייעץ לבני המשפחה כיצד להגיב לסתיות בהתנהגות ולאן לפנות לעזרה, כמו, למשל, למרכזי יום לטיפול ולעובדת הסוציאלית עבור אמצעי תמיכה. כמו כן, במרוצת הזמן העומס המכביד על המשפחה עלול לגרום לתחלואה גופנית או נפשית של המטפלים בחולה. לכן, על הרופא להפנות אותם לגורמים המתאימים לקבלת תמיכה וסיוע חברתי.

3. דרכי הטיפול: ישנן ארבע דרכים של טיפול תרופתי בחולה עם דמנציה:

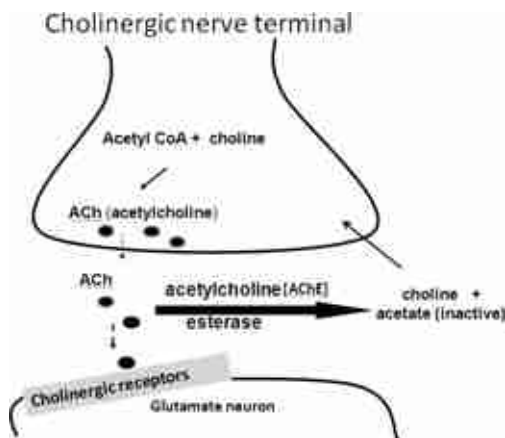
- א. המשך הטיפול הקבוע במחלות נלוות ובסיבוכיהן (ה-co-morbidity), כגון סוכרת או מחלות לב.
- ב. טיפול במחלות חריפות חדשות, כגון זיהומים, שלעתים קרובות מופיעות עם שקיעה בהכרה והחמרת הבלבול.
- ג. טיפול בבעיות נפשיות הכרוכות במחלת הדמנציה, כגון דיכאון המופיע ב-40-60 אחוז מהמקרים של חולי דמנציה. כמו כן, אירועים פסיכויטיים מכתיבים את השימוש בתרופות נוגדות-פסיכוזות, כגון תרופות הדור החדש (risperidone או quetiapine fumarate Seroquel). על פי רוב, המינונים

הדרושים נמוכים בהרבה מהנדרשים בטיפול בסכיזופרניה, וחשוב להימנע מתופעות בלתי רצויות, כגון הפרעה בכושר ההליכה או הגברת טונוס ונוקשות בשרירים. לפעמים, בדמנציה מופיעות תופעות דומות להיפומניה, וישנן הנחיות לטיפול מתאים כמו באמצעות valproate, מלבד הטיפול התרופתי. כהן-מנספילד (2010) מציעה גישות אחרות ויצירתיות לטיפול בבעיות נפשיות בחולי דמנציה, הכוללות: (1) מניעה על ידי בניית סביבה מתאימה לצורכי החולה; (2) אפשרות לחולה לפעול כפי רצונו כל עוד התנהגותו אינה מפריעה לו או לסביבתו; (3) גמישות כלפי צורת הסטייה בהתנהגות החולה הדורש את השגרה שלו, השונה מזו של אחרים במחלקה או בבית.

ד. טיפול תרופתי: בשנות ה-80 (של המאה הקודמת) – הייתה פריצת דרך בהבנת מחלת האלצהיימר, כתוצאה מגילוי החסר באחד מחומרי המעבר בין הנוירונים (transmitters) אשר נקרא אצטילכולין (acetylcholine) (Whitehouse, Price, 1982 Struble et al.). חומר זה פעיל בכל הגוף בעצבוב השרירים הסומטיים, במערכת הקרדיו-וסקולרית, במערכות העיכול והשתן. במוח, גירוי למערכת הכולינארגית גורם לשחרור האצטילכולין לתוך הסינפסה כדי להפעיל קולטני post-synaptic. המערכת הכולינארגית במוח מתפזרת לעצבוב האוונות הקדמיות, הפריאטליות והטמפורליות, בעיקר בהיפוקמפוס. אזורים אלה במוח אחראים לתפקוד הזיכרון ולבקרה על פעילויות קוגניטיביות מרובות.

בעקבות גילוי החסר המשמעותי באצטילכולין במחלת אלצהיימר נעשו מחקרים אשר בדקו דרכים להגביר את פעילותו במערכת הכולינארגית. השיטות המוצלחות התבססו על ניטרול האנזים acetylcholine esterase (AChE), המפרק את האצטילכולין מיד אחרי שחרורו מקצה העצב. הכוונה להאריך את משך הפעילות של הטרנסמיטר ואת עצמתו הושגה על ידי עיכוב הפירוק של האצטילכולין והתרופות המעכבות (Inhibitors) של ה-AChE, הנקראות AChEI (ראו תמונה מס' 2).

תמונה מס' 2 : קצה של עצב כולינארגי (Cholinergic Nerve Terminal)



תרשים של קצה עצב כולינארגי ושחרור חומר המעבר – הטרנסמיטר. כאן חומר מעבר מקצה הנורון הוא אצטילכולין (ACh), המפורק מיד בסינפסה על ידי האנזים אצטילכולין אסטרזה (AChE). עיכוב אנזים זה הנקרא AChEI גורם להארכת שהייתו של האצטילכולין בחלל הסינפטי וזו מגבירה השפעת האצטילכולין במוח, בתנאי שהתרופה הכולינארגית סלקטיבית יותר למוח אך בעלת פעילות פחותה בעצבים מחוץ למוח.

האצטילכולין משוחרר כטרנסמיטר בכל הגוף בקצות העצבים הכולינארגיים. עודף פעולתו בשרירים ובלב עלול לגרום לדום לב ולחולשת שרירים. לכן, התרופות שנוצרו להגביר את פעילותו במוח היו צריכות להיות סלקטיביות למוח עם מעט פעילות יחסית לעצבוב בפריפריה, כמו בשרירים, בלב ובמערכת העיכול והשתן. התרופה שמילאה תנאים אלה של הסלקטיביות למוח הומצאה במעבדה בבית הספר לרוקחות באוניברסיטה העברית, ולאחר שהוכחה יעילותה הפרמקולוגית בחיות ניסוי, נמכרה לחברת Sandoz (מאוחר יותר בשם (Novartis), ולבסוף נקראה Rivastigmine עם שם מסחרי Exelon. בשנים הללו הופקו תרופות דומות סלקטיביות למוח, כגון (Aricept) donepezil בארצות הברית ו-(reminyl) galantamine באירופה. בניסויים לאורך שנים נראה, כי תרופות אלו גורמות להאט ההידרדרות מחמת הניוון במוח, לפחות במשך שנתיים. הודות להארכת פעילות האצטילכולין ועיכוב ההידרדרות במוחו של החולה, נדחה הצורך להכנסתו למוסד בגלל החמרת המצב הסיעודי. השימוש ב-ChEI כיום הוא תשובה סימפטומטית עד שימצאו

חומר הממתן את התהליך הפתולוגי של הדמנציה (וינשטוק וביליג, 2003). כיום, קיימת מדבקה של Exelon עם ספיגה הדרגתית ופחות תגובות לוואי, הרופא מתחיל את הטיפול עם מינון קטן יחסית ואחרי חודש מעלה את המינון למדבקה של 10 ס"מ פעם ביום באופן קבוע (Farlow, Anand, Messina et al., 2000; Kurz, Farlow & Lefevre, 2009; Winblad, 2007). (Cummings, Anderasen et al., 2007).

הטיפול החברתי בחולי דמנציה

על הרופא המטפל בזקנים עם דמנציה להכיר את תועלת המסגרות החברתיות המיועדות לחולים הסובלים מדמנציה, כמו מרכזי יום המתנהלים על ידי אנשי צוות מנוסים בהפעלת החולים בצורה יצירתית. הצוות במרכזים אלה גם זמין לייעוץ למשפחות על התמודדות בתופעות הדמנציה, ובעידוד התקשורת בין החולים לבין עמיתיהם במרכז יום. למעשה, מרכז היום יוצר סביבה מיוחדת, שבה האדם הדמנטי יכול לתפקד ולהרגיש שייך לחברה המכבדת אותו, כי המטרה העיקרית היא לשמור על רמה סבירה של איכות חיים, גם של החולה וגם של המשפחה. הרבה מהחולים, המבקרים במרכזי היום, מדווחים על מציאה מחדש של סדר ומטרה בחיי היום-יום (Rosin, Abramowitz, Diamond et al., 1985).

ממעמקים נפשיים של הזקן לעלייה לתפקוד חברתי

הדיכאון כגורם משמעותי למהלך החולי בזקנים

השכיחות הגבוהה של אבחנת הדיכאון בזקנים נובעת ממגוון הצורות השונות של הדיכאון, הנעות מדיכאון עמוק (major depression) לסוגים של דיכאון מזערי (minor depression). בין הצורות השכיחות של דיכאון מזערי בזקנים הן התנודות בהרגשת הדרך במצב רוח (cyclothymic variability). כמו כן, בגיל הזיקנה הדיכאון עשוי להופיע עם תסמינים הנראים כניורוטיים, כגון חרדות חדשות או בעיות סומטיות, כשהסיבה הסמויה להופעתם היא הדיכאון – מה שנקרא neurotic depression ודומה לצורה של sub-threshold depression. תופעות אלו מפריעות לתפקוד השגרתי וגם מהוות סיכון להתאבדות. יש גם צורת דיכאון תגובתי, בעקבות שכול, למשל, ויש דיכאון רוגש, שצורתו אי-שקט וחרדה, רכיב הדיכאון סמוי, אך זקוק לטיפול על ידי נוגדי דיכאון ולא דווקא על ידי תרופת הרגעה בלבד. בכל הצורות האלה קיים רכיב של עצבות, אך בניגוד למצב רוח חולף, עצבות הדיכאון "עוטפת" את החולה, מגבילה את יכולתו לתפקד כרגיל ולעתים קרובות, החולה נזקק לטיפול תרופתי בנוגדי דיכאון, כדי לשפר את מצבו הנפשי. בולטים בדיכאון תסמינים פיזיקליים, כגון איבוד

תיאבון, ירידה במשקל, עצירות והפרעות בשינה. אלה מעלים חשד, שהסיבה העיקרית היא דיכאון ויש הנחיה לטיפול בנוגדי דיכאון. לתרופות הללו יש מגוון של תגובות לוואי בלתי רצויות, כגון בלבול והחמרת הירידה הקוגניטיבית, או השפעות במערכת הלבבית ובכלי הדם. הרופא צריך כל העת לעקוב אחרי מתן תרופות אלו. אם נטילת תרופה נוגדת דיכאון משפיעה לטובה על החולה חשוב שימשיך ליטול אותה באופן קבוע.

הבדידות בזיקנה

עשרים אחוז מבני 65+ מתלוננים על בדידות, נתון הגבוה פי שניים בהשוואה לכלל האוכלוסייה (ברודסקי ועמיתים, 2008). הבדידות בזיקנה אינה מחלה כשלעצמה, אך מהווה הרגשה סובייקטיבית של ניתוק מהחברה, תחושה של הפרט שהסביבה אינה מתעניינת בו או ובגורלו, ומזניחה אותו. תחושות אלו גורמות לדיכאון ולייאוש. על הרופא להבין את התסמונת והשלכותיה הנפשיות, הפוגעות בשביעות הרצון של החולה, במצב רוחו ובמוטיבציה שלו בחיי יום-יום. ככל שנבצר מהזקן להמשיך ברמת הפעילות שהייתה לו בעבר, כגון בגלל ירידה במצב הבריאות או בעקבות אבדן בן/בת זוג, כך הבדידות עלולה להחמיר. חשובה תשומת-לב של הרופא למצב זה, וחשוב שהרופא יראה אתגר בחיפוש אחר דרכים להקל על בדידותו של החולה, למשל באמצעות עבודה, פעילות יצירתית או חברתית, העשויה לתת לאדם סיפוק והנאה.

המושג "שיקום" בטיפול בזקנים

הירידה בהיבטים הפיזיולוגיים בתהליך ההזדקנות מופיעה בהדרגתיות, ויחד עמה מתפתחת היכולת הפיזית והנפשית של הפרט להסתגל לשינויים אלה. בעקבות החולי, הגורם לאיבוד העצמאות האישית, הטיפול השיקומי, שהוכנס כעמוד התווך של הרפואה הגריאטרית, משלים את ההתאוששות ומקטין את הנכות.

מקור המילה "שיקום" נגזר מהמילה "לקום" באופן מילולי, וגם לתת לאדם לקום על רגליו במובן המטפורי, לאפשר לו לפעול בחיי היום-יום באופן עצמאי. הפעולה השיקומית באוכלוסייה המבוגרת מתייחסת לטיפול בזקן, שאיבד את עצמאותו בגלל חולי כלשהו, כגון אחרי ניתוח, והיעד הוא להוציאו ממצב הנכות ולהחזיר לו את כושר התפקוד (רוזין, 2002). השיקום משלים, אפוא, את הטיפול הרפואי או הכירורגי בהתייחסותו לכל היבטי התפקוד הפיזי, הנפשי והחברתי בחיים היום-יומיים. לפני שמתחילים את הטיפול צריך לאבחן מה חסר בתחומי הפעילות והבריאות, דהיינו לאבחן ליקויים בתנועה, בתפקודים בסיסיים, כגון כנשימה, בתפקוד הלב, בתזונה ובמצב הפה, וכן לאבחן הפרעות נפשיות, המתערבות בפעילויות השגרתיות. בהתאם לגילוי החסרים, הצוות השיקומי קובע את היעד

שהחולה אמור להשיג. לכן, הטיפול השיקומי עובר על מספר תחומים, בהתאם למחלה שממנה החולה סובל וממנה הוא מתחיל להתאושש. ישנם סוגים שונים של שיקום: שיקום נוירולוגי, בעיקר בעקבות אירוע מוחי; שיקום אורתופדי, אחרי ניתוחי שברים והחלפת מפרקים ואחרי ניתוחים כלליים; שיקום ואימון לאחר אירועים במערכת הקרדיו-וסקולרית; שיקום פה ומערכת השיניים והלעיסה; שיקום פסיכיאטרי. בכלם צריך להתייחס לאיזון תזונתי. כעיקרון, חלק גדול מהשיקום הוא האימון, כדי לחזק מערכות שניזוקו בגלל חוסר בשימוש, כגון בשרירים. במערכת העצבים המרכזית במוח הטיפול השיקומי מאפשר יצירת תפקודים חליפיים או חיזוקם, כגון במקרי עיוורון, ואולי כביטוי של *neuro-plasticity*. חלק נוסף בשיקום הוא במגמות מניעה, כאשר האימון, המיועד לפצות עבור חסר בתפקוד מסוים, יכול לשפר את הביצוע הכללי גם בעתיד (Barer, 1993).

משאבים קהילתיים לבריאות הזקן

במהלך עשרות השנים האחרונות חלה בישראל התפתחות גדולה בכל הקשור לשירותי בריאות קהילתיים לזקנים. הסיבות לכך הן, בין היתר, הפעלת החוק הישראלי הייחודי לביטוח סיעוד, המסייע לאלפי חולים זקנים ולמשפחות המטפלות בהם וכן הלימודים האקדמיים בגרונטולוגיה, ההתמחות בגרונטולוגיה, פעילותם של האיגוד הישראלי לגרונטולוגיה והאיגוד הגריאטרי בהסתדרות הרפואית, שכולם יחד פועלים לשיפור חיי הזקנים בישראל. הרופא המטפל צריך לדעת על שירותי הבריאות הקיימים בקהילה והמיועדים להעניק לחולים זקנים איכות טובה יותר של בריאות ותפקוד על ידי מניעה ודחייה של מחלות ונכות. עליהם להשתמש בשירותים אלה במסגרת הטיפול בזקן.

מאז חקיקת החוק לבריאות הלאומית ב-1994, הטיפול הרפואי בקהילה מתנהל מטעם ארבעה שירותי בריאות. שינוי השם מ"קופת חולים", שבו הרגש על חולי, ל"שירותי בריאות", משקף את המגמה לקידום בריאות ולא רק לטיפול במחלות. לדוגמה, אחד החידושים המסייעים לטיפול בצרכים הייחודיים של הזקנים הוא העבודה בצוות רב-מקצועי, הכולל רופא, אחיות ועובדות סוציאליות, העובדות במרפאה וגם בביקורי בית. בכל הקופות ישנה גם מגמה לטיפול בית, המתבצע על ידי צוות מיוחד, בתיאום עם רופא המשפחה, על פי רוב עבור חולים המשוחררים מאשפוז בבית חולים. מתוכם יש זקנים רבים הזקוקים להמשך טיפול ומעקב בעקבות השכיחה בבית החולים. משך הזמן של טיפול הבית מוגבל לחודשים אחדים, אך השירות מונע הרבה טלטולים מהבית לחדרי מיון וגם מקטין את מספר האשפוזים החוזרים בבתי חולים. עם זאת, במקרה חירום, המחייב אשפוז חוזר, הדבר מתבצע בזריזות

הראויה. היקף השירות של טיפול בית התרחב, בשנים האחרונות, למתכונת של מעין בית חולים בתוך הבית, עם המשאבים הפיזיים והטכניים הדרושים, כגון מיטות בדרגם של בית החולים (שטסמן וג'ייקובס, 2011). ישנם ביקורי בית של רופא ושל אחות, בהתאם לצורך, דבר הנחוץ בעיקר לזקנים המרותקים לביתם. כטיפול מסוג זה נדרשת הבנה נרחבת מצד המשפחה ושיתוף פעולה עמה על פי הנחיות הרופא.

בחלק מהקופות ישנו הסדר קבוע עבור הצוות, הכולל התייעצויות במרפאה עם מומחים בתחומים שונים, כולל גריאטריה. הסדר זה מגביר את רמת המקצועיות של רופאי המשפחה באבחון ובטיפול בזקנים. הרופא המטפל אחראי להפנות את בני המשפחה המטפלים באדם הזקן לשירותים נוספים המתבצעים בבית החולה מטעם קופת החולים, כגון טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק או התייעצות עם עובדת סוציאלית.

לסיכום, טיפול בית על ידי רופא מהווה אחת מאבני היסוד של הרפואה הגריאטרית. ההתפתחות המשולבת של שירותים חברתיים, רפואיים וסיעודיים, הניתנים לזקן בביתו ובקהילה, מרחיקה לכת בשמירה על איכות החיים של האדם הזקן ושיפורה (בריק, 2011). כמו כן, חל שיפור ברמת הטיפול של צוותים רפואיים וסיעודיים במוסדות לאשפוז ממושך, בכל הקשור לחולים סיעודיים, הודות לתקנות של משרד הבריאות, הכוללות, בין היתר, שיפור בתיעוד של כל מאושפז והעסקת רופאים מומחים בגריאטריה (יקוביץ, 2011).

תמצית המחלות השכיחות בזקנים והקידום בטיפולן

המחלה והמערכת	שינויים וקידום בטיפול	תוצאות ותועלת מהקידום בטיפול
1. קרדיו-ווסקולר-אסכמיה 2. מחלות מסתמים	1. צנתור בחסימות כלי דם בלב ובפריפריה. 2. מדידת דופלר ואנגיאוגרפיה של כלי דם. 3. ניתוח מעקפים בעורקי הלב ובפריפריה. 4. תיקון או החלפת מסתם מיצר או דולף באמצעות צנתור.	דחיית הנזק מהתקפי לב למשך שנים, ומחסימות בעורקים גדולים ומניעת נמק ברקמות. צנתור במקום ניתוח מאפשר תיקון בגילאים מובהקים.
אורתופד	החלפת מפרקים, כגון מפרקי הירכיים ארתרופלסטיה בברכיים.	ניתן להרבה זקנים להתהלך שוב, וללא כאבים.
מחלות לטיפול כירורגי	כירורגיה לפרוסקופית, כגון בחלל הבטן.	הפחתה בתחלואה והתאוששות קצרה.
1. מחלות זיהומיות 2. מחלות דלקתיות	1. אנטיביוטיקות משולבות וחדשות. 2. דלקת עורקים עם תאי ענק (ארטריטיס טמפולרי).	הבנת תהליכי דלקת ותגובת הגוף. טיפול יותר מועיל בספסיס.
מחלות כלי דם במוח	1. טיפול אנטי-תרומבוטי באירועים מוחיים ווסקולריים. 2. הבנת המיקרו-ווסקולר פתולוגיה. 3. אמילוד ווסקולופתי.	הסרת הפקק והתאוששות משופרת.

המחלה והמערכת	שינויים וקידום בטיפול	תוצאות ותועלת מהקידום בטיפול
דמנציות	1. הבנה מתקדמת בתהליכי דמנציות שונות. 2. פיתוח משאבים חברתיים עבור חולי דמנציה.	1. מודעות על טיפול סימפטומטי במחלת האלצהיימר ובבעיות התנהגותיות. 2. גילוי דמנציות "חדשות", כגון גופיפי לוואי. 3. טיפול המבוסס על הפגמים הפתולוגיים הייחודיים.
מחלות נפשיות	1. שיפור הטיפול בדיכאון. 2. הגדרות חדשות ב-DSM.	מגוון גדול של תרופות והכרת תגובות לוואי בלתי רצויות.
מחלות ממאירות	ריפוי מלא במחלות אחדות המטולוגיות – לימפומה, מיתון לויקמיות.	חקירה גנטית כדי למתן או לנבא סוגים כמו סרטן השד או מחלות גניטליות.
מחלות יאטרוגניות	כתוצאה של טיפול תרופתי או סטיות באורח החיים.	הצורך להקפדה במתן תרופות והסיכון במתן תרופות רבות.
מחלות חסר	1. חסר ויטמינים בתת-תזונה, אלכוהוליזם, חסרים נרכשים תוך כדי מחלות מערכתיות. 2. כגון פרקינסוניזם עם חסר דופמין בגלל ניוון במסילה במוח. 3. גירוי חשמלי בעומק המוח.	נמצאים בתנאים קיצוניים כמו במגפה.

מקורות

- ברודסקי, ג'. שנוור, י. ובאר, ש. (עורכים). (2008). קשישים בישראל – שנתון סטטיסטי (כרך א', עמ' 151); ירושלים: אשל, ג'וינט ישראל, מכון ברוקדייל.
- בריק, י. (2011). הזדקנות בקהילה בישראל. מתוך: א. יקוביץ (עורכת), טיפול בית בזקנים המוגבלים בתפקודם: (עמ' 48-64). ירושלים: אשל, ג'וינט ישראל.
- גלוברוזון, ע. (2003). מבוא לביולוגיה של ההזדקנות. מתוך: א. רוזין (עורך), הזדקנות וזיקנה בישראל (עמ' 107-132). ירושלים: אשל, ג'וינט ישראל.
- דוולצקי, צ. (2010). הערכה קוגניטיבית. מתוך: ר. ברנבאום (עורכת), אלצהיימר ודמנציות אחרות (עמ' 24-37). ירושלים: אשל, ג'וינט ישראל, מלב"ב.
- דורון, י. (2010). כשהחוק פוגש בני משפחה המטפלים בקרוביהם הזקנים. מתוך: משפט, צדק וזיקנה. מהדורה שנייה (כרך א' עמ' 121-142; כרך ב' עמ' 125-126). ירושלים: אשל, ג'וינט ישראל.
- הרט, א. (1998). פיסיוולוגיה של ההזדקנות. מתוך: ב. חבוט, א. הרט וי. לרמן (עורכים), פרקים נבחרים ברפואה גריאטרית (עמ' 42-59). ירושלים: מאגנס, האוניברסיטה העברית.
- וינשטוק, מ. וביליג, ח. (2003). טיפול תרופתי במחלות נפש אצל זקנים. מתוך: א. רוזין (עורך), הזדקנות וזיקנה בישראל (עמ' 877-893). ירושלים: אשל, ג'וינט ישראל.
- יקוביץ, א. (עורכת). (2011). טיפול בית בזקנים המוגבלים בתפקודם: סוגיות, שירותים ותכניות. ירושלים: אשל, ג'וינט ישראל.
- כהן-מנספילד, י. (2010). טיפול בהפרעות התנהגות בקרב זקנים עם דמנציה. מתוך: ר. ברנבאום (עורכת), אלצהיימר ודמנציות אחרות (עמ' 51-61). ירושלים: אשל, ג'וינט ישראל, מלב"ב.
- קטן, י. ולבנשטיין, א. (1999). עשר שנים להפעלת חוק ביטוח סיעוד – משמעויות ולקחים. ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- רוזין, א. (2002). שיקום גריאטרי: הווה ועתיד. גרונטולוגיה, 29, 45-56.
- רוזין, א. (2003). היבטים פתופיזיולוגיים של הזדקנות האדם. מתוך: א. רוזין (עורך), הזדקנות וזיקנה בישראל (עמ' 821-833). ירושלים: אשל-ג'וינט ישראל.
- רוזין, א. (2010א). התפתחות וקידום ההוראה ברפואה הגריאטרית בישראל: הרהורים היסטוריים ואישיים. גרונטולוגיה, 37 (2-3), 53-67.
- רוזין, א. (2010ב). סוגי המחלות הדמנטיות והטיפול בהן. מתוך: ר. ברנבאום (עורכת), אלצהיימר ודמנציות אחרות (עמ' 13-23). ירושלים: אשל, ג'וינט ישראל, מלב"ב.

- רותם, ד. (2011). תכנית החומש של אשל 2011-2015 (עמ' 121-143). ירושלים: אשל, ג'וינט ישראל.
- שטסמן, י., ג'קובס, ג'. (2011). אשפוז בית. מתוך: א. יקוביץ (עורכת), טיפול בית (עמ' 141-160). ירושלים: אשל, ג'וינט ישראל.
- שפרלינג, י. (עורך). (2000). גיל הזהב: מדריך המידע לגיל שלישי. ירושלים: אשל, ג'וינט ישראל.
- תלמוד בבלי, מסכת חולין, כ"ד עמ' ב'.
- תלמוד בבלי, מסכת שבת, קנ"ב, עמ' א'.
- Barer, D. (1993). Assessment in rehabilitation. *Reviews in Clinical Gerontology*, 3, 169-196.
- Burns, A. & Rabins, P. (2000). Carer burden dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15 Suppl 1, S9-13.
- Byrne, J.E., Stergiou, N., Blanke, D., Houser, J.J., Kurz, M.J. & Hageman, P.A. (2002). Comparison of gait patterns between young and elderly women: An examination of coordination. *Perceptual & Motor Skills*, 94, 265-280.
- Camicioli, R., Howieson, D., Lehman, S. & Kaye, J. (1997). Talking while walking: The effect of a dual task in aging and Alzheimer's disease. *Neurology*, 48, 955-958.
- Farlow, M., Anand, R., Messina, J., Jr., Hartman, R. & Veach, J. (2000). A 52 week study of the efficacy of rivastigmine in patients with mild to moderately severe Alzheimer's disease. *European Neurology*, 44, 236-241.
- Gerdhem, P., Ringsberg, K.A., Akesson, K. & Obrant, K.J. (2005). Clinical history and biologic age predicted falls better than objective functional tests. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58, 226-232.
- Gillespie, L.D., Robertson, M.C., Gillespie, W.J., Lamb, S.E., Gates, S., Cumming, R.G. & Rowe, B.H. (2009). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD007146.
- Grimby, A., Milsom, I., Molander, U., Wiklund, I. & Ekelund, P. (1993). The influence of urinary incontinence on the quality of life of elderly women. *Age & Ageing*, 22, 82-89.

- Guralnik, J.M., Ferrucci, L., Pieper, C.F., Leveille, S.G., Markides, K.S., Ostir, G.V., Studenski, S., Berkman, L.F. & Wallace, R.B. (2000). Lower extremity function and subsequent disability: Consistency across studies, predictive models, and value of gait speed alone compared with the short physical performance battery. *Journal of Gerontology Series A: Biological Sciences Medical Sciences*, 55, M221-231.
- Hausdorff, J.M., Rios, D.A. & Edelberg, H.K. (2001). Gait variability and fall risk in community-living older adults: A 1-year prospective study. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 82, 1050-1056.
- Hausdorff, J.M., Yogev, G., Springer, S., Simon, E.S. & Giladi, N. (2005). Walking is more like catching than tapping: Gait in the elderly as a complex cognitive task. *Experimental Brain Research*, 164, 541-548.
- Isaacs, B. (1992). The Giants of Geriatrics. In: *The Challenge of Geriatric Medicine* (pp. 1-7). Oxford: Oxford University Press.
- Jahn, K., Zwergal, A. & Schniepp, R. (2010). Gait disturbances in old age: Classification, diagnosis, and treatment from a neurological perspective. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107, 306-315, quiz 316.
- Kenny, R.A., Rubenstein, L.Z. & Martin, F. C. (2001). Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. *Journal of the American Geriatric Society*, 49, 664-672.
- Keating, J. (2010). Femoral neck fractures: Complications. In: R.B. Bucholz, C.M. Court-Brown, J.D. Heckman & P. Tornetta III. (Eds.), *Fractures in Adults* (pp. 1585-1591). Philadelphia, Kluwer Wolter, Lippincott Williams & Wilkins.
- Kurz, A., Farlow, M. & Lefevre, G. (2009). Pharmacokinetics of a novel transdermal rivastigmine patch for the treatment of Alzheimer's disease: A review. *International Journal of Clinical Practice*, 63, 799-805.
- Littbrand, H., Lundin-Olsson, L., Gufstafson, Y. & Rosendahl, E. (2009). The effect of a high-intensity functional exercise program on ADL: A randomised control trial in residential care facilities. *Journal of the American Geriatric Society*, 57, 1741-1749.
- Lundin-Olsson, L., Nyberg, L. & Gustafson, Y. (1997). "Stops walking when talking" as a predictor of falls in elderly people. *Lancet*, 349, 617.

- May, D., Nayak, U.S. & Isaacs, B. (1985). The life-space diary: A measure of mobility in old people at home. *International Rehabilitation Medicine*, 7, 182-186.
- Mirelman, A., Herman, T., Brozgol, M., Dorfman, M., Sprecher, E., Schweiger, A., Giladi, N. & Hausdorff, J.M. (2012). Executive function and falls in older adults: New findings from a five-year prospective study link fall risk to cognition. *Public Library of Sciences*, 7, e40297.
- Mohs, R., Knopman, D., Petersen, R., Ferris, S., Ernesto, C., Grundman, M., Sano, et al. M., Bieliauskas, L., Geldmacher, D., Clark, C., Thal, L. (1977). Development of Cognitive Instruments for Use in Clinical Trials of Anti-dementia Drugs: Additions to the Alzheimer's Disease Assessment Scale that Broadens its Scope. *Alzheimer's Disease & Associated Disorders*, 11 (S2), S13-S21.
- Montero-Odasso, M., Muir, S.W. & Speechley, M. (2012). Dual-task complexity affects gait in people with mild cognitive impairment: The interplay between gait variability, dual tasking, and risk of falls. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 93, 293-299.
- Murray, M.P., Kory, R.C. & Clarkson, B.H. (1969). Walking patterns in healthy old men. *Journal of Gerontology*, 24, 169-178.
- Nakamura, T., Meguro, K. & Sasaki, H. (1996). Relationship between falls and stride length variability in senile dementia of the Alzheimer type. *Gerontology*, 42, 108-113.
- Nayak, U.S., Gabell, A., Simons, M.A. & Isaacs, B. (1982). Measurement of gait and balance in the elderly. *Journal of the American Geriatric Society*, 30, 516-520.
- Nowson, C.A. (2010). Prevention of fractures in older people with calcium and vitamin D. *Nutrients*, 2, 975-284.
- Nutt, J.G., Marsden, C.D. & Thompson, P.D. (1993). Human walking and higher-level gait disorders, particularly in the elderly. *Neurology*, 43, 268-279.
- Oxford Compact English Dictionary. (2000). *Disease* (p. 311). Oxford University Press.
- Resnick, N.M. & Dosa, D. (2005) Geriatric medicine (pp. 43-53). In: D.L. Casper, A.S. Fauci, D.L. Longo, E. Braunwald, S.L. Hauser & J. Larry Jameson (Eds.), *Harrison's Principles of Internal Medicine*. New York: McGraw-Hill.

- Robbins, A.S., Rubenstein, L.Z., Josephson, K.R., Schulman, B.L., Osterweil, D. & Fine, G. (1989). Predictors of falls among elderly people. Results of two population-based studies. *Archives of International Medicine*, 149, 1628-1633.
- Rosin, A., Abramowitz, L., Diamond, J. & Jesselson, P. (1985). Environmental management of senile dementia. *Social Work in Health Care*, 11, 33-42.
- Rubenstein, L.Z. (2006). Falls in older people: Epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age & Ageing*, 35 Suppl 2, ii 37-ii 41.
- Shamliyan, T., Wyman, J.F., Ramakrishnan, R., Sainfort, F. & Kane, R.L. (2012). Benefits and harms of pharmacologic treatment for urinary incontinence in women: a systematic review. *Annals of International Medicine*, 156, 861-874.
- Snijders, A.H., van de Warrenburg, B.P., Giladi, N. & Bloem, B.R. (2007). Neurological gait disorders in elderly people: Clinical approach and classification. *Lancet Neurology*, 6, 63-74.
- Spaniolas, K., Cheng, J.D., Gestring, M.L., Sangosanya, A., Stassen, N.A. & Bankey, P.E. (2010). Ground level falls are associated with significant mortality in elderly patients. *Journal of Trauma*, 69, 821-825.
- Stessman, J., Hammerman-Rozenberg, R. & Cohen, A. (1997) Home hospitalization in the spectrum of community geriatric care. *Disability Rehabilitation*, 19 (4), 134-41.
- Stoddart, H., Donovan, J., Whitley, E., Sharp, D. & Harvey, I. (2001). Urinary incontinence in older people in the community: A neglected problem? *British Journal of General Practice*, 51, 548-552.
- Tinetti, M.E. (2003). Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 348, 42-49.
- Tinetti, M.E., Speechley, M. & Ginter, S.F. (1988). Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *New England Journal of Medicine*, 319, 1701-1707.
- Weerdesteyn, V., Rijken, H., Geurts, A.C., Smits-Engelsman, B.C., Mulder, T. & Duysens, J. (2006). A five-week exercise program can reduce falls and improve obstacle avoidance in the elderly. *Gerontology*, 52, 131-141.
- Weinstock, M. (2008). The long-term behavioural consequences of prenatal stress. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32, 1073-1086.

- Whitehouse, P.J., Price, D.L., Struble, R.G., Clark, A.W., Coyle, J.T. & Delon, M.R. (1982). Alzheimer's disease and senile dementia: Loss of neurons in the basal forebrain. *Science*, 215, 1237-1239.
- Winblad, B., Cummings, J., Andreasen, N., Grossberg, G., Onofrj, M., Sadowsky, C., Zechner, S., Nagel, J. & Lane, R. (2007). A six-month double-blind, randomized, placebo-controlled study of a transdermal patch in Alzheimer's disease – rivastigmine patch versus capsule. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 456-467.

פרק 7

סיעוד הזקן: בין גרונטולוגיה לגריאטריה

אנה זיסברג, שרה שחף

"The unique function of the nurse is to assist the individual, sick or well, in the performance of those activities contributing to health or its recovery (or to peaceful death) that he would perform unaided if he had the necessary strength, will or knowledge"

(Henderson, 1966).

מבוא

הסיעוד בהגדרתו עוסק, בין השאר, בסיוע לאדם חלש וחולה, החסר את הידע, הכוחות ולעתים אף את הרצון לבצע פעולות חיים ובתמיכה בו. בכך נפגע התפקוד היום-יומי של החולה, על כל היבטיו, ובריאותו מידרדרת והולכת. הגדרה זאת יוצאת מתוך תפיסה מקצועית-אידיאליסטית, שאינה משתמעת לשתי פנים: מהות הסיעוד היא במיקומו של החולה כאדם במרכז העשייה, כאילו היה לאחות המטפלת בחולה אחד ויחיד. יחידות וייחודיות זו מעוגנת בשיח הסיעודי האנגלו-אמריקני במושג המביע מוטיבציה ערכית: caring. מושג זה מקפל בתוכו רכיבים של דאגה, חמלה ותשומת-לב לפרט פגיע וחלש. המילה העברית "סיעוד", המתארת את "המקצוע של האחיות", מתייחסת לתפקידן האמור להיעשות מתוך אכפתיות וחמלה אנושית. מיקומו של המטופל במרכז העשייה הסיעודית מדגיש את אתוס המחויבות לטיפול מסייע, כוללני ורציף בחולה כאדם שלם, שאינו מוגדר דרך מחלתו ובעיותיו בלבד (שחף, 2009).

פועל יוצא של אתוס זה הוא עקרון השגת עצמאותו של האדם ושמירה עליה, עד כמה שאפשר, גם במצבי חולי קשים ומורכבים, כאשר האדם פגיע במיוחד וימיו ספורים. הזקן, במיוחד אם הוא לא בקו הבריאות, נחשב לאדם חולני וחלש יותר. רמזים להבנה שיש לתת טיפול ייחודי ומותאם לאדם הזקן מופיעים בספרות המקצועית בסיעוד, כבר בראשית המאה

הקודמת: כך, במאמר הראשון שפורסם בנושא הטיפול בזקן ב-1904 ב-*American Journal of Nursing* נכתב: הטיפול באדם הזקן שונה לחלוטין מזה של הילד הצעיר או אדם בשיא פריחתו (Bishop, 1904). תובנה מכוננת זו הביאה, במהלך השנים, את הסיעוד לייחד את הטיפול באדם הזקן, אך רק בשנות ה-50 (של המאה הקודמת) הוכר סיעוד הזקן בארצות הברית כתחום התמחות ייחודי, הדורש הכשרה נוספת, מעבר להכשרה הבסיסית בבית הספר לסיעוד. זאת, לצד תחומי התמחות נוספים, כמו טיפול נמרץ, מיילדות ובריאות הציבור. לאור העובדה, שהסיעוד פועל לצד הרפואה בסמיכות גדולה, חלק נכבד של העשייה הסיעודית התמקד בזקן החולה, ועל כן כונה "סיעוד גריאטרי". ב-1950 יצא לאור ספר הלימוד הראשון בסיעוד גריאטרי (Newton & Anderson, 1950) וב-1966 פתח ארגון הסיעוד האמריקני (ANA) חטיבה נפרדת לייצוג האחים והאחיות בתחום הגריאטרי. ב-1972 הוגדרו לראשונה סטנדרטים לטיפול הסיעודי הגריאטרי וב-1975 הוענקה, גם זאת לראשונה, ל-74 אחיות, תעודה של "מצוינות בטיפול גריאטרי". כעשור לאחר מכן, ב-1984, הוכשרו האחיות הראשונות כמומחיות בטיפול בזקן (Geriatric Nurse Practitioner).

במהלך שנות ה-70 (של המאה הקודמת) גברה המודעות לכך, שהתפקיד של האחיות בטיפול בזקנים אינו מצטמצם לעיסוק בחולי בלבד, אלא גם לקידום מה שמכונה "הזדקנות מוצלחת" (Rowe & Kahn, 1997). אם מלכתחילה נראה מושג זה כמבטא אוקסימורון, מבט מעמיק יותר מלמד, שההזדקנות היא תופעה המבטאת אמנם דעיכה וקמילה, אך עם זאת, על ידי קידום הבריאות ושמירה על תפקודי הגוף והנפש ניתן לעמוד באתגרים שהזיקנה מעמידה בפני האדם. ביטוי לכך ניתן גם בשינוי שם המומחיות המקצועית ל"סיעוד גרונטולוגי", המצביע על מכלול ההיבטים של תורת הזיקנה, שהסיעוד לוקח בהם חלק.

בישראל, סיעוד גרונטולוגי הוגדר כהתמחות רק בראשית שנות ה-80 (של המאה הקודמת). עם צמיחת פלח האוכלוסייה הזקנה בישראל ופיתוח שירותים ייחודיים לזקן, עלה הצורך בידע מעמיק בתחום הגרונטולוגי בקרב סטודנטים לסיעוד ואחיות מוסמכות בהמשך דרכן. כך, משרד הבריאות, האחראי על קביעת סטנדרטים מקצועיים בסיעוד, קבע סף של שעות חובה להכשרה תיאורטית ומעשית בעולם התוכן הגריאטרי בתכניות השונות להכשרת אחיות, הן האקדמיות באוניברסיטה והן בבתי הספר לסיעוד. במקביל, פותחו תכניות להכשרה לקראת התמחות בסיעוד גרונטולוגי. יש לציין, שבשנים האחרונות תכניות אלו שמות דגש על הטיפול המוגבר בזקן (משרד הבריאות, 2009), זאת לאור מספרם העולה של הזקנים המאושפזים וזקוקים להנשמה ולהשגחה אינטנסיבית למשך זמן ממושך (Covinsky, Pierluissi & Johnston, 2011).

פרק זה עוסק בסוגיות העומדות בבסיס הידע הנדרש לניהול הטיפול הסיעודי בזקן והוא כולל שלושה חלקים: החלק הראשון מציג את השינויים הנורמטיביים בזיקנה, המתרחשים

במערכות הגוף השונות. רקע זה חיוני להבנת הצרכים הייחודיים של הזקן. החלק השני פורס את ההדגשים הסיעודיים הדרושים לשמירה על הזדקנות מוצלחת, והחלק השלישי מקדיש תשומת-לב לתופעות מרכזיות הנכללות בתסמונת הגריאטרית (Inouye, Studenski, 2008; Tinetti et al., 2007; Rogers, 2008), הכוללת מצבים של חולי והידרדרות תפקודית, המחייבת טיפול סיעודי מוגבר בזקן.

שינויים נורמטיביים בזיקנה

הזדקנות היא תופעה פיזיולוגית-אוניברסלית בחיי כל בני האדם באשר הם. עם זאת, זהו תהליך ייחודי, שאופיו משתנה בין האנשים. גם קצב ההזדקנות של מערכות הגוף השונות באדם אינו אחיד. תהליך ההזדקנות מאופיין בדלדול מאגרים בגוף, שנועדו לתת פיצוי בעת חולי; בירידה ביכולות הגוף לרפא רקמות פגועות ובהידרדרות ביעילות מנגנוני החיסון להגיב למחלות.

בחלק זה נסקור את השינויים המתרחשים בגוף האדם, אותם שינויים הנחשבים נורמטיביים, ומהווים את הבסיס להנחיות הסיעודיות לקידום הזדקנות מוצלחת. מעבר לכך, שליטה בידע זה מאפשרת לאנשי הסיעוד לעשות את האבחנה המתבקשת בין הנורמלי לפתולוגי, בין תהליכי הזדקנות לבין מחלות. כל זאת, כדי לנהל את הטיפול הסיעודי ולקבוע תכנית טיפולית מוגברת במצבים של חולי.

מערכת העור

מערכת העור היא מערכת מורכבת, המכסה את רוב שטח הפנים של גוף האדם, ומהווה ממשק בין גוף האדם לסביבתו, ובכך נכללת בין שאר מערכות הגוף המווסתות ממשק זה ומהוות הגנה. התפקודים הבולטים ביותר של מערכת זו הם: (1) הגנה מפני טראומה ומפני קרינה; (2) ויסות מערכות הגוף מבחינת טמפרטורה, ספיגה ואידוי נוזלים; (3) ויסות כימי של חלק מנוזלי הגוף; (4) ייצור ויטמין D. העור מורכב משלוש שכבות עיקריות: דרמיס (חלקו הפנימי של העור) ואפידרמיס (חלקו החיצוני הבא במגע עם הסביבה) ושכבת תאים תת-עורית. מערכת זו ידועה כמושפעת ביותר מגיל האדם ומאורח חייו, ועל כן בסקירה חזותית בלבד ניתן לאמוד את גילו ואת מצב בריאותו של העומד לפנינו.

עם הגיל, מצטמצם אחוז המים ומופיעה ירידה במסת העור ובעובי השכבות על כל מרכיביהן – בדרך כלל עד כ-20%. כמו כן, מבני העור משתנים והולכים. למשל, מספר המלנוציטים (התאים אשר אחראים על ספיגת קרינה המזיקה לגוף) יורד ועם הגיל הופך

העור לרגיש יותר לנזקי השמש. בשכבת האפידרמיס מצטמצמת כמות הפיברובלאסטים (תאים המייצרים קולגן) ואיתם גם איכות הקולגן שהם מייצרים. הדבר פוגע בגמישות ובאלסטיות של העור והופך אותו לפגיע יותר ללחצים פיזיים. זאת הסיבה, שפציעה נהפכת לסבירה יותר (DiGiovanna, 2000).

העור הוא רקמה המתחדשת תמידית, אך עם הגיל יורד קצב ההתחדשות של תאי העור עד כ-50%. ירידה זו משפיעה על האטה משמעותית בתהליך ריפוי פצעים ומעלה את הסיכון לזיהום של פצעים פתוחים: נושא הזיהומים דרך העור עלול להחמיר עם הידלדלות תאי הלאנגרהאנס, המהווים קו הגנה ראשוני כנגד בקטריות וזיהומים. בנוסף לכך, גם צמצום כלי הדם בעור מגביר את פגיעותו ומשפיע אף הוא על קצב החלמה איטי יותר, עם ההתקדמות בגיל (Levakov, Vučković, Đolai et al., 2012).

בנוסף לירידה בכמות כלי הדם, פוחתת האלסטיות שלהם, ועל כן יעילות ויסות טמפרטורת הגוף יורדת אף היא. לתופעה זו תורם גם צמצום בלוטות הזיעה ורמת התפקוד שלהן: בגיל זיקנה יש נטייה להזעה מופחתת – מה שעשוי להיחשב כחיובי, אך למעשה פוגע ביכולת ויסות חום הגוף, בעיקר במצבי פעילות גופנית מאומצת או במזג אוויר חם מאוד או קר מאוד.

תופעה מקבילה היא צמצום הפרשת השומן מבלוטות אלה בעור. כתוצאה מכך, העור יבש ורגיש יותר, משתפשף ונפצע בקלות, ועל כן מצריך שימון וטיפול עדין יותר ביחס לאנשים צעירים. השינוי המשמעותי ביותר בשכבה התת-עורית הוא צמצום שכבת השומן שבה: לשכבה זו תפקידים רבים – החל מאסטיקה של המראה חיצוני ועד ויסות טמפרטורת הגוף והגנה על מערכות פנימיות. גם קשרי הביניים בין שכבות העור נחלשים עם הגיל. בנוסף לכל הנאמר לעיל, העור נמצא בסיכון גבוה לקריעה, לתלישה ולפציעה (Hurlow & Bliss, 2011).

מערכות המוח והעצבים

התיאורים הפופוליסטיים של הזקן המבולבל וחסר ההתמצאות, או לחילופין דמותו של הזקן בעל הניסיון, אתגרו את המחקרים העדכניים בנוגע לתפקודים האינטלקטואליים והקוגניטיביים של הזקן. מחקרים אלה (Olness, 2000; Ulatowska, Chapman, Highley et al., 1998) מראים, שלא רק שתפקודים אלה אינם מידרדרים בהכרח אצל זקנים בריאים, אלא לעתים אף משתבחים. כך לגבי חוכמת חיים, ידע מגובש שהצטבר במהלך השנים (Crystallized intelligence), שיקול דעת, ועוד. עם זאת, מבחינה פיזיולוגית מתקיימים שינויים שיש לתת עליהם את הדעת ולהבינם במסגרת התמודדותו של הזקן עם שינויים אלה והעקרונות של הטיפול בו.

מערכת העצבים המרכזית אחראית על התיאום והרגולציה של כל פונקציות הקיום הפיזיולוגיות שלנו, וכוללת גם את ריכוז הפונקציות התפיסיות, הרגשיות והקוגניטיביות ולאורך השנים. החל מגיל יחסית מוקדם של הבגרות, מתרחש דלדול בכמות תאי העצב של מערכת העצבים המרכזית, האטה בקצב התקשורת וירידה באיכות התקשורת ביניהם. מחקרים שונים (DiGiovanna, 2000) מראים, שהמגמה הכללית אחידה לאורך השנים, בקצב הידרדרות של כ-5-8 אחוז לעשור. מבחינה תפקודית, עובדה זו עשויה להיות כמעט בלתי מורגשת. תפקודו הפלסטי של המוח מאפשר פיצוי על אבדנים הדרגתיים, אך אצל אדם זקן ניתן לזהות ביטויים שונים של שינויים אלה, הבאים לביטוי בתופעות אלו: (1) ירידה ביעילות ויסות לחץ הדם בעת שינוי תנוחה (Orthostatic Hypotension) – זוהי אחת הסיבות המובילות לנפילות ולשבירים; (2) ירידה בשליטה של רפלקסים, בין השאר רפלקס בליעה – מעלה את הסיכון לחנק, לשאיפת נוזלים וחלקי מזון; (3) שינויים במהירות הולכה ועיבוד מידע קוגניטיבי, הגורמים לשינויים בזיכרון לטווח קצר; (4) שינויים חושיים, בעיקר בחוש הריח. הדבר עשוי גם לבוא באינטראקציה עם חוש הטעם ולדכא תיאבון או הנאה מסוגי מזון מסוימים; (5) שינויים בדפוסי ערות ושינה – ירידה באיכות השינה. השינויים האלה לא בהכרח משנים משמעותית את תפקוד הזקן הבריא – רוב האוכלוסייה המבוגרת הבריאה מצליחה להסתגל היטב לאתגר שבצמצום עד 90% ממסת תאי המוח ולתפקוד באופן תקין. למרות האמור, כאשר הגוף מאתגר על ידי מחלה אקוטית או על ידי החמרת מצבים כרוניים, המוח האנושי נוטה להגיב באופן המעיד על הפגמים המצטברים ב-delirium או ב-confusion reaction, כלומר בתגובה בלבולית. תופעות אלו נחשבות זמניות ונלוות באופן די נפוץ לאותו מצב חריף ואינן בהכרח מעידות על מחלות כרוניות של המוח, כמו אלצהיימר (Burns, Gallagley & Byrne, 2004).

מערכת השרירים

כשליש ממסת הגוף מוקדש למערכת השרירים, האמונה על תמיכה בגוף, על היציבה, על יצור אנרגיה, על חימום הגוף וכמובן על התנועה. עד גיל הזיקנה מידלדלת מסת השרירים עד כ-25% ולמרות זאת, הסיבה העיקרית להידרדרות תפקודית היא הפסקה בפעילות גופנית (כלומר שינויים בסגנון החיים) יותר מאשר השינויים הפיזיולוגיים עצמם (DiGiovanna, 2000). חשוב לזכור, כי מערכת השרירים תלויה מאוד במערכות אחרות, כגון מערכות הנשימה, מערכת הלב וכלי הדם, וכמובן מערכת העצבים, ועל כן היא נפגעת כאשר יש שינוי באינטראקציה בינה לבין המערכות שהוזכרו.

ידוע שעד גיל 60 אנו מאבדים כמחצית מיחידות עצב-שריר (motor neuron units) בגופנו (Deschenes, 2011). יחד עם הידלדלות מסת השריר, יורדת רמת הכוח המרבית,

המתאפשרת לפרט, כמו גם מהירות התגובה שלו. פונקציה בולטת המבטאת ירידה זו היא איטיות התגובה האינסטינקטיבית בעת עצירת נפילה, המעמידה את הזקן בסיכון ממשי לנפילות, כפי שיפורט בהמשך. בנוסף לכך, איבוד מסת השריר אינו תמיד שווה בשרירי הגוף השונים ועלול ליצור חוסר איזון, ועל כן חלה ירידה בקואורדינציה ובשיווי המשקל וגובר הסיכון לנפילות. השינויים המתרחשים במערכת השרירים משפיעים על מנח הגוף ועל יציבותו ולכך השלכות מבניות ואסתטיות, כמו למשל, על עמוד השדרה המתקשה להזדקף, ובכך תורם אף הוא לסיכוני הנפילות. צמצום מסת השריר משפיע בעקיפין גם על יכולת הגוף לחמם את עצמו ועם הגיל אנו מוצאים, כי אנשים חווים קור רב יותר וצורך בחימום חיצוני, בעיקר בטמפרטורה קרה.

מערכת העצמות והמפרקים

מערכת השלד נושאת תפקידי מפתח רבים, הכוללים תיאום עם מערכת השרירים, תמיכה והגנה על איברים פנימיים וכמובן תנועתיות. בנוסף לתפקידים הייחודיים של השלד והעצמות, מתקיימים תהליכי סינתזת חומרים בעצמות, המשיקים למערכות אחרות, בין השאר, למערכת הדם ולמערכת החיסון.

המבנה הפנימי הייחודי של העצם מתחיל "להזדקן" כבר בגיל 20. מבנה המטריקס שבבסיס העצם משתנה וחלקו אף נספג ונעלם. תאי העצם (אוסטאובלאסטים) מגיבים ביעילות מופחתת לוויטמין D, הנוטל חלק בתהליך ספיגת הסיידן. בכך אנו עדים להיחלשות העצם ולהידלדלותה. ניתן לזהות ירידה של עד 60% מחוזק העצם בהגיענו לגיל 50 (Sowers, 1997), וכך הופכות העצמות לדקות יותר ולשביריות. תופעות אלו מוחמרות במיוחד בעיקר בקרב נשים הנכנסות לגיל המעבר עם הפסקת הווסת. אמנם ביום-יום קשה מאוד להבחין בשינויים אלה, ואין להם השפעה על תפקודים כל שהם, אך עם זאת, קיים סיכון גבוה לשברים במצבים חריגים, כמו תאונות או מעידות, והחלמת העצם איטית יותר.

המפרקים נעשים נוקשים יותר, כיוון שעולה בהם כמות הסיבים ואילו כמות הנוזל פוחתת, מצב המפחית מהאלסטיות שלהם, מטווח התנועה וממהירות התגובה שלהם לביצוע תנועה. נוקשות המפרקים משפיעה מאוד על ירידה בחוזק הפיזי של הפרט, וגורמת לקושי בשמירה על היציבות. יש לזכור, כי ניתן לצמצם שינויים אלה על ידי פעילות גופנית מתונה אך מתמדת, שעליה נפרט בהמשך. מחקרים (Hurley & Roth, 2000) מראים, כי סוג כזה של פעילות מעלה את זרימת הדם למפרקים ומצמצם חלק מתהליכים הניווניים שתוארו לעיל.

מערכת הכליות והשתן

מערכת זו נוטלת חלק מרכזי בייצוב ובשימור ההומיאוסטזיס הכימי של הגוף. זאת, על ידי הפרשת פסולת וחומרים טוקסיים ואיזון כמויות הנוזלים הנדרשות לגוף. ניתן לזהות מספר שינויים חשובים במערכת השתן, המשפיעים מאוד על הזקן: (1) ירידה בקצב סינון בכליות, תופעה שלה השלכות משמעותיות לגבי פינוי חומרים רעילים, כמו, למשל, תרופות, מצב המחייב התייחסות ייחודית בקביעת מינוני תרופות בזיקנה; (2) צמצום יכולת ריכוז השתן, כלומר, השתן של בן 80 דליל יותר ב-70% בהשוואה לזה של בן 35. תופעה זו מסבירה את העובדה, שמטופלים קשישים עלולים להגיע להתייבשות מהר יותר מאנשים בגיל צעיר יותר; (3) שינויים במבנה השלפוחית והשופכה: שלפוחית השתן מצטמצמת לכדי מחצית מגודלה המקורי, והשריר הטבעתי הסוגר, כמו גם השופכה, מאבדים מהאלסטיות שלהם וכך גם מיעילותם (DiGiovanna, 2000).

המערכת האוטונומית המעצבת את השלפוחית מאבדת מרגישותה הגורמת לירידה ביכולת הפרט לזהות מלאות ולחץ בשלפוחית. לכן, מחד גיסא, יש סיכון לעצירת שתן, המביאה לדלקות בשלפוחית, ומאידך גיסא, יש ירידה ביכולת ההתאפקות ועל כן גוברת תכיפות מתן השתן (Gibbs, Johnson & Ouslander, 2007). כך גם עולה הסיכון ל"בריחת שתן" וקושי בשליטה בסוגרים (על כך נרחיב בהמשך).

מערכת העיכול

כמו מערכות שתוארו קודם, גם מערכת העיכול מושפעת מההתקדמות בגיל: **הפה:** כמו שכבות העור, כך גם רירית הפה נעשית דקה יותר ולכן נפצעת בקלות יתרה. אמנם איבוד שיניים עם הגיל אינו משויך לתהליך הטבעי של הזיקנה, אלא לעששת. מחקרים מראים, שבזיקנה נצפית היחלשות בקשרים בין השן ללסת וחלה נסיגה הדרגתית של החניכיים, המעלה את הסיכון למחלות חניכיים ופגיעות במבנה השן, גם באנשים עם היגיינת פה טובה. עד גיל 65 כ-40% מהאוכלוסייה מאבדים מחצית משיניהם (Guiglia, Musciotto, Compilato et al., 2010). בעיות שיניים בגיל הזיקנה גורמות לכאבים ולירידה באיכות הלעיסה, המובילה לצמצום בחירת סוגי המאכלים, במיוחד הימנעות ממזון עשיר בסיבים. מצב זה מעלה את הסיכון לשתי בעיות שכיחות בזיקנה: תת-תזונה ועצירות, שעליהן נפרט בהמשך. שינויים במבנה הפה והחניכיים משפיעים גם על איכות ההגיינה והדיבור, וכתוצאה מכך – גם על תגובה רגשית ומצב רוח (Kshetrimayum, Reddy, Siddhana et al., 2012).

