

גרונטולוגיה מעשית

מבט רב-מקצועי
לעבודה עם אנשים זקנים

כרך שני



דנה פרילוצקי ומירי כהן
עורכות

גרונטולוגיה מעשית

מבט רב-מקצועי לעבודה עם אנשים זקנים



כרך שני

ד"ר דנה פרילוצקי, פרופסור מירי כהן
עורכות

Practical Gerontology

A Professional Overview of Working with Older Adults, vol. 2

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 שני

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 אנדוולט, 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-טישנר, 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.

שער שלישי

**טיפול בזקנים בעזרת
כלי התערבות ייחודיים**

פרק 12

ביבליותרפיה עם קשישים: המסע אל הסיפור שלא נשמע

נגה בן-ששון

פרק זה נחלק לשני חלקים עיקריים: החלק הראשון – חלק עיוני-תיאורטי והחלק השני חלק מעשי – הלכה למעשה.

חלק ראשון: ביבליותרפיה עם קשישים – עיון

מבוא: על הביבליותרפיה

יכולת הריפוי הטמונה בספרים ידועה ועתיקת יומין. תעיד על כך הכתובת "מרפא לנפש", שהתנוססה על שערי הספריות העתיקות שבתבי ובאלכסנדריה (צורן, 2000: 20). את השם "ביבליותרפיה" מרכיבות שתי המילים היווניות Biblos (ספר) ו-Therapeia (טיפול), ואכן הטיפול בביבליותרפיה הוא "עזרה וסיוע נפשי, באמצעות הספרות" (כהן, 1990). במילון וובסטר (1961) מוגדרת הביבליותרפיה כ"שימוש בחומר קריאה סלקטיבי, כאמצעי מסייע ברפואה ובפסיכיאטריה", וכן, "כהדרכה בפתרון בעיות אישיות דרך קריאה ישירה". צורן (2000) מגדירה את הביבליותרפיה כ"שיטת טיפול בתחום הטיפול באמנויות (אמנות הספרות במקרה זה), המציעה לעשות שימוש בתהליכי קריאה וכתביה בטקסטים ספרותיים, ולראות בהם אמצעי התערבות מרכזי בצמיחה ובטיפול נפשי. ההתערבות הטיפולית נעשית על ידי איש מקצוע – הביבליותרפיסט, המתווך בפעילות הקריאה והכתביה ומהווה חלק בלתי נפרד ממהלכה של הפגישה הטיפולית. התערבותו של הביבליותרפיסט מתועלת בתהליך זה לתכלית תרפויטית. הביבליותרפיה מבוססת על עקרונות הטיפול הפסיכו-דינמי ועל

תיאוריות מתחום הספרות ומקיימת תהליכים מקבילים בין התפיסות השונות, תוך תשומת-לב מיוחדת ל'קול השלישי' בטיפול – הוא קולה של היצירה והשפעתה" (צורן, 2000: 13). ההתערבות בתהליך הקריאה היא אמנם מרכזית, אך היא רק אחת מתוך כמה אפשרויות שהביבליותרפיה מציעה (בן-ששון, 1994: 48-50). בחקר הספרות ובפסיכואנליזה מוצאים התייחסות לשני התחומים המתפתחים במקביל ומזמנים את המפגש ביניהם (ברמן, 1987): "בפסיכואנליזה, מתגבש אמון רב יותר בתועלת העברה נגרית כמקור להבנה, ולא עוד שיבוש ותקלה שיש להילחם בהם, ובמקביל, בחקר הספרות, מתפתח התחום של ביקורת תגובות הקורא (reader-response criticism), השולל את הגישה הפוזיטיבית ומנסה להכניס בחזרה את הרגישויות והגישה האישית של הקורא, לתוך הבנת הספרות" (עמ' 210).

הנחת היסוד לשימוש בטקסט ספרותי בהקשר טיפולי היא, כי הקריאה בו מעוררת מגע עם רבדים נפשיים, תחושות, רגשות ותובנות, שאינם נגישים לנו כדיבור היום-יומי. הקריאה היא פעולה מורכבת. הקורא איננו קורא פסיבי, אלא שותף במעין שיח, שבו הוא מקשיב לקול הטקסט המדבר אליו וגם משיב לו. קיום הדיאלוג עם הטקסט מתאפשר הודות להיותו "בעל קול אנושי אוטונומי" וליכולתו להיענות לו (צורן, 2009).

הנחת יסוד נוספת היא, שבתגובות שהקריאה מעוררת יש חוקיות ומתוכה נגזרת החשיבות הטיפולית. תגובות הקורא הופכות לחלק בלתי נפרד ממשמעותו של הטקסט, המשתנה אף הוא בזכות הקורא (פיש, 2012). הנחה זו רואה בטיפול הביבליותרפי תהליך שבו, בעזרת פעולה מתווכת של המטפל, נוצרים יחסי גומלין בין הקורא לטקסט, ואלה מתעלים לתכלית טיפולית.

בהיות הטיפול פסיכו-דינמי, התהליכים המתרחשים בו דומים לאלה המתרחשים בפסיכותרפיה, אם כי הם מובחנים מהם בכך, שהשיח הביבליותרפי מזמן למפגש הטיפולי שלושה קולות: קולו של המטפל, קולו של המטפל ו"קולו" של הטקסט. הביבליותרפיה מציעה לצרף לתהליך הטיפולי טקסטים, שהשימוש בהם, בתיווכו של המטפל, יסייע פעמים רבות לפלס דרך אל מטופלים, גם כאשר נדמה שהיא חסומה, ויציע מרחב דיון נוסף ובעל ערך טיפולי. המונח "טקסט ספרותי", שישמש בפרק זה, כוונתו יצירה ספרותית כתובה או מסופרת, וכן "טקסט" שאינו מצוי בספר, דוגמת טקסט מצויר, מומחז או מוזיקלי. הטקסט יכול להיות ידוע ומוכר, אך גם אישי, דוגמת סיפור חייו של אדם.¹

פרק זה נשען על שני עולמות ידע: הביבליותרפיה והגרונטולוגיה, ועוסק בביבליותרפיה בזיקתה לגרונטולוגיה. יוצגו בו מאפייניה המיוחדים של הביבליותרפיה בהקשר לטיפול

1 מעוניינים להרחיב ידיעותיהם בתחום המחקר הביבליותרפי, ראו: בכר-וקנין (1998); בידץ (2005); הברון (2008); שמחון (2011).

בקשישים, תוך התמקדות בהיבטיה המעשיים. מכאן תוכן בחירתי לקצר בחלק התיאורטי (ולצורך הפניות ביבליותרפיות למתעניינים) ולהרחיב בחלק המעשי, תוך פריסת שיקולי דעת, אסטרטגיות התערבות ומגוון דוגמאות להמחשה, בתקווה שכל אלה יהיו מקור סיוע לרווחת הקשישים והמטפלים בהם. הדוגמאות המובאות להלן נאספו בשנים שבהן שימשתי כביבליותרפיסטית באחד ממרכזי היום לוותיקי הגליל.² המטופלים, שסיפוריהם מופיעים כאן, נתנו אישורם לפרסום. פרטיהם האישיים שונו כמובן, מתוך החובה והרצון לכבד את פרטיותם ולהגן עליה.

על "ניצוח" ו"ניצחון" בזיקנה – החיים לצד המוות

הזיקנה המאוחרת היא השלב האחרון שלפני המוות. באופן מסוים אפשר לראות בה כעין תחנת מעבר ומחיצה בין החיים למוות. בשיחות שעניינן אירועים שיתרחשו בעתיד, קשישים רבים נוטים לסיים דבריהם במילים: "אם אחיה עד אז..." קשה להעריך אם יש בביטוי זה שיקוף לחוסר הוודאות האובייקטיבי, או שמא הביטוי נתפס כעין "תעודת ביטוח" להרחקת המוות. מהי מידת השפעת התחושה שהחיים קרבים לסיומם על האדם הזקן? האם ניתן להתעלם בעבודה טיפולית עם קשישים מסוגיית המוות וסיום החיים? הניתן באמצעות התהליך היצירתי והטיפול "לשלוט" במוות הקרב? כיצד תודעת סוף החיים והמוות משפיעה על המטפלים בקשישים? שאלות אלו ודומות להן העסיקו אותי קודם לתחילת עבודתי עם קשישים, לפיכך בחרתי לפתוח פרק זה בדיון בשאלת החיים לצד המוות. הדיון נפתח בשירו של דן פגיס (1991), "ניצוח", העוסק במראה ובחווייה אל מול פני הכיליון, מציג להאזין לתזמורת, להתבונן במנצח ולהצטרף לצורך בשליטה, בניצוח או בניצחון מול חוויית ההיעדר. בדיון פותח זה תהא שפת הביבליותרפיה לשפתי, ובאמצעותה מוזמן הקורא למרחב הספרותי שבו מתקיים הטיפול, אותו אציג בפרקי ההמשך, לצד פריסת שיקולי דעת בצמתים בטיפול, אסטרטגיות התערבות ומגוון דוגמאות.

ניצוח / דן פגיס

עוד מעט עלי לעלות לבמה ולנצח. בינתיים אני מאזין, כך נדמה לי, לערבוביה פוכשת לב:
כל נגן מכון את הכלי שלו, מטפס על רמז סלם, על ברל מנגינה. איזה יפי. אני מבין ללב

2 מחקר מקיף על ביבליותרפיה עם קשישים נכתב בעקבות עבודתי זו, ופרק זה נשען עליו. למעוניינים להרחיב: בן-ששון (1994).

שֶׁל אוֹתוֹ הוֹטְנִטוּט שֶׁבֶּקֶר בַּפֶּעַם הָרִאשׁוֹנָה בְּקוֹנְצֶרְט: הִקְטַע הֵכִי יָפֵה, מְסַמֵּר הָעָרֶב, הִיָּה לִפְנֵי שְׁעָלָה הָאִישׁ הַמְצָחִיק עִם הַשְּׂרָבִיט.

הִגִּיעַ זְמַנִּי לַעֲלוֹת לַבֶּמָּה. הִנְנִי. אֲנִי נוֹשֵׁךְ אֶת שְׁפָתִי, גּוֹבֵר עַל כַּח הַמְשִׁיכָה שֶׁל כְּדוֹר הָאָרֶץ וּמֵרִים אֶת הַשְּׂרָבִיט. דְּמָמַת צִפְיָה. לִפְנֵי מִשְׁתַּרְעַת בִּמָּה מְרוֹקֶנֶת מְכַל עַד קֶצֶה מַעֲמָקִיהָ. אֵין כָּאֵן אִישׁ. אִיזָה יָפִי. אֲנִי רוֹמֵז לְרוּחַ הַפְּרָצִים וְהִיא נִשְׁמַעַת לִי מִיָּד: נְשִׁיפֶת פְּתִיחָה, פֶּרֶק רֹאשׁוֹן, פֶּרֶסְטוֹ! (פגיס, 1991: 309)

למילה העברית "ניצוח" משמעויות אחדות. אבן-שושן (אבן-שושן, 1977), מציע לה ארבעה מובנים: פיקוד על מקהלה או על תזמורת; התגברות על... השגת ניצחון; ויכוח, פולמוס; סוג של שירת חכמים במזמורי תהילים: "למנצח מזמור". בתודעתי התקשרה המילה "ניצוח" בעיקר לעולם המוזיקה, ולמעשה המנצח, המגלם שליטה ועדינות, המשלבת עצמה ורכות. בפעולת הניצוח יש ריכוז, המתנה, קשב מוחלט, תשומת-לב לכל פרט ופרט ולכל יחיד, וחיפוש השילוב וההרמוניה בין כולם — הלא היא המוזיקה, הנשמעת בסוף. ניצוח הוא גם ניצחון. אני מזהה בשיר השתקפות של כל ארבעת שימושי המונח, שמציע המילון, אך להבנתי, השיר אינו עוסק ב"ניצוח", אלא ב"עוד מעט ניצוח..." וליתר דיוק "עוד מעט עליי לעלות לבמה ולנצח." יש בשיר ניצוח בתוך ניצוח. לא בכדי מוזכר בו אותו ההוטננטוט שביקר לראשונה בקונצרט ומצא שהרגע היפה ביותר היה הרגע שקדם לעלייתו של "האיש" לבמה, שהרי זה הרגע שהשיר עצמו מציג.

בקראי את השיר לראשונה התרשמתי שעיסוקו בחיים: בקושי שבהם, בהרגשת ההתגברות, בגיוס הכוחות לעלייה לבמה ולניצוח. ראיתי בעיני רוחי את העולה לבמה; חשתי שיש בשיר חגיגות אפילו, התקדמות לקראת שלב נוסף בחיים. לצד זאת, כל קריאה הותירה בי מועקה, תחושה של אבדון ופחד לא מובן. ניסיתי להציץ — מה רואים מאותה "במת ארץ?" אפשר לזהות בשיר מילים הקשורות בתחושת הזמן ההולך ואוזל, כמו: "עוד מעט", "בינתיים", "הגיע זמני", "הנני" וגם מילים המביעות פעילות: "אני מאזין", "אני מבין", "אני נושך את שפתי", "גובר על כוח המשיכה", "אני רומז לרוח", "פרסטו". הזמן אוזל, המרווחים בין רגע לרגע קטנים, יש התכנסות פנימה, המתנה, הקשבה דרוכה, מתח רב, התגברות על קושי, נשיכת שפתיים, התגייסות, התגברות והכול — מהר. לשם מה המהירות? האם סיוט עומד להסתיים ויש למהר זאת? או שמא משהו טוב עומד להתרחש ויש להזדרז לקראתו? ועל איזו במה עולה האיש? ... את השיר הזה כתב דן פגיס ימים ספורים לפני פטירתו ממחלה (עצמון, 1987). בקריאתו ניתן להתפעם מאומץ הלב, מכוחות החיים ומהיצירה שאפשרו לו, למרות הסבל הרב והמודעות לסוף הקרב, לרצות

לעלות על במה, שממנה רואים אמנם מוות, אך גם חיים. בריאיון עמו, הוסיף דן פגיס ואמר דברים שנמצא בהם הד לקולותיהם של קשישים בהביטם אל האחרית (גנוסר, 1983):

פגיס: "בשטח המת קורים לי שם דברים קשים מאוד, חשבתי שהשטח המת יבלע אותי. ובכן אדלג מעליו, אקפוץ מצוק אל צוק. לפחות מצמרת אחת אל אחרת. כך אני מחליט – ובו ברגע, מעשה שטן, נוטש אותי כוחי החרגולי ותוקף אותי כוח המשיכה אל השטח המת, אל כל קטע זעיר וזנוח שבו..."
מראיית: "מה זה שטח מת?"

פגיס: "זהו שטח שלא רואים אותו, כגון צידו השני של מדרון תלול וכו'... אבל זה לא סיוס השיר. יש לשטח המת מובן נוסף – עכשיו אני מתחיל למדוד כל גומה קטנה שלא ראיתי בו, והנה הוא נפרס לפני – מישור – חי.
זהו שטח חי, שאתה לא יכול להתעלם ממנו כפי שחשבת תחילה. השטח הזה מושך אותך. אבל אתה חי בו. ואתה מחייה אותו. בעל כורחך ועל כורחו, כאילו מתוך כוח הטבע" (ההדגשה במקור) (גנוסר, 1983: 33).

בעמדו "על הבמה" קורא דן פגיס: "איזה יופי!" הקריאה נשמעת כקריאת ילדים, האומרים אותה, כשחיוך על פניהם, ומעורבים בה צחוק ושמחה על דבר שהיה עבורם מפתיע, מרנין ומרגש. מהו המראה שהתגלה שם על הבמה, במקום שבו חוקי המשיכה של כדור הארץ לא פועלים עוד? כמה אומץ ורצינות נחוצים לקריאת התפעלות זו, מהמקום שממנו אנשים יראים והעולם נראה מרוקן מכול, סופי וקרוב לחדול? לעמוד כך מול במה מרוקנת ולהביט, לא להיעצר, ולהכריז כילד המתפעל "איזה יופי!" – היש ניצוח גדול מזה על מנגינת החיים? היש ניצחון גדול מזה על המוות? שיר זה הוא מזמור למנצח. מעמדה כזאת אפשר לגשת אל הזיקנה ואל חוויית החיים מול הסוף, מבלי לראות בהן כישוף מטיל אימה, אלא אדרבה, מתוך ידיעה ברורה, שהן חלק בלתי נפרד מן החיים. פרק זה מציע, אם כן, התערבות טיפולית, שיש בכוחה להגביר חיים ולסייע לתחושת ה"ניצוח".

בדרכי אל הסיפור שלא נשמע – זכות הפרת השתיקה או חובתה

לקשישים שאיתם עבדתי אפיונים ייחודיים: רובם היו בני מושבים וקיבוצים, המכירים איש את רעהו שנים ארוכות. רבים היו מצויים בשבר שהיה קשור, בין היתר, באי- יכולתם להמשיך ולהחזיק במשקים חקלאיים פעילים או להתמודד עם תהליך ההפרטה, שהחל

באותה תקופה בתנועה הקיבוצית. חלקם היו עסוקים במשברים, שמקצתם משפחתיים על רקע סוגיות ירושה, אחדים היו חדשים בגליל, עירוניים שעברו לאזור לגור לצד ילדיהם. הדמויות שסיפוריהן משמשים דוגמאות בפרק הן של קשישים שגילם מ-85 ומעלה. חרף ייחודיות זו, הדברים שיוכאו רלוונטיים לאוכלוסיות מגוונות, ובדוגמאות שבחרתי, נמצא אפיונים, שיש בכוחם לייצג קולות בחברה הישראלית בת-זמננו. פגשתי את הקשישים במרכז יום אזורי, שהיה עבורם כעין אי בים החיים הסוערים, ובית חם, המספק תמיכה, הבנה והכלה, להם ולבני משפחותיהם. בקבוצות שררה אווירה של שיתוף פעולה, אך לצדה גם חשדנות, שתיקות רבות והתנגדות.

- רחל: "תניחי לנו. כל כך הרבה שנים התווכחנו ולחמנו עם ההיסטוריה שלנו, עם העבר שלנו. למה צריך לעורר את המתים?"
- חיים: "אין לי כוח. מה שהיה היה. תניחו לי לחיות בשקט עד מותי."
- אברהם: "אם אני אפתח את הפה, תשעים שנים לא יספיקו לשמוע את מה שיש לי לומר, אז אשתוק..."
- חנה: "הרבה מאמץ אני משקיעה בלשכות, לא לחשוב, לא לחלום. אני מעדיפה בור שחור, מים של זיכרונות."
- רות: "את מי זה מעניין? כל אחד והחבילה שלו."
- ברכה: "את עוד צעירה. לכי לשמוע סיפורים אחרים. מה אכפת לך מאתנו? את תושפעי לרעה."
- דוד: "אני רוצה כבר לסיים, למות. עייפתי. אם אספר ואזכר אולי אתגעגע וארצה לחיות..."

השתיקות, ההתנגדות, ההתכנסות וההצטמצמות שעלו בפגישות רבות גרמו לי לחוש כאילו הזיקנה המופלגת וקשיי החיים השכיחו את היכולת והרצון לדבר. אך לצד הדחייה, ההרחקה, המבוכה וגם הכעס, שמעתי גם הזמנה וקריאה לעזרה, כאילו אמרו: "אל תניחי לי. תהיתי: הטוב אעשה אם אנסה לחברם עם עברם, בניסיון לפגוש את הכאב, אך גם את הכוח והמשמעות, או שמא נכון להניח להם?"

בשנות עבודתי עם קשישים אלה הופרו שתיקות ונשמעו סיפורים, ומסיפור לסיפור נארגו סקירת החיים וחשבון הנפש. "בין לבין" וגם אחר כך. היו גם שהלכו לעולמם. לא פעם תהיתי (ברוח השאלה ששואל עמוס עוז [1993] באשר ל'תהילה' של עגנון): היש קשר בין סיפור "הסיפור", סיכום החיים ומציאת משמעות — ליכולת, שמא להסכמה, ואפילו לרצון לסיים החיים? ונשארתי תוהה ומלאת ספק.

הפסקת הפעילות הפיזית האינטנסיבית ותחושת היחלשות הגוף, מחד גיסא, והשבר האידיאולוגי שעלול להיות קשור באי-סיפוק מן התוצאה שלשמה הוקדשו החיים, מאידך גיסא (לפחות בממד הקרוב, מצבו הכלכלי-חברתי של המושב), עלולים להביא אנשים לחוש ריק, אותו ריק שויקטור פראנקל (1970) כינהו "היעדר משמעות". לדעת פראנקל: "האדם המוצא משמעות מוכן לסבול, להקריב קרבנות למענה או אפילו למסור נפשו עליה. אך כשאינו מוצא משמעות, חייו טפלים, הוא נוטה לאבד עצמו לדעת ומוכן לעשות זאת גם אם לכאורה באו כל צרכיו על סיפוקם." בסביבתו של "הריק" נזהה בקלות דיכאון, נרגנות ותוקפנות. בהיעדר "אור", כל מפעל החיים הפרטי (משק, מטע, מפעל וכמובן משפחה) נצבע בצבעי הכישלון. הסירוב להביט לאחור, ייתכן שהוא קשור לחשש מפני מה שיתגלה באותו ה"אחור": האם המביט יהפוך ל"נציב מלח" מול המראה שיגלה? שמא לא יתגלה דבר? לצד חששות אלה, יש מקום להציע שהמבט לאחור יחשוף דווקא משמעות ופשר שמהלך החיים לא אפשר לראותם.

התהליך הטיפולי מזמין את האדם ליצור גשר ומגע עם מקורות הכוח ועם התחושה שיש פשר ומשמעות, גם אם חומות של שתיקה והתנגדות מפריעות להגיע אליהם. את ההסתכלות אחורה ופנימה יידרש האדם לעשות בעצמו, אך לא לבדו: השהייה האינטימית לצדו, ההקשבה והליווי במסע המורכב, יש בכוחם להציע פשר ולעזור לקשיש למצוא בחייו טעם ומשמעות.

יתרונותיו של הטיפול הקבוצתי באמצעות ביבליותרפיה בקשישים

הביבליותרפיה, בדומה לתחומי הטיפול האחרים, מותאמת לעבודה פרטנית וקבוצתית, כאשר הבחירה בדרך הטיפולית מושפעת משיקולי דעת מגוונים, שאין זה המקום לפרטם. פרק זה מתאר התנסויות בטיפול ביבליותרפי קבוצתי בקשישים. אזכיר בקצרה יתרונות אחדים של הטיפול הקבוצתי³ (לאו דווקא בקרב קשישים), ומובן שאין בדברים כדי לפסול את הטיפול הפרטני או להמעיט בערכו, שכן איכויותיו ידועות. הדברים יובאו בלשון עבר, שכן הם מתעדים התנסות שהסתיימה.

ערכה של העבודה הטיפולית-קבוצתית עם קשישים רב. חברי הקבוצה עוסקים יחד בעבר, בהווה ובעתיד ונעים יחד על ציר הזמן והזיכרונות. חוויית היחיד זוכה לתיקוף

3 ראו: יאלום, א. וְלִשְׁעָן, מ. (2007). טיפול קבוצתי, תיאוריה ומעשה: ירושלים: כנרת ומאגנס.

הרבים, המשמשים לה גם כעדים, והודות לכך, הופך חיפוש משמעותם ופשרם של אירועי החיים של היחיד גם לנחלת חברי הקבוצה (יאלום וולשץ', 2007).

קשישים רבים תיארו שינויים שחלו בחייהם, שהתאפיינו בהסתגרות ובכדידות. בקבוצה מצאתי אמנם פוטנציאל חברתי גבוה ועם זאת, לא היה בכוחו למנוע הימצאותם של הסתגרות, ניכור ובידוד. גם בקרב קבוצות שחבריהן חלקו היסטוריה משותפת והיכרות קודמת ורבים מהם דיווחו על יכולת לתמיכה הדדית, נמצאו קשישים שהתקשו להיעזר ולעזור.

לאור זאת, נראה שקיים אצל רבים מן הקשישים הצורך בשחזור מיומנויות חברתיות של הקבוצה ושל היחיד ובהחזרת יכולת הקבוצה לשמש מקור לתמיכה. לצד כוח הקבוצה, מתחזק גם כוחו של היחיד המשתתף בה. לעניין זה נזכיר שקשישים רבים מביעים קושי להיות נזקקים ולחוש שהם חלשים ונשענים על אחרים. הקבוצה מעניקה הזדמנות לאלטרואיזם: לסיוע הדדי, לתמיכה ולהחזרת כוח הנתינה – שכולם מוכרים ביכולתם לחזק ולהעצים (Whitaker, 1985).

אזכיר מאפיינים אחרים של העבודה הקבוצתית, שטמון בהם יתרון לעבודה עם קשישים:

- בקבוצה המשתתף מבין ומזהה שרגשותיו, לבטיו, משאלותיו ופחדיו אינם יוצאי דופן. הגילוי שלזולת קשיים דומים לשלו, מגביר את ביטחונו העצמי ואת היכולת לשתף בהמשך. משיחות עם קשישים עלה, שרבים חשים בוושה לשתף את חבריהם באשר לדאגותיהם. רבים מן החברים בקבוצות שהנחיתי השקיעו אנרגיה רבה בהכחשה של סבל בעקבות מצב גופני מידרדר, בעיות משפחתיות, טרדות פרנסה, ועוד. הצורך "לשמור פאסון" בקבוצה היה גבוה מאוד, וכל גילוי – אף נפוץ, כמו: "בזמן האחרון אני שוכחת יותר", עורר הזדהות ובעקבותיה תחושת שחרור.
- ההתנסות בקבוצות לימדה, כי במקום שבו אדם אינו מסוגל, מסיבות שונות, להעלות נושא מסוים, יש סיכוי שמשתתף אחר בקבוצה יהיה לדוברו, ובעקבותיו ייפרץ "מחסום השתיקה". ובהמשך לכך: הדיון בקבוצה עשוי להפוך נושא המועלה כסוגיה אישית, לדילמת חיים הרלוונטית לכל המשתתפים. העלאת קשיים ודיון בהם מנקודות מבט מגוונות מרחיבים את מגוון אפשרויות ההתמודדות ועשויים לתרום להגמשת העמדה האישית והבחירה.
- בקבוצות שהמשתתפים בהן מכירים איש את רעהו מהעבר (כפי שנמצא ביישובים קטנים, בשכונות ותיקים בערים, בקיבוצים) נמצא, כי האנשים "הצמידו" זה לזה "תוויות" ידועות וקבועות. בקרב הקבוצה מזהים "המנהיגים", "החכמים", "המכובדים", אך גם "הנודניקים", "המשעממים" וכדומה. בקבוצה טיפולית ניתנת הזדמנות לשפר את התקשורת בין החברים, תוך למידה מחודשת של כללי השיח, שכן כולם שווים בפני המטפל ובפני היצירה. "כל אחד ידבר בתורו", "בסיפורי

החיים של אנשים אין הברל – כולם שווים, "אין תגובה "נכונה" או "לא נכונה", "וכמה טוב שאנחנו שונים..." מתוך ניסיוני אציין, כי אמירות מסוג זה, הנשנות שבוע אחר שבוע, יש בכוחן להשפיע על התקשורת הבין-אישית, להציע שוויון מסוים (גם אם הוא תקף לזמן הפגישות בלבד) ולהוות הזדמנות לשינוי עמדה. זאת ועוד: השתייכות לקבוצה והזדהות אתה מאפשרות למשתתפים לשנות ביתר קלות עמדות או דרכי התמודדות, וזאת בתנאים מוגנים יחסית.

- פנייה ישירה לחברי הקבוצה להעלות תגובות ואסוציאציות לנושאים שונים עלולה, לעתים, לזמן מיעוט חומר טיפולי: נשמע משפטים בודדים בלבד, ולעתים נזהה בהם אמירות "שחוקות" בעלמא, שלא תשרתנה את הטיפול כלל. התהליך הקבוצתי מפגיש בין תגובות שונות ומזמין את חברי הקבוצה לאזורי שכחה והרחקה, משם יוכלו להעלות חומרי נפש נוספים. המשפטים הנאמרים בקבוצה הופכים, אפוא, מטקסט אישי, לטקסט קבוצתי, המעבד ומשמר את קולות משתתפיו.
- הקבוצה מאפשרת את הגדלת מאגר הזיכרון הפרטי של חברה, בשל המפגש עם סיפורי זיכרונות של אחרים וההיזכרות שבאה בעקבותיהם. הקבוצה יוצרת גם זיכרון משותף – קולקטיבי, הגדול מסך כל הזיכרונות הפרטיים. כוונתי לזיכרונות הקשורים בהיסטוריה המשותפת, שאינם עוסקים רק ב"אני", אלא גם ב"אנחנו". המפגש עם אוסף זיכרונות, כמוהו כאיסוף חלקים, קרעים, פירורים. הקבוצה מצרפת חלקים אלה זה לזה לכדי סיפור – תוך הוספת עובדות ואולי שינויים. סיפור זה הופך להיות לזיכרון המשותף. שחזור הזיכרון הקולקטיבי, הנארג מאוסף הזיכרונות האישיים, וארגונו, יוצרים בהירות מסוימת, ריחוק ואולי גם אפשרות לקבלה ולסליחה.
- במקומות שבהם צוותים מטפלים בקשישים, מצאתי שיש בטיפול הקבוצתי יתרון גם לצוות הרב-מקצועי: בעוד שבטיפול הפרטני נוכחים שניים: מטפל ומטופל, הרי שהטיפול הקבוצתי מאפשר למטפלים נוספים להשתתף במפגשי הקבוצה בקביעות בתפקיד מנחים. על פי שיקולי הדעת והגישה התיאורטית שתיבחר, יוגדרו יחסי המנחים ואחריות כל אחד מהם לתהליך הקבוצתי. לשילוב מטפלים מתחומים שונים יש יתרונות רבים, שמקצתם הם: הטיפול היום-יומי בקשישים שוחק, לעתים, ומכביד מבחינה נפשית. רבים מבין המטפלים בקשישים מתארים תחושת עומס וקושי. כמו כן, בין המטפלים באדם הזקן יש אחדים, שעיקר עיסוקם בסיוע פיזי אינטנסיבי ומיידי. אותם אנשים כמעט שאינם מתפנים לשוחח עם מטופלם הקשיש ולהכירו. השתתפותם של מטפלים צעירים בקבוצת הקשישים משנה את אופי הקבוצה: מקבוצה הומוגנית, שכל חברה בני אותו הדור וכמעט

אותו הגיל, הופכת הקבוצה למעין משפחה, שחברים בה בני גילים שונים ויש בה ריבוד של דורות. כולם, מטפלים ומטופלים, שוהים יחד ועוסקים באותן דילמות חיים. ההיחשפות של המטפלים לסיפורי חייהם של מטופליהם עשויה לקרב בין צעירים לזקנים ואף ולהציע "שוויון רוחני". המשתתפים מגלים, שהם יכולים להבין זה את זה, לייעץ ולסייע. לא אחת, המטפלים הצעירים מגלים, ששאלות החיים שהם מתמודדים עמן, זהות לאלו של מטופליהם הקשישים. במקרים כאלה, הנושאים הנדונים הופכים מ"סוגיות של זיקנה" לסוגיות או לדילמות חיים (רוזנסון, 1997). בתום מפגשי הקבוצה, העידו קשישים רבים וחברי צוות, על שינוי שחל ביכולתם לעזור ולהעזר. הזקנים ציינו, שכאשר מסייע להם חבר צוות שהשתתף בקבוצה, הם מרגישים פחות תלותיים ומושפלים ("ממנו זה בסדר. הוא כמו חבר"). גם בקרב חברי הצוות הסתמנה העדפה לסייע לקשישים שבקבוצה שלהם הם השתתפו, בין שהיו צופים ובין ששימשו מסייעי מנחים.

הטקסט הספרותי – אחדים מהשיקולים בבחירתו ובשילובו בביבליותרפיה עם קשישים

תהליך הקריאה בטקסט ספרותי הוא תהליך אינטימי, ומפגשו של האדם עם הטקסט הוא ייחודי ואישי, גם כאשר הוא מתרחש בקבוצה. לפיכך, אי-אפשר להצביע על טקסטים מסוימים ולקבוע שדווקא הם מתאימים ל"קשישים", למקום מסוים או לזמן מסוים. התאמת הטקסט לטיפול הביבליותרפי אינה קשורה בהכרח בתוכנו.

בסעיף זה אדון באיכויות אחדות שיש ביכולתן להצביע על טקסט ספרותי מסוים ולקבוע שמתאים לשלבו בתהליך הטיפול. בהמשך, אפרט שיקולי דעת אחדים, שטוב שיעמדו לנגד עיני המטפל הבוחר לשלב טקסטים בעבודתו הטיפולית ובהתאמתם לאוכלוסיית המטופלים.

מאיכויותיו של הטקסט המשמש בטיפול

- על הטקסט הספרותי להיות "בעל קול אנושי אוטונומי" (צורן, 2009). מאחר שפעולת הקריאה כוללת הקשבה ל"קולו" של הטקסט וגם מענה לו, הרי שהאפשרות לקיים דיאלוג עם הטקסט, גלומה בזיהוי "קולו" ובהיענות הקורא אליו. זיהוי "קולו" של הטקסט קשור ביכולת הקשב הטמונה בו וגם בהקשבה שלנו אליו, הקשבה שבהמשך מעוררת בנו קשב ל"טקסט" הפנימי שלנו. קולותיו המיוחדים של הסיפור והקשב שלו למתרחש בתוכו קשורים גם ב"מוזיקה", הנלווית לסיפור.

- כוונתי למקצב, לטון ולאיכויות צליל נוספות, שאנחנו שומעים ואף מגיבים אליהם מבלי שנהיה מודעים לכך (צורן, 2000: 69).
- לטקסט ספרותי יש "יכולת המרה וכוח מלכד" (שטיין, 1990). הסיפור מכניס את הקורא לאווירה מסוימת, לעולם שבו הסיפור 'רוצה להיות' ומזמין את הקורא לשהות בו. בסיפור גלומים יסודות של חזרתיות-ספירלית: חזרה שיש בה שינוי, הם גורמים לנו, הקוראים, לקיים חזרה זו אתו – בנפשנו. השכנוע שנשתכנע להצטרף לעולמו של הסיפור ולהמירו בעולמנו קשור בהזדהות שלנו עם הסיפור. בעצם ההזדהות עם התרחשות מסוימת אנחנו נמצאים, בעת ובעונה אחת, בשני מקומות: אנו נתונים במערכת קשרים עם המספר או עם גיבורו במעמקי הסיפור, ובד בבד – מתבוננים על הכול מבחוץ, בהתבוננות מעמיקה יותר. רצף זה, המתרחש בין "חלק הנפש" הנמצא "בחוץ", לחלקה האחר המצוי "בפנים", מאפשר נקודת מפגש, שבה מתרחש הדיאלוג.
 - הסיפור מציג מערכת מסוימת של יחסים וקשרים: יחס בין רישא לסיפא, בין סיבה לתוצאה ובין אירועים שונים שהרצף הסיפורי הוא המקשר ביניהם. בתוך מערכת זו טמונה האפשרות להמשכיות – שהקורא יוצר אותה בנפשו פנימה.
 - הסיפור כתוב מפרספקטיבות שונות: של המספר, של הגיבור ושל הדמויות האחרות שבו, שאינן חופפות זו לזו. בין הפרספקטיבות השונות שורר מתח מסוים, והקורא חש בו. המתח מפעיל את הקורא ומעורר צורך לחפש הסברים שונים למשמעות של המתרחש בסיפור בעבורו.
 - ביצירה ספרותית אפשר לזהות "פערים", שאליהם מופנה הקשב של הקורא ואותם הוא משלים בעת הקריאה (פרי ושטרנברג, 1968-1969). הפניית הקורא להשלמת הפערים (שמצויים בו בשל איכותו זו, והם מזמינים פרשנות ויצירה), מתקיימת בתהליך הטיפולי. ככל שהסיפור 'מרווח' יותר, הוא מאפשר כניסה אליו ויצאה וממנו, בהתאם לצרכיו השונים של הקורא, אולם לא די בכך. על הסיפור להיות בעל רצף ושלמות משכנעת (איזר, 1975).
 - עמימות בסיפור היא התכונה הפונה אל תחומי "הדמדומים" של הקורא. חוסר הבהירות, התהייה או העמימות, המאפיינות את קולו של המספר, גורמים לנו, הקוראים, לרצות לנסות לפוגג את הערפל בעבורו, וניסיונותינו גורמים לנו להיכנס, מבלי שנבחין בכך, אל תוך הערפל. העמימות מאפשרת התקה (פעולה דומה לפעולה שאנו עושים בחלום), כלומר: הוצאת דבר מהקשרו הקונקרטי והכנסתו להקשר אחר. זיהוי פעולה זו, הקשבה אליה ופיתוח דיאלוג אתה – קשורים בתהליך התרפויטי שבקריאה.

- היצירה הספרותית "התרפויטית" צריכה לספק "עונג מקדים", שיתרום לשחרור מתח נפשי אצל הקורא (כהן, 1990). כהן נשען בדבריו אלה על פרויד, שטען, כי האמן עשוי לתת ביטוי כמעט גלוי למשאלות, למאויים ולדמיונות בלתי מודעים, או שאינם באים לביטוי בחיים בגלל פעולת מנגנוני ההגנה. היצירה, שלא כחלום, היא קומוניקטיבית. לפי פרויד: "הסופר מרכז את אופיו האנוכי של חלום היום, בעזרת שינויים והסוואות, והוא משחרר אותנו בהציעו הנאה אסתטית-צורנית טהורה, תוך כדי הגשת רעיונותיו. תוספת ההנאה הניתנת לנו במגמה לשחרר עונג גדול בהרבה, הנובע ממקורות נפשיים יותר עמוקים, נקראת 'תגמול מעורר' או 'עונג מקדים'..." (פרויד, 1988 [1908]: 8). היכולת לפוגג מתח נפשי קשורה ב"עונג מקדים" זה. הסיבה העיקרית לכך נעוצה ביכולתו של הסופר להעמידנו במצב, שבו אנו מסוגלים ליהנות מחלומות היום שלנו מבלי שיתלוו להנאתנו רגשות אשם ובושה. חוויה משחררת זו מתרחשת למעשה כבר במפגש הראשון שלנו עם הטקסט הספרותי-אמנותי.
- על הטקסט היכול "לטפל" להיות באופן מסוים "בלתי מתמסר" (שונברגר, 1993). לדעתו של שונברגר, יכולתנו לקרוא שוב ושוב שיר או סיפור ידוע, תוך שימור הסקרנות והמתח שהתעוררו בקריאתנו הראשונה, קשורה באיכותו "הבלתי מתמסרת". כוונתו ליכולתו של הטקסט להותיר בנו, קוראיו, תחושה של פוטנציאל שלא מומש, של היבט על עצמנו שטרם נחשף, והיא הרוחפת אותנו לעיסוק חוזר – בסיפור ובנפשנו גם יחד. היסוד ה"בלתי מתמסר" משמר פחד או מתח מסוים, והוא מלווה את הקריאה האינטימית החדשה ומשמר את חיותו של הסיפור בכל פגישה איתו.

ממאפייני הטקסט המתאימים לביבליותרפיה עם קשישים

בדברים הבאים אין התייחסות ישירה לקשישים הסובלים מפגיעה בכישורים הפיזיים, הנפשיים או הקוגניטיביים שלהם, אלא התייחסות אליהם כקבוצה אחת בתוך אוכלוסיית הגיל המבוגר. עם זאת, מאחר שהירידה ביכולות השונות נפוצה, והחרדה מפניה מובנת, שכיחה הטענה, כמו גם החשש, שמא טיפול המשלב עבודה טקסטואלית אינו יעיל או מתאים לטיפול בקשישים. לפיכך, אתייחס להלן לאיכויות ולאפיונים התורמים להתאמתו של הטקסט הספרותי המובא לטיפול, שיש בכוחו לסייע ולהתאים אף במצבי חולשה או קושי:

אורך הטקסט: הטקסט המושמע צריך להביא בחשבון את טווח הזמן של יכולת ההקשבה של השומע. בין הקשישים יימצאו אנשים שהאזנה ממושכת קשה להם, הן בשל המאמץ שמחייבת ההקשבה עצמה והן בשל המתח שמא "איני מבין" ו"לא אזכור עד סוף הסיפור את תחילתו". מומלץ, אפוא, לבחור טקסטים קצרים יחסית, שאפשר יהיה לקרוא בהם כמה פעמים במהלך הפגישה.

שפה: שפת הטקסט צריכה להיות ברורה לשומעים. שפה "גבוהה", מליצית או מגובבת, או לחילופין שפה צעירה, "סלנגית", המשובצות במילים רבות הטעונות תרגום או הבהרה, מקשה על יכולת ההאזנה ברצף ועל ההנאה שבהקשבה, ועלולה לעורר בקרב המאזין תחושת אי-הבנה ומתח מלכתחילה.

זמנים: טקסטים שנעשה בהם ערבוב זמנים, עלולים להיות בלתי מובנים ומבלבלים. הכוונה לאותם טקסטים, שבהם הסופר מדלג בתוך קטע קצר מעבר להווה, מהווה לעתיד ושוב לעבר וכדומה (לדוגמה: הגיבור פועל בהווה, נזכר בעבר ומתכנן את עתידו והכול באותה העת).

סוגות ספרותיות: המפגש עם סוגות מגוונות, כגון שיר, אגדה, ועוד, עשוי להרחיב את הרפרטואר הדיאלוגי המתקיים בקבוצה ובאותה העת גם פונה לרובדי נפש שונים אצל המשתתפים. מאחר שהעדפותיהם הספרותיות של אנשים שונות זו מזו, יש בגיוון מתן לגיטימציה לטעמים שונים וזאת גם ללא הממד הפרשני-טיפול של העדפותיהם. עניין זה נכון לגבי כל אוכלוסייה, אך בנוגע לרבים מבין הקשישים, שלרוב טעמים הספרותי מגובש, יש בגיוון מתן כבוד והזדמנות שווה לחברי הקבוצה להציג את העדפותיהם הספרותיות וגם להתנסות ב"טעמים" חדשים, תוך הגמשת עמדות מוכרות.

בין הטקסטים הספרותיים העשויים להתאים לביבליותרפיה עם קשישים, לספרות ילדים יש יתרונות אחדים. הנחת היסוד לשימוש בספרות ילדים כאמצעי התערבות טיפולי עם קשישים היא בהיותו של הטקסט נקודת מפגש בין מבוגר לילד (צורן, 2004): "טקסט ספרותי לילדים נכתב על ידי אדם מבוגר, אבל נמענו, בלי קשר לגילו של הקורא הריאלי, הוא ילד." טקסט ספרותי לילדים מתאפיין בנקודת ראות כפולה: הבוגרת לצד ה"ילדית", והמבוגר הקורא בטקסט פוגש את שתיהן. הקורא המבוגר קורא למעשה טקסט שלכתחילה לא "נועד" לו ומחברו הוא מבוגר כמוהו. "טקסט לילדים מקיים בתוכו דיאלוג בין 'קול' של מבוגר ל'קול' של ילד, ולפיכך תהליך הקריאה בו מאפשר היווצרותו של דיאלוג דומה אצל הקורא, בין הקול 'הילדי' שבו לקולו של המבוגר." לדיאלוגים אלה ערך תרופויטי, כיוון שהם יוצרים מגע חי בין רובדי נפש שונים באמצעות "קולות" שונים. "הדיאלוג שנוצר יכול להציע תחליף 'בריא' לאזורי נפש מודחקים, היכולים להוות מקור לקונפליקטים ומצוקה נפשית" (צורן, 2004, עמ' 11).

174). כמו כן, הקריאה הילדית מזמינה את הקורא למרחב שבו מיטשטשת ההבחנה בין הבדיון למציאות, מרחב שעשוי לאפשר לקורא הבוגר חוויה מיטיבה הדומה לזו הילדית. תוכן: על הטקסט להיות מעניין, מפתיע, מושך, מעוניין בקורא ומפתה לשומעו. הכוונה אינה רק לממד התוכני, אלא ל"קולו" של המספר ולפנייתו אל הקורא. טקסטים שיש בהם הרהור, ספק, התלבטות, שאילת שאלות וכדומה, מזמינים את השומעים למלא פערים. אי-אפשר להמליץ על תוכן מוערף, אך יש לציין שטוב שהטקסטים הנבחרים לטיפול יתארו חוויות ואירועים מגוונים מחייהם של בני גילים שונים. בשל כך, מומלץ שלא לצמצם בטקסטים המתייחסים לסוגיות הקשורות בזיקנה ובזקנים.

דרכי הגשת הטקסט הספרותי

רבים מהקשישים מתארים בחינה מתמדת של יכולותיהם וכישוריהם, ולפיכך, יש להימנע ככל האפשר מלגרם לתחושה, שיכולתו או כישוריו של הזולת עומדים למבחן. חלוקת טקסטים תוך הזמנה לקרוא בהם בקול – מעשה שגרתי של ביבליותרפיסטים, עלולה ליצור תחושת מבוכה ומתח אצל אחדים בשל פער שעלול להתגלות בין משתתפי הקבוצה: אלה המסוגלים לקרוא לאלה שקשה להם, בין הרהוטים בשפה העברית לבין הקוראים בשפות אחרות, בין אלה שהביאו משקפיים לאלו ששכחו... ובעיקר, עלולה להתעורר תחושת מבחן. הקריאה בקול של יצירה ספרותית על ידי המטפל חוסכת מן הקשישים התמודדות שכזאת עם הטקסט הכתוב. לצד זאת, חלוקת הטקסט הכתוב ככולם מכבדת את השומעים, מסייעת בהאזנה ומאפשרת שיבה אל הטקסט מאוחר יותר.

טקסט ספרותי משפיע על קוראיו לא רק בשל תוכנו, אלא גם בשל דרכי ההבעה שהוא משתמש בהן. כאשר המטפל קורא בקול רם, קולו מצטרף ל"קולותיה" של היצירה והוא תורם משהו משלו להתרשמותו של השומע (קובובי, 1991). באופן קריאת הסיפור ניתן לכוון לתהליכים הנפשיים המתרחשים אצל הקורא. כוונתי לקשת הקולות והטונים, להנגנה, להבעות פנים, לחזרות על משפטים, להדגשה או להבלעה ולהערות אם יושמעו, מדעת או שלא מדעת, בעת קריאת הטקסט. המטפל הקורא, המזהה אי-הבנה או קושי "תרגם" את הקטע הקשה ובתיווכו יתרום להבנתו.

יש להבחין בין קריאה בקול של טקסט נוכח לבין סיפורו. היעדר טקסט כתוב הופך את הקורא למספר-שחקן, והזיקה שבין הדובר-מספר לשומעים היא דרמטית וישירה יותר. לעתים, יימצאו בין משתתפי הקבוצה מתנדבים שיבקשו לשמש קריינים. אך גם בכך טמון קושי, משום שקריאתם עלולה להימצא משובשת או בלתי מותאמת לנסיבות, מצב שיעורר

צורך להתערב בה או להפסיקה. בחירת המטפל לקרוא בעצמו את הטקסט שיביא, והצהרה על כך מראש, מסייעות לדלג על משוכות כגון אלו.

חלק שני: הלכה למעשה

המעשה הביבליותרפי עם קשישים – מסע בזמן

אדגים עתה מעט מתהליך הטיפול הביבליותרפי בקשישים, ואתאר אותו כמסע על ציר הזמן (אף שאתייחס לטיפול הקבוצתי, שמתוך התנסות בו נכתב פרק זה, הדברים רלוונטיים גם לטיפול הפרטני).

"המסע לזמן עבר" הוא המסע אל הזיכרונות, אל המסעות והנדודים, אל סיפורם של חפצים משמעותיים, אל השירים והסיפורים ואל הילדות; "המסע לזמן הווה" הוא המסע פנימה, להרחבת ההווה. במסעו פנימה האדם פוגש את חלומותיו ואת משאלותיו ומחפש משמעות נוספת למתרחש סביבו. כדי להרחיב את ההווה, יש צורך לשנות עמדות תצפית ו"תפקידים", ולהיות נכונים להתבונן בדברים מזווית חדשה; "המסע אל זמן עתיד" הוא המפגש והדיאלוג עם צעירים ונוגע בסוגיית ההורשה הרוחנית. מסע זה מציע ניסיון לפתח דיאלוג בין זקן לנער, ואסתפק באזכורו זה בלבד. בשל הגבלת היקפו של הדיון מוצגות בו דוגמאות מעטות, ותקוותי שאלה תוכלנה לשמש השראה למתעניינים.⁴

המסע אל זמן עבר

תהליך ההיזכרות הוא המעבר מרגע אחד חי של התעוררות הזיכרון להעברתו למילים, לסיפור, כאשר מעבר זה של תמונה פנימית, הלוכשת מילים, משנה אותו, מקבע את הזיכרון ומאפשר גם לחזור אליו. רגע התעוררות הזיכרון הוא רגע לא מודע, ואילו תהליך העברתו ל"סיפור הזיכרון" דומה לתהליך היצירה: בחירה, מחיקה, חזרה אחורה ועטיפתו ב"קליפות" סיפוריות רבות. עטיפת הרגע החי של ההיזכרות בסיפור דומה לתהליך יצירת מיתוס: האדם מחבר את "ליקוטי" רגעי הזיכרון לכדי סיפור (שאינן כל הכרח שיהיה נכון או מדויק), שאתו הוא "יכול להסתדר". סיפור הזיכרון זה הוא כעין תמונת נפש של המספר,

4 אני מודה למשתתפים בקבוצות על שפתחו את סגור ליבם ושהתירו פרסום דבריהם. סיפורי החיים המתוארים בדוגמאות הבאות – כולם אמת. השמות והפרטים המזהים שוננו.

המשתמש בו כאבן יסוד בבניית ה"אני" שלו. לכן אבקש להניח, שהשתנותו של אדם, שינוי עמדותיו כלפי עברו וחיו – משנים את גוון זיכרונותיו.

בקבוצות הקשישים אפשר להבחין בין תהליך המתבסס על זיכרון אישי לתהליך המתבסס על זיכרון קולקטיבי. הטיפול הביבליותרפי בקבוצה מסתייע בזיכרון הקולקטיבי, למען הפרט המתקשה לזכור, ומעניק זהות ושייכות מעצם ההצטרפות לקבוצה הנזכרת. בין הזיכרונות האוטנטיים, אפשר לזהות זיכרונות מומצאים כאלה, שהמספר מעיד שהוא זוכרם בוודאות, ובר בכך טוען שייתכן שלא התרחשו כלל. זיכרונות אלה הם כעין חלום שהופנם, המצטרף לרפרטואר הזיכרונות של האדם וחרף אי הוודאות בקיומו הוא משרת צורך מסוים (לומרנץ, 1991). קשישים רבים לא נולדו בארץ. בילדותם שמעו שירי ערש וסיפורים בשפה אחת ובזקנותם הם מדברים ושומעים שפה אחרת; הם נולדו בנוף אחד ובאקלים אחד ומזדקנים בנוף אחר. זיכרונותיהם של רבים מהקשישים צריכים, אם כן, לחצות אוקיינוסים, להחליף שפה, לשנות נוף, ריחות, צבעים וטעמים ולהחיות תמונות שלרוב מאז הפרידה הרחוקה מהם לא נראו. דור שלם חווה קטיעה בקו החיים, והיא הפכה לתמונה חסרה. הקושי לחיות עם "תבנית חסרה" דוחף אנשים להשלימה: לדמיין מראות של הבית, החבר, הגן והצעצוע, מראה של הדרך שהיה הולך בה, ועוד (אייל, 1993; 1994). החזרה אל זמן עבר נחווה אצלי כעין מסע אל הילדות, שבדרכו אל הבית, ההורים, האחים והחברים – אל הקברים והמתים, אל הפרידות והגעגועים וגם אל האהבות והחיים, הוא חוצה ימים ושנים. זהו מסע נפשי-פנימי, המנסה לשחזר את המסע החיצוני. סיפור הביבליותרפוי של המסע הוא סיפורה של הדרך: פנימה בנפש, החוצה באמצעות הסיפור ובחזרה לעולם הפנימי בזיכרון. שחזור המסע והדרך שבה הגיעו הקשישים (אז צעירים) לארץ, הוא בהכרח שחזור של התפתחות מבחינה רוחנית. המסע אינו רק מעבר או שינוי פיזי, אלא ביטוי לשאיפה, לגילוי ולשינוי, שהם בבסיסה של התנועה ושל חוויית הנסיעה. 'החווייה הקולקטיבית' של דור הקשישים בארץ היא של נדודים, של חציית ים ומדבר. לפיכך, סיפורי זיכרונות רבים קשורים בדרך. סיפורי 'הדרך' הם סיפורי מעבר בין בית שכבר איננו לבית שעדיין לא קיים. סיפורים אלה טעונים ברגשות רבים וסותרים, כמו: עצב, דאגה, געגועים, אשמה וחרטה, לצד סקרנות, התלהבות ושמחה. מחסומים רבים בדרך אל העבר קשורים במסע ובערכוב הרגשות שאפיין אותו. העיסוק בזיכרונות, תוך בחינתם וארגונם מחדש, מאפשר להתקדם במסע הנפשי. באמצעות התהליך הטיפולי, משחזר המסע הספרותי לזמן עבר, את המסע הפיזי, הוא "מסע הגיבור" (כילו, 1986). מומלץ שהעבודה הטיפולית תתרחש תוך השתתפות וחיפוש סיפורים בתחנות שבדרך, כגון: סיפורים על "חציית ים", מעבר על פני דרכים, חציית גשרים, חציית יערות, מדבריות או מכשולים אחרים; בריחה, מסתור, גילוי וכדומה. את התחנות, מהן סמליות ומהן ספרותיות, יספקו חברי הקבוצה או

המטפל והן מלוות את הקשיש בדרכו מרגע התעוררותו של הזיכרון ועד למפגש עם זיכרון הבית ועם סיפוריו. המסע על תחנותיו הוא מסע "אחורה" ו"פנימה", המתייחס בעת ובעונה אחת לעבר ולהווה. זמן היכול להיות "כאן" בקבוצה ו"עכשיו" בעת החיאתו – בזמן הווה, ובה בעת – בזמן עבר שנגמר, ומתוך כך מחוצה לו, ובכך לסייע בהבניית סיפור חיים מגובש ושלם יותר, ואולי אף זהות אישית מפויסת. סיפורי "הדרך הביתה" לוו לעתים בציורים; יש סיפורים כתובים ויש מוקלטים. תיעודם מאפשר למספריהם לחזור אליהם בעתיד ולהנחילם גם לדורות הבאים אחריהם.

בקבוצות שהנחתי חוויתי, לעתים, חשש ואף התנגדות של אחדים לעיסוק בזיכרונות, להבטתה לאחר אל העבר, לפעמים בשל רצון "להניח", או חשש מהחשיפה, שתבוא בעקבות הסיפור ולפעמים ללא הנמקה כלל. לפיכך, ראיתי לנכון להתחיל את "היציאה למסע" דרך סיפוריהם של אחרים – זרים. המשתתפים התבקשו להתייחס לגיבורי הסיפורים, להשלים פערים בסיפור, להתמודד עם מצבים בלתי פתורים, להמשיך סיפורים, לספר את הסיפור מעמדת תצפית שונה, ועוד. הגיבורים בסיפורים, שבשלב זה אני בחרתי בהם, חוו משברים-מעברים רבים: הם עברו ארצות, חצו ימים ונפרדו מיקירים. לעתים, היו מנהיגים, לעתים, מונהגים, אבל תמיד – עסוקים בדילמות חיים. הקשישים נחלצו מהר מאוד לעזרת "גיבוריהם". הם יעצו להם, התווכחו אתם, דיברו בשמם והשיבו להם. בתום פגישות אחדות כבר נצפו איתותי תובנה. חבר אחד צחק, אחרים בכו ומישהו אמר: "זה מזכיר לי..." ושתק. התגובות הרגשיות העידו, שהקבוצה התקדמה לשלב הבא והגיע הזמן "לרווח" את "אספקת" הסיפורים החיצוניים ולגרות את המשתתפים להעלות סיפורים אישיים.

אדגים בשתי 'תמונות' מהמסע הביבליותרפויטי אל הילדות ואל העבר, תוך הצגת הקשרים והיחסים האפשריים שבין האובייקט לסיפור.

סיפורי חציית גשרים – בין סיפור המקום למספר

גשר, בהגדרתו המילונית, הוא מבנה המחבר בין שני מקומות ומשמש למעבר (אבן-שושן, 1977). הגשר יכול לשמש סמל למעבר – אלמנט המקשר בין המודע ללא מודע (Cirlot, 1971). הליכה מחודשת, אפילו היא נעשית בדמיון בלבד, על גשר שהאדם כבר חצה, יכולה להתפרש כסוג של גרסיה חיובית, שבמהלכה דרך שכבות הלא מודע האדם חוזר אל שטח שכבר "כבש", כדי להתגבר ולהיות מסוגל לחצות מחוזות שבהם טרם עבר. באופן סמלי, הגשר מייצג את החיים: את מחציתם הראשונה ואת מחציתם השנייה וגם את נקודת אמצע החיים – מרכז הגשר, הנקודה המכרעת. קצות הגשר הם סמל לראשית החיים ולקצם. האדם יכול לחצות את אמצע הגשר – "אמצע החיים" ולהתהלך בבטחה במחציתם השנייה רק אם יחזור, אפילו באופן סמלי, על תחילתם (Chetwynd, 1982).

1. "גשר לונדון מתפרק" – הגשר של מטילדה

בפגישה שהתחלנו לדבר בה בקבוצה על "גשר", נזכרה מיד מטילדה בשיר "גשר לונדון מתפרק" (סלע, 1987), שאמה נהגה לשיר לה (באנגלית) בילדותה. לפגישה שאחריה זכרה להביא את השיר מתורגם ומאור, הציגה בשמחה את "הגשר שלה" וביקשה לשיר את השיר באנגלית. מטילדה שרה במאור פנים וליוותה את שירתה בתנועות ידיים, בדיוק כפי שאמה נהגה לעשות. למרות ראייתה הכבדה, ביקשה לקרוא למשתתפים את השיר מתורגם לעברית. בעודה קוראת, השתנתה הבעת פניה. את סוף השיר לא הצליחה לקרוא.

ויקטוריה התפרצה ואמרה: "מה זה כאן? איזה מין מילים אלו? הם לא מוצאים שום חומר שאפשר לסמוך עליו שיחזיק את הגשר?"

מטילדה השיבה בשקט: "אף פעם לא שמתי לב שהמילים כל כך מעצבנות, הרי הגשר בסוף יתמוטט..."

בזיכרונה של מטילדה השתמר השיר בשפה ובאופן שנשמע מושר בשפת אמה. השתמרו הלחן, הקרבה האינטימית וגם האמון ש"גשר לונדון מתפרק" לא יתמוטט, כי "גבירתה החביבה" תמצא פיתרון. תרגום השיר לעברית והרחקת הניגון אילצו את מטילדה לשמוע מילים קשות ומאיימות. מטילדה חשה לפתע שהיא מוטרדת מאוד מכך ששרו לה את השיר הזה וגם מכך שהיא המשיכה לשיר אותו לילדיה, אם כי לכך מצאה הסבר שהתיישב עם ההיגיון: "אני לא הבנתי את המילים, אז שרתי לילדי, אבל אימא שלי? למה היא שרה?" בשיחה, התבקשה מטילדה למקם את עצמה ביחס לגשר ואמרה שהיא "מרחוק, בארץ, והוא בלונדון". היא בחנה את האיור שלצד השיר וזיהתה ש"הגשר מעל הים". בהמשך השיחה אמרה: "עכשיו אני מבינה שהגשר בין חו"ל והארץ מתפרק ושאימא שלי ככה בשיר, בנעימות, רצתה לשכנע אותי לעלות לארץ ולהיות ציונית." מטילדה הייתה מאוד מרוצה מהפרשנות שלה, וחזרה לשיר באנגלית על "גשר לונדון", שמבחינתה, יכול היה כעת לשוב ולהתפרק. מסעה של מטילדה בזקנתה הוא מסע של "תרגום": בכל תחנה בהמשך גילתה מטילדה שהיא מסוגלת לצעוד על גשר מתפרק רק בתנאי שתשתמש ב"תרגום", היינו בהחלפת שפה. ניתן לטעון שהמסע אל שפת האם כמוהו כהחלפת שפה. ההליכה על הגשר, החוזרת תוך החלפת שפה, הביאה את המספרת לנקודת מבט שונה. ההבנה שהשיר "שלח" אותה, גם אם באופן לא מודע, ארצה, אפשרה לה לחזור באמצעותו ל"גלות", שמעבר לים, ולשיר לילדיה ולנכדיה גם בהמשך על "גשר לונדון המתפרק", מתוך הבנה ש"השפה האחרת", "התרגום", ונקודת המבט השונה, יחזקו את יסודותיו.

2. "הגשר בליטא" – הגשר של יהודית

"אספר מהר להיפטר מהסיפור", פתחה יהודית, ומיד המשיכה: "זה היה בשעה 12:00. אז הגשר נפתח. למטה היו מים, בצד עצים. סביב אנשים. אני בקהל. המון אנשים מסביב. מאוד צפוף. כולם נזקקו לגשר. רק פעמיים ביום נפתח. ההרגשה הכי חזקה שלי זה דחיפות. לחץ. כל הזמן דוחפים. דחפו את הנוער הצדה".

יהודית שימרה בסיפורה המקוטע את הדוחק, את הנחיצות בגשר וההרגשה של נערה צעירה, "שכל הזמן דוחפים".

הדרך שבה סיפרה יהודית, הקול והטון שבהם דיברה, שחזרו את המעבר שלה על פני הגשר. יהודית ביקשה להיות הראשונה שתספר את סיפורה – "להיפטר מזה". גם היום, במרחק של 60 שנה, עורר בה הסיפור את התחושה ש"חייבים לעבור" ("חייבת לספר") מהר, בדוחק, ומבלי להסתכל לצדדים.

חברי הקבוצה חקרו את יהודית בשאלות רבות על אודות הגשר ובשאלותיהם אילצו אותה להשתהות עליו מעט ולהתבונן בו. יהודית לא זכרה שום גשר אחר שחצתה בחייה, ואמרה: "מבחינתי, כל הגשרים הם כמו הגשר ההוא בליטא". "ובכלל", הוסיפה וליוותה דבריה בתנועת ביטול, "ככה החיים. עדיף לא להסתכל. ללכת ישר באמצע ולעבור מהר..." סיפור הגשר של יהודית הציג תמונה, שלפיה החיים כמוהם כהליכה על אותו הגשר, או שהגשר אינו אלא משל לחייה. התחושות שנשתמרו ביהודית היו הדחיפות, הדוחק, ההידחפות והצורך "להיפטר מהר" מן המעבר, כמו גם היעדר ההתפנות לעצירה ולהתבוננות – פנימית כמו גם חיצונית – והן מנעו ממנה להשתהות בתחנות חייה, אפשרות שייתכן שנפתח לה צוהר בעצם השמעת סיפורה.

3. "גשר הירקון" – הגשר של מנשה

"ציירתי את גשר הירקון בתל אביב. זהו גשר חזק, יציב ורחב, המחבר את תל אביב עם ארץ ישראל הצפונית", פתח מנשה והסביר, "הייתי נהג משאית. כל לילה הייתי נוסע לשוק הסיטונאי בתל אביב, עם מטען של עגבניות. בכניסה לגשר היה תור. אני מחכה שיגיע תורי לעבור. בזמן שאני מחכה, הייתי מרגיש שאני מתחלף. אני מפסיק להיות פועל, נהג, מושבניק פשוט, ומתחיל להיות בחור צעיר, שבא לעיר לראות חתיות, לצחוק עם נהגים... על הגשר ממש כבר הייתי נהג תל אביבי." בהמשך דבריו, פרץ מנשה בכבי והתקשה לדבר. בשנים האחרונות חווה מנשה כמה אירועים מוחיים ונותר משותק ברוב גופו. "תראו אותי היום. לא יכול ללכת, לא לנהוג. איפה תל אביב? ... איפה בחורות?..."

עבור מנשה, הסיפור היה גשר לזיכרונות. גשר הירקון החזק, הרחב והיציב, חשף זהות שהייתה קיימת במנשה (אם כי לא הייתה מוכרת לחבריו), ש"התחלפה" בו שם. למרות הבכי

והייאוש ועל אף ש"גשר" זה חסום בפניו כיום, הצליח מנשה באמצעות סיפורו "לחצות" שוב את הגשר ולהדגים לחבריו בקבוצה את הכוח שיש ב"התחלפות". השמעת הסיפור וההתמקדות ברגע ה"התחלפות", החליפו אצל מנשה את הדבר הבלתי אפשרי, נהיגת המשאית, בחוויה האפשרית של היזכרות, ותרמו לקבוצה מושג חדש – "התחלפות" – והם עשו בו שימוש בהקשרים רבים, שבהם עמדו בפני קשיים וה"התחלפות" הייתה היחידה שבעזרתה הצליחו לצלוח אותם.

4. "גשר של מבחן" – הגשר של רגינה

רגינה: "... הוא נראה כמו כל גשר. עשוי מחומר של כל הגשרים ונמצא בכל

מקום."

אני שואלת: "איפה את?"

רגינה: "אני עומדת בצד ומסתכלת, אבל יש דמות. הדמות רוצה לקפוץ

מהגשר. אני אומרת לה 'לא לקפוץ', אבל אני רוצה לראות מה תעשה:

תקפוץ או לא תקפוץ..."

"גשר של מבחן" היה לחיים של מבחן. ה"דמות", צד אחד ב"אני" של רגינה, הייתה באמצע, במקום ההכרעה: לחיות או למות. דמותה האחרת, ה"אני" הצופה, לא הרשתה לאיש מן המשתתפים להציע עזרה, "לעלות על הגשר" ו"לתת יד" לדמות.

"תנו לה להחליט", אמרה רגינה. באומץ ובהיסוס אמרה רגינה לחבריה – "גם אני לא

יודעת מה אני רוצה שהיא תעשה, אז אתם אל תתערבו. אם אתם רוצים תסתכלו."

בעזרת "הדמות" של רגינה ומקורות ספרותיים נוספים, התחילה הקבוצה לראשונה לדבר על האפשרות שהייתה מושתקת עד כה – התאבדות. "גשר של מבחן" היה למבחן קבוצתי ולי כמנחה, האם אפשר יהיה לדבר ולחצות גם שאלות קשות, מפחידות ואולי אף "אסורות". העיסוק הביבליותרפויטי בסיפור היווה כעין גשר, הנתמך משני צידיו בשני עמודים – יסודות: בצדו האחד, סיפור מקורי, שהקישור אליו מתבקש, ובצדו האחר, השקפת עולם, רעיון חדש, עולם פנימי, רגש – סיפור חדש. כדי לבנות גשר זה ולכוננו, זקוקים בוניו לביטחון ולסיפור – הסבר חדש, כזה שאפשר יהיה "להתהלך עליו".

"זיכרון המסע" קשור גם בשאלה מה השאיר הנוסע אחריו. בין הקשישים שהשתתפו בקבוצות נמצאו אלה שעזבו בתים מבוססים. בהקשר זה הניתוק הוא של העוזב, כאשר הבית, הרכוש, הנוף והמשפחה משתמרים בזיכרון כשלמים והרמוניים. סיפורי זיכרונות אלה, מחיים תמונת חיים המשוקעת בנוף ילדות ומשוחזרת מאמת היסטורית.

הידיעה כי הבית חרב, היער נעקר והמשפחה עזבה, לא פוגמת בתמונת הזיכרון שיכולה להשאירם שלמים.

קבוצה שנייה היא של אותם קשישים שסיפורי המסעות הראשונים שלהם הם סיפורי נדודי המשפחה כולה, קודם לפרידתם ממנה, כדוגמת משפחות רבות שנדרו ממקום למקום, תוך חיפוש מפלט ומקום בטוח. משפחות אלה עזבו כמשפחה את הבית, את הרכוש והנוף, ובמשך הנדודים נאלצו להיפרד מחפצים משמעותיים. אנשים שעזבו במהלך מסע הנדודים או אחריו, לעתים משמרים בזיכרונם "התפרקות" מסוימת. הם לא היחידים שעזבו "עולם מושלם", אלא המשפחה כולה עזבה או נעזבה ממקומה. לשתי קבוצות אלו המסע הסיפורי מציע תבנית מארגנת חדשה, המסוגלת להעניק משמעות וסדר שיביאו להשלמה ואולי אף לרוגע.

סיפורי חפצים – בין החפץ ל"מחוז חפץ"

השפה העברית משתמשת באותה המילה "חפץ" כדי לבטא אובייקט מוחשי וגם רצון, משאלה, שביניהם גם מחוז חפץ – מקום שהאדם רוצה מאוד להגיע אליו. השימוש מעיד על קשר-חיבור שבין חומר ליחס הנפשי-רוחני שמועבר אליו.

ויניקוט (1971) טוען, כי יחסי ה"אני" עם האובייקטים, קשורים למה שה"אני" מאציל מנפשו על האובייקט. בגיל הרך הילד פונה אל העולם החיצוני, תוך התנתקות מאמו. כדי שההתנתקות הזאת תתאפשר וכדי שהחרדה הקשורה בה תקטן, הילד משתמש ב"אובייקט מעבר", ועל ידי שהוא מייחס לו תכונות שונות, הוא מצליח לעבור לעולם החיצוני ולהגיע לשחזור מערכת יחסיו עם אמו. "אובייקט המעבר" (החפץ) עובר תהליך מורכב של האנשה, ששלביו קשורים בעולמו הנפשי של התינוק. העיסוק ב"אובייקט מעבר" הוא עיסוק בתחום הביניים ביחסי אני-אובייקט, תחום שקשה ליצור בו הפרדה דיכוטומית ל"פנים" ול"חוץ". הילד עובר תהליך של הסתגלות ו"אובייקט המעבר" עוזר לו לעבור אותו בהצלחה. עם זאת, קשה להניח שבתום שנתיים או יותר, כאשר מתאפשרת הפרידה הראשונה מן האם, התמצתה האפשרות להשתמש בחפצים חשובים כאובייקטים, שבאמצעותם מתרחשת העברה. במשך חייו, האדם משתנה ויחסיו לאובייקטים משתנה עמו. שרמן (Sherman, 1991) מתייחס לתפקיד החפצים בזיקנה כמסייעים לעצב זהות, ומצטט את ארנט, הטוענת, כי לחפצים יש תפקיד בעולם – לייצב את החיים. שרמן טוען, שבעוד שהילד עושה בחפץ שימוש תועלתני ומשסיים תפקידו זונחו, האדם המבוגר משתמש בחפץ כמעין עדות לעברו ולזיכרונותיו. האדם הקשיש יכול להשתמש באובייקט או במה שהוא מסמל עבורו, גם כדי לבחון ו"לתרגל" מחדש את הקשר שלו עם עברו ואת יכולתו להיפרד. במקרים כאלה אפשר לומר, שהחפצים משרתים פונקציה של "אובייקט מעבר" ויניקוטיאני (ויניקוט, 1953).

קשישים רבים רואים בחפצים מעניקי ביטחון, נחמה ותחושת רצף. תלונות על חוסר הנוחות "להתקשר כל כך לחפץ", לצד הפחד לאבדו, מוכרות ונפוצות. מנגנון דומה נמצא בחששם של קשישים לעסוק בזיכרונות: לצד הפחד הנורא לשכוח-לאבד את הזיכרונות מתקיים קשר רגשי של האדם לחפצים, הלא הם הזיכרונות. הקשר הרגשי הזה כאילו מחייה את החפץ ומעניק לו משמעות. תהליך המפגש המחודש מוביל את האדם אל הרצון, המשאלה – אל "מחוז החפץ". הביבליותרפיה מציעה את האפשרות לעסוק בחפצים, בעולם האובייקטים, ובאמצעות הפיכתם לסיפורים, ליצור חיבור וקשר מיוחד בינם לבין העולם הפנימי. בהמשך "המסע אל זמן עבר", התבקשו הקשישים להביא למפגש הקבוצתי חפץ משמעותי בעבורם. להלן שלושה סיפורי חפצים, שבעזרתם אדגים את התהליך הביבליותרפוי המתקיים במעבר שבין חפץ לסיפור חיים.

1. "אבן אילת" – סיפורה של ראומה

ראומה הושיטה ידה לתיק שחיבקה ובידיים רועדות הוציאה מתוכו שקית קטנה. תוך הרבה התעסקות, פתחה שקית בתוך שקית ונגלתה קופסת תכשיטים קטנה וישנה ובתוכה סיכה משובצת באבן אילת גדולה. את הסיכה טמנה עמוק בידה האחת, כיסתה אותה בידה האחרת, ומדי פעם בפעם הרשתה "להציץ" פנימה. ראומה סיפרה: "זה היה לפני הרבה שנים. בשנת 1949, כשאילת שוחררה, נסעתי לטיול ראשון לשם עם בעלי היקר ז"ל. הטיול היה נפלא. בדרך חזרה עצרנו במצפה רמון. הייתה שם מסעדה על ההר וזיכרון הטיול הנפלא כבש אותנו – אז בעלי קנה לי את האבן. שנים ענדתי... עד שנפטר. עכשיו אני שומרת אותה עמוק בארון וילדי יודעים שאסור לגעת בזה, כי לי זה מאוד יקר". ראומה סיימה לדבר, עטפה את הקופסה, החזירה את החבילה העטופה בחיך לתיקה וחיבקה אותו.

לפנינו סיפורו של חפץ ממשי, שערכו לראומה רב. כשם שהסיכה עטופה בשכבות, כן הסיפור עטוף בסיפור של זיכרון, העטוף בזיכרונות: זיכרון הבעל דרך זיכרון המתנה, שניתנה לא באילת, כי אם בדרך, לזיכרון הטיול, והילדים שזוכרים ומכבדים. בהמשך השיחה שהתפתחה, החלה ראומה לספר על פחד שמייסר אותה, שמא תאבד זיכרונותיה מבעלה ומחיה. פחד זה מצא הד מיידי אצל חברי הקבוצה, שהזהותם ופחדיהם הדומים יכלו עתה להישמע. הפחד מאבדן זיכרון מחד גיסא, והעיסוק בזיכרון מאידך גיסא, נפגשו ברגע שבו נשלפה הסיכה.

נושא נוסף שעלה בקבוצה הוא היות החפץ קשור בשתי מערכות יחסים תקינות ותומכות: החפץ מתקשר עם שעת חסד עם בעל יקר ואהוב ועם מערכת היחסים עם הילדים, המזכרים לצד החפץ: "ילדי יודעים שאסור לגעת ומכבדים."

ראומה אהודה על חברי הקבוצה ומקרינה נועם וכבוד. סיפורה אפשר לחברי הקבוצה לתמוך בה ולשקף יחסם אליה, אך גם עורר עדויות קשות על מערכות יחסים משפחתיים מסוג אחר. כשנשאלה: "למה דווקא הבאת סיכה?" לא היססה וענתה: "בכלל לא התלבטתי. כל הטוב שקרה ומתרחש בחיי משתקף בסיכה הזאת."

2. "למה בכלל את מתכופפת לחלודה הזאת?" – סיפורה של רות

בעוד שראומה הביאה חפץ ממשי, רות בחרה לספר על חפץ כזה, אך לא הביאה את החפץ עצמו.

רות: "היה לנו פעם משק גדול. מכרנו הכול, כשלא היה כסף. חלק של מחרשה ישנה היה זרוק בחצר, בטעות. אתמול טיילתי עם הבת שלי בחצר, ופתאום נתקלתי בו. הרמתי והתרגשתי. כשהיינו צעירים... עד שהשגנו את החלק הזה. בכל הגליל התרוצצנו, במקום אוכל קנינו אותו. בלי זה המחרשה לא עבדה. מההתרגשות ממש חיבקתי אותו. והבת שלי – תופסת בכוח וזורקת לי. 'למה בכלל את מתכופפת לחלודה הזאת? זה מגעיל! זרקתי!' וזרקה. זה כל כך כואב לי. למה היא רוצה לזרוק? אני מנסה לספר לה שכל דבר מספר לי משהו. היא לא יכולה להבין אותי. היא תבין כשתהיה בגילי."

סיפורה של רות הוא סיפור על חפץ שבור, חלוד, חסר שימוש, שנמצא בעצם בטעות, במקרה, וסיפור על מערכת יחסים קשה. כוחו של החפץ, מקור חיותו וקיומו בעבר הרחוק, עת היה "צעיר" והיה בו שימוש וצורך. אז כמעט רעבו כדי להשיגו, והיום, לעת זקנתו (של החפץ...) משליכים אותו. בחירתה של רות היא בחירה בחפץ ששימושו זמני. כל קיומה של מחרשה בעולם הוא לחרוש, ומשלא תחרוש תימצא אולי במוזיאון. בשיחה החברים דיברו על הקושי הטמון בהתקשרות לחפץ: בכוחו לקרב אותנו בחוזקה אל עצמנו ובאותה המידה, הוא עלול להרחיק אותנו מהקרובים לנו – כשלא יבינו ללבנו. כששאלו החברים את רות למה בחרה דווקא בחפץ זה, ענתה ש"במקרה" בחרה בו, שאינה יודעת להסביר מדוע. רות הרגישה לראשונה שיש בה אומץ וכוח לספר על חייה, על קשריה עם בני משפחתה – שעד אז הוצגו כתקינים, וסיפרה על עולם מסוכסך, שבור ואומלל, שהיא מתקשה למצוא בו את מקומה.

התרגשות הקבוצה לשמיעת סיפורה האישי הייתה דומה להתרגשותה של רות במציאת חלק המחרשה. החברים התלבטו אם יש נחמה בסוף דבריה על בתה: "כשתהיה בגילי תבין." בשלב מסוים הם אף התווכחו: "הבת שלך היום היא כמו המחרשה – היום היא צעירה, היום היא צריכה להבין..."

3. "פיסת מגבת. וזהו" – סיפורו של יצחק

יצחק התלבט מאוד אם לדבר, ומשנשאר אחרון, והזמן עמד להסתיים, ביקש את רשות הדיבור, ואמר:

"לא הבאתי את החפץ. הוא בעצם כבר לא קיים כמו שהיה. בכלל זה סתם. לא רציני, כמו שכולם דיברו, אבל – זה מה שיש לי בראש, ונו טוב, שיהיה... פעם קיבלתי מגבת מתנה. זה החפץ הכי חשוב שהיה לי בעולם. וזהו – היא ישנה. התפוררה. נשארה מזכרת חתיכה קטנה, וזהו." ויצחק.

אחרי סיפורים קשים ומכבידים, פרץ בחדר צחוק רועם – ספק מתוך מבוכה, ספק מתוך הרגשת שחרור. אך נראה היה "שהסיפור של היום" עומד להישמע. באותה התקופה היה יצחק נתון במשבר קשה, בעקבות סדרה של אבדנים שחווה, ביניהם מות אשתו וניתוח קשה שהותיר אותו נכה לחלוטין. הוא מיעט לדבר בקבוצה, אך כשדיבר תמיד היה בדבריו מסר קשה ומשמעותי לחייו. החברים שאלוהו הרבה שאלות טכניות, בחצי הומור, על צבעה של המגבת, גודלה, ממי קיבל, ועוד. יצחק ענה בברירות ובהתחמקות מתשובה. לאחר שתיקה ארוכה שאלתי אותו, אם יהיה מוכן לשתף אותנו בהרגשה מיוחדת שליוותה אותו באחת הפעמים שהשתמש במגבת.

יצחק שתק. מבטו החל להתרחק – כאילו המחזה מתרחש מול עיניו והחל מספר: "היא הייתה מגבת ענקית, בהירה, עשויה מקטיפה. נתנה לי אותה בת מאומצת, בקיבוץ. מתנדבת די מבוגרת, ששנתיים הייתה מאומצת בביתנו. תראו, מה זה מגבת? לכולם יש. כשהקמנו את הקיבוץ, מסרנו הכול – הכול היה משותף. בסדר. אין טענות. עבדנו קשה. קשה מאוד. לא חשוב כל הסיפורים. אתם יודעים, אני איש עבודה, לא דיבורים. 17 שנה הייתי מרכז הקניות של המשק. חלק מהזמן גם מזכיר. 17 שנה שמעתי יום-יום טענות, כעס, ביקורת, אבל אני, יש לי סבלנות וכוח. בהדרגה התנתקנו מאנשים, נמאסו. רק אני ואשתי והילדים וזה כבר סיפור אחר. והמתנדבת – הייתה מבוגרת, 35-40 אולי. כל כך בן-אדם. תמיד חיוך, תמיד מרוצה. מאוד אהבנו אותה. כשרצתה להתחתן אפילו את הבחור הביאה. כמו בת שלנו. ואחר כך נסעה חזרה לאמריקה. כשחזרה לביקור הראשון באה ישר אלינו לקיבוץ, והביאה לי מגבת. כזאת ענקית. יפה. בחיים לא ראיתי כזאת. ואמרה לי: 'כשהתגעגעתי, הכי זכרתי כמה כוח יש לך, וסבלנות, ויכולת לאהוב. ורציתי לפנק אותך.' שאלת מה הרגשתי כשהשתמשתי במגבת? את המשפט שיש לי יכולת לאהוב. בחיים איש בעולם לא אמר לי זאת..."

לפעמים אולי טוב שלא נותר זמן לשיחה ולניתוח. כך יכלו החברים, בדרכים שונות, לומר שוב ושוב ליצחק, כי אנו מאמינים באומץ שלו, בכוח, בסבלנות העצומה וביכולת לאהוב שיש בו. וכי כל מה שהיה בו – יש בו כאן היום, ואנו רואים ומאמינים בכך. זה

לא היה מזמן ואבד. אנו מאמינים ומקווים שעם יכולות שכאלו יצליח גם עכשיו להתגבר על קשיי חייו.

דיון: שלושה חפצים

בדוגמאות הוצגו סיפוריהם של שלושה חפצים: סיכה, חלק ממחרשה ומגבת. דרך כולם נשמעו שלוש עדויות על מסכת חיים. שתי אבחנות קיימות בין שלושת סיפורים אלו:

1. אבחנה הקשורה בחפץ: בין חפץ שקיים פיזית, חפץ שאמנם קיים, אך לא מובא פיזית, וחפץ שקיים בזיכרון.

2. כל החפצים שיקפו מערכות יחסים: בין המספר לחפץ, בין המספר למשפחה ולסביבה, ובין המספר לעצמו. מערכת היחסים יכולה להיות תקינה, מעורערת, או תמונת חיים הנתונה בתוך שתי מערכות אלטרנטיביות. לדעתי, אפשר לטעון, שיש קשר בין שתי אבחנות אלו, בין הדרך שבה אדם בוחר להביא את החפץ לבין סוג מערכת היחסים המשתקפת ממנו. החפצים כבר אינם קיימים "לבדם". הם מולידים סיפורים, ונישאים בידי אדם.

חפץ, אובייקט משמעותי, הוא משהו שהושקעה בו אנרגיה. בתחום תיאוריות יחסי אני-אובייקט, פריוד הוא שראה בהדחקה אנרגיה שדוחפת, כוח, וקבע שבתהליך ההדחקה מודחקים בתת ההכרה גם אובייקטים. הדחקה תקינה היא הדחקה שיש בה הפרדה בינינו לבין האובייקט ובהשלמתה יושקע בנו זיכרון החפץ. אם מסיבות שונות לא עולה בדיננו להפריד בינינו לבין האובייקט, אנו נאלצים להשקיע הכול בתוכנו. בבקשה להביא חפץ משמעותי ולהשמיע את סיפורו, ניתנת הזדמנות לשלוף אובייקטים אלו ממקום מחבואם.

מתוך הדוגמאות שהוצגו ומרבית אחרות ששמעתי, נראה כי כאשר מתעורר זיכרון החפץ ומשנשמע סיפורו, הכוח שדחף להשקיעו כאילו זורם החוצה מאליו. בעזרת הסיפור, כוח זה הופך מכוח מעכב וחוסם, לכוח משחרר, בונה ומחזק. בסיפורים שהבאתי נשמע הד לתהליך הזה. כשסופר על זיכרון חפץ, ראומה אמרה: "אני איני הסיכה, אך יש בה השתקפות של חיי". או: "זיכרון המגבת מזכיר לי שיש לי יכולת לאהוב." בסיפורה של רות, שבו הסתכנו זהות המספרת וזהות החפץ זו בזו, עד כי לרגעים קשה היה לדעת בוודאות במי המדובר, ניתנה הזדמנות לתהליך הפירדה, שאולי החל כבר בעצם השמעת הסיפור.

ראשיתו של התהליך היה בהבאת חפץ משמעותי או בתיאורו. המשכו בהפיכתו ובעיבודו לסיפור, שהחפץ משמש לו גרעין, וסיומו בהיות הסיפור בעל קיום נפרד. "סיפורי חפצים" הם תחנה מרכזית במסע הארוך לזמן עבר, בשל יכולתם ללכד את המסע "הפיזי" עם המסע הרוחני, הנפגשים ומתמצים בחפץ הקיים כאן ועכשיו – בביתו של הקשיש, במציאות חייו

או בדמינו. לעסוק עם קשישים בחפצים משמעותיים, משמעו לעסוק בזיכרון, ביצירה – בסיפור ולהעניק חיים.

המסע אל זמן הווה

הזיקנה מתאפיינת בשינויים בפרספקטיבת הזמן. השאלה "כמה זמן עבר?" משתנה לשאלה "כמה זמן עוד נשאר?", שאלה המשקפת מודעות למגבלות הזמן ולסופיות החיים. העיסוק ב"זמן הווה" הוא כעין פריצה לתוך תנועת הזמן וניסיון להאטה. הביבליותרפיה מציעה התערבות העשויה להגביר את יכולת ההשתהות, להגדיל את ההתנסויות ואת חוויות ההווה ובכך להאט את החוויה הפנימית של הזמן החולף.

אחת האסטרטגיות שהביבליותרפיה מציעה קשורה בשינוי עמדת התצפית של המספר/ המטופל. עמדת תצפית היא המקום שבו עומד צופה ומשקיף. בחקר הספרות, מוגדר המושג ביחס לעמדתו של המספר. מילון מונחי הספרות (אבן, 1977) מציע את ההגדרה: "נקודת תצפית (point of view) הוא מונח המסמן את עמדתו של המספר לסוגיו ואת זווית הראייה שלו ביחס לעולם שעליו הוא מספר בגוף היצירה, כגון המעבר מעמדה הסמוכה לגיבור פלוני אל עמדת ריחוק וצפייה מנגד." את נקודת התצפית קובע תמיד המספר, הבוחר היכן ימקם כל אחד מגיבוריו. התרחשות דומה נמצא במקרים, שהמטופל מדווח על מאורעות חייו מעמדת התצפית שלו. בפגישה הטיפולית שבין מטפל, מטופל וטקסט, אפשר לזהות עמדות תצפית אחדות, מקצתן סמויות ומקצתן גליות. עמדות התצפית הסמויות הן של הסופר ושל המטפל. העמדה הנבחרת לעמוד במוקד הטיפול היא של המטופל, המזדהה בזמן הקריאה עם דמות, סיטואציה, רגש, משפט או אף מילה, שאותם הוא מחליץ מטקסט נתון. הביבליותרפיה מציעה להשתמש בעמדתו של המספר בטקסט ובזו של המטופל בחייו כעמדות העשויות לקיים ביניהן דיאלוג, בעוד שקולותיהם של המטפל והסופר נותרים ברקע (שמחון, 2011).

הנוקשות הפיזית והנפשית נתפסת כאחד מאפיוני הזיקנה – הכוונה לחשש מהתנסויות חדשות, משינויים המאיימים על סדר היום ועל החיים בכלל. בעיסוק בטקסטים ספרותיים נזהה, לעתים, נוקשות בבחירת עמדת תצפית: בחירה בדמות אחת או בסיטואציה אחת ללא הסכמה לשינוי. לחילופין, תיתכן היצמדות לעמדת התצפית של הסופר או של המספר "יודע-כל", שבשל טבעה משחררת מבחירה אישית. הבקשה לבחור בדמות או בסיטואציה נוספת על זו שנבחרה לראשונה כמוה כבקשה לתנועה. על האדם לזוז ממקומו, ואפילו באופן נפשי בלבד, ולמצוא לו מקום אחר, שממנו יראה גם דברים אחרים. שינוי המקום או

שינוי עמדת התצפית אצל הקורא קשורים בהסכמה ובאמון שאכן יש עמדת תצפית נוספת, וש"מה שרואים משם לא רואים מכאן." ההסכמה להיכנס לעורה של דמות אחרת ולהשקיף ממנה על ההתרחשות, מתרגלת גמישות, הבנה, סלחנות ואמפתיה של האדם כלפי הזולת ובוודאי גם כלפי עצמו.

במסע לזמן הווה, הפועל להרחיב את הזמן הנתון, תוך מציאת משמעויות נוספות למתרחש, ניתן להסתייע בטקסטים ספרותיים לחיפוש עמדות תצפית שונות ולתרגול היכולת לנוע בין מקומות מוגדרים.

סיפור – חלום

את האפשרות "להרחיב את ההווה" אדגים באמצעות טיפול ששילב שימוש בחלומות כבסיפורים. העיסוק בחלומות נרחב ונציין רק מאפיינים בודדים שהביבליותרפיה מזמנת בתפיסתה את החלום כסיפור. התהליך מתבסס על תפיסה הרואה בחלום תוצר נפשי, שיש בכוחו להעניק הבנה מוגברת למתרחש ביום-ובכיים בכלל, ומטרתו לפתח ערנות לחלום, שהוא "סיפור הלילה" (יונג, 1982). כפי שהוזכר בראשית הפרק, במפגש הביבליותרפויטי עם קשישים, המטפל עלול למצוא עצמו, לעתים, כספק הטקסטים הבלעדי כמעט, אולם במקרים שהטקסט הוא חלום הדברים שונים. החלום הוא יצירתו של המטופל, הוא זה שמספקו והמטפל לא היה מתוודע אליו אלמלי יוצרו-מספרו. הרגשת השליטה בסיפור שאלמלי יסופר אין לו קיום, עשויה להעניק לקשישים הרגשת ערך ויתר חשיבות. תגובותיהם לעיסוק בחלומות היו שונות וקיצוניות. אחדים התלהבו וראו בכך הזדמנות להבין "חלומות שחוזרים עשרות שנים" ולמצוא להם פשר, או לחילופין, כהערת אחת הנשים: "מדוע כבר 60 שנה אני לא חולמת?" קבוצה אחרת ביטאה פחד, הסתייגות וביטול, ושם נשמעו תגובות, כגון: "זה שטויות... בזבוז זמן... החלומות הם סיוט... מפחידים. לא צריך לדבר עליהם." הסיפורים והשירים שעניינם חלומות, שסופקו לקבוצה, הרחיבו את הרפרטואר האישי של כל קשיש, באופן שיכול היה לעסוק בחלום שבחר לו כאלטרנטיבה לחלום אחר שלו, שאותו בחר שלא לספר "אפילו לעצמו." תהליך זה יצר כעין שוויון בין המשתתפים – כולם היו ל"בעלי חלומות", והפער בין המעוניינים לעסוק בחלומותיהם למסתייגים מהעיסוק צומצם. באופן זה פחתה גם עצמת השתוקקותם של קשישים אחדים למענה ולפשר חלומותיהם. במקום פרשנות אישית וחושפת, ניתנה הזדמנות לעסוק בפשר כללי, המתאים לפרט, אך אינו פוגע בשאר המשתתפים בקבוצה, העלולים להרגיש מאוימים מחשיפת יתר. אציג את תהליך העבודה על חלומות באופן הדומה לזה שהתרחש בתהליך הטיפול. התהליך היה איטי, מדורג, והכניסה לחלום הייתה מן ה"חוח" פנימה, בכיוון ההפוך לדרך הגעתו: מיצירת חלון – כעין פתח, המאפשר התבוננות מן ה"פנים" החוצה.

שלבי העבודה – חלון וחלום

כשם שהחלון פותח פתח לאור, כך סיפור החלום פותח פתח ליום, לבהירות ולמודעות להיכנס פנימה, אל המקום החשוך. החלון מציע אפשרות כפולה: להיות מקושר עם החוץ או להיות סגור ומכונס בבית, מאחורי חלון סגור או אף אטום. המשתתפים בקבוצה הוזמנו להיכנס אל החלום באמצעות יצירת חלון.

דוגמה לשלבים אפשריים ביצירת החלון:

1. **ציור מסגרת של חלון:** באמצעות ציור המסגרת מוצגים הגבולות התוחמים את החלון. גבולות החלון כמוהם כגבולות הסיפור והחלום. כשם שהסיפור תחום בגבולות המילים, כן החלום תחום בגבולות התיאור והתמונה המדווחת, שהיא כעין טקסט שיש לו התחלה, אמצע וסוף. בטקסט וגם בחלום השומע מחפש אחר התמונה שמעבר לזו המדווחת. בטקסט הקורא מחפש אחר הכותב ובחלום אחר החולם, חיפוש הבא לזהות חוויה ורגש. בקבוצות, המשתתפים ציירו את מסגרת החלון בצבעי אצבעות, טכניקה שנועדה להגברת המגע הקרוב, ובעזרתה, טביעת האצבעות של היוצר הן שיצרו את הגבול הפיזי כמעט.

2. **בחירת עמדת תצפית ביחס לחלון:** הבקשה לבחור עמדת תצפית מיקמה את הקשישים בחלל מוגדר, תוך שמסגרת החלון משמשת להם פתח שדרכו אפשר להתבונן. למשתתפים הוצעו שלוש עמדות תצפית אפשריות: (א) מן הפנים החוצה – מתוך החלל הפנימי, דרך חלון, לעולם; (ב) מן החוץ פנימה – הצצה ממקום מואר אל מקום חשוך וסגור; (ג) עמדת התעלמות, הבוחרת לא להשתמש בחלון כלל. אפשרות זו כמוה כהימנעות מלחלום. הצגת האפשרויות המגוונות מדגישה את הלגיטימיות ואת חופש הבחירה להפניית המבט למקום שלבו של כל אחד חפץ בו.

3. **המראה הנצפה מן החלון:** כאן מוצעת התמקדות בתמונה מסוימת, שכמוה כסיפור חלום מסוים. המראה הנצפה יכול להיות מצויר, מתואר במילים או מוצג בעזרת תמונות. הקשישים התבקשו לקרוע מעיתונים צבעוניים תמונה שהיו רוצים לראות בהביטם מהחלון. קריעת התמונה חוסכת היחשפות לקושי הפיזי של אחדים להשתמש במספרים ויוצרת מגע פיזי קרוב יותר עם התמונה. גם סיפור החלום קורע או גוזר קטעים מתמונה רחבה יותר שנשתכחה. בהצעת תמונות החלום כמשאלה – "מה היית רוצה לראות?" לצד הבחירה האחרת הקשורה בשאלה – "מה אני רואה?" נוצר דיאלוג הדומה לפער הקיים בין רצוי למצוי. מבטם של הקשישים הופנה למקומות שונים: לאחדים מהם, הייתה התמונה הנשקפת בחלון חלופה למציאות, דוגמת נופים שלא יזכו לראות, העבודה בשדות ובמטעים שאפינה את חייהם הצעירים, ילדים משחקים, משפחה קרובה וכו'. לאחרים, המראה שיקף מציאות, כאילו התבוננו מחלון ביתם: החדר, תמונת הרחוב וכדומה. החלון נתפס כמאפשר קשר בין

פנים וחוף. היו שראו בחלון פתח מסוכן, שדרכו עלולים להיכנס גנבים, או פחדים הקשורים בלילה ובמוות. האפשרות השלישית שהוצגה קשורה בחלון הנדמה לאיום, המביא את הפנים החוצה: "זרים המציצים בחלון... פתח שדרכו שומעים את קולות הבית... מחלות ושאר צרות הבאות מהפתחים הביתה." בתהליך עיבוד תמונת החלון, נזכרו הקשישים בחלונות שהיו חשופים להם בחייהם, שהמראה שראו מבעד לא נשכח.

4. סיפורי חלון: הבאת סיפורים או שירים, שבהם המספר עצמו או אחת מדמויותיו משקיפים מבעד לחלון ומתארים את שרואים, מסייעת לתרגום התמונה למילים. תרגום שכזה נעשה בעת השמעת החלום. בשלב הראשון, הקשישים בחרו בתמונה שהיו רוצים לראות או שראו. באמצעות הטקסטים המסופקים מתאפשר, לעתים, גם להביט לחלונות "אסורים", שהמבט דרכם מצריך יתר חופש, אומץ לב וניסיון. הצצה כזו כמוה כשמיעת חלומי של הזולת. הסיפורים והשירים "מבעד לחלון" לא עסקו בחלום, אך העשירו את השומעים בתמונות ממבט שונה אף אם מוזר, המתגלגל גם הוא שפה של חלום. העבודה בקבוצה על סיפורי החלונות הביאה את הקשישים ליתר יכולת לתנועה פנימה והחוצה מבעד לחלונות השונים, תוך שינוי עמדת התצפית שלהם.

5. מבעד לחלון – חלומות "מסופקים": היצירה הספרותית היא כעין תמונת חלום של יוצרה. בתהליך הביבליותרפי נעשה שימוש בחלומות ספרותיים, תוך בחירתם, מיון חלקיהם וחילוף אותם החלקים הרלוונטיים לקוראים, כדי ליצור מגע וקשר עם סיפוריהם וחלומותיהם הפנימיים. החלון שנפתח מאפשר מבט בהיר יותר אל התמונה שמעבר לו, והעיסוק בחלומות הופך ללגיטימי ולפשוט יותר (צורן, 2000: 207-243).

שירי ילדים רבים עוסקים בחלום מצד חוויית החולם, תמונת החלום, היחס אליו וכדומה. מצאתי בשירים אלו טקסטים מתאימים בשל המבע הישיר שלהם, מיקודם בתמונה אחת, שפתם הבהירה והפשוטה יחסית וכן בשל פנייתם אל הילד, המתקשר ונענה על ידי הילד המופנם שבנפש. עיסוקם הממושך של הקשישים בזיכרונותיהם ובחוויית העבר עורר ילד נשכח ורחוק והוציאו ממקום מחבואו. הפנייה אל אותו הילד עשויה לעורר את הנפש.

העיסוק בשירים שסופקו הזמין את המשתתפים לבחור להם שיר-חלום, פעולה שהתברר שהיא מורכבת בשל קשיי זיכרון וריכוז של אחדים מהקשישים. הבחירה בטקסט מתוך קובץ דורשת יכולת קריאה והבנה, תוך שימוש בזיכרון לשימור הנקרא. גם בקריאה בקול של כמה שירים, אורבת ה"סכנה" שאלו שאותם קראו ראשונים, יידחקו ל"מאגר השכחה". בניסיון לפתור קשיים אלה, נתתי לקשישים קובץ שירים, שילווה את פגישותינו, ובין פגישה לפגישה יוכלו לקחת עמם הביתה. אל הקובץ הזה חזרנו בפגישותינו שוב ושוב, תוך קריאה, שיחה, מיון ובחירה. כך קיוויתי, שנסללת הדרך לחלומות הפרטיים – מן הבית אל הקבוצה. השירים נשלחו באופן זה ל"מקום החלימה", מתוך תקווה שיפגשו שם חלום.

העיסוק בשירים דמה לעיסוק בחלום: חיפוש חוויית הגיבור, איתור אירועי חייו הקודמים, אסוציאציות ותגובות

חופשיות כלפי השיר, כאילו חלום היה. העיסוק בטקסט ספרותי כגשר לחלום מתחיל מהיותו תוצר של כעין "עיבוד שניוני" (פרויד, 1988 [1908]), כלומר: עיבוד של מחשבה או רגש, באמצעות מילים ורעיונות, המתארגנים לכלל סיפור או יצירה שיש להם רצף. גם מלאכת ה"עיבוי" נעשית בסיפור כמו בחלום, לדוגמה באמצעות המטפורה, המאחדת בתוכה משמעויות מגוונות. עבודה טיפולית באמצעות טקסט ספרותי תעשה את עבודת "פירוק העיבוי" – הפרדת המשמעויות השונות הגלומות בטקסט, תוך חיפוש וזיהוי של ה"גרעין" שאתו מזדהה הקורא – המטופל. העיסוק ב"שירי חלומות" אפשר לכל אחד מן הקשישים שרצה בכך, לבחור לו שיר-חלום: לכל אחד מן המשתתפים בקבוצה היה ביד "נייר של חלום". הדגשת השוויוניות חשובה להקטנת הפער בין אלה שאינם מעוניינים או אינם מסוגלים להביא חלום אישי, לאלה שכה המתינו לכך ועוררו בקרב אחדים מחבריהם כעס וגם קינאה.

6. חלומות אישיים: החלומות האישיים שהובאו לקבוצה היו כתובים. הכתיבה (אישית או על ידי הכתבה לאחר) שימשה אמצעי לעיבוד ולהרחקה מסוימת מהעצמה הרגשית של המספר, לרמה שתתאים לקבוצה שיש בה גם התנגדות. החלום הכתוב היה כעין עוגן, שאפשר היה לחזור אליו ולהשתמש בו, בהמשך התהליך, לצורך דיאלוג בינו לבין השיר הכתוב, שבו בחר קודם לכן אותו אדם. להלן שני סיפורי חלומות שידגימו את הדרך שעשו החלומות מהיותם סיפור חיים אישי ועד להפיכתם לסיפור קבוצתי.

דוגמה 1: "אני הולכת וטועה" – חלומה של חנה

חנה בחרה בשירה של נורית זרחי (1979), "ממאה ורדים אני רוקמת", וציטטה את ראשיתו: "כשאני חולמת אני מושלמת / אני עורכת שולחן למאה סועדים / עם מאה כדים / עם מאה ורדים / קדרות מלאות קומקומים קערות אני עורכת / ואפילו טיפה לא שופכת..." בדבריה על השיר, התמקדה בהרגשת הקלילות והמושלמות שיש בו ובגעגועיה לחלומות שכאלה. חנה הביאה את השיר כחלום מתקן לחלום אישי שלה, החושף את דאגותיה לאיבוד יכולות ו"מושלמות". בהמשך סיפרה לכולם את חלומה: "לפעמים אני חולמת שאני טועה בדרך, בדרכים, ברחובות של ימי ילדותי. אני הולכת וטועה. מסתבכת ומחפשת ואובדת ונמצאת במתח נורא. אז אני מתעוררת וחושבת: כמה טוב שזה חלום..."

בהמשך דבריה אמרה חנה, שעתה, בזקנתה, כשחייה מוקדשים לילדיה, היא מעדיפה שלא לעסוק בשאלות של משמעות החיים: "קשה לי לקבל את החלום כפי שאני מבינה אותו, כחלום פילוסופי על החיים, שאומר שאולי החיים היו לשווא." חנה חיפשה בחלום

משמעויות נוספות, הקשורות למציאות החיים. השיר שבו בחרה שימש לה עוגן. היא חזרה לשיר וחילצה מתוכו, על פי בקשתי, את השורות שריגשו אותה במיוחד: "אני עורכת שולחן למאה סועדים... קדרות מלאות, קומקומים קערות אני עורכת ואפילו טיפה, כלום לא שופכת". בדברה על שורות אלו אמרה: "היא בכלל לא מסתבכת..."

אחד המשתתפים כעס על חנה ואמר: "לך בכלל לא רועדות הידיים, אז מה את מתרגשת?" בהמשך הפגישה, חנה זיהתה ברגליה ה"רועדות" ברחובות ילדותה, את חוויית איבוד היכולת הפיזית ללכת או את היכולת לדעת היכן דרכה, אבדן העלול להשתלט על חייה. חנה הייתה מרוצה מפרשנותה זו שמצאה הד בקבוצה, שפחד זה מייסר רבים מחבריה. אחדים השיבו לה, באמצעות חלומותיהם, ואצטט תגובה אחת:

גינה: "אני חולמת הרבה שכל הנינים שלי, תשעה במספר, באים ביחד לבקר אותי. שיהיו בריאים כולם, קופצים ושואלים אותי: 'סבתא, איך קוראים לך?', 'סבתא, איך קוראים לך?' ב'ה, בחלום אני זוכרת. אחר כך אני קמה בבוקר ומטלפנת לכולם לדעת שהם בריאים, כי הם היו בחלום, וגם אני קוראת להם בשמות, שידעו שאני זוכרת..."

שיח חלומות זה היה לשיח שנשמעו בו פחדים רבים, כאבים וחששות מאיבוד יכולות. החברים מצאו תמיכה רבה בעובדה, שגם האחרים חולמים על אבדנים והתעלמו מהמציאות שלכל אחד מהם יכולת שונה, חלום אחר וחיים אחרים. "שיח האבדן" זכה לעידוד בשירה של נורית זרחי. "אולי אם היא חולמת שהיא מושלמת היא באמת לא כל כך מושלמת..." ואולי גם כשחולמים שכבר לא מסוגלים לעשות דברים, בבוקר מגלים שעוד יכולים.

דוגמה 2: "מה קרה אז בלילה" – חלומה של רחל

רחל רצתה מאוד לעסוק בחלומות והייתה חסרת סבלנות לקראת הפגישות שעסקו בכך. רחל טענה שהיא "לא חולמת", ושכלי חלום חייה חסרים. "יש לי רק יום. אין לי לילה." בהיעדר החלום ראתה "נכות ואסון". לשאלתי אם בכל זאת היא זוכרת חלומות מ"פעם", אפילו מהעבר הרחוק, השיבה: "כן, לפני 70 שנה. הייתי בת 16. זה החלום האחרון שלי." רחל התקשתה לספרו, אך בהתגייסותה לספר, נראתה כמי שעושה ניסיון לחלץ עצמה מאסונה באמצעות הסיפור.

"הייתי בת 16. עוד לא נשואה. ההורים שלי כבר התחילו לדבר אתי על בחור. הלכתי לישון ופתאום חלמתי שאני כלה ומובאת לחופה. הסתכלתי בראי, לראות אם אני כלה יפה ונבהלתי. אני לובשת שחורים: הינומה שחורה, שמלה שחורה. זהו סוף החלום. אז התעוררתי, אני קמה בבהלה. רצה בכל הבית הישר לחדר ההורים. אבא נראה מוזר. הערתי את אימא והתחילו צרחות. הוא היה מת... אהבתי מאוד את אבא. הייתי בתו המועדפת. מאז לא חלמתי. אפילו כשנפטר בעלי הצדיק, שהייתי נשואה לו 40 שנה, לא חלמתי באותו הלילה."

חלומה המרגש של רחל הסעיר את הקבוצה. רחל, שדחתה את כל הצעות ההסבר והפרשנות של חבריה, חזרה על בקשותיה: "אני רוצה להבין מה קרה אז בלילה... אני רוצה לזכות בחיים בעוד חלומות, כמו כל אחד. אבדו לי חצי חיים. לקחו לי את הלילה." בתרגיל הראשון, רחל בחרה ש"לא לראות כלום" מבעד לחלון. "הוא תמיד סגור", אמרה. במקום שיר הסתפקה בבחירת משפט: "ראיתי מישהו שלא חלם אף פעם." מול 70 שנות חיים "ללא חלום", העמידה חלום שבו ראתה לדעתה יותר מדי... בקשתה לחלום נשמעה כבקשה לחיים. בסיפור חלומה של רחל מתרחש מפגש בין שני אירועים: בין פעולת החלימה לבין מות האב, שהתרחשותם בעת ובעונה אחת קשה להסבר בדרך רציונלית. נראה כאילו רחל "הייתה צריכה" למות בחלומה כבת, כדי להתפתח ולהיות לאישה. חתונתה שבחלום הייתה "חתונת דמים" – חתונת מוות. האב או התפקיד שייצג, מתו בעבורה בעת הפיכתה מילדה, מ"בתו המועדפת", לאישה. את הקשר שבין המוות לחלום, ביטאה רחל באמרה: "גם בלילה שבו מת בעלי הצדיק לא חלמתי." על פי פרשנותה את אותו חלום רחוק, הייתה "צריכה" לנבא שוב מוות. רחל וחברי הקבוצה שמעו את סיפור החלום שוב, תוך שינוי מכוון. במהלך חיפוש עמדות תצפית שונות לסיפור, נבנה בקבוצה במשותף סיפור חדש על כלה שנבחרה להיות "משמר הכבוד", שילווה את נשמת אביה המת, העולה למרומים. הכלה הייתה אמנם הנבחרת, "המועדפת", אך היא גם שילמה מחיר – היא לבשה שחורים. סיפור חלום זה הדגיש את המחיר שבחזיון שבו זכתה ה"כלה", ואפשר לקבוצה להתחבר לחשבון נפש של "רווח" ו"הפסד", הקשורים ב"להיות נבחרים." הכלה הלוכשת שחורים שימרה הד למאבק כוחות החיים במוות. אחדים מחברי קבוצה הצטרפו לדיון בתארים את מלחמתם הסגפנית כמעט להימנע מתענוגות "שכבר אינם לגילם", להשתוקקותם להנאות "של צעירים", לצד המחיר שבמימוש חלומות אלו: "זה אולי יבייש אותנו... אולי ניכשל..." התהליך שהוצג כאן הדגים כיצד פתיחת ה"חלון" שימשה לפריצת פתח בהווה, והיציאה דרכו אפשרה יציאה נפשית מן הזמן. פעולות אלו מתרחשות בחלום בהיותו חופשי ומשוחרר מכבלי הזמן. הסיפור הנולד מאפשר מרחב חיים גדול ומאוורר יותר. היכולת לנוע ולשנות עמדת תצפית מאפשרת לאדם לצעוד קדימה ואחורה, להעמיק או לצמצם את הבנתו. במסע זה עין אחת תמיד נשארת צופייה אל הבוקר, אל נקודת ההווה, שאליה הקשיש מצפה לחזור. בהיעדר זמן, מצב המאפיין חייהם של קשישים, זמן ההווה הופך להיות הנתון המציאותי היחיד כמעט. העבר חלף ולעתים נשכח, העתיד לוט בערפל – והרגע קיים ולעתים מכביר. פתיחת החלון והזמנת סיפורי החיים לעבור דרך הפתח שנוצר יכולות להעניק למספרי החלומות ולשומעיהם תחושת חיים ואולי אף "רגעי-נצח".

סיכום

"המסעות בזמן", שדרכם הוצגה תרומתה הייחודית של הביבליותרפיה לטיפול בקשישים, הם מסעות לזמן אחר: דמיוני, רוחני ופנימי. דרך ה"מסע לזמן עבר" הוצגה אפשרות השיבה אל הבית שבנפש, אל הזיכרונות ואל החיים שחלפו; "המסע לזמן הווה" אפשר להרחיב את הרגע הנתון לזמן קיים שבו אפשר לפעול, לנוע, לחלום, לחוש, לראות וליהנות מכך. במבט ובמסע לזמן עתיד, אף שלא הוצגו כתכנית עבודה בפרק זה, טמונה האפשרות למצוא פשר והתייחסות לשאלת ההורשה הרוחנית, הקשורה במסירת הסיפור הלאה ובמשמעותו. קשישים רבים טוענים, כי בסוף הדרך רואים ביתר צלילות ובהירות, רק אם מוכנים להתבונן, והנה התהליך הביבליותרפי פיתח את יכולת ההתבוננות, ולצדה אפשר נביטת אפשרות לראייה אחרת, נוספת.

רבים מבין הקשישים ציינו את התרגשותם מסיפוריהם או מסיפורים של חבריהם והעידו שעתה, בזיקנה, כשגופם בוגד בהם, כאשר היכולת הפיזית פוחתת והזיכרון הופך מידיד לאויב, היה בתהליך שעברו בקבוצות כעין ניצחון על הגוף, ניצחון שאפשר להם להכריז: "הנה יש משהו שאני יכול לעשות... הנה אני חי."

עתה, כשחשו את חוויית החיים, הזיכרון, היצירה והסיפור, גדל הסיכוי שבהמשך ירכשו את היכולת להיפרד ויצליחו להשלים את מעגל החיים.

מקורות

- אבן שושן, א. (1977). המילון החדש. ירושלים: קריית ספר.
- אבן, י. (1977). מילון מונחי הספרות. ירושלים: אקדמון.
- אייל, נ. (1993). מרכיבים של מטה-זיכרון בקבוצות גיל שונות. גרונטולוגיה, 62, 3.
- אייל, נ. (1994). מסע אל הזיכרון. תל אביב: ספריית מעריב.
- איזר, ו. (1975). אי מוגדרות ותגובתו של הקורא בספרות. הספרות ו' (21), 1-15.
- בידץ, ע. (2005). תפיסת הרוחק האסתטי כאמצעי לניתוח תהליך ההרחקה בביבליותרפיה. עבודת גמר לקבלת תואר מוסמך. חיפה: החוג לחינוך, אוניברסיטת חיפה.
- בכר-וקנין, א. (1998). תמות מרכזיות ביחסים הבין-אישיים של הקורא ואופני ביטוי בתפיסת דמויות ספרותיות. עבודת גמר לקבלת תואר מוסמך. חיפה: החוג לחינוך, אוניברסיטת חיפה.
- בילו, י. (1986). היסטורית החיים כטקסט. מגמות, כ"ט (4), 371-349.

- בן-ששון, נ. (1994). דיאלוג עם שותקים – ביבליותרפיה עם קשישים – תיאור ודיון. עבודת גמר לקבלת תואר מוסמך. חיפה: החוג לחינוך: אוניברסיטת חיפה.
- ברמן, ע. (1987). פסיכואנליזה וספרות: בחיפוש אחר נקודת מפגש. שיחות, א' (3), 207-217.
- גנוסר, י. (1983). יאירה גנוסר מראיינת את דן פגיס, לקרוא בשם – לנקוט עמדה. עיתון 77, 32-33, 38.
- הברון, א. (2008). "לומר זאת אחרת": טיפול ביבליותרפי בנפגעות גילוי עריות. חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה." חיפה: אוניברסיטת חיפה, הפקולטה למדעי הרוח, החוג לספרות עברית והשוואתית.
- ויניקוט, ד. ו. (1953). אובייקטים של מעבר ותופעות מעבר, בתוך: ר. קולקה (עורך). משחק ומציאות (עמ' 35-56). תל אביב: עם עובד.
- ויניקוט, ד. (1971). משחק ומציאות. תל אביב: עם עובד.
- זרחי, נ. (1979). אני רוצה שיהיו לי אלף מרכבות, "ממאה ורדים אני רוקמת". תל אביב: הקיבוץ המאוחד – ספריית הפועלים.
- יאלום, א. וולשץ', מ. (2007). טיפול קבוצתי, תיאוריה ומעשה. ירושלים: כנרת ומאגנס.
- יונג, ק. ג. (1982). על החלומות. ירושלים ותל אביב: דביר.
- כהן, א. (1990). סיפור הנפש: ביבליותרפיה הלכה ומעשה. חיפה: אח.
- לומרנץ, י. (1991). החירות להיות פצינט: מושגי יסוד בבסיס הפסיכותרפיה במחצית השנייה של החיים. שיחות, ו' (1), 40-48.
- עוז, ע. (1993). "שתיקת השמים", עגנון משתומם על אלוהים. ירושלים: כתר.
- עצמון, צ. (1987). "הצוחק לנו בפנינו", על ספרו של דן פגיס "שירים אחרונים". עיתון 77, 8-9; 94-95.
- פגיס, ד. (1991). כל השירים. ירושלים: הקיבוץ המאוחד ומוסד ביאליק.
- פיש, ס. (2012). "יש טקסטים בשיעור הזה?", סמכותן של קהילות פרשניות. תל אביב: רסלינג.
- פראנקל, ו. (1970). האדם מחפש משמעות, מבוא ללוגותרפיה. תל אביב: דביר.
- פרויד, ז. ([1908] 1988) "המשורר וההזיה", מעשה היצירה בראי הפסיכואנליזה (מגרמנית אריה בר). תל אביב: דביר.
- פרי, מ. ושטרנברג, מ. (1968-1969), המלך במבט אירוני; על תחבולותיו של המספר בסיפור דוד ובת-שבע ושתי הפלגות לתיאוריה של הפרוזה. הספרות 1, 263-292.
- צורן, ר. (1991). "שיטת הרפיו" של ד"ר לנגזם ב"סיפור פשוט" לש"י עגנון. האומנם ביבליותרפיה? שיחות, ה' (3), 209-214.
- צורן, ר. (2000). הקול השלישי: איכויותיה המרפאות של הספרות ואפשרויות יישומן בדיאלוג הביבליותרפי. ירושלים: כרמל.