תנועות המערכת: קצב הפריסטלטיקה (תנועות) של מערכת העיכול יורד. הדבר מתבטא בחזרת תוכן הקיבה אל הוושט, גם עקב השהייתו הממושכת בקיבה, וגם עקב בקע

סרעפתי, המופיע אצל כמעט 70% מהזקנים (DiGiovanna, 2000). מצב זה גורם לתחושת צרבת. קצב הפריסטלטיקה יורד גם במעי הגס. הדבר מאריך את זמן המעבר של הצואה במעיים, מצב המגביר את ספיגת המים במעי וגורם לתוכן צואתי קשה. האזור הסופי של המעי, האחראי על פליטת הצואה החוצה, נעשה פחות אלסטי ויכולת השליטה בסוגר החיצוני יורדת. שינויים אלה מעלים את הסיכון לעצירות מחד גיסא, ולאי-שליטה על יציאות, מאידך גיסא.

יכולת הספיגה וההפרשה מושפעת עם ההתקדמות בגיל, אך ראוי לציין במיוחד את הירידה בהפרשת הלקטאז, אותו הורמון המאפשר את ספיגת הלקטוז, היורד באופן הדרגתי. תופעה זו נפוצה במיוחד בקרב ילידי המזרח התיכון (Lomer, Parkes & Sanderson, 2008). אמנם אי-סבילות ללקטוז משמעותה אי-נוחות רבה באכילת מוצרי חלב, אך הימנעות ממוצרי חלב עלולה להקטין משמעותית את ספיגת הסיידן ולגרום לדלדול העצם. גם ספיגה של אבץ וויטמינים A, D, K, נפגעת, ויטמינים המשמשים רכיב קריטי במערכת החיסון, מנגנוני ריפוי פצעים וקרישיות הדם.

לסיכום, השינויים במערכות הגוף באים לידי ביטוי באופן מתון בחיי היום-יום. ניתן להתגבר עליהם על מנת להגיע למה שנקרא "הזדקנות מוצלחת". עם זאת, במצבי משבר וחולי מוחרפים ביטויים אלה ודורשים טיפול מוגבר בזקן.

הדגשים סיעודיים לקראת הזדקנות מוצלחת

הסיעוד הוא מקצוע העוסק, בין השאר, בתמיכה ובהעצמה של חולים סביב פעילויות של תפקוד יום-יומי. בבסיס פעילויות אלה עומדים צרכים פיזיולוגיים, העולים מתוך השינויים המשמעותיים בהומיאוסטאזיס של הזקן, כפי שכבר ציינו בחלקו הקודם של הפרק. חלק זה ידון באותם צרכים פיזיולוגיים בסיסיים המשפיעים על תפקודו היום-יומי של הזקן, על בריאותו ועל איכות חייו. ננסה לענות על שתי שאלות מנחות: האחת, איזה קושי במילוי צרכים אלה מטריד את הזקן? והשנייה, מה מאלה מערער למעשה את בריאותו ומאיים על חייו?

המסגרת התיאורטית של הסוגיות שיידונו היא "מדרג הצרכים" של מאסלו (Maslow, 1954). באמצעות מדרג זה ניתן לארגן את סדר העדיפויות של הטיפול הסיעודי על מנת לקדם את בריאותו של הזקן. בבסיס מדרג הצרכים של מאסלו נכללים צרכים פיזיולוגיים, שללא מתן מענה עליהם אין אפשרות לאדם להגיע לרמות גבוהות יותר של תפקוד, בריאות ואיכות חיים. אלה הם צרכים הקשורים לנשימה, למאזן נוזלים,

לניידות ולשינה, לשלמות העור, לתזונה ולהפרשת פסולת. בסעיפים הבאים יושם דגש מיוחד לנושא הפעילות הגופנית והשינה, מאזן הנוזלים והתזונה וכן הפרשות הגוף, זאת מכיוון שאלה תחומי תפקוד שבהם יש לסיעוד השפעה מכרעת על בריאותו ורווחתו של הזקן.

על פעילות גופנית, מנוחה ושינה

פעילות גופנית סדירה נחשבת היום כרכיב מרכזי בשמירה על בריאותו של האדם בכלל ושל הזקן בפרט. תרגול גופני יום-יומי מפחית תמותה ממחלות, כמו סרטן, סוכרת, מחלות לב ובעיות נוספות, העולות מתוך ההזדקנות עצמה, וכן מפחית נפילות. הפעילות הגופנית משפרת את חמצון הרקמות, את צפיפות העצם, את מצב הרוח, ושומרת על היכולת להתנייד ולקיים חיי חברה (Ebersole, Touhy & Hess, 2008). בסקר שערך האגף לגריאטריה במשרד הבריאות (2005) בקרב בני 60 ומעלה ובספרות המקצועית בתחום (Herring, Puetz, O'Connor et al., 2012; Leung, Chan, Tsang et al., 2011) נמצא, כי קיים קשר בין היעדר פעילות גופנית לדיווח על נפילות, דיכאון ובעיות נשימה.

כאמור, תפקיד הסיעוד במפגשיו עם הזקן, במיוחד בקהילה, הוא לעודד פעילות גופנית כחלק מאורח חיים המבטיח הזדקנות מוצלחת. עם זאת, בהדרכת הזקן יש לשים לב לפעילות גופנית מתונה, כדי למנוע עומס יתר על מערכות הגוף המזדקנות, במיוחד מערכת הלב וכלי הדם, כמו גם מערכת הנשימה. בנוסף לכך, חשוב להפעיל בהדרגתיות את מערכת השרירים והשלד, כדי לא לגרום לפציעות. נהוג להמליץ לבצע פעילות גופנית מותאמת לפחות חמש פעמים בשבוע, למשך 30 דקות ביום, כאשר הפעילות המומלצת היא הליכה ושחייה ותרגילים לשמירת שיווי המשקל, גמישות המפרקים וכוח השרירים. חשוב שההמלצות לפעילות הגופנית יהיו ביחס למצבו הכללי של הזקן, הערכת בעיותיו הרפואיות והעדפותיו האישיות.

ניתן להצביע על מספר הנחיות מרכזיות לבטיחות הזקן בעת הפעילות הגופנית: יש להימנע מתנועות סיבוביות פתאומיות, תנועות מהירות, להקשיב לגוף ולהבחין בסימנים של עייפות יתר, קושי בנשימה, פלפיטציות או צליעה. אין לתרגל כאשר יש מחלה חריפה, ולאחר חלוף המחלה יש לחזור לפעילות ולתרגול בהדרגה. כל פעילות ותרגול יש לסיים בהדרגתיות, תוך מתן מקום להרפיה. כיוון שלזקן יש יכולת פחותה לווסת את חום הגוף, יש להמליץ על לבוש בשכבות, כדי שאפשר יהיה לשנותו בהתאם לתחושות החום והקור המשתנות בעת התרגול וההרפיה (משרד הבריאות, חוזר המנכ"ל, 2005).

אם פעילות גופנית משפיעה על איכות השינה, הרי ששינה איכותית מאפשרת קיום פעילות יום-יומית טובה. גוף האדם זקוק לשינה ולמנוחה כדי לשמור על כוחו, לשחרר

מתחים ולמנוע תשישות. קשיים ממושכים בשינה מפריס את האיזון הבריאותי של האדם, פיזי ונפשי כאחד. שינה היא צורך בסיסי של האדם, ומנוחה מתקיימת רק כאשר השינה מתקיימת ללא הפרעות. אצל זקנים ניתן לזהות מספר הפרעות בשינה: האחת היא קושי בהירדמות, אינסומיה, המופיעה בזמנים של מתח ומשבר, כמו התמודדות עם אבדן, אשפוז או אפילו עקב שינויים אישיים כמו פרישה לגמלאות. קפאין ותרופות שונות משפיעים על היכולת להירדם ועל איכות השינה עצמה. לדוגמה, תרופות ממשפחת חוסמי הבטא, הניתנות לטיפול ביתר לחץ דם, עשויות לגרום לסיוטי לילה ולהפריע מאוד לשינה. תרופות משתנות גורמות ליקיצה תכופה והליכה לשירותים ועלולות לגרום להפרעות קשות בשינה אם הן ניתנות בשעות הערב (Reuben, Herr & Pacala, 2008). הפרעת שינה נוספת היא זו הנגרמת עקב הפסקות חוזרות בנשימה (Sleep Apnea), הנמשכות יותר מ-10 שניות. גורמי סיכון להפרעה זו הם גיל מתקדם, השמנת יתר, שימוש מופרז באלכוהול, בעיות בתפקוד הלב ומחלות נשימה חסימתיות. יש לציין שגברים סובלים ממנה יותר מנשים (Chan, Phillips & Cistulli, 2010). הפרעות נוספות בשינה יכולות להיות כתוצאה מבעיות במערכת העיכול, במיוחד תחושות של צרבת, הנוטה להופיע בשכיבה.

הסיעוד נמצא בצומת שבו הוא יכול לאמוד את איכות השינה של הזקן, במיוחד כאשר הזקן נמצא בדיוור מוגן או באשפוז. סוגיות שעל האחות לשים לב עליהן כוללות את התרופות לשינה שהזקן מקבל, את מספר הפעמים שהזקן קורא לעזרה במהלך הלילה ואת הירידה מהמיטה. צפייה בזקן תיתן מענה לשאלה האם אמנם הוא ישן, או שמא רק שוכב ער במיטתו? האם הוא מבולבל בלילה בעת הפסקות השינה? האם הזקן מנמנם במשך היום והאם הוא נרדם בקלות בלילה. כמו כן, חשוב לשים לב אם יש סימפטומים של Sleep Apnea או הפרעות שינה נוספות.

ניהול הטיפול בבעיות שינה נקבע על סמך קביעת המקור לבעיה. על האחות לדווח לרופא בפירוט על ההערכה שנעשת לצורך איזון בעיות, שמקורן במחלות שיש לזקן. מקובל להתייחס לטיפול תרופתי בהפרעות בשינה כמוצא אחרון, ובהחלט ניתן לטפל בהפרעות בשינה גם בדרך שאינה תרופתית. יש לעודד סדר יקיצה וערות במהלך היממה; כניסה למיטה רק לצורך שינה, ורק כאשר מרגישים עייפות של ממש; תרגילי הרפיה, וכל פעולה מרגיעה מקרבת את ההירדמות, ואילו צפייה בטלוויזיה ובסרטי מתח מרחיקה אותה. אם לא נרדמים תוך 15 דקות, כדאי ללכת לחדר אחר ורק אחר כך שוב לחזור למיטה. יש להימנע מתנומה במשך הבוקר, לפחות עד השעה 15:00 אחרי הצהריים. יש להימנע מצריכת חומרים מעוררים שיש בהם קפאין כבר משעות אחרי הצהריים, ולהימנע משתייה בכלל, כשעתיים לפני שעת השינה. לבעלי בעיות לב ונשימה יש לדאוג למספר כריות, כדי לאפשר נשימה חופשית (Vance, Heaton, Eaves et al., 2011). ראוי לציין את גישת ה-CBT,

כלומר טיפולים קוגניטיביים-התנהגותיים להפחתת הפרעות שינה. בארצות הברית מטפלים בגישה זו אנשי מקצוע שונים, בין השאר גם האחיות (Montgomery & Dennis, 2004).

על נוזלים ותזונה

מצב תזונתי ראוי מושפע מגיל, מהרכב המזון, ממצב בריאות כללי ומאורח חיים. באורח החיים אנו מתייחסים לגורמים חברתיים ואישיים הקשורים להרגלי צריכת המזון והאכילה. הרגלים אלה הם חלק מאורח חייו של הזקן במשך שנים, ותלויים בתרבות שממנה הוא מגיע, ברמת ההכנסה שלו ובהעדפותיו האישיות (Ebersole et al., 2008). בקרב הזקנים ניתן לראות בעלי עודף משקל, אך אחת הבעיות המרכזיות המעסיקות את הגרונטולוגים היא דווקא אנורקסיה ותת-תזונה של הזיקנה, מצב נפוץ יותר בבני 70 פלוס (Chapman, 2011). מצב זה מביא לירידה משמעותית בבריאות ולהחרפה של מחלות כרוניות. אנורקסיה זו היא פועל יוצא של ירידה ביעילות הספיגה של מערכת העיכול וירידה בתיאבון עקב תרופות ושינויים פיזיולוגיים נוספים, כמו ירידה בחוש הטעם והריח ובעיות שיניים וחניכיים, המפחיתות את שמחת האכילה. כמו כן, תחושת השובע אצל הזקן עולה כבר בשלב מוקדם של הארוחה, אם עקב ירידה בנפח הקיבה או עקב מאמץ באכילה עצמה: הלעיסה, הבליעה והנשימה.

מעבר לשינויים פיזיולוגיים אלה ניתן לזהות גם את השינויים החברתיים, העוברים על הזקן ומשפיעים על התזונה שלו: בדידות חברתית, היעדר ארוחות משותפות, קושי בניידות כדי לערוך קניות ולהכין את האוכל המועדף. כל אלה משפיעים על מצב הרוח בכלל ועל התיאבון בפרט (Nieuwenhuizen, Weenen, Rigby et al., 2010).

הסימן הראשון והבולט לתת-תזונה בזיקנה הוא ירידה חדה במשקל, ועל כן יש לעקוב באופן תדיר אחר משקלו של הזקן, לפחות אחת לשבוע. מדדים אחרים קשורים לרמות החלבון, האלקטרוליטים והוויטמינים בדם, שגם אחריהם יש לעקוב באופן תדיר.

בעיית בריאות מרכזית נוספת היא דהידרציה, כתוצאה של הפרה במאזן הנוזלים, בעיקר לכיוון החסר בנוזלים, כלומר, מאזן נוזלים שלילי. כאמור, עם הגיל פוחת אחוז הנוזלים בגוף, יכולת הכליה לרכז נוזלים פוחתת, ותחושת הצמא כמעט ונעלמת. יש זקנים המקבלים תרופות משתנות לאיזון בעיות הלב שלהם, ומצב זה מחייב שימת-לב מוגברת להפרה במאזן הנוזלים. על כן ירידה ולו קטנה בצריכת נוזלים אצל הזקן עלולה להביא להתייבשות (Reuben et al., 2008). גם עלייה בהפרשות הגוף, למשל בעקבות שלשולים והקאות עלולה להפר את מאזן הנוזלים בקלות. כיום דהידרציה מהווה אחד משתי סיבות מרכזיות אשר מובילות לאשפוז הזקן במערך הפנימי בבתי החולים (Covinsky et al., 2011).

לדהידרציה יש השלכות על בעיות בריאות אחרות, כמו עצירות, אבנים בכליות, טרומבו-אמבוליות, בלבול ופצעי לחץ. סימנים העלולים להצביע על הפרה במאזן הנוזלים הם: עלייה בחום הגוף, טורגור עור ירוד, הפחתה משמעותית בכמות השתן, בחילות והקאות, וכמובן שינויים ברמת האוסמולריות בשתן ובדם (Chernoff, 2006). הסיעוד חייב באומדן התזונה והנוזלים של הזקן, במעקב ובהדרכת הזקן ומטפלו למניעת הפרה במאזן התזונה והנוזלים (Mentes, 2006).

הקביעה לגבי עמידתו של הזקן בתזונה ראויה ומספקת, ובצריכת נוזלים מספקת, נשענת על סטנדרט פירמידת המזון לזקן (Lichtenstein, Rasmussen, Yu et al., 2008). מבט מעמיק על פירמידה מותאמת זו יראה, כי היא מציגה מתינות מבחינה קלורית, מדגישה מזון שאינו מעובד ונשענת על בסיס רחב של כמות נוזלים מספקת של לפחות שמונה כוסות ביממה. ההרכב התזונתי מדגיש באופן כמעט שווה את הירקות, הפירות, הלחם והדגנים המלאים, כמו גם את מוצרי החלב והבשר. המלצה לצריכת מוצרי חלב דורשת תשומת-לב ומעקב לרגישות אפשרית ללקטוז: כאמור, יש ירידה ביצירת לקטוז עם הגיל, במיוחד באוכלוסיית המזרח התיכון.

לבסוף, יש להדגיש כי העקרונות הסיעודיים בנושא התזונה כוללים גם את החשיבות ביצירת ארוחות נעימות באווירה חברתית ומכובדת: גם עזרה באכילה לזקן, המתקשה לאכול באופן עצמאי, חייבת להפגין שמירה על כבודו וגילו.

על הפרשות הגוף

הפרשת חומרי פסולת של מטבוליזם הגוף היא הכרח קיומי, ועניין התפקוד היומי של הפרשות השתן והצואה גורר עמו השלכות אישיות וחברתיות. למרות שלמעשה ישנם רק שינויים פיזיולוגיים קלים בשלפוחית ובמעיי בעקבות ההזדקנות, קושי בתפקוד שלהם יכול להשפיע באופן חמור על הזקן: ההשלכות של חוסר שליטה במתן שתן וצואה מאיימות ממש על התפקוד היום-יומי ועל איכות חייו.

תפקוד המעי

שתי בעיות מרכזיות עולות בנוגע לתפקוד המעי בזיקנה: עצירות ואי-שליטה במתן צואה (Ebersole et al., 2008).

עצירות: בנוסף לשינויים הפיזיולוגיים במערכת העיכול, הבאים עם הגיל המתקדם, ניתן להצביע על גורמים רבים לעצירות, החל מתזונה דלה בסיבים, נטייה להמעט בשתייה והיעדר פעילות גופנית, דרך בעיות רפואיות במעי עצמו, מצב רגשי ירוד, מחלות סיסטמיות, כמו סוכרת ותת-פעילות בלוטת התריס, וכמובן נטילת תרופות המאטות את פעולת המעי.

הטיפול הסיעודי בעצירות כולל את ההתייחסות להירציה נאותה, תזונה רבת סיבים, פעילות גופנית ותנאים סביבתיים. בנוסף לכך, במסגרת טיפול זה יש מעקב וביצוע של טיפול תרופתי. בנוגע לתזונה רבת סיבים, הכוונה לתפריט עשיר בירקות ובפירות ותוספת סיבים הדרגתית כנדרש. גם בפעילות גופנית עסקנו כבר והצבענו על חשיבותה במניעה ובטיפול בעצירות. בנוגע לתנאים הסביבתיים ולסדר היום: חשוב למסד זמן ייחודי בנוגע לישיבה בשירותים, ולהקדיש לו לפחות 10 דקות. רפלקס הדחף ליציאה מתעורר, בדרך כלל, לאחר ארוחת הבוקר ולאחר ארוחת הערב. יש להקפיד על פרטיות, בטיחות ונוחות מרבית בשירותים, כדי לאפשר תנוחה נכונה בעת הישיבה: יש לעודד את הזקן להתכופף מעט קדימה על מנת להגביר את הלחץ על הבטן התחתונה, ולזרז את תנועות המעי. לעתים, יש להוסיף לכל אלה גם טיפול תרופתי, דרך הפה בבליעה או דרך החלחולת באמצעות חוקנים במינונים ובתדירויות שונות (Woodward, 2012). אחד הסיבוכים הקשים של עצירות ממושכת, הגורם לסבל ולכאבים, הוא "אבני צואה" (Fecal Impaction). מצב זה עלול להופיע אצל זקנים שתפקודם העצמאי כמעט שלא קיים, וניתן להבין שההתייחסות לעצירות לא קיבלה מענה הולם ואולי אף הוזנחה על ידי המטפלים. מצב זה עלול לגרום למה שאנו מכנים "שלשול פרדוקסלי", שכן ניתן לראות יציאות תכופות, רכות ובלתי נשלטות אצל הזקן: זהו למעשה תוכן מעי גבוה יותר, הזולג החוצה בעת תנועות המעי, מעבר לאבני הצואה. הטיפול ההכרחי והמיידי הוא הוצאת אבני הצואה. יש לציין, שזוהי פעילות סיעודית אשר דורשת הכשרה מיוחדת ומיומנות מוכחת. ללא התערבות זו קיים חשש ממשי להידרדרות בריאותית של הזקן, המלווה בחום, בבלבול, בכאבי בטן ועד חסימת מעיים (Gallagher & O'Mahony, 2009).

אי-שליטה ביציאות: כאשר אין יכולת לשלוט בשחרור הפרשת הצואה מדובר ב-fecal incontinence. זהו מצב הגורם להשלכות חברתיות חמורות, הן לזקן עצמו והן למשפחתו. מצבים המביאים לאי-שליטה ביציאות כוללים דמנציה, קושי בהגעה בזמן לשירותים, חולשה בשרירי רצפת האגן ובעיות של עצבוב באזור פי הטבעת. הטיפול במצב כזה דורש רגישות רבה, שמירה על פרטיות וכבודו של הזקן, כדי להפחית עד כמה שאפשר את תחושת ההשפלה והעלבון שהוא חש ממילא. עיקרון מנחה חשוב בהתערבות הסיעודית באי-שליטה הוא שמירה על עצמאות הזקן עד כמה שאפשר, תוך הימנעות משימוש בחיתולים במידת הניתן (Smith, 2010). כאשר אי-שליטה אינו נובע מהידרדרות קוגניטיבית, יכלול הטיפול אימון ותרגול לשליטה ביציאות, אך יש לזכור שמטרות הטיפול חייבות להיות ברורות-השגה.

תפקוד שלפוחית השתן

הבעיה המרכזית העלולה להופיע עם ירידת תפקוד שלפוחית השתן, היא אי-שליטה. תפקוד תקין של השלפוחית דורש מערכת עצבים מרכזית תקינה, שלפוחית ללא ממצאים פתולוגיים ותקינות פעילות הסוגרים. שלפוחית השתן אצל הזקן שומרת אמנם על הטונוס שלה, אך נפח השתן אותו היא יכולה לשמר בשליטה יורד. רבים מהזקנים חווים דחיפות ותכיפות במתן שתן כחלק משינויים פיזיולוגיים אלה, אך מחלה הכוללת אשפוז, תרופות משתנות וביגוד מסורבל עלולים להקשות על הגעה בזמן לשירותים, ולהביא להידרדרות עד אי-שליטה. על כן, בהתערבות הסיעודית יש לקחת בחשבון את השינויים הנורמטיביים בתפקוד זה ולאפשר תנאים סביבתיים ותמיכה כדי למנוע אבדן שליטה. לדוגמה, בעת אשפוז, על האחיות לעודד ולעזור לזקן לשמור על עצמאות תפקודית זו ולהימנע עד כמה שאפשר משימוש בחיתולים או מהחדרת קתטר לשלפוחית השתן (Zisberg, Sinoff, Gur-Yaish et al., 2011). אם יש ברקע אירועים מוחיים או דמנציה, המצב מחריף והיכולת לשלוט בסוגר השלפוחית עלולה ממש להיעלם (Ebersole et al., 2008).

בעיה נוספת המתעוררת עם איבוד השליטה על השתן היא העובדה, שיש הימנעות מבקשת עזרה, עקב המבוכה והבושה המתלווה לה (Palmer & Newman, 2006). בטיפול הסיעודי יש לכלול אומדן תפקוד השליטה במתן שתן, לזהות גורמי סיכון לאיבוד השליטה, ולהדריך את הזקן כיצד לשמר את השליטה על השתן. בהדרגת הזקן אנו כוללים את ההנחיות הבאות (Bahayani, 2003; Smith, 1998): חשוב ללכת להשתין בכל פעם שעולה צורך כזה, ואין להתעלם ממנו; רצוי לרוקן את השלפוחית לפני ואחרי הארוחות, ולהתרגל ללכת לשירותים כל שעותיים במהלך היום, וכל ארבע שעות בלילה. יש לשנות כמות מספקת במהלך היום, ולהמעיט בשתייה אחרי שמונה בערב. כמו כן, כדאי להמעיט בשתיית משקאות עם קפאין, הגורמים להשתנה מוגברת, וטוב לשותות מיצים עשירים בוויטמין C, כדי למנוע זיהומים בשלפוחית השתן. אם נוטלים תרופות משתנות יש לעשות זאת בשעות הבוקר, ולהימנע עד כמה שאפשר מתרופות לשינה, המטשטשות את תחושת הצורך להשתנה. אחיות גם מעודדות תרגול של שרירי רצפת האגן, תרגול היעיל ביותר לנשים, וכולל כיווץ הסוגרים בעת הנשיפה, ושחרורם, מספר פעמים במהלך היממה. חשוב שהשירותים יהיו נגישים, מוארים ובטוחים, ושביגוד לא יהיה מסורבל. בעת הצורך כדאי להשתמש במגן תחתון, כדי להגן על הביגוד.

עם זאת, יש תמיד לזכור, שבמצבי חולי, שבהם יש פגיעה בעצבוב דרכי השתן וחסיונות הגורמות לנפח שארי, קיימת התערבות רפואית על כל סוגיה: תרופתית וגם כירורגית במקרים של ערמונית מוגדלת או חולשה משמעותית של רצפת האגן (Bahayani, 2003).

מצבי משבר וחולי – הטיפול המוגבר בזקן המאושפז

אני בן 81.... אז אני הולך לרופא עיניים, לרופא אוזניים, לרופא לדרכי השתן, ולרופא אף אוזן גרון, ולפה ולסת... בודקים אותי, ואומרים שהכול טוב ואני כמו חדש, נותנים לי מרשמים לתרופות... אני צולע לבית מרקחת ועומד בתור, ובאה אישה ונותנת לי כדורים נגד לחץ דם, נגד קרישה, נגד דפיקות לב לא סדירות, משחה לפצעים, כדורים נגד דיכאון... כדורים לקום בבוקר, כדורים להירדם... בבוקר לפני הארוחה אני לוקח את הכדורים האלה, חצי שעה אחרי הארוחה אני לוקח אותם, אחר כך אני בולע כשבעה כדורים, ושומר על דיאטה... אני עייף מכדורים ורוצה לישון, והשלפוחית לוחצת ואני מדדה לבית שימוש, יושב חצי שעה עד שזה בא חוזר למיטה מרוגז, לוקח מיליגרם ואליום ופתאום כואב התחת, יש משחה, איפה שמתי אותה? מחפש, עובר חלילה, לוקח כדורים נגד כולסטרול, נגד נזילת שתן, מה לא? (יורם קניוק, 2010).

לאור השינויים הפיזיולוגיים ולעתים קרובות גם הפתו-פיזיולוגיים במערכות הגוף השונות אצל הזקן, עם הגיל עולה גם שיעור התחלואה, ומספר סוגיות דורשות תשומת-לב מיוחדת, על מנת למנוע פגיעות והידרדרות בריאותית מהירה וקשה. אותה עלייה בתחלואה הכרונית והאקוטית מובילה לעתים קרובות לאשפוז. 41% מכלל האשפוזים בישראל, בשנת 2010, היו של בני 65+, כאשר כל זקן רביעי דווח על אשפוז אחד לפחות בשנה חולפת. משך זמן האשפוז עבור אנשים זקנים עומד בממוצע על 5.4 ימים – יומיים יותר מקבוצות גיל צעירות יותר. מרבית האנשים הזקנים, הסובלים ממחלה אקוטית, מתאשפזים במחלקות הפנימיות, המהוות את היחידות הגדולות והעמוסות יותר בכל בית חולים ציבורי. נכון להיום, 60% מכלל מאושפזי המחלקות הפנימיות הם בני 65+ (משאב, 2011).

אשפוז במהותו נועד לאבחון ולטיפול, אם במחלה חריפה חדשה או בהחמרת מצבו הכרוני של המטופל. תחלואה בגיל המבוגר משפיעה באופן ישיר על תפקוד הפרט. המומחים בתחום הגרונטולוגי מבקרים את הגישה הטיפולית בעת האשפוז וטוענים, שאינה נותנת מענה מספק לצרכים התפקודיים של הפרט (Brown, Friedkin & Inouye, 2004; Creditor, 2008; Hoenig & Rubenstein, 1991; Kleinpell, Fletcher & Jennings, 1993). המחלה החריפה נוטה לדרדר את תפקודו של הזקן, והירידה בתפקוד מחמירה את מצבו הבריאותי ומאריכה את משך האשפוז: כך נוצר מעגל ההולך ומתהדק סביב החולה (Barry, Murphy & Gill, 2011). מחקרים שבוצעו במהלך 30 השנים האחרונות מראים באופן עקבי, שכ-30% מהזקנים המתאשפזים סובלים מירידה תפקודית בעקבות האשפוז (Covinsky et al., 2011).

השפעות שליליות בולטות כתוצאה מאשפוז הזקן הן נפילות בזמן ולאחר האשפוז (NCIPC, 2012); אירועים שליליים של טיפול תרופתי (Sikdar, Dowden, Alaghebandan, et al., 2012) והתפתחות פצעי לחץ (Whittington & Briones, 2004). גם זיהומים צולבים ודליריום – מצב בלבולי חריף (Givens, Jones & Inouye, 2009) הם מצבים שעלולים להופיע בזמן האשפוז ובעקבותיו. מצבים אלה מובילים לתחלואה מתמשכת לאחר השחרור, לתקופת שיקום ארוכה במוסד ומלווים בירידה משמעותית באיכות חייו של הזקן (Covinsky et al., 2011; Creditor, 1993; King, 2006). נראה שמצבי חולי ומשבר דורשים התייחסות מיוחדת לתפקודו של הזקן בעת האשפוז: לא רק לטיפול הרפואי ולאיוון גורמי המחלה יש השפעות על תוצאות האשפוז, אלא גם לדגש שניתן לשמירה על תפקודיו של הזקן, כמו למשל, הליכה קבועה במהלך האשפוז. מספר מחקרים בשנים האחרונות הצליחו להראות, שלמעורבות ולהשגחה רבה יותר בביצוע פעילויות יום-יומיות בסיסיות יש השפעה על התפקוד של הזקן בטווח קצר וארוך (Boltz, Resnick, Capezuti et al., 2012; Brown et al., 2004; Zisberg et al., 2011).

החלק הבא של המאמר ידון בשלושה נושאים מרכזיים, המהווים מכשול להשגת בריאות ואיכות חיים בזיקנה וגורמים להחרפת מצבים כרוניים: ירידה בניידות וסכנה לנפילות; טיפול מרובה תרופות; חשש מהפרה בשלמות העור ופצעי לחץ. שלושת הנושאים האלה קשורים זה בזה ומשפיעים אחד על האחר: נפילה הגורמת לשברים מקשה על הניידות ועלולה לגרום לפצעי לחץ עקב שכיבה ממושכת, ותופעות הלוואי של תרופות רבות עלולות לגרום לסחרחורות, לחוסר שיווי משקל, לישנוניות ועל כן גם נפילות. עם זאת, נדון בכל נושא בנפרד ובהמשך נרחיב בנוגע לגישה הטיפולית הכוללת, המנחה את הצוות הסייעורי בעת טיפול בזקן ובמשפחתו במסגרות האשפוז.

בטיחות, ניידות ומניעת נפילות

ניידות היא היכולת לנוע ממקום למקום בחופשיות ובבטיחות. כאשר יכולת זו נפגעת קיים חשש להופעת סיבוכים רבים: בעיות כמו אי-שליטה בסוגרים, עצירות, חוסר תיאבון וירידה במצב הרוח, שנידונו בסעיפים הקודמים, והפרה בשלמות העור ופצעי לחץ עליהם נדון בהמשך. בעיה מרכזית הנובעת מירידה ביכולת לנוע היא בטיחות הזקן: הסכנה למעידות ולנפילות. פציעות כתוצאה מנפילות מהוות את הגורם השכיח ביותר לתמותת זקנים, ושכיחות זו עולה ככל שמתקדם גילו של הזקן. כשליש מהזקנים מעל גיל 65 נופלים לפחות פעם בשנה, וכמחצית מהם נופלים שוב באותה שנה. מעל גיל 75, השכיחות אף גבוהה יותר (AGS, 2010). רוב הנפילות מתרחשות ליד המיטה, בניסיון לעלות או לרדת ממנה, והשאר בשירותים או במקלחת. לפחות שליש מאלה שנפלו סובלים מפציעות בינוניות עד קשות,

כמו שברים בירך, פגיעת ראש, פציעות הגורמות לירידה משמעותית בניידות (AGS, 2010) ואפילו לתלות מוחלטת עקב ריתוק למיטה וסיכוכים הגורמים למוות, כמו דלקת ריאות, זיהומים בדרכי השתן וכאמור, פצעי לחץ.

ניתן לסווג את גורמי הסיכון לנפילות לשלוש קטגוריות (Williams, 2004), כאשר רוב הנפילות הן שילוב של יותר מגורם סיכון אחד: (1) גורמי סיכון פנימיים, הנובעים, כאמור, מירידה תפקודית של מערכות הגוף השונות, במיוחד של מערכת השלד והשרירים ושל הראייה, ממחלות המפחיתות את יעילות ההתניידות, כמו מחלות לב ואירועים מוחיים ומצבי חולי שונים הגורמים לעייפות ולחוסר ריכוז בהליכה; (2) גורמי סיכון חיצוניים, כמו ריבוי תרופות, אשפוזים, ושימוש לא נכון בעזרי הליכה; (3) גורמי סיכון סביבתיים, כמו: תאורה גרועה, שטיחים רופפים, חוטים על הרצפה, רהיטים לא יציבים, מדרגות לא בטיחותיות. מספר כללים מונחים בבסיס ההתערבות הסיעודית למניעת נפילות והראשון שבהם הוא תיאום ודיאלוג עם צוות רב-מקצועי, בעיקר מתחומי הריפוי בעיסוק, הפיזיותרפיה והרפואה. כאשר הזקן נמצא בסיכון גבוה לנפילה, יש לפעול על פי ההנחיות (AGS(b), 2004; Ebersole, 2008; Williams, 2010) הבאות:

1. התאמת הסביבה הביתית והערכת הבטיחות בעזרת אנשי הריפוי בעיסוק. אלה הנקודות המרכזיות שיש לשים אליהן לב: מיטה נמוכה, תאורה טובה, מושב שירותים גבוה, מעקה בטיחות בשירותים ובמקלחת, הסרת מכשולים במרחב, העלולים לגרום להחלקה או למעידה. מערכת לחצני מצוקה חיונית מאוד בסביבה הביתית של הזקן, ובוודאי לזקן מאושפז.
2. בירור עם הרופא המטפל בעניין מצבי החולי העלולים להשפיע על הנפילות, זיהוי אוסטיאופורוזיס ואומדן מעמיק לכמותן ולנחיצותן של התרופות שהזקן נוטל.
3. אימון גופני ואימוני הליכה על פי הוראות הפיזיותרפיה, כדי לחזק את השרירים ולשפר את היציבות.

יש לזכור, שבעת אשפוז, הסיכוי ליפול עולה, כיוון שבית החולים הוא סביבה זרה ולא מוכרת: למעלה מ-50% מהמאושפזים נמצאים בסיכון גבוה לנפילות. נפילות רבות מתרחשות כאשר הזקן מבקש לרדת מהמיטה, או לקום מהכורסא, כדי להגיע למיטה, מתוך רצון להתנייד בעצמאות מלאה (Spoelstra, Given & Given, 2012). חובה באשפוז לדאוג שלחצן המצוקה יהיה בהישג ידו של הזקן. על הצוות הסיעודי להפגין נוכחות מורגשת בחדרי האשפוז, להיות נכון להקשיב ולסייע ישירות בניידות. כמו כן, יש לזכור שקשירה למיטה חוקית אך ורק במצבים ברורים של בלבול, ובהוראת רופא למספר שעות בלבד. רצוי להימנע ממתן תרופות מרגיעות, כיוון שרוב הפעמים הן מחריפות את הבלבול ולא מאפשרות תקשורת מכבדת עם הזקן. חשוב לציין, שבעת אשפוז של זקן בעקבות ניתוח,

ישנן הוראות ברורות ומדויקות לגבי החזרה לניידות של המטופל בכלל והזקן בפרט. עם זאת, באשפוז בעקבות מחלה אקוטית או במצבים של החמרה של מחלה כרונית, ההנחיות עמומות וקיים חשש שנושא הניידות לא יקבל את מקומו הראוי. תפקיד האחיות בסוגיה זו מורכב ומצריך הפעלת שיקול דעת מקצועי על מנת להגיע לאיזון הנדרש בין עידוד לניידות הזקן לבין הקפדה על בטיחותו.

על תרופות וזיקנה (גירופרמקולוגיה)

הזקנים הם צרכני התרופות הרבים ביותר בעולם המערבי: בארצות הברית הזקנים מהווים כ-13% מהאוכלוסייה, והם צורכים כ-35% של תרופות המרשם, ו-40% תרופות שניתן לרכוש "מעבר לרלפק" (Randall & Bruno, 2006). ההנחה היא, שרוב התרופות ללא מרשם שהם נוטלים נועדו להקל על כאבים, למנוע עצירות וחום. כמו כן, כיוון שרבים מהם סובלים ממגוון של מחלות ובעיות רפואיות, רבים מחזיקים בתרופות מרשם שונות ומגוונות. 83% מהזקנים, הנושאים לפחות שלוש אבחנות של מחלות כרוניות, נוטלים לפחות חמש תרופות מרשם שונות (Safran, Neuman, Schoen, et al., 2005). התרופות השכיחות ביותר הניתנות לזקנים נועדו לטפל במחלות לב וכלי דם, והן כוללות גם תרופות משתנות ותרופות נוגדות קרישה (Field, Gurwitz, et al., 2004). למרבה הצער, למרות הידע הרב, החוקים, התקנות והנהלים הקשורים למתן תרופות, עדיין קיימת התופעה שנרשמות תרופות לא מתאימות לזקנים. יתרה מזאת, ידוע היום, כי נטילת תרופות שאינן מתאימות היא אחד מגורמי הסיכון המרכזיים בהידרדרות תפקודית של הזקן, במיוחד הזקן המאושפז (Corsonello, Pedone, Lattanzio et al., 2009). הסיעוד, כמקצוע שניהול הטיפול התרופתי של הזקן נמצא במרכז הפרקטיקה שלו, לוקח חלק פעיל במניעה של בעיות המתרחשות עקב תופעות לוואי של הטיפול התרופתי, על יתרונותיו והסכנות הטמונות בו.

מתן תרופות בזיקנה חייב לקחת בחשבון את השפעות הזיקנה על הפרמקוקינטיקה (Ebersole et al., 2008), הכוללת ארבעה שלבים: ספיגה, פיזור, מטבוליזם והפרשה.

1. ספיגה: אמנם אין עדות לשינויים משמעותיים בתהליך הספיגה, אך ירידה ביצירת רוק ותנועתיות הוושט עלולה להפריע בבליעת התרופות. כמו כן, ירידה בחומציות הקיבה תפריע בספיגה של תרופות התלויות בחומציות, והתרופות איטיות של הקיבה עלולה להפחית מהיעילות של תרופות קצרות טווח, האמורות להגיע יותר במהירות למעי הדק, ובמקביל לגרום לתופעות לוואי, כיוון שהתפרקותן תחל כבר בקיבה. כך גם תנועתיות המעי הדק משפיעה על תזמון הספיגה ובכך גם על יעילותה ועל תופעות הלוואי שלה.

2. פיזור: מבחינת פיזור התרופה יש שינויים משמעותיים בזיקנה. תרופות מתפזרות

בגוף האדם בשני מרחבים: המרחב המימי והמרחב השומני. בזיקנה, המרחב השומני ברקמות כמעט מכפיל את עצמו (פי 2 אצל הגבר ופי 1.5 אצל האישה), זאת לעומת המרחב המימי. אי לכך, תרופות המתפזרות באמצעות רקמות שומן עלולות להצטבר ולהגביר את פעולתן מעבר למצופה (Masoro & Austed, 2001). מאחר שהמוח הוא רקמת שומן, עלולות להיות תופעות נפשיות לתרופות המצטברות שם. כמו כן, פיזור התרופות תלוי גם ברמות החלבונים בדם, במיוחד האלבומין. בעת הפיזור נקשר חלק של התרופה לחלבון המנטרל אותו למעשה, והחלק הלא קשור פועל את פעולתו המרפאת המכוונת. במצבים של רמת חלבון נמוכה בדם, במיוחד אצל הזקן החולה והתשוש, קיים חשש שהרמה התרופויתית תעלה מעל ומעבר למצופה, עד אפילו לרמה רעילה. כאשר יש נטילה של תרופות מרובות נוצרת תחרות על החלבון, ומצב זה מחריף: בבדיקות דם נראה רמות שונות ולא מצופות של תרופות בדם, נמוכות מדי או גבוהות מדי, תלוי מהי רמת הקשירה שלהן לחלבון (O'Mahony, 2000).

3. מטבוליזם (O'Mahony, 2000): זהו השלב שבו המבנה הכימי של התרופה מתפרק והופך לחומר שהגוף יכול לעשות בו שימוש יעיל ולהפרישו לאחר מכן. תהליך זה מתרחש בכבד, אשר עם הזיקנה פועל בפחות יעילות, עקב הירידה בנפחו ובזרימת הדם אליו. כיוון שכך, תהליך פירוק התרופות בכבד נעשה איטי יותר ופחות יעיל וזמן מחצית החיים של תרופות רבות מתארך ומעצים את השפעתו על החולה.

4. הפרשה: הפרשת התרופות מתרחשת בעיקר דרך הכליות, אך גם דרך הריאות, דרך הצואה ולעתים רחוקות דרך הזיעה והפרשות אחרות. התפקוד הכלייתי הולך ויורד עם הזיקנה, ועל כן גם הפרשת התרופות פחות טובה. יש להתחשב בעובדה זו כאשר נקבעים מינוני התרופה, זאת כדי למנוע רעילות.

לאור הנאמר עד כה עולה, שבניהול הטיפול התרופתי בזיקנה יש להקפיד הקפדה יתרה, מעבר לדגשים הניתנים בניהול תרופתי לכל חולה אחר. היום מקובל להצביע על בעיה שורשית שממנה עולות בעיות נוספות, והיא ריבוי התרופות = פולי-פארמא (Polypharmacy): זהו מצב שבו אדם נוטל מגוון רב של תרופות באותו זמן, במיוחד כשהמדובר בריבוי תרופות מאותה קבוצה, כדי לטפל בבעיה אחת או יותר של מחלות כרוניות (Gore & Mouzon, 2006). מצב זה יכול להיות מכונן, כאשר יש צורך לטפל בצדדים שונים של בעיות כרוניות, או שלא במכוון, כאשר אין התאמה של תרופות חדשות לישנות ולתרופות ללא מרשם שהחולה נוטל בעצמו. שתי בעיות מרכזיות עולות בעקבות פולי-פארמא והן קשורות זו בזו: האחת, הגברת הסיכון לאינטראקציות בין-תרופתיות, והשנייה, הגברת הסיכון לתופעות לוואי ולאירועים של

תגובות הפוכות ולא צפויות: Adverse Drug Events = ADE, בין השאר, עקב אינטראקציות לא רצויות בין התרופות הניתנות. מאחר שלא תמיד ניתן לצפות במדויק נזק שעלול להיגרם מטיפול תרופתי, שכיחים, למרבה הצער, אירועי ADE גם אצל חולים, שלגביהם אפשר היה לשער, שרווחי הטיפול התרופתי יעלו על נזקיהן (Steinman, Handler, Gurwitz et al., 2011). מצבים של ADE עלולים לגרום לתחלואה ואפילו למוות, אם בטווח הקצר ואם בטווח הארוך. לאור זאת, ראוי לבקר בדקדקנות את איכות ובטיחות הטיפול התרופתי, הן בנוגע להחלטות הרפואיות והן בעצם המעקב במהלך הטיפול עצמו. הסיעוד, כמי שבפועל מנהל את הטיפול התרופתי במיוחד עבור הזקן המאושפז והתשוש, חייב לעקוב אחר ההיענות לתרופות ויעילות הטיפול התרופתי ולא לפסוח על סימנים, סימפטומים ומדדים מעברתיים המצביעים על ADE. כמו כן, חשוב להדריך ולהנחות את הזקן בנוגע לטיפול התרופתי שלו, מה מטרת התרופות, מהן תופעות הלוואי העלולות להופיע, מהם זמני נטילת התרופות וכיצד יש ליטול אותן. הדרכה טובה תעודד את הזקן לדווח על בעיות הקשורות לטיפול התרופתי ותאפשר התאמתו המיידית כמענה לדיווחים ולמעקב הנעשה בצמוד לכך.

שלמות העור ומניעת פצעי לחץ

התפתחות פצעי לחץ היא תופעה מוכרת וידועה בקשישים שתפקודם מדורדר, בעיקר עקב ניידות מוגבלת, ששיאה – ריתוק למיטה, אם לאחר נפילות או מצבי חולי חריפים. נהוג להגדיר פצע לחץ כנמק ברקמה, אשר מתפתח כתוצאה מכך, שרקמה רכה נתונה לתקופת זמן ממושכת של לחץ, בדרך כלל בין בליטת עצם לבין משטח חיצוני קשיח (ליי וסטיב, 2008). לפי נתונים מארצות הברית, כ-60% מפצעי הלחץ מתפתחים בבתי חולים, כ-25% במסגרת אשפוז ממושך ועוד כ-15% במסגרת טיפול ביתי (Shukla, Shukla, Singh et al., 2008). 26% מבני 65+, המתאשפזים בבתי חולים, מגיעים כבר עם פצע לחץ קיים (Keelaghan, Margolis, Zhan et al., 2008) ואצל כשבעה עד תשעה אחוז מהחולים המאושפזים בבתי חולים, מתפתח פצע לחץ חדש (Whittington & Briones, 2004). התמותה באשפוז של חולים עם פצעי לחץ מגיעה עד ל-11.6% ומתרחשת בעיקר אצל חולים מעל גיל 75 וב-40% מהם יש גם דווח על sepsis – אלח דם (Russo, Steiner & Spector, 2008). חשוב לציין, שפצעי לחץ מהווים מקור לסבל רב לחולה ולמשפחתו, ויוצרים עומס תפקודי וכלכלי על מערכת הבריאות כולה.

האזורים השכיחים להיווצרות פצע לחץ הם אותם אזורים בהם עצמות הגוף בולטות במיוחד: שכמות, עקבים, קרסוליים, עצם העצה, עצמות פרק הירך, מרפקים, עמוד השדרה, ברכיים וכו'. 95% מהפצעים ממוקמים בחלק התחתון של הגוף, מהמותן ומטה, 65% מהם באזור האגן. לא רק ללחץ, אלא גם לחיכוך וללחות מוגברת של העור ישנה תרומה

להיווצרות הפצע. מלבד הגבלה בניידות שהוזכרה קודם, ושינויים ניווניים של העור ושכבת השומן התת-עורית הנגרמים עם הגיל, ניתן למנות בין הגורמים להיווצרות פצע לחץ גם תת-תזונה, תרופות הרגעה, תת-לחץ דם, רמות גבוהות של דחק, עישון וחום גוף מוגבר. לכולם השפעה על יכולת העמידות של הרקמה התת-עורית והעור כנגד לחץ המופעל עליה (Pierper, 2012).

כיום, מקובל להתייחס לפצע לחץ כמצב שניתן למנוע בחלק גדול מהמקרים. חשוב להדגיש, שהתפתחות פצעי לחץ במסגרות הטיפול השונות נחשבת כתופעה המצביעה על טיפול ירוד בזקן (Bryant & Nix, 2012). מאמצים רבים מושקעים בקרב הצוות הטיפולי והסיעודי במניעה וזיהוי מוקדם של פצעים. כל מסגרת טיפולית מחויבת להפעלת תכנית ייחודית למניעת פצעי לחץ על פי עקרונות מובנים וברורים (NPUAP, 2009); ובתרגום לעברית בהוצאת א"נ תל אביב). העיקרון הראשוני, כמו בכל תכנית מניעה, כך גם בתחום של פצעים, הוא זיהוי מטופלים בסיכון גבוה להתפתחות הפצע. הדבר מבוסס על שילוב של שימוש בסולמות להערכת סיכון, הלוקח בחשבון את הגורמים הפנימיים והחיצוניים התורמים להתפתחות הפצע, עם הערכה מורחבת של העור ומצבו הבריאותי של המטופל. להערכות סיכון יש עוגנים כמותיים אשר מסייעים למטפלים לקבל החלטה מתי להוציא לפועל תכניות התערבות מובנות למניעת הפצע. ההמלצה היא בדיקה תקופתית תדירה של מטופל במוסד ובאשפוז, עם ביצוע הערכה מחודשת בכל שינוי של המצב הבריאותי והתפקודי.

התחומים המרכזיים בתכנית מניעת הפצעים נוגעים לדרכי ביצוע ולתדירות של שינוי תנוחה, שימוש במשטחים תומכים למניעת פצעים ומתן תזונה ייעודית. בנוסף לכך, יש חשיבות רבה לשמור על לחות העור על ידי מריחת קרם מתאים, אך לא פחות חשוב להרחיק לחות עודפת (הזעה והפרשות) בעזרת משחות היוצרות שכבת מגן. יש להדגיש, שבניגוד לעבר, עיסוי איננו מומלץ כאסטרטגיה למניעת פצעי לחץ, זאת כיוון שהפעלת לחצים נוספים על העור ורקמה תת-עורית שברירית ופגיעה עלולים רק להחמיר את המצב.

על תזונה ופצעי לחץ

זיהוי מוקדם של תת-תזונה כגורם סיכון להתפתחות מצבי לחץ ופיקוח מתאים על התזונה הם בעלי חשיבות רבה. זקנים אשר נמצאים בסיכון לתת-תזונה עלולים להיות גם בסיכון להופעת פצעי לחץ. בתחום הזה ההנחיה הגורפת היא להפנות כל זקן אשר נמצא בסיכון תזונתי ובסיכון להתפתחות פצע לחץ לתזונאי קליני, ובמקביל לקיים השגחה רב-מקצועית בנושא הקידום התזונתי. כלומר, רופאים ואנשי סיעוד יתמכו, יקפידו ויבצעו עם הזקן את הנחיותיו של התזונאי וישתפו אחרים, בהתאם למקור הבעיה המובילה לתת-תזונה: רופא

שיניים, קלינאי תקשורת ומרפא בעיסוק. קיימות עדויות מחקריות התומכות במתן תוספים תזונתיים עשירים בחלבונים למטופלים בעלי סיכון תזונתי וסיכון להתפתחות פצעי לחץ כתוצאה ממחלות כרוניות או מחלות חמורות, או למטופלים שעברו התערבות כירורגית (WOCN Society, 2010; NPUAP, 2009).

על שינויי תנוחה ופצעי לחץ

היות ולחץ הוא הגורם המרכזי להיווצרות הפצע, הקטנת הלחץ הישיר על העור תצמצם את הסיכוי להתפתחות הנזק לרקמה. שינויי תנוחה, הידועים במסרתם לאפשר נוחות למטופל, מהווים אמצעי מרכזי להורדת הלחץ מאזורים השונים בגוף, במיוחד מאילו הנמצאים בסיכון גבוה להתפתחות הפצע. כשמדובר על שינויי תנוחה, ההנחיות מתמקדות בסדרת תנוחות מומלצות ומשך הזמן שבו ניתן להשאיר את המטופל בכל אחת מהתנוחות. כך, למשל, כאשר מדובר על תנוחות שכיבה, מומלץ לשנותן כל שעתיים עד ארבע שעות. לעומת זאת, כאשר מדובר על תנוחות ישיבה, שינוי התנוחה המומלץ הוא בין 15 דקות לשעה (Bryant & Nix, 2012). אם בעת ביצוע שינוי התנוחה נצפה אודם באזור מתנוחה קודמת, זהו סימן לכך שיש לקצר את משך התנוחה, או להתאים מזרן אחר למטופל (יפורט בהמשך). התנוחה המומלצת ביותר, המאפשרת את הלחץ המזערי על אזורי רקמה מעל העצמות הבולטות, היא שכיבה במיטה בזווית שאינה עולה על 30 מעלות בין האדם למזרן, כאשר כרית תמיכה לגב וכרית בין הרגליים מפחיתות את החיכוך והלחץ. יש להימנע מהעלאת מראשות המיטה מעבר ל-30 מעלות לזמן ממושך, אלא לפרקי זמן קצובים, לצורך מתן טיפול או כל פעולה אחרת כדוגמת אכילה. הרמת מראשות המיטה לזמן ממושך גורמת להחלקת הגוף ולמתיחת הרקמות אשר תורמת להיווצרות הפצע.

אזור הגוף השני במידת הפגיעות שלו לפצעי לחץ הוא העקבים: שם כמות השומן מזערית וכלי הדם נמצאים בקרבה רבה הן לשכבת העור והן למשטחי עצם. לכן מומלץ להקפיד על הרמת עקבים בכל תנוחות השכיבה.

על משטחים תומכים

התאמת משטח תומך כאמצעי נוסף להקלת הלחץ יעיל במניעת היווצרות פצע לחץ. משטח תומך יכול להיות מזרן או כרית ישיבה, בעלי יכולת לפזר לחצים באופן שווה יותר בין חלקי הגוף. נראה שמגוון של אביזרים להקלת לחץ מצליחים לצמצם עד 60% את הסיכוי להופעת פצעי לחץ (Whitney, Phillips, Aslam et al., 2006). מכאן ההנחיות המקובלות בתחום, המחייבות שימוש במזרן ספוג במפרט משופר עבור חולים בסיכון להתפתחות פצע לחץ. המדובר במזרן המכיל רכיבים של Viscoelastic Fome/ Gel/ Fluid, זאת במקום מזרן

ספוג סטנדרטי, המכונה מזרן "ביצים". במקרים שבהם הזקן הוא חולה מורכב ביותר ולא מתאפשרים שינויי תנוחה תכופים, מומלץ להשתמש במשטח תמיכה אקטיבי, המשנה לחצים במחזוריות (NPUAP, 2009). המשטח האקטיבי מונח למעשה על מזרן בסיס. כמו כן, יש בנמצא היום אביזרים רבים על בסיס ספוג, ג'ל, פרוות אמיתיות ועוד, המיועדים להגבהת עקבים וריפוד חלקי גוף בולטים אחרים. יש לציין, שיעילותם של האביזרים היקרים אינה מוכחת בהשוואה ליעילות השימוש בכריות ובאביזרים זולים וזמינים יותר. בחירת המוצר הנכון למטופל הנכון דורשת התאמה של המוצר לצרכים הייחודיים של המטופל, ועל כן שילוב מומחיות בין אחיות לפיזיותרפיסטים, בהתאמת הציוד התומך לחולה, מומלץ ביותר.

הגישה טיפולית-סיעודית לזקן באשפוז אקוטי

לצערנו, ישנן עדויות רבות לכך שגישת הסגל הטיפולי במסגרת מוסדית כלפי המטופלים מאופיינת בנורמות ובכללים, אשר יותר מאשר הם משרתים את המטופל הם משרתים את התפקוד והמבנה הארגוני (King, 2006). היחס למטופל באשפוז מתואר בספרות המקצועית כלא אישי, לא מכבד ולא מערב דיו – מצב שיוצר תחושת דה-פרסונליזציה, איבוד תחושת השליטה, ומצבי רוח ירודים (Covinsky et al., 2011). כל אלה מובילים לתוצרי בריאות בלתי רצויים ולשביעות רצון נמוכה מהטיפול. במקרה של זקנים באשפוז ניתן לזהות מספר פרקטיקות, הנובעות מראיית הזקן כתשוש, זקוק תמיד לעזרה ומתקשה להבין ולקבל החלטות באופן עצמאי (Jacelon, 2002). פרקטיקות אלה יוצאות, לכאורה, מתוך חמלה ודאגה, אך באות, לא אחת, לידי ביטוי באופן שאינו הולם ואולי אפילו פטרנליסטי: לדוגמה, פנייה לזקן באופן שאינו תואם לגילו ולמעמדו, כאילו המדובר בילד קטן וגם דיבור "מעל לראשו" של הזקן: מתן הסברים והדרכה למטפל העיקרי, תוך חוסר מיקוד בזקן עצמו. דוגמה שכיחה נוספת היא מילוי צרכים עבור הזקן החולה גם כאשר ניתן היה לתמוך בעשייה עצמאית, זאת מתוך כוונה לחסוך בזמן הטיפול.

המציאות היא, שהסיעוד הוא המקצוע היחיד שנמצא 24 שעות ביממה סביב מיטת הזקן המאושפז, וככזה הוא גם מנהל את הטיפול ומתאם בין כל הצוות הרב-מקצועי. תפקידה של האחיות המוסמכת לייצג את הזקן, לשמור על כבודו ועל זכויותיו בעת האשפוז, ולוודא שכל המשימות הטיפוליות ייעשו באופן הולם, תוך הקפדה על קשר אישי עמו. הגישה הסיעודית, כפועל יוצא של הבסיס הערכי הגלום ב-caring, מחייבת אינטראקציה בין-אישית, יצירת קשר הנבנה מתוך נוכחות מורגשת ומשמעותית בסיטואציה הסיעודית ומתוך היכרות עם חייו של הזקן, לאו דווקא כאדם חולה. רק

קשר כזה מאפשר תמיכה, שהיא גם העצמה ואהדה אנושית הדדית: מהאחות לזקן ומהזקן לאחות המטפלת בו.

סיעוד וניצולי השואה: הגישה הסיעודית, כפי שהוצגה לעיל, מתייחסת לכל אדם ואדם וככזו היא גם מחייבת את הצוות הסיעודי במתן תשומת-לב מיוחדת לזקנים שהם ניצולי שואה. בישראל חיים לפחות 198,000 ניצולי שואה מבוגרים וזקנים (הקרן לרווחה לנפגעי השואה, 2011). כאן ראוי לציין את התכנית הייחודית לאוכלוסיית ניצולי השואה עם שחרורם מבתי החולים, שבה ניתן מענה לזקן ניצול השואה ברמה הרגשית במסגרת האשפוז ולקראת שחרורו הצפוי לקהילה. בתכנית זו ניתן דגש לצרכים הייחודיים של הזקן ניצול השואה, העולים בעת מחלה ואשפוז, כפועל יוצא של טראומות העבר. השירות הסוציאלי של הארגון עוסק בהגברת המודעות של הצוות הסיעודי לצורכי אוכלוסיית הניצולים כאוכלוסייה בסיכון (ביאר, עמרני, פרידנטל ועמיתים, 2003). כאמור, תכנית זו עולה בקנה אחד עם הגישה הסיעודית הראויה ומשתלבת היטב עם האידיאל המקצועי בסיעוד, לפיו האדם הפגיע נמצא במרכז העשייה המקצועית.

סיעוד ומשפחה: אמנם האתוס של הגישה הסיעודית לטיפול מתמקד באדם כפרט, אך חשוב להצביע על המגמה של העשורים האחרונים, שבה האחיות רואות את המשפחה כחלק בלתי נפרד מהמטופל. במיוחד מעמיקה ההבנה, שהמשפחה היא גם המטפל העיקרי שהיה שם לפני החרפת המצב הבריאותי ויהיה שם גם עם תום האשפוז. לאור זאת, הסיעוד מערב יותר ויותר את המשפחה במתן טיפול ישיר לחולה, במיוחד בכל הנוגע לדאגה לצרכיו הבסיסיים ולפעילות היום-יומית (ADL). במחקר ערכני בנושא נמצא, כי אמנם תמיכה נפשית מבני משפחה משפיעה באופן חיובי על המטופל הזקן, אך העובדה שהמטופל הזקן גם מקבל סיוע בפעילות היום-יומית מבני משפחה, מצביעה דווקא על ירידה במצב הרוח בזמן האשפוז. הדבר בולט במיוחד בקרב זקנים שהיו עצמאים בתפקודם לפני האשפוז (Gur-Yaish, Zisberg, Sinoff et al., 2013). ממצא זה מצביע על המורכבות של השפעת המשפחה על המטופל הזקן ועל הצורך בשימת דגש על צרכים נפשיים ופיזיים גם יחד. אנשי הסיעוד חייבים לגלות רגישות למורכבות זו בעת בחירת חלופות טיפוליות ולשקול את מידת מעורבות המשפחה בטיפול ישיר בזקן המאושפז.

סיכום

סיעוד הזקן נע בין קידום הזדקנות מוצלחת לבין טיפול מוגבר בזקן במצבי משבר וחולי, זאת לאור השינויים הפיזיולוגיים-נורמטיביים העוברים על גופו של אדם בא בימים. שינויים

אלה נסקרו בחלק הראשון של הפרק, ונבחרו אותן מערכות גוף שבהן השינויים משפיעים במובהק על איכות חייו של הזקן ועל בריאותו. כפועל יוצא של אותם שינויים, התמקד החלק השני של הפרק בשלושה צמתים העומדים בבסיס ההזדקנות המוצלחת: הרצף בין מנוחה ופעילות, ההקפדה על מאזן נוזלים ותזונה נכונה והשמירה על תפקודים של הפרשות הגוף. הפרה באיזון של אחד מהצמתים הללו משפיעה לרעה על איכות חייו של הזקן, מעמידה אותו בסיכון למצבי משבר וחולי, ובצורך לטיפול סיעודי מוגבר. החלק השלישי של הפרק העמיק בסוגיות התובעות מאנשי הסיעוד אחריות והתייחסות מורכבת, הן ברמת אבחון הבעיות הקיימות אצל הזקן החולה, בין אם הוא מאושפז ובין אם הוא במסגרות קהילתיות, והן ברמת ההתערבות הטיפולית והתיאום עם אנשי מקצוע אחרים. החלק דן בנושא הבטיחות, הניידות ומניעת נפילות. בהמשך הועלתה סוגיית הגירופרמקולוגיה והיבטים מורכבים של הטיפול התרופתי בזיקנה בכלל ובזקן החולה בפרט, והקדשנו תשומת-לב רבה לעניין שלמות העור ומניעת פצעי הלחץ. בסוף החלק השלישי עסקנו בגישה הסיעודית הראויה בטיפול בזקן. הטיפול בזקן מהווה היום את מרכז העשייה הסיעודית, זאת לאור ההזדקנות של האוכלוסייה והעלייה בתוחלת החיים. פרק זה שפך אור על פינות בעשייה הסיעודית שהן, לכאורה, פשוטות ויום-יומיות, אך בלעדיהן לא ניתן לקיים חיים של שגרה. הסיעוד מלווה את האדם במעגל חייו, אך בזיקנה הליווי נעשה צמוד ודואג אף יותר, וכאשר ימיו של הזקן ספורים, הסיעוד נשאר ליד מיטתו, לשמור על אותן פיסות חיים אחרונות ולהבטיח מיתה ראויה.

מקורות

- ביאר, ד., עמרני, ד., פרידנטל, נ., רפפורט, ב. ולבנשטיין, א. (2003). תכנית ייחודית לאוכלוסיית ניצולי השואה עם שחרורם מבתי החולים. מידעו"ס, 22-26.
- הקרן לרווח נפגעי השואה בישראל. (2011). תחזית מספר ניצולי השואה החיים בישראל לפי קבוצות גיל, 2005. <http://k-shoa.org/?CategoryID=174>. נדלה ב-13.2.13.
- ליי, ר. וסטיב, ח. (2008). פצעי לחץ. בתוך: א' הרשקוביץ וח' שצמן (עורכים), מדריך וושינגטון גריאטריה (פרק 10 – עמ' 76-81) נורדיה: ידע.
- משרד הבריאות. (2005). פעילות גופנית – מרשם לבריאות. הנחיות לצוותים מטפלים ולמוסדות מערכת הבריאות לקידום פעילות גופנית באוכלוסייה. http://www.health.gov.il/hozer/mk20_05_new.pdf
- משרד הבריאות. (2009). תכנית לימודים בהשתלמות מוכרת בתחום טיפול מוגבר בחולה הגריאטרי, מינהל הסיעוד, המחלקה לפיתוח מקצועי, ירושלים.

משאב. (2011). קשישים בישראל – שנתון סטטיסטי. ירושלים: אשל, ג'וינט ישראל, מכון ברוקדייל.

קניוק, י. (2010). נדלה ב-5.3.13 מ- [//cafe.themarker.com/post/1464803](http://cafe.themarker.com/post/1464803). שחף, ש. (2009). לעסוק בסיעוד בישראל, 1960-1995. ההגיונות המעצבים את תודעת התמקצעות האחיות: על דיסוננס קוגניטיבי והתמודדות. חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה". תל אביב: בית הספר להיסטוריה, מכון כהן להיסטוריה ופילוסופיה של המדעים והרעיונות, הפקולטה למדעי הרוח, אוניברסיטת תל אביב.

American Geriatric Society(a). (2010). *AGS/BGS Clinical practice guideline: Prevention of falls in older persons*. Retrieved 25.7.2012 from http://www.americangeriatrics.org/files/documents/health_care_pros/Falls.Summary.Guide.pdf.

American Geriatrics Society(b)/British Geriatrics Society. (2010). *Summary of the updated clinical practice guideline for prevention of falls in older persons*. Retrieved 25.7.2012 from http://www.americangeriatrics.org/files/documents/health_care_pros/JAGSFalls.Guidelines.pdf.

Bahayani, S.B. (2003). Urinary incontinence. In: K.C. Moylan & T.L. Lin. (Eds.), *The Washington manual geriatrics subspecialty consult* (pp. 137-142). Lippincott Williams & Wilkins.

Barry, L.C., Murphy, T.E. & Gill, T.M. (2011). Depression and functional recovery after a disabling hospitalization in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59 (7), 1320-1325.

Bishop, L.F. (1904). The relation of old age to disease, with illustrative cases. *The American Journal of Nursing*, 4 (9), 674-679.

Boltz, M., Resnick, B., Capezuti, E., Shuluk, J. & Secic, M. (2012). Functional decline in hospitalized older adults: Can nursing make a difference? *Geriatric Nursing*, 33 (4), 272-279.

Brown, C.J., Friedkin, R.J. & Inouye, S.K. (2004). Prevalence and outcomes of low mobility in hospitalized older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52 (8), 1263-1270.

Bryant, R.A. & Nix, D.P. (2012). *Acute chronic wounds* (4th ed.). Saint Louis: C.V. Mosby.

Burns, A., Gallagley, A. & Byrne, J. (2004). Delirium. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 75 (3), 362-367.

- Centers for Disease Control and Prevention National Center for Injury Prevention and Control (NCIPC). (2012). *Falls among older adults: An overview*. Retrieved 12.7.2012 from <http://www.cdc.gov/homeandrecreationsafety/falls/adultfalls.html>.
- Chan, A.S., Phillips, C.L. & Cistulli, P.A. (2010). Obstructive sleep apnoea – an update. *Internal Medicine Journal*, 40 (2), 102-106.
- Chapman, I.M. (2011). Weight loss in older persons. *The Medical Clinics of North America*, 95 (3), 579-93.
- Chernoff, R. (2006). *Geriatric nutrition: The health professional's handbook* (3rd ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Corsonello, A., Pedone, C., Lattanzio, F., Lucchetti, M., Garasto, S., Di Muzio, M., Pharmacosur Veillance in the Elderly Care Study Group. (2009). Potentially inappropriate medications and functional decline in elderly hospitalized patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57 (6), 1007-1014.
- Covinsky, K.E., Pierluissi, E. & Johnston, C.B. (2011). Hospitalization-associated disability “She was probably able to ambulate, but I’m not sure”. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 306 (16), 1782-1793.
- Creditor, M.C. (1993). Hazards of hospitalization of the elderly. *Annals of Internal Medicine*, 118 (3), 219-223.
- Deschenes, M.R. (2011). Motor unit and neuromuscular junction remodeling with aging. *Current Aging Science*, 4 (3), 209-220.
- DiGiovanna, A.G. (2000). *Human aging: Biological perspectives* (2nd ed.). Boston: McGraw-Hill.
- Ebersole, P., Touhy, T., Hess, P. Jett, K.F & Luggen, A.C (2008). Managing basic biological needs: Elimination. In: *Toward healthy aging: Human needs & nursing response* (pp. 121-124). Philadelphia: Mosby.
- Field, T.S., Gurwitz, J.H., Harrold, L.R., Rothschild, J., DeBellis, K.R., Seger, A.C. & Bates, D.W. (2004). Risk factors for adverse drug events among older adults in the ambulatory setting. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52 (8), 1349-1354.
- Gallagher, P. & O'Mahony, D. (2009). Constipation in old age. *Best practice & research. Clinical Gastroenterology*, 23 (6), 875-887.

- Gibbs, C.F., Johnson, T.M. & Ouslander, J.G. (2007). Office management of geriatric urinary incontinence. *The American Journal of Medicine*, 120 (3), 211-220.
- Givens, J.L., Jones, R.N. & Inouye, S.K. (2009). The overlap syndrome of depression and delirium in older hospitalized patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57 (8), 1347-1353.
- Gore, V.F. & Mouzon, M. (2006). Polypharmacy in older adults. Front-line strategies. *Advance for Nurse Practitioners*, 14 (9), 49-52.
- Guiglia, R., Musciotto, A., Compilato, D., Procaccini, M., Russo, L.L., Ciavarella, D. & D'Angelo, M. (2010). Aging and oral health: Effects in hard and soft tissues. *Current Pharmaceutical Design*, 16 (6), 619-630.
- Gur-Yaish, N., Zisberg, A., Sinoff, G. & Shadmi, E. (2013). Effects of instrumental and psychological support on levels of depression for hospitalized older adults. *Aging and Mental Health*. DOI:10.1080/13607863.2012.758234
- Henderson, V. (Ed.). (1966). *The nature of nursing: A definition and its implications for practice and education*. New York: Macmillan.
- Herring, M.P., Puetz, T.W., O'Connor, P.J. & Dishman, R.K. (2012). Effect of exercise training on depressive symptoms among patients with a chronic illness: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Internal Medicine*, 172 (2), 101-111.
- Hoening, H.M. & Rubenstein, L.Z. (1991). Hospital-associated deconditioning and dysfunction. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39 (2), 220-222.
- Hurley, B.F. & Roth, S.M. (2000). Strength training in the elderly: Effects on risk factors for age-related diseases. *Sports Medicine*, 30 (4), 249-268.
- Hurlow, J. & Bliss, D.Z. (2011). Dry skin in older adults. *Geriatric Nursing*, 32 (4), 257-262.
- Inouye, S.K., Studenski, S., Tinetti, M.E. & Kuchel, G.A. (2007). Geriatric syndromes: Clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55 (5), 780-791.
- Jacelon, C.S. (2002). Attitudes and behaviors of hospital staff toward elders in an acute care setting. *Applied Nursing Research: ANR*, 15 (4), 227-234.
- Keelaghan, E., Margolis, D., Zhan, M. & Baumgarten, M. (2008). Prevalence of pressure ulcers on hospital admission among nursing home residents

- transferred to the hospital. *Wound Repair and Regeneration: Official Publication of the Wound Healing Society [and] the European Tissue Repair Society*, 16 (3), 331-336.
- King, B.D. (2006). Functional decline in hospitalized elders. *Medsurg nursing: Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 15 (5), 265-271; quiz 272.
- Kleinpell, R.M., Fletcher K. & Jennings, B.M. (2008). Reducing functional decline in hospitalized elderly. In: R.G. Hughes. (ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (ch. 11). Rockville (MD): Agency for Healthcare. Research and Quality (US).
- Kshetrimayum, N., Reddy, C.V.K., Siddhana, S., Manjunath, M., Rudraswamy, S. & Sulavai, S. (2012). Oral health-related quality of life and nutritional status of institutionalized elderly population aged 60 years and above in mysore city, india. *Gerontology*, 30 (2), 119-125.
- Leung, D.P., Chan, C.K., Tsang, H.W., Tsang, W.W. & Jones, A.Y. (2011). Tai chi as an intervention to improve balance and reduce falls in older adults: A systematic and meta-analytical review. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 17 (1), 40-48.
- Levakov, A., Vučković, N., Dolai, M., Mocko-Kaćanski, M. & Božanić, S. (2012). Age-related skin changes. *Medicinski Pregled*, 65 (5-6), 191-195.
- Lichtenstein, A.H., Rasmussen, H., Yu, W.W., Epstein, S.R. & Russell, R.M. (2008). Modified My Pyramid for older adults. *The Journal of Nutrition*, 138 (1), 5-11.
- Lomer, M., Parkes, G. & Sanderson, J. (2008). Review article: Lactose intolerance in clinical practice-myths and realities. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 27 (2), 93-103.
- Maslow, A.H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Haper & Brothers.
- Masoro, E.J. & Austed S.N. (Eds.). (2001). Dietary restriction: An experimental approach to the study of the biology of aging. *Handbook of the biology of aging* (5th ed.). San Diego, CA: Academic Press.
- Mentes, J. (2006). Oral hydration in older adults: Greater awareness is needed in preventing, recognizing, and treating dehydration. *The American Journal of Nursing*, 106 (6), 40-9; quiz 50.

- Montgomery, P. & Dennis, J. (2004). A systematic review of non-pharmacological therapies for sleep problems in later life. *Sleep Medicine Reviews*, 8 (1), 47-62.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) and European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick reference guide*. Washington D.C.: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- Newton, K. & Anderson, H.C. (1950). *Geriatric nursing* (1st ed.). Saint Louis : C.V. Mosby.
- Nieuwenhuizen, W.F., Weenen, H., Rigby, P. & Hetherington, M.M. (2010). Older adults and patients in need of nutritional support: Review of current treatment options and factors influencing nutritional intake. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 29 (2), 160-169.
- Olness, G.S. (2000). Doctoral dissertation, University of Texas at Dallas, Richardson. *Expression of narrative main-point inferences in adults: A developmental perspective*.
- O'Mahony, S. (2000). Pharmacokinetics. In: P. Crome, G. Ford & I. Ebrary (Eds.), *Drugs and the older population*. London: Imperial College Press.
- Palmer, M.H. & Newman, D.K. (2006). Bladder control educational needs of older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 32 (1), 28-32.
- Pierper, B. (2012). Pressure ulcers: Impact, etiology, and classification. In: R.A. Bryant & D. P. Nix (Eds.), *Acute chronic wounds* (4th ed.) (pp. 123-137). Saint Louis: C.V. Mosby.
- Randall, R. & Bruno, S. (2006). Can polypharmacy reduction efforts in an ambulatory setting be successful? *Clinical Geriatrics*, 14 (7), 33.
- Reuben, D., Herr, K. & Pacala, J. (Eds.). (2008). *2009: Geriatrics at your fingertips* (10th ed.) New York: American Geriatrics Society.
- Rogers, M.L. (2008). *Geriatric Syndromes*. AACN 2008 NTI & critical care exposition. http://www.aacn.org/WD/NTI2008/Docs/PPBook/Sessions_G-I.pdf
- Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37 (4), 433-440.

- Russo, C.A., Steiner, C. & Spector, W. (2006). *Hospitalizations related to pressure ulcers among adults 18 years and older – statistical brief*. Retrieved 25.7.2012 from <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb64.pdf>.
- Safran, D.G., Neuman, P., Schoen, C., Kitchman, M.S., Wilson, I.B., Cooper, B. & Rogers, W.H. (2005). Prescription drug coverage and seniors: Findings from a 2003 national survey. *Health Affairs (Project Hope)*, W5.
- Shukla, V.K., Shukla, D., Singh, A., Tripathi, A.K., Jaiswal, S. & Basu, S. (2008). Risk assessment for pressure ulcer: A hospital-based study. *Journal of Wounds, Ostomy and Continence Nursing*, 35 (4):407-11.
- Sikdar, K.C., Dowden, J., Alaghehbandan, R., Macdonald, D., Peter, P. & Gadag, V. (2012). Adverse drug reactions in elderly hospitalized patients: A 12-year population-based retrospective cohort study. *The Annals of Pharmacotherapy*, 46 (7-8), 960-971.
- Smith, B. (2010). Faecal incontinence in older people: Delivering effective, dignified care. *British Journal of Community Nursing*, 15 (8), 370, 372, 374.
- Smith, D.B. (1998). A continence care approach for long-term care facilities. *Geriatric Nursing*, 19 (2), 81-86.
- Sowers, M. (1997). Clinical epidemiology and osteoporosis. measures and their interpretation. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 26 (1), 219-231.
- Spoelstra, S.L., Given, B.A. & Given, C.W. (2012). Fall prevention in hospitals: An integrative review. *Clinical Nursing Research*, 21 (1), 92-112.
- Steinman, M.A., Handler, S.M., Gurwitz, J.H., Schiff, G.D. & Covinsky, K.E. (2011). Beyond the prescription: Medication monitoring and adverse drug events in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 1513-1520.
- Ulatowska, H.K., Chapman, S.B., Highley, A.P. & Prince, J. (1998). Discourse in healthy old-elderly adults: A longitudinal study. *Aphasiology*, 12 (7-8), 619-633.
- Vance, D. E., Heaton, K., Eaves, Y. & Fazeli, P.L. (2011). Sleep and cognition on everyday functioning in older adults: Implications for nursing practice and research. *Journal of Neuroscience Nursing*, 43 (5), 261.

- Whitney, J.A., Phillips, L., Aslam, R., Barbul, A., Gottrup, F., Gould, L. & Stotts, N. (2006). Guidelines for the treatment of pressure ulcers. *Wound Repair and Regeneration*, 14 (6), 663-679.
- Whittington, K.T. & Briones, R. (2004). National prevalence and incidence study: 6-year sequential acute care data. *Advances in Skin & Wound Care*, 17 (9), 490-494.
- Williams, M.F. (2004). Urinary incontinence. In: K.C. Moylan & T.L. Lin (Eds.), *The Washington manual geriatrics subspecialty consult* (pp. 39-44). U.S.A.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Woodward, S. (2012). Assessment and management of constipation in older people. *Nursing Older People*, 24 (5), 21-26.
- Wound, Ostomy and Continence Nurses (WOCN) Society. (2010). *Guideline for prevention and management of pressure ulcers*. Glenview, IL. Wound Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN)
- Zisberg, A., Sinoff, G., Gur-Yaish, N., Admi, H. & Shadmi, E. (2011). In-hospital use of continence aids and new-onset urinary incontinence in adults aged 70 and older. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59 (6), 1099-1104.

פרק 8

הטיפול הפיזיותרפי בקשישים: שימור ושיקום התפקוד התנועתי

רות דיקשטין

מבוא

טיפול פיזיותרפי הוא בעיקרו טיפול במערכת התנועה. לעתים, הוא מלווה גם בטיפול במערכות החיוניות והתומכות בתפקוד מערכת התנועה, כמו מערכת הלב וכלי הדם ומערכת הנשימה.

תהליך ההזדקנות מלווה בירידה בתפקוד מערכת התנועה, הבאה לידי ביטוי באיטיות בכיוע מטלות תנועיות, בירידה בקואורדינציה ובשיווי המשקל, בירידה בטווחי התנועה של המפרקים, בירידה בכוח השרירים ובכאבים באיברי התנועה. מצבים פתולוגיים הנובעים מפגיעות במערכת העצבים המרכזית ו/או הפריפרית, פגיעות במערכת השלד והשרירים, פתולוגיות במערכות אספקת הדם, הנשימה ואחרות עלולות להגביר את הירידה בתפקוד מערכת התנועה, המתרחשות בעת הזדקנות נורמלית. יתר על כן, אורח החיים הבלתי פעיל (sedentary), המאפיין קשישים רבים והמוגבר עקב מחלה, גורם למיעוט תנועה ועלול לחולל "מעגל קסמים", המגביר את ההידרדרות התנועתית.

מטרת הטיפול הפיזיותרפי בקשישים היא לשפר או לפחות למנוע הידרדרות בתפקוד מערכת התנועה. לתפקוד מערכת התנועה השלכות ישירות על איכות החיים של הקשישים מחוץ ובין כותלי הבית, כמו גם במסגרות השונות של דיור מוגן לקשישים.

את הטיפול במערכת התנועה בקשישים אפשר לחלק לשניים: (1) טיפול המיועד לשימור ולשיפור התפקוד של קשישים בריאים (Habilitation), כאשר תהליך הזדקנות הוא נורמטיבי ואינו כולל מחלה או מגבלה עקב פתולוגיה או כאב מסוים (Rowe & Khan, 1987); (2) שיקום (Rehabilitation), משמע, התערבות בעקבות מחלה או פגיעה, כאשר מטרת הטיפול הפיזיותרפי היא להחזיר למטופל במידה המרבית את היכולות המוטורית שנפגעו.

מאליו יובן, שהירידה הכללית בתפקוד מערכת התנועה, המאפיינת את תהליך ההזדקנות בכלל, קיימת ולא אחת אף בולטת באנשים הסובלים גם מתהליך פתולוגי מסוים. כך, למשל, רבים מהקשישים הנזקקים לשיקום סובלים מקושי בהליכה יותר מקשישים בריאים ללא פגיעה ייחודית. שיטות הטיפול בשתי הקטגוריות (Rehabilitation ו-Habilitation) של ההתערבות הפיזיותרפויטית מחייבות תרגול קבוע של מטלות תנועתיות (גרהם, 2006). ההתמדה בתרגול היא המפתח להצלחת הטיפול.

לעתים קרובות, טיפול שמטרתו לשמר את התפקוד המוטורי בקשישים בריאים מוענק לקבוצה שהרכב חבריה הומוגני ואשר ההשתייכות אליה מהווה רוח מוסף למשתתף. בניגוד לכך, במצבי חולי אקוטי או כרוני, הטיפול הפיזיותרפי הוא בדרך כלל פרטני וכאן, בנוסף לחיוניות התרגול על בסיס קבוע, יש חשיבות גם לקשר האישי שבין הפיזיותרפיסט למטופל. בפרק זה מתוארות בקצרה השיטות הנקוטות בפיזיותרפיה למטרת שימור התפקוד המוטורי הקיים ולשם שיקום תפקודים שנפגעו עקב אבחנות השכיחות בזיקנה. מכיוון שבניית תכנית הטיפול מבוססת על הערכת היכולות והמגבלות של המטופל, מובא קודם לכן מידע על דרכי ההערכה הנהוגות בפיזיותרפיה.

הערכת הליקויים והמגבלות התפקודיות במערכת התנועה

ברפרטואר של הפיזיותרפיסט נמצא מגוון נרחב של כלי הערכה. חלקם נועדו לאמוד מגבלה תנועתית-תפקודית וחלקם לבדוק ליקויים ברמת האיבר(ים). דוגמה לקבוצת הכלים הראשונה הם שאלונים להערכת שיווי המשקל ופחד מפילות, הערכת יכולת ההליכה וסיבולת ההליכה והערכת יכולת הביצוע של תפקודי יום-יום. שאלונים אלה חוברו עבור אוכלוסייה הסובלת מבעיה ייחודית (כמו שאלון לבדיקת התפקוד של הברך עם אוסטאוארטריטיס). על קבוצת הכלים השנייה נמנות בדיקות פיזיקליות להערכת ליקויים, לדוגמה, מדידת טווח התנועה במפרקים, הערכת כוח השרירים ומיפוי של הפיזור ועצמת הכאבים.

הפיזיותרפיסט יכול להשתמש גם במכשירי מדידה לשם אבחון כמותי של בעיות תפקודיות ושל ליקויים ייחודיים. לדוגמה, בעזרת מכשור מתאים אפשר למדוד תנודתיות בעמידה כמדד לשיווי משקל, סימטריה בנשיאת המשקל על הרגליים, ערכים של משתני הליכה (כמו מהירות הליכה, מספר צעדים ביחידת זמן, אורך ורוחב הצעדים), כוח השרירים ואפיון פעילותם.

מטרת ההערכה של קשיש בריא היא, בדרך כלל, לשם התאמתו לקבוצת תרגול מתאימה. לדוגמה, קשישים שנמצאו סובלים משיווי משקל לקוי ו/או פחד מפילות יופנו לקבוצת

תרגול המורכבת מבני גילם, הסובלים מבעיה דומה. כאן המקום להדגיש, שמדובר בקשישים שלא סובלים מאבחנה ייחודית, שגרמה להפרעה בשיווי המשקל (כמו, למשל, אירוע מוחי בגזע המוח או פגיעה וסטיבולרית), אלא מירידה תפקודית טבעית. למותר לציין, שהגבול בין בריאות לחולי במקרים רבים אינו חד-משמעי.

מטרת ההערכה של קשיש הסובל מפתולוגיה, שבעטיה נגרמים ליקויים וחלה מוגבלות תפקודית, היא בניית תכנית טיפול פיזיותרפי, שתוביל לשיקום המגבלות. הערכה תנועתית ותפקודית של הפרט נעשית, בדרך כלל, תוך שיתוף פעולה בין הפיזיותרפיסט למרפא בעיסוק, כאשר האחרון בוחן גם היבטים מסוימים של מערכת התנועה וגם יכולות תפיסתיות וקוגניטיביות.

פיזיותרפיה לקשישים בריאים

תרגילים ואמצעים לשימור ולשיפור שיווי המשקל ולמניעת נפילות

מכיוון שנפילות מהוות גורם סיכון רב משקל לאנשים קשישים, מניעתן מהווה אחת המטרות העיקריות של הטיפול הפיזיותרפי. הירידה בתפקודי שיווי המשקל עם הגיל מקורה בסיבה אחת או יותר (כמו ירידה בתפקוד החזרי שיווי המשקל האוטומטיים או חולשה של שרירי הגפיים התחתונות) (Laughton, Slavin, Katdare et al., 2003), ולפיכך, קיימות שיטות טיפול שונות לשיפור מגבלה זו. בדרך כלל, הפיזיותרפיסט משתמש בשילוב של מגוון שיטות (Karinkanta, Piirtola, Sievanen et al., 2010; Melzer, Krasovsky, Oddsson et al., 2010). קבוצת משימה (task force) בארצות הברית, אשר התחקתה אחר הטיפול למניעת נפילות בקשישים הנמצאים בסיכון לנפילות, דווחה זה מכבר, שתרגילים או פיזיותרפיה מהווים את הטיפול המשמעותי ביותר לבעיה (Moyer & Force, 2012), אם כי אין בקביעה זו כדי להצביע על קשר ישיר בין תרגול לבין שיווי משקל בקשישים (Howe, Rochester, Neil et al., 2011). בהמשך מפורטות בקצרה אפשרויות תרגול לשיפור שיווי המשקל ולמניעת נפילות וכן טיפולים בפיזיותרפיה שאינם בגדר של תרגול.

- תרגול מטלות המאתגרות את שיווי המשקל בדרגות קושי שונות: אילו כוללות מצבי עמידה והליכה בתנאים שונים. למשל, תרגול עמידה או הליכה, שמהותה שינוי של מצב העמידה הטבעי של המטופל או שינוי אופן ההליכה עצמה (למשל שינוי המפסק בין הרגליים לשם צמצום או הרחבת שטח הבסיס, או תרגול עמידה/הליכה כשהידיים מורמות מעל לראש לשם העלאת מרכז הכובד). אפשרות נוספת היא לשנות את תנאי הסביבה שבה מתורגלות העמידה או ההליכה באמצעות

מניפולציה של מרקם שטח הבסיס (למשל: עמידה על משטח קשיח ועמידה על משטחים ספוגיים), גובהו, שטחו וצורתו; מניפולציה של תנאי התאורה, שדה הראייה והגירויים הראייתיים; מניפולציה של העומס הקוגניטיבי, ועוד (van Hedela & Dietz, 2004).

- תרגול מטלות המאתגרות את שיווי המשקל באמצעות שימוש בטכנולוגיה הכוללת משוב תחושתי (לרוב ראייתי) ו"משחקי" מחשב אינטראקטיביים: בקטגוריה זו נכללות מערכות הכוללות פלטת כוח שעליה המטופל עומד ומשוב ראייתי, המתקבל על צג מחשב ומעביר מידע על אודות כל תזוזה של הנבדק (postorugraphic biofeedback) (Zijlstra, Mancini, Chiari et al., 2010); לעתים, לתרגול מתנסף צינור על ביצוע מטלות המשחק. ראויים לציון גם תרגול מטלות בסביבת מציאות מדומה מול צג מחשב והשימוש במערכת ה-Wii Fit (משחק מחשב אינטראקטיבי, המאתגר את שיווי המשקל), המשפרת את שיווי המשקל בקרב קשישים בני 65-80, המתגוררים בקהילה (Heick, Flewelling, Blau et al., 2012) ובבתי אבות (Agmon, Perry, Phelan et al., 2011). מערכת ה-Wii Fit נמצאת בשימוש גם במספר מרכזים בישראל ומשמשת, בין השאר, לשיקום יכולות שיווי המשקל בחולים עם פגיעה במערכת העצבים המרכזית (Brown, Sugarman & Burstn, 2009).
- אימון באמצעות תרגילים לחיזוק שרירי הגפיים התחתונות והגו: חולשת שרירים בכלל, כולל חולשה המוגדרת כפתולוגית (sarcopenia), והיחלשות של שרירי היציבה בגפיים התחתונות, כמו של השריר הארבע ראשי (ה-quadriceps) ושל מישרי הקרסול (ה-plantar flexors) (King, Stylianou, Kluding et al., 2012) וחולשת זוקפי הגו, מאפיינות את הזיקנה. לחולשה זו קשר ישיר לביצוע תפקודי שיווי משקל בעמידה ובהליכה ולביצוע פעולות יום-יומיות (Bean, Kiely, Herman et al., 2002; Lamoureux, Sparrow, Murphy et al., 2002; Laughton et al., 2003). התמדה בביצוע תרגילים, המכוונים לחיזוק שרירי הגפיים התחתונות ולהגדלת הסיבולת שלהם, עשויה לתרום לחיזוק השרירים ולתפקודם במשימות של שיווי משקל ופעילויות יום-יומיות שונות (Fielding, LeBrasseur, Cuoco et al., 2002). חיזוק הסיבולת של זוקפי הגב נמצאה מועילה משמעותית לשיפור שיווי המשקל בקשישים המתגוררים בקהילה (Suri, Kiely, Leveille et al., 2011).
- התאמת נעליים ומיכשור: ייצוב בסיס ההליכה על ידי התאמת נעליים וייצוב מפרק, שהשליטה על תנועתו לקויה, באמצעות סד מתאים, כמו גם התאמת אביזר עזר לצורכי ניידות, כמו מקל או הליכון. כל אלה נמנים על תפקידיו של הפיזיותרפיסט.

- **המלצות לשינויים בתנאי הדיור על מנת למזער סכנת החלקה או נפילה:** שינויי הדיור המומלצים נקבעים לרוב באמצעות שיתוף פעולה בין אנשי מקצוע מקרב מרפאים בעיסוק ופיזיותרפיסטים וכוללים הרחקת מכשולים (כגון שטיחים או משטחים חלקים), הגבהת המיטה או הכיסאות להקלה על המעבר לישיבה ועל הקימה, התקנת מעקות באזורים מסוימים בבית, בעיקר בחדרי השיירות, המלצות לשיפור התאורה, ועוד.
- **"מגן ירכיים":** לאנשים בעלי סיכון גבוה לנפילות, ייתכן שהפיזיותרפיסט ימליץ על "מגן ירכיים", משטח מרפד בצד החיצוני של הירך, שעשוי להקטין את עצמת החבטה במקרה של נפילה ולמנוע שבר באזור זה.

תרגילים ואמצעים לשיפור ביצועי ההליכה

תהליך ההזדקנות מאופיין בירידה בערכי המדדים המאפיינים הליכה נורמלית. השינוי הבולט ביותר ובעל ההשלכה התפקודית הגבוהה ביותר הוא הירידה במהירות ההליכה ועמה הירידה באורך הצעדים. לאיטיות ההליכה סיבות רבות, שהעיקרית שבהן היא ירידה בתפקוד המערכת הקרדיווסקולרית ומערכת הנשימה, אשר אינן מאפשרות את ההשקעה האנרגטית הכרוכה במהירות הליכה גבוהה יותר. לכך יש להוסיף מגבלות בטווח התנועה של המפרקים והגו, חולשת שרירים (בעיקר שרירי הגפיים התחתונות) והפרעות בתפקוד מערכות תחושתיות, כמו מערכת הראייה או המערכת הסומטו-סנסורית. כאבים באיברי התנועה, המתגברים עם הגדלת מהירות ההליכה, עלולים גם הם לגרום להליכה זהירה ואטית. בנוסף לכך, מצבים דיכאוניים או קשיים קוגניטיביים מהווים גם הם סיבה להאטת מהירות ההליכה, בעיקר אם על הקשיש למלא תוך כדי ההליכה משימה נוספת הדורשת קשב (Hausdorff, Schweiger, 2008).

הטיפול הפיזיותרפי העיקרי במגבלות הליכה בזיקנה הוא תרגול הליכה. למרות חשיבותם של תרגילי קדם-הליכה (כמו חיזוק שרירי הגפיים התחתונות בשכיבה או בישיבה ו/או רכיבה על אופניים נייחות), ההסכמה הרווחת בספרות המקצועית ובשדה הקליני היא, שתרגול מיומנויות הליכה, תוך כדי ביצוע הליכה והתמדה בתרגול זה, הוא המפתח לשיפור. להלן מספר שיטות לתרגול הליכה הנהוגות בפיזיותרפיה:

- **תרגול הליכה חופשית בהשגחה,** תוך בקרה על המהירות והגברתה בהדרגה, בעיקר על ידי הגדלת אורך הצעדים.
- **הליכה במסלול "מכשולים",** המאתגר את קשב ההולך משום שעליו לעבור מעל, או לעקוף מכשולים שונים, בגדלים שונים, המפוזרים לאורך הדרך.

- תרגול קימה משיבה להליכה לצורך ביצוע משימה מסוימת (למשל, לענות לטלפון), הליכה חזרה אל הכיסא ושיבה עליו. משימה זו (sit to walk) מבוצעת על ידי כל אחד מאתנו פעמים רבות ביום ועל כן יש חשיבות מיוחדת לתרגול ביצוע מיומן.
- הליכה על גבי מסוע נע (treadmill), כך שניתן לשלוט במהירות ההליכה ולהעלותה בהדרגה במהלך התרגול או התרגילים העוקבים.
- תרגול עלייה וירידה במדרגות, בדרך כלל עם שימוש במעקה.
- תרגול הליכה מחוץ לבית. למרות ההכרה בחשיבות של הליכה מחוץ לבית, הרי שהטיפול הפיזיותרפי ניתן, על פי רוב, בין כותלי המוסד הרפואי או בביתו של המטופל. החסר בתרגול ניידות מחוץ לבית הוזכר במאמרים רבים, בעיקר בהקשר לקשיש עם מגבלות גופניות (Lord, McPherson, McNaughton et al., 2004) וקהילת הפיזיותרפיסטים נקראה להידרש לחסר זה. כאן המקום לציין את מקומן של קבוצות ההליכה לקשישים המתגוררים בקהילה, המונחות בדרך כלל על ידי מומחים לחינוך גופני בקשישים או על ידי פיזיותרפיסטים. בעבודות שונות הורגמה תרומתן של קבוצות אלו למניעת נפילות (Barnett, Smith, Lord et al., 2003), לשיפור מדרים פיזיולוגיים – קרדיווסקולריים, לירידה במשקל גוף עודף (Fantin, Negri, Bacchi, 2012), להפחתת הסיכונים מסוכרת מסוג 2 (Rossi, Morgante et al., 2010), ועוד. ראוי לציון מיוחד פרויקט להפעלת קבוצות הליכה לקשישים במרכזי יום ברחבי הארץ. הפרויקט כולל סדנאות לקבוצות בנות ארבעה עד חמישה קשישים, הנפגשות כל שבוע. במסגרת זו, המשתתפים מקבלים הסברים על אודות פעילות ההליכה והמנעלים הרצויים, אך עיקרה של הסדנה היא הליכה משותפת בחוץ בהשגחת מלווה (שלו, 2010).

תרגילים ואמצעים לשיפור ולשמירה על יכולת הביצוע של תפקודים יום-יומיים

עצמאות בביצוע פעולות יום-יומיות (Activities of Daily Livings, ADL) חיונית לתפקוד תקין של הקשיש המתגורר בביתו, כמו גם קשיש המתגורר במסגרת מוגנת. קשיים בביצוע פעולות יום-יום רווחים בקרב כ-20% מהקשישים שמעל לגיל 70 שנה (primary ADL disability). ירידה בתפקוד לב-ריאה וחולשת שרירים, בעיקר עקב איבוד סיבי שריר, מהוות חלק מהסיבות לירידה התפקודית (Eynon, Yamin, Ben-Sira et al., 2009).

רבות מהמיומנויות הנדרשות לביצוע פעילויות היום-יום כוללות תפקודים לשיווי משקל בעמידה ובהליכה. לשם אימון ותרגול מיומנויות אלו, הפיזיותרפיסט משתמש בשיטות שונות, בשילוב עם תרגול הביצוע של המטרה הפונקציונלית. כך, על מנת לעודד שיפור

בפונקציה מסוימת, על הפיזיותרפיסט לתרגל עם המטופל את אותה פונקציה שבביצועה המטופל מתקשה. למשל, על מנת לתפקד בבטחה בשירותים על הפיזיותרפיסט לתרגל עם המטופל קימה בטוחה, עמידה ללא הישענות על הידיים, ביצוע פעולת הורדת המכנסיים והתיישבות. אם על פי התרשמותו של הפיזיותרפיסט קיים צורך לאביזר עזר בשירותים, עליו לדאוג גם לפנ המינהלי הכרוך בהתקנת אביזר זה. באנשים עם מגבלה פיזית ייחודית ו/או כאב, הטיפול הפיזיותרפי יכול גם תרגילים ייחודיים לשיפור המגבלה או הכאב, כפי שיוזכר בהמשך.

הצלחה מרבית בהקניית מיומנויות ADL תושג אם התרגול ייעשה, לפחות בשלביו הסופיים, בסביבתו הטבעית של המטופל; משמע, רצוי לתרגל מיומנויות ADL בביתו הקבוע של המטופל. יש לציין, שעצמאות תפקודית, ולא אבחנה קלינית כשלעצמה, היא המייצגת את איכות החיים של האדם הקשיש וקובעת במידה רבה את הגדרת נזקקותו לסיוע על ידי הזולת. על כן, שיקום ושיפור הביצועים בפעילויות היום-יום מהווה מטרת-על, הן בעבודה עם קשישים בריאים והן בקבוצות של קשישים, שאובחנו כסובלים ממצבים כרוניים, כמו דמנציה, סוכרת, מחלות קרדיווסקולריות, בעיות אורתופדיות או נירולוגיות, ועוד. בפעילויות למטרת שימור התפקוד התנועתי בקשישים קיים שיתוף פעולה ואף חפיפה בפעילות של אנשי מקצוע מתחום החינוך הגופני, ריפוי בעיסוק ופיזיותרפיה, כדי למנוע הידרדרות ו/או להשיב את העצמאות בביצוע פעולות יום-יומיות בסיסיות או מורכבות.

שיקום באמצעות פיזיותרפיה

הפיזיותרפיסט הוא חבר בצוות רב-מקצועי, הפועל במסגרת שירותי שיקום הן בבית החולים והן בשיקום בית. בתור שכזה, יש לו חלק בקביעת תכנית השיקום הכללית, הכוללת מטרות בתחום הפיזי, הנפשי והקוגניטיבי וגם מטרות הנוגעות לתחומים משפחתיים וחברתיים. עיקר אחריותו היא לשיקום היכולת התנועתית הפונקציונלית, בעיקר, מיומנויות הליכה ושיווי משקל ופעולות יום-יומיות. מן הראוי לציין, שכאשר קיימת אבחנה קלינית, המצריכה טיפול פיזיותרפי, אין תכנית הטיפול בקשיש שונה במהותה מזו המוענקת לאדם מבוגר שאינו קשיש. הסיבה לכך היא, שתכנית הטיפול נקבעת על סמך האבחנה ומסתמכת על הערכה פרטנית של המטופל. חשוב לזכור שקיים שוני בפוטנציאל השיקומי בין אנשים בני גיל זהה ובעלי פתולוגיה זהה. שוני זה נובע מגורמים שונים, כמו תמיכה משפחתית, מוטיבציה, יכולות קוגניטיביות, ועוד. עם זאת, עקב תהליך ההזדקנות, יש לצפות להתקדמות איטית יותר בתהליך השיקום ולהישגים ירודים באדם קשיש בהשוואה לאדם צעיר יותר עם אבחנה זהה.

מצבי חולי שכיחים

מחלות לב וכלי הדם ומחלות ריאה

ההכרה בחשיבותה של פעילות גופנית כמשפרת את הפעילות הקרדיווסקולרית (מערכת הלב ואספקת הדם) והנשימתית מעוגנת בספרות המקצועית (Lewis & Bottomley, 2008; Lollgen & Lollgen, 2012). הטיפול באוכלוסייה זו הוא לרוב קבוצתי וניתן, בדרך כלל, על ידי מומחה לחינוך גופני שהתמחה בשיקום לב או על ידי פיזיותרפיסט שהתמחה בנושא זה. "שיקום לב" מוכר ומקובל כגורם מניעתי ושיקומי במחלות לב כליליות ולאחר אוטם לבבי (Kreizman & Allen, 2005; Rodriguez, 2010). לאחרונה דווח, שבאנשים הסובלים מיתר לחץ דם, תרגול קבוע ברמת קושי בינונית, במשך 24 שבועות, גורם להשפעה טובה במספר ניכר של משתנים ווסקולריים (Fantin et al., 2012).

סוכרת

לפגיעה במערכת התנועה במחלת הסוכרת סיבות מרובות. חלקן נובע מהאופי המערכתי של המחלה, הבא לידי ביטוי, בין השאר, בירידה בתפקוד המערכת הקרדיווסקולרית, וחלקן נובע מנירופתיות (ניוון עיצבי), המתבטא בליקויים בתחושה (כמו ליקויים בראייה או ירידה בתחושה הסומטו-סנסורית בכפות הרגליים), ואשר גורמים להפרעות בהליכה ובשיווי המשקל (Ghanavati, Yazdi, Goharpey et al., 2012). גם פגיעה בסיבי עצבים מוטוריים עלולה להופיע ולתרום לחולשת שרירים בכלל ולחולשת שרירי הגפיים התחתונות בפרט. בעבודות רבות נמצא, שתרגול פרטני ו/או תרגול בקבוצה מהווה אמצעי יעיל לשיפור המדדים הפיזיולוגיים והפתולוגיים בקרב חולי סוכרת. לדוגמה, תרגול הליכה בקבוצה, שלוש פעמים בשבוע, במשך ארבעה חודשים, איפשר להפחית או להפסיק לחלוטין מתן תרופות אנטי-סוכרתיות ב-33% מהמשתתפים (Negri et al., 2010). ראוי לציון מיוחד האימון בחדר כושר שיקומי ייעודי, כמו זה הקיים בבית החולים הגריאטרי "בית רבקה" שבפתח תקווה. במרכז זה מתאמנים החולים בסוכרת מסוג 2, בראש ובראשונה, באימוני כוח, אך גם בתרגילים אירוביים (בורשטיין, 2012). האחראים על האימונים בחדר כושר זה הם פיזיותרפיסטים אשר הוכשרו גם כמדריכי כושר ובריאות. יעילות התרגילים לשיפור שיווי המשקל ותפקודי ADL, במקרים שבהם נמצאה נירופתיות פריפריות, דווחה במספר מחקרים (לדוגמה Smith, 2012; Song, Petrofsky, Lee et al., 2011). בנוסף לתרגול, הפיזיותרפיסט מעורב גם בהתאמת מנעלים מתאימים (לשם מניעת פגיעה בעור כפות הרגליים ולשיפור שיווי המשקל) ובהתאמת סביבת הדיור של החולה למגבלותיו.

פגיעות אופייניות במערכת התנועה בגיל זיקנה

קטיעות בגף התחתון

מרבית הקטיעות בגף התחתון בקרב קשישים הן על רקע של סוכרת. הטיפול הפיזיותרפי יהיה שונה אם הקטיעה היא מעל לברך או מתחתה ואם המטופל מועמד לשיקום עם תותבת או לא. ההחלטה על התאמת תותבת נעשית על ידי צוות רב-מקצועי, כשהפיזיותרפיסט תורם מידע על אודות הכושר התנועתי הכללי של המטופל ועל מצב הגף השנייה, אשר מפאת הקטיעה יוטל עליה עומס יתר. למותר לציין, שלתפקוד הלבבי והנשימתי ולמצב הבריאות הכללי, למשפחה ולתנאי המגורים, למוטיבציה ולכושר הקוגניטיבי של המטופל, יש השלכות על ההחלטה העקרונית אם להפנות את המטופל לשיקום תותבי או ללימוד התנהלות בכיסא גלגלים בלבד. מאמרים שפורסמו זה מכבר מאפשרים הרחבת הדעת בנושא זה (Fortington, Rommers, Geertzen et al., 2012; Spruit-van Eijk, van der Linde, Buijck et al., 2012). בשלב הראשון, הטיפול במוסד השיקומי כולל, בדרך כלל, תרגול לחיזוק של שרירי הגפיים התחתונות ולשמירה על טווחי התנועה במפרקים, חיזוק שרירי הגפיים העליונות, תרגול ההתניידות בכיסא הגלגלים ותרגול מעברים (מהמיטה לכיסא הגלגלים, מהכיסא לשירותים וחזרה וכיו"ב). במקביל, אם הוחלט שהמטופל יעבור שיקום תותבי, הפיזיותרפיסט אחראי להכנת הגדם לתותבת, להזמנת התותבת, לתהליך המדידה ולהתאמתה ולתרגול ההליכה עם התותבת. הפיזיותרפיסט גם אחראי להזמנת אביזר עזר להליכה ולתרגול ההליכה עם אביזר זה. התרגילים שעליהם דווח בחלק הראשון של פרק זה, כמו תרגילים לשיפור שיווי המשקל ותרגילי הליכה, ישימים גם בשלב המתקדם של שיקום לאחר קטיעה, לשם תרגול התניידות בטוחה עם התותבת. כאשר השיקום בבית החולים השיקומי הסתיים, יש להמשיך בטיפול פיזיותרפי במסגרת הבית. כאן, חשובים בעיקר התרגילים לשיפור ביצוע תפקודי היום-יום (בכיסא הגלגלים או בעת עמידה והליכה עם התותבת) ואימוני ניידות בתוך הבית ולעתים גם מחוצה לו. הפיזיותרפיסט, יחד עם המרפא בעיסוק, אחראים גם על התאמת הבית לכיסא הגלגלים ו/או לצורכי הקשיש ההולך עם תותבת (למשל: התקנת רמפה בכניסה, הרחבת פתחים, התקנת מעקות בשירותים).

מצב לאחר ניתוח לשחזור או להחלפת מפרק הברך ומחלות מפרקים ניווניות

ניתוחים של החלפת מפרק הברך (toal knee replacement) שכחים כאנשים הסובלים ממחלת מפרקים ניוונית בברך. ההחלטה על ניתוח זה באה לרוב לאחר תקופה של כאבים חזקים בברך וירידה ביכולת ההליכה. לא אחת, הפיזיותרפיסט מטפל באנשים הסובלים ממחלת מפרקים דגנרטיבית בברך, בתקופה הטרם-ניתוחית. טיפול זה כולל בעיקר אמצעים

פיזיקליים לשיכוך כאבים, חיזוק השרירים מסביב למפרק ותרגלי הליכה וניידות עם אביזר עזר, במסגרת היכולת של המטופל. לאחר הניתוח ולאחר תקופת שהייה קצרה בבית חולים כללי, עובר המנותח למוסד שיקומי או ישירות לביתו. שיקום התפקוד של הברך בכל אחת ממסגרות אלו כולל תרגילים להגדלת טווח התנועה ולחיזוק השרירים מסביב לברך (בעיקר של שריר ה-*quadriceps*), תרגילי הליכה, תרגול פעילויות היום-יום, שימוש במדרגות ושימוש באמצעים פיזיקליים להורדת נפיחות ולהפחתת כאבים. יש לזכור, שהטיפול הוא פרטני ונבנה בהתאם ליכולות המטופל ולצרכיו (Westby, 2012).

הטיפול במצבים ניווניים במפרקים אחרים שונה בהתאם למקומו של המפרק, תפקידו ורמת המגבלה התנועתית. השימוש באמצעים פיזיקליים להפחתת כאבים (זרמים משככי כאבים, חימום, קרור) וכן תרגול לשם שמירה או הגדלה של טווח התנועה במפרק ולחיזוק השרירים מסביבו, מתאימים לכל המקרים. כך גם לגבי תרגול לביצוע פעולות פונקציונליות.

שיקום לאחר שבר בצוואר הירך

מבין מגוון המצבים האורתופדיים השכיחים בזיקנה, שברים בצוואר הירך הם הנפוצים ביותר (Lewis & Bottomley, 2008). אחת הסיבות העיקריות לתרגול שיווי המשקל בקשישים היא למנוע נפילה אשר עלולה לגרום לשבר זה (Moyer & Force, 2012). הטיפול האורתופדי בשברי צוואר הירך הוא, במרבית המקרים, ניתוחי וכולל קיבוע פנימי אשר מאפשר להשיב למטופל את יכולת ההליכה לאחר זמן קצר. לעתים, מבוצעת החלפה חלקית או שלמה של מפרק הירך. הטיפול הפיזיותרפי במקרים אלה חיוני מיד לאחר הניתוח והוא מסתיים כאשר המטופל מסוגל להתהלך באופן עצמאי.

קיימים פרוטוקולים מוסכמים לשיקום פיזיותרפי אחרי הניתוחים השונים, כשהמטרה העיקרית היא שיקום, מהיר ככל האפשר, של יכולת ההליכה. עם זאת, לשיקולים פרטניים, כמו התייחסות למידת הניידות של המטופל לפני האירוע הנוכחי, למצבו הקוגניטיבי, לעומדת השבר לאחר הניתוח, לתפקוד הגוף הנגדי ולפוטנציאל הלבבי והנשימתי, מקום חשוב בהחלטה על שיטות התרגול ועל קצב ההתקדמות. ראוי לציין, שגם קשישים עם דמנציה קלה או בינונית יכולים לצאת נשכרים מטיפול שיקומי (Allen, Koziak, Buddingh, et al., 2012).

בקיאות הפיזיותרפיסט בפיזיותרפיה אורתופדית חשובה, כי בשיקום לאחר מקרים אלה יש לשים לב לא רק לירידת פרוטוקול התרגול הנכון, אלא גם למידת הזהירות וההימנעות מתרגול יתר. לדוגמה, ברוב המקרים, לאחר החלפה שלמה של מפרק הירך, יש להימנע מתרגול תנועות של קירוב, סיבוב וכיפוף מפרק הירך, אך חשוב ללמד בהקדם תרגילים לחיזוק שרירי היציבה של הגוף התחתון, כמו גם תרגול ירידה מהמיטה, עמידה והליכה

(Lewis & Bottomley, 2008). מן הראוי לציין, שחרף ההתערבות הכירורגית המיידית ולמרות הטיפול השיקומי העוקב, הארעות שבר בצוואר הירך מהווה לא אחת ירידת מדרגה בתפקוד העצמאי של הקשיש בקהילה (Taylor, Barelli & Harding, 2010).

רפיון או שיתוק פלג (המיפרזה/פלגיה) לאחר אירוע מוחי

מרבית האירועיים המוחיים (stroke) מתרחשים לאחר גיל 74 שנים (Lewis & Bottomley, 2008) ואירוע מוחי מהווה הסיבה הראשונה לנכות בזיקנה (Pinter & Brainin, 2012). הפגיעה הגופנית העיקרית העלולה להיגרם היא חולשה או שיתוק שרירים במחצית האורכית של הגוף, בצד המנוגד לצד הפגיעה המוחית. המונחים הלועזיים השגורים לפגיעה זו הם "המיפרזה" (hemiparesis) ו"המפלגה" (hemiplegia) בהתאמה. בפרק זה, השימוש במונח "המיפרזה" מתייחס לכל פגיעה תנועתית עקב פגיעה גופנית אורכית, בצד הנגדי לצד הפגיעה במוח. רבות נכתב על שיקום המיפרזה לאחר אירוע מוחי בכלל ועל פיזיותרפיה בשלב החרף, התת-חרף והכרוני, בפרט. להלן נתייחס לטיפולים השגורים בפיזיותרפיה בשלב הכרוני, משמע כאשר המטופל, הסובל מהמיפרזה כרונית, מתגורר בביתו או במסגרת מוגנת אחרת. בניית תכנית הטיפול בפיזיותרפיה, בשלב הכרוני כמו בכל שלב (כלומר, גם בשלב החרף והתת-חרף), מושתתת על בדיקת הליקויים והיכולות הפונקציונליות של המטופל. היכולות הקיימות בפרט מהוות את התשתית, שעליה נבנית התכנית לשיקומו של המטופל. בשלבים הראשונים, הטיפול בקשיש עם המיפרזיס כרוני הוא פרטני וניתן בבית המטופל, במכונים לפיזיותרפיה של קופות החולים השונות, במרכזי יום וכדומה. במהלך השנים הוצעו שיטות בדיקה וטיפול שונות. בכל אחת מהן קיימת התייחסות לשינויים בטונוס ולחולשת שרירים, להפרעות בתחושה שטחית ועמוקה, להפרעות חד-צדדיות בשדה הראייה (hemianopia – עיוורון פלג), להזנחת צד (unilateral neglect), לנוכחות סינדרום הדחיפה (pusher syndrome), ועוד. כמו בכל טיפול פיזיותרפי, גם במקרים אלה, הטיפול יכול תרגול לשמירת/הגדלת טווח התנועה במפרקים, שתנועתם נפגעה, חיזוק שרירים, תרגילים לשיפור פונקציות יום-יומיות, לשיפור שיווי המשקל (והאסימטריה בנושאת המשקל על הגפיים התחתונות) ותרגול הליכה עם או בלי אביזר עזר, כולל השימוש במדרגות. על אף שהטיפול בקשיש עם המיפרזה אינו שונה מהותית מטיפול באדם הצעיר ממנו, הרי שבאדם קשיש מוענקת חשיבות יתר לתרגילים פונקציונליים של מטלות היום-יום, כגלל החשיבות של השבת העצמאות התפקודית בהקדם האפשרי.

התאמת סדים ו/או אביזרי עזר והמלצות לשינויי דיור גם הם באחריות הפיזיותרפיסט. במיוחד יש לציין את הצורך בסד לייצוב סטטי או דינמי של הקרסול, למניעת צניחה של כף הרגל (Ankle Foot Orthosis – AFO), שחשיבותו מכרעת במניעת מעידה בזמן הליכה.

ההחלטות על המלצות לשינויים מסוג זה מתקבלות, לא אחת, בדיונים בצוות רב-מקצועי, הכולל, בין השאר, מרפא בעיסוק, קלינאי תקשורת ועובד סוציאלי.