צורן, ר. (2004). קריאה וזהות: הדיאלוג עם הטקסט הספרותי, מקומו בעיצוב זהות הקורא, ואפשרות יישומו בביבליותרפיה. חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה." חיפה: אוניברסיטת חיפה, הפקולטה למדעי הרוח, החוג לספרות עברית והשוואתית. צורן, ר. (2009). חותם האותיות: קריאה וזהות כדיאלוג הביבליותרפי. ירושלים: כרמל. קובובי, ד. (1991). ספרותראפיה – ספרות, חינוך ובריאות הנפש. ירושלים: מאגנס. רוזנסון, נ. (1997). העבודה הקבוצתית: אמצעי לפיתוח הקהילה. בתוך: נ. רוזנסון וד. נתן (עורכים). הנחיית קבוצות – מקראה. (עמ' 399-424). ירושלים: החברה למתנ"סים ומרכז צפורי.

שונברגר, ר. (1993). על מגבלות הניתוח הפסיכולוגי של טקסט ספרותי. שיחות, ח' (1), 48-52. שטיין, ר. (1990). מה הסיפור? סממניו הסיפוריים של התהליך הפסיכואנליטי. שיחות, ה' (1), 45-52.

שמחון, מ. (2011). הפסיכותרפיה הנרטיבית והביבליותרפיה – השפעות הדדיות דרך תהליך הכתיבה ושינוי נקודת התצפית בטקסט הנכתב בטיפול. רמת גן: חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה." אוניברסיטת בר-אילן, המחלקה לספרות משווה.

Chetwynd, T. (1982). *A dictionary of symbols*. London: Paladin. Grafton.

Cirlot, J.E. (1971). *A dictionary of symbols*. London: Routledge.

Sherman, E. (1991). *Reminiscence and the self in old age*. New York: Springer.

Webster's third new international dictionary, 1961.

Whitaker, D.S. (1985). *The character of the group as a medium for help. In using groups to help people* (pp. 32-59). London: Routledge.

לקריאה נוספת

איזר, ו. (2006). מעשה הקריאה. ירושלים: מאגנס. אליצור, א. (1992). ציפורים בראש, פרפרים בבטן וחיות אחרות: השימוש במטאפורות בתהליך הטיפול. שיחות, ו' (2), 157-166. אליצור, א. (1994). לעשות את העולם לתחוח – הספרות ככלי להעשרת המטפל. כן – כתב נפש, 3, 8-18.

אמיר, ד. (2008). על הליריות של הנפש. ירושלים: מאגנס. אתר, ד. (1990). הזיקנה בראי הספרות. אפעל: יד טבנקין.

- בולטון, ג. (2002). פוטנציאל הריפוי של כתיבה יצירתית. אח: קריית ביאליק.
 ברמן, ע. (1988). מפגשים שהיו ומפגש אפשרי. עיתון 77, 36-39; 98-99.
 גלדמן, מ. (1998). ספרות ופסיכואנליזה: סקירה ביקורתית. תל אביב: הקיבוץ המאוחד.
 גלדמן, מ. (2006). העצמי האמיתי ועצמי האמת. תל אביב: הקיבוץ המאוחד.
 וייט, מ. ואפסטון, ד. (1995). אמצעים סיפוריים למטרות טיפוליות. תל אביב: צ'ריקובר.
 כהן, א. (2005). אלף הפנים של האני: הסיפור האישי כמסע ספרותי טיפולי. חיפה: מפגש.
 לביא, י. (1991). המטפל, הסופר ודמויותיו: היבטים חדשים במרחב הטיפולי. שיחות, ו'
 (1), 33-39.
 לומרנץ, י. (1984). היבטים פסיכולוגיים של הזדקנות וזיקנה. בתוך ש. ברגמן וי. מרגולץ
 (עורכים). הזדקנות וזיקנה בישראל, פרקים נבחרים בגרונטולוגיה (עמ' 93-142).
 תל אביב: עם עובד.
 לומרנץ, י. (1985). פסיכותרפיה – תיאוריה וטיפול בבגרות ובזיקנה. גרונטולוגיה. 29-30,
 73-74.
 נוי, פ. (1999). הפסיכואנליזה של האמנות והיצירות. תל אביב: מודן.
 סמפרון, ח. (1997). הכתיבה או החיים. תל אביב: הקיבוץ המאוחד וספריית הפועלים.
 עומר, ח. אלוך, נ. (1997). מעשה הסיפור הטיפולי. תל אביב: מודן.
 פרגר, א. (עורך). (1990). בינינו לבין הורינו, מקראה על יחסי בנים והוריהם הזקנים.
 ירושלים: אשל.
 רוטנברג, מ. (1994). שבעים פנים לחיים: רה ביוגרפיה מדרשית כפסיכותרפיה אישית.
 ירושלים: מוסד ביאליק.
 שטיין, ר. (1988). הדו-שיח הפסיכואנליטי כטקסט נכתב ונקרא. שיחות, ב' (3), 233-239.
 שמי, ג'. (1999). הקשר בין סקירת חיים, הדדיות בחליפין הבין-דוריים ושביעות הרצון מהחיים
 של קשישים בישראל. באר שבע: חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה".
 אוניברסיטת בן-גוריון, באר שבע.

- Felman, S. (1977; 1980) (Ed.). *Literature and psychoanalysis*. Baltimore and London:
 John Hopkins University Press.
 Gotterer, S.M. (1989). Storytelling: A valuable supplement to poetry writing with
 the elderly. *Arts in Psychotherapy*, 16 (2), 127-131.
 Holland, N. 1980 [1975]. "Unity, Identity, Text, Self". In: J. Tompkins (Ed.), *Reader-
 response criticism: From formalism to post-structuralism* (pp. 118-133).
 Baltimore and London: Johns Hopkins University Press.

- Riley, K.P. & Carr, M. (1989). Group psychotherapy with older adults: The value of an expressive approach. *Psychotherapy*, 26 (3), 366-371.
- Scogin, F., Hamblin, D. & Beutler, L. (1987). Bibliotherapy for depressed older adults: A self-help alternative. *The Gerontologist*, 27 (3), 383-387.
- Winnicott, D.W. (1958). Transitional objects and transitional phenomena. In *Collected papers: Though pediatrics to psycho-analysis* (pp. 229-242). New York: Basic Books.

פרק 13

זקנים ובעלי חיים: הברית ויישומה

דפנה גולן-שמש

"...והיא זוכרת כי כאב

והיא אוספת בי שנים

והיא עושה אותי שליו אולי היא טעם החיים?...

יש לי צפור קטנה בלב והיא אולי כל התקוות

ולפעמים אני חושב שהיא תשובה לאכזבות...

יש לי ציפור קטנה בלב

והיא עושה בי סיפורים

של בית חם ובן אוהב

ושל קטעי ילדות יפים"

(יגאל בשן ויוסי בנאי)

מבוא

מחקרים וניסיון קליני נרחב מצביעים על תרומתם של בעלי חיים לבריאות הפיזית והרגשית של בני אדם. בראש ובראשונה, הם מפיגים את הברידות ומזמנים תקשורת וקשר מתגמל, לעתים הם אף תחליף לבני משפחה ולחברים. הצורך לטפל בהם מארגן את סדר היום של בעליהם ובכך הם הופכים ל"עוגן" בחיי היום-יום, יחד עם היותם משאב חשוב המעניק משמעות לחיים. לעתים קרובות, הקשר עם בעלי החיים הופך להיות מקור לשמחה ולנוחם ועשוי לשמש גורם משמעותי בתהליכי השיקום הפיזי ובהתמודדות עם מעברים ומשברים. החזקת בעלי החיים מסייעת אף ליצירת קשרים חדשים עם אנשים. בעלי החיים אינם שיפוטיים וביקורתיים כבני האדם; הם מקבלים את האדם הזקן כמות שהוא, מספקים לו גירוי לשיחה עם אחרים וכן מספקים מגע, שכה חיוני לבריאות הפיזית והנפשית כאחד. הקשר אדם-בעל חיים מתקיים ברובו ללא תמיכת אנשי מקצוע. בסקר טלפוני, שנערך בארץ

בשנת 2002, נמצא כי ל-32% מכלל האוכלוסייה של בני ה-25+, שהם 480 אלף בתי-אב, יש חייית מחמד כלשהי. 90 אלף מתוכם מחזיקים במספר חיות מחמד. החיה הפופולרית ביותר היא הכלב – 24% ואחריה החתול 12.9% (דורון, 1988); 3%-8% מחזיקים דגים, 2% ציפורים ו-1% אוגרים. רוב המחזיקים בחייית מחמד הם בני השכבה המבוססת יותר מבחינה כלכלית, אנשים הגרים במרכז הארץ ורובם חילונים (מכון ברנדמן לייעוץ ומחקר שיווקי, 2006). כך גם נמצא שלמעלה מ-63% מבתי האב בארצות הברית מחזיקים חיות מחמד (Risley-Curtiss, Holley, Cruickshank et al., 2006).

לטיפול עם בעלי חיים יש יתרונות רבים בעיקר בגיל הזיקנה. למרות זאת, מסתבר, כי מעט מאוד אנשי מקצוע, בהם עובדים סוציאליים, נעזרים בבעלי חיים במהלך טיפול בלקוחותיהם. במחקרם של ריסלי-קרטיס ועמיתים (Risley-Curtiss, Rogge & Kawam, 2013) נמצא, שרוב העובדים הסוציאליים כלל לא מתייחסים לקשר של מטופליהם עם חיות מחמד בהווה ובעבר וגם לא לאבל שלהם במות חייית המחמד שלהם.

מטרת פרק זה הן להציג ידע תיאורטי ומעשי לאנשי המקצוע העובדים עם זקנים, כדי להאיר את איכויות הברית המיוחדת בין האדם בזקנתו לבין בעלי חיים ואת יכולתם של האחרונים לסייע לקידום איכות החיים של זקנים, הן בעזרת קשר עמם והן בעזרת טיפול ממוקד בעזרתם. מטרה נוספת היא לסייע למעוניינים להרחיב את עבודתם ולהעמיק בעזרת ההתייחסות לברית אדם-חיה.

הפרק כולל כללי יסוד לעבודה עם זקנים בעזרת בעלי חיים, שיקולים מתי רצוי לעבוד עם בעלי חיים ומתי לא; כיצד לעבוד עם בעלי חיים; איך לבחור ולהתאים בעלי חיים לאדם זקן והאם עדיפים בעלי חיים קבועים או בעלי חיים המגיעים לביקור או פעילות. בפרק מוצגים תיאוריות ומחקרים העוסקים בתרומתם של בעלי חיים לזקנים במישורי חיהם השונים, בהתמודדותם עם אתגרי הזיקנה ועם יחסה של החברה כלפיהם ומשובצים בו תיאורי מקרים מניסיוני המקצועי בעובדת סוציאלית המטפלת בעזרת בעלי חיים. בנוסף לכך, אזכיר את תרומתם של כלבי שירות מאומנים, שדואגים לביטחונם של זקנים, יודעים להזעיק עזרה בעת הצורך ומסייעים לתפקודם היום-יומי.

ובנימה אישית: מאז ילדותי אני מגדלת בעלי חיים ונהנית ביותר מקשר זה, בעיקר עם כלבים. בעבודתי בשני בתי אבות, הדיירים יכולים להמשיך את הקשר שלהם עם חיות המחמד הפרטיות שלהם ולהיות בקשר עם בעלי חיים נוספים מפינת החי של בית האבות ואף לאמץ לעצמם בעלי חיים חדשים. אני רואה בכך הזדמנות פז לתרום ליצירת שינוי משמעותי בחייהם של הזקנים, בייחוד בפרויקט הייחודי של אימון כלבי שירות לחולי אלצהיימר. אני שמחה להזדמנות להאיר בפני

הקוראים את הברית אדם-חיה, במטרה לקדם קשר זה, אשר לאוהבי בעלי חיים נראה כה טבעי, תוך השאלה מדבריו של הנביא עמוס: "הילכו שניים יחדיו בלתי אם נועדו?" (עמוס ג', ג').

הגדרות לטיפול בעזרת בעלי חיים

טיפול בעזרת בעלי חיים, (Animal Assisted Therapy – AAT) הוא התערבות של תרפיסטים מוסמכים, העובדים בתחום מקצועם (כגון עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה, פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק) בעזרת בעלי חיים (Bar-On, 2013). תחום טיפולי זה הוא צעיר יחסית ועדיין לא הגיע להסדרתו החוקית בארץ ובעולם. בצידה של עבודת אנשי המקצועות האקדמיים, נעשית גם עבודה של מסייעים בעזרת בעלי חיים ומתנדבים, יחד עם ארגונים שמטרתם לעודד בריאות ורווחה של בני אדם בעזרת בעלי חיים. ארגונים אלה מקדמים, בין היתר, כניסה של מתנדבים עם בעלי החיים שלהם לבתי חולים, למוסדות ולבתים פרטיים. עבודתם מתמקדת יותר בתחום הפעילות בעזרת בעלי חיים ויצירת קשר בעזרתם והיא מכונה פעילות בעזרת בעלי חיים (AAA – Animal Assisted Activity).

להלן תיאור המנגנונים שדרכם משפיעים הנוכחות, המגע והקשר של בעלי חיים על אנשים זקנים.

השפעת חיית המחמד על הבריאות הגופנית

"אפקט חיית המחמד" הוא הכינוי לתגובה הפיזיולוגית של האדם לשהותו עם חיית מחמד, אשר תועדה במספר מחקרים:

1. סיגל (Siegel, 1990) במחקר שארך כשנה ואשר כלל כאלף נבדקים מצא, כי בעליהם של בעלי חיים פנו פחות לרופא וכי הצטברות של מאורעות היוצרים דחק לא הגבירה את הפנייה לרופאים, כפי שהייתה בקרב מרואיינים חסרי חיות מחמד. לדברי המרואיינים, חיות המחמד מספקות להם חברה (75% מהמרואיינים), מרגיעות אותם ומקנות להם תחושת ביטחון (25%) ותחושה שהם אהובים (21%).
2. רוג'רס, הארט ובולטס (Rogers, Hart & Boltz, 1993) מצאו, כי זקנים בעלי חיות מחמד מבקרים פחות אצל רופאים וכי הם מתלוננים פחות על בעיות בריאות משניות, כגון כאבי ראש, עצירות, אלרגיה, כאבי גב, שפעת, בעיות ריכוז ומחששים שונים.

3. מלאך ושאנן (1997) מצאו גם הם, שבעלי חיות מחמד סובלים פחות ממחלות קשות, נוטלים פחות תרופות ומבקרים פחות אצל רופא; רמת חיוניותם גבוהה יותר וגם בריאותם הנפשית טובה יותר. ייתכן שהדבר קשור גם בקשר הפוך, שכן אנשים חולים מאוד מתקשים בדרך כלל להחזיק חיות מחמד.
4. מחקרים רבים מצאו, כי קיים בסיס פיזיולוגי-הורמונלי להשפעה הטובה של ליטוף חיות מחמד על המלטפים. "רמת האוקסיטוצין של הכלב עולה כשבעליו מלטף אותו, וליטוף הכלב מעלה את רמת האוקסיטוצין גם אצל האדם המלטף... מחקרים מוכיחים, שרמה גבוהה של ההורמון מציתה את החום והדאגה האימהית... גם בקרב הגברים" (גרנדין וג'ונסון, 2005: 111).
- מפגשים קצרים עם כלב טיפולי גורמים לירידה ברמת הורמוני עקה ולעלייה ברמות האנדורפינים (Odentaal & Meintjes, 2003).
5. פרנטי ועמיתים (Franti, Kraus, Borhani et al., 1980) השוו בין 488 בתי-אב ומצאו הבדל משמעותי בדיווח אישי חיובי יותר על מצב הבריאות של בני 65+ המגדלים חיות מחמד, לעומת אלה שאינם מגדלים, במשתנים כמו: סרטן, יתר לחץ דם, בעיות לב וכאבי ראש.

השפעת הבעלות על חיות מחמד בהתייחס למחלות כרוניות ייחודיות

1. מחלות לב: מחקר פורץ דרך וחשוב בתחום הוא מחקרם של פרידמן, קטצ'ר ועמיתיהם (Friedmann, Katcher, Linch et al., 1980), שבדקו שיעורי הישרדות שנה לאחר אירוע לבבי. הם מצאו כי מתוך 53 אנשים שעברו אירוע לבבי והיו להם חיות מחמד, 39 נותרו בחיים בשנה אחר כך, לעומת 17 בלבד, בין אלה שלא היו להם חיות מחמד.
2. לחץ דם, טריגליצרידים וכולסטרול: אלן ועמיתיו (Allen, Blascovich & Mendes, 2002) מצאו השפעה מיטיבה גבוהה על מצב לבבי ולחץ דם, זאת במחקר שנערך על 240 זוגות, חציים בעלי כלבים וחתולים וחציים ללא. הם מצאו, שלפני פעילות, קצב הלב ולחץ הדם של בעלי חיות המחמד היו נמוכים בהרבה והם עלו הרבה פחות בעת הפעילות וחזרו מהר יותר לקו הבסיס, בעת נוכחות חיית המחמד, לעומת קבוצת הביקורת. מחקרים נוספים (Allen, Shykoff & Izzo, 2003; Allen, 2001) בדקו את השפעתן של חיות מחמד על סוכני בורסה שחיו לבדם ותיארו את

עבודתם ככזו היוצרת מתח עצום. לחץ דםם היה גבוה ועמד בממוצע על 160/100. אף אחד מהם לא החזיק חיית מחמד לפחות חמש שנים לפני זמן עריכת המחקר. קבוצת המחקר נבחרה באקראי לאמץ כלב או חתול והקבוצה השנייה קיבלה טיפול להורדת לחץ הדם באמצעות תרופה, הידועה ביעילותה בעת מנוחה, אך לא בעת מצבי דחק. המשתתפים שקיבלו חיות מחמד הראו שיפור במדדי לחץ הדם וקצב הלב. אנדרסון ועמיתיו (Anderson, Reid & Jennings, 1992) בדקו 5,700 אנשים באוסטרליה ומצאו שלחץ הדם הסיסטולי של בעלי חיות מחמד היה נמוך משמעותית מקבוצת הביקורת, כאשר שתי הקבוצות היו דומות במדדי אינדקס מסת גוף (BMI) ומאפיינים סוציו-אקונומיים. אולם, מחקר דומה, קטן יותר, לא מצא השפעה מעין זו. האריס ועמיתיו (Harris, Rinehart & Gestman, 1993) מצאו כי ליטוף בעלי חיים מוריד דופק ולחץ דם בקרב זקנים הרתוקים לביתם. כמו כן, נמצאו רמות נמוכות יותר של טריגליצרידים ובכולסטרול בקרב מגדלי חיות מחמד (Rowan & Beck, 1994). מחקר שנערך בלוס אנג'לס בדק את השפעת הכלב על חולים במחלת לב, בשלוש קבוצות: ביקור כלב טיפולי עם מתנדב, מתנדב ללא כלב וקבוצת ביקורת. בשתי הקבוצות הראשונות היה שיפור גבוה מאוד בקבוצת המתנדב והכלב, שנמדדה בירידה מובהקת בלחץ הדם וברמת החרדה וכן בירידה ברמות הורמוני אדרנלין ונוראדרנלין (Cole, Gawlinski, Steers et al., 2007). עם זאת, בסקירה של ארגון הלב האמריקני, מצוטטים מחקרים שלא מצאו השפעה קרדיו-וסקולרית או שיפור בהישרדות בקרב בעלי חיות מחמד (American Heart Association, 2013). רוב החוקרים סבורים, כי יש צורך בביצוע מחקרים נוספים, באוכלוסיות מחקר גדולות יותר ובמתודולוגיה קפדנית יותר.

השפעת החזקת חיות מחמד על הפעילות הגופנית

פעילות גופנית ומוטורית חשובה ביותר לכל אדם, בייחוד לאדם הזקן. יש זקנים הנמנעים מפעילות גופנית בשל קשיי ניידות, פחד ליפול או היעדר מוטיבציה. נוכחות חיית מחמד והצורך לדאוג למילוי צרכיה מהווה תמריץ לקימה מהמיטה וליציאה החוצה. הצורך לטפל בבעל חיים, לדאוג למזונו, להפרשותיו ואף לטייל עימו – מסייע לארגון סדר היום מסביב למילוי צורכי בעל החיים, במיוחד כאשר יש כלב הזקוק לטיול בחוץ (שליו, 1996; Cusak & Smith, 1984). בעלי כלבים חייבים לקחת את כלביהם לטיול לעשיית צרכיהם, מה שמחייב אותם לצאת מביתם ולעתים אף לרדת מספר גרמי מדרגות. היציאה הופכת לפעילות תנועתית

חשובה, המשמרת את ניידותם ואת בריאותם. מחקרים שונים מצאו, כי בעלי כלבים הולכים יותר מאשר אנשים שאין להם כלבים. מחקר יפני, שבדק 5,253 נחקרים בוגרים, מצא, שלאחר בקרה של גיל, מגדר ומצב סוציו-אקונומי, בעלי כלבים היו מעורבים הרבה יותר בפעילות פיזית וסיכוייהם להגיע לרמת הפעילות הפיזית הרצויה היה גבוה ב-54% בהשוואה לאנשים שלא היו בעלי כלבים (Oka & Shibata, 2009). רוג'רס (Rogers et al., 1993) ועמיתיו מצאו, כי בעלי כלבים יצאו להליכות פי שניים מאלה שלא היו להם כלבים. כמו כן, עצם הביטחון שמקנה הכלב לבעליו עשוי להגביר את נכונותו לצאת החוצה (קיוזאק, 2000).

פייר בא ברצון לקבוצה של עבודה עם בעלי חיים, ולא הסכים להשתתף בפעילויות אחרות. הוא נהנה לחתוך ירקות לארנבונים ולהכין ממתקים לציפורים, ובכך שמר על מיומנויות מוטוריות חשובות ושמחת חיים. פייר נהנה גם לסרק את הארנבונים ובכך חיזק את ידו הפגועה בעקבות אירוע מוחי.

רבקה, רצתה שבניה יבקרו אותה לעתים קרובות. היא סירבה ללכת בנוכחותם וניסתה להדאיג אותם על ידי הצגת תפקודים ירודים. אולם, היא כה נהנתה מהקשר עם חמוס, שהוא בעל חיים נבון (תת-מין של סמור, טורף, גופו ארוך, פרוותי וגמיש), שהסכימה לצאת לטייל עימו ברצועה. הבנים, שראו אותה מוליכה חמוס, התקשו להאמין למראה עיניהם.

דוד סבל מסוכרת קשה, היה קטוע רגל ומרותק לכיסא גלגלים. הוא הכחיש את מחלתו ועזר באימון כלבת שירות לחולי אלצהיימר. העבודה איתה נתנה לו משמעות ותחושת ערך עצמי. הוא סירב לעשות פיזיותרפיה, אך על מנת לאמן את הכלבה הסכים להפעיל את גופו בדרכים מגוונות, שהיו לפיזיותרפיה עקיפה. הקשר עם הכלבה ומאמנה היה מקור לתנועה בפלג גופו העליון ובעיקר לגאוה, לשביעות רצון ולהנאה.

השפעת המגע עם חיות מחמד על הבריאות הגופנית והרגשית

ייתכן מאוד, כי ניתן לייחס חלק מההשפעה המיטיבה של קשר עם בעלי חיים למגע שהם מספקים לבני אדם. הצורך במגע הוא צורך גופני ורגשי כאחד וככזה הוא משפיע לטובה הן על מדדים פיזיולוגיים והן על מדדים רגשיים.

ד"ר פריץ טלבוט מבוסטון טבע את הרעיון הידוע כיום בכינויו: (Tender Loving Care). "כדי לשרוד ולהתפתח היטב, יש לשאת את הילד, לחבקו, ללטפו ולמלמל דברי חיבה

באוזניו" (דיוויס, 1994, עמ' 41). זהו אחד הצרכים הבסיסיים והראשוניים, שסיפוקו מקנה ביטחון ובריאות. קיימות עדויות על תינוקות בבתי יתומים, שלא שרדו את השנה הראשונה לחייהם בשל היעדר מגע (מחלה הנקראת marasmus – כחשת), גם כשקיבלו טיפול איכותי מבחינת הזנה והיגיינה. מצבם השתנה לטובה, באופן דרמטי, כאשר זכו למגע רך ועוטף (דיוויס, 1994). שני שליש מהתינוקות במוסד לילדים נטושים בפירנצה, "בית החולים של האינצנטים", מתו בטרם מלאה להם שנה, במאה ה-18. מעט יותר ממחצית הילדים בבית מחסה סנט מארי בניו יורק מתו בתוך שנה מיום הגיעם. רוב השורדים התגוררו במוסד עם אמותיהם. בדוח שכתב רופא ניו-יורקי בשם הנרי צ'פין, בשנת 1915 (בלום, 2005), מצוין, כי במחקר שבוצע בעשרה מוסדות של אסופים בארצות הברית עלה, כי בתשעה מתוכם כל ילד שהתקבל למוסד מת בטרם הגיעו לגיל שנתיים. אלה ששרדו היו תינוקות שעברו להתגורר אצל משפחות. הייתה זו תקופה שבה סברו, כי התמותה נובעת מחיידקים וזיהומים ולכן הקפידו עוד יותר על "הסגר" של התינוקות, היגיינה ומיעוט מגע וקשר עם המטפלים. כדברי הפסיכולוג רוברט ספולסקי על שנות ה-30 של המאה הקודמת בארצות הברית, שאופיינו "בהצטלבות דרכים של שני רעיונות פופולריים באותה עת – סגירה לסטריליות בכל מחיר ואמונה בקרב ממסד רופאי הילדים... כי נגיעה בתינוקות, החזקתם, חיבוקם וליטופם אינם אלא סכלות אימהית רגשית" (בלום, 2005: 67). מחקר של שנברג ופילד הוכיח את חשיבות המגע להתפתחותם של פגים. המחקר גילה ש"קצב הגדילה של התינוקות שלוטפו היה מהיר כפליים מזה של פגים ששהו בתנאי בידוד סטנדרטיים. הם היו ערניים ופעלתנים יותר... כעבור שנה... התגלו כחזקים ונבונים יותר מפגים שהושארו בגפם באינקובטור התקני" (בלום, 2005: 359).

כוח הריפוי של המגע הודגם באמצעות תיאור מקרה, על ידי לארי דוסי (Dossey, 1982), אשר גילה במהלך מחקר על טרשת עורקים, כי בקבוצה מסוימת של ארנבות, שיעור טרשת העורקים הייתה נמוכה ב-60% משל שאר ארנבות המחקר. כשהחוקרים ניסו להבין את הסיבה לכך, מצאו כי אותה קבוצה, שבה שיעור טרשת העורקים היה נמוך, טופלה על ידי חוקר, שבמהלך הניסוי נהג להוציא את הארנבות מכלוביהן, ללטפן ולדבר אליהן. הם חזרו על ניסוי זה שלוש פעמים כדי לאמת את הממצאים.

עדויות דומות לחשיבות המגע הגופני עלו בניסויים הרבים של הארלו וצימרמן (Harlow & Zimmerman, 1959), אשר היום אסורים לחלוטין. בניסויים אלה, החוקרים רצו לבדוק את השאלה האם תינוקות נקשרים רגשית לאמהותיהם בזכות סיפוק צרכיהם החומריים או בזכות תמיכה רגשית. הניסויים נערכו על קופיפי רזוס. בניסוי אחד, הופרדו שמונה קופיפי רזוס בני יומם מאמותיהם והושמו בכלוב עם בובה דמוית קופת רזוס בוגרת. האחת הייתה עשויה מחוטי תיל והחזיקה בקבוק חלב, והשנייה הייתה עשויה מספוג רך ומגבת, אך ללא

חלב. תינוקות הרזוס בילו את מרבית זמנם עם "אם הבר". הם ניגשו אל "אם התיל" רק כדי לאכול ממנה בחיפזון ושהו במחיצתה לא יותר משעה ביום. בכל עת, בעיקר בעת מצוקה, הם העדיפו לחזור ל"אם הבר", להתגפף עימה ולהיצמד אליה. הארלו עצמו ערך ניסויים ב-60 קופיפים בסך הכול ומצא, כי ככל שהיה לתינוקות יותר ריפוד בתאם, בעיקר אם הייתה נוכחת "אם בר", הם שרדו יותר, היו בריאים יותר, חיוניים ומאושרים יותר (Harlow, 1958). "המסר העובר אלינו... ברור: מזון הוא הקיום, אך חיבוק טוב הוא החיים עצמם" (בלום, 2005, עמ' 214).

צורך בסיסי זה במגע ממשיך להתקיים לאורך כל החיים, ולא רק בילדות. סינאסון (Sinason, 2006: 50) כתב: "אנו נפתחים לחיים ולוויטליות דרך מגע ובהיעדרו אנו הופכים כמושים ודהויים." זקנים רבים חסרים מענה מספק לצורך במגע, בשל מצבים של אלמנות והיעדר זוגיות, בדידות וגילנות (דורון, 2013). אצל זקנים המרותקים לביתם, מסיבות שונות, האפשרויות למגע וקשר מצטמצמות. גם כאשר הזקן מקבל עזרה בתפקודים הבסיסיים, המגע שהוא מקבל הוא בעיקרו מסייע ובעל אופי טכני, ולא עונה מספיק על צרכים רגשיים. מטפלים רבים נמנעים מלגעת במטפליהם בשל האיסור האתי הגורף על מגע בין מטפל למטופל או בשל רצון לשמור על ריחוק, "מקצועיות" ואף בשל הירתעות מהם. אי לכך, חלק מהזקנים נמצא במצב של חסך במגע. הקשר עם בעלי החיים יכול לספק צורך ביולוגי ונפשי זה. המגע עם בעל החיים מאפשר לאדם הזקן לבטא את עצמו ולתקשר. בקשר עם בעלי החיים, המגע הוא חלק טבעי ומיידי של הקשר. בעלי החיים אינם מילוליים, דבר המחזק את התקשורת עימם באמצעות מגע (צור, 2003). נוכחות בעל חיים בטיפול והמגע עמו מאפשרים עקיפת חלק מהקשיים הכרוכים במגע עם בני אדם, כגון: בעיות אתיות, נורמות תרבותיות וחשש ממיניות.

המגע יכול להוות דרך לעורר רגשות ולבטאם בזמנים שבהם המילים אינן מספיקות, והוא אף מהווה אמצעי תקשורת. יתרה מכך, לעתים, התקשורת באמצעות המגע היא השפה, במיוחד בקרב אנשים שאיבדו את התקשורת המילולית, כגון בשלבים מתקדמים של מחלות דמנציה. עצם המגע ממחיש לאדם שיש עמו מישור. במחקרן של פרידמן ומלספינה (Friedmann & Malaspina, 2000) על טיפול בעזרת בעלי חיים במוסדות, הן מצאו, כי התרומה הייחודית של הטיפול בעזרת בעלי חיים, לעומת הטיפולים הלא-תרופתיים האחרים, היא, שהטיפול בעזרת בעלי חיים דרכן את הדיירים ליזום מגע ואף עירב אותם במגע, שהוא חלק חשוב בגירוי חברתי.

פרנץ, ניצול שואה ערירי וחירש, כמעט שאינו מדבר. עקב מצבו, הוא ממעט להשתתף בפעילויות בבית האבות. החיוך הפושט על פניו בעת מגע עם כל סוג של

בעל חיים הוא נפלא. הוא נהנה ללטף את חיות המחמד ותכופות הוא כה נינוח, עד שהוא שוקע בתרדמה תוך כדי כך ויש להשגיח על בעל החיים שלא יישמט מחיקו. שינה עם חיית המחמד במיטה עלולה להיראות מוזרה. אולם, היכולת להתכרבל או לגעת בגוף פרוותי וחם מרגיעה ומרחיקה תחושת בדידות. אליזבת, ניצולת שואה, ישנה במיטתה עם חתול, שאותו הביאה מביתה. החתול מסתובב ודואג לענייניו במשך כל היום, אך בלילה הוא עולה למיטתה ומסייע לה לישון במנוחה. בוגי, אישה ערירית, נהנית ביותר לחבוק חתול פרסי זקן. תוך כדי ערסולו ונענועו היא אומרת לו "אתה זקן כמוני". דליה נהנית לקחת בזרועותיה כלבת פודל ננסית, לחבקה ולתת לה טיפול אימהי מסור, כמעט עד כדי חנק.



מעניין לראות כיצד דיירים במצבים רפואיים קשים ובמצבי דמנציה מתקדמים ביותר נהנים מהקשר עם בעל החיים, ממגעו ומליטופו. לעתים, הם מגיבים אליהם הרבה יותר מכפי שהם מגיבים לבני אדם, בכלל זה לבני משפחתם. הקשר עם חיית מחמד מכל סוג, יכול לעורר בכל הזקנים, במיוחד באנשים במצבים מתקדמים

של חוסר קשר עם הסביבה, זיכרונות גופניים ראשוניים ותחושה של החזקה והכלה. גאריטי ועמיתים (Garrity, Stallones, Marx et al., 1989) ערכו סקירה של המחקרים בנושא השפעת חיית מחמד על תחושת הרווחה של הנחקרים ומצאו, כי 16 מתוך 25 מחקרים אכן דיווחו על שיפור בתחושת הרווחה. אולם, 11 מתוכם לא הצליחו להוכיח את הקשר של חיית המחמד להפחתת חרדה ודיכאון. המחקרים היו מגוונים ביותר מבחינת אוכלוסיית המחקר, גודלה (בין פחות מעשר למעל 5,500), בסוגי המחלות שנבדקו ובמתודולוגיה המחקרית.

"או חברותא או מיתותא": תרומת בעלי החיים לקידום יחסים חברתיים של אנשים זקנים ולמניעת בדידות

בעלי החיים ידועים כ"שוברי-קרח" ו"כוזרים חברתיים", הם מהווים גורם לשיחה ולאינטראקציה. כמו כן, אדם שנמצא עם בעל חיים ידידותי למראה, נתפס על ידי הסביבה כחיובי וכחביב (Brickel, 1981; Cusack & Smith, 1988).

הימצאות עם בעל חיים יכולה, אם כן, לסייע לאדם הזקן להתקבל טוב יותר על ידי האחרים. זקן עם חיות מחמד (כמו גם בית אבות שבו יש בעלי חיים), נתפס על ידי החברה כחביב יותר, ויכול להיווצר עמו קשר סביב בעל החיים שלו (Cusack & Smith, 1988). אנשים הרואים אדם זקן מטייל בפארק עם כלבו, יפנו אליו וידברו עמו, יותר מאשר עם אדם זקן היושב לבדו על ספסל. נמצא שנוכחות כלב מעלה באופן משמעותי אינטראקציות חברתיות של זקנים עם עוברי אורח (McNicholas & Collis, 2000; Wells, 2004; שלי, 1966). עצם הבעלות על כלב מגדילה את ההזדמנות של האדם לפגוש אנשים אחרים, מפני שהוא יוצא מביתו פי שניים יותר מאשר אדם זקן ללא כלב. רוג'רס ועמיתים (Rogers, Hart & Boltz, 1993) מצאו, כי זקנים שברשותם כלבים מטיילים יותר בפארק, מדברים יותר על פעילויות בהווה ומדווחים פחות על חוסר שביעות רצון ממצבם החברתי, הפיזי והרגשי.

שני דיירים בבית אבות נוהגים לטייל עם כלבותיהם, יושבים עמן על חוף הים, משוחחים ביניהם וגם עם העוברים ושבים, אשר פונים אליהם הרבה יותר כאשר הם עם בעלי החיים שלהם. הם מספרים, כי בעוברם ברחוב, ליד חנות לחיות מחמד, מקבלות הכלבות ממתק. כך גם בקיוסק שבהמשך הרחוב. הכלבות משמשות נושא להתחלת שיחה עם רבים ממבקרי בית האבות. חיהם החברתיים הפכו עשירים יותר בזכות כלבותיהם, זאת בנוסף לרווח הרגשי האישי שלהם, כתוצאה מהקשר של כל אחד מהם עם כלבתו.

יהודה, חולה אלצהיימר, המתגורר בקהילה, נעזר בכלבת שירות לחולי אלצהיימר. ילדיו סמכו על הכלבה שתעזור לאביהם לאסוף את נכדיו מהגנים. הם לא סמכו עליו שיעשה זאת בכוחות עצמו, אלא רק בליווי כלבת השירות. יהודה מספר כיצד טיוליו בשכונה הפכו הרבה יותר חברתיים משהחל לטייל עם הכלבה. לדבריו, עוברי אורח פונים אליו ומתעניינים בתפקידה של הכלבה המרשימה (כלבת קולי קצרת שיער), החגורה ברתמה מיוחדת. קשרים אלה משפרים משמעותית את הרגשתו.

מגפורד ומקומיסקי (Mugford & M'Comisky, 1975) חקרו את ההשפעה של גידול בעלי חיים (תוכונים מסוג budgerigar), צמחים (בגוניה) וצפייה בטלוויזיה על מצבם הנפשי-חברתי של זקנים בקהילה עירונית ביורקשייר שבאנגליה. כעבור מספר חודשי מחקר נמצא, כי חל שיפור משמעותי במצבם החברתי והנפשי של אלה שגידלו תוכונים: הם נתנו לתוכונים שלהם שמות פרטיים והתוכונים הפכו נושא לשיחה עם בני משפחה, חברים ושכנים, במקום שיחה על העבר ועל מחלות; היו להם יותר חברים ויותר מבקרים והם היו מעורבים יותר בחיי הקהילה מאשר בעלי הצמחים. לעומת זאת, נמצא, כי לטלוויזיה ולגידול הבגוניה לא הייתה השפעה על מצבם הנפשי-חברתי של הנחקרים.

בתיא הגיעה לבית האבות יחד עם תוכי אפרור ממין נקבה. השניים הגיעו מוזנחים ביותר והתאוששו באופן יוצא דופן. בתיא אינה יוזמת קשר עם התוכי שלה, אך זו הפכה להיות "התוכי של הקומה", מדברת ומשמיעה מילים הן מעברה והן מילים חדשות שקלטתה במקום. לעתים, העובדים מתקשים לשאת את פטפוטיה, אך הדיירים נהנים מהקשר, וכהורים גאים מציגים לכולם את החוכמות שלה. אינטראקציה רבה מתרחשת סביבה והיא גורמת גאווה ושמחה לכל הדיירים.

בריקל (Brickel, 1979) ואחרים אף מצאו, כי נכדים באים לבקר את סביהם ביתר רצון אם בסביבתם (בבית או בבית האבות) יש בעלי חיים.

נכדיה של זהבה הסכימו לבוא לבקרה, כדי לשחק עם כלבתה בכדור. הם לא ראו את הביקור בבית האבות כהכרח לבקר את הסבתא, אלא ככף. אחרים נהנים לבקר את התוכי המדבר מסוג ג'קו, לגרום לו לשרוק את הנושא של "החמישית" של בטהובן, ולומר "זה בטהובן, זה בטהובן". הם נהנים גם לשמוע אותו מחקה צלצול טלפון ומאחל "בתיאבון ולילה טוב" לסובבים.

בק וקאצ'ר (Beck & Katcher, 1983) מציינים את היתרון שבתקשורת עם בעלי חיים, כי עמם ניתן לתקשר באופן לא מילולי. הדבר מקל ביותר על אנשים הסובלים מפגיעות נוירולוגיות, הפוגעות ביכולתם לתקשר. רבים מהזקנים, כמו גם אנשים מקבוצות גיל אחרות, מדברים אל חיות המחמד שלהם, שכן אין ספק, שקל יותר לדבר לחיית מחמד מאשר לארבע קירות.

סבישנסקי (Savishinsky, 1992) מצא בשלושה בתי אבות, שהביקור עם בעלי חיים שיפר אינטראקציות בקרב הדיירים, סייע לקשר עם בני המשפחה ועורר לשיחה. הוא גם

מצא, כי חלק מהדיירים לא היו מעוניינים בקשר עם בעלי החיים, אך רצו קשר עם המתנדבים שהביאו את בעלי החיים. בריקל (Brickel, 1979) מתאר, כי שני חתולים שגרו בבית אבות עודדו את יחסי החברות בקרב הקשישים וכי החיבה והרכות שהופגנו כלפי החתולים הופנו גם כלפי הדיירים האחרים וגם כלפי הצוות. פיק (Fick, 1993) מצא, כי נוכחות כלב העלתה פי שתיים את רמת התקשורת במילים ובמחוות מילוליות בקרב זקנים במוסדות סיעודיים. עם זאת, חשוב לציין, כי במחקר דומה של פרל וגרנוויל (Perelle & Granville, 1993) נמצאה השפעה מיטיבה דומה, אך היא נחלשה כבר כעבור חודש.

הבדידות והדיכאון המלווה אותה הם מהמצבים הקשים ביותר שחלק מהזקנים חווה. חכמינו פסקו במסכת תענית: "או חברותא או מיתותא, כלומר, או חברה או מוות: חשיבות הקשר החברתי כה רבה עד כי מי שאין בידו יכולת לקיים קשרים חברתיים נחשב כמי שאין בו חיים (תענית, כ"ג, א')."

הבדידות מוגדרת כמגיפה והיא פוגעת בבריאות ומגבירה מצבים של אלכוהוליזם, עישון והשמנת יתר. 20% מקרב בני ה-65+ מדווחים על תחושת בדידות לעומת 9% בלבד מקרב בני ה-20+. לפי רוקח (Rokach, 1990), לבדידות יש השלכות שליליות והיא גורמת למצבים, כגון דיכאון וחרדה, דימוי עצמי נמוך, התנהגויות הרסניות כלפי העצמי, אלכוהוליזם ואף התאבדות. לפי מחקרים שונים, סיכויי של אדם בודד למות, לחלות ולא להשתקם או ללקות בדמנציה — גבוהים יותר מאשר אלה של אדם שיש לו בן זוג (Luanaigh & Lawlor, 2008; Luo, Hawkey, Waite et al., 2013). בדידות היא בעיה מרכזית הקשורה לזיקנה והיא הסיבה העיקרית לפנייה לשירותים חברתיים ולהחלטה להיכנס לדיור מוסדי. הפחתת הבדידות והבידוד הם, אם כך, יעד עיקרי אצל רוב העובדים בארגוני סיוע לזקנים. ידוע, כי בדידות ובריאות לקויה קשורים זו לזו וכי אנשים בודדים משתקמים פחות טוב מאירועים רפואיים מאשר אנשים שאינם בודדים. דוח האו"ם משנת 1971 מצביע על כך, שבדידות, בידוד וניתוק מאפיינים את חייהם של זקנים רבים בארצות מפותחות. בעלי חיים יכולים בהחלט להיות אמצעי להקלת הבדידות ואין צורך בבעל חיים גדול או נבון במיוחד, כדי לספק מענה לבעיה זו.

קיל (Keil, 1990) חקרה 275 זקנים במרכז ארצות הברית. רובם קיבלו ארוחות במרכז מיוחד, מיעוטם היו מרותקים לביתם וקבוצה שלישית הייתה של זקנים שהשתתפו בתכנית לימודים. חלק מהזקנים החזיקו חיות מחמד. החוקרת מצאה, שככל שהמשתתפים היו יותר בודדים ותחת לחץ, ההתקשרות שלהם לכלביהם גברה, במיוחד בקרב אלה שהיו בודדים. היא טענה, כי ייתכן שהחזקת חיות מחמד יכולה להיות דרך לשפר את איכות חייהם של הזקנים הבודדים והוסיפה, כי ההתקשרות גברה ככל שמראה חיות המחמד מצא חן בעיני הזקן. לכן, חשוב לתת לאדם עצמו לבחור את חיות המחמד שלו.

בנקס ובנקס (Banks & Banks, 2002) טוענים גם הם שבעלי חיים יכולים לסייע להתגבר על מצוקת הבדידות. במחקר שערכו בשלושה בתי אבות באזור מיסיסיפי, עם 45 דיירים צלולים ומתקשרים, ברובן נשים לבנות, אלמנות ובעלות השכלה יסודית-תיכונית, שסבלו מאירוע מוחי, מסוכרת, מיתר לחץ דם, מבעיות לבביות וממחלה ריאתית כרונית, הסתבר, שלרובן היה קשר חזק עם בעלי חיים, בעיקר כלבים וחתולים, עוד בילדותן והן היו שמחות מאוד אם היה מותר להן לגדל חיית מחמד במקום. הן עברו טיפול בעזרת בעלי חיים וההיזכרות הספונטנית והדיבור שלהן השתפרו. תחושת הבדידות פחתה גם לאחר קבלת חצי שעה טיפול, פעם בשבוע, אך היא עדיין נותרה משמעותית. הגברת תכיפות המפגשים הטיפוליים לשלוש פעמים בשבוע לא הובילה להפחתה נוספת ברמת הבדידות, אך לדעת החוקרים, הערכת משך הטיפול מעבר לששה שבועות או נוכחות קבועה של חיית מחמד על בסיס יומי, עשויים להפחית את תחושת בדידותן. נמצא, כי הרצון להיות בקשר עם בעלי חיים והשפעתם על איכות החיים של האדם הם נושא הקשור לניסיון החיים של האדם במהלך חייו, כך שיייתכן שהאוכלוסיות שיהנו ביותר מטיפול כזה הן אלו שהיו בקשר עם חיות מחמד לאורך חייהן.

רוב הנחקרים במחקרם של רוג'רס ועמיתיו (Rogers et al., 1993) ציינו, שחברם היחיד הוא כלבם. בעל החיים מחזק את הדימוי העצמי של האדם הזקן, נותן לו תפקיד חברתי חדש, מסיח את דעתו מצרותיו ומעניק לו אחריות חדשה ונושא לשיחה. זאת, בנוסף להשפעתו המיטיבה ביותר בהפגת הבדידות (Banks & Banks, 2002; Ebenstein & Wortham, 2001). אנשים דיווחו, כי במחיצת חיית המחמד שלהם הם מרגישים בטוחים ומרוצים יותר, וחשים פחות רגשות קשים, כגון דיכאון וערך עצמי נמוך (Cusac & Smith, 1984). נמצא, כי תחושת הביטחון של אנשים גוברת כאשר יש להם חיות מחמד, בייחוד אם מדובר בכלב, ללא קשר לגודלו או לסוגו. תומאס (Thomas, 1996) מדווח, כי מאז הכנסת בעלי חיים, צמחים וילדים לבתי האבות ברשת Eden Alternative, פחתה צריכת התרופות, בייחוד אלה הפסיכיאטריות, באופן משמעותי, דבר שהשפיע באופן ישיר על הורדת ההוצאה על תרופות ב-38%.

לוינסון (Levinson, 1972), מחלוצי תחום הטיפול בעזרת בעלי חיים, טוען כי בעל חיים יכול להחזיר לאדם הזקן חיבה ותגמול על טיפולו בו ובכך הוא מסייע לו לפתח הרגשה של היותו רצוי ואהוב ולחוות את עצמו בצורה חיובית. לוינסון מציין, כי זקנים רבים משוחחים עם חיות המחמד שלהם וכי ייתכן שברמה לא מודעת, בעל החיים עשוי לייצג עבורם מישור שנפטר שנים רבות קודם ושעמו הם עדיין משתוקקים לתקשר. בנוסף לכך, בעל החיים אינו משועמם משמיעת הסיפורים החוזרים, שחלק מהזקנים מרבים לספר, ובכך מאפשר לבעליו להעלות זיכרונות, תוך כדי הבעת "הערכתו" על השיתוף והאמון. חקר העבר מאפשר לאדם

הזקן לחוות מחדש חלק מרגשותיו, להגיע להבנה טובה יותר של ההווה ולהסתגלות מספקת יותר בהווה. לוינסון (Levinson, 1978) טוען, כי זקנים המגדלים חיות מחמד חשים כוח, שליטה, הישגיות, גדילה אישית, חיזוק האישיות וירידה בחרדת המוות. הוא מצביע על הפרדוקס, שחיות מחמד יכולות להפוך את החברה לאנושית יותר, משום שהן עונות על צרכים שאינם מסופקים על ידי המבנה החברתי הקיים והן עשויות לשמש כאובייקט חדש ואהוב, שמחליף אנשים שנפטרו (Levinson, 1972). ווירס (Veeves, 1985) מוסיף, כי אלמנים ואלמנות יכולים להפנות אל חיות המחמד חלק גדול מהזמן ומהאנרגיה הנפשית שהוקדשו קודם לכן לבן הזוג המנוח. גאריטי ועמיתים (Garrity et al., 1989) מצאו פחות דיכאון אחרי מות בן זוג בקרב בעלי חיות מחמד. בריקל (Brickel, 1985) סבור, כי בעל החיים עשוי לשקם את תפקידיו הישנים של האדם הזקן וליצור עבורו תפקידים חדשים. הוא עשוי לשמש תחליף למשפחה, לבן זוג או לילד ולהוות "הסחת דעת טיפולית."

לאה, אחת מדיירות בית האבות, חשה בודדה והרגישה כי "אין לה מישהו לדבר איתו ברמתה." הקשר שלה עם משפחתה היה תקין, אך תכיפות הביקורים הייתה נמוכה ממידת רצונה, והיא השתוקקה לקשר בתכיפות גדולה יותר, שאותו חיפשה בקרב העובדות הסוציאליות, הסטודנטים והמתנדבים. יום אחד, בסיור של סטודנטים לטיפול בעזרת בעלי חיים, הביא עמו אחד מהם ציפור המורגלת לבני אדם. לאה נהנתה ביותר לחפון בידיה את הציפור. נראה היה, שהחיבור בינה לבין הציפור היה מידי וחזק. המעמד נחקק בזיכרונה. לימים, פנו אליי מערוץ 8 בטלוויזיה, בבקשה לערוך סרט שיתעד את השפעת בעלי חיים על זקנים. לאה קיבלה את 'לולה' – ציפור קוקוטל קטנה ומורגלת, והקשר ביניהן הונצח בסרט "שלום לולה, להתראות פלאקי." הציפור שמחה אותה מאוד. ככל "ייקת" טובה, נהגה לאה לנקות את כלובה שלוש פעמים ביום. היא אהבה להקשיב למוזיקה קלאסית ואז הציפור הייתה יוצאת מהכלוב, עפה בחדר ומתענגת גם היא. כאשר נפלה לאה ונזקקה לאשפוז, הפרידה ביניהן הייתה קשה. באותה תקופה העברנו את לולה לגור במשרד, כדי להקל על בדידותה, אך היא שרה פחות והייתה פחות פעילה עד להחלמתה של לאה. לאחר שובה, הן חזרו שוב לחיות יחד בהרמוניה מלאה. לאה עצמה דיווחה, כי לולה הקלה ביותר על בדידותה. היא שמחה לשבת בחדרה, להאזין למוזיקה ונהנתה מחברתה הטובה.

פולה, אלמנת מלחמת השחרור, שכנה היחיד מתגורר בחו"ל, אישה נכונה, משכילה, דוברת שפות רבות ובעלת קריירה ארוכה ומעניינת, הייתה מוגבלת בתפקודיה.

עם זאת, הייתה חדה כתער בחשיבתה ובלשונה. היא העדיפה להישאר בחדרה, שם סרגה בובות מדהימות מפרי דמיונה ושוחחה עם אנשי צוות שנבחרו על ידה. נוני, חתולה פרסית מבוגרת, אשר בדומה לפולה הייתה גם היא בררנית ביותר לגבי חברה אנושית, הגיעה לבית האבות כשנה אחרי קליטתה של פולה. ביקשתי מפולה לקבל אותה לחדרה ולסגל אותה למקום, בשל הקושי של חתולים להתאקלם במקומות חדשים. לשמחתי, פולה נענתה לאתגר ובין השניים התפתחה מערכת יחסים קרובה וייחודית. התגובות של החתולה לא תמיד היו צפויות, ומשהתנהגה שלא לפי כלליה של פולה, הוענשה ולא הורשתה להיכנס לחדרה. הטיפול בחתולה, התנהגותה ואישיותה העסיקו את פולה והיו נושא שיחה חשוב בינה לבין אוהבי בעלי החיים בבית האבות. אוהבי חתולים ובעלי לשון חדה נהנו להיכנס לחדרה של פולה, לשוחח עמה ולטפל בחתולה. פולה כבר לא חשה בודדה בחדרה. מערכת היחסים שלה עם החתולה מילאה חלק מהצורך שלה בקשר ובמגע קל. תענוג היה להיכנס לחדר ולראות את פולה סורגת בובות, צופה בטלוויזיה ועל מיטתה, קרוב לשולחן עבודתה, שוכבת נוני – המלכה.

זוג עירי הגיע לבית האבות יחד עם כלבם. נוכחות הכלב הרגיעה מאוד את שניהם, עזרה להם ליצור סדר יום קבוע, שכלל את הטוילים בחוץ עם הכלב. הכלב סייע מיד ליצירת קשר חברתי עם דיירים אחרים, עם הצוות ועם בני משפחה ושימש כשובר קרח, שתורם לקליטתם החברתית המהירה של בני הזוג. עם הזמן, נפטר הבעל ממחלה, ואשתו העידה, כי בזכות הכלב היא מוסיפה לחיות ולמצוא משמעות בחייה. יום יום היא יוצאת כמה פעמים ביום עם כלבתם לטיול, וזו מסייעת לה למצוא תוכן בחייה וליצור קשרים חדשים באמצעות שיחה על הכלבה והטיפול בה.

צפורה, אישה עיריית, חייתה עם כלבת הפורל שלה שישבה על ברכיה, בכיסא הגלגלים. מאחר שהכלבה הייתה מחוסרת שיניים, הייתה צפורה לועסת לה את מזונה ומאכילה אותה, ואחר כך אוכלת בעצמה. חייה ללא הכלבה היו חסרי ערך בעיניה. הקשר ביניהן היה סימביוטי מאוד, וכל אחת הייתה בחרדה קשה, כשהשנייה הייתה במקלחת. צפורה נהגה לומר על כלבתה: "היא אלרגית לרצפה" ולכן כמעט שלא נתנה לה לרדת מכיסא הגלגלים שלה. גם במקרה שלה, המראה של צפורה יושבת על כיסא הגלגלים עם כלבתה עליה, משך מבקרים רבים והיה מקור להתחלת שיחה עימם. פטירתה של צפורה הייתה משבר קשה ביותר לכלבתה והיה קשה מאוד להמשיך ולטפל בה עקב רגרסיה קשה בהתנהגותה.

עבור רבים מהזקנים בעל החיים מספק תחושת נחיצות. לנוכח התחושה הכללית כי הם "עשו את שלהם" ואינם נחוצים עוד לבני משפחתם או לחברה. לעומת זאת, חיית המחמד זקוקה להם ותלויה בהם. בכך מתאפשר המשך התפקיד החברתי שלהם כ"הורה".

לסיכום: לבעלי חיים תרומה רבה בעידוד חוש ההומור, הצחק והמשחק ובשיפור הדימוי העצמי של האדם. בעלי החיים גורמים לחלק מבני האדם לחוש כי יש משמעות לחייהם. הם אינם מדגישים את חסרונות האדם ואינם מאלצים אותו לראותם.

סיוע של חיית מחמד בהתמודדות עם מעברים ומשברים

החזקת חיות מחמד יכולה לסייע לאנשים להתמודד עם אירועי חיים עתירי דחק (גונטר, 1999). הסיבה לכך היא תחושת החברות והחיבה יחד עם תחושות הביטחון, שחיות המחמד מעוררות. פעמים רבות, המעבר לבית אבות הוא אירוע עתיר דחק. הזקן עוזב את ביתו, את סביבתו ואת מכריו, בדרך כלל שלא מרצונו המלא, בשל בעיות בריאותיות ותפקודיות. הוא מגיע לסביבה חדשה, לא מוכרת, שבה הוא אינו שולט על סדר היום ועל רכיבים שונים בחייו. מצבים אלה עלולים לגרום לתחושה של אבדן, קושי ודחק. הקשר עם בעל חיים הוא, כאמור, מקור בלתי נלאה לקשר, ליחס, לדימוי עצמי ולפעילות. היכולת להמשיך את הקשר הקיים בין אדם לחיית המחמד שלו, עם עזיבת הבית לבית אבות, היא משמעותית ביותר לאדם, במיוחד בשלב זה של חייו. חיית המחמד יכולה לשמש עבור הזקן תחליף לילד, כסמל למעמד, כידיד וכבן לווייה. הקשר עם בעלי חיים יכול לסייע לאדם הזקן לשקם את תפקידיו הישנים וליצור תפקידים חדשים (Brickel, 1985). המעבר לבית אבות, יחד עם חיית המחמד, עשוי לחזק את תחושת ההמשכיות עם הבית ועם החיים הקודמים ולספק משענת רגשית, שעליה ניתן להישען בכל שעות היממה.

בבית האבות הגיע תוכי מסוג קוניור בשם צ'קו, שהורגל כבר לחברת בני אדם ולשהייה מחוץ לכלוב. בבית האבות הוצאנו את התוכי החוצה והנחנו אותו על כתפי הדיירים. דיירים רבים נהנו משיבתו עליהם, חלק אף נהנו משיבתו על ראשם. התוכי עזר לדיירים בזמנים שבהם מצב רוחם היה שפוף, ונראה היה כי עצם הישיבה על כתפיהם, העלתה חיוך על פניהם. הם אף אהבו להצטלם אתו. התוכי לא יכול היה לעלות לקומות העליונות, מחשש שיותקף על ידי החתולים החיים שם. לכן, החלה מעין "ירידה לרגל" של דיירים מהקומות העליונות לקומת הכניסה, שבה שהה התוכי. עצם הנוכחות שלו גרמה לכך, שאנשים יצאו מהקומה

שאליה היו מורגלים, חשו בטוחים גם בקומות אחרות ובילו יותר זמן באזור אחר, שבו יש יותר תנועה של אנשים, והכול כדי לזכות בכך שהתוכי יישב על ראשם. תוכי זה שינה לחלוטין את חייו של גבריאלי, שהגיע לבית האבות עם דיכאון קשה, עמיד לתרופות ולטיפולים ולאחר ניסיון אבדני. גבריאלי היה גבר צעיר יחסית, בודד, ללא קשר עם משפחתו, אלא רק עם שני חברים טובים. הוא נהג לשכב במיטתו ולהקשיב לאקטואליה ברדיו, מיעט ליצור קשר עם הצוות ועם שאר הדיירים, סרב לקבל טיפולים, והיה חסר מוטיבציה לשיקום או לקשר חברתי ולפעילות. במהלך שהותו, התברר לצוות, כי בעבר גידל בביתו כלבים. עקב מוגבלותו הפיזית הקשה, הוחלט לנסות לחבר אליו את התוכי, שהיה רגיל בקשר אישי עם בעליו הקודמים, ונזקק גם הוא לחברה.

הגבר, שלא הסכים לקיים כל קשר עם אנשי הצוות או עם דיירים אחרים, שמח לנוכחות התוכי, שהיה מטייל על גופו בעת שהאזין לתכניות הרדיו. התוכי החל לבקר בחדרו מדי בוקר (בעזרת הצוות, כמוכן). הוא שמח מאוד להיות מחוץ לכלוב ובחברה, התרוצץ על גבריאלי וגרם לו לחוש פחות בודד. כשהתוכי חלה בדלקת גרון, גבריאלי הקפיד להזכיר לצוות לתת לו את הטיפול התרופתי הנדרש. התוכי היה כל כך חשוב לגבריאלי, שהוא הצליח לשכנע אחיות ומטפלות, שנרתעו מבעלי חיים, לצקת לגרונו את תרופת האנטיביוטיקה שנזקק לה. התוכי נרפא לחלוטין רק בזכות מסירותו של גבריאלי. בד בבד, גבריאלי החל לחייך יותר ולהתייחס יותר לאחרים. הוא והתוכי תמכו זה בזה, היו כמו משפחה. גבריאלי האכיל, ליטף, לעתים נזף והפך ל"מסלול ההליכה" של צ'יקו, שאהב את גבריאלי. בזכות מסירותו לתוכי, גבריאלי הסכים לראשונה לעלות לגג, כדי לאפשר לתוכי אמבטיית שמש. הדיכאון שהיה עמיד עד כה לתרופות ולניסיונות שיחה, החל לסגת. הוא אף יצר קשר טוב עם סטודנטית לעבודה עם בעלי חיים והסכים לצאת מחדרו ולעבוד על שיקום פיזי. בחודשים האחרונים לחייו הוא נפרד מעט מסגפנותו ומכעסו ובחר להיות חיוני.

בריקל (Brickel, 1985) סבור, כי פעילות במחיצת בעלי חיים מצמצמת את השלכותיה השליליות של הזיקנה, ומשפרת את הסיכויים להזדקנות מוצלחת.

סיוע בהתמודדות עם מוות של דיירים ושל בעלי החיים שלהם

בספר "ביקור חולים עם אוסקר" מספר דוזה (2011) על אוסקר, "חתול אשפתות מצוי", המתגורר ברוד איילנד, בבית אבות לאנשים סיעודיים ולאנשים עם דמנציה. החתול לא יוצר קשר מיוחד עם הדיירים או עם הצוות. אולם, כאשר דייר עומד למות, לעתים עוד לפני שהצוות חש בכך – החתול מתיישב בחדר עם אותו אדם ואינו עוזב את משמרתו עד למות הדייר. כל משפחות הדיירים דיווחו, עד כמה עצם הימצאותו של החתול בחדר סייעה להם בשעות ובימים האחרונים של יקריהן. "שאלתי את עצמי אם ילד בן חמש יכול באמת להבין מה בדיוק קורה כאן. האם הוא יכול לתפוס את הסופיות במצבה של סבתו? קרוב לוודאי שלא. רק בזמן האחרון הבן שלי החל להתמודד עם מושג המוות. מכל מקום, נראה היה שהמחשבה שהחתול יעזור לסבתו וישגיח עליה, הקלה על פרדי. הוא הושיט את ידו לחתול. אוסקר רחרח אותה ולרגע התכווצתי בפחד, אבל אוסקר לא נראה מוטרד. הוא נתן לפרדי ללטף אותו, ואפילו נדמה היה שהוא נהנה מכך" (דוזה, 2011, עמ' 137).

אחד הקשיים בטיפול בבעלי החיים הפרטיים של הדיירים נובע מהמחויבות המוסרית להמשך הטיפול בהם, גם כאשר מצב בעליהם מידרדר או במקרה של פטירת הדייר לפני בעל החיים. מצב הפוך, של פטירת בעל החיים לפני הדייר, מתקבל על ידי הזקן, בדרך כלל, כדרך הטבע, כל עוד הוא סמוך ובטוח שבעל החיים טופל כראוי עד למותו. אולם, קיים קושי גדול, בעיקר בקרב כלבים, להמשיך בשגרת חייהם לאחר מות בעליהם ובעבודתי נתקלתי בתגובות קשות לאבחן מסוג זה.

מוות של בעל חיים של אדם זקן יכול להיות דרך לפתיחת שיחה בנושא המוות. כפי שאלזבט קובלר-רוס (קובלר-רוס, 2002) מציינת. הנושא קשה יותר לסובבים מאשר לעומדים למות. היא מפצירה בנו, אנשי הטיפול, שלא נפחד לשוחח עם ההולכים למות על מותם הקרב. זקנים, גם הם קרובים יותר למותם, וגם להם חשוב, לעתים תכופות, לסכם את חייהם, להיפרד ולשוחח על מותם – בין אם הוא קרוב או רחוק. מוות של בעל חיים יכול לייצר הזדמנות טובה לקיום שיחה בנושא.

שיחה כזו התקיימה ביני לבין דיירת בבית האבות על מחלה דלקתית חשוכת מרפא של ארנבון שחור. הנושא אפשר לה לדבר גם על מותה שלה, ביום מן הימים. היא פרטה את בקשותיה אם תהיה חולה סופנית, מילאה "צוואת חיים" והוראות רפואיות מקדימות.

השפעת הטיפול בעזרת בעלי חיים על אנשים עם דמנציה

מג'יק ועמיתים (Majic, Gutzman, Heinz et al., 2013) מצאו, כי טיפול בעזרת בעלי חיים סייע להפחתת מצבי אי-שקט, תוקפנות ודיכאון בקרב דיירים במוסד, הסובלים מדמנציה מתקדמת, לעומת קבוצת ביקורת, שבה התנהגות כזאת רק גדלה. גם ריצ'סון (Richeson, 2013) מצאה ירידה משמעותית בהתנהגויות של אי-שקט ועלייה באינטראקציה חברתית בקרב 15 דיירים עם דמנציה, שהשתתפו באופן יום-יומי בטיפול בעזרת בעלי חיים, במשך שלושה שבועות.

בטסון ועמיתים (Batson, McCabe, Baun et al., 1998) ערכו מחקר על חולי אלצהיימר ותגובתם למטפל שנעזר בכלב טיפולי. הם מצאו, שחל שינוי לטובה בתגובה החברתית ובסימני התקשורת של החולים: עלייה בתקשורת לא מילולית, שהתבטאה ביותר מבטים, חיוכים, קשר טקטילי וחום פיזי. הם הדגישו, כי ללא הכלב היה אפס מגע. מסקנתם של החוקרים הייתה, כי טיפול בעזרת בעלי חיים הוא התערבות שיש להגבירה וליישמה בעבודה עם חולי אלצהיימר. היא מומלצת לאנשים שיש להם צורך בגירוי סנסורי, חזרה לתפקיד, נוחם ותקשורת דרך מגע. השימוש בטיפול בעזרת בעלי חיים עם חולי אלצהיימר מאפשר התערבות שקל ליישמה. הטיפול עונה על צורך בסיסי בתקשורת ובנוסף על הצורך במגע פיזי. פריץ ועמיתים (Fritz, Ferwer, Kass et al., 1995) מצאו ירידה משמעותית, לפי דיווחי המטפלים, ברמת החרדה של חולי אלצהיימר, שהיו חשופים לחיות מחמד.

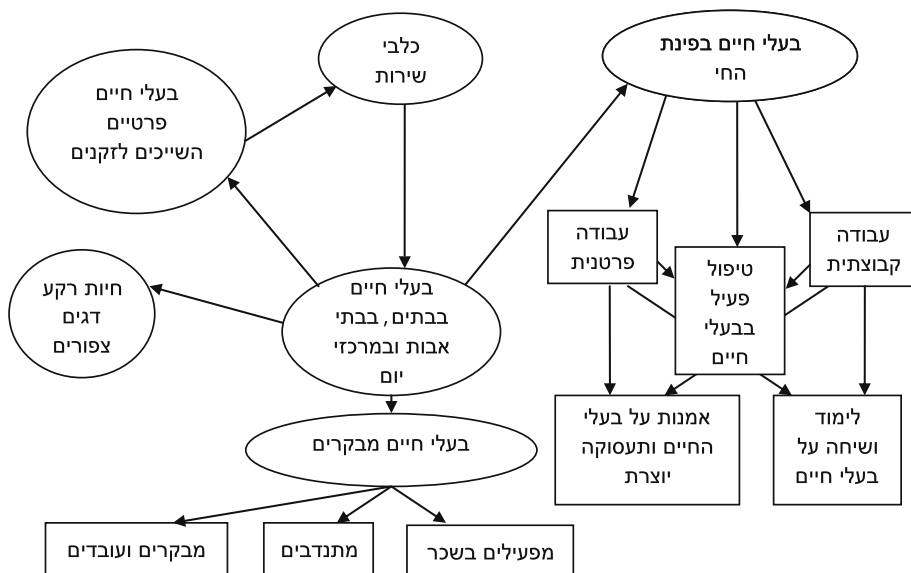
הקשר עם בעלי חיים מאפשר חשיפה למגוון רחב של גירויים ובהם קול, מגע, מרקם, ריח ותנועה (Baun & Johnson, 2010). הדבר חשוב בעיקר לזקנים במצבים מתקדמים של דמנציה, שעמם קשה ליצור קשר באופן מילולי. במקרים רבים, מטופלים, אדישים בדרך כלל, גילו עניין חדש בחיים לאחר שהכלבים ביקרו אצלם. כמה מטופלים, ששתקו במשך חודשים רבים, החלו לדבר לאחר ששהו במחיצת בעלי החיים, ומטופלים שלא רצו לצאת מהמיטה ולהשתתף בפעילויות, נעשו ניידים וערניים משהגיעו הכלבים (Cusack & Smith, 1984).



יעל, שהייתה במצב מתקדם מאוד של דמנציה, כלל לא הגיבה לסביבה או לבני משפחתה. אולם, ידה הושטה לקראת ארנבונת שהושמה לצדה והיא ליטפה אותה ומבטה התמקד בה — תגובה שאי-אפשר היה לקבל בשום מצב אחר.

הלכה למעשה: כיצד להיעזר בברית אדם-חיה לרווחתם של אנשים זקנים

התרשים להלן מתאר את הקשרים השונים בין זקנים לבעלי חיים ואת מגוון דרכי העבודה עמם.



עבודה קבוצתית של זקנים עם בעלי חיים

עבודה קבוצתית, הנעשית עם בעלי חיים ואודותיהם, מאפשרת יצירת שיח על נושאים רבים ומגוונים המקיפים את חיינו. קבוצה שתחום עיסוקה הוא בעלי חיים, מאפשרת ביטוי של תכנים רבים בדרך לא מאיימת וחוויות של השלמה עם החיים. ניתן לטפל בנושאי הזדקנות שונים באמצעות השלכה על עולם החי. בקבוצה ללימוד נושאים זואולוגיים, שהתקיימה בבית האבות, נעזרנו בנושאים מעולם החי כדי להעלות תכנים מהשואה, שחברי הקבוצה לא העלו במסגרות אחרות. חברי קבוצה זו, ברובם גברים שלא נישאו מעולם, לא הסכימו לעסוק בנושא השואה באופן ישיר, אלא דרך בעלי החיים. כך לדוגמה, התקיים שיח על הסוואה של בעלי חיים בטבע, משם עבר הנושא לדרכים שבהם ניצולים הסו והסתירו את זהותם היהודית, שלא לדבר על הסתרת עצם קיומם בהיותם במחבוא. באופן דומה, הקבוצה עסקה בשיקומם של הניצולים לאחר המלחמה, תוך כדי שיחה על שיקום חיות מעברה.

קבוצות העוסקות בבעלי חיים מעניינות חלק מהדיירים יותר מקבוצות אחרות. זקנים צלולים אינם מעוניינים בקבוצות העוסקות בליטוף בעלי חיים ובמגע עמן, אלא בלמידה ובשיחה על בעלי החיים. אנשים הסובלים מירידה קוגניטיבית ותפקודית מגיבים היטב למציאות של בעלי חיים – בחלקם יותר מאשר לפעילויות קבוצתיות (או פרטניות) אחרות.

יצירה על בעלי חיים ועבורם

דרך נוספת לעסוק בעולם החי היא באמצעות יצירה בנושא של בעלי חיים והכנת אביזרים, כלים ומקומות מסתור עבור בעלי החיים בסביבה. סולם לתוכיים, קינים והכנת חומרי קינון לציפורים, מקומות מסתור לארנבונים וגירויים נוספים להעשרת חייהם של בעלי החיים, הם סיבה טובה לעבודת ידיים וליצירה. כך ניתן גם לקדם עבודה מוטורית ואף שיקומית. הדבר חשוב בעיקר עם אנשים חסרי מוטיבציה לשיקום, אך בעלי מוטיבציה לשדרג את איכות חייהם של בעלי החיים. הטיפול בבעלי החיים עצמם יכול להיות שיקומי גם הוא, לדוגמה בהברשתם, בהכנת מזון, במתן פקודות קוליות, ועוד.

חשוב לציין, כי בעלי החיים המשתתפים בטיפול ומפעיליהם חייבים להיות מאומנים ולהתאים לקריטריונים ייחודיים.

טיפול בעזרת בעלי חיים

מטפל מוסמך העובד בתחום מקצועו (עובד סוציאלי, פיזיותרפיסט), מציב מטרות טיפוליות, מכוון את האינטראקציה בין המטופל לבעלי החיים, מודד התקדמות ומעריך את התהליך. המטפל משיג מידע ומתכנן פעילויות נוספות להשגת שינוי או להגברתו בעזרת בעלי החיים (Bar-Or, 2013).

בכל הקשור לעובדים עם בעלי החיים, בכלל זה מאלפי כלבים וסייעים, שהוכשרו לכך, כמו גם מעבירי חוגים ומדריכים להעשרת הידע הזואולוגי של המשתתפים בפעילות, חשוב לציין, כי בעיקרה, עבודתם אינה תרפויטית, אם כי ייתכן שיש לה ערך תרפויטי. מכל מקום, חשוב כי מפעילים מסוג זה יעבדו תחת פיקוח והדרכה של אנשי מקצועות הטיפול, שכן הם עצמם אינם אנשי טיפול, אלא הוכשרו לסיוע בעזרת בעלי חיים.

סוגיות נוספות בעבודה טיפולית עם בעלי חיים

התלבטות בין בעלי חיים במקום לבין בעלי חיים מבקרים –

יתרונות וחסרונות

מרכזי יום ובתי אבות רבים, שהם בעלי אוריינטציה לבעלי חיים, מתמודדים עם השאלה האם להקים פינת חי קבועה או לחילופין לקיים חוג שבועי ו/או להיעזר במתנדבים המבקרים במקום עם בעלי החיים שלהם. לדעתי, נוכחות קבועה של בעלי חיים היא התורמת ביותר. הדבר ישים כאשר קיימות פינות חי בבתי אבות. כאשר אין תנאים מתאימים להחזקת בעלי חיים באופן קבוע עדיף להיעזר בבעלי חיים מבקרים מאשר לא להיעזר בהם כלל, כל עוד נשמרת רווחתם ולא נפגעים חוקי צער בעלי חיים.

החוקרים קראולי-רובינסון ועמיתים (Crowley-Robinson, Fenwick & Blackshaw, 1996) הכניסו כלבים לשלושה מוסדות סיעודיים. באחד ביקר כלב מדי שבוע, בשני התגורר כלב באופן קבוע ולשלישי, שהיה קבוצת ביקורת, הגיע רק החוקר. נמצא, כי לכלב שגר במקום הייתה השפעה משמעותית להפחתת דיכאון, לעומת קבוצת הביקורת. בנוסף לכך, במוסד שבו הכלב גר וכן בזה שבו הכלב ביקר מדי שבוע, הייתה עלייה משמעותית בחיוניות הדיירים וירידה דרמטית בעייפות.

להלן הגורמים שכדאי לשקול לפני קבלת ההחלטה האם להכניס בעל חיים למוסד. החשוב ביותר הוא לוודא, כי מרכז היום (או בית האבות, הדיור המוגן וכל מסגרת אחרת) כולו נרתם למאמץ, כאשר האחריות מוטלת על אדם אחד או שניים בלבד. אם במוסד אין כוח אדם לטיפול בבעלי החיים, הרי רצוי לוותר על הרעיון או למצוא דרך להרחיב את מעגל האנשים, המוכנים לסייע בטיפול.

פינת חי קבועה או בעלי חיים מבקרים – יתרונות וחסרונות

מסקנות	חסרונות	יתרונות	
פיתוח הדרגתי. התייעצות עם אנשי מקצוע. בחירת בעלי החיים הנכונים והתאמתם.	יש לדאוג לטיפול מסביב לשעון במהלך כל השנה: ניקיון הפינה, האכלה, טיפול וטרינרי ועלות התחזוקה.	קשר קבוע ומתמשך. בכל זמן נתון ניתן לבקר את בעל החיים ולחילופין להביאו לזקנים לצורך פעילות וטיפול.	בעל חיים אישי או פינת חי קבועה

מסקנות	חסרונות	יתרונות	
פיקוח וטרינרי. פינה קלה לתחזוקה והקפדה על ביטחון בעלי החיים. קרבה לדיירים. הכנת הצוות והמשפחות. מציאת אחראים לטיפול, גם מקרב הדיירים.	חשש מפני גניבת בעל החיים. יחס לא ראוי מצד הזקנים, בעיקר של הסובלים מדמנציה. יחס שלילי מצד הצוות, הדיירים, בני המשפחה.	תמיכה בעיתות מצוקה וקושי. מעקב אחר בעלי החיים ומחזור חייהם, כולל המלטות ומקרי מוות. קשר בין זקנים הסובלים מאיכות שינה נמוכה לבין בעלי חיים פעילים בלילה. אחריות קבועה על טיפול בבעל החיים מחזקת תחושת ערך ומשמעות. יצירת אינטראקציה קבועה בין בעל החיים לבין הזקן, המשפיעה על איכות החיים.	
וידוא שקיים פיקוח וטרינרי שוטף. מפעילים מאומנים, שהם הבעלים של בעלי החיים.	טלטול בעלי החיים ויצירת איכות חיים נמוכה עבורם. חוסר זיהוי של מחלות כאשר המפעיל אינו מכיר את בעל החיים.	אין אחריות ועומס תפעולי.	חוג שבועי

כאשר קיים קושי להחזיק בעלי חיים קבועים, ניתן להיעזר במתנדבים הבאים לבקר עם בעלי החיים הפרטיים שלהם וכן לאפשר למבקרים להגיע עם חיות המחמד שלהם. אשל-ג'וינט ישראל מפעילה שתי תכניות הקשורות לזקנים ולבעלי חיים: הראשונה נקראת "כלבי ליטוף", במסגרתה באים מתנדבים עם כלבים לבקר בכתי אבות והשנייה נקראת "חיות וחברים", במסגרתה באים מתנדבים לבתיהם של זקנים ומסייעים להם לטפל בבעלי החיים הפרטיים שלהם.

כללים לעבודה עם בעלי חיים

יש לזכור, כי לא כל בעל חיים מתאים לעבודה טיפולית או לפעילות עם בני אדם. בעל החיים צריך להיות יציב באופיו וצפוי בהתנהגותו וכתגובותיו, מורגל למגע אדם וסובלני גם למגע של אדם שמגעו עלול להיות בלתי צפוי או אפילו מכאיב.

יש לדאוג לרווחתם של בעלי החיים עצמם ולבריאותם. תנאי חיים הולמים, היגיינה, נגישות למים ולמזון, מקום לתנועה ומסתור, טמפרטורה מתאימה וזמני מנוחה, כל אלה חיוניים לבעלי החיים. בגמרא נאמר, כי על האדם להאכיל את בהמתו לפני שיאכל בעצמו (מסכת ברכות, דף מ' ומסכת גיטין, דף ס"ב) וכן נאמר "כיוון שהבהמה עושה צרכיו והוא לתועלתו, ציווה הקב"ה שהבעלים מחויבים גם כן לשקוד על טובתה שלא יבוא לה צער" (אשכולי, תשס"ב: 436).

חשוב לדעת כיצד לחשוף את הזקנים בכלל ואת התשושים והסיעודיים בפרט, לבעלי חיים ובעיקר כיצד להציג אותם בפניהם. זאת, לשם שמירה על בטיחות הזקנים וגם כדי להגן על בעל החיים. הנחיות מדויקות ניתן למצוא במאמר "לשלוח שפן מהכוכב" (גולן-שמש, אלון וישראלי-שטרן, 2009).

הנחיות בסיסיות לטיפול ולסיוע בעזרת בעלי חיים

1. אין לחייב אף אדם להיות במגע עם בעלי החיים;
2. יש לכבד את זכותו של אדם שלא להיות בקשר עם בעלי החיים;
3. אין להשאיר לקוח או אורח לבד עם בעלי החיים;
4. יש להבטיח את זכויותיהם של בעלי החיים, בכלל זה: טיפול איכותי, הגנה מלחץ בלתי נחוץ ובלתי סביר, זמינות למים ולמזון, מקום לפעילות גופנית וכמובן סביבה נקייה ומאווררת (לוי ולוי, 2002);
5. יש להקפיד על מתן טיפול שוטף לבעלי החיים ועל פיקוח וטרינרי מסודר.
6. יש לוודא שלמטופלים אין היסטוריה קשה עם בעלי חיים וכי אין להם התוויות נגד טיפול בעזרת בעלי חיים ובהם כשל מערכת חיסונית, בעיות עור קשות ומחלות, כגון סוכרת ואלרגיה;
7. יש לגלות רגישות מיוחדת לניצולי שואה. אציין, כי בשנות עבודתי הרבות עם זקנים, בהם ניצולי שואה רבים, לא נתקלתי בפחד מכלבים, אלא להיפך. היו ניצולים שכלבים הצילו אותם בעת בריחתם וכשהיו במחבוא, ואף הזהירו אותם מפני הגרמנים.
8. אין לעבוד עם כלבים אשר מאומנים לעבודות הדורשות אגרסיביות, כגון כלבי ציד ושמירה, או גזעים אשר אומנו להיות כלבי שמירה על משפחה או על רכוש. גזעים

אלה עלולים להגיב באגרסיביות, בתקיפה ובנשיכה, בעיקר לתנועות פתאומיות. אין גם לעבוד עם כלבים תוקפניים, ובמיוחד לא עם גזעים שעבדו בשירות הגרמנים בעת מלחמת העולם השנייה, בהם רוטוויילר ורועה גרמני. זאת, במיוחד לגבי אנשים החיים עם דמנציה, ואשר איננו יודעים אילו זיכרונות המפגש עלול לעלות בהם.

9. יש להתחשב ברגשותיהם של זקנים לגבי בעלי חיים. רבים מהם לא נחשפו בעבר לבעלי חיים ויש כאלה שבעיניהם בעלי חיים נחשבים טמאים ומפחידים. במקרים אלה, חשוב לחשוף את הזקנים לבעלי החיים בהדרגה, תוך התייחסות לעמדותיהם ומבלי לכפות על אף אחד קשר עם בעלי חיים. עם זאת, הניסיון מלמד, כי עם סבלנות וכבוד להתנגדות, למרות הביטוי האנגלי ש"אי-אפשר ללמד כלב זקן תרגילים חדשים" – היו זקנים שלמדו לאהוב בעלי חיים ואף לבקש את קרבם. סוגי בעלי החיים אשר יוצרים קשר משמעותי עם בעליהם הוא רב ונרחב ומתפרס על פני קשת רחבה. ככלל, מומלץ לעבוד עם מגוון בעלי חיים. להלן מספר קווים מנחים לבחירת סוג בעל החיים:

1. כלבים

הכלבים נכונים ולא בכדי נחשבים לחבר הטוב ביותר של האדם. קשר אדם-כלב הוא עתיק יומין, ויחסו של הכלב לאדם הוא בסיס חשוב ביותר ליסוד הטיפולי שבו. היכולת לפתח קשר עמוק עם הכלב עונה על צרכים אנושיים רבים, כמו גם יכולתו של הכלב לנסוך ביטחון באדם, גם אם הוא כלב קטן ביותר.

חשוב לבחור כלב יציב נפשית, ללא טראומות בעברו, שעבר את תקופת הגוריות והוא מעל גיל שנה וחצי ומורגל לבית. רצוי להתייעץ עם איש מקצוע ולהתאים את הכלב מבחינת גזע, סוג הפרווה, גודל ואופי. גזעי הכלבים בגודל בינוני, המתאימים ביותר לעבודה עם זקנים, הם כלבי הרועים ובהם כלבי הקולי והאוסטרליים – אם הם מאומנים היטב. מבין הגזעים בגודל בינוני-גדול: גולדן רטריבר ולברדור. רבים מהכלבים הזעירים חסרי ביטחון ועלולים להגיב בנבחנות ואף בהתגוננות. הגזעים המתאימים יותר הם אלה מסוג ה-toy ובהם: פודל, קויליר, קינג צ'ארלס ופאג. הקיירן טרייר מצוין, וכן ג'ק ראסל מאומן היטב ושנאוצר ננסי, שוב בהדרגה על בדיקת האופי הייחודי של כל אחד ואחד.

2. חתולים

החתולים חושניים ביותר ויכולים לענות על הצורך במגע וכליטוף. הם גם אינם דורשים הוצאה החוצה, ובכך הם מתאימים לזקנים המתקשים בניידות. עם זאת, הם עלולים לשרוט,

ויש להיזהר במגעם עם אנשים בעלי עור רגיש. מנהגם להתחכך ברגליים, כדי לסמן בעלות, עלול לגרום לנפילות (חתול מסורס או מעוקר עשוי להתחכך פחות). החתול המתאים ביותר הוא מסוג ragdoll, שאותו ניתן לקחת לטיול גם ברצועה. חתולים ארוכי שיער טובים לעידוד סירוק והברשה, אך באותה מידה יש לדאוג לטיפול שערם באורח שגרתי. הם זקוקים למזון מיוחד שעולה מעט יותר.

3. ציפורים

הציפורים המומלצות הן בעיקר תוכיים בעלי כושר חיקוי, הם מצוינים לעבודה על קשר ועל תקשורת מילולית. בספר "אלכס ואני" מתואר מחקרה של פפברג (2008) על תוכיים מסוג אפרור אפריקני (ג'אקו), שגילה שמנת המשכל של התוכי תואמת לילד צעיר מאוד, ויש לו יכולת לא רק לדבר אלא גם להבין מושגים ולבנות הקשרים ומילים. גם ציפורים המורגלות לבני אדם ומוכנות לשבת עליהם עושות פלאים. אולם, יש להקפיד על בדיקה וטרינרית, שהן לא נשאות של מחלת הקלמדייה, העלולה לגרום לדלקת ריאות בבני אדם.

4. ארנבונים

ארנבונים מורגלים הם בעל חיים נפלא לעבודת מגע, האכלה וליטוף. הארנבונים הם חיות פרוותיות היוצרות קשר והטיפול בהם קל. הם מעורדים פעילות, קל להניחם בחיקו של הזקן או על שולחן לפניו. אורך חייהם מוגבל לכמה שנים, כך שהם אינם הופכים לנטל ארוך-טווח. גם כאן חשוב לוודא, שהארנבונים בריאים ובעיקר שאינם נשאים של טפיל הסאקבייס.

למרות אמונתי הרבה בקשר עם בעלי חיים, עליי לציין, שנתקלתי גם במצבים שבהם בעל החיים הפך לנטל על בעליו, גרם לו אי-שקט ומצוקה, אפילו כאשר אחרים נשאו בנטל הטיפול היום-יומי בו.

רבקה התגוררה שנים רבות בבית האבות עם כלבתה, אך עם הידרדרות במצבה הקוגניטיבי החלה להתייחס אליה כאל ילדה שלה, ניסתה להאכילה בכוח, משכה אותה באוזניה, יחס שיצר תוקפנות-מתגוננת מצד הכלבה. בצער רב ובליט ברירה נאלצנו להפריד בין השתיים. להפתעתנו, לאחר כמה ימים, רבקה שכחה את הכלבה והפכה רגועה יותר. הכלבה עברה למשפחה חדשה, וגם לה טוב יותר.

כלבי שירות

עבודה עם כלבי שירות מציגה את יכולתם של בעלי החיים לעזור לבני אדם עם צרכים מיוחדים. מוכרים לכולנו כלבי נחייה לעיוורים, כלבים מאותתי שמע, וכמובן כלבי שמירה וביטחון. במחקר שערכו החוקרים אלן ובלשוויץ (Allen & Blascovich, 1996) נמצא, כי כלבי שירות סייעו לנכים קשים, המרותקים לכיסאות גלגלים. בקרב כל הנבדקים היה שיפור ברווחה הפסיכולוגית, תחושת שליטה אישית, מעורבות בקהילה ובהופעה לבית הספר או לעבודה. אצל כולם היה שיפור דרמטי בירידה בשעות העזרה שקיבלו, אם בשכר ואם ללא שכר. תחום העבודה עם זקנים, באמצעות כלבי שירות, הוא חדש וגלומות בו אפשרויות רבות. בשנים האחרונות מתגלות אפשרויות נוספות, שבהן כלבים מתריעים בפני התקפי אפילפסיה; כלבים מזהים סרטן והיפוגליקמיה וכלבי שירות מסייעים לחולי אלצהיימר (Wells, 2012). זקנים הסובלים מבעיות נוירולוגיות שונות, עלולים ללקות בהפרעות שיגרמו למצבים שונים של פרכוסים ואפילפסיה; כלבי השירות המיוחדים מתריעים ומזהירים לפני אירוע אפילפטי, דבר שלא בני אדם ולא עוזרים טכנולוגיים יודעים לעשות. כך האדם יכול למצוא מקום בטוח מנפילות ואף להימנע מנפילות ומתאונות, הגורמות לשברים, לדימומים ולפציעות. נראה גם, כי כמות האירועים האפילפטיים פוחתת עם הכנסת כלב שירות. כלבי שירות מסוגלים גם להפעיל מערכת אלקטרונית המזעיקה עזרה בעת נפילה או בעת מצוקת נשימה (לוי, 2010). לדוגמה, דוריס, שסבלה מבעיה מוחית נוירולוגית, הרבתה ליפול ולוסי, כלבת השנאוצר הננסית שלה, הזעיקה עזרה בכל פעם שדוריס נפלה.

פרויקט משותף ומלהיב במיוחד, של יריב בן יוסף מהמרכז לכלבי שירות ותרפיה ושלי, נקרא Alzheimer Aid Dog – שהוא פיתוח ישראלי, ראשון מסוגו בעולם. הרעיון הוא לאמן כלבים להחזרה הביתה של חולי אלצהיימר, הנמצאים בשלבים הראשונים של המחלה, ושמירה שלא ילכו לאיבוד – מצב אשר עלול לסכן את חייהם. הסיוע חיוני ביותר לאותם אנשים בתחילת אלצהיימר, שתפקודיהם הקוגניטיביים שמורים יחסית והם אינם רוצים או צריכים להיות תלויים באחרים במשך 24 שעות ביממה, משום שהליקוי העיקרי שלהם מתבטא בהתמצאות בסביבה הפיזית (גולן-שמש, בן-יוסף ורבינוביץ, 2003).

שרה, הייתה באי-שקט קשה ונהגה להסתובב הרבה בעיר. כלבתה ליוותה אותה ומנעה מצבי הליכה לאיבוד, בכך שהחזירה אותה לביתה או למלווים אותה.

יש מצבים שבהם עלינו לאמן את הכלבים להתריע על יציאה מהבית, או כמו במקרה של דינה – לחפש אחרי החולה.

דינה נעזרה גם היא בכלבת שירות לאלצהיימר. עם התקדמות מחלתה, החלה דינה לחמוק מהבית. נעילת הבית והוספת גדר ושערים לא הספיקה. כלבתה, דייזי, התריעה כשדינה התקרבה לפתחים. לאור המצב, הגברנו אימונים לפקודת חיפוש "search", והכלבה מצאה את דינה במקומות שונים במהלך כל שעות היממה, עד להידרדרות נוספת במחלתה שחייבה את אשפוזיה.

הכלבים עוברים תהליכי בחירה, סינון והכשרה קפדניים ביותר ורק אחרי אימון של כשנה מחברים אותם לאדם, שלו הם מיועדים, והם מכירים את משפחתו ואת סביבתו הפיזית. חשוב להדגיש, כי הם מצליחים להחזיר את האדם למקום האחרון שממנו יצא, גם אם מדובר בסביבה שכלל אינה מוכרת להם.

לאחרונה, הכשרנו כלבה לחולה אלצהיימר צעיר, בעל תפקודים קוגניטיביים גבוהים יחסית, שרצה את הכלבה להמשך המחלה. למחרת שובו לארצות הברית, לאחר שהוכשר באוסטרליה לעבוד עם הכלבה אנייה, יצא אתה לטיול והלך לאיבוד. אנייה החזירה אותו לבית שאותו לא הכירה, כי זה עתה נחתה בארצות הברית.

בבתים שבהם עובדים כלבי השירות לאלצהיימר חל שינוי לטובה לא רק בתפקוד החולה, במצב רוחו ובקשר שלו עם העולם החיצון, אלא גם במשפחתו. המטפלים העיקריים חשים הקלה גדולה בעומס הנפשי עליהם. הכלבים תורמים לביטחון האישי והמשפחתי והופכים להיות חברים טובים, הנענים לאדם ולמשפחתו במשך כל שעות היממה. הכנסת הכלבים הביתה תורמת לאווירה טובה, משפרת אינטראקציה ומגדילה את רגעי החדווה והצחוק בבית.

לפני סיכום

במהלך כתיבת פרק זה ליוויתי דייר חדש שהגיע לבית האבות. תיאור הקורות אותו מדגים היטב את היכולת המופלאה של בעלי חיים לעזור לבני אדם במצוקה. להלן עיקרי הדברים:

יוני, בן 65, היה מאושפז בבית אבות סיעודי, לאחר שמאס בחייו והזניח את עצמו כמעט עד מוות. בבית האבות הסיעודי התאושש, מצבו הרפואי והתפקודי השתפר. ליוני אין קשר עם משפחתו, אך תמיד אהב בעלי חיים. הוא האכיל חתולי רחוב בסתר, מכיוון שהנהלה במקום הקודם שבו שהה אסרה על כך. הוא עבר לטיפולנו

לאור השתקמותו ומייד התלהב מנוכחות בעלי החיים במקום. יוני סבל מיתר לחץ דם, מדיכאון ומחרדה לצאת מחדרו. התחלנו להפעילו בסיוע בטיפול בבעלי החיים שבבית והוא גם התחבר לדוד, דייר שגר בבית האבות עם כלבתו ג'ני. יוני שמר עליה פעמים מספר, כשדוד יצא. בהמשך, החל ללוות את דוד כאשר יצא לטיולים עם ג'ני. מאוד בלטה לעין העובדה, שיוני אדם חברותי, אך גם שהוא בודד מאוד, מדוכך ולא מאמין בעצמו וביכולותיו. בתיאום עם הגורמים המטפלים בו ולאחר בדיקה עמו, הובאה לו כלבה קטנה וחסרת ביטחון עצמי. עכשיו, יוני ודוד מעירים זה את זה בשבע בבוקר ויוצאים יחד עם כלבותיהם לטיול. שניהם יושבים יחד בפעילויות ובארוחות עם שתי הכלבות, יוצאים יחד לטיולים, חוזרים ומדווחים על קורותיהם: "ראינו הופעה של הארי קרישנה..." קשר עז נוצר בין יוני לבין כלבתו ובמקביל, החיבור בינו לבין דוד מתהדק. גם הכלבות הפכו לחברות והן עוברות מחדר לחדר. יוני ישן עם כלבתו במיטה ואומר שהדבר מרגיע אותו מאוד: "היא טובה יותר מכל תרופה." בעת הטיולים על הכלבות, אנשים ברחוב יוצרים קשר עמו, כפי שתואר לעיל. לחץ דמו של יוני ירד, הופחתו התרופות שהוא לוקח. סדר יומו גדוש מסביב לטיפול בכלבתו, הכולל טיולים, תרגולת גופנית וטיפוח. בנוסף לכך, יוני מצטרף לפעילויות אחרות, לאור השיפור במצבו הרגשי. אסיים בדבריו: "אני מאושר. אני כבר לא יושב לבד בחדרי ואני כבר לא חושש לצאת ממנו. יש לי בשביל מה לחיות."

סיכום

תרומתם של בעלי החיים לאדם היא עצומה והם מסייעים בתחומים רבים ומשמעותיים. בעל החיים מקל על בדירות, משמש כמתווך חברתי, שובר קרח, משפר את הדימוי החברתי של האדם הזקן ומעניק לו חברה, נוחם ומגע.

יש אנשים שקל להם יותר ליצור קשר ומגע עם בעלי חיים מאשר עם בני אדם. בעל החיים אינו בוחן/מתסכל/מתאכזב/כואב בשל ליקויים בתפקודיו השונים של האדם. הוא מעודד תקשורת מילולית, מיקוד ורלוונטיות ומקל על הבעת רגשות. בעל החיים מספק לאדם הזדמנות למלא תפקיד הורי ובכך מחזק תחושת ערך עצמי וביטחון. המגע החם והנעים, הנוצר בעיקר עם בעל חיים פרוותי, מפעיל את החושים ואת הזיכרונות הגופניים הראשונים. הטיפול בבעלי החיים, הכולל הולכה, האכלה וטיפוח, מסייע בשמירה על מיומנויות מוטוריות ומספק משמעות לזמן ולחיים.

העבודה בעזרת בעלי החיים היא רחבה ודרכה ניתן להגיע לכל מגוון אוכלוסיית הזקנים בתפקודים שונים, מעצמאיים ועד סיעודיים, אנשים בצלילות מלאה ובמצבים שונים של דמנציה, בקהילה ובבית אבות. הקשר עם בעל החיים יכול להיות ארעי ורגעי או מתמשך, עם מטרות טיפוליות נרחבות, שהוא הרצוי יותר. חשוב שהמטפלים והעובדים בעזרת בעלי חיים יהיו מיומנים, בייחוד אם מדובר בטיפול ולא רק בפעילות עם בעלי החיים. חשוב לוודא, כי הצוות במקום מודע ופתוח לנושא, יוצר סביבה תומכת ומאפשרת וכי בריאותם, רווחתם וזכויותיהם של בעלי החיים יישמרו ויכובדו.

בובה וג'סי וכל בעלי החיים בגלי האופרה

ג'סי ובובה לעולם ועד
ואנחנו כולם ביחד ולא לבד
אקו מושך לבובה בזנב.
כי הוא חושב שהספה שלו לבד.
לכל בעלי החיים יש פה מקום וטריטוריה
אבל המקום שייך לכולם לפי התיאוריה
לרוב דיירי הבית יש חיית מחמד
וכולנו ביחד תמיד בראש אחד.
הציפורים מציצות פה כמו בטבע,
זה מוסיף הרבה יופי וצבע.
ויש כאן תוכי ששר בטוהובן,
וזה מוסיף המון יופי וחקן.
כל הבית מלא עם שריקות וצפצופים,
עד שיורד היום וחשכת הדמדומים.
יש כאן הרבה ציפורים וחיות לרוב,
ואין זמן במשך היום, את כולם לאהוב.
וכך כל יום ויום, עובר לו כאן בעצלתיים.
מטפלי החיות מנקים, ונותנים אוכל ומים.
אומרים שחיות עוזרות לריפוי בני האדם,
אהבה כזאת עוד לא ראינו מכל קצווי-עולם.
כל היום הדיירים והאורחים מלטפים החיות,
זה המקום הכי מקסים שכדאי כאן להיות.
יש הרבה מקומות יפים בכל רחבי העולם

מקום כזה נעים ונחמד, לא נמצא אף פעם.
 כל מי שהתמזל מזלו, נשאר כאן לעולם!
 חבל שהמקום קטן, ולא מספיק לכולם, חבל.
 אבל, מי שגר כאן לא יהיה אף פעם אומלל
 יש לנו שתי כלבות נחמדות – ג'סי ובובה!
 כל מי שמגיע הן נובחות: ברוך הבא!
 כולם מלטפים אותן בכל מקום בגוף,
 זו לא בושה, אני עליהן מת ואף שרוף!
 בובה וג'סי לנצח נצחים,
 כמו שושנה בין החוחים.

מקורות

- אשכולי, י. (תשס"ב). צער בעלי חיים בהלכה ובאגדה. אופקים: אופקים הוצאת לאור.
 בלום, ד. (2005). ניסויים באהבה – הארי הרלו והפסיכולוגיה של החיבה. תל אביב:
 ידיעות אחרונות וספרי חמד.
 גולן-שמשי, ד. (2010). תרומתן של חיות מחמד לזקנים. בתוך: ברנבאום, ר. (עורכת),
 אלצהיימר ודמנציות אחרות, הטיפול והתמודדות המטפלים עם תשושי נפש בקהילה.
 ירושלים: אשל, ג'וינט ישראל.
 גולן-שמשי, ד., אלון ע. וישראל-שטרן ע. (2009). לשלוף שפן מהכובע. עלון חיות וחברה.
 38, 31-36.
 גולן-שמשי, ד., בן-יוסף, י. ורבינוביץ, א. (2003). פיתוח ישראלי: כלבי סיוע לחולי
 אלצהיימר. עלון חיות וחברה, 23, 77-86.
 גונטר, ב. (1999). על חיות ואנשים – הפסיכולוגיה של חיות המחמד. קריית ביאליק: אח.
 גמרא. מסכת ברכות, דף מ', מסכת גיטין, דף ס"ב, מסכת תענית, כ"ג, א.
 גרנדין, ט. וג'ונסון, ק. (2005). השפה הסודית של בעלי החיים. תל אביב: ניר.
 דוזה, ד. (2011). ביקור חולים עם אוסקר. תל אביב: מטר.
 דורון, י. (עורך). (2013). גילנות בחברה הישראלית – הבנייה חברתית של הזיקנה בישראל.
 ירושלים: הקיבוץ המאוחד.
 דייויס, פ. ק. (1994). כוחו של מגע. ישראל: אור-עם.

- לוי, ז. ולוי, נ. (2002). אתיקה, רגשות ובעלי חיים – על מעמדם המוסרי של בעלי חיים (עמ' 171-199). חיפה: ספריית הפועלים ואוניברסיטת חיפה.
- מכון ברנדמן לייעוץ ולמחקר שיווקי. (2006). סקר בנושא עלות תחזוקה של חיות מחמד. מלאך, ה. ושנן, י. (1997). יחסי אדם-חיות מחמד, השפעות על בריאות פיזית ונפשית בעת הזיקנה. סקרים וסקירות בגרונטולוגיה, 103, 7-11.
- פפרברג, מ. א. (2008). אלכס ואני – כיצד גילו מדענית ותוכי עולם נסתר של תבונה אצל בעלי חיים, ויצרו קשר רגשי עמוק. תל אביב: מטר.
- זור, ד. (2003). מגע בטיפול ובעלי חיים. חיות וחברה, 22, 49-58.
- קובלר-רוס, א. (1969). לחיות עם המוות. תל אביב: צ'ריקובר.
- קיוואק, א. (2000). מפגשים טיפוליים עם חיות מחמד. קריית ביאליק: אח.
- שליי, מ. (1996). המרפא הפרוותי. תל אביב: צ'ריקובר.
- Allen, K. (2003). Are pets a healthy pleasure? The influence of pets on blood pressure. *Current directions in psychological science*, 12 (6).
- Allen, K. & Blascovich, J. (1996). The value of service dogs for people with severe ambulatory disabilities. A randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association* 275 (13), 1001-1006.
- Allen, K., Blascovich, J. & Mendes, W.B. (2002). Cardiovascular activity and the presence of pets, friends and spouses: The truth about cats and dogs. *Psychosomatic Medicine*, 64, 727-739.
- Allen, K., Shykoff, B.E. & Izzo, J.L. Jr. (2001). Pet ownership, but not ACE inhibitor therapy, blunts home blood pressure responses to mental stress. *Hypertension*, 38, 815-820.
- Anderson, W.P., Reid, C.M. & Jennings, G.L. (1992). Pet ownership and risk factors for cardiovascular disease. *Medical Journal of Australia*, 157, 298-301.
- Banks, M.R. & Banks, W.A. (2002). The effects of animal-assisted therapy on loneliness in an elderly population in long term care facilities. *Journal of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences* 57A, (7), 428-432.
- Bar-On, S. (2013). Is animal-assisted psychotherapy a profession? The consolidation of the professional identity of the animal-assisted psychotherapist in Israel. In: Parish-Plass, N. (Ed.), *Animal assisted psychotherapy, theory, issues and practice*. Indiana: Purdue University Press.

- Batson, K., McCabe, B., Baun, M. & Wilson, C. (1998). The effect of a therapy dog on socialization and physiological indicators of stress in persons diagnosed with Alzheimer's disease. In: C. Wilson & D. Turner. *Companion animals in human health*. Ca: Sage.
- Baun, M. & Johnson, R. (2010). Human animal assisted Interaction and successful aging. In: A.H. Fine (Ed.), *Animal assisted therapy — theoretical foundations and guidelines for practice*. San-Diego California: Academic press.
- Beck, A. & Katcher, A.H. (1983). *Between pets and people*. NY: Pedigree Books.
- Bernstein, P.L., Friedmann, E. & Malaspina, A. (2000). Animal assisted therapy enhances resident social interaction and initiation in long-term care facilities. *Antrozoos*, 13 (4).
- Brickel, C.M. (1979). The therapeutic roles of a cat mascots with a hospital-based geriatric population; a staff survey. *Gerontologist*, 19 (4), 368-372.
- Brickel, C.M. (1981). A review of the roles of pet animals in psychotherapy and with the elderly. *The International Journal of Aging and Human Development*, 12 (2), 119-128.
- Brickel, C.M. (1985). Initiation and maintenance of the human-animal bond: Familial roles from a learning perspective. In: M.B. Sussman (Ed.), *Pets and the Family*. NY: The Haworth Press.
- Cole, K.M., Gawlinski, A., Steers, N. & Kotlerman, J. (2007). Animal assisted therapy in patients hospitalized with heart failure. *American Journal of Critical Care*, 16 (6), 575-585.
- Crowley-Robinson, P., Fenwick, D.C. & Blackshaw, J., K. (1996). A long-term study of elderly people in nursing homes with visiting and resident dog. *Applied Animal Behaviour Science* (49) 1, 137-148.
- Cusack, O. & Smith, E. (1984). *Pets and the elderly: The therapeutic bond*. NY: The Haworth Press.
- Cusack, O. & Smith, E. (1988). *Pets and mental health*. NY: The Haworth Press.
- Ebenstein, H. & Worthman, J. (2001). The value of pets in geriatric practice: A program example. *Journal of Gerontological Social-Work*, 35 (2), 99-115.

- Fick, K.M. (1993). The influence of an animal on social interaction of nursing home residents in a group setting. *American Journal of Occupational Therapy*, 47 (6), 529-534.
- Franti, C.E., Kraus, J.F., Borhani, N.O., Johnson, S.L. & Tucker, S.D. (1980). Pet ownership in rural Northern California (El Dorado County). *Journal of the American Veterinary Medical Association*. 176, 143-149.
- Friedmann, E., Katcher, A.H., Lynch, J.J. & Thomas, S.A. (1980). Animal companions and one year survival of patients after discharge from a coronary care unit. *Public Health Reports*, 95 (4) 307-312.
- Fritz, C.L., Ferver, T.B., Kass, P.H. & Hart, L.A. (1995). Association with companion animals and the expression of non-cognitive symptoms on Alzheimer's patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 459-463.
- Garrity, T.F., Stallones, L., Marx, M.B. & Johnson, T.P. (1989). Pet ownership and attachment as supportive factors in the health of the elderly. *Anthrozoos*, 3 (1), 35-44.
- Harlow, H.F. (1958). The nature of love. *The American Psychologist*, 13, 673-685.
- Harlow, H.F. & Zimmerman, R.R. (1959). Effectual responses in the infant monkey. *Science*, 130, 421-432
- Harris, M.D., Rinehart, J.M. & Gestman, J. (1993). Animal-assisted therapy for the homebound elderly. *Holistic Nursing Practice*, 8 (1), 27-37.
- Keil, C.I.P. (1990). *Conceptual framework of human-animal relationships: An empirical examination*. Lawrence: University of Kansas.
- Levinson, B.M. (1972). *Pet and the human development*. NY: Charles C. Thomas.
- Levinson, B.M. (1978). Pets and personality research. *Psychological Reports*, 41, 1031-1038.
- Luanaigh, C.O. & Lawlor, B.A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry* (23), 12, 1213-1221.
- Luo, Y., Hawkey, L.C., Waite, L. J. & Cacioppo, J.T. (2013). Loneliness, health and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine* (74), 6, 907-914.
- Majic, T., Gutzman, H., Heinz, A., Lang, U.E. & Rapp, M.A. (2013). Animal assisted therapy and agitation and depression in nursing home residents

- with dementia: A matched case-control trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (11), 1052-1059.
- McNicholas, J. & Collis, G.M. (2000). Dogs as catalysts for social interactions: Robustness of the effect. *British Journal of Psychology*, 91, 61-70.
- Mugford, R.A. & M'Comisky, J.G. (1975). Some recent work on the psychotherapeutic value of cage birds with old people. In: R.S. Anderson (Ed.), *Pets, animals and society* (pp. 54-65). London: Bailleire Tindall.
- Odentaal, J.J. & Meintjesb, R.A. (2003). Neurophysiological correlates of affiliative behaviour between humans and dogs. *The Veterinary Journal*, 165 (3), 296-301.
- Oka, K. & Shibata, A. (2009). Dog ownership and health — related physical activity among Japanese adults. *Journal of Physical Act Health*, 6, 412-418.
- Perelle, I.B. & Granville, D.A. (1993). Assessment of the effectiveness of a pet facilitated therapy program in a nursing home setting. *Society of Animals*, 1 (1), 91-99.
- Richeson, N.E. (2012). Effects of animal assisted therapy on agitated behaviors and social interactions of older adults with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* (27), 625-632.
- Risley-Curtiss, C., Holley, L.C., Cruickshank, T., Porcelli, J., Rohads, C., Bacchus, D. et al. (2006). "She was family": Women of color and their animal-human connections. *Afflia*, 21, 433-447
- Risley-Curtiss, C., Rogge, M.A. & Kawam, E. (2013). Factors affecting social worker's inclusion of animals in practice. *Social Work*, 58, 153-161
- Rogers, J., Hart, L.A. & Boltz, R.P. (1993). The role of pet dogs on casual conversations of elderly adults. *The Journal of Social Psychology*, 133 (3), 265-277.
- Rokach, A. (1990). Surviving and coping with loneliness. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 124 (1), 35-54.
- Rowan, A.N. & Beck, A.M. (1994). The health benefits of human-animal interactions. *Antbrozoos*, 7 (2), 85-89.
- Sable, P. (1995). Pets, attachment and well-being across the life cycle. *Social Work*, 40 (3), 334-340.
- Savishinsky, J.S. (1992). Intimacy, domesticity and pet therapy with the elderly: Expectations and experience among nursing home volunteers. *Social Science and Medicine*, 34, 1325-1334.

- Siegel, J.M. (1990). Stressful life and use of physician services among the elderly: The moderating role of pet ownership. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (6), 1081-1086.
- Sinason, V. (2006). No touch please: We're British psychodynamic practitioners. In: G. Galton (Ed.), *Touch papers*. London: Karnac Books.
- Thomas, W. (1996). *Life worth living, The Eden alternative in action*. Acton, Massachusetts: Vander Wyk & Burnham.
- Wells, D.L. (2004). The facilitation of social interactions by domestic dogs. *Anthrozoos*, 7, 335-340
- Wells, D.L. (2012). Dogs as a diagnostic tool for ill health in humans. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 18 (2), 12-17.
- Veevers, J.E. (1985). The social meanings of pets: Alternative roles for companion animals. *Pets and the Family*, 8 (3-4), 11-30.

אורקולי

סרט של ערוץ 8, בבימוייה של יעל קיפר: שלום לולה, להתראות פלאק.
שני סרטים של אשל הפקות, המרכז האורקולי: חיות המחמד והזקן והקץ לבדידות.

אתרי אינטרנט

1. www.aadogs.com – כלבי שירות לחולי אלצהיימר, יריב בן-יוסף, המרכז לכלבי שירות ותרפיה.
2. www.animalsoc.tau.ac.il – חיות וחברה, החוג לזואולוגיה אוניברסיטת תל אביב.
3. www.beithashemesh.co.il – מאמרים נוספים של גולן-שמש בנושא.
4. www.colliers-israel.com – מירנה שיבולת, מחוות שער הגיא. מאמרים על עבודתם של כלבי שירות מסוג קולי קצר שיער. העמוד העוסק ב-companion and service dogs
5. Delta Society publications
6. www.keren-zvi.co.il - בעלי חיים בפינת החי – המרכז לטיפול בחיות אקזוטיות, אבי קרן-צבי.
7. www.pets.org.il – רעות אשל.
8. www.brookdaleheb.jdc.org.il – מכון ברוקדייל למחקר בתחום הזיקנה.

פרק 14

השימוש בשיטות של היפנוזה, הרפיה ומדיטציית המיינדפולנס בטיפול באנשים זקנים

אהוד בודנר

מבוא

לפי הערכות שונות, כ-50% מבני גיל 65 ומעלה זקוקים להתערבות מקצועית בתחום הטיפול הנפשי, אך רק כ-3% מתוכם מקבלים טיפול כזה. בעיות רבות, שלהן נדרשת פסיכותרפיה באנשים בגילאי 60 ומעלה, קשורות לכאבים גופנים ולדיכאון, וכן לשילובים שונים בין מחלות גופניות לבין דיכאון וחרדה (Smith, 2004; 2006; Werner, 2009). בנוסף לכל אלה, על הפסיכותרפיה באנשים זקנים להתחשב בסטיגמה הכפולה (של זיקנה ושל מחלה נפשית), שממנה סובלת קבוצת גיל זו, בצמצום הקשרים החברתיים, בתחושת הבדידות ובפגיעה המתמשכת בערך העצמי שלהם (McMullin & Cairney, 2004; Robbins & Trzesniewski, 2005).

מצבים אלה של בדידות, צמצום חברתי ודעות קדומות כלפי אנשים מבוגרים, החווים מצבי דיכאון וחרדה, גורמים סבל רב ומתמשך לזקנים. בצד כל אלה, ההידרדרות במצבם הבריאותי, שיכולה להתרחש בתוך פרקי זמן קצרים, מחזקת את הצורך בשיטות טיפול קצרות מועד, שאינן מחייבות קשר ממושך. שיטות המדגישות את הכוחות של הפרט עשויות להגביר את הערך העצמי שלו ואת תחושת המסוגלות שלו וניתנות לתרגול ולביצוע באופן עצמאי.

על רקע זה, בצד טיפולים מתחום הפסיכולוגיה החיובית, שנמצאו יעילים בקרב אנשים בגיל מבוגר יותר מאשר בגילאים צעירים יותר (Sin & Lyubomirsky, 2009) הולך ומתברר, בשנים האחרונות, הצורך בשימוש בשיטות כמו היפנוזה, הרפיה ומדיטציית המיינדפולנס בטיפול באנשים בגילאי זיקנה (Lutgendorf, Lang, Berbaum et al., 2007; McBee). פרק זה יתמקד בשיטות אלו ובהבדלים ביניהן, יסקור

את ההיבטים המעשיים הנוגעים לשימוש בהן באוכלוסייה מבוגרת ויצג שלוש דוגמאות לעבודה באמצעות היפנוזה, הרפיה ומדיטציית המיינדפולנס במסגרת פרטנית וקבוצתית עם אנשים בגיל זיקנה. הפרק יסתיים בשורת מסקנות והמלצות ליישום שיטות הטיפול הללו בגיל המבוגר.

על היפנוזה, הרפיה ומיינדפולנס

קיימות הגדרות רבות להיפנוזה. כך למשל, בישראל, על פי חוק ההיפנוזה משנת 1984, סעיף 7, היפנוזה מוגדרת כ: "פעולה או תהליך המיועדים או עשויים לגרום באמצעות סוגסטיית לשינויים במצב תודעתו ובמודעותו של אדם אחר וכן לשינויים בגופו, בתחושותיו, ברגשותיו, בחשיבתו, בזיכרונו או בהתנהגותו." זוהי רק הגדרה אחת מיני רבות להיפנוזה ובהיותה מתאימה לכל פעולה של שכנוע או השפעה על אדם אחר (כמו פרסום מוצר, שידור כתבה, נאום) וחסרת כל בסיס תיאורטי, היא רחוקה מלהיות מספקת. בפרק זה אומצה הגדרתם של סטיבן לין ועמיתיו, שנלקחה ממאמרם, שבו השוו בין גישת ההיפנוזה למדיטציית המיינדפולנס (Lynn, Dass, Hallquist et al., 2006). בחירה זו מספקת מסגרת תיאורטית הולמת לפרק זה, אשר דן בכפיפה אחת בגישת ההיפנוזה, בטכניקת ההרפיה ובמדיטציית המיינדפולנס.

לין ועמיתיו בחרו ב"תיאוריית התגובה הקבועה מראש" (response set theory) כבסיס להגדרה של היפנוזה (Kirsch & Lynn, 1998). לפי תיאוריה זו, קיימים בבני אדם דפוסים מותנים של אסוציאציות, אשר, בתנאים מסוימים, יוצרות מוכנות להגיב בדרכים קבועות. מדובר בתגובות המופעלות באופן אוטומטי על ידי גירויים חיצוניים (כמו סוגסטיית היפנוטיות) או פנימיים (כמו תחושות גופניות או מצב רוח). תהליך זה של היפנוט יכול להתרחש גם באופן עצמאי. הוא יכול לנבוע מתגובה להתנהגות של אדם אחר, או מתגובה לרעיון פנימי והוא מתואר כפעולה של היפנוט עצמי, מושג השגור בקרב רבים מהכותבים (Fromm & Kahn, 1990; Killeen & Nash, 2003). לתהליכים אלה של היפנוט עצמי יש תפקיד ממשי לא רק בתהליך החיובי של ריפוי ממחלה, אלא גם בהתפתחות מצבים שליליים של הפרעות נפשיות, כגון מצבי חרדה, דיכאון או הפרעות אכילה (Kirsch & Lynn, 1999). בהמשך להשקפה זו על היפנוזה כפעולה של היפנוט עצמי, ניתן גם לטעון, כי בגיל המבוגר, שבו גוברת ההסתמכות על תהליכים אוטומטיים של גישה למידע בזיכרון, המחליפה מאמץ מכון ומודע של היזכרות (La Voie & Light, 1994), מתרחשים תהליכים רבים יותר של היפנוט עצמי.