בשלבם המתקדמים של המצב הכרוני, בקשישים עם המיפרזה שהם בעלי עצמאות תפקודית במסגרת ביתם, תיתכן השתתפות בפעילות בחדר כושר שיקומי (בורשטיין, פירסט ובראון, 2012) ו/או בתרגול בקבוצה במסגרת מכון לפיזיותרפיה או במסגרת מפגשים במרכז יום (Dean, Rissel, Sherrington et al., 2012), כמו במפגשים של חברי העמותה למען נפגעי אירוע מוחי ("נאמן"). ראוי לציין, שהפיזיותרפיסט האחראי על הקבוצה יכול בתכנית הטיפול הקבוצתי תרגילים שיהוו תרגול אירובי, תרגילי הגמשה (לשמירה/הגדלה של טווחי התנועה במפרקי הגפיים העליונות) ותרגילים פונקציונליים, בעיקר תרגילי שיווי משקל.

דיון וסיכום

מכיוון שקבוצת הקשישים, קרי, גברים ונשים מעל גיל 65 היא נרחבת והטרונגנית, אין כל האמור כאן רלוונטי לכל הנמצאים בקטגוריית גיל זו. יש לזכור, שירידה תלוית גיל מתרחשת בכל מערכות הגוף ולירידה זו ביטויים שרובם לא נסקרו כאן למרות היותם קשורים ליכולת התנועתית. כך, לדוגמה, לא הוקדש מקום לנושאים כמו ירידה קוגניטיבית ודמנציה בזיקנה ואף לא להפרעות רגשיות, כמו דיכאון. תופעות אלו משפיעות ומושפעות מהתפקוד התנועתי ומהוות שיקול בהתוויית הטיפול בפיזיותרפיה. חשיבות מכרעת יש גם למשתנים לא פיזיולוגיים, כמו מצב סוציו-אקונומי ו/או מצב משפחתי. הפוטנציאל השיקומי של מי שנתמך במשפחה תומכת ומעודדת גבוה לעין ערוך מזה של הקשיש שמשפחתו אינה מסייעת, ולא אחת אף פוגמת בהצלחת ההתערבות הפיזיותרפויטית. יתר על כן, בדירות ודיכאון, והשפעתם ההדדית השלילית על הקשיש, פוגמים בשיתוף הפעולה ובמוטיבציה להשתתף ועלולים להכביד על טיפול פיזיותרפי יעיל.

על הפיזיותרפיסט העוסק בטיפול בקשישים להתמודד לא רק עם הבעיות הפיזיקליות שבעטיין הופנה הקשיש לטיפול, אלא גם עם מכלול הבעיות הנלוות, שחלקן צוין כאן. לעמדותיו האישיות של הפיזיותרפיסט כלפי הטיפול בקשישים ולמוטיבציה שלו להצליח בטיפול חשיבות רבה, שכן זו קובעת את תוכן המפגש ואת האווירה השוררת בו. יש לזכור, שהפיזיותרפיסט עצמו מושפע מגורמים שונים המשפיעים על המטופל. לדוגמה, משפחה תומכת ומסייעת עשויה להגביר לא רק את שיתוף הפעולה והמוטיבציה של המטופל, אלא גם של המטפל; מאידך, משפחה עוינת (אשר אינה מסייעת למטופל לתרגל בכוחות עצמו, אינה מבצעת שינויים בדירור, להקלת ההתניידות וכיו"ב), עשויה לרפות את ידיו. על כך

יש להוסיף, שתדירות הטיפול הפיזיותרפי בקשישים שלקו בנכות כרונית, כפי שנקבעה על ידי הרשויות, היא נמוכה ואינה מספקת תשובה הולמת לצורכי רבים מהמטופלים. עובדה זו גורמת לפיזיותרפיסט להתלבטות ולאי-נחת מתמדת, שכן המשכיות ועקביות בתרגול הן אבני היסוד להצלחת הטיפול הפיזיותרפי בכלל והשיקומי בפרט.

לסיכום, בעוד שהקשיש הבריא בוחר, בדרך כלל, אם ובאיזו מסגרת לקבל טיפול פיזיותרפי מסוים, הרי שבקשיש הזקוק לשיקום, ההחלטה על קבלת טיפול פיזיותרפי נקבעת על ידי הממונים על בריאותו. ריבוי הגורמים המשפיעים על הפרט ובמיוחד על שיקום הקשיש משפיעים על אופיו הפרטני של הטיפול השיקומי בפיזיותרפיה ועל סיכויי ההצלחה.

מקורות

בורשטיין, א. (2012). כושר מתוק, בי"ח בית רבקה פתח תקווה: עיתון הארץ, מדור בריאות, דצמבר.

בורשטיין, א., פירסט, נ. ובראון, ר. (2012). בחזרה לעתיד: שיקום בראייה יצירתית. הכנס הארצי ה-12 לפיזיותרפיה בישראל.

בראון, ר., בורשטיין, א. ושוגרמן, ה. (2011). השימוש ב-Wii fit לטיפול בבעיות שיווי משקל במטופלת קשישה לאחר שבץ מוחי: תיאור מקרה. כתב עת לפיזיותרפיה, 13, 1-7. גרהם, ע. (2006). הקשר בין התמדה בפעילות גופנית לבין פנייה לשירותי פיזיותרפיה והגורמים המשפיעים על השתתפות בפעילות גופנית אצל קשישים בקהילה. גרונטולוגיה, 4, 23-43.

שלו, נ. (2010). כל אחד יכול. מרכז מידע רעות אשל. הסרט מתאר את יתרונות ההליכה כפעילות אירובית מקדמת בריאות בגיל המבוגר <http://www.reutheshel.org.il/index.aspx?id=3497>

Agmon, M., Perry, C.K., Phelan, E., Demiris, G. & Nguyen, H.Q. (2011). A pilot study of wii fit exergames to improve balance in older adults. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 34 (4), 161-167.

Allen, J., Koziak, A., Buddingh, S., Liang, J.Y., Buckingham, J. & Beaupre, L.A. (2012). Rehabilitation in patients with dementia following hip fracture: A systematic review. *Physiotherapy Canada*, 64 (2), 190-201.

- Barnett, A., Smith, B., Lord, S.R., Williams, M. & Baumand, A. (2003). Community-based group exercise improves balance and reduces falls in at-risk older people: A randomized controlled trial. *Age and Ageing*, 32 (4), 407-414.
- Bean, J.F., Kiely, D.K., Herman, S., Leveille, S.G., Mizer, K., Frontera, W.R. et al. (2002). The relationship between leg power and physical performance in mobility-limited older people. *Journal of the American Geriatric Society*, 50 (3), 461-467.
- Brown, R., Sugarman, H. & Burstn, A. (2009). Use of the nintendo wii fit for the treatment of balance problems in an elderly patient with stroke: A case report. *International Journal of Rehabilitation Research*, 32, S109-S110.
- Dean, C.M., Rissel, C., Sherrington, C., Sharkey, M., Cumming, R.G., Lord, S. R. et al. (2012). Exercise to enhance mobility and prevent falls after stroke: The community stroke club randomized trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 26 (9), 1046-1057.
- Eynon, N., Yamin, C., Ben-Sira, D. & Sagiv, M. (2009). Optimal health and function among the elderly: Lessening severity of adl disability. *European Review of Aging and Physical Activity*, 6 (1), 55-61.
- Fantin, F., Rossi, A., Morgante, S., Soave, D., Bissoli, L., Cazzadori, M. et al. (2012). Supervised walking groups to increase physical activity in elderly women with and without hypertension: Effect on pulse wave velocity. *Hypertension Research*, 35 (10), 988-993.
- Fielding, R.A., LeBrasseur, N.K., Cuoco, A., Bean, J., Mizer, K. & Fiatarone Singh, M.A. (2002). High-velocity resistance training increases skeletal muscle peak power in older women. *Journal of the American Geriatric Society*, 50 (4), 655-662.
- Fortington, L.V., Rommers, G.M., Geertzen, J.H.B., Postema, K. & Dijkstra, P.U. (2012). Mobility in elderly people with a lower limb amputation: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13 (4), 319-325.
- Ghanavati, T., Yazdi, M.J.S., Goharpey, S. & Arastoo, A.A. (2012). Functional balance in elderly with diabetic neuropathy. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 96 (1), 24-28.
- Hausdorff, J.M., Schweiger, A., Herman, T., Yogev-Seligmann, G. & Giladi, N. (2008). Dual-task decrements in gait: Contributing factors among healthy

- older adults. *Journals of gerontology Series A-Biological Sciences And Medical Sciences*, 63 (12), 1335-1343.
- Heick, J.D., Flewelling, S., Blau, R., Geller, J. & Lynskey, J.V. (2012). Wii fit and balance does the wii fit improve balance in community-dwelling older adults? *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 28 (3), 217-222.
- Howe, T.E., Rochester, L., Neil, F., Skelton, D.A. & Ballinger, C. (2011). Exercise for improving balance in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (11). Art. No.: CD004963. DOI: 10.1002/14651858.CD004963.pub3
- Karinkanta, S., Piirtola, M., Sievanen, H., Uusi-Rasi, K. & Kannus, P. (2010). Physical therapy approaches to reduce fall and fracture risk among older adults. *Nature Reviews Endocrinology*, 6 (7), 396-407.
- King, G.W., Stylianou, A.P., Kluding, P.M., Jernigan, S.D. & Luchies, C.W. (2012). Effects of age and localized muscle fatigue on ankle plantar flexor torque development. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 35 (1), 8-14.
- Kreizman, I.J. & Allen, D. (2005). Aging with cardiopulmonary disease: The rehab perspective. *Physical Medicine & Rehabilitation Clinics of North America*, 16 (1), 251-265.
- Lamoureux, E.L., Sparrow, W.A., Murphy, A. & Newton, R.U. (2002). The relationship between lower body strength and obstructed gait in community-dwelling older adults. *Journal of the American Geriatric Society*, 50 (3), 468-473
- Laughton, C.A., Slavin, M., Katdare, K., Nolan, L., Bean, J.F., Kerrigan, D.C. et al. (2003). Aging, muscle activity, and balance control: Physiologic changes associated with balance impairment. *Gait Posture*, 18 (2), 101-108.
- Lewis, C. & Bottomley, J. (2008). *Geriatric rehabilitation. A clinical approach* (3rd ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson.
- Lollgen, H. & Lollgen, D. (2012). Risk reduction in cardiovascular diseases by physical activity. *Internist*, 53 (1), 20.
- Lord, S., McPherson, K., McNaughton, H., Rochester, L. & Weatherall, M. (2004). Community ambulation after stroke: How important and obtainable is it and what measures appear predictive? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 234-239.

- Melzer, I., Krasovsky, T., Oddsson, L.I. & Liebermann, D.G. (2010). Age-related differences in lower-limb force-time relation during the push-off in rapid voluntary stepping. *Clinical Biomechanics*, 25 (10), 989-994.
- Moyer, V.A. & Force, U.P.S.T. (2012). Prevention of falls in community-dwelling older adults: Us preventive services task force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 157 (3), 197.
- Negri, C., Bacchi, E., Morgante, S., Soave, D., Marques, A., Menghini, E. et al. (2010). Supervised walking groups to increase physical activity in type 2 diabetic patients. *Diabetes Care*, 33 (11), 2333-2335.
- Pinter, M.M. & Brainin, M. (2012). Rehabilitation after stroke in older people. *Maturitas*, 71 (2), 104-108.
- Perez, I.P., Zapata, M.A., Cervantes, C.E., Jarabo, R.M., Grande, C., Plaza, R., Garcia, S., Rodriguez, M.L., Crespo, S. & Perea, J. (2010). Cardiac rehabilitation programs improve metabolic parameters in patients with the metabolic syndrome and coronary heart disease. *The Journal of Clinical Hypertension*, 12 (5), 374-379.
- Rowe, J. & Khan, R. (1987). Human aging: Usual and successful aging. *Science*, 237, 143-147.
- Smith, A.G. (2012). Exercise for diabetic neuropathy: A toe in the therapeutic door. *Journal of Diabetes and its Complications*, Sep-Oct.
- Song, C.H., Petrofsky, J.S., Lee, S.W., Lee, K.J. & Yim, J.E. (2011). Effects of an exercise program on balance and trunk proprioception in older adults with diabetic neuropathies. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 13 (8), 803-811.
- Spruit-van Eijk, M., van der Linde, H., Buijck, B.I., Zuidema, S.U. & Koopmans, R.T.C.M. (2012). Geriatric rehabilitation of lower limb amputees: A multicenter study. *Disability and Rehabilitation*, 34 (2), 145-150.
- Suri, P., Kiely, D.K., Leveille, S.G., Frontera, W.R. & Bean, J.F. (2011). Increased trunk extension endurance is associated with meaningful improvement in balance among older adults with mobility problems. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92 (7), 1038-1043.
- Taylor, N.F., Barelli, C. & Harding, K.E. (2010). Community ambulation before and after hip fracture: A qualitative analysis. *Disability and Rehabilitation*, 32 (15), 1281-1290.

- van Hedela, H. & Dietz, V. (2004). The influence of age on learning a locomotor task. *Clinical Neurophysiology*, 115, 2134-2143.
- Westby, M.D. (2012). Rehabilitation and total joint arthroplasty. *Clinics in Geriatric Medicine*, 28 (3), 489.
- Zijlstra, A., Mancini, M., Chiari, L. & Zijlstra, W. (2010). Biofeedback for training balance and mobility tasks in older populations: A systematic review. *Journal of Neuro Engineering and Rehabilitation*, 7, 58.

פרק 9

ריפוי בעיסוק: הערכה והתערבות במעורבות השירותים לקשישים על רצף בריאות וחולי

אורלי בוני, נטעלי בן, עידית בן-שם, פנינה וייס, מעיין כץ, רונית ליניאל, שרית רבינוביץ, שלומית רוטנברג

...וְהָנָה אֶתְּהָ בָּא בַּיָּמִים, זָקֵנָת וְשִׁבְתָּ וַיִּמְיָה סְפוּרִים וַיִּקָּר מְנִינִם שְׁבַעֲתִים,
וְתִדְעַ: כָּל יוֹם אַחֲרוֹן תַּחַת הַשֶּׁמֶשׁ, וְתִדְעַ: חֹדֶשׁ כָּל יוֹם תַּחַת הַשֶּׁמֶשׁ.
(שירי סוף הדרך / לאה גולדברג)

מבוא

התפיסה המקצועית של הריפוי בעיסוק מבוססת על ההכרה, שלהשתתפות בעיסוקים בעלי משמעות ותכלית תפקיד מפתח באיכות חייהם של קשישים (Coppola, Elliott & Toto, 2008). ליבת העשייה המקצועית של הריפוי בעיסוק היא בחינת ההשפעה של עיסוק ופעילות על שיפור כישורים ועל יכולת ההתמודדות וההסתגלות בחיי היום-יום כבסיס לבריאות. מטרת העל בכל התערבות מקצועית-טיפולית בריפוי בעיסוק, בכל שלב על רצף החיים ובכל מעבר של אדם על פני הרצף בין בריאות לחולי או למוגבלות, היא לאפשר לאנשים, לרבות קשישים, לחיות חיים פעילים, להשתתף בעיסוקים ובפעילויות משמעותיות עבורם, מבלי לסכן את עצמם או את סביבתם. בהתייחס לאדם הקשיש, כל התערבות בריפוי בעיסוק מתחילה בהבנת התפקידים שהאדם ממלא ומילא בעבר, העיסוקים המרכיבים את שגרת יומו, ההרגלים שלו והמשמעות של כל אלה לגביו. הצלחת ההתערבות באה לידי ביטוי ביכולת לסייע לאדם להמשיך ולמלא תפקידים ועיסוקים בעלי תכלית ומשמעות עבורו, כמדד חשוב לבריאות, לתחושה טובה, לשביעות רצון ולאיכות חיים. זאת, כאשר ההתערבות מקבלת גוון שונה בהתאם למסגרות ולסביבות החיים שבהן שווה האדם (ילון-חיימוביץ, זק"ש, ויינראוב ועמיתים, 2006).

הגדרת המושג "בריאות", שאליו מתייחסים המרפאים בעיסוק בעבודתם, נשענת על ההגדרה של ארגון הבריאות העולמי משנת 1946, לפיה: "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (World Health Organization, 1946). מכאן, מילות המפתח העומדות בבסיס כל התערבות בריפוי בעיסוק: עיסוק (Occupation), תפקוד (Function), יכולת (Capability), השתתפות (Participation), בריאות (Wellness, Health) ואיכות חיים (Quality of life). מודלים רבים בריפוי בעיסוק מבוססים על שלושה רכיבים מרכזיים ועל הדינמיקה ביניהם: האדם – על כל מרכיביו (פיזי, חושי, קוגניטיבי ונפשי); העיסוק – המוגדר כקבוצות של פעילויות ומשימות מכוונות בחיי היום-יום, בעלי משמעות וערך עבור האדם; הסביבה – הפיזית, החברתית, התרבותית והטמפורלית (מרכיב הזמן) שבה חי האדם.

עיסוק ופעילות הם שני מונחים שגורים בשפה המקצועית של המרפאים בעיסוק והם באים לתאר כל עשייה אנושית בחיי היום-יום, אם כי קיים הבדל מהותי בין שני המונחים. המונח פעילות מתאר כל עשייה אנושית, לרוב מכוונת מטרה, אך לא בהכרח בעלת חשיבות או משמעות מרכזית עבור האדם, בעוד שהמונח עיסוק בא לתאר כל עשייה בעלת משמעות ייחודית לחיי האדם. כל עשייה, הנחשבת מרכזית עבור האדם, מהווה חלק בלתי נפרד מהגדרת הזהות שלו ומשפיעה על האופן שבו הוא עושה שימוש במונחי זמן ומרחב, בוחר את בחירותיו ומחליט החלטות. כך, עיסוק ופעילות גם יחד כוללים בתוכם כל דבר שאנשים עושים, באופן שגרתי ושלא באופן שגרתי, לרבות פעולות יום-יום, כגון: טיפול עצמי ופעולות אינסטרומנטליות אחרות וכן פעולות המרחיבות דעת, כגון: הנאה מהחיים, שיחה, תרומה חברתית, עבודה וכיוצא באלה.

ההתערבות הטיפולית בריפוי בעיסוק מכוונת לשיפור מיומנויות ביצוע, מתוך אמונה שהתערבות כזו יכולה להשפיע במישרין או בעקיפין על כלל העשייה האנושית, ובו בזמן לעודד הרחבת אופקים ובחירות חדשות בביצוע עיסוקים. במהלך ההתערבות הטיפולית, העיסוק יכול להוות גם מטרה בפני עצמה, שיש להשיגה, אך גם אמצעי להשגת מטרה בעלת ערך ומשמעות ייחודית לאדם. בדרך זו, מהווה העיסוק גורם המניע לעשייה. היכולת להטעין פעילות כלשהי במשמעות ולהפכה לעיסוק משפיעה על הבריאות, על הרווחה ועל שביעות הרצון (Crepeau, Cohn & Boyt-Schell, 2009).

במהלך שנות החיים מתערבים משתנים רבים בביצוע עיסוקים. התפתחות מגבלה בעקבות מחלה כרונית או צורך בשינוי אורח חיים כחלק מתהליך ההזדקנות, יכולים לא פעם להשפיע על היכולת לבצע עיסוקים, וכפועל יוצא להשפיע על הזהות של האדם ועל תפיסתו את עצמו (Bonder & Dal Bello-Hass, 2008). דוגמה בולטת לכך היא פרישה מעבודה. תחום העבודה מהווה עיסוק מרכזי לרבים מהאנשים בחייהם הבוגרים, יוצר שגרות חיים

ישירות ונלוות, הכוללות גם פעילויות הנעשות בדרך לעבודה וממנה. הפרישה מהעבודה מנתקת את האדם מעיסוק משמעותי זה, דבר המחייב אותו להיערך ולסגל לעצמו מערך עיסוקים חדש ושגרות חדשות (Coppola, Elliott & Toto, 2008).

תהליך ההזדקנות לכשעצמו מלווה בשינויים המשפיעים באופן טבעי על תפקוד האדם – הפיזי, הקוגניטיבי והנפשי, גם במצבים שבהם אין מעורבות של מחלה. תהליך זה עלול לא פעם להיות מלווה בירידה בתפקודי החושים – ראייה, שמיעה, טעם, ריח ומישוש, ירידה קוגניטיבית, המאופיינת בהאטה בתהליכי תפיסה וחשיבה, ירידה בזיכרון וביכולת לפתרון בעיות וירידה בתפיסה ובדימוי העצמי עד למצבי דיכאון ותחושות של חוסר תכלית. שינויים אלה יכולים להשפיע על תפקוד הקשישים בביצוע מטלות מורכבות, כמו גם פשוטות. תפקודים אלה כוללים תפקודי יום-יום (Activities of Daily Living – ADL), הקשורים בטיפול עצמי (היגיינה, רחצה, לבוש, אכילה) תפקודים אינסטרומנטליים (IADL – Instrumental Activities of Daily Living), שהן פעילויות שגרה המצריכות שימוש בחפצים, כמו הפעלת מכונת כביסה, הכנת ארוחה, נטילת תרופות, שימוש בכסף, ניידות ועד למטלות מורכבות, כגון: עבודה/למידה, פעילות פנאי, השתתפות חברתית ואזרחית (Crepeau et al., 2009).

ליבת העשייה המקצועית בריפוי בעיסוק מתמקדת באיתור ובאבחון רכיבי הביצוע העיסוקי ואופניו ובניית תכנית התערבות במטרה לשפר מיומנויות ביצוע, כך שהקשיש יהיה מסוגל לתפקד באיכות טובה ולשביעות רצונו. גם כאשר ההתערבות מתמקדת בפרטים קטנים ובעלי חשיבות מועטה, לכאורה, יש לכך חשיבות רבה, כל עוד פרטים אלה משמעותיים לאדם עצמו ולתחושת המסוגלות שלו. לדוגמה, כאשר קשיש שוהה במחלקה סיעודית, אם יימצא שמוזיקה והשתתפות בפעילות המצריכה הקשבה הן משמעותיות עבורו, המרפאים בעיסוק יעבדו עמו על הצורך להשתמש במכשירי שמיעה וישלבו פעילויות אלו בסדר יומו. תוצאות ההתערבות הטיפולית נמדדות במדרים של תפקוד והשתתפות בתחומי חיים שונים וביכולת של האדם לבחור ולנהל את חייו. להתערבות מעין זו יש, לעתים קרובות, השפעה ישירה על מצבו הבריאותי של האדם ועל מצב רוחו. ממחקרים עולה, כי תחושת סיפוק מהחיים של קשישים קשורה לא פעם למידת ההשתתפות בעיסוקים שונים ומגוונים, כגון: עבודה, התנדבות, יצירה, פעילות חברתית ורוחנית (Coppola, Elliott & Toto, 2008), כאשר כל אלה עשויים להעניק לקשיש תחושת מסוגלות ושייכות ולהוציא אותו ממעגל הבודדות, שאליו הוא נשאב יותר ויותר, עם הניתוק ממעגלי העשייה (Bonder & Dal Bello-Hass, 2009).

בתהליך הטיפול, המרפאים בעיסוק מתאימים עיסוקים ופעילויות ליכולות התפקודיות של האדם, כמו גם את הסביבה ואבזרים מסייעים, תוך ניסיון להביאו לתפקוד עצמאי מרבי

בכל אחד מהתחומים שהוזכרו. לדוגמה, לאישה זקנה, שעבודה מהווה עבורה ערך עליון, יותאם תפקיד מעשי יום-יומי במסגרת שבה היא נמצאת, שיקומית או סיעודית, כמו עזרה בקיפול הכביסה במחלקה או מיון סכו"ם וניגובו לאחר הארוחה. האחריות והמחויבות שבתפקיד עשויים ליצור אצל אישה זו תחושת אחריות ונחיצות. לא פעם, מעבר לאבדן היכולת התפקודית, קשישים מאבדים גם את תחושת השליטה על חייהם ואת הזכות לבחור (Kielhofner, Borell, Burke et al., 1995). שליטה משמעותה היכולת לצפות ולהניע גורמים מסוימים בסביבה, היכולת לבחור מה לעשות ומתי ולהשפיע על תוצאות הפעילות (Bonder & Dal Bello-Haas, 2008). במקרים אלה תתמקד ההתערבות בריפוי בעיסוק במציאת דרכים לשימור תחושת השליטה ויכולת הבחירה על מנת לשמר את תחושת המסוגלות. בפרק זה נסקור תחילה מערכי התערבות מקצועית של הריפוי בעיסוק עם אוכלוסיית הקשישים, בהתאם לשירותים הקיימים כיום בישראל, ובהמשך נתייחס להיבטים ייחודיים של ההתערבות בריפוי בעיסוק.

מערך ההתערבות המקצועית

מרפאים בעיסוק הם חלק מהצוות הטיפולי הרב-מקצועי בכל מערך שירותים לקשיש, בעיקר בשירותי הבריאות והרווחה. המרפאים בעיסוק לוקחים חלק בהתערבויות טיפוליות, שיקומיות, מגייע וקידום בריאות, ועבודתם מתקיימת במסגרות הממשלתיות, הציבוריות והפרטיות גם יחד. להלן מספר דוגמאות:

בשירותי הבריאות, המרפאים בעיסוק לוקחים חלק במערך האשפוז האקוטי, התת-אקוטי והשיקומי, במסגרות אשפוז ובקהילה, במסגרות סיעודיות ובאלו המיועדות לתשושי הנפש. בכל אלה שותפים המרפאים במחלקות: סיעודיות, סיעוד מורכב, שיקום גריאטרי, הנשמה ממושכת ושיקום נשימתי ובמערכי הטיפול הפליאטיבי. בשירותי הרווחה המרפאים בעיסוק לוקחים חלק במרכזי יום, לרבות במרכזי יום שיקומיים ובמסגרות תמיכה אחרות בקהילה. כמו כן, הם שותפים בביצוע הערכות תלות ותפקוד בבית האדם הקשיש, הנערכות מטעם המוסד לביטוח לאומי. במסגרת הקופות המבטחות, המרפאים בעיסוק משולבים ביחידות להמשך טיפול ומעקב בקהילה, למטרות טיפול, כממליצים לשינויי דיור וסביבה ולהתאמות אביזרי עזר לשיקום ולניידות. כמו כן, הם מנחים ומדריכים צוותים, מטפלים, בני משפחה ואחרים משמעותיים לארגון הסביבה, שבה חי הקשיש ולהפעלה יעילה שלו בסביבות חייו. במסגרות הפרטיות ובמגזר השלישי המרפאים בעיסוק משתלבים בעבודה בעמותות לקשיש, בבתי אבות, בדירות מוגנים ובשירותי טיפול ותעסוקה פרטיים ובבית

הלקוח, כמו גם משולבים לייעוץ ולהדרכה במרכזים להתאמה ולהשאלת ציוד המנוהלים על ידי עמותות שונות.

בכל מסגרת שבה מתקיימת התערבות מקצועית של ריפוי בעיסוק קיים תהליך מקצועי מובנה, הנסמך על תיאוריות ומודלים הלקוחים מעולם התוכן התיאורטי והמעשי של המקצוע (Crepeau et al., 2009). כל תהליך התערבות כולל הערכה ואבחון באמצעות כלי הערכה ייחודיים, בניית תכנית טיפול, הכוללת יעדים אפשריים ומטרות, המוגדרת יחד עם האדם הקשיש בהתאם ליכולותיו ולרצונותיו. בהמשך, מתוכננת התערבות הנסמכת על מודלים יישומיים, ולאחר תקופה מוגדרת מראש מתבצעת הערכה חוזרת לבדיקת הצלחת ההתערבות ולהגדרת מטרות חדשות או להחלטה על סיום ההתקשרות. כל התהליך מדווח ומתועד כנדרש בנהלים ובהנחיות המקצועיות (משרד הבריאות, 2006).

התערבות בריפוי בעיסוק במרפאות גריאטריות בקהילה

המרפאה הגריאטרית בקהילה¹ משרתת קשישים במגוון רחב של מצבי בריאות. מטרת ההתערבות המקצועית במסגרת זו היא לקדם תפקוד, בריאות ואיכות חיים. המודל המכוון את עבודת המרפאה הוא הערכה גריאטרית כוללת (Comprehensive Geriatric Assessment – CGA), המוגדרת כתהליך הערכה רב-מקצועי, שבמהלכו מאותרים ומוגדרים הקשיים עמם הקשיש מתמודד, לצד היכולות הקיימות ואלו שניתן לחזק כדי לפצות על חסרות. על פי ממצאי ההערכות מוצעת תכנית התערבות, המתבססת על עצמות הקשיש והמשאבים העומדים לרשותו (Solomon, Brown & Brummel-Smith, 1988). מרפאים בעיסוק במרפאות גריאטריות בישראל הם חלק אינטגרלי מהצוות הרב-מקצועי, הכולל: רופא גריאטר, אח, עובד סוציאלי ופיזיותרפיסט. המרפאים בעיסוק מעורבים הן בתהליך ההערכה והן בבניית התכנית הטיפולית, לפי הצורך. ההערכה בריפוי בעיסוק במרפאה הגריאטרית מיועדת לחדד אבחנות או אבחנה מבדלת בסוגיות הנידונות עם הצוות הרב-מקצועי. זאת, באמצעות הערכה תפקודית, הכוללת תחומים קוגניטיביים, מוטוריים, תחושתיים ורגשיים, ובהתאם – מתן המלצות ביחס למגורים ולעיסוקים רצויים, הגדרת העזרה הנחוצה בחיי

1 בהיעדר מרפאה גריאטרית בקהילה, מתבצע התהליך שתואר לעיל במכוני ריפוי בעיסוק, על פי הפניית הרופא המטפל. בשנים האחרונות, מתפתחות והולכות מרפאות גריאטריות כוללתיות רבות, בהתאם להנחיות משרד הבריאות, רובן באמצעות קופות החולים השונות. מרפאים בעיסוק מהווים חלק אינטגרלי מהצוות הרב-מקצועי במרפאות.

היום-יום ומסגרות הפעילות המומלצות (רוטנברג-שפיגלמן, יואל, שחר ועמיתים, 2013; Coppola, Elliott & Toto, 2008).

הערכה במרפאה גריאטרית בקהילה

בתהליך ההערכה הראשוני, תפקיד המרפאים בעיסוק הוא לערוך הערכה כוללת, תוך התמקדות במבחני סינון קוגניטיביים, שמטרתם לאתר לקויות קוגניטיביות כלליות ותפקודיות-ניהוליות. במקרי הצורך, המשכו של תהליך ההערכה יכול לכלול מבחני עומק לתפקודים קוגניטיביים, שנמצאו לקויים במבחני הסינון, שאלונים ומבחני תפקוד בחיי היום-יום, וכן תצפיות מובנות או חופשיות על המיומנויות של האדם בזמן ביצוע מטלה תפקודית במרפאה או בבית. כל זאת, על מנת לקבל תמונה רחבה בנוגע להשלכות של הלקויות והמגבלות של הקשיש ועל מידת השתתפותו בחיי היום-יום.

ישנם מצבים שבהם נדרש המשך הערכה בבית הלקוח, בעיקר כאשר יש צורך להעריך את תפקוד האדם בביתו הלכה למעשה, בשל חשש שממצאי ההערכה והדיווח על התפקוד אינם משקפים נאמנה את תפקודו בפועל. במקרים אלה נעשית הערכה בסביבה המוכרת לקשיש, כולל תצפית על ביצוע בפועל של תפקודים, כמו: בישול קל, הפעלת מכונת כביסה, שימוש בטלפון וכדומה, וכן תצפית על האופן שבו מנוהל הבית, כגון: תכולת המקרר, ארגון החפצים בבית, ארגון התרופות. דוגמה אחת היא בבדיקת תכולת המקרר, תוקף המזון הנמצא בתוכו, פרטי מזון שלא ברור למה נרכשו, עורך מזון או מחסור קיצוני במוצרים בסיסיים. כל אחד מהמצבים האלה עלול להצביע על ירידה בתפקוד.

מצב אחר, שבו נדרש ביקור בית, הוא כאשר קיימת היסטוריה של נפילות או שתוצאות ההערכה המוטורית הרב-מקצועית מעידות על סיכון לנפילות. במצב כזה, תיעשה הערכה של הסביבה הפיזית, כולל התייחסות לתפקוד האדם בסביבתו, כמו: יכולתו לקום מהספה בביתו, שימוש באיזור הליכה בבית וכן הסרת מכשולים וארגון סביבת הבית כסביבה בטוחה. בתהליך ההערכה הרב-מקצועית, למרפאים בעיסוק תפקיד מפתח בניתוח כל אותם גורמים הקשורים לאדם ולסביבתו, המאפשרים או המגבילים את יכולתו לבצע ולהשתתף בעיסוקים המשמעותיים לו. כדי להגדיר מהו פרופיל העיסוק של האדם, הכולל תפקודי יום-יום (ADL / IADL), פנאי והשתתפות חברתית, נאסף מידע מאנשי צוות אחרים, המאפשר לזהות מיומנויות ביצוע, כמו גם מצב רגשי של האדם ומידת התמיכה שיש לו מהסביבה הפיזית והאנושית. כל אלה יאפשרו למרפאה בעיסוק לבצע "ניתוח פעילות" של העיסוקים המשמעותיים לאדם, לאתר אילו גורמים מאפשרים או מגבילים את העיסוק,

ולמסור לצוות המרפאה ניתוח אינטגרטיבי, המכוון את תהליך הטיפול, שמטרתו שיפור תפקוד ואיכות חיים (ילון-חיימוביץ ועמיתים, 2006; רוטנברג-שפיגלמן ועמיתים, 2013; Bonder & Dal Bello-Haas, 2008).

סוגיה חשובה נוספת, שאותה נדרשים מרפאים בעיסוק לבחון לעתים קרובות, היא יכולת השיפוט של האדם. זוהי סוגיה המורכבת מהיכולת לקבל החלטות בהקשר התפקודי ומהיכולת להוציאן לפועל. יכולות אלו, הנבדקות בהקשר של תפקודי ADL ו-IADL, מתייחסות להבנת מידע, הוראות והנחיות, מודעות ליכולות התפקודיות ולמידה שבה הן מושפעות ממצב הבריאות, היכולת להבין השלכות של בחירה אחת לעומת אחרת והיכולת לבחור מבין אפשרויות בצורה עקבית ומנומקת. הערכת כושר השיפוט מבוססת על ראיונות עם האדם ומשפחתו, תצפיות תפקודיות ומבחנים קוגניטיביים. באופן זה ניתן להפיק תמונה מורכבת, המתייחסת ליכולת השיפוט, כפי שהיא באה לידי ביטוי בהתנהגות ובתפקוד בפועל, ולא לשיפוט כמושג כוללני (Skelton, Kunik, Regev et al., 2010).

בחינת מידת השיפוט במדרגים מעשיים אלה עוזרת לתת מענה לסוגיות, כמו: מידת ההשגחה הנדרשת, סביבת המגורים הרצויה, הצורך במינורי אפוסטרופוס וכדומה. בהתאם לממצאים, חוות הדעת של המרפאים בעיסוק תונח על שולחנם של הרופא והעובדת הסוציאלית, או כל איש מקצוע אחר, כבואם לקבוע המלצה להמשך תכנית העבודה הטיפולית עם הקשיש.

טיפול במרפאה גריאטרית בקהילה

בהמשך לתהליך ההערכה, למרפאים בעיסוק תפקיד חשוב גם בטיפול בקשישים הפונים למרפאה הגריאטרית בקהילה (רוטנברג-שפיגלמן ועמיתים, 2013). סוג הטיפול בריפוי בעיסוק במרפאה הגריאטרית אינו תלוי רק באבחנה הרפואית, אלא מתייחס גם למגוון גורמים – גורמי אדם וגורמים סביבתיים – המשפיעים על תפקודו, מעבר למצבו הבריאותי גרידא. אלה כוללים מאפיינים הקשורים באדם, כגון: סוג הפגיעה וחומרתה, פרופיל קוגניטיבי, פרופיל סנסו-מוטורי, פוטנציאל הלמידה, מודעות ומצב רגשי, וכן את המשאבים הסביבתיים העומדים לרשותו. ההתערבות מתמקדת לרוב בגישה המפצה, המכוונת לשיפור תפקוד דרך שינויים במטלה או באופן הביצוע שלה ברמת האדם, או ביצוע התאמות בסביבה האנושית והפיזית, מבלי לשאוף ליצירת שינוי ברמת האדם (ילון-חיימוביץ ועמיתים, 2006). הגישה המפצה מבוססת על שלושה ערוצי שינוי: (1) למידה דקלרטיבית, המאפשרת רכישת אסטרטגיות לשיפור תפקוד עם לקויות קוגניטיביות או מוטוריות; (2) למידה פרוצדורלית

של תפקוד ייחודי; (3) התאמות סביבה או מטלה. לכל אחד מערוצי השינוי מותאמים מודלים טיפוליים, שיפורטו להלן (Crepeau et al., 2009). ברוב המקרים, הטיפול בריפוי בעיסוק יושלב יותר מערוץ שינוי אחד על מנת לאפשר תפקוד מיטבי (רוטנברג-שפיגלמן ועמיתים, 2013).

פנייה לערוץ השינוי של למידה דקלרטיבית של אסטרטגיות להתמודדות עם מגבלות נעשית באמצעות המודל הרב-הקשרי (Toglia, 2011). בטיפול לפי מודל זה מתקיים תהליך של גילוי מונחה של אסטרטגיות, המפצות על הלקות, ונעשה תיווך להעברה של האסטרטגיה למגוון הקשרים תפקודיים. חשוב לציין, כי הדגש בטיפול כזה אצל קשישים צריך להיות על אסטרטגיות חיצוניות שיקדמו תפקוד (כגון, רישום, שימוש בתזכורות קוליות או כתובות) ופחות על אסטרטגיות פנימיות (כמו אסוציאציות סמנטיות וקטגוריזציה). טיפול לפי מודל זה מתאים לקשישים עם ירידה קוגניטיבית קלה, בעלי יכולת למידה דקלרטיבית ומשאבים רגשיים. לדוגמה, כאשר אדם עם ירידה קוגניטיבית קלה מתלונן, כי הוא מרבה לשכוח תורים ופגישות, ייעשה תהליך של יישום אסטרטגיות העשויות לסייע בתפקוד (שימוש יעיל בלוח שנה, פתקי תזכורת במקום בולט). אלו יתורגלו בתוך הקליניקה ואחר כך ייעשה תיווך לשימוש בהן גם בבית. טיפול בגישה זו מקובל גם בהקשר קבוצתי, המקנה ערך מוסף של תמיכה הדדית ותחושת שייכות, המקדמים את רכישת האסטרטגיות והשיפור התפקודי. חשוב שקבוצות כאלו תהיינה מבוססות עיסוק וקשורות לעיסוקים משמעותיים מחיי היום-יום של הקשישים (רוטנברג-שפיגלמן ועמיתים, 2013; Kinsella, Mullaly, 2009; Rand et al., 2009; Londres, Boschian, Linden et al., 2008; Rotenberg-Shpigelman & Maeir, 2011; Troyer, Murphy, Anderson et al., 2008).

פנייה לערוץ השינוי של למידה פרוצדורלית נעשית באמצעות מודל האימון התפקודי (Giles, 2011). זהו מודל המיועד לשיפור תפקוד לקראת השגת מטרה משמעותית ללקוח או למשפחתו, בשיטה של למידה ללא טעויות, הכוללת הדגמה של ביצוע נכון ותרגול חזרתי של תפקוד, תוך מתן רמזים במטרה להבטיח ביצוע נכון ללא ניסוי וטעייה. המודל מתבסס על יכולות למידה פרוצדורליות ומתאים כאשר קיימת לקות קוגניטיבית משמעותית ולא מתאפשרת למידה דקלרטיבית. מודל האימון התפקודי נמצא יעיל ללמד אנשים עם דמנציה רצף פעולות פשוטות (Bier, Provencher, Gagnon et al., 2008).

ערוץ השינוי האחרון הוא התאמות של סביבה או מטלה (ילון-חיימוביץ ועמיתים, 2006). ערוץ זה כולל יצירת שינוי במטלה או בסביבה, על מנת להקל על התפקוד. ההתאמה נעשית על ידי בני המשפחה או המטפלים, ללא מעורבות הלקוח. מודל ההתאמות משמש לשיפור תפקוד ואיכות חיים של חולי דמנציה וכן להפחתת התנהגויות מפריעות, כגון שוטטות, צעקות וכדומה. שיטת טיפול מוכחת לאנשים עם דמנציה, העושה שימוש

במודל התאמות סביבה, היא *Care of Persons with Dementia in their Environment* (COPE) (Gitlin, Winter, Dennis et al., 2010). שיטה זו משמשת להתאמת הסביבה הפיזית והאנושית, תוך הפחתת עומס בסביבה, מתן ידע למטפלים על המחלה ותרגול דרכי תקשורת מתאימות לחולי דמנציה. מודל זה מתאים גם כאשר קיימת לקות קוגניטיבית משמעותית וכן במצב של סטטוס רגשי ירוד. התערבות לפי מודל ההתאמות נמצאה יעילה להשגת שיפור תפקודי וכן לשיפור באיכות החיים ובתחושת הביטחון של המטפל העיקרי (רוטנברג-שפיגלמן ועמיתים, 2013; Gitlin et al., 2010).

התערבות במרכז יום

קשישים המבקרים במרכזי יום הם ברובם נתמכי חוק סיעוד, קרי, מי שהוגדרו על ידי המוסד לביטוח לאומי כסיעודיים, הזקוקים לסיוע בתפקודי יום-יום. מרכז היום מהווה עבורם מועדון חברתי, כמו גם מקום המספק טיפול סיעודי. התערבותם של המרפאים בעיסוק במרכז היום מתמקדת בכמה תחומים מעשיים: עידוד לפעילות והשתתפות חברתית, יצירת קשרים חברתיים דרך תחומי עניין משותפים, שמירה על מיומנויות קוגניטיביות, תרגול מטלות יום-יום, התאמת אביזרי שיקום וניידות, שמירה על מנחים והושבה, בניית סדר יום משמעותי בהתאמה אישית לכל קשיש. סדר יום כזה מכוון לימים שבהם הקשישים לא מבקרים במרכז היום או לשעות אחר הצהריים, לאחר החזרה ממרכז היום. סדר היום כולל מטלות, שחלקן מהוות המשך להתערבות במרכז היום. כך, לדוגמה, במרכז היום מתקיימת קבוצת סודוקו, שנועדה לשמירה ולפיתוח מיומנויות קוגניטיביות. משתתפות הקבוצה הפכו לחברות בעלות נושא שיחה ועניין משותף, כשהן במרכז היום. בבית, על סדר היום של כל אישה בנפרד יופיע "סודוקו" כפעילות גם לשעות הערב ובשבת, תוך היעזרות בבני משפחה או באחרים משמעותיים. ברמה הפרטנית, התערבות הריפוי בעיסוק מתמקדת בשיפור תפקודי יום-יום. לדוגמה, התאמה של כלי אוכל ושינוי במנח הישיבה של הקשיש בשעות הארוחות עשויים לשפר את תפקודו העצמאי, הן במרכז היום והן בביתו. כל התערבות של המרפאים בעיסוק נעשית בשיתוף פעולה עם צוות המרכז ובהתחשב בפעילויות של המרכז. שיתוף הפעולה עם מדריכות התעסוקה, העובדות בשירותי ריפוי בעיסוק, מאפשר להוציא לפועל את תכנית הפעילות שנבנית ומותאמת על ידי המרפאים בעיסוק. במרכז היום, כמו גם במרפאות בקהילה, המרפאים בעיסוק מפעילים קבוצות ארוכות-טווח לקשישים הסובלים מאותה מחלה או פגיעה. כך, לדוגמה, יכולה להתנהל קבוצה לאנשים עם פרקינסון (ליף, תמיר ופסח, 2010), קבוצה לגברים שעברו אירוע

מוחי, קבוצה לנשים מבוגרות הסובלות מדיכאון, ועוד. כמו כן, המרפאים בעיסוק יכולים להפעיל קבוצות סביב מטלה חסרה, כגון: ניידות זהירה בקהילה, התעמלות קוגניטיבית, שיפור זיכרון, ועוד (רוטנברג-שפיגלמן ועמיתים, 2013). הקשר של המרפאה בעיסוק עם הקשישים במרכז היום מאפשר גם ביקור בכיתו של הקשיש להערכה ולייעוץ תפקודיים.

התערבות במסגרות שיקום גריאטרי

קשישים משולבים במסגרות שיקום גריאטרי באשפוז – בבתי חולים כלליים, בבתי חולים גריאטריים ובבתי אבות; בקהילה – במרכזי יום שיקומיים ובמכוני שיקום. אוכלוסיית המטופלים כוללת קשישים עם בעיות נוירולוגיות, אורתופדיות, נשימתיות וירידה כללית בתפקוד לאחר אירוע מוחי, שברים במפרק הירך, שברים שונים, קטיעות גפיים, החמרה של פרקינסון, תחילת תהליכי דמנציה ואלצהיימר, ועוד. קבוצות אלו מקבלות טיפול אינטנסיבי בריפוי בעיסוק (Bonder & Dal Bello-Haas, 2008).

ההתערבות הטיפולית בריפוי בעיסוק, בכל מסגרת טיפולית-שיקומית, תחילתה בתהליך הערכה מקיף, הכולל הערכה ראשונית שבה נקבע פרופיל העיסוק של הקשיש: במה עסק לפני האשפוז, מה הם תפקידיו בבית ובקהילה, מהם שגרות חייו, ההרגלים והערכים המרכזיים המנחים את פועלו. בהמשך, מבוצעת הערכה מקיפה, הכוללת תפקודים מוטוריים, תחושתיים וקוגניטיביים והשילוב ביניהם. בתחום הקוגניטיבי נבדקים: תהליכי תפיסה וחשיבה ותפקודים ניהוליים וכן התפקוד הפיזי, ביצוע מטלות יום-יום (ADL / IADL) והשתתפות בפעילויות פנאי וחברה. לבסוף, ממופים גורמי התמיכה ומטפלים עיקריים ונאסף מידע על הסביבה הביתית והחוץ-ביתית, שבהן הקשיש מתפקד (ילון-חיימוביץ ועמיתים, 2006).

בתהליך ההערכה המרפאים בעיסוק משתמשים בכלי אבחון סטנדרטיים, בראיונות ובתצפיות. לאחר ביצוע ההערכה, נבנית – במשותף עם האדם הקשיש ועם משפחתו – תכנית טיפול בריפוי בעיסוק, שמטרתה לאפשר לו לחזור ולבצע פעילויות משמעותיות, עם ולמרות מגבלותיו. יישום תכנית ההתערבות הטיפולית כולל תרגול מיומנויות במקום שהותו של הקשיש או בביתו, ביניהן: לבוש, הכנת ארוחה קלה, תפקוד עצמאי בשירותים, שימוש בכסף, יכולת להשתתף במשחקים (כגון משחקי קלפים), שימוש באביזרים, כמו שלט רחוק, ועוד, תוך התאמת המטלה ליכולותיו. לעתים יידרש לבצע התאמות בסביבה ו/או להתאים אביזרי עזר, או אביזרים חיצוניים, או אביזרים המותאמים לאדם, שנועדו לשמר מצב קיים ו/או למנוע הידרדרות (כגון כאבים או נפילות), ביניהם התאמת סדיים לפעילות או למנוחה והתאמת ישיבה. כל אלה, כדי שהקשיש יוכל לבצע את המטלות

שעליהן הוחלט בתכנית הטיפול באופן עצמאי ככל שניתן ובבטיחות. לדוגמה, אדם שעבר אירוע מוחי ומשותק באחת מידי – כדי שיוכל לשחק קלפים, משחק שהווה עבורו מוקד לפעילות חברתית, יש להתאים לו מתקן קטן לאחיזת הקלפים, כתחליף ליד המשותק, שיאפשר לו השתתפות פעילה ושמירה על כללי המשחק. בנוסף לכך, המרפאה בעיסוק תתמקד גם בתפקוד הפיזי של האדם, כדי לאפשר לו ישיבה נוחה ובטוחה, וכן בתפקוד הקוגניטיבי שלו, כדי לוודא שהוא מסוגל לשמור על רצף הפעולות במשחק, וזכר את החוקים והמהלכים ומזהה את הקלפים.

למרפאים בעיסוק יש את הידע וההכשרה להתאים סדים מסוגים שונים במצבים אקוטיים וכרוניים. סד הוא אמצעי תמיכה חיצוני, הניתן להסרה. הסד תומך, מאפשר תפקוד ו/או מקל על כאבים ומונע התפתחות של דפורמציות (Crepeau et al., 2009). הסדים מותקנים כחלק מתהליכי השיקום, השימור ומניעת הידרדרות. בהתאמת הסדים, המרפאים בעיסוק עושים התאמה בין רכיבים הקשורים במטופל ובמצבו התפקודי לבין רכיבים הקשורים בסד. דוגמאות לרכיבים הקשורים במטופל הם מצב קליני, מידת התפקוד של האדם, תפקידים, תמיכה חברתית, ועוד. בהתאמת סד למטופל, על המרפאים בעיסוק לשים לב שהסד אינו גורם לכאב, לגירוי סנסורי, להגבלת תנועה וללחץ בלתי מבוקר על הפרקים. כשמדובר באוכלוסיית קשישים, הסובלת מירידה קוגניטיבית או מקשיים בתקשורת, התאמת סד מחייבת משנה זהירות ותקשורת בין המרפאים בעיסוק, אנשי צוות נוספים ובני משפחה כדי להבטיח את יעילות הסד (Radomski & Trombly-Latham, 2008).

הטיפול בריפוי בעיסוק במסגרות השיקום הוא פרטני וקבוצתי כאחד, וכולל גם ייעוץ והדרכה לבני המשפחה ולמטפלים העיקריים, כהכנה לטיפול באדם לקראת השחרור מבית החולים. בהתאם להתקדמות בשיקום ובהתייחס למגבלותיו של הקשיש וליכולות שהשתמרו, המרפאים בעיסוק ינחו אותו ואת משפחתו כיצד להתאים את הסביבה הביתית, כולל המלצה לשינויים במבנה במידת הצורך, התקנת אביזרי בטיחות, שימוש בכלי אוכל מותאמים שיאפשרו אכילה עצמאית, ארגון סביבת השינה ללא מכשולים, כך שתתאפשר עצמאות (Radomski & Trombly-Latham, 2008).

לא אחת, ההתערבות הטיפולית בשיקום הגריאטרי מתמקדת בתרגול מיומנויות קוגניטיביות ממוקדות, כמו התמצאות בזמן ובמרחב, יכולת חישוב והבנת הוראות. ניתן לבצע את התרגול בעזרת משחקים, תוכנות מחשב, כולל טכנולוגיות מתקדמות של "מציאות מדומה" ותרגילי נייר ועיפרון (רבינוביץ', קלינגר, קורצ'ין ועמיתים, 2010). למשפחות ולמטפלים ממקצועות הבריאות קשה לעתים להבין את חשיבות התרגול ואת מטרתו ולא אחת המרפאים בעיסוק נתקלים בהערות שהטיפול מבזבז זמן יקר, שבו ניתן היה לתרגל הליכה. חשוב להבין, שלמיומנויות הקוגניטיביות השלכה מעשית גם על התפקוד הפיזי

(Hartman-Maeir, Katz & Baum, 2009). לדוגמה, אדם עצמאי בהליכה, אך עם פגיעה ששיבשה את יכולתו להתמצא במרחב, לא יוכל להגיע לשירותים ללא עזרה. אדם כזה יכול לפתח אי-שליטה על סוגרים מכיוון שאינו מוצא את השירותים.

בנוסף לכך, לא אחת מגיע קשיש לשיקום, כשהוא חסר אומן ביכולתו לחזור לחיים בעלי משמעות וחסר מוטיבציה לשתף פעולה בתהליך התובעני. במקרה כזה, ההתערבות של הריפוי בעיסוק מכוונת לבנייה מחדש של הדימוי העצמי, כדי ליצור אצל המטופל את התובנה שיש בשביל מה לחיות ולכן צריך להשקיע בשיקום. כך, במקרה של קשישה עצמאית בתפקודה, ששברה את פרק הירך, עברה ניתוח והגיעה לשיקום גריאטרי. ביומיים הראשונים בכתה ואמרה, שאין לה יותר בשביל מה לחיות, איך היא כסבתא לנכדים תצליח לאפות עוגיות ולשלוח חבילות לנכדיה החיילים והסטודנטים הפזורים בארץ. המרפאה בעיסוק, מתוך הבנה שאפיית עוגיות היא פעילות מאוד משמעותית עבורה, כיוונה את הטיפול להכנת עוגיות, הלכה למעשה, במטבח הטיפולי, תוך שימת דגש למגבלה שלה והנחיה כיצד עליה להתנהל במטבח עם ההליכון. על אף שתהליך האפייה היה ארוך יותר מהרגיל, הקשישה הצליחה לאפות עוגיות מצוינות וזכתה למחמאות. עבורה הייתה זו נקודת מפנה משמעותית בתפיסתה את עצמה ואת תהליך השיקום. בעקבות ההתנסות במטבח הטיפולי, נצפתה התקדמות בטיפול בפזיונרפיה, במוטיבציה לתרגול הליכה, מעברים ועלייה במדרגות. בהמשך, האישה תרגלה כיצד לבצע פעילויות נוספות המשמעותיות לה בתפקודי היום-יום ובתפקידיה כעקרת בית, כרעה וכסבתא. לדוגמה, תרגול קניות במרכול אמיתי, או בחדר המדמה מרכול, שבו אפשר לתרגל מיומנויות ביצוע פיזיות וקוגניטיביות הנדרשות לצורך ביצוע פעולה זו (Yama Hadad, Weiss & Kitzony, 2013). בנוסף לכך, ניתנה לה הדרכה כיצד להתאים את הסביבה הביתית, כך שתאפשר לה ניידות ופעילות ללא סכנה.

הטיפול בריפוי בעיסוק בשיקום, בבתי החולים ובמכונים בקהילה, משלב שימוש באמצעים טכנולוגיים מתקדמים המאפשרים למטופל לתרגל מיומנויות, תוך קבלת היוזן חוזר על מסך מחשב. המחשב משמש גם ליישום פעילויות IADL והפיכתן למעשיות עבור הקשיש, למרות הפגיעה (רבינוביץ, קלינגר ועמיתים, 2010). כך, לדוגמה, הטיפול כולל תרגול מטלות של ניהול הבית – קניות, ניהול חשבון בנק, קשר עם קופת החולים, ועוד, שניתן ליישם באמצעות האינטרנט. בד בבד עם תרגול מעשי בעבודה במטבח – הכנת ארוחה קלה או שתייה, ניתן במכוני הריפוי בעיסוק לתרגל מיומנויות באמצעות סימולאטורים. למשל, שימוש בסימולאטור לביצוע קניות במרכול ולחציית כביש (Segev-Jacobovski, Katz & Weiss, 2010). השימוש בסימולאטורים מאפשר זיהוי מהיר של בעיות וניסיון להתגבר עליהן. מדובר בשינויים במהירות תגובה, התארגנות במרחב, קושי בתהליכי חשיבה, ירידה בתפקודי החושים, ועוד.

סיום הטיפול במסגרת השיקום הוא רק תחילתה של דרך חדשה. המרפאים בעיסוק יציידו את המטופל במכתב סיכום, עם המלצות להמשך התערבות והפנייה למסגרות המשך – יחידות לטיפול בית של קופות החולים, ריפוי בעיסוק במסגרת מכון שיקום בקהילה, מרכז יום שיקומי, מרכז יום חברתי, או הפניה למסגרת המוסדית, שאליה המטופל יוצא. ככל מסגרות ההמשך, המרפאים בעיסוק ימשיכו לעבוד על מטרות חדשות בהתאם לרצונותיו וליכולותיו של המטופל ולמסגרת החיים שבה הוא מתפקד.

התערבות ביחידות לטיפול בית

טיפול בסביבה הטבעית במסגרת הבית, בתהליך השיקום או במצבים כרוניים, חושף את המרפאים בעיסוק להקשרי חייו של המטופל ולהשפעתם על תפקודו. הרכיב התרבותי מאוד דומיננטי בתכנון ובביצוע ההתערבות הטיפולית ומשפיע על תוצאותיה. בטיפול במסגרת הבית יש להתחשב בהרגלים של המטופל ושל משפחתו, בערכים שלהם ואפילו ב"אמונות טפלות", שהם מאמינים בהן (Bonder & Dal Bello-Haas, 2008).

למרפאים בעיסוק, במסגרת היחידות לטיפול בית, תפקידים רבים ומטרות מגוונות. מטרות הטיפול מתמקדות בשיפור מיומנויות פיזיות וקוגניטיביות, המלצות להתאמות דיור, בניית סדר יום, הכולל פעילויות ועיסוקים בעלי משמעות למטופל, תוך שימת דגש על הצרכים שלו ושל בני משפחתו כאחד. מטרת העל היא לעזור למטופל לבצע פעילויות ולהיות מעורב בעיסוקים משמעותיים בדרך בטוחה, יעילה ועצמאית, עד כמה שניתן. בנוסף לכך, המרפאים בעיסוק, כמו אנשי צוות נוספים ביחידות אלה, מהווים גשר בין המטופל ומשפחתו לשירותים נוספים בקהילה. עליהם להנגיש שירותים אלה למטופל ולספק לו מידע הולם ועדכני (Bonder & Dal Bello-Haas, 2008). במהלך הטיפול, המרפאים בעיסוק משלבים אמצעי טיפול ייעודיים יחד עם אבזורים הנמצאים בסביבה. כך, אפשר למצוא זה לצד זה, משחקי קופסה, מתקן לתליית כביסה ואמצעים טכנולוגיים חדשניים יותר, כמו מחשבים ניידים/ניידים.