הרפיה (relaxation) מהווה תופעה שכיחה במצב ההיפנוטי (Yapko, 1995). הקשר בין היפנוזה להרפיה כה חזק, עד כי ניתן אף למצוא בספרות המקצועית הגדרות שבהן תגובת ההרפיה מהווה חלק מההגדרות הקיימות להיפנוזה. למשל, "מצב עמוק של רלקסציה עם סוגסטיביליות מוגברת והשעיה זמנית של כשרים שונים" (Vickers & Zollman, 1999, p.1346). לשון אחר, מצב עמוק של רגיעה עם מוכנות לפעול בהתאם להצעות של אחרים ואי-שימוש חולף בכשרים שונים. בין ההקשרים המילוליים של הרפיה, שמופיעים במילון תזאורוס (<http://www.thefreedictionary.com/relaxation#Thesaurus>) ניתן למצוא היבטים גופניים (למשל, התארכות הדרגתית של שרירים לא פעילים וסיבי שריר, או הרגשה של רדימות), היבטים רגשיים (לדוגמה, היעדר מתח ודאגה), היבטים קוגניטיביים (כגון, הגמשת החשיבה) והיבטים חברתיים (למשל, חופש מעבודה ומאחריות).

ישנן שיטות שונות להרפיה, הניתנות להפעלה ללא קשר להיפנוזה, ולהלן המרכזיות שבהן. הרפיה שרירית מתקדמת הנקראת גם "שיטת ג'קובסון", אשר בה מכווצים ומרפים על פי סדר קבוצות שונות של שרירים (Jacobson, 1938). הרפיה אוטוגנית, שפותחה על ידי ד"ר שולץ בשנת 1932 (Schulz & Naruse, 1963), שבה המטופלים מתרכזים בחוויה של תחושות שונות (כמו חמימות או כבדות) בחלקי גוף שונים ועל פי סדר נתון. ישנה גם שיטת בנסון, אשר בה מלווה ההרפיה בתיאור מילולי של הרגיעה המתרחשת בחלקי גוף שונים, מבלי שהפרט נדרש לעשות מאמץ פעיל כדי לכווץ או להרפות שרירים אלה (Benson, 1975). בכל מקרה, מצב ההרפיה אינו הכרחי כדי לאפשר תגובה לסוגסטיות ההיפנוטיות, והיכולת להגיב לסוגסטיות היפנוטיות מתקיימת גם במצבים הפוכים להרפיה, דהיינו במצבים של פעילות גופנית מאומצת כמו, למשל, בעת רכיבה על אופניים (Banyai, 1991). בדומה לכך, למרות שהרפיה יכולה להתקיים במהלך מדיטציית המיינדרפולנס, הרי שהיא אינה הכרחית, כדי לאפשר לפרט להיכנס למצב של מיינדרפולנס וגם אינה נכללת במטרות של שיטה זו.

מצב מדיטציית המיינדרפולנס (mindfulness) מוגדר כמהלך של קשב בלתי שיפוטי, המלווה בידיעה מטה-קוגניטיבית מפורשת, שקוגניציות אינן אלא אירועים מנטליים (Kirsch & Lynn, 1999). תפיסה זו מבוססת על החשיבה הבודהיסטית הטוענת, כי התפיסות שלנו את המציאות מעוצבות באמצעות עמדות, אמונות, הנחות ורגשות שיש לנו כלפי אותן תפיסות (Toneatto, 2002). על פי החשיבה הבודהיסטית, במצבים נפשיים קשים (כמו חרדה או דיכאון), אנו נוטים להתקבע על מחשבות שליליות ולהעלותן שוב ושוב לתודעה. הדבר גורם להפעלה של תכנים שליליים, המתפשטים על פני התודעה. מדיטציית המיינדרפולנס, המהווה סוג של התבוננות פנימית (meditation), נועדה לאפשר צפייה בזרימת המחשבות והאירועים המתרחשים סביבנו, ללא הכרח לפעול בהתאם לרחף או

לרגש נתון (למשל, ללא הכרח להישכות ברגש של כעס). בשנים האחרונות הצטברו הוכחות לכך, שבמהלך התרגול של מדיטציית המיינדפולנס, דווקא החשיפה המורחבת לרגשות, למחשבות ולתחושות, שבדרך כלל אנו נוטים להימנע מהם, מפחיתה את שכיחותם ואת אי הנוחות שבדרך כלל כרוכה בהופעתם. כך, למשל, נמצא, כי עידוד המטופל שסובל מכאב כרוני להתבונן בכאב, כשהוא או היא מאמצים עמדה לא שיפוטית ומקבלת כלפי תחושות הכאב והמחשבות הקטסטרופליות המלוות אותו, יכולה להקל באופן משמעותי על הכאב (Baer, 2003; Kabat-Zinn, 1982) ואף להפחית את הסיכוי לחזרה של אפיזודות דיכאוניות בהיקף של בין 40% ל-50% באנשים שסבלו משלוש או יותר אפיזודות כאלה של דיכאון. ההשפעה הזו של מדיטציית המיינדפולנס על דיכאון דומה להשפעה של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי בדיכאון (Kenny & Williams, 2007; Teasdale, Moore, Hayhurst et al., 2002). מחקר נוסף הראה את היעילות של טיפול באמצעות מדיטציית המיינדפולנס במניעת התנהגויות אברניות חוזרות (Williams & Duggan, Crane et al., 2006). שימוש במדיטציית המיינדפולנס נמצא יעיל גם בטיפול בהפרעת אישיות גבולית (Linehan, 1993) וכן במצבי דיכאון וחרדה באוכלוסייה מבוגרת (Smith, 2006). אחד ההסברים ליעילות של מדיטציית המיינדפולנס במצבים אלה הוא, ששיטה זו מאפשרת צפייה במחשבות מבלי לשייך להן תוויות שיפוטיות שפתיות בכלל ובמיוחד לא תוויות שליליות. לטענתם של הייס ווילסון (Hayes & Wilson, 2003), אנו נוטים להעדיף תוויות מילוליות חיוביות על פני שליליות. כתוצאה מכך, מתפתח אצלנו דו-שיח מנטלי, שבמהלכו אנו מנסים להימנע ממחשבות שליליות ומחפשים אחר מחשבות חיוביות. במצבים שבהם קיים פער בין הרצוי למצוי, או במצבים שבהם קיימות מחשבות שליליות, הניסיון לברוח מהן רק מגביר את ההתמקדות בהן וכתוצאה מכך גם את הסבל.

על הדומה והשונה בין גישת ההיפנוזה לבין מדיטציית המיינדפולנס

מאחר שבין גישת ההיפנוזה ומדיטציית המיינדפולנס קיימים קווי דמיון ושוני ושתיהן מתבססות על עקרונות טיפוליים דומים, הבנה טובה יותר של המשותף והשונה ביניהן תתרום לשימוש מושכל יותר בשתיהן. ניסיון לעמוד על הדומה והשונה בין גישת ההיפנוזה ומדיטציית המיינדפולנס נעשה בעבר על ידי לין ועמיתיו (Lynn et al., 2006). במהלך השורות הבאות יוצגו עיקרי ההשוואה שעשו כותבים אלה בין שתי השיטות, ויפותח הדיון בכל אחד מעשרת העקרונות, שבאמצעותם אפשר להבחין בין גישת ההיפנוזה למדיטציית המיינדפולנס.

הדמיון והשוני בין גישת ההיפנוזה לבין מדיטציית המיינדפולנס

	העיקרון	גישת ההיפנוזה	מדיטציית המיינדפולנס
1.	תפקיד הסוגסטיות	ליצור שינוי	להפחית חשיבות
2.	מיקוד הקשב	במחשבות, ברגשות, בזיכרונות	בתהליכים גופניים, בשינויים בתפיסת הזמן
3.	אופי הקשב	ממוקד בגירויים מוגדרים	קשב צף
4.	טכניקות החשיפה	ייחודיות	ייחודיות
5.	שילוב ההרפיה	שכיחה, רצויה, אך לא הכרחית	יכולה להופיע, לפעמים נחשבת לא רצויה
6.	מופעים של אי-נוחות	קיימים	קיימים
7.	עיתויו ואופיו של השינוי הצפוי	בסמוך לסיום הטיפול ומוכלל לסביבות שונות	מושהה, לאחר זמן רב יותר ומוכלל לסביבות שונות
8.	אפשרויות לתרגול	רחבות	רחבות
9.	כלי אבחון	סולמות מדידה התנהגותיים	שאלונים
10.	המיקוד בשינויים מתהווים	Pacing and leading	שילוב התרגול ביומיום כחלק מעידוד הסובלנות לשינויים

נסקור עתה את העקרונות השונים:

1. **תפקיד הסוגסטיות:** הצלחת ההיפנוזה תלויה במידה רבה ביכולתם של המטופלים לחוות את הסוגסטיות המכוונות ליצור שינויים במחשבות, ברגשות, בתפיסות, בתחושות ובזיכרונות שלהם. הסוגסטיות ההיפנוטיות ניתנות במטרה ברורה להשיג שינוי בהרגשה של הפרט (למשל, הקלה בכאב). בשונה מכך, השימוש בסוגסטיות לא פועל כמכניזם מרכזי בגישות המבוססות על מדיטציית המיינדפולנס והניסיון לשנות רגשות ומחשבות אינו מאפיין טכניקה זו. למעשה, הכלל המרכזי, שאפשר לנסח בהקשר של מדיטציית המיינדפולנס הוא, שאין לשייך ערך מיוחד לכל סוג של תוכן בכל רגע נתון ושאינן צורך לשנות דבר בתודעה.

2. **מיקוד הקשב:** היפנוזה ומדיטציית המיינדפולנס מתבססות על תהליכי קשב ועל תיעול משאבי קשב, במטרה ליצור מיקוד פנימי של הקשב ולהשיג תוצאה טיפולית חיובית. באופן ייחודי, במהלך ההיפנוזה, המטופלים מתבקשים להאזין באופן מקבל ולא שיפוטי לסוגסטיות ולאפשר לעצמם לשקוע עמוק יותר אל תוך החוויות הפנימיות שלהם. בדומה לכך, הבקשה ממי שמתרגלים מדיטציית מיינדפולנס היא לצפות בזרם המחשבות והרגשות שלהם באופן מקבל ולא שיפוטי. עם זאת, בעוד שבהיפנוזה עצמית קיים, בדרך כלל, יותר מיקוד במחשבות, ברגשות ובזיכרונות, במדיטציה בכלל ובמדיטציית המיינדפולנס בפרט, ישנה יותר מודעות לתהליכים גופניים, לשינויים בתפיסת הזמן ולחוויה של האטת תהליכים גופניים.
3. **אופי הקשב:** בעוד שבהיפנוזה ממקדים את הקשב בגירויים מוגדרים (למשל, בתחושות של קלות או של כובד באיברי גוף שונים), במדיטציית המיינדפולנס מעודדים קשב צף (למשל, התבוננות במחשבות ובזרימה החופשית שלהן).
4. **טכניקות החשיפה:** בשתי השיטות משמשים עקרונות דומים לחשיפה לגירויים מאיימים. למעשה, בשתי השיטות נעשה ניסיון להגביר את הקבלה של קשיים ולצמצם את ההימנעות החווייתית. בשתייהן נהוג לבצע את התרגול בעיניים עצומות ובשתייהן מתבקש הפרט לדמיין מראות שונים. בנוסף לכך, בשתי השיטות נעשה ניסיון לאפשר לפרט לקבל את הרעיונות השונים שהוא או היא מדמיינים, מבלי לשפוט אותם ומבלי להירתע מהם. חשיפה זו בדמיון לגירויים או לרעיונות מאיימים, המשותפת לשתי השיטות, מכוונת על מנת להגביר קבלה עצמית (למשל, להיבהל פחות מעצם העובדה שמסמיקים) ולהפחית הימנעות התנהגותית (למשל, להעז יותר לשהות במצבים חברתיים שכרוכים באי-נוחות). עקרונות אלה עומדים מאחורי דרכי חשיפה רבות המקובלות בהיפנוזה: (א) חזרה התנהגותית (פעולה שבה מדמיינים אירועים שיתרחשו בעתיד ואת האופן שבו ניתן להתמודד איתם); (ב) הרפיה תלוית סימן (cue-controlled relaxation), שהיא טכניקה המאפשרת לקשר בין מלה לבין מצב של הרפיה, או בין תנועה פיזית, כמו חיבור בין שתי אצבעות, לבין מצב של הרפיה; (ג) הקהיית רגישות באמצעות סוגסטיות; (ד) דמיון או חוויה מחדש של אירועים כואבים מהעבר; (ה) חשיפה בדמיון למצבים מאיימים בהווה או בעתיד. בדומה לכך, גם במדיטציית המיינדפולנס חושפים את הפרט לגירויים הנתפסים כמאיימים (כמו מחשבות כואבות). למעשה, במדיטציית המיינדפולנס מעודדים את הפרט שלא להפסיק את התהליך של עיון במחשבות כואבות או בזיכרונות כואבים, אלא להתבונן בהם כאירועים מנטליים שאין לשפוט אותם. בנוסף לכך, במדיטציית המיינדפולנס חושפים את הפרט גם לחוויה מלאה

- של פעולות יום-יומיות, הנחוות לעתים כמובנות מאליהן (כמו הליכה, אכילה ונשימה) ואף לפעולות בשגרה, הנחוות כמטרד (למשל, ניקוי הבית, שטיפת הכלים), ומעוררים פתיחות לחוויה בלתי אמצעית של פעולות אלה.
5. **שילוב ההרפיה:** שתי הגישות כוללות סגירת עיניים ושיבה רגועה, כך שאין זה מפתיע שבשתייהן יכולה להופיע תגובת הרפיה. עם זאת, כפי שהוסבר קודם לכן, בשתייהן הרפיה אינה תנאי הכרחי להצלחת הטיפול.
6. **מופעים של אי-נוחות:** לין ועמיתיו (Lynn et al., 2006) מתארים מחקרים שהראו, כי קרוב לשליש מהמטופלים שעוברים היפנוט מדווחים על תחושה לא נוחה במהלך ההיפנוזה (כמו חרדה, שעמום, כאב, קושי בריכוז). דיווחים על אחוזים אף גבוהים יותר מופיעים גם בעת התרגול של מצבי מדיטציה שונים. לפיכך, לדעת המחקרים, גם בשימוש בהיפנוזה וגם בשימוש במדיטציית המיינדרפולנס על המטפל להתייחס לאפשרות קיומן של תגובות שליליות במהלך התרגול.
7. **עיתויו ואופיו של השינוי הצפוי:** השימוש בשתי השיטות מלווה, לעתים, בציפיות מופרזות לשינוי מהותי. אבל קיים גם הבדל בגובה הציפיות, הנובע מעיתויו של השינוי המיוחל. בעוד שמדיטציית המיינדרפולנס מבוססת על ציפייה לכך, שהשיפור במצב המטופל יתרחש רק בעקבות תרגול יום-יומי, שיתבצע לאורך זמן (חודשים ואף שנים), הרי שאצל המטופלים בהיפנוזה, קיימת, בדרך כלל, צפייה לשינוי מהיר בעקבות ההתערבות. עם זאת, בדומה לחשיבות של התרגול שנדרש בטיפול באמצעות מדיטציית המיינדרפולנס, במקרים רבים ישנו תפקיד חשוב גם לתרגול של היפנוזה עצמית בין הפגישות ולאחריהן. שתי הגישות מאפשרות יישום נרחב למצבים שונים ביום-יום. באמצעות היפנוזה ניתן ליצור מערכי תגובה חיוביים, שיופעלו באופן אוטומטי בחיי היום-יום ויחליפו דפוסים והרגלים לא טובים. בדומה, באמצעות מדיטציית המיינדרפולנס אפשר לעודד מודעות וקבלה של דפוסי תגובה לא מסתגלים ביחד עם תחושת ניתוק מדרכי חשיבה והרגשה בעייתיים. השילוב הזה, הקיים במדיטציית המיינדרפולנס, בין מודעות וקבלה לבין תחושת ניתוק והתבוננות בתגובות הלא מסתגלות, יכול לאפשר, בדומה להיפנוזה, החלפת מגוון של תגובות לא מסתגלות בתגובות חדשות במצבי יום-יום רבים.
8. **אפשרויות לתרגול:** ניתן לתרגל היפנוזה עצמית בכל מקום מחוץ לקליניקה ואף במצבי פעילות (Banyai, 1991). בדומה ואולי אף באופן מוכלל יותר, ניתן לתרגל את מדיטציית המיינדרפולנס בכל מקום ועם עיניים פקוחות, בעת הליכה, עמידה או ביצוע כל פעולה יום-יומית (טכניקה שנקראת מדיטציה בעת פעולה).

9. כלי אבחון: בדומה לסולמות הקיימים למדידת יכולת היפנוטית, בשנים האחרונות נוצרו גם סולמות למדידת יכולת למצב של מיינדפולנס (למשל, הסולם של בראון וראיין (Brown & Ryan, 2003), הכולל 15 פריטים (Mindful Attention – MAAS Awareness Scale). באופן כללי, ניתן לומר, כי המחקר הנוגע ליכולות לפתח מצב היפנוטי ומצב של מיינדפולנס ולתכונות הקשורות ביכולות אלה הולך ומתפתח.

10. המיקוד בשינויים מתהווים: בטיפול בהיפנוזה ישנה חשיבות רבה ליכולת של המטפל להתמקד בשינויים זעירים, המופיעים אצל המטופל מרגע לרגע ולהתאים את ההתערבויות הטיפוליות לשינויים אלה. ההתאמה הראשונית של הסוגסטיית למצבו של המטופל והכוונתו ההדרגתית להעמקת השינויים הזעירים, המתפתחים בהדרגה, מתוארת כעיקרון ה-"pacing and leading" (Yapko, 1995). בדומה, מציניים לין ועמיתיו (Lynn et al., 2006), כי ניתן לזהות שימוש בדגשים דומים בטכניקות טיפוליות, שבהן נעשה שימוש במיינדפולס, למשל, בטיפול של קבלה ומחויבות (Acceptance and commitment therapy – ACT) (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

כפי שצוין קודם לכן, מקובל השילוב בין הרפיה לבין מדיטציית המיינדפולנס ובין הרפיה לבין היפנוזה. האם ניתן לשלב בין גישת ההיפנוזה לבין מדיטציית המיינדפולנס? לדעת לין ועמיתיו (Lynn et al., 2006) הדבר אפשרי ואף רצוי. החוקרים מצביעים על כך, שאחד הדיווחים השכיחים בקרב מטופלים המגיבים להיפנוזה הוא, שהם חווים תחושה של "היותם מחוברים לכל דבר". זהו תיאור דומה לתיאורים שעליהם מדווחים מטופלים במהלך מדיטציות שונות. בהמשך לקו זה של חשיבה, החוקרים מציעים להשתמש בהיפנוזה כדי להגביר את היעילות של תרגול מדיטציית המיינדפולנס. כותבים אלה אינם היחידים שעושים זאת והם מביאים דוגמאות לכך גם מתוך הכתבים של תיאוריית הקבלה והמחויבות (Hayes et al., 1999).

להלן מספר דרכים לשילובים אפשריים בין גישת ההיפנוזה לבין מדיטציית המיינדפולנס, שאותם מציעים לין ועמיתיו (Lynn et al., 2006). החוקרים מציעים להשתמש בהיפנוזה כדי ליצור תמונות חזותיות שונות בדמיון, באופן שיאפשר למטופלים, ברוח מדיטציית המיינדפולנס, להתבונן במחשבותיהם וברגשותיהם מבלי להתמוגז בהם. כך, למשל, הם מציעים למטופלים לדמיין את עצמם שקופים, כאשר מחשבות ורגשות אינן מסוגלות לחדור אליהם ואין להם כל שליטה עליהם. הם ממליצים להציע למטופלים לדמיין את מחשבותיהם כשלטים, שעליהם רשומות סיסמאות, ושאותם מניפים חיילים במצעד, או כדמויות שונות הצועדות על במה. החוקרים מציעים למטופלים לצפות במחשבות מבלי להתערב בהן, או להתבונן במחשבות וברגשות ממרחק, כמו היו מוסעות על גבי מסוע שממנו, באופן

אוטומטי, הן ממוינות, מקבלות תוויות ומסווגות לקבוצות שונות. דימויים נוספים שלין ועמיתיו מציעים הם לדמות את הנפש לשמיים ואת המחשבות, הרגשות והתחושות לעננים החולפים בתוכם, או לדמות את התודעה לאגם ואת המחשבות לראות כמעין אדווה החולפת באגם, או כעלים הנישאים על פני המים, או כגלים באוקיינוס. החוקרים ממשיכים ומסבירים, שהתודעה אף פעם אינה מפסיקה את פעולתה ולכן, גם אם הגלים (המחשבות והרגשות) גבוהים וסוערים, הם בסופו של דבר יחלשו ויפנו את מקומם לגלים אחרים (למחשבות ולרגשות אחרים). בהמשך, הם מציעים ליצור הקבלה בין הגלים לבין הדחפים (למשל, דחף לאכול, לעשן או לשתות), או בין הגלים לבין המחשבות (למשל, דאגות), כך שכשם שניתן לאפשר לגל לחלוף, או לגלוש עליו, ניתן להתבונן בדחף או בדאגה, לשאת אותם ולאפשר להם להתקיים עד שלבסוף יחלפו.

הכותבים מציעים גם להשתמש בסוגסטיית פוסט-היפנוטיות, כדי להטמיע רעיונות המקובלים במדיטציית המיינדפולנס. למשל, לעודד את המטופלים לתרגל על בסיס יום-יומי, לא להתייאש כאשר תשומת-לבם נודדת, ללמוד לקבל את שלא ניתן לשנות, לא להזדהות אישית עם רעיונות, מחשבות או רגשות כשאלה מופיעים, לגלות סובלנות במיוחד כלפי רגשות מסוימים שקשה להם לשאת (למשל, כשהם כועסים על אחרים) ולזכור שרגשות אלה אינם אלא ברי-חלוף.

הכותבים מדגישים במיוחד מטפורות, שעשויות לסייע לפרט ליצור תחושה של רצף והמשכיות בתפיסת העצמי, מבלי להיות מוכרע על ידי דחפים או דאגות. מטפורות אלה יכולות להתאים מאוד לאנשים מבוגרים. למשל, להתמקד בכך, שתאי הגוף משתנים לאורך כל מעגל החיים, כך שהתאים שהיו למטופל הזקן כאדם צעיר יותר מתו והתחלפו בתאים חדשים, או שאפילו אולי במהלך התרגול חלו שינויים במתח של חלק מהשרירים, בקצב הנשימה, בלחץ הדם, בחום הגוף ובקצב הלב, אך שינויים אלה אינו הופכים את המטופל לאדם אחר. באותו קו של חשיבה, הם מציעים למקד את תשומת הלב של הפרט בכך, שבמהלך התרגול אולי השתנתה מידת הקשב שלו או שלה לדברי המטפל, או שדאגה שהעסיקה מאוד את המטופל לפני זמן מה, נראית בעיניו כעת בלתי רלוונטית, או שמצב רוח שצבע את כל תפיסת המציאות שלו רק לפני דקות מספר, חלף כעת כלא היה. הם מציעים להסביר לפרט, שכל אלה הם מופעים בזירת התודעה שהוא חווה לאורך החיים, כך שאין זה הכרחי להיבהל מהם וניתן אפילו לחוש בנוח בעת שהם חולפים בתודעה. הם גם מציעים, בשלב ראשון, להתבונן במחשבות מתוך מקום בטוח, אך בהמשך הם מדגישים, כי המקום הבטוח אינו מקום שיש להימלט אליו, אלא הוא התודעה המלווה את פרט לאורך כל שנות חייו והוא המקום שבו הוא נמצא כעת.

על יעילותן של היפנוזה והרפיה בגיל המבוגר

במשך שנים, הדעות לגבי שימור היכולת להיכנס למצבים היפנוטיים בגיל המבוגר היו שנויות במחלוקת. שורה ארוכה של חוקרים בתחום ההיפנוזה טענו לאורך זמן רב, כי היכולת ההיפנוטית פוחתת בגיל המבוגר (Berg & Melin, 1975; Gordon, 1972; Morgan, 1978; Hilgard, 1973; Spiegel & Spiegel, 1978). בנוסף לכך, מחקר שנעשה בסוף שנות ה-80 (של המאה הקודמת) (Ross, Ryan, Anderson et al., 1989) הראה, כי הכניסה לגיל זיקנה מלווה גם בירידה ביכולת ההיפנוטית של הפרט. עם זאת, מחקרים אחרים הראו, שקיימת יציבות ביכולת ההיפנוטית בגיל המבוגר לאורך תקופה ארוכה בת 25 שנים (Piccione, Hilgrad, & Zimbardo, 1989) וכי ניתן בהצלחה רבה להשתמש בהיפנוזה עם אנשים מבוגרים. למשל, אפשר לפעול ליצירת הקלה בכאב באמצעות אנלגיה היפנוטית במהלך הליכים רפואיים כואבים (Lutgendorf, Lang Berbaum et al., 2007). למרות ממצאים אלה, יש לציין, כי באופן יחסי לפרסומים העוסקים בשימוש בהיפנוזה בילדים ובמבוגרים, יש רק מעט עבודות העוסקות באופן מובחן בשימוש בהיפנוזה באוכלוסייה של אנשים זקנים, אשר גם הן מתבססות על מדגמים קטנים בלבד (Cherniack & Cherniack, 2003). העבודות שעוסקות בשימוש בהיפנוזה באוכלוסייה של אנשים זקנים מתמקדות בדרך כלל בטיפול בכאב (Luskin, Newell, Griffith et al., 2000), במחלות אוטואימוניות (Solloway, 2010), במחלות קרדיווסקולאריות (Luskin, Griffith et al., 1998), או במחלות שרירים ושלד (Luskin et al., 2000). כך, למשל, לנג ועמיתים (Lang, Benotsch, Fick et al., 2000) הראו, כי בהשוואה לקבוצת ביקורת, קבוצה שלמדה היפנוזה ותרגלה אותה לאורך זמן השיגה הקלה גדולה יותר בתחושת הכאב. גם שתי העבודות האחרות, שעסקו בהקלת כאבים באנשים מבוגרים (Luskin et al., 1998; Luskin et al., 2000) מלמדות על היעילות של היפנוזה בהקלת כאבים באנשים בגיל המבוגר. במחקר אחר, שבו קיבלו אנשים זקנים (גיל ממוצע 69) טיפול בהיפנוזה למטרות הרפיה במהלך הקרנות, הם דיווחו על שימוש מתון יותר בתרופה לשיכוך כאבים, על פחות כאב ובהתאם גם סבלו פחות מירידה ברווי החמצון (כלומר, הגיע יותר חמצן לתאים) ומחוסר יציבות המודינמית (כלומר, זרימה שוטפת יותר של דם), בהשוואה לקבוצת ביקורת (Lang et al., 2000). מחקרים נוספים הראו, כי בהשוואה בין טיפול באמצעות היפנוזה לבין טיפול באמצעות הרפיה, אנשים זקנים (ממוצע גיל 64), שסבלו מדלקת פרקים ועברו טיפול בהיפנוזה, הצליחו יותר להפחית את השימוש בתרופות משככות כאבים, שנועדו למתן את הכאב של דלקת הפרקים (Gay, Philippot & Luminet, 2002). אם להתבסס על המחקר האחרון, נראה שעצם השימוש במושג "היפנוזה" יכול להשיג יותר שיתוף פעולה ממשופלים, כאשר זו משולבת בסוגסטיביות ליצירת תגובת

הרפיה, מאשר במקרים שבהם ניתנות סוגסטיות ליצירת תגובת הרפיה, ללא אזכור המונח היפנוזה.

על יעילותה של מדיטציית המיינדפולנס בגיל המבוגר

בשנים האחרונות, אנו מוצאים בספרות המקצועית דיווחים ראשוניים על התערבויות בשיטת מדיטציית המיינדפולנס בגיל המבוגר. סמית' (Smith, 2006), פסיכולוג קליני מבריטניה, מקיים קבוצות בנות 11-14 משתתפים ומבצע שמונה פגישות בנות שעתיים כל אחת (הפגישה השישית היא יוצאת דופן וכוללת יום שלם של תרגולים), עם מטופלים בשנות ה-70 שלהם. לפני תחילת המפגשים הוא עורך אבחון פרטני לכל המטופלים במשך כשעה. מטופליו סובלים בדרך כלל מדיכאון, שאותו הוא מכנה "דיכאון מינורי" (ציונם של המטופלים לא עולה על 20 בשאלון בק לדיכאון (Beck Depression Inventory) (Beck, Ward, Mendelson et al., 1961). הדיכאון מלווה פעמים רבות בכאבים פיזיים וכרוניים, וכן בהפרעת חרדה כללית (הוא אינו מטפל באנשים הסובלים מפגיעה קוגניטיבית או מפסיכوزה). ניתוחים שערך על מדדי חרדה הראו, כי גם אנשים הסובלים מרמות חרדה גבוהות יכולים להפיק תועלת ממדיטציית המיינדפולנס. כאשר לתלונות על כאבים, התרגול עזר למטופלים שסבלו מכאבים כרוניים, אך לא סייע במקרים מובהקים של סומטיזציה (במקרים כאלה, המטופלים שלו דיווחו שהטיפול עזר להם להפחית מתח, אך לא עזר לפתרון הבעיות המרכזיות שלהם).

מטופליו של סמית' אינם מאושפזים, אלא מגיעים לטיפול במרכזי יום, הממוקמים בבתי חולים פסיכיאטריים. התוצאות שהוא מציג הן בעיקר תוצאות איכותניות, המלמדות על שיפור שאינו מיידי, אלא מופיע לאחר פרקי זמן של מספר חודשים ונובע, לטענתו, מהתרגולים היום-יומיים שעליהם מטופליו מקפידים. אחוזי הנשירה מהטיפול, שעליהם הוא מדווח, הם נמוכים ועומדים על כ-25%. כשבועיים לאחר סיום הטיפול, חלק מהמטופלים מציינים, כי הסובבים אותם אומרים שהפכו לאנשים נחמדים יותר. מטופלים אחרים מספרים, שהם צורכים פחות משככי כאבים. ישנם גם מטופלים המעידים על כך, שהם הפסיקו לקחת נוגדי דיכאון, חזרו לפעילויות פנאי שעשו בעבר וסובלים כיום פחות מכאבים גופניים. בסך הכול, כשבועיים לאחר סיום המפגשים דיווחו 48% מהמטופלים, שהקורס מאוד עזר להם ואחרי שנה אף עלה השיעור ל-62% (רק 10%-15% דיווחו, שהקורס כמעט שלא עזר להם או כלל לא עזר). מרביתם של המטופלים המשיכו להתאמן ולהקדיש — בשבועיים הראשונים — 48 דקות לתרגול מידי יום, ו-43 דקות בכל יום גם אחרי שנה. ציוני מבחן

בק לדיכאון, שעמדו על 10.37 בממוצע בתחילת הקורסים, עמדו על 9.14 עם סיומם ועל 7.84 לאחר 13 חודשים (כיוון שמדובר במספר קטן של מטופלים והואיל ולא הייתה כאן קבוצת השוואה, סמית' לא מציג השוואות סטטיסטיות). בכל מקרה, מדיווחיו ניתן ללמוד, שאחוז גדול ממטופליו המשיך לתרגל ושאחוז גדול מהם דיווח על שיפור. כל אלה מעידים על הפוטנציאל הרב הקיים בתרגול של מדיטציית המיינדפולנס בגילאים מבוגרים.

דיווחים נוספים על שימוש במדיטציית המיינדפולנס, שמפאת קוצר היריעה לא נרחיב לגביהם, ניתנו על ידי מקבי (McBee, 2008), עובדת סוציאלית מארצות הברית, ועל ידי רוס (Ross, 2004), פסיכולוגית קלינית מבריטניה. מקבי (McBee, 2008) כתבה ספר המתאר את עבודתה באמצעות מדיטציית המיינדפולנס עם זקנים בבתי אבות ואף עם זקנים הסובלים מדמנציה ועם המטפלים בהם. לטענתה, ניתן להשיג באמצעות מדיטציית המיינדפולנס הפחתה בחוסר שקט המנטלי והמוטורי המופיע אצל אנשים זקנים, הסובלים ממצבים דמנטיים ולהקל אף על סבלם של המטפלים בהם. רוס מציעה קורסים, המתבססים על לימוד ותרגול מדיטציית המיינדפולנס לאנשים זקנים באשפוז, אשר מאובחנים כסובלים ממחלות נפש. כל אחד מהמפגשים נמשך שעה ומספר המפגשים אינו מוגבל. בניגוד למקובל, רוס שמה פחות דגש על התרגול בין הפגישות, ומדווחת על תוצאות חיוביות מבחינת שביעות הרצון של המשתתפים.

על אף שלאור מגבלות המחקרים שצינו יש להתייחס לתוצאות בזהירות, אפשר לציין, כי הדיווחים הראשוניים הללו, באשר ליעילות דרכי טיפול המבוססות על היפנוזה, הרפיה או על מדיטציית המיינדפולנס באנשים זקנים, אינם מפתיעים. רבים מהאנשים בגיל המבוגר נאלצים להתמודד עם דאגות, המתעוררת סביב שינויים חברתיים ובריאותיים האופייניים לגיל הזיקנה. בצד דאגות אלו, הם גם נחשפים לפחות גירויים, סובלים יותר מבריאות ונדרשים לשהות זמן רב עם עצמם ועם דאגותיהם. בנוסף להידרדרות במצבם החברתי והבריאותי, הפוקדת בשלב זה או אחר או כל מי שזכו להזדקן, סובלים חלק מהאנשים הזקנים גם מדיכאון, מהפרעת חרדה כללית ומכאבים. כל אלה הן הפרעות המאופיינות במחשבות חוזרות ונשנות (רומינציות), שאינן נעימות לאדם. בדרך כלל, האדם מנסה למנוע מחשבות אלו, אך הניסיון למנוע אותן ולא לחשוב עליהן גורם דווקא להגברה במחשבות הללו (Wegner, Schneider, Carter et al., 1987). בהמשך לטענות אלו, נראה כי מדיטציית המיינדפולנס, אשר מאפשרת לפרט שלא להיבהל מהמחשבות השליליות, אלא להתבונן בהן ממרחק, יכולה להתאים לאנשים מבוגרים הסובלים מהפרעות דיכאון, חרדה כללית ומכאבים (Smith, 2006).

התאמתה של מדיטציית המיינדפולנס לאנשים מבוגרים נובעת גם מיכולתם להעריך יותר את הרגע החולף. בגלל הידיעה הקיימת בגיל המבוגר, לפיה הזמן מוגבל ולא לעולם

חוסן, משתפרת יכולתם של הזקנים להעריך את הרגע, תוך הכרה בזמניותו ובאיכויותיו המיוחדות (Carstensen, 2006). יכולת זו עשויה להקנות להם יתרון בלמידת מדיטציית המיינדרפולנס, אשר דורשת יכולת להתמקד בחוויה המתרחשת בהווה. בנוסף לכך, גם הדיווחים הקיימים בספרות המקצועית, המעידים כי בגיל הזיקנה גוברת היכולת להעריך יצירתיות ויופי (למשל, ביצירות אמנות), יכולים לחזק את המחשבה, שתרגול מדיטציית המיינדרפולנס בגיל המבוגר עשוי להיות יעיל (Tornstam, 2005). ישנם גם דיווחים לגבי היעילות של התערבויות מתחום הפסיכולוגיה החיובית בגיל הזיקנה, אשר תומכות בקו זה של התערבות (Sin & Lyubomirsky, 2009). כמו כן, מדיטציית המיינדרפולנס מחייבת הקדשת זמן יומי קבוע לתרגול ולאנשים מבוגרים שפרשו לגמלאות מתפנה זמן, שאותו הם יכולים להשקיע בתרגול כזה.

עם זאת, קיימת גם ירידה קוגניטיבית הגוברת בגיל הזיקנה (Hedden & Gabrieli, 2004), שבין השאר מקשה על שימור ריכוז וקשב לאורך זמן, כמו גם על שינוי הרגלים ישנים ורכישת הרגלים חדשים, ולכן יכולה לעכב למידת שיטות חדשות בגיל זה. כך למשל, בגיל המבוגר גוברת ההסתמכות על תהליכים אוטומטיים של גישה למידע בזיכרון (La Voie & Light, 1994) והסתמכות כזו יכולה להקשות על שינוי הרגלים. בנוסף לכך, בגיל זה מתחזק הקושי לעכב מידע לא רלוונטי ומופיעים קשיים גם בשיום (היכולת לתת תווית מילולית לפריט כלשהו) ובמעבר מסט אחד של חשיבה למשנהו (Jurado & Rosselli, 2007). קשיים אלה יכולים להקשות על המיקוד ועל הגמישות הנדרשים מהמתרגלים שיטות של מיינדרפולנס. תכונה נוספת, הפוחתת לפי דיווחים מסוימים בגילאים שמעל 50, היא פתיחות (Donnellan & Lucas, 2008), שנמצאה קשורה עם יכולת גבוהה למצב מיינדרפולנס בחיי היום-יום (Baer, Smith, Hopkins et al., 2006). לבסוף, עלולים להיות מאפיינים ייחודיים אצל חלק מהאנשים הזקנים, אשר יכולים להקשות על התרגול העצמאי של מדיטציית המיינדרפולנס. מדובר, למשל, בנטייה לתלות ביחסים שנוצרים עם המטפל, בצורך בהנחיה מסודרת, בציפייה להבניה ובהכוונה מבחוץ מצד המטפל, ובקושי מצד המטופלים לייחס לעצמם את הישגי הטיפול (Wilkinson, 1997).

בשל מגבלות אפשריות אלה, בשל החפיפה המסוימת הקיימת בין היפנוזה, הרפיה ומדיטציית מיינדרפולנס, ובהתחשב ביתרונות של כל אחת מהגישות הללו, ניתן גם לשקול שילוב בין רכיבים שונים של היפנוזה, הרפיה ומדיטציית המיינדרפולנס, בטיפול באנשים בגיל המבוגר. בנוסף לכך, דיווחים לגבי יעילותו של טיפול באמנות בגיל המבוגר בהפרעות מצב רוח (Peterson, 2006) יכולים לתמוך באפשרות לשלב בהתערבויות הטיפוליות גם כלים מתחום המוזיקה והאמנות. בהמשך לטענות אלה, אתאר להלן טיפול פרטני, המשלב טכניקות של היפנוזה והרפיה בשלושה מטופלים מבוגרים. הטיפול הראשון יעסוק בטיפול

בחרדה על רקע סומטי, הטיפול השני יעסוק בטיפול בכאב והטיפול השלישי יתמקד בטיפול בדיכאון. לאחר מכן אתאר טיפול קבוצתי, המשלב שיטות של מדיטציית המיינדפולנס, הרפיה ושימוש ביצירות אמנות (כל השמות בדוגמאות הם בדויים והפרטים המזהים טושטשו).

תיאורי מקרים – טיפול פרטני

טיפול בחרדה על רקע בעיות בריאות

כשהגיעה אליי בחודש פברואר של שנת 2006, הייתה מלכה בשנות ה-70 לחייה. היא הייתה גרושה מזה שנים, והתגוררה בגפה ביישוב בדרום הארץ (רחוקה מילדיה אשר התגוררו באזור הצפון). במהלך השנים האחרונות תכפו והלכו בעיות הבריאות שלה ולאחרונה נתגלתה אצלה שומה שהיה צורך להוציאה. על רקע זה התפתחו אצלה דאגות קשות. לפני שנים מספר אף סבלה מהתקפי חרדה, שלאחרונה חזרו והופיעו. בנוסף לכך, אובחנה אצלה בעבר תסמונת "החלוק הלבן" (יתר לחץ דם סיסטולי, שמתקיים אך ורק במדידות בסביבה רפואית). מלכה הגיעה לפגישות לבושה תמיד בבגדים צבעוניים וענודה בחרוזים, בשרשראות צבעוניות ובצמידים אינספור, שקישטו את ידיה. עורה היה מקומט וכהה (כדרך הזקנים הנחשפים הרבה לשמש ועושים ספורט), גופה היה רזה מאד ותנועותיה נראו בעיני מהוססות ומפוזרות משהו. שערה היה קצוץ מאוד וצבוע בצבע חום-אדמדם חזק ביותר. כפות ידיה מכוסות היו בבהרות חומות של זיקנה. ברגע הראשון שראיתיה חשתי מעט מבוכה וקושי. צבעוניות זו לא התאימה לתפיסות השמרניות שלי את נורמות הלבוש המצופות מאנשים זקנים. במהלך המפגשים לימדה אותי מלכה דבר או שניים על גיל הזיקנה ועל כך שאנשים זקנים יכולים להיות חדים וגמישים בחשיבה, לנוע בחופשיות וליהנות מהיפנוזה.

מלכה הביאה איתה לטיפול ניסיון עשיר בשימוש במדיטציה. בעבר הלכה לפסיכותרפיסטית שעבדה איתה גם באמצעות מדיטציה על בעיה של התמכרות לקניות. מלכה סיפרה, כי טיפול זה הוביל לתוצאה טובה וכי בתוך שלוש פגישות נעלמה ההתמכרות. למלכה היה גם ניסיון עשיר באמנות, ולמעשה, למרות שעברה את גיל הפרישה, המשיכה להתנדב ולהורות מוזיקה לנערים ולנערות. העברית שבפיה הייתה עשירה מאוד ושיתוף הפעולה לו זכיתי מצידה היה מלא. לפיכך, שולב הטיפול בהיפנוזה כבר מהפגישה הראשונה. לאחר הסבר קצר על גישת הטיפול בהיפנוזה, נערכו מספר סטים מקובלים לבדיקת התאמתה לטיפול (Yapko, 1995), אך עדיין לא בוצע הליך פורמלי מסודר שאפשר למטופלת להיות במצב היפנוטי (אינדוקציה היפנוטית). שבוע מאוחר יותר כבר דיווחה על הקלה, שהובילה אותה להחליט לצמצם מאוד את השימוש בווליום, הגורם לה לטשטוש ואף גרם

לה, באחת הפעמים, להתנגש בדלת שקופה מזכוכית. מצד אחר, מלכה אהבה את התחושות של כבדות בשרירים, שהווליום השרה עליה. לפיכך, במהלך הסוגסטיית שניתנו בפגישות הבאות, נעשה ניסיון לשחזר תחושות אלה של הרפיה ושל כובד בשרירים ודווקא לקשור אותן לסביבה הרפואית שממנה חששה. כך, למשל, כיוון שהסביבה הרפואית חייבה המתנה וישיבה ממושכת מחוץ לחדרו של הרופא, ניתנו הנחיות לפיהן "ככל שהישיבה ממושכת יותר, ההרפיה יכולה להיות עמוקה יותר" וכן: "עם הקריאה בשמך להיכנס לרופא, תחושת הביטחון והנינוחות שלוותה אותך בעת ההמתנה תהיה חזקה עוד יותר." על אף ההטבה, שנמשכה מספר ימים לאחר הפגישה, התרחש לקראת סוף השבוע התקף חרדה וכן הופיעו אצלה הפרעות בשינה (יקיצות במהלך הלילה). אבל התרגול העקבי לאורך השבועות הבאים עשה את שלו. מלכה האזינה מידי יום להרפיה שאותה הקליטה, וכחודש לאחר מכן היא עברה את הניתוח בקלות יחסית (הניתוח נדחה לראשונה עקב יתר לחץ דם, שהחל להתפתח, בשנים האחרונות, על בסיס מציאותי). פגשתי אותה גם שלוש שנים מאוחר יותר, על רקע חזרה של התקפי החרדה וקשיי שינה ושוב ניתן היה להסתפק במספר פגישות, כדי לשחזר את התוצאות החיוביות של התרגולים הקודמים.

בנוסף לחלקים אלה של הטיפול, נוצר קשר מיוחד עם מלכה. היא הביאה את בתה לטיפול (שבסופו של דבר לא התפתח), ניסתה לשכנע אותי להשתמש במשחות שונות שהייתה להן השפעה חיובית עליה וסיפרה בגילוי לב על ההיסטוריה שלה ועל כל בני משפחתה. קשר מיוחד זה אפשר את הצלחת הטיפול בהיפנוזה ואפיין גם את הטיפולים במטופלים המבוגרים האחרים.

טיפול בכאב

מיכה הגיע אליי לפני שנים מספר. בגופו חרותה הייתה ההיסטוריה של המאה הזו ושל הארץ הזו, החל מהפציעה בכתפו במלחמת העולם השנייה, במהלך שירותו בבריגדה, והמשך בחוליות שנפגעו בגבו במהלך מלחמת העצמאות. מערכת הביטחון הכירה בו כנכה, אך מיכה לא ויתר לעצמו וכמעט שלא ניצל את הזכויות המגיעות לו. במשך שנים ידע כיצד להתמודד עם הכאב, גידל משפחה לתפארת, שירת שנים רבות בצבא ותרם גם בגיל מבוגר יותר לבניית הארץ כמהנדס בניין. בחודשים האחרונים נעשו הכאבים בכתפיים ובגב בלתי נסבלים.

בין הזיכרונות שמיכה הביא לפגישות היה הזיכרון של הכדור שנשלף מגופו על חופי נורמנדיה, בסיוע בקבוק אחד של ויסקי וללא כל הרדמה, כשאת הגוף ממלאת תחושה של חום פנימי. בהקשר זה ניתן היה להשתמש במושג של "היפנוזה עצמית" ולהסביר למיכה, כי היכולת לשכנע את עצמו שהוא מסוגל לשאת את הכאב, אפשרה לו להפחית את הסבל

שהיה כרוך בפרוצדורות הרפואיות של הניתוח. הוסבר לו, כי יכולת זו תוכל לשמש אותו גם כעת להיפנוזה עצמית, שתאפשר לשאת בפחות מאמץ את הסבל הכרוך בקיומם של הכאבים החזקים בגב ובכתפיים. במקרה זה, בצד הסוגסטיית להרפיה ולתחושות של חום ושחרור בגוף, ניתנו גם סוגסטיית שעסקו בכאב הכרוני (Barber, 1996). בהתאם למקובל בספרות ההיפנוזה לטיפול בכאב, הסוגסטיית התייחסו לכך, שהכאב מופיע בגלים, ולמעשה, בעת הגל של הכאב קיימת כבר הידיעה שאחריו תבוא הקלה, שמשכה יהיה ארוך יותר מאשר משך הזמן של גל הכאב. ניתנו גם סוגסטיית לחיזוק יכולת ההתמודדות ולחיזוק תחושת הרצף בתפיסה העצמית, אשר הדגישו את העובדה, כי כשם שבמשך מרבית החיים מיכה ידע לפעול ביחד עם הכאב, הרי שהוא הפך להיות מומחה בלחיות עם הכאב ולהמשיך בשלו. כמו בטיפול הקודם שתואר, הוקלטו הסוגסטיית והוא האזין להן במהלך השבוע. אבל, מצבו הרפואי של מיכה לא אפשר את קיומה של הפגישה השבועית הבאה. פגישה זו נדחתה בשבוע, עקב דלקת קשה שהתפתחה בכתפיו וחייבה טיפול בוריקות. המפגשים הבאים התקיימו בביטוי, כי דלקות הכתפיים וכן פריחה שהופיעה בעור מנעו ממנו להגיע. הכאבים החזקים שמהם סבל השפיעו על מצב רוחו ושלושת המפגשים הבאים נשאו דוק של מרירות, שהלך והתעבה והפך למצב רוח רע. התכנים המרירים נסבו סביב חשבונות שהיו לו עם מקומות עבודה מהעבר וסביב כעסים כלפי אנשים שונים. על רקע זה עלתה שאלה של דיכאון משני, שאולי מתפתח בשל הכאבים הקשים וראוי לטפל בו בתרופות. מיכה סרב בתוקף לשקול התייעצות עם מומחה בנוגע לנטילת תרופות. לעומת זאת, גילוי הלב שלו אפשר לזהות גירויים שונים מהעבר, שניתן היה להשתמש בהם כדי לעורר אצלו מצב רוח טוב יותר. כך, למשל, באחת הפגישות הוא ביקש להשמיע לי מוזיקה ששמע בעת ששירת בבריגדה ומיד לאחר שהאזין למוזיקה זו, יכול היה להיכנס למצב של הרפיה. ההגעה הקבועה לביתו והתרגולים שנמשכו כל אותה עת שיפרו את יכולתו לשאת את הכאב, ומה שנראה היה כאפיזודה דיכאונית חלף ללא התערבות תרופתית וככל הנראה גם הדלקות בכתפיים נחלשו. הטיפול הסתיים לאחר כשלושה חודשים ונראה, כי בנוסף לאפקטיביות חלקית של התרגולים, לשיפור מצבו תרמו גם הקשר הטיפולי, הליווי העקבי שנמשך גם לאורך תקופות שבהן התגברה הדלקת, וכן מהלכה הטבעי של הדלקת, שנחלש במשך תקופה זו.

טיפול בדיכאון

שושנה הופנתה אליי בשל דיכאון שהתפתח על רקע של כאבי גב קשים ביותר, שמהם סבלה שנים רבות, אשר החמירו בחודשים האחרונים וגרמו לה להימנע מלצאת מהבית. שושנה ירדה מאוד במשקל, נמנעה מפעילויות חברתיות בבית הדיור המוגן שבו התגוררה וסבלה מכאבים חזקים, שטופלו על ידי מינונים מאוד גבוהים ואף מסוכנים של משככי

כאב שנטלה. כשהגיעה לראשונה לפגישה, הייתה עמדתה ספקנית לגבי האפשרות לסייע לה באמצעות טיפול שאינו כרוך במתן תרופות, אך היא הייתה מוכנה לנסות את הטיפול בהיפנוזה. שושנה הגיבה היטב לטסטים השונים שבוצעו לצורך בדיקת התאמתה לשיטת הטיפול, אך באותה עת הייתה ביקורתית כלפי גירויים שונים שהפריעו לה (למשל, רעשים שהיו בסביבה). בכל זאת, הקפידה לתרגל האזנה מידי יום להקלטות של ההיפנוזה (ההקלטה הוכנו במהלך כל פגישה). מאחר שהדגש בטיפול היה על הפעלה התנהגותית (behavioral activation), כלומר, מתן משימות התנהגותיות שידרכנו את המטופלת לפעילות במהלך היום, שולבו בתוך הטקסט של ההרפיה, כצעד ראשון להפחתת מצב הדיכאון, סוגסטיות שהדגישו את החשיבות של ביצוע הליכה יומית, של אכילה ועלייה במשקל. בנוסף לכך, בעצה אחת עם הרופא המטפל, שהיה מוטרד מהצריכה המוגברת של תרופות לשיכוך כאבים ובמינונים כה גבוהים (במיוחד על רקע משקלה הנמוך של שושנה), היא דורבנה להפחית בצריכת התרופות.

מרבית הפגישות הטיפוליות נחלקו לשני חלקים. בחלק הראשון, לאחר שיחה קצרה על אירועי השבוע, נבדק ביצוע המשימות ששושנה נטלה על עצמה בפגישה קודמת (כמו ביצוע הליכות יומיות, השתתפות בפעילויות חברתיות במקום, חידוש קשרים עם חברים בתוך ומחוץ לדירור המוגן, ביצוע מלאכות בית בדירה, אכילה מרובה יותר וירידה בצריכת התרופות). בחלק זה של הפגישה הוסבר ערכם הרב של שינויים אלה וניתנו חזיונים על כל שינוי התנהגותי שהתרחש. השינויים שחלו בהתנהגותה נחו גם על ידי שושנה כבעלי משמעות עבורה. כך, למשל, היא סיפרה בהתלהבות על חלקת השביל במסלול ההליכה היומי שלה, שבעבר היה קשה לה לטפס בה. היא כינתה את הצעידה בחלק זה של מסלול ההליכה במונח: "הטיפוס למצדה". כעת, כך סיפרה, היא מטפסת במעלה "המצדה" ללא כל קושי. בחלק השני של הפגישה הוקלטה ההיפנוזה וניתנו סוגסטיות שחזרו על עצמן והדגישו שוב ושוב את הפעילויות הללו. בהדרגה, שושנה חזרה לאכול כמויות גדולות יותר של מזון והעלתה במשקלה שני קילו. כעת הייתה מסוגלת להשתתף בפעילויות חברתיות, שלא ארכו זמן רב מדי ואף לשבת זמן ממושך בקונצרט, על אף הכאבים שמהם סבלה בעצם העצה. בפגישות הבאות נעשה שימוש בתיאורים של שושנה בנוגע לתחושות של חיוניות גופנית ושל יכולת לשאת כאב; תיאורים שהתייחסו לתקופות קודמות ומאתגרות בחייה, ששושנה הייתה גאה באופן בו צלחה אותן. תיאורים אלה שולבו בתוך הסוגסטיות, שמדי פעם הוקלטו מחדש ושושנה נתבקשה להאזין להקלטות במהלך השבוע. כך, למשל, כאשר סיפרה על סדר היום הצפוף שהיה לה כאישה צעירה יותר, על הלירות שעברה, או על אחת הלירות שבמהלכה גילתה שיש לה יכולת לשאת את צירי הלידה יותר בקלות מאישה אחרת, שולבו הרעיונות הללו בתוך הסוגסטיות. לפיכך, למלל ההיפנוטי נוספו סוגסטיות,

שהתבססו על תפיסות עצמיות חיוביות של שושנה והרגישו את העובדה, שעל אף שחלפו מאז שנים, היכולת שיש לה להתמודד בהצלחה עם אתגרי החיים, לא להיבהל מכאבים, או לשמור על בית נקי ומסודר, היא טבעית עבורה, וכפי שהתבטאה בתקופות קודמות של חייה, תמשיך יכולת זו ותשפיע עליה טוב גם בעתיד. הטיפול שהתרחש בתדירות של פגישה בשבוע החל בסתיו ולאחר 10 פגישות ניכר היה שיפור ברור. שושנה המשיכה לעלות במשקל. היא חידשה קשרים חברתיים וגברה התעניינותה בחייהם של בני המשפחה והנכדים. תכנים הקשורים לפלחים אלה של החיים החליפו בשיחות את התכנים שעסקו בכאבים ובמגבלות גופניות. בהמשך לבקשתי, הביאה את צילומי "המצדה" וכן תמונות משפחה. יתרה מזו, היא אף סיפרה על דיירים אחרים במקום, הסובלים ממגבלות גופניות, וגילתה עניין במצבם ובסבלם. בין הפגישות המשיכה להקשיב לקלטות. במהלך החודשיים האחרונים לטיפול נערכו פגישות אחת לשבועיים. הטיפול הסתיים לאחר כחמישה חודשים.

לקחים

דוגמאות אלה יכולות להעיד על כך, ששימוש בהיפנוזה בגיל המבוגר יכול אכן להיות יעיל ולהשיג תוצאות משמעותיות. מקריאת הדוגמאות הללו ניתן גם להסיק מספר מסקנות לגבי העבודה בשיטות של היפנוזה והרפיה עם מטופלים מבוגרים. אצל כל המטופלים (ובעיקר אצל מיכה), היו קיימות בעיות גופניות, שהקשו על הגעתם לפגישות, יצרו מצוקה אובייקטיבית ותרמו לירידה במצב הרוח ולביטויי דאגה. למשל, מלכה סבלה מחרדה, שהשפיעה על ערכי לחץ הדם בעת מדידה בסביבה רפואית, אך גם מלחץ דם גבוה שהחריף עם השנים. בדומה לכך, מיכה ושושנה סבלו מהגברה בתחושת הכאב, אך כאבם נגרם בשל סיבות גופניות ברורות (דלקות ושחיקת חוליות בעמוד השדרה). לפיכך, חייבו הטיפולים גמישות, שהתבטאה, למשל, בהגעה למגורי המטופלים (אצל מיכה), או בהתאמת לוח הפגישות לשינויים במצבם הרפואי של מטופלים אחרים. בנוסף לכך, במקרה של מלכה ושל מיכה, היה צורך לשתף במידע על התקדמות הטיפול אנשי מקצוע אחרים (פסיכו-גריאטרים), כדי שיוכלו לקבל החלטות סביב טיפולים תרופתיים אפשריים (במקרה של מיכה) וסביב קצב הירידה במשככי הכאבים (לגבי מלכה). כמו כן, ההיסטוריה העשירה ומרובת השנים של המטופלים אפשרה שימוש בסוגסטיות, שנועדו לחיזוק התפיסה העצמית של המטופלים. חלקן של הסוגסטיות התייחס לתפיסות עולם, שלאורן התנהגו המטופלים לאורך שנים (למשל, הפעלתנות המוגברת של שושנה בתקופות קודמות של חייה, או היכולת של מיכה לתפקד לאורך שנים למרות הכאבים). סוגסטיות אחרות התייחסו לחוויות תחושתיות, שאותן

ניתן היה לשחזר במגמה לעורר תחושת הרפיה (כמו תחושת הכבדות הנגרמת עקב לקיחת ווליום, שאותה תיארה מלכה), או כדי לסייע בתפיסת המסוגלות בהתמודדות עם כאב (כמו תחושת החום, שנסך הוויסקי במיכה, עת עבר ניתוח ללא הרדמה להוצאת כדור מגופו במהלך קרב). בחלק מהמקרים, כדי להגביר תחושה של מסוגלות, ניתן אף היה להסתייע בגירויים מציאותיים שהוצגו לפני התרגול בהיפנוזה (כמו תמונות ממסלול ההליכה היומי של שושנה, או שירים מתקופת הבריגדה, במקרה של מיכה). לבסוף, בשלושת המקרים בלטה המשמעת העצמית של המטופלים המבוגרים, שהקפידו להאזין להקלטות מידי שבוע.

עבודה קבוצתית בטכניקות של מדיטציית המיינדפולנס

קיימים מספר יתרונות לעבודה קבוצתית בטכניקות של מדיטציית המיינדפולנס, היפנוזה והרפיה בגיל המבוגר. למשל, אם הטיפול מתבצע בקבוצה המתגוררת בבית דוור מוגן, ניתן לבצע את התרגולים שבין הפגישות בקבוצה וכך להגביר את הסיכוי שיתבצעו. מעבר לכך, עבודה קבוצתית באמצעות היפנוזה, הרפיה או מדיטציית המיינדפולנס יכולה להגביר את שיתוף הפעולה של המטופלים בביצוע הנחיות המטפל וזאת מעצם החשיפה שלהם למטופלים נוספים, המבצעים אף הם את אותו התרגול. מעבר ליתרונות שצוינו, שהם ייחודיים לשיטות אלו, קיימים גם יתרונות הקשורים לעצם קיום הטיפול בקבוצה וביניהם ניתן להזכיר את השיתוף הרגשי, שיכול להיווצר בקבוצה כזו בין אנשים שהם מאותה קבוצת גיל, ואשר סובלים מבעיות דומות, ואת החיסכון במשאבים, שהוא תוצאה של טיפול בכמה אנשים במקביל.

מתוך הכרה ביתרונות אלה ותוך הסתמכות זהירה על הספרות החלקית הקיימת לגבי היעילות האפשרית של שימוש במדיטציית המיינדפולנס בגיל הזיקנה (McBee, 2008; Ross, 2004; Smith, 2006) החליט המחבר, ביחד עם ד"ר יובל פלגי, לקיים בקיץ 2011, בבית האבות "בית אברהם" בחיפה (המכונה בית האבות הספרדי), קבוצה טיפולית, שתתמקד במשך חודשיים ולאורך שמונה מפגשים במדיטציית המיינדפולנס. המנחים ראו בקבוצה זו בגדר התנסות, שתאפשר למידה על יישום מדיטציית המיינדפולנס בסביבה זו. בשלב הראשון נוצר קשר עם העובדת הסוציאלית במקום, שסייעה בהתארגנות. כחודשיים לפני תחילת הקבוצה הופץ בין הדיירים פרסום, שהסביר על השיטה ועל התועלות האפשריות, שהם יכולים להפיק מהשימוש בה.

הקבוצה החלה להיפגש בחודש אוגוסט והסתיימה בתחילת חודש אוקטובר. המפגשים התקיימו במועדון החברתי של "בית אברהם", בית האבות של העדה היהודית

הספרדית בחיפה. המיון הראשוני לקבוצה נעשה על ידי העובדת הסוציאלית של בית האבות ולפגישה הראשונה הגיעו שמונה אנשים (גברים ונשים, בגילאים 72-91). במהלך מפגש זה הוצג החוזה הטיפולי ועקרונות הסדנה ובסיום המפגש מילאו המשתתפים שאלונים (שנועדו לבחון באופן השוואתי, לפני ואחרי הסדנה, את יעילות ההתערבות). למפגש הקבוצתי השני הגיעו חמישה משתתפים בלבד. לנשירת המשתתפים תרם העומס שהיה כרוך במילוי השאלונים וכן בעיות בריאות, שנוצרו משבוע אחד למשנהו אצל חלק מחברי הקבוצה.

כבר לאחר המפגש הראשון היה לנו ברור, שעלינו לשנות את התכנון המקורי של המפגשים, אשר התבסס בחלקו על הפרוטוקול של טישדייל ועמיתיו (Teasdale et al., 2002). לאחר המפגש הראשון נוכחנו לדעת, כי פרוטוקול זה כולל חלקים תיאורטיים ורבי מלל, שאינם מתאימים למשתתפים בקבוצה זו, שהם באמצע שנות ה-80 לחייהם. מרבית המשתתפים סבלו ממגבלות שונות, שהקשו עליהם להתרכז בחלקים התיאורטיים של הסדנה. מהר מאוד הבנו, כי יש למעט בהרצאות ובישיחות, לפשט את הנושאים הנדרשים במפגשים, להרבות בגירויים שיכולים לרכז את הקשב של המשתתפים, להסתפק בשעה אחת לכל מפגש ולהגביר את הרכיבים החווייתיים בכל מפגש. לפיכך, כל המפגשים לוו במצגות ובסרטונים, שהוקרנו על גבי מסך. בכל הסרטונים הייתה התייחסות לתכנים הקשורים לחושים השונים, למראות טבע, לאמנות ולנושאים היוצרים יכולת התבוננות ומידה של רוגע בקרב המשתתפים. ניתן היה לחלק את מרבית המפגשים שהתקיימו לשלושה חלקים: בחלק הראשון הוצג בכל פעם רעיון הקשור לפילוסופיה של מדיטציית המיינדפולנס ואשר לוהה במצגת. בחלקו השני של המפגש התבצע התרגול ובחלק השלישי, בסוף המפגש, נערך סיכום, שבמהלכו התייחסו המשתתפים להשפעה של התרגול עליהם.

משתתפי הקבוצה

רבקה, בת 88, אלמנה ולה שלושה ילדים. התרשמנו שרבקה מילולית מאוד, אוהבת לדבר ובעלת ידע נרחב בגיאוגרפיה, בהיסטוריה ובאמנות. רבקה גילתה מחויבות רבה לקבוצה. היא הייתה מגיעה ראשונה למפגש הקבוצתי ומספרת לנו היכן נמצאים הדיירים האחרים. בצד הפעלתנות והגישה החיובית לאנשים, שאפיינה אותה, ביטאה רבקה גם רגשות שליליים, כמו אכזבה, דכדוך, אפטיה ואף עוינות. רגשות אלה הופיעו, לעתים, בתגובה לחלק מהחברים בקבוצה. כאשר התעוררו בה רגשות שליליים הייתה רבקה מגיבה בנייתוק ובהסתגרות. עיניה היו נעצמות וראשה היה צונח כלפי מטה. ההתנתקות שלה הייתה זמנית בלבד וכאשר עלו תכנים שעניינו אותה, הייתה חוזרת ופוקחת את עיניה ומצטרפת מחדש לשיחה. רבקה הייתה גאה מאוד בילדיה והרבתה

לספר עליהם בקבוצה. לעתים, הביאה לקבוצה עבודות אמנות (כמו גובלנים או סוודרים שרקמה). היא הייתה מציגה אותן לפני המפגש ומספרת במפגש על התחושה הרגועה שהייתה שורה עליה בעת שרקמה.

משה, גבר בן 89, הצטרף לקבוצה החל מהפגישה השנייה. משה סבל מליקוי ראייה והדבר הקשה מעט על התקשורת הבין-אישית עמו. הוא הרבה לדבר ובדרך כלל שאל שאלות כלליות, שהיו מלוות באמירות שיפוטיות, שחזרו על עצמן. משה נטה לספר בפתיחות רבה על בעיות, כמו קשיי הירדמות ומחשבות בלתי פוסקות ובעלות מהלך חסר מנוחה, הטורדות את יומו ואת שנתו. לעתים היו מתפתחים בהקשר זה דיאלוגים בינו לבין אשתו וזהבה, בת 85, שנכחה אף היא בקבוצה. מחד גיסא, אפשרה לנו כנותו של משה לנסות וליישם את ההסברים הכלליים, שניתנו לתלונות של משה ולמשתתפים נוספים בקבוצה. אבל, מאידך גיסא, חלק מהאמירות שלו חזרו על עצמן מפגישה לפגישה (כלומר, לא הייתה למידה), ולכן נאלצנו עם הזמן לנסות ולמתן אותן.

זהבה, משתתפת נוספת, לא הרבתה להתבטא. המוטיבציה שלה להשתתפות בקבוצה התאפיינה בעליות ובמורדות. כך, למשל, היא הגיבה מצוין לחלק מתרגולי המניידפולנס ואף חזרה ואמרה שהיא מרגישה הרבה יותר נינוחה ומפויסת. עם זאת, כשהיו פעילויות מקבילות, היא לפעמים לא הגיעה לקבוצה והיה צריך לגשת ולהזכיר לה ולמשה להגיע. בשונה ממשה, זהבה נהגה פחות לשתף במה שעובר עליה בקבוצה.

מיכל, הצעירה שבקבוצה, בשנות ה-70 לחייה והיחידה שמתגוררת מחוץ לבית האבות ומגיעה לשם רק לצורך השתתפות בפעילויות המתקיימות במרכז יום. מיכל התגוררה בקהילה וחלק גדול מזמנה היה מוקדש לטיפול בבעלה החולה. מצד אחד, היא הפיקה תועלת רבה מהתרגולים והדבר היה ניכר הן בתגובותיה בעת התרגולים והן במשוב שנתנה לאחר מכן. מצד אחר, ככל הנראה, ההצטרפות לקבוצה של אנשים מבוגרים יותר ובמצב גופני פחות טוב משלה הייתה מאיימת מדי עבורה. בעקבות הזזה חד-פעמית של יום המפגש ועם ההתקרבות לתקופת החגים, הודיעה שלא תמשיך להגיע לקבוצה.

יוסף, בן 85, הצטרף לקבוצה החל מהפגישה השנייה. אשתו של יוסף, כך התברר לנו, הייתה מאושפזת לאורך שנים בבית חולים גריאטרי עם מחלת אלצהיימר והוא נאלץ לטפל בה. יוסף גם סבל מבריאות לא טובה וליבו לא תפקד כשורה. למרות ההתמודדות הלא פשוטה של יוסף עם בעיות בריאות ועם הטיפול באשתו, הוא הקרין התעניינות כנה באחרים וחביבות אמיתית. גם בקבוצה היה אהוד. יוסף מיעט להשתתף ובדרך כלל דיבר רק בתגובה לפניות אליו. כאשר דיבר, דיבורו היה שקול ואיטי ואף זהיר. הוא לא נטה להתבטא בקיצוניות או בהחלטיות ואת דבריו היה אומר בצמצום רב ובקצרה.

מהלך הקבוצה

- החווה הטיפולי וההיכרות: הפגישה הראשונה כללה הסבר מאוד קצר על הנושאים שיילמדו ויתורגלו בסדנה. הפגישה התמקדה בעיקר בחווה הטיפולי. לאחר מכן, חברי הקבוצה חולקו לזוגות, כאשר בכל זוג נתבקש כל אחד מהחברים לראיין את השני במשך 15 דקות ולקבל תשובות לשאלות ביוגרפיות שונות. חלק מהמשתתפים חשו שלא בנוח לראיין אחרים, חלקם חשו שלא בנוח לספר על עצמם והיו גם כאלה שנלחצו מכך, שלא יצליחו לזכור את המידע שאספו.
- מבוא למדיטציית המיינדרפולנס – החלק הפסיכו-חינוכי: הפגישה השנייה נפתחה בהרצאה ובשיח על הקשיים המלווים את גיל הזיקנה ועל רגשות שליליים (כגון, דאגה, כעס, מרירות, תסכול), המופיעים בעקבותיהם. בחלק זה של המפגש המשתתפים סיפרו בפתיחות על הקשיים שלהם (למשל, על בעיות בתנועה וביציבות, על קשיים בשינה ועל תנודות במצב הרוח). בהמשך לשיח שהתפתח, נדון הרעיון הבסיסי במדיטציית המיינדרפולנס, לפיו יש לקבל באופן לא שיפוטי את הקשיים שהחיים מביאים עמם (למשל, לא לכעוס על ההידרדרות בראייה או ביכולת התנועה, או בזיכרון). כן הוסבר, כי רגשות חיוביים ושליליים יכולים להתקיים במקביל, כך שלא חייבים להשתחרר מכל הרגשה של מתח, עצב, כעס, תסכול, או כאב, כדי להרגיש טוב. בהמשך הוסבר כיצד מחשבות אוטומטיות יכולות להשתלט על התודעה (למשל, "אף אחד לא בא לבקר... אני כבר גרוטאה") וכיצד מדיטציית המיינדרפולנס, המאמנת את הפרט להתמקד בחוויה העכשווית (למשל, בנשימה או בצלילים), מאפשרת לשבש את ההיסחפות לעבר מחשבות אוטומטיות.
- היכולת להבחין ביופי במציאות (דוגמאות הקשב): הפגישה השלישית התייחסה ליכולת למקד קשב. הוסבר, כי בעת שאנו מתפתים לשקוע במחשבות שלנו, אנו מחמיצים, לעתים, את המתרחש במציאות שסביבנו. בהקשר זה הוצגה הדוגמה של הניסוי שערך העיתון ושינגטון פוסט (Weingarten, 2007), שהציב את אחד מגדולי הכנרים בעולם, ג'ושוע בל, בתחנת רכבת, שם ניגן במשך 45 דקות יצירות קלאסיות ידועות על כינור סטרדיבריוס ששוויו 3.5 מיליון דולר. שישה אנשים בלבד עצרו לזמן קצר כדי להאזין לו למשך זמן קצר בלבד, ואף אחד מהמאזינים לא הבחין בזה שסיים לנגן ולא מחא כפיים. לאחר מכן, צפו המשתתפים בסרטון המכונה "אילוויית הגורילה", שבו, במהלך מסירת כדורים על ידי מספר זוגות של בנות, עובר מאחוריהן אדם בלבוש גורילה, והן ממשיכות לאחר מכן למסור את הכדורים (Chabris & Simons, 2010). בהתאם לצפוי, חברי הקבוצה, שנתבקשו לספור את מספר מסירות הכדור, לא הבחינו ב"גורילה". שני הסרטים שימשו כזרז

לפיתוח דיון על הקושי להבחין ביופי הקיים במציאות היום-יומית שלנו, שאיננו יודעים להעריך אותה. המשתתפים דיברו על פעולות שבשגרה, כמו ניקוי הבית או הליכה בנופי הכרמל, שהם מבצעים באופן אוטומטי, מבלי להתבונן סביב ולנסות להפיק מהן הנאה. דיון זה ביכולת להפנות קשב לחושים ולחווייה בהווה סלל את הדרך להתחלת התרגול בפגישה הבאה.

- ריכוז במראות נוף ולימוד מדיטציית המיינדפולנס: בשלב ראשון של הפגישה נחשפו המשתתפים, במשך 30 דקות, על גבי מסך ענק, לסרטי טבע ונוף (שהורדו מרשת האינטרנט), שצולמו ברחבי העולם. לאחר הצפייה נתבקשו המשתתפים, בעת שהם מתמקדים בפעולת הנשימה, לשוב ולהאזין בעיניים עצומות לפס הקול שליווה את הסרטים. ההנחיה שניתנה הייתה לחזור ולהתמקד בנשימה כל אימת שהמחשבה נודדת למקומות אחרים. התרגול שבוצע מיד לאחר תום הצפייה בסרטים ותוך ההאזנה לפס הקול נועד להעלות מחדש לתודעה את התמונות שהוקרנו. תגובות המשתתפים בעת ההאזנה, כמו גם הדיווח העצמי שלהם בעקבות התרגול, העידו על הירגעות. לאחר הפגישה נעשה מאמץ למצוא מסגרת לתרגול דומה, שינוהל על ידי העובדים במקום, אך עקב מורכבות לוגיסטית הדבר לא התממש והמשתתפים לא תרגלו את מדיטציית המיינדפולנס בין הפגישות.
- התרכזות במוזיקה: הפגישה נפתחה בצפייה ובהאזנה לנוקטורנו, אופוס 27 לפסנתר סולו של שופן, שלווה בסרט הנפשה (שהורד מרשת האינטרנט). בדומה לתרגול הקודם, גם במפגש זה, לאחר הסרט בוצע תרגול מדיטציית המיינדפולנס בעיניים עצומות ותוך האזנה ליצירה שנוגנה בשנית. הפעם הייתה המטרה לעודד תגובת הרפיה, שכפי שהוסבר קודם לכן נלווית, לעתים, לתרגול מדיטציית המיינדפולנס. בעקבות פגישה זו סיפרו חלק מהמשתתפים על חוויות של עיסוק באמנות, שמסבות להם הנאה. כך, למשל, רבקה סיפרה על הכרית שרקמה ועל עבודות יד נוספות, שעשתה ונתנה במתנה לחלק מהעובדות בבית האבות. היא סיפרה שהיא מסוגלת להתרכז בעבודות אלה לעתים בלילה, כשהיא מתקשה להירדם ושהן משרות עליה שלווה.
- התרכזות בתמונות אמנות: במפגש השישי, שהתרחש יומיים לפני ראש השנה, הוקרנו שנות טובות וסרטים המלווים במוזיקה (שהורדו מרשת האינטרנט), שבהם הוצגו ציורים מפורסמים מיצירותיהם של הציירים סלבדור דאלי, פאבלו פיקאסו, וינסנט ואן-גוך, אנרי מאטיס ווסילי קאדינסקי. חלק מהציורים כלל ציורי טבע ומראות נוף וחלקם עסק בגוף האדם ובשינויים שחלים בו עם הגיל. בדומה לשתי

הפגישות הקודמות, לאחר ההקרנה נערך תרגול בעיניים עצומות, תוך האזנה למוזיקה שלווה את הסרטים.

- **היכולת לקבל ולסלוח:** המפגש השביעי התרחש יומיים לפני ערב יום כיפור ובמהלכו הוקרן סרט (שהורד מרשת האינטרנט), שכלל ציורים של הצייר הירונימוס בוש, אשר עוסקים בחזיונות שהיו לו על השאול. תכנים אלה שימשו כדי לעודד שיח על התחושות של מתח, אשמה ומועקה, שמעורר הצום ויום כיפור הקרב. נידון הקושי לשאת את אי הנוחות הגופנית הכרוכה בצום, חשבון הנפש והרגשות הקשים המלווים את הצום.
- **סיכום עקרונות הסדנה:** הפגישה האחרונה כללה דיון בעקרונות שנלמדו, שהם: (1) היכולת להפנות קשב ליופי שבחוץ ולהקשיב באופן פתוח לאנשים המשמעותיים לנו; (2) האפשרות לקבל את עצמנו ואת האדם האחר ולחיות עם פחות התייסרות ופחות כעס על השגיאות ששגינו במהלך החיים; (3) היכולת לזהות דריכות מיותרת בגוף ולוותר עליה כשאפשר; (4) היכולת לתפוס מרחק מהמחשבה ולזהות את ההתפתחות של מחשבות לא טובות שאנו מסתבכים בהן. בפגישה זו בוצע תרגול נוסף וכן דיון בשירה של לאה גולדברג "תפילה". בסיום הפגישה נתנו המשתתפים משוב. הם ביטאו תסכול על כך, שהקבוצה מסתיימת והודו למנחים. הרושם הכללי היה, שהמשתתפים אכן הבינו את העקרונות של התרגול, אף שלא התמידו בתרגול במהלך השבוע ושגם לא ימשיכו בתרגול בעתיד.

לקחים

- **אבחון פסיכו-פתולוגיה:** בקבוצה הנוכחית לא נעשה אבחון מסודר של פסיכו-פתולוגיה. לפי סגל, ווליאמס וטישדייל (Segal, Williams & Teasdale, 2002), מדיטציית המינדפולנס יעילה יותר בטיפול בדיכאון ממושך, שהפך להרגל, מאשר בטיפול בדיכאון, שנגרם על ידי משברי חיים או בעיות אורגניות. אבחון מדויק יותר במיון לקבוצה עשוי לסייע בבחירת משתתפים מתאימים יותר.
- **הפעלה מבחוח וגירויים מוחשיים:** תרגול של מדיטציית המינדפולנס בקבוצה של בני גילאים מתקדמים, ככל הנראה, אינו יכול להתבסס על עבודה עצמית בלבד ומחייב את המנחים לספק למשתתפים יותר הפעלה, הכוונה וגירויים.
- **נסיגה הדרגתית מהפעלה מבחוח:** באותו קו של חשיבה, בעבודה עם בני גילאים מתקדמים יש לשקול הפעלה חיצונית של המשתתפים באמצעות סרטים ומוזיקה, שממנה ניתן לסגת ולהתקדם בהדרגה לתרגול ההתמודדות העצמית עם גירויים

פנימיים (כמו מחשבות, רגשות ותחושות גופניות), המאפיינת את מדיטציית המיינדרפולנס.

- **תרגול יום-יומי:** לא ניתן להשיג תוצאה משמעותית בעבודה באמצעות מדיטציית המיינדרפולנס, מבלי לתרגל את השיטה מידי יום. כשעובדים במסגרת מוסדית, חשוב למצוא גורם מקצועי, שניתן להכשירו לתרגול יום-יומי של מדיטציית המיינדרפולנס עם המשתתפים.
- **יחס אישי למשתתפים:** אחד המאפיינים הבולטים של הקבוצה היה שלא נוצרה בה תחושת לכידות בין המשתתפים. כן בלט הצורך של המשתתפים בקשר עם המנחים. צורך זה מצדיק לפחות שני מנחים בקבוצה.
- **מצבם הקוגניטיבי והרפואי של המשתתפים בקבוצה:** לימוד מדיטציית המיינדרפולנס מחייב שימוש בחושים (ראייה, שמיעה) ובכישורים קוגניטיביים (זיכרון, ריכוז לאורך זמן, יכולת להתבונן מן הצד במחשבות וברגשות). לימוד שיטה זו בגיל מבוגר מחייב את המנחים להביא בחשבון את מצבם הקוגניטיבי והרפואי של המשתתפים. בקבוצות כאלה רצוי להשתמש במסך גדול וברמקולים חזקים, להציע למשתתפים כיסאות נוחים עם תמיכה מסיבית ולקצר את זמני התרגול של המדיטציה.

סיכום

בפרק זה תוארו שלוש שיטות לטיפול נפשי באוכלוסייה מבוגרת: היפנוזה, הרפיה ומדיטציית המיינדרפולנס. בתחילת הפרק הייתה התייחסות לדמיון שבין השיטות ולהבדלים הקיימים ביניהן. כך, למשל, למרות שהרפיה היא תופעה שיכולה להופיע כתוצאה מהשימוש בהיפנוזה ובמיינדרפולנס, אין היא תנאי הכרחי להצלחת שיטות אלה. בדומה, על אף שהיפנוזה ומיינדרפולנס מאפשרות לייצר מרחק מהמחשבות, קיים בהיפנוזה רכיב של השפעה ושכנוע, אשר בולט פחות במיינדרפולנס. בשל החפיפה הרבה שבין שלוש השיטות, הצעתי לנסות ולשלב ביניהן, באופן שיעצים את היתרונות של כל אחת.

בהמשך הפרק נסקרו מחקרים שבדקו את התפיסות המקצועיות באשר ליעילותן של שיטות אלו בגיל המבוגר. במשך שנים שררה תפיסה לפיה עם הגיל קיימת ירידה ביעילותן של היפנוזה ולא היו בנמצא מחקרים מסודרים שבדקו את האפקטיביות שלה בקבוצות גיל מבוגרות. מחקרים שנערכו בשנים האחרונות, על ההשפעות של היפנוזה בגיל מבוגר, הזימו את התפיסה לפיה היפנוזה אינה ישימה בגיל מבוגר והראו, כי היא ניתנת ליישום בכעיות רבות האופייניות לגיל זה (למשל, טיפול בכאב, במחלות אוטואימוניות, במחלות

קרדיווסקולאריות ובמחלות שרירים ושלד). בדומה, הצטברו בשנים האחרונות עדויות לגבי הרלוונטיות הרבה של טיפול באמצעות מדיטציית המניידפולנס בגיל המבוגר. חלקו האחרון של הפרק כלל שלושה תיאורי מקרים של טיפולים פרטניים באנשים מבוגרים, שבהם שולבו שיטות של היפנוזה והרפיה וכן תיאור של עבודה קבוצתית בשיטת המיינדפולנס בבית אבות. תיאורי מקרים אלה מהווים דוגמאות לניסיון חיובי בשימוש בשלוש השיטות בגיל המבוגר, אך הדגישו את הצורך להתאימן באופן פרטני למצב הבריאותי והתפקודי של המטופלים. שיטות ההיפנוזה, ההרפיה והמיינדפולנס מאיצות את שיתוף הפעולה בטיפול באנשים מבוגרים ותורמות לאיכות הקשר הטיפולי. ניתן לשלב בין השיטות ויש להקפיד שהמטופלים יתרגלו אותן בין הפגישות, שכן תרגולים אלה מוכחים כיעילים. עדיין, נדרשת חשיבה משותפת עם אנשי מקצוע נוספים לגבי אופני היישום של השיטות הללו בקבוצה ובמסגרות, כמו מועדונים בקהילה, בתי אבות ובתי דיוור מוגן.

מקורות

חוק השימוש בהיפנוזה, התשמ"ד-1984, ספר החוקים 1120, כ"ח בסיוון התשמ"ד, 28.6.1984.

- Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and an empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.
- Bànyai, E. (1991). Toward a social-psychobiological model of hypnosis. In: S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 564-598). New York: Guilford.
- Barber, J.E. (1996). *Hypnosis and suggestion in the treatment of pain: A clinical guide*. New York: WW Norton & Co.
- Barber J. (2004). Hypnotic analgesia: Mechanisms of action and clinical applications. In: D.D. Price & M.C. Bushnell (Eds.), *Progress in pain research and management*, 29, 269-300.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory of measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

- Benson, H. (1975). *The relaxation response*. New York: Morrow.
- Berg, S. & Melin, E. (1975). Hypnotic susceptibility in old age: Some data from residential homes for old people. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 25, 184-189.
- Brown, K.W. & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Chabris, C. & Simons, D. (2010). *The invisible gorilla and other ways our intuitions deceive us*. New York: Crown.
- Carstensen, L.L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312, 1913-1915.
- Cherniack, E.P. & Cherniack, N.S. (2003). *Alternative medicine for the elderly* (pp. 319-333). Berlin, Germany: Springer.
- Dictionary thesaurus — The free dictionary by farlex. Retrieved September 2012 from <http://www.thefreedictionary.com/relaxation#Thesaurus>,
- Donnellan, M.B. & Lucas, R.E. (2008). Age differences in the big five across the life span: Evidence from two national samples. *Psychology and Aging*, 23, 558-566.
- Gay, M.C., Philippot, P. & Luminet, O. (2002). Differential effectiveness of psychological interventions for reducing osteoarthritis pain: A comparison of Erikson hypnosis and Jacobson relaxation. *European Journal of Pain*, 6, 1-16.
- Gordon, M.K. (1972). Age and performance differences of male patients on modified Stanford hypnotic susceptibility scales. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 20, 152-155.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S.C. & Wilson, K.W. (2003). Mindfulness: Method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 161-165.
- Hedden, T. & Gabrieli, J.D.E. (2004). Insights into the ageing mind: A view from cognitive neuroscience. *Nature Reviews*, 5, 87-97.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jurado, M.B. & Rosselli, M. (2007). The elusive nature of executive functions: A review of our current understanding. *Neuropsychological Review*, 17, 213-233.

- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Fromm, E & Kahn, S. (1990). *Self-hypnosis: The Chicago paradigm*. New York: Guilford.
- Kenny, M.A. & Williams, J.M. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness based cognitive therapy. *Behavior Research and Therapy*, 45, 617-625.
- Killeen, P.R. & Nash, M.R. (2003). The four causes of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51, 195-231.
- Kirsch, I. & Lynn, S.J. (1998). Social-cognitive alternatives to dissociation theories of hypnotic involuntariness. *Review of General Psychology*, 2, 66-80.
- Kirsch, I. & Lynn, S.J. (1999). The automaticity of behavior and clinical psychology. *American Psychologist*, 54, 504-515.
- La Voie, D. & Light, L.L. (1994). Adult age differences in repetition priming: A meta-analysis. *Psychological Aging*, 9, 539-553.
- Lang, E.V., Benotsch, E., Fick, L.J., Lutgendorf, S.K., Berbaum, M., Berbaum, K., Logan, H. & Spiegel, D. (2000). Adjunctive nonpharmacologic analgesia for invasive medical procedures: A randomized trial. *Lancet*, 355, 1486-1490.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Luskin, F.M., Newell, K.A., Griffith, M., Holmes, M., Telles, S., DiNucci, E., Marvasti, F.F. et al. (2000). A review of mind/body therapies in the treatment of musculoskeletal disorders with implications for the elderly. *Alternative Therapy Health Medicine*, 6, 46-56.
- Luskin, F.M., Griffith, M. et al. (1998). A review of mind-body therapies in the treatment of cardiovascular disease: part 1: implications for the elderly. *Alternative Therapy Health Medicine*, 4, 46-61.
- Lutgendorf, S.K., Lang, E.V., Berbaum, K.S., Russel, D., Berbaum, M.L., Henrietta, L., Bentosch, E.G. et al. (2007). Effects of age on responsiveness to adjunct hypnotic analgesia during invasive medical procedures. *Psychosomatic Medicine*, 69, 191-199.

- Lynn, S.J., Das, L.S., Hallquist, M.N. & Williams, J.C. (2006). Mindfulness, acceptance, and hypnosis: Cognitive and clinical perspectives. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 143-166.
- McBee, L. (2008). *Mindfulness-based elder care*. New York: Springer Publications.
- McMullin, A. & Cairney, J. (2004). Self-esteem and the interaction of age, class and gender. *Journal of Aging Studies*, 18, 75-90.
- Morgan, A.H. & Hilgard, E.R. (1973). Age differences in susceptibility to hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21, 78-85.
- Peterson, C. Art Therapy. (2006). In: E. Mackenzie & B. Rakel (Eds.), *Complementary and alternative medicine for adults* (pp. 11-148). New York: Springer Publishing Company.
- Piccione, C.E., Hilgard, E.R. & Zimbardo, P.G. (1989). On the degree of measuredhypnotizability over a 25 year period. *Journal of Personality & Social Psychology*, 56, 289-295.
- Robbins, R.W. & Trzesniewsk, K.H. (2005). Self-esteem development across the life span. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 158-162.
- Ross, C.A., Ryan, L., Anderson, G., Ross, D. & Hardy, L. (1989). Dissociative experiences in adolescents and college students. *Dissociation*, 2, 239-242.
- Ross, K. (2004). *Mindfulness*. Paper presented at positive perceptions on aging conference. United Kingdom: University of Durham.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. London, UK: Guilford.
- Schulz, J.H. & Naruse, G. (1963). *Autogenic training and self-hypnosis*. Tokyo: Seisnin Shobo.
- Sin, N.L. & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 65, 467-487.
- Smith, A. (2004). Clinical uses of mindfulness training for older people. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 32, 423-430.
- Smith, A. (2006). "Like waking up from a dream": Mindfulness training for older people with anxiety and depression. In: R. A. Baer (Ed.), *Mindfulness-based*

- treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (pp. 191-215). San Diego, CA: Elsevier Academic Press.
- Solloway, K. (2010). Can clinical hypnosis prevent stress-related immune deficiency? A review of literature. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 5, 44-55.
- Spiegel, H. & Spiegel, D. (1978). *Trance and treatment*. New York: Basic Books.
- Teasdale, J.D., Moore, R.G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. & Segal, Z.V. (2002). Meta-cognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287.
- Toneatto, T. (2002). Meta-cognitive therapy for anxiety disorders: Buddhist psychology applied. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 72-78.
- Tornstam, L. (2005). *Gerotranscendence: A developmental theory of positive aging*. New York: Springer Publishing Company.
- Vickers, A. & Zollman, Z. (1999). Hypnosis and relaxation therapies. *British Medical Journal*, 319, 1346-1349.
- Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter, S., III & White, L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- Weingarten, G. (2007, April 8). Pearls before breakfast. *The Washington Post*, W10.
- Werner, P. (2009). Mental disorders in the elderly population in Israel. In: I. Levav (Ed.), *The epidemiology of mental and behavioral disorders in Israel* (pp. 63-74). Jerusalem: Ministry of Health.
- Wilkinson, P. (1997). Cognitive therapy with elderly people. *Age and Ageing*, 26, 53-58.
- Williams, M. Duggan, D. Crane & Fennell, M. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 201-210.
- Yapko, M. (1995). *Essentials of Hypnosis*. New York: Brunner / Mazel.

פרק 15

סקירת חיים כאמצעי טיפול בזקנים

שירלי אלון

מבוא

סקירת חיים היא הסיפור (נרטיב) אשר אדם מספר אודות חייו כמכלול. סיפור זה מכיל את ההיסטוריה האישית שלו, את זיכרונותיו, חלומותיו, אמונותיו ויחסיו עם אחרים. הסיפור משקף תהליכים אישיים, בין-אישיים וחברתיים, הבונים ומבנים את המשמעות האישית והייחודית שהאדם מוצא למעשיו ולחייו (Clandinin & Connelly, 2000).

על סמך סקירת ספרות נרחבת של המחקר בעשורים האחרונים, לצד ניסיון קליני בתחום העבודה עם אנשים בסוף החיים, מסתבר, כי סקירת חייו של אדם, בין אם באופן עצמאי, מונחה או ככלי טיפולי, עשויה לספק מענה יעיל ומשביע רצון לתהליכים ולהיבטים פסיכולוגיים רבים, העומדים בראש מעייניו של האדם בערוב ימיו.

מוקד העניין בתופעת סקירת החיים חל במקביל להתחזקותו של אפיק טיפולי, הדוגל בניתוח הנרטיב האישי לשם הבנת עולמו הפנימי של האדם (למשל: Bruner, 2004). ולא בכדי, שכן תהליך סקירת חיים הוא ביטוי מובהק של עבודה – עצמית או טיפולית – באמצעות שימוש בנרטיב האישי של האדם.

הנרטיב שהאדם מביא עימו כולל לא רק תוכן, עלילה ודמויות, כי אם רגשות, מחשבות וגם קשיים ומצוקות. בגישה הנרטיבית, עומד סיפורו של האדם במוקד הטיפול, לא כאמצעי, אלא כמטרה. בעת הטיפול הנפשי, המטפל והמטופל מנסים לאתר את המקור לאותו "ליקוי" בנרטיב אשר יצר את הקושי. לאחר איתור הליקוי, עיבודו והבנת השלכותיו השונות, מגיע שלב תיקון הנרטיב ושזירתו מחדש לסיפור החיים, באופן שישתלב עם סיפורו המקורי האותנטי של האדם, מבלי שייתפס כנטע זר.

עד לפני כ-50 שנה הסברה הייתה, כי עיסוק מתמשך בהעלאת זיכרונות מחייו של האדם הזקן מסמנת תהליך של סניליות. השינוי בתפיסה זו חל בעקבות טענתו של רוברט באטלר

(Butler, 1963) כי מדובר דווקא בתהליך בריא ואף רצוי. באטלר טבע את המונח "סקירת חיים" והגדירה כתהליך מנטלי טבעי ואוניברסלי, המאופיין בחזרה פרוגרסיבית מודעת לחוויות עבר אישיות. זהו תהליך זום ומכוון, ותכניו נחווים בעצמה רבה של רגשות ותחושות (Butler, 1963). הנחתו של באטלר, אשר אכן אומתה מחקרית בהמשך, הייתה, כי סקירת חיים היא תהליך האופייני לגיל הזיקנה. לדידו, התעמתות – פיזית או מנטלית – עם סוף החיים, עשויה להוות זרז לביצוע סקירת חיים (למשל, שמי וכרמל, 2001). ואכן, מחקרים מצאו, כי סקירת חיים בקרב אנשים זקנים היא בריאה, בעלת ערך אדפטיבי להתמודדות הפרט, הן עם שלבי חייו האחרונים, אך גם בשלבים מוקדמים יותר בחייו הבוגרים (Hausman, 1980). יתרה מזאת, מספר חוקרים אף הראו, כי השפעתה החיובית של סקירת חיים קיימת גם בקרב אנשים צעירים, בעיקר כאלה אשר חוו או חווים איום על חייהם (כגון: Ando, 1996; Ando & Morita, 2010; Vahughan & Kinnier, 2003).

מאז שבאטלר הגדיר מחדש את סקירת החיים כתהליך חיובי, המסייע לאדם הזקן בעיבוד עברו ובהכנה לבאות, גברה והלכה ההתעניינות בתיאוריה ובמחקר הגרונטולוגי באשר לשאלה, מדוע תופעת סקירת החיים גוברת לאורך תהליך ההזדקנות? לאלו מטרות מכוונת סקירת החיים? האם מדובר בתופעה תקינה או פתולוגית, והאם אכן היא טומנת בחובה ערך מוסף לאדם או לסביבתו?

פרק זה מתמקד בסוגיות אלה ובאופן שבו ניתן לרתום את התהליך הטבעי של סקירת חיים להתערבויות מקצועיות עם אנשים זקנים. בתחילת הפרק נעסוק בהגדרה ובמהות תהליך סקירת החיים העצמית, שאנשים זקנים מבצעים, או אנשים התופסים את חייהם כקרבים לסיומם, ובהשלכותיו של תהליך זה. בהמשך הפרק נתמקד בסקירת חיים טיפולית, מאפיינים ועקרונות, מטרות טיפוליות שניתן להשיג בתהליך ואמצעים טיפוליים ליישום. כמו כן, נציג ממצאי מחקרים בנושא זה.

סקירת חיים: מאפיינים עיקריים

בפתח התיאור של המושג סקירת חיים, חשוב לבצע הבחנה בין סקירת חיים (Life Review) להיזכרות (Reminiscence). אמנם, נהוג באופן טבעי לראות בשני אלה מושגים נרדפים, אך למעשה מדובר בשני תהליכים בעלי מאפיינים קוגניטיביים, רגשיים וחברתיים שונים במהותם (Staudinger, 2001). היזכרות פשוטה היא אירוע נקודתי אקראי, המונע לרוב על ידי אסוציאציות או זרז מסוים; היזכרות עוסקת בתכנים או בחוויות בעלי קשר ישיר לגירוי שהעלה אותם.

סקירת חיים, לעומת זאת, אינה מתמצית רק בהתבוננות אחורנית על מהלך החיים, כי אם בתהליך יזום ומודע של שחזור חוויות עבר לכדי סיפור בעל משמעות. כשאדם מכיר בכך, שזמנו הנותר בחיים מוגבל, מתעורר בו הצורך לבחון את חייו מחדש, לשאול עצמו האם חייו היו הצלחה או כישלון ולסקור את התפתחותו האישית לאורך השתלשלות חייו (Butler, 1963). עיסוק משמעותי בסקירה נסב סביב העלאת קונפליקטים ורכיבים בלתי פתורים מן העבר; ניתוחם ועיבודם חיוני ביותר לתהליך הארגון מחדש והאינטגרציה של האישיות (Butler, 1963). על כן, מעבר להיזכרות באירועים, סקירת חיים מתמקדת בהערכה ובעיבוד של התכנים הכלולים בזיכרונות העבר: העלאת אירועי העבר מעוררת תהליך הערכה מחדש ועיבוד אקטיבי, משום שהתכנים המועלים נתונים להקשרים ההיסטוריים, הפסיכו-פילוסופיים והסוציו-תרבותיים בעברו של האדם ובהווה האישית של חייו. סקירת חיים מאפשרת יצירת סינתזה, משום שלאחר עיבוד הזיכרונות והחוויות הם משתלבים זה בזה בצורה אינטגרטיבית. תהליך האינטגרציה מסייע לבנות או לחדש את תחושת הזהות האישית של האדם ולהעניק משמעות לעברו, לחייו ולמורשתו (Klein, 1976). מאחר ששלב זה משופע מתובנות חדשות או מחדשות, תהליך הסינתזה הוא זה אשר מוביל לעצמה הרבה של רגשות ותחושות, המאפיינות את סקירת החיים.

מטרתה של סקירת החיים אינה לשמש מראה מדויקת של העבר, אלא לשמש כמתווכת בין אירועי העבר לבין משמעותם בהווה. מאחר שהאדם הוא מחבר הסיפור, אזי יש ביכולתו להרכיב את סיפור חייו באופן שונה בכל פעם שנדרשת התאמה לשינויים בחיים. התאמת הסיפור האישית לתפיסת ה"עצמי" תביא את האדם לתחושת לכידות ושלמות עצמית (Antonovsky & Sagy, 1986). תהליך זה מתואר גם בתיאוריה ההתפתחותית של אריקסון, במהלך השלב האחרון במעגל החיים, שבו מאותגר האדם בין שלמות האגו לבין ייאוש (Erikson, 1963). ההתבוננות אחורה והבדיקה של הפרט את מטרותיו והישגיו לאורך החיים עשויים לקדמו לעבר השגת המשימה ההתפתחותית של שלב זה, דהיינו, השגת שלמות האגו. על פי התיאוריה ההתפתחותית של אריקסון, שלמות אגו נחשבת ליעד המיטבי בתהליך התפתחותו של האדם לאורך ציר החיים. כאשר האדם מגיע לכדי שלמות האגו, הרי זה לרוב בגיל זיקנה, לאחר השלמת אבני הדרך ההתפתחותיים הקודמים (Erikson, 1963). שלמות האגו, שאליה מתלווה התבונה (Wisdom), מאפשרת לאדם, אשר זה מכבר סקר את חייו, להסבירם ולקבלם לפי פרשנותו האידיוסינקראטית, ולא בהכרח לפי התרחשות המאורעות במקור, אשר בסופו של דבר אינה בעלת חשיבות (Clayton, 1975). במילים אחרות, הנרטיב – ולא העובדות – הוא בעל החשיבות לתהליך התפתחותו האישית של האדם (Clayton, 1975).

למעשה, קיימים לא מעט מאפיינים דומים בין התיאוריה ההתפתחותית של אריקסון (Erikson, 1959) לבין התיאוריה של באטלר (Butler, 1963). שתיהן רואות בהתבוננות

האדם על חייו מאפיין המתייחס למשימותיו ההתפתחותיות של האדם בשלב האחרון לחייו, קרי, בהכירו במותו. כמו כן, שתי התיאוריות טוענות, כי התרה חיובית של סקירת חיים מסתכמת בארגון מחדש של האישיות וכי התוצר הפסיכולוגי של ארגון זה מתבטא בתבונה (wisdom) ובשלווה נפש (serenity). מנגד, התרה שלילית של סקירת חיים עלולה להסתיים בייאוש ובתחושה שהזמן אוזל (Woolf, 1998). גם ברנאן ושטיינברג (Brennan & Steinberg, 1984) נשענו על התיאוריה של אריקסון וטענו, כי סקירת חיים היא אמצעי ל"סקירת מעגל התפתחותי" בשלב ההתפתחות האחרון במעגל החיים. אליהם מצטרפים גם ממצאיהם של טאפט ונהרקה (Taft & Nehrke, 1990) על אודות קשר חיובי בין ביצוע סקירת חיים לבין השגת שלמות אגו (ego integrity) בגילאי זיקנה.

וסטרהוף ועמיתיו (Westerhof, Bohlmeijer, Webster, 2010) טענו, כי השימוש בסקירת חיים טומן בחובו הזדמנות לשיפור רוחחתו האישית של הזקן גם במישור החברתי כפלטפורמה לתקשורת בין-אישית ובעיקר בין-דורית (Kaminsky, 1978; Westerhof et al., 2010). בעוד שלסביבה הבריאה והצעירה יתרון של עלומים וחיוניות, הרי שלאדם הזקן יש את היתרון של עושר החוויות וההתנסויות אשר צבר במהלך חייו והוא יכול להפיק מהן תובנות רבות. מכאן, שסקירת חיים עשויה לא רק לשמש כאמצעי לשיתוף בחוויות מתוך מטרה ללמד אחרים או כאמצעי להעברת מורשת, אלא אף כאמצעי לשיפור תפיסת הסטטוס החברתי של הזקן, הן בעיני עצמו והן בעיני הסובבים אותו (Pincus, 1970).

מחקרים שונים בדקו את ההשפעה של ביצוע סקירת חיים עצמית על רוחחת אישית והסתגלות למצבים שונים בגיל הזיקנה. האביגהרסט וגלור (Havighurst & Glasser, 1972) בדקו את יחסי הגומלין שבין ביצוע סקירת חיים לבין הסתגלותם האישית והחברתית של זקנים ומצאו, כי לתדירות גבוהה של ביצוע סקירת חיים ורגשות חיוביים, העולים כתוצאה מהסקירה, יש קשר חיובי הדוק להסתגלות אישית-חברתית תקינה למצבי חיים משתנים. בוילין ועמיתיו (Boylin, Gordon & Nehrke, 1976) בדקו את יחסי הגומלין של סקירת חיים ושלמות האגו (ego integrity) בקרב זקנים השוהים במוסדות. התוצאות הראו קשר חיובי חזק בין ביצוע סקירת חיים לשלמות אגו.

לואיס (Lewis, 1971) בחנה את השערתה, כי אנשים המרבים בסקירת חיים נהנים משמירה על תפיסה עצמית עקבית יותר בעת התמודדות עם מצבי חיים מלחיצים. הממצאים אכן אימתו את השערתה: משתתפים אשר הגדירו עצמם כמרבים בסקירת חיים נהנו מתפיסה עצמית יציבה וחיובית יותר בתנאי לחץ מאשר אנשים הממעטים בסקירת חיים. מסקנתה של לואיס הייתה, כי סקירת חיים מהווה גורם השפעה משמעותי על הזדקנות מוצלחת.

בנוסף לכך, סקירת חייו של אדם עשויה להתעורר באופן דרמטי גם בעקבות מאורעות חיים הקשורים למשברים או למעברים, הכרה כמוות הקרב, בידוד, או תחושת פגיעות

(Taft & Nehrke, 1990; Butler, 1963). ההסבר שמספקים טאפט ונהרקה (Taft & Nehrke, 1990) להתעוררות או להתעצמות סקירת חיים ספונטנית, בעקבות אירועי חיים קשים וגורמי דחק למיניהם, נשען על הגישה הנרטיבית, לפיה האדם בונה לאורך חייו – שוב ושוב מחדש – את עברו באופן שבו יתאים למושגים הנוכחיים של זהותו ומעריך את הישגיו לפי מידת תרומתם לחיים שיהיו יציבים ומספקים עבורו. יתרה מכך, מאחר שאירועים אלה נוטים להתקיים בשכיחות גבוהה למדי בגילאי זיקנה, הרי שלא פלא הוא, שזקנים נוטים להקדיש זמן ומחשבה להעלאת זיכרונות, הרהור בהם ולעתים אף שיתוף אחרים (Soltys & Kunz, 2007). מעבר לתחושת סמיכות המוות המעוררת ביצוע סקירת חיים בקרב זקנים, עומדת הנחה נוספת, לפיה תהליך ההתנתקות החברתית (disengagement) הוא אשר מפנה לזקן יותר פניות להתבוננות פנימה ולשיקוף עצמי (Staudinger, 2001).

סקירת חיים ככלי טיפולי

משהתרכבו העדויות לתרומה של סקירת החיים לרווחתו האישית של האדם, אך טבעי היה לרתום תהליך ספונטני ונורמלי ממילא לתוך תהליך טיפולי ולהיעזר בו כאמצעי מרתק לשחזור ולעיבוד חוויות ממהלך חייו האישיים של האדם, לבחון את הקשרים ביניהם ואת התבטאותם בצורת האופן שבו האדם חווה את עצמו, את חייו ואת עולמו. התערבות טיפולית זו מסתייעת בהתבוננות ובהרהור האדם על מהלך חייו, לשם עיבוד והבנה טובים יותר של חוויות (בעיקר קשות או מכאיבות) מעברו.

הערך המוסף של ההקשר הטיפולי של סקירת חיים מתאפשר הודות לעבודה על זיכרונות, שעמם האדם מתקשה להתמודד, לעבד או לפרש בעצמו. במילים אחרות, תפקיד המטפל בתהליך זה אינו מתמצה בליווי או בהקשבה, אלא בסיוע פעיל לכיוון התרה, בין אם באמצעות שאלות מכוונות, הצעות לפרשנות ויצירת קישורים.

סקירת חיים, המתבצעת תוך טיפול, מאפשרת עיבוד רב ממדי ודינמי יותר מאשר בתהליך הספונטני – העצמי. המטפל, המתפקד כשותף למסע אל העבר, מעורר את המטופל לבחון את חייו באופן מובנה ושיטתי, כאשר בכל התהליך קיימת מטרה כלשהי, כגון הפקת לקחים, פתרון בעיות ומחילה. הנחיה מבוקרת של התהליך מסייעת בשמירה על הגנות המטופל וניתוב הסקירה לעבר הרווח החיובי הטמון בה, תוך מזעור "תופעות הלוואי". דוגמה לכך היא התעמתות עם קונפליקטים בלתי פתורים מעברו של המטופל, לרוב כאלה שלא היה ביכולתו להתמודד עמם לבדו. המטפל נוטל על עצמו תפקיד של שותף בניסיון להתרת הקונפליקטים, או לפחות לשיכוך העצמה הרגשית השלילית המלווה

אותם. מטרה אחרת של סקירת חיים היא לשפר את מסוגלותו של המטופל להתמודד עם חייו בהווה, על אתגריהם השונים. אלה יחד מובילים בסופו של דבר לארגון מחודש של האישיות בכיוון של צמיחה והתפתחות אישית (Erikson, 1963; Woolf, 1998), שיפור תחושת הרווחה האישית וההשלמה עם מהלך החיים ותוצאותיהם (Ando, Morita, Akechi et al., 2010; Garland, 1994).

במהלך הטיפול, המטפל והמטופל מתבוננים בסיפורים הדומיננטיים שהועלו. הם בודקים את הסיפורים בהקשר האישי, ההיסטורי, החברתי והתרבותי ובוחנים את השפעותיהם על חיי המטופל. במקרה שבו נתקלים בסיפור דומיננטי הגורם לסבל, המטפל והמטופל מחפשים יחד פתחים לכיוונים, אשר ישפרו את רווחתו האישית של המטופל, את משאבי התמודדותו ואת יכולת הסתגלותו לשינויים בחיים. היות והסיפור אינו תיעוד, אלא פרשנות הסובייקטיבית של המספר מנקודת ראותו שלו, הרי ששאלת "אמיתות" הסיפור אינה רלוונטית לעבודה הטיפולית.

דוגמה מובהקת לשימוש בסקירת חיים בטיפול היא בעבודה עם זקנים המתקשים להסתגל לתהליכי הזיקנה ולמשימות הנפשיות המורכבות הנלוות. גם בקרב אנשים שאינם זקנים, סקירת חיים תוך תהליך טיפולי עשויה להיות משמעותית מאוד, במיוחד כאשר האדם חווה נסיבות חיים קשות או מלחיצות, כגון: מחלה קשה או תחושת איום על החיים, פרידות (מאדם אהוב, ממקום מגורים עם כל הזיכרונות הנלווים אליו), אבדנים, ועוד (McCloskey & Bulechek, 1996), כמתואר בדוגמה שלהלן:

נ', אלמנה בת 80, ילידת הארץ, הגיעה לייעוץ נפשי בשל התקפי חרדה מהם היא סובלת בחודשים האחרונים, מאז אובחנה כחולה במחלה ממארת. היא קישרה את התקפי החרדה, שהתבטאו בתחושת מחנק ודופק מואץ, עם המחשבה, שהזמן חומק במהירות מבין אצבעותיה. על אף גילה, מעולם לא הרהרה במוות, בין היתר, הודות לבריאותה התקינה, וכעת, היא חשה אותו נושף בעורפה. הוא, לדבריה, גורם לה לאותם התקפי חרדה.

נ' התנגדה להיעזר בתרופות נוגדות חרדה, וכל אשר ביקשה היה ללמוד "איך להעלים את הפחד מהמוות?" נ' ידעה בעצמה, שאין דרך להעלים את הפחד. מנגנוני ההגנה שבהם נעזרה עד כה לא עמדו לרשותה יותר, מלבד אחד: מעגל החיים. סיפור חייה העשיר עומד לרשותה בכל עת, מכיל בתוכו קורטוב מכל רגש אפשרי. כל עוד נשמה באפה, תוכל להתרפק עליו ועל זיכרונותיו. זהו, בעיניה, כוח החיים, החזק מן המוות. התבוננות אחורנית, על תקופות קשות מאוד בחייה והאופן שבו שרדה אותן, אפשרה לה לראות עצמה כפי שהיא בהווה, מחוזקת ומחושלת.

סקירת מעגל חייה וסיכום הישגיה הביאווה להכרה, כי הגשימה את יעדיה, הצליחה במשימותיה וכשיגיע יומה, לא תיפרד מן העולם בשום תחושת חמצה.

למעשה, מרבית גישות הפסיכותרפיה מכילות בתוכן אלמנטים של היזכרות או סקירת חיים, כמנוף לעבר השגת הבנה על אודות העצמי ויצירת שינויים הודות לפתרון קונפליקטים מן העבר (Knight, 1986). אולם, סקירת חיים ככלי טיפולי נשענת בעיקר על תהליך ההיזכרות, כאשר העבודה הטיפולית נעשית בשלושה אופנים עיקריים: (1) הן המטפל והן המטופל מתמקדים בתהליך הצמיחה האישית של המטופל; (2) התהליך המתהווה עוסק לרוב בקונפליקטים ובפתרונם וכן בבנייה מתמשכת של אסטרטגיות התמודדות; (3) תוך כדי התהליך, גם המטפל וגם המטופל מגלים התקדמות מנקודת ההתחלתית (Garland, 1994). בסיום שלב הסינתזה, ייווצר מתווה כוללני ורב-ממדי של משמעות ותחושת ערך לחייו של המטופל, תוך שאיפה למצוא מטרה אישית-פנימית כלשהי בחייו.

קמינסקי (Kaminsky, 1978) האמין, כי קיימות פונקציות תרפויטיות נוספות שסקירת חיים טיפולית יכולה להניב, מעבר לאלה אשר באטלר מנה. האחת, השימוש בזיכרונות כמנגנון הגנה לשם הפחתת חרדה ושימור הדימוי העצמי. צורך זה גובר והולך במקרים של ירידה בתפקוד, בעצמאות וביכולות האדם המזדקן או החולה, אשר פוגעות קשות בדימויו העצמי ועלולות לעורר בו חרדות מפני סבל, תלות ומוות. זיכרונות אלה, המדגישים את משאביו הפנימיים של האדם ואת הישגיו בחיים, יכולים לשמר את הדימוי העצמי ולחזק את תחושת החוללות העצמית (self efficacy). פונקציה נוספת, לדברי קמינסקי, היא השימוש בסקירת חיים בסיוע לאדם המתמודד עם אבדן ואבל. זאת, בין היתר, על ידי שחזור מערכת היחסים שאיננה עוד וסיכומה. אם לא התקיימה פרידה מן המת עוד בעודו בחיים, סיכום הקשר באמצעות העלאת זיכרונות ממנו עשוי לשמש כפרידה מאוחרת. לפרידה אגב סקירת חיים חשיבות רבת ערך במקרים של אבל מורכב או כאשר האבל אינו מרפה.

וייס (Weiss, 1995) סבר, כי סקירת חיים היא הגישה התרפויטית המועדפת בעבודה עם זקנים, בשל מספר מאפיינים, החיוניים במיוחד בעבודה עם גילאי הזיקנה: העלאת חוויות מגוונות, תוך מתן דגש למשאביו וליכולותיו הפנימיים של האדם, משפרים את תחושת החוסן הפנימי והחוללות העצמית, בדיוק בשלב החיים שבו היבטים אלה נוטים להתערער (Peachey, 1992). כמו כן, מדובר בהתערבות קלה ליישום בקרב מרבית אנשי מקצועות הטיפול ובריאות הנפש וכשלעצמה, ההתערבות חפה מסטיגמה מאיימת של "טיפול נפשי" (Erlen, Mellors, Sereika et al., 2001). בנוסף לכך, מטרת הטיפול אינה ליצור שינויים מהותיים באורחותיו או בהתנהגותו של האדם, אלא לאפשר לאדם התבוננות מעמיקה ומקיפה יותר על חייו (Segall, 1964). בכך נתפס התהליך הטיפולי כפחות מאיים

או מעורר חרדה, מצב שעשוי להפחית את התנגדות המטופל ולהפנות את עיקר כוחותיו ומשאביו לעבר העבודה הטיפולית.

הייט ועמיתיה (Haight, Michel & Hendrix, 1998; 2000) אימתו הנחות אלו באופן מחקרי כאשר מצאו, כי לסקירת חיים מובנית השפעה מיטיבה על תהליך ההסתגלות של זקנים למעבר מביתם למגורים בבתי אבות. ממצאי מחקרם הראו, כי ביכולתה של סקירת חיים למנוע דיכאון תגובתי, המצוי בשכיחות גבוהה בקרב זקנים החווים שינוי במקום מגוריהם. מסתבר שלסקירת חיים עשויות להיות גם השפעות מיטיבות לטווח הארוך; בהערכה שהתבצעה כעבור שנה מסיום ההתערבות נמצא, כי סקירת חיים טיפולית הביאה לשיפור בשביעות הרצון מהחיים ובהערכה העצמית של הזקן, לצד ירידה בשיעורי הדיכאון שנשמרו אף הם לאורך זמן. מסקנת החוקרים הייתה, כי מאחר שישנם מרדים בעלי תגובה מיידית להתערבות, לצד מרדים בעלי שיפור הניתן להערכה מאוחרת, הרי שלתהליך הטיפולי השפעה ארוכת-טווח ויציבה (Haight, Michel & Hendrix, 1998).

על אף המעלות הפנים-אישיותיות והבין-אישיותיות הטמונות בתהליך סקירת החיים וכן התועלת התרפויטית המוכחת שבסקירת חיים טיפולית, עדיין ייתכן, כמו בכל התערבות, סיכון לנזק או לתופעות לוואי שליליות, כמו, למשל, רגשות מאיימים, עד כדי בלתי נסבלים, העולים אגב התהליך ועד תחושה של נזק נפשי תחת ההטבה המצופה. סקירת חיים הנובעת מדחף לעורר מחדש רגשות של מרירות, להיאחז בנוקשות בזיכרונות אינטימיים עם אהובים שאינם או אפילו לשם הפגת שעמום – לא תיצור איזון בין החיובי לשלילי. לפיכך, השפעותיה המיטיבות של הסקירה לא תתממשנה, וייתכן אף ההיפך – האדם ימצא עצמו מוצף ברגשות שליליים בעצמות גבוהות בהרבה מן היום-יום שלו (Ando, Tsuda & Morita, 2007).

באטלר (Butler, 1963) הזהיר מפני שלושה פרופילים אישיותיים, המצויים בסיכון לפתח תגובות פסיכו-פתולוגיות כתוצאה מסקירת חיים טיפולית. סוג אחד של אנשים הם אלה אשר פגעו בצורה קשה ו/או מכוונת במהלך חייהם באחרים (לדוגמה, אנשים בעלי קווים אישיותיים אנטי-סוציאליים). עבורם, תחושות האשם, העשויות להתעורר בעקבות סקירת החיים, מוצדקות וממשיות, על כן במקרה זה, דווקא הדחקה עשויה להיות אדפטיבית. קבוצה אחרת, עבורה הטיפול בסקירת חיים אינו מומלץ, היא של אנשים אשר מטבעם נוטים "לחיות את העתיד" ולהתחמק מהתמודדות עם ההווה או עם העבר. עבור אלה, העתיד נושא הבטחות והישגים ומשמש מפלט מפני התמודדות עם המציאות הנוכחית ועם קונפליקטים בלתי פתורים. כמו כן, הם אינם נותנים את דעתם לתהליך הצמצום באפשרויות ובהזדמנויות העתידיות הנלווה להזדקנות. במהלך סקירת חייהם, הם עלולים לגלות, כי חלק משאיפותיהם וממשאלותיהם ביחס לעתיד לא צפוי להתגשם ותחת זאת

צפוי דווקא סיום בלתי נמנע של החיים. כתוצאה מכך, הם עלולים לשקוע בתחושות קשות של חרדה מפני שעון החול האוזל, וכן ייאוש ודיכאון. קבוצה שלישית, מתייחסת לאנשים חדורי גאווה עצמית או בעלי אישיות נרקסיסטית פגיעה, העלולים להפיק תוצאות בלתי סתגלניות עקב ההכרה במוות ובסופיות הקרבים (Hultsch & Deutsch, 1981).

המלצה שכיחה נוספת היא להימנע מסקירת חיים טיפולית עם אנשים הנוטים להעריך את חייהם ככישלון באופן כללי ואינם מסוגלים להתבונן במעגל החיים בצורה מאוזנת – כישלונות לעומת הישגים, טוב מול רע, חוזקות מול חולשות וכדומה. אנשים אלה עלולים לשקוע במצבי מצוקה נפשית, בעיקר בדמות רגשות אשמה קשים, דיכאון וחרדה (Butler, 1963). כמו כן, רצוי להימנע מסקירת חיים בעבודה עם אנשים בעלי ירידה קוגניטיבית משמעותית, כדוגמת תהליך דמנטי. גם כאשר יכולת שליפת זיכרונות מוקדמים עדיין שמורה, היכולת לעיבוד ולאינטגרציה של הזיכרונות עם הזהות העצמית כבר פגועה והתחושה העולה אגב התהליך תהיה כמעין תנועה במעגלים. בנוסף לכך, האדם עלול לחוות תסכול וחוסר אונים בשל היעדר יכולתו לענות על מטרות התהליך. עבור אנשים אלה, דווקא העלאת זיכרונות פשוטה (reminiscence) תהיה מועילה, במיוחד אם האדם יכול עדיין להעלות זיכרונות נעימים, כדוגמת חוויות נוסטלגיות, שיספקו לו תחושות חיוביות באשר לעצמו ולאהביו.

לפיכך, האמצעי היעיל ביותר להימנע מנזקים פוטנציאליים יהיה באמצעות הערכה ביו-פסיכו-סוציאלית מעמיקה, במטרה לשלול אפשרות, שהאדם נמנה על אותם אנשים או מצבים, שלגביהם סקירת חיים אינה מומלצת כהתערבות. במקרה של היכרות מעמיקה קודמת עם האדם, יש לגלות ערנות כלפי מאפיינים תגובתיים-התנהגותיים ורגשיים, שעלולים לשמש כנורות אזהרה מפני ביצוע סקירת חיים.

גם בקרב אנשים אשר אינם עומדים בקריטריונים להתוויית נגד עשויה להתקיים רתיעה מפני תגובות נפשיות שליליות, העלולות להתלוות לסקירת חייהם. אפשרות זו נוגעת לרוב להעלאת נושאים טעונים מן העבר, כגון מאורעות טראומטיים, מצבי משבר וקונפליקטים בלתי פתורים (Hargrave & Anderson, 1997), אשר נתפסים בעיני האדם כמאיימים בשל הפוטנציאל לעירור רגשות של עצב עמוק, חרדה, אבל, אשמה או היקלעות לתחושות מציפות אחרות. מאחר שמצבי קושי והרגשות הנלווים אליהם קיימים בעברו של כמעט כל אדם, הרי שהחשש מפני שחזורם והישאבות לסחרור שלילי בגינם הוא מובן ביותר. אך עם זאת, לסקירת חיים מבוקרת, במיוחד זו המלווה על ידי איש מקצוע טיפולי, יש יותר מעלות פוטנציאליות לרווחתו הנפשית של הפרט מאשר חסרונות (Lewis & Butler, 1974). יתרה מכך, רתימת סקירת החיים כאמצעי לספק תמיכה נפשית מקצועית בקרב האוכלוסייה המבוגרת הוכח מחקרית כיעיל בהיבטים רבים של רווחה נפשית, כגון הקלת דיכאון

(למשל: Bohlmeijer, Smit & Cuijpers, 2003; Cappeliez et al., 2012), שיפור בשביעות הרצון מהחיים ובהערכה העצמית (כגון: Davis, 2004; Hamilton, 1992; Havighurst & Glasser, 1972; Merriam & Cross, 1982), העלאת מצב הרוח ושיפור יכולות ההתמודדות עם מצבים שונים בחיים (Ando, Morita et al., 2010).

מטרות טיפוליות בסקירת חיים

הערכת המטרות, שהמטופל מצפה להשיג מן התהליך, חשובה ביותר לשם גיבוש מתכונת ההתערבות המתאימה (ריאיון, שיח או תהליך טיפולי לכל דבר): העלאת זיכרונות פשוטה (reminiscence) מסייעת לבנייה או לחיזוק תקשורת בין-אישית ולרגשות חיוביים; סקירת חיים (life review) תורמת את הזיכרונות לטובת תחושת רווחה נפשית ואילו טיפול באמצעות סקירת חיים (life review therapy) שואף להפחית מצוקה נפשית, לחזק את המשאבים הפנימיים ולעודד תהליכים אקזיסטנציאליים של איתור משמעות בחיים (Westerhof et al., 2010). להלן דוגמאות למטרות מרכזיות, שלקראתן ניתן לחתור באמצעות סקירת חיים טיפולית:

התבוננות בתהליך ההתפתחות האישית לאורך ציר החיים

מ', בן 76, עלה בגיל 14 ממצרים. בשחזור חוויות מילדותו המוקדמת, תיאר את מחוז הולדתו בקהיר בצורה ברורה ומוחשית, כשכונה ססגונית, בעלת מבנים גבוהים, רחובות רחבים והמוני אדם. חוויית העלייה ארצה זכורה לו כקשה מאוד. מעושר ושפע נחת לתוך דלות, פחונים, צנע ומיזוג מבלבל של תרבויות. במשך שנים – עד לגיוסו לצה"ל – התאבל על אבדן ילדותו השלווה, שאירעה בו ברגע שמשפחתו ערקה ארצה. ברגעים הקשים היה נוהג לתהות כמה נוחים ונעימים היו נראים חייו לו היה נשאר שם. השירות בצה"ל וקריירת הלוחם שפיתח בהמשך סייעו בהשלמת היטמעותו בחברה הישראלית, וערגתו לזיכרונות הנוחים והשלווים של קהיר התפוגגה. עם זאת, תמיד השתוקק לחזור לשם, למעין מסע שורשים – לבית הכנסת שבו התפלל, לבית הספר הקתולי שבו למד ולבית הוריו, שם חיו עד לפטירתו של אביו, כשהיה בן 12. בהגיעו לגיל 70, הגשים את משאלתו ונסע לבקר במצרים. המסע לווה בעצמות רגשיות ובשטף זיכרונות בלתי פוסק, והוא אשר הובילו, עם שובו ארצה, להתחיל בסקירת חייו. רק אכזבה אחת נותרה

מביקורו: הפער הגדול שחווה בין זיכרונותיו את שכונת מגוריו לבין המראות שראה בפועל. מ' הבין, שהשנים עשו את שלהן: הקהילה היהודית האמידה דאז התפוגגה, השכונה המטופחת הוזנחה ואוכלסה מחדש על ידי משפחות קשות-יום. הוא הופתע לגלות, שבית הוריו רחב הידיים היה למעשה דירה צפופה, שהרחוב הסואן היה חד-סטרי ושהמרחק בין בית הוריו לבית הכנסת, שתמיד נראה היה לו כאילו נמשך שעות, היה למעשה כמאתיים מטרים בלבד. מ' התקשה להשתחרר מאותה "הונאת" זיכרון, שבעטיה, במשך עשרות רבות של שנים, נשא בתוכו ייצוג מנטלי מסוים, כה מרוחק מן המציאות. "אילולא זיכרוני הטעה אותי, לא הייתי מבזבז שנים רבות בגעגוע ואבל על 'המקום המושלם', שמעולם לא היה קיים..."

האם הייתה זו הונאת זיכרון, או שמא רשמיו של ילד צעיר, הרואה את העולם כגדול ואת המבוגרים כ"זקנים" (גם אם הם בני 45)? עיניו של אדם מבוגר אינן כעיני ילד, אולם הזיכרונות שהוטבעו במוחו של הילד נותרים כשהיו גם לאחר שבגר.

אחד מאתגריה המרתקים של סקירת החיים הוא מתן פרשנות מחודשת לחוויות ילדות, והפעם מתוך פרספקטיבת האדם המבוגר, המנוסה. לתהליך זה השפעה תרפויטית רבת ערך, במיוחד כשמדובר בחוויות מכאיבות – ב"פצעי ילדות" – שאותן האדם גורר במשך שנים ארוכות. התבוננות מחודשת בחוויית ילדות, הפעם בעיני האדם הבוגר, מאפשרת תיקון הנרטיב והיכולת לקבל את המציאות בצורה כוללנית, שלמה ורציפה (במקום במקטעים). במקרה של מ', תיקון הנרטיב אפשר לו להתבונן בתקופת נעוריו ובבגרותו הצעירה באור אחר. לא עוד בעיני נער המתאבל על אבדן ילדותו הנינוחה והמגוננת, אלא הפעם בעיני אדם אשר חוקר את מסע ההגירה שלו, ההינתקות מתרבות ומחברה אחת לאחרת, תהליך ההתבגרות, הכניסה המיידית ל"עולם הבוגרים" והשתלבות בחברה הישראלית.

קשיים ואתגרים רבים ניצבים בפני האדם לאורך חייו. סקירת החיים יוצרת במה להעלאה ולהתבוננות מחודשת באותם מקומות שבריריים, שבהם האדם חווה איום על הזהות העצמית, ערעור בתפיסת ההערכה העצמית, חוויית כישלון, דחק או אבדן. עיבוד מבוקר ואדפטיבי של צמתים כגון אלה יכול להוביל לבנייה מחודשת של מעגל חייו של הפרט, באופן שבו יתאים למושגים הנוכחיים של זהותו ויעריך את הישגיו לפי מידת תרומתם ומשמעותם לחייו (Butler, 1963). התחברות לנקודות חוזק, ליכולות ולהצלחות בעבר, במיוחד למצבי צמיחה מתוך קושי, מספקת לאדם שיקוף של יכולותיו וגיבוש מתווה חיובי של ה"עצמי".

הכנה נפשית לקראת המוות

ככל שהאדם המבוגר צועד לקראת סוף חייו, הוא נאבק יותר ויותר בצורך למצוא משמעות לקיומו בעולם (Erikson, 1963). סקירת חיים מסייעת לזקנים למצוא דרכי התמודדות עם אתגרים שונים לאורך ציר החיים, כאשר הפחתת חרדת המוות היא אחת מהן. תופעת חרדת המוות עלולה להעיב על תקופת חייו האחרונה של הפרט ולהביא לנסיגה, להימנעות ולעיכוב השלמת מעגל החיים. לסקירת חיים, אם כן, תרומה פוטנציאלית כפולה בהכנה סתגלנית של הפרט למוות: הן על ידי הקלה של חרדת המוות והן על ידי מסע לקראת השלמת מעגל חייו (Butler, 1963; Huges & Peake, 2002). על מנת להגיע לתובנות בהיבטים של סיכום והכנה לפרידה מן החיים, ניתן להיעזר בשאלות מנחות, כגון: "האם השגתי את מטרותיי? האם שיניתי או יצרתי משהו עבור עצמי? עבור אחרים?" וכדומה.

בתיאור המקרה של נ' (בת ה-80), סקירת החיים שביצעה בליווי המטפלת סייעה לה להשלים בהדרגה עם העובדה, ששעון החול אמנם אוזל, אך את שאיפותיה מימשה ואת המשמעות לחייה מיצתה. עם זאת, הפחד מן המוות, מקור מצוקתה העיקרי, עדיין נותר באוויר. יחד עם המטפלת, נ' ניסתה להבהיר לעצמה מה מפחיד אותה במיוחד ב"מוות". לדבריה, אין היא מפחדת מכאב ומסבל, אך המחשבה שלא יישאר ממנה זכר כלשהו לאחר מותה, מייאשת אותה ומותירה אותה עם השאלה הקיומית: "אז מה הטעם בכל החיים הללו?" המטפלת הציעה לנ' לסקור את חייה בשנית מתחילתם. אך בעוד שבסקירה הקודמת החיפוש היה אחר הגשמה ומימוש עצמי, הרי שבסקירה הנוכחית החיפוש היה אחר המשמעות שהעניקה לאחרים בחייה, הודות לנוכחותה בחייהם, משמעות הכוללת בתוכה ערכים, מורשת וחוויות משותפות, בעיקר כשמדובר בדורות הבאים.

מתן דגש לזהות האישית, הערכית והחברתית

אחד מקשייו המרכזיים של האדם המזדקן הוא האילוץ המתמיד להסתגל מחדש לשינויים בתפקוד ובציפיות האישיות מן החיים, כאשר לעתים קרובות מצטמצמים ומתכלים המשאבים (בריאותיים, תפקודיים, חברתיים, כלכליים, ועוד). לאורך תהליך סקירת החיים, הזקן בונה מחדש את סיפור חייו באופן שבו יתאים למושגי זהותו הנוכחית. זו מושתתת הן על תפיסת העצמי שלו כיום, בהשוואה לעבר, והן על השוואה לאחרים סביבו, כאשר הוא מעריך את הישגיו לפי אמות מידתו להגדרת חיים מספקים. מכאן, שסקירת חיים המעניקה דגש לזהות האישית, הערכית והחברתית, יכולה לשפר את דימויו העצמי של הזקן ואת תפיסת הסטטוס החברתי שלו; זיכרונות אוטוביוגרפיים מתועדים כיום כעדות אישית (לדוגמה,

בקרב ניצולי שואה), כמקור לתבונה, המבוססת על ניסיון חיים עשיר (wisdom) וכמעבירי מורשת ערכית, המגשרת בין הדורות (Lashley, 1993). דוגמה לשאלות מנחות בכיוון זה: "מה תהיה עצתך הטובה ביותר לדורות הבאים? האם ישנם דברים מיוחדים שתמצה שקרוביך יידעו עליך או יזכרו אודותיך?"

עיבוד קונפליקטים (בין-אישיים ותוך-אישיים), פיוס ומחילה

פעמים רבות, אנשים חווים קונפליקטים בין-אישיים או פנים-אישיים, ונושאים אותם שנים רבות, כשהם בלתי פתורים. ההישארות בעמדה פסיבית – בין אם בשל החשש מהתעמתות עם רגשות שליליים בעצמה גבוהה או בשל הפחד מ"כישלון" בניהול הקונפליקטים – אינה מעלימה את הקונפליקט. בפועל הוא נותר פעור, וברגע של חשבון נפש, הוא נגלה מחדש ומסב לאדם אי-נוחות ולעתים אף מטריד את מנוחתו. במהלך סקירת חיים, אך טבעי שיתעוררו קונפליקטים בלתי פתורים, מן העבר הרחוק או הקרוב, ועולה הצורך לעבדם. ניתוח קונפליקטים חושף רגשות מורכבים ובעצמות גבוהות, לרוב של אשמה, בושה, כעס או עלבון. כך שבנוסף לעצם ההתמודדות עם העימות, יש לשאת את העצמות הרגשיות הנלוות לו. עיבוד קונפליקטים הוא, אם כך, רכיב חשוב בסקירת חיים ובמקרה של קיומם מומלץ לא להתעלם מהם. ניתן לנצל את תהליך הסקירה להתוודעות מחודשת – אך הפעם בטוחה ומבוקרת – עם הפצעים שנותרו פתוחים. ייתכן שעתה, ממרום הזמן שחלף ולאחר מיזוג הזיכרונות לכדי סיפור חיים, ייראה הקונפליקט באור שונה, וייתכנו אף אופני התרה חדשים, אשר לא עלו קודם לכן. פעמים רבות, פתרון הקונפליקט יתקיים כתהליך פנימי, סמלי, של האדם עם עצמו בלבד (גם כאשר מדובר בקונפליקט בין-אישי) (Wood, 2004). התרה חד-צדדית שכזו שכיחה במקרים שבהם האדם הסוקר מבקש מחילה מאחרים או מעצמו. נוכחות המטפל וליווייו את תהליך הסקירה מייצרים הזדמנות בטוחה ונינוחה להתמודדות יעילה עם הסוגיות הפתוחות, באופן המספק לסוקר תחושת שליטה וניווט עצמי ומאפשר חשיפה וכןות עצמית מרבית.

צ' הגיעה למפגש הטיפול כשהיא בסערת רגשות בעקבות ויכוח בין הדיירים בבניין המשותף. בהיותה אדם שוחר שלום מטבעו, עיקר דאגתה כתוצאה מן העימות הייתה באשר להמשך יחסי השכנות, שהיו חשובים לה. בסקירת חייה נשאלה על אודות הקונפליקט הקשה ביותר שעיימו נאלצה להתמודד בחייה. היא נזכרה בתקופת גירושה מבעלה. עיקר דאגתה דאז הייתה לשמירה על יחסים תקינים עם בעלה לשעבר, בעיקר למען ילדיה הצעירים. המשימה שעיימה נאלצה להתמודד הייתה קשה כפליים: גם עם צער הגירושין עצמו וגם עם העימותים שאליהם נקלעה מדי

פעם עם הגירושין. אך בסופו של דבר, מאמציה נשאו פרי והקשר נשמר על פסים חיוביים במשך עשרות שנים. ניתוח הזיכרון, אשר נעשה במשותף עם המטפל, שיקף לה את יכולותיה לנהל קונפליקטים בצורה משביעת רצון, מכוונת לפיוס וליישוב סכסוכים. שיקוף זה סייע בהרגעתה וחזק את האמון העצמי שלה לצלוח את העימות הנוכחי, שעתה נראה היה פעוט ערך.

שאלת הנחיה מסוג: "לו היית יכול להיות את חייך שוב – מה היית משנה בהם?" היא אמצעי לעידוד המטופל ליצור הזדמנות להשלים עם בחירותיו בחיים ולראות את הקונפליקט בקנה מידה שונה.

אמצעי עזר לטיפול בסקירת חיים

הניסיון מלמד, שישנם אנשים החווים קושי רב בהעלאה אסוציאטיבית חופשית של הנרטיב בחייהם. לכן, פותחו מספר אמצעים טיפוליים, שבהם נעשה שימוש בסקירת החיים הטיפולית, ואשר מכונים לעתים "זרזים" (טריגרים) (Garland & Garland, 2001). מטרת אמצעים אלה היא לסייע ביצירת מיקוד של המטופל והכנסתו באופן חלק ומהיר יותר לנרטיב הכרונולוגי של חייו. בעת התוויית תכנית הטיפול יש לזכור, כי המוקד העיקרי בסקירת חיים טיפולית הוא על קשת הרגשות שהאדם חווה בהקשר לאירוע בעבר והפרשנויות או המשמעויות שהוא נותן לאירועים ולהתרחשויות בחייו (Polkinghorne, 2004).

סוג אחד של אמצעים הוא שאלות מובנות או נקודות מרכזיות שאליהן המטפל מבקש התייחסות, לרוב, לפי סדר כרונולוגי של תקופות בחיים, כשהמטופל מתבקש לתאר חוויה מרכזית או משמעותית שחוה במהלך (Haight, 1988).

אמצעי נוסף בביצוע סקירת חיים טיפולית הוא שרטוט ציר החיים והוספת "נקודות ציון" משמעותיות לאורכו, שאותן המטופל זוכר ושעליהן הוא מסוגל לספר.

בחירת הטכניקה לעבודה תלויה במספר גורמים: לאישיות המטפל או למיומנותו המקצועית יש משקל מכריע בבחירה, האם להשתמש באמצעי עזר לשם סיוע בהנחיה או שהוא מרגיש מספיק נינוח לשייט בספונטניות. מטפל יצירתי עשוי לשלב במפגש אמצעים בתחומים אמנותיים למיניהם (ויזואליים, מוזיקליים, ועוד). יש להעריך את ארגון החשיבה של המטופל על מנת לבחור בסגנון התשואל; לדוגמה, מטופל בעל נטייה לחשיבה אסוציאטיבית ומפוזרת זקוק לתשואל מובנה במיוחד, אחרת סיפור אחד יישזר באחר, ללא הזדמנות לעיבוד ולסינתזה.

משך הזמן המוקצה לתהליך משפיע אף הוא על השיטה הנבחרת: אם מוקצה זמן קצר ביותר לביצוע סקירת חיים משותפת, הרי שרצוי להתמקד בתמה או שתיים מרכזיות, אשר מופיעות כחוט השני לאורך מעגל החיים (כגון: אמונה דתית; מערכות יחסים זוגיות; קשרים בין-דוריים). ניתן לנתח תמות מרכזיות לפי היבטים שונים, כגון יציבות ועמידות (מול הפכפכות), נוקשות לעומת גמישות, דפוס מסייע לעומת דפוס מחבל, מקרב או מרחיק, ועוד. אפשרות נוספת לסקירה ממוקדת היא התמקדות בצמתים מרכזיים בחיים, כגון במצבי מעבר או משבר. הללו חשובים ביותר להתייחסות, במיוחד אם בהווה מתקיימת חוויה דומה. אם אין הגבלת זמן לביצוע סקירת חיים, ניתן לבצע בצורה מקיפה יותר, באופן המכסה את כל שלבי החיים ונושאי החיים. זרימה כרונולוגית היא השיטה המקובלת לסקירה שאינה מצומצמת בזמן.

מטפלים ומראיינים רבים מוצאים במדריך סקירת החיים שפיתחה הייט (Haight, 1988) כלי עזר מועיל לריאיון. הייט מציעה ביצוע סקירת חיים באמצעות התייחסות לשלבים התפתחותיים של הפרט (ילדות מוקדמת, בית ההורים, גיל בית הספר וחיברות, גיל ההתבגרות וקשרים עם בני המין השני, וכדומה). לכל תקופה הייט ניסחה סדרת שאלות המסייעות בבחינת הזיכרונות ומשמעותם לפרט ולתהליך ההתפתחות שלו לאורך החיים. אך לשם תהליך מוצלח ותרופיטי, שאינו רק בגדר ריאיון, מן הראוי לפתח שאלות מפתח בסיסיות, הנוגעות לתכנים מהותיים בחיי המטופל, או לחילופין להשמיט נושאים שאינם רלוונטיים לעולם התוכן של הסוקר, או שניכרת בקרבו התנגדות או אי-נוחות לדון בהם. פיתוח שאלות מרכזיות, תוך דיאלוג בין המטפל למטופל, מאפשר מעבר משלב העלאת הזיכרונות לשלב העיבוד והסינתזה.

שיטות לא מילוליות אף הן עומדות לרשות סקירת החיים: הבעה ויצירה, כגון שימוש באמצעים אמנותיים (כתיבה, ציור, שירה), שימוש בתמונות ובאלבומים מתאים לאנשים אשר עבורם להבעה הלא מילולית כוח רב יותר מאשר למילים. תמונות מהוות כלי בעל עצמה לשחזור זיכרונות והרגשות שהתלוו אליהם. התבוננות בתמונות משפחתיות מאפשרת להיזכר בפרטים הקשורים למשפחה, ליחסים בתוך המשפחה או לדפוסי תקשורת. המטפל יכול לשאול שאלות המעוררות תכנים מסוג זה. לדוגמה, אפשר לשאול האם הסדר שבו הרמויות בתמונה עומדות או יושבות מצביע על קשרים או על דפוסי קרבה-מרחק בין בני המשפחה. דוגמה אחרת היא התייחסות לדמויות אשר חסרות בתמונות: "אני שם לב שאחיד הבכור כמעט שאינו מופיע בתמונות המשפחתיות..."

ישנם אנשים הנהנים מאוד משחזור חוויות באמצעות טכניקות גוף-נפש. דמיון מודרך, למשל, הוא כלי סוגסטיבי רב עצמה. לעתים, באמצעות דמיון מודרך אפשר להפיק זיכרון כה מזוכך, עד כי נדמה שאותם אנשים חזרו לאותו מקום וזמן שבהם נחוותה החוויה המקורית.

לעומתם, ישנם אנשים, אשר תחושת הוויתור על שליטה אינה נוחה להם ואולי אף מאיימת עליהם. לכן, אין להתייחס לדמיון מודרך בקלות ראש ויש להסתייע בו במידת הצורך, תוך הקפדה רבה על מקצועיות ומיומנות ותוך וידוא שלא קיימת התוויית-נגד.

הדגשים בעבודה עם סקירת חיים

החוויית והזיכרונות המועלים תוך כדי סקירה עוברים פיתוח במשותף על ידי המטופל והמטפל, כאשר האחרון מספק משוב והדהוד לנאמר, יחד עם כוונות והנחיה. הדגש, כזכור, מושם בעיקר על החוויית והפרשנויות הרגשיות ופחות על העובדות או על העלילה. כמו כן, חשוב ליצור קישור בין סיפורים שונים ממהלך החיים, על מנת לאפשר למטופל להבחין בדפוסים, כגון: התמודדות, התנהגות, מערכות יחסים, ועוד. אלה יסייעו למטופל להבין טוב יותר תופעות שונות שהתרחשו בחייו, לפתור קונפליקטים ואף להגיע למחילה (עצמית או כלפי אחרים).

הייט ודיאז (Haight & Dias, 1992) טענו, שעל סקירת חיים טיפולית מוצלחת לכלול התייחסות למספר ממדים חשובים:

1. הזמן: לדעתם, לשם השלמת תהליך מקיף ומעמיק, על סקירת החיים להימשך בין שישה לשמונה שבועות ברציפות (כשמדובר במפגש אחד בשבוע). לעומתם, אנדו ועמיתיו (Ando, Morita, Okamoto et al., 2008) העריכו סקירת חיים טיפולית שהתפרסה על פני שני מפגשים, שהתקיימו בשבוע אחד. ממצאיהם הראו, כי גם סקירת חיים קצרת-מועד תורמת משמעותית לרווחתם האישית והרוחנית של חולים סופניים, צעירים וזקנים כאחד.
 2. המבנה שעל פיו מתפתח התהליך: לרוב, התהליך מובנה על פי זרימה כרונולוגית (מרגע הלידה ועד להווה), אך ייתכנו גם תהליכים בעלי מבנים אחרים, כגון זרימה מהשטחי למעמיק, מהחוץ לפנים, ועוד.
 3. אינטימיות: תוצר ישיר של הקשר הטיפולי הנרקם עם המטפל ולה השפעה מכריעה על יעילות התהליך.
 4. ההערכה: עיבוד וסינתזה של התהליכים והזיכרונות.
- במהלך הסקירה המשותפת, המטפל עשוי להיתקל במספר אתגרים, לעתים אף אבני נגף לטיפול. זיהויים והתייחסות אליהם כרכיב אינטגרלי בטיפול מאפשר תהליך מעמיק עוד יותר, הודות למפגש עם תכנים, שהיו עד כה מאיימים או אישיים מידי מכדי שהמטופל יישא אותם בכוחות עצמו. להלן מספר אתגרים לדוגמה:

רגשות קשים

לעתים, בתהליך הסקירה, קל ונוח למטופלים להטות את סיפור החיים לטובת הצלחות, שמחות וזיכרונות נעימים. עם זאת, לשם יצירת סיפור חיים אותנטי, חשוב שלא להזניח גם עיסוק בתכנים המעוררים רגשות שליליים.

ס', אלמנה בת 79, סירבה בתחילת הדרך להעלות זיכרונות ולגולל את סיפור חייה. כפי שהיא ראתה, חייה נחלקו לשתי תקופות: האחת: כל עוד בעלה חי, והשנייה: מאז פטירתו, לפני כעשור, ועד היום. תיאורה ממחיש קטיעה חדה, אשר חצתה את סיפור חייה לשניים. בכל מחצית נוכח ס' בעלת זהות שונה, בעלת משמעות אחרת לחיים. העלאת זיכרונות נראתה לה מיותרת, שכן הזכרות בתקופה ה"ראשונה" רק מעוררת בה כאב על מה שהיה ואיננו, ואילו הזכרות בתקופה ה"שנייה" רק ממחישה יותר את תחושת הריקנות והצער, המלווה אותה בעשור האחרון.

רגשות קשים העולים בעקבות הזכרות בנושאים בלתי סגורים, רגשות אשמה המשוועים למחילה, שאיפות בלתי ממומשות ועוד, חיוניים לעצם ההכרה, כי החיים מורכבים, בין היתר, ממשברים וממאבקים בלתי פוסקים. על ידי התייחסות למאורעות חיים שליליים, עיבוד הזיכרונות מסייע לפרט בתהליך עיבוד האבל, בעוד שעל ידי זיהוי והזדהות עם מאורעות חיים חיוביים, משתפרת תחושת הרווחה האישית וההערכה העצמית שלו (Beechem, 1996). במילים אחרות, כאשר מכלול המאורעות עובר עיבוד ופרשנות מחודשת, הם מקבלים גם משמעות חדשה וניתנים לראייה במבט שלם ואינטגרטיבי, לאחר תיקון והשלמת חוסרים ברציפות הזהות האישית (Webster & Young, 1988).

"תקיעות" בסיפור החיים

הסיפור האישי משתנה כל הזמן, בהתאם להיסטוריה הפרטית של האדם ולמציאות. לעתים, נוצרת תקיעות בסיפור החיים בשלב מסוים ואז האדם חוזר שוב ושוב על תכנית, שאינה מתאימה עוד לתנאי החיים שהשתנו ואינה מאפשרת המשך זרימה הרמונית של סיפור החיים. למרות חשיבותה של החוויה הסובייקטיבית, כאשר המטופל נותר עם רגשות קשים ושליליים, חשוב לבדוק את סיפורי החיים גם בעיניים מציאותיות וביקורתיות כדיעבד.

י' נטר במשך שנים ארוכות לאימו על שהזניחה אותו ואת אחותו. הוא מתאר שעות רבות ביום ובלילה, שבהן נשארו לבדם בבית, כשלעתים אף לא ידעו מתי תשוב אימם הביתה, אם בכלל. בטיפול, י' התבקש להתבונן אחורנית לאותה התקופה,

אלא שהפעם, מספר הסיפור הוא י' הבוגר, ולא י' הילד הצעיר. בעיניים אלו ראה את אימו, אישה בשנות ה-30 לחייה, מגדלת ומפרנסת לבדה שני ילדים, לאחר שאב המשפחה נטש מסיבות לא ברורות. בימים עבדה במפעל טקסטיל, ובשעות הערב במאפייה. הודות לכך, י' ואחותו לא ידעו מחסור. שניהם בגרו להיות אנשים מלומדים והקימו משפחות. "לו הייתי במקומה, "הרהר י', "הייתי מעדיף לוותר על משרת הערב. חשוב יותר להיות לצד הילדים, גם אם במחיר של פחות בגדים או משחקים. מצד שני, היא ראתה לנגד עיניה אך ורק את טובתנו. ובעיניה שלה – טובתנו הייתה בריאות וחינוך. לכך היא נלחמה ואת זה השיגה." האינטגרציה שי' ביצע בין המציאות לחוויה הסובייקטיבית המירה את תחושת הכעס על ההזנחה, לכאורה, לתחושת הערכה וכבוד לאם, שנלחמה על עתיד ילדיה (גם אם עשתה זאת בדרך שונה מזו שהוא היה בוחר במקומה).

שחזור כפייתי

מצב זה בטיפול מתייחס לתמונה המוכרת, שבה הזקן מתעסק בהעלאת זיכרונות ללא הרף ובכל הזדמנות, באופן שלעיתים מתיש את סביבתו. בדומה למצבי תקיעות בסיפור, גם כאן קיימת חזרתיות, אלא בשני הבדלים מהותיים: ההבדל הראשון נוגע לפרוטואר הזיכרונות: בעוד שבמצבי תקיעות, הסיפורים שונים, אך מכילים דפוס דומה וחזרתי, הרי שבמצבי שחזור כפייתי, מדובר בהעלאה חוזרת ונשנית של אותם זיכרונות. לכאורה, חזרתיות השחזור עשויה להתפרש כמשאלה להשיג "תמונה שלמה", אלא שבפועל, לא נעשים עיבוד או סינתזה כלשהם. ההבדל השני נוגע למנגנון הנפשי: בעוד שבמצבי "תקיעות בסיפור" מדובר, כפי הנראה, באדם בעל דפוסים נוקשים וקושי בהתגמשות חשיבתית, הרי שבשחזור נשנה וחוזר של סיפורים, קיימת אפשרות סבירה לכך, שההתעסקות הנמרצת יתר על המידה מבטאת מצב נפשי שאינו תקין, כגון הפרעה טורדנית-כפייתית.

ת', אישה בעלת מזג, בת 75, עדיין מתקשה להשלים עם העובדה שבנה הצעיר בחר לחיות בזוגיות עם גבר. בכל פעם שהיא מזכירה את שמו, מיד היא מעלה זיכרון מתקופת נעורו, עת צחקו עליו בנות השכונה, על היותו קטן קומה ורזה. עד היום היא מאמינה, שלגלוגי הבנות הובילו את בנה, בסופו של דבר, לחוש מאוים, מנשים ולמצוא נחמה וביטחון בחברת גברים. היא משחזרת זיכרון זה שוב ושוב, כשבעקבותיו מתחיל דיון סביב היותו של בנה הומוסקסואל. וכך, בכל פעם ששמו של הבן עולה במהלך שיחה, ת' מגיעה לאותו מאורע ולהשלכותיו ה"טראגיות" על גורלו של בנה. משתמע, כי אותה חוויה נשורה בנרטיב של ת' כהסבר היחיד,

המתקבל על דעתה, לנטייתו המינית. יתרה מכך, אותה חוויה מאפשרת לה למסך את אי הנוחות הרגשית, שהיא חווה כלפי מצב זה. על ידי ראייתה אותו כקורבן, היא מיד מסירה מעליו כל אחריות, ומעליה רגשות של כעס, אכזבה או בושה. אלא שהחמלה שהיא חשה כלפיו היא רק מסווה של קונפליקט עמוק בלתי פתור, המטריד את מנוחתה.

דוגמה זו ממחישה העלאת קונפליקט בלתי פתור בכיוון "מעגלי" ולא באופן המאפשר התרה. אם, כהמלצת הפסיכולוגית המטפלת, תעלה הנחה "תיאורטית" זו במהלך שיחה פתוחה וכנה עם בנה, ייתכן שיתאפשר לה לפתוח – לא רק את רגשותיה כלפי המצב – אלא גם את תהליך התפתחותו האישית של בנה, שהובילו להכיר בנטייתו המינית ולחשוף אותה. יש לציין, כי גם במצבי דמנציה ייתכן עיסוק נשנה וחוזר בזיכרון מסוים, לרוב מן העבר הרחוק, אך במקרה זה בסיס הליקוי הוא בעיקר קוגניטיבי ולא רגשי.

הימנעות והתנגדות

על אף ההנחה, כי סקירת חיים היא תהליך אוניברסלי, יש לקחת בחשבון, כי לא כל הקשישים מוצאים עניין בסקירת חיים. בעיני חלק מהם, העלאת זיכרונות, ללא כל סיבה מעשית, נתפסת כחסרת טעם. עם זאת, מומלץ להבחין בין היעדר עניין גרידא לבין הימנעות הודפת של אדם לעסוק בעברו, שנובעת מהפרעה נפשית, כגון דיכאון, דמנציה, הפרעה פוסט-טראומטית והפרעות אישיות. כלומר, היענותו (או אי-היענותו) של אדם לסקור את חייו, מן הראוי שתסב את תשומת-לבו של המטפל לאפשרות של מצוקה בלתי מאותרת. במקרה כזה, מומלץ להיעזר באנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש להערכה קלינית מקיפה.

מהות מול תוכן

"החיים אינם עניין של ציוני דרך, אלא של רגעים בתוכם..." (Rose Kennedy Quotes)

מהות הזיכרון אינה העובדות האובייקטיביות, אלא החוויה הסובייקטיבית של המטופל: הרגשות, משמעות המאורע עבורו והמוטיבים החוזרים גם בסיפורים אחרים במהלך חייו. דוגמה לשאלות מכוונות בעניין זה: "מה היו התפקידים החשובים ביותר שמילאת לדעתך בחיך? מהו הרגע הגאה ביותר שחוויית בחיך?"

ר', רווק בן 86, עצמאי, המתגורר בגפו, ראה את חייו כחסרי משמעות וככישלון אחד גדול. בעת ההיכרות הראשונית עימו, כמעט טבעי היה להניח, כי הוא סובל

מדיכאון, אשר צובע את חייו בגוונים אפרוריים, חסרי סיפוק ובלתי משביעי רצון. ר' אמנם תיאר את עצמו כאדם מלנכולי מטבעו, אך בפירוש לא דיכאוני. הוא לא סבל מתחושות של ייאוש וחוסר אונים, אלא בעיקר תסכול ואכזבה בשל נסיבות החיים. אמנם, חייו היו מצומצמים בשל היעדר משפחה לצידו ורק קומץ מידידיו נותר בחיים, אך בכל זאת מצא בעיסוקיו ובידידיו עניין. תפקודו היום-יומי היה שמור, מצב בריאותו יציב והוא המשיך למצוא נחמה בכלבו המזדקן שלצידו. במהלך סקירת החיים המשותפת עלו בעיקר תכנים עצובים ורגשות קשים; כשניסה לפרוט את חייו לפרטים, מצא בהם כישלון אחרי כישלון, שרשרת של אכזבות בזו אחר זו, חלומות שלא התגשמו, הזדמנויות שהוחמצו ובחירות שגויות – שלו הייתה בידו האפשרות לבחור מחדש, לא היה בוחר בהן. בסיום הפגישות הראשונות של סקירת חייו, עלתה בקרב שנינו התחושה, שייתכן שהתהליך אינו מיטיב עימו, אלא דווקא ההיפך – מעלה מחדש ומנציח את תפיסתו העגומה על אודות חייו. ניתוח התהליך שנעשה עד כה, העלה מחשבה, שמא ההתמקדות הראויה בהעלאת הזיכרונות אינה באמצעות הישגים שזכר בחייו, אלא בחוויות רגשיות וייחודיות. הללו אינן בהכרח קשורות למאורעות משמעותיים או לציוני דרך, אלא לחשיפה להתנסויות, גדולות כקטנות, אשר הטביעו את חותמן על עולמו הפנימי ולא על התנהגותו בפועל. לפיכך, שיטת סקירת החיים של ר' השתנתה – מהתמקדות ב"תוצאות חייו" ל"תיאור חייו": אירועים היסטוריים משמעותיים אשר קרו בעולם במהלך חייו והשפיעו עליו, רשמים והשראות אשר נחרתו בזיכרוננו בעקבות ספרים, מוזיקה, סרטים וטיולים בארץ ובעולם; תחומים שבהם הביע עניין בחייו והסיבות לסקרנותו בתחומים אלה דווקא; מערכות יחסים עם אנשים בחייו-יום-יום שלו, אשר נתפסו בעיניו כמשמעותיות ומפרות (כגון, מה העניק לאחרים ומה קיבל מהם), ועוד. בעקבות שינוי סגנון הסקירה, החל ר' לחשוף ולהתודע לעולם פנימי עשיר בחוויות וזיכרונות רב-גוניים, אשר לא נתן דעתו לחשיבותם עבור ה"אני" שלו. ההזכרות בנקודות אלו סללה עבורו תהליך של גיבוש זהות אישית מחודשת, המושתתת לא רק על תפיסת הישגיו בחיים, אלא גם על מהותו הפנימית, על ערכיו בחיים ועל חוויות אשר עומדות בפני עצמן, ללא תלות בתוצאות.

שחזור חוויות קשות או טראומטיות

גישות טיפוליות שונות דוגלות בשימוש בסקירת חיים לשם החלמה מאירועים טראומטיים בחיים. סקירת החיים, בעניין זה, אינה מיועדת לשם תשואל, אלא לשם תהליך של ארגון הזיכרונות ובניית משמעות לאירוע, באופן שבו ייתפס וייטמע בתודעה כקשה, אך לא

כטראומטי. בנוסף לכך, עיבוד בטוח של החוויה יאפשר במהלכה גם התאבלות, שייתכן שלא הייתה זוכה לעיבוד עקב הימנעות מעיסוק בטראומה (Westwood & McLean, 2007). במפגש הראשון עם המטופל, יש לבצע כניסה הדרגתית לזיכרונות הטראומטיים, לעתים בשלבים, מפגישה לפגישה. עדות לתהליך מוצלח ובטוח היא כניסה הדרגתית לרבידים עמוקים יותר ויותר. יש לוודא, שבסיום השיח המטופל לא יחוש סימני מצוקה, אלא ירגיש מוגן, על אף העיסוק בטראומה. במקרה של התנגדות מצד המטופל להעמיק יותר מעבר לנקודה מסוימת, שאלה הגיע, אין לאלצו לשתף פעולה, אך מומלץ להרחיב ולרכך את הזיכרונות באותה נקודה שבה נעצר. קיים סיכוי, שלאחר עיבוד מספק, המטופל ירגיש ביטחון לשם העמקה נוספת והמשך התהליך. עיקרון זה שאוב מתוך עקרונות החשיפה המתמשכת בגישה הקוגניטיבית-התנהגותית לטיפול בטראומות (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007). בתהליך מוצלח מתאפשרת אינטגרציה של החוויה וחיים לצד הזיכרונות הטראומטיים, אולי אפילו לראשונה בחייהם של המטופלים.

זיכרונות דלים

איכותו של זיכרון מצויה על פני רצף, החל מצללים חיוורים ודהויים, עד כדי דימוי ברור ועשיר. ההיזכרות מאפשרת הזדמנות, לא רק לשחזור העבר, אלא גם לחוותו מחדש. לפיכך, חשוב לעודד את המטופל להעלות זיכרונות "חיים" ומלאים (vivid). אם חסרים זיכרונות כאלה, ניתן לעודדו להשביח את הזיכרון, תוך התייחסות לרכיבים חושיים שיעשירו את החוויה (לדוגמה: "האם ישנו שיר כלשהו / סרט תקופתי / ריח או מראה, שמעלים בך זיכרונות מיוחדים מתקופה זו?"). אם ניתנת תמונה רחבה מדי, תתי הרכיבים נבלעים ואז החוויה עמומה, שטחית וטכנית. במצב זה, ניתן לסייע למטופל לבצע תקריב (zoom) לתוך סצנה צרה יותר ובעלת משמעות (למשל, המאורע הקשה ביותר / המשעשע ביותר) / המרגש ביותר).

תיקון הנרטיב

לעתים, במהלך סקירת חיים, מתקבל רושם של קיום נרטיב "תקוע", בעטיו מתקבע סיפור דומיננטי בלעדי ונוקשה. התוצאה היא חזרתיות על תבניות ודפוסים, שייתכן שבעבר היו מתאימים, אך כיום כבר אינם מתאימים לתנאי החיים שהשתנו (White, 2007). כמו כן, ייתכן גם מצב, שבו הנרטיב הקיים אינו משרת את המטופל לטובת ה"עצמי" (לדוגמה, נרטיב הקורבן). טיפול באמצעות סקירת חיים מהווה הזדמנות, יוצאת מן הכלל, לתיקון אותו נרטיב, במטרה לשחרר בחזרה לחופשי את הזרימה ההרמונית של סיפור החיים. שיטה יעילה לתיקון הנרטיב משתמשת ביצירת סיפור חלופי: סיפור, שעצמתו חזקה מספיק כדי

להתחרות בסיפור הנוכחי, השלילי. למשל, סיפורים המדגישים את משאביו ויכולותיו האישיות של המספר, במקום את חסרונותיו וחולשותיו (Peachey, 1992). את הסיפורים החלופיים המטופל מחבר בעצמו, ואילו תפקידו של המטופל כמסייע הוא בהעלאת שאלות טיפוליות, אשר תעוררנה נקודות התבוננות חדשות, פרשנויות אלטרנטיביות ואף חוויות רגשיות שונות, שבתמורה ישנו את צורת הסיפור, גם אם תוכנו לא השתנה במאומה. לפיכך, בחירת הסיפור המועדף על ידי המטופל משיבה לידי רכיב ניכר של שליטה בחייו. רק כאשר הנרטיב החלופי מצליח ליצור בקרב המטופל חוויית קוהרנטיות, הרי שהוא אכן אותנטי. ככל שהסיפור יותר אותנטי למספרו, כך גדלה יכולתו להשתלב באמת הפנימית שלו, עד כדי שינוי מהותי בראיית המציאות שלו.

שיטה נוספת לתיקון נרטיב היא שחזור סיפורים יוצאי דופן: כאשר דפוס הרגשות או ההתנהגויות לקוי ומזיק, העלאת זיכרונות מחוויות יוצאות דופן עשויה לשפוך אור על כוחות התמודדות סתגלניים ויעילים. אדם, אשר נכשל שוב ושוב בניסיונות גמילה מעישון, הורה תוך השפלת מבט, שמעולם לא היה בעל "כוח רצון". אמירה שכזו טמנה בחובה עולם שלם של חוויות וזיכרונות ממאורעות, אשר רק חיזקו בו תפיסה עצמית זו, הרבה מעבר להרגלי העישון. במהלך סקירת החיים, המטופל הצליח לשחזר אירוע בחייו, שבו כוח הרצון שלו הביאו כנגד כל הסיכויים להצלחה. בהיותם נדירים בנף הנרטיב, לא ניתנת לאדם ההזדמנות להתוודע לסיפורים יוצאי דופן אלה, משום שהם נתפסו כמאורע מקרי ולפיכך לא הוטמעו דיים. אם כן, חיזוק אותם סיפורים יוצאי דופן, שהובילו לתוצאות חיוביות והפנייתם – משולי סיפור החיים אל תוך הערוץ המרכזי – מסייעים למטופל בהבניה מחודשת של משאביו הפנימיים, לעתים באופן שונה משמעותית מתפיסתו המקורית (וייט ואפסטון, 1999).

סיכום

סקירת חיים כאסטרטגיה טיפולית תורמת להקלה רגשית ומעודדת רגשות חיוביים של שביעות רצון, הערכה עצמית וחינויות חברתית. ההזדמנות לספר את סיפור החיים בתוך הקשר הטיפולי, המעניק תמיכה נפשית, מספקת ערך מוסף מעבר לסקירת חיים ספונטנית, הודות לנוכחות האקטיבית של המטופל, המסתכמת לא רק בהקשבה, אלא בשיקוף, כונון, סיוע בעיבוד משותף ושמירה על הגנותיו ועל כבודו של המטופל. המטופל, בתפקיד שותף למסע, מאזין לנרטיבים העולים תוך כדי הסקירה, מעבדם יחד עם המטופל ומנתבו להשיג בעצמו הבנה מעמיקה יותר על אודות עצמו ועל חייו. חוויות קשות וקלות זוכות לפרשנות

ולמשמעות מחודשות וניתנות לראייה במבט שלם ואינטגרטיבי. על ידי חשיפת קונפליקטים קשים מן העבר ומתן הזדמנות לפתרוןם (גם אם בדיעבד), עשוי האדם הזקן לחוש הקלה ורגשות מחילה (לעצמו או לאחר), מעין הזדמנות אחרונה לפני שיגיעו חייו לתומם.

מקורות

וייט, מ. ואפסטון, ד. (1999). אמצעים סיפוריים למטרות טיפוליות. תל אביב: צ'ריקובר. שמי, ג. וכרמל, ש. (2001). הקשרים בין סקירת חיים, יחסי חליפין בין-דוריים ושביעות רצון מהחיים של קשישים בישראל. גרונטולוגיה, כ"ח (2), 32-9.

Ando, M. (2003). The effects of short and long term life review interview on the psychological well-being of young adults. *Psychological Reports*, 93 (2), 595-602.

Ando, M., Morita, T., Akechi, T., Okamoto, T. & Japanese Task Force for Spiritual Care. (2010). Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39 (6), 993-1002.

Ando, M., Morita, T., Miyashita, M., Sanjo, M., Kira, H. & Shima, Y. (2010). Factors that Influence the efficiency of bereavement life review therapy for spiritual well-being: A qualitative analysis. *Supportive Care in Cancer*; 19 (2), 309-314.

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.

Ando, M., Tsuda, A. & Morita, T. (2007). Life review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 15, 225-231.

Antonovsky, H. & Sagy, S. (1986). The development of sense of coherence and its impact on responses to stress situations. *Journal of Social Psychology*, 126 (2), 213-25.

Beechem, M. (1996). Loss-grief addictional model. *Journal of Drug Education*, 26 (2), 183-196.

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 (12), 1088-1094.

- Boylin, W., Gordon, S.K. & Nehrke, M.F. (1976). Reminiscence and ego integrity in institutionalized elderly males. *The Gerontologist*, 16 (2), 118-124.
- Brennan, P.L. & Steinberg, L.D. (1984). Is reminiscence adaptive? Relations among social activity level, reminiscence and morale. *International Journal of Aging and Human Development*, 18, 99-109.
- Bruner, J. (2004). The narrative creation of self. In: L.E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp 3-14). UK.: Sage Publication Inc.
- Butler, R.N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-75.
- Clandinin, D.J. & Connelly, J. (2000). *Narrative inquiry: Experience and story in qualitative research*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Clayton, V. (1975). Erikson's theory of human development as it applies to the aged: Wisdom as contradictory cognition. *Human Development*, 18, 119-128.
- Davis, M.C. (2004). Life review therapy as an intervention to manage depression and enhance life satisfaction in individuals with right hemisphere cerebral vascular accident. *Issues in Mental Health Nursing*, 25 (5), 503-515.
- Erlen, J., Mellors, M.P., Sereika, S.M. & Cook, C. (2001). The use of life review to enhance quality of life of people living with AIDS: A feasibility study. *Quality of Life Research*, 10, 453-464.
- Erikson, E.H. (1959). Identity and the life cycle: Selected papers. *Psychological Issues*, 1, 50-100.
- Erikson E.H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: W.W. Norton.
- Garland, J. (1994). What splendour, it all coheres: Life review therapy with older people. In: J. Bornat (Ed.), *Reminiscence reviewed: Perspectives, evaluations, achievements* (pp. 21-31). Buckingham. Philadelphia: Open University Press.
- Garland, J. & Garland, C. (2001). *Life review in health and social care: A practitioners guide* (pp. 56-71). UK: Taylor & Francis Inc.
- Foa, E.B., Hembree, E.A. & Rothbaum, B.O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences, Therapist guide* (pp. 23-36). Oxford: Oxford University Press.

- Haight, B. (1988). The therapeutic role of a structured life review process homebound elderly subjects. *Journal of Gerontology*, 43 (2), 40-44.
- Haight, B.K. & Dias, J.K. (1992). Examining key variables in selected reminiscing modalities. *International Psychogeriatrics*, 4 (suppl. 2), 279-290.
- Haight, B. K, Michel, Y. & Hendrix, S. (1998). Life review: Preventing despair in newly relocated nursing home residents — Short and long term effects. *International Journal of Aging and Human Development*, 47 (2), 119-142.
- Haight, B. K., Michel, Y. & Hendrix, S. (2000). The extended effects of the life review in nursing home residents. *International Journal of Aging and Human Development*, 50 (2), 151-168.
- Hamilton, D. (1992). Reminiscence therapy. In: G. Bulechek & J. McCloskey (Eds.), *Nursing intervention classification (NIC)* (6th ed.) (pp. 292-303). Philadelphia, PA: Saunders.
- Hargrave, T.D. & Anderson, W.T. (1997). *Finishing well: A contextual family therapy approach to the aging family*. New York: Brunner / Mazel.
- Hausman, C.P. (1980). Life review therapy. *Journal of Gerontological Social Work*, 3 (2), 31-37.
- Havighurst, R.J. & Glasser, R. (1972). An exploratory study of reminiscence. *Journal of Gerontology*, 27, 245-253.
- Huges, D.E. & Peake, T.H. (2002). Investigating the value of spiritual well-being and psychosocial development in mitigating senior adulthood depression. *Activities, Adaption and Aging*, 26 (3), 15-35.
- Hultsch, D. & Deutsch, F. (1981). *Adult development and aging*. New York: McGraw-Hill.
- Kaminsky, M. (1978). Pictures from the past: The use of reminiscence in casework with the elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 1 (1), 19-32.
- Klein, G.S. (1976). *Psychoanalytic theory: An exploration of the essentials*. New York: International University Press.
- Knight, B. (1996): *Psychotherapy with Older Adults* (2nd ed.) (pp. 149-166). CA.: Sage Publications.
- Korte, J., Bohlmeijer, E.T., Cappeliez, P. & Westerhof, G.J. (2012). Life review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: A pragmatic randomized controlled trial. *Psychology and Medicine*, 42 (6), 1163-1173.

- Lashley, M.E. (1993). The painful side of reminiscence. *Geriatric Nursing*, 14, 138-141.
- Lewis, C.N. (1971). Reminiscing and self-concept in old age. *Journal of Gerontology*, 26, 240-243.
- Lewis, M.I. & Butler, R.N. (1974). Life review therapy: Putting memories to work in individual and group psychotherapy. *Geriatrics*, 29, 165-173.
- McCloskey, J.C. & Bulechek, G.M. (1996). *Nursing interventions classification (NIC)* (2ND ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Merriam, S.B. & Cross, L. (1982). Adulthood and reminiscence: A descriptive study. *Educational Gerontology*, 8, 275-290.
- Peachey, N.H. (1992). Helping the elderly person resolve integrity versus despair. *Perspectives in Psychiatric Care*, 28 (2), 29-30.
- Pincus, A. (1970). Reminiscence in aging and Its implications for social work practice. *Social Work*, 15, 47-53.
- Polkinghorne, D.E. (2004). Narrative therapy and postmodernism. In: L.E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 53-64). CA: Sage publication Inc.
- Segall, D. (1964). The principle of minimal interference in the management of the elderly patient. *Journal of Chronic Disease*, 17, 299-300.
- Soltys, F.G. & Kunz, J.A. (2007). Reminiscence and old age. In: J.A. Kunz & F.G. Soltys (Eds.), *Transformational reminiscence: Life story work* (pp. 41-66). N.Y.: Springer Publication.
- Staudinger, U.M. (2001). Life reflection: A social-cognitive analysis of life review. *Review of General Psychology*, 5 (2), 148-160.
- Taft, L.B. & Nehrke, M.F. (1990). Reminiscence, life review and ego integrity in nursing home residents. *International Journal of Aging and Human Development*, 30 (3), 189-196.
- Vahughan, S.M. & Kinnier, R.T. (1996). Psychological effects of a life review intervention for persons with HIV disease. *Journal of Counseling and Development*, 75, 115-123.
- Webster, J.D. & Young, R.A. (1988). Process variables of the life review: Counseling implications. *International Journal of Aging and Human Development*, 26 (4), 315-323.

- Weiss, J. C. (1995). Cognitive therapy and life review therapy: Theoretical and therapeutic implications for mental health counselors. *Journal of Mental Health, 17* (2), 157-171.
- Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. & Webster, J. D. (2010). Reminiscence and mental health: A review of recent progress in theory, research and interventions. *Ageing and Society, 30*, 697-721.
- Westwood, M. J. & McLean, H. B. (2007). Traumatic memories and life review. In: J. A. Kunz & F. G. Soltys. *Transformational reminiscence: Life story work* (pp.181-196). N.Y.: Springer Pub.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: WW Norton & Company.
- Wood, B. (2004). Review: Reminiscence and life review are effective therapies for depression in the elderly. *Evidence Based Mental Health, 7* (3), 81.
- Wolf, L. M. (1998). *Life review*. In: <http://www.webster.edu/~woolfm/lifereview.html>.

פרק 16

"ניצוצות אנושיים בסיפור חיים": פרויקט קהילתי בין-דורי בשילוב אמנויות

מירי פלג

למד את שפתותי ברכה ושיר הלל
בהתחדש זמנך עם בוקר ועם ליל,
לבל יהיה יומי היום כתמול שלשום.
לבל יהיה עלי יומי הרגל.
(תפילה / לאה גולדברג)

מבוא

החיפוש אחר הטוב שבקיים מונע את ההרגליות שעליה מדברת לאה גולדברג ומאפשר למצוא נקודות אור גם ביום-יום וגם במצבים של חשיכה, המשכיחה מהאדם את קיומו של הטוב. מתוך אמונה בחשיבות החיפוש אחר הטוב נולד הפרויקט, המוצג בפרק זה, שעיקרו מפגש בין שתי קבוצות גיל, זקנים ובני נוער, מתוך אותה קהילה, לעבודה קבוצתית בשילוב אמנויות. הפרויקט מסייע לזקנים ולבני נוער לדלות רסיסי אור מתוך חוויות העבר וההווה, במטרה להקל עליהם את ההתמודדות עם אתגרים פיזיים ונפשיים, הנדרשים מהם בשלב ההתפתחותי שבו הם נמצאים. הקשר שנוצר בפער דורי תורם לשינוי התפיסות הסטריאוטיפיות של הגיל ומאפשר הנחלת העבר והזיכרון הקולקטיבי והאישי לבני הנוער, כשהוא שזור בניצוצות אנושיים. ניצוצות אנושיים הם רגעים שלרוב מגיחים ממקום לא צפוי ומתוכם נחשפת אנושיותו של אדם באשר הוא. ניצוצות אנושיים מזכירים לנו את הניצוץ של טוב, הקיים בכל אחד מאתנו וש"כולנו רקמה אנושית אחת חיה".¹ במסגרת הפרויקט, הניצוצות האנושיים עוברים

תהליך אישי של הרחבה, עיבוד והסמלה באמצעים אמנותיים ונאספים לכדי קולאז' אמנותי, המוצג בפני בני המשפחה והקהילה.

הפרק מתאר שני פרויקטים הקשורים זה לזה – "תיאטרון עדות", שהוא פרויקט קהילתי בין-דורי, המפגיש ניצולי שואה עם בני נוער, ו"ניצוצות אנושים בסיפורי חיים", הפונה לעבודה עם כלל אוכלוסיית הזקנים. בחלק הראשון מובאת סקירה קצרה של עבודה קבוצתית בשילוב אמנויות ופעילות קהילתית בין-דורית כבסיס להצגת הפרויקטים; בחלק השני מתואר פרויקט "תיאטרון עדות", כולל ממצאי המחקר שבחן את חווייתם של ניצולי שואה שהשתתפו בפרויקט (פלג, 2011), המהווים את הרקע לקביעתן של מטרות הפרויקט המתואר בהמשך. בחלק השלישי מוצג הרציונל לפיתוח הפרויקט "ניצוצות אנושים בסיפורי חיים" ובחלק הרביעי והאחרון מוצג הפרויקט, כולל מטרות ותהליך העבודה.

עבודה קבוצתית בשילוב אמנויות ופעילות קהילתית בין-דורית

עבודה קבוצתית בשילוב אמנויות

טיפול בהבעה וביצירה, או בשמו הנפוץ טיפול באמנויות, הוא תחום טיפולי נרחב ביותר, הכולל טיפול באמנות חזותית, דרמה-תרפיה, פסיכודרמה, טיפול בתנועה, טיפול במוזיקה וכיבליותרפיה. לאחרונה, אנו עדים לכניסתם של תחומים נוספים, כגון: וידאו-תרפיה ופוטו-תרפיה (לקריאה מעמיקה על סוגי הטיפול השונים ראה: מלקיודי, 2011). יש הטוענים, כי קרל יונג עורר את ההשראה לפיתוח התחום ושילובו במסגרת בריאות הנפש והפסיכולוגיה, בהיותו פסיכיאטר, שהבין דרך עבודתו כיצד הביטוי היצירתי מאפשר גישה לרובדים שאליהם לא ניתן להגיע בשיח רגיל (מלקיודי, 2011). העבודה הטיפולית מתבצעת הן במסגרת פרטנית והן במסגרת קבוצתית ומיועדת למגוון רחב של אוכלוסיות.

האבחנה בין טיפול קבוצתי באמנויות לבין עבודה קבוצתית, העושה שימוש באחד או יותר מסוגי האמנויות שפורטו לעיל, לא תמיד ברורה. באופן כללי, ניתן לטעון, כי ההבחנה זהה לזו שבין האמנות ככלי הטיפולי (art in therapy) לבין הפוטנציאל התרפויטי הטמון בעיסוק באמנות (art as therapy). הקבוצות המתוארות בפרק זה אינן טיפוליות בהגדרתן ולכן אשתמש במונח "עבודה קבוצתית בשילוב אמנויות" (קמפבל, 2004).

עבודה קבוצתית נועדה להשגת מטרות אישיות ו/או חברתיות מגוונות, ביניהן: יצירתיות וספונטניות, מימוש פוטנציאל עצמי, מתן ביטוי לרגשות, רכישת מיומנויות תקשורת ויחסי גומלין, תמיכה חברתית, ועוד. עבודה קבוצתית בשילוב אמנויות (בין אם זה בתנועה, אמנות חזותית, דרמה וכדומה) עושה שימוש בכלים של טיפול באמנויות להשגת מטרות

הקבוצה. יתרונותיה של עבודה מעין זו רבים: (1) האמנות לסוגיה מעודדת את היצירתיות והדמיון ובכך מרחיבה ומעשירה את הביטוי של המשתתפים בקבוצה; (2) אמנות מסייעת להעלאת תכנים מהפנטזיה ומהלא מודע; תוצרי האמנות הם מוחשיים ולכן אפשר לחקור אותם, לשנותם ולהתבונן בהם בשלב מאוחר יותר; (3) ביטוי יצירתי אישי בקבוצה יכול לחבור ליצירה משותפת של כלל המשתתפים ובכך ליצור שייכות ואחדות; (4) באמנות יש הנאה ובקבוצה היא יכולה לעורר הנאה משותפת (איילון ולהד, 1995; ליבמן, 1990). לעבודה קבוצתית עם זקנים מספר יתרונות: (1) היא מהווה הזדמנות למעורבות חברתית, שיכולה להעמיק את הקרבה, האינטימיות ואת החשיפה העצמית שלהם; (2) היא מעודדת העלאת זיכרונות משותפים (shared reminiscence), התורמים להגשמת המשימה העומדת בפניהם בשלב הזיקנה. על פי אריקסון, סקירת החיים מאפשרת אינטגרציה עם העבר (ליבמן, 1990; Erikson, 1982); (3) היא מזמינה עבודה על נושאים חשובים, הדורשים התמודדות בשלב זה של החיים, כגון: פרישה, מגבלות פיזיות, יחסים משפחתיים, מעבר לדיור מוגן, אברון בן זוג, מוות, ועוד. שיתוף ישיר בנושאים כאלה ואחרים יכול לעורר חרדה והתנגדות, והם מוצפנים, לעתים, בתת-מודע או שהם קשים לשליפה. שימוש בכוח של האמנויות, כעוקף מנגנוני הגנה ואת תת המודע, מאפשר להעלות נושאים אלה ובכך הוא גם מקדם את השגת המטרות של הקבוצה. יש להדגיש, כי ייתכן שהעלאת למודע של נושאים קשים להתמודדות, דרך האמנויות, תגרום לכהלה ולהצפה רגשית ולכן נדרשת הקשבה לצרכים, לכוחות ולקצב של המשתתף (קמפבל, 2004; Landy, 1983). הבחירה בכלי האמנותי תלויה בהכשרת המנחה ובנטייתו, אך גם במאפייני הקבוצה (הרכב הקבוצה, מצב פיזי, מידת הפתיחות לכלי המוצע). בקבוצה של זקנים במרכז יום, לדוגמה, שרובם עם מגבלת ניידות, נבחר הפליימוביל (Playmobil) ככלי הטיפול המרכזי, בהיותו מזמין הנאה ומשחקיות מחד גיסא, ומאידך גיסא מאפשר עבודה דרמטית באמצעות שיטות השלכתיות ותנועה בין רמות ריחוק (distancing) שונות. כל משתתף בנה לעצמו "עולם קטן" מדמיון ומאביוזי הפליימוביל, וכל העבודה הדרמטית הטיפולית התרחשה בתוך העולם הקטן (פלג, בנר-וינטרשטיין ובינה, 2009). היתרון בשילוב אמנויות בעבודה עם זקנים הוא במתן מרחב נוסף לביטוי יצירתי עצמי וקבוצתי, שיחבר אותם לחוויות הקיום שלהם בעבר ובהווה (קמפבל, 2004).

פעילות קהילתית בין-דורית

בשני העשורים האחרונים חלה התפתחות נרחבת בתחום של פעילויות בין-דוריות (Karasik & Wallingford, 2007; Kuehne, 2003). המעורבות הבין-דורית נושאת אופי מגוון, בהתאם למטרות ולאופי הפעילות, לדוגמה: זקנים דמנטיים, שסייעו לילדי גן ברכישת מיומנויות

של פעילויות יום-יומיות, המביאות לתפקוד עצמאי; זקנים המשתתפים עם סטודנטים בקורס על זיקנה, או זקנים וצעירים מאותה קהילה הפועלים במשותף לשיפור התנאים בה (לסקירה מקיפה של התחום ראו: Kuehne, 2003). לעתים נעשה גם שימוש באמנויות, כמו לדוגמה בתכנית קהילתית שנועדה להפגיש בין זקנים בבית אבות לבין ילדי בית ספר, הנמצא סמוך לבית האבות, ולשלבם בפעילות בית הספר. מטרת התכנית לחבר בין הילדים לזקנים ולחבר את הזקנים לקהילה. על מנת לגשר על פער הדורות, נעשה שימוש בתיאטרון ובדרמה-תרפיה (Sandel & Johnson, 1987).

בספרות המקצועית אפשר למצוא מחקרים כמותניים ואיכותניים, הבאים לבדוק ולהעריך את השפעת הפעילות. כך למשל, נמצא, כי למעורבות החברתית עם הצעירים יש השפעה על בריאותם הפיזית והנפשית של הזקנים, והיא תורמת לתחושת השייכות שלהם ולמעורבותם בקהילה. הקשר הבין-דורי מסייע לצעירים בהבנה של צורכי הזקן ובשינוי תפיסת הזקן (Hazan, 1994; Kuehne, 2003).

עבודה קבוצתית בשילוב אמנויות במסגרת קהילתית בין-דורית: "תיאטרון עדות"

פרויקט "תיאטרון עדות" הוא דוגמה לחיבור בין עבודה קבוצתית בשילוב אמנויות לבין פעילות קהילתית בין-דורית. עמותת "תיאטרון עדות" – לספר כדי לחיות" הוקמה בשנת 2005 על ידי עירית ועזרא דגן ושמה לה למטרה לקדם, לפתח ולהפיץ פרויקטים חינוכיים, המפגישים ניצולי שואה עם דור שני ושלישי, דרך טיפול ביצירה ובהבעה אמנותית ודרמה-תרפיה (דגן ודגן, 2008). במסגרת הפרויקט מוקמת קבוצה המורכבת מניצולי שואה ובני נוער מאותו יישוב (לעתים בני הנוער הם נכדיהם של הניצולים), הנפגשים פעם בשבוע, במשך כשנה, בהנחייתה של עירית דגן, דרמה-תרפיסטית במקצועה. בתהליך הדרגתי הניצולים מעלים את סיפורי הישרדותם, תוך התנסויות דרמטיות שונות, כמו: אימפרוביזציה, משחקי תפקידים, תיאטרון-סיפור, תיאטרון-פלייבק והתנסויות מתחום הדרמה-תרפיה. תוך כדי התייעוד נכתב מחזה, המורכב מקטעים מסיפור חייהם של הניצולים, שאותו מגלמים בני הנוער, בעוד הניצולים יושבים על הבמה ומשתלבים בהצגה באופנים שונים. ההצגה מועלת מספר פעמים בפני קהל מתוך אותו יישוב, בני משפחתו של הניצול, נכדי ציבור וניצולי שואה מפרויקטים אחרים של "תיאטרון עדות".

על מנת לבחון את חווייתם של ניצולי שואה, המשתתפים בפרויקט זה, בוצע מחקר איכותני שכלל ראיונות עם 17 ניצולי שואה (שמונה נשים ותשעה גברים), שהיו ילדים

בתקופת השואה, ו שנולדו בין השנים 1930 ל-1939 באזורים שהיו תחת הכיבוש הנאצי, ועלו לארץ בין השנים 1947 ל-1957. המשתתפים אותרו דרך אתר עמותת "תיאטרון עדות" (www.edut.org.il), שבו מופיעה רשימת המשתתפים בפרויקטים שהועלו במסגרת העמותה, לרבות שנת הלידה שלהם. מספר הטלפון שלהם אותר דרך מוקד המידע של "בזק" ונעשתה אליהם פנייה טלפונית, שכללה הצגת החוקרת, נושא ומטרות המחקר ואופן הריאיון, על פי נוסח שהוכן מראש על ידי החוקרת. בהתאם לבקשתם של מנהלי פרויקט "תיאטרון עדות", לא נעשתה פנייה למשתתפים, שמאז סיום הפרויקט שבו השתתפו עברה פחות משנה. הפניות נענו ברצון רב, למעט כאלה שהצהירו על קשיים פיזיים. על מנת להשיג שונות מרבית ולקבל תמונה עשירה ומקיפה של הנושא (Patton, 1990), נבחרו ניצולים משני המינים ומפרויקטים שונים של העמותה בארץ, שהתקיימו בין השנים 2001 ל-2010 (פלג, 2011).²

שני סוגי כלים שימשו במחקר זה: (1) ריאיון פתוח – נרטיב/ביוגרפי (Rosental, 1993), שבו הניצולים התבקשו "לספר את סיפור חייהם." מדובר בריאיון פתוח, שבו התאפשר לניצולים לדבר על כל מה שרלוונטי בעיניהם לסיפור חייהם, מתוך מטרה לאפשר להם לדבר על הנושאים אשר להם הם מייחסים חשיבות בחייהם, מבלי להגבילם בשאלות שהוכנו מראש. כמו כן, סיפורם לא נקטע ו/או הוגבל בזמן, ונשאלו שאלות הבהרה בלבד לגבי שמות של מקומות או אנשים שאותם ציינו ושלא היו ברורים. מאחורי בחירה זו עמדה ההנחה, שסיפור החיים משקף את תפיסת העצמי ואת עולמו החברתי של האדם (Rosental, 1993). בסיום הסיפור, התבקש הניצול לתת שם לסיפור שסיפר ולהסביר מדוע בחר באותו שם; (2) ריאיון חצי מובנה – הניצול התבקש לספר על חוויותיו מההשתתפות בפרויקט "תיאטרון עדות," על נסיבות הצטרפותו לפרויקט ועל התהליך האישי שעבר. החלק המובנה קשור למדריך ריאיון שהוכן, שבו נכללו נושאים שהחוקרים הניחו שהם רלוונטיים לנושא הנחקר על פי חלוקה לשני נושאים עיקריים: (א) סיפור התהליך האישי כמשתתף בפרויקט; (ב) נסיבות ומשתתפים בהקשר להצטרפות לפרויקט (לדוגמה: "מהו הדבר המשמעותי ביותר בפרויקט עבורך?"). עם זאת, בריאיון איכותני אין ציפייה לחזרה מדויקת על השאלות, מכיוון שניתן מקום להתפתחות של כל ריאיון (Kaufman, 1994). ואכן, מבנה הריאיון הסופי היה מפורט ורחב היקף ביחס למבנה הריאיון הראשוני ונוספו בו שאלות שונות, כגון: כיצד תופס הניצול את הקשר עם בני הנוער ועם הניצולים האחרים בקבוצה; משמעות הרכב הקבוצה; האם נתן עדות בעבר ואם כן, מה ההבדלים בין סוגי העדויות.

2 המחקר בוצע במסגרת עבודת תזה לקבלת תואר מוסמך בבית הספר לטיפול באמנויות, אוניברסיטת חיפה במגמת דרמה-תרפיה, בהנחיית פרופסור רחל לב-ויזל וד"ר דני יניב. שמות המשתתפים המצוטטים בפרק זה שונו על מנת לשמור על חיסיונם.

התרומה של הקשר עם בני הנוער לניצולים

במחקר נמצא, בין היתר, כי הקשר הבין-דורי עם בני הנוער הוא החוויה המשמעותית ביותר בפרויקט עבור הניצולים. הקשר שנוצר נמשך עוד שנים לאחר הפרויקט, והניצולים מלווים את בני הנוער בגדילתם עד לשירותם הצבאי, כפי שחסייה מדגישה: "קשר נורא חם ואוהב כזה ודואג. זה מה שהתאיטרון הזה בעצם נותן."

הקשר הייחודי נוצר בזכות האיכויות שבני הנוער פיתחו במהלך הפרויקט: הקשבה, רגישות, אמפתיה והכלה. הקשר המיוחד אפשר לניצולים לקחת תפקיד מעצים של מספר, ששיאו בתוצר האמנותי הסופי, הצגת תיאטרון, שבה הניצולים ובני הנוער נמצאים על במה אחת. בזכות תפקיד זה הצליחו הניצולים להיות המספרים של סיפורם האישי והייחודי, תוך הבלטה של כוחות הגבורה וההישרדות שלהם, ולהעביר את הלפיד לדור ההמשך. בכך, סייע להם תפקיד זה בהבניה מחדש של זהותם האישית.

הניצולים מציינים את ההקשבה מצד בני הנוער כאיכות המשמעותית ביותר בקשר שלהם איתם, תוך שימוש בולט במילה "הקשבה" ובהטיות של הפועל "קשב". הקשבה דורשת נוכחות פעילה מצד המקשיב, פניות אמיתית וחוסר שיפוטיות. הניצולים, שזכו להקשבה שכזו מבני הנוער, ילידי הארץ, דור ההמשך של הצברים, ומהקהל היושב באולם, המסמלים עבורם את הקהילה והחברה בכללותה, חשים פיצוי על השנים שבהן שתקו או הושתקו, כפי שמבטא גבריאל, יליד פולין, 1931:

זה עושה טוב מפני שבשנים הראשונות, כשכל אחד היה אומר למה לא נלחמתם? למה הלכתם ככה? אז זה לא עשה טוב וזה לא עזר. יורדים למחתרת... זה עשה טוב... תראי כל אחד רוצה שישתתפו איתו... שמקשיבים. שמקשיבים. זה מגיע. זה נוגע.

גם חסיה, ילידת פולין, 1937, מתארת את ההפתעה מבני הנוער ומדגישה את הרגישות, הסובלנות וההקשבה שלהם, להבדיל ממסע לפולין:

אני הלכתי די סקפטית לזה, כי לא ידעתי בדיוק למה אני הולכת, אבל מה שעניין אותי במיוחד זה הילדים... מה שהפתיע אותי בצורה בלתי רגילה, הרגישות של הילדים שהם כל כך מוכנים לספוג ולדעת ועם הזמן נוצרה רגישות בלתי רגילה עם הסובלנות, שהם כל כך מוכנים להקשיב לאנשים מבוגרים והיו סיפורים איומים [...] אני חושבת שבדרך הזאת הם סופגים יותר מאשר כנסיעה לפולין, כי פולין,

מה, המקומות סטרייליים כבר, זה לא מה שהיה והם נוסעים עם קבוצה והם עושים בלגאן והם משתוללים, ופה במשך שנה שלמה, שנה ויותר, הם פעם בשבוע יושבים והם מקשיבים וכל אדם עם הסיפור שלו.

אילנה, ילידת הונגריה, 1936, שרדה עם סבתה, אמה ואחיה, שנולד תוך כדי המלחמה. בדומה לסרט "החיים היפים" של בליני, אילנה זכתה להגנה טוטאלית מצד אימה, שהצליחה למצוא הסבר תמים וילדי לכל מראה או חוויה קשה שראו. אילנה מוסיפה לאיכות ההקשבה מצד בני הנוער את האיכות של שיקוף ופרשנות. היא מתרגשת מהפרשנות שלהם לסיפור שלה, פירוש שגרם לה לתובנה משמעותית. אילנה סיפרה לראשונה את סיפורה ב"תיאטרון עדות", כי תמיד חשבה שהסיפור שלה לא משתווה לאחרים מבחינת מידת הסבל. אולם, התהליך המרגש שעברה, כדבריה, הוא בפרשנות שנתנו למעשים של אימה. שבזכותם הבינה איזו הגנה טוטאלית העניקה לה אימה, לא רק הגנה פיזית, אלא גם רגשית, בכך שניסתה להשאיר את תמימותה הילדית על אף מעשי האכזריות בחוץ:

ראיתי את הילדים מולי שמה. כיתה ח' וראיתי איך שהם, גם הם, הגדולים, הקטנים מילא... הם מקשיבים ואיך הם מפרשים את הסיפור שלי. זאת אומרת, אני חושבת שהם הבינו מיד את הקשר של ההורות, את ה... מה זה משפחה, כשיש במצב כזה לעומת כשהם בודדים והם לבד מתמודדים.

ממצאים אלה מחזקים מחקרים קודמים אשר מצאו, שהקלה רגשית בעקבות חשיפה דורשת פניות אמיתית וחוסר שיפוטיות מצד המקשיב, וכי עליו להיות קשוב באופן רגשי ואמפתי (Krell, 1989; Letzter-Pouw, 2007; Pennebaker & Chung, 2007; Tauber & Van der Hal, 1997). כמו כן, הממצאים מחזקים את טענתה של הרמן (2008), שבהתמודדות עם סוגיות של אשמה, זקוקים נפגעי טראומה לעזרת בני אדם המוכנים להכיר בכך, שהתרחש אירוע טראומטי, להפסיק עם שיפוטיותם הקדומים ולהיות פשוט עדים לסיפורם – זהו תנאי מוקדם להשבת ההרגשה שהעולם הוא בעל משמעות.

פרויקט "תיאטרון עדות" מזמין את הקהילה כולה להיות עדה לסיפור הניצול באירוע שבו מוצג התוצר הסופי של הפרויקט: הניצולים ובני הנוער מופיעים על במה אחת. הפרויקט עבר שינויים לאורך השנים; בתחילה, הניצולים הם אלה שגילמו את עצמם על הבמה בעוד בני הנוער מסייעים בתפקידים המשניים. אך בשנים האחרונות, בני הנוער מגלמים את הניצולים בעוד שהניצולים יושבים על הבמה, צופים בהם ומדי פעם משתלבים בהצגה, לעתים על ידי קריאת משפטים מטקסט המונח לפניהם ולעתים במשחק.

גילום דמותם של הניצולים על ידי בני הנוער הוא בעל משמעויות שונות עבור הניצולים, כדוגמת מנחם, איש צבא לשעבר, שמתאר את הצלחת ההצגה מבחינת איכות המשחק של בני הנוער והתגובה של בני משפחתו שצפו בהצגה:

אנחנו נתנו להם כבוד רב. ילדים שגם לא ידעו עד אז משחק נכנסו ושיחקו והם עשו את זה בצורה נפלאה. שיחקו את זה כל כך יפה, הציגו את זה כל כך יפה [...] בהתחלה לא חשבנו שזה יצליח כל כך, שהם ילמדו את כל החומר, שייקחו את זה כל כך ברצינות, זאת הייתה ההרגשה בתחילת הדרך. אבל אחר כך... אמרתי שזה היה מעל ומעבר לציפיות, המשחק שלהם, הרצינות שלהם, הלמידה בעל-פה את כל החומר, זה... זה היה מעל ומעבר.

אחרים מדגישים את הדאגה הפיזית והרגשית של בני הנוער לניצולים, כפי שניתן לראות באופן בולט על הבמה; המתבגר המגלם ניצול מרבה להניח ידו על כתפיו של הניצול, שאותו הוא מגלם ולהגיש לו כוס מים, כפי שמתאר צחי:

נוצר קשר אדיר בין הילדים לבין המבוגרים. כל ילד שהציג את המבוגר נוצר קשר הדוק מאוד ביניהם... הם כל הזמן דואגים להביא למבוגרים מים וכל מיני דברים כאלה, על הבמה עצמה.

או כפי שגבריאל מנסה להסביר:

הייתה לי שמה בחורה אחת... היא עמדה מאחוריי ואיך שתמיד גמרתי לדבר היא שמה לי את היד על הכתף, זה היה כמו... זה עזר הרבה.

נקודה חשובה נוספת היא, שההצגה כוללת קטעים מסיפורי ההישרדות של הניצולים מתקופת הילדות המוקדמת או המאוחרת שלהם, ולמעשה בני הנוער, בגללם את הניצולים, קרובים לגילם של הניצולים באותה עת. אלמנט זה מזמין חוויה רגשית נוספת, כפי שאלישבע, לדוגמה, מספרת בהתרגשות על היכולת של הילדה ששיחקה אותה להציג אותה כאילו הייתה היא. לאלישבע הוחלפה הזהות כשהייתה ילדה וניתן לה שם נוצרי, ועבורה, להיות צופה בילדות, המשחקות אותה, היה לחזור לילדה שהייתה, אולי לחזור "לשם" כדי למצוא את הילדה שאבדה ועימה זהותה:

אני חושבת שבאותן שלוש הופעות אני הרגשתי שאני ילדה. שאני ילדה. ככה נראה לי, שאני ילדה ואני מאוד... כשאני נותנת ב... (בעדות רגילה) אני צריכה להיכנס לילדה שלי. כאן אני מרגישה... כי הילדות, אני רואה את הילדות משחקות, אז אני מרגישה שאני ילדה, אני כאילו ממשיכה את הילדה.

אבל אלישבע מדברת לא רק על החזרה שלה להיות ילדה, אלא גם על היכולת של הילדה, ששיחקה אותה, להיכנס לדמותה, כאילו הנשמה שלה אצלה:

זה הכול קטעים שאני הרגשתי עצמה אדירה שאני יכולה באמת להעביר את זה ושבאמת הילדות האלה משחקות בצורה בלתי רגילה [...] שמישהי מעבירה את החיים הכי קשים שלי, שמישהי מעבירה את זה, מעבירה את זה כאילו הנשמה שלי אצלה, כאילו אני אצלה, כאילו אני אצלה, כאילו התנועות שלי אצלה.

התרומה של הקשר עם הניצולים עבור בני הנוער

המפגש עם הניצולים מהווה חוויה משמעותית ביותר גם עבור בני הנוער. הניצולים מדגישים בראיונות את הקשר המיוחד שנוצר ומציינים, שהקשר נמשך לאורך שנים, ובני הנוער הם אלה שממשיכים לשמר את הקשר. אמנם המחקר לא בחן את חוויית בני הנוער, אך מי שצופה בהצגות אינו יכול שלא לחוש זאת דרך האופן שבו מניחים בני הנוער את ידם על כתף הניצול המדבר בהתרגשות, מחזיקים בידו ומלווים אותו למקומו על הבמה, ודרך החיבוקים ההדדיים מאחורי הקלעים. דוגמה לכך ניתן למצוא במכתב שכתבה אחת הנערות מהקבוצה לחסיה לאחר סיום הפרויקט:

באמת שהשנה וחצי הזאת הייתה מהמשמעותיות ביותר שהיו לי ויהיו לי בחיי ובטח אם מסתכלים לטווח הארוך, כי היא לימדה אותי כל כך הרבה, נתנה לי נקודת מבט שונה לחיי, לאיך שעלי לנהוג, איך שאני צריכה להעריך את מה שיש לי [...] מה שאני גאה בכ יותר מכל, זה שלמרות הכול, את התגברות ומתגברות לאט לאט, על האבדן, על הסבל, ונשארת כזאת חייכנית. חיבוק ממך זה כל כך חם ואוהב. הלוואי והיית סבתא שלי. ושוב, דמעות.

כמו כן, בקבוצות נוספות לתיעוד השואה³ מדווחים בני הנוער, כי הדיאלוג עם הזקנים והעבודה המשותפת עימם הביאו לשינוי בתפיסת דמות הזקן, ויצרו פתיחות בהקשבה ואמפתיה. הם מדווחים, כי המפגש קרב אותם לזקנים בקבוצה, כי התרגשו מהפתיחות ההדרגתית של הזקנים אליהם, וכי שמחו לגלות כי לניצולי שואה יש גם שמחת חיים. הקשר הבין-דורי המיוחד עודד את הניצולים להדגיש גם את כוחות הגבורה וההישגיות לצד הדימוי של ילד יהודי נרדף, ואפשר להם לקחת תפקיד מעצים בעל משמעות אישית של העברת הלפיד שלאורו קיימת המדינה. תפקיד המספר אפשר לניצולים לצאת מהזהות הקולקטיבית של "ניצולי שואה" ולמצוא תפקיד ייחודי, שבעזרתו הצליחו להבנות מחדש את זהותם האישית.

בעקבות כך, עולה מסקנת המחקר, כי הבנייה מחדש של הזהות האישית יכולה להתרחש על ידי לקיחת תפקיד חיובי ומעצים בתוך הקשר של יחסים עם זולת, שמקשיב הקשבה מלאה, אמפתית ונטולת שיפוטיות. בכך תומך מחקר זה בתיאוריה של מורנו (Moreno, 1953) ושל הרמן (2008), כי החלמה מתנהלת בתוך הקשר של יחסים, ואפשר לשקם את ה"עצמי", שהתנפץ בעקבות הטראומה רק בדרך שבה נבנה בראשית דרכו – בקשר עם הזולת "הטראומה מבודדת"; הקבוצה שבה ויוצרת הרגשת שייכות. הטראומה מביישת ומכתימה; הקבוצה עדה ומאשרת. הטראומה משפילה את הקורבן; הקבוצה מרוממת אותו. הטראומה שוללת ממנו את אנושיותו; הקבוצה משיבה לו אותה" (הרמן, 2008: 261).

הרציונל להקמת פרויקט "ניצוצות אנושיים בסיפורי חיים"

פרויקט "ניצוצות אנושיים בסיפורי חיים" נבנה מתוך ממצאי המחקר על "תיאטרון עדות", שהדגישו את התרומה והחשיבות של הקשר הבין-דורי. ייחודו של הראשון הוא בדגש על ניצוצות אנושיים בסיפורי חיים ובהרחבה של קהל היעד לכלל הזקנים בישראל. הרחבת קהל היעד נובעת מתוך הכרה בעושר ההיסטורי של מדינת ישראל וברב-גוניות התרבותית של דור מייסדיה, ומתוך הרצון להנחיל את הזיכרון האישי והקולקטיבי לדור הצעיר. הפרויקט מעוגן בידע תיאורטי, המדגיש את החשיבות שבסקירת חיים, את סיפוק הצורך בנראות

3 הדיווחים התקבלו מרחל לוי, מנחת קבוצות תיאטרון תיעודי להנצחת זכר השואה בקהילה – קבוצות מעורבות של ניצולים ובני נוער, בשיתוף עם אשל והג'ינט. הדיווחים התקבלו מתוך שאלונים שמולאו על ידי בני הנוער בסיום התהליך ומשיח קבוצתי.

דרך האמנויות השונות, ואת החשיבות של רגשות חיוביים והכרת הטוב באמצעות מציאתם של ניצוצות אנושיים, הכול כפי שיפורט להלן.

יצירת משמעות על ידי סיפורי חיים

שלב הזיקנה הוא שלב של סגירת מעגל חיים, ועל פי המודל הפסיכו-סוציאלי של אריק אריקסון, המשימה המרכזית של הזקן היא סקירת חייו ואינטגרציה עם העבר, מתוך ניסיון למצוא בהם משמעות. בכך, יוכל להתמודד עם המוות המתקרב ולהשיג שלמות (integrity), או לחילופין, להיות עם תחושת ייאוש והחמצה (Erikson, 1982; Krystal, 1988). בהתאם לכך, אנו עדים לקיומן של מסגרות טיפוליות שונות, המסייעות לזקן לשחזר את חייו לכדי רצף אינטגרטיבי, ולצידן, מסגרות לא טיפוליות, אך בעלות ערך תרפויטי, המעודדות כתיבת אוטוביוגרפיות, הכנת סרטים תיעודיים, העלאת הצגות, ועוד. ואכן, נמצא, כי תהליך ההיזכרות בזיקנה וסקירת החיים מקושרים, בין היתר, עם שיפור הדימוי העצמי וחיווק תחושת המשכיות (Birren & Deutchman, 1991). בהקשר לניצולי שואה נטען, כי העדות מהווה הזדמנות עבור הניצול לביטוי עצמי ולהעצמה, משפרת את מעמדו כפליט (Krell, 1993; Greenwald, Ben-Ari, Strous et al., 2008), ויכולה להיות מקור כוח והצדקה בכך שהיא מספקת לו תחושה של היותו סופר של חייו (Perez-Sales, 2010). הצורך להעיד בולט אצל ניצולי שואה; נמצא שמתן עדות מהווה ניסיון למצוא משמעות נסבלת לכל מה שקרה בעבר, נותן מטרה ויוצר משמעות חיובית חילופית לעיוות הערכים, כתוצאה ממעשי הזוועות ושתיקת העולם (Lev-Wiesel & Weinger, 2011; Valent, 1995). לאוב (2008) מציין, שהצורך לשרוד אצל ניצולי שואה נבע, בין היתר, על מנת שיוכלו לספר, אך טוען, שגם הצורך לספר הוא על מנת לשרוד. "בכל ניצול מקנן צורך מפגיע לספר, להביא את סיפורו למקום של ידיעה, כדי להצילו מפגיעת הרעה של רוחות רפאים מן העבר, שמפניהן אין ביכולתו להתגונן. אדם מצווה לדעת את האמת הקבורה בו כדי שיוכל לחיות את חייו" (לאוב, 2008: 84. ההדגשה במקור).

עדות מקושרת לידע היסטורי על עובדות שקרו בעבר, ואולם במהלך עדותו העד חורג מהעובדות ההיסטוריות, ובתהליך של בחירה, מודעת ולא מודעת, כולל בה חייו דעות, עמדות, רגשות, חלקי קישור, ועוד. לפיכך, גם בעדות יש פוטנציאל לחקירה של מאפיינים נוספים מעבר לידע ההיסטורי, כפי שטוען לאוב "ידע אינו פשוט נתון עובדתי המדוקלם על ידי המעיד, אלא התגלות אמיתית, אירוע בזכות עצמו, אירוע של ידיעה" (לאוב, 2008: 71). "אירוע של ידיעה" עשוי להתרחש בעדויות של ניצולי שואה, כאמור, אך גם להתהוות מתוך סיפורי חיים של זקנים בכלל. ואכן, בעשור האחרון חלה התפתחות נרחבת של עבודה נרטיבית עם סיפורי חיים ומחקר נרטיבי בעקבותיו. למונח "נרטיב" הגדרות רבות, ואני

מאמצת את דעתן של תובל-משיח וספקטור-מרזל (2010): "כדי שטקסט יהיה 'נרטיב' עליו לכלול שלושה מרכיבים: מספר (narrator) או זווית ראייה, דמות אחת או יותר, ועלילה" (שם, עמ' 11), ואת ההבחנה בין נרטיבים, שהאובייקט המרכזי שלהם הוא חיצוני למספר, כדוגמת קבוצה אתנית, לבין נרטיבים עצמיים, שהאובייקט המרכזי שלהם הוא המספר עצמו ושמתייחסים לאירועים המרכיבים את מהלך חייו של המספר. לכל אורך הפרק ההתייחסות היא לנרטיבים עצמיים.

"תראו אותי" – סיפוק הצורך בנראות

העלאת הסיפורים באמצעים דרמטיים ו/או אמנותיים מאפשרת את מימוש הצורך בנראות הקיים אצל כל אחד מאיתנו, כפי שעמיה ליבליך מסבירה בספרה "תראו אותי" (2010), המתאר מחקר נרטיבי של קבוצת תיאטרון חברתי: "אחרים, במבטם המרוכז בנו, משמשים לנו ראי, שדרכו אנו מבינים את דבר קיומנו וערכינו" (ליבליך, 2010: 348). גם נוי (1998; 1999) מאמין, שסיפוק הצורך האוניברסלי של האדם בשיתוף חווייתי ורגשי עם הזולת זמין במיוחד בחוויה האמנותית.

סיפוק הצורך בנראות דרך התיאטרון

פרויקט "תיאטרון עדות" (פלג, 2011) עושה שימוש במדיה האמנותית של התיאטרון – ניצולי שואה ובני נוער על במה אחת. הבמה מחד גיסא, היא המקום של הכי הרבה "תראו אותי", אולם מאידך גיסא, לעמוד על הבמה הוא מעמד שלא תמיד קל. עבור ניצולי שואה, שנאלצו להסתתר, להסתיר את זהותם, ולאורך השנים הסתירו את סיפורם האישי, המעבר לא קל. עם זאת, הצורך בנראות, בהקשבה ובהערכה מצד הקהל בולט בראיונות. מרבית המרואיינים הרגישו את תגובתו הרגשית של הקהל לסיפורם. הם מרגישים את העובדה, שהקהל התרשם והתרגש, ונדמה שהם ממש מחפשים את התגובות האלו, כפי שמבטאת מלכה "..." הרגשתי שאני עושה משהו, באמת... האולמות היו מלאים ואנשים התרגשו ובכו וגם שתי נכדות שלי עם בתי", וגם מנשה: "ואני הבאתי לאירוע של ההצגה לפחות 50 איש, חברים שלי מכל מיני מקומות... הם נורא התרגשו, כל אחד מאוד התרגש...אף אחד לא ידע."

סיפוק הצורך בנראות דרך אמנות חזותית

אמצעי אמנותי נוסף, העונה על הצורך בנראות, על הכמיהה שקולי ישמע, שמישהו יקשיב לסיפור שלי, הוא האמנות החזותית. השימוש באמנות חזותית לתיעוד סיפורי חיים מאפשר

ביטוי רגשי ומזמין תהליך רפלקטיבי ואינטר-סובייקטיבי, בהיות היוצר אותם יוצר וצופה כאחד. התוצר האמנותי מאפשר למשתתף להתבונן על התוצר ועל דמותו העולה מכך ממרחק כלשהו. זו הזדמנות לקיים תהליך של רפלקציה, דיאלוג של המשתתף עם עצמו, ובחינה שלו את עצמו ביחסיו עם הזולת. תהליכים אלה יכולים להביא לשינוי גם בעתיד (Cassirer, 1996; Langer, 1953).

אילנה, ניצולת שואה, ילידת הונגריה, 1936, מספרת בריאיון (פלג, 2011) את סיפור הישרדותה ללא קושי רגשי. לקראת סוף הריאיון, היא מתארת מפגש בין ניצולי שואה לתלמידי תיכון, שבו סיפרו הניצולים את סיפורם והתלמידים התבקשו, דרך פיסול בחמר, להביע את מה שקלטו מסיפורי הניצולים. היא מתארת פסלים שתלמידים הכינו בתגובה לסיפורה, של אם ותינוקת בדיה, אך למעשה רק כשהיא ניגשת להביא את הפסל ונוגעת בו, ניכר כי היא מתרגשת לראשונה, והיא מתארת את הכוח שביצירה אמנותית ממשית עבורה:

ואת רואה? בזה יש לי עכשיו צמרמורת. עד עכשיו סיפרתי לך בלי בעיות דברים, אבל כשאני נוגעת בזה, זאת אומרת... וואו! עכשיו זה בטוח שגם הסיפור שלי משפיע ומשמעותי [...] עד עכשיו הכול בסדר. ברגע שנגעתי בעצם בתוצאה ש... פתאום את... כן יש לכך... כן, יש משמעות.

זוהי דוגמה למימוש הצורך בנראות דרך האמנות, אך ברור שאפשרויות הביטוי הן רבות (שירה, צילום, קולנוע וכדומה), וכשמנגד עומד אחר משמעותי, המתבונן ומקשיב בתשומת-לב וללא שיפוטיות. בכך מתחזקת תחושת הערך העצמי ומתעצמת החוויה, כי לכל אדם יש מקום בעולם.

גילויים וחשיבותם של ניצוצות אנושיים בסיפור חיים

ניצוצות אנושיים התגלו לי במהלך מסע החיפוש שלי לתשובה אחר שאלה שהעסיקה אותי לא מעט – כיצד אימי, ניצולת שואה, שאיבדה את אביה, סבלה רעב והייתה עדה לאכזריות הנאצים, מצליחה כל חייה לעזור לנזקקים, שופעת יכולות נתינה לכל אדם באשר הוא וחינכה את ילדיה לחמלה, לסובלנות ולנתינה לזולת. רק בשנים האחרונות, עת החלה לספר את סיפורה ומדי פעם להוסיף עוד זיכרון לסיפור, ולאחר שהתוודעתי ליותר ויותר סיפורי חיים של ניצולי שואה, זיהיתי מאפיין משותף: בתוך החושך הגדול של השואה מבליחים בסיפורי הניצולים רגעי אור; בתוך התיאורים של מעשים אל-אנושיים שזורות פעולות אנושיות בלתי צפויות.

במחקר על "תיאטרון עדות" (פלג, 2011), התבקשו הניצולים לספר את סיפור חייהם, ללא כל הפרעה מצדי וללא הגבלת זמן, ומניתוח הסיפורים עלה ממצא מעניין, מפתיע ומרגש. נמצא, כי אל מול האכזריות ומעשי הזוועות, מציינים המרואיינים גם רגעים של ניצוץ אנושי. לעתים, אלה רגעים שמשכם אינו עולה על מספר שניות, אך עבור הניצול אלה רגעים מכוננים ומרגשים.

צחי היה בן חמש כשאביו נלקח על ידי הנאצים ובן שבע כשאימו נלקחה, והוא ואחיו הגדול נלקחו לבית יתומים. הם שהו שם בחוסר תנאים עד שהגיעה הוראה מאייכמן להוציא את כל 150 הילדים בבית היתומים ולירות בהם ליד הדנובה. הילדים שלא מתו מוות מידי נפלו לנהר הדנובה הקפוא ולבסוף קפאו למוות. צחי היה בין כ-70 ילדים שניצלו, ולאחר תהליך ממושך של הבראה ושיקום, הצליח לעלות לישראל בשנת 1949. סיפורו של צחי רווי בתיאורים קשים של אכזריות וחוסר אנושיות, אך הוא בחר לשלב בו גם רגעי ניצוץ אנושי, כמו התיאור שלהלן:

ובדיוק היינו בדרך הביתה ואיזה שישה נערים יותר מבוגרים מאיתנו גילו אותנו וכמובן התחילו לרדוף אחרינו [...] ואני, באיזה שהוא שלב, אני נפלתי ברחוב. כשנפלתי ברחוב וניסיתי להתרומם, אז פתאום הנערים כמעט הגיעו אליי ולהפתעתי הרבה אח שלי המשיך לרוץ הביתה. עמדו שם שני קציני אס.אס ברחוב ודיברו ביניהם. ו... אני כבר ראיתי את סופי, אמרתי "זה סופי כנראה" ופתאום אחד הקצינים האלה עצר את הנערים, לא נתן להם לגשת אליי. הוא בא אליי, הרים אותי, ניקה לי את הרגליים, אמר לי "לך הביתה" ולא נתן להם לגשת אליי. הייתי לגמרי המום לא תיארתי לי ש... קצין אס.אס הם הכי גרועים מכולם, הוא היה כזה אנושי. זאת אומרת, לא שחשבתי על זה באותו רגע [...] זה היה אחד הפעמים שאני זוכר שהיה להם איזה שהוא מצב אנושי גם בכל, כל המערכת הזאת.

סיפורה של ברוריה, ילדה יתומה, שנדדה כארבע שנים לבד, תוך פחד מתמיד שזהותה תיחשף, מפתיע בכמות הרגעים האנושיים שבו, כמו למשל, אירוע שהיא מתארת כשחלתה ולא היה איש שיכול היה לטפל בה. כמו חיה פצועה היא התחפרה במקום מוגן ושקט, והיא מספרת בהתרגשות כיצד הופיע מלאך בדמות אנוש:

הרגשתי לא טוב. רציתי רק לישון ופחדתי לשכב פה ולישון, ראיתי בית מרחוק, אמרתי אני אנסה לבקש מהם שיתנו לי לישון בגורן. אז אני ניגשת ומבקשת, אמרו לי "בסדר, תלכי לגורן." התחפרתי בתוך ערימת השחת והיה לי טוב וישנתי, לא

שאלו אותי שאלות. אחרי שלושה וחצי יום מעירים אותי, אישה עם טיפה אוכל וכוס חלב וחתיכת לחם והיא אומרת ככה: "אני לא יודעת אם את גויה או יהודייה, אבל לא אכלת שלושה וחצי יום." גם זה קרה.

ניצוץ אנושי נוסף מתארת לנה, ילידת רומניה, שחייתה ארבע שנים בגטו עם אמה ואחיה. אמה חלתה ולא יכלה להמשיך לעבוד בגטו, ולכן לנה נאלצה להתגנב מהגטו אל כפרים סמוכים על מנת לחפש אוכל. לנה מתארת אירוע שבו נתפסה באחת מהתגנבויותיה על ידי תושבי הכפר הגויים:

רועי פרות שמה וקצת התעללו בי, וכל אחד, עשו ממני כדור וכל אחד זרק אותי אחד לשני עד שנפלו כל הבגדים וקר, קר, קר באוקראינה. נשארתי ערומה, נפלתי, אז... השתינו עליי ולמזלי עבר איש מבוגר זקן, איכר זקן, שבא במקרה מבית הקברות, אשתו נפטרה כמה ימים לפני, אז הוא עוד הלך לבית הקברות וחזר מבית הקברות והוא גירש אותם ושם עליי את המעיל שלו, לקח אותי אליו הביתה ורחץ אותי ונתן לי משהו לאכול. כשסיפרתי לו על אימא שלי שחולה ואני צריכה עוד לחזור, אז הוא גם הדריך אותי איך ללכת שלא להיתקל ב... ונתן לי קצת אוכל ונתן לי מה שהכי חשוב, שנתן לי קצת בגדים של אשתו. שהיו גדולים עליי. הייתי ילדה קטנה, אבל איכשהו הם עזרו לי לשרוד את החורף וחורף אחרי (משתעלת) וזהו. אני לא זוכרת שמה כבר, אני לא זוכרת את שם האיש שהוא באמת יכול היה להיחשב לחסיד אומות העולם עם מה שעשה.

הבחירה לכלול רגעים שבהם נחשפו לניצוץ אנושי בתוך אירועי האימה והסבל המתמשך על פני שנים, מדגישה את משמעות האור בתוך החושך. אולם, נשאלת השאלה מה המשמעות של בחירה זו? האם הסיפור הזה מסופר לכל מאזין או שיש כאן בחירה עמוקה יותר של המספר בפני מי ומה לספר? מה בחרו לספר לבני הנוער? האם זהו הסיפור שהניצולים מספרים גם לעצמם? אם כן, ייתכן שזיכרונות חיוביים אלה הפכו למשאב אישי, שעליו נסמך הניצול בבניית החיים שאחרי, בצמיחה פוסט-טראומטית (Calhoun & Tedeschi, 2006; Lev-Wiesel & Amir, 2006). פראנקל (2001) מתאר מידות אנוש בקרב זקיפי המחנה ומסכם באומרו: "החיים במחנה הריכוז חשפו את נפש האדם וגילו את מעמקה. היפלא כי במעמקים אלה שוב מצאנו רק תכונות אנושיות, שמעצם טבען נתערבבו בהן הטוב והרע? החיץ בין טוב לרע, החיץ החוצץ בין כל בני האדם, נוקב ויורד למעמקים ונראה אפילו בקרקעית התהום שנפערה על ידי מחנה הריכוז" (פראנקל, 2001: 109).

חשוב להדגיש, שהקשר שנוצר עם בני הנוער בזכות המאפיינים הייחודיים לו, כפי שתוארו לעיל, הוא גם סוג של ניצוץ אנושי עבור הניצולים, שאפשר להם להדגיש את דרכי ההתמודדות שלהם ולבטא את כוחות הגבורה וההישרדות שלהם ולא רק את הסבל והאכזריות. מתן אפשרות להבליט את כוחות ההתמודדות נמצאה כמשפרת הערכה עצמית והאכזריות. (Mazor, Gampel, Enright et al., 1990), ויש בה כדי לסייע במציאת משמעות מחודשת לחיים, התורמת להתמודדות חיובית, להסתגלות ולשיקום (Janoff-Bulman, 1992). חשיבותם של ניצוצות אנושיים, המקושרים עם רגשות חיוביים, כמו: שמחה, הכרת הטוב והכרת תודה, מעוגנת גם בתחום הפסיכולוגיה החיובית. מחקרים מצאו, שלרגשות חיוביים השפעה פיזיולוגית ופסיכולוגית; הם מגבירים יכולת עמידות (resilience) פסיכולוגית, מסייעים לשיפור הרווחה הנפשית לאורך זמן, ועוזרים במציאת משמעות חיובית לאירועים עתידיים (Fredrickson, 2001; 2004). כמו כן, בשנים האחרונות, מתבצעים מחקרים הבאים להעריך את ההשפעה של הכרת תודה ובודקים את הקשר שלה, בין היתר, לשיפור הרווחה האישית (לסקירה ראה: Wood, Froh & Geraghty, 2010).

הצגת פרויקט "ניצוצות אנושיים בסיפורי חיים"

רציונל ומטרות הפרויקט

"ניצוצות אנושיים בסיפור חיים" הוא פרויקט בין-דורי בשילוב אמנויות, שנולד מתוך ההכרה בחשיבות של ראיית הטוב והכרת הטוב, כמו גם מתוך התרומה ההדדית של פרויקט בין-דורי לזקנים ולבני נוער. הפרויקט פונה לכלל הזקנים בישראל, מתוך הכרה בכך, שההיסטוריה של מדינת ישראל היא עשירה ומגוונת וכוללת, בין היתר, את בניית הארץ ומפעליה, קרבות ומלחמות, וכי כל אדם נושא בתוכו צרור של סיפורי חיים, שהוא רוצה לספר. לאור הופעתם של ניצוצות אנושיים בסיפורי חיים, ולו אף אצל כאלה שסבלו מטרומה מתמשכת, הוחלט לשים דגש על מציאתם של ניצוצות אנושיים. הטענה היא, כי החיפוש אחר ניצוצות אנושיים והטמעתם בנרטיב האישי מגבירים את הרגשות החיוביים המתלווים לכך ומסייעים בפיתוח היכולת להכרת הטוב והכרה בטוב עבור הזקנים ובני הנוער. כפי שגארסיה מרקס אמר: "החיים הם לא מה שחיית, אלא מה שאתה זוכר והאופן שאתה זוכר כדי לספר אותם" (מתוך הספר "לחיות כדי לספר את הסיפור", 2004). החיפוש אחר ניצוצות אנושיים מתבצע על ידי פיתוח מיומנויות תקשורת והקשבה, המאפשרים שיתוף בסיפורי חיים של כל המשתתפים, כאשר הדגש הוא על סיפורי החיים של זקנים בישראל. הרכב הקבוצה נועד לחזק את הקשר בין שתי קבוצות גיל, זקנים ובני

נוער, החיים בתוך אותה קהילה, באופן שכל משתתף מוצא בקשר סיפוק ומשמעות. בכך הפרויקט תורם גם לשינוי התפיסות הסטריאוטיפיות של הגיל. מסגרת זו מסייעת לפיתוח היכולת לראות את הטוב ומעודדת את הנחלת העבר והזיכרון הקולקטיבי והאישי לבני הנוער, כשהוא שזור בניצוצות אנושיים.⁴

שלבי העבודה הקבוצתית

1. מיון המשתתפים, מבנה הקבוצה ומפגש מקדים

גודל הקבוצה האידיאלי נע בין 16 עד 20 משתתפים, מחציתם זקנים ומחציתם בני נוער, המוכנים להתחייב לכ-20 מפגשים שבועיים. גיוס המועמדים נעשה בשיתוף פעולה עם צוות מקצועי מתוך מחלקות הרווחה והחינוך ביישוב, הממשיך ללוות את הפרויקט. בעת מיון המשתתפים יש לשים לב, שישנם כאלה שלא מתאימים. בדומה לעבודה עם ניצולי שואה, שדורשת הכרה מעמיקה של האוכלוסייה ודרכי הטיפול בה. זקנים הסובלים מדמנציה, אנשים שעברו טראומה מתמשכת, או כאלה הנמצאים בעיצומו של משבר אינם מתאימים. לעומת זאת, משתתפים בעלי מוטיבציה (שהרי ההצטרפות לקבוצה היא מרצון) ומנגד, אנשים עם קשיים בתחום הבין-אישי, כמו בדירות, ביישנות (יאלום, 2006), יכולים להפיק תועלת רבה מעבודה קבוצתית.

משך כל מפגש כשעתיים והוא מתקיים בחדר גדול ומרווח, המאפשר תנועה, ובו שולחנות עבודה וחומרים שונים לפי הצורך (יוסבר בהמשך). מנחות הפרויקט הן שתי דרמה-תרפיסטיות (בהנחיה משותפת), ולכן על אף שלא מדובר בקבוצה שהוגדרה כקבוצה טיפולית, אלא בעבודה קבוצתית בשילוב אמנויות, ההתבוננות והשפה הן בעלות אופי טיפולי. בטרם התחלת העבודה הקבוצתית, מתקיים מפגש לכל אוכלוסייה בנפרד (זקנים / בני נוער), שמטרתו הפניית תשומת-לב לשונות של כל קבוצה. עקרונית, מבנה כל מפגש מורכב מפתיחה, חימום, עבודה וסיום.

2. דרכי עבודה וכלים

העבודה הקבוצתית, על כל שלביה, מתבצעת באמצעות כלים מתחום הטיפול באמנויות בכלל ומהדרמה-תרפיה בפרט, שיתרונם הגדול הוא בהיותם כלים השלכתיים, העוקפים

4 הפרויקט פותח בעבודה משותפת עם רחל לוי, דרמה-תרפיסטית בגישה יונגיאנית, מתמחה בטיפול בנפגעי טראומה ועובדת עם נפגעות תקיפה מינית. מנחה קבוצות תיאטרון תיעודי להנצחת זכר השואה בקהילה – קבוצות מעורבות של ניצולים ובני נוער, בשיתוף עם אשל והג'ינט. שחקנית ומורה לתיאטרון, שחקנית ומנחת קבוצות תיאטרון-פלייבק. ההנחיה של הקבוצה מתבצעת במשותף על ידי רחל ועל ידי.

מנגנוני הגנה. מדובר בשיטות מתיאטרון-פלייבק, פסיכו-דרמה, אמנות חזותית, תנועה, דמיון מודרך, ועוד. שיטת הדרמה-תרפיה מאפשרת עבודה ברמות שונות של ריחוק, באופן כזה, שכל מטופל יכול להביא חלקים מעצמו בצורה לא מאיימת. כחלק מתהליך של חקירה, שיטה זו מציעה למטופל הזדמנות להיות לעתים צופה על עצמו, לנסות דרכי התמודדות שונות ולהגיע לאינטגרציה ולקבלה (על המרחק האסתטי ראו למשל: Landy, 1983). בנוסף לכך, נמצא, כי כלים הבעתיים, לרבות פסיכו-דרמה, יעילים ביותר לפיתוח אמפתיה (Özcan, Bilgin & Eracar, 2011). לדוגמה: משתתף מספר על אירוע מסיפור חייו וכל אחד מחברי הקבוצה מצייר את מה שהוא לוקח מהסיפור, או לחילופין, הקבוצה משקפת למספר את הסיפור על ידי פסל תנועתי קבוצתי. אפשרות נוספת היא להעמיד סצנה של אותו אירוע, שבמהלכה המספר יכול להחליף תפקידים עם דמות אחרת מהסיפור. אמצעים אלה ואחרים מאפשרים עיבוד והרחבה של הסיפורים ומזמינים תהליך רפלקטיבי תרפויטי.

3. שלבי התפתחות העבודה בקבוצה

שלבי העבודה מותאמים למהלך ההתפתחות של הקבוצה. בתחילה, מושם דגש על היכרות וגיבוש הקבוצה ובהדרגה, מחודדות מיומנויות הקשבה ואמפתיה, שבעזרתן חברי הקבוצה, הן הזקנים והן בני הנוער, יכולים להיות המספר של סיפורם האישי ולשתף זה את זה בעולמם הכול כך שונה. הפעילויות והשיטות נבחרות בהתאם לשלב ההתפתחותי שבו הקבוצה נמצאת (לב-ויזל וקסן, 2002). כך, למשל, בשלב הגיבוש ורכישת האמון, המשתתפים זהירים עדיין מחשיפה, ולכן אין העמקה בסצנות ובאימפרוביזציות. במקומם, נעשה שימוש בתרגילים מעולם התיאטרון, המותאמים לשלב זה, ובשיטות השלכתיות, כגון עבודה עם חפצים, שרבוט, סיפורים, שירים, קלפים טיפוליים וכדומה.

בשלב שבו נוצרת אינטימיות ופתיחות בקבוצה, מושם דגש על העמקה בזיכרונות שעולים וברגשות המתלווים אליהם. הזיכרונות מעובדים ומורחבים באמצעים דרמטיים ואמנותיים, תוך תהליך של התבוננות ומציאת רגעים של ניצוצות אנושיים. אמצעי העבודה נבחר, תוך הקשבה למשתתף, המביא את סיפורו, ולאופי הקבוצה, והאפשרויות הן רבות; הפסיכו-דרמה, למשל, מאפשרת חקירת הסצנה בעזרתם של משתתפים נוספים, הנבחרים על ידי הפרוטגוניסט למלא תפקיד בסיפור (הפרוטגוניסט, במונחי הפסיכו-דרמה הוא המשתתף אשר הנושא שלו יעובד והוא יהיה "הגיבור הראשי"). אפשרויות נוספות הן תיאטרון-פלייבק, עבודה בתנועה, שימוש באמנות חזותית ויצירת פסל תנועתי, המבטא את הרגשות העולים מהסיפור. את הפסל התנועתי-קבוצתי אפשר להרחיב כך שיבטא את שלמות הזיכרון והחווייה.

הניצוץ האנושי יכול להיות האירוע המסופר במישורין או שהוא עולה מתוך אירוע קשה, בזכות חקירת האירוע על ידי שיטות שונות, כאמור לעיל. במקרים אחרים, ייתכן שהניצוץ האנושי עולה מתוך יחסים בין-אישיים שהתפתחו בקבוצה. חשוב להדגיש, שהתהליך משמעותי עבור המספר של הזיכרון, העד, אך גם עבור המשתתפים האחרים, הקהל, בהיותם, לעתים, עדים פעילים הלוקחים חלק בחקירת הזיכרון, ולעתים צופים, עדים לזיכרון (Jones, 2007). בעקבות ההקשבה, מתעוררים רגשות וזיכרונות ולכן היא עשויה להיות תרופיטית לא רק למספר של הזיכרון, אלא גם לאלה שעדים לו.

4. תיעוד רגעי ניצוצות אנושיים

את הפרויקט מלווה צלם מקצועי (בעדיפות לווידיאו), המצטרף לאחר שהקבוצה מתגבשת ומתחילה לעבוד על סיפורי החיים. תפקידו של הצלם לתעד את רגעי הניצוץ האנושי, המתגלים תוך כדי העבודה, הן ברמת הסיפור האישי והן ברמת היחסים האנושיים בתוך הקבוצה. הרעיון לתיעוד הניצוץ האנושי נובע מתוך הבנה, שהסמלה ותיעוד עוזרים להמחשת החוויה, לטיפוח הקשר דרמה-חיים (Jones, 2007) ומאפשרים שליפת החוויה בעתיד בצורה קלה. יתרונו של צלם מקצועי הוא בכך, שיש ביכולתו לקלוט את המבע האנושי ולהנציח רגשות דרך עדשת המצלמה.