חשוב לזכור, שביתו של אדם הוא מקור לבניית הזהות העצמית, ומהווה מקום משמעותי שבו מתרחשים אירועים חשובים ובו מצויים ושומרים חפצים בעלי ערך רגשי עבורו. בית הוא הרבה יותר מסביבה פיזית. לכן, בכל התערבות, ובמיוחד כשמדובר בשינוי דיור ובביצוע התאמות הנדרשות כדי להבטיח תפקוד בטיחותי, יש להתחשב בתרבות האדם ובקשרים הרגשיים שלו למתרחש בבית ולחפצים בו (Crepeau et al., 2009). לדוגמה, שבירת קיר לצורך מעבר של כיסא גלגלים, נחוצה והכרחית ככל שתהיה, עשויה להיתקל

בסירוב, כיוון שעל הקיר מצויים אוספים שונים, שהם תחביבו העיקרי של הקשיש. שבירת הקיר תתאפשר, מבחינתו של הקשיש, רק כאשר יימצא מראש פתרון הולם אחר להצגת אוספים אלה. התעלמות מצורך זה עלולה להשפיע על מצבו הנפשי של המטופל ולהביא להידרדרות נוספת במצבו הבריאותי.

כמו בכל התערבות, המרפאים בעיסוק עורכים הערכה ומשתמשים באבחונים ייעודיים, כדי לאתר את הגורמים המאפשרים והמגבילים תפקוד. ההתערבות נכנית בהתאם למטרות ברות-השגה, המוגדרות כמשמעותיות ביותר למטופל ולמשפחתו.

התערבות בבית אבות סיעודי

המוסד הסיעודי מהווה בית לקשישים ברמות שונות של תפקוד פיזי וקוגניטיבי. לחלק מהשוהים בו ירידה משמעותית מאוד בתפקודי הגוף, אך היכולת הקוגניטיבית שמורה. אחרים סובלים מירידה תפקודית משמעותית מבחינה פיזית וקוגניטיבית. במחלקות לתשושי נפש נמצאים קשישים ניידים עם ירידה קוגניטיבית משמעותית. למרפאים בעיסוק תפקיד חשוב בשמירה על איכות החיים של השוהים בבית הסיעודי. עליהם לבנות תכנית פעילות והתערבות, המאפשרת השתתפות של קשישים בפעילויות בעלות תכלית ומשמעות. ההתערבות של הריפוי בעיסוק מתבצעת בכל תחומי החיים – מפעילויות יום-יום בסיסיות, כגון: שמירה על היגיינה אישית ואכילה, ועד לפעילויות פנאי וחברה, לימודים ואפילו פעילויות, שיש בהן משמעות של עבודה (בן, גרוס-בקר וקקון, 2010; משרד הבריאות, 2006; ליניאל, 2010). המרפאים בעיסוק במוסד הסיעודי עורכים למטופלים הערכה ראשונית, כולל שימוש באבחונים ייעודיים, במטרה לאתר עיסוקים בעלי משמעות לאדם, מיפוי היכולות הפיזיות והקוגניטיביות וזיהוי הערכים שהנחו את הפעילויות ואת העיסוקים של הקשיש לאורך חייו והשגרות שהיה רגיל אליהן ביום-יום. המרפאים בעיסוק במוסד הסיעודי מטפלים בקשישים באופן פרטני וקבוצתי ומנהלים את שגרת הפעילות במסגרת התעסוקה. מעבר לכל אלה, יש להם תפקיד נוסף – תיווך בין הקשיש לשאר חברי הצוות ולדיירים. לא אחת, הקשישים במחלקה הסיעודית מפתחים חוסר אונים נלמד (Learned Helplessness), מצב שבו האדם לומד להתנהג באופן פסיבי וחסר אונים, בשל תחושה של היעדר שליטה ואיבוד האמונה ביכולתו לשנות את המצב. קשישים רבים במחלקה הסיעודית חווים ירידה ביכולת לבצע פעילויות באופן עצמאי (גולדהירש, 2010). כדי לשבור את מעגל חוסר האונים, תפקידם של המרפאים בעיסוק לזהות את התחומים שבהם הקשיש עדיין מסוגל לתפקד ולהביע את עצמו, ולפתח אצלו את הרצון ואת היכולת להמשיך ולעסוק

בעיסוקים מעניינים ומשמעותיים. הדבר נכון לגבי עשייה אקטיבית ופסיבית כאחד. גם האזנה למוזיקה, לפי בחירה אישית, יכולה להיות עיסוק משמעותי, ועל המרפאים בעיסוק לדאוג שלקשיש תהיה אפשרות לכך. מרפאים בעיסוק מיומנים בפיתוח ובהתאמה של פעילויות, היוצרות תחושה של מסוגלות ומבטיחות שמירה על יכולות קיימות (Bonder & Dal Bello-Haas, 2008).

שירות הריפוי בעיסוק במחלקה הסיעודית ובמחלקה לתשושי הנפש מבנה תכנית פעילות שבועית סביב נושאים מרכזיים. הפעילויות השונות מופעלות גם על ידי מדריכות תעסוקה, תוך שילוב שיטות הפעלה מגוונות, הכוללות הפעלה מוטורית, פעילויות ורבוליות – שיחות, העלאת זיכרונות, פעילויות יצירה ומשחקי חברה. בנוסף לכך, מושם דגש על פיתוח של פעילויות מיוחדות, כמו גינון, בישול, צפייה בסרטים, כולל דיון עליהם, ושימוש באמצעים טכנולוגיים מתקדמים, כמו מחשב ואמצעי הפעלה באמצעות מציאות מדומה. המרפאים בעיסוק ומדריכות התעסוקה שוקדים על פיתוח אמצעי הפעלה מותאמים ליכולת התפקודית של אוכלוסיית המוסד הסיעודי ולתרבותה. פיתוח משחקים קוגניטיביים מותאמים לאוכלוסייה מבוגרת ובניית מצגות לפיתוח נושאי שיחה הן דוגמאות לעשייה זו (משרד הבריאות, 2006; נווה ורחנאייב, 2012). בשנים האחרונות משולבים מחשבים כחלק מאמצעי ההפעלה, המשמשים קשישים בעלי יכולות מתאימות, לשימור יכולות קוגניטיביות, למשחק, לקשר עם בני משפחה, לשליחת דואר אלקטרוני, לכתבה ולהכנת מצגות. פעילות במחשב ובסביבת המחשב עשויה להוות גם בסיס לפעילות קבוצתית. לדוגמה, שימוש באמצעי משחק מתחום המציאות המדומה מהווה גם אמצעי הפעלה וגם בסיס ליצירת קשרים חברתיים בין מטופלים (נווה ורחנאייב, 2012).

אכילה היא פעילות בעלת משמעות בכל גיל, ובקרב קשישים במחלקה הסיעודית בפרט. קשישים מאבדים את יכולת האכילה העצמאית בשל רעד, בעיות בקשר עין יד, ועוד. לעתים, יש באכילה משום סכנה, שכן תהליך ההזדקנות מלווה גם בבעיות בלעיסה ובבלעיה. למרפאים בעיסוק הידע והמיומנות, בין היתר, בתחום ההאכלה והאכילה. בשיתוף פעולה עם הצוות הרב-מקצועי במחלקה נבנית תכנית התערבות, שבעקבותיה ניתן להגיש למטופל את האוכל ולארגן את סביבת הארוחה כך שיחול שיפור באיכות האכילה ובכמותה. תכנון של הגשת המנות בתוך הארוחה, קצב הגשתן, שימוש בכלי אוכל המתאימים יותר לאכילה עצמאית או להאכלה בתנחות שונות, לכל אלה השפעה על הצורך של הקשיש בקבלת סיוע והאכלה לבין אכילה באופן עצמאי (Clark, Azen, Carlson et al., 2007).

בשנים האחרונות, ניתן להבחין בירידה קוגניטיבית משמעותית אצל אחוז ניכר של הקשישים המאושפזים במחלקות הסיעודיות. לחלק מהם, הפעילויות המוצעות בריפוי בעיסוק ובתעסוקה אינן מתאימות כלל. למטופלים אלה יש ליצור מערך התערבות המשלב גירוי

חוששים וטיפול במגע, המבוצעים הן במסגרת הטיפול הניתן על ידי המרפאים בעיסוק והן במסגרת הפעילויות בתעסוקה (אליעד ורוזנבלום, 2012). עבור מטופלים אלה, ההתערבות הטיפולית בריפוי בעיסוק מספקת חוויה גופנית, שהתועלת בה היא פיזית ונפשית, באמצעות מתן גירוי חושי, המספק הנאה ותחושת נוחות (Coppola et al., 2008). כל זאת, במטרה להעלות את מידת הערנות של הקשיש ולאפשר לו למצוא ערוץ תקשורת בינו לבין סביבתו. מאחר שתגובותיו של המטופל מתועדות, ניתן לזהות תגובות חיוביות ולחזקן. לדוגמה, אם נמצא שמטופל מגיב לריח נעים של תמצית לבנדר על ידי פתיחת עיניים או חיוך, מידע זה יועבר לכל הצוות המטפל בו (אליעד ורוזנבלום, 2012).

דוגמה נוספת להתערבות ריפוי בעיסוק: אצל קשישים המוגדרים סיעודיים קיימת לא פעם נטייה לפתח טונוס מוגבר של השרירים המכופפים עד לסגירת כף היד לאגרוף למשך שעות. תנוחה זו עלולה לגרום להתפתחות פטריות בכף היד וליצירת פצעים הנגרמים מלחץ של הציפורניים על כריות כף היד. התאמת סד ומעקב האחיות אחר לבישת הסד, יכולים למנוע תופעות אלה, להפחית כאבים ולשמר את כף היד במצב שבו ניתן יהיה לרחוץ אותה, לטפל בה ואולי אפילו להשתמש בה כיד עזר.

לקשישים הנמצאים בסכנה של פיתוח פצעי לחץ, מתמקדת ההתערבות המניעתית של המרפאים בעיסוק בהתאמת סביבת הישיבה והשכיבה, בהתאמת כיסא הגלגלים, בהוספת כריות ישיבה, באמצעי הגנה ובתכנון הפעילויות במהלך היממה, כך שיאפשרו שינויי תנוחה, כמו גם ארגון ואבזור המיטה. התערבות זו מחייבת שיתוף פעולה עם אנשי צוות נוספים ממקצועות הבריאות, הסיעוד והרפואה, עם המטפל העיקרי ועם אנשים משמעותיים אחרים (Giesbrecht, 2006).

תחושות כאב מלוות לא פעם את הקשישים בחלק זה או אחר של היום, דבר המהווה אתגר מקצועי לרופאים, לאחיות ולמקצועות הבריאות. עבור המרפאים בעיסוק האתגר הוא בניהול הכאב וביצירת שגרת חיים יום-יומית למרות הכאב ואיתו. תכנון נכון של סדר היום והפעלה של הקשיש בפעילויות משמעותיות שיוצרות הסחה, הם רק חלק מאסטרטגיות ההתערבות בתחום הכאב (McCormack, 1988).

כמו כן, מרפאים בעיסוק במוסד סיעודי יכולים לסייע באיתור ובמניעת מצבי הטרדה והתעמרות בקשישים באמצעות הדרכה לאנשי הצוות ותיווך בין המטופלים והמטפלים. יצירת כלים לתקשורת, הדרכה לגבי הרגליו של המטופל, יכולותיו ומגבלותיו, במיוחד בתחומים הקשורים לטיפוח אישי ופעילויות יום-יום בסיסיות, עשויים לצמצם מצבי תסכול אצל המטפלים ומצבי התעללות בקשישים (Crepeau et al., 2009).

מעורבות בגישת הטיפול הפליאטיבי

עם התקדמות הרפואה, חלה עלייה דרמטית בתוחלת החיים בישראל, כמו בעולם המערבי כולו. בר כבד עם הזדקנות האוכלוסייה משתנים דפוסי המחלות, שמהן אנשים סובלים ומהן אנשים מתים. גישת הטיפול הפליאטיבי, המיושמת במטופלים סופניים, מוצאת את מקומה גם בטיפול בקשישים (אוברמן, 2006).

מטרתו העיקרית של הטיפול הפליאטיבי בגיל השלישי היא לאפשר את איכות החיים הטובה ביותר לקשיש בסוף ימיו ולבני משפחתו. על פי תפיסה זו, ההתערבות הטיפולית אינה רק התייחסות לרכיבים הגופניים של המחלה, אלא גם לרכיבים הרגשיים, החברתיים, הפסיכולוגיים והקיומיים-רוחניים (בנטור, רזניצקי ושנור, 2005). למרפא בעיסוק, כשותף בצוות הרב-מקצועי, יכולת רבה לתרום בכל אחד מהרכיבים הללו (Cooper, 2006).

בהתערבות על פי הגישה פליאטיבית, קביעת מטרות ההתערבות בשיתוף עם הקשיש ובני משפחתו, תוך התאמתן לתלותו הפיזית, אשר גוברת והולכת ככל שהמחלה מתקדמת, היא המשימה העיקרית של מרפאים בעיסוק (בן ורבינוביץ, 2013). מרפאים בעיסוק מסייעים בבחירת העיסוקים המשמעותיים לקשיש ובאיתור הסביבות המאפשרות והמעודדות השתתפות. זאת, מתוך הבנה, כי אלה משפיעים על איכות חייהם של הקשיש ובני משפחתו (Burkhardt, Ivy, Kannenberg et al., 2011). לרוב ניתן למצוא, כי לקראת סוף החיים סדרי העדיפויות של הקשיש משתנים מעיסוקים אקטיביים, הכוללים מטלות ומשימות, לעבר עיסוקים רוחניים, הכוללים פעילויות בעלות משמעות רוחנית של תקווה, ומשימות שהקשיש ובני משפחתו מתארים כמשימות סוף חיים. מרפאים בעיסוק מעודדים הסתגלות למצבים של ירידה בתפקוד, שינוי וצמצום בתפקידים, בעיקר באמצעות פעולות המחזקות משמעות, רווחה אישית ואיכות חיים (בן ורבינוביץ, 2013; Bonder & Dal Bello-Haas, 2008).

ריפוי בעיסוק במצבי סוף חיים, כפי שהוגדר בנייר עמדה של איגוד המרפאים בעיסוק בקנדה ובארצות הברית (Burkhardt et al., 2011; CAOT, 2005) כולל מספר מסגרות התייחסות ייחודיות. במסגרות אלו, ניתנת הדרכה למטופלים ולמשפחות להפחתת תחושות עקה (stress) ועייפות, עידוד לפעילות משמעותית, תוך התחשבות ביכולות פיזיות ובצרכים נפשיים, שימוש בטכניקות לפתרון בעיות ולהשגת מטרות אפשריות, ובעיקר בחינה משותפת של עיסוקים וסביבות מאפשרות, שבהן האדם רוצה לפעול בסוף ימיו (בן ורבינוביץ, 2013). זיהוי ותיעוד מטרות הטיפול האפשרויות ייעשה בהתאם לעמדות המטופל ובני משפחתו, תוך שימת-לב לרכיבים רגשיים, חברתיים ורוחניים ולמניעת סבל. כמו כן, כחלק מהטיפול יינתן מקום לתהליך פרידה מהחיים וכן התייחסות לאבדן ולשכול של בני המשפחה והקרובים.

- מרפאים בעיסוק, העובדים על פי הגישה הפליאטיבית, ינסו לתת מענה ולהקל על:
1. סימפטומים פיזיים: כאב, קשיי נשימה, תשישות – באמצעות ארגון סדר יום, זיהוי סביבות מקלות ומאפשרות השתתפות, התאמת ישיבה ושימוש באביזרי עזר, למידה של שיטות תנועה ושימוש בהרפיית שרירים על מנת להקל על כאב ולאפשר פעילות לטווחי זמן משתנים.
 2. סימפטומים רגשיים-חברתיים: בדידות, חרדה, אבדן תפקידים משמעותיים בעקבות המחלה, חשש מלהיות נטל על בני המשפחה – באמצעות עיסוקים משותפים עם קשישים אחרים, עם בני משפחה וקרובים וניסיון מתמיד לחפש אחר תחומי עניין אשר יקלו על תחושות בדידות וצמצום.
 3. סימפטומים רוחניים: שאילת שאלות קיומיות וחיפוש אחר עיסוקים בעלי משמעות במצב של אבדן וצמצום רב (CAOT, 2005; Cooper, 2006).

את ההתערבות הטיפולית בריפוי בעיסוק בגישה פליאטיבית אפשר לבחון על פי שלושת השלבים המאפיינים מחלות מסכנות חיים:

1. טיפול פליאטיבי ראשוני (Early Palliative Care): שלב התחלתי, שבו המטופל זקוק לסיוע בעקבות הירדרדות במצבו התפקודי, בביצוע מטלות יום-יומיות משמעותיות. בשלב זה, הגישה היא לאפשר להסתגל לשינויים ולעודד שגרות מתאימות. לרוב, המרפאים בעיסוק מסייעים לקשיש לשמור על מידת עצמאות רצויה בפעילות ADL, תוך עידוד לשמירה על יכולת השליטה, הבחירה וכבוד האדם.
2. שלב מתקדם (Progression): בשלב זה התלות בזולת גוברת, בשל ירידה ביכולות. הקשיש שווה יותר במיטה ובכיסא ויוכל להיות מעורב בפעילות במרחב של being and belonging. לרוב, בשלב זה, המרפא בעיסוק מתמקד בזיהוי סביבות המאפשרות עיסוקים משמעותיים לקשיש, תוך שימוש בשיטות מפצות, בהתאמות ישיבה, באביזרי עזר ובשינויי סביבה.
3. סוף החיים: בשלב זה הקשיש מרותק למיטה וזקוק לעזרה מרבית. לרוב, המשפחה מלווה את הקשיש, ונראה כי מידת השתתפותו בעיסוקים משמעותיים מצטמצמת. לכן, נכון יותר לסייע למשפחה במציאת תפקידים ועיסוקים משמעותיים עבורם וניסיון לקיים תהליך של פרידה (בן ורבינוביץ, 2013; Bonder & Dal Bello-Haas, 2008).

במצבי סוף החיים, ההתערבויות של המרפאים בעיסוק, בשיתוף פעולה עם אנשי צוות נוספים, מתמקדות בטיפול בכאב ובניצול מותאם של משאבי אנרגיה על ידי בניית סדר יום

בהתייחס לכאב ולהשלכותיו. המרפאים בעיסוק מבצעים התאמות סביבה, לרבות התאמת ישיבה, נידודות והתאמות במיטת החולה, שוקדים על דרכים להפיכת הזמן הפנוי לאיכותי ולמשמעותי ומשתמשים בשיטות שונות לביטוי אישי ולהשתתפות בעיסוקי פנאי. בנוסף לכך, יחד עם המטופלים הם מגדירים משימות סוף חיים – למשל, אלכום תמונות, כתיבת זיכרונות, כתיבת הוראות לבני המשפחה, ארגון טקסים ואירועים בעלי משמעות, וארגון הסביבה והזמן, כך שאפשר יהיה להוציא לפועל משימות אלו.

כאמור, מטרת הטיפול הפליאטיבי באוכלוסיית הקשישים היא להקל על עומס הסימפטומים הפיזיים, הנפשיים, החברתיים והרוחניים, שמקורם במחלות כרוניות וממאירות, ללא קשר לתוחלת החיים הצפויה או למוות המתקרב; לתת מענה כוללני ואיכותי למגוון המצוקות והסבל שמהם קשישים סובלים בשנותיהם האחרונות ולאפשר להם לסיים את חייהם בכבוד הראוי. כדי לאפשר זאת, חובה להעלות את המודעות לצרכים הפליאטיביים של האוכלוסייה המבוגרת, להתערב מוקדם יותר ולפעול לכך, שטיפול פליאטיבי, איכותי וכוללני יהיה זמין ונגיש לכל קשיש ומשפחתו, בכל מקום שבו הוא מטופל בסוף חייו (ברבינוביץ, 2013).

מניעה וקידום בריאות

במסמך ה-ICF (International Classification of Functioning), שיצא לאור בשנת 2001, הגדיר ארגון הבריאות העולמי (WHO) את מדד ההשתתפות במארג החיים כמדד החשוב ביותר לבריאות האדם. תפיסה זו אומצה באופן טבעי על ידי מקצוע הריפוי בעיסוק, שבמהותו מתמקד בסיוע לאנשים במציאת הדרך למעורבות בעיסוקים בעלי משמעות ומטרה עבורם, על מנת לאפשר להם להיות מעורבים במארג החיים (ילון-חיימוביץ ועמיתים, 2006).

בהתייחסות לקידום בריאות בקרב קשישים בישראל, נהוג להתמקד בחשיבות הפעילות הגופנית והתזונה הנכונה. בתפיסה המקצועית של הריפוי בעיסוק, קידום בריאות נעשה גם באמצעות פעילויות, שאליהן המרפאים בעיסוק מכוונים את האדם, כערובה לאיכות חיים ולבריאות. פעילויות אלו מתבצעות תוך יצירת ההתאמות הנדרשות, כדי לאפשר לאדם להגשים את המטרות שהציב לעצמו (Clark et al., 2001). לדוגמה, עבור קשיש, שהליכה לקונצרט מהווה עבורו פעילות בעלת משמעות, בונים המרפאים בעיסוק, יחד עם אותו אדם, סדר יום ופעילויות במהלך השבוע ומערך תמיכה, המבטיחים הגעתו לקונצרט בזמן ובבטחה. במצב זה, ייתכן שהקשיש, שאין

ממנהגו לצאת להליכה על אף שזו חשובה לבריאותו, יהיה מוכן להתאמץ ולצעוד לאולם הקונצרטים רק משום שפעילות זו משמעותית עבורו.

קיימות שלוש רמות של התערבות המכוונות למניעה: (1) מניעה ראשונית - מניעת מחלות או שינויים בתפקוד לפני התרחשותם. כלומר הורדת הסיכון לפתח את המחלה על ידי טיפול בגורמי הסיכון; (2) מניעה שניונית - מניעת הישנות או האטת התקדמות המחלה לאחר שהחלה; (3) מניעה שלישונית - מניעת סיבוכים שונים של המחלה.

בתהליך המניעה הראשונית המרפאים בעיסוק מתערבים בהדרכה ובהנחיה של צוותים רב-מקצועיים בדיור המוגן, בבתי האבות ובמסגרות בקהילה. ההדרכות מתמקדות באסטרטגיות למניעת נפילות, ניהול זמן, ניהול הרגלי אכילה, כולל קניות ובישול וחיזוק כישורי נהיגה וניידות בקהילה. בנוסף לכך, המרפאים בעיסוק מעורבים בהנגשה של מבנים ושירותים לרווחת האוכלוסייה בכלל ואוכלוסיית הקשישים בפרט (Bonder & Dal, 2008).

בתהליך המניעה השניונית, המרפאים בעיסוק מתמקדים בפעילות קבוצתית ופרטנית עם אנשים שחוו שינויים במצב הבריאות, כמו ירידה בחושי הראייה והשמיעה או נפילות. הטיפול מכוון למציאת דרכים לשמירה על יציבה נכונה, להתאמת הסביבה, להסרת מכשולים ולמניעתם ולטיפול ברכיב הפחד, המלווה את החשש מנפילה. אצל קשישים רבים שחוו נפילות מתעורר פחד מנפילות חוזרות. פחד מנפילות עשוי לגרום להם להימנע ממעורבות בפעילויות שונות, ומכאן הדרך קצרה לנסיגה תפקודית ולדיכאון. בעניין זה, המרפאים בעיסוק, עם הקשישים, בוחנים כיצד ניתן להתגבר על הפחד מנפילה חוזרת, כדי להבטיח שהפחד לא ישתק את הקשישים וימנע מהם השתתפות בפעילויות משמעותיות נוספות. כמו כן, המרפאים בעיסוק מקיימים קבוצות וטיפולים פרטניים לגרייה קוגניטיבית וחברתית, על מנת לשמר מיומנויות קוגניטיביות (Coppola, Elliott & Toto, 2008). לדוגמה, קבוצות לקשישים עם ירידה בראייה, שבהן מתמקדים בהשפעת הראייה על השתתפות בעיסוקים ועל איכות החיים, על הדרכים להתמודד עם השינויים ועל מציאת עיסוקים חליפיים והתאמת מכשירי עזר לראייה (Girdle, Packer & Boldy, 2008). מטרת ההתערבות הקבוצתית היא למנוע אבדן של ביצוע עיסוקים ותפקידים בחיים ובכך לשמור על רמת השתתפות ומעורבות פעילה.

בתהליך מניעה שלישונית, המרפאים בעיסוק מטפלים בקשישים הסובלים ממחלות כרוניות, מאומטואיד, מארטריטיס, ועוד וכאלה שעברו אירוע מוחי או החלפת מפרק הירך. מטרת ההתערבות היא לשפר תפקודים פונקציונליים בחיי היום-יום, לשמור על הקיים ולמנוע אבדן תפקודי נוסף, כדי להבטיח המשך חיים איכותיים ומשמעותיים, למרות החולי או המגבלה. כך, לדוגמה, בשיתוף פעולה עם מקצועות הבריאות האחרים, המרפאים

בעיסוק מתמקדים בבניית סדר יום המאפשר המשך פעילויות יחד עם שמירה על שגרת הזנה נכונה ולקחת תרופות כנדרש והם מדריכים את המטופלים כיצד לארגן את סביבת הבית, כך שתספק ביטחון והגנה מפני חבלות (Young, Frick & Phelan, 2009).

ריפוי בעיסוק והמטפל העיקרי

קשישים סיעודיים ותשושי נפש זקוקים לטיפול צמוד על ידי מטפל – בן או קרוב משפחה או מטפל בשכר (caregiver). בהתערבות טיפולית, השמה את המטופל והמטפל העיקרי במרכז, המרפאים בעיסוק ממפים את סדרי העדיפויות ואת הכוחות והערכים העומדים לרשות המטופל, כמו גם לרשות המטפל העיקרי. זאת, במקביל לאיתור האתגרים העומדים בפניהם (Crepeau et al., 2009). המטפלים העיקריים זקוקים לעזרה ולסיוע בשגרת הטיפול, במיוחד במצבי משבר או בצמתים שבהם נדרשת חשיבה מחודשת על הטיפול בקשיש, למשל, בעת אשפוזים או בעת שינויים משמעותיים במצב הבריאותי ובתפקוד, המצריכים התארגנות מחדש.

תפקיד המטפל העיקרי הוא תובעני. מכאן, שהקניית כלים מעשיים להתמודדות עם התפקיד עשויה לשפר את איכות חייהם של המטופל והמטפל כאחד. התערבות המרפאים בעיסוק היא ישירה ועקיפה וכוללת, בין השאר: עזרה בארגון מערכת שעות יומית או שבועית שתסייע לשמור על שביעות הרצון מהחיים של המטופל והמטפל, הדרכת המטפל העיקרי לגבי עקרונות ביו-מכאניים, כדי להבטיח העברות בטוחות למטופל ולמטפל, התאמה של אביזרי עזר לרווחתם של המטופל והמטפל והתאמת סביבת הבית כדי להפחית מעמסה ולהבטיח בטיחות (Bonder & Dal Bello-Haas, 2008).

למרפאים בעיסוק תפקיד חשוב בשימור יכולותיהם של המטופל והמטפל העיקרי. לא אחת קיימת נטייה אצל המטפל העיקרי לעשות כל מה שניתן עבור המטופל ובמקומו. על המרפאים בעיסוק לעודד את המטפל לאפשר למטופל לבצע פעילויות, שהוא עדיין מסוגל לבצע באופן עצמאי או עם עזרה קלה, לשתף את המטופל בהחלטות קטנות כגודלות ולאפשר לו בחירות מסוימות, כמו: מה יאכל, מה ילבש וגם במה ירצה לצפות בטלוויזיה. להדרכות אלה חשיבות רבה בשמירה על איכות חייו ועל תחושת המסוגלות של המטופל והן גם חשובות מאוד לאיכות חייו של המטפל ולקשר ביניהם לאורך זמן. הדרכה נכונה הופכת את תפקיד המטפל למשמעוטי יותר. לשם כך, מרפאים בעיסוק, בשיתוף פעולה עם אנשי מקצוע נוספים, מקיימים לא פעם גם קבוצות תמיכה למטפלים העיקריים. לדוגמה, קבוצות תמיכה למטפלים זרים מתקיימות, לעתים, במרכזי היום שאליהם מגיעים קשישים

נתמכי חוק סיעוד (Crepeau et al., 2009). להתערבות זו עשויות להיות השלכות גם על צמצום מצבי התערבות בקשישים מצד מטפלים.

שיקום נהיגה והתניידות בקהילה

אחד התחומים העשויים להעסיק קשיש המתגורר בקהילה הוא תחום הנהיגה והתניידות. נהיגה היא צורך הכרחי בעידן המודרני. העצמאות הנלווית לנהיגה במכונית חשובה בכל גיל, לרבות בגיל המבוגר, שכן היא מקלה על האפשרות להמשיך ולהשתתף בפעילות פנאי, לשמור על קשר עם בני משפחה וחברים ולצרוך שירותים חברתיים שונים. בתהליך ההזדקנות הטבעי מתרחשים אצל חלק מהנהגים המבוגרים שינויים בתפקוד המוטורי, התפיסתי, החזותי וביכולת עיבוד המידע. שינויים אלה עלולים לפגוע בכושר הנהיגה. השינויים מתרחשים בקצב שונה מאדם לאדם, ולכן הגיל כשלעצמו אינו מהווה קריטריון חד-משמעי לכשירות או לאי-כשירות לנהיגה (Di Stefano, Stuckey & Lovell, 2012).

כאשר הנוהג ברכב, או יקיריו הנוסעים ברכבו, מבחינים בסימני אזהרה המעידים על ירידה בכשירות לנהיגה חשוב לדרוש הערכת כישורי נהיגה. זו יכולה להתבצע על ידי מרפאים בעיסוק במכוני ההערכה לכישורי נהיגה, הקיימים במרכזים רפואיים ברחבי הארץ וכחלק מההתערבות הטיפולית-שיקומית במכוני ריפוי בעיסוק. סימני האזהרה האופייניים הם: חוסר מודעות למוגבלויות, קושי בזיהוי תמרורים חשובים, הצורך בעזרה או בהדרכה מהנוסעים ברכב בזמן הנהיגה, קבלת החלטות איטיות או לקויה, נטייה לאבד את הדרך גם בסביבה מוכרת, נהיגה במהירות שאינה מתאימה לתנאי הדרך, ועוד. תהליך ההערכה, שבמהלכו נבדקים תפקודי נהיגה מוטוריים, חזותיים וחשיבתיים, כולל: הערכה קלינית לקביעת פוטנציאל הנהיגה; הערכת כלי הרכב לקביעה האם הרכב הנמצא בבעלות הנבדק תואם את צרכיו; הערכת אבזור לקביעה האם ואלו שינויים כדאי לבצע בגוף הרכב להקלת התפעול והשליטה. לעתים נדרשת גם הערכת נהיגה מעשית, בזמן אמת, ברכב ללימוד נהיגה (וייס ורצון, 2007). בסיום תהליך ההערכה ניתנת לקשיש ולמשפחתו המלצה לגבי המשך נהיגה או מעבר לחלופות נידות. חשוב לציין, כי הערכת כישורי נהיגה מתבצעת גם בעקבות פגיעה ומחלה במסגרת תהליך השיקום או עם סיומו, בקרב אוכלוסייה צעירה יותר.

הצורך למעבר לחלופות נידות, למי שרגיל לנוע באופן עצמאי ברכב, דורש תרגול והסתגלות, הן במעבר לניידות באמצעות תחבורה ציבורית, הליכה ברגל או נהיגה בקלנועית. תרגול והתנסות נעשים בחציית כבישים, בהתנהלות בטוחה בתחבורה ציבורית וביכולת

להיעזר בקלנועית, וכן נדרש עיבוד פנימי אישי של הוויתור על נהיגה מתוך מודעות והבנה, שכן לכך השפעה על העיסוקים והפעילויות של האדם והתאמתם למציאות החדשה. לעתים, הרופא המטפל או רופא בדיור המוגן מפנה קשישים, הפונים אליו בבקשה לחתום על טופס בריאות עבור חידוש רישיון הנהיגה, למכוני ריפוי בעיסוק המתמחים בשיקום נהיגה בפרט ובשיקום בכלל. אבחון כישורי הנהיגה במכון ומסירת תוצאותיו עשויים לסייע לרופא בהחלטתו. בכל תחום, כמו גם בתחום הנהיגה והניידות, מידע ממגוון אנשי צוות עשוי להשפיע על הגדרת מטרות הטיפול והשיקום לקידום המטופל (וייס ועמיתיו פורום "ניידות בקהילה ושיקום נהיגה", 2013).

ריפוי בעיסוק כחלק מצוות רב-מקצועי

הריפוי בעיסוק, בכל מסגרות ההתערבות, עובד בשיתוף פעולה ובעבודת צוות עם מקצועות הבריאות הנוספים, הסיעוד והרפואה. בכל התערבות מקצועית-טיפולית של מרפאים בעיסוק מצופה, כי תוצאות ההתערבות תימדנה ביכולת הקשיש להטמיע מיומנות שרכש בפעילויות נדרשות במערכות הטיפוליות האחרות ו/או בחיי היום-יום בבית ובמחלקה. כך, לדוגמה, טיפול קוגניטיבי בריפוי בעיסוק, המתמקד בבעיות בהתארגנות במרחב של מטופל אחרי אירוע מוחי, צפוי להשפיע על יכולתו של הקשיש להתארגן באופן יעיל במרחב בזמן תרגול הליכה בפיזיותרפיה; תרגול בלבוש עצמאי של חולצה, נכון שיהיה מגובה בשיתוף פעולה עם הצוות הסיעודי והנחיה כיצד נכון להגיש את החולצה למטופל בשגרת הבוקר במחלקה. כך גם בהתאמת כלי אוכל ייחודיים למטופל, המאפשרים אכילה עצמאית, והתאמות אחרות. כמו כן, איש צוות אחר יכול לבקש ממרפאים בעיסוק ללמד, לתרגל או לשפר מיומנות מסוימת, שתאפשר התקדמות בטיפול שהוא מבצע. שיתוף פעולה ותקשורת שוטפת בין אנשי הצוות השונים מאפשרים למטופל לפעול בעצמאות ובבטיחות מרביים ולשביעות רצונו (משרד הבריאות, 2006).

סיכום

מגמת הגידול בתוחלת החיים מציבה אתגרים חדשים לאנשים המזדקנים. מצד אחד, קשישים פעילים יותר ויותר שנים מעבר לגיל העבודה ולא פעם זקוקים לעזרה בהבניית תקופה חדשה זו בחייהם; מצד אחר, עם העלייה בגיל, קשישים רבים סובלים מבעיות רפואיות מורכבות,

דבר המציב בפני המטפלים אתגרים מקצועיים חדשים בתחומים שונים. מורכבותה של אוכלוסיית הקשישים ופתיחה של מסגרות טיפול חדשות בהתאם, מחייבת את המרפאים בעיסוק להתאים כלי אבחון רגישים, לפתח כלים כאלה ולבחון את אמצעי הטיפול ואת דרכי ההתערבות. מעבר לכך, עליהם להביא לידי ביטוי את המושגים העומדים בבסיס המקצוע, כמו עיסוק, פעילות משמעותית וחיים איכותיים ולמקם את חלקו של הריפוי בעיסוק בעבודה משולבת עם אנשי צוות אחרים. כל אלה עשויים לסייע לקשישים לשמור על תחושת המסוגלות וההשתתפות שלהם ולחיות חיים בעלי תכלית ומשמעות במצבי בריאות וגם בצל חולי ומוגבלות.

"מהו סימן החיים...? האם היותו של אדם אוכל, שותה, מתנועע? לא ולא! כמה מהלכים בינינו עלי האדמות – ישנים בלילות וקמים בבקרים – והם מתים ואין הם יודעים שמתו. ואנוכי... ידעתי. כי החיים... הלא היא השתתפות במעשי העולם הזה, מתוך אהבה, או מתוך שנאה, מתוך רצון שבלב – ואם אין, הרי זה מוות" (מתוך המחזה "בעלת הארמון" / לאה גולדברג).

מקורות

- אוברמן, א. (2006). טיפול תומך בגיל המבוגר. כמה – ביטאון לעובדי בריאות בנושא רפואה פליאטיבית, 16, 45-47.
- אליעד, י. ורוזנבלום, ש. (2012). טיפול במגע וגירוי חושים במחלקה סיעודית – תיאור מקרה. כתב העת הישראלי לריפוי בעיסוק, 21 (1) H19-H31.
- בן, נ., גרוס-בקר, ד. וקקון, מ. (2010). קבוצת עמיתים, קבוצת עבודה למרפאים בעיסוק בבתי אבות: ייחודיות ההתערבות בריפוי בעיסוק כרציונאל להקמת הקבוצה ודוגמה למפגש עמיתים. כתב העת הישראלי לריפוי בעיסוק, 19 (3-4), H197-H208.
- בן, נ. ורבינוביץ, ש. (2013). תפקיד הריפוי בעיסוק בטיפול בגישה פליאטיבית באוכלוסיית קשישים. כתב העת הישראלי לריפוי בעיסוק, 22 (1), H48-H65.
- בנטור, נ., רוניצקי, ש. ושנור, י. (2005). שירותים פליאטיביים ושירותי הוספיס בישראל. ירושלים: ג'וינט ישראל, מכון ברוקדייל.
- גולדהירש, ע. (2010). חוסר אונים נלמד בקרב מטופלים קשישים. כתב העת הישראלי לריפוי בעיסוק, 19 (3-4), H233-H254.

וייס, פ. ועמיתי פורום "ניידות בקהילה ושיקום נהיגה". (2013). נייר עמדה בנושא תפקיד הריפוי בעיסוק בתחום נהיגה: אבחון, שיקום, התאמות וחלופות לניידות בקהילה. כתב העת הישראלי לריפוי בעיסוק, 22 (3).

וייס, פ. ורצון, נ. (2007). תרומתם של אבחונים קוגניטיביים ופסיכו-מוטוריים להערכת כשירות נהיגה. הרפואה, 146, 952-956.

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

ליף א., תמיר, ר. ופסח, ל. (2010). חושבים בגדול ומרגישים בגדול עם פרקינסון. כתב העת הישראלי לריפוי בעיסוק, 19 (4-3), H167-H177.

ליניאל, ר. (2010). מגמות בהעסקת מרפאים בעיסוק במוסדות גריאטריים סיעודיים במהלך עשר שנים (1998-2006). כתב העת הישראלי לריפוי בעיסוק, 19 (4-3), H179-H196.

נווה, י. ורחנאייב, מ. (2012). פעילות פנאי ותעסוקה לקשישים. ירושלים: אשל, ג'וינט ישראל, בית בלב.

משרד הבריאות, מינהל הרפואה. החטיבה לענייני בריאות. (2006). נוהלי עבודה – השירות לריפוי בעיסוק – חוזר מס' 48/2006, ירושלים. <http://www.old.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=39&catId=801&PageId=4244>

רבינוביץ, ש., קלינגר, א., קורצ'ין, ע., ורנר, פ. ויוסמן, נ. (2010). הקשר בין תפקודים אקזוטיביים לתפקודי יום-יום אינסטרומנטליים אצל קשישים עם ירידה קוגניטיבית קלה (MCI). כתב העת הישראלי לריפוי בעיסוק, 19 (4-3), H179-H196.

רוטנברג-שפיגלמן, ש., יואל, ש., שחר, ה., בצון, ד. ומאיר, ע. (2013). טיפול קבוצתי מבוסס עיסוק לאנשים החווים ירידה בזיכרון: ניתוח שלושה מקרי קיצון. כתב העת הישראלי לריפוי בעיסוק, 22 (1), H7-H27.

Bier, N., Provencher, V., Gagnon, L., Van der Linden, M., Adam, S. & Desrosiers, J. (2008). New learning in dementia: Transfer and spontaneous use of learning in everyday life functioning. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18, 204-235.

Bonder, B.R. & Dal Bello-Haas, V. (2008). *Functional performance in older adults*. Philadelphia: F.A Davis Company.

Burkhardt, A., Ivy, M., Kannenberg, K.R., Low, J.F., Aurele, J.M. & Youngstrom, M.J. (2011). The role of occupational therapy in end-of-life care. *American Journal of Occupational Therapy*, 68, 1-15.

- Canadian Association of Occupational Therapy (CAOT) (2005). Position statement: Occupational therapy and end of life care. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72 (2), 121-122.
- Clark, F., Azen, S.P., Carlson, M., Mandel, D., LaBree, L., Hay, J., Zemke, R., Jackson, J. & Lipson, L. (2001). Embedding health-promoting changes into the daily lives of independent-living older adults: Long-term follow up of occupational therapy intervention. *Journal of Gerontology*, 56B (1), 60-63.
- Cooper, J. (2006). *Occupational therapy in oncology and palliative care*. West Sussex, England : John Wiley & Sons Ltd.
- Copolillo, A. & Teitelman, J.L. (2005). Acquisition and integration of low vision devices: Understanding the decision-making process of older adults with low vision. *American Journal of Occupational Therapy*, 59, 305-313.
- Coppola, S., Elliott, S.J. & Toto, P.E. (2008). *Strategies to advance gerontology excellence: Promoting best practice in occupational therapy*. Bethesda, M.D.: AOTA press.
- Crepeau, E.B., Cohn, E.S. & Boyt Schell, B.A. (2009). *Willard & Spackman's occupational therapy*. Baltimore, M.D.: Lippincott.
- Di Stefano, M., Stuckey, R. & Lovell, R. (2012). Promotion of safe community mobility: Challenges and opportunities for occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal* 59, 98-102.
- Giesbrecht, E. (2006). Pressure ulcers and occupational therapy practice: A Canadian perspective. *The Canadian Journal of Occupational Therapy* 73 (1) 56-63.
- Giles, G.M. (2011). A neuro functional approach to rehabilitation after brain injury. In: N. Katz (Ed.), *Cognition, occupation, and participation across the life span: Neuroscience, neurorehabilitation, and models of intervention in occupational therapy* (3rd ed., pp 351-381). Bethesda, M.D.: AOTA press.
- Girdle, S., Packer, T.L. & Boldy, D. (2008). The impact of age-related vision loss. *Occupational Therapy Journal of Research*, 28 (3), 110-120.
- Gitlin, L.N., Winter, L., Dennis, M.P., Hodgson, N. & Hauck, W.W. (2010). A biobehavioral home-based intervention and the well-being of patients with dementia and their caregivers. *Journal of the American Medical Association*, 304 (9), 983-991.

- Hartman-Maeir, A., Katz, N. & Baum, C.M. (2009). Cognitive function evaluation (CFE) process for individuals with suspected cognitive disabilities. *Occupational Therapy in Health Care* 23 (1).
- Kielhofner, G., Borell, L., Burke, J., Heifrich, C. & Nygard, L. (1995). Volition subsystem. In: G. Kielhofner, (Ed.), *A model of human occupation: Theory and application* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Kinsella, G.J., Mullaly, E., Rand, E., Ong, B., Burton, C., Price, S., Phillips, M. & Storey, E. (2009). Early intervention for mild cognitive impairment: A randomized controlled trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 80 (7), 730-736.
- Londos, E., Boschian, K., Linden, A. et al. (2008). Effects of a goal-oriented rehabilitation program in mild cognitive impairment: A pilot study. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 23 (2), 177-183.
- McCormack, L. (1988). Pain management by occupational therapists. *The American Journal of Occupational Therapy*, 42, 9.
- Randomski, M.V. & Trombly Latham, C.A. (Eds.). (2008). *Occupational therapy for physical dysfunction*. (6th ed.). Philadelphia PA: Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkens.
- Rotenberg-Shpigelman, S. & Maeir, A. (2011). Participation-centered treatment for elderly with mild cognitive deficits: A "Book Club" group case study. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 29 (3), 222-232.
- Segev-Jacobovski, O., Katz, N. & Weiss, P.L. (2010). Attention and performance during a virtual street crossing task in the elderly following orthopedic surgery due to falling. *Israel Journal of Occupational Therapy*, 19 (3-4), E59-E77.
- Skelton, F., Kunik, M.E., Regev, T. & Naik, A.D. (2010). Determining if an older adult can make and execute decisions to live safely at home: A capacity assessment and intervention model. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50 (3), 300-305.
- Solomon, D., Brown, A.S. & Brummel-Smith, K. (1988). National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Geriatric assessment methods for clinical decision-making. *Journal of the American Geriatric Society*, 36 (4), 342-347.

- Toglia, J.P. (2011). The dynamic interactional model of cognition in cognitive rehabilitation. In: N. Katz, (Ed.), *Cognition, occupation, and participation across the life span: Neuroscience, neurorehabilitation and models of intervention in occupational therapy* (3rd ed., pp 161-202). Bethesda: AOTA press.
- Troyer, A.K., Murphy, K.M., Anderson, N.D., Moscovitch M. & Craik, F.I.M. (2008). Changing everyday memory behavior in amnesic mild cognitive impairment: A randomized controlled trial. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18 (1), 65-88.
- World Health Organization. (1946). Preamble to the constitution of the world health organization. *Official Records of the World Health Organization* (no. 2, p. 100). New York.
- Yama Hadad, S., Weiss, P.L. & Kizony, R. (2013). Using a physical model of a supermarket to assess and treat stroke. *The Israeli Journal of Occupational Therapy*, 22 (1).
- Young, Y., Frick, K.D. & Phelan, E.A. (2009). Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10 (2), 87-92.

פרק 10

"אני שומע אבל אני לא מבין": על שמיעה ותקשורת בזיקנה

לימור לביא

מבוא

היכולת להפיק ולהבין דיבור היא הבסיס האנושי לתקשר, ליצור קשרים חברתיים, לקבל ולמסור מידע, להביע צרכים ולקבל מענה עליהם. לליקוי בשמיעה, במיוחד בגיל השלישי, עלולות להיות השפעות קשות על היכולת לתקשר, ועקב כך תיתכן פגיעה באיכות החיים והחרפה של תחושת הבדידות שממנה סובלים קשישים רבים.

ליקוי שמיעה בגיל השלישי

ליקוי שמיעה מוגדר כפגיעה בחדות השמיעה בהשוואה לנורמה (סף שמיעה גבוה מ-15 דציבל) (Gelfand, 2009)¹. ההגדרה של רמת הליקוי היא מורכבת ומתייחסת למידת הליקוי

1 דרגת ליקוי השמיעה על פי סף השמיעה בדציבלים (dB) מוגדרת כדלקמן:

דרגת הליקוי	רמת הירידה הממוצעת בשמיעה
שמיעה נורמלית	עד 15 dB
ליקוי מזערי	15-25 dB
ליקוי קל	16-40 dB
ליקוי בינוני	41-55 dB
ליקוי בינוני-חמור	56-70 dB
ליקוי חמור	71-90 dB
ליקוי עמוק	91 dB ומעלה

בתדרים שונים, לצורת עקומת השמיעה ולרמה של תפיסת הדיבור. ירידה בשמיעה תלוית-גיל (פרסביאקוזיס) נובעת מהזדקנות ביולוגית של המערכת השמיעתית, יחד עם השפעות חיצוניות מצטברות במשך החיים כמו חשיפה לרעש, תרופות בעלות השפעה מזיקה על האוזן, תגובות בין-תרופתיות (CHABA, 1988) וכן מחלות וזיהומים (Weinstein, 2003; 2013). ליקוי שמיעה הוא המצב הכרוני השלישי בשכיחותו המדווח על ידי קשישים אחרי יתר לחץ דם וארטריטיס (Yueh, Shapiro, MacLean et al., 2003). השכיחות של ליקויי שמיעה היא כ-50% בקרב בני 65 ומעלה וכ-90% בקרב קשישים מעל גיל 80. הירידה בשמיעה תלוית הגיל היא פרוגרסיבית, כ-1 דציבל מדי שנה (Lee, Matthews, Dubno et al., 2005), ולרוב היא חמורה יותר בתדרים הגבוהים, מעל 1,000 הרץ. קצב הירידה בשמיעה נוטה להיות מהיר יותר בקרב גברים: הירידה בשמיעה בקרב גברים מתחילה בגיל צעיר יותר מאשר בקרב נשים, ולמעשה עד גיל 60 קצב השינוי הממוצע בשמיעה בקרב גברים הוא יותר מכפול מקצב השינוי בקרב נשים. לאחר מכן אין הבדלים משמעותיים בין המינים, כך שבעשור השמיני והתשיעי לחיים קצב ההידרדרות השמיעתית דומה בגברים ובנשים (Pearson, Morrell, Gordon-Salant et al., 1995).

שמיעה ותפיסת דיבור בקרב קשישים

אבחון שמיעה נערך על ידי קלינאי תקשורת לאחר בדיקה רפואית. רופאי משפחה, אף אוזן גרון, נויורולוגים או פסיכו-גריאטרים עשויים להפנות נבדקים לאבחון שמיעתי לאור תלונות מטופלים או בני משפחתם על ליקוי שמיעה, בעקבות ממצאים רפואיים או במסגרת בדיקות תקופתיות. אמנם מומלץ לערוך אבחון שמיעה שגרתי מידי שנה, אולם אין כיום בישראל נוהל מסודר לעריכת בדיקות סינון לאיתור ליקויי שמיעה במבוגרים. באבחון שמיעה בסיסי נערכת בדיקת שמיעה בתא אטום לרעש, שבמהלכה נמדד סף השמיעה (העצמה הנשמעת הנמוכה ביותר) בדציבלים (dB), הן לשמיעה של צלילים (טונים טהורים) והן לתפיסה של מילים. בדיקת הסף מספקת מידע על רמת השמיעה של הנבדק. נוסף על כך נבדקת רמת הדיסקרימינציה, כלומר: היכולת לזהות במדויק מילים המוצגות בעוצמת שמיעה נוחה. בדיקה זו נותנת מידע על היכולת של הנבדק לתפוס ולהבין דיבור.

על אף שבדיקת השמיעה היא תקן הזהב של האבחון השמיעתי, היא נושאת רק חלק מהמידע לגבי התפקוד התקשורתי של הנבדק. הדבר נכון במיוחד לגבי קשישים, שרבים מהם נתקלים בקשיים תפיסתיים רבים יותר מאלה שהיינו מצפים להם לפי בדיקת השמיעה שלהם (Martin & Jerger, 2005). קשיים אלה ניכרים בעיקר בתנאי שמע קשים, כגון: הדחוד,

דיבור מהיר, רעש סביבתי ושיחה מרובת משתתפים (Schneider & Pichora-Fuller, 2001). תנאי השמע התובעניים ביותר לקשישים הם האזנה לדובר יחיד על רקע דיבור של דובר אחד או של דוברים רבים (Divenyi & Haupt, 1997). מספר גורמים תורמים לקושי להבין דיבור בגיל המבוגר: גורמים שמקורם במערכת השמיעה הפרפרית, המתייחסים לירידה ברגישות השמיעתית ולשינויים בתפקוד של האוזן הפנימית, גורמים קוגניטיביים, כגון שינויים בזמן התגובה, בזיכרון העבודה וביכולת לחלוקת קשב וכן גורמים המתייחסים לשינויים בעיבוד השמיעתי.

ליקוי שמיעה, שינויים באוזן הפנימית והשפעתם על הבנת הדיבור בגיל המבוגר
ירידה בשמיעה תלוית-גיל מתבטאת ברגישות מופחתת ונגרמת, בין השאר, כתוצאה מהתנוונות ואבדן של תאי חישה באוזן הפנימית (ליקוי שמיעה תחושתית) (Weinstein, 2003; 2013). הירידה במספר תאי החישה ניכרת בעיקר אחרי גיל 70, ומגיעה עד לאבדן של יותר מ-60% מהתאים מעל גיל 80. רבים מהקשיים בתפיסת הדיבור שקשישים חווים, מיוחסים לירידה בשמיעה בתדרים הגבוהים, האופיינית לליקוי שמיעה תלוי-גיל. שמיעה תקינה של התדרים הגבוהים היא בעלת חשיבות רבה לתפיסה נכונה של הדיבור, שכן הרכב התדרים של עיצורים רבים הוא גבוה (למשל: ההגאים ש', ס', צ', פ', ט' ואחרים) והעצמה של רבים מהם נמוכה, בהשוואה להגאים אחרים במילה. כך למשל, להבחנה בין המילים עט/ו-עץ/נחוצה שמיעה טובה בתדרים הגבוהים, וקשישים עם ליקוי שמיעה בתדרים אלה עלולים לטעות בתפיסתן. הקושי גדול עוד יותר בנוכחות רעש, משום שהתדרים של רבים מרעשי הרקע הם נמוכים. כאשר השמיעה בתדרים הנמוכים טובה מזו שבתדרים הגבוהים, רעשי הרקע נשמעים היטב והם עלולים לכסות על העיצורים ולמסך אותם.

תאי החישה באוזן הפנימית תורמים גם למערכות פיזיולוגיות, שלהן תפקיד חשוב בהפחתה של תגובות המערכת השמיעתית לרעש סביבתי (Moore, 1996). מאזינים לקויי שמיעה זקוקים ליחס אות/רעש (SNR – signal to noise ratio) גבוה יותר בהשוואה למאזינים עם שמיעה נורמלית, כדי לזהות דיבור באותה רמת דיוק (Killion, 1997a). בחדרים שיש בהם רמת הדהוד בינונית, יש למאזינים לקויי שמיעה צורך ברמות SNR גבוהות עוד יותר (Palmer, 2002). אי לכך, לקשישים לקויי שמיעה יש לעתים קרובות קושי ניכר להבין דיבור בתנאים אקוסטיים, שלצעירים בעלי שמיעה תקינה אין בהם כל קושי. כך, צעירים בעלי שמיעה תקינה יכולים לזהות 50% ממילים שנאמרות על רקע רעש המורכב מדיבור של מספר דוברים, כבר ביחס אות/רעש של כ-8.5 dB (כלומר: רעש רקע חזק בהרבה מדיבור המטרה), ואילו קשישים לקויי שמיעה, בעלי ליקוי קל עד בינוני, זקוקים ליחס אות/רעש של כ-1.25 dB + (כלומר: הדיבור חזק מרעש הרקע) כדי לזהות

שיעור דומה של מילים – כמעט 10 dB יותר בהשוואה לצעירים (לביא, 2011; Lavie, Banai, Attias et al., 2014a). זהו פער גדול מאוד, שבתנאי שמיעה יום-יומיים לא ניתן כמעט לגשר עליו. יתר על כן, ככל שליקוי השמיעה חמור יותר, יחס האות/רעש צריך להיות גדול יותר כדי שהאדם לקוי השמיעה יוכל לתפוס ולהבין דיבור (Killion, 1997b), ולכן מצטרפות, כאמור, השפעות נוספות תלויות-גיל.

זאת ועוד, כתוצאה משינויים תלויי-גיל באוזן הפנימית, נוצרים עיוותים בעיבוד הקלט השמיעתי, שאין להם ביטוי בבדיקת השמיעה. עיוותים אלה גורמים לכך, שישנם חסרים ביכולת של האוזן להפריד בין רכיבים שונים של צליל מורכב (Moore, 1996) או להבחין בהבדלים קלים בין צלילים בעלי משך שונה (Schneider & Pichora-Fuller, 2001). עיוותים בברירת התדרים והזמן, האופייניים לירידת שמיעה תחושתית (שמקורה באוזן הפנימית), פוגעים ביכולת של המאזין לזהות הבדלים בין תדרים ולתפוס צלילים קצרים (כגון עיצורים). חסרים אלה תורמים עוד לפגיעה בתפיסת הדיבור בסביבה מהדהדת או בנוכחות רעש מתחרה או רעש של ריבוי דוברים, ולקושי להפריד בין רעש הרקע לבין הדיבור (Divenyi & Haupt, 1997). לעתים קרובות, הסימן הראשון לליקוי שמיעה הוא דיווח על קושי להבין דיבור בסביבות רועשות, ולכן משערים שהפגיעה בעיבודי הזמן והמשך של הצלילים מתרחשת כבר בשלבים מוקדמים של התפתחות ליקוי השמיעה, עוד בטרם נצפית ירידה משמעותית ברגישות השמיעתית (Larsby & Arlinger, 1999).

אולם עיוותים בברירת תדרים וזמן אינם נחלתם הבלעדית של קשישים לקויי שמיעה, ולמעשה אופייניים לליקויי שמיעה תחושתיים בכל גיל. לכן, אין בהם כדי להסביר מדוע תפיסת דיבור בקרב קשישים בתנאי האזנה קשים גרועה מזו של צעירים בעלי שמיעה זהה, נורמלית או ירודה, באותם תנאי האזנה. בחינה של קשיי הבנת הדיבור בקרב קשישים מראה, שלפחות חלקם נובע גם מירידה תלוית-גיל ביכולת הקוגניטיבית (שאינה תלויה בעיבוד שמיעתי), משינויים בעיבוד השמיעתי (שמקורם בעצב השמע ובמרכז השמיעה במוח), או משילוב של השניים, יחד עם השפעת ליקוי השמיעה (Martin & Jerger, 2005).