בשלב הסופי של התהליך נאספים הצילומים ונרקמים לתוצר אמנותי, המקפל בתוכו את הערכים הנבנים בקבוצה ומבטא את חוויית הגילוי של ניצוצות אנושיים. המשתתפים לוקחים חלק פעיל בעיצובו של התוצר הסופי, כדי לשמור על תחושת שליטה. הדבר חשוב במיוחד לזקנים, שהשליטה בשלב זה בחייהם פוחתת. העבודה על התוצר מגייסת את המשתתפים, נותנת משמעות לתהליך ומכוונת לקראת שיא אישי וקבוצתי, בהצגתו בפני בני משפחתם של המשתתפים והקהילה הרחבה יותר. התוצר הסופי מהווה חלק מתהליך הסיום והפרידה, וזיכרון מוחשי שכל משתתף מקבל.

האפשרויות של התוצר מגוונות: הוא יכול להיות סרט תיעודי קצר או באורך מלא או קולאז' של תמונות סטילס (כקליפ או כמיצג חזותי). על התוצר הסופי להיות מקצועי, איכותי ואסתטי, מצליח להעביר את החוויה הרגשית גם לקהל רחב יותר ממשתתפי הקבוצה, ויכול להוות הזדמנות לשיח עם הקהל.

5. דברים שעל המנחים לשים לב אליהם במהלך פעילות הקבוצה

- סיפוק הצורך בנראות בתוך קבוצה מביא עימו גם סוגיות שיש לתת להן מקום, כגון: תחרות על תפיסת מקום בקבוצה והשוואה בין הסיפורים. משתתף שמתעוררים אצלו קשיים כדוגמת אלה, או שמעלה סיפור קשה, המחייב עיבוד והעמקה, יכול

- לקבל ליווי פרטני, תמיכתי או טיפולי, בנוסף לקבוצה, מהצוות הרב-מקצועי, המלווה את הפרויקט (עובד סוציאלי) (ראו למשל: Tauber & Van der Hal, 1997). ייתכן שיעלה צורך לשמר את הסיפורים שסופרו בקבוצה בשלמותם, ולא רק את אלה המשתרגים לכדי רקמה קבוצתית. מענה לצורך כזה יכול לשרת את השגת המטרה של סקירת החיים ואינטגרציה עם העבר (Erikson, 1982). שימור הסיפורים יכול להיעשות, למשל, על ידי הוצאת ספרון, המכיל את סיפוריהם האישיים של המשתתפים, כפי שסופרו בקבוצה.

סיכום

בפרק זה הוצג פרויקט בין-דורי ייחודי של עבודה קבוצתית, העושה שימוש בשיטות ובכלים מתחום ההבעה והיצירה. שילוב האמנויות בעבודה הקבוצתית מזמין הנאה, מעודד יצירתיות, מרחיב ומעשיר את הביטוי של המשתתפים ובכך מספק את הצורך בנראות, החשוב לשתי קבוצות הגיל. השיתוף בזיכרונות, העולים בספונטניות וממקום לא מאיים, בעזרת שיטות השלכתיות, יוצר שייכות ואחדות בין חברי הקבוצה.

תרגול ופיתוח מיומנויות הקשבה מאפשרים את מימוש הפוטנציאל הטמון בפרויקט ליצירת קשר בין-אישי משמעותי עבור הזקנים ובני הנוער. קשר המבוסס על הקשבה הדדית הוא מתנה גדולה שניתן לתת לאחר, משום שרק מול מאזין, הקשוב באופן מלא ונטול שיפוטיות, יכול להתגלות הטוב שבאדם. החוויות וההתנסויות בקבוצה, החושפים את האנושיות שבאדם, יחזקו אצל המשתתפים את ראיית הטוב והכרה בטוב ויסייעו במציאת הניצוץ שבאדם ובאחר, בהווה ובעתיד.

הקשר והמעורבות של בני הנוער עם הזקנים מסייעים להם במציאת משמעות ותחושת סיפוק החיוניים לגיל ההתבגרות ולגיל הזיקנה, ותורמים לשינוי התפיסות הסטריאוטיפיות של הגיל. את התרומה של הקשר עבור בני הנוער והזקנים אפשר לבדוק דרך כלי מחקר (לפני ואחרי), הבודקים מדדים שונים, כגון: עמדות ותפיסת האחר, איכות חיים, רווחה פסיכולוגית, תקווה, כוחות, שביעות רצון מהחיים, משמעות, ועוד.

התוצר הסופי המוחשי מעביר את הזיכרון הקולקטיבי והאישי, כשהוא יצוק בתוך יצירה ברת-קיימא, ועל ידי כך הוא עשוי לחולל שינוי בנרטיב האישי, כפי שהוא נתפס אצל בני המשפחה. קולאז' של ניצוצות אנושיים מהווה עדות והנצחה של ניצחון הטוב על הרע, היש על האין והוכחה, כי לכל אחד מאיתנו יש מקום וחלק בעולם, כמילותיה של רחל שפירא (מתוך: חלק בעולם):

חלק בעולם
חלק כחלק
המסע עוד לא הושלם והדרך מיטלטלת
אנשים צמאים לקשר
אנשים זקוקים לגשר
על הגשר התלוי
יש תקווה ויש סיכוי
על הגשר הנטוי
יש תקווה ויש סיכוי.

מקורות

- איילון, ע. ולהד, מ. (1995). כל החיים לפניך. חיפה: נורד.
דגן, ע. ודגן, ע. (2008). תיאטרון עדות – 'לספר כדי לחיות'. גדיש: ביטאון לחינוך מבוגרים 11, 203-215.
הרמן, ג'. ל. (2008). טראומה והחלמה. תל אביב: עם עובד.
יאלום, א. (2006). טיפול קבוצתי: תיאוריה ומעשה. אור יהודה: כנרת זמורה ביתן.
לאוב, ד. (2008). נשיאת עדות או תהפוכות ההאזנה. בתוך: ש. פלמן וד. לאוב (עורכים), עדות – משבר העדות בספרות, בפסיכואנליזה ובהיסטוריה (עמ' 67-81). תל אביב: רסלינג.
לב-ויזל, ר. וקסן, ל. (2002). מסע של חוויות: פעילויות יצירתיות בקבוצות טיפוליות. קריית ביאליק: אח.
ליבליך, ע. (2010). תראו אותי. ירושלים ותל-אביב: שוקן.
ליבמן, מ. (1990). תרפיה באמנות לקבוצות: משחקים, תיאוריה, תרגילי הפעלה. קריית מוצקין: אח.
מלקיודי, ק.א. (עורכת). (2011). טיפול בהבעה ויצירה. קריית ביאליק: אח.
מרקס, ג. ג. (2004). לחיות כדי לספר את הסיפור. תל אביב: עם עובד.
נוי, פ. (1998). התהליכים הנורמליים לתחזוקת תחושת העצמי: האמנות. שיחות י"ב, 202-211.
נוי, פ. (1999). הפסיכואנליזה של האמנות והיצירתיות. תל אביב: מודן.
פלג, מ. (2011). "תיאטרון עדות" – חוויית סיפור הילדות בשואה – ניצולים ובני נוער על כמה אחת. עבודת גמר לקראת תואר מוסמך. חיפה: בית הספר לטיפול באמצעות אמנויות, אוניברסיטת חיפה.

פלג, מ., בנר-וינטרשטיין, ט. ובינה, ל. (2009). הכשרת סטודנטים בדרמה תרפיה לעבודה עם קשישים כמשב רוח חדש ומשמעותי. דורות, 119, 24-27.
 פראנקל, ו. (2001). האדם מחפש משמעות – מבוא ללוגותרפיה. לוד: דביר.
 קמפבל, ג'. (2004). אמנות יצירתית בעבודה קבוצתית. קריית ביאליק: אח.
 תובל-משיח, ר. וספקטור-מרזל, ג. (2010). מחקר נרטיבי: תיאוריה, יצירה ופרשנות. ירושלים: מאגנס.

- Birren, J.E. & Deutchman, D.E. (1991). *Guiding autobiography groups for older adults*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Calhoun, L.G. & Tedeschi, R.G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In: L.G. Calhoun & R.G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of post-traumatic growth — research and practice* (pp. 3-23). New Jersey: LEA.
- Cassirer, E. (1996). *The Philosophy of Symbolic Forms, V. 4: The Metaphysics of Symbolic Forms*. New Haven and London: Yale University Press.
- Erikson, E.H. (1982). *The life cycle completed*. New York: Norton.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. *American Psychologist*, 56 (3), 218-226.
- Fredrickson, B.L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of Royal Society Biological Sciences*, 359, 1367-1377.
- Greenwald, B., Ben-Ari, O., Strous, R.D. & Laub, D. (2008). Psychiatry, testimony and Shoah: Reconstructing the narratives of the muted. *Social Work in Mental Health*, 7 (1-3), 241-254.
- Hazan, H. (1994). *Old age: Construction and deconstruction*. Cambridge, MA: University Press.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumption*. New-York: The Free Press.
- Jones, P. (2007). *Drama as therapy: Theory, practice and research*. N.Y: Routledge.
- Karasik, R.J. Wallingford, M.S. (2007). Finding community: Developing and maintaining effective intergenerational service-learning partnerships. *Educational Gerontology*, 33, 775-793.
- Kaufman, S.R. (1994). In-depth interviewing. In: J.F. Gurbium & A. Sankar (Eds.), *Qualitative methods in aging research* (pp. 197-211). New York, N.Y.: Prager.

- Krell, R. (1989). Alternative therapeutic approaches to holocaust survivors. In: P. Marcus & A. Rosenberg (Eds.), *Healing their wounds: Psychotherapy with holocaust survivors and their families* (pp. 215-226). N.Y.: Prager.
- Krell, R. (1993). Child survivors of the holocaust — strategies of adaptation. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 38 (6), 384-389.
- Krystal, H. (1988). *Integration and self healing*. New Jersey: The Panalytic Press.
- Kuehne, V.S. (2003). The state of our art: Intergenerational program research and evaluation: Part Two. *Journal of Intergenerational Relationships*, 1 (2), 79-94.
- Landy, R.J. (1983). The use of distancing in drama therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 10 (3), 175-185.
- Langer, S.K. (1953). *Feeling and form: A theory of art developed from philosophy in a new key*. London: Routledge and Kegan Paul Limited.
- Letzter-Pouw, S. (2007). *The relationship between intrusive memories and avoidance of memories of the holocaust and the emotional wellbeing of holocaust survivors and their offspring* (Doctorial dissertation). Haifa: University of Haifa.
- Lev-Wiesel, R. & Amir, M. (2006). Growing out of ashes: Posttraumatic growth among holocaust child survivors — is it possible? In: L.G. Calhoun & R.G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth — research and practice* (pp. 248-263). New Jersey: LEA.
- Lev-Wiesel, R. & Weinger, S. (2011). *Hell within hell — sexually abused child holocaust survivors, The co-morbidity of the trauma*. Lanham, Maryland: University Press of America.
- Mazor, A., Gampel, Y., Enright, R.D. & Orenstein, R. (1990). Holocaust survivors: Coping with post-traumatic memories in childhood and 40 years later. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 1-14.
- Moreno, J.L. (1953). *Who shall survive? Foundation of sociometry group psychotherapy and socio-drama*. New York: Beacon
- Özcan, N.K., Bilgin, H. & Eracar, N. (2011). The use of expressive methods for developing empathic skills. *Issues in Mental Health Nursing*, 32, 131-136.
- Patton, N.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage.

- Pennebaker, J.W. & Chung, C.K. (2007). Expressive writing, emotional upheavals and health. In: H.S. Friedman & R.C. Silver. (Eds.), *Foundation of health psychology* (pp. 263-285). Oxford: Oxford University Press.
- Perez-Sales, P. (2010). Identity and trauma in adolescents within the context of political violence: A psychosocial and communitarian view. *Journal of Clinical Social Work*, 38, 408-417.
- Rosental, G. (1993). Reconstruction of life stories: Principles of selection in generating stories for narrative biographical interviews. In: R. Josselson & A. Lieblich (Eds.), *The narrative study of lives* (vol. 1) (pp. 59-91). London: Sage.
- Sandel, S.L. & Johnson, D.R. (1987). *Waiting at the gate: Creativity and hope in the nursing home*. NY: Haworth Press.
- Tauber, Y. & Van der Hal, E. (1997). Transformation of perception of trauma by child survivors of the holocaust in group therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 27 (2), 157-171.
- Valent, P. (1995). Documented childhood trauma (holocaust): Its sequelae and applications to other trauma. *Psychiatry, Psychology and Law*, 2 (1), 81-89.
- Wood, A.M., Froh, J.J. & Geraghty, A.W.A. (2010). Gratitude and well being: A review and theoretical integration. *Clinical Psychological Review*, 30 (7), 890-905.

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

מבוא

שיטיון (דמנציה), תסמונת הנובעת מפגיעה בתפקוד המוחי, מוגדרת כירידה משמעותית מתקדמת בתפקודים הקוגניטיביים השונים (זיכרון, תפקודי שפה, כשרים חזותיים מרחביים, תפקודים ניהוליים, ועוד) בדרגה הפוגעת בביצוע התפקודים היומיים, התפקוד בעבודה, בחיי החברה או בחיים האישיים.

התסמונת הקלינית של שיטיון כהדרדרות מתקדמת של יכולות קוגניטיביות ותפקודיות מוכרת מעל ל-100 שנים, אולם אפיונה ברור רק ב-20 השנים האחרונות. בתחילת המאה ה-20 החל השיטיון להיתפס כאפקט משני להזדקנות, ואילו מחלת אלצהיימר, כמחלה נוירו-דגנרטיבית (ניונוי מוחי) מתקדמת, התקבלה כאבחנה נפרדת רק באמצע המאה ה-20. דבר זה הביא להכרה באבחנות נוספות עם אטיולוגיות ייחודיות ואכן מחקרים רבים בוצעו בתחומים שונים, לרבות אפידמיולוגיה, פתולוגיה, אבחון וטיפול. מעורבותם של תחומי מחקר שונים סייעה בהבנת התסמונות, הן מבחינת המנגנון הפתוביולוגי והן מבחינת גורמי הסיכון, ובפיתוח טיפולים מכוונים (Grand, Caspar & Macdonald, 2011).

הצרכים של חולי השיטיון נרחבים והטיפול מורכב מעבר לטיפול רפואי בלבד. לשיטיון השפעה רוחבית, היצרת עומס על המשפחה ועל החברה כולה, נוסף על ההשפעות הברורות על המטופל. יש צורך לכלול בטיפול את בני המשפחה, מטפלים אחרים ומערכות תומכות ויש לדאוג לאיכות החיים של החולים יותר מאשר במחלות אחרות. לנוכח העובדה, שהשיטיון כולל פגיעה קוגניטיבית, גופנית, חברתית ורגשית, מומלץ שהטיפול בחולה יעשה על ידי צוות רב-מקצועי. הטיפול כולל, במקרים רבים, טיפולים שאינם פרמקולוגיים, הניתנים על ידי אנשי צוות רפואי מתחומים שונים. קיימת חשיבות רבה לאבחון ולטיפול מוקדמים, העשויים

להפחית את השימוש במשאבים רפואיים, ומאפשרים למטופל ולמטפל להתכונן לאתגרים רפואיים, כלכליים ורגשיים, העתידים לבוא. בשנים האחרונות, אנו עדים להתפתחויות המאפשרות אבחון מוקדם, איתור גורמי סיכון חדשים וכלים חדשים לאבחון ולטיפול.

אפידמיולוגיה

הזדקנות האוכלוסייה והעלייה בתוחלת החיים הפכו לתופעה אפידמיולוגית עולמית. שיעור המבוגרים באוכלוסייה הכוללת בעולם (מעל גיל 65), צפוי לעלות מ-7% בשנת 2000 ל-12% בשנת 2030 (Centers for Disease Control and Prevention, 2003), כאשר במדינות המתפתחות שינוי זה יבוא לידי ביטוי אף בשיעור גבוה ביותר. לנוכח קיומו של קשר ישיר בין עלייה בגיל לבין שיטיון, מחלות ניווניות מוחיות יהיו אתגר עולמי משמעותי בעשורים הבאים. שכיחותו של השיטיון במונחים עולמיים עומדת כיום על שיעור של כ-3.9% במבוגרים מעל גיל 60 (Ferri, Prince, Brayne et al., 2005), ומצויה במגמת עלייה. מגמה זו באה לידי ביטוי בעיקר במחלת האלצהיימר, המהווה כיום כ-60% ממקרי השיטיון. בישראל מאובחנים כיום מעל ל-100,000 חולי שיטיון, ומעריכים כי מספרם יוכפל בשני העשורים הקרובים.

מאפייניה של מחלות השיטיון

התסמונת הקלינית של שיטיון כוללת שלושה רכיבים עיקריים, השכיחים במרבית סוגי השיטיון. קיימים הבדלים בין הסוגים השונים על פי ביטויים הקליני, סימנים גלויים, פרטים בהיסטוריה הרפואית ובדיקה גופנית. שלושת הרכיבים העיקריים הם:

1. רכיב נזיר-פסיכולוגי, הכולל ליקויים קוגניטיביים בתחומים שונים: הפרעות זיכרון, אפאזיה (הפרעות בשפה), אפרקסיה (חוסר יכולת לבצע פעולה למרות תקינות מערכת מוטורית ותחושתית), אגנוזיה (חוסר יכולת לזהות רכיב בסביבה או בעצמי), קשב (לסוגיו) ותפקודים ניהוליים (בעיה בהפשטה, גמישות מחשבתית, יכולת עיכוב, תכנון, ארגון, והתאמה לגירוי חדש).
2. רכיב נזיר-פסיכיאטרי עם הפרעות בהתנהגות: הפרעה זו נצפית בחלק גדול של החולים ונקראת גם BPSD (Behavioral & Psychological Symptoms of Dementia). מאפייניה: דיכאון, מחשבות פרנואידיות, מחשבות שווא, הזיות, אגרסיה ושוטטות.

3. ליקויים בתפקודים היום-יומיים (Activity of Daily Living – ADL). בשלבים המוקדמים של השיטיון בולטים יותר קשיים ב-IADL (Instrumental ADL), כגון קושי לשמור על תזונה נכונה, על היגיינה אישית ועל ניהול משק הבית. עם התקדמות השיטיון נפגעים התפקודים הבסיסיים (BADL) (Basic ADL), כגון קושי להתלבש, להתרחץ ולאכול באופן עצמאי.

במרבית המקרים, חולים בשיטיון פונים לבדיקה אצל מומחה רפואי רלוונטי, כגון נוירולוג, נוירו-פסיכולוג ואצל רופאים במרפאות להפרעות זיכרון – רק כאשר התפקוד היומי נפגע. בהתאם לשלב המחלה, חלק מהמטופלים אינם מסוגלים לספק מידע מדויק לגבי מחלתם, ולעתים אף מכחישים שהם סובלים מקשיים כלשהם. לפיכך, קיימת חשיבות בהשגת פרטים ממטפל קרוב, ובעיקר להתמקד ברמת התפקוד הקודם, זמן תחילת התסמינים

ושינוי קוגניטיבי או התנהגותי (Grand et al., 2011)

כתלות בסוג השיטיון קצב ההידרדרות שונה מאדם לאדם וכן מהירות התפתחות המחלה, אולם כל סוגי השיטיון הם ניווניים ומתקדמים. זיהוי מוקדם, אבחון תת הסוג, מורכבות המחלה ומהלכה דורשים בדיקה על ידי מומחה, המתבסס על מספר מקורות מידע. מומלץ כי ניהול הטיפול בחולה שיטיון ייעשה על ידי צוות רב-מקצועי, עקב הטווח הרחב של התסמינים, כולל פגיעה קוגניטיבית, גופנית, חברתית ורגשית.

אבחון קוגניטיבי

אבחון קוגניטיבי מקיף חשוב לזיהוי התחומים הפגועים וחומרת הפגיעה. קיימים מבחני סריקה סטנדרטיים, כגון MMSE – Mini Mental Status Examination, או MoCA – Montreal Cognitive Assessment, המעריכים בקצרה את התפקוד הקוגניטיבי. ביצוע לא תקין במבחנים אלה מחייב הפניה לאבחון נוירו-פסיכולוגי נרחב, הכולל מבחנים בתחומים שונים, כגון: תפקודי קשב, תפקודי שפה, כשרים חזותיים מרחביים, תפקודי זיכרון ותפקודים ניהוליים.

ירידה קוגניטיבית קלה (Mild Cognitive Impairment – MCI)

ירידה קוגניטיבית קלה מייצגת מצב ביניים של תפקוד קוגניטיבי, הנמצא בין השינויים המתפתחים עם הגיל לבין אלה העונים על הקריטריונים לשיטיון, לרוב מחלת אלצהיימר.

מרבית האוכלוסייה המזדקנת מפתחת ירידה קוגניטיבית ובעיקר פגיעה בזיכרון לאורך השנים. לרוב, הירידה קלה ועל אף שהיא מטרידה, היא אינה פוגעת בתפקוד. רק מיעוט של האוכלוסייה אינו חווה ירידה קוגניטיבית כלל. מהלך אחר של הזדקנות מאופיין בירידה קוגניטיבית בדרגה גבוהה יותר מאשר בהזדקנות רגילה, המורגשת על ידי החווה אותה ולעיתים גם על ידי הסובבים אותו. מצב זה מוגדר כירידה קוגניטיבית קלה, ומקבל תשומת-לב רבה לאחרונה הן בקליניקה והן במחקרים (Petersen, 2011). השכיחות המשוערת של MCI נעה בין 10%-20% באנשים מבוגרים מגיל 65. מספר מחקרי אורך הדגימו, כי רוב האנשים עם MCI נמצאים בסיכון להתפתחות שיטיון. מדובר על 5%-10% במרפאות הקהילה, ו-10%-15% במרפאות מומחים. קיים מידע, כי כ-25%-30% מהמטופלים חוזרים באופן ספונטני לתפקוד קוגניטיבי תקין, אך עבודות אחרות מראות, כי האחוזים נמוכים יותר. כמו כן, ממחקרים אלה עולה, כי אף שיתכן שיפור לזמן קצר, אין בכך כדי להבטיח היעדר החמרה עתידית (Manly, Tang, Schupf et al., 2008).

מצב הפיך של MCI עשוי לנבוע מתופעות, כמו דיכאון והשפעות לוואי של תרופות. מצבים אלה יש להעריך בזמן לקיחת ההיסטוריה הרפואית מהחולה.

ירידה קוגניטיבית קלה נחלקת לשני תתי-סוגים: (1) אמנסטי (Amnesic MCI, aMCI);

(2) לא אמנסטי (Nonamnesic MCI) (Petersen, 2004).

1. תת הסוג אמנסטי מאופיין בפגיעה הכוללת ירידה ניכרת בזיכרון, שאינה עונה על ההגדרות של שיטיון. המטופל ובני משפחתו מרגישים את הירידה בזיכרון, אך תפקודים קוגניטיביים אחרים, כגון שפה, כישורים חזותיים ותפקודים ניהוליים שמורים יחסית וגם התפקוד היומי תקין, אם כי ייתכן שיעילותו נמוכה יותר. מחקרים שבדקו מטופלים עם aMCI הראו, כי יותר מ-90% מן המטופלים התקדמו לשיטיון מסוג מחלת אלצהיימר (Petersen, Thomas, Grundman et al., 2005).
2. תת הסוג השני — לא אמנסטי מאופיין בירידה בולטת בתפקודים שאינם קשורים בזיכרון, כגון קשב, תפקודי שפה וכישורים חזותיים. סוג זה, ככל הנראה, פחות נפוץ מהקודם, ויכול להוות שלב מקדים לדמנציות, שאינן קשורות לאלצהיימר, כגון שיטיון פרונטוטמפורלי או מחלת גופיפי לואי (Molano, Boeve, Ferman et al., 2010).

לקלינאי, החלטה בין MCI להזדקנות תקינה עלולה להיות קשה. שכחה משמעותית, כגון הנחת חפצים לא במקום וקושי בשליפת מילים, מטרידה את המטופלים, אך תופעות אלו יכולות לאפיין גם הזדקנות תקינה. שכחה המאפיינת מטופלים עם aMCI בולטת הרבה יותר, שכן, בדרך כלל, הם שוכחים מידע משמעותי שבעבר היו זוכרים בקלות, כגון פגישות, שיחות טלפון או אירועים שקרו לאחרונה והמעניינים אותם (למשל, אירועי ספורט לאוהבי

ספורט). כל יתר התחומים שמורים. הליקויים בזיכרון מורגשים על ידי הסביבה הקרובה, אך לא לצופה מבחוץ. לקיחת ההיסטוריה הרפואית מעלה אמנם חשד לליקויים בזיכרון, אך לרוב יש צורך במבחנים נוספים-פסיכולוגיים לאישור האבחנה בין הזדקנות תקינה ל-MCI. אחד המבחנים הוותיקים הוא המיני מנטל (Mini-Mental State Examination) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975). יש לציין, כי מבחן זה אינו רגיש מספיק לאבחון בשלבים ראשוניים של התהליך. כיום, פותחו מבחנים רגישים יותר, כגון מבחן ה-Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Nasreddine, Phillips, Bédirian et al., 2005).

במרבית המקרים אין קושי להבחין בין MCI לשיטיון. בניגוד למטופלים עם MCI, שאינם סובלים מליקוי תפקודי משמעותי, בחולים עם שיטיון הירידה הקוגניטיבית פוגעת בתפקוד היומי עד לדרגה של תלות בסביבה.

לעתים קרובות, המטופל ובני משפחתו שואלים מהי הסבירות ומשך הזמן עד המעבר לשיטיון. קצב ההידרדרות הממוצע המקובל הוא 10%-25% לשנה, זאת, כאשר בקרב האוכלוסייה הבריאה בגיל מקביל קצב ההידרדרות עומד על 1%-2% לשנה. דרגת הליקויים הקוגניטיביים בבדיקה הראשונית היא גורם מנבא להחמרה. ככל שהליקויים קשים יותר בבדיקה הראשונית, כך ניתן לצפות שקצב ההחמרה יהיה מהיר יותר (Dickerson, Sperling, Hyman et al., 2007; Visser, Verhey, Knol et al., 2009). ככל הנראה עקב הקרבה לסף האבחנה של שיטיון. כמו כן, קצב ההידרדרות מהיר יותר בנשאים לצורת הגן Apolipoprotein e4 (APOE), יחסית ללא נשאים. בדיקה להימצאות צורת גן זו אינה מקובלת בטיפול שגרתי, מכיוון שקיומו אינו תנאי מספיק וגם אינו תנאי הכרחי להופעת המחלה. ישנם מספר סמנים ביולוגיים וממצאים בדימות הנוירולוגית, היכולים לזהות מטופלים בסיכון להחמרה מהירה, אך גם אלה עדיין אינם מקובלים עקב חוסר תקנון והיעדר החלטה לגבי רמת הסף.

הבדיקה שנחקרה במידה הרבה ביותר עד כה לצורך יכולת ניבוי החמרה של MCI היא דימות מבנית על ידי MRI מוח. מחקר שבוצע לאחרונה במטופלים עם aMCI הדגים, כי מטופלים עם ירידה בנפח ההיפוקמפוס מתחת לאחוזון ה-25 מותאם לגיל ולמין, הם בעלי סיכון גבוה פי שניים עד שלוש להפוך לדמנטיים, במשך שנתיים, יחסית למטופלים בעלי נפח גבוה מהאחוזון ה-75 (Jack, Wiste, Vemuri et al., 2010).

גם אמצעי דימות תפקודיים, כגון טומוגרפיית פליטת פוזיטרונים ^{18}F -FDG-PET (fluorodeoxyglucose positron-emission tomography), המספקים מידע לגבי שלמות הסינפטות, משמשים לניבוי התקדמות לשיטיון. מחקרים מציינים, כי מטופלים עם חילוף חומרים ירוד באזורים טמפורליים ופריאטליים (המאפיין את מחלת האלצהיימר), עלולים להיות בסיכון גבוה למעבר מהיר מ-MCI למחלת אלצהיימר, בהשוואה למטופלים ללא ממצא זה (Landau, Harvey Madison et al., 2010).

סמנים ביולוגיים בנוזל השדרה נבדקו גם הם לצורך הערכת הסיכון להתקדמות למחלת אלצהיימר. מחקר שוודי הראה, כי מטופלים עם MCI, אשר להם רמה נמוכה של ביטא-עמילואיד β Amyloid peptide 42 ($A\beta 42$) (חלקיק מתוך חלבון גדול יותר הנקרא "חלבון מקדים לעמילואיד" – APP, שתפקידו התקין הוא ויסות העברת אותות בין הסינפסות באזורי המוח האחראים על למידה וזיכרון), ורמה גבוהה של חלבון Tau בנוזל השדרה (החלבון העיקרי בייצוב השלד של השלוחות-אקסונים בתאי העצב), היו בסבירות גבוהה ומשמעותית להפוך לחולי אלצהיימר, יחסית לאנשים ללא פרופיל זה (פי 17.7). סיכון דומה קשור ליחס נמוך בין $A\beta 42/Tau$ בנוזל השדרה (Hansson, Zetterberg, Buchhave et al., 2006). אמינות סמנים אלה משתנה בהתאם למעבדה המבצעת, ודרוש תקנון לפני שימוש שוטף.

גם הדמיה מולקולארית ובעיקר הדמיית רבדים (פלאקים) של עמילואיד נבדקה במספר מחקרים. מטופלים עם רבדים של עמילואיד, שזוהו ב-PET, התקדמו למחלת אלצהיימר בקצב מהיר. ההיגיון הוא, כי קיום רבדים של עמילואיד באנשים עם MCI, מסמן כי בעצם הם כבר חולים באלצהיימר בשלב מוקדם. עם זאת, רבדים של עמילואיד זוהו גם בנתיחות לאחר המוות של בריאים, ולכן יש להמשיך לחקור תחום זה.

טיפול

באופן כללי, עד היום לא הוכח שטיפול תרופתי כלשהו יעיל במניעת ההידרדרות ממצב של MCI למצב של שיטיון (Petersen, 2011).

מחקרים שונים בוצעו לגבי שימוש בתרופות המאשרות למחלת אלצהיימר בחולים עם MCI. לגבי תרופות המעכבות את האנזים אצטילכולין אסטרז (Donepezil, Rivastigmine) או Galantamine), לא נתקבלו ראיות טובות לכך, שהתרופות מעכבות את המעבר של חולים עם aMCI למחלת אלצהיימר. מטה-אנליזה, שכללה שמונה מחקרים שבדקו טיפול במעכבי אצטילכולין אסטרז בחולים עם MCI למשך 16 שבועות עד שלוש שנים, מצאה שלא היו הבדלים בקצב ההתקדמות למחלת אלצהיימר (Raschetti, Albanese, Vanacore et al., 2007). עם זאת, קיימת שונות רבה במדדים שנבחרו לאבחון MCI. בשלב זה עדיין אין מחקרים מבוקרים אשר בדקו השפעת Memantine (ממנטין – מעכב לא תחרותי לקולטן NMDA של גלוצמט) על חולים עם MCI.

ישנם מספר דיווחים על מיתון קצב הירידה הקוגניטיבית על ידי שיקום קוגניטיבי, אסטרטגיות למידה ותכניות אימון (Jean, Bergerson, Thivierge et al., 2010).

סוגי מחלות השיטיון

מוכרות ארבע קבוצות עיקריות של שיטיון:

1. מחלת אלצהיימר (Alzheimer's disease);
 2. שיטיון וסקולרי (Vascular Dementia);
 3. שיטיון פרונטו-טמפורלי (Frontotemporal Dementia) לסוגיו;
 4. שיטיון של גופיפי לווי (Dementia with Lewy Bodies), הכולל גם שיטיון במחלת פרקינסון.
- נסקור עתה סוגים אלה.

מחלת אלצהיימר

מחלת אלצהיימר היא הסוג השכיח ביותר של שיטיון במבוגרים ומאופיינת בירידה קוגניטיבית והתנהגותית איטית, עם הפרעה בולטת בזיכרון, המופיעה כבר בתחילת המהלך הקליני (Matthews, 2010). בשנת 1901 אלויס אלצהיימר (Alois Alzheimer) תיאר את המחלה בתיאור מקרה בחולה אוגוסטה D, בת 51, עם הפרעה קוגניטיבית, חוסר התמצאות, מחשבות שווא, אפאזיה והפרעות התנהגות. נתיחה לאחר המוות, שבוצעה בשנת 1906, הדגימה אטרופיה מוחית ממושטת ושינויים פתולוגיים מוחיים ייחודיים. בשנת 1911 שינויים אלו פורסמו כטנגלים ופלאקים נויריטיים (Möller & Graeber, 1998). כ-100 שנה לאחר מכן, מחלת אלצהיימר נחשבת לסיבה המובילה של שיטיון, וכגורם למוות, לנכות ולעומס כלכלי באוכלוסיות שונות. כיום, כאמור, מאובחנים בישראל כ-100,000 חולי אלצהיימר. ההיארעות (incidence) של מחלת האלצהיימר תלויה בגיל, ומוכפלת כל חמש שנים לאחר גיל 65. השכיחות גבוהה מ-30% מעל גיל 85. משך המחלה נע בין שנתיים ועד 20 שנה (Mayeux, 2003).

פתולוגיה: במוח של חולים במחלת אלצהיימר מודגמים איבוד נוירונים וסינפסות בקורטקס. דבר זה מתבטא באטרופיה קליפתית (קורטיקלית) נרחבת, המתבטאת בהרחבת החריצים ובהקטנת הגירוסים (קפלי המוח). קליפת המוח הופכת דקה יותר וחדרי המוח מורחבים.

שינויים היסטולוגיים בולטים נוספים נקראים רבדים (פלאקים) — Senile or Neuritic Amyloid plaques, or, ופקעיות (Neurofibrillary tangles). בנוסף לכך, קיימים שינויים בכלי הדם (Amyloid Angiopathy).

הרברדים הם מבנים חוץ-תאיים, הנצבעים בכסף, עם מרכז חלבון עמילואיד המוקף בחלקי נויריטים נפוחים. הרברדים מכילים b Amyloid protein, פפטיד באורך 40-42 חומצות אמינו, הנוצר מחיתוך החלבון APP. הפקעיות הם גופי הסגר בתוך הנוירונים המורכבים מחלבון TAU מזורחן ביתר (חלבון הקשור בייצוב האקסון). בדומה לרברדים, גם הפקעיות מייצגות הצטברות לא תקינה של חומרים אחרים, אך עם פחות משמעות. עם התקדמות המחלה, הפתולוגיה של הפקעיות מתפשטת בקליפת המוח. בניגוד לרברדים, עומס הפקעיות מהווה מדד לחומרת המחלה ומידת הליקויים, כמו ירידה בזיכרון. במקביל למשקעים השונים נצפית ירידה ברמת האצטילכולין (חומר כימי-מוליך אותות עצביים, הבולט במחלת אלצהיימר). בבדיקות לאחר המוות הודגמה גם ירידה במוליכי אותות עצביים אחרים, כמו דופמין, נוראפינפרין וסרוטונין (Blennow, de Leon, Zetterberg, 2008; Hardy & Selkoe, 2002; Iqbal, Alonso-Adel, Chen et al., 2005).

גנטיקה: הגיל נחשב עדיין כגורם הסיכון העיקרי להתפתחות מחלת אלצהיימר, אך מצטברות עדויות להשפעה גנטית. בעוד שב-75% של חולי אלצהיימר האטיולוגיה לא ידועה וככל הנראה היא תוצאה של שילוב בין רכיבים גנטיים וסביבתיים, כ-25% הם על רקע משפחתי, עם שניים או יותר מבני המשפחה החולים במחלה. מבין החולים המשפחתיים, בכ-95% המחלה מתחילה בגילאים 60-65 ורק ב-5% היא מתחילה בגיל צעיר (Bird, 2008). שלושת הגנים שזוהו עם מוטציה ואחראים למחלת אלצהיימר גנטית הם:

1. הגן ל-APP — Amyloid precursor protein על כרומוזום 21;
2. הגן ל-Presenilin 1 על כרומוזום 14 (השכיח ביותר מהמוטציות, גורם ל-70% מהחולים הצעירים);
3. הגן ל-Presenilin 2 — על כרומוזום 1.

גנים אלה חולקים מסלול ביוכימי משותף, המוביל ליצור החלבון ביטא עמילואיד פתולוגי.

הצורה של APOE e4 על כרומוזום 19 היא הרכיב הגנטי עם הקשר החזק ביותר להתפתחות מחלת אלצהיימר משפחתית בגיל המבוגר. APOE משחק תפקיד חשוב בהעברה של כולסטרול, אך לא ברור הקשר שלו למחלת אלצהיימר. אחוז החולים המוערך כקשור ל-APOE e4 הוא כ-20%. קבלת הצורה e4 מאחד ההורים בלבד (הטרוזיגוט) מכפילה את הסיכון להופעת המחלה; קבלת הצורה משני ההורים (הומוזיגוט) מגבירה את הסיכון פי 15-5. ישנן ערכות לבדיקת ה-APOE, אך אלו אינן מומלצות לשימוש בקליניקה, מכיוון שקיום צורת גן זו אינו תנאי מספיק ואינו הכרחי להופעת המחלה.

גורמים מתחילת החיים, המשפיעים על הסיכון למחלת אלצהיימר, הם היקף ראש קטן בעשור הראשון לחיים ומצב סוציו-אקונומי ותזונתי ירוד (Wilson, Scherr, Bienias et al.,

(2005). בגילאים המבוגרים יותר נוספים גורמים היכולים לתרום לשינויים נוירו-פתולוגיים, שהם חבלת ראש, השמנה, עמידות לאינסולין (Craft, 2006), וגורמי סיכון למחלות כלי דם אחרות, כגון יתר לחץ דם, יתר שומנים בדם ודום נשימה חסימתי בשינה (Decarli, 2004). קיימת היפותזה הטוענת, כי השכלה גבוהה דוחה את זמן הופעת מחלת האלצהיימר, למרות שיש שינויים פתולוגיים מוחיים. מחקרים אחרים הראו, כי לאחר שאובחנו עם מחלת אלצהיימר, חולים עם מספר גבוה של שנות השכלה מידרדרים מהר יותר (Roe, Xiong, Miller et al., 2007). ישנו גם קשר בין תזונה להופעת המחלה. צריכה מתונה של אלוהול ודיאטה של ירקות, פירות, דגים וחומצות שומן לא רוויות, מקטינות את הסיכון להופעת מחלת אלצהיימר, כמו גם פעילות גופנית, וכנראה גם אימון קוגניטיבי (Deng, Zhou, Li, et al., 2006; Laitinen, Ngandu, Rovio et al., 2006; Larson, Wang, Bowen et al., 2006; Sitzer, Twamley & Jeste, 2006).

היסטוריה רפואית ובדיקה נוירולוגית לאבחון מחלת אלצהיימר

נטילת מידע רפואי מפורט מהמטופל ומבני משפחתו היא שלב מכריע בדרך לאבחנה. התלונה השכיחה ביותר היא אירועים של הפרעה בזיכרון, כולל שכחה של שמות אנשים וחפצים. דבר זה משקף פגיעה ב-Basal Forbrain, ומבנים בחלקה המדיאלי של האונה הטמפורלית. סימנים קליניים מאוחרים יותר כוללים הפרעה בתפקודים חזותיים מרחביים, תפקודי שפה, המשקפים את התפשטות הפתולוגיה ל-Posterior cingulate gyrus וקליפת המוח באונות הטמפורלית ופריאטלית. ליקויים בכישורים החזותיים מתבטאים לרוב באירועים, שבהם הנבדק הולך לאיבוד או מתבלבל בניווט. חולים רבים מפתחים גם הפרעות שפה, כגון אנומיה (קושי בשיום), דיבור לא שוטף עם חיפוש מילים, היסוס ולעתים שגיאות מסוג פראפזיות (החלפות אותיות). תסמינים קוגניטיביים נוספים, כגון ליקויים בתפקודים הניהוליים (קשיי תכנון, הפשטה, שמירה על רצף), אגנוזיה (קושי בזיהוי חפצים) ואפרקסיה (חוסר יכולת לבצע פעולות מוטוריות נלמדות). כל אלה יכולים להופיע אף הם בהמשך התפתחות המחלה. שינויים התנהגותיים דווחו על ידי בני המשפחה בכ-80% מהחולים, כולל דיכאון, אפתיה, חוסר שקט, חרדות ומחשבות שוא (Cummings, 2004).

לרוב, הבדיקה הנוירולוגית בתחילת המחלה ובאמצע המחלה אינה מעידה על ממצא חריג. בשלבים מאוחרים יותר, החולים מפתחים לעתים סימנים של פגיעה במסילות הפירמידליות (המסילות המוטוריות העיקריות) עם ערות החזרים גדיים וכן שינויים אקסטרופירמידליים (טונוס מוגבר, הפרעות הליכה). קושי בבליעה הוא תסמין מאוחר וחשוב במחלה, מכיוון שהוא אחראי על מקרי תמותה רבים של חולי אלצהיימר, כתוצאה מדלקת ריאות לאחר אספירציה (שאיפת מזון לדרכי הנשימה).

האבחון הקוגניטיבי חשוב לזיהוי התחומים הפגועים וחומרת הפגיעה. מומלץ לבצע מבחני סריקה, כגון: MMSE – Mini Mental Status Examination, או MoCA – Montreal Cognitive Assessment. אם הביצוע לא תקין, יש להפנות את החולה לאבחון נוסף-פסיכולוגי נרחב.

הקריטריונים שבהם משתמשים בשכיחות הגבוהה ביותר לאבחון אלצהיימר הם של ה-DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). קריטריונים אלה מאפיינים את מחלת האלצהיימר כירידה הדרגתית בתפקוד הקוגניטיבי, עם פגיעה בזיכרון לטווח הקצר ופגיעה בתחום קוגניטיבי נוסף, אשר אינם נובעים ממחלה פסיכיאטרית או רפואית אחרת, ופוגעים בתפקוד החברתי והתעסוקתי. קריטריונים נוספים הוגדרו על ידי קבוצת מומחים: The National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer Disease and Related Disorders Association (NINDS-ARDA), אשר חילקו את האבחנה של מחלת אלצהיימר ל-Possible, Probable, or Definite (אפשרית, סבירה או מוחלטת) על פי חוזק ההוכחות (כאשר הגדרה של Definite מחייבת ממצאים פתולוגיים) (Morris, Weintraub, Chui, et al., 2006).

בדיקות נוספות לאישור אבחנה של אלצהיימר

מומלץ לבצע בדיקות מעבדה כדי לשלול תת-פעילות של בלוטת התריס או מחסור בוויטמין B12. כמו כן, מומלץ לבצע בדיקות הדמיה, כולל CT של המוח ללא חומר ניגוד, או MRI, כדי לשלול פתולוגיה מבנית, כגון גידולים, שינויים בכלי דם או הידרוצפלוס וכן לאשר ממצאים התואמים אבחנה של אלצהיימר. בדיקות MRI מוח ו-CT מוח מדגימות לרוב שינויים לא ייחודיים, כגון דלדול מוחי כללי (אטרופיה), הבולט יותר באזורים טמפורליים מדיאלים, כמצופה על פי הפיזור הפתולוגי במחלת אלצהיימר. למרבה הצער, ממצאים אלה רגישים, אך אינם ייחודיים למחלת אלצהיימר. טכניקות דימות נוספות כוללות דימות תפקודי על ידי PET (FDG), SPECT, מדידת נפחים ב-MRI, Diffuse Tensor Imaging, וזיהוי חלבונים בעזרת סמנים, כגון PIB לזיהוי חלבון העמילואיד. בדיקות אלו דורשות המשך מחקרים עד הכנסתם לטיפול שוטף.

ביצוע בדיקת EEG מומלץ רק כאשר חושדים באירועים פרכוסיים, דלקות מוחיות, או על מנת להבחין בין שיטיון לדליריום. במחלת אלצהיימר, בדיקת EEG לרוב תקינה. ניקור מותני (LP) אינו מבוצע באופן שגרתי. ירידה ברמת ביטא עמילואיד ועלייה קלה עד בינונית של חלבון Tau בנוזל השדרה, יחד, נותנים רגישות וסגוליות של 80%-90% בהשוואה בין חולי אלצהיימר לנבדקי ביקורת (למרות חפיפה עם תסמונות אחרות). מחקרים

חדשים מצביעים, כי ליחס בין $A\beta_{42}/Tau$ בנוזל השדרה יש ערך מנבא גבוה להתפתחות מחלת אלצהיימר (Shaw, Vanderstichele, Knapik-Czajka et al., 2009).

טיפול בחולי אלצהיימר

טיפול תרופתי: הגורמים למחלת אלצהיימר עדיין אינם ברורים. הטיפול נחלק לטיפול בגורמי הסיכון המוכרים, לרבות ניסיון לטפל בתסמינים הנוצרים עקב ירידת רמת מוליכי האותות העצביים, וניסיון להילחם בפתולוגיה הידועה (משקעי עמילואיד וחלבון Tau). הטיפול בגורמי הסיכון, כגון יתר לחץ דם, סוכרת ויתר שומנים בדם ואיזון המחלות, יכול לעכב את תחילת הסתמנות המחלה.

בהתבסס על השינויים הנוירו-כימיים, הידועים במחלת אלצהיימר, אושרו שני סוגי תרופות לטיפול בשינויים הקוגניטיביים ובעיכוב התקדמות המחלה (יש לציין, כי תרופות אלו גם נוסו כטיפול ב-MCI – ראו לעיל).

1. מעכבי האנזים אצטילכולין אסטרזאז, כולל Donepezil, Rivastigmine, Galantamine.

2. אנטגוניסט לקולטן ל-NMDA – ממנטין.

במספר מחקרים, תרופות אלו הדגימו אפקט מתון בשנים הראשונות בתפקוד הקוגניטיבי ובתפקוד היומי ביחס לטיפול באינבו. ישנם שינויים קלים בנוסחה בין שלושת סוגי מעכבי האצטילכולין אסטרזאז, וכמו כן Rivastigmine קיים גם במדבקות להפחתת תופעות לוואי במערכת העיכול (Birks, 2006).

תופעות הלוואי של מעכבי האנזים אצטילכולין אסטרזאז כוללות תסמינים במערכת העיכול, הפרעות בשינה, חלומות זוועה, התכווצויות ברגליים והאטה בדופק. תופעות אלו פוחתות בעלייה איטית במינון. כל התרופות מהקבוצה הראשונה מאושרות לטיפול במחלת אלצהיימר בשלב קל ובינוני. ל-Donepezil יש אינדיקציה גם בשלב הקשה של המחלה (Doody, Stevens, Beck et al., 2001).

ממנטין הוא מעכב לא תחרותי לקולטן ל-NMDA ואמור להגן מפני הנזק לניורונים הנוצר על ידי גלוטמט. מנגנון הפעולה אינו ברור. מחקרים הדגימו שיפור התנהגותי ותפקודי וכן האטה בהחמרה קוגניטיבית בחולים עם מחלת אלצהיימר בינונית-קשה. בחולים קלים-בינוניים ההשפעה שולית. לשילוב עם מעכבי אצטילכולין אסטרזאז יש שיפור מזערי בלבד (Winblad, Jones, Wirth et al., 2007).

הגישות הטיפוליות העכשוויות הן ניסיון לעצירת המחלה או למניעת התפתחותה. הטיפול מכוון נגד השקיעה של החלבונים $A\beta_{42}$ ו- Tau . ההנחה היא, כי משקעי החלבון מפעילים תהליכים הפוגעים ברקמת המוח. ניקוי החלבונים באמצעות נוגדנים, נוגדי

דלקת וחיסון יכול להאט את התהליך. אולם, עדיין אין תוצאות חיוביות החוזרות על עצמן והמחקרים ממשיכים.

הטיפול בהפרעה התנהגותית: דיכאון שכיח במחלת אלצהיימר. מחקרים הראו תוצאות לא אחידות בטיפול בתרופות אנטי-דיכאוןיות מקבוצת טריציקלים (TCA) ו-SSRI. מכיוון שלטריציקלים יש תופעות לוואי נגד המערכת הכולינרגית (אשר לא מיטביות עם חולי אלצהיימר), נהוג להשתמש בתרופות מקבוצת SSRI, העשויות להקל גם על תסמינים של חרדה. כמו כן, יש לטפל גם בהפרעות השינה ובסימני הפסיכוזה (הזיות, מחשבות שווא, אגטיציה, אגרסיה), המופיעים לרוב בשלב מאוחר במחלה (Alexopoulos, Jeste, Chung, et al., 2005).

תרופות אנטי-פסיכוטיות אטיפיות (Olanzapine, Risperidone, Quetiapine) נמצאות בשימוש נרחב לטיפול באגטיציה או בנטייה לתוקפנות בחולי שיטיון, על אף שקיים ויכוח לגבי יעילותן ולגבי הסיכון בשימוש בהן. יש הסוברים, כי קיימת יעילות מסוימת לטיפול ואולם התועלת בשימוש בתרופות אלו היא, ככל הנראה, לטווח הקצר (עד 12 שבועות) ויש לשקול זאת כנגד הסיכון המוגבר לתופעות לוואי חמורות (עלייה בסיכון לאירועים מוחיים, לתחלואה קרדיו-וסקולרית) ולתמותה (Ballard, Creese, Corbett et al., 2011). יש לציין, כי גם בשימוש בתרופות אנטי-פסיכוטיות טיפיות קיים סיכון מוגבר לתמותה ולאירועים מוחיים, בדומה לסיכון שבשימוש בתרופות האטיפיות. הפסקת הטיפול נעשית על ידי רופא מומחה בטיפול בחולי שיטיון (עדיף הרופא שאצלו נמצא החולה במעקב קוגניטיבי), בשיתוף עם רופא המשפחה, בהתאם ליעילות התרופות ולתופעות הלוואי אם קיימות.

טיפול לא תרופתי

- **טיפול קוגניטיבי:** יישום שיטת אימוני זיכרון ותפקודים קוגניטיביים, החל מתחילת המחלה, כאשר ניתן עוד להגביר את התפקוד במוח. אין מחקרים המראים שיפור משמעותי, אך ניתן לשלב זאת עם טיפול תרופתי.
- **פעילות גופנית:** בשנים האחרונות מצטברות עדויות על השפעת הפעילות הגופנית על היכולת הקוגניטיבית בכלל ועל מניעת התפתחות שיטיון בפרט, אם כי עדיין אין הוכחות ברורות לכך. פעילות גופנית עשויה לשפר את התפקוד היומי (Basic ADL) של חולים עם שיטיון ולתרום להם להרגשה כללית טובה יותר.
- **טיפול התנהגותי:** הפרעות התנהגות מופיעות ב-70%-90 מחולי אלצהיימר בשלבים שונים של המחלה. הם יכולים לכלול אי-שקט פסיכו-מוטורי, אלימות פיזית ומילולית, דבר הפוגע באיכות החיים של החולים, המשפחות והמטפלים.

בטיפול התנהגותי (Behavioral management techniques) המשפחה והמטפל מקבלים מידע לגבי המחלה ובהמשך נערך ניתוח התנהגותי לגבי המצבים שבהם עלולות להופיע תגובות תוקפניות או בלתי הולמות. כמו כן, נבנית תכנית התערבות, הכוללת זיהוי מצבים מעוררי הפרעות התנהגות, אשר מהם יש להימנע. בנוסף לכך, מתרגלים שימוש בתקשורת ישירה בין המטפל למטופל, כיצד לנהוג מול דברים הנאמרים בזמן התפרצות, השימוש בהוראת פשוטות, תוך הטיפול וביצוע של משימות, ושימוש בשיטות להסחת הדעת (Olazarán, Reisberg, Clare et al., 2010).

TMS – Transcranial Magnetic Stimulation

TMS היא טכנולוגיה יחסית חדישה ולא חודרנית, המאפשרת מודולציה של תפקודים קוגניטיביים והתנהגותיים. תוצאות מחקרים שונים מראים, כי גירוי חוזר מייצר שדות אלקטרומגנטיים ברקמת המוח, עם שינוי ברמת העוררות (excitability) של ניוונים ועלייה באספקת דם באזור הגירוי. קיימות עבודות בודדות שבדקו את השפעת הטיפול ב-TMS על היכולת הקוגניטיבית של חולים עם מחלת אלצהיימר. תוצאותיהם הראשוניות של מחקרים אלה מעידות על שיפור במצב הקוגניטיבי של הנבדקים, כולל שיפור בתפקודי זיכרון, קשב ותפקודים ניהוליים (Bentwich, Dobronevsky, Aichenbaum et al., 2011). בשלב זה, עדיין לא ברור האם האפקט החיובי נשמר לטווח ארוך יחסית (מעבר לכמה חודשים), ולכן זו אינה שיטה המומלצת באופן שוטף.

שיטיון וסקולרי

שיטיון וסקולרי (Vascular Dementia) הוא תסמונת קלינית, המתבטאת בירידה קוגניטיבית ותפקודית נרכשת, הנובעת ממחלה וסקולרית (ממחלת כלי דם) מוחית. עקב ריבוי אתיולוגיות למחלה וסקולרית מוחית, שיטיון וסקולרי עשוי להתאפיין בטווח רחב של תסמינים והוא משתנה בדרך הופעתו ובמהלכו. אין אמות מידה אבחנתיות אחידות בעולם, אך מקובל כי השכיחות מעל גיל 65 היא 1%-4% והשכיחות הכללית היא 15%-22%.

הקשר בין שבץ מוחי לירידה קוגניטיבית ושיטיון וסקולרי הודגם בעבודות קליניות, אפידמיולוגיות ופתולוגיות שונות (Pinkston, Alekseeva & Gonzalez-Toledo, 2009; Savva & Stephan, 2010). מחלות נילוות, הגורמות למחסור בחמצן בדם, כגון פרכוסים והפרעות קצב לב, מוגדרות כגורמי סיכון לשיטיון בחולים לאחר שבץ מוחי. גורמי סיכון

נוספים כוללים: גיל גבוה, רמת השכלה נמוכה, דלדול קליפתי (אטרופיה קורטיקלית), אירוע וסקולרי קודם וטרשת עורקים. הקשר בין יתר לחץ דם לירידה קוגניטיבית נחקר רבות, כאשר רוב המחקרים ארוכי הטווח מדגימים קשר הדוק בין עלייה בלחץ הדם להתפתחות שיטיון, כ-10-15 שנים לאחר התחלת העלייה בלחץ הדם (לחץ דם דיאסטולי קשור יותר). היסטוריה של מחלת לב, אוטם לבבי קודם, סוכרת, עישון ויתר שומנים בדם, נחשבים אף הם גורמי סיכון לשיטיון וסקולרי (Duron & Hanon, 2008; Potluri, Natalwala, Uppal, et al., 2009; Sharp, Aarsland, Day et al., 2011).

קיים עדיין צורך להסביר את המנגנון, שבו גורמי סיכון וסקולריים-מוחיים משפיעים על ירידה קוגניטיבית ושיטיון. רוב המחקרים מראים, כי גורמי הסיכון הווסקולריים המוחיים קשורים למחלת החומר הלבן, אטרופיה מוחית ואוטמים, שלא מתבטאים קלינית. נמצא גם קשר בין מידת האטרופיה למחלת החומר הלבן ולירידה קוגניטיבית. שיטיון וסקולרי הוא סיווג אבחנתי, המתאר תסמינים קליניים, הכוללים ירידה קוגניטיבית ותפקודית (Aggarwal & Decarli, 2002). שלוש תסמונות מובאות בספרות המקצועית:

1. Multi-infarct Dementia;
2. Single Strategic Infarct Dementia;
3. Small Vessel Disease with Dementia.

1. Multi-infarct Dementia: זו היא הצורה השכיחה ביותר של שיטיון וסקולרי. היא קשורה לאוטמים מוחיים מרובים באזורים קליפתיים ותת-קליפתיים, לרוב עקב חסימת כלי דם גדולים, הנובעת מטרשת עורקים, או תסחיף לבבי. ההופעה חריפה וההתקדמות בצורת מדרגות. השיטיון מאופיין בליקויים משתנים במספר תחומים קוגניטיביים, כאשר תחומים נוספים תקינים. לאחר אירועים מוחיים חוזרים, הליקויים הקוגניטיביים מתגברים, ומתפתח שיטיון. פעמים רבות, חולים עם שיטיון וסקולרי מתאפיינים בשינויים ניורולוגיים מוקדיים, כולל חולשה וירידה בתחושה בפלג הגוף בצד הנגדי לפגיעה המוחית, הפרעה בשדה הראייה והחזורים פתולוגיים, כגון בבנסקי, המייצג פגיעה במערכת המוטורית. בנוסף לכך, ייתכנו אגנוזיה (חוסר יכולת לזהות ולהכיר חפצים, אנשים, קולות, צורות או ריחות, על אף שהידע לגבי מאפייני הפרט קיים, ואין פגיעה במידע התחושתית המתקבל ממנו), ואפרקסיה (אי-יכולת לבצע פעולה מורכבת, בהיעדר ליקויים בהבנה, חולשת שרירים או הפרעה בקואורדינציה עקב ליקוי בתכנון רצף פעולות. לדוגמה קושי להסתרק (Roman, 2002).

2. Single Strategic Infarct Dementia: במקרה זה הנזק האינטקמי מוקרי, ומערב אזורים תפקודיים קליפתיים חשובים, כולל תלמוס, גרעיני הבסיס, הגירוס האנגולרי והחומר הלבן

הפרונטלי. נזק בודד בעורק הקרוטיד, או בעורק המוח הקדמי, מרכזי או אחורי, המתפצלים ממנו, עלול לגרום לתסמונת של שיטיון עם תסמינים נוירולוגיים והתנהגותיים שונים. ייתכן שלא תהיה התבטאות קלינית של שבץ מוחי, אך יתפתח שיטיון באופן חריף עם החמרה בתפקוד הקוגניטיבי בצורת מדרגות (DeCarli, 2003).

3. **Small Vessel Disease with Dementia**: בתסמונת זו חסימת כלי דם קטנים מובילה לאוטמים במבנים תת-קליפתיים, כגון תלמוס, גרעיני הבסיס, הקופסית הפנימית והחומר הלבן התת-קליפתי. גגיעה זו גורמת להתפתחות שיטיון תת-קליפתי. הופעת הסימנים הדרגתית וכוללת איטיות פסיכומטורית, הפרעות בזיכרון, שינוי במהירות עיבוד המידע, ושינויים התנהגותיים, כמו אפתיה ודיכאון. מבחינה נוירולוגית, מופיעים סימנים פרקינסוניים, אטקסיה והפרעה בשליטה על השתן. הופעת השיטיון לרוב איטית וללא התייצגות של שבץ מוחי, וגם ההתקדמות איטית (Chui, 2007).

אבחנה

ישנם מספר קריטריונים לאבחון שיטיון וסקולרי:

1. **Hachinski Ischemic Scale** – סולם הנמצא בשימוש שכיח לאבחון שיטיון וסקולרי. הסולם מבוסס על 13 מאפיינים, הקובעים ניקוד סופי והכוללים: הופעה פתאומית, היסטוריה של שבץ קודם, סימנים נוירולוגיים מוקדניים, החמרה בצורת מדרגות, תלונות גופניות, תנודות רגשיות והיסטוריה של יתר לחץ דם. למרות יכולתו להבדיל בין מחלת אלצהיימר לשיטיון וסקולרי בצורה טובה יחסית (רגישות וסגוליות של 70%-80%), הסולם מוגבל, מכיוון שאינו מכיל ממצאים בדימות מוחית (Small, 1985).

2. **DSM-IV-TR** – כלי הדורש אבחון לשבץ מוחי על ידי בדיקה נוירולוגית ודימות מוחית, כבסיס לאבחנה של שיטיון וסקולרי. בכלי זה לא מחייבים קשר זמנים בין השבץ המוחי להופעת השיטיון, דבר הפוגע ביעילות הכלי האבחוני.

3. כלי נוסף לאבחון שיטיון וסקולרי מבוסס על ה-World Health Organization's **International Statistical Classification of Diseases (ICD-10)**, לפיו נדרש קשר זמנים בין הופעת שבץ מוחי להופעת השיטיון. כמו כן, דרושים סימנים לשבץ מוחי בבדיקה הנוירולוגית ובדימות מוחית (WHO, 1992).

4. הכלי האחרון מתבסס על **The National Institute of Neurological Disorders and Stroke and Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences – NINDS-AIREN** (Roman, Tatamichi, Erkinjuntti et al., 1993). בכלי זה משתמשים בעיקר במחקרים, והוא מדגים את המגוון של התסמונות והנגעים בחומר

הלבן. כלי זה דורש פגיעה במוח באזורי מפתח (קליפת המוח הפרונטלית, טמפורלית או פריאטלית, תלמוס וגרעיני הבסיס), וכן פגיעה משמעותית בחומר הלבן (מעל 25% מנפח החומר הלבן).

טיפול בשיטיון וסקולרי

הטיפול בשיטיון וסקולרי מתבסס, בראש ובראשונה, על איזון מרבי של גורמי הסיכון הווסקולריים על מנת לצמצם, ככל הניתן, את הסיכון לאירוע מוחי חוזר, אשר ידרדר את מצבו הקוגניטיבי של החולה. עדיין לא נמצאה הוכחה לשיפור בתפקוד הכללי של חולה בשיטיון וסקולרי תחת טיפול במעכבי אצטילכולין אסטרז או ממנטין, לכן לא ממליצים על טיפול זה.

שיטיון מעורב (Mixed Dementia)

משתמשים באבחנה זו כאשר לחולים יש סימנים למחלת אלצהיימר ולמחלה וסקולרית מוחית יחד, סימנים קליניים או מבוססים על נגעים איסכמיים בדימום מוחית. נצברות הוכחות, כי שיטיון וסקולרי ומחלת אלצהיימר מופיעים, לעתים קרובות, במקביל, בעיקר בחולים מבוגרים. נתיחות לאחר המוות מדגימות פתולוגיה מוחית של נגעים וסקולריים בחולי אלצהיימר. בערך בשליש מהחולים עם שיטיון וסקולרי מוצאים פתולוגיה של מחלת אלצהיימר עם ירידה כולנירגית. מחקרים נוספים מצביעים, כי הסיכון למחלת אלצהיימר עולה בחולים עם גורמי סיכון וסקולריים (Snowdon, Greiner, Mortimer et al., 1997).

טיפול בשיטיון מעורב

במקרים שבהם יש שילוב בין מחלת אלצהיימר לשיטיון וסקולרי, הבסיס לטיפול הוא קיום מחלת אלצהיימר. קיימות מספר הוכחות לכך, שמעכבי אצטילכולין אסטרז וממנטין משפרים במידה קלה מדדים של תפקוד קוגניטיבי (Zekry & Gold, 2010).

שיטיון פרונטו-טמפורלי

בעשור האחרון, ההבנה הקלינית והפתולוגית של Frontotemporal Lobar Degeneration (FTLD) עברה שינוי משמעותי. ניוון פרונטו-טמפורלי הוא מונח תיאורי הכולל מספר תסמונות קליניות עם פתולוגיה שונה ממחלת אלצהיימר, הנובעות מניוון חלקן הקדמי של

ההמיספרות (Snowdwn, Neary & Mann, 2007). השיטיון מחולק לצורה שההפרעה היא בעיקר התנהגותית ולצורה שההפרעה היא בעיקר בתפקודי שפה. קבוצת תסמונות זו כוללת:

- Frontotemporal Dementia (FTD)
- FTD with motor neuron disease (FTD/MND)
- Progressive nonfluent aphasia (PNFA)
- Semantic Dementia (SD)
- Progressive apraxia

התסמונת השכיחה מבין כולן היא FTD (הצורה ההתנהגותית), המתאפיינת בשינוי משמעותי באישיות והפרעות התנהגות, ומתאפיינת באטרופיה דו-צדדית של האונות הפרונטליות וחלקן הקדמי של האונות הטמפורליות. התקדמות המחלה איטית. לרוב, גיל תחילת המחלה צעיר יותר מבדמנציות אחרות (גילאי 45-65). ההערכה היא שכ-20%-30% מהמקרים משפחתיים, ויכול להיות קשר למוטציה בגן ל-*Progranulin* או *MAPT*. השכיחות מוערכת בכ-3.6-15 מקרים ל-100,000.

ב-FTD בולטים שינויים בהתנהגות כולל אפתיה, חוסר יזימה, ביטול עכבות, חזרתיות, קהות רגשית וחוסר תובנה. ירידה קוגניטיבית מודגמת בתחום הקשב, הפשטה, מעבר בין מצבים, תכנון ופתרון בעיות, דבר המבטא ליקויים בתפקודים הניהוליים.

הצורה השכיחה פחות היא זאת הקשורה להפרעות בתפקודי שפה בלבד. הפרעה בשפה יכולה להיות הפרעה בהתבטאות ובשיום ומכונה *Progressive nonfluent aphasia (PNFA)*, או קושי בהבנת משמעות המילים *Semantic Dementia (SD)*. בצורות אלו הזיכרון לרוב שמור בשלבים הראשונים של המחלה. *PNFA* מתבטא בהפרעה מתקדמת בהבעת השפה, דיבור נוקשה, שגיאות דקדוק וקושי בשליפת מילים. התהליך מתקדם עד אילמות. קריאה וכתובה יכולות להיות מופרעות אף הן. שאר התחומים לרוב שמורים ואין קושי תפקודי בתחילת המחלה. *SD* מתבטאת בהפרעה מתקדמת של קושי בהבנת מילים ושמות, כאשר הדיבור שוטף, ללא קושי דקדוקי. לרוב, הזיכרון שמור וכן חזרה על מילים, קריאה ויכולת חישובית (*Manning*, 2004). השוני בהתבטאות בתסמונות השונות קשור, כנראה, לתבנית של האטרופיה המוחית המוקדית, אך עם התקדמות המחלה מופיעה ההתבטאות הקוגניטיבית הכללית.

טיפול

אין הוכחות עקביות לתועלת בטיפול במעכבי אצטילכולין אסטרזז בשיטיון פרונטו-טמפורלי. קיימות אף עדויות להחמרה במצבם של חולים בשיטיון מסוג זה בעקבות טיפול במעכבי אצטילכולין אסטרזז, אשר מתבטאת בהתגברות של אגרסיביות ואיטציה, בחוסר עכבות ובהתנהגות כפייתית (*Mendez, Shapira, McMurtray et al., 2007*).

לגבי ממנטיז, קיים מספר מצומצם של מחקרים, עם מעט חולים, שהדגימו סבילות טובה של חולים עם שיטיון פרונטו-טמפורלי לטיפול וכן נטייה מסוימת לשיפור קליני. מחקר מבוקר גדול נמצא בשלבים מתקדמים. הטיפול המועדף בהפרעות ההתנהגותיות השכיחות בשיטיון פרונטו-טמפורלי הוא תרופות להעלאת רמת הסרוטונין ממשפחת ה-SSRI או SNRI (Huey, Putnam, Grafman & 2006). במקרים של הפרעות התנהגותיות קשות נהוג להשתמש בתרופות נוירולפטיות אטיפיות.

שיטיון עם גופיפי לואי

לרוב, שיטיון עם גופיפי לואי (DLB — Dementia with Lewy bodies) מתבטא במבוגרים בגילאים 60-90. האטיולוגיה עדיין לא ברורה, וכך גם גורמי הסיכון, אך בינתיים ידוע, כי אין העדפה למגדר מסוים. DLB היא מחלה ניוונית מוחית מתקדמת, המתבטאת בירידה קוגניטיבית המחמירה עם הזמן ומגבילה תפקודית. מבחינה קוגניטיבית נצפים שינויים קליפתיים ותת-קליפתיים ובעיקר ליקויים בקשב, בתפקודים ניהוליים ובכישורים חזותיים מרחביים (Manning, 2004). מבחינה פתולוגית, קיימת הצטברות חריגה של חלבון אלפא-סינוקלאין (אשר כנראה שומר ומספק שלפוחיות של חומרים כימיים מעבירי האותות העצביים בקצה העצב) בתאי העצב, הנקראת גופיפי לואי.

בהשוואה למחלת אלצהיימר, תיתכן שמירה על תפקודי הזיכרון בשלבי המחלה המוקדמים. לאחרונה הוסכם על קריטריונים לאבחנה, הכוללים מידע חדש לגבי התסמינים העיקריים (תנודות בקוגניציה, הזיות ראייה חוזרות וסימנים פרקינסוניים) (McKeith, Dickson, Lowe et al., 2005). יש קושי בהערכת התנודות בקוגניציה, כולל תנודות בקשב ושינויים במצב ההכרה. מידע מפורט מהמשפחה יכול לעזור, בעיקר בשאלות לגבי נמנם בשעות היום, תקופות בהייה, אירועי בלבול ודיבור לא מאורגן. התנודות נמשכות בין חצי שעה עד מספר ימים (Manning, 2004). הזיות הראייה חוזרות ומובנות ומופיעות מוקדם במחלה ולכן עוזרות לאבחנה. תוכן ההזיות כולל לרוב בעלי חיים ובני אדם, אך ייתכנו גם הזיות מופשטות, מחשבות שווא ואשליות. הזיות שמיעה, ריח או מגע נדירות יותר. דימות מוחית תפקודית (fMRI) מדגימה תבנית לא תקינה של פעילות בקליפת המוח הראייתית. כמו כן, יש רמה גבוהה של הצטברות גופיפי לואי בחלקה הקדמי והמרכזי של האונה הטמפורלית בחולים המדווחים על הזיות. הפרעות נוספות כוללות דיכאון, אפתיה וחרדה. אגיטציה ואגרסיביות מופיעות רק מאוחר יותר במחלה. סימנים אקסטר-פירמידליים לרוב כוללים ברדיקינזיה, פני מסכה וטונוס מוגבר ריגדי. רעד במנוחה אינו שכיח, הסימנים

דו-צדדיים ומופיעים עם תחילת השיטיון. טונוס מוגבר בגו ופני מסכה שכיחים יותר מאשר במחלת פרקינסון.

תסמין חשוב המאפיין DLB הוא הפרעות התנהגות בשלב ה-REM בשינה. החולים צועקים ובוועטים וכאילו חיים את החלום, ואף עלולים להזיק לעצמם או לכן הזוג. החלומות מאוד סוערים. הפרעות ההתנהגות בשינה מופיעות אף מספר שנים לפני הופעת התסמינים הקוגניטיביים או המוטוריים. עוד סימנים מכוונים הם רגישות יתר לתרופות נוירולפטיות וקליטה ירודה של DAT (Dopamine Transporter) בגרעיני הבסיס בדימות תפקודית. כמו כן, החולים סובלים מפילולות חוזרות, מאיבודי הכרה קצרים, מהפרעה בתפקודים האוטונומיים וממחשבות שווא (McKeith et al., 2005).

טיפול

קיימים נתונים לגבי יעילות הטיפול במעכבי אצטילכולין אסטרזאז בטיפול בשיטיון עם גופיפי לואי על התסמינים הקוגניטיביים וההתנהגותיים (Wild, Pettit, Burns, 2003). לגבי ממנטיין הודגמה יעילות מסוימת בטיפול בחולים עם שיטיון מסוג זה (Emre, Tsolaki, Bonuccelli et al., 2010). חולים עם שיטיון בשל מחלת פרקינסון או שיטיון עם גופיפי לואי (DLB) רגישים מאוד לתרופות אנטי-פסיכוטיות, העלולות לגרום לתופעות אקסטרה פירמידליות קשות (לדוגמה נוקשות בשרירים בעיקר בזמן התנועה, איטיות בכיצוע פעולות, תנועות כלתי רצוניות כגפיים או בשרירים סביב אזור הפה). לכן, במטופלים הסובלים מתופעות לוואי קשות מטפלים בתרופה הגורמת לתופעות לוואי מעטות יותר, כגון Quetiapine.

הטיפול בחולה על ידי צוות רב-מקצועי

הגישה של צוות רב-מקצועי משולב באבחון חולי שיטיון ובטיפול בהם מומלצת, מכיוון שאין מומחה מתחום יחיד, היכול להתמודד עם טיפול בבעיות מורכבות בתחומים קוגניטיביים, גופניים, סוציאליים ורגשיים הקשורים למחלה. חולי דמנציה הם חולים מורכבים ומהווים אתגר טיפולי ניכר. הטיפול בצוות רב-מקצועי מועיל גם למטופל וגם למטפל. ההרכב המיטבי של הצוות במרפאות לאבחון הפרעה קוגניטיבית כולל לרוב רופא (מומחה בנוירולוגיה, גריאטריה או פסיכיאטריה), נוירו-פסיכולוג, עובדת סוציאלית ואחות (Grand, Caspar & Macdonald, 2011). עבודות שונות הדגימו שיפור בתוצאות הטיפול, כאשר מעורבים בו מטפלים מתחומים שונים (Wolfs, Kessels, Dirksen et al., 2008).

תפקידו של הרופא המומחה בצוות הוא אבחון השיטיון, בהתבסס על הקריטריונים המקובלים, כולל מבחנים נוירו-פסיכולוגיים, המועברים על ידי חברי הצוות, עדכון המטופל ובני משפחתו באבחנה, בניית תכנית טיפולית ומעקב רפואי. תפקידה של אחות המרפאה הוא סיוע בלקיחת הרקע הרפואי מהמטופל ומבני משפחתו וניהול התכנית הטיפולית, תוך שהיא מהווה גשר בין הרופא לבני המשפחה.

העובדת הסוציאלית מסייעת בבניית תכנית חברתית, כולל קבלת שירותים קהילתיים, על מנת להשאיר את המטופל בביתו, ככל שמתאפשר, וכאשר יש צורך להעבירו למוסד, היא עוזרת אף בכך. כמו כן, היא נמצאת בקשר עם בני המשפחה ומנסה לתמוך בהם ולתת להם כלים כיצד לטפל בחולה וכיצד להתנהג במקרים השונים העלולים להתפתח.

העבודה בצוות רב-מקצועי מאפשרת למצוא עבור המשפחה את התכנית המתאימה לה ביותר להתמודדות עם המחלה. הכוונה לשמור על קשר רציף עם המשפחה לאורך המחלה, תוך קבלת החלטות משותפות, בהתאם להתקדמות המחלה ולצרכים המשתנים.

לדוגמה: קיים הברל בטיפול במשפחה, שבה החולה בן 80, אלמן הגר בגפו ועד כה הסתדר עצמאית. לאחר שחלה והחל לסבול משיטיון, יש לעזור לו בניהול משק הבית, להשגיח על לקיחת התרופות ולדאוג לענייניו הכספיים. מנגד, הטיפול שונה בגבר בן 60, נשוי ואב לילדים צעירים, אשר חייב להפסיק לעבוד עקב תפקוד לקוי בעבודה ונשאר בבית, אינו יכול לפרנס את משפחתו, ויש לדאוג לו ולבני משפחתו.

"הבשורה" – מתן האבחנה

לאחר ביצוע האבחון על ידי הרופא המומחה, בעזרת הנוירו-פסיכולוג, הרופא מבשר למטופל ולמשפחתו על האבחנה שנתקבלה, מסביר את הרקע למחלה ואת התסמינים הקיימים ואת אלה העלולים להופיע בעתיד. יש להתאים את ההסבר למטופל, משום שכל מטופל מתקדם בקצב שונה וסובל מתסמינים שונים (כולל שינויים במצב הרוח, הפרעות התנהגותיות והפרעות בתפקוד גופני).

בזמן מתן האבחנה לבני המשפחה ולחולה יש לדאוג לאווירה נינוחה. יש לברר עם החולה ובני משפחתו מה החולה יודע ומבין לגבי מחלתו ומה הוא מעוניין לדעת לגבי מצבו. על פי חוק זכויות החולה, על המטופל לקבל מידע מדויק לגבי מחלתו ועל הטיפול בה, אך באותו חוק נכתב, כי יש לוודא שהמידע הנמסר לא יפגע בחולה (קיימת אפשרות, שכאשר מבושרים לחולה בשיטיון על המחלה שממנה הוא סובל, הוא עלול להיכנס לדיכאון ואף עלול לפגוע בעצמו. לעתים, הוא אף מגיע לאבחון

כאשר בני משפחתו לא אמרו לו מדוע, או שיקרו לו באומרם שהבדיקה נועדה לבדוק משהו אחר, כגון כאבי ראש).

במחקר שבו עקבו אחרי דרך מסירת האבחנה למטופלים ולבני משפחותיהם, הודגמו קשיים, מאחר שהמידע לא היה מפורט מספיק ולדעת החוקרים לא ניתן בנינוחות, דבר העלול לפגוע בזכויות בני המשפחה והמטופל ואף לגרום לחוסר יכולת להבין את המידע (Karnieli-Miller, Werner, Aharon-Peretz et al., 2007). יש לציין, כי מחקר זה בוצע במרפאתו ועם קבלת התוצאות חלק מהשיטות שונה, תוך שימת דגש על טובת החולה. רמת המוכנות לשמיעת תוצאות האבחון שונה מאדם לאדם. הדבר יכול לנבוע גם מהאופן שבו החולה תופס את השינויים המתרחשים וגם מאופן התגובה לשינויים אלה. בעת מסירת האבחנה על הרופא להתחשב במכלול גורמים, ביניהם: הכחשה, הדחקה, חרדה, קרבת בני המשפחה לחולה או ריחוקם ממנו.

קיימת חשיבות רבה לציפיות בני המשפחה מתוצאות הבדיקה ולפתיחות שבה הגיעו עם החולה לאבחון. אמירות, כגון: "זה הגיל, אצל כולם זה כך", מחייבות הסבר מפורט על המחלה. בדרך כלל, נשאלות שאלות על התסמינים העלולים להופיע בעתיד, על קצב הידרדרות המחלה, על תורשתיות, ועוד. יש להמליץ לבני המשפחה להגיע לפגישת המשך, כדי לבדוק כיצד השפיעה האבחנה עליהם ועל החולה.

חוסר עקביות של הליקויים בבית מקשה על המשפחה לקבל את האבחנה בשלבי המחלה הראשונים (יש ימים שבהם המטופל מתפקד מצוין, ויש ימים עם קשיים ניכרים. קורה אף שבני המשפחה חושבים שהמטופל מעמיד פנים, כדי לזכות בתשומת-לב או שהוא עצלן). לעתים, לאחר קבלת האבחנה, בני המשפחה שמים לב יותר לליקויים ומתקשרים בבהלה שהמצב מידרדר במהירות.

מומלץ לעודד את החולים ואת בני משפחתם (גם בשלבים הראשונים של המחלה) לתכנן את העתיד ולקבל החלטות בנושאים, כמו: חתימה על ייפוי כוח רפואי, מתן ייפוי כוח בחשבון הבנק וכתיבת צוואה. אלה מאפשרים למשפחה להיערך מבעוד מועד לתקופה שבה החולה לא יוכל "להביע דעתו" ולקבל החלטות עקב מצבו הקוגניטיבי (חולים תשושי נפש). בשנים הבאות, בני המשפחה והמטופל ממשיכים להגיע למעקב במרפאה. המעקב מתבצע על ידי אנשי הצוות המקצועי, בהתאם לצרכים המשתנים של החולה. בני המשפחה מקבלים הסבר לגבי תמיכה הניתנת בקהילה (מהמוסד לביטוח לאומי), על העסקת עובד זר וכן מידע על מסגרות כמו: מועדון יום בתי אבות, ועוד). כמו כן, בני המשפחה מקבלים כלים להתמודדות עם סוגיות שונות; כגון: כיצד לתת ביטחון לחולה לביצוע מטלות שונות, כיצד להתאזר בסבלנות, כיצד לחלק המשימה לתת-משימות, כיצד להפעיל גירויים (למשל, אמבטיה עם משחקים בתוכה, כדי שהמטופל יסכים להתרחץ) וכיצד לבצע הסחות דעת

מהקושי שהחולה מעלה (למשל, כאשר הוא אומר שזה לא הבית שלו, אין לריב אתו ולנסות לשכנעו שהוא טועה, אלא לצאת מהבית לסיבוב קצר ולחזור הביתה).

לדוגמה: מטופל בן 73 הגיע לאבחון מלווה באשתו. בשיחה שנערכה עימה תיארה האישה תקופה בת מספר חודשים, שבה היא שמה לב לבעיות זיכרון אצל בעלה. הוא שכח אירועים משפחתיים ונראה פחות קשוב לנעשה סביבו. ההתנהלות בבית הייתה שגרתית (עצמאי בתפקוד היום-יומי ומשתף פעולה). בבדיקה, אובחן המטופל כחולה במחלת אלצהיימר בדרגה קלה. הוא החל טיפול תרופתי בביתו. לאחר מספר חודשים התקשרה אשתו ודיווחה על הופעת שינוי בהתנהגות. בעלה מסרב לשתף פעולה בפעולות חיוניות יומיות (מקלחת, נטילת תרופות, עקשן). היא שוחחה עם האחיות והרופא לגבי התאמת הטיפול התרופתי, ובהמשך הונחתה על ידי העובדת הסוציאלית לגבי המשך ההתנהגות והטיפול בחולה. מאחר שהאישה חשה קושי בהתמודדות עם הבעל, עלתה האפשרות לשלב אותו במועדון יום, על מנת לאפשר לה זמן לעצמה ולתת לו תעסוקה, אך המטופל סירב ללכת למועדון. במשך מספר חודשים, החולה נשאר בבית ואשתו התמודדה עם הפרעות ההתנהגות, למרות שיפור מה שחל, כאשר ניתן טיפול להרגעה. האישה הייתה צריכה לנקוט בדרכי שכנוע שונות, כדי שיסכים להתקלח או ליטול תרופות. מספר חודשים לאחר מכן, בשיחה נוספת שנערכה עם העובדת הסוציאלית, עקב החמרת מצבו, כאשר הוא כבר לא זיהה את קרוביו והתבטא בצורה פוגעת כלפי זרים, עם נטייה למחשבות שווא, הרופא המומחה במרפאה ערך שינויים בטיפול התרופתי ואף הומליץ להפעיל את חוק סיעוד בשל ירידה נוספת בתפקוד. האישה מגיעה למרפאה לשיחות עם העובדת הסוציאלית באופן שוטף, כדי לקבל כלים להתמודדות עם המצב המשתנה ותמיכה רגשית (איך לענות במצבים נתונים, הצעות להפעלה בבית על מנת לשמר תפקודים, גיוס הילדים כל אחד על פי יכולתו, התמודדות עם האבדנים "המשניים" – בעל מתפקד, פרטנר רגשי, תכניות עתידיות, ועוד).

רוב המטופלים מגיעים למרפאתנו לאבחון בשלב התחלתי יחסית של המחלה, ועדיין ניתן לאפשר להם ולבני הבית איכות חיים בקהילה. עם התקדמות המחלה, ישנם מצבים שבהם מומליץ לשכן את החולה בבית אבות, במחלקה מתאימה לצרכיו. למשל, כאשר החולה תשוש נפש, שעקב המצב המידרדר פיזית והתנהגותית אין ביכולתה של המשפחה להשאירו בבית בתנאים מתאימים, לרוב כאשר החולה אינו שולט על הסוגרים ומלכלך את הבית, או כאשר הוא זקוק להשגחה מתמדת, מכיוון שהוא יוצא מהבית על דעת עצמו

ואינו מוצא את הדרך חזרה, או כאשר קיימת אלימות פיזית, שאינה ניתנת לאיזון, ויש סכנה לחולה ולבני המשפחה.

לדוגמה: במרפאתנו מטופל חולה צעיר, שהכה את אשתו בלילה, עקר את מוטות הווילונות, איים על חייה והיה אליים. לאחר שלא ניתן היה לעזור לו ולאזנו באמצעים שונים, הומלץ על העברתו למוסד מתאים. המטופל הועבר לבית אבות, אוזן שם באמצעים שונים ואשתו מבקרת אותו מספר פעמים בשבוע. הפתרון התאפשר לאחר שנוסו אפשרויות נוספות (העסקת מטפל זר) והייתה בשלות אצל בני המשפחה "להוציא" את האב מהבית.

מתי על החולה הדמנטי להפסיק לנהוג?

סעיף 12 ב' לפקודת התעבורה קובע, כי: "רופא המטפל באדם שמלאו לו 16 שנים והוא מאבחן אצלו מחלה, וסבור כי אותו אדם עלול בנהיגתו לסכן את עצמו או את זולתו מחמת אותה מחלה, ידווח על המחלה לרשות שקבע שר הבריאות."

מטופלים עם דמנציה לרוב סובלים מבעיות בזיכרון. במהלך המחלה הם עשויים לפתח גם קשיים בפירוש מצבים, איטיות בתגובה וקושי בביצוע החלטות. ייתכן שעם הזמן יהיה גם קושי בהתמצאות במקום. דברים אלה חשובים לנהיגה בטוחה. לכן, רוב חולי השיטיון וכל חולי אלצהיימר נאלצים בשלב כלשהו להפסיק לנהוג. ב-2008 פורסמה עבודה, שבה בדקו יכולת נהיגה בחולי אלצהיימר קלים, ונבדקי ביקורת. הנבדקים עברו בדיקות חוזרות, שבהן בוצעו הערכה קוגניטיבית, נוירולוגית, בדיקת ראייה ובדיקה גופנית במשך שלוש שנים. כמו כן, דווח על תאונות שעברו ועל מבחני נהיגה מעשית שהם עברו. בבדיקת הבסיס, מטופלים עם אלצהיימר קל תפקדו פחות טוב במבחן מעשי ודיווחו על יותר תאונות יחסית לנבדקי הביקורת. במעקב לאורך זמן, ביצועי הנהיגה של שתי הקבוצות הידרדרו במבחנים המעשיים, אך חולי אלצהיימר הידרדרו יותר מנבדקי הביקורת. ככל שהנבדקים היו מבוגרים יותר, בעלי השכלה נמוכה ודמנציה חמורה יותר בבדיקת הבסיס, קצב הידרדרות תפקוד הנהיגה שלהם היה מהיר יותר (Ott, Heindel, Papandonatos et al., 2008).

מכיוון שהאבחנה של שיטיון מבוצעת לרוב במרפאות המתמחות בהפרעות קוגניטיביות, על הרופאים לדווח למשרד התחבורה על חולים במחלה. הרופא מדווח על חולה אשר באבחון הקוגניטיבי שלו מתגלים ליקויים משמעותיים במהירות התגובה, בתפקודי הזיכרון, בהתמצאות, בכשרים חזותיים מרחביים, בתכנון ובגמישות מחשבתית. ליקויים אלה עלולים

לפגוע ביכולת לנהיגה בטוחה. לאחר הדיווח, הנבדק מוזמן לבדיקה במכון הרפואי לבטיחות בדרכים במשרד הרישוי, שם מתקבלת ההחלטה הסופית לגבי שלילת רישיון הנהיגה שלו. עוד לפני הדיווח ושלילת הרישיון, על הרופא המאבחן שיטיון להסביר לחולה ולבני משפחתו, שבמצבו הוא עלול לסכן את עצמו ואת הזולת אם ינהג, ולכן עליו להפסיק לנהוג. לרוב, החולה ובני משפחתו מנסים לבטל את הגזירה, מכיוון ששלילת הרישיון פוגעת בכבוד החולה ובתנועה החופשית שלו, אך על הרופא להתעקש על כך.

לדוגמה: מטופל כבן 75 הגיע למרפאה לאבחון. בשיחה עם אשתו היא דיווחה, שבנוסף לליקויים בזיכרון והפרעה בהתמצאות, שמהם בעלה סובל, מזה תקופה ארוכה היא מפחדת לנסוע איתו, מאחר שאינו מרוכז. קרה מספר פעמים שעבר ברמזור אדום וגם בחנייה הוא משפשף את המכונית. לדבריה, כשניסתה לדבר איתו על כך, הוא ביטל את דבריה כלאחר יד. בשיחה עם הרופא והעובדת הסוציאלית האישה הביעה קושי להיות "האיש הרע", וציינה שמאחר ובבית בעלה יזום פחות פעולות מכפי שהיה נוהג לעשות בעבר (מילוי מטלות, כגון הורדת הפח, הפעלת מכונת הכביסה, קנייה במכולת והוא גם לא שותף בניהול ההוצאות), היא לא רוצה "לקחת לו" גם את השליטה בהגה. בשיחה הובהר הסיכון הגבוה לאדם עצמו ולסביבה, תוך הגדרת הקושי ביחס לאבחון, חוסר התמצאות במרחב, שיפוט שגוי, ירידה בקשב והיכולת לסנכרן את המידע בזמן הנהיגה. הועלו הצעות, שימתנו את הפגיעה שבלקיחת הרישיון, כגון: לתת את המכונית לילדים/נכדים, הרווח שבנסיעה במוניות וחיוזק החולה במקומות שמורים ומתפקדים (עדיין השקיע שעות רבות בגינת הבית והיה שותף למפגשים חברתיים). לאחר האבחון הקוגניטיבי, הרופא החליט לדווח למשרד התחבורה על האבחנה שהתקבלה, והמטופל זומן לבדיקה על ידי הצוות במשרד התחבורה. הבדיקה אישרה, כי עלולים להיות לו קשיים בנהיגה ולכן הוחלט על ביטול רישיון הנהיגה שלו.

סיכום

הטיפול בזקנים עם ירידה קוגניטיבית הוא מורכב ורצוי שיבוצע על ידי צוות רב-מקצועי. ראשית, יש לאבחן את הבעיה שממנה הם סובלים, בהתחשב במחלות הרקע, הבדיקות המבוצעות והתרופות שהם נוטלים. במידת האפשר, יש לנסות ולשפר את מצב המטופלים, אך אם לא ניתן, אזי יש לנסות לעכב את התקדמות המחלה. במקביל לטיפול בחולה, יש

לייעץ לבני המשפחה ולכוונם כיצד להתמודד עם המחלה, מה ניתן לעשות כדי להקל על המטופל ועליהם, מה מצפה להם בעתיד וכיצד להיערך לבאות; יש לסייע להם בתיווך עם הרשויות לקבלת עזרה ולשקול האם ומתי להוציא את המטופל מהבית ולהעבירו לבית אבות. קיימים גם היבטים חוקיים בטיפול בירידה קוגניטיבית בזקנים והם כוללים סוגיות כמו: האם וכיצד לבשר למטופל על מחלתו? האם לשלול את רישיון הנהיגה שלו? האם החולה רשאי לכתוב צוואה? האם ומתי למנות לו אפוטרופוס.

כיום קיימים טיפולים העשויים לעכב במעט את התקדמות הדמנציה. בשנים האחרונות מבוצעים מחקרים רבים בתחום הקוגניציה, המיועדים למצוא תרופה לדמנציה. דגש רב מושם על מציאת תרופה המונעת את הופעת המחלה בשלב שהתסמינים הקוגניטיביים קלים ביותר.

מקורות

- Aggarwal, N.T. & Decarli. C. (2007). Vascular dementia: Emerging trends. *Seminars in Neurology*, 27 (1), 66-77.
- Alexopoulos, G.S., Jeste, D.V., Chung, H. et al. (2005). The expert consensus guideline series. Treatment of dementia and its behavioral disturbances. Introduction: Methods, commentary, and summary. *Postgrad Medicine*, Spec No. 6-22.
- Ballard, C., Creese, B., Corbett, A. et al. (2011). Atypical antipsychotics for the treatment of behavioral and psychological symptoms in dementia, with a particular focus on longer term outcomes and mortality. *Expert Opinion on Drug Safety*, 10 (1), 35-43.
- Bentwich, J., Dobronevsky, E., Aichenbaum, S. et al. (2011). Beneficial effect of repetitive transcranial magnetic stimulation combined with cognitive training for the treatment of Alzheimer's disease: A proof of concept study. *Journal of Neural Transmission*, 118 (3), 463-471.
- Bird, T.D. (2008). Genetic aspects of Alzheimer disease. *Genetics in Medicine*, 10 (4), 231-239.
- Birks, J. (2006). Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. (1), CD005593.
- Blennow, K., de Leon, M.J. & Zetterberg, H. (2006). Alzheimer's disease. *Lancet*, 368 (9533), 387-403.

- Centers for Disease Control and Prevention. (2003). Public health and aging: Trends in aging — United States and worldwide. *The Journal of the American Medical Association*, 19, 289 (11), 1371-1373.
- Chui, H.C. (2007). Subcortical ischemic vascular dementia. *Neurologic Clinics*, 25 (3), 717-740, vi.
- Craft, S. (2006). Insulin resistance syndrome and Alzheimer disease: Pathophysiologic mechanisms and therapeutic implications. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 20 (4), 298-301.
- Cummings, J.L. (2005). Alzheimer's disease. *The New England Journal of Medicine*, 351 (1), 56-67.
- Doody, R.S., Stevens, J.C., Beck, C. et al. (2001). Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 8, 56 (9), 1154-1166.
- Decarli, C. (2004). Vascular factors in dementia: An overview. *Journal of the Neurological Sciences*, 226 (1-2), 19-23.
- Decarli, C. (2003). The role of cerebrovascular disease in dementia. *The Neurologist*, 9 (3), 123-136.
- Deng, J., Zhou, D.H., Li, J. et al. (2006). A 2-year follow-up study of alcohol consumption and risk of dementia. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 108 (4), 378-383.
- Dickerson, B.C., Sperling, R.A., Hyman, B.T. et al. (2007). Clinical prediction of Alzheimer disease dementia across the spectrum of mild cognitive impairment. *Archives of General Psychiatry*, 64 (12), 1443-1450.
- Duron, E. & Hanon, O. (2008). Hypertension, cognitive decline and dementia. *Archives of Cardiovascular Diseases*, 101 (3), 181-189.
- Emre, M., Tsolaki, M., Bonuccelli, U. et al. (2010). Memantine for patients with Parkinson's disease dementia or dementia with Lewy bodies: A randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Neurology*, 9 (10), 969-977.
- Ferri, C.P., Prince, M., Brayne, C. et al. (2005). Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study. *Lancet*, 17, 366 (9503), 2112-2117.

- Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Grand, J.H., Caspar, S. & Macdonald, S.W. (2011). Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 4, 125-147.
- Hansson, O., Zetterberg, H., Buchhave, P. et al. (2006). Association between CSF biomarkers and incipient Alzheimer's disease in patients with mild cognitive impairment: A follow-up study. *Lancet Neurology*, 5 (3), 228-234.
- Hardy, J. & Selkoe, D.J. (2002). The amyloid hypothesis of Alzheimer's disease: Progress and problems on the road to therapeutics. *Science*, 297 (5580), 353-356.
- Huey, E.D., Putnam, K.T. & Grafman, J. (2006). A systematic review of neurotransmitter deficits and treatments in frontotemporal dementia. *Neurology*, 66, 17-22.
- Iqbal, K., Alonso-Adel, C., Chen, S. et al. (2005). Tau pathology in Alzheimer disease and other tauopathies. *Biochimica et Biophysica Acta*, 1739 (2-3), 198-210.
- Jack, C.R. Jr., Wiste, H.J., Vemuri, P. et al. (2010). Alzheimer's disease neuroimaging Initiative. Brain beta-amyloid measures and magnetic resonance imaging atrophy both predict time-to-progression from mild cognitive impairment to Alzheimer's disease. *Brain*, 133 (11), 3336-3348.
- Jean, L., Bergeron, M.E., Thivierge, S. & Simard, M. (2010). Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment: Systematic review of the literature. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 281-296.
- Karnieli-Miller, O., Werner, P., Aharon-Peretz, J. & Eidelman, S. (2007). Dilemmas in the (un)veiling of the diagnosis of Alzheimer's disease: Walking an ethical and professional tight rope. *Patient Education and Counseling*, 67 (3), 307-314.
- Laitinen, M.H., Ngandu, T., Rovio, S. et al. (2006). Fat intake at midlife and risk of dementia and Alzheimer's disease: A population-based study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22 (1), 99-107.

- Landau, S.M., Harvey, D., Madison, C.M. et al. (2010). Comparing predictors of conversion and decline in mild cognitive impairment. *Neurology*, 20, 75 (3), 230-238.
- Larson, E.B., Wang, L., Bowen, J.D. et al. (2006). Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Annals of Internal Medicine*, 144 (2), 73-81.
- Manly, J.J., Tang, M.X., Schupf, N., Stern, Y., Vonsattel, J.P. & Mayeux, R. (2008). Frequency and course of mild cognitive impairment in a multiethnic community. *Annals of Neurology*, 63, 494-506.
- Manning, C. (2004). Beyond memory: Neuropsychologic features in differential diagnosis of dementia. *Clinics in Geriatric Medicine*, 20 (1), 45-58.
- Matthews, B.R. (2010). Alzheimer disease update. *Continuum* (Minneapolis), 16 (2 Dementia), 15-30.
- Mayeux, R. (2003). Epidemiology of neurodegeneration. *Annual Review of Neuroscience*, 26, 81-104.
- McKeith, I.G., Dickson, D.W., Lowe, J. et al. (2005). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Third report of the DLB Consortium. *Neurology*, 65 (12), 1863-1872.
- Mendez, M.F., Shapira, J.S., McMurtry, A. et al. (2007). Preliminary findings: Behavioral worsening on donepezil in patients with frontotemporal dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 84-87.
- Molano, J., Boeve, B., Ferman, T. et al. (2010). Mild cognitive impairment associated with limbic and neocortical Lewy body disease: A clinicopathological study. *Brain*, 133, 540-556.
- Möller, H.J. & Graeber, M.B. (1998). The case described by Alois Alzheimer in 1911. Historical and conceptual perspectives based on the clinical record and neurohistological sections. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 248 (3), 111-122.
- Morris, J.C., Weintraub, S., Chui, H.C. et al. (2006). The uniform data set (UDS): Clinical and cognitive variables and descriptive data from Alzheimer Disease Centers. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 20 (4), 210-216.

- Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Bédirian, V. et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (4), 695-699.
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L. et al. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer disease: A systemic review of efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* (2), 161-178.
- Ott, B.R., Heindel, W.C., Papandonatos, G.D., Festa, E.K., Davis, J.D., Daiello, L.A. & Morris, J.C. (2008). A longitudinal study of drivers with Alzheimer disease. *Neurology*, 1, 70 (14), 1171-1178.
- Petersen, R.C. (2011). Clinical practice. Mild cognitive impairment. *The New England Journal of Medicine*, 9, 364 (23), 2227-2234.
- Petersen, R.C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256 (3), 183-194.
- Petersen, R.C., Thomas, R.G., Grundman, M. et al. (2005). Vitamin E and donepezil for the treatment of mild cognitive impairment. *The New England Journal of Medicine*, 352, 2379-2388.
- Pinkston, J.B., Alekseeva, N. & Gonzalez-Toledo, E. (2009). Stroke and dementia. *Neurological Research*, 31 (8), 824-831.
- Potluri, R., Natalwala, A., Uppal, H. & Heun, R. (2009). Different risk factors in vascular dementia and ischaemic stroke. *Neuroepidemiology*, 32 (1), 80.
- Raschetti, R., Albanese, E., Vanacore, N. et al. (2007). Cholinesterase inhibitors in mild cognitive impairment: A systematic review of randomised trials. *PLoS Medicine*, 27, 4 (11), e338.
- Roe, C., Xiong, C., Miller, J. & Morris, J. (2007). Education and Alzheimer disease without dementia: Support for the cognitive reserve hypothesis. *Neurology*, 68 (3), 223-228.
- Roman, G.C. (2002). Defining dementia: Clinical criteria for the diagnosis of vascular dementia. *Acta Neurologica Scandinavica. Supplementum*, 178, 6-9.
- Roman, G.C., Tatemichi, T.K., Erkinjuntti, T. et al. (1993). Vascular dementia: Diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology*, 43 (2), 250-260.

- Savva, G.M. & Stephan, B.C. (2010). Epidemiological studies of the effect of stroke on incident dementia: A systematic review. *Stroke*, 41 (1), e41-e46.
- Sharp, S.I., Aarsland, D., Day, S., Sonnesyn, H. & Ballard C. (2011). Hypertension is a potential risk factor for vascular dementia: Systematic review. *International Journal of Geriatric*, 26 (7), 661-669.
- Shaw, L.M., Vanderstichele, H., Knapik-Czajka, M. et al. (2009). Cerebrospinal fluid biomarker signature in Alzheimer's disease neuroimaging initiative subjects. *Annals of Neurology*, 65 (4), 403-413.
- Sitzer, D.I., Twamley, E.W. & Jeste, D.V. (2006). Cognitive training in Alzheimer's disease: a meta-analysis of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114 (2), 75-90.
- Small, G.W. (1985). Revised ischemic score for diagnosing multi-infarct dementia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 46 (12), 514-517.
- Snowdon, D.A., Greiner, L.H., Mortimer, J.A., Riley, K.P., Greiner, P.A. & Markesbery, W.R. (1997). Brain infarction and the clinical expression of Alzheimer disease. The Nun Study. *The Journal of the American Medical Association*, 277 (10), 813-817.
- Snowden, J., Neary, D. & Mann, D. (2007). Frontotemporal lobar degeneration: Clinical and pathological relationships. *Acta Neuropathologica*, 114 (1), 31-38.
- Visser, P.J., Verhey, F., Knol, D.L. et al. (2009). Prevalence and prognostic value of CSF markers of Alzheimer's disease pathology in patients with subjective cognitive impairment or mild cognitive impairment in the DESCRIPA study: A prospective cohort study. *Lancet Neurology* (7), 619-627.
- WHO. (1992). *ICD-10 Classifications of Mental and Behavioral Disorder: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Wild, R., Pettit, T. & Burns, A. (2003). Cholinesterase inhibitors for dementia with Lewy bodies. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD003672.
- Wilson, R.S., Scherr, P.A., Bienias, J.L. et al. (2005). Socioeconomic characteristics of the community in childhood and cognition in old age. *Experimental Aging Research*, 31 (4), 393-407.

- Winblad, B., Jones, R.W., Wirth, Y. et al. (2007). Memantine in moderate to severe Alzheimer's disease: A meta-analysis of randomised clinical trials. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 24 (1), 20-27.
- Wolfs, C.A., Kessels, A., Dirksen, C.D., Severens, J.L. & Verhey, F.R. (2008). Integrated multidisciplinary diagnostic approach for dementia care: Randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 192 (4), 300-305.
- Zekry, D. & Gold, G. (2010). Management of mixed dementia. *Drugs & Aging*, 27 (9), 715-728.

אתרי עזר

עמותת עמדא לחולי דמנציה, מחלת אלצהיימר ומחלות דומות בישראל

<http://www.alz-il.net>

מרכז מידע רעות אשל – <http://www.reutheshel.org.i>

הערה: הפרק נכתב בעזרתה של אודיה ליכנה, עובדת סוציאלית במרפאה הקוגניטיבית במרכז הרפואי רמב"ם, חיפה.

פרק 18

טיפול בחולי סרטן זקנים

ענבר לבקוביץ, מירי כהן

מבוא

גיל זיקנה הוא גורם סיכון מרכזי לתחלואה בסרטן. אנשים מעל גיל 65 מהווים מעל 60% מכלל מקרי הסרטן (אף ששיעורם באוכלוסייה נמוך בהרבה) (Jemal, Siegel, Ward et al., 2008). במדינות מערביות, היארעות הסרטן היא 2,151 למאה אלף בני אדם בקרב בני 65 ומעלה, לעומת 208 בקרב אנשים צעירים מתחת לגיל 65 שנים. מכאן, ששיעור התחלואה הוא פי עשר יותר גבוה בקרב זקנים לעומת הגילאים הצעירים יותר (Berger, Savvides, 2006). עם העלייה הצפויה בתוחלת החיים ובשיעור הזקנים באוכלוסייה, מספר חולי הסרטן צפוי להמשיך ולעלות באופן משמעותי (Jemal et al., 2008). בישראל, שיעור התחלואה בסרטן בקרב בני 65 ומעלה בהשוואה לצעירים דומה לשיעורים בארצות מערביות אחרות (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2011).

עלייה משמעות בשיעור התחלואה עם הגיל נצפית בכל סוגי הסרטן. עם זאת, מעל גיל 75 ישנה ירידה בשיעור האבחון של סרטן השד בנשים וסרטן הערמונית בגברים (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2011). בישראל, בשנים 2005-2007 אוּבחנו כ-20,000 מקרי סרטן בגילאי 75 ומעלה (דוח מדדי בריאות, 2012). בקרב גברים בגילאי 65 ומעלה סוגי הסרטן השכיחים הם: ערמונית, מעי גס, ריאה, שלפוחית השתן, לימפומה ממארת וקיבה. ובקרב נשים בגילאי 65 ומעלה סוגי הסרטן השכיחים: סרטן שד, מעי גס, ריאות, לימפומה ממארת, קיבה, לוקמיה ושחלה (דוח מדדי בריאות, 2012).

העלייה בשיעור התחלואה מסרטן מוסברת על ידי מספר גורמים. הגורם העיקרי הוא החשיפה המתמשכת, לאורך השנים, לחומרים קרצינוגניים, כמו קרינה, שמש (John, 2005) וחומרים כימיים שונים (Schwartz et al., 2005) וחומרים קיימת הצטברות של שינויים בחומר הגנטי, שעשויים

להוביל להתפתחות תאים סרטניים (van Meurs, Rivadeneira, Jhamai et al., 2005). בנוסף לכך, מערכת תיקון פגמים בדנ"א, המבצעת באופן קבוע איתור ותיקון תאים שעברו שינויים, העלולים לגרום להתפתחות סרטן, יורדת ביעילותה בגיל הזיקנה (Hoeijmakers, 2009). שינויים במערכת החיסון, בעיקר ירידה בתפקודים חיסוניים תאיים ועלייה במצבי דלקת כרוניים בגוף, מהווים אף הם גורם סיכון לסרטן בזיקנה (Hakim, Flomerfelt, Boyiadzis et al., 2004; Miller, 2006).

אף שהטיפול האונקולוגי והפסיכו-סוציאלי בחולי סרטן זקנים זהה בהיבטים רבים לטיפול בחולים צעירים יותר, קיימים מספר הדגשים לטיפול בחולים מבוגרים, הקשורים למאפיינים גופניים ורגשיים בגיל המבוגר. הפרק מתאר ממצאי מחקרים אודות ההשלכות הפיזיות והרגשיות של מחלת הסרטן בגיל המבוגר. בהמשך הפרק מתוארים היבטים ייחודיים של הטיפול הרפואי וקבלת החלטות רפואיות הייחודיות לטיפול בחולים זקנים והיבטים של טיפול פסיכו-סוציאלי.

ההשלכות של מחלת הסרטן והטיפולים בגיל זיקנה

מחלת הסרטן והטיפולים הם בעלי השלכות רחבות היקף על היבטים רבים בחייהם של החולים, זקנים וצעירים, ברמה הפיזית, הקוגניטיבית והנפשית. עם זאת, מעטים המחקרים אשר בחנו את ההשלכות של מחלת הסרטן ומאפייני ההתמודדות וההסתגלות למחלה בגיל הזיקנה. פרק זה מתאר באופן כללי את ההשלכות הגופניות והנפשיות של המחלה, תוך מתן דגש מיוחד על הידע הקיים לגבי חולי סרטן זקנים. הפרק מתמקד באיכות החיים של החולים ובאופן מיוחד בארבע קבוצות של סימפטומים האופייניים לחולי סרטן, הן בעת הטיפולים והן זמן רב לאחר שנסתיימו וכאשר אין כבר עדות למחלה. סימפטומים אלה הם: מצוקה רגשית, תשישות, כאב וירידה קוגניטיבית (Cheng & Lee, 2011; Ferrell, Tran, et al., 2006; Rao & Cohen, 2004).

איכות החיים של חולי סרטן זקנים

איכות החיים של חולי סרטן מוגדרת כתחושה סובייקטיבית של רווחה אישית, המקיפה היבטים פיזיים, נפשיים, חברתיים ורוחניים ומהווה מטרה מרכזית בטיפול הרפואי והפסיכו-סוציאלי בחולי סרטן, בשלבים שונים של המחלה (Ferrel & Hassey, 1997). מושג זה של רווחה אישית מקבל חשיבות רבה בשלבים מתקדמים של המחלה, כאשר החולה אינו יכול להרוויח מהטיפול במונחים של ריפוי, ויש לדאוג להבטיח לו איכות חיים מרבית, ללא

כאבים ותופעות לוואי (Ferrel & Hassey, 1997). המטרה של השגת איכות חיים מיטבית חשובה ביותר כאשר מדובר בחולי סרטן זקנים, לאור המורכבות של מצבם הבריאותי והתפקודי. בנוסף לכך, הערכה של איכות החיים של חולי סרטן, יכולה לתרום לייעילות הטיפול ולהפחתת המצוקה הרגשית (Golden-Kreutz, Thornton, Wells-Di Gregorio, et al., 2005; Montazeri, Milroy, Hole et al., 2003).

מרבית המחקרים מצביעים, כי חולי סרטן זקנים מדווחים על איכות חיים נמוכה יותר בהשוואה לזקנים שאינם חולי סרטן. למשל, במחקר שהשווה בין 150 חולי סרטן זקנים בני 75 ומעלה לבין 138 זקנים שאינם חולי סרטן, נמצא שזקנים חולי סרטן דיווחו על איכות חיים נמוכה יותר, יותר בעיות גופניות וסימפטומים רבים יותר של סחרחורות, תשישות, בעיות תזונה, בהשוואה לזקנים ללא סרטן (Thome, Esbensen, Dykes et al., 2004). איכות החיים נבחנה לאור הבדלי גיל. כך, במחקר שנערך בקרב 821 חולי סרטן ריאות לאחר ניתוח, חולים צעירים (גיל ממוצע 59) וחולים זקנים (גיל ממוצע 75), איכות החיים נבדקה לפני הניתוח וכשלושה חודשים לאחריו. נבדקו מדדים פיזיים ומנטליים ונמצא, כי החולים הזקנים דיווחו על רמות נמוכות משמעותית במדר הפיזי, אך הרמות של המדר המנטלי היו גבוהות, בהשוואה לחולים הצעירים. לאחר שלושה חודשים לא היו הבדלים בין החולים הזקנים לצעירים (Salati, Brunelli, Xiumè et al., 2009).

איכות חיים נמצאה קשורה גם לתלות ולבריאות לקויה, כאשר חולה מבוגר זקוק לסיוע רב יותר (Esbensen, Østerlind & Hallberg, 2007). תופעות הלוואי של התרופות והטיפולים עשויות להשפיע על איכות החיים (Dooms, Pat & Vansteenkiste, 2006). בהשוואה לחולים צעירים, לחולים זקנים ייתכן שקשה יותר לחוות את התלות הגוברת בפעילויות היום-יומיות, הירידה ביכולות המנטליות והעצמה של תופעות הלוואי, הנגרמות בשל שינויים פיזיולוגיים בגוף (Balducci, 2007; Wedding, Roehrig, Klippstein et al., 2007). מעבר לכך, מחלות רקע כרוניות בזיקנה עלולות להקשות על האבחון ולהחמיר את עצמת הסימפטומים (Ogle, Swanson, Woods et al., 2000).

איכות חיים קשורה בקשר הדוק למצבו הנפשי של הפרט ולסימפטומים הקשורים למחלה, בעיקר מצוקה רגשית, תשישות, ירידה קוגניטיבית וכאב, שעליהם יפורט בהמשך.

מצוקה נפשית

מחלת הסרטן מהווה גורם לחץ, המעורר רמות שונות של מצוקה רגשית, בשל השפעותיו הפסיכולוגיות השונות (Bell, Ziner & Champion, 2009). מצוקה רגשית מוגדרת כתחושה לא נעימה ומתמשכת, הכוללת בעיקר סימפטומים של דיכאון וחרדה, והיא שונה מתחושה נורמטיבית של עצבות ופגיעות, ומפריעה לפרט להתמודד עם המחלה (Holland, 1999).

שלבי מחלת הסרטן: בשלב האבחון, בתקופת הטיפול או במצבים של הישנות המחלה (Karakoyun-Celick, Gorken, Sahin et al., 2010). תגובות של מצוקה רגשית שכיחות בכל שלבי מחלת הסרטן: בשלב האבחון, בתקופת הטיפול או במצבים של הישנות המחלה (Andrykowski, Lykins & Floyd, 2008).

חלק מהמחקרים מצביעים, שלאחר כשנה מהאבחון, רוב החולים מתמודדים באופן מוצלח עם המחלה ומדווחים על ירידה הדרגתית ברמת המצוקה הרגשית (Cohen, Klein, Kuten et al., 2002; Kissane, Grabsch, Love et al., 2004; Kornblith, Powell, Regan et al., 2010; Naaman, Radwan & Johnson, 2009; Noal, Levy, Hardouin et al., 2010; al., 2007). עם זאת, יש חולים המדווחים על מצוקה רגשית מתמשכת גם לאחר סיום הטיפול (Burgess, Cornelius, Love et al., 2005; Grabsch, Clarke, Love et al., 2006; Liu, Fiorentino, Natarajan et al., 2009; Reich, Lesur & Perdrizet-Chevallier, 2008). חולים אלה מציינים, כי הם מוטרדים מהישנות המחלה, מהתפתחות מחלת סרטן אחרת או ממחלה עתידית של אחד הילדים (Baucom, Porter, Kirby et al., 2006; Bell et al., 2009; Carver, Smith, Antoni et al., 2005; Vickberg & Suzanne, 2001).

מרבית המחקרים, כולל מחקרי אורך ומחקרים עם קבוצות משתתפים גדולות, מצביעים, כי נשים וגברים חולי סרטן זקנים סובלים ממצוקה רגשית נמוכה יותר בהשוואה לצעירים (Graves, Arnold, Love et al., 2007; Hinz, Krauss, Hauss et al., 2010; Hopwood, Sumo, Mills et al., 2010; Sarna, Brown, Cooley et al., 2005). למשל, במחקר שנערך בקרב 1,800 חולי סרטן המעי הגס, חמישה ו-12 חודשים לאחר אבחון המחלה, נמצא, כי חולים מתחת לגיל 60 דיווחו על רמות מצוקה רגשית גבוהות יותר בשתי נקודות הזמן, בהשוואה לחולים מעל גיל 60 (Rinaldis, Pakenham, Lynch, et al., 2009). ממצאים דומים נמצאו בקרב חולות סרטן שד (Avis & Deiming, 2008; Cordova, Giese-Davis, Golant et al., 2003; Ganz, Greendale, Petersen et al., 2003; Kroenke, Rosner, Cohen et al., 2004; Redeker, Lev & Ruggiero, 2000). בנוסף לכך, נמצא, כי חולות סרטן שד צעירות מדווחות על איכות חיים גרועה יותר, בהשוואה לחולות המבוגרות, בעיקר מבחינת הדרישות החברתיות והרגשיות (Cimprich, Ronis & Martinez-Ramos, 2002; Kroenke, Kubzansky, Schernhammer et al., 2004; Sammarco, 2001; 2009).

נלסון ועמיתיו (Nelson, Weinberger, Balk et al., 2009) בחנו 716 גברים חולי סרטן הערמונית בגילאים 50-93 ומצאו, כי גיל קשור פחות למצוקה רגשית ולחרדה ולאיכות חיים טובה יותר. כלומר, ככל שהחולים היו זקנים יותר רמות המצוקה שלהם היו נמוכות יותר ואיכות החיים טובה יותר. נתונים אלה נשארו בעינם גם לאחר בקרת משתני שלב המחלה, סוג הטיפול, זמן מהאבחון ותפקוד גופני וסוציאלי. נמצא, כי החולים הזקנים מתמודדים ביעילות רבה עם מחלת הסרטן, אך עדיין נאבקים בדיכאון ובחרדה.

חוקרים נתנו הסברים שונים לכך, שבדרך כלל חולי סרטן זקנים חווים מצוקה רגשית נמוכה יותר בהשוואה לחולי סרטן צעירים. הסברים אלה נחלקים לארבע קבוצות לפי:

1. אופי הטיפול שזקנים מקבלים בהשוואה לצעירים;
2. התפקידים החברתיים של החולים הזקנים;
3. הסברים השאובים מתחום הפסיכולוגיה של הזיקנה;
4. הסברים הקשורים לבעיות מתודולוגיות ולמכשולים בהערכת מצוקה פסיכולוגית בקרב חולי סרטן זקנים.