גורמים קוגניטיביים המשפיעים על הבנת הדיבור בגיל המבוגר

תפיסת דיבור מערבת גם תהליכי עיבוד קוגניטיביים, שמשתתפים בפענוח ובהבנה של המידע העצבי המקודד. חלק ניכר מן הקשיים התפיסתיים של קשישים מיוחס, כאמור, לירידה קוגניטיבית במספר תחומים:

1. ירידה בזמן התגובה וביכולת לבצע עיבודים מהירים (Martin & Jerger, 2005):

דיבור טבעי הוא בעל קצב מהיר: מ-90 מילים בדקה, בשיחה הדורשת חשיבה מאומצת, ועד יותר מ-210 מילים בדקה אצל קריין הקורא חדשות או תחזית מזג

אוויר מתוך חומר כתוב. בקרב קשישים, האטה כללית בביצוע פעולות תפיסתיות וקוגניטיביות עלולה לגרום לקושי לתפוס ולהבין דיבור מהיר, שעשוי להגיע לקצב של 2.3-3.0 מילים בשנייה ויותר, וזאת עקב הצורך לבצע מספר פעולות מהירות ומסובכות במקביל (Wingfield & Tun, 2001): (א) לנקות שונויות במבטאים ובאופן הגייה, כדי לאפשר תפיסת דיבור שאינה תלויה במאפייני הדיבור הייחודיים של הדובר. פעולה זו, המכונה נורמליזציה, מציבה קושי מיוחד בפני קשישים, גם אלה ששמיעתם טובה יחסית לגילם; (ב) בדיבור טבעי מילים נהגות ברצף אקוסטי אחד. כדי לקבוע גבולות של מילים יש להסתמך על הקשר שפתי ועל הקשר תוכני (של "העולם האמיתי"). כמו כן, בתוך הרצף האקוסטי חלק מהמילים נהגות באופן לא מושלם, במיוחד בעת דיבור מהיר. תוך כדי השיחה על המאזין לזהות את המילים, לקשר אותן למשמעות ולקבוע את מבנה המשפט ואת המשמעות של המסר. ואכן, ווינגפילד וטאן (Wingfield & Tun, 2001) דיווחו על ירידה גדלה והולכת ביכולת של קשישים לתפוס דיבור מהיר באופן מדויק ככל שקצב הדיבור עולה, וללא תלות בחומרת ליקוי השמיעה שלהם. ירידה זו משמעותית גם בהשוואה לצעירים בעלי ליקוי שמיעה תואם, ולמעשה לא נמצאה השפעה של ליקוי שמיעה על זיהוי דיבור מהיר בקרב צעירים לקויי שמיעה בהשוואה לצעירים בעלי שמיעה תקינה. כאשר מאפשרים לנבדקים לקבוע מהו קצב הדיבור הנוח להם להאזנה, קשישים נוטים לבחור קצב איטי יותר מאשר צעירים. ההשפעה של קצב הדיבור על היכולת של קשישים להבין ולזכור מתאימה לממצאים בתחומים אחרים, המצביעים על ירידה כללית עם הגיל בביצוע פעולות תפיסתיות וקוגניטיביות. עם זאת, יש סברה שהירידה בביצועים עם הגיל בתגובה לגירויים מהירים אינה תלויה בגורמים קוגניטיביים. ייתכן שירידה זו ייחודית למשימות שמיעתיות וייתכן שהיא ייחודית לתגובה לגירויי דיבור (Humes, Burk, Coughin et al., 2007).

ההשפעה של ירידה במהירות העיבוד באה לידי ביטוי גם במצבים שבהם נדרשת תפיסת דיבור על רקע רעש. טאן ו-ווינגפילד (Tun & Wingfield, 1999) מדדו זמני תגובה של צעירים ושל קשישים בעלי רמת תפקוד גבוהה, במשימות של חזרה על משפטים שהושמעו בעצמות משתנות בתנאי שקט ועל רקע רעש מתחרה. הם מצאו, כי למרות שהשמיעה של הנבדקים הקשישים במחקרם הייתה מעולה, וטובה באופן משמעותי מהשמיעה הממוצעת בגילם, הרי שהציון הכללי של נבדקים אלה בזכירת משפטים ברעש היה גרוע באופן משמעותי מזה של צעירים, וזמני התגובה שלהם היו איטיים יותר במידה משמעותית. בשל ההאטה הקוגניטיבית, קשישים פגיעים יותר מצעירים אפילו להפרעה של דובר מתחרה אחד, שהייתה לה

במחקר זה השפעה משמעותית על ציוני הזכירה ועל זמני התגובה בקרב קשישים (אך לא בקרב הצעירים).

2. ירידה תלוית-גיל ביכולת ליצור ולהבין משפטים בעלי תחביר מורכב עלולה להיגרם מקשיי שליפה מהזיכרון לטווח ארוך, או מירידה בזיכרון העבודה (working memory)², שאחד מתפקידיו הוא להחזיק תוצרים של ניתוח הדיבור לשם האחדה עם הדיבור שכבר נשמע (Light, 2001). משפטים שתחבירם מסובך במיוחד מטילים עומס כבד על זיכרון העבודה וקשישים עלולים לטעות בהבנתם. כך, ביצועים של צעירים ושל קשישים עשויים להיות דומים אלה לאלה במשימות זכירה פשוטות יחסית (כגון זכירת ספרות), אולם כשמימות הזכירה הופכות למורכבות יותר (למשל: זכירת המילה האחרונה בכל משפט בתום השמעת מספר משפטים) ניכרים הבדלי גיל משמעותיים (Wingfield, Stin, Lahar et al., 1998). עם זאת, נמצא כי קשישים מפיקים תועלת רבה יותר מרמזי הקשר במסר המוצג להם במשימות זיהוי משפטים על רקע רעש בהשוואה לצעירים (Pichora-Fuller, Schneider & Daneman, 1995). הסיבה לכך היא, שהבנת דיבור וזכירה של חומרים לשוניים הם תפקודים קוגניטיביים שאינם נפגעים עם הגיל. בהזדקנות נורמלית הידע הלשוני והיכולת לנצל שמורים היטב, שכן אוצר המילים אינו מתכווץ, ולעתים אף גדל (למעט בקרב קשישים בגיל מופלג במיוחד), כך שנשמרת היכולת להיעזר בהקשרים שפתיים בתנאי האזנה שונים, ברמת המשפט וברמת השיח (Wingfield & Tun, 2001). קשישים משתמשים בידע הלשוני שלהם כדי לזהות מילים שנהגות בחסר או בהגייה לא תקינה, מסתייעים בו כדי להבין דיבור בתנאי רעש ונעזרים בידע זה כדי לפצות, במידה מסוימת, על אבדן העושר התפיסתי שאופייני לליקוי שמיעה תלוי גיל (Wingfield, Tun & McCoy, 2005). קשישים יכולים להשתמש ביעילות, לעתים אף יותר מאשר צעירים, גם ברמזים של אינטונציה, טעם והפסקות במהלך משפט, כדי לזהות גבולות תחביריים ומיקוד סמנטי (Kjelgaard, Titone & Wingfield, 1999; Wingfield, Wayland & Stin, 1992). גם קשיים בשליפת מילים אינם נובעים ממבנים לשוניים לקויים בקרב קשישים, אלא מקשיים כלליים של שליפה וגישה למידע (Kemper & Zelinski, 1994), ואילו ירידה תלוית-גיל ביכולת ליצור ולהבין משפטים בעלי תחביר מורכב

2 זיכרון העבודה מוגדר כמערכת המאפשרת אחסון זמני של מידע בתווך (buffer) וזיכרון בעל קיבולת מוגבלת, שבו מתאפשרים פירוש ואינטגרציה של חומר חדש עם מידע מאוחסן קודם (Baddeley, 2000; Baddeley & Hitch, 1974).

עלולה להיגרם בעיקר משינויים בזיכרון העבודה או מקשיי שליפה מהזיכרון לטווח ארוך, ולא מקושי תחבירי (Light, 2001).

3. הקושי להבין דיבור בתנאי רעש נובע גם מקושי בחלוקת קשב ומהפחתה ביכולת לסנן ולעכב צלילים מסיחים (Tun, 1998). חלוקת קשב והתעלמות מגירויים מתחרים ולא רלוונטיים מהוות חלק מזיכרון העבודה. ירידה בתפקודים אלה עלולה לפגוע בהבנת הדיבור בסביבות אקוסטיות מורכבות, שאופייניות להאזנה בחיי יום-יום (Wingfield & Tun, 2001). במחקרים שהשוו זכירת משפטים בתנאי שקט ועל רקע סוגים שונים של רעש, נמצא כי בעוד שצעירים כמעט שלא הופרעו מרעשים מסיחים בעצמות חלשות, הרי שבקרב קשישים כל צורה ורמה של רעש רקע, הן דיבור והן רעש לבן, גרמו לירידה משמעותית בזכירה המדויקת של חומרי המבחן (Tun & Wingfield, 1999). העובדה שאפילו לרעש מתחרה של דובר אחד בעצמה נמוכה הייתה השפעה משמעותית על ציון הזכירה בקבוצת המבוגרים, מצביעה על קושי ניכר בחלוקת קשב ובסינון גירויים מסיחים. בתנאי תחרות בין שני דוברים, על המאזין להבחין ולהפריד בין שני זרמי הדיבור, לנרמל את שני הקולות ולהשתמש באסטרטגיות של הקצאת קשב כדי להתמקד בקול הרצוי (דיבור המטרה) ולהתעלם מהקול המתחרה. פעולה זו דורשת קשב מופצל ויוצרת עומס כבד על תפקוד המנהל המרכזי (executive function), שהוא הרכיב של זיכרון העבודה האחראי על תכנון זמנים, תיאום משאבי קשב והקצאתם לפעולות מתמשכות. חלק זה של זיכרון העבודה פגיע במיוחד להשפעות הגיל (Baddeley, 1996). במחקר מאוחר יותר השוו טאן וחבריה (Tun, O' Kane & Wingfield, 2002) את מידת ההפרעה של מסיחים שונים: דיבור בעל משמעות, דיבור חסר משמעות שהורכב מרצף מילים אקראי, ודיבור בשפה לא מוכרת. הם מצאו, כי קשישים הופרעו יותר ממסיחים בעלי משמעות מאשר ממסיחים חסרי משמעות, ואילו בקרב צעירים רמת ההפרעה הכללית, שנגרמה מהסוגים השונים של הדיבור המתחרה, הייתה נמוכה יותר, ולא היו הבדלים ברמת ההסחה בין דיבור מתחרה בעל משמעות לבין רצף מילים חסר משמעות. הממצאים הללו מעידים על כך, שהבדלי הגיל בהאזנה לדיבור בנוכחות דיבור מתחרה, אינם נעוצים רק בהבדלים בחדות השמיעתית או ברגישות מיוחדת למיסוך סביבתי, אלא נובעים מאופן עיבוד הדיבור על ידי קשישים, גם אם צורת עיבוד זו אינה משרתת תמיד את המאמץ להאזין לדיבור המטרה על רקע דיבור מתחרה. בקרב קשישים, התוכן הסמנטי של הגירויים המסיחים "דולף" וגורם להפרעה בעיבוד גירוי המטרה, ברמה שאינה נצפית בקרב צעירים. ההשפעה המשולבת של שינויים במערכת השמיעתית ושל

ירידה ביעילות חלוקת הקשב גורמת להגדלת הקושי. ממצא מעניין במחקר זה הראה, כי אף שזכירת חומרי המבחן על ידי הנבדקים הצעירים הושפעה מהגירויים המתחרים פחות מהזכירה של הקשישים, הרי שהנבדקים הצעירים זיהו בתום המבחן מספר רב יותר של רכיבי הגירויים המתחרים לעומת הקשישים. יכולות עיבוד הדיבור של הצעירים היו מספיקות כדי לאפשר להם לשמור ביעילות את שני זרמי הדיבור: הם עיבדו את גירוי המטרה ברמת זכירה גבוהה, ובה בעת הקצו משאבי עיבוד לגירוי המתחרה, כך שהשאיר עקבות בזיכרון. ואילו בקרב הקשישים, על אף שהדיבור המתחרה פגם אצלם בזכירת דיבור המטרה יותר משפגם אצל הצעירים, הם זיהו בדיעבד רק מעט מאוד גירויים מסיחים. בקרב הקשישים הדיבור המסיח עובד באופן שהספיק להשפיע על זכירת דיבור המטרה, אך לא יצר עקבות זיכרון עשירים דיים לתמוך בזיהוי מאוחר. זאת משום שמאמץ מוגדל, המופעל כדי לזהות דיבור (אם בשל רעש מתחרה או בשל ירידה בשמיעה), מפחית את משאבי העיבוד העומדים לרשות הקשישים, וכך פוגע ביכולתם לזכור חומרים מילוליים (Rabbitt, 1968; Wingfield et al., 2005).

שינויים בעיבוד שמיעה מרכזי המשפיעים על הבנת הדיבור בגיל המבוגר

נוסף לשינויים הקוגניטיביים, חלק ניכר מהקשיים התפיסתיים של קשישים מיוחס גם לפגיעה ביכולת העיבוד המרכזית, כלומר פגיעה בפעולה העצבית, החל מגזע המוח והמסלולים העצביים האודיטוריים ועד לפגיעה ביכולת העיבוד של הקורטקס האודיטורי. הידלדלות עצבית תלוית-גיל, המאופיינת בהפחתה במספר סיבי העצב, שינויים בגודלם וירידה בהסתעפות שלהם (ראו סקירה אצל Weinstein, 2013) גורמת לפגיעה בהעברה העצבית, בעיבוד המידע ובאחסונו, וביכולת העיבוד המרכזית. ניוון עצבי תלוי-גיל זה של המערכת האודיטורית המרכזית, הוא אחת הסיבות העיקריות לחסרים המרכזיים בעיבוד השמיעתי (Frisina, 2001), המתבטאים בהפרעה בזיהוי, בהבחנה, בארגון, במיון, במיקום ובעיבוד של צלילים (Moore, 2007). השינויים ביכולת העיבוד המרכזית משקפים את האופי המורכב של השינויים תלוי-הגיל המתרחשים לאורך מערכת העצבים האודיטורית המרכזית, והם חלק מהגורמים לקשיים הרבים יותר בהבנת דיבור בקרב קשישים מאשר בקרב צעירים בעלי אותה רמה של ליקוי שמיעה.

פגיעה מרכזית עשויה להתבטא בקושי לעבד גירויים מתחרים, להבין דיבור מעוות, דיבור באיכות ירודה או דיבור המוצג בתנאי האזנה ירודים, או בקושי להבין דיבור מהיר (Divenyi & Haupt, 1997; Divenyi, Stark & Haupt, 2005; Gordon-Salant & Fitzgibbons, 2001). פגיעה כזו בקרב קשישים עלולה להיווצר גם ללא רקע של ליקוי שמיעה, כאשר

השמיעה והתפקוד הקוגניטיבי שמורים, ולהשפיע על עיבוד הדיבור ועל הבנת דיבור על רקע רעש (Frisina & Frisina, 1997). חסרים בעיבוד המרכזי תורמים לביצועים גרועים גם עם מכשירי שמיעה, לשביעות רצון מופחתת מהמכשירים ולתועלת מופחתת בשימוש בהם (Stach, Loiselle & Jerger, 1991).

בגילאים מאוחרים מואצת ההידרדרות של הבנת הדיבור (Divenyi et al., 2005). אופי תפיסת הדיבור משתנה עם הגיל, והירידה בתהליכי העיבוד המרכזיים מואצת בהזדקנות עקב התנוונות של מבנים לאורך מערכת העצבים השמיעתית, שהשפעתה מצטרפת להשפעה של ליקוי השמיעה. פרסביאקוזיס מייצג, אם כן, שילוב של ירידה בתפקוד השמיעתי בשל שינויים באוזן הפנימית, עם תפקוד ירוד של המערכת האודיטורית המרכזית (Mazelova, Popelar & Syka, 2003). האות המופחת והמעוות, המגיע מהאוזן הפנימית, מעובד על ידי המערכת המרכזית שאינה מסוגלת לבצע הבחנות עדינות בין הגאים או להיעזר ביותרות של הדיבור. כתוצאה מכך, קשישים עם פגיעה ביכולת העיבוד המרכזית מתקשים מאוד להבין דיבור בתנאי שמע מאתגרים (Crandell, Henoch & Dunkerson, 1991).

תקשורת של אנשי מקצוע עם קשישים לקויי שמיעה

מן האמור לעיל עולה, כי בתקשורת עם קשישים יש להתחשב בקשיים המיוחדים האופייניים לתפיסת הדיבור שלהם. על אנשי המקצוע להביא בחשבון את רמת השמיעה, שבמקרים רבים נתבא טוב למדי את היכולת התקשורתית של הזקן. ואולם עליהם לזכור, כי התפקוד השמיעתי והתקשורתי עשוי להיות שונה מאוד ממה שנראה בבדיקת השמיעה, וכי גם קשישים ללא ליקוי שמיעה עלולים לסבול מקושי להבין דיבור, במיוחד בתנאי שמע ירודים כמו בסביבה רועשת או כשהדיבור מהיר או לא לגמרי ברור. קושי זה גובר ככל שליקוי השמיעה עמוק יותר. כיוון שהקושי התפיסתי של קשישים גדול יותר בהאזנה לדיבור מהיר ולדיבור על רקע רעש, יש להתאים את קצב הדיבור ואת הסביבה התקשורתית בעת מגע עם קשישים ולדאוג לתנאי שמע מיטביים: סביבה שקטה (נקייה מרעשי רקע וללא דיבור מתחרה של אדם אחד או יותר) ודיבור ברור ובקצב נורמלי ונוח להאזנה (לא מהיר ולא איטי מידי). כאשר משוחחים עם קשיש לקוי שמיעה יש להגביר מעט את עצמת הקול, אך גם לזכור כי דיבור בעצמה גבוהה מידי עלול לגרום אי-נוחות שמיעתית ואף להפחית את ההבנה, במיוחד בקרב קשישים לקויי שמיעה, שלעיתים קרובות סובלים מרגישות יתר לעצמות קול חזקות.

זאת ועוד, כאשר משוחחים עם קשיש, במיוחד אם הוא לקוי שמיעה, יש להקפיד שהוא יוכל לראות את פני הדובר. על פי התנועות הנראות של איברי ההיגוי ניתן להבחין

בין הגאי דיבור שונים. למשל: ההגאים /פ/ (p) ו-/ת/ דומים זה לזה ברבות מתכונותיהם האקוסטיות, אך מבחינה ויזואלית הם שונים מאוד: ההגה /פ/ נהגה על ידי הצמדת השפתיים זו לזו ואילו /ת/ נהגה בפה מעט פתוח, כשהלשון נוגעת בחיך. מאזינים יכולים להשתמש ברמזים הללו גם ללא למידה פורמלית של קריאת דיבור ("קריאת שפתיים") ואנשים לקויי שמיעה יכולים להיעזר בהם מאוד. בעת שיחה עם קשישים חשוב, אם כן, להפנות אליהם את הפנים, לדבר בקרבתם, לוודא שהפה יהיה גלוי (Arlinger, 2003) ולהקפיד על הגיה טבעית ולא מוגזמת, כדי לסייע להם להבין את הנאמר.

השלכות של ליקוי שמיעה בקרב קשישים

ליקוי שמיעה יכול לפגוע ביכולות תקשורתיות בסיסיות ולפגום בהנאה שבהאזנה למוזיקה, בהקשבה לשיחות של ילדים ומבוגרים, ובהנאה מהשתתפות בפעילויות תרבותיות, כגון סרטים, הצגות תיאטרון או הרצאות. הקושי להבין דיבור, שמוחרף מאוד בסביבה רועשת, עשוי להתבטא בבית, במקום העבודה, בשיחה עם חברים ובפגישות משפחתיות, בניסיון להבין דיבור שנאמר מרחוק או מחדר אחר, בשיחות טלפון או בעת האזנה לטלוויזיה. ככל שליקוי השמיעה חמור יותר עלולה להיפגע גם היכולת לזהות קולות סביבתיים בסיסיים כגון נקישה או צלצול בדלת, צלצול טלפון או קול של כלי רכב שעלול לאותת על סכנה מיידית (Weinstein, 2013).

השלכות של ליקוי שמיעה על תפקודים תקשורתיים, חברתיים ופסיכו-סוציאליים

לליקוי שמיעה השפעה דרמטית על תפקודים תקשורתיים ופסיכו-סוציאליים בקרב קשישים. לקושי התקשורתי יכולה להיות השפעה שלילית גם על העצמאות החברתית ועל ההערכה העצמית של קשישים (Kemp, 1990) וגם על התפקודים הקוגניטיביים, הרגשיים וההתנהגותיים שלהם. אמנם, קיימת שונות רבה בהתייחסות הפרטנית של קשישים לליקוי השמיעה שלהם, החל מקבלה מלאה של הליקוי ועד לרגשות של בידוד, כעס והימנעות (Garstecki & Erler, 1996), אך ככלל יש מתאם בין ליקוי שמיעה לבין דיווח על תחושות של נכות חברתית, רגשית ותקשורתית (Mulrow, Aguilar, Endicott et al., 1990). זאת ועוד, ככל שליקוי השמיעה חמור יותר, כך רמת ההפרעה במדדי הערכה עצמית פסיכו-סוציאליים ותפקודיים גדולה יותר (Bess, Lichtenstein & Logan, 1991). מבוגרים לקויי שמיעה שליקוי השמיעה שלהם אינו מטופל עלולים לסבול יותר מדיכאון, דאגנות, עצב,

כעס, תסכול, חרדה וחוסר ביטחון – לעומת מבוגרים לקויי שמיעה שמשתמשים במכשירי שמיעה (Kirkwood, 1999; Senior Research Group, 1999). שיפור השמיעה באמצעות מכשירי שמיעה עשוי, אם כן, לשפר את איכות החיים ואת התפקודים הפונקציונליים והפסיכו-סוציאליים של קשישים (Weinstein, 2013). ואכן, משתמשים במכשירי שמיעה ובני משפחותיהם דיווחו על תועלת מהמכשירים גם במונחים של קרבה בתוך המשפחה, תחושת ביטחון וקשרים חברתיים טובים יותר (Senior Research Group, 1999).

כדי שלקויי שמיעה יוכלו לקלוט הרבה ככל האפשר מהעולם האקוסטי, הם צריכים להתרכז בהאזנה הרבה יותר מאשר אנשים עם שמיעה נורמלית. ריכוז יתר זה מעייף והוא סיבה נוספת לכך, שלקות שמיעה עלולה להשפיע על מידת הנכונות של קשישים להשתתף באינטראקציות עם אנשים אחרים. הקושי לזהות את הנאמר על ידי אחרים, הצורך התכוף לבקש מבני השיח שיחזרו שוב ושוב על דבריהם, והתחושה שלמרות הכול ייתכן שחלק מהמסר לא הובן נכון, מובילים לעתים קרובות להימנעות ולהפחתה בהשתתפות בפעילויות חברתיות, לדחיית הזמנות לפגישות, להפסקת ביקורים בתיאטרון ובהרצאות וכיו"ב. כתוצאה מכך יש הפחתה בגירויים האינטלקטואליים והחברתיים, פסיכיות גדלה והולכת ובידוד חברתי. השפעת ליקוי השמיעה אינה נוגעת רק לקשיש עצמו, אלא גם, במידה רבה, לסובבים אותו – בני משפחה, חברים, מטפלים ועוד. גם הם צריכים להשקיע מאמץ גדול יותר בתקשורת: לדבר לאט יותר, בקול רם ובהגייה ברורה יותר, לדבר בקרבת הקשיש ולוודא שפניהם מופנות אל בן שיחם לקוי השמיעה, כדי שיוכל לראות את שפתייהם. מאמץ זה גורם לכך שאנשים יצרו פחות קשר עם האדם לקוי השמיעה וכך יגדילו עוד את הבידוד החברתי שלו (Arlinger, 2003).

השלכות של ליקוי שמיעה על תפקודים קוגניטיביים

נמצאו ראיות לקשר מובהק בין תפקודים קוגניטיביים שונים לבין ליקוי שמיעה בקשישים. מצב השמיעה (והראייה) עשוי לנבא הבדלים פרטניים בתפקודים אינטלקטואליים, והקשר בין התפקודים התחושתיים הללו לבין התפקוד הקוגניטיבי מתחזק עם הגיל (Baltes & Lindenberger, 1997; Lindenberger & Baltes, 1997; Lin, Metter, O'Brien et al., 2011; Naramura, Nakanishi, Tatara et al., 1999). מחקרים הראו, כי קיים קשר בין ליקוי שמיעה לבין דמנציה, אם כי מהות הקשר לא לגמרי ברורה. אמנם ייתכן שירידה קוגניטיבית וליקוי שמיעה נמצאים יחד באופן מקרי, כפונקציה של גיל, אך נמצא כי יש שיעור גדול של דמנציה ודיכאון בקרב קשישים לקויי שמיעה (Ives, Bonino, Traven et al., 1995), וכי השכיחות של ליקויי שמיעה בקרב הלוקים בדמנציה היא כפולה בהשוואה לנבדקים לא דמנטיים (Weinstein & Amsel, 1986) וחומרתם רבה יותר (Uhlmann, Larson, Rees).

(et al., 1989). ירידה קוגניטיבית שמקורה בניוון ובפגיעה באזורים קורטיקליים הקשורים לעיבוד שפתי, יכולה להיות מלווה בבעיית עיבוד מרכזית ומוחרפת עוד על רקע של ליקוי שמיעה (Kurylo, Corkin, Allard et al., 1993; Strouse, Hall & Burger, 1995). יתר על כן, ליקוי בעיבוד שמיעה מרכזי עשוי להיות סמן מקדים לדמנציה ולאלצהיימר (Gates, 2002). ההתנהגויות של דמנציה סנילית דומות לאלה של ליקוי שמיעה בינוני-חמור או חמור. לכן, בעת אבחון קוגניטיבי יש לוודא כי הנבדק מסוגל לשמוע ולתפוס היטב את ההוראות ואת הגירויים המילוליים של המבחנים.

לאור הראיות על קשר בין דמנציה לבין ליקוי שמיעה נבדקה ההשפעה של שיקום באמצעות מכשירי שמיעה על המצב הקוגניטיבי. נמצא כי שימוש במכשירי שמיעה הפחית את הסימפטומים של דיכאון בקרב קשישים לקויי שמיעה, ואף הועלתה השערה, כי שימוש במכשירי שמיעה יכולה להיות השפעה מגינה מפני ירידה קוגניטיבית וכי הוא עשוי לשפר את איכות החיים של קשישים לקויי שמיעה (Cacciatore, Napoli, Abete et al., 1999). אמנם שימוש במכשירי שמיעה אינו יכול למנוע דמנציה, אך ככל הנראה עשוי להפחית את תוצאותיה (Naramura et al., 1999).

שיקום באמצעות מכשירי שמיעה

הטיפול העיקרי בליקוי שמיעה תלוי-גיל הוא שיקום באמצעות מכשירי שמיעה, המספקים הגברה בתדרים נבחרים והפחתה של רעשי רקע (Gordon-Salant, 2005). שיעור שביעות הרצון ממכשירי שמיעה נמצא במגמת עלייה, ככל הנראה בשל ההתקדמות הטכנולוגית של המכשירים, והגיע בשנת 2005 עד 77.5% בקרב משתמשים חדשים בארצות הברית. זהו שיעור שביעות רצון גבוה ביותר, הממוקם בין שלושת המוצרים והשירותים בעלי רמת שביעות הרצון הגבוהה ביותר בארצות הברית (Kochkin, 2005). עם זאת, למרות התועלת המתועדת של מכשירי שמיעה עבור קשישים לקויי שמיעה, רק כ-20%-25% מאוכלוסייה זו רוכשים מכשירים (Gordon-Salant, 2005; Kochkin, 2005), וזאת מסיבות מגוונות, לרבות סיבות פסיכולוגיות וסוציאליות. בין הסיבות לאי-רכישת מכשירי שמיעה נמצאו: מחיר, בושה ואי-נוחות (Gates & Mills, 2001), הערכה לא מציאותית של חומרת הליקוי, גישה שלילית למכשירי שמיעה, סטיגמה, חוסר ידע וייעוץ שגוי של אנשי מקצוע וחברים (Kochkin, 2007). כמו כן, קיימת אוכלוסייה של קשישים הרוכשים מכשירי שמיעה, אך משתמשים בהם רק לעתים רחוקות. הסיבה העיקרית לכך היא, שהמכשירים אינם מספקים

להם די תועלת, במיוחד בנוכחות רעש, כגון במסעדות ובקבוצות אנשים גדולות. הדחייה של מכשירי שמיעה על ידי קבוצה זו קשורה, לפחות בחלקה, לקשיים הבלתי שגרתיים שקשישים חווים בתנאי האזנה ירודים (Kochkin, 2003). למעשה, בשל המורכבות של שמיעה בתנאים אקוסטיים ירודים, רק 31% מרוכשי מכשירי שמיעה דיווחו שהמכשירים מועילים להם גם בתנאי רעש (Kochkin, 2003).

חשיבות השיקום השמיעתי

חשוב לזהות את התוצאות הפסיכו-סוציאליות של ליקוי שמיעה, לעודד קשישים לבדוק את שמיעתם לצורך גילוי מוקדם של ירידה בשמיעה ולהבטיח שירכשו מכשירי שמיעה ויהנו מהם (Weinstein, 2003). ירידה בשמיעה תלוית-גיל היא תהליך איטי והדרגתי, המתפתח במשך שנים רבות, כך שהקשיש לא תמיד מבחין שמשוהו בשמיעתו אינו כשורה. לעתים קרובות, קשישים לקויי שמיעה יאשימו את סביבתם: "הם מדברים לא ברור...", "הם לוחשים...", "הם בולעים את המילים...", ולא יחפשו עזרה באמצעות מכשירי שמיעה, שכן רבים מהם אינם שופטים את שמיעתם כמצדיקה שימוש במכשירים. לשימוש במכשירי שמיעה ובאביזרי עזר שמיעתיים יש פוטנציאל נכבד לשיפור איכות החיים של הזקן ולהפחתת ההימנעות מהשתתפות במפגשים חברתיים ובפעילויות תרבותיות ואינטלקטואליות. הדגש בשיקום של קשישים לקויי שמיעה צריך, אם כן, להיות על החזרת העצמאות והיכולת התפקודית ועל שיפור איכות החיים (Kane, Ouslander & Abrass, 1994). על שיקום השמיעה לסייע לזקן לשקם את היכולות הפיזיות, הפסיכולוגיות והחברתיות שלו, לאפשר לו לחיות בסביבה מספקת ולשמור על קשרים חברתיים ועל אינטראקציות בעלות משמעות (Brummel-Smith, 1990). בתהליך השיקום חשוב להתייחס לצרכים הפסיכו-סוציאליים של המטופל ולא להתמקד רק בטכנולוגיה של מכשירי השמיעה (Stone, 1990). בעת עריכת תכנית שיקום יש לאפיין את ליקוי השמיעה והשלכותיו על התפקוד התקשורתי, את הסביבות השמיעתיות שבהן הזקן לקוי השמיעה מתקשה לשמוע ולהבין, ואת הצרכים המיוחדים לכל מטופל, בהתאם לאופיו, למצב בריאותו ולאורח חייו. נוסף על כך, חשוב לתאם את הציפיות של המטופל ממכשירי השמיעה, כך שיהיו ריאליות ומתאימות למצב השמיעה ולמה שניתן לצפות מהמכשירים (כך, לא ניתן לצפות שמכשירי השמיעה יאטו קצב של דיבור מהיר, או יאפשרו הבנת דיבור מושלמת על רקע דיבור מתחרה או במקומות הומי אדם).

השפעת השימוש במכשירי שמיעה על המערכת השמיעתית

התועלת ממכשירי שמיעה ומתהליכי הלמידה הקשורים לשימוש בהם באה לידי ביטוי בשני שלבים: בשלב הראשון יש תועלת מיידית, כגון שיפור בזיהוי דיבור מיד לאחר התאמת

המכשירים; השלב השני, אחרי פרק זמן ארוך יותר, מייצג למידה המתרחשת לאחר השימוש במכשירי שמיעה (Robinson & Summerfield, 1996). בעת שיקום שמיעתי עם מכשירי שמיעה יש תהליך הסתגלות של המערכת השמיעתית, שצריכה להתגבר על ההשפעות המרכזיות של החסך השמיעתי, וללמוד לנצל את המידע השמיעתי החדש המגיע ממכשירי השמיעה (Gatehouse, 1993; Tremblay, 2003). כיוון שנדרש זמן כדי ללמוד להשתמש ברמזים חדשים אלה בטרם יהיה שיפור בביצוע השמיעתי (Gatehouse, 1992; 1993), ייתכן שהתועלת ממכשירי השמיעה לא תראה מיד ואפילו לא בחלוף מספר שבועות מיום התאמת המכשירים. עם זאת, קיימת שונות רבה בתהליך ההסתגלות, שנובעת ממשך ליקוי השמיעה לפני מתן ההגברה, מחומרת הליקוי, מהבדלים ביכולות עיבוד מרכזיות, וכן מגורמים של קשב וטווח זיכרון (Neuman, 2005).

פלסטיות של מערכת השמיעה

הסתגלות למכשירי שמיעה מיוחסת לפלסטיות (גמישות) ולארגון מחדש של מערכת העצבים האודיטורית (השמיעתית) המרכזית (Musiek, Shinn & Hare, 2002; Neuman, 2005). פלסטיות אודיטורית מוגדרת כשינוי תכונות הכוונון של תאי העצב במערכת השמע, כך שיתאימו יותר לזיהוי ולהבחנה בין מאפיינים חשובים מבחינה תפקודית בסביבה האקוסטית. שינוי זה מקושר לעתים קרובות לשינוי התנהגותי ותפקודי (Musiek et al., 2002). אמנם, המערכת השמיעתית נחשבת באופן מסורתי נוקשה ולא גמישה, אולם גישה זו משתנה בשנים האחרונות, לאור ראיות שנמצאו לפלסטיות במערכות חישה אחרות (Karni, 1996; Karni & Bertini, 1997; Syka, 2002; Philibert, Collet,). שינויים בהבחנה ובדירוג של העצמה (Vesson et al., 2002; Robinson & Gatehouse, 1996) ובסבילות לצלילים חזקים (Gatehouse & Robinson, 1996; Munro, Pisareva, Parker et al., 2007).

אמנם, ככל שהמוח צעיר יותר הוא גמיש יותר, אולם גם בקרב קשישים מערכת העצבים המרכזית שומרת על יכולתה לעבור שינויים פלסטיים בתגובה למתן הגברה באמצעות מכשירי שמיעה. השינויים התפיסתיים שחלים בעקבות התאמת מכשירים לקשישים מאופיינים בשונות רבה ועשויים להתרחש בקצב מהיר, כבר לאחר שבועות ספורים של הרכבת מכשירי שמיעה. כך, בקרב קשישים נמצאו אחרי ארבעה עד שמונה שבועות של שימוש במכשירי שמיעה, שינויים בתפיסת דיבור על רקע רעש ובזיהוי מילים מתחרות שהוצגו בה בעת לשתי האוזניים (לביא, 2011; Lavie & Attias, 2009). שינויים אלה, שנמדדו ללא מכשירי השמיעה של הנבדקים, מצביעים על כך שגם בגיל מבוגר ואחרי מספר שנים של שמיעה לקויה, ייתכנו שינויים במיומנויות של עיבוד שמיעתי, המעידים על שימור

היכולת לעבור שינויים פלסטיים בעת שיקום שמיעה. משמעות השיפור התפיסתי הזה היא, ששיקום באמצעות מכשירי שמיעה בקרב קשישים חשוב לא רק כדי לסייע בעת הרכבת המכשירים, אלא גם כדי לגרות את המערכת האודיטורית ולאפשר הפחתה של הליקויים המרכזיים המשניים, המתנספים לליקוי השמיעה הפריפרי ותורמים למורכבות הרבה של התקשורת בקרב קשישים לקויי שמיעה. השלכה אפשרית של תוצאה זו היא ששיקום בשלבים מוקדמים של ליקוי שמיעה בקרב מבוגרים עשוי למנוע חלק מהתופעות המרכזיות המשניות, המצטרפות לליקוי השמיעה, ומהוות את אחד הגורמים העיקריים לקושי התקשורתי של קשישים במצבי האזנה מאתגרים. הפחתת הליקויים המרכזיים המשניים עשויה אף להקטין את העומס הקוגניטיבי שנוצר בשל הירידה התפיסית (Wong, Jin, Gunasekera et al., 2009; Hwang, Li, Wu et al., 2007), ותורם אף הוא, במעגל של היזון חוזר, להגדלת הקושי התקשורתי (Probst, 2010). כן הועלתה סברה, שעצם השימוש במכשירי שמיעה משפר את הערנות השפתית, את הקשב ואת יכולות ההאזנה, ואלה תורמים להבנה ולתקשורת טובות יותר (לבאי, 2011; Sweetow & Henderson-Sabes, 2006; 2011). הוספת אימון עם האזנה אקטיבית בעת ההסתגלות למכשירי שמיעה עשויה להועיל לשיפור התפיסה של גירויי דיבור מתחרים (Lavie, Attias & Karni, 2013).

שיקולים בהתאמת מכשירי שמיעה ואבזרי עזר שמיעתיים

התאמת מכשירי שמיעה היא תהליך מורכב. השיקולים בבחירת מכשירי שמיעה מגוונים ומושפעים מגורמים רבים: פסיכולוגיים וחברתיים (המוטיבציה לשימוש במכשירי שמיעה, אורח החיים והצרכים התקשורתיים), אודיטוריים (מאפייני השמיעה וניסיון קודם עם מכשירי שמיעה), אוטולוגיים (המצב הרפואי של האוזניים), בריאותיים (היכולת המוטורית ומצב הראייה), וכן שיקולים אסתטיים וכלכליים.

שיקולים פסיכולוגיים, חברתיים וכלכליים בהתאמת מכשירי שמיעה

מוטיבציה

גורם ראשון, העומד בבסיס התהליך, ולו השפעה מכרעית על סיכויי הצלחתו ועל שביעות הרצון ממכשירי השמיעה, הוא המוטיבציה של המטופל (Wilson & Stephens, 2003). להרכבת מכשירי שמיעה השלכות פסיכולוגיות וחברתיות, שנוגעות לקבלה של שינויים תפקודיים תלויי-גיל, לרבות ליקוי שמיעה. נוסף על כך, במהלך התקופה הראשונה להרכבת מכשירי

שמיעה נדרשים סבלנות ואורך רוח כדי להסתגל למכשירים, לאופן השמיעה השונה ולצלילים חדשים או כאלה שלא נשמעו שנים רבות. בהיעדר מוטיבציה לשינוי, או כשיש התנגדות להרכיב מכשירי שמיעה, ייתכן שלא תהיה נכונות לשאת את אי הנוחות של השבועות הראשונים לשימוש במכשירים. אי לכך, יש לבדוק, בראש ובראשונה, את עמדתו של הזקן לגבי שמיעתו ולגבי השימוש במכשירי שמיעה, שכן לקבלה אישית טובה יותר של ליקוי השמיעה עשויות להיות השפעות משמעותיות על תוצאות השימוש במכשירי השמיעה (Jerram & Purdy, 2001). בעניין זה יש להתייחס לשאלות, כמו: האם הזקן מצהיר או מודה ששמיעתו לקויה? האם הוא מדווח על קשיים במצבי תקשורת שונים? מה עמדתו לגבי מכשירי שמיעה? עד כמה הוא חושש "שידעו" ו"שיראו" שהוא מרכיב מכשירים? האם הוא רוצה מכשירים או שהגיע למרפאה רק בלחץ בני משפחתו? כאשר המטופל מסרב להשתמש במכשירי שמיעה אפשר לשקף לו את מצבו בהסברים על מצב השמיעה שלו, ובאמצעות שאלות על מצבים שבהם קשה לו להבין ולתפוס דיבור, לדוגמה: איך אתה שומע בחברה של מספר אנשים? האם אתה מצליח להבין את הדיבור של נכריך? מה קורה בארוחות משפחתיות? בשיחה בבית קפה? אפשר לשקף לו גם את העובדה שקשה מאוד להסתיר ליקוי שמיעה. בסביבתם הקרובה של קשישים לקויי שמיעה מודעים לרוב לכך, שלעתים קרובות יש לחזור עבורם שוב ושוב על משפטים או מילים, ושלא תמיד הם מצליחים להבין את הנאמר. במקרה הטוב, הסביבה מבינה שמדובר בליקוי שמיעה. במקרה הפחות טוב נופל החשד על ירידה בכישורים הקוגניטיביים. מכל מקום, העובדה שמכשירי השמיעה המודרניים ברובם אסתטיים מאוד, ושניתן להתאים רבים מהם באופן שכמעט אינו נראה לעין, מאפשרת להכניס למעגל המשתמשים בהם גם אנשים החוששים מהסטיגמה שבשימוש במכשירים. בנוסף לכך, עובדה זו עשויה להפחית את ההתנגדות לשימוש במכשירי שמיעה ולהגדיל את המוטיבציה לנסותם.

אורח חיים וצרכים תקשורתיים

גורם חשוב נוסף שיש לקחת בחשבון בעת החלטה על אופן שיקום השמיעה בקשישים הוא אורח החיים שלהם וצרכיהם התקשורתיים. כך, צרכיו השמיעתיים של אדם שחי לבד, ממעט לצאת מביתו ונמצא במגע מועט עם אנשים, יהיו שונים לאין ערוך בהשוואה לאלה של אדם פעיל שמשתתף בחוגים, נוהג לשמוע הרצאות, צופה בהצגות, מרבה להיפגש עם חברים ובני משפחה ומאזין למוזיקה. גם הצרכים התקשורתיים של קשישים החיים בדוור מוגן, שם הם מוקפים באנשים רבים יותר מאשר בדוור עצמאי בקהילה, ומשתתפים בפעילויות חברתיות, אינטלקטואליות ובידוריות, עשויים להיות מרובים ומגוונים מאוד. צרכים תקשורתיים מיוחדים יהיו גם לאדם עובר, במיוחד אם עבודתו כרוכה במגע עם קהל או בקיום ישיבות רבות משתתפים.

יש לקבוע את אופן השיקום ולהחליט על המאפיינים של עזרי השיקום שייבחרו מתוך בחינת הצרכים התקשורתיים של הזקן. ככל שהצרכים התקשורתיים מגוונים יותר מומלץ לבחור, במידת האפשר, במכשירי שמיעה בעלי מאפיינים טכנולוגיים המאפשרים גמישות רבה יותר: ריבוי תכניות שמע המאפשר תכנות מגוון של המכשירים, כך שיתאימו למצבי שמע שונים; שימוש במנגנונים איכותיים של הפחתת רעשים; מיקרופונים כיווניים, שיכולים לשפר את השמיעה בשיחה מרובת משתתפים או בסביבות רועשות; מכשירים בעלי יכולות אלחוטיות המאפשרים סנכרון בין המכשירים, שימוש באביזרי כוונון חיצוניים וחיבור לאביזרי עזר להאזנה למכשירי שמע (כגון: טלפון, טלוויזיה, מחשב ונגני מוזיקה); מכשירי שמיעה לומדים המאפשרים התאמה אוטומטית רציפה לצורכי המטופל בהתאם לסביבה השמיעתית, וכיוצא בזה.

כמובן שככל שמכשירי השמיעה משוכללים יותר מחירם עשוי להיות גבוה יותר. חלק מהעלות מכוסה על ידי סל הבריאות, ביטוחים משלימים של קופות החולים וביטוחי בריאות פרטיים. קשישים מעוטי יכולת יכולים לקבל סיוע נוסף באמצעות שירותי הרווחה וכן מקרנות שונות³. יש להתאים, אם כן, את מכשירי השמיעה גם ליכולות הכלכליות של הזקן. עם זאת, חשוב להבהיר למטופל לקוי השמיעה, כי החשיבות של שימוש במכשירים היא רבה, וכי גם אם אינו יכול ליהנות מכל החידושים הטכנולוגיים שבנמצא, שימוש במכשירי שמיעה שרמתם הטכנולוגית אינה גבוהה עדיף על אי-שימוש במכשירים.

שיקולים שמיעתיים ואוטולוגיים בהתאמת מכשירי שמיעה

חומרת הליקוי והמצב הרפואי של האוזניים

בהיבט השמיעתי, ליקוי השמיעה ישפיע על רמת ההגברה ועל מאפייניה. ככל שליקוי השמיעה עמוק יותר יגדל הצורך במכשירים בעלי הגברה חזקה יותר, בכפוף לרמת הסבילות האישית לעצמות חזקות. גם למידת הניסיון עם מכשירי שמיעה יכולה להיות השפעה על רמת ההגברה – משתמש מנוסה במכשירי שמיעה יכול לרוב ליהנות מהגברה רבה יותר בהשוואה לאדם שזו לו הפעם הראשונה שהוא נחשף למכשירי שמיעה, ומערכת השמיעה שלו אינה מורגלת בהגברה. עם זאת, ככל שעצמת ההגברה גדולה יותר, עולה הסכנה להיווצרות החזר (feedback) אקוסטי ("צפצופים") בעת השימוש במכשירים, ולכן במכשירים בעלי עצמת הגברה חזקה יש לוודא שהמכשירים אוטמים טוב יותר את האוזניים. לכך עשויה

3 הפנייה לעמותות וקרנות סיוע נעשית לרוב על ידי עובדי רווחה, המרכזים מידע לגבי האפשרויות לסיוע כספי.

להיות השפעה על גודל המכשיר – במכשירי שמיעה גדולים יותר, שאוטמים היטב את תעלת השמע ואת האפרכסת, או במכשירים מאחורי האוזן בעלי אוזנייה בנויה, הסכנה להיווצרות החזר אקוסטי קטנה. ואילו במכשירים תוך אוזניים זעירים ובמכשירי שמיעה שבהם האוזניים אינן נאטמות (התאמות פתוחות) יש יותר סיכוי להיווצרות החזר אקוסטי. עם זאת, המנגנונים נוגדי ההחזר האקוסטי במכשירי השמיעה משתפרים והולכים, וכיום ניתן במקרים רבים לקבל הגברה טובה ללא "צפצופים" גם במכשירי שמיעה תוך אוזניים זעירים. השימוש במכשירי שמיעה תוך אוזניים בפרט ובמכשירי שמיעה בכלל מושפע גם מהמצב הרפואי של האוזניים. במצבים רפואיים שונים (כגון: דלקות אוזניים, נקב בעור התוף עם הפרשה, שינויים מבניים בתעלת האוזן החיצונית ובאפרכסת) המלצת רופא אף אוזן גרון יכולה להשפיע על תצורת המכשיר (בתוך האוזן או מאחוריה) ואף על עצם השימוש במכשיר באוזן חולה, אם באופן קבוע או למשך הטיפול הרפואי.

עקומת השמיעה

למאפייני עקומת השמיעה, כלומר לרמת הירידה בשמיעה בתדרים שונים, חשיבות רבה בקביעת התצורה של מכשירי השמיעה. כשליקוי השמיעה שטוח יחסית וחומרתו בינונית או חמורה יותר, מכשירי השמיעה המומלצים הם מכשירים תוך אוזניים או מכשירים שמרכיבים אותם מאחורי האוזן. ואילו ליקוי שמיעה שעיקרו בתדרים הגבוהים, עם שמיעה שמורה יחסית או עם ליקוי קל בלבד בתדרים הנמוכים, מאפשר שימוש במכשירי שמיעה בהתאמה פתוחה. בהתאמה כזו מוכנסת לתוך האוזן אוזנייה פתוחה ומחוררת, עם או בלי רמקול, ומכשירי השמיעה, שגודלם לרוב זעיר, מונחים מאחורי האפרכסת. במכשירים אלה מופחתת מאוד תחושת האטימות שעשויה להיגרם במכשירים תוך אוזניים או במכשירים מאחורי האוזן עם אוזנייה סטנדרטית. כאשר השמיעה בתדרים הנמוכים טובה יחסית (עד כ-45 דציבל), אטימת האוזן עלולה לגרום לתחושת הדהוד ולשמיעה עצמית חזקה ולא נעימה (occlusion effect), תופעות שכמעט לא קיימות במכשירים בהתאמה פתוחה. אם לא ניתן להתאים מכשירים בהתאמה פתוחה, מומלץ, במידת האפשר, לבנות במכשירי השמיעה (או באוזניות הבנויות) נקב אוורור (vent), שיפחית במקצת את תחושות האטימות והדהוד (Valente, 2002a). רוחב הנקב נקבע לפי מידת ההגברה הנחוצה ובהתאם למבנה האוזן.

תצורת ליקוי השמיעה משפיעה גם על בחירת המאפיינים הטכנולוגיים של מכשירי השמיעה שיותאמו למטופל. ככל שירידת השמיעה מסובכת יותר ועקומת השמיעה פחות שטוחה, וכן ככל שליקוי השמיעה קל יותר, כך מומלצים מכשירים יותר משוכללים ויותר גמישים מבחינת האפשרות לכוונן אותם. מכשירים כאלה יכולים במקרים רבים להפחית

באופן יעיל יותר את רעשי הרקע, לשפר יחס דיבור/רעש, לתת הגברה שונה לצלילים חזקים ולצלילים חלשים (דחיסות), להפחית רעש רוח, ועוד.

טובים השניים

כדי להגיע לשמיעה מיטבית בליקוי שמיעה דו-צדדי מומלץ, ברוב המקרים, להתאים מכשירים לשתי האוזניים. לשימוש במכשירי שמיעה בשתי האוזניים יתרונות רבים:

1. סכימת חוזק דו-אוזנית (binaural loudness summation): צלילים נשמעים

חזקים יותר כאשר הם מוצגים לשתי האוזניים. הרווח משמיעה בשתי האוזניים יחסית לשמיעה באוזן אחת נע בין 3 dB בממוצע באזור סף השמיעה, עד 6 dB בעצמות שמעל הסף (Haggard & Hall, 1982). בזכות סכימת החוזק הדו-אוזנית, הצליל הנשמע בה בעת בשתי האוזניים חזק יותר, ואפשר לשמוע גם צלילים חלשים. לכן בשימוש דו-אוזני במכשירי שמיעה אפשר להסתפק ברמות הגברה נמוכות יותר, המשפרות את נוחות השמיעה, מפחיתות את הסיכוי להיווצרות החזר אקוסטי ("צפצופים") ומאפשרות להשתמש בנקבי אוורור גדולים יותר, שמגדילים את נוחות השמיעה במכשירים.

2. שיפור הבנת דיבור ברעש: היכולת להבין דיבור על רקע רעש תלויה במידה רבה

ביכולת להשתמש ברמזים משתי האוזניים, המאפשרים להפריד בין דיבור המטרה לבין רעשי הרקע המסיחים (Koehnke & Besing, 2001). הרמזים האופייניים למצבי האזנה ברעש הם הבדלי עצמה בין האוזניים, הנובעים מהשפעת ראשו של השומע כמסך אקוסטי ("צל הראש"), והבדלים בזמן ההגעה של האותות לכל אחת מהאוזניים. מערכת העצבים המרכזית משתמשת ברמזים אלה כדי לשפר את הבנת הדיבור, וכאשר הדיבור והרעש (המופרדים במרחב) שונים בשתי האוזניים, מתרחש תהליך של דיכוי הגירויים המפריעים, המאפשר להתמקד באות הרצוי (Valente, 2002b). בעת שימוש במכשירי שמיעה בשתי האוזניים יש יתרון של 2-3 דציבל ביחס האות/רעש בהשוואה להרכבת מכשיר באוזן אחת, כך שהמאזין יכול להשיג את אותה רמה של תפיסת דיבור גם בסביבות בעלות רמת רעש גבוהה יותר (Cox & Bisset, 1984). רמזים אלה משמשים את המערכת השמיעתית גם למיקום צלילים במרחב, לאיתור מקור הקול ולהערכת המרחק שלו מהמאזין (Kobler & Rosenhall, 2002; Moore, 2003).

בהתאמות חד-צדדיות של מכשירי שמיעה עלולה השפעת צל הראש להיות קריטית להבנת דיבור: כאשר דיבור מושמע לאדם לקוי השמיעה על ידי דובר הנמצא בצד האוזן שאין בה מכשיר שמיעה, הדיבור לא יישמע היטב באוזן זו בגלל שהשמיעה

בה ירודה והיא אינה מוגברת באמצעות מכשיר. צלילי הדיבור יעברו לצד השני של הראש, שבו הם יכולים להיקלט באוזן שיש בה מכשיר שמיעה. אולם, בגלל צל הראש, מונחתת בעת המעבר בעיקר העצמה של צלילי הדיבור בעלי התדר הגבוה (עיצורים). לכך עלולה להיות השפעה על המובנות, שכן לעיצורים תפקיד קריטי בתפיסה מדויקת של הדיבור. זאת ועוד, בגלל התאמת המכשיר החד-צדדית, יהיה למאזין קושי לאתר את הכיוון שממנו הצליל מגיע. כאשר יושמע רעש לצד המוגבר (האוזן עם המכשיר), ודיבור לצד הלא מוגבר (האוזן ללא מכשיר השמיעה), הדיבור לא יישמע באף אוזן בגלל השמיעה הירודה באוזן הלא מוגברת והמיסוך (הרעש) באוזן המוגברת.

3. **הבנה טובה יותר בסביבה מהדהדת:** בסביבה מהדהדת צלילים מגיעים לאוזניים מכיוונים שונים, אולם הצליל הראשון שמגיע לאוזן הוא ששולט על רבים מהיבטי התפיסה, והמערכת השמיעתית מדכאת את צלילי המשנה של ההדהוד (Moore, 2003). תופעה זו מתאפשרת בשמיעה בשתי אוזניים. המנגנונים הדו-אוזניים מדכאים את צלילי המשנה של ההדהוד בדומה לפעולת הדיכוי של רעשי רקע בעת האזנה לאות על רקע רעש (Gelfand & Hochberg, 1976). דיכוי זה לא יתרחש בשמיעה חד-אוזנית (או בעת שימוש במכשיר שמיעה רק באוזן אחת כששתי האוזניים לקויות), וכך עלולה הבנת הדיבור בסביבה מהדהדת להיות ירודה.
4. **איכות צליל טובה יותר:** משתמשים במכשירי שמיעה מדווחים כי איכות הצליל עם מכשירים בשתי האוזניים ברורה וטובה יותר וההאזנה נוחה וקלה יותר מאשר בהתאמות חד-אוזניות (Balfour & Hawkins, 1992; Kochkin, 2003).
5. **מניעת חסך שמיעתי:** שימוש במכשיר שמיעה באוזן אחת, כאשר הירידה בשמיעה בשתי האוזניים היא סימטרית, עלול לגרום לירידה גדלה והולכת בהבנת המילים בעצמות שמעל הסף (דיסקרימינציה) באוזן הלא מוגברת (Silman, Gelfand, 1984). תופעה זו, המכונה חסך שמיעתי מאוחר (late auditory deprivation), מתרחשת בעיקר בקרב אנשים בעלי ליקוי שמיעה דו-צדדי בינוני לפחות (מעל 40 דציבל), עלולה לקרות בכל גיל ובאה לידי ביטוי לאחר מספר שנים של שימוש חד-צדדי במכשיר שמיעה (Hurley, 1998; Silman, Silverman, 2005; Tremblay, 1992; Emmer et al., 1992). עם זאת, בהוספת מכשיר שמיעה לאוזן שלא קיבלה הגברה קודם לכן, עשויה לחול במשך הזמן התאוששות (מלאה או חלקית) מהחסך השמיעתי, המתבטאת בשיפור בתפיסת המילים באוזן החסוכה (Boothroyd, 1993; Gelfand, 1995; Hurley, 1990; Silverman & Silman, 1993).

6. הפחתת טנטון דו-צדדית: רבים מהטיפוליים בטנטון⁴ דו-צדדי שכרוך בליקוי שמיעה משלבים שימוש במכשירי שמיעה. מכשירי השמיעה מגבירים את קולות הסביבה, מגרים את פעילותם של מסלולים עצביים אודיטוריים מרכזיים, מקטינים את הפער בין הטנטון לבין פעילות הרקע העצבית, ומפחיתים את מאמץ ההקשבה שעלול להגביר את הטנטון (Jasterboff, 2007; Jasterboff & Hazell, 1993). עיקרון מרכזי בשימוש במכשירי שמיעה בטיפול בטנטון מתייחס ליצירת סימטריה שמיעתית מלאה ושמיעה דו-צדדית, ולכן הוא מחייב שימוש במכשירים בשתי האוזניים.