נסקור עתה הסברים אלה:

1. אופי הטיפול שהזקנים מקבלים בהשוואה לצעירים: מספר ניכר של מחקרים מצביעים, כי חולי סרטן מבוגרים נוטים להיות בעלי גידולים פחות אגרסיביים ובדרגה נמוכה יותר וככל שהחולים מבוגרים יותר הם מקבלים פחות טיפולים (Hanson & Muss, 2010). במחקר שנערך בקרב 216 חולות סרטן שד בגילאי 75 ומעלה, בשלבים ראשוניים, הנמצאות במעקב במרפאה אונקולוגית, נמצאו הבדלים בין טיפולים שניתנו לנשים בגילאים 75-79 בהשוואה לנשים בגילאי 80 ומעלה. נשים מעל גיל 80 קיבלו פחות טיפולים ופחות טיפולים משולבים (Hurria, Leung, Trainor et al., 2003). על אף שבמהלך השנים פותחו כלים להבין ולכמת את התועלת של הכימותרפיה בחולי סרטן (Ravdin, Cronin, Howlader et al., 2007), עדיין אין כלים לאפיין ולהעריך את הסיכונים של טיפולים כימותרפיים על חולי סרטן זקנים (Hurria, Togawa, Mohile et al., 2011).

גם מצבם הגופני והבריאותי של חולי הסרטן הזקנים יכול להשפיע על המצוקה הרגשית. במחקר שנערך בקרב 245 חולי סרטן בני 65 ומעלה, 41% מהחולים דיווחו על מצוקה רגשית. נמצא קשר בין מצוקה רגשית גבוהה, תפקוד גופני ירוד, ראייה לקויה, חוסר יכולת להשלים את שאלון המחקר לבד ומשך זמן מילוי שאלון המחקר. בניתוח רגרסיה נמצא, כי תפקוד גופני ירוד היה המנבא המשמעותי ביותר למצוקה רגשית (Hurria, Li, Hansen et al., 2009). קיימים היבטים נורמטיביים של הזדקנות, המשפיעים על חולי סרטן, כגון: זמן החלמה ארוך יותר, מערכת חיסונית ותפקוד קוגניטיבי (Balducci, 2007; Given, Given, 2000). קיימת עלייה מובהקת של תחלואה ומחלות רקע בגיל המבוגר (Cohen, 2006; Lubkin & Larsen, 2006), העלולות להחמיר את השפעות מחלת הסרטן ואת רמות המצוקה הרגשית (Cohen, 2006; Garnam, Pieper, Seo et al., 2003; Hewitt, 2001). (Rowland & Yancik, 2003; Repetto, Comandini & Mammoliti, 2001).

2. תפקידים חברתיים: הסיבה השנייה, שחולי סרטן זקנים חווים מצוקה רגשית נמוכה יותר היא, כי הם נושאים בפחות תפקידים משפחתיים וחברתיים, שעלולים

להוות גורמי דחק, כגון: טיפול בילדים קטנים, לימודים, טיפול בהורים זקנים, פרנסת המשפחה (Downe-Wamboldt, Butler & Coulter, 2006). עם זאת, חלק מחולי סרטן זקנים מתמודדים עם טיפול בכך זוג חולה או שאיבדו בני משפחה קרובים, היכולים לשמש תמיכה עבורם (Bould, 2005). השינויים במבנה החברתי בזיקנה (מות בן זוג, אבדן חברים ועבודה), עלולים להוביל לבידוד חברתי, המכביד על החולה הזקן ומפחית את הסיוע והתמיכה שהוא מקבל (Hurria et al., 2009). כמו כן, הציפיות מהחיים משתנות במעגל החיים, לחולי סרטן צעירים יש ציפיות גבוהות מהניתוח ומהטיפול, הם חשים שיש להם יותר מה לאבד בהשוואה לחולים זקנים (Kornblith et al., 2007; Wilson, Schoen, Neuman et al., 2006). זקנים מיומנים יותר בהתמודדות עם משברים בריאותיים והם תופסים את המוות וההתמודדות עמו באופן שונה מצעירים, הגורם להם פחות מצוקה רגשית (Kornblith, Powell, Regan et al., 2007).

3. הפסיכולוגיה של הזיקנה: הסבר זה מתבסס על הגישה, שחשיפה לאירועי דחק לאורך החיים יוצרת חוסן נפשי, המגן מפני השפעה שלילית של טראומת הזיקנה (Barrett & Bliss-Moreau, 2009; Salsman, Segerstorm, Brechting et al., 2009). ניסיון חיים ודפוסי התמודדות והסתגלות שהפרט סיגל לעצמו לאורך חייו משפיעים על תפקודו במצבי חירום (Trouillet, Gana, Lourel et al., 2009), מסייעים לו בהתמודדות יעילה עם מצבים אלה ובהתגברות על מצבי לחץ (Pearlin & Skaff, 1995). מנגד, ניתן לטעון, כי החשיפה החוזרת יכולה ליצור גם הצטברות של לחצים, לגרום לשחיקת משאבים ולהיווצרות רמת פגיעות גבוהה, המקשה על ההתמודדות (Salsman et al., 2009). קיימים מחקרים, שכללו כמה קבוצות גיל של חולי סרטן, המוכיחים, כי ככל שהאדם צעיר יותר, כך הוא פגיע יותר לסבול ממצוקה רגשית הקשורה בסרטן (King, Kenny, Shiell et al., 2000; Stanton & Snider, 1993; Vinokur, Threath, Vinokur-Kaplan et al., 1990).

4. בעיות מתודולוגיות וקשיים בהערכה: חוקרים טוענים, שרמות המצוקה הנמוכות יותר המדווחות על ידי חולי סרטן זקנים נובעות, לעתים, לא מעצם חוויית המצוקה, אלא משום אנשים מבוגרים נוטים לדווח פחות על דיכאון ולפנות פחות לעזרה נפשית, גם כאשר הם חווים מצוקה רגשית (Blazer, 1993; Mosher & Dannff-Burg, 2005). בנוסף לכך, אנשים מבוגרים נוטים יותר לחוות דיכאון באמצעות תחושות פיזיות, כגון: תשישות, חוסר אנרגיה, כאבים ובעיות שינה (Blazer, 2003). במחקר שנערך בקרב 70 חולות סרטן שד בגילאים 32-83, לאחר כשנה עד שלוש שנים מסיום הטיפול, מצוקה רגשית נמצאה במתאם עם תשישות ובעיות שינה (Banthia, Malcarne, Ko et al., 2009). מרבית המחקרים שבחנו תחום זה נערכו על חולי סרטן צעירים וקיים מחסור בידע אמפירי על אודות חולי סרטן זקנים.

תשישות

תשישות היא אחד הסימפטומים המרכזיים המדווחים על ידי חולי סרטן בכלל וזקנים בפרט (Cella, Davis, Breitbart et al., 2001; Curt, Breitbart, Cella et al., 2000; Hofman, Ryan, Figueroa-Moseley et al., 2007; Lawrence, Kupelinck, Miller et al., 2004). בקרב חולי סרטן תשישות מוגדרת כתחושה מתמדת של חוסר אנרגיה וחולשה. היא שונה מתחושות זמניות של תשישות, שאדם בריא חווה, אינה קשורה לפעילות או למאמץ; מנוחה ושינה לא מביאים בהכרח להפוגה בה (Barsevick, Whitmer & Walker, 2001; Mendoza, Laudico, Wang et al., 2010; Ryan, Carroll, Ryan et al., 2007). תשישות בקרב חולי סרטן היא גורם דחק משמעותי הקשור לתפקוד רגשי, פיזי, קוגניטיבי ולאיכות חיים ירודה יותר לאורך זמן (Hofman et al., 2007; Jean-Pierre, Figueroa-Moseley, Kohli et al., 2007) והיא שכיחה ביותר. מחקרים מדווחים על רמות של תשישות בין 40% ל-90%, תלוי בסוג הסרטן, בשלב המחלה ובאופן המדידה (Cella, et al., 2001; Curt et al., 2000; Hofman et al., 2007; Lawrence et al., 2004). במחקר עדכני שערכו מנדוזה ועמיתיו (Mendonza et al., 2010) בקרב 206 חולי סרטן, 65% מהם בשלבי מחלה IV-III וכמעט 90% מהמשתתפים קיבלו טיפולים במהלך המחקר. נמצא, כי 49% מהחולים דיווחו על רמת תשישות מתונה, 34% דיווחו על רמת תשישות בינונית ו-17% דיווחו על רמת תשישות חמורה.

בקרוב חולי סרטן זקנים, מחקרים מדווחים על סימפטומים של תשישות ביותר מ-50% מהנבדקים, תופעה הממשיכה גם בזמן ההחלמה ומשפיעה משמעותית על איכות חייו של החולה (Luciani, Jacobsen, Extermann et al., 2008; Portenoy, 2000). במחקר שנערך בקרב 190 חולי סרטן זקנים (גיל ממוצע 88) דווח על שיעור של כ-40% תשישות בינונית ו-7% תשישות חמורה. בנוסף לכך, תשישות ודיכאון נמצאו במתאם (Liao & Ferrell, 2000). במחקר שנערך בקרב 1,219 חולות סרטן שד בנות 50 ומעלה, שזה עתה אובחנו, נמצא, כי הסימפטום שהנשים דיווחו עליו בשיעור הגבוה ביותר היה תשישות, בהשוואה לגלי חום, בחילות וכאבים. כמו כן, נמצא, כי נשים מבוגרות יותר דיווחו על עצמה נמוכה יותר של סימפטומים (Yoon, Malin, Tao et al., 2008). במחקר שבחן 214 חולי סרטן בני 70 ומעלה, דווח על שיעור של כ-81% תשישות בקרב החולים. כמו כן, נמצא, כי תשישות משפיעה על תפקוד ועצמאות הקשישים. מסקנת החוקרים, כי תשישות היא בעיה כרונית עבור חולי סרטן זקנים וקשורה גם לבעיות תפקודיות (Luciani et al., 2008).

היבטים נוספים היכולים להשפיע על רמות התשישות בקרב חולי סרטן זקנים קשורים למצבם הבריאותי. חולי סרטן זקנים רבים סובלים ממחלות נוספות או נוטלים תרופות, עובדה העשויה להשפיע על שכיחות ועצמת התשישות בנוסף למחלת הסרטן. מחקר שבדק כאבים, תשישות ונדרודי שינה בקרב 867 חולי סרטן (מעיי הגס, ריאה, שד וערמונית), בני 56

ומעלה, מזמן האבחון ובמעקב במהלך השנה הראשונה שבה אובחנו, מצא, כי גיל מבוגר לא היה קשור לעלייה בסימפטומים של כאבים, תשישות ונרדרי שינה. הזמן המשמעותי ביותר, שבו נצפו השפעות של הטיפולים הכימותרפיים או הרדיותרפיים על הסימפטומים, הוא כ-12 עד 16 שבועות מאז אבחון המחלה. 93% מהמשתתפים דיווחו על מחלה נוספת, פרט לסרטן; 27% דיווחו על יותר מארבע מחלות (מחלות לב, פרקים, לחץ דם, מחלות ריאה כרוניות) (Kozachik & Bandeen-Roche, 2008). במחקר נוסף, בקרב 120 חולי סרטן בני 65 ומעלה, שרובם היו בשלבים הראשוניים של המחלה וכמחציתם עברו ניתוחים ו/או קיבלו כימותרפיה, עלה, כי 62.5% דיווחו על תשישות, 47.3% היו בעלי מחלה כרונית אחת, מחלות שכיחות: לחץ דם גבוה (58.2%), סוכרת (20%), בעיות לב (6.4%) (Cheng & Lee, 2011).

מאפייני התשישות שונים מאדם לאדם ומושפעים אובייקטיבית מהטיפולים, מסוג המחלה, ממיקום הגידול ומשלב התפתחות המחלה (Mendoza et al., 2010). עם זאת, זוהו מספר גורמים לתשישות, הקשורים למחלה ולטיפולים: חלקם פיזיים, כמו כאבים, תגובות הורמונליות, גלי חום, תופעות לוואי לטיפול תרופתי, אבדן מסת שריר, שינויים בפעילות נוירורנסמיטרים (Fan, Houédé-Tchen, Yi et al., 2005; Littlewood, Kallich, San, 2008; Miguel et al., 2006; Parker, Bliwise, Ribeiro et al., 2008), וחלקם קשורים לאורח חיים, כמו פעילות גופנית ותזונה לקויה (Nail, 2002). תשישות היא אחד הסימפטומים השכיחים בקרב אנשים הסובלים מאנמיה ושכיחה במיוחד בקרב חולי סרטן בני 65 ומעלה (Ludwig, Wedding & Van Belle, 2012). נמצא גם, כי תשישות משפיעה על איכות חיים נמוכה יותר בקרב חולים הסובלים מאנמיה (Curt, 2000) וכי התשישות מאנמיה עלולה להוביל חולים זקנים לרגרסיה בתפקוד היומי, לנפילות ולשברים (Penninx, Cohn, Woodman, 2007). בנוסף לכך, אנמיה יכולה לגרום לעיכוב במתן הטיפולים, כך שהיא משפיעה על ניהול המחלה ועל חיי החולה (Balducci & Carreca, 2003; Liao & Ferrell, 2000).

השינויים הפיזיולוגיים בזיקנה יכולים אף הם להשפיע על רמות התשישות בקרב חולי סרטן, למשל: ירידה משמעותית בשרירים ובכוח, אנמיה כחלק מהמחלה או כתופעה לוואי מהכימותרפיה, מטבוליזם איטי, בעיות תזונה והזנה, בעיות הקשורות באופן ישיר לגידול, תופעות לוואי מהניתוח או מהטיפולים, קשר לסימפטומים אחרים, כמו כאב והפרעות שינה (Glaspy, 2001; Rao, Seo & Cohen, 2004), כל אלה עלולים לגרום לתשישות. גם ירידה בניידות ובפעילות גופנית עשויה לגרום לתשישות. ממצא זה נמצא במחקר שנערך בקרב 440 חולי סרטן בני 65 ומעלה (Luctkar-Flude, Groll, Woodend et al., 2009).

התמורות הפסיכולוגיות של גיל הזיקנה עלולות גם הן להשפיע על רמות התשישות, על פחדים וחרדות ועל הפרעות שינה (Mock, Atkinson, Barsevick et al., 2000; Morrow).

Andrews, Hickok et al., 2002; Mustian, Morrow, Carroll et al., 2007; Ryan et al., 2004; Simeit, Deck & Conta-Marx, 2007). במחקר שנעשה בקרב 1,593 חולי סרטן, 25% דיווחו על תשישות ממושכת ו-37% על בעיות פסיכולוגיות. מתוך 399 החולים שדיווחו על תשישות, 70% היו עם בעיות פסיכולוגיות (Hickie, Hooker, Hadzi-Pavlovic et al., 1996).

ירידה קוגניטיבית בעקבות הטיפולים הכימיים

מעל 75% מחולי סרטן בכל הגילאים, המקבלים טיפולים כימיים, מתלוננים על קשיים קוגניטיביים (למשל, בעיות זיכרון, ריכוז וביצוע משימות מנטליות) במהלך הטיפול ואף אחריו. עבור כ-35% מהחולים, הקשיים הקוגניטיביים נמשכים שנים לאחר הטיפול (Brezden, al., 2009; Janelins, Roscoe, Jean-Pierre et al., 2009; Phillips, Abdoell et al., 2000). קשיים קוגניטיביים משפיעים על איכות החיים של החולים (Anderson, Logsdon, Hochhalter et al., 2009; Laditka, Beard, Bryant et al., 2009). הסיבות לתלונות הקוגניטיביות אינן ברורות לחלוטין (Jenelsins et al., 2009). גורמים אפשריים הם תהליכי דלקת והשפעות של החומרים הכימיים על המוח, או גורמים של דיכאון ותשישות (Jenelsins, Kohli, Mohile et al., 2011).

הבעיה של ירידה קוגניטיבית סבוכה עוד יותר בקרב חולי סרטן זקנים. חלקם מגיעים לטיפול כבר עם רמות שונות של פגיעה בתפקודים הקוגניטיביים, אף אם לא מדובר במצב של דמנציה. עם זאת, הממצאים על אודות השפעת הטיפולים הכימותרפיים על התפקודים הקוגניטיביים בקרב זקנים עדיין ראשוניים (Jenelsins, 2011). במחקר אורך, 64% מחולות סרטן השד התלוננו על ירידה בזיכרון ובריכוז לאחר שישה חודשים מסיום הטיפול (Hurria, Goldfarb, Rosen et al., 2006). מחקרים אחרים הראו תוצאות סותרות, כאשר חלקם מצביע על היעדר הבדלים ברמות התפקוד, כפי שנבדקו על ידי מבחן המיני מנטל לפני ואחרי טיפולים כימותרפיים והורמונליים (Jansen, Miaskowski, Dodd et al., 2005). וחלקם הראה ירידה מסוימת (Jenelsins, 2011). המחקרים גם מצביעים על כך, ששיעור גבוה למדי של חולי סרטן מקבלים ציונים נמוכים במבחנים הקוגניטיביים עוד לפני תחילת הטיפולים (ראו סקירה 2011, Jenelsins).

כאב

בקרב חולי סרטן, כאב הוא אחד הסימפטומים המאיימים והמכבידים ביותר (Pignon, Fernandez, Ayasso et al., 2004; Puts, Versloot, Muller et al., 2004; Rietman, Dijkstra, Debreczeni et al., 2004), המופיע בשכיחות של 24%-60% בקרב חולי סרטן באופן כללי ו-62%-86% בקרב חולי סרטן בשלבים מתקדמים (Bradley, Davis & Chow, 2005; Hwang, al., 2004).

נמצא כי 59% מהחולים התלוננו על כאב במהלך הטיפול, 33% דיווחו על כאב לאחר טיפולים ו-64% מהחולים התלוננו על כאב בשלבים מתקדמים או סופניים (Beuken-van Everdingen, De Rijke, Kessels et al., 2007). סבל מכאב עלול לעכב את אבחון המחלה, להשפיע על קצב ההחלמה, להעלות את המצוקה הרגשית ולפגוע באיכות החיים (Goudas, Bloch, Gialeli-Goudas et al., 2005).

כאב יכול לנבוע מפגיעה ישירה של הגידול על איברים בגוף, כתוצאה מגרורות, מהניתוחים שעברו וכתופעת לוואי של סוגי הטיפולים. את הכאב ניתן לחלק לשניים לפי מנגנון הפגיעה: כאב עצבי – הנגרם לרוב בשל טיפולים או ניתוח וגורם לשינוי סנסורי; כאב נוציספטיבי – הנובע מפגיעה ברקמה, כתוצאה מהגידול, מהניתוח או מדלקת (Christo & Mazloomdoost, 2008).

מחקרים אודות כאב סרטני בגיל זיקנה מעלים ממצאים סותרים ואי-בהירות. במחקר-על לא נמצאו הבדלים בין צעירים לזקנים בעצמת רמות הכאב המדווחות (Beuken-van Everdingen et al., 2007). עם זאת, קיימים מחקרים המציעים, כי זקנים רגישים יותר לכאב חמור (Kung, Gibson & Helme, 2000). לא ברורות הסיבות להבדלי הגיל (Gibson & Farrell, 2004), אך ייתכנו הבדלים מבניים, ביוכימיים, במערכת העצבים המרכזית, המתרחשים בזיקנה (Campisi & Yaswen, 2009). במחקר ארוך-טווח בקרב 321 חולי סרטן זקנים, חולי סרטן שד, ערמונית ומעי גס נמצא, כי כאב, רמת אנרגיה וחולשה, שדווחו על ידי החולים הזקנים, היו קשורים יותר לגיל מאשר למשתני המחלה. גם מחלת הסרטן וגם הגיל תרמו לכאב ולתשישות של החולים, אך לגיל הייתה השפעה רבה יותר (Deimling, Bowman & Wagner, 2007). סרטן בשלבים מתקדמים מאופיין במוגבלות רבה יותר, בירידה באקטיביות ובכאבים כרוניים. מחקר שבחן תפקוד פיזי בקרב 826 חולי סרטן זקנים, בשלבים מתקדמים, מרגיש את הקשר בין כאב לחולשה. כאב, בנוסף לתשישות ולנודודי שינה באופן עקבי, השפיע משמעותית על חולשה ותפקוד (Given et al., 2000). עם זאת, מחקרים לגבי יעילות המורפיום מראים תוצאות דומות ואף טובות יותר בקרב חולי סרטן זקנים (Menten, Desmedt, Lossignol et al., 2002).

מחסומים רבים, חלקם קשורים בגילנות, מקשים על ניהול יעיל של כאב בחולי סרטן זקנים. חולי סרטן זקנים רבים ובני משפחותיהם מצפים לכאב כחלק מההזדקנות או המחלה, הם לא מדווחים לצוות הרפואי על הכאב, כי הם סבורים שהצוות עסוק מדי או כי הם חוששים להיתפס כמטופלים מטרידים. מחסומים נוספים כוללים ידע ותפיסות מוטעות לגבי אפשרויות הטיפול וחשש מהתמכרות לטיפול התרופתי. ההשלכות של כאב כרוני הן רבות וביניהן עלייה ברמת הדיכאון והפחתת תחושת התקווה (Maxwell, 2000). לדוגמה,

מחקר שבחן חולי סרטן בשלבים מתקדמים, כשנה מהאבחון, בגילאים 40-60 ו-60-80, מצא, שהחולים הזקנים היו בסבירות נמוכה יותר לדווח על כאבים חמורים או לקבל מרשמי תרופות אופיואידיות (משככי כאבים opioids) (Rose, O'Toole, Einstadter et al., 2008).

טיפול רפואי בחולי סרטן קשישים

בדרך כלל, הטיפולים הניתנים במקרים של גידולים מוצקים הם ניתוח, לעתים קרובות טיפול משלים באמצעות כימותרפיה והקרנות ובמקרים מסוימים טיפולים הורמונליים או ביולוגיים. בסרטן הדם והלימפה הטיפולים המקובלים הם כימותרפיה, טיפולי הקרנות ובמקרים מסוימים השתלת מח עצם.

בעבר הייתה נפוצה הגישה, אשר עדיין נפוצה במקרים רבים בהווה (Van Leeuwen, Rosenkranz, Lei-Fang et al., 2011), שלאור השבריריות הגופנית המאפיינת את גיל הזיקנה, קיומן של מחלות רקע והמהלך הביולוגי השונה של חלק מהגידולים, חולי סרטן זקנים לא יכולים לעמוד בסוגים השונים של הטיפולים (Balducci, Colloca, Cesari et al., 2010). על כן, הגישה המקובלת הייתה, שלא לתת את הטיפול הכימותרפי והקרינתי המיטבי לשם ריפוי, כפי שניתן לאנשים צעירים יותר (Bouchardy, Rapiti, Blagojevic et al., 2007). עדויות מחקריות עדכניות מצביעות, שאף בני 80 ומעלה יכולים להרוויח מניתוח וגם מהטיפולים הנלווים (Van Leeuwen et al., 2011). יתרה מכך, בלדוצ'י, אונקו-גריאטר מנוסה, טוען, כי מרבית החולים הזקנים מרוויחים מהטיפולים האונקולוגיים כמו הצעירים מהם ורבים גם יכולים לעמוד ברמות הטיפול הנדרשות להבטחת ריפוי מיטבי ולכן אין למנוע מהם את הטיפול (Balducci, 2007). למרות זאת, רבים מהחולים הזקנים עדיין אינם מקבלים את הטיפול המיטבי לשם ריפוי. לדוגמה, במחקר שבו נבחנו 49,616 חולות סרטן שד, בשלבים מוקדמים של המחלה, כולן מעל גיל 67, השוו חולות בגילאים 67-79 וחולות בנות 80 ומעלה. נמצא, כי מאפייני הגידול היו דומים בגילאים אלה, אולם 26% מהחולות בנות ה-80 ומעלה לא קיבלו טיפול כימי משלים, בהשוואה ל-6% מהחולות בגילאים 69-79, דבר אשר יכול להקטין את סיכויי הישרדותן (Schonberg, Marcantonio, Li et al., 2010).

חשוב לשקול לגבי כל חולה באופן פרטני את היחס בין התועלת שהוא יכול להפיק מהטיפולים, בעיקר מניתוחים ומטיפולים כימיים, לבין הסיכונים הכרוכים בטיפולים אלה (Balducci, 2007). יישום שיקולים אלה בהתייחס לחולי סרטן זקנים הוא מורכב יותר, בשל השונות הגדולה במצבם הרפואי והתפקודי של אנשים זקנים, בתוחלת החיים שלהם

וביכולתם לעמוד בטיפולים הכימיים. לטיפולים האונקולוגיים, בעיקר כימיים, יש השלכות כבדות ולעתים בלתי הפיכות בגיל זיקנה. בעיקר ניתן למנות פגיעה בשריר הלב, במערכת העצבים הפריפרית והמרכזית, בייצור תאי דם לבנים וכיבים דלקתיים (Balducci et al., 2010). בעשור האחרון גדלה המודעות בצורך לבצע הערכה גריאטרית, המשולבת בהערכה אונקולוגית, של אנשים זקנים המאובחנים עם סרטן, על מנת לקבוע את הטיפול המתאים לכל אחד באופן אישי. ההערכה המקיפה מאפשרת להעריך את תוחלת החיים ואת העמידות לטיפול, זאת בהתחשב במצב התפקודי, במחלות רקע, במצב התזונתי, בריבוי תרופות, כמו גם במצב הקוגניטיבי והנפשי ובמערכות התמיכה של החולה (Balducci & Carreca, 2003). בהתאם, גם הטיפול הניתן לחולי סרטן זקנים מותאם להשלכות הגיל, וכולל הפחתה של רמות הכימותרפיה לחולים זקנים, הנמצאים בסיכון מבחינת השלכות הטיפול הכימי, וכן מתן טיפול תומך, הכולל התייחסות למכלול הבעיות המתעוררות כתוצאה מהטיפול, כמו תזונה לקויה, ריבוי תרופות, זיהוי וטיפול בבעיות של אנמיה, בכאבים, ועוד (Balducci et al., 2010). הטיפול התומך צריך לכלול התייחסות לסימפטומים נפשיים ותמיכה נפשית ורוחנית לחולה ולבני המשפחה, כפי שיורחב בהמשך.

תקשורת רופא-חולה

התקשורת בין הרופא והחולה היא גורם משמעותי בהתמודדות עם מחלת הסרטן (Baile & Aaron, 2005). הרופא מהווה משאב חשוב, המספק לחולה מידע על אודות המחלה, עידוד ותקווה (Greene & Adelman, 2003). התקשורת משפיעה על איכות החיים של החולה, על שביעות הרצון מהטיפול ועל תוצאותיו ומהווה מרחב לדיאלוג על אפשרויות הטיפול והדאגות השונות (Repetto, Piselli, Raffaele et al., 2009). תקשורת יעילה אפשרית כאשר לרופא יש מיומנויות בין-אישיות, נרכשות ונלמדות, ודרגת הקרבה במפגש בינו לבין החולה היא דינמית ומשתנה בהתאם למצבו הרפואי של החולה, צרכיו, ציפיותיו ורגישותו של הרופא (Baile & Aaron, 2005).

תקשורת יעילה בין חולי סרטן זקנים לרופאים המטפלים בהם מאפשרת תגובה רגשית טובה יותר כלפי האבחנה, תהליך ההתמודדות והטיפולים. התקשורת כוללת נושאים מהותיים של קבלת החלטות ושיתוף בני המשפחה (Repetto, Piselli, Raffaele & Locatelli, 2009). מספר מחקרים מצביעים, כי תקשורת יעילה מפחיתה סימפטומים דיכאוניים ומצוקה רגשית ומשפרת את ההתמודדות עם הטיפולים (Baile & Buckman, 2002; Maynard & Lutfey, 1998; Repetto, Piselli, Raffaele & Locatelli, 2009).

בעשורים האחרונים השתנתה גישת הרופאים כלפי החולים – מעמדה פטרונית לעמדה יותר דמוקרטית, המשתפת את החולה בקבלת החלטות ודוגלת באמירת האמת (Grassi, 2004; Giralaldi, Messina et al., 2000; Surbone, Ritossa & Spagnolo, 2004). עם זאת, בכל הקשור לחולים זקנים, עדיין רופאים רבים אינם מיישמים גישה זו ולא רואים בחולים שותפים פעילים לקבלת פרטים על המחלה, כפי שהיו נוהגים עם חולים צעירים (Chouliariz et al., 2004). על אף שכ-60% מחולי הסרטן היו רוצים לדעת את סיכויי ההחלמה שלהם ויותר מ-72% את האבחנה, בפועל נמצא, שפחות מ-50% מהרופאים מציעים מידע עדכני ואישי לחולים (Maynard & Lutfey, 1998).

תקשורת עם החולה ומתן מידע על המחלה ועל אפשרויות הטיפול משמעותיים כדי לתת לחולה תחושת שליטה בתקופה בה מורכבת בחייו ולסייע לו בהסתגלות הפסיכולוגית למצבו (Silliman, Dukes, Sullivan et al., 2000). במחקר בקרב 214 חולים במחלות קשות במצב סופני (כולל סרטן), בני 60 ומעלה, 46% מהחולים דיווחו שהרופא אמר להם בצורה מעורפלת, כי הם עלולים למות, ולא היה דיון בנושא; 23% מהחולים אמרו שהרופא דיווח להם על המוות הקרב. מחצית מהחולים (50%) חשבו, שיש להם מעל חמש שנים לחיות לא רצו לדון בסיכויי ההחלמה, אך רוב (83%) החולים, שחשבו שיש להם פחות משנה לחיות, כן רצו לשוחח על כך עם הרופא. הממצא העיקרי במחקר היה הפער בין תפיסתו של הרופא, שחשב שהוא דן באבחנה, לבין החולה ובני המשפחה אשר סברו שהרופא לא דן עמם באבחנה ובמשמעותה (Fried, Bradley & O'Leary, 2003). ייתכן, שלעתים הרופאים אינם חשים בנוח עם האבחנה, בעיקר כאשר היא סופנית (Christakis & Iwashyna, 1998) ולכן לא מספקים לחולה את המידע המלא (Lamont & Christakis, 2001) או אף לא מספקים מידע כלל (Bradley, Hallemeier, Fried et al., 2001). גם החולים עצמם לא תמיד מעוניינים לקבל מידע מלא בפגישה עם הרופא (Leydon, Boulton, Moynuhan et al., 2000). קיים מתח מתמיד בין הרצון לקבל מידע ולדעת את האמת לבין הרצון לא לקבל בשורות קשות (Fried, Bradley & O'Leary, 2003). ממצאי מחקר הצביעו, כי כ-100% מהנשאלים ענו, כי היו רוצים שהרופא יהיה כנה איתם, אך 91% ציינו, כי חשוב להם שהרופא יהיה אופטימי (Kutner, Steiner, Corbett et al., 1999). מכל מקום, ברור שהרופא צריך להיות רגיש, אופטימי ולהבין שהחולה עובר תהליך להפנמת הבשורה המרה והמידע הקשה (Ptacek & Eberhardt, 1996).

בנוסף לכך, ממחקרים שונים עולה, שאופן מתן המידע משתנה בהתאם להיבטים דמוגרפיים, כגון: גיל, מוצא אתני, השכלה, הכנסה, מיקום גיאוגרפי ותרבות (Dein, 2004; Costantini, Morasso, Montella et al., 2006; Hagerty, Butow, Ellis et al., 2005; Siminoff, Graham & Gordon, 2006). נמצא כי חולי סרטן צעירים יותר, נשים, חולים בעלי השכלה

והכנסה גבוהה מקבלים מידע רב יותר בהשוואה לחולים מבוגרים, גברים, בעלי השכלה והכנסה נמוכה (Jenkin, Fallowfield & Saul, 2001; Repetto, Piselli, Raffaele & Locatelli, 2009). מכיוון שרבים מהחולים הזקנים הם בעלי רמות השכלה והכנסה נמוכים מהצעירים, הם בעיקר מצויים בסיכון לקבלת מידע פחות מפורט ויש להם פחות אפשרויות לשאול שאלות ולקבל עליהן מענה מקיף.

התקשורת בין רופאים לחולי סרטן זקנים שונה מזו של חולי סרטן צעירים (Adelman, Greene & Ory, 2000). חולים זקנים רבים מגיעים לייעוץ הרפואי כאשר הם מלווים באדם נוסף – בן זוג, ילדים או קרובי משפחה אחרים (Surbone, Kagawa-Singer, Terret et al, 2007). לעתים קרובות, חולי סרטן זקנים מעדיפים להיות פחות מעורבים באופן אקטיבי בקבלת ההחלטות הנוגעות למחלה ומעדיפים להאציל סמכויות לבני משפחתם (Greene & Repetto, 2005). במחקר שבחן 622 חולי סרטן בגילאי 65 ומעלה, בשלבים שונים של המחלה, נמצא, כי 79.1% מחולי הסרטן הזקנים העדיפו שבן משפחה יהיה נוכח בייעוץ האונקולוגי (Repetto, Piselli, Raffaele & Locatelli, 2009).

המחקרים בנושא התקשורת בין הרופא לחולה התמקדו בעיקר במתן הבשורה, אך לא ידוע האם לחולי סרטן זקנים יש צרכים שונים בקבלת הבשורה (Greene & Adelman, 2003). לפי מחקר אחד, חולי סרטן זקנים רוצים פחות לדעת את האבחנה בהשוואה לחולי סרטן צעירים (Maguire, 1999), אך מחקר אחר טוען, כי חולי סרטן זקנים כן מעוניינים בקבלת מידע, אך לא מעוניינים להיות פעילים בקבלת החלטות הנוגעות לטיפולים (Van Der Molen, 1999). מחקרים אחרים מראים, כי שליש מהחולים הזקנים בלבד היו מעדיפים להיות לבר עם הרופא בעת קבלת האבחנה (Butow, Kazemi, Beeney et al., 1996). במחקר שנערך בקהילה, 88% מהזקנים ענו, כי הם מעוניינים שהרופא יספר להם אם יחלו בסרטן (Ajaj, Singh & Abdulla, 2001).

תקשורת בין הרופאים לחולי סרטן זקנים עלולה להיות מורכבת עקב פערים בסגנון, בניסוח מושגים, בקצב הדיבור ובמהירותו. התקשורת בין הרופא לחולה המבוגר צריכה להיות מותאמת לצרכיו של החולה המבוגר. לדוגמה: מאחר שלחלק מהזקנים יש ירידה בשמיעה, הרופא צריך להתאים את טון הדיבור שלו ליכולת השמיעה שלהם, לשמור על קשר עין ולוודא שהחולה אכן הבין את דבריו (Greene & Adelman, 2003).

דרכי התערבות וסיוע פסיכו-סוציאלי

אף שרבות נכתב על טיפול פסיכו-סוציאלי בחולי סרטן, החומר המתייחס ישירות לטיפול בחולי סרטן זקנים הוא דל ביותר. למעשה, דרכי ההתערבות עם חולי סרטן זקנים לא אמורות להיות שונות מאלה של חולים צעירים, אף בכל זאת ישנם הדגשים שונים בהערכה, ביצירת קשר ובטיפול. נתמקד עתה בהדגשים השונים בחולי הסרטן הזקנים בהתייחס להתערבויות אלו:

1. התערבות לחיזוק מערכות התמיכה החברתית והמשפחתית;
2. התערבות קוגניטיבית-התנהגותית;
3. התערבות ליצירת משמעות וסליחה.

1. התערבות לחיזוק מערכות התמיכה החברתית והמשפחתית: תמיכה חברתית היא משאב חיוני לסיוע לחולי הסרטן בהתמודדות עם אי הוודאות, החרדות וחוסר הביטחון שהמחלה מעוררת (Usta, 2012). מחקרים מצביעים, כי תמיכה משפרת את הרווחה הנפשית והפיזית של החולים (Bowers, 2008; Carpenter, Fowler, Mawell et al., 2010; Rodin, Walsh, Zimmermann et al., 2007), מסייעת בתהליך ההתמודדות, משמשת מגן בפני חולי, מסייעת באריכות ימים, מצמצמת את שיעורי התמותה, מעלה את ההערכה העצמית ומגבירה את ההסתגלות הפסיכולוגית (Bowers, 2008; Robinson & Turner, 2003; Rodin et al., 2007). עם זאת, השפעותיה של התמיכה החברתית אינן תמיד חיוביות, בעיקר כאשר התמיכה אינה הולמת את הכמות והצורך המבוקשים (Ashida, Palmquist, Basen-Engquist et al., 2009). לדוגמה: חולה סרטן מבוגר שמקבל עזרה אינסטרומנטלית רבה מדי מדווח על איכות חיים נמוכה (Seeman, Bruce & McAvay, 1996). התמיכה העיקרית שחולי סרטן זקנים מקבלים היא מבני משפחתם. תמיכה משפחתית היא מושג מורכב ורב-ממדי (Uchino, 2004), העוסק, מצד אחד, בבני המשפחה, שהם המטפלים העיקריים ונותני התמיכה ובזמינות התמיכה שלהם, ומצד אחר בחולה, מקבל התמיכה, ובשביעות רצונו מהתמיכה (Haber, Cohen, Lucas et al., 2007). מחקרים על קבלת תמיכה בקרב חולי סרטן זקנים, בהשוואה לחולי סרטן צעירים, מעלים ממצאים סותרים. במחקר שהשווה בין 593 חולי סרטן צעירים לבין חולי סרטן זקנים, נמצא כי גיל מבוגר מקושר לירידה בתמיכה החברתית ובכך משפיע על איכות החיים של החולים (Repetto, Venturino, Vercelli et al., 1998). מחקרים נוספים מעידים על ממצאים דומים (Arora, Gustafson, Hawkins et al., 2001; Field & Minkler, 1988; Given & Given, 1989). עם זאת, בלום וקסלר (Bloom & Kessler, 1994) הראו, כי לחולות סרטן צעירות יש פחות משאבים רגשיים ותמיכה חברתית, בהשוואה לחולות סרטן בנות 60 ומעלה.

הידע לגבי תמיכה לטווח ארוך הוא מועט. מחקרים מראים, כי את רוב התמיכה הרגשית החולים מקבלים במהלך הטיפול, בהשוואה לתקופה שלאחר הטיפולים (Bloom et al., 2004). בני המשפחה והחברים סבורים, שעם סיום הטיפולים החולה הבריא וקיימת ציפייה כי הוא ישוב לתפקודיו, כפי שהיה לפני המחלה (Bloom, 2000). מחקר שבחן 101 חולי סרטן מעל גיל 65 בזמן האבחנה, וכשלושה עד שישה חודשים לאחר מכן, מצא ירידה משמעותית בתמיכה לאחר חצי שנה מקבלת האבחנה (Esbensen et al., 2007). מחקר אורך, שהשווה בין חולי סרטן שלוש חודשים לאחר האבחנה ועד שמונה שנים, לבין אנשים בריאים, מצא כי אין הבדל ברמת התמיכה בין שתי הקבוצות בטווח הקצר או הארוך וכי רמת התמיכה נותרת יציבה לאורך הזמן (Schroevers, Ranchor & Sanderman, 2006).

תמיכה זוגית היא היבט נוסף של תמיכה ויש עדות לקשר שבין איכות החיים של חולי סרטן וסיפוק ממערכת היחסים ומהתמיכה הזוגית. בן/בת הזוג הוא הראשון שאליו החולה פונה בעת משבר (Beach & Anderson, 2003). מחקרים מצביעים, כי תמיכה מצד בן/בת הזוג מקושרת לרמות נמוכות של לחץ ודיכאון מצד החולה (Manne, Ostroff & Winkel, 2005; Wimberly, Carver, Laurenceau et al., 2007). במחקרים על חולות סרטן שר נמצא, כי לבני זוגן תפקיד מרכזי בהתמודדותן (Kadmon, Woloski-Wruble, Yongqin et al., 2004). בן הזוג מהווה תומך עיקרי בשלבי הטיפול הראשוניים (Sandgren, Mullens, 2004). כמו גם אחרי תום הטיפולים (Erickson et al., 2004; Manne, Ostroff, Norton et al., 2006). כמו כן, נמצא קשר בין תמיכה רגשית מבן הזוג לאיכות החיים בקרב חולות סרטן שר לטווח הקצר והארוך (Carver et al., 2005; Tatelman, 1999).

מכיוון ששיעור גבוה בקרב חולי הסרטן הזקנים הם ללא בן זוג או שכן הזוג אינו מסוגל, עקב בעיות רפואיות וקוגניטיביות, לספק את התמיכה הנדרשת, מקור התמיכה העיקרי לחולי סרטן זקנים הוא, לעתים קרובות, הילדים הבוגרים. טיפול בהורה חולה סרטן נחשב למטלה מכבידה על דור הילדים, אשר באותה תקופה מטופל בדרך כלל בילדים משלו, בענייני פרנסה ועבודה והמשאבים האישיים הנדרשים כדי לתמוך בהורים מוגבלים (Coristine, Crooks, Grunfeld et al., 2003). מצב זה עשוי להשפיע על איכות התמיכה הנפשית שהילדים מעניקים להוריהם (Hayman, Langa, Kabeto et al., 2001; Kotkamp-Mothes, Slawinsky, Hindermann, et al., 2005). מחקר בקרב 480 מטפלים עיקריים מצא, כי רובן היו נשים, אשר קיבלו תמיכה מהממונים עליהן ומעמיתים בעבודה, אך לא מילדיהן. עומס התפקידים של טיפול בחולה, במקביל לעבודה ולטיפול בילדים, יצר לחץ מצטבר. העבודה אפשרה להן להתרענן מהטיפול ולאגור משאבים (Kim, Baker, Spillers et al., 2006). עוד נמצא, כי ילדים בגילאים 35-40, הנאלצים לטפל בהוריהם הזקנים, מדווחים על תחושת נטישה,

שחיקה ורמות סימפטומים דיכאוניים גבוהים. בנות בגילאי הביניים פגיעות במיוחד לפיתוח חרדה ודיכאון, הפוגעים באיכות חייהן ומפחיתים את זמינות ואיכות התמיכה שלהן בהורה החולה (Kotkamp-Mothes, Slawinsky, Hindermann et al., 2005).

מחקרים עדכניים מצביעים גם על חשיבות קבלת התמיכה מהנכדים (Esbensen et al., 2007). דראגסט (Drageset, 2004) מצא, כי זקנים (בגילאים 65-101), הנמצאים במוסדות ושומרים על קשר קבוע עם הנכדים, מדווחים על רמות גבוהות יותר של תמיכה ועל תחושת בדידות מעטה יותר, בהשוואה לזקנים שאינם בקשר קבוע עם הנכדים. מחקר נוסף בקרב חולי סרטן זקנים מעל גיל 65 מצא, כי תמיכה מהנכדים הייתה משמעותית מאוד עבור החולים הזקנים והעלתה את ציון איכות החיים שלהם (Esbensen et al., 2007). מחקרים אלה מדגימים את חשיבות הקשר הבין-דורי בטיפול בחולה סרטן מבוגר ואת חשיבותה של קבלת התמיכה (Esbensen et al., 2007).

מספר מחקרים בדקו את התמיכה הניתנת לחולי סרטן זקנים החיים בגפם בהשוואה לאלה החיים עם בן/בת זוג. במחקר שבו נבדקו 71 חולי סרטן מעל גיל 60, במהלך כימותרפיה, המצב המשפחתי לא השפיע על התמיכה החברתית המתקבלת. אמנם, אנשים שגרו לבד קיבלו פחות תמיכה חברתית, בהשוואה לחולים שגרו עם בן זוג, אך זה לא השפיע על תפיסת התמיכה החברתית שלהם. רוב האנשים היו מרוצים מהתמיכה שקיבלו והם קיבלו אותה בעיקר מבני משפחתם (Karakoc & Yurtsever, 2010). במחקר זה תמיכה הקשורה למתן מידע (מהלך המחלה והטיפולים, הכוונה, היזהרות, המלצות ומשוב) הייתה מהצוות הרפואי ורק במידה נמוכה מבני המשפחה. ייתכן כי הנחת המשפחה היא, כי חלק מהתופעות קשורות לתהליכי ההזדקנות הנורמטיבית ואינן קשורות במחלה. סיבה נוספת היא תרבותית; בחברות מסוימות לא מקובל לשוחח עם המטופל על מחלתו, קיים פחד להזיק לו עם המידע וחשש לצער אותו (Karakoc & Yurtsever, 2010). קיימים מחקרים אחרים המדווחים, כי זקנים החיים לבד מקבלים פחות תמיכה (Yeh & Lo, 2004). במחקר בקרב 43 חולי סרטן בגילאי 65-84, שנבדקו לפני ואחרי ניתוח, נמצא, כי חולים שהיו נשואים קיבלו יותר תמיכה בהשוואה לחולים ללא בני זוג. עוד נמצא, כי בתקופת הניתוח עצמו ניכרה עלייה בתמיכה שקיבלו החולים ללא בני הזוג, בעוד שהחולים עם בני הזוג קיבלו תמיכה כל הזמן (Lien, Lin, Kuo et al., 2009).

בנושא של שיפור מערכות התמיכה של חולי סרטן זקנים ניתן לזהות שלושה כיווני התערבות ייחודיים לחיזוק מערכות התמיכה המשפחתית:

א. חיזוק מערכות התמיכה של בני זוג וילדים בוגרים, המטפלים בחולי סרטן, צריך להיות מטרה מרכזית בטיפול הפסיכו-סוציאלי. התערבות זו צריכה לכלול סיוע לבני המשפחה להתארגן טוב יותר עם מטלות העזרה הנחוצות ולחלק באופן יעיל

את תפקידי התמיכה ביניהם. לעתים, גישות לניהול לחץ מסייעות בהפחתת המצוקה של בן המשפחה המטפל ובכך מאפשרות לו לספק תמיכה רגשית משמעותית יותר.

לדוגמה: נ. חולת סרטן בת 72, אלמנה מזה שבע שנים, עצמאית ומתגוררת בגפה. אובחנה אצלה מחלת סרטן שד בשלב II. לאור מצבה הגופני הטוב, הוחלט לאחר הניתוח להמשיך בטיפול כימי והקרנות. לנ. שתי בנות המתגוררות במרחק של כשעה נסיעה מהאם ובן המתגורר סמוך לבית האם, כולם נשואים ועם ילדים. בשיחה עם העובדת הסוציאלית, נ. מספרת שהחליטה להגיע לבד לטיפולים הכימיים, כי היא רוצה למנוע מריבות בין הילדים לגבי מי אמור ללוות אותה. היא סיפרה על יחסים מתוחים בין הילדים, שהחריפו מאז אבחון המחלה והצורך לטפל בה. נ. סיפרה, שהיא מרגישה מדוכאת ומוטרדת, פחות מהמחלה ויותר מהמתחים בין הילדים ונתנה הסכמתה לעובדת הסוציאלית להיפגש עם שלושת הילדים. בשיחה עימם עלו הקשיים שלהם למצוא זמן לכל מטלות הטיפול וניסיון להעביר אחריות ביניהם, אך עלו גם קונפליקטים ישנים שהחלו לפני שנים על רקע של קנאה ותחרות. כאשר העובדת הסוציאלית שיקפה כיצד המתחים מהעבר משפיעים על התנהלותם בהקשר למחלת האם וכיצד הדבר משפיע לרעה על הרגשתה של האם, התייחסו הילדים לאהבה הרבה ולהערכה שהם רוחשים לאימם, לרצונם לשים בצד, לעת עתה, את היריבויות הישנות ולהתמקד בטיפול באם. יחד עם העובדת הסוציאלית הם ערכו חלוקה של תפקידי התמיכה האינסטרומנטלית והרגשית באם. לטיפול הבא האם הגיעה בליווי אחת הבנות, הייתה רגועה ובמצב רוח משופר ודיווחה על שיפור בתיאבון ובשינה.

ב. חיזוק היכולת לקבלת תמיכה מבני משפחה: היבט אחר בשיפור מערכות התמיכה הוא לסייע לחולה הזקן לקבל את התמיכה המוצעת. חולי סרטן זקנים, שרבים מהם היו עצמאיים ומתפקדים לפני אבחון המחלה, לעתים קרובות, נרתעים לקבל סיוע מילדיהם. הם חוששים, שלילדים יהיה "קשה מדי" לטפל בהם בתוך עומס המטלות האישיות המוטל עליהם והם גם חוששים לאבד את עצמאותם ולהפוך לתלויים בזולת. רבים מהזקנים של היום חוו לאורך חייהם קשיים רבים, שאיתם התמודדו בהצלחה, כמו ניצולי השואה, הצליחו לבנות חיים אישיים ומשפחתיים מספקים, לפתח קריירה ולתרום לפיתוח המדינה, וקשה להם לקבל את העובדה שהם זקוקים עתה לעזרה.

לדוגמה: ש. גבר בן 81, נשוי, ניצול שואה שאיבד את משפחתו בשואה, עלה לארץ, למד הנדסה ועבד שנים רבות כמנהל בחברה מובילה בארץ. חלה לפני שנתיים בסרטן המעי הגס, עבר טיפולים כימיים וכשנה לאחר סיום הטיפולים אובחנה חזרה של המחלה והוא חזר לטיפול לקבל טיפול כימי, נחלש מאוד מהטיפולים ונזקק לעזרה בביצוע פעולות יום-יום. ש. היה מדוכא וכועס. בחדר הטיפולים, זעם על אשתו בכל פעם שניסתה לעזור לו, למשל לקום מכורסת הטיפולים, והיה נרגן וכועס כלפי הצוות. בשיחות עמו, העובדת הסוציאלית התמקדה בסיפורים על עברו, על החוזק שלו ועל היכולת שלו להתגבר על קשיים, על היותו תמיד הגורם החזק והמגן בבית ועכשיו "שבר כלי שלא שווה כלום." בעזרת השיחות, הוא הצליח בהדרגה לראות את קבלת העזרה כ"חוזק", וביכולתו להסתגל גם למצב קשה זה. בשיחות משותפות עם אשתו הוא החל בהדרגה לקבל את העזרה שלה כביטוי של אהבה ואכפתיות ולא רק כסימן המזכיר לו חולשתו. במקביל, בהתייעצות עם הצוות הרב-מקצועי, הוחלט על שינוי הטיפול כך שיפגע פחות בכוחותיו, על ייעוץ תזונתי שיחזק אותו ועל פיזיותרפיה. כל אלה, יחד עם התמיכה מאשתו, סייעו לו בשיפור איכות חייו.

ג. שיפור דפוסי התקשורת סביב מחלת הסרטן: התייחסות לדפוסי התקשורת על אודות מחלת הסרטן היא היבט נוסף בפיתוח מערכת תמיכה בחולה. נטייה רווחת של בני משפחה של חולה סרטן, הנמצא בשלב מתקדם של המחלה, היא לנסות לחסוך ממנו את המידע שהמחלה ללא ריפוי. נטייה זו חזקה במיוחד, כשמדובר בחולי סרטן זקנים (Miyata, Takahashi, Saito et al., 2005). בני המשפחה, בעיקר הילדים, תופסים את הוריהם כשברירים, כמי שלא יעמדו בבשורות הרעות, ומנסים להסתיר את המידע על היותה של מחלתם סופנית. מחקרים הצביעו, שדפוסי תקשורת אלה מגבירים את תחושת חוסר הוודאות והחרדה בקרב החולים, אשר חשים במצב לאמתו, אך ילדיהם לא מדברים איתם על כך (Elwyn, Fetters, Sasaki et al., 2002). כך נוצר "קשר שתיקה", שעל מנת לא להפר אותו, שני הצדדים נמנעים מלשוחח על הנושאים המטרידים אותם באמת, לא מאפשרים לחולה לבטא את תחושותיו, מחשבותיו ופחדיו והוא מרגיש בודד ומבודד בתוך עצמו (Zhang & Siminoff, 2003). אנשי מקצוע, המזהים מצבים אלה, צריכים להפחית חששות ולעודד תקשורת בין בני המשפחה. חשוב לזכור, שלבני משפחה, כמו גם לחולה, מצב המחלה הוא חדש ובדרך כלל, אין הם יודעים כיצד להתמודד עמו. תפקיד הגורמים המטפלים לתת מידע וללמד להתמודד באופן מותאם.

דוגמה: א., בת 89, אובחנה עם מחלה גרורתית בעצמות וקיבלה טיפולים קרינתיים פליאטיביים כדי להקל על הכאב ועל המוגבלות שלה. א. אלמנה ולה בת אחת בגיל 62 אשר קשורה מאוד לאמה ומטפלת בה במסירות רבה. הבת דרשה מהרופאים לא לספר לאם על מצבה החמור של מחלתה, כי לדבריה, היא מדוכאת מאז מות בעלה ולא תוכל לעמוד במידע זה. בשיחות של העובדת הסוציאלית עם א., היא רמזה פעמים רבות, שהיא מבינה שמחלתה חמורה בהרבה ממה שסופר לה, וגם התלוננה שלאחרונה הבת שלה מתרחקת ממנה. היא פרשה זאת ש"אין לבת יותר כוחות לטפל בי". בשיחה עם הבת, היא סיפרה על הקשר המיוחד שלה עם האם, התומכת בה לאורך כל חייה, ועל החששות שלה מהפרידה מהאם. בעקבות השאלות המנחות של העובדת הסוציאלית, החלה הבת בהדרגה להבין, כי לא האם תתקשה לעמוד בבשורה על מצב מחלתה, אלא שהיא, הבת, לא מסוגלת להתמודד עם מציאות זו. יחד עם אישור וקבלה של רגשותיה, העובדת הסוציאלית "לימדה" את הבת על הצורך של חולים לדעת את מצבם, ואף אם הוא קשה הדבר מפחית תחושות של חוסר ודאות וחרדה. בנוסף לכך, הכרה במצב תאפשר לאם להתייחס לסיום החיים הקרוב, לסכם את חייה ולהיפרד. המשך השיחות נערכו עם א. והבת במשותף, בהן התאפשר לשתייהן להתקרב חזרה זו לזו ולבצע תהליך של פרידה והשארת צוואה רוחנית. א. נפטרה כארבעה חודשים לאחר מכן, כשהיא מטופלת באהבה על ידי הבת ונכדיה.

2. התערבות קוגניטיבית-התנהגותית: הגישה הקוגניטיבית מתמקדת באינטראקציות שבין מחשבות, רגשות והתנהגויות (Beck, 1976). על פיה, האופן שבו הפרט תופס ומפרש מצבים בחייו, מגדיר במידה רבה את תגובתו הרגשית וההתנהגותית למצבים אלה (Beck, 1976). על כן, הטיפול הקוגניטיבי מתמקד בזיהוי מחשבות ופירושים יוצרי מצוקה נפשית והחלפתם במחשבות מותאמות וסתגלניות יותר. ב-20 השנים האחרונות התפתחו גישות טיפוליות המיישמות את המודל כולו או רק היבטים ממנו לטיפול בחולי סרטן. מורי וגרייר (Moorey & Greer, 2002) פיתחו מודל טיפול קוגניטיבי-התנהגותי, המותאם לטיפול בחולי סרטן. המודל כולל זיהוי מחשבות שליליות והנחות בסיס הקשורות למחלה והחלפתן בדפוסי חשיבה סתגלניים, בניהול פעילות המגבירה הנאה ושליטה, בלימוד הרפיה וטכניקות של הסחה ופתרון בעיות. מחקרים מבוקרים מצאו שיפור משמעותי בדרכי ההתמודדות ובמצב הרוח בקרב חולים שהתנסו בטיפול זה (Moorey, Greer, Watson et al., 1994; Moorey, 1998; Greer, Bliss et al., 1998).

מטרות ההתערבות גזורות מהמודל של מורי וגרייר (Moorey & Greer, 2002) והן כוללות הפחתת המצוקה הרגשית, הפחתת ההשפעות השליליות של לחץ על הגוף, הקניית מיומנויות התמודדות עם המחלה ועם ההשפעות הגופניות והרגשיות של טיפולים כימיים. ההתערבות מיועדת להגביר את תחושת השליטה ורוח הלחימה בקרב החולים ובני משפחותיהם. בקבוצות של חולים עם מחלה מתקדמת, המטרות זהות באופן בסיסי, אך דגש רב יותר מושם על שיפור איכות חיים וחיוזק דרכי התמודדות מותאמות, כמו הימנעות חיובית.

הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי מתאים במיוחד לעבודה עם אנשים זקנים, משום שהוא ביסודו גישה "חינוכית", המלמדת דרכי התמודדות המתאימים למצב המחלה, מתן הסברים רחבים על הרציונל ועל דרך העבודה, ולא ניסיון לטפל בבעיות נפשיות (Gallagher-Thompson, Steffen & Thompson, 2008). במפגשים מושם דגש על עבודה משותפת של איש המקצוע והמטופל ועל זיהוי ושינוי דפוסי חשיבה (Cohen, 2010), היוצרים רגשות שליליים והחלפתם במחשבות מותאמות מציאות וסתגלניות, בהתבסס על המודל הקוגניטיבי. ההיכרות עם המודל הקוגניטיבי ועבודה על פי שלביו מתקדמת עם כל מפגש, עד להיכרות עם המודל השלם. במודל שפותח לעבודה עם חולי סרטן מושם דגש על למידה של טכניקות לשם עבודה עצמית (Cohen, 2010). במהלך המפגשים, המטופלים לומדים לזהות רגשות שליליים ואת המחשבות המובילות לרגשות אלה. בהמשך, הם לומדים כיצד לאתגר מחשבות אלו ולהציב מחשבות מותאמות למציאות. נעשה שימוש בדוגמאות מחיי המטופל וניתוח משותף במטרה לזהות את המחשבות שמאחורי הרגשות. העבודה על המחשבות יכולה להיות מלווה בלימוד טכניקות של הסחה קוגניטיבית (עיסוק בפעילות קוגניטיבית, למשל: תכנון אירוע כלשהו, שחזור שיר) והסחה התנהגותית (עיסוק בפעילות כלשהי, המעניינת או מהווה מקור של הנאה לפרט). אלה נלמדים לשימוש במצבים מעוררי חרדה, כמו לפני בדיקות או בעת המתנה לתוצאות של בדיקות (Cohen, 2010). אמצעי נוסף בטיפול הוא לימוד טכניקות של הרפיה ודמיון מודרך, המביאות לרגיעה מתקדמת באיברי הגוף (Cohen, 2010).

הטיפול הקוגניטיבי נמצא מתאים באופן מיוחד לאנשים זקנים, המרגישים מאתגרים על ידי הגישה של למידה ושימוש בתרגילי בית. ההסברים על הגישה והרציונל לכל שלב פונים באופן מיוחד לאוכלוסייה המבוגרת, ולעתים קרובות, החולים נרתמים בשמחה לתהליך (Gallagher-Thompson et al., 2008).

דוגמה: ג., בן 69, מהגדס במקצועו, שפרש לפני מספר שנים מעבודתו, אובחן עם סרטן המעי הגס בשלב התחלתי ועם פרוגנוזה טובה. קיבל טיפולים כימיים

אשר החלישו אותו מאוד ופגעו במצב רוחו. הוא חש חוסר שליטה על חייו ועל היום-יום שלו, המנוהל על ידי הטיפולים והבדיקות הרפואיות. הוא מרגיש חלש פיזית וללא מוטיבציה לפעילות חברתית או משפחתית כלשהי. מכיוון שדילמת השליטה/חוסר האונים שבמצבו הייתה מוטיב מרכזי במצב רוחו הירוד, הטיפול התמקד בזיהוי מחשבות הקשורות למוטיב זו ואתגורן. מחשבות חוזרות היו "החיים שלי כבר לא בידים שלי... הימים שלי מלאים בבדיקות וטיפולים... אין לי זמן לעצמי... המחלה הזו השתלטה על חיי". בתהליך אתגור מחשבות אלו, ג. זיהה, בהנחיית המטפל, פירושים נוספים למצבים השונים: "במהלך הטיפולים מתפנה לי זמן לעיסוקים בקריאה וחשיבה על חיי, שלא התפנית אליהם קודם – אני יכול לנצל את הזמן שלי כפי שאני רוצה (לשוט בזמן שלי)... אמנם לא הזמנתי את המחלה, אך אני יכול להחליט איך להתנהל איתה... סיכויי ההבראה שלי טובים, על כן זה מצב זמני, ואני אחזור לשלוט בסדר היום שלי." בנוסף לכך, ג. נהנה מתרגילי ההרפיה אשר אפשרו לו להירגע ולשפר את מצב רוחו, אף שנשאר מתוסכל מהיחלשות הגוף ומאי-יכולתו ליהנות מהפעילויות שאהב.

3. התערבות ליצירת משמעות וסליחה: התערבויות פסיכו-סוציאליות, המשלבות התייחסות לרוחניות ולסוגיות של משמעות, הן רכיב חיוני לטיפול תומך מיטבי בחולי סרטן (Breitbart, Rosenfeld, Gibson et al., 2010) ומתאימות במיוחד לחולי סרטן זקנים, אשר בשלב זה בחייהם עסוקים בנושאים של בדיקת חייהם ומשמעותם. טיפול אינטגרטיבי, המשלב נושאים של רוחניות, משמעות החיים ואמונה, בתוך טיפול תומך בקרב חולי סרטן מתקדמים, מושפע מעבודתו של ויקטור פראנקל (Frankl, 1959; 1969; 1975). בסוג זה של טיפול קיים מיקוד בנושאים רוחניים וקיומיים המקבלים חשיבות, שהם: הרצון למות, בקשה לעזרה למות, ייאוש, חוסר אונים, אבדן משמעות, סבל, כבוד, קבלה והרצון לחיות. רוסו (Rousseau, 2000) טוען, שבטיפול בכאב, בנוסף לדגש על הקלה בתסמינים פיזיים, גורמים מקלים הם: מתן נוכחות תומכת, שימוש בסקירת חיים במטרה לעודד מציאת ערך ומשמעות, חקירת אשמה, חרטה, סליחה ופיוס, מתן ביטוי דתי, עידוד לתרגול מדיטציות ומיקוד על הקלה ולא על ריפוי.

על בסיס עקרונות אלה גובשה פסיכותרפיה ממוקדת משמעות (Meaning – MCGP Centered Psychotherapy), קבוצתית או פרטנית (Breitbart, 2000; Greenstein & Breitbart, 2000), המיועדת לחולי סרטן בשלבים מתקדמים, שמטרתה לסייע להם להשיג תחושת משמעות ושלווה בהתקרבתם אל סוף חייהם. הקבוצה כוללת שמונה מפגשים, אחת לשבוע, משך כל מפגש כשעה וחצי.

התמות המרכזיות של המפגשים הם:

- מפגש 1: דיון במושג "משמעות החיים" ומקורות המשמעות למשתתפים;
 - מפגש 2: דיון בנושא הסרטן והקשרו למשמעות בחיים;
 - מפגש 3: משמעות לאורך חייו של האדם (המשתתפים מתבקשים להתבונן רפלקטיבית על זיכרונות משמעותיים, מערכות יחסים שהשפיעו עליהם בצורה משמעותית ועיצבו אותם);
 - מפגש 4: סיפור חיים;
 - מפגש 5: מגבלות והתאמות בחיים (מה אתה מחשיב כמוות טוב או משמעותי? כיצד אתה מדמיין שיקיריך יזכרו אותך?);
 - מפגש 6: יצירת מקורות משמעות, אחריות, יצירתיות;
 - מפגש 7: ביטוי של משמעות, טבע, אמנות, הומור;
 - מפגש 8: סיום ופרידה, תקווה לעתיד. במהלך המפגשים עולות שאלות, כגון מה האמונה והערכים שלך? מה לדעתך מעניק משמעות לחיים? האם אתה מחשיב את עצמך כאדם רוחני או דתי? כיצד אמונותיך משפיעות על התנהגותך במהלך המחלה? האם אתה מוסיף לקהילה דתית? האם יש אדם שחשוב לך מאוד?
- המשתתפים מקבלים שיעורי בית בכל מפגש, בהתאם לתמות המרכזיות, שיעורים שיוכלו להפיק מהם תועלת בהמשך. היבטים של תמיכה וביטוי רגשי שזורים לאורך כל מהלך הקבוצה, אך הם ממוקדים בהתאם לתמות המרכזיות (Breitbart et al., 2010).

דוגמה: ש., בת 78, אובחנה כחולת סרטן שד בגיל 73, עברה טיפולים כימיים וקרינתיים וכעת אובחנה גרורות בעצמות ובכבד והיא החלה לקבל טיפול כימי פליאטיבי, המכוון להפחתת כאבים, שימור יכולת התנועה ואיכות החיים. כשנתיים לפני כן נפטר בעלה של ש. על רקע אירועי מוחי. לש. שלושה ילדים, המטפלים בה באופן מסור ואוהב. ש. חשה, שלעומת הפעם הראשונה, אין לה כוחות להילחם וגם אין בשביל מה להילחם. בעלה "מחכה לה למעלה", בעוד את תפקידה בהתייחס לילדים ולנכדים היא מרגישה שמיצתה. היא הסכימה בחוסר רצון להשתתף במפגשים הקבוצתיים. במהלך המפגשים ערכה חשבון נפש של הישגיה האישיים, משפחתיים ומקצועיים וכתוצאה גם הבחינה בדברים שלא השלימה במהלך חייה. אחד מהם, כתיבת סיפור החיים שלה ושל בעלה למען ילדיה ונכדיה. כאשר חינוך במשך שנים רבות, היא זיהתה שיש בה עדיין הכוחות והיכולת לסייע לנכד שלה, שסבל מליקויי למידה קשים וביטחון עצמי נמוך. היא הגבירה את זמן הבילוי

עימו, סייעה לו והסתייעה בידע שלו במחשב ויצרה עימו קשר חם ומיוחד, שתרם לשניהם רבות. כחצי שנה לאחר מכן, הלכה לעולמה, לאחר שהשלימה את כתיבת סיפור החיים.

היבט ייחודי של התערבות ממוקדת משמעות היא התערבות המבוססת על סליחה (Lin, Mack, Enright, et al., 2004; Ripley & Worthington, 2002; Rye, Pargament, Pan et al., 2005). התערבות זו נוצרה מתוך רצון לכבד את הצרכים הייחודיים של החולים המבוגרים בסוף ימיהם (Hansen, Enright, Baskin et al., 2009) ומטרתה הן: א. להפחית כעסים ולשפר יחסים בין-אישיים (Worthington, vanOyen Witvliet, Lerner et al., 2005);

ב. להעמיק את המודעות העצמית ולהתמודד עם כאבים רגשיים עמוקים. המחילה מתוארת כדרך בריאה להתמודדות עם רגשות שליליים; ג. לתת משמעות לסיפור חייו של האדם מנקודת מבטו, כחלק מתהליך ההזדקנות ולקראת מותו. זאת, ברוח משנתו של באטלר (Butler, 1998) על הזדקנות מוצלחת התערבויות המשלבות סליחה הן חלק בלתי נפרד מעיבוד רגשי של אבדן, כעס, בדידות ותחושת פחד (Baskin & Enright, 2004). הנושאים המרכזיים הנדונים במסגרת המפגשים הם: מבוא לסליחה – חיבור לכעס ולתסכול, הבנה כי סליחה היא תהליך; חקירה של הבעיות שהובילו את האדם לתחושות כעס ותסכול, מיקוד קוגניטיבי בתפיסות; האפשרות לסלוח לאחר ולעצמך ולשחרר את הכאב שאתה נושא לאורך שנים; התוצאות והמשמעות בעקבות חוויית הסליחה, תוך מיקוד בשינויים שהתרחשו בעקבותיה (Garro, 2003).

הנסן ועמיתיו (Hansen, Enright, Baskin et al., 2009) דיווחו, כי כאשר אנשים סולחים, רמות הכעס והמצוקה הנפשית יורדות ויש שיפור ביחסים בין-אישיים. אחת מהתערבויות המפתח בטיפול היא להתמודד עם תחושות הכעס וחוסר האונים של החולה באמצעות סליחה רגשית. הטיפול מעודד חולי סרטן זקנים להתבונן מחדש על אירועי העבר וההווה, מה שמאפשר להם תפיסה שונה של האנשים סביבם וגם מחילה עצמית. לחולים יש הזדמנות להרהר על משמעות הסליחה, מי פגע בהם ומה פגע בהם, לעבד את הכעס ולבחון כיצד הוא השתנה ברבות השנים (Enright & Fitzgibbons, 2000; Hansen, Enright, Baskin et al., 2009).

סיכום

עם העלייה בתוחלת החיים והשיפור בשיעורי ההישרדות ממחלת הסרטן, התעוררה המודעות לצרכים הייחודיים של חולי סרטן זקנים. המחקרים הקיימים מעידים על יכולת התמודדות ורמות מצוקה נפשית נמוכות יותר בהשוואה לחולי סרטן צעירים, אך על פגיעות גבוהה יותר של חולי סרטן זקנים להשלכות המחלה על מצב בריאותם ועל תפקודם. איכות החיים של חולי סרטן זקנים פגיעה יותר, במיוחד במצבים של הידרדרות המחלה, בדידות והיעדר תמיכה, ובעיקר בשל היעדר הידע וההבנה לצרכים הייחודיים של הזקנים. הפרק הציג מספר מוקדים החשובים להתייחסות של אנשי מקצוע, בעיקר אי הרצון לדווח על מצוקות נפשיות או על סימפטומים גופניים, המחייבים ערנות של הצוות הרב-מקצועי, ועל הצורך לפתח דרכי תקשורת יעילות עם החולים, אשר כצעירים מהם מעוניינים לקבל מידע על מחלתם ולהיות שותפים להחלטות הקשורות בטיפול בהם. אף שקיים ידע מועט בלבד לגבי דרכי התערבות ייחודיות בזקנים חולי סרטן, מוצגים בפרק מספר כיוונים אפשריים של התערבויות מותאמות: שיפור מערכות התמיכה והתקשורת בתוך המשפחה, התערבות ממוקדת משמעות וסליחה וטיפול קוגניטיבי-התנהגותי. רגישות ויצירתיות של אנשי המקצוע ביישום דרכי התערבות אלו עם חולי סרטן זקנים יאפשרו שימוש בכלים אלה והמשך פיתוחם.

מקורות

- דוח מדרי בריאות. שאתות ממאידות. משרד הבריאות: ירושלים.
- שנתון סטטיסטי לישראל 2011 (2011). מקרים חדשים של שאתות ממאידות במיקומים נבחרים, לפי מין וגיל. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- Adelman, R.D., Greene, M.G. & Ory, M.G. (2000). Communication between older patients and their physicians Saunders. *Clinic in Geriatric Medicine*, 16 (1), 1-17.
- Ajaj, A., Singh, M. & Abdulla, A. (2001). Should elderly patients be told they have cancer? questionnaire survey of older people. *BMJ*, 323 (7322), 1160.
- Akbaraly, N.T., Arnaud, J., Hininger-Favier, I., Gourlet, V., Roussel, A.M. & Berr, C. (2005). Selenium and mortality in the elderly: Results from the EVA study. *Clinical Chemistry*, 51 (11), 2117-2123.

- Anderson, L., Logsdon, R.G., Hochhalter, A.K. & Sharkey, J.R. (2009). Introduction to the special issue on promoting cognitive health in diverse populations of older adults. *The Gerontologist*, 49 (S1), S1-S2.
- Andrykowski, M. A., Lykins, E. & Floyd, A. (2008). Psychological health in cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 24 (3), 193.
- Arora, N.K., Gustafson, D.H., Hawkins, R.P., McTavish, F., Cella, D.F., Pingree, S. & Mahvi, D.M. (2001). Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma. *Cancer*, 92 (5), 1288-1298.
- Ashida, S., Palmquist, A.E.L., Basen-Engquist, K., Singletary, S.E., & Koehly, L.M. (2009). Changes in female support network systems and adaptation after breast cancer diagnosis: Differences between older and younger patients. *The Gerontologist*, 49 (4), 549-559.
- Avis, N.E. & Deimling, G.T. (2008). Cancer survivorship and aging. *Cancer*, 113 (S12), 3519-3529.
- Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A. & Kudelka, A. P. (2002). SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5 (4), 302-311.
- Baile, W.F. & Aaron, J. (2005). Patient-physician communication in oncology: Past, present, and future. *Current Opinion in Oncology*, 17 (4), 331-335.
- Balducci, L. (2003). Anemia, cancer, and aging. *Cancer Control*, 10, 478-486.
- Balducci, L. & Carreca, I. (2003). Supportive care of the older cancer patient. *Critical Review in Oncology/Hematology*, 48 (S), 65-70.
- Balducci, L. (2007). Aging, frailty, and chemotherapy. *Cancer Control*, 14 (1), 7.
- Balducci, L., Colloca, G., Cesari, M. & Gambassi, G. (2010). Assessment and treatment of elderly patients with cancer. *Surgical Oncology*, 19 (3), 117-123.
- Banthia, R., Malcarne, V.L., Ko, C.M., Varni, J.W. & Sadler, G.R. (2009). Fatigued breast cancer survivors: The role of sleep quality, depressed mood, stage and age. *Psychology and Health*, 24 (8), 965-980.
- Barrett, L.F., & Bliss-Moreau, E. (2009). Affect as a psychological primitive. *Advances in Experimental Social Psychology*, 41, 167-218.

- Barsevick, A.M., Whitmer, K. & Walker, L. (2001). In their own words: Using the common sense model to analyze patient descriptions of cancer-related fatigue. *Oncology Nursing Forum*, 28 (9), 1363-1369.
- Baskin, T.W. & Enright, R.D. (2004). Intervention studies on forgiveness: A meta-analysis. *Journal of Counseling & Development*, 82 (1), 79-90.
- Baucom, D.H., Porter, L.S., Kirby, J.S., Gremore, T.M. & Keefe, F.J. (2006). Psychosocial issues confronting young women with breast cancer. *Breast Disease*, 23 (-1), 103-113.
- Beach, W.A. & Anderson, J.K. (2003). Communication and cancer? *Journal of Psychosocial Oncology*, 21 (3), 1-23.
- Beck A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders* (4th ed.). Madison, CT: International University Press.
- Bell, C.J., Ziner, K.W. & Champion, V.L. (2009). Death worries and quality of life in younger breast cancer survivors. *Western Journal of Nursing Research*, 31 (8), 1076.
- Berger, N.A., Savvides, P., Koroukian, S.M., Kahana, E.F., Deimling, G.T., Rose, J.H. & Miller, R.H. (2006). Cancer in the elderly. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 117, 147.
- Beuken-van Everdingen, M.H.J., De Rijke, J., Kessels, A., Schouten, H., Van Kleef, M. & Patijn, J. (2007). Prevalence of pain in patients with cancer: A systematic review of the past 40 years. *Annals of Oncology*, 18 (9), 1437-1449.
- Blazer, D.G. (1993). *Depression in late life* (2nd ed.). St.Louis, MO: Mosby.
- Blazer, D.G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58 (3), M249.
- Bloom, J. (2000). The role of family support in cancer control. *Cancer and the Family*, 2, 55-72.
- Bloom, J.R. & Kessler, L. (1994). Risk and timing of counseling and support interventions for younger women with breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs* (16), 199-206.
- Bloom, J.R., Stewart, S.L., Chang, S. & Banks, P.J. (2004). Then and now: Quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13 (3), 147-160.
- Bradley, E.H., Hallemeier, A.G., Fried, T.R., Johnson-Hurzel, R., Cherlin, E.J., Kasl, S.V. & Horwitz, S.M. (2001). Documentation of discussions about

- prognosis with terminally ill patients. *The American Journal of Medicine*, 111 (3), 218-223.
- Bouchardy, C., Rapiti, E., Blagojevic, S., Vlastos, A.T. & Vlastos, G. (2007). Older female cancer patients: Importance, causes, and consequences of under-treatment. *Journal of Clinical Oncology*, 25 (14), 1858-1869.
- Bould, S. (2005). A population health perspective on disability and depression in elderly women and men. *Journal of Aging & Social Policy*, 17 (2), 7-24.
- Bowers, B. (2008). Providing effective support for patients facing disfiguring surgery. *British Journal of Nursing*, 17 (2), 94-98.
- Bradley, N., Davis, L. & Chow, E. (2005). Symptom distress in patients attending an outpatient palliative radiotherapy clinic. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30 (2), 123.
- Breitbart, W. (2000). Spirituality and meaning in supportive care: Spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*, 10 (4), 272-280.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C. & Jacobson, C. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A pilot randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 19 (1), 21-28.
- Brezden, C.B., Phillips, K.A., Abdolell, M., Bunston, T. & Tannock, I.F. (2000). Cognitive function in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 18 (14), 2695-2701.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. & Ramirez, A. (2005). Depression and Anxiety in Women with Early Breast Cancer: Five Year. *Observational Cohort Study*, 330 (7493), 702-705.
- Butler, R.N. (1998). Progress report. A pioneer in the field of gerontology takes stock of long-term care. *Contemporary Long Term Care*, 21 (6), 7-74.
- Butow, P.N., Kazemi, J.N., Beeney, L.J., Griffin, A.M., Dunn, S.M. & Tattersall, M.H.N. (1998). When the diagnosis is cancer: Patient communication experiences and preferences. *Cancer*, 77 (12), 2630-2637.
- Campisi, J. & Yaswen, P. (2009). Aging and cancer cell biology, 2009. *Aging Cell*, 8 (3), 221-225.

- Carpenter, K.M., Fowler, J.M., Maxwell, G.L. & Andersen, B.L. (2010). Direct and buffering effects of social support among gynecologic cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 39 (1), 79-90.
- Carver, C.S., Smith, R.G., Antoni, M.H., Petronis, V.M., Weiss, S. & Derhagopian, R.P. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology*, 24 (5), 508-516.
- Cella, D., Davis, K., Breitbart, W. & Curt, G. (2001). Cancer-related fatigue: Prevalence of proposed diagnostic criteria in a united states sample of cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 19 (14), 3385.
- Cheng, K.K. F. & Lee, D.T.F. (2011). Effects of pain, fatigue, insomnia, and mood disturbance on functional status and quality of life of elderly patients with cancer. *Critical Reviews in oncology/hematology*, 78 (2), 127-137.
- Christo, P.J. & Mazloomdoost, D. (2008). Cancer pain and analgesia. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1138 (1), 278-298.
- Cimprich, B., Ronis, D.L. & Martinez-Ramos, G. (2002). Age at diagnosis and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer Practice*, 10 (2), 85-93.
- Cohen, H.J. (2006). Keynote comment: Cancer survivorship and ageing – a double whammy. *The Lancet Oncology*, 7 (11), 882-883.
- Cohen, M. (2010). A model of group cognitive behavioral intervention combined with bio-feedback in oncology settings. *Social Work Health Care*, 49, 149-164.
- Cohen, M., Klein, E., Kuten, A., Fried, G., Zinder, O. & Pollack, S. (2002). Increased emotional distress in daughters of breast cancer patients is associated with decreased natural cytotoxic activity, elevated levels of stress hormones and decreased secretion of Th1 cytokines. *International Journal of Cancer*, 100 (3), 347-354.
- Cohen, M. & Pollack, S. (2005). Mothers with breast cancer and their adult daughters: The relationship between mothers' reaction to breast cancer and their daughters' emotional and neuroimmune status. *Psychosomatic Medicine*, 67 (1), 64-71.
- Cordova, M.J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronnenwetter, C., Chang, V., McFarlin, S. et al. (2003). Mood disturbance in community cancer support groups: The

- role of emotional suppression and fighting spirit. *Journal of Psychosomatic Research*, 55 (5), 461-467.
- Coristine, M., Crooks, D., Grunfeld, E., Stonebridge, C. & Christie, A. (2003). Caregiving for women with advanced breast cancer. *Psycho-Oncology*, 12 (7), 709-719.
- Costantini, M., Morasso, G., Montella, M., Borgia, P., Cecioni, R., Beccaro, M. & Bruzzi, P. (2006). Diagnosis and prognosis disclosure among cancer patients. results from an Italian mortality follow-back survey. *Annals of Oncology*, 17 (5), 853-859.
- Curt, G.A. (2000). Impact of fatigue on quality of life in oncology patients. *Seminars in Hematology*, 37, 14-17.
- Curt, G.A., Breitbart, W., Cella, D., Groopman, J.E., Horning, S.J., Itri, L.M. et al. (2000). Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: New findings from the fatigue coalition. *The Oncologist*, 5 (5), 353.
- Dein, S. (2004). Explanatory models of and attitudes towards cancer in different cultures. *The Lancet Oncology*, 5(2), 119-124.
- Deimling, G.T., Bowman, K.F. & Wagner, L.J. (2007). The effects of cancer-related pain and fatigue on functioning of older adult, long-term cancer survivors. *Cancer Nursing*, 30 (6), 421-433.
- Dooms, C.A., Pat, K.E. & Vansteenkiste, J.F. (2006). The effect of chemotherapy on symptom control and quality of life in patients with advanced non-small cell lung cancer. *Expert Review of Anticancer Therapy*, 6 (4), 531-544.
- Downe-Wamboldt, B., Butler, L. & Coulter, L. (2006). The relationship between meaning of illness, social support, coping strategies, and quality of life for lung cancer patients and their family members. *Cancer Nursing*, 29 (2), 111-119.
- Drageset, J. (2004). The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: A survey among residents in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18 (1), 65-71.
- Elwyn, T.S., Fetters, M.D., Sasaki, H. & Tsuda, T. (2002). Responsibility and cancer disclosure in Japan. *Social Science & Medicine*, 54 (2), 281-293.
- Enright, R.D. & Fitzgibbons, R. P. (2000). *The process model of forgiveness therapy. Helping clients forgive: An empirical guide for resolving anger and restoring hope* (pp. 65-88). Washington, DC: American Psychological Association.

- Esbensen, B.A., Østerlind, K. & Hallberg, I.R. (2007). Quality of life of elderly persons with cancer: A 6-month follow-up. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21 (2), 178-190.
- Fan, H.G., Houédé-Tchen, N., Yi, Q.L., Chemerynsky, I., Downie, F.P., Sabate, K. & Tannock, I. F. (2005). Fatigue, menopausal symptoms, and cognitive function in women after adjuvant chemotherapy for breast cancer: 1-and 2-year follow-up of a prospective controlled study. *Journal of Clinical Oncology*, 23 (31), 8025.
- Ferrell, B.R., & Hassey Dow, K. (1997). Quality of life among long-term cancer survivors. *Oncology-Huntington*, 11 (4), 565-571.
- Ferrell, B.R., Tran, K., Ferrell, B.A. & Ahn, C. (2006). Pain management for elderly patients with cancer at home. *Cancer*, 74 (S7), 2139-2146.
- Field, D. & Minkler, M. (1988). Continuity and change in social support between young-old and old-old or very-old age. *Journal of Gerontology*, 43 (4), P100-P106.
- Frankl, V.F. (1959/1992). *Man's search for meaning* (4th ed.). Boston: Beacon Press.
- Frankl, V.F. (1969/1988). *The will to meaning*. New York: Foundations and Applications of Logotherapy.
- Frankl, V.F. (1975/1997). *Man's search for ultimate meaning*. New York: Plenum Press.
- Fried, T.R., Bradley, E.H. & O'Leary, J. (2003). Prognosis communication in serious illness: Perceptions of older patients, caregivers, and clinicians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(10), 1398-1403.
- Gallagher-Thompson, D., Steffen, A.M., Thompson, L.W. (Eds.). (2008). *Handbook of behavioral and cognitive therapies with older adults*. New York: Springer.
- Ganz, P.A., Greendale, G.A., Petersen, L., Kahn, B. & Bower, J. E. (2003). Breast cancer in younger women: Reproductive and late health effects of treatment. *Journal of Clinical Oncology*, 21 (22), 4184.
- Garman, K.S., Pieper, C.F., Seo, P. & Cohen, H. J. (2003). Function in elderly cancer survivors depends on comorbidities. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58 (12), 1119-1124.
- Garro, L.C. (2003). Narrating troubling experiences. *Transcultural Psychiatry*, 40 (1), 5-43.

- Gibson, S.J. & Farrell, M. (2004). A review of age differences in the neurophysiology of nociception and the perceptual experience of pain. *The Clinical Journal of Pain*, 20 (4), 227-239.
- Given, B. & Given, C.W. (1989). Cancer nursing for the elderly: A target for research. *Cancer Nursing*, 12 (2), 71-77.
- Given, C.W., Given, B., Azzouz, F., Stommel, M. & Kozachik, S. (2000). Comparison of changes in physical functioning of elderly patients with new diagnoses of cancer. *Medical Care*, 38 (5), 482-493.
- Glaspay, J. (2001). Anemia and fatigue in cancer patients. *Cancer*, 92 (S6), 1719-1724.
- Golden-Kreutz, D.M., Thornton, L.M., Wells-Di Gregorio, S., Frierson, G.M., Jim, H.S., Carpenter, K.M. & Andersen, B.L. (2005). Traumatic stress, perceived global stress, and life events: Prospectively predicting quality of life in breast cancer patients. *Health Psychology*, 24 (3), 288-296.
- Goudas, L.C., Bloch, R., Gialeli-Goudas, M., Lau, J. & Carr, D.B. (2005). The epidemiology of cancer pain. *Cancer Investigation*, 23 (2), 182-190.
- Grabsch, B., Clarke, D.M., Love, A., McKenzie, D., Snyder, R.D., Bloch, S. et al. (2006). Psychological morbidity and quality of life in women with advanced breast cancer: A cross-sectional survey. *Palliative & Supportive Care*, 4 (01), 47-56.
- Grassi, L., Giralidi, T., Messina, E., Magnani, K., Valle, E. & Cartei, G. (2000). Physicians' attitudes to and problems with truth-telling to cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 8 (1), 40-45.
- Graves, K.D., Arnold, S.M., Love, C.L., Kirsh, K.L., Moore, P.G., & Passik, S.D. (2007). Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: Prevalence and predictors of clinically significant distress. *Lung Cancer*, 55 (2), 215-224.
- Greene, M.G. & Adelman, R.D. (2003). Physician-older patient communication about cancer. *Patient Education and Counseling*, 50 (1), 55.
- Greenstein, M. & Breitbart, W. (2000). Cancer and the experience of meaning: A group psychotherapy program for people with cancer. *American Journal of Psychotherapy*, 54 (4), 486.
- Haber, M.G., Cohen, J.L., Lucas, T. & Baltes, B.B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39 (1), 133-144.

- Hakim, F.T., Flomerfelt, F.A., Boyiadzis, M. & Gress, R.E. (2004). Aging, immunity and cancer. *Current Opinion in Immunology*, 16 (2), 151-156.
- Hansen, M.J., Enright, R.D., Baskin, T.W. & Klatt, J. (2009). A palliative care intervention in forgiveness therapy for elderly terminally ill cancer patients. *Journal of Palliative Care*, 25 (1), 51-60.
- Hanson, L.C. & Muss, H.B. (2010). Cancer in the oldest old: Making better treatment decisions. *Journal of Clinical Oncology*, 28 (12), 1975.
- Hayman, J.A., Langa, K.M., Kabeto, M.U., Katz, S.J., DeMonner, S.M., Chernew, M.E. & Fendrick, A.M. (2001). Estimating the cost of informal caregiving for elderly patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 19 (13), 3219-3225.
- Hewitt, M., Rowland, J.H. & Yancik, R. (2003). Cancer survivors in the united states: Age, health, and disability. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58 (1), 82-91.
- Hickie, I.B., Hooker, A.W., Hadzi-Pavlovic, D., Bennett, B.K., Wilson, A.J. & Lloyd, A.R. (1996). Fatigue in selected primary care settings: Sociodemographic and psychiatric correlates. *The Medical Journal of Australia*, 164 (10), 585.
- Hinz, A., Krauss, O., Hauss, J., Höckel, M., Kortmann, R., Stolzenburg, J. & Schwarz, R. (2010). Anxiety and depression in cancer patients compared with the general population. *European Journal of Cancer Care*, 19 (4), 522-529.
- Hoeijmakers, J.H.J. (2009). DNA damage, aging, and cancer. *New England Journal of Medicine*, 361 (15), 1475-1485.
- Hofman, M., Ryan, J.L., Figueroa-Moseley, C.D., Jean-Pierre, P. & Morrow, G.R. (2007). Cancer-related fatigue: The scale of the problem. *The Oncologist*, 12 (Supplement 1), 4.
- Holland, J. (1999). NCCN practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology*, 13 (5A), 113-147.
- Hopwood, P., Sumo, G., Mills, J., Haviland, J. & Bliss, J. M. (2010). The course of anxiety and depression over 5 years of follow-up and risk factors in women with early breast cancer: Results from the UK standardisation of radiotherapy trials (START). *The Breast*, 19 (2), 84-91.
- Hurria, A., Goldfarb, S., Rosen, C., Holland, J., Zuckerman, E., Lachs, M. S. & D'Andrea, G. (2006). Effect of adjuvant breast cancer chemotherapy on

- cognitive function from the older patient's perspective. *Breast Cancer Research and Treatment*, 98 (3), 343-348.
- Hurria, A., Leung, D., Trainor, K., Borgen, P., Norton, L. & Hudis, C. (2003). Factors influencing treatment patterns of breast cancer patients age 75 and older. *Critical Reviews in oncology/hematology*, 46 (2), 121.
- Hurria, A., Li, D., Hansen, K., Patil, S., Gupta, R., Nelson, C. & Zuckerman, E. (2009). Distress in older patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 27 (26), 4346-4351.
- Hurria, A., Togawa, K., Mohile, S.G., Owusu, C., Klepin, H.D., Gross, C.P. & Katheria, V. (2011). Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer: A prospective multicenter study. *Journal of Clinical Oncology*, 29 (25), 3457-3465.
- Hwang, S.S., Chang, V.T., Cogswell, J., Alejandro, Y., Osenenko, P., Morales, E. & Kasimis, B. (2004). Study of unmet needs in symptomatic veterans with advanced cancer: Incidence, independent predictors and unmet needs outcome model. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28 (5), 421-432.
- Janelins, M.C., Kohli, S., Mohile, S.G., Usuki, K., Ahles, T.A. & Morrow, G.R. (2011). An update on cancer-and chemotherapy-related cognitive dysfunction: Current status. *Seminars in Oncology*, 38 (3), 431.
- Janelins, M., Roscoe, J., Jean-Pierre, P. & Morrow, G. (2009). Cognitive functioning in breast cancer patients during and following chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology (Meeting Abstracts)*, 27 (15S), e20571.
- Jansen, C.E., Miaskowski, C., Dodd, M., Dowling, G. & Kramer, J. (2005). A metaanalysis of studies of the effects of cancer chemotherapy on various domains of cognitive function. *Cancer*, 104 (10), 2222-2233.
- Jean-Pierre, P., Figueroa-Moseley, C.D., Kohli, S., Fiscella, K., Palesh, O.G. & Morrow, G.R. (2007). Assessment of cancer-related fatigue: Implications for clinical diagnosis and treatment. *The Oncologist*, 12 (Supplement 1), 11.
- Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, Y., Xu, J., Murray, T. & Thun, M.J. (2008). Cancer statistics, 2008. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 58 (2), 71-96.
- John, E.M., Schwartz, G.G., Koo, J., Van Den Berg, D. & Ingles, S.A. (2005). Sun exposure, vitamin D receptor gene polymorphisms, and risk of advanced prostate cancer. *Cancer Research*, 65 (12), 5470-5479.

- Kadmon, I., Woloski-Wruble, A., Yongqin, J., Wan-Min, Q. & DeKeyser, F. (2004). Social support as experienced by Chinese and Israeli husbands of women with breast cancer: A comparative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 8 (2), 131-137.
- Karakoç, T. & Yurtsever, S. (2010). Relationship between social support and fatigue in geriatric patients receiving outpatient chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 14 (1), 61-67.
- Karakoyun-Celik, O., Gorken, I., Sahin, S., Orcin, E., Alanyali, H. & Kinay, M. (2010). Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: Relationship to coping with cancer and quality of life. *Medical Oncology*, 27 (1), 108-113.
- Kim, Y., Baker, F., Spillers, R.L. & Wellisch, D.K. (2006). Psychological adjustment of cancer caregivers with multiple roles. *Psycho-Oncology*, 15 (9), 795-804.
- King, M., Kenny, P., Shiell, A., Hall, J. & Boyages, J. (2000). Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: Influence of treatment and patient characteristics. *Quality of Life Research*, 9 (7), 789-800.
- Kissane, D.W., Grabsch, B., Love, A., Clarke, D.M., Bloch, S. & Smith, G.C. (2004). Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: A comparative analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38 (5), 320-326.
- Kornblith, A.B., Powell, M., Regan, M.M., Bennett, S., Krasner, C., Moy, B. et al. (2007). Long-term psychosocial adjustment of older vs younger survivors of breast and endometrial cancer. *Psycho-Oncology*, 16 (10), 895-903.
- Kotkamp-Mothes, N., Slawinsky, D., Hindermann, S. & Strauss, B. (2005). Coping and psychological well being in families of elderly cancer patients. *Critical Reviews in oncology/hematology*, 55 (3), 213.
- Kozachik, S.L. & Bandeen-Roche, K. (2008). Predictors of patterns of pain, fatigue and insomnia during the first year following a cancer diagnosis in the elderly. *Cancer Nursing*, 31 (5), 334.
- Kroenke, C.H., Rosner, B., Chen, W.Y., Kawachi, I., Colditz, G.A. & Holmes, M.D. (2004). Functional impact of breast cancer by age at diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 22 (10), 1849.

- Kroenke, C.H., Kubzansky, L.D., Schernhammer, E.S., Holmes, M.D. & Kawachi, I. (2006). Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 24 (7), 1105-1111.
- Kung, F.T., Gibson, S.J. & Helme, R.D. (2000). Older people with chronic pain: Comparison of pain clinic patients with a community based sample. *The Pain Clinic*, 12 (2), 103-112.
- Kutner, J.S., Steiner, J.F., Corbett, K.K., Jahnigen, D.W. & Barton, P.L. (1999). Information needs in terminal illness. *Social Science & Medicine*, 48 (10), 1341.
- Laditka, J.N., Beard, R.L., Bryant, L.L., Fetterman, D., Hunter, R., Ivey, S. & Wu, B. (2009). Promoting Cognitive Health: A Formative Research Collaboration of the Healthy Aging Research Network. *The Gerontologist* (2009), 49 (S1), S12-S17.
- Lamont, E.B. & Christakis, N.A. (2001). Prognostic disclosure to patients with cancer near the end of life. *Annals of Internal Medicine*, 134 (12), 1096-1105.
- Lawrence, D.P., Kupelnick, B., Miller, K., Devine, D. & Lau, J. (2004). Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of fatigue in cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 40-50.
- Levinson, W., Kao, A., Kuby, A. & Thisted, R. A. (2005). Not all patients want to participate in decision making. *Journal of General Internal Medicine*, 20 (6), 531-535.
- Leydon, G.M., Boulton, M., Moynihan, C., Jones, A., Mossman, J., Boudioni, M. & McPherson, K. (2000). Cancer patients' information needs and information seeking behaviour: In depth interview study. *British Medical Journal*, 320 (7239), 909-913.
- Liao, S. & Ferrell, B.A. (2000). Fatigue in an older population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48 (4), 426-430.
- Lien, C.Y., Lin, H.R., Kuo, I.T. & Chen, M.L. (2009). Perceived uncertainty, social support and psychological adjustment in older patients with cancer being treated with surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (16), 2311-2319.
- Lin, W., Mack, D., Enright, R.D., Krahn, D. & Baskin, T.W. (2004). Effects of forgiveness therapy on anger, mood, and vulnerability to substance use

- among inpatient substance-dependent clients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (6), 1114-1121.
- Lin, M.H., Wu, P.Y., Tsai, S.T., Lin, C.L., Chen, T.W. & Hwang, S.J. (2004). Hospice palliative care for patients with hepatocellular carcinoma in taiwan. *Palliative Medicine*, 18 (2), 93-99.
- Littlewood, T.J., Kallich, J.D., San Miguel, J., Hendricks, L. & Hedenus, M. (2006). Efficacy of darbepoetin alfa in alleviating fatigue and the effect of fatigue on quality of life in anemic patients with lymphoproliferative malignancies. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31 (4), 317-325.
- Liu, L., Fiorentino, L., Natarajan, L., Parker, B.A., Mills, P.J., Sadler, G.R., et al. (2009). Pre-treatment symptom cluster in breast cancer patients is associated with worse sleep, fatigue and depression during chemotherapy. *Psycho-Oncology*, 18 (2), 187-194.
- Lubkin, I.M. & Larsen, P.D. (2005). *Chronic illness: Impact and interventions*. New York: Jones & Bartlett Learning.
- Luciani, A., Jacobsen, P.B., Extermann, M., Foa, P., Marussi, D., Overcash, J.A. & Balducci, L. (2008). Fatigue and functional dependence in older cancer patients. *American Journal of Clinical Oncology*, 31 (5), 424.
- Luctkar-Flude, M., Groll, D., Woodend, K. & Tranmer, J. (2009). Fatigue and physical activity in older patients with cancer: A six-month follow-up study. *Oncology Nursing Forum*, 36 (2), 194-202.
- Ludwig, H., Wedding, U. & Van Belle, S. (2012). Anemia in elderly patients with cancer: Focus on chemotherapy-induced anemia. *Journal of Geriatric Oncology*, 3 (3), 256-264.
- Manne, S.L., Norton, T.R., Ostroff, J.S., Winkel, G., Fox, K. & Grana, G. (2007). Protective buffering and psychological distress among couples coping with breast cancer: The moderating role of relationship satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 21 (3), 380.
- Manne, S.L., Ostroff, J.S., Norton, T.R., Fox, K., Goldstein, L. & Grana, G. (2006). Cancer-related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15 (3), 234-247.

- Manne, S.L., Ostroff, J., Winkel, G., Grana, G. & Fox, K. (2005). Partner unsupportive responses, avoidant coping, and distress among women with early stage breast cancer: Patient and partner perspectives. *Health Psychology*, 24 (6), 635.
- Maxwell, T. (2000). *Cancer pain management in the elderly*. Geriatric Nursing (New York, N.Y.), 21 (3), 158-163. doi: 10.1067/mgn.2000.108267
- Mendoza, T.R., Laudico, A.V., Wang, X., Guo, H., Matsuda, M.L., Yosucio, V.D., et al. (2010). Assessment of fatigue in cancer patients and community dwellers: Validation study of the filipino version of the brief fatigue inventory. *Oncology*, 79 (1-2), 112-117.
- Menten, J., Desmedt, M., Lossignol, D. & Mullie, A. (2002). Longitudinal follow-up of TTS-fentanyl use in patients with cancer-related pain: Results of a compassionate-use study with special focus on elderly patients. *Current Medical Research and Opinion*, 18 (8), 488-498.
- Miller, R.A. (2006). Gerontology as oncology. research on aging as the key to the understanding of cancer. *Cancer*, 68 (S11), 2496-2501.
- Miyata, H., Takahashi, M., Saito, T., Tachimori, H. & Kai, I. (2005). Disclosure preferences regarding cancer diagnosis and prognosis: To tell or not to tell? *Journal of Medical Ethics*, 31 (8), 447-451.
- Mock, V., Atkinson, A., Barsevick, A., Cella, D., Cimprich, B., Cleeland, C. et al., National Comprehensive Cancer Network. (2000). NCCN practice guidelines for cancer-related fatigue. *Oncology* (Williston Park, N.Y.), 14 (11A), 151-161.
- Montazeri, A., Milroy, R., Hole, D., McEwen, J. & Gillis, C.R. (2003). How quality of life data contribute to our understanding of cancer patients' experiences? A study of patients with lung cancer. *Quality of Life Research*, 12 (2), 157-166.
- Moorey, S. & Greer, S. (2002). *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. Oxford: Oxford Press.
- Moorey, S., Greer, S., Watson, M. & Baruch, J.D. (1994). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: Outcome at one year. *Psycho-Oncology*, 3, 39-46.

- Moorey, S., Greer, S., Bliss, J. & Law, M.A. (1998). Comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counseling in patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 218-228.
- Morrow, G.R., Andrews, P.L., Hickok, J.T., Roscoe, J.A. & Matteson, S. (2002). Fatigue associated with cancer and its treatment. *Supportive Care in Cancer*, 10 (5), 389-398.
- Mosher, C.E. & Danoff-Burg, S. (2005). A review of age differences in psychological adjustment to breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23 (2), 101-114.
- Mustian, K.M., Morrow, G.R., Carroll, J.K., Figueroa-Moseley, C.D., Jean-Pierre, P. & Williams, G.C. (2007). Integrative non-pharmacologic behavioral interventions for the management of cancer-related fatigue. *The Oncologist*, 12 (Supplement 1), 52.
- Naaman, S., Radwan, K. & Johnson, S. (2009). Coping with early breast cancer patients: A report of three meta-analyses. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 72 (1), 50-69.
- Nail, L.M. (2002). Fatigue in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29 (3), 537-546.
- Nelson, C.J., Weinberger, M.I., Balk, E., Holland, J., Breitbart, W. & Roth, A.J. (2009). The chronology of distress, anxiety, and depression in older prostate cancer patients. *The Oncologist*, 14 (9), 891-899.
- Noal, S., Levy, C., Hardouin, A., Rieux, C., Heutte, N., Ségura, C & Delcambre, C. (2010). One-year longitudinal study of fatigue, cognitive functions, and quality of life after adjuvant radiotherapy for breast cancer. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physic*, 83 (3), 795-803.
- Ogle, K.S., Swanson, G.M., Woods, N. & Azzouz, F. (2000). *Cancer and comorbidity. Cancer*, 88 (3), 653-663.
- Parker, K P, Bliwise, D.L., Ribeiro, M., Jain, S.R., Vena, C.I., Kohles-Baker, M.K & Harris, W.B. (2008). Sleep/wake patterns of individuals with advanced cancer measured by ambulatory polysomnography. *Journal of Clinical Oncology*, 26 (15), 2464.
- Pearlin, L.I. & Skaff, M.M.K. (1995). Stressors and adaptation in late life. *The Gerontologist*, 36 (2), 239-247.

- Penninx, B.W., Cohen, H.J. & Woodman, R.C. (2007). Anemia and cancer in older persons. *Journal of Support Oncology*, 5, 107-113.
- Pignon, T., Fernandez, L., Ayasso, S., Durand, M.A., Badinand, D. & Cowen, D. (2004). Impact of radiation oncology practice on pain: A cross-sectional survey. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 60 (4), 1204-1210.
- Portenoy, R.K. (2000). Cancer-related fatigue: An immense problem. *The Oncologist*, 5 (5), 350-352.
- Puts, M., Versloot, J., Muller, M. & van Dam, F. (2004). The opinion on care of patients with cancer undergoing palliative treatment in day care. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 148 (6), 277.
- Rao, A. & Cohen, H.J. (2004). Symptom management in the elderly cancer patient: Fatigue, pain, and depression. *JNCI Monographs*, 2004 (32), 150-157.
- Rao, A.V., Seo, P.H. & Cohen, H.J. (2004). Geriatric assessment and comorbidity. *Seminars in Oncology*, 31 (2), 149-159.
- Ravdin, P.M., Cronin, K.A., Howlader, N., Berg, C.D., Chlebowski, R.T., Feuer, E.J. et al. (2007). The decrease in breast-cancer incidence in 2003 in the United States. *New England Journal of Medicine*, 356 (16), 1670-1674.
- Redeker, N.S., Lev, E.L. & Ruggiero, J. (2000). Insomnia, fatigue, anxiety, depression, and quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. *Research and Theory for Nursing Practice*, 14 (4), 275-290.
- Reich, M., Lesur, A. & Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: A review of the literature. *Breast Cancer Research and Treatment*, 110 (1), 9-17.
- Repetto, L., Comandini, D. & Mammoliti, S. (2001). Life expectancy, comorbidity and quality of life: The treatment equation in the older cancer patients. *Critical Reviews in oncology/hematology*, 37 (2), 147-152.
- Repetto, L., Venturino, A., Vercelli, M., Gianni, W., Biancardi, V., Casella, C. & Marigliano, V. (1998). Performance status and comorbidity in elderly cancer patients compared with young patients with neoplasia and elderly patients without neoplastic conditions. *Cancer*, 82 (4), 760-765.

- Repetto, L., Piselli, P., Raffaele, M., Locatelli, C. & Gieger. (2009). Communicating cancer diagnosis and prognosis: When the target is the elderly patient-a GIOGer study. *European Journal of Cancer (Oxford, England : 1990)*, 45 (3), 374-383. doi: 10.1016/j.ejca.2008.08.020; 10.1016/j.ejca.2008.08.020
- Rietman, J.S., Dijkstra, P.U., Debreczeni, R., Geertzen, J.H.B., Robinson, D.P.H. & de Vries, J. (2004). Impairments, disabilities and health related quality of life after treatment for breast cancer: A follow-up study 2.7 years after surgery. *Disability & Rehabilitation*, 26 (2), 78-84.
- Rinaldis, M., Pakenham, K.I., Lynch, B.M. & Aitken, J.F. (2009). Development, confirmation, and validation of a measure of coping with colorectal cancer: A longitudinal investigation. *Psycho-Oncology*, 18 (6), 624-633.
- Ripley, J.S. & Worthington, E.L. (2002). Hope-focused and forgiveness-based group interventions to promote marital enrichment. *Journal of Counseling & Development*, 80 (4), 452-463.
- Robinson, J.D. & Turner, J. (2003). Impersonal, interpersonal, and hyperpersonal social support: Cancer and older adults. *Health Communication*, 15 (2), 227-234.
- Rodin, G., Walsh, A., Zimmermann, C., Gagliese, L., Jones, J., Shepherd, F.A. & Mikulincer, M. (2007). The contribution of attachment security and social support to depressive symptoms in patients with metastatic cancer. *Psycho-Oncology*, 16 (12), 1080-1091.
- Rose, J.H., O'Toole, E.E., Einstadter, D., Love, T.E., Shenko, C.A. & Dawson, N.V. (2008). Patient age, well-being, perspectives, and care practices in the early treatment phase for late-stage cancer. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 63 (9), 960-968.
- Rousseau, P. (2000). Spirituality and the dying patient. *Journal of Clinical Oncology*, 18, 2000-2002.
- Ryan, J.L., Carroll, J.K., Ryan, E.P., Mustian, K.M., Fiscella, K. & Morrow, G.R. (2007). Mechanisms of cancer-related fatigue. *The Oncologist*, 12 (Supplement 1), 22.
- Rye, M.S., Pargament, K.I., Pan, W., Yingling, D.W., Shogren, K.A. & Ito, M. (2005). Can group interventions facilitate forgiveness of an ex-spouse? A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (5), 880-892.

- Salati, M., Brunelli, A., Xiumè, F., Refai, M. & Sabbatini, A. (2009). Quality of life in the elderly after major lung resection for lung cancer. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery*, 8 (1), 79-83.
- Salsman, J.M., Segerstrom, S.C., Brechting, E.H., Carlson, C.R. & Andrykowski, M.A. (2009). Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: A 3-month longitudinal examination of cognitive processing. *Psycho-Oncology*, 18 (1), 30-41.
- Sammarco, A. (2001). Psychosocial stages and quality of life of women with breast cancer. *Cancer Nursing*, 24 (4), 272.
- Sammarco, A. (2009). Quality of life of breast cancer survivors: A comparative study of age cohorts. *Cancer Nursing*, 32 (5), 347.
- Sandgren, A.K., Mullens, A.B., Erickson, S.C., Romanek, K.M. & McCaul, K.D. (2004). Confidant and breast cancer patient reports of quality of life. *Quality of Life Research*, 13 (1), 155-160.
- Sarna, L., Brown, J.K., Cooley, M.E., Williams, R.D., Chernecky, C., Padilla, G. & Danao, L.L. (2005). Quality of life and meaning of illness of women with lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 32 (1), 9-19.
- Schroevers, M., Ranchor, A.V. & Sanderman, R. (2006). Adjustment to cancer in the 8 years following diagnosis: A longitudinal study comparing cancer survivors with healthy individuals. *Social Science & Medicine*, 63 (3), 598-610.
- Schonberg, M.A., Marcantonio, E.R., Li, D., Silliman, R.A., Ngo, L. & McCarthy, E.P. (2010). Breast cancer among the oldest old: Tumor characteristics, treatment choices, and survival. *Journal of Clinical Oncology*, 28 (12), 2038-2045.
- Seeman, T.E., Bruce, M.L. & McAvay, G.J. (1996). Social network characteristics and onset of ADL disability: MacArthur studies of successful aging. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 51 (4), S191.
- Silliman, R.A., Dukes, K.A., Sullivan, L.M. & Kaplan, S.H. (2000). Breast cancer care in older women. *Cancer*, 83 (4), 706-711.
- Simeit, R., Deck, R. & Conta-Marx, B. (2004). Sleep management training for cancer patients with insomnia. *Supportive Care in Cancer*, 12 (3), 176-183.
- Siminoff, L.A., Graham, G.C. & Gordon, N.H. (2006). Cancer communication patterns and the influence of patient characteristics: Disparities in

- information-giving and affective behaviors. *Patient Education and Counseling*, 62 (3), 355.
- Stanton, A.L. & Snider, P.R. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology*, 12 (1), 16.
- Surbone, A., Kagawa-Singer, M., Terret, C. & Baider, L. (2007). The illness trajectory of elderly cancer patients across cultures: SIOG position paper. *Annals of Oncology*, 18 (4), 633-638.
- Surbone, A., Ritossa, C. & Spagnolo, A.G. (2004). Evolution of truth-telling attitudes and practices in Italy. *Critical Reviews in oncology/hematology*, 52 (3), 165.
- Tatelman, S.S. (1999). Social Support, Marital Status, and Marital Satisfaction in Relation to Psychological Symptoms among Survivors of Breast Cancer. *The Sciences and Engineering*, 60 (3-B), 1318.
- Thome, B., Esbensen, B., Dykes, A.K. & Hallberg, I. (2004). The meaning of having to live with cancer in old age. *European Journal of Cancer Care*, 13 (5), 399-408.
- Trouillet, R., Gana, K., Lourel, M. & Fort, I. (2009). Predictive value of age for coping: The role of self-efficacy, social support satisfaction and perceived stress. *Aging & Mental Health*, 13 (3), 357-366.
- Uchino, B.N. (2004). *Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships*. London: Yale University Press.
- Usta, Y.Y. (2012). Importance of social support in cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13, 3569-3572.
- Van Leeuwen, B.L., Rosenkranz, K., Lei Feng, L., Bedrosian, I., Hartmann, K., Hunt, K. & Babiera, G.V. (2011). The effect of under-treatment of breast cancer in women 80 years of age and older. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 79 (3), 315-320.
- Van Meurs, J.B.J., Rivadeneira, F., Jhamai, M., Hagens, W., Hofman, A., van Leeuwen, J.P.T.M. & Uitterlinden, A.G. (2005). Common genetic variation of the Low-Density lipoprotein Receptor-Related protein 5 and 6 genes determines fracture risk in elderly white men. *Journal of Bone and Mineral Research*, 21 (1), 141-150.
- Vickberg, J. & Suzanne, M. (2001). Fears about breast cancer recurrence. *Cancer Practice*, 9 (5), 237-243.

- Vinokur, A.D., Threatt, B.A., Vinokur-Kaplan, D. & Satariano, W.A. (1990). The process of recovery from breast cancer for younger and older patients. changes during the first year. *Cancer*, 65 (5), 1242-1254.
- Wedding, U., Roehrig, B., Klippstein, A., Steiner, P., Schaeffer, T., Pientka, L. & Höffken, K. (2007). Comorbidity in patients with cancer: Prevalence and severity measured by cumulative illness rating scale. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 61 (3), 269-276.
- Wilson, I.B., Schoen, C., Neuman, P., Strollo, M.K., Rogers, W.H., Chang, H. & Safran, D.G. (2006). Physician—patient communication about prescription medication nonadherence: A 50-state study of America's seniors. *Journal of General Internal Medicine*, 22 (1), 6-12.
- Wimberly, S.R., Carver, C.S., Laurenceau, J.P., Harris, S.D. & Antoni, M.H. (2005). Perceived partner reactions to diagnosis and treatment of breast cancer: Impact on psychosocial and psychosexual adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (2), 300.
- Worthington, Jr, E.L., van Oyen Witvliet, C., Lerner, A. J. & Scherer, M. (2005). Forgiveness in health research and medical practice. *EXPLORE: The Journal of Science and Healing*, 1 (3), 169-176.
- Yeh, J., Lo, S.K. (2004). Living alone, social support, and feeling lonely among the elderly. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 32 (2), 129-138.
- Yoon, J., Malin, J.L., Tao, M.L., Tisnado, D.M., Adams, J.L., Timmer, M.J. & Kahn, K.L. (2008). Symptoms after breast cancer treatment: Are they influenced by patient characteristics? *Breast Cancer Research and Treatment*, 108 (2), 153-165.
- Zhang, A.Y. & Siminoff, L.A. (2003). Silence and cancer: Why do families and patients fail to communicate? *Health Communication*, 15 (4), 415-429.

פרק 19

הכנה לזיקנה ואיכות חיים בקרב מבוגרים עם מוגבלות שכלית

חפציבה ליפשיץ-והב, מיכל שרייבר (דיבון)¹

רקע תיאורטי

פרק זה עוסק בתופעת הזיקנה באוכלוסייה עם מוגבלות שכלית ומתאר את תכנית "ההכנה לעתיד", שנועדה להכין אנשים עם מוגבלות שכלית לקראת הזיקנה ולהתמודדות עם השינויים במישור האישי והמשפחתי.

תופעת הזיקנה באוכלוסייה עם מוגבלות שכלית: הגדרות ומאפיינים
התקדמות המדע והרפואה, שהביאה להארכת תוחלת החיים באוכלוסייה הרגילה, נותנת אותותיה גם לגבי אוכלוסיית האנשים עם מוגבלות שכלית. על אף שאין נתונים מדויקים על מספר המבוגרים והמזדקנים המוגבלים בשכלם, מסקר שערך האו"ם לפני מספר שנים (2005) עולה, כי בארצות המפותחות תוחלת החיים של אנשים עם מוגבלות שכלית עשויה להגיע לגיל 75-80 ומספר האנשים המגיעים לגיל זה גדל בהתמדה (Lee, Rinato, Raykar, et al., 2011; Lennox, Ware, Bain et al., 2011).

בישראל, ממאגר הנתונים של האגף לטיפול באדם המוגבל בשכלו במשרד הרווחה (Merrick, 2011) עולה, כי מתוך 6,213 דיירים עם מוגבלות שכלית, המתגוררים במסגרות מוגנות של האגף (מוסדות, הוסטלים), 42.36% הם בגילאים 40 ומעלה, על פי החלוקה הבאה: גילאים 40-49 – 22%; גילאים 50-59 – 11%; 60 ומעלה – 4.6%. העלייה

1 המחקר נתמך על ידי מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ואש"ל – האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל.

בשיעורי המבוגרים עם מוגבלות שכלית מחייבת התייחסות והיערכות של מעצבי המדיניות ונותני השירותים ברמה מערכתית, שיקומית וחינוכית.

בספרות הגרונטולוגית העוסקת בחקר הזיקנה בקרב אוכלוסיית אנשים מוגבלים בשכלם, קיימות מספר שאלות יסוד: מהו תחילת גיל הזיקנה באוכלוסייה זו? מהם סממני הזיקנה ומאפייניה? והאם חלה ירידה תפקודית עם העלייה בגיל ואם כן באילו תפקודים? (Lee et al., 2011; Lennox, et al., 2011; National Task Group on Intellectual Disabilities and al., 2011; Dementia Practices, 2012; World Health Organization, 2005).

יש לציין, שהמחקר הגרונטולוגי באוכלוסייה עם מוגבלות שכלית הוא צעיר יחסית ועל כן מתבסס על מאפייני הזיקנה בגרונטולוגיה המודרנית, תוך התאמתם לאוכלוסייה עם מוגבלות שכלית. לפיכך, בסקירה שלהלן נענה על השאלות הנ"ל תוך התמקדות במאפייני הזיקנה בגרונטולוגיה המודרנית והשלכותיהם על אוכלוסייה עם מוגבלות שכלית.

סף הגיל התחתון של הזיקנה באוכלוסייה עם מוגבלות שכלית

כדי לדעת מהו גיל הזיקנה יש להבין את מהותה של תופעת הזיקנה באוכלוסייה זו. בגרונטולוגיה המודרנית המונח "זקן" מתייחס לבני 65 ומעלה, אולם מעבר למסגרת פורמלית זו, קשה להגדיר את גיל הזיקנה, שכן הוא כולל מספר רכיבים – הגיל הפורמלי, סימני הזיקנה הפיזיים והבריאותיים, התפקוד המשפחתי והחברתי, ועוד. לפיכך, הנטייה בעולם המערבי היא להגמיש את הגדרת הזיקנה ולהחיל אותה באופן אישי ונבדל על כל אדם. ההגדרה הכרונולוגית-פורמלית של הזיקנה והשלכותיה על אוכלוסייה עם מוגבלות שכלית: זיקנה מוגדרת כ"ירידה במידת יעילותו של האדם כיצור חברתי, כפי שהיא באה לידי ביטוי ביכולתו למלא תפקיד חברתי ובכישורו לבצע עבודה" (ברגמן, 1974; Bond & Coleman, 1990). גיל הזיקנה הכרונולוגי הוא, למעשה, הגיל שבו חלה פרישה לגמלאות של נשים ושל גברים. כיום, ברוב מדינות מערב אירופה ובארצות הברית גיל 65 אצל גברים ו-60 אצל נשים נקבע כגיל הפרישה לגמלאות (במספר מסגרות הועלה גיל הפרישה ל-68 ו-70, עם זאת גיל הזיקנה הכרונולוגי-חוקי הוא דינמי וקשור גם למגמות כלכליות של אותה מדינה).