היתרונות של שימוש במכשירים בשתי אוזניים על פני מכשיר שמיעה אחד הם, אם כן, רבים ומשמעותיים. לעומתם, יש אך מעט חסרונות בשימוש במכשירי שמיעה בשתי האוזניים בקרב קשישים, ורובם טכניים מעיקרם (Dillon, 2001), וניתנים לפתרון פשוט בזכות שיפורים טכנולוגיים שחלו במכשירי השמיעה בשנים האחרונות. למשל: קושי לכוון באופן זהה מכשירים בשתי האוזניים ניתן לפתור באמצעות מכשירי שמיעה שיש ביניהם קשר אלחוטי, וקשיים בכיוון מכשירים (ויסות עצמה ומעבר בין תכניות שמע) בשל בעיה מוטורית באחת הידיים או בשתייהן, ניתן לפתור באמצעות שימוש בשלט רחוק בעל מקשים גדולים וקלים לתפעול. עוד חיסרון לשימוש במכשירים בשתי האוזניים מתייחס להפרעה דו-אוזנית (binaural interference), שעלולה להתרחש במקצת ההתאמות הדו-אוזניות, בעיקר כאשר ליקוי השמיעה אינו זהה בשתי האוזניים. הפרעה זו מוגדרת כמצב שבו הכנת הדיבור בהתאמת מכשירים לשתי האוזניים גרועה יותר בהשוואה לתפקוד השמיעתי עם מכשיר שמיעה אחד, וזאת בשל ירידה ביכולת של המערכת המרכזית לעבד אותות שמיעתיים שונים שמוצגים לה מכל אחת מהאוזניים (Allen, Schwab, Cranford et al., 2000; Jerger, 1993; Silman, Lew et al., 1993). עם זאת, השכיחות המשוערת של תופעה זו באוכלוסייה היא 8%-10%, ורוב הקשישים יכולים ליהנות מהיתרונות של שימוש בשני מכשירי שמיעה.

שניים יחד או כל אחד לחוד?

על אף ההסכמה הרחבה לגבי היתרונות של שימוש במכשירים בשתי האוזניים, רק מחקרים ספורים דנו בשאלה האם להתאים מכשירי שמיעה לשתי האוזניים בהתאמה סימולטנית או עוקבת. אמנם, התאמה עוקבת מאפשרת למטופל להתחייב באופן הדרגתי לרכישת מכשירי

4 טנטון (tinnitus) מוגדר כתפיסה או תחושה של צליל ללא מקור קול חיצוני.

שמיעה, ולרכוש מיומנות לתפעול של מכשיר אחד בכל פעם, כך שהשימוש במכשירים עשוי להיראות לחלק מהמטופלים פחות מבהיל ותובעני (Dillon, 2001). אולם בהתאמה עוקבת על המטופל לעבור למעשה שתי תקופות עוקבות של הסתגלות: בתקופה הראשונה עליו להתרגל לשימוש במכשיר חד-צדדי, ולמעשה המוח עשוי ללמוד להתעלם באופן חלקי מהאוזן שאין בה מכשיר שמיעה; בתקופה השנייה המוח צריך ללמוד להשתמש במידע שמגיע אליו מהאוזן אשר לה הותאם המכשיר החדש ולאחד את האותות המגיעים משתי האוזניים. זאת בהשוואה לתקופת הסתגלות אחת בהתאמה סימולטנית, שבה מלכתחילה ההסתגלות היא לשמיעה בשתי האוזניים. יתר על כן, בתקופה הראשונה, שבה נעשה שימוש במכשיר באוזן אחת, עלולה להיווצר תחושה של חוסר איזון שמיעתי, שיכולה להביא לדחייה מוחלטת של השימוש במכשירי שמיעה (Dillon, 2001).

זאת ועוד, גם לתקופת שימוש קצרה (חודש אחד בלבד) במכשיר אחד, בהתאמה עוקבת, עלולה להיות השפעה ארוכת-טווח על רמת שביעות הרצון ממכשירי השמיעה ועל הנכונות של קשישים להרכיב מכשירים בשתי האוזניים. במחקר שנערך באוניברסיטת חיפה (Lavie, Banai, Attias et al., 2014b) נמצא, כי מטופלים קשישים שהותאמו להם מכשירי שמיעה בה בעת לשתי האוזניים שמרו על רמת שביעות רצון גבוהה מהמכשירים והמשיכו להרכיב מכשירי שמיעה בשתי האוזניים במידה שווה לאורך זמן. לעומת זאת, בקבוצת הקשישים שהותאמו להם מכשירים בהתאמה עוקבת, הייתה אמנם רמת שביעות רצון גבוהה בחודש הראשון, עת השתמשו במכשיר אחד, אולם בקרב 71% מהם חלה ירידה חדה ומובהקת בהיענות למכשירים ובמשך השימוש בהם כאשר הותאם להם מכשיר נוסף לשימוש דו-אוזני. חלקם אף העדיפו להמשיך להרכיב מכשיר באוזן אחת בלבד, כפי שהיה בחודש הראשון למחקר. הירידה הדרמטית ברמת שביעות הרצון ובזמני השימוש במכשירים חלה למרות שהשימוש במכשיר באוזן אחת ארך, כאמור, חודש אחד בלבד (לביא, 2011; Lavie et al., 2014b). להתאמה עוקבת עם מרווחי זמן ארוכים יותר עשויות להיות השלכות חמורות ומרחיקות לכת עוד יותר מבחינת הנכונות של מטופלים קשישים להרכיב מכשירי שמיעה בשתי האוזניים. התאמה סימולטנית עשויה להעלות במידה רבה את שביעות הרצון ממכשירי השמיעה לטווח ארוך ולהבטיח שימוש עקבי במכשירים בשתי האוזניים לאורך זמן (לביא, 2011; Lavie et al., 2014b).

שיקולים בריאותיים וקוגניטיביים בהתאמת מכשירי שמיעה

בחירת מכשירי השמיעה צריכה להתאים למצב הבריאותי והקוגניטיבי של המטופל. בראש ובראשונה יש להתחשב ביכולות המוטוריות. כאשר פרקי האצבעות נוקשים וחסרי רגישות או כאשר יש רעד ניכר בידים, עלול להיות קושי לטפל במכשירי השמיעה, הן בהכנסתם

לאוזניים והן בשימוש בהם: כיבוי והפעלה, כיוון העצמה ובחירת תכניות שמע, החלפת סוללות וניקוי המכשירים. גם מכשירים קטנים מאוד או מכשירים בעלי אוזניות סיליקון גמישות וצינוריות דקיקות (בהתאמות פתוחות) עלולים להיות לא מתאימים לאנשים עם קשיים מוטוריים. כאשר יש הגבלה בתנועתיות של הידיים והאצבעות מומלץ להתאים אוזניות בנויות גם בהתאמות פתוחות, לשקול לוותר על וסתים זעירים המשמשים לכיוון העצמה ולבחירת תכניות שמע על גבי המכשירים, ולהשתמש במכשירים ללא פונקציות אלה, או להיעזר בשלט רחוק, שלרוב מצויד במקשים גדולים ונוחים יותר לשימוש.

גורם קריטי נוסף הוא מצב הראייה. התאמת מכשירי שמיעה לאדם לקוי שמיעה שגם ראייתו לקויה, חשובה ביותר הן כאמצעי לקשר עם הסביבה והן כגורם בעל חשיבות בטיחותית. אולם, במקרים של ליקוי ראייה חמור, עלול להיות קושי להבחין ולטפל במכשירי שמיעה זעירים בעלי סוללות קטנות. לכן יש לוודא בעת התאמת המכשירים כי הזקן יכול לראותם ולהפעילם, ולהבחין באופן ברור בין המכשיר הימני לשמאלי. כאשר הראייה מאוד לקויה, החלפת סוללות במכשירי השמיעה עלולה לגרום קושי מיוחד, משום שסוללות של מכשירי שמיעה הן לרוב קטנות מאוד, ויש להחליפן אחת לכמה ימים עד כמה שבועות, בהתאם לגודל המכשיר. כדי שהחלפת הסוללות לא תהווה מכשול לעצם השימוש במכשירי השמיעה, מומלץ לערב בן משפחה או מטפל שסייעו בכך, או לשקול שימוש במכשירי שמיעה בעלי סוללות נטענות.

התאמת מכשירים מושפעת לא רק מהבריאות הגופנית של המטופל, אלא גם ממצבו הקוגניטיבי. ירידה קוגניטיבית יכולה להשפיע הן על הנכונות להשתמש במכשירי שמיעה והן על היכולת להבין כיצד להשתמש בהם. אפילו בעיות זיכרון קלות עלולות להשפיע על זכירת ההוראות להסתגלות למכשירי השמיעה, להפעלתם ולשימוש בהם. עם זאת, כיוון שלמכשירי שמיעה יש פוטנציאל להיטיב ולשמר את התפקוד הקוגניטיבי ולהפחית הימנעות, הסתגרות ובידוד חברתי, חשוב להתאים מכשירי שמיעה גם במצבים של ירידה ביכולות הקוגניטיביות, במיוחד בשלבים הקלים יותר של דמנציה וירידה קוגניטיבית. ככל שהדמנציה חמורה יותר והירידה הקוגניטיבית גדולה יותר, כך יורד הסיכוי ללמוד להשתמש בטכנולוגיה חדשה (מכשירי שמיעה) ולהסתגל לגירויים השמיעתיים החדשים והמוגברים. רוב המקרים אנשים עם דמנציה מתקדמת, המנוסים בשימוש במכשירי שמיעה, ייהנו יותר ממכשירי השמיעה שלהם מבעלי רמה קוגניטיבית דומה המקבלים מכשירי שמיעה לראשונה (Weinstein, 2013). אולם, אם הניסיון להתאים מכשירי שמיעה לחולים אלה נכשל, יש לשקול לפחות שימוש באביזרי עזר שמיעתיים, כגון מערכות אלוטיות לטלוויזיה ומכשירי טלפון מוגברים.

אביזרי עזר שמיעתיים

למרות ההתפתחות הטכנולוגית שחלה במכשירי השמיעה בשנים האחרונות, גם מכשירי השמיעה החדשים אינם יכולים להפחית את ההשפעות של הדהוד, דיבור מהיר, או רעש רקע של ריבוי דוברים (Gordon-Salant, 2005). פתרון חלקי ניתן למצוא באביזרי עזר שמיעתיים (Assistive Listening Devices – ALDs), כגון מכשירי FM או מערכות אינפרא אדום, המסייעים בהאזנה בחדרים שמאופיינים בהדהוד רב או ביחסי אות/רעש גרועים. אולם רוב המשתמשים המבוגרים במכשירי שמיעה אינם נוטים לעשות שימוש בחיי יום-יום באביזרי עזר אלה, בעיקר בשל הסרבול הכרוך בשימוש בהם. במחקרם של ג'רגר וחבריו (Jerger, Chmiel, Florin et al., 1996), שבו ניתנה לנבדקים האפשרות להתנסות ולהשוות בין מכשירי שמיעה לבין אביזרי עזר שמיעתיים (מכשירי FM), נמצאה עדיפות ברורה לאביזרי העזר, הן במבחני הבנת דיבור ברעש והן בשיפוט של המשתמשים, שדירגו את איכות הצליל של אביזרי העזר כטובה יותר מזו של מכשירי השמיעה. אך למרות זאת, 175 מתוך 180 הנבדקים במחקר בחרו במכשירי השמיעה הקונבנציונליים כמערכת המועדפת עליהם לשימוש בחיי יום-יום, וזאת בשל חוסר הנוחות בשימוש באביזרי העזר ובשל גודלם הפיזי. הנבדקים המעטים שהעדיפו את השימוש באביזרי העזר על פני מכשירי השמיעה, נטו להעריך את נכותם כקשה יותר, היו בעלי שביעות רצון נמוכה יותר מאיכות חייהם, נטו להיות חרדים יותר ועוינים, ונמצאו אצלם ראיות לקושי גדול יותר בעיבוד מרכזי של קלט שמיעתי דו-אוזני. אי לכך, אביזרי עזר שמיעתיים מותאמים כעזרים משלימים למכשירי השמיעה, ומשמשים מבוגרים וקשישים בעיקר בהאזנה לטלוויזיה ובאולמות תיאטרון המונגשים לכבדי שמיעה. אביזרי עזר נוספים שיכולים להקל על התפקוד התקשורתי של קשישים לקויי שמיעה הם טלפונים מוגברים, התקנים אלחוטיים להאזנה לטלפון וכן אביזרים להגברת הצלול של הטלפון ושל פעמון הדלת. אולם, גם פתרונות אלה, כמו מכשירי השמיעה, אינם יכולים להפחית את ההשפעה של הדרישות הקוגניטיביות הרבות של משימות האזנה שונות, שעשויות לכלול עומס רב על הזיכרון ומיעוט רמזי הקשר, וכן אינם יכולים להציע פתרון מלא במקרים של קושי בעיבוד שמיעה מרכזי.

סיכום: השפעות השיקום השמיעתי על איכות חייהם של קשישים

ליקוי שמיעה משפיע על הרווחה האישית והחברתית של קשישים, ועלולה להיות לו השפעה משמעותית על תפקודים תקשורתיים, קוגניטיביים, רגשיים והתנהגותיים. לכן יש חשיבות רבה לשיקום שמיעתי, שעשוי למתן את התפתחות התוצאות השליליות שגלוות

לליקוי שמיעה ואת החרפתן. בשנים האחרונות החלו להצטבר ראיות לכך, ששיקום שמיעתי באמצעות מכשירי שמיעה עשוי להשפיע על תפקודי המערכת האודיטורית ולשפר היבטים שונים של התפיסה השמיעתית (לביא, 2011; Philibert et al., 2002; Munro et al., 2007). זאת ועוד, שיקום שמיעה עשוי להיטיב עם קשישים לא רק בהיבט השמיעתי, אלא גם לשפר תפקודים פסיכולוגיים, רגשיים וחברתיים, ולהפחית את תחושת המוגבלות המלווה לליקוי שמיעה (Murrow, Tuley & Aguilar, 1992; Newman & Weinstein, 1988; Vuorio, 1999). שימוש במכשירי שמיעה עשוי להפחית דיכאון בקרב קשישים (Karinén & Sorri, 2006). ייתכן שאף יכול להפחית את התוצאות של דמנציה ושל ירידה קוגניטיבית (Cacciatore et al., 1999; Naramura et al., 1999).

לעתים קרובות הטיפול בליקוי השמיעה נדחק למקום שולי, בעיקר בקרב קשישים הסובלים ממגוון של בעיות בריאות. לאור הממצאים על ההשפעות של ליקוי שמיעה על תפקודים רגשיים, חברתיים ומנטליים, ולאור הראיות להשפעה המיטיבה של שיקום שמיעה על מדדים של איכות חיים, יש חשיבות לפיתוח תכניות לאיתור ליקויי שמיעה בקרב קשישים. יש לפעול להגברת המודעות של צוותים רפואיים ואחרים, המטפלים בקשישים, לחשיבות של איתור ושיקום לקויות שמיעה באוכלוסייה זו. זאת ועוד, לעתים המטפלים בקשישים הם הראשונים לזהות שינויים בשמיעה בשל כשלים בפעולת מכשירי השמיעה. לכן עליהם להכיר את מכשירי השמיעה, כך שיוכלו לספק סיוע מידי בהחלפת סוללות, בניקוי המכשירים ובבדיקה של תקינותם. מודעות מתמדת של אנשי מקצוע המטפלים בקשישים לקשיים המיוחדים של אוכלוסייה זו יכולה להוות נדבך חשוב בשיפור התקשורת עמם ובכך לתרום לרווחת הקשישים ולשיפור איכות חייהם.

מקורות

לביא, ל. (2011). שינויים פלסטיים במערכת האודיטורית בקרב קשישים בעקבות שימוש במכשירי שמיעה. חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה". חיפה: אוניברסיטת חיפה.

Allen, R.L., Schwab, B.M., Cranford, J.L. & Carpenter, M.D. (2000). Investigation of binaural interference in normal-hearing and hearing-impaired adults. *Journal of the American Academy of Audiology*, 11 (9), 494-500.

- Arlinger, S. (2003). Negative consequences of uncorrected hearing loss – a review. *International Journal of Audiology*, 42, 2s17-2s20.
- Baddeley, A.D. (1996). Exploring the central executive. *Quarterly Journal of Experimental Psychology: Human Experimental Psychology*, 49A, 5-28.
- Baddeley, A.D. (2000). The episodic buffer: A new component of working memory? *Trends in Cognitive Science*, 4, 417-423.
- Baddeley, A.D. & Hitch, G. (1974). Working memory. In: G. H. Bower (Ed.), *The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory* (Vol. 8, pp. 47-89). New York: Academic Press.
- Balfour, P.B. & Hawkins, D.B. (1992). A comparison of sound quality judgments for monaural and binaural hearing aid processed stimuli. *Ear & Hearing*, 13 (5), 331-339.
- Baltes, P.B. & Lindenberger, U. (1997). Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across adult life span: A new window to the study of cognitive aging? *Psychology and Aging*, 12, 12-21.
- Bess, F., Lichtenstein, M. & Logan, S. (1991). Making hearing impairment functionally relevant: Linkages with hearing disability and handicap. *Acta Otolaryngology, Suppl.* (Stockholm), 476, 226-231.
- Boothroyd, A. (1993). Recovery of speech perception performance after prolonged auditory deprivation: case study. *Journal of the American Academy of Audiology*, 4 (5), 331-336.
- Brummel-Smith, K. (1990). Introduction. In: B. Kemp, K. Smith & J. Ramsdell (Eds.), *Geriatric rehabilitation*. Boston: College Hill
- Cacciatore, F., Napoli, C., Abete, P., Marciano, E. & Triassi, M. (1999). Quality of life determinants and hearing function in an elderly population: Osservatorio Geriatrico Campano Study Group. *Gerontology*, 45, 323-328.
- CHABA (Committee on Hearing, Bioacoustics, and Biomechanics) (1988). Speech understanding and aging. *Journal of the Acoustical Society of America*, 83, 859-895.
- Cox, R.M. & Bisset, J.D. (1984). Relationship between two measures of aided binaural advantage. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 49, 399-408.

- Crandell, C., Hensch, M. & Dunkerson, K. (1991). A review of speech perception and aging: Some implications for aural rehabilitation. *Journal of Rehabilitative Audiology*, 24, 121-133.
- Dillon, H. (2001). *Hearing aids*. Australia: Boomerang Press.
- Divenyi, P.L. & Haupt, K.M. (1997). Audiological correlates of speech understanding deficits in elderly listeners with mild-to-moderate hearing loss. I. Age and lateral asymmetry effects. *Ear & Hearing*, 18 (1), 42-61.
- Divenyi, P.L., Stark, P.B. & Haupt, K.M. (2005). Decline of speech understanding and auditory thresholds in the elderly. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 118 (2), 1089-1100.
- Frisina, D.R. (2001). Possible neurochemical and neuroanatomical bases of age-related hearing loss presbycusis. *Seminars in Hearing*, 22 (3), 213-226.
- Frisina, D.R. & Frisina, R.D. (1997). Speech recognition in noise and presbycusis: Relations to possible neural mechanisms. *Hearing Research*, 106 (1-2), 95-104.
- Garstecki, D. & Erler, S. (1996). Use of the communication profile for the hearing impaired with mildly hearing impaired adults. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39, 28-42.
- Gates, G.A., Anderson, M.L., McCurry, S.M., Feeney, M.P. & Larson, E.B. (1996). Central auditory dysfunction as a harbinger of Alzheimer's dementia. *Arch Otolaryngology Head Neck Surgery*, 122 (2), 161-167.
- Gates, G.A., Cobb, J.L., Linn, R.T., Rees, T., Wolf, P.A. & D'Agostino, R.B. (2002). Central auditory dysfunction, cognitive dysfunction, and dementia in older people. *Journal of the American Geriatric Society*, 50 (3), 482-488.
- Gates, G.A. & Mills, J.H. (2005). Presbycusis. *Lancet*, 366 (9491), 1111-1120.
- Gatehouse, S. (1992). The time course and magnitude of perceptual acclimatization to frequency responses: Evidence from monaural fitting of hearing aids. *Journal of the Acoustical Society of America*, 92 (3), 1258-1268.
- Gatehouse, S. (1993). Role of perceptual acclimatization in the selection of frequency responses for hearing aids. *Journal of the American Academy of Audiology*, 4, 296-306.
- Gatehouse, S. & Robinson, K. (1996). Acclimatization to monaural hearing aid fitting – effects on loudness functions and preliminary evidence for

- parallel electrophysiological and behavioral effects. In: B. Kollmeier (Ed.), *Psychoacoustics, speech and hearing aids* (pp. 319-330). Singapore: World Scientific.
- Gelfand, S.A. (1995). Long-term recovery and no recovery from the auditory deprivation effect with binaural amplification: Six cases. *Journal of the American Academy of Audiology*, 6 (2), 141-149.
- Gelfand, S.A. (2009). *Essentials of audiology*. (2nd ed.). New York: Thieme Medical Publishers.
- Gelfand, S.A. & Hochberg, I. (1976). Binaural and monaural speech discrimination under reverberation, *Audiology* 15, 72-84.
- Gordon-Salant, S. (2005). Hearing loss and aging: New research findings and clinical implications. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 42 (4), 9-23.
- Gordon-Salant, S. & Fitzgibbons, P.J. (2001). Sources of age-related recognition difficulty for time-compresses speech. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 44 (4), 709-719.
- Haggard, M. & Hall, J. (1982). Forms of binaural summation and the implications of individual variability for binaural hearing aids. Binaural effects in normal and impaired hearing. *Scandinavian Audiology Supplement* (15), 47-63.
- Humes, L.E., Burk, M.H., Coughlin, M.P., Busey, T.A. & Strauser, L.E. (2007). Auditory speech recognition and visual text recognition in younger and older adults: Similarities and differences between modalities and the effects of presentation rate. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 50, 283-303.
- Hurley, R.M. (1993). Monaural hearing aid effect: Case presentations. *Journal of the American Academy of Audiology*, 4 (5), 285-294.
- Hurley, R.M. (1998). Is the unaided ear effect independent of auditory aging? *Journal of the American Academy of Audiology*, 9 (1), 20-24.
- Hwang, J.H., Li, C.W., Wu, C.W., Chen, J.H. & Liu, T.C. (2007). Aging effects on the activation of the auditory cortex during binaural speech listening in white noise: An fMRI study. *Audiology & Neurotology*, 12, 285-294.

- Ives, D.G., Bonino, P., Traven, N.D. & Kuller, L.H. (1995). Characteristics and comorbidities of rural older adults with hearing impairment. *Journal of the American Geriatric Society*, 43 (7), 803- 806.
- Jastreboff, P.J. (2007). Tinnitus retraining therapy. *Progressive Brain Research*, 166, 415-423.
- Jastreboff, P.J. & Hazell, J.W. (1993). A neurophysiological approach to tinnitus: Clinical implications. *British Journal of Audiology*, 27 (1), 7-17.
- Jerger, J., Silman, S., Lew, H. & Chmiel, R. (1993). Case studies in binaural interference: Converging evidence from behavioral and electrophysiologic measures. *Journal of the American Academy of Audiology*, 4, 122-131.
- Jerger, J., Chmiel, R., Florin, E., Pirozzolo, F. & Wilson, N. (1996). Comparison of conventional amplification and an assistive listening device in elderly persons. *Ear & Hearing*, 17 (6), 490-504.
- Jerram, J.C. & Purdy, S.C. (2001). Technology, expectations and adjustment to hearing loss: Predictors of hearing aid outcome. *Journal of the American Academy of Audiology*, 12 (2), 64-79.
- Kane, R., Ouslander, J. & Abrass, I. (1994). *Essentials of clinical geriatrics* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Karni, A. (1996). The acquisition of perceptual and motor skills: A memory system in the adult human cortex. *Cognitive Brain Research*, 5, 39-48.
- Karni, A. & Bertini, G. (1997). Learning perceptual skills: Behavioral probes into adult cortical plasticity. *Current Opinion in Neurobiology*, 7 (4), 530-535.
- Kemp, B. (1990). The psychosocial context of geriatric rehabilitation. In: B. Kemp, K. Smith & J. Ramsdell (Eds.), *Geriatric rehabilitation*. Boston: College Hill.
- Kempler, D. & Zelinski, E.M. (1994). Language in dementia and normal aging. In: F.A. Huppert, C. Brayne & D.W. O'Connor (Eds.), *Dementia and normal aging* (pp. 331-365). New York: Cambridge University Press.
- Killion, M.C. (1997a). Hearing aids: Past, present, future: Moving toward normal conversation in noise. *British Journal of Audiology*, 31 (3), 141-148.
- Killion, M.C. (1997b). SNR loss: "I can hear what people say, but I can't understand them". *The Hearing Review*, 4 (12), 8-14.

- Kirkwood, D. (1999). Major survey documents negative impact of untreated hearing loss on quality of life. *Hearing Journal*, 52, 32-40.
- Kjelgaard, M.M., Titone, D.A. & Wingfield A. (1999). The influence of prosodic structure on the interpretation of temporary syntactic ambiguity by young and elderly listeners. *Experimental Aging Research*, 25, 187-207.
- Kochkin, S. (2003). MarkeTrak VI: On the issue of value: Hearing aids benefit, price, satisfaction, and brand repurchase rates. *The Hearing Review*, 10 (2), 12-26.
- Kochkin, S. (2005). MarkeTrak VII. Betterhearing.org (electronic source).
- Kochkin, S. (2007). MarkeTrak VII: Obstacles to adult non-user adoption of hearing aids. *The Hearing Journal*, 60 (4), 24-51.
- Koehnke, J. & Besing, J.M. (2001). The effects of aging on binaural and spatial hearing. *Seminars in Hearing*, 22 (3), 241-253.
- Kobler, S. & Rosenhall, U. (2002). Horizontal localization and speech intelligibility with bilateral and unilateral hearing aid amplification. *International Journal of Audiology*, 41 (7), 395-400.
- Kurylo, D.D., Corkin, S., Allard, T., Zatorre, R.J. & Growdon, J.H. (1993). Auditory function in Alzheimer's disease, *Neurology*, 43, 1893-1899.
- Larsby, B. & Arlinger, S. (1999). Auditory temporal and spectral resolution in normal and impaired hearing. *Journal of the American Academy of Audiology*, 10, 198-210.
- Lavie, L. & Attias, J. (2009). Plasticity of the auditory system in the elderly. *Proceedings of the EFAS 2009 conference*.
- Lavie, L., Attias, J. & Karni, A. (2013). Semi-structured listening experience (listening training) in hearing aid fitting: influence on dichotic listening. *American Journal of Audiology*, 22, 347-50.
- Lavie, L., Banai, K., Attias, J. & Karni, A. (2014a). How difficult is difficult? Speech perception in noise in the elderly hearing impaired. *Journal of Basic and Clinical Physiology and Pharmacology (JBCPP)*, 25, 313-314.
- Lavie, L., Banai, K., Attias, J. & Karni, A. (2014b). Better Together: Reduced compliance after sequential versus simultaneous bilateral hearing aids fitting. *American Journal of Audiology*, 23, 93-98.

- Lee, F.S., Matthews, L.J., Dubno, J.R. & Mills, J.H. (2005). Longitudinal study of pure-tone thresholds in older persons. *Ear & Hearing*, 26 (1), 1-11.
- Light, L.A. (2001). Interaction between memory and language in old age. In: J. E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 275-290). New York: Academic Press.
- Lin, F.R., Metter, E.J., O'Brien, R.J., Resnick, S.M., Zonderman, A.B., & Ferrucci, L. (2011). Hearing Loss and Incident Dementia. *JAMA Neurology*, 68 (2), 214-220.
- Lindenberger, U. & Baltes, P.B. (1997). Intellectual functioning in old and very old age: Cross sectional results for the Berlin aging study. *Psychology and Aging*, 12, 410-432.
- Martin, J.S. & Jerger, J.F. (2005). Some effects of aging on central auditory processing. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 42 (4 suppl 2), 25-44.
- Mazelova, J., Popelar, J. & Syka, J. (2003). Auditory function in presbycusis: Peripheral vs. central changes. *Experimental Gerontology*, 38 (1), 87-94.
- Moore, B.C.J. (1996). Perceptual consequences of cochlear hearing loss and their implications for the design of hearing aids. *Ear & Hearing*, 17 (2), 133-161.
- Moore, B.C.J. (2003). *An Introduction to the Psychology of Hearing*. U.S.A.: Academic Press.
- Moore, D.R. (2007). Auditory processing disorders: Acquisition and treatment. *Journal of Communication Disorders*, 40, 295-304.
- Mulrow, C.D., Aguilar, C., Endicott, J. & Velez, R. (1990). Association between hearing impairment and the quality of life of elderly individuals. *Journal of the American Geriatric Society*, 38, 45-50.
- Munro, K.J., Pisareva, N.P., Parker, D.J. & Purdy, S.C. (2007). Asymmetry in the auditory brainstem response following experience of monaural amplification. *Neuroreport*, 18, 1871-1874.
- Murlow, C.D., Tuley, M.R. & Aguilar, C. (2006). Sustained benefits of hearing aids. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 1402-1405.
- Musiek, F.E., Shinn, J. & Hare C. (2002). Plasticity, auditory training, and auditory processing disorders. *Seminars in Hearing*, 23 (4), 263-275.

- Naramura, H., Nakanishi, N., Tatara, K., Isyama, M. & Shiraishi, H. (1999). Physical and mental correlates of hearing impairment in the elderly in Japan. *Audiology*, 38, 24-29.
- Neuman, A.C. (2005). Central auditory system plasticity and aural rehabilitation of adults. *Journal of Rehabilitation Research and Development* 42 (4, suppl 2), 169-186.
- Neuman, C.W. & Weinstein, B.E. (1988). The Hearing handicap inventory for the elderly as a measure of hearing aid benefit. *Ear & Hearing*, 9 (2), 81-85.
- Palmer, C.V. (2002). Fitting strategies for patients with symmetrical hearing loss. In: M. Valente (Ed.), *Strategies for selecting and verifying hearing aid fittings*. New York: Thieme Medical Publishers.
- Pearson, J.D., Morrell, C.H., Gordon-Salant, S., Brant, L.J., Metter, E.J., Klein, L.L. & Fozard, J.L. (1995). Gender differences in a longitudinal study of age-associated hearing loss. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 97 (2), 1196-1205.
- Philibert, B., Collet, L., Vesson, J.F. & Veuillet, E. (2002). Intensity-related performances are modified by long-term hearing aid use: A functional plasticity? *Hearing Research*, 165 (1-2), 142-151.
- Pichora-Fuller, M.K., Schneider, B.A. & Daneman, M. (1995). How young and old adults listen and remember speech in noise. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 97 (1), 593-608.
- Probst, R. (2010). *Epidemiology and etiology of age related hearing loss*. Keynote Adress, International Conference on Adult Hearing Screening, Como, Italy.
- Rabbit, P.M.A. (1968). Channel capacity, intelligibility and immediate memory. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 20, 241-248.
- Robinson, K. & Gatehouse, S. (1996). The time course of effects on intensity discrimination following monaural fitting of hearing aids. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 99 (2), 1255-1258.
- Robinson, K. & Summerfield, A.Q. (1996). Adult auditory learning and training. *Ear & Hearing*, 17 (3 suppl), 51S-65S.
- Schneider, B.A. & Pichora-Fuller, M.K. (2001). Age-related changes in temporal processing: Implications for speech perception. *Seminars in Hearing*, 22 (3), 227-240.

- Senior Research Group. (1999). *The consequences of untreated hearing loss in older persons*. Washington DC: The National Council on the Aging.
- Silman, S., Gelfand, S.A. & Silverman, C.A. (1984). Late-onset auditory deprivation: effects of monaural versus binaural hearing aids. *Journal of the Acoustical Society of America*, 76 (5), 1357-1362.
- Silman, S., Silverman, C.A., Emmer, M.B. & Gelfand, S.A. (1992). Adult-onset auditory deprivation. *Journal of the American Academy of Audiology*, 3 (6), 390-396.
- Silverman, C.A. & Silman, S. (1990). Apparent auditory deprivation from monaural amplification and recovery with binaural amplification: Two case studies. *Journal of the American Academy of Audiology*, 1 (14), 175-180.
- Stach, B.A., Loiselle, L.H. & Jerger, J.F. (1991). Special hearing aid considerations in elderly patients with auditory processing disorders. *Ear & Hearing*, 12 (6 suppl), 131S-138S.
- Stone, H. (1990). Hearing health care in the 1990s. *Audiology Today*. July-August, 14-17.
- Strouse, A.L., Hall, J.W. & Burger, M.C. (1995). Central auditory processing in Alzheimer's disease. *Ear & Hearing*, 16, 230-238.
- Sweetow, R. & Henderson-Sabes, J. (2006). The need for and development of an adaptive listening and communication enhancement (LACE™) program. *Journal of the American Academy of Audiology*, 17, 538-558.
- Syka, J. (2002). Plastic changes in the central auditory system after hearing loss, restoration of function, and during learning. *Physiological Review*, 82, 601-636.
- Tremblay, K.L. (2003). Central auditory plasticity: Implications for auditory rehabilitation. *The Hearing Journal*, 56 (1), 10-15.
- Tremblay, K.L. (2005). Beyond the ear: Physiological perspectives on auditory rehabilitation. *Seminars in Hearing*, 26 (3), 127-136.
- Tun, P.A. (1998). Fast noisy speech: Age differences in processing rapid speech with background noise. *Psychology and Aging*, 13 (3), 424-434.
- Tun, P.A. & Wingfield, A. (1999). One voice too many: Adult age differences in language processing with different types of distracting sounds. *The Journals*

- of Gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 54 (5), 317-327.
- Tun, P.A., O'Kane, G. & Wingfield, A. (2002). Distraction by competing speech in young and older adult listeners. *Psychology and Aging*, 17 (3), 453-467.
- Uhlmann, R.F., Larson, E.B., Rees, T.S., Koepsell, T.D. & Duckert, L.G. (1989). Relationship of hearing impairment to dementia and cognitive dysfunction in older adults. *Journal of the American Medical Association*, 261 (13), 1916-1919.
- Valente, M. (2002a). *Hearing aids: Standards, options and limitations*. New York: Thieme Medical Publishers.
- Valente, M. (2002b). *Strategies for selecting and verifying hearing aid fitting*. New York: Thieme Medical Publishers.
- Vuorialho, A., Karinen, P. & Sorri, M. (2006). Effect of hearing aids on hearing disability and quality of life in the elderly. *International Journal of Audiology*, 45 (7), 400-405.
- Weinstein, B.E. (2003). A primer on hearing loss in the elderly. *The American Society on Aging*, 27, November I, 15-19.
- Weinstein, B.E. (2013). *Geriatric audiology* (2nd ed.). New York: Thieme Medical Publishers
- Weinstein B. & Amsel L. (1986). Hearing loss and senile dementia in the institutionalized elderly. *Clinical Gerontologist*, 4, 3-15.
- Wilson, C. & Stephens, D. (2003). Reasons for referral and attitudes towards hearing aids: Do they affect outcome? *Clinical Otolaryngology*, 28 (2), 81-84.
- Wingfield, A., Wayland, S.C. & Stin, E.A.L. (1992). Adult age differences in the use of prosody for syntactic parsing and recall of spoken sentences. *Journal of Gerontology*, 47 (5), 350-356.
- Wingfield, A., Stin, E.A.L., Lahar, C.J. & Aberdeen, J.S. (1998). Does the capacity of working memory change with age? *Experimental Aging Research*, 14, 103-107.
- Wingfield, A. & Tun, P.A. (2001). Spoken language comprehension in older adults: Interactions between sensory and cognitive changes in normal aging. *Seminars in Hearing*, 22 (3), 287-301.

- Wingfield, A., Tun, P.A. & McCoy, S.L. (2005). Hearing loss in older adulthood. What it is and how it interacts with cognitive performance. *Current Directions in Psychological Science*, 14 (3), 144-148.
- Wong, P.C.M., Jin, J.X., Gunasekeraa, G.M., Abel, R., Lee, E.R. & Dhar, S. (2009). Aging and cortical mechanisms of speech perception in noise. *Neuropsychologia* 47, 693-703.
- Yueh, B., Shapiro, N., MacLean, C.H. et al. (2003). Screening and management of adult hearing loss in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 289 (15), 1976-1985.

פרק 11

טיפול פליאטיבי בגיל המבוגר: הזכות לאיכות חיים במצבי חולי

גילי פלג, אמיתי אוברמן

מבוא

סוף החיים — לכל אחד סיפור משלו. לעתים, המוות מגיע בפתאומיות ולעתים מזרחל לו. יש פעמים שהגוף נחלש, אך המחשבה נשארת צלולה, ויש פעמים, שהגוף נותר איתן ואילו דמותו של האדם ודעתו מתפוגגות והולכות. כך או אחרת, לכולנו המפגש עם המוות הוא בלתי נמנע והתהייה באשר לדרך שבו יטופל פרק סוף החיים מעסיקה רבים מאתנו.

כשמדברים על טיפול בסוף החיים אין הכוונה לטיפול המתרחש רק ברגעים האחרונים, שלפני הנשימה והפעימה האחרונות. הרפואה המודרנית האריכה את תוחלת החיים ואת תקופת הגסיסה, כך שתקופת סוף החיים יכולה להתפרס על פני חודשים ואף שנים. בסוף חייהם, מרבית הקשישים לוקים בשתי מחלות כרוניות או יותר (סוכרת, אי-ספיקת לב וריאות, מחלת כליות כרונית, סרטן, דמנציה) ומתמודדים עם מגוון רחב של סימפטומים פיזיים ונפשיים. מורכבות ההתמודדות אף גוברת בגין קיומן של תסמונות גריאטריות, כגון: ירידה קוגניטיבית, דיכאון, נפילות, אי-שליטה על הסוגרים, רגישות יתר לתרופות וסיבוכים נלווים כתוצאה מהתערבויות רפואיות.

בנוסף לקשיים הפיזיים והנפשיים הללו, קיימות בעיות סוציאליות בגיל המבוגר, כגון: מצוקה כלכלית, בדידות חברתית וריבוי אבדנים. זאת ועוד, בשנים האחרונות לחייהם, הקשיש וקרוביו נפגשים עם מערכת רפואית מורכבת, עם מטפלים רבים ולעתים עם היעדר רצף טיפולי ברור. על כל אלה יש לציין, שמרבית הקשישים מתגוררים בקהילה ומעדיפים לסיים את חייהם בביתם, אך בפועל רובם נפטרים בבית חולים או בבית אבות (Higginson, et al., 2013).

מציאות זו הובילה לקיומה של קבוצה גדלה והולכת של אנשים קשישים הנזקקים לטיפול ייחודי שייתן מענה לצרכיהם הבריאותיים המורכבים בתקופה האחרונה לחייהם. טיפול פליאטיבי בא לתת מענה לאוכלוסייה זו.

טיפול פליאטיבי (= מקל/תומך) הוא גישה טיפולית כוללת, השואפת להקלת סבל ולהשגת איכות החיים הטובה ביותר האפשרית לחולים ולבני משפחתם, הניצבים מול מחלה מתקדמת מאיימת חיים בכל שלביה. הטיפול יכול להינתן הן בשלב שבו ניתנים לחולה טיפולים מרפאים (cure) והן עם הפסקתם של טיפולים אלה. חשיבות מרבית ניתנת למניעה, לזיהוי מוקדם, לאיתור ולטיפול בסימפטומים פיזיים, פסיכולוגיים, חברתיים ורוחניים. בנוסף לכך, מושם דגש על קיום תקשורת פתוחה ומיידעת עם החולים ובני משפחותיהם, סיוע בקבלת החלטות קשות וקביעת מטרות הטיפול (Goals of care). תכנית פעולה נבנית בהתאם לרצונותיהם של המטופל וקרוביו, הרקע התרבותי/דתי שלהם וערכיהם, בהתייחסות לזמן ההווה ולעתיד. טיפול פליאטיבי ניתן גם לאחר מות החולה, לשם תמיכה בתהליך האבל של בני המשפחה והקרובים (C.A.P.C.; WHO., 2002).

בעבר, טיפול פליאטיבי ייושם בעיקר בקרב מטופלים שחלו במחלת הסרטן, אך כיום מובן, כי יש להעניק טיפול ומענה גם לאנשים החולים במחלות מתקדמות מאיימות חיים נוספות. בהכרה שיישום גישה פליאטיבית חיונית הן לשיפור איכות הטיפול ורצף השירותים והן כבסיס לשימוש מושכל יותר בטכנולוגיות רפואיות ובמשאבים, הוכנס בשנת 2009 הטיפול הפליאטיבי לסל שירותי הבריאות בישראל. משרד הבריאות הגדיר, שטיפול פליאטיבי צריך להיות חלק אינטגרלי של כל תהליכי הטיפול ושלבי המחלה, זמין ונגיש לכל מטופל, בבית או בבית חולים או במוסד סיעודי. אוכלוסיית המטופלים הייעודית כוללת חולים הסובלים ממחלות אלו: סרטן, אי-ספיקת לב/ריאות/כבד/כליות סופנית, שבץ מוחי קשה, מחלת עצבים ניוונית מתקדמת וחולה מחוסר הכרה (משרד הבריאות, 2009). טיפול פליאטיבי מבוסס על עבודת צוות בין-מקצועי, שמטרתו מתן מענה לכל צורכי החולים ובני המשפחה. עבודת הצוות נבנית משיתוף פעולה שוויוני, נטול היררכיה, בין אנשי מקצוע מכל תחומי הבריאות, הרפואיים והפארא-רפואיים. צוות פליאטיבי שזכה נדרש לגבש וליישם תכנית טיפול, תוך עריכת חלוקה מאורגנת של העבודה, סביב המטרות הטיפוליות המוסכמות, כשכל חבר מביא את הכלים המקצועיים שלו ופועל תוך בניית רצף והמשכיות טיפולית בין כל חברי הצוות. בנוסף לעבודה התוך-צוותית, על הצוות המטפל להיות גורם מחבר ומתאם עם גורמי טיפול חיצוניים (בתי חולים, מכונים, קהילה וכו') (Meier & Beresford, 2008).

ד"ר סיסלי סונדרס, מייסדת תנועת ההוספיס המודרנית, היטיבה להעביר את רוח הטיפול הפליאטיבי באומרה: אתה חשוב בגלל שאתה זה אתה. אתה חשוב עד לרגע האחרון של

חייד, ואנחנו נעשה כל שביכולתנו, לא רק כדי לעזור לך למות בשלווה, אלא גם שתחיה עד מותך (Twycross, 2006).

פרק זה עוסק במאפייניו הייחודיים והיישומיים של הטיפול הפליאטיבי בגיל המבוגר ובאתגרים העולים במפגש של איש המקצוע עם החולה ובני משפחתו.

אתגרים בטיפול פליאטיבי בגיל המבוגר

טיפול פליאטיבי בגיל הבוגר כולל מספר שלבים:

1. זיהוי והערכה:
 - זיהוי מסלול החולי של המטופל
 - זיהוי המטופל הזקוק לטיפול פליאטיבי
 - אומדן וניהול סימפטומים
 2. קידום תקשורת יעילה בין המטופל, המשפחה והצוות והגדרת מטרות הטיפול.
 3. תמיכה במטפל בעיקרי.
 4. התמודדות הצוות, המטופל ובני משפחתו עם דילמות אתיות.
 5. השלב האחרון בחיים והטיפול בשעות האחרונות.
 6. ליווי המשפחה בתקופת האבל.
- להלן נסקור שלבים אלה.

1. זיהוי והערכה

זיהוי מסלול החולי של המטופל

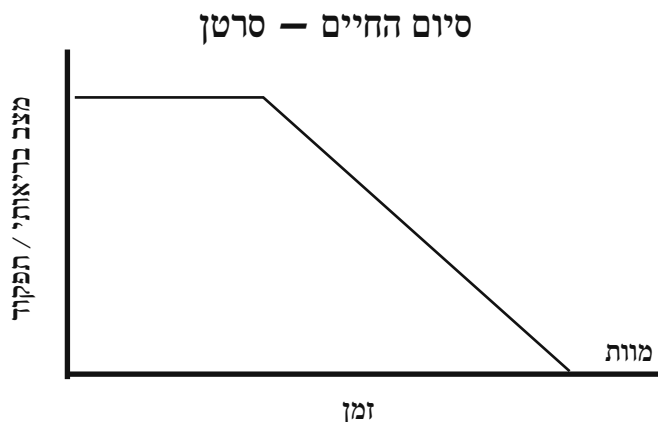
מחלות שונות יוצרות מהלכי מחלה ייחודיים מן הבחינה הפיזיולוגית והפסיכולוגית. אחד המחסומים ליישום גישה פליאטיבית בקשישים, במיוחד באלה הסובלים ממחלות כרוניות שאינן ממאירות, הוא קיומו של מהלך מחלה ממושך, לרוב בלתי צפוי, עם קושי בניהוי הפרוגנוזה. על מנת לתת טיפול פליאטיבי, המותאם לצורכי המטופל ומשפחתו, יש לזהות את מסלול סוף החיים של המטופל, להבין מהם מאפייניו של מסלול זה וכיצד הם משפיעים על מהלך ההתמודדות. מהלך מחלה, המתאפיין בשינויים רבים ובהידרדרות מהירה, מפגיש את החולה, משפחתו ואיש המקצוע עם אתגרים השונים ממהלך מחלה, המתאפיין בהתפתחות איטית וממושכת. מיפוי כללי של הסיבות המרכזיות המובילות למוות בימינו,

בקרב קשישים, מצביע על קיומם של שלושה סוגי חולי – נתיבי סוף חיים מרכזיים: (א) סרטן; (ב) אי-ספיקה של איברים חיוניים; (ג) דמנציה (Lunney, Lynn & Hogan, 2002).

סרטן

שכיחות של מחלות ממאירות עולה עם הגיל והן גורם תמותה שכיח. הממאירויות השכיחות אצל נשים כוללות – שד, ריאה ומעי גס ואילו בקרב גברים – ערמונית, ריאה, מעי גס וחלחולת (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2012). הפרוגנוזה של כל אחת ממחלות אלו תלויה בדרגת הגידול בעת גילוי המחלה, בתגובה לטיפול וברמת התפקוד בשלב האבחון. חלק ניכר מחולי הסרטן הקשישים מתפקדים באופן עצמאי עד לשלבי מחלה מתקדמים. פגיעה תפקודית משמעותית מתרחשת רק בשלבי מחלה מתקדמים או סופניים, כאשר המחלה אינה בר-טיפול או שאינה מגיבה לטיפול מרפא. במקרה זה, תהליך סיום החיים הוא יחסית קצר, ניתן לחיזוי ולרוב מזוהה ככזה על ידי המטופל ובני המשפחה. שלב זה מלווה לרוב בעומס סימפטומים גבוה ובצורך להתאמת טיפול באופן תדיר (ראו תרשים 1 וסיפור מקרה אסתר – חלק א').

תרשים 1: מסלול מהלך מחלה בחולי סרטן



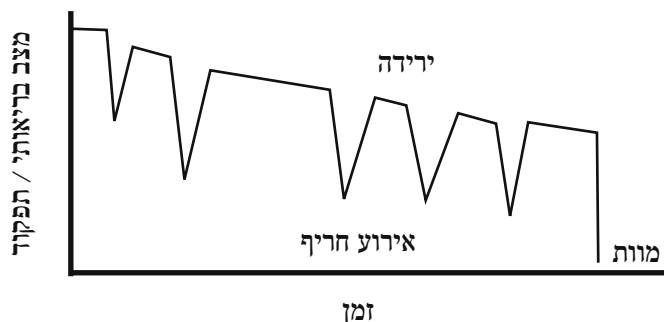
סיפור מקרה אסתר – חלק א'

אסתר בת 83 לוקה בסרטן שד מזה שנתיים, עם תגובה חלקית לטיפול כימותרפי. מזה שלושה חודשים מטופלת בתרופת מחקר. בשבועות האחרונים חשה בחילות, חוסר תיאבון, כאב בעצמות המיוחס לפיזור גרורתי וחולשה רבה. חלה ירידה

אי-ספיקה של אחד מהאיברים החיוניים

תרשים 2: מסלול מהלך מחלה בחולי אי-ספיקה

סיום החיים – אי ספיקה מערכתית



סיפור מקרה אלכס – חלק א'

אלכס בן 77, סובל שנים רבות ממחלת פרקים כרונית עם מעורבות של הפרקים הגדולים ומחלת ריאות חסימתית כרונית (COPD). מתגורר עם אשתו בביתם

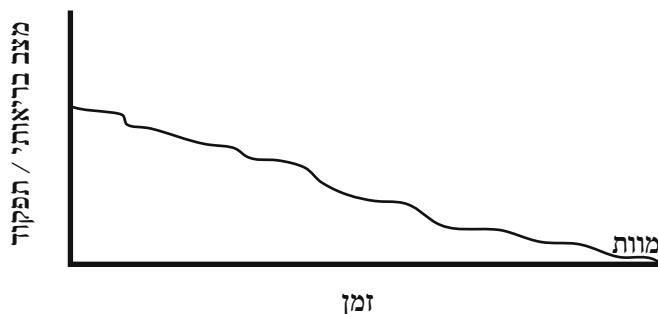
וילדיו גרים בסמוך. מזה שלוש שנים חלה ירידה תפקודית הדרגתית ולאחרונה חל קושי בביצוע תפקודי היום-יום הבסיסיים עקב מחלת הפרקים והריאות. מתהלך עם הליכון למרחקים קצרים, קוצר נשימה מופיע במאמץ מינימלי. נעזר במשקפי חמצן ואינהלציות מספר פעמים ביום. למרות טיפול תרופתי רב, בחצי השנה האחרונה אושפז ארבע פעמים, עקב התלקחות מחלת הריאות ובכל אשפוז נזקק להנשמה מלאכותית. לאחר כל אשפוז חלה ירידה תפקודית נוספת. נמצא בקשר טיפולי מתמשך עם היחידה לטיפולי בית.

דמנציה

השכיחות של דמנציה, על גורמיה השונים (מחלת אלצהיימר, מחלת כלי דם מוחיים, מחלת פרקינסון, ועוד), עולה עם הגיל עד לכ-45% בקרב בני ה-90 ומעלה. תוחלת החיים הממוצעת מרגע האבחון ועד המוות היא בין ארבע לשבע שנים, שבמהלכן חלה ירידה תפקודית וקוגניטיבית הדרגתית ומתמשכת (תרשים 3) (WHO., 2012).

תרשים 3 : מסלול מהלך מחלה בדמנציה

סיום החיים – דמנציה



סימנים וסימפטומים הגורמים לסבל בקבוצת מחלות אלו כוללים: בלבול, שינויים במצב הרוח ודיכאון, מחשבות שווא מאיימות, שינויים/הפרעות בהתנהגות, אי-שליטה על הסוגרים, חוסר תיאבון, הפרעות בליעה, שאיפת מזון והופעת פצעי לחץ. גורמי המוות העיקריים הם זיהומים בדרכי השתן והנשימה (ראו תרשים 4 וסיפור מקרה פאולה – חלק א').

תרשים 4: סימנים וסימפטומים בחולי דמנציה על רצף התפתחות המחלה
(Volicer & Hurley, 1998)



מהלך המחלה הממושך מאופיין בהתפוגגות אישיותו של החולה, יכולת התקשורת עם המטופל פוחתת והולכת וקיימות בעיות אתיות הנובעות מאי הוודאות באשר לרצונו של המטופל. מאפיינים אלה יוצרים עומס רגשי ופיזי רב במשך שנים רבות על בני המשפחה והמטפלים.

סיפור מקרה פאולה – חלק א'

פאולה בת 93, אלמנה ואם לבן ובת, מתגוררת בביתה. לפני כשלוש שנים הופיעו בעיות בזיכרון, מצב רוח ירוד וצורך גובר בעזרה בניהול משק הבית. בייעוץ גריאטרי אובחנה כלוקה בדמנציה מסוג מחלת אלצהיימר והוחל טיפול תרופתי להאטת המחלה. בשנה האחרונה חלה החמרה עם ליקוי בהתמצאות בזמן ומקום, ירידה בהיגיינה אישית ואירועים של השארת גז דולק, המחייבים יותר הכוונה והשגחה. לאחרונה, החל אי-שקט לילי, אי-שליטה על הסוגרים, מספר נפילות וקושי בזיהוי ותקשורת עם בני משפחה. ילדיה אובדי עצות, פנו לגריאטר על מנת להבין מה נכון לעשות במצב זה.

מטרתה של הגישה הפליאטיבית לסייע ולהקל על הקשישים ובני משפחותיהם בהתמודדותם עם גורמי הסבל הפיזיים והרגשיים, שמקורם במחלות הגיל המבוגר. על

טיפול זה להיות רכיב עיקרי בכל תכנית התערבות, תוך התבססות על צורכי המטופל ומשפחתו, בהתייחס לסוג החולי שאיתו מתמודדים, ללא קשר לפרוגנוזה או למוות המתקרב.

זיהוי המטופל הזקוק לטיפול פליאטיבי

לאור הקושי בניבוי תוחלת החיים בקרב החולים במחלות ממושכות והמספר הגדל של הקשישים עולה הצורך לזהות את אותם מטופלים הזקוקים יותר מאחרים לשירותי טיפול פליאטיבי. מעבר לאומדן ולניהול סימפטומים פיזיים, חברתיים ונפשיים בכל קשיש עם מחלה כרונית ממושכת, על איש המקצוע לשאול את עצמו: "האם אופתע אם מטופל זה ימות במהלך השנה הקרובה?" (Moss, Lunney, Culp et al., 2010). אם התשובה היא "לא אופתע אם המטופל ימות תוך שנה", אזי יש לנקוט בגישה פליאטיבית יוזמת, הכוללת הערכה ודיון עם הקשיש ובני משפחתו בנושאים הקשורים לטיפול בו בהמשך חייו ועד מותו. מדדים נוספים המצביעים על קשישים הזקוקים ליישום גישה פליאטיבית מופיעים בטבלה שלהלן.

מדדים לזיהוי המטופל הזקוק לטיפול פליאטיבי

מדד	הגדרה
אשפוזים חוזרים	אשפוזים חוזרים מאותה סיבה על פני מספר חודשים
סימפטומים מורכבים	אשפוזים עקב סימפטומים מורכבים או סיבות רגשיות
צורכי טיפול מורכבים	תלות תפקודית רבה וצורך בתמיכה ביתית מורכבת
ירידה תפקודית	ירידה בולטת ביכולת תפקודית, ירידה מתמשכת במשקל וביכולת טיפול עצמית
היעדר הוראות רפואיות מקדימות, ייפוי כוח או אפוטרופוס	לא הוכנה כל תשתית משפטית למקרה של החמרה עתידית
מצוקה משפחתית	עומס טיפולי ורגשי רב על המשפחה, קיום קונפליקטים בין בני משפחה/צוות
פרוגנוזה ירודה	קיום מחלה בשלביה המתקדמים ללא אופק ריפווי

אומדן וניהול סימפטומים

אומדן וניהול סימפטומים הוא אחד היעדים המרכזיים של טיפול פליאטיבי בכל חולה עם מחלה חריפה או כרונית, הפוגעת בתפקוד ובאיכות החיים. פעמים רבות, קיימים מספר סימפטומים בו-זמנית, הגורמים לסבל ולמצוקה קיומית ופוגעים באיכות החיים של החולה ומשפחתו. במקרה קיצון, תופעות אלו אף מביאות להתאבדות או לבקשה להמתת חסד. על מנת לתת מענה איכותי לחולים אלה, יש לבצע הערכה כוללת, תוך שימוש בכלי הערכה מקובלים ונוחים. כלי הערכה מוכר הוא Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) (ראו נספח 1 בסוף פרק זה), המציג את הסימפטומים השכיחים בחולים אלה (Bruera, Kuehn, Miller et al., 1991). בכל פגישה ראשונית עם מטופל, הסובל ממחלה מתקדמת, יש לאמוד את עצמת הסימפטומים המתוארים, תוך הצגת השאלה "בסולם של 0-10 מהי עצמת הסימפטום?" כמו כן, יש לברר לא רק את עצמתו של הסימפטום, אלא גם את תדירותו, גורמים מחמירים ומקלים, השפעתו על איכות החיים, על מצב הרוח והתפקוד. מאחר שכל סימפטום יכול להיות מובנה ממכלול של רכיבים: פיזי, נפשי, סביבתי והתנהגותי, לאחר ביצוע האומדן, יש לבנות תכנית התערבות רב-מקצועית, הכוללת טיפול תרופתי ולא תרופתי. לאחר ביצוע התערבות טיפולית, יש לבצע אומדן חוזר ולהתאים את הטיפול לנדרש. כפי שניתן לראות בסולם ההערכה של אדמונטון ובכלים אחרים, כאב מופיע בראש רשימת הסימפטומים והוא סימפטום ייחודי, מרכזי ובעל השפעה רבה, המחייב מענה במסגרת הטיפול הפליאטיבי. כ-80% מכלל הקשישים סובלים ממחלה ניוונית או ממארת, המלווה בכאב. כאב לא מאוזן, במיוחד בקרב אנשים קשישים, מלווה, לעתים קרובות, בדיכאון, בחרדה, בירידה תפקודית וקוגניטיבית, בהתבודדות, בירידה בניידות ובאיכות החיים. לקשישים רבים מספר גורמי כאב בו-זמנית, שמקורם במצבים כרוניים שונים, כגון דלקות פרקים, נירופטיה, סוכרת, שברים אוסטיאופורוטיים, מחלת כלי דם פריפריים, פצעי לחץ וכן היעדר ניידות. בקשישים הלוקים בסרטן מתנסף כאב הקשור בגידול עצמו או בטיפול בממאירות.

לקשישים הסובלים מדמנציה סיכון גבוה יותר לחוות כאב לא מאוזן, עקב חוסר יכולתם לדווח על כאב בדרכים מקובלות. כאב בקשיש הלוקה בדמנציה יכול להתבטא בהפרעות התנהגותיות, בירידה תפקודית או בכלבול ולכן בקשישים אלה אומדן כאב מבוסס על שפת גוף. בעזרת כלי מדירה המתאימים לקשישים עם הפרעות קוגניטיביות, כגון PAINAD (Warden, Hurley & Volicer, 2003) אפשר להגיע לאיזון כאב הולם (ראו נספח 2 בסוף הפרק).

לאור מהלכי המחלה השונים ומגוון הסימפטומים הרחב, צרכיהם המורכבים של החולים הקשישים ומשפחותיהם מחייבים גישה פליאטיבית. יישום הגישה דורש התייחסות רב-

ממדית גריאטרית, תוך שיתוף פעולה בין אנשי המקצוע ושימת דגש על קיומה של תקשורת מקדמת בין אנשי הצוות, המטופל ובני משפחתו.

2. קידום תקשורת יעילה בין המטופל, המשפחה והצוות והגדרת מטרות הטיפול

סיפור מקרה אסתר – חלק ב'

לאור התקדמות סרטן השד אצל אסתר, זימנה העובדת הסוציאלית את אסתר ומשפחתה לשיחה משותפת עם האונקולוג. בנוכחותה של אסתר, הובהר השלב המתקדם של המחלה והיעדר השפעה מיטיבה של הטיפול התרופתי. האונקולוג הסביר, שבמצב זה יש להתמקד במתן טיפול פליאטיבי. העובדת הסוציאלית והאחות הסבירו למשפחה על מהותו של טיפול זה והועבר סיכום מחלה לרופא המטפל בקהילה וליחידה לטיפולי בית – ההוספס.

בשיחה עם צוות ההוספס נשאלה אסתר באשר לרצונותיה על אודות הטיפול בה במצבה הנוכחי ובהמשך. אסתר הבהירה את רצונה להיות מעורבת בטיפול, להימנע מטיפולים פולשניים, כגון הנשמה או החייאה, ולסיים את חייה בביתה ולא בבית חולים. ניתנה התייחסות לחששות שעלו לגבי הטיפול כאשר תחול החמרה וכיצד הצוות והמשפחה יפעלו יחד כך שאסתר תוכל להישאר בביתה עד הסוף. ניתן מענה לסימפטומים שמהם אסתר סובלת. בני המשפחה קיבלו כלים שבהם יוכלו לסייע ולהיות שותפים בטיפול.

קיום והבניית תקשורת יעילה וכנה בין המטופל, בני המשפחה והצוות על אודות המצב לאשורו היא אבן יסוד בכל הקשור לטיפול פליאטיבי. מטרותיה של תקשורת פתוחה הן: (א) להבהיר שהמטופל ומשפחתו מבינים את מצבו הנוכחי, את חומרת המחלה ואת האפשרויות הטיפוליות הקיימות; (ב) להתחשב ברצונותיהם של המטופל ומשפחתו לגבי אופי הטיפול ומטרותיו. מטרות טיפוליות יכולות לעסוק בסוגיות, כגון: סוג הטיפול המועדף, מיקום הטיפול, מה ההעדפה של החולה בעניין איכות מול אריכות חיים, מהו מוות טוב בעיני המטופל ומשפחתו, מידת השליטה של המטופל בטיפול, השימוש בטכנולוגיה מתקדמת, ועוד. יש להבטיח שהמטופל, המשפחה והצוות המטפל מודעים למטרות הטיפול ומסכימים עליהן. על אף שאנשי מקצוע חוששים מאוד מקיום שיחות כאלה, שבמהלכן נערך דיון על האפשרויות הטיפוליות והפרוגנוזה, נתונים העולים בספרות המקצועית מלמדים,

שהמטופלים והמשפחות מעדיפים דרך זו ומודים על האפשרות לדרון באופן פתוח ושקוף בנושאים אלה (כרמל ולזר, 1997; Hancock, Clayton, Parker et al., 2007). דרכי ניהול שיחה עם החולה ובני משפחתו מופיעים להלן (Balaban, 2000; Kapo, Morrison & Laip, 2000; Quill, 2007).

דרכי ניהול שיחה עם החולה ובני משפחתו

- בחר זמן ומיקום המתאימים לניהול שיחה מעמיקה.
- עודד את בני המשפחה או את המטופלים להשתתף בשיחה: "רצינו לדרון אתכם ביחד על מה שקרה ועל ההמשך..."
- ערב נציגים מכל צוותי הטיפול הראשוני: "בשיחה כזו אנו נוהגים לשתף את הצוות המטפל כדי להגיע לתיאום ולחשיבה משותפת..."
- הערך את רצונותיו של המטופל לגבי כמות המידע ומעורבותו בתהליך קבלת ההחלטות: "יש חולים שרוצים לדעת כל פרט ופרט ואחרים מעוניינים רק בתיאור כללי. מה מתאים לך? ישנם אנשים המעדיפים שהרופא יחליט לבד ואילו אחרים מעוניינים שהרופא יקבל החלטות בשיתוף עם החולה ובני משפחתו, מה העדפתך?"
- הערך את הבנתו של המטופל לגבי האבחנה, הטיפול והפרוגנוזה: "איך אתה רואה או מבין את מצבך הרפואי? האם המצב להרגשתך יציב, משתפר, מחמיר?"
- הצג מידע לגבי אפשרויות טיפוליות, התועלת והסיכון לגבי הטיפולים האפשריים: "נראה שחלה החמרה בתפקודי הכליה שלך לאחרונה ולכן יש סיכוי שהטיפול הנוכחי יחמיר את התפקוד הכלייתי, הייתי מציע במקום..."
- הבהר שותפות בתהליך קבלת ההחלטות והשתמש בשפה משתפת: "אנחנו הולכים להתמודד עם זה ביחד..." בכל מקרה, אתה לא לבד אנו נהיה כאן בשבילך..."
- עודד וכבד את האוטונומיה של המטופל: "מהי דעתך? היינו רוצים לשמוע את דעתך?"

- הבע אמפתיה ונרמול לרגשותיהם ולמחשבותיהם של המטופל ומשפחתו: "זה טבעי שעולות מחשבות של ייאוש ועייפות מהמצב, אתם באמת עוברים תקופה קשה."
- הזמן שאלות והבהרות וברר אם דבריו מובנים: "כדי שאהיה בטוח שהסברתי לך בצורה ברורה, אני אשמח אם תוכל להסביר לי מה קרה ומה עלול לקרות בהמשך?"
- גלה רגישות לשפת גוף המביעה התנגדות או מצוקה: קשר עין שנותק, גוף מכונס.
- הבהר את אי הוודאות בכל הקשור לפרוגנוזה: "צריך לזכור שקיימת שונות בין אדם לאדם וקשה לומר בוודאות. לשאלתך, הנתונים הסטטיסטיים מראים כי במצב הזה הסיכוי הוא..."
- תן הזדמנות לעכב את קבלת ההחלטה: "נוכל לדון בהחלטה שלך בפגישה הבאה."
- הצע להתייחס לאפשרויות משפטיות קיימות לתיעוד העדפות טיפוליות (Advance care planning): "על מנת שיטפלו בך כמו שאתה רוצה, מומלץ לתעד במסמכים משפטיים את רצונותיך ולציין מי יכול לייצג אותך נאמנה, אם לא תוכל להביע את דעתך. ישנן דרכים משפטיות פשוטות לעשות זאת."
- אפשר הזדמנות לקיים שיחות עם בני משפחה או עם מטפלים אחרים: "אנו מציעים שבשלב זה תלכו ותדונו על המצב הנוכחי ביניכם, אפשר גם להיוועץ עם איש מקצוע נוסף."
- הצע תמיכה מתמשכת בהחלטות שהתקבלו ואפשרות לתקשורת שמטרתה לספק מידע ולהבהירו: "אנחנו כמובן פה כדי לענות לכם על שאלות נוספות שיעלו וכמובן שנכבד כל החלטה שתקבלו."
- אם קיימת אפשרות יש לערוך פגישה חוזרת תוך מספר ימים על מנת להעריך את דרגת הנוחות של המטופל.

קיום שיחות להבהרה ולתיעוד העדפותיו של המטופל ובקשותיו לגבי מיקום ואופן הטיפול בו בסוף החיים (Advance care planning = הוראות טיפול מקדימות) הוא חשוב ביותר ברמה האתית, המשפטית והמעשית. הוראות טיפול מקדימות מסייעות בהבהרת רצונותיו של המטופל גם במצב שבו הוא אינו כשיר לבטא את רצונותיו המוקדמים. יש

לקבל החלטות מוקדם ככל האפשר לגבי המשך/מניעת/הפסקת טיפול, על מנת למנוע צורך לקבל החלטה במצבים דחופים, הן מצד המשפחה והן מצד הצוות המטפל. יש להבהיר למשפחה ולצוות, שהימנעות מטיפול, כגון החייאה או הפסקת טיפול תרופתי מסוים, אין משמעו הפסקת טיפול אקטיבי בכלל. בסיומן של שיחות אלו מומלץ לתעד את בחירותיו של המטופל במסמך חוקי-משפטי. ישנן מספר אפשרויות לתיעוד משפטי של רצונותיו של המטופל למקרה שבו מצבו יחמיר. מסמכים אלה כוללים: (א) יפוי כוח רפואי לפי חוק זכויות החולה; (ב) הוראות רפואיות מקדימות לפי חוק החולה הנוטה למות ו/או (ג) צוואה בחיים; (ד) מינוי אפוטרופוס לגוף ולרכוש. כדי לשמור על רצף טיפולי ולאפשר את מימוש בקשותיו של המטופל, מומלץ לעדכן באתרי הטיפול השונים על אודות החלטותיו של המטופל (תיעוד ברשומה הרפואית ובמאגר הארצי של הוראות רפואיות מקדימות וכיו"ב).

3. תמיכה במטפל העיקרי

טיפול בקרוב חולה הוא משימה קשה וטעונה, אך יש בתוכה גם פוטנציאל לצמיחה ולתחושת סיפוק עמוקה (Grbich, Parker & Maddocks, 2001; Singer, Bachner, Shvartzman, et al., 2005; Wolff, Dy, Frick et al., 2007). תפקידו של המטפל העיקרי מכיל תפקידים טיפוליים ישירים ועקיפים. טיפול ישיר כולל את כל ההיבטים הקשורים בטיפול בחולה, כמו ניהול סימפטומים, תמיכה רגשית, מעקב אחר שינויים במצב החולה, מתן תרופות וסיוע בתפקודי היום-יום. טיפול עקיף כולל פעולות שהן מעבר לחולה עצמו, כמו קביעת מועדי בדיקה, הוצאת מרשמים, הסעות ועיסוק בהיבטים כספיים. מעבר לתפקידים אלה, יש לזכור שהמטפל נמצא לרוב תחת עומס רגשי כבד, מלווה בחששות, כאב וצער נוכח מסכת חייו הנוכחית והעתידית.

סיפור מקרה אלכס – חלק ב'

אלכס, החולה במחלת ריאות כרונית מתקדמת ומחלת פרקים, השתחרר מבית החולים. בביקור שערכו העובדת הסוציאלית והאחות של היחידה להמשך טיפול בביתו של אלכס, נערכה שיחה עם אשתו. בשיחה האישה ציינה, שזהו האשפוז הרביעי בחצי השנה האחרונה ושחלה ירידה תפקודית נוספת לאחר כל אשפוז. היא נראתה מדוכאת ומיואשת, סיפרה על היעדר כוחות להתמודד עם בעיותיו הרפואיות של בעלה, על הירידה התפקודית, עול הטיפול בו והתקפי קוצר הנשימה המפחידים הנמשכים כבר שנים. האישה ציינה את הקושי שלה ושל חולה להתמודד

עם תחושת הבדידות וחוסר הוודאות באשר לאופן שבו יתפתחו הדברים בהמשך. בנוסף לכך, היא ציינה, שאלכס כל הזמן שואל "כמה זמן זה עוד ימשך?" וטוענת שאינה יודעת מה לענות וכך גם הרופא.

יחד עם רופא המשפחה נערכה שיחה בביתם של בני הזוג, בהשתתפות ילדיהם, שבה ניתן הסבר על אודות שלב המחלה המתקדם. ניתנה התייחסות למורכבות הטיפולית הרבה והשוחקת שיש במצב כזה, צוינו הטיפולים התרופתיים והלא תרופתיים האפשריים לטיפול בסימפטומים השונים. הועלתה החשיבות בשמירת כוחותיה של האישה והצורך ביצירת מערכת זמנים, שבו תוכל לצאת מהבית או להתפנות לעיסוקים אחרים, שאינם קשורים בטיפול באלכס. ניתן מידע לגבי מיצוי זכויות, משאבי תמיכה נוספים בקהילה והוצע סיוע בהחלטה על מטרות הטיפול ובמילוי טופס מינוי יפוי כוח למקרה הצורך. בסוף הפגישה סוכם, שהעובדת הסוציאלית תגיע לביקורים לשם תמיכה באלכס ובמשפחתו.

מחקרים שונים מצאו, כי ישנם נושאים מרכזיים ומשותפים שאיתם משפחות מתמודדות בעת הטיפול בחולה במחלה מתקדמת. החוקרים גיבן ועמיתיו (Given, Given & Kozachik, 2001) זיהו ומיקדו את צרכיהם של בני משפחה המטפלים בחולה במחלה מתקדמת : (א) צורך במידע על אודות המחלה; (ב) צורך בעזרה בהבניה ובהכוונה באשר לפעילויות הטיפול; (ג) הדרכה ולייווי מתמשכים להקלת הדחק.

על מנת לסייע בהתמודדות של הקרובים, על איש המקצוע לספק מידע ולייווי ייחודי, הנוגע לצרכיהם. התערבויות אפשריות של איש המקצוע במצבים אלו מופיעות להלן (Panke & Ferrell, 2004).

המלצות להתערבות לשם שיפור התמודדות המטפל העיקרי או המשפחה במצבי מחלה מתקדמים

- סייע ביצירת תקשורת: הערך את דפוסי התקשורת המשפחתיים שקדמו למחלה וכעת וסייע ביצירת דרכי תקשורת יעילות.
- הכר את מערכות היחסים המשפחתיים: הכר את הקשר שבין המשפחה והמטופל. טיפול מושפע מאוד ממערכת הקשרים המשפחתית (בן זוג, הורה, ילד, אחים).

- **זהה את שלב המשפחה במעגל החיים:** זהה את השלב שבו נמצאת המשפחה במעגל החיים והשפעתו על ההתמודדות עם המחלה. משברים נורמטיביים בתהליכי ההתפתחות (לדוגמה: פרישה לגמלאות לאחרונה) משפיעים על ההתמודדות עם המחלה ולכן הערך אילו משברים מתקיימים בו-זמנית.
- **צור מנגנונים להתכנסות משפחתית:** יש ליצור מנגנונים ליצירת התכנסות משפחתית על מנת לקדם תקשורת בין המטופל, המשפחה (עריכת פרידות, לדוגמה), וכן תקשורת בין החולה, המשפחה והצוות על מנת להבהיר את השינוי במטרות הטיפוליות.
- **זהה גורמי דחק נוספים:** זהה גורמי דחק המתרחשים בו-זמנית, שייתכן שאינם קשורים למטופל או למחלתו (פיטורין, בעיות במשפחה המורחבת, התמודדות עם ילדים).
- **ספק הנחיות לגבי היבטים כלכליים:** ספק הנחיות ותמיכה באשר להשפעות הכלכליות הקשורות באופן ישיר או עקיף עם מחלה כרונית וסייע במיצוי זכויות ומשאבים.
- **תן מידע על המחלה:** העצם את המטפל העיקרי באמצעות מתן מידע על אודות המחלה והסימפטומים הפיזיים, החברתיים, הנפשיים והרוחניים המלווים אותה. ספק כלים לקידום נוחות המטופל (שימוש באמצעים תרופתיים ולא תרופתיים).
- **ספק מידע על טיפול בכאב:** ספק מידע ברור על דרכים לטיפול בכאב במטרה להפחית את תחושת חוסר האונים הקשורה לכאב לא מאוזן והחששות מתופעות לוואי, התמכרות והתפתחות סבילות.
- **הדרך לגבי היבטים פיזיים של טיפול:** הדרך את המשפחה וספק מידע לגבי אופן מתן מענה לצרכים הבסיסיים הפיזיים של המטופל (לדוגמה: מעברים, רחצה, שינויי תנוחה).

- עודד ביטוי של דאגות ועומס רגשי: צור הזדמנות לקרובים המטפלים לבטא את רגשותיהם באמצעות תמיכה אישית או קבוצתית בנפרד מהמטופל. התייחס ואפשר לעבר את חוויית ההתמודדות עם גורמי דחק עיקריים הקשורים למחלה, כגון: קושי לצפות בסבלו של החולה, מאמץ רגשי ופיזי, חוסר ודאות וחוסר אונים באשר למהלך המחלה, פחד ממותו של החולה.
- זהה גורמי סיכון להתמודדות לקויה: זהה וגבש התערבות מותאמת בהתאם לגורמי סיכון להתמודדות לקויה, הכוללים: דפוסי תקשורת משפחתית דלה, היסטוריה קודמת של דחק משפחתי, היענות טיפולית נמוכה, שימוש בסמים במשפחה.
- ספק מידע לגבי התרחשות המוות: ספק מידע למה לצפות כאשר המוות מתקרב ומתרחש וכיצד לפעול לאחר הפטירה.
- הצע משאבי תמיכה למשפחה: הצג, תאם והצע משאבי תמיכה אפשריים למשפחה (עובדים סוציאליים, תומכים רוחניים, פסיכולוגים, פסיכיאטרים, יועצים משפחתיים, קבוצות תמיכה).

הטיפול הפליאטיבי רואה בחולה ובמשפחתו יחידה טיפולית אחת, הזקוקה לתמיכה ולהתייחסות כוללנית. בני המשפחה המטפלים, מעבר להיותם גורם מרכזי וחיוני לרווחתו של המטופל, מתמודדים בעצמם עם חוויית חיים מאתגרת. מענה לצרכיהם ולמצוקותיהם של המטפלים צריך להינתן בד בבד עם המענה הניתן לחולה, שכן, שני הצדדים מושפעים מחוויות הצד האחר. כאשר הקרובים המטפלים זוכים לליווי ולתמיכה, גדל הסיכוי שחוויית הטיפול תהיה מעצבת ומצמיחה, מלווה בתחושת סיפוק עמוקה.

4. התמודדות הצוות, המטופל ובני משפחתו עם דילמות אתיות

לעתים, במהלך הטיפול בחולה הסובל ממחלות מאיימות חיים, נדרשים אנשי מקצוע, המטופל והמשפחות לקבל החלטות גורליות של חיים ומוות, שלא פעם מתנגשות עם ערכי היסוד שלהם, עם אמונתם או עם גישתם לחיים. מתח בין ערכים, כמו קדושת החיים, לעומת משמעות איכות החיים ואריכות חיים, כיבוד אוטונומיה ועוד, נמצא בבסיס קיומן של דילמות אתיות.

קיומן של דילמות אתיות בשלבים האחרונים של החיים הוא מצב שכיח, הדורש התייחסות מעמיקה של הצוות הטיפולי בשיתוף המטופל (אם מצבו מאפשר) ועם בני משפחתו (van der Dam, Abma, Kardol et al., 2011). תיאור דילמות אופייניות מופיע להלן. יש להבין שלדילמה אתית אין תשובה אחת נכונה ומוחלטת ויש לבחון מחדש, בכל שלב ושלב, את התאמת הפיתרון למצב הקיים.

דילמות קליניות שכיחות בתחום הפליאטיבי

- הימנעות מטיפול מאריך חיים או הפסקתו בשלבים מתקדמים של מחלות מאיימות חיים (לדוגמה: הנשמה, החייאה, דיאליזה, כימותרפיה, טיפול אנטיביוטי, הזנת-על ומתן נוזלים).
- הימנעות מטיפול או הפסקת טיפול בעל מטרה ריפויית (cure).
- אמירת אמת מול הסתרת מידע מהחולה.
- תועלת טיפולית מול סבל/פגיעה באיכות חיים (לדוגמה: מתן דם, ניקורים, אשפוז, התערבויות כימותרפיה, הזנת-על).
- רצון החולה מול רצון המשפחה.
- טיפול בבית או במסגרת אשפוז.
- אי-הסכמה בין בני משפחה באשר לטיפול.
- סדציה מול ערנות.

סיפור מקרה פאולה – חלק ב'

בעקבות החמרה נוספת במצבה של פאולה, הלוקה בדמנציה, החליטה המשפחה על העברתה להמשך טיפול בבית אבות. עם הזמן, חלה ירידה תפקודית ניכרת ובשנה האחרונה פאולה שוהה מרבית היום במיטה, סובלת מפצעי לחץ שטחיים, כבר אינה מסוגלת לתקשר והיא נזקקת לטיפול סיעודי מלא. בארבעת החודשים האחרונים אושפזה שלוש פעמים עקב דלקת ראות משאיפה (aspiration pneumonia). ניסיונות האכלה עם זונדה נכשלו, מאחר שהיא מושכת את הצינור זמן קצר

לאחר הכנסתו. היא מוזנת באמצעות מזרק, במקביל, חלה ירידה במשקל ובמדדים תזונתיים.

במהלך האשפוז הרביעי, עקב דלקת ריאות, הבהיר בית האבות, שלאור האשפוזים החוזרים, קשיי האכלה והירידה במדדי התזונה יש לבצע פיום קיבה (PEG). הבת, שהיא אפוטרופסית של אמה, מסרבת לפעולה וטוענת שאמה אמרה לה שהיא "לא מוכנה לחיות כמו צמח, כפי שאבא שלה היה כשהיה לו אלצהיימר..." היא מודעת למשמעות ההחלטה ומעוניינת להמשיך בכלכלה עם מזרק עד כמה שניתן ולא להשתמש בצינורות. צוות בית האבות עומד על דרישתו להכניס PEG בטענה, שהיעדר כלכלה מספקת פוגע בבריאותה ("הרעבה") ובאיכות חייה ושהם מחויבים לנהלים בנושא הזנה של דיירי בתי אבות.

אחת הדילמות השכיחות במצבי מחלה מתקדמים קשורה בשימוש בהזנה מלאכותית במצבים שבהם המטופל אינו אוכל או שותה. תועלת השימוש בצינורות האכלה או במתן נוזלים וכלכלה תוך-ורידית (הזנת-על) במצבים אלה שנויה במחלוקת. מחד גיסא, תועלת תזונתית, כגון, עלייה במשקל ושיפור ביכולות תפקודיות הוכחו במטופלים עם יכולת תפקודית גבוהה או בחולים עם ממאירויות של מערכת העיכול העליונה. מאידך גיסא, מחקרים רבים מראים שהזנת-על אינה מאריכה חיים או משפרת איכות חיים בקרב חולים הנמצאים בשבועות האחרונים לחייהם ומלווה בסיכונים, כגון דלקת ריאות משאיפה (אספירציה), זיהום, הפרעות מלחים ועודף נוזלים (Dalal & Bruera, 2012). סוגיה זו עלתה ונחקרה ביתר שאת בקרב קשישים עם דמנציה מתקדמת, שכן כ-90% מהלוקים בדמנציה מפתחים הפרעות אכילה וזהו אחד מהסממנים המעידים על השלב האחרון של המחלה (התקרבות לסוף החיים). מרבית הספרות המקצועית מצביעה על כך, שבדמנציה מתקדמת, השימוש בהזנת-על (זונדה או גסטרוסטום – PEG), אינו משפר את התפקוד או את איכות החיים ועלול להיות כרוך באי-נעימות, סיבוכים, כגון זיהום וצורך בהגבלה פיזית או בהרגעה תרופתית. בהתאם לממצאים אלה, פרסמה החברה הגריאטרית האמריקנית (American Geriatrics Society) נייר עמדה, שבו נאמר, כי מומלץ לא להשתמש בצינורות האכלה במצבי דמנציה מתקדמת, אלא בהאכלה וזריחה דרך הפה (Daniel, Rhodes, Vitale et al., 2013). בהלימה להמלצה זו, עדויות מחקריות מראות, שקשישים רבים מעוניינים לקבל תזונה ותמיכה רפואית מינימלית במצבי שיטיון, שבהם הארכת חיים יכולה לגרום לסבל מיותר, הן לחולה והן לסובבים אותו (ניב, ניב, לוי ועמיתים, 2004). לפיכך, דיון מוקדם עם המטופלים על העדפותיהם בכל הקשור להזנה הוא חיוני על מנת למנוע את המצוקה הרגשית הקשה, הנוצרת בקרב משפחות, הנאלצות להתמודד עם דילמה זו ללא הכנה מראש.

בעת ניסיון להתמודד עם דילמות אתיות יש להתייחס לנקודות הבאות: (א) מצבו הרפואי של המטופל (אבחנה רפואית, פרוגנוזה, מטרות הטיפול והמלצות טיפוליות); (ב) משתנים סוציו-דמוגרפיים (לדוגמה: מקום מגורים, מערך משפחתי, משתנים דתיים ותרבותיים); (ג) יכולת המטופל לקבל החלטות; (ד) העדפות המטופל; (ה) צרכיו הטיפוליים של המטופל; (ו) העדפות המשפחה/מיופה הכוח; (ז) קיומם של אינטרסים אחרים העומדים בסתירה לרצונותיו של המטופל; (ח) בדיקת קונפליקטים בין אנשי הצוות, המשפחה והמטופל; (ט) בחינת הגורמים המעורבים והאם ניתנה להם הזדמנות להביע דעתם; (י) גורמים מוסדיים המשפיעים על הדילמה המוסרית שמתעוררת (לדוגמה: חשש מתביעות, ניהול סיכונים, אספקט כלכלי, גישה טיפולית של המוסד המטפל); (יא) חוקים, תקנות וקודים מקצועיים; (יב) ערכים ביו-אתים (מניעת נזק, צדק, הטבה, אוטונומיה) (Fletcher, Hite, Lombardo et al., 1997).

סיפור מקרה פאולה – חלק ג'

נוכח דרישת בית האבות להכנסת PEG, צוות המחלקה זימן את הבת לפגישה. בפגישה הוצגו הבעיות הרפואיות (דמנציה, דלקות ריאה חוזרות, ירידה במרדרי תזונה) והוזכרו נוהלי משרד הבריאות בנושא הזנה של דיירים בבתי אבות. הבת, אסתר, חזרה שוב על בקשתיה של אמה להימנע מטיפול פולשני. במהלך הפגישה נסקרו ונדרגו השאלות האתיות, קרי, רצונותיה של המטופלת (אוטונומיה) לעומת ערכים אחרים – עשיית טוב ומניעת נזק, האם הבת אכן מייצגת נאמנה את רצונותיה ואת צרכיה הבריאותיים של האם ומהו משקלם היחסי של הנהלים בתהליך קבלת ההחלטות? מה נכון יותר – אריכות חיים או איכות חיים?

הצוות התרשם מכנותה ומטוהר כוונותיה של הבת ושאלה האם לא הייתה מעוניינת בטיפול פולשני. לאחר עיון בספרות הרפואית לגבי התועלת של שימוש בהזנת-על במצבי דמנציה מתקדמים, הצוות כיבד את הבקשה והמליץ על שחרורה לבית האבות, תוך מתן מזון פומי עד כמה שניתן.

לאחר חזרתה לבית האבות ערך הצוות הרב-מקצועי של בית האבות דיון, שבו הוחלט ליישם את בקשתיה של המטופלת. המלצת בית החולים, עמדתה של הבת האפסטרופסית ונושאי הדיון של צוות בית האבות תועדו בתיקה הרפואי של פאולה. נבנתה תכנית טיפול פליאטיבית, שכללה המשך האכלה בכפית לפה עד כמה שניתן כל עוד הדבר לא גורם סבל או נזק, איזון סימפטומים באמצעים לא תרופתיים ותרופתיים (שאינם נלקחים דרך הפה) ותמיכה במשפחה המורחבת. כמו כן, ניתן למשפחה ערכון תדיר על הסימפטומים הנוכחיים והצפויים ומשמעותם בהתייחס לאיכות ולתוחלת חייה, תוך כיבוד רצונה לסיים את חייה במיטתה בבית האבות.

5. השלב האחרון בחיים והטיפול בשעות האחרונות

מרבית הקשישים הולכים לעולמם לאחר מחלה ממושכת וירידה הדרגתית ביכולות התפקודיות עד לשלב הגסיסה והמוות. לטיפול הניתן בשלבים הסופיים של החיים (שבועות, ימים ושעות) השפעה משמעותית לא רק על המטופל, אלא על כל המעורבים בטיפול. הדרכה, ליווי וטיפול נכון יאפשרו למטופל ולקרוביו תהליך סיום חיים עם נוחות, תחושת ביטחון וכבוד מרביים. תהליך סיום חיים מושכל ומכבד יכול להיחווה כמתנה האחרונה של החיים ולגרום לתחושת סיפוק לבני המשפחה ולמטפלים (Singer et al., 2005; Wolff et al., 2007). כאשר המטופל נמצא בשלב המחלה המתקדם ביותר, בין אם הוא שוהה בביתו או במסגרת מוסדית, חשוב ליידע ולשתף את המעורבים בכך, על מנת ליצור מערכת ציפיות טיפולית, הזדמנות לעריכת פרידות ולהכין את הקרובים לזקן לקראת המוות. אם משפחות לא הונחו מראש, הן עלולות להישאר עם תחושת תסכול, החמצה ואשמה, שלא מיצו את האפשרות להיפרד מיקרים או שמא יקרים לא טופל כראוי.

על כל המעורבים בטיפול להיות מודעים לקיומו ולמאפייניו של תהליך הגסיסה ולרצונות המטופל והמטפלים הקרובים. למרות הקושי בחיזוי, רצוי לנסות ולתת הערכה על משך הזמן הצפוי עד לפטירה, תוך הבהרת הסתייגות, כי אין ודאות באשר למועד רגע המוות. יש להסביר על התהליכים הנפשיים, הסימפטומים והסימנים השכיחים בתהליך הגסיסה והאפשרויות הטיפוליות טרם ולאחר הפטירה.

מאחר שמצבו של המטופל ויכולת ההתמודדות של המשפחה בשלבים האחרונים של החיים עשויים להשתנות באופן תכוף, ישנה חשיבות לנוכחות ולזמינות של הצוות המטפל. יש לבצע הערכה באופן תדיר, לתמוך במשפחה, להעריך את יכולתם של המטפלים להתמודד עם המצב החדש ולשנות את תכנית הטיפול בהתאם לצורך.

עם התקדמות המחלה וההבנה כי המוות קרב, במקביל לתהליכים פסיכולוגיים, מתרחשים תהליכי פרידה ברמה הנפשית והרוחנית בקרב החולה וקרוביו, עוד בטרם התרחשה הפטירה הפיזית. תהליכי הפרידה הללו, שעוברים החולים וקרוביהם, מכונים "אבל מקדים" (anticipatory grief), שעיקרו תהליך ההיפרדות שהחולה חווה מן העולם ושבני המשפחה/קרובים חווים מן החולה. ביטוי לכך ניתן לראות, למשל, בדרך שבה חולים ובני משפחה עסוקים במחשבות על מה יהיה לאחר מותם/מות יקירם ו/או בהעברת מסרים לצוואות רוחניות ו/או גשמיות. במצבים מתקדמים של המחלה אפשר לראות תהליך התכנסות של החולה בתוך עצמו ושל הקרובים בתוך עצמם. החולה, בשל מצב מחלתו הפיזי, מתחיל תהליך של נסיגה וירידה ביכולת התקשורת עם סביבתו ועם האנשים המלווים אותו, המוצפים בחוויית הפרידה שלהם. בהתכנסות זו של הקרובים אין הכוונה כי הם נסוגים

מהחולה, הם ממשיכים ללוותו, אך בד בבד, הם מתחילים להפנות אנרגיה נפשית להשלכות שיהיו על חייהם ללא יקירם (Rando, 2000). תפקיד המטפל לסייע לחולה ולקרוביו להכיר את התופעה, לתת לה לגיטימציה ולנרמל אותה על מנת להפחית את תחושות האשמה, אי-ודאות ו/או תסכול, שעלולות להתלוות לאנשים החווים את האבל המקדים. ישנם שינויים פיזיולוגיים וסימפטומים המתרחשים בימים ובשעות האחרונות של החיים. כל אחד משינויים אלה יכול להיות מדאיג עבור המטפלים הקרובים, אם הוא לא מובן. על מנת לטפל בכל שינוי וסימפטום באופן מיטיב עם המטופל ועם קרוביו יש להכירם, תוך שיתוף ומתן הסבר למשפחה (ראו טבלה להלן) (Ellershaw & Ward, 2003; Semionov, Singer & Shvartzman, 2012).

סימפטומים ודרכי התערבות בשעות האחרונות

הסימפטום	התערבות מוצעת
חולשה ועייפות	השכב את החולה על הצד עם תמיכה של כרית בגב ובכתפיים. ראש מעט מורם. יש להקפיד על שינויי תנוחה למעט בשעות האחרונות של החיים.
כאב	נדיר שמוחמר כאב בשעות האחרונות. אם ישנם קשיי בליעה, יש לשקול מתן טיפול תרופתי בדרכים חלופיות או סדציה (הרדמה מכוונת).
בלבול ואי-שקט	יש להדריך שסימפטום זה מעיד על הסוף המתקדם ומקורו בפגיעה נוירולוגית בלתי הפיכה ולא בכאב. יש לטפל במצב זה בתרופות הרגעה אנטי פסיכוטיות או ממשפחת הבנזודיאזפינים ובעת הצורך מתן סדציה (הרדמה מכוונת).
אי-שליטה על סוגרים	יש להקפיד על ניקיון העור, לשקול הכנסת קטטר או פנרוס על מנת להפחית את הצורך בהחלפת מצעים וביגוד, למנוע פצעי לחץ ולהפחית את העול הטיפולי. אם כמות השתן נמוכה, ניתן להשתמש במוצרי ספיגה.

התערבות מוצעת	הסימפטום
מתן הסבר שחולה חסר הכרה אינו חווה את תחושת המחנק ושאינן תועלת בתוספת הנשמה או מתן חמצן. בעת הצורך, ניתן להשתמש במינרן נמוך של אופיואידים או תרופות הרגעה אחרות ולהפעיל מאוורר לכיוונו של המטופל.	שינויים בנשימה: קצב הנשימה משתנה/הופעת נשימה שטחית/ מרווחי נשימה הולכים וגדלים/נשימה מהירה ועמוקה
הרטב באמצעות פד גזה טבול בתמיסה המכילה כפית סודה לשתייה וכפית מלח מומסים בכוס מים. יש למרוח את השפתיים למניעת חתכים. אם העיניים אינן סגורות יש להרטיב את הלחמיות בטיפות מלאכותיות או במים פיסילוגיים.	ריריות יבשות (עיניים, חלל הפה והשפתיים)
יש למנוע רטיבות הנוגעת בעור. להפחית לחץ באזורים המועדים לפצעים. אם מופיעים פצעי לחץ יש לבחור בחבישות היעילות לזמן ממושך.	טיפול בעור
לרוב צריכה מופחתת של מזון ונוזלים אינה מלווה בסבל או בתחושת רעב/צמא. יש לשקול מתן נוזלים תוך-ורידים או תת-עוריים במצבים הפיכים או לבקשת המשפחה. כפייה של מזון ונוזלים עלולה לגרום לאי-נוחות למטופל ואף לחנק. על בני המשפחה למצוא דרכים אחרות לבטא את רצונם לתמוך ולטפל ביקירם, כגון, הרטבת שפתיים ושיבה ליד המטופל.	צריכה מופחתת של מזון ונוזלים
ירידה בבליעה גורמת להצטברות הפרשות בחלל הפה, העשויה לגרום לנשימה רעשנית. כשהמטופל מפסיק לבלוע יש להתריע מפני מתן הזנה פומית. יש להבהיר שהנשימה הרעשנית אינה מעידה על חנק או על תחושת אי-נוחות עבור המטופל. מומלץ השכבת החולה על צידו והרמה של מראשות המיטה. הימנעות משאיבת ההפרשות מחלל הפה מאחר שיעילותה נמוכה והיא עלולה לגרום אי-נוחות בולטת למטופל.	הפרעות בליעה והפרשות מהפה

הסימפטום	התערבות מוצעת
שינויים בזרימת הדם – מראה גוון עורי כחלחל אפרפר. דופק מהיר, לחץ דם נמוך	שינויים אלה הם בלתי הפיכים אפילו עם מתן נוזלים. מומלץ להשתמש בשמיכות לחימום המטופל (רק אם הדבר לא גורם לו אי-נוחות).
ירידה בתגובה לסכיבה והסתגרות עד לאבדן ההכרה	מתן הסבר למשפחה שזהו חלק מתהליך הגסיסה ואינו מעיד בהכרח על דיכאון או כעס. מקובל להניח שחולה מחוסר הכרה שומע הכול, אפילו כשאנו מגיב, לכן מומלץ לשוחח עם המטופל כאילו הוא בהכרה מלאה. מומלץ ליצור סביבה נעימה ומוכרת, לעודד את המשפחה להביע בפני המטופל את אשר על ליבם ולאפשר לשחרר את המטופל (Letting go).

הרגעים הקודמים להתרחשות הפטירה ולאחריה מלווים לרוב בהתרגשות רבה ובבלבול ולכן יש חשיבות בהכוונה ובהתכוננות מראש לסוגיות ולצעדי הפעולה שיירדשו בשלב זה. הסוגיות השכיחות במצבים אלו הן: (א) בחירת מיקום הפטירה; (ב) האם, מתי ואת מי להזמין להיפרד מהחולה? (ג) שיתוף ילדים במתרחש; (ד) מהם סימני המוות ולמי לקרוא לקבוע את המוות; (ה) למי פונים על מנת לטפל בגופת הנפטר? (ו) תכנון הסדרי הלוויה ומנהגי האבלות.

6. ליווי המשפחה בתקופת האבל

עם הפטירה מופסק באחת כל העומס הפיזי והרגשי הכרוך בטיפול בחולה, אך עתה על הקרובים להתמודד עם אבדן יקירם ותהליך האבל הנובע מכך. התגובה לאבדן בעקבות מותו של אדם קרוב מורכבת מרצף של אירועים, תחושות, מחשבות והתנהגויות שמהם נבנה תהליך האבל (Bowlby, 1960). תהליך האבל מאופיין בשינויים דרמטיים בהתנהגות, בתפקוד ולעתים בשינויים אישיותיים, כמו גם בתהליך איטי והדרגתי של עיסוק פנימי בנפטר ובקשר עימו דרך מחשבות, זיכרונות ורגשות (Bowlby, 1980).

גישת הטיפול הפליאטיבי שואפת לסייע לרווחת קרובי החולה גם בתקופה שלאחר הפטירה ורואה בליווי האבלים חלק בלתי נפרד מהטיפול הכולל. בהתאם לזאת, הצוות

המטפל, לאחר הפטירה, יוצר קשר לשם ניחום אבלים ומתן מענה על שאלות. לאחר מכן, יש לבנות תכנית ליווי שכול ראשונית, המבוססת על צורכי המשפחה, תוך התייחסות להערכת סיכונים שנעשתה עוד בטרם הפטירה ולנסיבות המוות (לדוגמה, לא צפוי או טראומטי). לאחר כשלושה עד שישה שבועות מזמן הפטירה מומלץ ליצור שוב קשר עם קרובי הנפטר לשם הערכת צרכים והתאמת תכנית הליווי. בנוסף לכך, רצוי לקיים מעקב הערכה עם הקרובים/ים כשישה חודשים מעת הפטירה (Hudson, Remedios, Zordan et al., 2012; Kissane, 2004).

יעדי ההתערבות של איש המקצוע הפליאטיבי בליווי אבלים כוללים: (א) הקשבה לרגשותיו ולמצוקותיו של האבל באופן מכיל וללא שיפוטיות; (ב) נרמול ומתן לגיטימציה לתחושותיו ולתגובותיו של האבל; (ג) הצגת אפשרויות פנייה של האבל לקבוצות ולפורומים של תמיכה (קבוצות תמיכה, פורומים באינטרנט וכדומה); (ד) הכוונה למיצוי זכויות (למשל במוסד לביטוח לאומי – קצבת שארים); (ה) הפניה לייעוץ נפשי מקצועי, במקרה הצורך.

סיכום

הטיפול הפליאטיבי בגיל המבוגר שואף להקל על עומס של סימפטומים פיזיים, נפשיים, חברתיים ורוחניים של החולה ובני משפחתו, שמקורם על פי רוב במחלות כרוניות, כולל ממאירויות.

טיפול פליאטיבי הולם ניתן לאורך כל שלבי מחלה מאיימת חיים וכולל בתוכו: זיהוי האדם הזקוק למענה; ניהול סימפטומים; קידום תקשורת יעילה, הכוללת תכנון מוקדם, קבלת החלטות וכיבוד רצונות; התייחסות למצוקות של הקרובים; הכוונה באשר לשלב האחרון של החיים וליווי בתקופת האבל (ראו נספח 3 בסוף הפרק). חובתנו וזכותנו כחברה להעניק מענה כוללני, מקצועי ואיכותי לקשישים בשנותיהם האחרונות ובכך לאפשר להם לסיים את חייהם בכבוד הראוי להם.

מקורות

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2012). השנתון הסטטיסטי לישראל 2012. אווזור מתוך

http://www.cbs.gov.il/shnaton63/st06_13.pdf

כרמל, ש. ולזר, א. (1997). בשורות רפואיות קשות: עד כמה רוצים הקשישים לדעת ולהשתתף בתהליך קבלת החלטות? הרפואה, 133, 506-509.

משרד הבריאות. (2009). חוזר מנכ"ל (30/09): הפעלת שירות פליאטיבי (הוספיס) בקהילה, בבית חולים כללי וכמוסד סיעודי. מחבר: אבי ישראלי. ירושלים.

ניב, י., ניב, ג., לוי, ז. וניב, י. (2004). זכות האדם על גופו – סקר עמדות של קשישים כלפי הזנה וטיפולים מאריכי חיים במצבי שיטיון. הרפואה, 143, 652-655.

- Balaban, R.B. (2000). A physician's guide to talking about end-of-life care. *Journal of General Internal Medicine*, 15 (3), 195-200.
- Bowlby, J. (1960). Processes of mourning. *The International Journal of Psychoanalysis*, 42, 317-340.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Sadness and depression*. Vol. 3. New York: Basic Books.
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M.J., Selmser, P. & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): A simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of Palliative Care*, 7 (2), 6-9.
- C.A.P.C. – Center to Advance Palliative Care.(n.d.). *Defining Palliative Care*. Retrieved from <http://www.capc.org/building-a-hospital-based-palliative-care-program/case/definingpc>
- Dalal, S. & Bruera, E. (2012). Is there a role for parenteral nutrition or hydration at the end of life? *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 6 (3), 365-370.
- Daniel, K., Rhodes, R., Vitale, C. & Shega, J. (2013). Feeding tubes in advanced dementia position statement. *The American Geriatrics Society*. Retrieved from <http://www.americangeriatrics.org/files/documents/feeding.tubes.advanced.dementia.pdf>
- Ellershaw, J. & Ward, C. (2003). Care of the dying patient: The last hours or days of life. *BMJ*, 4 (326), 30-34.
- Fletcher, J. C., Hite, C.A., Lombardo, P.A. & Marshall, M.F. (1997). *Introduction to Clinical Ethics*. (2nd ed.). Frederick, M.O.: University Publishing Group.
- Given, B.A., Given, C.W & Kozachik, S. (2001). Family support in advanced cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 51 (4), 213-231.

- Grbich, C., Parker, D. & Maddocks, I. (2001). The emotions and coping strategies of caregivers of family members with terminal cancer. *Journal of Palliative Care*, 17 (1), 30-37.
- Hancock, K., Clayton, J.M., Parker, S.M., Wal der, S., Carrick, S., Currow, D., Ghera, D., Glare, P., Hagerty, R. & Tattersall, M.H.N. (2007). Truth-telling in discussion prognosis in advanced life-limiting illnesses: A systematic review. *Palliative Medicine* 21, 507-517.
- Higginson, I.J., Sarmiento, V.P., Calanzani, N., Benalia, H. & Gomes, B. (2013). Dying at home – is it better: A narrative appraisal of the state of the science. *Palliative Medicine*, 22, May. Published online before print. doi: 10.1177/0269216313487940.
- Hudson, P., Remedios, C., Zordan, R., Thomas, K., Clifton, D., Crewdson, M., Hall, C., Trauer, T., Bolleter, A., Clarke, D.M. & Bauld, C. (2012). Guidelines for the psychosocial and bereavement support of family caregivers of palliative care patients. *Journal of Palliative Medicine*, 15 (6), 696-702. doi: 10.1089/jpm.2011.0466.
- Kapo, J., Morrison, L.J. & Laio, S. (2007). Palliative care for the older adult. *Journal of Palliative Medicine*, 10 (1), 185-208.
- Kissane, D.W. (2004). Bereavement. In: D.D. Obe, G. Hanks, N.I. Cherny & S.K. Calman (Eds.), *Oxford textbook of palliative medicine* (3rd ed., pp.1137-1151). New York: Oxford University Press.
- Lunney, J.R., Lynn, J. & Hogan, C. (2002). Profiles of older medicare decedents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (6), 1108-1112.
- Meier, D.E. & Beresford, L. (2008). The Palliative Care Team. *Journal of Palliative Medicine*, 11 (5). DOI: 10.1089/jpm.2008.9907.
- Morrison, R.S. & Meier, D. E. (2004). Clinical practice: Palliative care. *New England Journal of Medicine*, 350 (25), 2582-2590.
- Moss, A.H., Lunney, J.R., Culp, S., Auber, M., Kurian, S., Rogers, J., Dower, J. & Abraham, J. (2010). Prognostic significance of the “surprise” question in cancer patients. *Journal of Palliative Medicine*, 13 (7), 837-840.
- Panke, J.T. & Ferrell, B.R. (2004). Emotional problems in the family. In: D. Doyle, G. Hanks, N.I. Cherny & K. Kalman (Eds.), *Oxford textbook of palliative medicine* (3rd ed., pp. 985-992). Oxford: England.

- Quill, T. E. (2000). Initiating end-of-life discussions with seriously ill patients: Addressing the "elephant in the room". *JAMA: The Journal of American Medical Association*, 284 (19), 2502-2507.
- Rando, T.A. (2000). The six dimensions of anticipatory mourning. In: T.A. Rando (Ed.), *Clinical dimensions of anticipatory mourning: Theory and practice in working with dying, their loved ones, and their caregivers*. Champaign, IL, Research Press.
- Semionov, V., Singer, Y. & Shvartzman, P. (2012). Prevalence and management of symptoms during the last month of life. *Journal of the Israel Medical Association*, 14 (2), 96-99.
- Singer, Y., Bachner, Y.G., Shvartzman, P. & Carmel, S. (2005). Home death – the caregivers' experiences. *Journal of Pain Symptom Manage*, 30 (1), 70-74.
- Twycross R. (2006). Tributes to Dame Cicely Saunders. Retrieved from <http://www.stchristophers.org.uk/about/damecicelysaunders/tributes>
- van der Dam, S., Abma, T.A., Kardol, M.J. & Widdershoven, G.A. (2012). "Here's my dilemma". Moral case deliberation as a platform for discussing everyday ethics in elderly care. *Health Care Analysis*, 20 (3), 250-267. doi: 10.1007/s10728-011-0185-9.
- Volicer, L. & Hurley, A. (1998). *Hospice care for patients with advanced progressive dementia*. New York, NY: Springer.
- Warden, V., Hurley, A.C. & Volicer, L. (2003). Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *Journal of American Medical Directors' Association*, 4 (1), 9-15.
- Weissman, D.E. & Meier, D.E. (2011). Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: A consensus report from the Center to Advance Palliative Care. *Journal of Palliative Medicine*, 14, 17-23.
- Wolff J.L., Dy, S.M., Frick, K.D. & Kasper, J.D. (2007). End-of-life care: findings from a national survey of informal caregivers. *Archives of Internal Medicine*, 167 (1), 40-46.
- World Health Organization. (2002). *WHO Definition of palliative care*. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.
- World Health Organization. (2012). *Dementia: A public health priority*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/

נספח 1: סולם אדמונטון להערכת סימפטומים

יש לסמן את המספר המתאר בצורה הטובה ביותר את עצמת הסימפטום		
ללא כאב	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	הכאב הקשה ביותר האפשרי
לא עייף	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	העייפות הקשה ביותר האפשרית
ללא בחילה	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	הבחילה הקשה ביותר האפשרית
לא מדוכא/ת	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	הדיכאון הקשה ביותר האפשרי
לא חרד/ה	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	החרדה הקשה ביותר האפשרית
לא ישנוני/ת	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ישנוני/ת מאוד
תיאבון מצויין	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	חסר תיאבון לחלוטין
הרגשה כללית מצוינת	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	הרגשה כללית גרועה ביותר
ללא קוצר נשימה	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	קוצר נשימה הגרוע ביותר
סימפטום אחר הבעיה לא מפריעה	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	הבעיה מפריעה באופן הקשה ביותר האפשרי
סימפטום אחר הבעיה לא מפריעה	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	הבעיה מפריעה באופן הקשה ביותר האפשרי

(Bruera et al., 1991)

נספח 2: סולם PAINAD לאומדן כאב בחולי דמנציה

ציון מעל 2 בכל אחד מהממדים עשוי להעיד על נוכחות כאב לא מאוזן				
ניקוד	2	1	0	
	נשימות כבדות וקולניות באופן קבוע / נשימות מהירות	נשימות כבדות לסירוגין נשימות מהירות לסירוגין	רגילה	נשימה
	בכי / צעקות כל הזמן אנחות בקול רם	נאנח לסירוגין / דיבור רפה	לא משמיע קולות המעידים על כאב	קולות
	כיווץ חזק של כל שרירי הפנים	עצוב / מדוכא מראה פנים מפוחד / קימוט מצח או סביב הפה	חיוך / הבעה רגילה ורגועה	הבעת פנים
	נוקשות / אגרופים קמוצים / תנוחה עוברית / מושך או דוחף בזמן טיפול/ התנגדות חזקה למטפל	מתוח / הליכה בחוסר מנוחה/ חוסר מנוחה/ תנועות עצבניות	רגועות	תנועות גוף
	לא ניתן להרגעה ו/ או הסחת דעת מהכאב	נרגע על ידי מגע קל של המטפל	אין צורך בהרגעה	הרגעת המטופל

(Warden et al., 2003)

שלב מוקדם	שלב אמצעי	שלב מתקדם	
הגדרת מטרת טיפול	הערך את ההבנה של האבחנה והפרוגנוזה. סקור את התועלת מול הפסד בהקשר של טיפולי ריפוי המחלה. הערך מחדש את מטרות הטיפול והציפיות. הכן את המטופל/ משפחה לשינוי במטרות הטיפול. עודד השלמת משימות חשובות, כגון יחסים עם בני משפחה ועניינים כלכליים.	שוחח על האבחנה, הפרוגנוזה ולמה לצפות. הצע טיפולים מרפאי מחלה. שוחח על מטרות הטיפול, תקוות והציפיות מהטיפול הרפואי.	
תלות תפקודית ושיקום	זהה את המגבלות התפקודיות והערך את התועלת והצורך בהתערבויות לשיפור התפקוד.	הערך את המגבלות התפקודיות הבסיסיות והמורכבות (BADL ו-IADL). בקש ייעוץ פיזיותרפי וריפוי בעיסוק. הערך את בטיחות הבית. סכנות לנפילה, שימוש באביזרי עזר לניידות, הנחיה לפעילות פנאי ועניין.	
	שלב התערבויות של לקידום נוחות, תחושת שליטה, הקלה על הטיפול. הערך צורך בציוד נוסף, בטיחות במעברים ושיבה/ שכיבה נוחה.		

שלב מוקדם	שלב אמצעי	שלב מתקדם	
ניהול מחלות נלוות	נהל מחלות נלוות, בדוק אינטראקציות בין תרופתיות. תאם טיפול עם מומחים אחרים.	הערך את התועלת של הטיפול במחלות הנלוות, מבחינת השפעתו על איכות ותוחלת החיים.	הערך את ניהול המחלות הנלוות מבחינת תרומתן לאיכות החיים, הפסק טיפולים חסרי תועלת.
ניהול סימפטומים	אומדן סימפטומים בעזרת כלים מתוקפים. טפל בסימפטומים ובתופעות הלוואי. בצע הערכה מחודשת לעתים קרובות.	אומדן סימפטומים. ניהול סימפטומים.	אומדן סימפטומים בעזרת כלים מתוקפים. טפל בסימפטומים ובתופעות הלוואי. בצע הערכה מחודשת לעתים קרובות.
תכנון משאבים	המליץ על תכנון משאבים וייעוץ לגבי מיצוי זכויות, טיפול סיעודי וביטוחים שונים.	סייע למשפחה לעשות הערכה באשר למיצוי המשאבים בהקשר טיפול ביתי או אשפוזי.	סייע למשפחה לעשות הערכה באשר למיצוי המשאבים בהקשר טיפול ביתי או אשפוזי.
תכנון הוראות טיפול מקדימות	מינוי ייפוי כוח רפואי. חתימה על מסמך הוראות רפואיות מקדימות או מילוי צוואה.	סקור את ההעדפות הנוכחיות וברר אם יש התאמה בין הטיפול ובקשות המטופל.	בחן את ההתאמה בין המסמכים למצבו של המטופל. במטופלים חסרי כושר שיפוט ודא את ההתאמה בין ההחלטות הטיפוליות לבין רצונותיו הקודמים של המטופל.

שלב מוקדם	שלב אמצעי	שלב מתקדם	
תמיכה במשפחה ספק תמיכה פרטנית ומשפחתית. ערכן את המשפחה על אודות גורמי תמיכה. שאל על צרכים יום-יומיים פיזיים ונפשיים (תחבורה, תרופות, טיפול אישי).	עודד או הצע תמיכה וייעוץ לחולה ולמטפל הראשוני. סקור את הצרכים המעשיים והרגשיים של המטפל העיקרי. זהה משאבי תמיכה חברתיים ומשפחתיים. דון בסוגיית מקום הטיפול (בית או מוסד).	סקור את הצרכים, מצב בריאותו ורווחתו של החולה והמטפל העיקרי. שוחח אודות סוגיות קונקרטיות באשר לסוף החיים (מקום פטירה, סימנים למוות קרב). לאחר המוות שלח מכתב תנחומים/הגע לביקור אבלים. בקר/התקשר לאחר כשבוע-שבועיים. אמוד מטפלים בסיכון לאבל מורכב.	
טיפול רוחני ברוך רצון בקבלת תמיכה/ייעוץ רוחני.	שאל על חשיבות ההיבט הרוחני בחיי המטופל החולה והמטפלים. בדיקת שייכות לקהילה רוחנית/דתית. והכוונה לתמיכה רוחנית.	שאל אם החולה או המשפחה מעוניינים בתמיכה של איש דת או תומך רוחני במיוחד בימים האחרונים לחיים.	

(Kapo et al., 2007; Morrison & Meier, 2004)

בעשורים האחרונים התפתח ידע רב על ההיבטים הייחודיים של טיפול בזקנים בתוך כל אחד ממקצועות הטיפול. הידע מבוסס על ניסיון קליני ומחקרו מהווה תשתית לטיפול מקצועי מיומן בזקנים החיים בקהילה או במסגרות מוסדיות.

ידע זה מקבל ביטוי משמעותי בשני הכרכים של "גרונטולוגיה מעשית", המביאים מאמרים נבחרים, שנכתבו על ידי מיטב המומחים והעוסקים בהיבטים שונים של טיפול באדם הזקן, במיקוד על העשייה המקצועית.

הספר מציג עקרונות, תפיסות והתנסויות בעבודה עם זקנים ומעמיק את ההיכרות עם תחומי הידע והניסיון של המקצועות השונים בתחום הטיפול בזקנים. כל זאת, כדי לשפר את הטיפול ולהעניק איכות חיים טובה יותר לאוכלוסייה המבוגרת בישראל.

הספר מיועד לכל העוסקים בתחום, אנשי מקצוע, חוקרים, סטודנטים, מטפלים, מתמחים וכל מי שמעוניין להרחיב את הידע שלו בנושאי הזיקנה והגרונטולוגיה.

עורכות הספר הן גרונטולוגיות ועובדות סוציאליות מהפקולטה למדעי הרווחה והבריאות באוניברסיטת חיפה: ד"ר דנה פרילוצקי, מרצה בחוג לגרונטולוגיה ופרופסור מירי כהן, ראש בית הספר לעבודה סוציאלית.

זאת הפעם הראשונה שיוצא לאור ספר בעברית, המקיף את כל נושא העבודה המעשית הקיימת ברוב מקצועות הטיפול בתחום הזיקנה. הספר מצטרף לסדרה של פרסומי איכות בשפה העברית העוסקים בתחום זה ויוצאים לאור על ידי ג'וינט ישראל-אשל.