בישראל, גיל הזיקנה החוקי אינו רלוונטי לגבי אוכלוסיית המוגבלים בשכלם, מאחר שרובם אינם מועסקים בעבודות ממוסדות גם לפני הגעתם לגיל זיקנה, כך שתהליך הפרישה כלל לא קיים והם אינם זכאים לדמי פרישה ולזכויות אחרות (בניגוד לארצות הברית ולמדינות האיחוד האירופי, הדורשות לאפשר לאנשים עם נכות תחרות שווה בשוק

החופשי, הן מבחינת הקבלה לעבודה והן מבחינת תנאי השכר, תנאים סוציאליים, דמי פרישה, ועוד) (Levy, Jessop, Rimmerman et al., 1992).

ההגדרה הביולוגית של הזיקנה והשלכותיה על אוכלוסייה עם מוגבלות שכלית: על פי הגדרה זו, הזיקנה היא "ירידה בפעילויות חיים, וריבוי של פעילויות המקרבות את המוות וממעטות את הסיכוי להאריך ימים." במונחים כמותיים, הזיקנה מוגדרת כ"תקופה של 10-15 שנים, שנותרו לפרט לחיות עד המוות" (Seltzer & Krauss, 1987; Yates, 1991). מבחינה ביולוגית, הזיקנה נמדדת על פי מספר מדדים פיזיולוגיים-בריאותיים, כגון: מערכת הלב וכלי הדם, מערכת הנשימה, פעולת המעיים והכליות, בעיות משקל, פעילות חושית, ועוד. באוכלוסייה הרגילה אין הסכמה לגבי תחילת גיל הזיקנה הביולוגי. לצורכי מחקר ומדידה, גרונטולוגים משתמשים בגילים שונים, כגון: 60, 65, 68 ואפילו 72.

אין גם הסכמה לגבי תחילת גיל הזיקנה הביולוגי באוכלוסיית המוגבלים בשכלם. מחקרים שנערכו עד שנות ה-90 (של המאה הקודמת) הצביעו על ירידה בריאותית ותפקודית מוקדמת בגילאים 30-40 (Digiovanni, 1978; Herrera, 1983), אך כאמור, הארכת תוחלת החיים והשיפור באיכות החיים באוכלוסייה הכללית גרמו לשינוי במועד הירידה הבריאותית והתפקודית גם באוכלוסייה עם מוגבלות שכלית. במחקר שערכו זיגמן ועמיתיו (Zigman, 2002) (Shcupf, Urv et al., 2002) בקרב 646 מבוגרים עם מוגבלות שכלית עד גיל 88 נמצאה ירידה בתפקוד רק בקרב 61 בוגרים. תחילת הירידה בקרב בוגרים ללא תסמונת דאון (שאננס סובלים ממחלה כלשהי) נעה בגילאים שבין 64.8 ל-66.7 לעומת 59.1 עד 60.6 בקרב אנשים עם תסמונת דאון. על פי ארגון האומות המאוחדות (WHO, 2005), גיל הזיקנה הפורמלי באוכלוסייה עם מוגבלות שכלית הוא 50, אולם לצורכי מדידה משתמשים הגרונטולוגים העוסקים בזיקנה בקרב אוכלוסייה זו בגיל 40. לסיכום, גיל הזיקנה הכרונולוגי אינו רלוונטי באוכלוסייה עם מוגבלות שכלית. ארגון האו"ם קבע את גיל 50 כסף התחתון של גיל הזיקנה הביולוגי באוכלוסייה זו, אולם יש הממשיכים לחיות בבריאות טובה עד אמצע שנות ה-60.

סממני הזיקנה בקרב מוגבלים בשכלם

לזיקנה באוכלוסיית המוגבלים בשכלם עשויה להיות השפעה על חמישה תחומי חיים עיקריים, המקבילים לתחומי חיים האופייניים לזיקנה בגרונטולוגיה המודרנית (Janicki & Breitenbach, 2000; Lee et al., 2011). להלן נתייחס לתחום הביולוגי, החברתי, הקוגניטיבי והרגשי. מפאת קוצר היריעה ומורכבות התחום ההתנהגותי לא נדון בו במסגרת מאמר זה.

1. התחום הביולוגי: מתייחס להזדקנות מבחינה גופנית וכולל שינויים בריאותיים ופיזיולוגיים, שינויים בפעילות החושית והמוטורית.
2. התחום החברתי: מתייחס לשינויים בתפקוד היום-יומי, התחום התעסוקתי, החיברות והפנאי.
3. התחום הקוגניטיבי: מתייחס לשינויים בתפקודי התפיסה, החשיבה, זכירה ולמידה, אינטליגנציה ויכולת פתרון בעיות.
4. התחום הרגשי: מתייחס לשינויים פסיכולוגיים, הכוללים את תפיסת העצמי, האני ביחס לחברה וכן שינויים במצב הרוח.
5. התחום ההתנהגותי: מתייחס לשינויים בהתנהגות היחיד כתוצאה משינויים החלים באישיותו מבחינה נפשית (כאמור, לא נדון בתחום זה במסגרת המאמר).

1. התחום הביולוגי

מחקרים שבוצעו עד שנות ה-70 (של המאה הקודמת) מציבים, בדרך כלל, את הסף התחתון של הזיקנה בתחום הביולוגי בגילאים 40-50 (Butler & Lewis, 1977), בעוד שמחקרים משנות ה-80 וה-90 מעלים את סף הזיקנה לגילאים 60-75, היינו בגילאים הקרובים יותר לאוכלוסייה הכללית (כרמלי, ברחד, זיגר ועמיתים, 2001). בסדרת מחקרים שערכו ליפשיץ ועמיתיה בישראל נבדקו מאפייני הזיקנה הבריאותיים באוכלוסייה עם מוגבלות שכלית בזיקה לתסמונות ולסוג הדיור (ליפשיץ, 1985; Lifshitz, Merrick & 2004; Lifshitz & Merrick, 2003; 2004). ממצאי המחקר מראים, כי בעיות בריאות נתגלו בקרב הנבדקים כבר בסביבות גיל ה-40. הירידה הגבוהה ביותר חלה בפעילות החושית (33% סובלים מבעיות ראייה, 17% סובלים מקטרקט, 12% סובלים מבעיות שמיעה). 12% סובלים מלחץ דם ו-12% מסוכרת, 8% מבעיות נפשיות המצריכות תרופות פסיכיאטריות, 8% מבעיות משקל, 7% מאי-שליטה על השתן. שכיחות נמוכה נמצאה במחלות כבד, בלוטת התריס, סרטן ונפילות. בהשוואה לממצאים אחרים בעולם, ממצאי מחקרם של ליפשיץ ועמיתיה מצביעים על ירידה בריאותית ותחלואה מוקדמת בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית בישראל (Janicki et al., 2002). אולם, בהשוואה שנערכה עם נתוני תחלואה של האוכלוסייה הכללית בישראל בגילאים 40-70 (Klein, Aburbah, Bentolila et al., 2008) נמצא, שמאפייני הבריאות של אוכלוסייה עם מוגבלות שכלית דומים לאלה של האוכלוסייה הרגילה באותם הגילאים (Lifshitz, et al., 2008). בנוסף לכך, באוכלוסייה עם מוגבלות שכלית קיימת שכיחות נמוכה של גורמי סיכון למחלות לב, הכוללים לחץ דם וסוכרת נעורים, לעומת האוכלוסייה הרגילה. ממצא זה מפתיע, שכן אנשים עם מוגבלות שכלית נוטים יותר להשמנה, מבצעים פחות פעילות גופנית, חשופים יותר לעישון ונראה כי גורמי הסיכון שלהם לחלות במחלות אלו גבוהים יותר (Lee et al.,

המסקנה היא, שזיקנה באוכלוסייה עם מוגבלות שכלית היא תלוית תרבות ובדיקת התופעות שלה באוכלוסייה זו צריכה להיערך תוך השוואה לאוכלוסייה עם מוגבלות שכלית בעולם, אך גם תוך השוואה לאוכלוסייה הכללית המקומית (Janicki, Davidson, Henerson, et al., 2002; Lifshitz & Merrick, 2004).

2. התחום החברתי

תחום זה נחלק לשלושה תחומים: תפקוד יום-יומי, תעסוקה ושעות פנאי.

- **תפקוד יום-יומי:** בסדרת המחקרים הנ"ל, שערכו ליפשיץ ועמיתיה, נבדק האם חלה ירידה בתפקוד היום-יומי (עצמאות באכילה, רחצה, ניקיון ושליטה על הצרכים) בין הברדיקה הראשונה וחמש שנים לאחר מכן, והאם יש הבדל בירידה בתפקוד בזיקה לסוג הדיור. הממצאים הראו, כי לא נמצאה ירידה תפקודית בין שתי נקודות הזמן ולא נמצאו הבדלים בזיקה לסוג הדיור. זיגמן ועמיתיו (Zigman et al., 2002) בדקו את השפעת העברתם של אנשים מוגבלים בשכלם, ממוסדות למגורים בקהילה, על התפקוד היום-יומי. בניגוד למצופה, המעבר גרם לשיפור ההישגים בתפקוד היום-יומי, בשפה, בעבודות הבית ובתחום האחריות גם בקרב המבוגרים והמזדקנים. הסתבר, שבמסגרות החדשות הוצבו בפני הדיירים דרישות ומשימות שדרשו מהם לגלות יותר עצמאות. כלומר, שינויים ותיווך סביבתי עשויים לתרום לשיפור בתפקוד היום-יומי ובמיומנויות של עזרה עצמית בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית גם בגיל מבוגר.
- **התחום התעסוקתי:** בתחום זה חלה ירידה דרסטית בקרב האנשים עם מוגבלות שכלית. גיל הפרישה באוכלוסייה זו הוא הרבה יותר נמוך מאשר בקרב האוכלוסייה הרגילה. בדרך כלל אנשים אלה מועסקים בעיקר בעבודות שירותים, כגון: סבלות, ניקיון ואחזקה, הדורשות כוח פיזי. עם הזיקנה כוחם הפיזי יורד, הם אינם מסוגלים להתמיד, להצליח ולהשיג את ההספק המצופה מהם, ועל כן הם נאלצים לפרוש. לעתים, הם יוצאים לגמלאות כבר בגיל 40. הפרישה מעמידה בפניהם מצב חדש, שלא הורגלו אליו בעבר: עליהם לחפש עבודה נוספת בגיל צעיר יחסית והברירה הנותנת להם היא עבודה במפעלים מוגנים, המיועדים לאנשים עם מוגבלות שכלית. עצם הפרידה מהעבודה הקודמת והמעבר לעבודה במפעלים מוגנים גורמת לתחושת חוסר ערך עצמי, לירידה בסיפוק המקצועי ולפגיעה בדימוי העצמי של הבוגרים (Factor, 2000; Lifshitz & Merrick, 2003; 2004).
- **חיברות ובידור בשעות הפנאי:** ככל שלוש המחקרים שערכו ליפשיץ ועמיתיה נמצאה ירידה בכישורי הפנאי והחיברות עם העלייה בגיל בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית.

ממצאים דומים נמצאו גם אצל חוקרים אחרים (Dagnan & Ruddick, 1997). הבוגרים נעשו יותר פסיביים, חוגים שעניינו אותם בעבר (ריקודים, ספורט, דרמה, בילוי בסרטים והצגות), חדלו להיות עניין והם מעדיפים לבלות את זמנם בבית (הוסטל/בית), בפעילות אינטימית שקטה, בצפייה בטלוויזיה, בשיחה עם חברי החדר, ועוד. תיאוריות מודרניות, העוסקות בהסתגלות לחיים שלאחר פרישה מן העבודה בקרב מבוגרים עם התפתחות תקינה, יכולות לשמש הסבר לתוצאות הנ"ל. על פי תיאוריית ההינתקות (The disengagement theory), בגיל המבוגר חלים אצל האדם שינויים במבנה ה"אני", הגורמים להפחתת האינטראקציה בינו לבין סביבתו, המתבטאת בהעדרת פעילויות פסיכיות ושקטות עד כדי הינתקות (Cumming & Henry, 1961). לעומת זאת, תיאוריית הפעילות (Activity theory), טוענת, שהנסגה החברתית של האדם הקשיש נגרמת לא בגלל מבנה אישיותו, אלא כתוצאה מלחצי החברה "להפריש" את הקשישים מתוכה (Lemon & Peterson, 1972). כדי להבטיח המשך הפעילות נוצרו מעגלים חברתיים חדשים של אנשים מבוגרים וקשישים עם קבוצת הגיל שלהם, נפתחו מועדוני "גיל הזהב", המספקים למבוגרים ולקשישים פעילויות המותאמות לצרכיהם הנפשיים, החברתיים והרגשיים. לדעת ליפשיץ (Lifshitz et al., 2008), הממצאים מראים, כי תיאוריית ההינתקות ישימה גם בקרב מבוגרים עם מוגבלות שכלית, שעם העלייה בגיל מגלים ירידה במוטיבציה להשתתף בפעילויות פנאי ובאירועים חברתיים. עם זאת, יש לפעול גם לפי כללי תיאוריית הפעילות ולפתח תכניות פנאי מותאמות לגיל המבוגר גם באוכלוסייה עם מוגבלות שכלית.

3. התחום הקוגניטיבי

אחת השאלות המעסיקות את הספרות המקצועית היא, האם האינטליגנציה והכושר הקוגניטיבי של אנשים עם מוגבלות שכלית פוחתים עם העלייה בגיל או שהם נשארים סטטיים גם בגילאים מבוגרים. הגישות בנושא זה נחלקות לשלוש, בהתאם לשנת ביצוע המחקר. מחקרים שנערכו עד שנות ה-80 (של המאה הקודמת), מצביעים על ירידה מוקדמת בכישורים האינטלקטואליים בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית כבר בגילאים 20-30 (Eyman, 1969; White, 1987; & Widman). מחקרים שבוצעו בשנות ה-80 מראים, כי היכולת הקוגניטיבית איננה יורדת עם הגיל, ישנה יציבות באינטליגנציה עם העלייה בגיל, וכי ירידה עשויה להתרחש מגיל 60 ואילך (Fisher & Zeaman, 1970; Hollowinsky, 1962). לעומת זאת, מחקרים שבוצעו משנות ה-90 ואילך מדווחים, כי לא רק שלא חלה ירידה, אלא שסביבה חינוכית-חברתית מתאימה עשויה לגרום לשיפור הכושר הקוגניטיבי של אנשים עם מוגבלות שכלית מבוגרים (ראה להלן).

תיאוריית "הגיל המפצה": על סמך מחקרים אלה ואחרים פיתחה ליפשיץ-והב (2011) את תיאוריית "הגיל המפצה" באוכלוסייה עם מוגבלות שכלית. בהתאם לתיאוריה זו, לעיכוב בהתפתחות בשנותיהם הראשונות של אנשים עם מוגבלות שכלית יש פיצוי בשנים מאוחרות יותר והם עשויים להמשיך להתפתח ולהתקדם אף בשנות הבגרות.

מבחינה תיאורטית, תיאוריית ה"גיל המפצה" מבוססת על תיאוריית כושר ההשתנות הקוגניטיבי-מבני (Structural Cognitive Modifiability – SCM), הטוענת, כי בכוחה של התערבות סביבתית-חינוכית מתאימה (למידה מתווכת) לחולל ביחיד שינויים קוגניטיביים-מבניים מעבר לגורמי הגיל, האטיולוגיה וחומרת הפגיעה (Feuerstein, 2003; Rand, Tenenbaum & Feuerstein, 1997).

התפיסה הדטרמיניסטית ביחס לגורם הגיל מיוצגת על ידי בלום (Bloom, 1964) ופיאגט (Piaget, 1954) הטוענים, כי השפעת הסביבה על האינטליגנציה אפקטיבית ביותר בתקופת הילדות ופוחתת באופן משמעותי עד לסוף תקופת ההתפתחות, כלומר, עד גיל 18. על כן, הם סבורים, כי יש לערוך את ההתערבות הסביבתית מוקדם ככל האפשר בחיי הילד. תיאורית ה-SCM אינה חולקת על חשיבות הפעלת התערבות בתחום הקוגניטיבי בגיל צעיר, אולם איננה מסכימה לגישה הדטרמיניסטית, לפיה יעילות ההתערבות מוגבלת ל"תקופה קריטית". ביחס לכך, מציינים פוירשטיין ורנד (Feuerstein & Rand, 1974; Feuerstein, 2003) גורמים שאינם קוגניטיביים, המתנספים עם העלייה בגיל, בהם: ניסיון חיים, מוטיבציה, מודעות לצרכים ולשיתוף פעולה באינטראקציה חברתית, כגורמים המסייעים ליכולת ההשתנות בגיל המבוגר. גם לופטיג (Luftig, 1987) טוען, כי הבשלות וניסיון החיים של אנשים עם מוגבלות שכלית בגיל המבוגר מסייעים להם בלמידה וברכישת ידע קוגניטיבי ומטה-קוגניטיבי יותר מאשר בגיל הצעיר.

מסדרת המחקרים שערכו ליפשיץ ועמיתיה וכן חוקרים אחרים עולה, כי לא רק שהיכולות הקוגניטיביות אינן יורדות עם העלייה בגיל, אלא בכוחם של תיווך וסביבה חינוכית-תרבותית מתאימה לשפר את הכושר הקוגניטיבי גם בגילים מבוגרים. להלן נציג מספר מחקרים:

א. במחקר אורך בן שבע שנים, שערכו דוויי ועמיתיה (Devenny, Silverman, Hill, et al., 1996), בקרב מבוגרים עם מוגבלות שכלית עם ובלי תסמונת דאון, מגיל 31-76, נמצא שיפור בזכירת ספרות, בסידור קוביות ובקידוד, אף שהאחרון הוא מבחן מוטורי.

ב. במחקר אורך שערכו ברברה ועמיתיה (Barbara, Hawkins, Eklund et al., 2003) נבדק התפקוד הקוגניטיבי של מבוגרים עם תסמונת דאון מגיל 31 ועד 56. היכולת הקוגניטיבית נבדקה שבע פעמים על ידי שימוש במבחנים הבודקים רמה קוגניטיבית (Woodcock Johnson Tests of Cognitive Ability Revised Early Development)

- (Battery). התוצאות הראו, כי עד גיל 50 חלה אצל הנבדקים עלייה ביכולות קוגניטיביות שונות, בעיקר נמצא שיפור במבחני הבנת תמונות ובמבחנים ויזואליים.
- ג. ליפשיץ ורנד (Lifshitz & Rand, 1999) התמקדו בשיפור הכושר הקוגניטיבי בקרב מבוגרים ($N = 71$) עם מוגבלות שכלית קלה ובינונית. תכנית ההתערבות, שנמשכה שנה וחצי, כללה ארבעה כלים מתוך עשרת הכלים האינסטרומנטליים של פוירשטיין ועמיתיו (Feuerstein & Rand, 1974). נמצא שיפור מובהק בקרב המשתתפים בכל קבוצות הגיל בשלושת סוגי החשיבה שנבדקו (חשיבה הגיונית, חשיבת חיזוי וחשיבת התובנה).
- ד. במחקרם של ליפשיץ וצוריאל (Lifshitz & Tzuriel, 2004) נמצא, שהנבדקים שמרו על הישגיהם (Durability Effect) שלוש שנים לאחר סיום התכנית.
- ה. במחקרם של ליפשיץ ועמיתים (Lifshitz, Tzuriel, Weiss et al., 2010) נבחנה יכולת ההסקה האנלוגית בקרב מתבגרים (גילאים 13-21) ומבוגרים (גילאים 25-66 עם מוגבלות שכלית קלה (מנת משכל 55-70) ובינונית (מנת משכל 40-54)). נמצא, כי קבוצת המבוגרים הפיקה תועלת רבה יותר מההתערבות וציוניהם של המשתתפים היו גבוהים יותר לאחר ההתערבות לעומת המתבגרים. כמו כן, נמצא שיפור בהישגים אף ללא הפעלת התערבות.
- ו. במחקרם של ליפשיץ וכץ (Lifshitz & Katz, 2009) נמצא, כי רמת ההבנה של מושגים קוגניטיביים דתיים, כגון: תפיסת האלוקים, צדיק ורשע, רעיון הגמול, יעילות התפילה ורעיון ההשגחה בקרב מבוגרים עם מגבלה שכלית קלה ובינונית (מנת משכל 40-70) הייתה גבוהה יותר מאשר של מתבגרים ($CA=13-21$) עם רמה קוגניטיבית זהה. בנוסף לכך, נמצא, כי הגיל הכרונולוגי תורם לגיבוש השקפת עולם דתית בוגרת יותר וכי המבוגרים נתנו הסברים עמוקים יותר להיותם דתיים.
- ז. לדעת ליפשיץ-והב (2011), לבשלות, לניסיון החיים ולהתנסויות החינוכיות תרומה להתפתחות היכולת הקוגניטיבית באוכלוסייה עם מוגבלות שכלית מעבר לגיל השכלי.

4. התחום הרגשי

מבחינה רגשית, מבוגרים עם מוגבלות שכלית מתמודדים עם בעיות דומות לאלה שעמן מתמודדת האוכלוסייה הרגילה בגיל הזיקנה. הם חשופים לשינויים בתחום הגופני-בריאותי, חשים ירידה תפקודית בביצוע מטלות יום-יומיות, ירידה בתחומי החיברות, הפנאי והתעסוקה, ללא כל הכנה מוקדמת. חוסר המודעות לשינויים עלול להשפיע על מצבם הרגשי של אנשים עם מוגבלות שכלית ולגרור לדיכאון, לחרדה, למתח וללחץ (Heller, Miller, Hsieh).

et al., 2000; Janicki & Dalton, 1998; Janicki et al., 2002; Popovitch, Wisniewski, Barcikowska et al., 1990).

מבוגרים עם מוגבלות שכלית חשופים לא רק לשינויים בגיל, אלא לשינויים ולמחלות בקרב בני משפחתם. במקביל להתבגרות שלהם, מתבגרים גם בני המשפחה, והמבוגרים עם המוגבלות השכלית נאלצים להתמודד עם מות בני משפחה, הורים ואחים. התמודדות עם האבדן עלולה לגרום לתופעות של דיכאון, חרדות ותחושת נטישה (Heller et al., 2000; WHO, 2005).

תפיסת העצמי והמודעות לתופעת הזיקנה והשלכותיה: נשאלת השאלה, כיצד נתפסת הזיקנה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית, האם הם מודעים לגילם ולשינויים העומדים להתרחש בחייהם? לפישוף (Lifshitz, 2002a) בדקה את היחס לתופעת הזיקנה בקרב מוגבלים בשכלם בשלושה פרקי גיל: מבוגרים צעירים בגילאים 20-39; בגיל העמידה 40-59 ומבוגרים בוגרים – מגיל 60 ומעלה. נמצא, כי בדומה לאוכלוסייה הרגילה, תפיסתם של אנשים עם מוגבלות שכלית את הזיקנה היא סטריאוטיפית. מבחינה קוגניטיבית הם התמקדו במאפיינים פיזיים ופרקטיים, והציגו אנשים קשישים באור שלילי: "הם הולכים עם מקל, שפופים, אין להם כוח, מקומטים." עם העלייה בגיל, בעיקר בקרב בני ה-60+, שהשתתפו במחקר, התגלתה מודעות רבה יותר למאפיינים החיוביים של אנשים קשישים בפרט, ולזיקנה בכלל. מבחינה רגשית, הנחקרים הביעו רגשות שליליים ותחושת דחייה כלפי אנשים קשישים, כגון: "הם נראים מפחידים ומאיימים." מבחינה התנהגותית, הקשישים נתפסים כחסרי ישע וחסרי תועלת, כאנשים התלויים בחברה ואינם תורמים לה "הם כבר לא שווים, מה הם כבר יכולים לעשות." תוצאות המחקר הראו, כי גם קבוצת המבוגרים-בוגרים העדיפה את חברת הצעירים.

מהאמור לעיל עולה, כי אנשים עם מוגבלות שכלית, המגיעים לגיל זיקנה, הם חסרי מודעות באשר לשינויים העשויים להתחולל בתקופה זו ולירידה העולה להתרחש במספר תחומים, והם גם חסרי מודעות להתפתחות ולעלייה בכישורים מסוימים שעשויים לחול בגיל זה. בהתאם לכך, פותחו תכניות חינוכיות המיועדות להכנה ולהיערכות של אנשים עם מוגבלות שכלית להתמודדות עם תופעת הזיקנה על כל היבטיה.

תכנית הכנה לזיקנה

Later Life Planning Program — A Curriculum for Adults with Intellectual Disability

על בסיס הידע שהצטבר, אשר תואר בחלקו הקודם של המאמר, פיתחו הלר ועמיתים (Heller et al., 2000) את התכנית "תכנון העתיד לאוכלוסיית אנשים מוגבלים בשכלם" (Person Centered Planning for Later Life: A Curriculum for Adults With Intellectual Disability) (עיבוד לעברית: ליפשיץ, 1999). ההנחות התיאורטיות שעליהן נשענת התכנית הן:

1. התפתחות האדם נמשכת לאורך כל מהלך החיים. גם אנשים מוגבלים בשכלם יכולים להשתנות לכל אורך חייהם; תקופת הזיקנה עשויה לשמש תקופה להתפתחות מחודשת ולרכישת כישורים שטרם נרכשו בעבר (Heller et al., 2000).
 2. ביכולתו של אדם להיות אדון לגורלו ולהיות מעורב בכל ההחלטות הנוגעות לחייו ולתפקד ביעילות רבה יותר בסביבה. זאת, על פי הגישה האקולוגית של חיזוק האדם המוגבל והעצמתו (Heller et al., 1999; Rappaport, 1987). קבלת החלטות נכונות תתבצע על סמך מידע מעודכן ועל סמך אמונה ביכולתו של האדם המוגבל. תכנית ההכנה לזיקנה עובדת במקביל גם על הכנה לזיקנה וגם על העצמת האדם המוגבל. דהיינו, מטרת התכנית היא ללמד אנשים מוגבלים מהם זכויותיהם וחובותיהם בתחומים השונים הנוגעים לזיקנה, לקחת אחריות ולקבל החלטות בתחומים הנ"ל.
- התכנית מתמקדת בהקניית מידע על הזיקנה באמצעות שלושה רכיבים: קוגניטיבי, רגשי והתנהגותי (Allfort, Vernon & Lindzy, 1960), הבאים לידי ביטוי במטרות התכנית.

מטרות התכנית

- מטרת התכנית היא מתן מידע על השינויים החלים אצל האדם הזקן במספר תחומים:
1. בתחום הקוגניטיבי: הקניית מידע על תמורות שעשויות להתרחש בתחומי בריאות, פעילות גופנית, תזונה, חברות ומגורים ועל ההיערכות לקראת שינויים אלה. התכנית מקנה מידע על ירידה ביכולות העשויות להתחולל בחלק מהתחומים הנ"ל ועל עלייה ושיפור התפקוד בתחומים אחרים: בלמידה ודעת, במיומנויות הפנאי, בפעילויות עם חברים וכדומה. כמו כן, התכנית מספקת מידע על זכויות וחובות בתקופת הזיקנה.

2. בתחום ההתנהגותי (ההיערכות לקראת הזיקנה): התכנית מיועדת להקנות כישורים מתאימים לעיצוב מטרות ממשיות, בכל אחד מהתחומים הנ"ל; לפתח יכולת בחירה וקבלת החלטות; לחזק את היכולת להתנהגות טובה ולמצוא עיסוק תחליפי בכל אחד מתחומי התפקוד.
3. בתחום הרגשי: חיזוק שביעות הרצון בכל אחד מן התחומים הנ"ל לאור התמורות, השינויים וההיערכות המחודשת לקראת הזיקנה.

היקף התכנית

התכנית מספקת מידע על היכולות הטמונות בתקופת הזיקנה ובנושאים של זכויות וחובות והאפשרויות לקבלת החלטות בתחומים הנ"ל. המידע שהתכנית מקנה כולל את הנושאים הבאים:

בריאות: הבנת תהליך ההזדקנות מבחינה פיזית והקניית מידע על פעולות אפשריות לשיפור הבריאות, כמו: כושר גופני – חשיבותו בעיקר בתקופת הזיקנה, תוך בחירה נכונה של תרגילים ואחריות לביצועם; תזונה – הקניית מידע על תזונה נכונה והשפעתה על התפקוד הגופני; זמן פנוי – הקניית מידע על חשיבות ניצול הזמן הפנוי בתקופת הזיקנה, סוגי הפעילויות המתאימות, תוך הכרת הזכויות והחובות בתחומים אלה. כמו כן, מידע על אפשרויות של התנדבות בקהילה; עבודה – הקניית מידע על השינויים בעבודה בתקופת הזיקנה ועל הפרישה לגמלאות (אם יש תהליך מסודר); חברות – הקניית אמצעים לזיהוי אנשים בעלי עניין משותף, זיהוי צרכים והיכולת לבקש עזרה, זיהוי מעגל השותפים לקבלת עזרה, רכישת טכניקות להשגת חברות ושמירה עליה, פיתוח מודעות להדדיות שבחברות; מגורים – הקניית מידע על צורות מגורים שונות בתקופת הזיקנה ועל היכולת לשפר את מקום המגורים הנוכחי. כאמור, כל תחום מפתח בתוכו את יכולתו של האדם לבחור ולקבל החלטות.

הלר ועמיתים (1999), אשר פיתחו את תכנית ההכנה לזיקנה והפעילו אותה בארצות הברית (Heller, Miller, Hsieh et al., 2000), בדקו את יעילותה של תכנית ההתערכות בקרב 60 מבוגרים עם מוגבלות שכלית (38 בקבוצת הניסוי שקיבלה התערבות ו-22 בקבוצת הביקורת). נמצא, כי בעקבות ההתערכות חלה עלייה בידע של הנחקרים על אפשרויות שונות הקשורות לתקופת הזיקנה. רמת הידע עלתה באופן משמעותי בתחום העבודה, הבריאות, פעילויות הפנאי, המגורים והבחירה.

שרייבר (2004) וליפשיץ (Lifshitz, 2002b) הפעילו את התכנית לראשונה בישראל בקרב אנשים עם מוגבלות בינונית (מנת משכל 40-55), בעוד שהלר ועמיתים (Heller et al., 2000) הפעילו אותה בקרב אנשים עם מוגבלות קלה (מנת משכל 55-59). כמו כן,

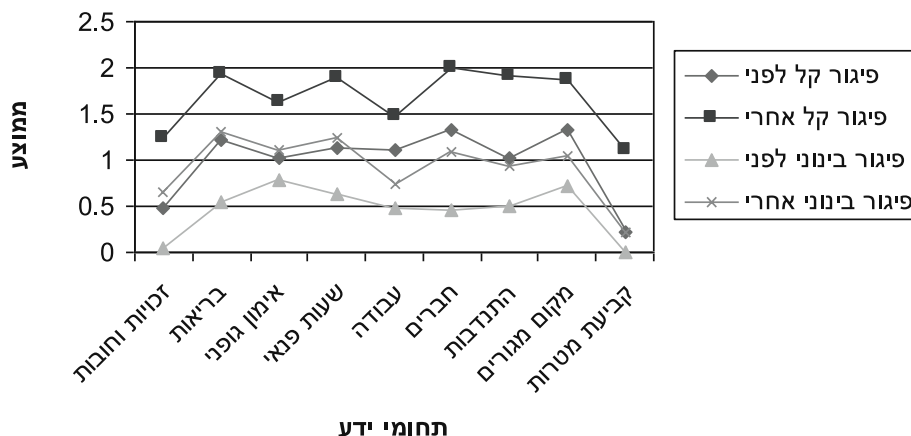
במחקר של הלר ועמיתיה המשתתפים התגוררו בבית, בעוד שמשתתפי המחקר בישראל התגוררו בדוור קהילתי מוגן.

בתכנית (בישראל) השתתפו 60 אנשים מבוגרים עם מוגבלות שכלית, בגילאים 40-68, המתגוררים, כאמור, במערך דוור מוגן במרכז הארץ והם עם מוגבלות שכלית קלה (מנת משכל 55-69) ובינונית (מנת משכל 40-55). כל הבוגרים עובדים בבקרים, חלקם בתוך הדוור המוגן: בעבודות ניקיון, בסידור חדרים, בכביסה ובגיהוץ; חלקם עובדים במפעלים מוגנים (מע"ש): בעבודות ניקיון, באריזה, בסידור מדפים ובסבלות. מספר בוגרים עובדים בשוק הפתוח (בעיקר בעבודות ניקיון). הבוגרים מגיעים למקום עבודתם באופן עצמאי, אם זה בתחבורה ציבורית ואם זה בהסעה מאורגנת. אחר הצהריים הם משתתפים בפעילויות פנאי וחוגים, יוצאים למועדון, חוגים ימי הולדת ומסיבות, יוצאים לטיולים, ועוד.

נערכה בדיקה של השפעת תכנית ההתערבות על תחומי התפקוד הקוגניטיבי, הרגשי וההתנהגותי, בעזרת שני כלים מתוך הבטרייה של הלר ועמיתים (Heller et al., 2000); עיבוד לעברית: ליפשיץ, 1999) ובמבחן איכות חיים (אלפא-רולר, 1999). השינויים בעקבות התכנית נבדקו בשלושת הרכיבים – הקוגניטיבי, הרגשי וההתנהגותי. ברכיב הקוגניטיבי השינויים נבדקו באמצעות שאלון בדיקת מוכנות לזיקנה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית. ברכיב הרגשי השינויים נבדקו באמצעות שאלון בדיקת איכות חיים בשלושה תחומים – עבודה, דוור וחיי חברה (אלפא-רולר, 1999). השאלון מבוסס על שאלוני איכות חיים קיימים, שנבנו עבור אנשים עם מוגבלות שכלית (Schalock, 1994). ברכיב ההתנהגותי השינויים נבדקו באמצעות שאלון בחירה בחיי היום-יום, המתייחס למידת הבחירה בתחומים משמעותיים יותר (חוגים, הוצאת כסף והליכה לרופא השיניים). בכל אחד מהפריטים נתבקשו הנבדקים לומר מי בוחר/מקיים עבורם את ההחלטה בנושא, הם או הצוות. לדוגמה: מי בוחר/מחליט עבורך מתי תלך לישון? אתה, הצוות או משהו אחר? שאלון בקשת תמיכה מתייחס למידת התמיכה הרגשית שהבוגרים מקבלים מהצוות, מהורים ומחברים במצבים של בדידות, פחד וחרדה. להלן נתייחס להבדלים בידע של הנבדקים בתחום הזיקנה לפני ההתערבות ולאחריה בשלושת התחומים העיקריים: הקוגניטיבי, הרגשי וההתנהגותי.

הרכיב הקוגניטיבי

התרשים שלהלן מציג את ממוצעי הציונים בתחומים השונים במבחן הידע בזיקה לרמת המגבלות השכלית.



מהתרשים עולה, כי חלה עלייה מובהקת בכל תחומי השאלון לאחר תכנית ההתערבות. תחומי הבריאות, שעות הפנאי והבילוי עם החברים קיבלו את הציונים הגבוהים יותר, ואילו התחומים המהותיים – זכויות וחובות, עבודה וקביעת מטרות אישיות קיבלו את הציונים הנמוכים ביותר. בוגרים עם מוגבלות שכלית קלה קיבלו ציונים גבוהים יותר מאשר אלה עם מוגבלות שכלית בינונית.

יש לציין, כי במחקר השתתפו בוגרים מגיל 40 ואילך. העלייה ברמת הידע של הנבדקים מאוששת את טענתה של ליפשיץ-והב (Lifshitz-Vahav, in press) על תיאוריית ה"גיל המפצה", הטוענת כי הגיל הכרונולוגי באוכלוסייה עם מוגבלות שכלית משחק תפקיד חשוב בקביעת הרמה הקוגניטיבית של היחיד מעבר לגיל השכלי. על פי התיאוריה הזו, לעיכוב בהתפתחות בשנותיהם הראשונות של אנשים עם מוגבלות שכלית יש פיצוי בשנים מאוחרות יותר והם ממשיכים להתפתח ולהתקדם אף בשנות הבגרות.

המחקר מראה, כי רמת הידע של הנבדקים על אודות זכויותיהם וחובותיהם לפני ההתערבות הייתה נמוכה ביותר. למשתתפים לא היה מידע לגבי מהותה של התכנית האישית, הם לא היו מעורבים בקביעת מטרות התכנית, ולא הייתה להם אוריינטציית עתיד. תכנית ההתערבות תרמה להגברת הידע בתחום זה, בעיקר בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית קלה.

עם זאת, חלה עלייה ברמת הידע גם בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית ברמה בינונית, אף כי תחומים אלה עדיין נשארו נמוכים ביותר בשתי הקבוצות גם לאחר תכנית ההתערבות.

הרכיב הרגשי

הממצא המפתיע הוא, שחלה ירידה בתחושת איכות החיים של החניכים בתחומי הדיור והחברה כתוצאה מתכנית ההתערבות. השאלות היו: האם אתה מרוצה מהחדר שלך? האם אתה מרוצה מאנשי הצוות? האם אתה מרוצה מהחוקים הקיימים במסגרת? האם אתה מרוצה מהתמיכה שאתה מקבל? וכדומה. מסתבר, שתכנית ההתערבות העלתה את מודעות המשתתפים לערוך שינויים בחייהם, בתוך המסגרת שבה הם חיים. התכנית העלתה את רמת מודעותם לזכויותיהם ולחובותיהם בתחומי התפקוד השונים. כמו כן, הם נחשפו לאפשרויות הבילוי בשעות הפנאי והחלו לדרוש מהמדריכים יותר גיוון והיצע רחב יותר של פעילויות. לכן אין זה מפתיע, שחלה ירידה באיכות חייהם בעקבות תכנית ההתערבות.

במסגרת תכנית ההתערבות הוזמנו למסגרות נציגים מנציבות שוויון לאנשים עם מוגבלות במשרד המשפטים. יו"ר הנציבות העבירה הרצאה למשתתפי התכנית בנושא זכויות וחובות. בעקבות ההרצאה החלו המשתתפים לשאול שאלות בדבר זכויותיהם בהוסטלים ובדיור המוגן. הם ביקשו להיות שותפים להכנת התפריט בהוסטל ולקביעת זמני הארוחות, ביקשו גמישות בזמני כיבוי אורות וביציאות. לראשונה, הם העלו בקשה לבחור ועד ולהיות שותפים לקבלת ההחלטות ואכן, בעקבות תכנית ההתערבות חל שינוי בהתייחסות צוות ההוסטלים לזכות הבחירה של הדיירים. בכל מסגרות הדיור נבחר ועד, שהיה שותף להחלטות בכל תחומי החיים.

הרכיב ההתנהגותי

כאמור, בחלק זה נבדקו אפשרויות הבחירה הבסיסיות של הנבדקים (בתחומי האוכל, ניקיון החדר, ביגוד, קישוט החדר וכיבוי אורות), וכן בחירות בתחומים משמעותיים יותר (חוגים, הוצאת כסף מהחשבון הפרטי). בכל אחד מן הפריטים נתבקשו הנבדקים לומר מי בוחר/ מקיים עבורם את ההחלטה בתחום, הם או הצוות. הממצאים מראים, כי בעקבות תכנית ההתערבות, חלה עלייה מובהקת במספר הבחירות בתחומים הבסיסיים של החיים.

יש לציין, כי אפשרויות הבחירה שהיו לפני תכנית ההתערבות היו נמוכות ביותר. גם הידע התפיסתי בנוגע לבחירה היה דל. החניכים לא ידעו את פירוש המושג "זכויות" ומהי יכולת הבחירה שלהם. העלייה במודעות בתחום הקוגניטיבי גרמה להגברת הבחירה בתחום ההתנהגותי, כלומר הבוגרים החלו לדרוש מהצוות לקבל החלטות ולבחור לבד. החניכים עם המוגבלות השכלית הקלה דרשו להיות מעורבים יותר ולהחליט עבור עצמם החלטות

הקשורות בחיי היום-יום. מכאן, שגם אנשים מבוגרים עם מוגבלות שכלית יכולים לפתח את יכולת הבחירה. עם זאת, מידת הבחירה גם לאחר תכנית ההתערבות עדיין אינה מספקת. עלייה מובהקת באחוז הבוגרים הבוחרים בעצמם חלה רק בבחירות הבסיסיות: קישוט החדר ובחירת הלבוש. לעומת זאת, בבחירות משמעותיות, כמו: בחירת חוגים והוצאת כסף מחשבון הבנק לא חלה עלייה מובהקת באחוז הבוגרים הבוחרים בעצמם גם לאחר תכנית ההתערבות. אשר למידת הסיפוק, התמיכה והסיוע הרגשיים, שהנבדקים מקבלים מבני משפחה, חברים והצוות, נמצא כי לפני ההתערבות הם ביקשו תמיכה רבה מהצוות, אך בעקבות ההתערבות חלה עלייה בתמיכה שהם מבקשים גם מחבריהם. כלומר ההזדקקות של החניכים לחבריהם עלתה. ממצא זה ניתן להסבר בכך, שכתוצאה מתכנית ההתערבות חלה עלייה במודעות החברתית של החניכים. הם רכשו ידע אודות נושאים שניתן לשוחח עליהם במשותף ופעילויות שניתן לבצע יחדיו בשעות הפנאי. התכנית חיזקה אצלם את המשמעות של "להיות חבר" וכתוצאה מכך חלה עלייה בבקשות התמיכה מחברים. אצל אלה עם המוגבלות השכלית הבינונית חלה עלייה קלה, אך היא אינה מבוהקת.

סיכום

התקדמות המדע והרפואה, שהביאה לעלייה בתוחלת החיים של אנשים עם התפתחות תקינה, נותנת אותותיה גם באוכלוסייה עם מוגבלות שכלית. מכלל האנשים עם מוגבלות שכלית, המטופלים על ידי האגף לטיפול באדם המוגבל בשכלו במשרד הרווחה, 40% הם בני 40 ומעלה. מבוגרים עם מוגבלות שכלית חשופים לשינויים שעשויים להתרחש בתחום הבריאותי, בתפקוד היום-יומי ובתחומי התעסוקה והמשפחה. הם חשופים גם לתופעת הזיקנה בקרב בני משפחתם, מחלות ומוות וזאת ללא כל הכנה מוקדמת. על כן, יש צורך להכיןם מבעוד מועד לקראת שינויים אלה. בכך עוסקת התכנית המתוארת במאמר זה "תכנון העתיד – תכנית הכנה לזיקנה" (Later Life Planning Program – A Curriculum Heller et al., for Adults with Intellectual Disability), שפותחה על ידי הלר ועמיתים (1999). התכנית מתמקדת בשלושה רכיבים: קוגניטיבי, רגשי והתנהגותי ומקנה מידע על התמורות העשויות להתרחש בתחומי הבריאות, התזונה, החברה, העבודה, המגורים והפנאי. כמו כן, התכנית מעניקה מידע על הזכויות והחובות של המשתתפים בכל אחד מתחומים אלה. בקרב המשתתפים נערכו מבחנים לפני העברת התכנית, במשך ארבעה חודשים שבהם היא הועברה ולאחר מכן. תוצאות המחקר מצביעות על התרומה המשמעותית של התכנית להקניית מידע על תקופת הזיקנה בקרב אנשים מוגבלים בשכלם. התוצאות מראות, כי

התערבות סביבתית עשויה לגרום לשיפור רמת הידע וההעצמה האישית של אדם עם פיגור שכלי קל ובינוני גם בגיל המבוגר. נמצא אישוש לטענה המרכזית של תיאוריית ההשתנות הקוגניטיבית המבנית (SCM) (Feuerstein, 2003) ותיאוריית ה"גיל המפצה" (ליפשיץ, 2011) לפיהן, התערבות סביבתית יכולה להיות יעילה ולהביא להשתנות משמעותית של היחיד, מעבר לסיבתיות הייחודית של הלקות וחומרתה גם בתקופות גיל מאוחרות יותר. המסקנה היא, כי מומלץ להפעיל תכניות התערבות לאנשים עם פיגור שכלי בגיל המבוגר לרכישת מידע ומיומנויות, הן בתחום הקוגניטיבי והן בתחומים נוספים הנוגעים לחייהם. רכיב חשוב במחקר היה פיתוח יכולת הבחירה של החניכים. קיימות מספר תכניות המתמקדות בהגברת האוטונומיה האישית ויכולת הבחירה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית (Martin & Marshall, 1995). תכניות אלו הופעלו עד כה בקרב צעירים ולא בקרב מבוגרים. המחקר מראה, כי ניתן לפתח את יכולת הבחירה גם בקרב מבוגרים עם מוגבלות שכלית. מומלץ להפעיל תכניות התערבות נוספות בתחום האוטונומיה. מברור שנערך בקרב מנהלי מסגרות לאנשים עם מוגבלות שכלית עולה, כי קיים חשש בקרב מנהלי המסגרות לאפשר מתן אוטונומיה ובחירה, שכן העובדים חוששים מאבדן השליטה והבקרה. הטענה היא, כי בחירת אוכל, לוח זמנים, מקום עבודה וכדומה תגרום לאנדרלמוסיה. לכן, יש לתכנן פעילויות לשינוי עמדות הצוות לגבי אפשרויות הבחירה של אנשים עם מוגבלות שכלית.

מקורות

- אלפא-רולר, ע. (1999). הקשר בין מהימנות ותוקף המדידה של איכות חיים בדיווח עצמי בקרב אנשים עם פיגור שכלי לבין התפתחות היכולת שלהם לייחס מצבים מנטליים. רמת גן: עבודת גמר לשם קבלת תואר מוסמך, המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן.
- ברגמן, ש. (1974). גריאטריה גרונטולוגיה. ירושלים: בית הספר לרפואה, האוניברסיטה העברית.
- כרמלי, א., ברחד, ש., זייגר, צ. וכרמלי, ו. (2001). המאפיינים הקליניים ומאפייני התפקוד של מבוגרים הלוקים בפיגור שכלי. גרונטולוגיה, 28 (1), 45-55.
- ליפשיץ, ח. (1985). מפגרים בוגרים – מזדקנים בפנימיות למפגרים בשכלם. ירושלים: האגודה לפיתוח ושיפור שירותים לילדים מוגבלים ולמפגרים בישראל, משרד העבודה והרווחה.
- ליפשיץ, ח. (1999). תכנית הכנה לזיקנה לאנשים מבוגרים עם פיגור שכלי. ירושלים: האגודה לקימום מפגרים.

ליפשיץ-והב, ח. (2011). תיאוריית ה"גיל המפצה" באוכלוסייה בעלת מוגבלות שכלית. רמת גן: בית הספר לחינוך, אוניברסיטת בר-אילן.

משרד הבריאות (1998; 2003). בריאות בישראל. פרסום פנימי, ירושלים: המדפיס הממשלתי.

שרייבר, מ. (2004). השפעת תכנית "הכנה לעתיד" על המוכנות לזיקנה ועל איכות החיים בקרב מבוגרים בעלי מוגבלות שכלית. רמת גן: עבודת מ.א., בית הספר לחינוך, אוניברסיטת בר-אילן.

- Barbara, A., Hawkins, J. & Eklund D. (2003). Adaptive behavior and cognitive function of adults with Down Syndrome: Modeling change with age. *Mental Retardation*, 41 (1), 7-28.
- Bloom, B. (1964). *Stability and change in human characteristics*. Chicago: John Wiley & Sons Inc.
- Bond, J. & Coleman, P. (1990). *Aging in society: An introduction to social gerontology*. London: Sage Publications.
- Butler, R.M. & Lewis, M.I. (1977). *Aging and mental health: Positive psychological approaches*. St. Louis: Mosby.
- Cumming, E. & Henry, E.G., (1961). *Growing old. The process of disengagement*. NY: Basic Books.
- Dagnan, D. & Ruddick, L. (1997). The social networks of older people with learning disabilities living in staffed community based homes. *British Journal of Developmental Disabilities*, 63, 43-53.
- Devenny, D.A., Silverman, W.P., Hill, A.L., Jenkins, E., Sersen, E.A. & Wisniewski, K.E. (1996). Normal aging in adults with Down's syndrome: A longitudinal study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 208-221.
- Digiovanni, L. (1978). The elderly retarded developmentally disabled adult. *The Gerontologist*, 18 (3), 262-266.
- Eyman, R.K. & Widman, L. (1987). Life Span Development of Institutionalized and Community Based M.R. Person, Revisited. *American Journal of Mental Deficiency*, 91, 556-569.
- Factor, A. (2000). *Growing older with a developmental disability: Physical and cognitive changes and their implications*. Chicago: University of Illinois at Chicago.

- Feuerstein, R. (2003). Feuerstein's theory of cognitive modifiability and mediated learning. In: T.O. Seng, R.D. Parsons, S.L. Hinson & D.S., Brown (Eds.), *Educational psychology, A practitioner-researcher approach* (pp. 59-60). Singapore: Seng Lee Press.
- Feuerstein, R. & Rand, Y. (1974). Mediated learning experience: An outline of proximal etiology for differential development of cognitive functions. *International Understanding*, 9-10, 7-37.
- Fisher, M.A. & Zeaman, D. (1970). Growth and decline of retarded intelligence. *International Review of Research in Mental Retardation*, 4, 151-191.
- Heller, T. Miller, A.B. Hsieh, K. & Sterns, H (1999). Autonomy in residential facilities and community functioning of adults with mental retardation. *Mental retardation*, 37 (6), 449-457.
- Heller, T., Miller, A.B., Hsieh, K. & Sterns, H. (2000). Later-life planning: Promoting knowledge of option and choice making. *Mental Retardation*, 38, 395-406.
- Herrera, P.M. (1983). *Innovative programming for the aging and aged mentally retarded developmentally disabled adult*. Akron: Exploration Series Pr.
- Hollowinsky, I. (1962). Constancy in a group of institutionalized mental defectives over a period of 3 decades. *Training School Bulletin*, 59, 15-17.
- Janicki, M.P., Davidson P.W., Henderson, C.M., McCallion, P., Taets, G.D., Force, L.T., Sulkes, S.B., Frangenberg, E. & Ladrigan, P.M. (2002). Aging and health status of adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 287-298.
- Janicki, M.P. & Breitenbach, N. (2000). *Aging and intellectual disabilities — improving longevity and promoting healthy aging: Summative report*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Janicki, M.P. & Dalton, A.J. (1998). Sensory impairments among older adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 23, 3-11.
- Klein, H., Aburbeh, M., Bentolila, M., Shtein, N., Gordon, S. & Haklai Z. (2008). *Health in Israel*. Jerusalem: Ministry of Health.
- Lee, L. Rianto, J., Raykar, V., Creasey, H., Waite, L., Berry, A., Xu, J., Chenoweth, B., Kavanagh, S. & Naganathan, V. (2011). Health and functional status of adults

- with intellectual disability referred to the specialist health care setting: A five-year experience. *International Journal of Family Medicine*, 3, 2-9.
- Lemon, B.W. & Peterson, J.A. (1972). An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *The Journal of Gerontology*, 27 (4), 511-523.
- Lennox, N.G., Ware, R.S., Bain, C., Taylor, G.M. & Cooper, S.A. (2011). Effects of health screening for adults with intellectual disability: A pooled analysis. *British Journal of General Practice*, 61 (584), 193-196.
- Levy, J.M. Jessop, D.J. Rimmerman, A. & Levy, P.H. (1992). Attitudes of fortune 500 corporate executive towards employability of persons with sever disabilities: A national study. *Mental Retardation*, 30, 67-75.
- Lifshitz, H. (2002a). Later life planning program — a pre-test assessment in Israel. *Journal of Gerontology Social Work*, 37 (3-4), 87-103.
- Lifshitz, H. (2002b). Attitudes toward aging in adult and elderly people with intellectual disability. *Educational Gerontology*, 28, 745-759.
- Lifshitz-Vahav, H. (in press). *Compensation age theory (CAT): Effect of chronological age on individuals with Intellectual Disability*.
- Lifshitz, H. & Merrick, Y. (2003). Ageing and intellectual disability in Israel: A study to compare community residence with living at home. *Health and Social Care in the Community*, 11 (4), 364-371.
- Lifshitz, H. & Merrick, Y. (2004). Aging among persons with intellectual disability in Israel in relation to type of residence, age, and etiology. *Research in Developmental Disabilities*, 25 (2), 193-205.
- Lifshitz, H., Merrick, J. & Morad, M. (2008). Health status and ADL functioning of older persons with intellectual disability: Community residence versus residential care centers. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 301-315.
- Lifshitz, H. & Katz, Y.J. (2009). Religious concepts among individuals with intellectual disability: A comparison between adolescents and adults. *European Journal of Special Needs Education*, 24 (2), 183-201.
- Lifshitz, H. & Rand, Y. (1999). Cognitive modifiability in adult and older people with mental retardation. *Mental Retardation*, 37, 125-138.

- Lifshitz, H. & Tzuriel, D. (2004). Duality effect among adult person with intellectual disability. *American Journal of Cognitive Education and Psychology*, 3 (3), 297-322.
- Lifshitz, H., Tzuriel, D., Weiss, I. & Tzemach, M. (2010). New model of mapping difficulties in solving analogical problems among adolescents and adults with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 32 (1), 326-344.
- Luftig, R.L. (1987). *Teaching the mentally retarded student, curriculum methods and strategies*. U.S.A.: Allyn Bacon Inc.
- Martin, J.E. & Marshall, L.H. (1995). Choice-maker: A comprehensive self-determination transition program. *Intervention in School and Clinic*, 30, 147-156.
- Merrick, J. (2011). *Trends in the population of ID in Israel*. Jerusalem: Ministry of Welfare, The division of Persons with Intellectual Disability, Internal Press.
- National Task Group on Intellectual Disabilities and Dementia Practices (2011). *American Academy of Developmental Medicine and Dentistry*, USA.
- Piaget, J. (1970). Piaget's theory. In: P. Mussen (Ed.), *Carmichallis manual of child psychology* (3rd ed.) (pp. 103-128). Vol. 1, N.Y.: Wiley.
- Popovitch, E.R., Wisniewski, H.M., Barcikowska, M., Silverman, W., Bancher, C., Sersen, E. & Wen, G.Y. (1990). Alzheimer neuropathology in non-Down's Syndrome mentally retarded adults. *Acta Neuropathology (Berlin)*, 80, 362-367.
- Rand, Y., Tenenbaum, A. & Feuerstein, R. (1997). Effect of Instrumental Enrichment on psych-educational development of low functioning adolescents. *Journal of Educational Psychology*, 71, 751-753.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121-128.
- Schalock, R.L. (1994). Quality of life, quality enhancement and quality assurance: Implications for program planning and evaluation in the field of mental retardation and developmental disabilities. *Evaluation and Program Planning*, 17, 121-137.
- Seltzer, M.M & Krauss, M.W. (1987). *Aging and mental retardation: Extending the continuum*. Washington: American Association of Mental Retardation.

- White, D. (1969). IQ changes in mongoloid children during post maturation treatment. *American Journal of Mental Deficiency*, 73, 809-813.
- World Health Organization. (2005). *Ageing and intellectual disabilities — improving longevity and promoting healthy ageing: Summative report*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Yates, F.E. (1991). Aging as a prolonged morphogenesis: A topobiologic sorcerers apprentice. In: G.M. Kenyon & J.J.F. Schroots (Eds.), *Metaphors of aging in science and the humanities*.
- Zigman, W.B., Schupf, N., Urv, T., Zigman, A. & Silverman, W. (2002). Incidence and temporal patterns of adaptive behavior change in adults with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 107 (3), 161-174.

פרק 20

טיפול בניצולי שואה: היבטים מעשיים

סוניה לצטר-פאו

המחבוא
לשכב בחושך,
מקופלת,
קטנה ככל האפשר
ידיים על אוזני
צעקות,
רעש המגפיים.
עברו שנים
ואני עדיין שומעת.

(רותי לביא-יורגראו, שורשים באוויר, 2007)

מבוא

ניצולי שואה אינם נבדלים מאנשים אחרים, שלא חוו שואה. יש להם מגוון רחב של אפיונים, ככל אדם אחר. הם אנשים החובקים את החיים ככל אדם אחר ורוצים לחיות באיכות חיים מיטבית. עם זאת, לניצולי שואה רגישויות מסוימות, שחשוב להיות ערים להן ולהתייחס אליהן בהתאם. למשל, צורך רגשי בסיסי של ניצולי שואה רבים הוא שמישהו יקשיב לסיפורים שלהם ולחוויות שחוו. הקשבה טובה ורגישה גורמת להקלה אצל המספר, לאמון באחר ולתחושת ערך עצמי, שחשובה ביותר אצל ניצולי שואה, שרבים מהם חוו פגיעה בערך העצמי שלהם ובאמונם באדם, הן בשל חוויותיהם בשואה והן בעקבות הקשיים בחיים שלאחריה. בנוסף לכך, ניצולי שואה סבלו סוגים רבים של אבדנים ובכלל זה אבדן יקירים, אבדן חיי משפחה ואבדן רצף בחיים. ההקשבה להם אינה רק לסיפוריהם, אלא גם לרגשות שמאחורי הסיפורים, אלה הכולטים והנמצאים במודע ואלה שאינם נראים, שנדחקו ונמצאים

בלא-מודע. על אנשי המקצוע להיות מכל לרגשות, להיות עם ניצולי השואה במקומות של העצב האינסופי, של חוסר האונים, של הכעס, האכזבות, הציפיות שלא מומשו, של ההישגים, השמחות ושל אין ספור רגשות נוספים. באמצעות ההקשבה האמפתית והפעילה נוכל להחזיר לניצול את הערך העצמי שלו, שלעתים רבות אבד בדרך.

התופעה של זיכרונות חודרניים מאפיינת יותר מכל את ניצולי השואה. הכוונה לזיכרונות מאירוע טראומטי, שעולים, בדרך כלל, באופן בלתי רצוני ובלתי רצוי (Ehlers, Hackmann, 2004). במצבים כאלה, ניצולי השואה נמצאים לרגע קצר, או לזמן ארוך יותר, בתקופת השואה. אין ספור מצבים בחיי היום-יום מזכירים להם משהו מאותה תקופה ומנתקים אותם לשבריר של רגע, או אף לרגעים ממושכים, ממציאות החיים.

כ-85% מניצולי השואה סובלים מזיכרונות חודרניים (Letzter-Pouw & Werner, 2012). תופעות אלו קשורות לבריאות נפשית ופיזית ירודה יותר ופוגעות ברווחה הנפשית של האדם ובתפקודו היום-יומי. ניצולי שואה, שהיו במחנות ריכוז והשמדה, בגטאות, במקומות מחבוא, ביערות עם פרטיזנים, כאלה שברחו מארץ מולדתם, שרדו את השואה, איבדו בני משפחה, כל אלה סובלים מזיכרונות חודרניים (Letzter-Pouw & Werner, 2005). זיכרונות אלה יכולים להתעורר במפתיע גם במצבים שאינם קשורים לשואה. דוגמה לכך היא ניצול שואה שהולך תמיד עם סוכריות בכיס וכשהוא פוגש ילד ברחוב, הוא רואה בו ילד שחייב לשרוד, ילד החווה חוויות קשות ורעב ועל כן חשוב לו לתת לילד סוכרייה. גם אירועים משמחים יכולים להזכיר לו את השואה. למשל, ניצולת שואה בשם דליה¹ תמיד נזכרת במשפחה שלה שנרצחה, כשהיא יושבת בארוחות חגיגיות, וזה גורם לה להזכיר את המשפחה שהחביאה אותה במשך שנתיים, תוך סיכון חייה, שמא מישהו יגלה את היהודייה הצעירה שמתחבאת בביתם וילשין עליהם. "הודות למשפחה האצילה הזאת אני יושבת כאן וגם אתם, ואסור לנו לשכוח זאת", היא אומרת בכל סעודה משפחתית. העלאתם למודעות של זיכרונות אלה ועידוד הניצול לספר את החוויות שמאחורי הזיכרונות, תוך שהמטפל מקשיב לו באופן אמפתי ורגיש, עשויים לעזור להפחתת המתח והמצוקה, שלעתים קרובות מלווים זיכרונות חודרניים אלה (Foa, Steketee & Olasov-Rothbaum, 1989).

עם זאת, יש לזכור, כי על פי רוב, ניצולי שואה הם אנשים שהצליחו לבנות את חייהם מחדש, תוך הפגנת כוחות אדירים, הם מצאו משמעות בחייהם ואף פיתחו חוכמת חיים (wisdom) בעקבות הסבל שחוו (Kenyon, 2005; Lomranz, 2005). יכולות אלו אוששו במחקר אמפירי אשר מצא, כי ניצולי שואה הם בעלי כוחות פנימיים וכושר התאוששות

1 כל השמות בפרק זה הם בדויים וכן פרטים מזהים נוספים שוננו על מנת להגן על פרטיות האנשים. כל המוזכרים נתנו את הסכמתם שאשתמש בדוגמאות שלהם לצורך למידה.

טוב, הכולל יכולת למצוא משמעות בחיים ולהתעלות רגשית (Greene, Armour, Hantman, et al., 2007).

בזכות תהליכים מקצועיים וחברתיים, שהתרחשו בארץ ובעולם, היחס כלפי ניצולי שואה כיום יותר פתוח ומקבל מאשר בעשורים הראשונים שלאחר השואה (Lomranz, 2005). ההקשבה הרגישה והמותאמת לצרכים של אנשים אלה, הקשר הבטוח שאנשי מקצוע יכולים להעניק, נתינת עזרה לחיפוש משמעויות מתוך הסבל שהניצולים חוו וכן התייחסות לסיפוריהם של הניצולים בהקשר לחייהם, כל אלה הם כלים אשר עשויים לעזור בטיפול בניצולי שואה, הסובלים ממצוקות נפשיות.

בפרק זה, אציע כיצד להקשיב לחוויות קשות ולעומס רגשי. בהמשך, אציין בקצרה שלוש תיאוריות היכולות לסייע במתן מענה לצורכי הניצולים: האחת, תיאוריית ההתקשרות (Bowlby, 1977; 1988), שבעזרתה אפשר להבין את החשיבות שהמטפל כדמות קבועה, העונה באופן המותאם ביותר לצרכים של הניצולים, עשוי להוות עבורם; השנייה – הלוגותרפיה (Frankl, 1984, 1986) אשר יכולה לסייע לאיש המקצוע לעזור לניצולי השואה למצוא משמעויות בחייהם, על אף האבדנים הרבים שחוו ולהתחבר לערך העצמי שלהם; התיאוריה השלישית היא תיאוריית השלבים הפסיכו-חברתית (Erikson & Erikson, 1998), אשר יכולה להוות מסגרת לסיפוריהם ולחוויותיהם הרבים של ניצולי השואה וכן לשילוב החוויות לכדי סיפור שלם, הכולל רגעים ותקופות קשים ובצדם גם טובים.

בנוסף לכך, אציע דרכי התמודדות לשתי סוגיות, היכולות לגרום לקשיים מיוחדים אצל ניצולי שואה, שהן: ירידה קוגניטיבית ויחסים בין-דוריים במשפחות ניצולות שואה. לבסוף, ארחיב על הכוחות של הניצולים.

מטרת הפרק להציע מסגרת תיאורטית ומעשית לאנשי מקצוע, העובדים עם ניצולי שואה. המסגרת התיאורטית אמורה לכוון את העבודה המעשית עם הניצולים. הפרק מיועד לאנשי מקצוע העובדים עם ניצולים, וביניהם עובדים סוציאליים, גרונטולוגים, פסיכו-תרפויטים, פיזיו-תרפויטים, אנשי רפואה ומנהלי בתי אבות ומועדונים לקשישים².

תחילה אדון באפיונים של הקשבה טובה ורגישה ועל קשיים שעשויים לעלות בעת ההקשבה לניצולי שואה.

2 קיימות מסגרות שונות ורבות, פרטיות וציבוריות, מצוינות שיכולות לסייע בטיפול בניצולי שואה. מערך אנשי מקצוע ומתנדבים נהדרים עומד לרשותם של ניצולי שואה ואנשי מקצוע העובדים אתם. מכיוון שהגופים המטפלים רבים מאוד, אין באפשרותי לתת רשימה מלאה, אך בכל מסגרת המטפלת בקשישים, כגון בתי אבות, דיור מוגן, בתי חולים וקופות חולים, ישנם עובדים סוציאליים שיועדים להגיע למקומות המתאימים.

הקשבה

להקשבה טובה יש השפעות חיוביות רבות על האדם המספר. בין היתר, הקשבה טובה בונה קשר של אמון, דבר שהוא חיוני לכל אדם, בעיקר לניצולי שואה, שאיבדו את האמון באחר, הן במהלך השואה והן בתקופה שלאחריה (לצטר-פאו, 1999). בנוסף לכך, הקשבה טובה עשויה להפיג מתחים ולהוסיף לביטחון העצמי של הניצול. ממד חשוב הוא הקשבה רגישה (Letzter-Pouw & Werner, 2012), הכוללת העברת מסרים רגשיים דרך הבעות פנים, שפת גוף וקרבה פיזית (Drollinger, Comer & Warrington, 2006). המקשיב הרגיש מתאים עצמו לטון השיחה ולמצב הרוח של המדבר. בהקשבה טובה, המקשיב פונה עם גופו ועם פניו למספר, מתרכז בסיפורו, מדי פעם משקף, במילים שלו, את תוכן הסיפור, על מנת להראות שהוא באמת שומע את הנאמר. המקשיב הטוב מתייחס לסיפור של הניצול ושואל שאלות, המדרבנות לספר עוד רובד של הסיפור או עוד חוויה.

לעתים, לא קל להקשיב באופן רגיש לניצולי שואה. עצמת החוויות והאבדנים הרבים עלולים לעורר תגובות רגשיות לא קלות אצל המקשיב (Danieli, 1984). למשל, ניצול יחיד מתוך 12 ילדים, או ניצולה יחידה ממשפחה שלמה, שגילתה שהיא לבד בעולם בתום השואה, יכולים לעורר תגובות רגשיות, כמו עצב וחוסר אונים, המקשות על הקשבה אמפתית. מטרת ההקשבה אינה לרכך את הכאב ואת העצב, אלא להיות עם האדם בעת סיפור החוויות שלו ולהכיל את רגשותיו, ללא בריחה או ריכוך הרגשות.

ניתן להראות את הכלת הרגשות של הניצול על ידי שיקוף התוכן ושיקוף הרגשות של הניצול, למשל, באמרה כמו: "סיפרת על אבדנים מאוד קשים, שאדם שלא חווה משהו דומה לא יכול לדמיין את עומק משמעותם. עבורך, האחים שלך יישארו קטנים לנצח." עבור הניצול, משמעות משפט כזה יכולה להיות, שהמקשיב מוכן לשמוע, נמצא קרוב לרגשות שלו ומכיל את החוויה ואת הרגשות, אף שהניצול עצמו לא ביטא את רגשותיו באופן מילולי. ישנם ניצולי שואה רבים שנולדו בשנות המלחמה ואינם זוכרים חוויות. אנשים אלה עשויים להרגיש חוסר אונים, עצב, כאב או כעס על אירועים שחוו, אך אין להם זיכרונות מהם. גם כאן ישנה חשיבות רבה למתן לגיטימציה לרגשות, אף אם לעתים, הניצולים עצמם מורידים מערכם של רגשות אלה, שהרי הם "לא זוכרים מה קרה להם." ניצולים אלה יכולים להגיד, שהם כועסים על עצמם שהם תמיד נמצאים במתח או שהם חרדים כל כך על כל דבר. לפעמים, הסבר של המטפל על ההשפעות של חוויות שאירעו בשנים הראשונות בחיי האדם, יכול לתת הרגשה של הקלה ושל הבנה שהרגשות 'נורמליים' וטבעיים. דוגמה לכך יכולה להיות משפט, כמו: "הפרדות הרבות מאימא שלך, בשנים הראשונות בחיך, גרמו לך אז לחיות במתח ובחרדות, גם אם לא היית יכולה להיות מודעת לכך בגיל שנה או שנתיים.

הרי אף פעם לא יכולת לדעת עם מי את נמצאת ולכמה זמן. יש סבירות גבוהה שמתחים אלה נמצאים בגוף ובנפש שלך מבלי שאת מודעת להם והם ממשיכים להשפיע על חוויותיך היום, גם אם את לא כל כך מבינה מאין מגיעים המתח והחרדות שאת חווה כל הזמן.

קושי אחר בהקשבה לניצולי שואה עשוי להיות חזרה רב-פעמית על אותו הסיפור. אצל חלק מהניצולים, חזרות אלה עלולות להצביע על ירידה קוגניטיבית, אולם לא בהכרח. חוויית אירועים קשים בשואה יכולה לגרום לקהות רגשית או לעומס רגשי, המחריפים בעת זיקנה. לתופעות אלו השפעה על התנהגות האדם ועל הביטוי שהוא נותן לחוויותיו. סיפור החוויות עשוי להישמע "לא מעניין" אם האדם מספר ללא רגשות. ניתן לשקף לניצול שהוא נשמע כאילו שהוא מספר "סתם" סיפור, בלי רגשות ולשאול אותו האם הוא שם לב לכך. עם זאת, ייתכן שצורת הדיבור מצביעה על מנגנון הגנה של הניצול, המנסה שלא לשקוע רגשית בדברים שהוא מספר. על המטפל להיות מודע לכך ולכבד הגנה זו בהתנהגותו של הניצול.

סיפור גרוש רגשית, המסופר שוב ושוב, מכביד על שומעיו, מעורר חוסר סבלנות בקרב השומעים וחוסר תגובות רגשיות, שלא מספקים את הניצול וגורמים לו להרגיש שהוא אינו מוכל על ידי המקשיב (Letzter-Pouw & Werner, 2012). משפט, המעביר לניצול תחושה שמקשיבים לו ומכילים אותו, הוא, למשל: "אני מבינה שחוויות אלה מעלות תעורבות של רגשות, כמו כעס, חוסר אונים, עצב, ועוד ושקשה מאוד לשאת את החוויות שחווית והצורך לספר אותן עולה שוב ושוב, בין היתר משום שאין נחמה".

המודעות של המטפל לקושי שלו להקשיב היא חיונית. הבנת מקור הקושי עשויה לעזור למטפל להקשיב לרגשות הנמצאים מאחורי הסיפור (Danieli, 1984). כלומר, המודעות של המטפל לרכדוך, לעצב או לכאב שעולים אצלו, לחוסר הסבלנות או לרגשות אחרים יכולה לעזור לו לברר מאין רגשות אלה באים והאם תחושות אלו משקפות משהו שגם הניצול מתקשה בו.

קושי נוסף בהקשבה יכול לנבוע מכך, שהניצול "נעצר" בשלב ההתפתחות הפסיכולוגית, שבו היה בזמן השואה (Durst, 2003). דבר זה בולט כאשר קיים פער בין הגיל הכרונולוגי של האדם לבין התבטאותו הרגשית, כלומר, לעתים, האדם הבוגר, המספר את סיפורו, עלול להישמע כילד. שיקפתי פער זה פעם לניצול, שהיה כבן שש, כשהשואה פרצה: "אמנם אתה אדם בוגר ונראה גדול וסמכותי, אך בתוכך אתה עדיין הילד הקטן והכועס". ההבנה שהאדם מרגיש (באופן לא מודע) כילד חסר אונים, שלמעשה לא הייתה לו אף פעם כתובת לבטא את כעסו וכעס זה מלווה אותו רוב שנותיו, עשויה לסייע בהקשבה ובהכלת הרגשות של הניצול. בנוסף לכך, שיקוף זה למטופל עשוי להרגיעו ולתת לו הרגשה שמישהו מבין אותו (בעוד שהוא בעצמו לא בהכרח מבין את עצמו).

לסיכום, הקשבה פעילה ואמפתית מהווה תנאי בסיסי לכיבוד ניצול השואה ומסייעת לו בשיפור איכות חייו. להלן אתייחס לשלוש התיאוריות, העשויות לעזור בטיפול תמיכתי ונפשי בניצולי שואה.

תיאוריית ההתקשרות

תיאוריית ההתקשרות טוענת, שאנשים יוצרים קשרים בין-אישיים מהרגע שהם נולדים (Bowlby, 1988). באמצעות ההתקשרות בין התינוק לבין הדמות הקבועה המטפלת בו (האם או דמות קבועה אחרת), דפוסי ההתקשרות מתפתחים. זמינות ההורה וההיענות האוהבת והמותאמת לצרכיו של התינוק מהוות גורמים חיוניים בהתפתחות דפוס התקשרות בטוח ובריא (Bowlby, 1977). בהתקשרות בטוחה, התינוק סומך על הוריו וחש ביטחון לגלות את העולם ולהתמודד איתו. אנשים בעלי דפוס התקשרות בטוח נוטים להיות אופטימיים בהתמודדות עם מצבי לחץ, סומכים על עצמם ועל עזרת אחרים (Shaver & Mikulincer, 2002). קשרים בין-אישיים חדשים נוצרים על פי דפוס ההתקשרות הראשון (Eagle, 1995), אשר נוטה להישאר יציב, הופך להיות תכונה של האדם ומשפיע על הרווחה הנפשית במהלך חייו (Bowlby, 1988).

דפוסי התקשרות נוספים נוצרים כשהדמות המטפלת הקבועה אינה עקבית בהיענות לצרכיו של התינוק, כשהיא דוחה את התינוק או מציפה אותו או נעדרת רגשית או פיזית (Cortina, 2003). הפרעות בהתקשרות הראשונה בחיים עלולות ליצור לחץ רגשי, חרדות או דיסוציאציה רגשית (Bowlby, 1977). הפרעות אלו גורמות לתינוק לחיות בחוסר ביטחון, שהדמות המטפלת תעזוב בעוד שהוא תלוי בה לסיפוק צרכיו. כך עלול להתפתח דפוס התקשרות של חרדה ואמביוולנטיות או דפוס התקשרות נמנעת (Shaver & Mikulincer, 2002).

כיצד תיאוריה זו יכולה לעזור בטיפול בניצולי השואה? כאמור, אחת הפגיעות הקשות בקרב הניצולים היא הפגיעה באמון באחר ובערך העצמי שלהם. תיאוריית ההתקשרות מבהירה, כי קביעות, זמינות רגישה והיענות מתאימה ואמפתית עשויות להוביל לתחושה עצמית טובה. בהתאם, הקשר הרגשי בין המטפל למטופל הוא הבסיס לברית הטיפולית ביניהם (Obegi, 2006). לכן, ההיענות הרגשית והמותאמת לצרכיו של המטופל היא תנאי חיוני לברית טיפולית, שבה המטופל יכול להתפתח (Rappoport, 1997). על המטפל להיות חם, להפגין עמדה בלתי שיפוטית, יכולת ורצון להסתגל לסגנון התקשורת הבין-אישית של המטופל (Obegi, 2008). טון הדיבור של המטפל, תגובותיו, שאלותיו וכן הסביבה

שבה הטיפול מתבצע הם חלק מהאפיונים שעל פיהם המטופל קובע האם הוא יכול לסמוך על המטפל.

יתר על כן, כמו בהתקשרות בין האם לתינוק, המטופל מחפש נחמה וביטחון אצל המטפל, הוא מפנים את הקשר הטיפולי ונושא אותו גם לאחר סיום הטיפול (Obegi, 2008). בעזרת ההתקשרות הבטוחה עם המטפל, המטופל יכול ללמוד לקבל, לאהוב ולהעריך את עצמו. ניתן ליישם קשר כזה בכל מצב בין דמות מטפלת (מתנדב, אחות, רופא, עובד סוציאלי) לניצול שואה, בין אם זה בבית או בכל מסגרת אחרת. הרגישות של המטפל והתאמת תגובותיו לצורכי המטופל, הקביעות והעקביות, עשויות לגרום לניצול לקבל את עצמו, לאהוב ולהעריך את עצמו.

ארבע דוגמאות שיפורטו להלן מתארות את משמעות הקשר הקבוע והמותאם לצרכים של ניצולי שואה. המכנה המשותף לדוגמאות אלו (ולכל הדוגמאות האחרות בפרק זה) הוא הערך העצמי הנמוך שהמטופל מתחיל איתו את הטיפול.

אווה, בת 70, נולדה בתקופת השואה ולפרקי זמן שונים הופרדה מאמה. אביה נרצח זמן קצר לאחר שנולדה. אחרי המלחמה נישאה אמה של אווה בשנית. במפגש ההיכרות שלנו, אווה הבהירה שהיא חוותה אלימות קשה מאוד בשנות ילדותה, אך בו בזמן נתנה לי להבין שאיננה מוכנה לספר פרטים. לאורך שנותיה בטיפול, מפעם לפעם, אווה הזכירה בעקיפין את החוויות הקשות. כמו כן, מדי פעם קישרתי דפוסי התנהגות של היום עם חוויות הקשות, מבלי להיכנס לפרטים. היה ברור ולעיתים אף דיברנו על כך, שאנו לא מדברות באופן ישיר על האירועים שחוותה. יכולתי לשאול את אווה מה היא חושבת שיכול להיות מקור הפחד שלה או שהייתי אומרת לה, שלדעתי היחס המזלזל לעצמה קשור לחוויות שחוותה עם האיש שאיתו האם התחתנה. הייתי מוסיפה, שאני יודעת שהיא לא רוצה ממש לדבר על זה ושאני מקבלת את זה, אך בכל זאת חשוב לי לציין הקשרים אלה. מצד אחד, לא התעלמתי מהחוויות, הזכרתי אותן, כשלדעתי היה צורך בכך, אך אף פעם לא ביקשתי לדעת פרטים או שתספר מעבר למה שהייתה מוכנה לחשוף, כל עוד היא אומרת לי שאיננה מוכנה לספר. הפגנתי אמפתיה רבה והבעתי את ההבנה שלי, שאין ברצונה לחשוף את פרטי החוויות. כעבור שנים מספר, הפחתנו את תדירות הפגישות לפעם בחודש. הקבלה האמפתית המוחלטת של רצונות המטופלת, ללא שיפוט מצדי, הייתה חיונית להתפתחות הקשר הטיפולי, שבו אני האדם היחיד שיודע שהיא חוותה דברים קשים מאוד. בחלוף השנים אווה מוכנה להודות בפני עצמה ובפניי, שכיום היא מעריכה את עצמה קצת יותר.

דוגמה נוספת:

רוזה, בת 77, שרדה את השואה כילדה קטנה עם זהות מזויפת, כאשר הוסתרה אצל משפחות נוצריות שונות. הוריה נרצחו. רוזה הגיעה לשיחות עקב דכדוך, שממנו היא סובלת באופן מתמיד וקשיים בזוגיות. רוזה סיפרה על הניצול שחוותה אצל המשפחות שאצלן התחבאה בשואה, על נישואיה שהסתיימו בגירושין ועל הרגשת הביטול העצמי שלה בקשר הזוגי העכשווי שלה. הייתי אוזן קשבת לרוזה, עזרתי לה לבטא את תחושותיה הקשות ונתתי להן לגיטימציה. יכולתי להבין את הביטול העצמי שלה בקשר הזוגי מתוך ההשפלות שחוותה אצל המשפחות שבהן התחבאה ועל היעדר האפשרות אז להתגונן או להתמרד, כי הרי היא הייתה לבד, ללא הוריה וחיה בסכנה מתמדת. עם זאת, עודדתי את רוזה לתת ביטוי לרצונות שלה והיא התחילה לעשות יותר דברים שאהבה גם כאשר בן זוגה לא היה שותף להם. בעזרת השיחות, רוזה התחילה להרגיש יותר טוב עם עצמה ולמדה להתמודד בזוגיות. למרות זאת, המשיכה לסבול מדכדוך. כעבור כשנתיים, כבר לא חשה צורך להגיע לשיחות קבועות, משום שלא האמינה שתוכל להשתנות. סיכמנו, שהיא תגיע בעת הצורך, לשיחה בודדת אחת, לסדרה של כמה מפגשים או לכל מסגרת טיפולית שמתאימה לה. אכן, במשך השנים, רוזה מגיעה מדי פעם, לעתים באופן קבוע לשיחות דו-שבועיות ובפעמים אחרות למפגש בודד. אין ספק, שאני מהווה עבורה דמות מטפלת קבועה, שאצלה היא יכולה לבוא להתנחם ברגעים שהיא שוב שוכחת את עצמה ומתאימה את התנהגותה יותר מדי לבן זוגה, או לחילופין לבוא ולספר על הגאווה שהיא חשה, משום שפעם בשבוע יש לה בוקר רק בשביל עצמה. שמירת הקשר איתי, הקבלה שלי וההכלה שלי אותה עוזרים לרוזה לקבל את עצמה יותר.

דוגמה נוספת:

הייתי צריכה לקבל את אי-רצונה של אינה, שהייתה כבת 16 בתקופת השואה, לדבר על אחיה הקטנים שנרצחו, משום שהיזכרות בהם תמיד הציפה אותה רגשית. היא אמרה לי, שאם תתחיל לדבר עליהם, היא לא תפסיק לבכות. כיברתי את רצונה, על אף שידעתי, שהדיבור עליהם עשוי להקל עליה רגשית. אינה חשה רגשות אשם חזקים על כך שהיא נשארה בחיים ואחיה לא. הבנתי שהיא לא רוצה להקל

על עצמת הרגשות שהיא חשה ושהיא רוצה "להיענש" על מותם עד סוף ימי חייה. קיבלתי את בקשתה במשך כל שנות הטיפול.

ודוגמה אחרונה:

דוד, אשר סיים את שיחותיו איתי לפני יותר מעשור, ממשיך להתקשר כפעם בשנה, סמוך לחגים. הוא מבהיר לי תמיד, שהוא ממשיך "לדבר" איתי ו"להתייעץ" איתי כשיש לו צורך בכך, אך הוא יכול לעשות זאת בלי הקשר הממשי. הקשר שלנו מופנם וממשיך להיות משמעותי ולנחם אותו בעת הצורך.

דוגמאות אלו מצביעות על חשיבות הקבלה ללא שיפוט ועל הקשבה המותאמת לרגשות ולצרכים של המטופלים על ידי המטפל כדמות קבועה. מקום קבוע זה יכול לאפשר רצף של קשר, גם ללא מפגשים ממשיים, ומאפשר למטופלים להיעזר במטפל בעת הצורך. תיאוריה נוספת שעשויה לעזור בטיפול עם ניצולי שואה היא הלוגותרפיה (Kimble & Ellor, 2000). ניתן ליישם אותה בהתמודדות עם האבדנים הרבים של השואה.

לוגותרפיה

לפי הלוגותרפיה, שפותחה על ידי ויקטור פראנקל (Frankl, 1984), אדם שיש לו בשביל מה לחיות יכול להתמודד כמעט עם כל דבר (Kimble & Ellor, 2000). כלומר, לאדם שיש לו משמעות לחיים, יש עוגן להיאחז בו, כשעליו להתמודד עם מצבים קשים. למשל, במחקר שביצע ארמור (Armour, 2010) נמצא, כי מחשבות ופנטזיות על תום המלחמה ועל מה יעשו לאחריה שימשו לניצולים בתקופת השואה עוגן ועזרו להם להמשיך להתמודד ולא לאבד תקווה גם ברגעים קשים. בהתאם, מטרת הלוגותרפיה היא לעזור לאדם להתמודד עם קשיי החיים ועם האילוצים הבלתי ניתנים לשינוי ולעודד אותו למצוא את המשמעות האישית שלו, כדי לסייע לו להגיע למימוש עצמי למרות קשיי חייו. לפי הלוגותרפיה, כל אדם אחראי על מעשיו ויש לו חופש לבחור כיצד הוא מתמודד עם אירועי חייו (Kimble & Ellor, 2000). אמנם האדם הוא תוצר של הגנטיקה שלו, של התנאים הסביבתיים ושל ההחלטות אשר לקח בחייו, אך יש לו חופש לבחור כיצד ברצונו להגיב לגורלו. גבולות הזמן חיוניים במציאת משמעות. ההגבלות בחיי היום-יום וההגבלה בחיים על ידי המוות מאפשרים לאדם ומעודדים אותו לממש את האפשרויות שלו (Kimble & Ellor, 2000).

בדוגמה פשטנית ניתן לראות, כי האדם מתאמץ ומגיע להישגים טובים בסכירות גבוהה יותר אם הוא יודע שהוא צריך להספיק עד לתאריך מסוים. לעתים קרובות, התחושה שיש עוד זמן רב מונעת את העשייה.

חשוב לציין, כי המשמעות היא אישית (Kimble & Ellor, 2000), לא ניתן לקבוע מה נותן משמעות לאדם אחד ומה נותן משמעות לאחר. על פי הלוגותרפיה, ישנן שלוש דרכים למצוא משמעות, שהן: יצירת עבודה, חוויות וקביעת עמדה כלפי קשיים (Frankl, 1984). יצירת עבודה יכולה לכלול ביצוע עבודה לפרנסה, עבודת התנדבות, אמנות או כל דבר אחר, שבו מדובר ביצירה פיזית או רוחנית; חוויות יכולות להיות כאלה הקשורות לטבע, לחי, לאמנות וכן אהבה לאחר; קביעת עמדה כלפי קשיים יכולה להביא את האדם להגשמה עצמית אשר עשויה להתרחש על ידי שינוי התנאים, או אם לא ניתן לשנות, על ידי קבלתם כפי שהם (Frankl, 1986). לסיכום, הלוגותרפיה מספקת כיוון בעת מתן עזרה לאנשים, לרבות ניצולי שואה, להתמודד עם קשיים ועם אבדנים. בעזרתה אפשר לסייע לאדם לבחור את הדרך שבה יתמודד עם קשייו ואם אין בידו לשנותם, הרי שיוכל לבחור את העמדה אשר ינקוט כלפיהם.

אחת השאלות הנשאלות בעניין זה היא – כיצד ניתן לעזור לאדם למצוא משמעות? מספר טכניקות טיפול עשויות לסייע לאיש המקצוע בעבודתו עם ניצולי שואה, כאשר ההיכרות עם האדם ומתן לגיטימציה לרגשותיו, כמו בכל טיפול אחר, הם הבסיס שעליו עובדים (Kimble & Ellor, 2000). טכניקת הלוגותרפיה היא חיבור מחדש לערכים של האדם והבנת הבחירות שלקח במהלך חייו. כלומר, גם אם האדם מיואש ואינו חש שבעת הנוכחית יש משהו שמעניין אותו בחייו, ניתן לברר מה בעברו נתן לו טעם לחיות ואילו החלטות לקח במצבים קשים. שאלות אלה עשויות לשפוך אור חדש, אך מוכר, על ההתמודדות שלו עם הייאוש העכשווי. יתר על כן, ניתן לעזור לאדם למצוא משמעויות באירועים קטנים, יום-יומיים, למשל במפגש אנושי עם אדם קרוב ומשמעותי, בשמיעת מוזיקה או בקריאת ספר (Kimble & Ellor, 2000). טכניקה נוספת, שעשויה לתת פרספקטיבה במצב של ייאוש, היא לגרום לאדם לדמיין כאילו הוא נמצא ביומו האחרון והוא בוחן את חייו, תוך בירור לעצמו כיצד היה רוצה שהתקופה מהעת הנוכחית עד ליומו האחרון תיראה. גישה זו עשויה לעזור לו להבין, שיש חשיבות רבה לקחת את החיים שלו בידיו ולעשות איתם משהו, במקום לראות את סבלו כמשהו בלתי ניתן לשינוי (Kimble & Ellor, 2000).

אבהיר את גישת הטיפול באמצעות שתי דוגמאות:

דליה, בת 90, שרדה את השואה עם זהות מזויפת, במחבוא אצל משפחה נוצרית. היא הייתה אישה צעירה בתקופת השואה ואיבדה את כל משפחתה. היא הגיעה

לשיחות בעקבות מתח ולחץ רב, שבהם הייתה שרויה, ושבין היתר קיבלו ביטוי בקשר שלה עם בן זוגה. הקשר הזוגי כלל מריבות מלוות בצעקות הדדיות. דליה, שהייתה צריכה להשתקם בכוחות עצמה לאחר השואה, נישאה לאיש מתרבות הדומה לשלה. בשיחות הראשונות אמרה, שהיא לא הכירה מריבות בין הוריה בבית. שאלתי אותה על איזה ערכים גדלה. השאלה הזאת גרמה לה לחשוב על הערכים שהכירה מהבית. היא נזכרה בכבוד שהוריה רחשו זה לזה, לה ולאחותה. כמו כן, היא אמרה, שבבית הוריה לא צעקו ושהיא גדלה על מתן עזרה לזולת. בעקבות השיחות, דליה יכלה להתחבר מחדש לערכים אלה והם שימשו לה קו מנחה בחייה. בדרך הזאת היא מצאה מחדש את ההערכה העצמית שאיבדה בעקבות חוויותיה במלחמה. דליה גילתה שהקשר עם נכדיה ועם ילדיה, מפגשים חברתיים אחרים וכן נגינה בפסנתר, שהיא הזניחה בעקבות המתח שחוותה, הם בעצם הדברים שנותנים לה אושר ומשמעות. ההבנה הזאת עזרה לה להתמודד עם הקשיים ועם בן זוגה ולהתגבר עליהם. הדימוי העצמי שלה השתפר והיא התחילה להפגין יותר רוח כלפי חוץ כאשר אט-אט נרגעה.

דוגמה נוספת:

לאה, בת 85, סבלה מבדידות ומזיכרונות חוזרים של האכזרים שחוותה בשואה ושהשפיעו על מצב רוחה. היא הייתה במחנה ריכוז ואיבדה בשואה את אחיה הקטן ואת הוריה. לאחר השואה נישאה, ילדה שתי בנות ועבדה במקצוע עצמאי. לאחר יציאתה לפנסיה הייתה פעילה במסגרות התנדבות שונות וכן נהגה ללכת להרצאות ולסדנאות, מהן נהנתה וקיבלה השראה. השיחות אפשרו לה לעבד את החוויות שלה ולקבלן כחלק מהחיים שלה. כיום, היא אומרת, שהיא מקווה שתוכל ליהנות עוד שנים רבות ממה שהחיים מציעים לה. היא מוסיפה ואומרת, שאמנם לא טוב שהיא חוותה את השואה, אך חווית השואה חיזקה אותה כאדם. בעקבות עיבוד חוויותיה בשואה, קיבלה פרספקטיבה חדשה על החיים, אשר עזרה לה להעריך את מה שיש לה ולמצוא משמעות בלמידה באמצעות ההרצאות והסדנאות שבהן היא משתתפת.

לסיכום, מהנאמר עד כה נראה, כי אפשר למצוא משמעות בחיים גם אם האדם מתמודד עם אכזרים או עם מצבים קשים אחרים. הדוגמה הראשונה המחשה כיצד ניתן להתחבר לערכים שהיו חשובים פעם ושאבדו בדרך. הדוגמה השנייה הוכיחה, כי ניתן להגיע להשלמה

ולמציאת משמעות בחיי היום-יום על ידי עיבוד האכדנים וקבלת החיים כפי שהם, גם אם היו קשים מאוד, בעזרת תהליך של שיתוף בחוויות וברגשות. בסעיף הבא אציג את האפשרות של טיפול בניצולי שואה בעזרת תיאוריית ההתפתחות בשלבים.³

תיאוריית ההתפתחות בשלבים

על פי תיאוריית ההתפתחות בשלבים (Erikson & Erikson, 1998), במהלך החיים האדם מתמודד עם אתגרים שונים הקשורים לשמונה שלבי התפתחות. תוצאה מוצלחת בהתמודדות עם האתגר בכל שלב מקדמת התפתחות אישיות בריאה. תוצאה בלתי מוצלחת של שלב מסוים עלולה להוביל לתחושות שליליות באשר לעצמי ולתפיסת העולם. השלבים מתוארים בהרחבה במקורות שונים (Erikson & Erikson, 1998; Greene, Graham & Morano, 2010), להלן אתמקד בשלב השמיני בלבד, הרלוונטי לעבודה עם ניצולי שואה מזדקנים. בשלב זה, שמתרחש בגיל הזיקנה, האדם מביט אחורה ומהרהר על אירועי חייו, מעלה בזיכרוננו את מה שהיה, מה שעשה ואת מי שהיה. ההתמודדות עם זיכרונותיו עלולה לגרום לקשיים ולייאוש, אם האדם מתקשה להשלים עם מה שהיה ועם מה שעשה. לעומת זאת, תוצאה חיובית של שלב זה עשויה לגרום להרגשה של סיפוק ושל השלמה או תחושת שלמות עם החיים. שלב זה עלול להיות קשה לניצולי שואה, בגלל החוויות שחוו בשואה ושקטעו את רצף החיים שלהם (לצטר-פאו, 2007). כחלק מתהליכי הזיקנה, מנגנוני ההגנה הפסיכולוגיים, אשר עמדו לרשותם של ניצולי השואה במשך חייהם, עלולים להיחלש (Palgi, Shrira & Ben-Ezra, 2008; Shrira & Shmotkin, 2011) ועל כן לגרום לחוויות מהשואה לעלות בזיכרונם (Hertz, 1990), לעמת אותם עם חוויות ואירועים שהעדיפו לא להיזכר בהם במשך עשורים ולעורר בהם קשיים רגשיים (Grodin, 2011). מטרת הטיפול על פי תיאוריית ההתפתחות בשלבים היא להגיע להשלמה עם כל החוויות שהיו בחיים, כולל אלה מהשואה. כלומר, המטרה היא להגיע למצב שבו אפשר לחשוב ולדבר על האירועים הקשים ועל החוויות הטובות, כאשר כל דבר מתקבל כחלק מהחיים. לאה, בת ה-85 שתיארתי לעיל, היא דוגמה להשלמה מעין זו. להלן דוגמה של ניצול שואה, שהרגיש שלם עם חייו, על ידי הכחשת הקשיים הרגשיים שחווה בשואה. אולם, כשהזדקן, זיכרונותיו התחילו לצוף וגרמו לו מצוקה.

3 באנגלית ובעברית קיימות הגדרות שונות המתכוונות לאותה התיאוריה של אריקסון. בחרתי להשתמש בהגדרה: "תיאוריית ההתפתחות בשלבים".

הראל, כבן 88, היה נער בתקופת השואה. הוא ברח מארץ מולדתו ונדד במשך חודשים בארצות אירופה. במשך עשרות שנים אחרי המלחמה הוא לא הבין כיצד ניצולים אחרים סובלים מפחדים ומחרדות, כי הוא חשב על הרפתקאותיו כעל אתגר שהוא חווה כנער. לפי דבריו, בגיל 80, התחיל פתאום לחלום על החוויות שעבר בשואה ולחוש חרדות. תפיסתו את חוויותיו בזמן השואה כהרפתקה וההכחשה שחוויותיו סיכנו את חייו, היו סוג של מנגנון הגנה פסיכולוגי עבורו. מנגנון זה נחלש בעת זיקנה, וגרם לו להעלות את הזיכרונות למודעות. בעקבות כך, הוא חש מתח, פחד ומצוקה רגשית.

הראל לא הגיע לטיפול, אך טיפול לפי עקרונות תיאוריית ההתפתחות בשלבים יכול לעזור במקרה כזה. ממצאים של מחקרים שנערכו בשנים האחרונות מראים, כי ניצולי שואה רבים מגיעים לזיקנה מוצלחת (Greene et al., 2010). סיפור החוויות מהשואה, בטיפול או במסגרת מוגנת אחרת, עשוי לעזור לניצול לקבל את חוויותיו ואת רגשותיו הקשורים לחוויות אלו וכך להגיע להשלמה (לצטר-פאו, 1999). להלן שתי דוגמאות של ניצולי שואה, שהתמודדו עם חוויותיהם והצליחו לשלבן בסיפור החיים שלהם.

דוד, שהיה נער בתקופת השואה, חווה אלימות קשה במקרים שונים במהלך שנות המלחמה. במשך עשרות שנים סבל מסייסי לילה, עשה מאמצים לדחוק את זיכרונותיו ועקב זה נמנע מהשתתפות באירועים אשר הזכירו לו חוויות מהשואה. בתהליך הטיפול, הצליח באופן הדרגתי להעלות זיכרונות ולסדר אותם לכדי סיפורים עם התחלה, אמצע וסוף. בסיום תהליך של כשבע שנים נעלמו סייסי הלילה ודוד הרגיש שכבר לא היה צורך לברוח מפני זיכרונותיו.

רותי, שהייתה ילדה בתקופת השואה, הגיעה לטיפול בעקבות מותו של בן זוגה, לו הייתה נשואה קרוב ל-40 שנה. מותו הציף אצלה קשיי התמודדות עם חוויותיה מהשואה, אשר גרמו לה להדחיק את רגשותיה ולהיות אישה מופנמת ובלתי נראית. בתקופת השואה, היא הייתה מוסתרת אצל משפחות רבות, הוריה נרצחו ולאחר השואה הועלתה ארצה נגד רצונה. היא לא זכרה רבות מתקופת השואה, אך במהלך השיחות התחילו לצוף אצלה זיכרונות, שגרמו לה לסקרנות ולרצון לחבר סיפור כרונולוגי של חייה בתקופת השואה. בעקבות הזיכרונות והרגשות שהחלו להתעורר, התחילה לכתוב, תחילה שירה ומאוחר יותר גם קטעים ארוכים. היא הצטרפה לקבוצת כתיבה (אלה, 2010). לבסוף הוציאה את ספרה האוטוביוגרפי על

אודות חוויותיה מהשואה (לביא-יורגראו, 2007). כל אלה הפכו לחלק מרצף סיפורה האישי. כיום, היא אישה שמחה יותר, מחוברת לחייה, מעורה ופעילה חברתית.

שני האנשים המתוארים בדוגמאות לא צריכים יותר לדחוק את זיכרונותיהם ולכרוח מהם. הם יכולים להכיל את זיכרונותיהם ואת מחשבותיהם, לדבר על החוויות שעברו ואף לספר אותם לאנשים המעוניינים לשמוע אותם. הם חווים חיים מלאים יותר, מחוברים לעצמם ומחוברים לאחר. על פי תיאוריית ההתפתחות בשלבים של אריקסון (Erikson & Erikson, 1998), חוסר היכולת להשלים עם חוויות שהיו בחיים, עלול לגרום לאדם להיכנס לייאוש. שני הניצולים שתיארת כאן, אכן הגיעו עם מצב רוח ירוד, כי לא זכרו דברים רבים שהיו בשואה ואף לא רצו לזכור אותם. הסתירות מפני זיכרונות ורגשות גורמת לחיים חלקיים בלבד, שבהם אנשים עלולים לעמוד על המשמר כל הזמן, בשל הפחד לגעת בזיכרון כואב או עצוב. צורת חיים כזאת עלולה לגרום להתבודדות ולברידות (Davies, 2008). היכולת להיות בקשר עם כל החלקים הפנימיים, כלומר, השלמה עם החוויות, הן הכואבות והן הנעימות והטובות, עשויה לגרום לאדם לחיות חיים מלאים ומספקים (Erikson & Erikson, 1998). עם זאת, חשוב לציין, כי לא כל אדם מסוגל להתעמת עם חוויותיו, עם זיכרונותיו ועם רגשותיו, כפי שתואר קודם בדוגמה על אווה. לומרנץ (Lomranz, 2005) טוען, שניתן לחיות בשלווה רגשית גם אם האדם אינו משלים עם מה שהיה בחיים שלו וגם עם סתירות פנימיות, חוסר עקביות או חוסר רצף בסיפורו האישי. לומרנץ קורא לזה א-אינטגרציה (Lomranz, 2005) (aintegration). דוגמה לכך יכול להיות סיפורה של לילי, שהייתה בת ארבע כשהמלחמה פרצה, ושתמיד חשה פחדים קשים כשהיא לא ישנה בביתה. בעזרת השיחות היא הבינה, שמקורם של פחדים אלה במחנה הריכוז שבו שהתה כילדה קטנה עם אמה, כאשר אמה נאלצה להשאיר אותה לבד במשך ימים. השיחות לא עזרו להפחתת פחדיה, אך ההבנה שלפחדים שלה יש מקור וסיבה, עזרה לה לקבל אותם כפי שהם ונתנה לה לגיטימציה לחוסר הרצון שלה לישון לבד במקום זר.

התמודדות עם ירידה קוגניטיבית

ניצולי שואה לא סובלים מירידה קוגניטיבית יותר מאשר אנשים שלא חוו את השואה (Ravona-Springer, Beeri-Schnaider & Goldbourt, 2011). עם זאת, נראה כי תופעות הקשורות לסימפטומים של פוסט-טראומה עלולות להחריף בעת ירידה קוגניטיבית (Achterberg, Rohrbaugh & Southwick, 2001; Sperling, Konstantin & Biermann, 2011).

(2010). אירועים קשים או אבדנים מהשואה עלולים לעלות בזיכרון ולהיחוו כאילו הם מתרחשים בהווה. האדם שזיכרונו אובד באופן הדרגתי מודע לקשיים שלו (Doka, 2010). לעתים קרובות, בתחילת התהליך הדמנטי, הסביבה מכחישה את הבעיות ואומרת שהכול בסדר. כמו בקרב אנשים בריאים, תגובות אלה גורמות לרגשות תסכול ולכדידות בקרב חולה דמנציה. הקשבה מקרוב, ככל האפשר, לדברים שניצול שואה, שהוא חולה דמנציה, אומר, אישור הרגשות או המללת מה שחושבים שהוא מתכוון להגיד, כל אלה עשויים להרגיע אותו, כשהחוויות עולות בעצמה. דוגמה של הבנה רגשית יכולה להיות בנוסח: "את מרגישה אי-נוחות מכך שלפעמים את לא יודעת איפה את נמצאת. אני מאוד יכולה להבין שקשה לחיות עם הידיעה, שאי-אפשר לסמוך על הזיכרון שלך כמו פעם. תמיד אהבת לספר סיפורים על החיים שלך ואם יכולת זאת מידרדרת – זה קשה." בהיעדר ידע על עברו של הניצול, חשוב לברר אצל בני משפחה על עברו, כדי לעזור לו בצורה טובה יותר.

הקשר עם הדור השני והשלישי

הקשר בין הורים ניצולי שואה לבין ילדיהם יכול להיות מסובך רגשית. מחקרים המתמקדים בקשרים הבין-אישיים בין הורים ניצולים לילדיהם מראים, כי ילדים של ניצולי שואה עלולים לסבול מקשיים בקשרים בין-אישיים, כגון מרגשות אשם ומקושי בהבעת כעס ומרגשות אחרים (Wiseman, Metzl & Barber, 2006) וכן מתלות רגשית בהוריהם, יותר מאנשים שהוריהם לא היו בשואה (Ganga, Talamo & Ferracuti, 2009). בנוסף לכך, ממצאי מחקר מראים, כי ילדים של ניצולי שואה, שסבלו יותר מתופעות הקשורות לפוסט-טראומה, חוו יותר אלימות פיזית ונפשית מצד הוריהם (Yehuda, Halligan & Grossman, 2001). מצבים אלה יכלו לגרום לקשיים ביחסים בין ניצולי שואה לבין ילדיהם (טאובר, גוטספלד, ואן דר האל, 1996). אף על פי שמחקרים מראים, שלעתים המטען הרגשי מהשואה הועבר גם לנכדיהם של הניצולים (Lev-Wiesel, 2007; Scharf, 2007), יש סימנים לכך, שנכדיהם של הניצולים מתמודדים באופן מאוזן יותר עם מטען זה מאשר בני הדור השני (Chaitin, 2002). קשיים בין ניצולי השואה לבין ילדיהם עלולים לקבל ביטוי בטיפול בהורים בעת ירידה בתפקוד, כשהילדים מסרבים לבקר או להושיט יד עוזרת להוריהם. לעתים, אלה דווקא הנכדים שלוקחים פיקוד ודואגים לעזרה פיזית ואף רגשית.

בעבודה טיפולית עם ניצולי שואה ניתן לעבוד על הקשרים הבין-דוריים, אך לא תמיד אפשר לפתור את הבעיות. למשל אצל מינה, הקשר עם שלושת ילדיה נשאר קשה וסבוך עד יום מותה. גם שיחות איתה, שילדיה הצטרפו להן מספר פעמים, לא הצליחו לפייס

ביניהם. לעומתה, מספר ניצולות שואה שטיפלתי בהן בעת זיקנה, השתחררו בעזרת השיחות ממתחים ומקשיים בתקשורת עם ילדיהן, התרככו ביחסים הקשוחים שלהן כלפי ילדיהן ואפשרו להם להתקרב אליהן רגשית. עד כדי כך, שדליה, למשל, אמרה לבנה, שחשוב שיתקשר אליה כל יום ולו לרגע קט, כדי לוודא שהיא בסדר. "אני כבר זקנה ויכול לקרות לי משהו, אז לפחות שמישהו יידע על כך," הסבירה לו.

סיכום

פרק זה מיועד לאנשי מקצוע המטפלים בניצולי השואה ואשר רצונם להבין כיצד לנהל את הטיפול, על מה לשים דגש, כיצד להבין את הקשיים של הניצול ואיך מתייחסים להתנהגויות מוזרות או כאלו המעוררות תגובות רגשיות בקרב המטפלים. הפרק מדגיש לא רק את הטיפול בניצולי השואה, אלא גם את דרך ההתמודדות של איש המקצוע עם דילמות העולות במהלך הטיפול.

אנשי מקצוע עלולים להגיב באופן לא מקצועי (Danieli, 1984) או לסבול מטראומטיזציה משנית (Canfield, 2005) בעקבות הסיפורים הקשים, שהם שומעים מניצולי שואה. לכן, חשוב לדאוג להפגת העומס הרגשי, להבנה ולקבלת הרגשות שעולים אצל המטפל. הדרכה מקצועית קבועה (או לא קבועה) על ידי אדם מוסמך עשויה לסייע בכך. עם זאת, אפשר ללמוד רבות מהניצולים ולהנציח אותם על ידי ההקשבה שלנו והפנמת החוויות שלהם.

מקורות

- טאובר, א., גוטספלד, י. ו. ואן דר האל, א. (1996). קבוצות פתוחות לבנים של ניצולי שואה. שיחות, י (3), 194-200.
- לביא-יורגראו, ר. (2007). שורשים באוויר. ישראל: הוצאת צרפתי ספרים.
- לצטר-פאו, ס. (1999). יצירת המרחב התרפויטי הבין-אישי, עיבוד של העברה והעברה נגדית ארוטית בטיפול בניצול שואה. שיחות, 13 (2), 142-144.
- לצטר-פאו, ס. (2007). זיכרונות חודרניים והימנעות מזיכרונות בהתמודדות עם השואה: סקירת ספרות ביקורתית. גרונטולוגיה, 3, 99-100.
- מרכז אלה. (2010). אלה שלושים שנה. תל אביב: הוצאת מרכז אלה לסיוע נפשי-חברתי.

- Achterberg, M.E., Rohrbaugh, R.M. & Southwick, S.M. (2001). Emergence of PTSD in trauma survivors with dementia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (3), 206-207.
- Armour, M. (2010). Meaning making in survivorship: Application to Holocaust survivors. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 20, 440-468.
- Barel, E., Van IJzendoorn, M.H., Sagi-Schwartz, A. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2010). Surviving the Holocaust: A meta-analysis of the long-term sequelae of a genocide. *Psychological Bulletin*, 136 (5), 677-698.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145 (1), 1-10.
- Canfield, J. (2005). Secondary traumatization, burnout, and vicarious traumatization: A review of the literature as it relates to therapists who treat trauma. *Smith College Studies in Social Work*, 75 (2), 81-101.
- Chaitin, J. (2002). Issues and interpersonal values among three generations in families of Holocaust survivors. *Journal of Social and Personal Relationships*, 19 (3), 379-402.
- Cortina, M. (2003). Defensive processes, emotions and internal working models: a perspective from attachment theory and contemporary models of the mind. In: M. Cortina and M. Marrone (Eds.), *Attachment theory and the psychoanalytic process* (pp. 271-306). London: Whurr Publishers.
- Danieli, Y. (1984). Psychotherapists' participation in the conspiracy of silence about the Holocaust. *Psychoanalytic Psychology*, 1 (1), 23-42.
- Davies, S. (2008). Psychological trauma in late life: Conceptualization, assessment, and treatment. In: B. Woods & L. Clare (Eds.), *Handbook of the clinical psychology of ageing* (pp. 121-131). USA: John Wiley & Sons, Inc.
- De Vries, B. & Suedfeld, P. (2005). The lifestories of Holocaust survivors. *International Journal of Aging and Human Development*, 60 (3), 183-187.
- De Vries, B., Suedfeld, P., Krell, R., Blando, J.A. & Southard, P. (2005). The Holocaust as a context for telling life-stories. *International Journal of Aging and Human Development*, 60 (3), 213-228.

- Drollinger, T, Comer, L.B. & Warrington, P.T. (2006). Development and validation of the active empathetic listening scale. *Psychology and Marketing* 23 (2), 161-180.
- Doka, K.J. (2010). Grief, multiple loss, and dementia. *Bereavement Care*, 29 (3), 15-20.
- Durst, N. (2003). Child-survivors of the Holocaust: age-specific traumatization and the consequences for therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 57 (4), 499-518.
- Eagle, M. (1995). The developmental perspectives of attachment and psychoanalytic theory. In: S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 123-150). London: The Analytic Press.
- Ehlers, A., Hackmann, A. & Michael, T. (2004). Intrusive re-experiencing in post-traumatic stress disorder: Phenomenology, theory, and therapy. *Memory*, 12 (4), 403-415.
- Erikson, E.H. & Erikson, J.M. (1998). *The life cycle completed*. New York: W.W. Norton & Company.
- Finkelstein, L.E. & Levy, B.R. (2006). Disclosure of Holocaust experiences: Reasons, attributions, and health implications. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25 (1), 117-140.
- Floyd, M., Rice, J. & Black, S.R. (2002). Recurrence of post traumatic stress disorder in late life: A cognitive aging perspective. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8 (4), 303-311.
- Foa, E.B., Steketee, G. & Olasov Rothbaum, B. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Frankl, V.E. (1984). *The unheard cry for meaning: Psychotherapy and humanism*. New York: Washington Square Press.
- Frankl, V.E. (1986). *The doctor and the soul: From psychotherapy to logotherapy*. New York: Vintage Books.
- Ganga, S., Talamo, A. & Ferracuti, S. (2009). The long-term effects of extreme war-related trauma on the second generation of Holocaust survivors. *Violence and Victims*, 24 (5), 689-700.

- Greene, R.R. Armour, M., Hantman, S. Graham, S.A. & Sharabi, A. (2010). Conceptualizing a Holocaust survivorship model. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 20, 423-439.
- Greene, R.R., Graham, S.A. & Morano, C. (2010). Erikson's healthy personality, societal institutions and Holocaust survivors. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 20, 489-506.
- Grodin, M.A. (2011). Caring for aging Holocaust survivors and subsequent generations. *American Imago*, 68 (3), 543-559.
- Hertz, D.G. (1990). Trauma and nostalgia: New aspects on the coping of aging Holocaust survivors. *Israel Journal of Psychiatry and Related Science*, 27 (4), 189-198.
- Kenyon, G. (2005). Holocaust stories and narrative gerontology. *International Journal of Aging and Human Development*, 60 (3), 249-254.
- Kimble, M.A. & Ellor, J.A. (2000). Logotherapy: An overview. *Journal of Religious Gerontology*, 11 (3-4), 9-24.
- Letzter-Pouw, S. & Werner, P. (2005). Correlates of intrusive memories and avoidance of memories of the Holocaust. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 42 (4), 271-277.
- Letzter-Pouw, S.E. & Werner, P. (2012). The relationship between loss of parents in the Holocaust, intrusive memories and distress among child survivors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82 (2), 201-208.
- Lev-Wiesel, R. (2007). Intergenerational transmission of trauma across three generations. A preliminary study. *Qualitative Social Work*, 6 (1), 75-94.
- Lomranz, J. (2005). Amplified comment: The triangular relationships between the Holocaust, aging, and narrative gerontology. *International Journal of Aging and Human Development*, 60 (3), 255-267.
- Obegi, J.H. (2008). The development of the client-therapist bond through the lens of attachment therapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45 (4), 431-446.
- Palgi, Y., Shrira, A. & Ben-Ezra, M. (2011). World assumptions and psychological functioning among ultraorthodox and secular Holocaust survivors. *Traumatology*, 17 (1), 14-21.

- Rappoport, A. (1997). The patient's search for safety: The organizing principle in psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 34 (3), 250-261.
- Ravona-Springer, R., Beeri-Schnaider, M. & Goldbourt, U. (2011). Exposure to the Holocaust and World War II concentration camps during late adolescence and adulthood is not associated with increased risk for dementia at old age. *Journal of Alzheimer's Disease*, 23 (4), 709-716.
- Scharf, M. (2007). Long-term effects of trauma: psychosocial functioning of the second and third generation of Holocaust survivors. *Development and Psychopathology*, 19, 603-622.
- Shaver, P.R. & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, 4 (2), 133-161.
- Shrira, A. & Shmotkin, D. (2008). Can the past keep life pleasant even for old-old trauma survivors? *Aging and Mental Health*, 12 (6), 807-819.
- Sperling, W. Konstantin, S. & Biermann, T. (2010). Post traumatic stress disorder and dementia in Holocaust survivors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199 (3), 196-198.
- Wiseman, H., Metzl, E. & Barber, J.P. (2006). Anger, guilt, and intergenerational communication of trauma in the interpersonal narratives of second generation Holocaust survivors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (2), 176-184.
- Yehuda, R. Halligan, S.L. & Grossman, D. (2001). Childhood trauma and risk for PTSD: relationship to intergenerational effects of trauma, parental PTSD, and cortisol excretion. *Development and Psychopathology*, 13, 733-753.

שער חמישי

**התמיכה במטפל במסגרת
הקהילה ובמסגרת מוסדית**

פרק 21

התערבויות מקצועיות עם בני משפחה המטפלים בהורה או בבן זוג זקן, חולה ומוגבל

עירית רגב, ליאורה בר-טור

מבוא

בשנים האחרונות חלה עלייה בעיסוק בסוגיות הקשורות בטיפול של בני משפחה בזקן חולה ומוגבל. מגמה זו היא תוצאה של עלייה בתוחלת החיים, שגרמה לגידול במספרם של הזקנים הסובלים ממצבים של חולי ומוגבלות פיזית ומנטלית. השינויים הדמוגרפיים משפיעים גם על מערכות היחסים בתוך המשפחה, ההופכת להיות רב-דורית ומתמודדת עם מצבים של חולי ותלות לאורך שנים רבות יותר ועם משימות טיפול מורכבות. במרבית המקרים, המשפחה היא מקור התמיכה העיקרי לקשישים במצבים אלה. איש המקצוע המטפל ומלווה את בני המשפחה, המתמודדים עם משימות טיפול מורכבות אלו, נדרש לידע תיאורטי, לכישורים אישיים ומקצועיים, למיומנויות ולאסטרטגיות טיפול ייחודיות בתחום זה (Parker, Mills & Abbey, 2008; Piercy, 2010; בר-טור, 2010).

פרק זה סוקר בקצרה את המאפיינים והצרכים הייחודיים של בני משפחה המטפלים בקשיש חולה ומוגבל, תוך התמקדות בבני זוג וילדים כתומכים עיקריים. הפרק מציג מודלים תיאורטיים של התערבות מקצועית עם בני משפחה ומדגים התערבויות על פי מודלים אלה. כמו כן, מושם דגש על המאפיינים של איש המקצוע כמטפל בבני המשפחה בתקופת חיים ייחודית זו וכן על הכישורים הנדרשים למילוי תפקיד זה.

מאפיינים של בני המשפחה המטפלים בזקן חולה ומוגבל

מחקרים בארץ ובעולם מלמדים, כי כ-95% מהקשישים ממשיכים להתגורר בבתייהם גם בזקנתם המאוחרת. משמעות הדבר, בין היתר, היא, שסיפוק הצרכים החיוניים לרווחתם של זקנים נעשה בדרך כלל על ידי בני המשפחה הגרעינית (ברודסקי, רוניצקי וסיטרון, 2011; Bookwala, Yee & Schulz, 2000). במרבית המקרים, אחד מבני המשפחה לוקח על עצמו את עיקר האחריות בטיפול בקשיש המוגבל. בן משפחה זה מכונה "התומך העיקרי" (primary caregiver). בדרך כלל, התומכים העיקריים הם בן/בת הזוג או אחד הילדים. כאשר התומך העיקרי הוא בן/בת הזוג יש להניח כי זהו אדם זקן, המתמודד אף הוא עם מחלות ולעיתים גם עם מוגבלויות שונות (Zarit, 1996).

במקרים רבים, בני המשפחה המטפלים הן נשים, קרי: רעיות הנמצאות בקו הראשון ולוקחות על עצמן תפקידי תמיכה וסיוע וכן בנות ו/או כלות. נשים מהוות כשני שלישי מהמטפלים הבלתי פורמליים בקשישים במשפחה. כלומר, התפקיד הוא נשי בעיקרו, ובהתאם, הספרות המחקרית מתארת עומס רגשי רב אצל מטפלות. הסיבה המשווערת לכך היא עומס בתפקידים חברתיים ומשפחתיים נוספים, האופייני לנשים (ברודסקי ועמיתים, 2011; Wiener, 2001). הגיל הממוצע של התומך העיקרי הוא 55 שנים. במחקר שערכו ברודסקי ועמיתים (ברודסקי, ורטמן, קינג ועמיתים, 2005; ברודסקי, נאון, רוניצקי ועמיתים, 2004) נמצא, כי כשליש עד מחצית מהתומכים העיקריים הם בגילאי הבגרות האמצעית (45-59), שלישי נוסף הם בגילאי 60 ומעלה. הפרופיל של התומכים העיקריים, כפי שמצטייר במחקרים אלה, מראה, כי הם משכילים יחסית (שליש עד מחצית בעלי השכלה על-תיכונית), כמחצית מהם מגדירים את מצבם הבריאותי כטוב, אך כשליש הגדירו את מצב בריאותם כלא-טוב. כמו כן, נמצא, כי כשליש מהם נמצאים בקבוצת סיכון לדיכאון ובעיקר אלה שהם בעצמם בגיל הזיקנה ואשר מתגוררים עם הקשיש ומטפלים בו באופן אישי. נתונים אלה מראים, אם כן, שעל אף השונות הקיימת בין התומכים העיקריים בקשיש החולה והמוגבל, ישנם מאפיינים משותפים, המרמזים על הקושי בהתמודדות עם משימות הטיפול ועל ההשלכות המורכבות שיש לטיפול על חייהם.

השלכות הטיפול בזקן החולה והמוגבל על בני המשפחה

הספרות המקצועית, המתארת את תפקידיהם של בני המשפחה המטפלים, מדגישה את הלחץ, העומס והשחיקה הנלווים לתפקיד הטיפולי (Fredriksen-Goldsen & Scharlach, 2000).

(2006; Seligson, 2009). עומס (burden) מוגדר כמידה שבה תפקיד הטיפול מוערך כמפריע להלך חייו של המטפל (Kramer, 1997); לחץ (Stress) מוגדר כפער שבין תפיסת המשאבים המצויה אצל התומך העיקרי לבין הדרישות הנובעות מהתפקיד (Pearlin, Mullan, Semple, et al., 1990); שחיקה (burnout) מתייחסת לתשישות הנובעת מהלחץ המתמשך ואשר תסמיניה עשויים לכלול דיכאון, עייפות, הינתקות חברתית, תחושת חוסר אונים ושימוש מוגבר בתרופות ובאלכוהול (Seligson, 2009). עם זאת, רמת הלחץ, העומס או השחיקה הנחווים משתנה בין המשפחות השונות וקשורה למגוון רכיבים ומאפיינים של המשפחה ושל החולה. רכיבים אלה כוללים, בין היתר, את הערכים המשפחתיים, הנורמות התרבותיות, רמת המוגבלות וחומרת המחלה של הקשיש, הגיל והמין של התומך העיקרי, מאפיינים פסיכולוגיים של התומך, כגון רמת הנפרדות של העצמי (דיפרנציאציה), מערכות היחסים הקודמות במשפחה והמסורת המשפחתית של חלוקת תפקידים וסיוע לזקני המשפחה. כל אלה יוצרים פסיפס המשפיע על יחסי המשפחה ועל סגנון התפקוד שלה בכל הקשור לחולה (Piercy, 2010).

בדרך כלל, לבני המשפחה אין ניסיון קודם, ידע או מיומנות המכשירה אותם לתפקיד הטיפולי המורכב בבן המשפחה הקשיש. רובם מפתחים דרכי התמודדות וטיפול, תוך כדי ניסוי וטעייה. שלא כבגידול ילדים, שם הצפי הוא לירידה ברמת התלות ובהיקף הטיפול הנדרש, התומך העיקרי יודע, כי קיים סיכוי סביר שרמת התלות של החולה תעלה והטיפול ידרוש שעות רבות יותר ועיסוק מתמיד. לעתים, הטיפול המתמשך גורם למתח, לעייפות כרונית, לכעסים כלפי בני משפחה אחרים, כמו ילדים או אחים על שאינם עוזרים מספיק. במקרים מסוימים אף מתעוררים קונפליקטים משפחתיים רדומים, בעקבות הטיפול המתמשך (Piercy, 2010; Schulman, 1999). התפקיד מתואר בספרות המקצועית כ"קריירה בלתי צפויה" (Unexpected Career) והוא תופס את בני המשפחה בלתי מוכנים, בשלבי חיים שונים, כאשר במקרים רבים הם עסוקים בבניית התא המשפחתי שלהם, בבעיות בריאות אישיות, בפיתוח קריירה או בפרישה מהעבודה. התפקיד מתואר כתובעני כל כך, שהמילה "קריירה" מתאימה לו, שכן היא מתארת את מידת המחויבות הגבוהה הנדרשת ואת היקף השעות הרב המתלווה אליו. יתר על כן, על אף שהמחלה, במקרים רבים, היא ממושכת ומהלכה הדרגתי, הרי שרבות מהמשפחות מתארות את השינוי כפתאומי וכמפתיע (Aneshensel, Pearlin, et al., 1995; Boss, 2010). חשוב לציין, כי המחקר הגרונטולוגי מדגיש, בדרך כלל, את ההיבטים השליליים, את העומס, הלחץ והשחיקה המלווים את התומך העיקרי ומתעלם מההיבטים החיוביים הנלווים, לעתים, לתפקיד. מחקרים מעטים, אשר בדקו את קיומם של רגשות חיוביים בצד השליליים בקרב המטפלים העיקריים, אכן מצביעים על קיומם של רגשות חיוביים הקשורים לתפקיד המטפל. רגשות אלה כוללים תחושות קרבה, העצמה

וסיפוק, המפחיתים במידה ניכרת את תחושות הלחץ והעומס (Colantonio, Kositsky, 2001; Cohen et al.).

לטיפול המתמשך בכך הזוג או בהורה הקשיש יש השלכות בתחומים אחדים: בתחום הכספי, בתחום הבריאות, בפגיעה ביחסים החברתיים ובפעילויות פנאי, בקונפליקטים עם בני משפחה ובבעיות במקום העבודה. כך או כך, הטיפול מהווה גורם למתח פסיכולוגי ופיסיוולוגי. מחקרים מתארים את השפעותיו הנלוות של נטל הטיפול בתחומים הבאים וטוענים, כי ההשלכות המשמעותיות ביותר הן בתחום הרגשי: קשיי שינה, דיכאון, לחץ בחזה, קשיי נשימה, חרדה, חוסר אונים, תסכול, תשישות, מצב רוח ירוד, פגיעה ביחסים עם בן/בת הזוג (Adams, 2008; Etters, Goodall & Harrison, 2008; Pearlin et al., 1990; Seligson, 2009; Pinquart & Sorensen, 2011). אחד ההסברים המקובלים להשלכות הרבות של הטיפול בזקן החולה והמוגבל הוא עומס התפקידים (role overload) הנובע מהדרישות הסותרות בין התפקידים הרבים של המטפל ומתחושותיו, כי אינו מצליח למלא באופן משביע רצון תפקידים אלה. למרות התמונה השלילית יש הברלים בהסתגלותם של תומכים עיקריים לתפקיד הטיפולי. שונות זו באה לידי ביטוי ביכולת ההתמודדות של בני המשפחה, כמו גם באופן התפקוד שלהם במצבים שונים (Schulz, 2000). כדי להקל על העומס והלחץ, שתוארו לעיל, פותחו מודלים שונים להתערבות של מטפלים מקצועיים. בעמודים הבאים נציג את הרציונל להתערבות מקצועית וכן מודלים ייחודיים לטיפול בבני משפחת הקשיש. הפרק מדגים גם את ההתערבויות המקצועיות בעקבות כל אחד מהמודלים המקצועיים.

השלכות הטיפול על ילדים כתומכים עיקריים בהורה זקן, חולה ומוגבל

בספרו "חבלים" מתאר חיים באר (באר, 1998) את הקושי הרגשי העצום, שליווה אותו בטיפול באימו החולה – שנתיים וחצי רצופות של אשפוזים, ניתוחים, הקרנות וטיפולים, כשבמקביל ובעיקר בהפוגות שבין פרצי מחלתה, הוא ממשיך, לדבריו, בכתיבת הרומן. כאב חד חש הסופר, כשמצא לדבריו, דימוי מצמרר לימים האלה בדמות הציור של האמן הבלגי רנה מגריט, בציור הנקרא "הרוח של הגיאומטריה". כך הוא כותב: "לאחר כל המדונות הרחומות הנושאות על זרוען או בחיקן ילד חביב, מדונות המאכלסות את הציור הנוצרי זה עשרות דורות, הנה פיאטה הפוכה: מבוגר בעל פני תינוק מדושנות וחסרות רגש נושא על זרועו תינוקת מחותלת, שפניה פני אישה מבוגרת. אלי הוא מתכוון, אני הוא המטופל באם זקנה וחולה. פרייה הבאוש של הרפואה המודרנית, המאריכה חייו של האדם בלי יכולת להעניק לו איכות חיים מינימלית, המשליכה אל זרועות הבנים, המוסיפים להיות בעיני

עצמם ילדים שעדיין לא טעמו את טעם החיים, הורים חולים וכושלים הנזקקים למי שהוא שיסעד אותם ויישא אותם על כפיים" (באר, 1998, עמ' 39). כך יכולים לחוש ילדים אבודים בשדה הקרב, שבין חיים פעילים רבי תפקידים לבין הצורך לנווט בין מחלות ההורים, סבך המטפלים המקצועיים, מוסדות וארגונים מספקי שירותים, המגלים לא פעם חוסר רגישות, חוסר גמישות, אטימות לצרכיהם של ההורים ושל בני המשפחה. מי הם הילדים הנושאים בנטל הטיפול בהורים זקנים? מהי מידת הבשלות הרגשית, הזמינות הרגשית והפיזית שלהם להתמודד עם התפקיד המורכב והקשה? (בר-טור, 2006).

המציאות הדמוגרפית המשתנה דורשת מאיתנו התבוננות חדשה על הצאצאים כתומכים עיקריים. קבוצת הצאצאים, כתומכים עיקריים, היא הטרוגנית מעיקרה וכוללת תת-קבוצות, שבהן גילאים שונים ומכאן שהם נמצאים במקומות שונים על פני מעגל החיים ומתמודדים עם משימות אישיות שונות במשפחה, בעבודה ובחברה. הצורך לטפל בהורה החולה נראה כמתנגש בצורכי דור הבנים, העסוקים בהתמודדויות שונות, כגון: בניית קריירה, פרישה מעבודה, בעיות בריאות או הקמת משפחה משל עצמם. הספרות המחקרית מייחסת חשיבות להלימה בין המשימות והתפקידים שהפרט נאלץ להתמודד עמם לבין השלב במעגל החיים שבו הוא נמצא (הנטמן, 2010; McGoldrick, Carter & Garcia-Preto, 1984; Lazarus & Folkman, 2011). צאצאים הנמצאים בגיל הבגרות המאוחרת (גילאי 60 ומעלה), מתמודדים, לעתים, עם ירידה תפקודית, עם בעיות בריאות, מעברי חיים, כגון פרישה מהעבודה, הצטרפות בני משפחה חדשים, כגון נכדים. בד בבד, עליהם להמשיך ולתמוך בהורה הזקן. לעומתם, הצעירים יותר, עסוקים עדיין בפיתוח קריירה ובטיפול בילדיהם הצעירים ובמקביל עליהם לתמוך בהורה הקשיש. אי-הלימה בין התפקידים ההתפתחותיים בשלב החיים, שבו נמצא דור הבנים, לבין משימות הטיפול בהורה חולה ותלוי, עלול ליצור עומס רגשי במפגש הבין-דורי במשפחה. בנוסף לכך, המגמה של השתתפותן הגוברת של נשים בכוח העבודה, העלייה בגיל הנישואים, כמו גם עלייה באחוז הגירושים והנישואים מחדש והתהוותן של משפחות מורכבות, שבהן צאצאים גרושים, רווקים, נשואים מחדש, כל אלה יוצרים מציאות חדשה, שיש לה השלכות על התמודדותם של ילדים להורים זקנים עם משימות הטיפול (Piercy, 2010). בעוד שבני זוג עשויים לצפות לתפקיד כזה בשלב שבו הם נמצאים במעגל החיים, הרי שדור הבנים, הנמצא בתקופה של תפקידים מרובים, חש כי קיימות דרישות מתחרות. מצב זה יכול להעלות את רמת הלחץ, שחווים צאצאים המטפלים בהוריהם, למשל, כאשר הטיפול האינטנסיבי מגביל את הזמן הנוסף שלהם לפעילויות אחרות, עובדה העשויה להשפיע על היחסים בין הדורות. בת אחת תיארה את המצב באומרה: "ילדיי כועסים עליי, כי אני כמעט שלא רואה את הנכדים, ובוודאי שאיני יכולה לעזור להם בטיפול בהם." אחרת אמרה: "בעלי כועס על כך שאני נמצאת כמעט כל יום בבית הוריי וטוען כי אני מזניחה את הבית ואותו." הבנה

והסתכלות על המציאות החדשה, הנובעת מהשינויים הדמוגרפיים והמשפחתיים, מחייבת, אם כך, לבנות כלי התערבות מקצועיים, שיש בהם רגישות וגמישות לצרכים הייחודיים של תת-הקבוצות השונות של הצאצאים (Piercy, 2010).

השלכות הטיפול על בני זוג כתומכים עיקריים באדם זקן, חולה ומוגבל

בני זוג, המתמודדים עם התפקיד של תומכים עיקריים, נתונים על פי רוב בלחצים רבים, הנובעים מההשקעה הרבה הנדרשת מהם בטיפול הסיעודי ובליווי בני הזוג בהתמודדות עם בעיות הבריאות המידרדרות ומההתמודדות הרגשית הנלווית לתפקידם זה. רגשות של תסכול, כעס, דיכאון, חוסר אונים וייאוש הם לא פעם המטען שבן הזוג מביא לחדר הטיפול, בליווי התחושה, שאין לו לגיטימציה לבטא זאת בפני בן הזוג החולה ובמקרים רבים, אף לא בפני הילדים. כשמדובר בבן זוג, שסובל מירידה קוגניטיבית, שבעקבותיה חל שינוי משמעותי בתפקודו ובמערכת היחסים בין בני הזוג, שהופכת לתלותית ולא פעם גם דרשנית ביותר, התחושה היא של "מחנק", או כפי שמכנה זאת רות, בת ה-69, המטפלת בבעלה, בן ה-81, שעבר אירוע מוחי קשה וסובל ממחלת הפרקינסון, "כלא", ללא חופשות וללא שחרור מוקדם על התנהגות טובה. מעבר לעומס העצום בניהול התיק הרפואי, ניהול כל ענייני הבית וניהול העניינים הכספיים, שבעבר היו נחלתו הבלעדית של בעלה, מתארת רות את התסכול הגדול מכך, שילדיהם הבוגרים אינם שותפים בנטל ואפילו לא מסוגלים להבין את הקושי ולתמוך בה רגשית. "קורבנות סמויים" – כך נקראים התומכים העיקריים, בעיקר בנות זוג של חולי אלצהיימר (Zarit & Zarit, 1982). הכינוי הזה ניתן להם, מאחר שעיקר הטיפול והדאגה הם לחולה, בעוד שהם עצמם משלמים, לעתים, מחיר כבד על הטיפול המסור. מחיר זה עלול להתבטא בפגיעה בבריאות הפיזית והנפשית שלהם עקב הזנחה. הטיפול הממושך, שעשוי להשתרע על פני כמה שנים טובות, יוצר לחצים רבים ועומס, גם כשהזקן מטופל סיעודית על ידי מטפל אחר או כשהוא נמצא במסגרת סיעודית. במהלך הטיפול בחולה, בני זוג רבים מזניחים את בריאותם שלהם.

אחד המחקרים העוסקים במחלת האלצהיימר והשלכותיה על החולה ומשפחתו מצביע על כך, ששיעור התמותה של התומכים העיקריים גבוה ב-63% מזה של בני גילם, שאינם מטפלים באדם הסובל מדמנציה (Alzheimer's Association, 2011).

תופעה דומה אפשר לראות אצל בנות זוג של חולי פרקינסון, אנשים לאחר אירוע מוחי, וגם אצל חולים במחלות כרוניות או סופניות. שינוי שחל במצבו הפיזי והקוגניטיבי

של בן הזוג מעמיס על בן או בת הזוג הבריאים קשיים רבים הקשורים בצורך לטפל לא רק בבריאותו של בן הזוג, אלא גם להתמודד עם לחצים שונים, הנובעים מהצורך לקחת אחריות ולמלא תפקידים שבעבר מילא בן הזוג ומהקושי הנפשי הרב הכרוך בקבלה ובהשלמה עם המצב המשתנה. החוויה היא של אבדן מתמשך, המכיל בתוכו גם אבדן משמעותי של חברות וזוגיות ארוכת שנים. כשמדובר בירידה קוגניטיבית משמעותית, בני זוג עשויים לחוות סימפטומים של דיכאון ואבל מתמשך (Doka, 2010; Hansson & Stroebe, 2007).

מודלים של התערבות עם תומכים עיקריים

התערבויות עם תומכים עיקריים הן פרטניות, משפחתיות וקבוצתיות. ההתערבויות הפרטניות והמשפחתיות, אשר תוצגנה להלן, כוללות:

1. התערבויות תומכות, שמטרתן הפחתת תחושת העומס על ידי תמיכה חברתית והגברת משאבי התמיכה, כגון: מודל ההתמודדות עם עומס ולחץ, המוצג בהמשך.
 2. התערבויות טיפוליות, שמטרתן יצירת תגובות יעילות יותר לתפקיד הטיפולי אצל התומך העיקרי ובני המשפחה, כגון הגישות הקוגניטיביות-התנהגותיות וגישות פסיכו-דינמיות.
 3. התערבויות פסיכו-חינוכיות, שמטרתן הפחתת תחושת העומס של התומך העיקרי באמצעות אספקת מידע, ידע ומיומנויות על אודות המחלה והטיפול בה.
 4. התערבויות רב-ממדיות, הכוללות רכיבים של שלוש הגישות שתוארו לעיל, כגון הגישה ההתפתחותית-אינטראקציונית.
- בחרנו להציג שישה מודלים, שהם יעילים לדעתנו והם פרי ניסיונו בעבודה עם משפחות, ומתאימים למצבי המצוקה השכיחים בקרב התומכים העיקריים ובני המשפחה של הזקן החולה והמוגבל. המודלים משלבים התערבויות פרטניות ומשפחתיות בגישות תומכות, פסיכו-חינוכיות ופסיכו-דינמיות.

מודל מספר 1: התמודדות עם עומס ולחץ

המודל מסביר את תהליך היווצרות תחושת העומס והלחץ ומציע התערבות טיפולית להפחתת מקורות הלחץ. מודל זה, המבוסס על עבודתם של זרית ושל פרלין ועמיתים (Pearlin et al, 1990; Zarit, 1992; 1996), מתייחס לשני מושגי יסוד: הראשון הוא הלחצים העיקריים

(primary stressors), שמשמעותם משימות הטיפול, שעל המטפל בקשיש למלא. לחצים אלה הם בחלקם אובייקטיביים וכוללים את סוג והיקף פעולות הטיפול היום-יומיות וחלקם סובייקטיביים ומתייחסים לתחושות העומס והלחץ של התומך העיקרי. המושג השני שאליו המודל מתייחס הוא הלחצים המשניים (secondary stressors), המתייחסים ללחצים הקיימים בתחומי חיים אחרים של המטפל או ללחצים הנובעים מהלחצים העיקריים, כגון: יחסי משפחה קונפליקטואליים, מעברי חיים מורכבים, כמו גירושים, גידול ילדים קטנים, מידת התמיכה והמעורבות של אחים, מצב כלכלי ו/או בריאותי גרוע או קונפליקט הנובע מהתנגשות בין משימות הטיפול לדרישות הקריירה האישית.

בנוסף לשתי קטגוריות אלה, המודל מציג גם את השפעתם של גורמים ממתנים (mediating factors of stressors), הכוללים את אותם המשתנים הממתנים את השפעת הלחצים, למשל: תמיכה חברתית, סוג התמיכה והיקפה וכן עזרה פורמלית הניתנת לתומכים עיקריים. שילוב בין הלחצים העיקריים והמשניים עשוי להביא לפגיעה בדימוי העצמי ובאיכות החיים ולתופעות כמו לחץ נפשי, דיכאון וחרדה. גורמים ממתנים, כגון תמיכה חברתית או ייעוץ והדרכה של אנשי מקצוע, הכוללים סיוע בדרכי ההתמודדות והקניית מיומנויות של פתרון בעיות, תורמים להפחתת הלחצים. יש לציין, כי המודל מציע כלי דיאגנוסטי להערכת רמת העומס והלחץ של התומך העיקרי – behavior problem checklist (לקריאה נוספת: Pearlman et al., 1990; Zarit, 1992; 1996; Zarit & Zarit, 1982).

על בסיס מושגים אלה מוצעות התערבויות מקצועיות למיתון הלחצים של התומכים העיקריים באמצעות תהליך הקרוי בלימת הלחץ (stress containment). תהליך זה מתמקד בהקניית מיומנויות של פתרון בעיות (skills-training Intervention) ובהרחבת רשת התמיכה החברתית של התומך העיקרי. מודל ההתערבות המוצג להלן מבוסס על עבודתם של גלגר-תומפסון ועמיתיו (Gallagher-Thompson, Arean, Coon et al., 2000) ושל בורג'יה ועמיתיו (Bourgeois, Schulz, Burgio et al., 2000). המודל, המשלב עקרונות מהגישות הקוגניטיבית וההתנהגותית, נמצא יעיל בהפחתת הלחץ אצל התומכים העיקריים וכן בהפחתת סימפטומים דיכאוניים, באמצעות הקניית מיומנויות לפתרון בעיות, לניהול זמן, להתמודדות עם מצבי לחץ וכן באמצעות הרחבת מערכת התמיכה החברתית.

מודל התערבות זה כולל שלושה שלבים עיקריים ומתאים ליישום פרטני וקבוצתי כאחד. שלבים אלה הם:

1. מתן מידע: מידע על שירותים, על מצב הקשיש (רפואי, נפשי, התנהגותי), על אפיונים של התנהגות קשישים במחלות שונות, כולל דמנציה, מהלכה הצפוי של המחלה, היכרות עם מאפייני תקשורת ודרכי תקשורת עם החולים במטרה להפחית

את החרדה שלהם ולקדם תקשורת חיובית, מילולית ולא-מילולית, כגון: מגע, שימש בתנועות ובמחוות גוף, הבעת רגשות חיבה. לדוגמה, התומך העיקרי לומד להכיר את ההבדלים בין תקשורת קוגניטיבית (מילולית) לתקשורת רגשית (לא מילולית). כך, כאשר אביו, חולה אלצהיימר, מבקש תדיר לפגוש את אימו, אשר נפטרה לפני שנים רבות, הבן, כתומך עיקרי, יודע להגיב לרגש המתלווה לבקשה במילים ובמחוות מנחמות, בחיזוק ובחום, במקום להגיב לעצם האמירה ולהסביר שהאם אינה עוד בין החיים.

2. הקניית מיומנויות לפתרון בעיות: המטרה לסייע לבן המשפחה, התומך העיקרי, לזהות את רכיבי הבעיה שהתעוררה בקשר עם ההורה או בטיפול בו. התומך העיקרי לומד לקשר בין סיבות לתוצאות, המתבטאות בהתנהגות בעייתית. כך, למשל, ייתכן שאי-שקט של ההורה קשור להיעדר פעילות או לעייפות. היועץ מלמד את התומכים העיקריים, ילדים או בני זוג, להכיר את השלבים של פתרון הבעיות על פי הסדר הבא: ראשית, יש לזהות את הבעיה ולהגדירה, לבחון אם אכן זוהי בעיה הניתנת לפתרון על ידי התומך העיקרי; לאחר מכן, ניתוח הבעיה באמצעות מעקב; רישום התדירות והעיתוי שבה היא מתרחשת; זיהוי פתרונות אפשריים; בחירת פתרון לאחר בחינת היתרונות והחסרונות; ביצוע הפתרון הנבחר והערכת התוצאות.

3. העשרת רשת התמיכה החברתית ושמירה על הבריאות החיובית של התומך העיקרי: היועץ עצמו הוא מקור לתמיכה רגשית למטפל המצוי בלחץ ובחרדה. מקורות נוספים הם הרשת הבלתי פורמלית של המטפל, הכוללת את בני המשפחה, חברים, שכנים, העשויים להוות משענת רגשית ואף להקל על ביצוע חלק מהתפקידים הביצועיים. מקורות תמיכה נוספים הם שירותים פורמליים, כמו שירותי טיפול בית, עמותות לעזרה עצמית, שירותי מתנדבים, ועוד. היועץ פועל להרחבת התמיכה ולהעמקתה באמצעות עידוד בני המשפחה להשתתף בטיפול ואיתור דמויות משמעותיות נוספות, העשויות לתמוך במטפל. כמו כן, היועץ מדריך ומכוון את התומך העיקרי לפעול להגשמת מטרות אישיות, לפתח התנהגויות מקדמות בריאות, כגון פעילות גופנית, ולא לזנוח פעילויות פנאי מעשירות ומתגמלות בשל התפקיד התובעני של הטיפול בהורה.

תיאור מקרה

שרה, בת 50, הגיעה לייעוץ במכון, כאשר היא נראית נבוכה ואפילו חוששת. היא הופנתה על ידי רופא המשפחה, לאחר שתיארה סימפטומים של חרדה, קשיי שינה, קשיי נשימה והחלה להיעזר בטיפולים תרופתיים. רופא המשפחה סבר,

כי היא זקוקה לתמיכה ולייעוץ פסיכולוגי. שרה סיפרה, כי היא נשואה ויש לה שני ילדים בוגרים ושני נכדים קטנים. היא עובדת במשרד ביטוח גדול, שם יש לה תפקיד מרכזי. היא מטפלת בחמה (אבי בעלה), בן ה-85, הסובל מאלצהיימר. מידי יום, לאחר תום העבודה, היא הולכת לביתו, שם היא דואגת לסדר את הבית, מגישה לו את ארוחת הערב, עוזרת לו ברחצה ודואגת כי ילך לישון. בשעות הבוקר נמצאת איתו מטפלת בית, באמצעות חוק הסייעוד. שרה מתארת עייפות רבה, חוסר אונים, אך בעיקר בהלה מהסימפטומים הרפואיים שהתפתחו אצלה וכן מהכעס הרב שהיא חשה כלפי חמה וחוסר הסבלנות שלה כלפיו. השאלות הרבות שהוא שואל, הבקשות שלו לשוב הביתה, וההתנגדות כל ערב לרחצה ולארוחת ערב מותירים אותה עייפה ומותשת. בנוסף לכך, הבוס שלה העיר לה לאחרונה, כי תפקודה המקצועי נפגע והיא חוששת מפני גל הפיטורים, שעליו מדברים במחלקת משאבי האנוש של החברה.

ניתוח המקרה והצגת ההתערבות על פי המודל

במהלך הפגישות הראשונות, המטפלת המקצועית התמקדה בהיכרות עם מהלך החיים של שרה ובהבנת רגשותיה. היא הבינה, כי התפקידים המרובים המוטלים עליה (טיפול בחמה, בילדיה, בבעלה ועבודתה) יוצרים לחצים עיקריים אובייקטיביים וסובייקטיביים. תפקידיה הרבים, היקף השעות שנדרש לביצועם וסוג הפעילות (מתן תרופות לחמה, הכנת ארוחת ערב ורחצה) יוצרים עליה לחץ אובייקטיבי. מהתיאור שלה ומעצמת הרגשות שעלתה מדבריה ניכר, כי לחצים אלה הם גם סובייקטיביים ומתייחסים למידה שבה שרה תופסת את התפקיד כמפריע לחייה. שרה אכן חשה, כי תפקיד הטיפול פוגע באיכות חייה וגורם ללחץ ולעומס כבדים. אך שרה חווה גם לחצים משניים. אלה כוללים את הלחצים במקום עבודתה, את היעדר התמיכה מבעלה ומילדיה והיעדר מיומנויות להתמודדות עם הקשיים שבטיפול בחמה. ללחצים העיקריים והמשניים יש השלכות על איכות החיים של שרה ועל מצבה הבריאותי והנפשי. הסימפטומים הגופניים והרגשיים שהיא תיארה היו חלק בלתי נפרד מהשלכות אלו. שרה חשה חסרת אונים, אך גם כעוסה, מול התנהגותו של חמה. השאלות החוזרות ונשנות שלו על רצונו ללכת הביתה, חוסר הרצון לאכול ולהתרחץ מעיקים עליה וגורמים לתחושות של חוסר אונים ובלבול. שרה לא מבינה את משמעות ההתנהגות של חמה. מאדם שקול ורציונלי הוא הפך לאדם בלתי צפוי ושאלותיו החוזרות ונשנות על הבית תמוהות בעיניה ומרגיזות אותה מאוד.

המטפלת המקצועית הבינה, כי שרה מתאבלת על החם שהיה משמעותי קודם לכן בחייה ואפשרה לה להביע רגשות. בנוסף לכך, היא סיפקה לשרה הסבר על משמעות המחלה ומאפייניה

ולמדא אותה להבין את הסימפטומים השכיחים במחלה ואת המשמעות הנסתר האפשרית שלהם. כלים כגון אבחנה בין תקשורת מילולית לרגשית עזרו לשרה להגיב בצורה שונה. במקום לחזור ולומר לו: "אבל אתה נמצא בבית, מדוע אתה שואל כל פעם את אותו הדבר?" היא הבינה את המשמעות הרגשית שמאחורי השאלות והעניקה לו תמיכה וחיבה, הראתה לו תמונות של הבית ושל חפצים משמעותיים. שרה הגיבה לדברים שנאמרו כפשוטם, מילולית, ולא הבינה מה קורה לחמה, אך ברגע שניתנו לה כלים וידע היא שינתה את התנהגותה ואת תגובותיה וגם הלחץ הרגשי שלה פחת. בשלב הבא, המטפלת המקצועית החליטה לעבוד עם שרה על פי מודל פתרון הבעיות. שרה הגדירה את התנגדותו של חמה לרחצה ולאכילה כבעיה המרכזית וחשבה, כי זוהי בעיה הניתנת לפתרון באמצעות מיומנויות שונות מאלו שניסתה עד כה. בשלב השלישי של מודל פתרון הבעיות, המטפלת המקצועית ביקשה משרה, כמטלה לשבוע הקרוב, לבחון את תדירות ועיתוי ההתנהגות המטרידה. להפתעתה של שרה, היא חזרה לאחר שבוע ודווחה, כי התנגדותו של חמה לרחצה ולאכילה אירעה רק פעם אחת במהלך השבוע האחרון. תגובה זו אופיינית למטפלים רבים, אשר היתקלות בבעיה מסוימת מציפה אותם ונותנת תחושה שמדובר באירוע שכיח. בשלב הבא, המטפלת ושרה דנו בפתרונות אפשריים להתמודדות עם התנגדות זו ועם התפרצויות הכעס של חמה. לדוגמה: שרה נזכרה, כי הוצאתו לטיול לפני ארוחת הערב באחד הימים הפחיתה את ההתנגדות. בשלבים הבאים, המטפלת המקצועית לוותה את שרה בהפעלת הפתרון ובבחינת יעילותו. שרה דווחה, כי אכן הסחת דעתו ו/או הוצאתו לטיול קצר בחוץ פתרו את הבעיה ומיתנו את התנגדותו לרחצה ולאכילה. בשלב הזה, המטפלת הרגישה כי שרה לחוצה פחות. עם זאת, המטפלת רצתה לבדוק את משאבי התמיכה במעגלים המשפחתיים והחברתיים שלה. בשיחה, שרה תיארה רשת חברתית דלילה, שכן בעלה וילדיה היו עסוקים בעבודתם ובלומדיהם. בעלה היה בן יחיד ולא היו אחים או גיסות, היכולים לסייע בטיפול. המטפלת המקצועית חשבה, כי חשוב לתגבר את רשת התמיכה של שרה, משום שההתמודדות שלה לבד הייתה מקור נוסף לתחושות העומס שחוותה. אילו היו לשרה משאבי תמיכה נוספים, פורמליים או בלתי-פורמליים, ניתן היה למתן את תחושת הלחץ, שהיא חווה. המטפלת הציעה לערוך פגישה זוגית, במהלכה שרה שיתפה את בעלה בחששות שלה ובתחושת העומס. ביחד בנו תכנית שבה הוא התגייס לטפל באביו פעמיים בשבוע. המטפלת עודדה את שרה להירשם לקורס קרמיקה, שעליו חלמה זה זמן רב, באותם ערבים פנויים, שבהם בעלה מטפל באביו.

מודל מספר 2: טיפול משפחתי התפתחותי-אינטראקציוני

המודל לטיפול משפחתי רב-דורי הוא מודל אסטרטגי, הנשען על גישות מבניות-אסטרטגיות והאוריינטציה שלו היא ייעוצית פרגמטית (Hanna, 1997). הייעוץ מתמקד בהיבטים המעשיים והיום-יומיים של הקשיש ושל בני משפחתו ומטרתו העיקרית להקל על הקשיש, המתמודד עם חולי ומוגבלות, וכן להקל על התומך העיקרי. ההנחות התיאורטיות של המודל מתבססות על הבנה, כי לכל הבעיות יש:

1. **רכיב התפתחותי:** מעברי החיים של בני המשפחה מחייבים הסתגלות לתפקידים חדשים. העבר וההווה וכן שלבי ההתפתחות של המשפחה, קשורים אלה באלה. יחסי העבר בין בני המשפחה משפיעים על מערכת היחסים בהווה. היכרות עם מערכת היחסים ועם התמודדות המשפחה במעברי החיים בתקופות שונות מסייעת באיתור משברים או משימות התפתחותיות-משפחתיות אשר נקטעו או לא הושלמו. בתהליך השינוי, שמשפחות חוות בזיקנה, מתקשים, לעתים, צאצאים והוריהם להתאים עצמם לשינויים הנדרשים.

2. **רכיב היסטורי-אינטראקציוני:** כלומר, לכל משפחה יש היסטוריה של מערכת יחסים וסוגי אינטראקציות בין החברים השונים, שינוי תפקידם של בני המשפחה או היעדרם (מות הורה או מחלתו) משנים את סוג האינטראקציה המוכר והנושן במשפחה. לדוגמה: במשפחתם של יריב וירון, הייתה אמם המתווכת והמקשרת בין כל הדמויות במשפחה. האינטראקציות והתקשורת המשפחתית נעשו על ידה או באמצעותה. לאחר מותה, לא ידע האב כיצד לשוחח עם בנו והם, מצידם, לא ידעו כיצד להתייחס לקשיים שלו. על פי מודל זה, מבנה המשפחה מוגדר כדפוס של מנהיגות, המתבטא בכוח ובאחריות של כל אחד מבני המשפחה.

המודל מציע סדרת מפגשים, שבהם שני מפגשים עד ארבעה מיועדים להערכה ושני מפגשים עד ארבעה מיועדים להתערבות. לכל אחד מהשלבים יש כלי התערבות ייחודיים (Hanna, 1997).

בשלב ההערכה, למטפל יש שני תפקידים עיקריים:

1. **זיהוי ההיררכיה המשפחתית:** המודל מתמקד באיתור בעלי הכוח והנושאים באחריות בקרב בני המשפחה. בעלי הכוח הם בני המשפחה המרכזים החלטות לגבי הטיפול בהורה הזקן וכן לגבי נושאים אחרים (קריאה נוספת להרחבה אצל בר-טור, 2005). המטפל מנסה להבין כיצד נחלקים הכוח והאחריות בין חברי המשפחה.
2. **היכרות עם ההיסטוריה המשפחתית:** המטרה של היעוץ בתפקיד זה היא לאתר אירועים משמעותיים בחיי המשפחה, ללמוד על האינטראקציות במשפחה ועל

ההבדלים בהתייחסות לבעיה המוצגת, על התפקידים הוותיקים וההיסטוריים של כל אחד מבני המשפחה ועל השינויים שהתרחשו ביחסים בין בני המשפחה במהלך השנים.

בשלב הזה של ההערכה, המודל מציג טכניקות מקצועיות אחדות, שמטרתן לסייע באיתור המידע ובבניית הקשר עם בני המשפחה:

1. ג'נוגרם: תרשים המתאר את מבנה המשפחה, מערכת היחסים, אירועים חשובים ותפקידים לאורך שלושה דורות.
2. קו הזמן של אירועי משפחה חשובים: קו זמן אופקי, שבו בני המשפחה מציגים את האירוע הראשון (ובהתאמה את השני, השלישי וכדומה), שאותו הם חולקים בחוויות העבר שלהם כמשפחה. הטכניקה מסייעת לבני המשפחה להקשיב לתפיסות שונות ולתגובות שונות לאירועים שחוו יחד. המטפל יכול להוסיף (אם המשפחה לא תעלה זאת) את האירועים האחרונים של מחלת ההורה, מוות של הורה וכדומה ולברוק האם יש אי-הסכמות ביניהם לגבי הטיפול ורגשותיהם לגביו.
3. הדגשים חיוביים (משמעות חיובית): הטכניקה הזאת מאירה באור חדש, שונה, חיובי יותר, את מערכת היחסים כמשפחה או את הסיפור המשפחתי ומאפשרת להפחית תחושות של בושה ואשמה. לדוגמה: הבנים של מר כהן הופנו לפסיכולוג של בית החולים, מאחר שהצוות סבר שהם מזניחים אותו, מתעלמים מצרכיו, ממעטים לבקר אותו ולא מסייעים לו בקבלת החלטה לגבי סידור המשכי לאחר שחרורו מבית החולים. הפסיכולוג שוחח איתם על הזהירות שלהם לגבי התערבות בדרך הנכונה ועל רצון שלהם לכבד את עצמאותו. ההדגשים החיוביים האלה עזרו להם לשוחח על הפחדים שלהם ועל חוסר האונים מול האב, שאותו זכרו כדמות עצמאית ואוטונומית.
4. מטפורות: השימוש במטפורה מאפשר למטפל לשתף במידע ובתהליכים בדרך חיובית ותומכת. המטפל יכול להציג את התהליכים שהמשפחה עוברת באמצעות מושגים מעולם הטבע, כגון: אתם יצאתם למסע, עכשיו נקלעתם לסערה שאליה אתם לא מוכנים. המטפורה יכולה להגיע גם מבני המשפחה. ניתן לשאול כיצד הם מרמים את מה שקורה בחייהם. באחד המפגשים עם אמירה, בת זוג של חולה אלצהיימר, היא אמרה, שהיא מרגישה כאילו היא על סירה המיטלטלת בין הגלים. פעם אחרת אמרה, שהיא מרגישה כאילו שרשרת החרוזים שהייתה על צווארה נקרעה וכל החרוזים התפזרו על הרצפה.

בשלב ההתערבות, המכונה שלב פתרון הבעיות, המטפל מסייע בפתרון הבעיות אשר זוהו בשלב המוקדם. המודל מתמקד במספר בעיות אופייניות לבני משפחה, המטפלים

בהורה קשיש, כגון: בדירות וניכור, חלוקת הכוח והאחריות במשפחה, קונפליקטים וקשיי תקשורת הנעוצים בהיסטוריה המשפחתית, התאמת סוג ההתערבות לסוג הבעיה, למשל: בעיות מצביות, הנובעות ממשברים רפואיים-תפקודיים חדשים. הכתוב מתייחס למשפחות אשר בעבר התמודדו בהצלחה עם משימות התפתחותיות, כמו בדוגמה של מר כהן (לעיל), שעד לאשפוזו לא היו קונפליקטים או קשיים במערכת היחסים המשפחתית. יש משפחות הנאלצות להתמודד עם בעיות כרוניות, ששורשיהן נעוצים בעבר הרחוק. אלו משפחות אשר להן היסטוריה של בעיות ביחסים בין בני המשפחה, קונפליקטים ותפקוד לקוי. לעתים, יש להן קשר רב-שנים עם גורמי טיפול ועם מגוון שירותים. המטפל צריך להבין את המורכבות של הטיפול במשפחות אלו ולכוון את התערבותו על פי סוג הבעיה. כך, למשל, כאשר הבעיות הן מצביות, חשיפת המשפחה למידע על תהליכי ההזדקנות, תסמיני מחלות ותהליכיהן, פיתוח פרספקטיבה על כוחות המשפחה במעברי חיים בעבר, כל אלה מחזקים את היכולת של המשפחה להתמודד ובמקרים רבים לא נדרשת התערבות נוספת. מנגד, במשפחות שבהן הבעיות הן כרוניות ומתמשכות, המטפל המקצועי נדרש לטכניקות נוספות. אחדות מהן מתוארות להלן (Hanna, 1997).

טכניקות מומלצות בשלב פתרון הבעיות:

1. **פרדוקס:** טכניקת התערבות זו שנויה במחלוקת. על המטפל המקצועי להכיר את דרכי השימוש בטכניקה זו תוך מתן כבוד והבעת אמפתיה כלפי בני המשפחה. זוהי הנחיה ישירה של המטפל המקצועי המופנית לבני המשפחה, שבה הם מתבקשים להביע רגש או להתנהג בדרך הנראית כעומדת בניגוד לשכל הישר או להיגיון. כך, למשל, טכניקת הפרדוקס מאפשרת ביטוי של רגש שפעמים רבות מלווה בבושה ובאשמה ואשר אין לגיטימציה לבטאו. ההנחה היא, כי מתן הנחיה לבטא רגש כזה מסייעת בהפחתת עצמתו. לדוגמה: המטפל נותן הנחיה לבת, שביטאה כעס רב כלפי האם, להמשיך ולכעוס, לא להרפות מהכעס, כדי לאפשר להן להבין אותו טוב יותר.
2. **ריטואל:** יצירת טקסים או חגיגות כדי להקל על מעברי חיים או כדי לשנות דפוסי תקשורת, כמו עריכת טקס פרידה מהבית לפני המעבר למחלקה סיעודית, או במקרה של קונפליקט בין בני זוג, אשר הבעל מטפל באשתו ובכל זאת תמיד יש לה טענות כלפיו, ניתן להציע ריטואל, שבו הנחיה לבני הזוג להקריא מידי ערב הצהרה, שבה כל אחד מהם אומר דברים קבועים, כגון: הבעל לאשתו: "אני מודה לך על ההנחיות שלך מידי יום ועל ההערות שלך. בלעדיהן לא הייתי יודע מה לעשות." האישה מצידה תאמר: "בעלי היקר, אני שמחה שאתה נותן לי הזדמנות לעזור לך על ידי ההערות שלי."

תיאור מקרה

ענת, בת יחידה, רווקה בת 50, מטפלת במסירות בשנים האחרונות באמה, שחלתה במחלת ניוון שרירים. עם השנים, מצבה של האם הידרדר. ענת החליטה, כי הסידור המוצלח ביותר יהיה, כי השתיים תתגוררנה ביחד והאם, רחל, בת ה-80, עברה להתגורר עם ענת. ענת פנתה לייעוץ מאחר שחשה כי היא עצבנית, מתוחה, לא ישנה היטב ובעיקר שהיא תוקפנית כלפי האם וחשבה, שהיא מתעללת בה.

ניתוח המקרה והצגת ההתערבות על פי המודל

בפגישה הראשונה ענת תיארה בפני המטפלת המקצועית את חייה. מהסיפור עלה, כי בשנים האחרונות כמעט שלא יצאה מהבית וניתקה את רוב קשריה החברתיים. בשיחה היא הביעה כעס רב ותחושות אשמה. המטפלת המקצועית זיהתה את הרכיב ההתפתחותי – הצטיירה תמונה, שבה האם הייתה דמות מסורה ביותר הן לבתה והן לבעלה, שבו טיפלה במסירות רבה בזמן מחלתו. ענת אימצה את המסורת המשפחתית של טיפול מסור גם במחיר של בידוד חברתי ובדידות רבה. הרכיב האינטראקציוני בא לביטוי בדרך שבה המשפחה תפקדה בעבר. האם הייתה הכתובת המקשרת בין קרובי המשפחה למיניהם. מאז שחלתה, ענת לא ידעה כיצד לנהוג במערך הקשרים עם המשפחה המורחבת ובהדרגה התנתקה מהם. התמודדות המשפחה עם מעברי חיים בשלבים קודמים השפיעה על דרכי ההתמודדות של ענת כיום.

הבעיה שזוהתה אצל ענת הייתה בדידות וניכור. היא הזניחה את חיי החברה שלה ואת הקשרים עם המשפחה המורחבת. במהלך הייעוץ, ענת הבינה, כי דרך ההתמודדות שלה היוותה אימוץ של המסורת המשפחתית של מסירות ללא גבול (רכיב היסטורי-אינטראקציוני). המטפלת המקצועית השתמשה בטכניקה של הדגשים חיוביים, כדי להסביר שהכעס שלה הוא "איתות וקריאה לעזרה". בפגישות הבאות, המטפלת עודדה את ענת להשתמש בשירותי טיפול חיצוניים ולהתחיל בעיסוקי פנאי. בהמשך, ענת סיפרה שהחלה בלימודי ארץ ישראל והיא יוצאת לטיולים, אחת לחודש, במסגרת קבוצת הלימוד שלה.

מודל מספר 3: טיפול משפחתי-קונטקסטואלי

מודל הטיפול המשפחתי-קונטקסטואלי (Contextual Family Therapy) מייצג גישה פסיכו-דינמית לעבודה עם משפחות על פי גישה בין-דורית. הרגרוב ואנדרסון (Hargrave & Anderson, 1997) התאימו את המודל לעבודה עם משפחות בזיקנה.

עבודתם מבוססת על המודל הבסיסי של בונזורמני-נג'י וקרסנר (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986), אך הותאמה למצבים הייחודיים המתלווים לקונפליקטים במערכות היחסים בזיקנה. הכוונה למצבים שבהם בני משפחה מטפלים חלוקים לגבי מהות הטיפול ואופיו ולעתים אף נמנעים או מתנתקים מהמערכת המשפחתית. המודל האינטגרטיבי של הרגרב ואנדרסון מכליל טכניקות התערבות, הלקוחות ממודלים נוספים של טיפול בזקנים ובכני משפחותיהם, כגון: סקירת חיים ותיקוף חיים. המודל מבוסס על ארבעה רכיבים מרכזיים, המהווים את ציר ההתערבות של המטפל המקצועי וכוללים:

1. עובדות ונתונים על בני המשפחה: מאפיינים של החברים, כולל גנטיקה, מצב בריאות של חברי המשפחה, עובדות היסטוריות ואירועים לאורך מעגל החיים המשפחתי.
2. היכרות עם מאפיינים פסיכולוגיים של בני המשפחה: דפוסי של כוח, שליטה, אמביוולנטיות במערכת היחסים, המוטיבציות לקשרי המשפחה והחוויות האישיות שכל אחד חווה במהלך החיים.
3. דפוסי העברה שיטתיים: רכיב זה מתייחס למבנה המשפחה, לקואליציות, למעקפים, לבריתות ולדפוסי התקשורת בין בני המשפחה.
4. אתיקה של קשרים: המאזן הסובייקטיבי של תחושות אמון, צדק ונאמנות ביחסי המשפחה (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Hargrave & Anderson, 1997). רכיב האתיקה בקשרים הוא המרכזי במודל ומדגיש את חשיבותם של איזון, הוגנות, הדדיות וצדק במערכת היחסים הבין-דורית. היעדרו של רכיב זה או פגיעה בו במהלך השנים מפריס את האיזון ביחסי המשפחה. התוצאות במקרה זה הן עוינות, ניתוקים רגשיים ופיזיים, יחסים פרנואידים, קונפליקטים המתבטאים בחוסר תפקוד של המערך המשפחתי וחוסר יכולת להתמודד עם משימות הטיפול בהורה קשיש ולהיפרד ממנו.

המטרה הראשונית של המטפל המקצועי היא לבנות מחדש את האמון שנפגע בין חברי המשפחה. בשלב השני, על המטפל להעלות את תחושות העוול ואי הצדק של חברי המשפחה ולבסוף לאפשר פתרון הקונפליקטים או קבלה, השלמה ומחילה לאירועי עבר, למעשים ולהחמצות שלא ניתן לשנותם. הגישה מבוססת על טכניקות מקצועיות אחדות, שמטרתן בניית קשר של אמון עם חברי המשפחה:

1. רב-צדדיות (partiality): משמעותה מיומנות המטפל, הפועל בצידוד בכל אחד מחברי המשפחה בתורו, תוך הבנה ואמפתיה לתחושת אי-צדק, להתנהגותו, לתגובותיו ולתפקידו במשפחה. הטכניקה של הרב-צדדיות משמשת כמודל של

אמון, הקשבה פעילה ותקשורת חיובית לבני המשפחה הנוכחים בחדר הטיפול ועדים לצידוד של המטפל בחברי המשפחה במצבי חיים שונים.

2. **תיקוף חיים** (Life validation) (Asnes, 1983): טכניקה זאת מתבצעת באמצעות הענקת הכרה והערכה לידע, לניסיון האישי ולתרומה בתחומי החיים של בני המשפחה. המטפל משתמש בטכניקות, כגון: מתן הערכה חיובית, הדגשת הישגים, שימוש במטפורות כדי לאשר ולתקף את ניסיון החיים או החוויה הרגשית המלווה את הסיפור.

3. **סקירת חיים** (Life review) (Butler, 1963): מבוססת על הבנה, כי כאשר האדם מתקרב למותו מתרחש תהליך מנטלי אוניברסלי טבעי של היזכרות באירועי העבר. סקירת חיים יכולה להסתיים במודעות טובה יותר, בחוכמה או באשמה, בעצבות ובייאוש. תהליך הסקירה במודל הוא אינטנסיבי וממוקד סביב קונפליקטים בעבר, בחירות לא נכונות או פגיעות באחרים. המטפל מעודד את הקשיש או את הילדים הפונים לייעוץ להיזכר באירועי חיים משמעותיים על פי סדר כרונולוגי, על פי מידת חשיבותם והשפעתם על חייהם. סקירת החיים מאפשרת העלאת נושאים, כמו הוגנות, אמון ונאמנות בחיי המשפחה ושיח עליהם.

4. **הצעת דרכים ליצירת איזון במחויבויות של בני המשפחה:** המטפל מציע התערבויות שיתקנו את חוסר האיזון ויחדשו את תחושת האמון בין חברי המשפחה. המודל מניח, כי גם במצבים של חולי, תלות ומוגבלות יש להורים קשישים תרומה רבת ערך למערכת היחסים הבין-דורית. התרומה שלהם אינה מתבטאת תמיד בעשייה פונקציונלית, אלא נובעת מעצם היותם, מנוכחותם ומהייצוג הפנימי שלהם כדמויות הוריות. המטפל המקצועי מסייע להורה הקשיש לתרום לילדיו ומכוונו כיצד לעשות זאת. המטפל מסייע למשפחה לזהות מחויבויות במטרה "לאזן ולסגור חשבונות משפחתיים", כך שאחים שאינם משתתפים במשימות הטיפול יוכלו להצטרף לעזרה ואילו אלה שעושים יותר מאחרים וחשים עמוסים ומרומים, יפחיתו מהעומס המוטל עליהם.

5. **בקשת סליחה והענקת מחילה בין חברי המשפחה ובינם לבין עצמם:** מטרת הטכניקה הזאת לסייע לבני המשפחה, גם הפוגעים וגם הנפגעים, לתת הזדמנות לפיצוי ולסליחה. השלמת העבודה על סליחה היא אחד הרכיבים החשובים לפרידה נכונה. היא מאפשרת לבנות יחסי אמון אפילו אחרי פגיעה קשה. המטפל המקצועי מעודד תובנה והבנה של התנהגויות דרך קישור בין אירועים, היכרות עם דפוסי העברה בין-דורית ותרומתם להתנהגויות מסוימות. המטפל מעודד את בן המשפחה הפוגע לפנות בבקשה לסליחה באמצעות מכתב, שיחה משותפת או שיחת טלפון.

מניסיוננו, המודל עונה לצרכים של משפחות רבות ומאפשר להעלות נושאים הנמצאים במחלוקת ולקדם את הדיון בהם, תוך צמצום ההיבטים השליליים של הקשרים המשפחתיים וקידום התפקוד של בני המשפחה לעבר סגירת תכנים פסיכולוגיים ופרידה חיובית.

תיאור מקרה

לימור, בת 45, נשואה ואם לארבעה ילדים. היא בת יחידה להורים מבוגרים. היא הגיעה לייעוץ יחד עם אביה, מרדכי בן ה-80. שניהם היו במצוקה רבה שנסבה סביב הטיפול באם/רעה. האם, יפה, בת ה-75, תוארה על ידם כאישה הנמצאת בחרדה רבה. היא מתקשרת לבתה כמה פעמים ביום ובודקת אם הכול בסדר אצלה. היא לא מאפשרת לבעלה לצאת מן הבית, כי היא מפחדת שיקרה לו או לה משהו בזמן היעדרו. היו לה בעיות שיווי משקל לאחרונה ופחדים מפני נפילות. בנוסף לכך, הם חשו שיש לה ירידה בזיכרון וחששו שהיא מפתחת אלצהיימר. שניהם היו מבוהלים ולימור ביטאה גם עייפות וקוצר רוח. בשלב הראשון של ההערכה, המטפל המקצועי שאל על מצבה הבריאותי והתפקודי של האם/רעה בתחומי החיים השונים. הבעל, מרדכי, סיפר כי היא אובחנה כחרדתית והחלה טיפול תרופתי בחרדה. המטפל המקצועי ביקש הערכת רופא, כדי לבדוק אם לתרופות אין השפעה נלווית. בעקבות הפנייה, הרופאה המטפלת שינתה את הטיפול התרופתי ואכן בעיות שיווי המשקל של יפה חלפו.

ניתוח המקרה והצגת ההתערבות על פי המודל

המטפל המקצועי מודע לקשר שבין המצב הבריאותי לפסיכולוגי וכן להשלכות שיש לטיפול התרופתי, העשויים ליצור תופעות המקשות על אבחון וטיפול. עבודתו המקצועית מבוססת על שיתוף פעולה עם צוות רב-מקצועי, ובמקרה הזה היה צורך בפנייה לרופאה המטפלת. המידע שהתקבל ממנה והשינוי בטיפול התרופתי היו נדבך ראשוני חשוב להתחלת הטיפול ביפה. לפגישות הבאות הוזמנה יפה. הפגישות החלו בשימוש בטכניקה של תיקוף חיים (life validation), כדי לבנות אמון. המטפל ביקש מיפה שתספר מעט על חייה. יפה סיפרה: "עברתי כמורה וכספרנית, התחתנתי רק כשהייתי בשנות ה-30. אהבתי את עבודתי, התלמידים והמורים פנו אליי וידעו שאני אמצא להם כל ספר שיבקשו." כאן מצטרף הבעל, מרדכי, ומציין, כי היא הייתה ידועה בסדר הקפדני שלה "וכולם העריכו אותה." המטפל מתקף את התפקיד שלה ואת התכונות שעליהן היא מצביעה: "את ידעת לארגן דברים, גם כשלא היית בתפקיד הספרנית, ידעת לנהל את הדברים." יפה: "ידעו שאני מתכוונת למה שאני אומרת, לא היו אצלי חוכמות." הבת, לימור (צוחקת): "זה בגלל שהם

פחדו ממך." המטפל: "היית מאוד מאורגנת וחשובה לבית הספר." יפה: "נבחרתי להציג את שיטת הארגון שלי בכנסים ארציים וללמד ספרניות חדשות."

כתוצאה מתיקוף הקריירה של האם עלה הדימוי העצמי שלה ונוצר קשר טוב בין המטפל לאם. יפה דיברה על יכולת הארגון שלה באופן שהראה שהיא הייתה דמות סמכותית בעבודתה, והצורך שלה בשליטה עלה דרך הסיפור שלה. המטפל לא פירש, הוא רק התעניין והצטרף אליה.

בסוף המפגש, כשהמטפל שאל על ילדותה, יפה סיפרה, כי אחיה הצעיר נפטר מדלקת ריאות כשהייתה בת 12. היא זכרה היטב את הפחד והחרדה שלה ואת התגובה של האם, שאיבדה שליטה והפסיקה לתפקד. המטפל הניח, כי הטראומה המוקדמת משחקת תפקיד חשוב בחרדה ובצורך של יפה בשליטה. במפגש הבא, המטפל נכנס לשלב של סקירת חיים (life review) בטיפול. הוא ביקש בזהירות לחזור לאירוע של מות האח האהוב. המטפל: "נסי להעלות בראש תמונה שלך ושל אחיך." יפה: "אני רואה אותו שוכב, חסר אוניס, אני זוכרת שביקשתי מאימא שתקרא לרופא והיא אמרה שיותר מאוחר תעשה את זה. היא הייתה עסוקה עם עוד שלושה ילדים קטנים. כשהרופא הגיע, זה היה מאוחר מידי, לא היה מה לעשות." המטפל: "את ראת את זה?" יפה: "כן. אני עמדתי לידו כל הזמן..." המטפל: "איבדת את אחיך האהוב. זה היה באשמתך?" יפה: "לא, אני לא חושבת כך. אבל הוא חסר לי, אני כועסת על אימא שלי שלא קראה מוקדם יותר לרופא. בגלל זה אני כנראה הרסתי את החיים של לימור. תמיד פחדתי שיקרה לה משהו." המטפל: "ממה פחדת?" האם: "פחדתי שהיא לא תחזור." בשלב הזה יפה מקשרת בין שליטת היתר שלה לבין החרדה שלה. התובנה הזו עוזרת לה להפחית את הטלפונים ללימור ואת השליטה בסדר היום של מרדכי.

בשלב הבא, המטפל עובר לשלב האיוון המיוחד של המחויבויות ההדדיות במשפחה. הוא שואל את לימור על ההתנהגות המגוננת שלה כלפי האם וחוסר היכולת שלה לשוחח עם האם בכנות ובייחוס של היחסים שלהן ועל הקשיים שלה. מטפל: "נראה שאת מגינה על אימא." לימור: "אני חייבת. לא יכולה לספר לה מה קורה בחיי, היא מיד דואגת ומתחילה להתקשר, זה עוד יותר מקשה עלי." לימור ממשיכה: "קשה לי מאוד. אני מטפלת גם באימא של בעלי וגם הילדים צריכים תשומת לב ואני תשושה." מטפל: "מה אימא שלך יכולה לעשות כדי לעזור?" לימור: (כמעט צוחקת) "זה אפילו לא עולה בדעתי. אם אני אספר לה מה קורה אצלי, אני אצטרך לטפל בה, כל דבר קטן מדאיג אותה." המטפל: "אני לא בטוח שאימא כל כך שבירה, אילו יכלה לעזור לך – מה היית רוצה?" לימור: (בוכה) "רק שתהיה שם, כמו חמותי, תמיד יש לה מילה חמה בשבילי, למרות שהיא חולה." בשלב הזה יפה מתערבת בשיחה: "אני רואה כמה חמותך חשובה לך." המטפל: "גם את יכולה לעזור לבת שלך." יפה: "אני יכולה לנסות."

בנקודה הזו המטפל עוזר לאם ולבת לזהות דברים מעשיים, שבהם האם יכולה להראות אהבה ודאגה. זהו השלב של איזון מחויבויות הדדיות, או במילים אחרות, איזון בין קבלה לנתינה. חשוב היה להראות ליפה, כי יש ללימור צורך באהבה, בכבוד ובהערכה ושהיא יכולה לתת לה את זה. כאשר יפה זיהתה את הצורך של לימור ויכלה לספק אותו, תחושתה השתפרה. בנוסף לכך, יפה החלה לתפור בגדים לנכדים והשתדלה לתמוך בלימור בלי להעיק עליה בדאגת יתר. לאחר מספר מפגשים, אמרו יפה ולימור, כי יש קרבה רבה יותר ביחסים שלהן. יפה סיפרה כי החרדה שלה פחתה.

מודל מספר 4: בשלות וסמכות פיליאלית בטיפול בהורים עם ירידה בתפקוד

המודל המתואר מציג התערבות ותמיכה בילדים כתומכים עיקריים. מושגי הבסיס של המודל הוצעו, פותחו והורחבו במהלך השנים על ידי בלנקנר (Blenkner, 1963; Bloom, 1989), אשר ראתה את יכולת ההתמודדות של צאצאים עם משימות הטיפול בהורים במצבי חולי ותלות כתהליך פסיכולוגי-התפתחותי, המתגבש בשלב הבגרות האמצעית. בשלב זה, לפי בלנקנר, בירדיט ופינגרמן (Birditt & Fingerman, 2005; Blenkner, 1963), בנים ובנות לומדים לקבל את הוריהם המזדקנים כבני אדם שלהם חוזקות וחולשות כאחד. משימה התפתחותית זו מהווה אתגר, שכן לא כל הילדים משלימים אותה בהצלחה. במהלך השנים שבהן אנו (כותבות המאמר) מלוות משפחות, נתקלנו לא אחת במצבים שבהם הילדים, שהם התומכים העיקריים, ניצבים חסרי אונים מול הורים זקנים במצבי חולי ומוגבלות.

ילדים להורה המתנגד לקבלת עזרה כאשר הוא/היא (ההורה) מצוי בסיכון בשל פגיעה בשיפוט על רקע ירידה ביכולות קוגניטיביות או נפשיות – מצויים בתווך בין תחושת האחריות והחובה לדאוג להורה לבין הקושי לפעול בניגוד לרצונו. הדמות ההורית, בייצוגה הפסיכולוגי כדמות סמכותית ואוטונומית, נשמרת על אף הירידה והפגיעה בתפקוד הקוגניטיבי או הנפשי ולכן הקושי של הילדים, במקרה כזה, הוא רב. ההתערבות המוצגת להלן מציעה אימון והדרכה לילדים על פי מודל פסיכו-חינוכי. המודל מתבסס על היכולת של הילדים להגיע לבשלות פיליאלית, דהיינו, לטפל בהוריהם הזקנים באופן אקטיבי, מתוך תחושות אהבה ומחויבות וללא איבוד האוטונומיה בחיי הפרט (בר-טור, 2005; Marcoen, 1995). תהליך הבשלות הפיליאלית מתואר כדינמי, שבו הילדים וההורים כאחד עוברים שינוי, שיש בו הכרה בצורך של

הדור המבוגר בקבלת עזרה, בד בבד עם הנכונות המתגבשת של הצאצאים להגיש אותה (Blenkner, 1965; King, Bonacci & Wynne, 1991). בתהליך הזה מתקיים משא ומתן בין הדורות על השינוי ביחסי ההיררכיה הקודמים במשפחה. בעבודתנו עם משפחות פגשנו לא פעם מצבים שבהם התהליך מעורר קושי וקונפליקטים, שכן שני הדורות מתקשים להשלים עם השינוי המתבקש במערכת היחסים ובהיררכיה המשפחתית. במצבים שבהם ההורה הקשיש נמצא במצב של סיכון משמעותי לחייו, נדרשת מהבנים יכולת התערבות וקבלת החלטות אשר אינה פשוטה, מאחר שאינה חלק מרפרטואר היחסים המשפחתיים המוכרים. למצבים כאלה אנו מציגים את המושג "סמכות פיליאלית", שמשמעותו קבלת החלטה ברורה ואחריות לביצועה על ידי הצאצאים במצבים שבהם ההורה נמצא בסיכון ומתנגד לטיפול או במצבים שבהם נפגע כושר השיפוט של ההורה בגלל ירידה בתפקודו הקוגניטיבי. בר-טור (2005) כותבת כי "החלטת הילדים והביטחון שהם נוסכים בהורה, שמדובר בהחלטה נכונה, מקלים מאוד על ההורה גם אם הביע התנגדות בתחילה" (בר-טור, 2006: 168). בהתערבות על פי המודל הזה, איש המקצוע מסייע לתומכים העיקריים להעריך אם אכן ההורה נמצא במצב של סיכון ולקבל החלטה משותפת על התערבות. המטפל המקצועי פועל כמאמן המקנה מיומנויות של קבלת החלטות לצאצאים, כמו גם מיומנויות לתקשורת אסרטיבית אך רגישה. המטפל מסייע לילדים לפעול מתוך שיתוף פעולה ולדבר "בקול אחד". הסכמה, שיתוף פעולה ואחידות המסרים חיוניים להצלחת ההתערבות. להלן סיפורן של בנות, שאמן הקשישה התנגדה לקבלת עזרה ולהערכתן הייתה במצב של סיכון גבוה.

תיאור מקרה

רוני, יעל ומיכל, שלוש בנותיה של סופי, קשישה בת 82, הגיעו לייעוץ. הבנות כולן נשואות ואמהות לילדים, התגוררו באזור המרכז וביקרו בקביעות את האם. הן סיפרו כי האם התאלמנה לפני כ-10 שנים ותקופת מה תפקדה באופן עצמאי. לפני כשנתיים הבחינו בנותיה בשינוי בהתנהגותה, היא הפכה חסרת שקט, שוטטה שעות ארוכות מחוץ לביתה, שכחה דברים, דיברה הרבה מאוד, אך עברה מנושא לנושא ללא קשר. בהדרגה החל ביתה להיראות כמו מחסן. היא הייתה אוגרת קופסאות, ניירות טואלט ומגבות נייר. הבנות ניסו בתחילה לשכנע אותה ללכת להיבדק אצל רופא, אך היא סירבה. לדבריהן, אמן לא בקרה אצל רופא המשפחה או כל רופא שהוא למעלה משמונה שנים. הן מודאגות מאוד ממצבה. האם טוענת, כי הכול בסדר, היא אינה זקוקה לעזרה, היא בריאה ואין לה צורך ברופא. הבנות חשות חסרות אונים. הן לא הצליחו לשכנע את האם להגיע לייעוץ.

ניתוח המקרה והצגת ההתערבות על פי המודל

המטפלת המקצועית, שהבנות פנו אליה, התעניינה במערכת היחסים עם האם בעבר. היא שמעה, כי האם הייתה אישה דומיננטית, סמכותית ומרוחקת והבנות מעולם לא ידעו פרטים רבים על חייה. לא קל היה להן לקבל שהיא זקוקה היום לעזרה ולגישה שונה. רוני, הבת הבכורה, הייתה זו שדחפה להתערבות. היא ראתה כיצד האם נתקלת בחפצים ונופלת. יעל ומיכל היו מהוססות יותר. העמדה החד-משמעית של האם, כי אצלה הכול בסדר, הרתיעה אותן. לאחר מספר פגישות, הן הבינו, כי האם עוברת תהליכים של שינוי בתפקודה הפיזי והקוגניטיבי ועליהן לפעול בנחישות וברגישות כדי לדאוג לה. מעודדות, מחזקות ולאחר שהחליטו יחד על הדרך, הרגישו שקל להן יותר לשוחח עם האם במשותף. הן יזמו שיחה, שבה הודיעו לה, כי הזמינו רופא מומחה (גריאטר) לביקור בית. העובדה שהן דיברו בקול אחד, בסמכותיות ובנחישות, אך גם עם הבעת דאגה אמיתית לאם, סייעה לה לקבל את ביקור הרופא. האבחון של הרופא, שהאם סובלת מירידה קוגניטיבית, איפשר, בשלב מאוחר יותר, הכנסת שירותי מטפלת יומית לאם.

מודל מספר 5: התערבות עם בני זוג של חולים הסובלים מירידה קוגניטיבית – האבדן המעורפל

אחד המודלים המתייחסים אל הלחצים הנפשיים הרבים של המטפלים העיקריים בבני זוג, הסובלים מירידה קוגניטיבית ותפקודית משמעותית, הוא מודל "האבדן המעורפל" (Ambiguous Loss), שמציעה פאולין בוס (Boss, 2011).

בוס מתארת את התהליך הרגשי שעובר המטפל העיקרי (בעיקר בן או בת הזוג, החיים ומטפלים מקרוב ובצמוד באדם החולה) כאבל על אבדן לא ברור ומעורפל, שאין לו פתרון או סיום. הדואליות שבנוכחות של בן או בת הזוג, אך היעדרם עקב המצב הירוד והקשה שבו הם נמצאים, מבלבלת וקיים קושי רב למצוא משמעות והסבר למצב. ללא מציאת משמעות לאבדן – קשה להתמודד עם האבל. למעשה, המטפל העיקרי חווה בדידות ועצב מתמשך, ללא התחלה וסוף. באבל שכזה אין גם טקסי אבל, כמו טקס אשכבה, שבעה, וכדומה, המאפשרים לגיטימציה מלאה להתאבל ותמיכה רבה מהסביבה הקרובה (Doka, 2010). ככל שנמשכת תקופת הטיפול בבן הזוג החולה, כך חלה יותר שחיקה ובדרך כלל גם ירידה בתמיכה מבני משפחה. מצב זה עלול להוביל לדיכאון, לחרדה, לתסכול ולכעסים כלפי בני משפחה, שכלפיהם קיימת ציפייה שייבנו ויתגייסו לסייע. בוס מתארת מצב של

תנודתיות בין תקווה לייאוש, בין כעס לאינטימיות, תנודתיות המתבטאת גם במצב הרוח של המטפל העיקרי ובתפקודו.

בוס מציעה שבעה עקרונות מנחים ומכוונים למשפחה המתמודדת עם מסע ארוך ומעורפל שכזה:

1. **מציאת משמעות:** היכולת להבין את הדואליות שבמצב הבלתי אפשרי. מצב משתנה, לא יציב ומתעתע, הכולל רגעים שכן הזוג נראה ומתנהל כרגיל ורגעים שבהם הוא ברגרסיה תפקודית ושונה לחלוטין מהאדם היקר שאותו מכירים, על פי רוב, כל כך הרבה שנים. איש המקצוע מסייע למטפל העיקרי להבין, לקבל ולאמץ לעצמו אסטרטגיות מתאימות, שיסייעו לו לחיות עם הניגודיות של רגעים משתנים. למשל, אפשר ליצור משמעות באמצעות כתיבה ותיעוד החוויות והמצבים שהמטפל העיקרי עובר יחד עם הזקן החולה.
2. **מציאת איזון בין שליטה לקבלה:** הבנה שיש מצבים שלא ניתן לשלוט בהם במהלך הטיפול בחולה ולכן רצוי לנסות, עד כמה שאפשר, לשלוט בניהול הטיפול ובניהול החיים בצל הטיפול.
3. **הרחבת הזהות של המטפל העיקרי:** הגדרת מטרות ועיסוקים נוספים מעבר לתפקיד המטפל או בן/בת הזוג של החולה. כלומר, במקביל לצמצום בעולם הזוגי מעוררים את המטפל העיקרי למצוא אפיקים חדשים או נוספים להעשרה, לסיפוק ולתחושה של ערך.
4. **שליטה ברגשות המעורבים:** איש המקצוע מסייע למטפל העיקרי להבין את מערבולת הרגשות ולערוך בה סדר. לתת לגיטימציה לרגשות שליליים ולקבל את הרגשות המנוגדים המתעוררים כלפי החולה וכלפי הטיפול בו.
5. **להחזיק ולהרפות:** איש המקצוע מעודד את בן/בת הזוג להמשיך ולנהל יחסים חלקיים עם העולם החיצוני – לבקר חברים, לצאת מדי פעם לבילוי תרבותי ללא בן הזוג החולה, להתחיל ולפתח מערכות יחסים המבוססות על היות המטפל העיקרי למעשה לבד, למרות קיומו הנמשך של בן הזוג.
6. **לפתח תקוות חדשות ולהמשיך לחלום:** לעודד ולכוון את המטפל העיקרי לחשוב ולתכנן ימים טובים יותר ולהתמקד בחוויות ובקשרים נוספים, כמו קשר עם נכדים ועם חברים, תחביבים שעשויים להתפתח ולתת משמעות להמשך החיים.
7. **קח זמן לדאוג לעצמך:** קיימת חשיבות גדולה בעידוד המטפל העיקרי לדאוג גם לבריאות הפיזית וגם לבריאות הנפשית. היכולת "לקחת אוויר", "למלא מצברים" "לתדלק" היא חשובה ומאפשרת לאזן את תחושת החנק, ההתרוקנות והשחיקה.

עם זאת, לא מעט מטפלים, בעיקר מטפלות, מגלים קושי רב להתנתק, ולו למספר שעות, מהתפקיד ומהאחריות הגדולה המוטלת עליהם. יישום הכללים, שבוס מציעה, אפשרי כשיש מודעות, הבנה וקבלה של המצב. מניסיוננו, שימוש במודל קוגניטיבי-התנהגותי להפרכת מחשבות שליליות ולראייה רחבה ומאוזנת יותר של המצב, מחזק ומקל על התהליך (Malkinson & Bar-Tur, in press).

תיאור מקרה

מלכה, בת 69, מטפלת מזה כשנתיים בבעלה משה, הסובל ממחלת פרקינסון ועבר גם שני אירועים מוחיים קשים, שהותירו אותו משותק חלקית ועם פגיעה קשה שאינה מאפשרת לו לקרוא או לדבר באופן קוהרנטי. טרם המחלה, משה היה חוקר בכיר באקדמיה, איש ספר ומורה נערץ. גם הוא וגם מלכה אשתו מתקשים מאוד להשלים עם השינוי הקיצוני שחל בו ולקבל את מגבלותיו. חייה של מלכה, כמו אלה של משה, השתנו לחלוטין לאחר הפגיעה. היא נאלצה לפרוש מוקדם מתפקיד בכיר בשירות הציבורי ולהתמסר לטיפול במשה, לניהול ענייני הכספים וכל הנושאים הרבים שבהם משה עסק טרם מחלתו. למרות הטיפול המסור במשה, הוא מרבה להתפרץ ולכעוס עליה ומשתמש בה, כדבריה, כ"שק חבטות" לתסכול ולחוסר האונים שהוא חווה במצבו הקשה. "הוא מתנהג כמו ילד קטן ודרשן, שדורש סיפוק מיידי ורוצה את אימא כל הזמן." הוא כועס כשהיא יוצאת לסידורים או כשהיא עייפה מדי כדי להקריא לו את העיתון היומי. הוא מסרב לצאת עם המטפל הסיעודי בלעדיה וכשהיא יוצאת לענייניה הוא מתקשר כל חמש דקות לדעת מתי תחזור. ארבעת ילדיהם תומכים באימם בשיחות טלפון, אך הביקורים שלהם מעטים והם אינם מושיטים לה עזרה ממשית בטיפול באביהם. מלכה עצמה חולת סכרת ומאז מחלתו של בעלה הידרדר גם מצבה הבריאותי, אך היא אינה מוצאת זמן לטיפול בעצמה. הקושי העצום הוא לא רק בעומס המשימות היום-יומי הרב, אלא ובעיקר באבל שהיא חווה על מי שהיה משה ואיננו עוד, על האיש החכם, מושא הערצה במשך כל כך הרבה שנים, החבר, המאהב, שאיננו עוד.

ניתוח המקרה והצגת ההתערבות על פי המודל

במקרה שלפנינו, ההתערבות היא ליווי אישי ומתמשך של המטפלת את מלכה בשלבי ההתמודדות הקשים עם תפקידה כמטפלת עיקרית וכבת זוג לאדם מוגבל וחסר אונים, זאת, בנוסף להתמודדות עם מערכת יחסים מורכבת ובחלקה קונפליקטואלית עם ארבעת ילדיה,

והיותה גם סבתא לתשעה נכדים. העומס המוטל על כתפיה הוא עצום ותחושת הבדידות שהיא חשה גדולה ונובעת בעיקר מהיעדר הבנה ותמיכה מספקת מילדיה. השלב הראשון והעיקרי של הטיפול מתמקד במתן לגיטימציה לרגשות החזקים והמנוגדים העולים בה, לאפשר לה לפרוק את מטענה הרגשי ולהרגיש שמבינים, מקבלים ולא שופטים אותה. דמעות של עצב, תסכול, כעס וכאב מתערבבות עם דמעות של שמחה והתרגשות על הישגים וחוויות מעטות, שהיא חווה עם הנכדים. תיאור מצבו הירוד של משה מלווה בסקירת העבר ושחזור דמותו ותפקודו בימים שהיה בשיאו. כעסים עליו מלווים ברגשות אשם, ברחמים, אך גם בהרבה חמלה ואהבה. את כל זה היא מביאה לחדר הטיפולים, מציפה את המטפלת בסערות רגשות ומשתחררת קמעה. מלכה מתאבלת על משה, האיש שהיה. המטפלת מכילה, מארגנת את החוויות, מדגישה את החוזקות של מלכה, את הדברים הנעימים והטובים בחייה, חלומות על ימים טובים יותר, תכניות לביקור משפחתי בארצות הברית והרבה זיכרונות נעימים מהעבר, המאפשרים לה לשמר במיטבן את דמותה ואת דמותו של משה.

העבודה של המטפלת, מעבר להקשבה ולהכלה, היא גם באמצעות המודל הקוגניטיבי-התנהגותי ומטרתה לעזור למלכה להעריך באופן רציונלי יותר את המצב, להתמודד עם התסכול הגבוה ולמתן את הנטייה שלה לראות כל אירוע שקורה כקטסטרופה. היכולת לקבל את העמימות שבמצב, את הרגשות המנוגדים, את חוסר האונים, אך גם לבחון דרכים לתעל את התסכול של מלכה לאפיקים שבהם תוכל למצוא סיפוק והנאה, כמו יציאה לשיעורי התעמלות, לסרט או להצגה עם חברה מדי פעם ואפילו נסיעה לחופשה בחו"ל כדי להתאוורר ולהירגע. כך מלכה לומדת לאזן בין הצרכים שלה וזהותה השמורה והבריאה לבין "הביחד" עם בעלה החולה והצורך לטפל בו במחלתו. קבלת המציאות הקוטבית של לחוד וביחד, בריאה מול חולה, היכולת להתמסר לתפקיד, אך גם להרפות ולהיפרד בהדרגה, כל אלה מאפשרים למלכה לקחת פסק זמן לעצמה, לבלות וליהנות גם בלעדי בעלה.

בשלב השני, המטפלת מסייעת למלכה להתמודד עם בעיות המתעוררות חדשות לפרקים וקשורות להתנגדות של משה להיעזר באחרים, בחיזוק היכולת שלה לעמוד מול ההתפרצויות שלו כלפיה, ובניסיונות ליצור תקשורת פתוחה יותר עם הילדים, המתקשים להבין את מצבה וממשיכים לצפות ממנה שתהיה עבורם אימא כל יכולה, כפי שהייתה בעבר. חלק חשוב מזמן הפגישות הטיפוליות מוקדש להרחבת המרחב האישי שלה, מעבר לתפקידה כמטפלת, באמצעות חיזוק חזרתה לפעילות התנדבותית, תגבור מערכת התמיכה שלה ועידודה לבקש עזרה מהילדים ומחברים.

מודל מספר 6: התערבות בסיוע לבני זוג להתמודד עם החיים במחיצת מטפל זר

במהלך עבודתנו עם משפחות נתקלנו בלא מעט מקרים, שבהם התגלו קשיים רבים להשלים עם הצורך להיעזר במטפל סיעודי (בר-טור ומלקינסון, 2013). כניסתה של מטפלת סיעודית, עובדת זרה או מטפל זר, לבית של אדם זקן איננה עניין של מה בכך. זקנים רבים מתנגדים נמרצות לקבלת סיוע ממטפל או ממטפלת גם אם מצבם הפיזי ירוד וגם אם הם מתקשים לתפקד לבדם. בחלק ניכר מהמקרים בני המשפחה הם אלה שמפעילים לחץ על הזקן לקבל סיוע והם גם אלה המטפלים בכל הסידורים הדרושים. לא פעם, מתנהלת "מלחמת התשה" בין הזקנים המתנגדים לבין בני משפחה דואגים וחרדים לגורלם. התנהלות זו דורשת מהילדים אורך רוח, סובלנות וסבלנות ובעיקר יכולת להבין עד כמה קשה להורה המבוגר להסכים לקבל עזרה. גם לאחר שההורה מסכים ייתכנו קשיים הנובעים מתלונות של ההורים, התנגדות לשתף פעולה עם המטפל ועד למצבים של פרנויה כלפי המטפל. חשוב להבין, שבבסיס ההתנגדות נמצאת על פי רוב חרדה גדולה וקושי לתת אמון באדם זר. קושי זה יכול להיות על רקע אישי-היסטורי (חוויית של רדיפה ובגידה אצל ניצולי שואה, למשל), על רקע אישיותי (צורך בשליטה, קושי באמון בסיסי בזולת) או על רקע של ירידה קוגניטיבית.

כשמדובר בעובד זר, המצב עשוי להיות קשה עוד יותר בגלל הפער התרבותי וקשיי התקשורת. המטפל או המטפלת הם אכן "זרים" עבור הזקן ועלולים לעורר אצלו "חרדת זרים", חרדה המוכרת לנו היטב אצל ילדים בגיל הרך. אצל הזקנים, חרדה זאת נובעת מהשינוי שמתרחש עם כניסתו של אדם זר לחייהם, מה"אחרות", מהשבירה של המוכר והבטוח בעולמם הלא יציב. ההיאחזות במוכר ובקיים היא חלק ממנגנון הגנה והתמודדות עם חוסר האונים, חוסר השליטה על חייהם ועל גופם והחרדות הנלוות לתהליך ההזדקנות בגיל המאוחר. העובד הזר יכול להיחשב על ידם כפולש, כאיום, כאויב, או סתם כמטרד מיותר. מעבר לצורך להשלים עם אבדן העצמאות, עם הצורך בתלות וההכרה בחיוניותו של המטפל ותרומתו לאיכות החיים, נדרשת מהאדם הזקן גם הגמישות להכיל במרחב החיים המצומצם שלו אדם נוסף, זר לחלוטין וברוב המקרים גם מרקע תרבותי ואתני שונה. בתנאי המחיה השכיחים בארץ, כאשר זקנים רבים מתגוררים בדירות קטנות, יש בכניסה של גורם זר למרחב מחיה מצומצם יחסית, קושי אובייקטיבי אמיתי בנוסף לקושי הרגשי.

כניסתו של מטפל זר לביתם של זוג זקנים עשויה להערים קשיים נוספים. מעבר להתמודדות של הזקן המוגבל עם התלות הבלתי נמנעת באדם זר, נאלץ בן או בת הזוג הבריאה להתמודד עם קיומו של אדם מבוגר נוסף בבית. מערכת היחסים הזוגיים הופכת

למעשה למשולש, שאיכותו תלויה בגורמים רבים, ביניהם איכות הקשר בין בני הזוג, מצבם הקוגניטיבי והרגשי ומבנה האישיות שלהם. גם הרקע והאישיות של המטפל – הצלע השלישית במשולש – הם רכיבים חשובים ונראה שאינם נידונים מספיק בספרות המקצועית. הבעיות המתעוררות עם כניסתו של מטפל זר הן, בדרך כלל, סביב מאבקי עצמאות ותלות, ודחייה של האדם המוגבל או בת/בן זוגו את המטפל בתואנות שונות הנוגעות לתפקודו, להתנהלותו ולאישיותו. כשאחד מבני הזוג סובל מירידה קוגניטיבית עלולה להתפתח דלוזיה פרנואידית כלפי המטפל על רקע של גניבה, קנאה רומנטית, הרעלה, ועוד. הדלוזיות הללו מבטאות את חוסר האונים, החרדה העצומה והכעסים שחש הזקן הירוד פיזית וקוגניטיבית. רגשות אלה מושלכים על המטפל הזר, שנתפס כגורם עוין, כאויב. במצבים שבהם הזקן המוגבל היה תלוי לחלוטין בבת זוגו, טרם כניסתו של מטפל, קיים לא פעם קושי של הזקן לוותר על הנוכחות והסיוע המתמיד של בת הזוג, מתוך הרגל, צורך בשליטה וחרדת פרידה, המתעוררת כשהאשה יוצאת מהבית. לעתים, גם לבת הזוג קשה לוותר על התפקיד המרכזי שנטלה על עצמה, על הכוח, על השליטה ועל התחושה שיש לה תפקיד חשוב ועליה לשמרו. בהתערבות המקצועית יש צורך להתייחס ללחצים ולצרכים של המטפל העיקרי בנוסף לאלה של החולה.

הנקודות החשובות להתייחסות הן:

1. מידת ההתאמה של המטפל הסייעודי לזקן החולה.
2. מידת ההתאמה של המטפל הסייעודי לבת/לכן הזוג. האם הם משרים שלוה או לחץ, עד כמה הם מתאימים בקצב ובסגנון האישי שלהם למטופל ולבן/בת הזוג הבריאה. התאמה היא באישיות, בהתנהלות, באנרגיה, ב"כימיה" האפשרית בין שני אנשים זרים לחלוטין, האמורים לנהל חיים משותפים.
3. הדרכה והכוונה של המטפל הסייעודי לגבי דרך ההתנהלות גם עם הזקן החולה וגם עם בת/בן הזוג המטפלים. הדרכה זו חשובה במיוחד כשקיימת ירידה קוגניטיבית והתנהגותו של הזקן יכולה להיות חסרת גבולות או פרנואידית.
4. הדרכה והכוונה של בני המשפחה, המלווים את תהליך הקליטה של המטפל בבית ההורים, איך להתמודד עם הקשיים הרגשיים המלווים את הוריהם בתהליך זה.

תיאור מקרה

חנה וצביקה שניהם בני 84. חנה ילידת הארץ. צביקה נולד בפולין. לבני הזוג שלושה ילדים: בן ובת החיים בארץ, הבת בסמיכות להורים, הבן יחסית רחוק. בת נוספת חיה בחו"ל. יש להם שישה נכדים ונינה. מערכת היחסים עם הילדים קרובה וטובה מאוד.

חנה היא אישה עצמאית ובריאיה יחסית. צביקה, בעלה, עבר כמה אירועים מוחיים והוא מתקשה ללכת עם הליכון ולכן רוב הזמן הוא בכיסא גלגלים. בנוסף לכך, יש לו אבדן ראייה ולכן אינו יכול לקרוא ורק בקושי יכול לראות טלוויזיה. מעבר לירידה הפיזית, מצבו הקוגניטיבי של צביקה תקין וכך גם מצבו הנפשי. מצב רוחו טוב. הוא מתואר על ידי חנה וילדיה כאדם חם מאוד, פתוח, חיובי ולמרות מצבו הבריאותי המורכב, שומר על מוראל גבוה. במשך כשלוש שנים, חנה טיפלה בצביקה במסירות, אך לאחר שחלה הידרדרות במצבו, הפעילו הילדים לחץ כבד על האם לקבל עזרה. לביתם של בני הזוג נכנס מטפל זר.

המטפל בן ה-45, נשוי ואב לילדים, השתלב במהירות בעבודה ובמרחב החיים המשותף של צביקה וחנה. הוא התגלה כאדם חרוץ, אחראי, מסור, מעורב. "מטפל יוצא מן הכלל בעבודתו." בתחילה התקבל באהבה ובכבוד ואף הפך לחוליה נוספת במארג משפחתי חם. נוצרה קרבה גדולה בינו לבין צביקה, שבו טיפל מעבר לטיפול הסייעודי גם בהרבה רגש, במגע, בליטוף ובהומור. המצב האידיאלי נמשך מספר חודשים, כשהמטפל ה"מושלם" משחרר את חנה גם מבישול ומקניות. לכאורה, זה אמור היה באמת לאפשר לה להתפנות לתחביב הציור ולהקלה בעומס, אך חנה התחילה להרגיש שהוא משתלט ואף "גוזל" את צביקה ממנה. הקשר הטוב של המטפל הזר עם צביקה פגע באינטימיות ובזוגיות. ויכוח שהתעורר בין חנה למטפל סביב הצורך הדחוף בקניית תרופות הוביל באופן לא צפוי למשבר גדול ולדרישה של חנה שהוא יעזוב. הילדים הנדהמים לא הבינו איך ייתכן שהיא תרצה שיעזוב. כל ניסיון לשכנע אותה נתקל בסירוב ובכעס והוביל את חנה להתקף חרדה מלווה במיגרנה. חנה טענה, שהמטפל מפחיד אותה, שהוא הרים את קולו עליה בעת ויכוח ושהוא מסוכן. הקונפליקט בין הצורך לשמור על המטפל המסור, שאביהם קשור אליו ותלוי בו כל כך, לבין הצורך לכבד את רצונה של אימם, הוביל לפנייה לייעוץ.

ניתוח המקרה והצגת ההתערבות על פי המודל: "כללת המטפל הסייעודי המושלם"

ההתערבות כללה ארבעה מפגשים. האחד עם הילדים של חנה וצביקה, בת וכן בשנות ה-50, שבו תיארו את השתלשלות האירועים ואת הקשר שבין ההורים, שהיה לאורך השנים קונפליקטואלי ולמעשה השתפר מאוד עם מחלתו של האב והתלות שנוצרה בקשר ביניהם. שלשת המפגשים הבאים היו עם חנה.

במהלך השיחות עם חנה התבררה המצוקה הגדולה שלה, שנבעה מהמשולש שנוצר בחייה, שהיה במידה רבה, לפי תחושתה, המשך למשולש קודם שהיה קיים בין צביקה, חנה

ואימו של צביקה. לאם הייתה השפעה מאוד גדולה עליו ועד יום מותה היא היוותה איום גדול על חנה. בנוסף לכך, נראה היה גם קושי גדול "להכיל" את המטפל הזר במרחב החיים המשותף, מאחר שהיה דמות מאוד אנרגטית ומלאת חיים, אדם מאוד דומיננטי ומעורב, מנוגד מאוד לאופייה השקט, המופנם והרגוע של חנה. "הוא מכניס המון רעש הביתה", אמרה. המטפלת המקצועית עודדה את חנה לבטא את התסכול והכעס שחשה ונתנה לה לגיטימציה מלאה לבטא גם את הצרכים שלה ולא לבטלם למול הצרכים הרבים של בעלה החולה. בסיכום עם הילדים נשקלה האפשרות לחפש למטפל מחליף, אך בתום שלוש פגישות חנה נרגעה והחליטה שעדיף שהוא יישאר. הפגישה השלישית התמקדה ביכולת שלה לשים גבולות למטפל, לשמור על תפקידה כבעלת הבית וכמנהלת שלו ולבקש ממנו מדי פעם לתת לה ולצביקה להיות לבד. חנה חשה הקלה גדולה. במעקב שנערך לאחר שלושה חודשים דיווחה חנה על שיפור ועל הקלה רבה. היא חזרה לצייר והרגישה שיש לה יותר ביטחון ומקום בבית.

לסיכום פרק זה, סקרנו מספר גישות להתערבות עם תומכים עיקריים, בני זוג וילדים, המטפלים בקשיש במצבי חולי ותלות. מניסיוננו בעבודה הטיפולית והיעוצית עם משפחות מצאנו, שיש חשיבות למיומנויות הדרושות מאיש מקצוע, המטפל במשפחות במצבים רגישים אלה. הסעיף הבא שם זרקור על התפקיד הייחודי של איש המקצוע ועל מיומנויות וטכניקות בסיסיות המלוות אותנו בתהליך הטיפול.

תפקיד המטפל המקצועי במשפחות התומכות בזקנים חולים ומוגבלים

המודלים שהוצגו הם כלים לעבודתם של יועצים, מטפלים משפחתיים, פסיכולוגים, רופאים, אחיות ואנשי מקצוע אחרים במקצועות הגרונטולוגיה. הם זקוקים לידע, להבנה ולמודעות לצרכים הייחודיים של קשישים ומשפחותיהם ולכלים מקצועיים לליווי והכוונה, כדי להקל על תחושות העומס, הלחץ והמצוקה. להלן נציג מיומנויות חיוניות ליועץ המקצועי ודרכי התערבות עם בני משפחה כתומכים עיקריים, המטפלים בהורים קשישים במצבי חולי ומוגבלות.

עבודת הייעוץ והטיפול מורכבת, יש בה רבדים רבים, היא רב-ממדית ומשלבת מודעות, ידע מקצועי ומיומנויות בתחומים רבים. ראשית דבר, עבודת המטפל המקצועי נסמכת על המודעות האישית שלו לערכיו, לניסיון החיים שלו בטיפול בהורים קשישים, בסבים ובקרובים אחרים ולתפיסתו את הזיקנה. כל אלה משפיעים על היחס שלו

לטיפול. אנשי מקצוע רבים רואים את הזיקנה כתקופה של מוגבלות, חולי וסוף ואינם מאמינים ביכולת של הזקן לשינוי. אחרים נשענים על ניסיונם, ערכיהם ונטיות ליבם ואינם מודעים להטיה השיפוטית, להכללות ולפטרונויות המתלווה לעבודתם. מתוך כל אלה נראה, כי מודעות אישית לתהליכים אישיים, משפחתיים, תרבותיים וערכיים היא חיונית. היעדרה של מודעות כזו עשוי להציב מכשול לעבודת המטפל המקצועי (Fowers & Davidov, 2006; Rabow, Hauser & Adams, 2004). כדוגמה נביא את אותם בני משפחה, תומכים עיקריים, הפונים כשהם בדילמה לגבי המשך טיפול ביתי או סידור מוסדי. בדרך כלל, זוהי החלטה קשה למשפחות, שמאחוריה ניצבים ערכים משפחתיים ותרבותיים, ההיסטוריה המשפחתית, מערכת היחסים בין בני המשפחה והיבטים הקשורים בתפקוד הקשיש ובמשאבי המשפחה. תפקיד המטפל ללוות את המשפחה ברגישות אישית, תרבותית ופסיכולוגית בתהליך ההחלטה, לפרוש בפניהם אפשרויות שונות, לדון בהן ולשקול את השלכותיהן ולא לכפות או לכוון להחלטה המתאימה לעולמו של המטפל ולהשקפותיו האישיות.

סמדר, עובדת סוציאלית בלשכה לשירותים חברתיים, מספרת:

אני מטפלת באימי הסיעודית בביתי במשך שלוש שנים. קשה לי להבין כיצד בקלות רבה כל כך מחליטים בני משפחה על העברת ההורה שלהם למסגרת סיעודית. אני כועסת, מרגישה פגועה וקשה לי להפריד בין עולם הערכים שלי וחיי לבין אלה של הפונים אליי. רק לאחר הדרכה מקצועית הבנתי עד כמה אני מנסה לכפות את דעתי עליהם.

למטפל בבני המשפחה ובעיקר לתומכים העיקריים יש תפקיד חשוב בהיותם מרכז מפגיש ומאמן של הדורות השונים במשפחה. מטבע הדברים, התומכים העיקריים, בני זוג ו/ילדים בוגרים, נמצאים בשלב חיים כזה, שבו יש להם פחות הזדמנויות למפגשים בין-אישיים. מצאנו, כי לא אחת, המפגשים המשפחתיים נערכו אצלנו, בחדר הטיפול. שם, אחת לשבוע או יותר, ניתנה הזדמנות לבני המשפחה לשוחח זה עם זה, לבדוק אפשרויות שונות לטיפול בהורה, להתייחס לתפקידים החדשים שלהם ולעתים לקונפליקטים שהתלוו אליהם בהווה, אך גם בעבר.

המטפל המקצועי במשפחה מצוי בצומת הדרכים ובידיו התמרורים השונים להכוונה ולייעוץ. כדי לאפשר תקשורת פתוחה, זורמת וחיונית, הוא זקוק לרגישות, לחום אנושי ולאמפתיה. בצידן של תכונות אלו הוא זקוק גם לארגז כלים מקצועי, המכיל כמה רכיבים חיוניים. ביניהם נמצאים כלים של ידע, הכוללים שלושה עולמות מרכזיים: (1) היכרות עם

מחלות הזיקנה, מהלכן ואפשרויות הטיפול; (2) היכרות עם מגוון השירותים הקהילתיים והמוסדיים; (3) ידע תיאורטי פסיכולוגי, הרלוונטי למשפחה המבוגרת. כל האמור לעיל מהווה בסיס לעבודת המטפל עם משפחת הקשיש ובעיקר עם התומכים העיקריים. המטפל צריך לשים דגש על מספר עקרונות בעבודתו עם בני משפחה. העקרונות הבאים משרטטים קווים מנחים בעבודה הטיפולית והם יעילים כאבני דרך המסמנות כיוון (Rabow, Hauser & Adams, 2004):

1. הכרה בקשיי ההתמודדות ובמסירות של המטפל.
2. מיומנויות תקשורת טובה, ישירה, אמפתית ורגישה.
3. הענקת מידע על המחלה, מהלכה, השלכותיה והטיפולים המתחייבים – זהו אחד התפקידים המרכזיים של המטפל.
4. סיוע בקבלת החלטות – מצבי הטיפול היום-יומיים עשויים ליצור קונפליקטים בין בני המשפחה. לקבלת החלטות דרוש משא ומתן זהיר ביניהם. יועצים רגישים ואמפתיים, אשר יצרו יחסי אמון עם המטפל העיקרי, יכולים לעזור בשקילת האפשרויות השונות ובקבלת ההחלטות.
5. ליכון, הבהרת רגשות ועיבוד רגשי – סביבת ייעוץ אמפתית ומבינה מאפשרת הבעת רגשות סותרים ודו-ערכיים של בני המשפחה המטפלים.
6. הענקת מידע על שירותי טיפול ותמיכה בקהילה, אך גם ליווי המשפחה בתהליך הבחירה של שירותים, עידודם לקבל המלצות על השירותים השונים, תוך שאילת השאלות הרלוונטיות עבורם.

כל האמור לעיל מהווה בסיס לעבודה המיוחדת של איש המקצוע עם תומכים עיקריים ומשפחת הקשיש. זוהי עבודה מורכבת, קשה, רבת-פנים, אשר בצידה אתגר מקצועי, אך גם אחריות ומחויבות גדולה. לכן, חשובה גם הכשירות האישית של המטפל המקצועי, בשלות רגשית ומקצועית, שכן הידע הוא הכרחי, אך אינו מספיק. הטיפול והליווי דורשים מאיש המקצוע יכולת נתינה, הכלה, עמידה בתסכולים, הכרה במגבלות הקיימות ליצור שינוי משמעותי, לצפות מבני המשפחה לשנות הרגלים ודפוסים ולשפר מערכות יחסים אחרי שנים ארוכות. המטפל עשוי להיקלע למערכת של לחצים רגשיים, הנובעים, לעתים, גם מתחושת ביקורת ואף כעס כלפי בני משפחה, הנמנעים מלתמוך בזקן או בכך הזוג והמשוועים לתמיכה ולהבנה. היכולת לשמור על עמדה אמפטית וניטרלית אפשרית במצבים, שבהם המטפל בשל רגשית ומקצועית, בעל מודעות גדולה לתהליך ההעברה הנגדית, שעלול להתעורר במהלך ההתערבות, ולהשלכות שיש למערכת היחסים שלו עם משפחתו ועם הוריו על תפיסת עולמו, על מערכת הערכים שלו ועל הצפייה שלו מאחרים. גם השלב שבו הוא נמצא במעגל החיים חשוב וכן אם הוא מצליח לנהל את חייו לשביעות רצונו ולמצוא

איזון בין החיים האישיים למקצועיים. כשהמטפל טרוד במשימות התפתחותיות אישיות ובמשרים בחייו האישיים, ייתכן שיהיה לו קשה לפנות אנרגיה ולהעריך באופן אובייקטיבי ומלא את היכולת של המשפחה להתמודד בהצלחה עם משימת הטיפול (בר-טור, 2006). עם הידע, הכלים והבשלות הרגשית והמקצועית המטפל יכול ללמוד הרכה מהמפגשים עם המשפחות השונות ולשאוב סיפוק אישי, שיש בו פוטנציאל להתפתחות רבה.

סיכום

במאמר זה הוצגו מספר מודלים העוסקים בהתערבות במשפחה המלווה בן זוג או הורה זקן וחולה ותיארנו מקרים שפגשנו במהלך שנות עבודתנו. בחירת המודל המתאים תלויה בהערכת המטפל המקצועי ובקשיים עימם נתקלים המטפלים העיקריים. עם זאת, בכל המודלים המסר העולה הוא אחד ולפיו האחריות לניהול "התיק הרפואי" של ההורה הזקן והמוגבל היא של המשפחה וטיפול באדם זקן וחולה דורש משאבים רבים. מעבר לטיפול הסיעודי, חשובה גם הרווחה הנפשית של המטפל העיקרי והיכולת שלו להיות אמפתי וסובלני. כדי לעמוד במשימה המורכבת הזאת חשוב שלמטפל העיקרי תהיה יכולת הכלה רגשית, שתאפשר התמודדות עם התפקיד המורכב והמאתגר המוטל עליו, הכולל: מעורבות וליווי צמוד של הטיפול הרפואי-סיעודי, פיקוח, שמירה על קשר רציף עם מערכי הטיפול המקצועי בבית או במוסד, הדרכה ותמיכה רגשית בהורה או בבן הזוג. כל זאת, גם במצבים של אי-ודאות ולאורן של מערכות יחסים משפחתיות, שהן, לעיתים, טעונות ובעייתיות. הפרת האיזון במערכת היחסים בין בני המשפחה, במצב של חולי או מוגבלות ההורה או בן הזוג, משפיעה באופן שלילי על מערכת היחסים. המטפלים העיקריים מתמודדים עם רגשות חוסר האונים, התסכול, החרדה והכעס, שהטיפול בהורה זקן יכול לעורר. במצבים אלה, תמיכה במטפלים העיקריים חיונית, אך בצידה, כאמור, עלויות רגשיות, פיזיות, כלכליות וחברתיות.

האתגר העומד בפני מטפלים עיקריים הוא להציע עזרה או פתרונות לקשיים המתעוררים להיות עקביים במסרים המועברים להורה, להעניק להורה הזקן תחושת ביטחון ואמון בקשרים, לחפש שותפים נוספים לברית בתוך המשפחה ולהיות מסוגלים לגלות את הרווחים הגלומים בתפקיד וליהנות מהם. כשם שחשובה כשירותו של המטפל העיקרי במשפחה, כך חשובה גם כשירותו המקצועית והאישית של איש המקצוע המטפל או של היועץ, המלווה את המשפחה בשלב קשה ומאתגר שכזה. המטפל המקצועי נדרש לארגז כלים, להערכה מקיפה ונכונה את המערכת המשפחתית, להערכת הקושי עמו היא מתמודדת, וכפועל יוצא מכך להציע את סוג ההתערבות המתאים. יתר על כן, תפקידו של המטפל המקצועי מחייב

ראייה רחבה, משוחררת מעמדה שיפוטית וערכית, עם יכולת להיות אמפתי כלפי הזקן החולה ובאותה מידה גם כלפי בני המשפחה המתמודדים עם האתגר המורכב והקשה של ליווי בן זוג או הורה במצב של חולי ומוגבלות.

מקורות

- באר, ח. (1998). חבלים. תל אביב: הוצאת עם עובד.
- ברודסקי, ג', ורטמן, א., קינג, י., בנטור, נ. וצ'חמיר, ס. (2005). קשישים החולים בדמנציה: שכיחות, זיהוי צרכים לא מסופקים, ועדיפויות בפיתוח שירותים. ירושלים: אשל מאירס-ג'וינט ישראל, מכון ברוקדייל.
- ברודסקי, ג', נאון, ד., רוניצקי, ש., בן-נון, ש., מורגנשטיין, ב., גרא, ר. ושמלצר, מ. (2004). מקבלי גמלת סיעוד – מאפיינים, דפוסי קבלת עזרה פורמלית ובלתי-פורמלית וצרכים בלתי-מסופקים. ד-מ-440-04. ירושלים: אשל מאירס-ג'וינט ישראל, מכון ברוקדייל.
- ברודסקי, ג', רוניצקי, ש. וסטרון, ד. (2011). בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה. ירושלים: אשל מאירס-ג'וינט ישראל, מכון ברוקדייל.
- בר-טור, ל. (2005). האתגר שבהזדקנות, בריאות נפשית, הערכה וטיפול (163-200). ירושלים: אשל מאירס-ג'וינט ישראל.
- בר-טור, ל. (2006) הרוח של הגיאומטריה. פסיכולוגיה עברית, נובמבר, www.hebpsy.net/articles.asp?id=1006
- בר-טור, ל. (2006). הערכת כשרותם של הזקנים והמטפלים בהם. גרונטולוגיה, ל"ג (4), (45-52).
- בר-טור, ל. (2010). מי מטפל במטפל? מיומנויות מקצועיות ורגשיות של המטפלים בזקנים. גרונטולוגיה, ל"ז (2-3), 86-69.
- בר-טור, ל. ומלקינסון, ר. (2013). אבל ללא הכרה חברתית – האבדן המעורפל של המטפל העיקרי באדם הסובל מדמנציה. הרצאה שהוצגה בכנס ארצי בנושא אבדן ושוכל, שנערך על ידי אוניברסיטת חיפה והמרכז הבינלאומי לחקר אבדן, שכול וחוסן נפשי. אילת, ינואר 2013.
- הנטמן, ש. (2010). דור הסנדוויץ' – כפל תפקידים, הקונפליקט הבין-דורי והשפעתו על המשפחה המבוגרת. בתוך: י. בריק וא. לוינשטיין (עורכים), הזקן והמשפחה: סוגיות מרכזיות ביחסים בין-דוריים (עמ' 90-109). ירושלים: אשל מאירס-ג'וינט ישראל.

- Adams, K.B. (2008). Specific effects of caring for a spouse with dementia: Differences in depressive symptoms between caregivers and noncaregivers spouses. *International Psychogeriatrics*, 20, 508-520.
- Alzheimer's Association. (2011). *Alzheimer's disease: Facts and figures*, 10.
- Aneshensel, C.S., Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Zarit, S.H. & Whitlatch, C.J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. San Diego, CA: Academic Press.
- Asnes, D.P. (1983). The life validation approach in psychotherapy with elderly patients. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 87-97.
- Blenkner, M. (1963). Social work and family in later life, with some thoughts on filial maturity. In: E. Shanas & G. Streib (Ed.), *Social structure and the family: Generational relations* (pp. 46-59). Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Bloom, M. (Ed.). (1989). *Tough and tender: The selected works of Margaret Blenkner*. Cleveland OH: Benjamin Rose.
- Bookwala, J., Yee, J.L. & Schulz, R. (2000). Caregiving and detrimental mental and physical health outcomes. In: G.M. Williamson, P.A. Parmelee & D.R. Shaffer (Ed.), *Physical illness and depression in older adults: A handbook of theory, research, and practice* (pp. 93-131). New York: Plenum Press.
- Bourgeois, M.S., Schulz, R., Burgio, L.D. & Beach, S. (2000). Skills training for spouses of patients with Alzheimer's disease: Outcomes of an intervention study. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8, 53-73.
- Boss, P. (2010). *Loving someone who has dementia*. San-Francisco: Jossey Bass.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Krasner, B. (1986). *Between give and take: A clinical guide to contextual therapy*. New York: Guilford Press.
- Burgio, L.D., Solano, N., Fisher, S.E., Stevens, A. & Gallagher-Thompson, D. (2003). Skill-building: Psycho-educational strategies. In: D.W. Coon., D. Gallagher-Thompson & L.W. Thompson (Ed.), *Innovative interventions to reduce dementia caregiver distress — a clinical guide* (pp. 119-138). Springer Publishing Company, New York.
- Butler, R.N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-76.

- Colantonio, A., Kositsky, A.J., Cohen, C. & Vernich, L. (2001). What support do caregivers of elderly want? Results from the Canadian study of health and aging. *Revue Canadienne de Santr Publique*, 92 (5), 376-379.
- Doka, K.J. (2010). Grief, multiple loss and dementia. *Bereavement Care*, 29, 20-35. Also available: <http://dx.doi.org/10.1080/02682621.2010.522374>
- Etters, L., Goodall, D. & Harrison, B.E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nyurse Practitioner*, 20 (8), 423-429.
- Fowers, B.J. & Davidov, B.J. (2006). The virtue of multiculturalism. *American Psychologist*, 61, 581-594.
- Fredriksen-Goldsen, K.I. & Scharlach, A.E. (2006). An interactive model of informal adult care and employment. *Community, Work and Family*, 9, 441-455.
- Gallagher-Thompson, D., Arean, P., Coon, D., Menendez, A., Takagi, K., Haley, W.E., Arguelles, T., Rupert, M., Loewenstein, D. & Szapocznik, J.(2000). Development and implementation of intervention strategies for culturally diverse caregiving populations. In: R. Shulz (Ed.), *Handbook on dementia caregiving populations* (pp. 161-185). New York: Springer.
- Hanna, S.M., (1997). A developmental-interactional model. In: T.D. Hargrave & S.M. Hanna (Eds.), *The aging family, new visions in theory, practice and reality* (pp.101-130). New York: Brunner/Mazel.
- Hansson, R.O. & Stroebe, M.S. (2007). *Bereavement in later life: Coping, adaptation, and developmental influences*. Washington, DC: APA.
- Hargrave, T.D. & Anderson, W.T. (1997). Finishing well: A contextual family therapy approach to the aging family. In: T.D. Hargrave & S.M. Hanna (Eds.), *The aging family, new visions in theory, practice and reality* (pp. 61-80). New York: Brunner/Mazel.
- King, D.A., Bonacci, D.D. & Wynne, L.C. (1991). Families of cognitively impaired elders: Helping children confront the filial crisis. *Clinical Gerontologist*, 10, 3-15.
- Kramer, B.J. (1997). *Gain in caregiving experience: Where are we? What next? The Gerontologist*, 37 (2), 218-232.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

- Malkinson, R. & Bar-Tur, L. (in press). Bereavement and grief work. In: N.A. Pachana & D.K. Laidlaw (Eds.), *The Oxford handbook of clinical geropsychology* (Ch. 51). London: Oxford Press.
- Marcoen, A. (1995). Filial maturity of middle-aged adult children in the context of parent care: Model and measures. *Journal of adult development*, 2 (2), 125-136.
- McGoldrick, M., Carter, B. & Garcia-Preto, N. (Eds.). (2011). *Expanded family life cycle: The individual, family and social perspectives* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Parker, D., Mills, S. & Abbey, J. (2008). Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community: A systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 6 (2), 137-172.
- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J. & Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30 (5), 583-594.
- Piercy, K.W. (2010). *Working with aging families: Therapeutic solutions for caregivers, spouses & adult children*. New York London: W.W. Norton & Company.
- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2011). Spouses, adult children and children in law as caregivers of older adults: A meta-analytic comparison. *Psychology & Aging*, 1, 1-14.
- Rabow, M.W., Hauser, J.M. & Adams, J. (2004). Supporting family caregivers at the end of life. *Journal of the American Medical Association*, 291, 483-491.
- Robison, J., Fortinsky, R., Kleppinger, A., Shugrue, N. & Porter M. (2009). A broader view of family caregiving: Effects of caregiving and caregiver conditions on depressive symptoms, health, work, and social isolation. *Journal of Gerontology B Psychological Science*, 64 (6), 788-798.
- Schulman, G.L. (1999). Siblings revisited: Old conflicts and new opportunities in later life. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25, 517-524.
- Schulz, R. (2000). *Handbook on dementia caregiving. Evidence based interventions for family caregivers*. New York: Springer.

- Seligson, M.R. (2009). Caregiver burnout. Retrieved 3, June 2010, from http://www.caregiver.com/articlesqprintqcaregiver_burnout.htm.
- Wiener, J.M. (2001). *The role of informal support in long-term care*. Washington: The Urban Institute Washington, DC.
- Zarit, S.H. (1992). *Concepts and measures in family caregiving research*. Pennsylvania: Gerontology Center, Penn State University.
- Zarit, S.H. (1996). Interventions with family caregivers. In: S.H. Zarit & G.B. Knight (Eds.), *A guide to psychotherapy and aging* (pp. 139-162). Washington, DC: American Psychological Association.
- Zarit, S.H. & Zarit, J.M. (1982). Families under stress: Interventions for caregivers of senile dementia patients. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19 (4).

פרק 22

תמיכה במטפלים פורמליים בזקנים

אסתר יקוביץ, ורד יקוביץ-טישלר

מבוא

הזדקנות האוכלוסייה בישראל והעלייה בתוחלת החיים (ברודסקי, שנור ובאר, 2012) הביאו עמם ביקוש גובר והולך לעובדים מקצועיים וסמך-מקצועיים, שיספקו מענה למגוון הצרכים הרבים והמורכבים של זקנים חולים ומוגבלים בתפקודם. דוח שטסמן (2011), שבחן את הצרכים בכוח אדם מקצועי לטיפול בזקנים, חשף את המחסור החמור הצפוי בשנים הבאות כדי לענות על צרכים אלה, בעיקר בתחומי הרפואה הגריאטרית והסיעוד, וזאת לאור התחזיות לגידול משמעותי הצפוי בשיעור הזקנים באוכלוסייה. כל אלה מעלים שאלות נוקבות, כמו: כיצד למשוך אנשי מקצוע טובים לתחום זה, אך בעיקר, כיצד לשמר אותם כדי שיעסקו בתחום לאורך זמן. שאלות אלו רלוונטיות לגבי אנשי מקצוע בתחומים הדיסציפלינריים השונים וגם לגבי עובדים סמך-מקצועיים, העוסקים בטיפול ישיר (Hands-on) בזקנים. מגזר זה של עובדים מהווה, למעשה, את עמוד התווך של הטיפול הפורמלי בזקנים, הן בקהילה והן במסגרות מוסדיות.

במסגרת הקהילה מועסקים עובדים סוציאליים בלשכות רווחה מוניציפליות, צוותים רפואיים וסמך-רפואיים במרפאות קהילתיות וביחידות לטיפול רפואי בבית, מטפלות בית המעניקות טיפול בית לזקנים מוגבלים בתפקודם ואף מטפלים זרים הגרים עם המטופלים. גם בבתי חולים ובמסגרות לטיפול ממושך בזקנים מועסקים עובדים מקצועיים בכל קשת המקצועות ומטפלים סמך-מקצועיים, אשר עוסקים בטיפול יום-יומי בזקנים (Care Work). עם זאת, רוב העובדים המקצועיים והסמך-מקצועיים אינם בעלי התמחות או הכשרה מקצועית לטיפול בזקנים, הגם שהם אלה המספקים את מרב הטיפול. במיוחד אמור הדבר לגבי עובדים סמך-מקצועיים, המתקבלים לעבודה עם זקנים ללא כל הכשרה פורמלית וגם ההדרכה והתמיכה שהם מקבלים, תוך כדי עבודה, מוגבלת. בהיעדר הכשרה מתאימה

עלולים עובדים אלה לחוש לחצים ושחיקה עקב חשיפה לקשיים ולמקורות לחץ שונים בעבודה, אשר הם לא הוכנו אליהם ואין להם את הכלים להתמודד עמם.

כאמור, אנו עדים למחסור רציני בכוח אדם בתחום הזיקנה. אחת הסיבות לכך היא, שמבחינה היסטורית העיסוק בתחום הזה לא נחשב אטרקטיבי, אלא מתסכל, לא מתגמל, בעל סטטוס מקצועי נמוך (Mandy, Lucas & Hodgson, 2007) ופחות מאתגר לאנשי מקצוע, כמו: רופאים, אחיות (Stevens & Herbert, 1997) ופסיכולוגים קליניים (Lee, Volans & Gregory, 2003). בנוסף לכך, תחום עיסוק זה כרוך בעבודה קשה, הן מבחינה פיזית והן מבחינה רגשית, כאשר לא קיימות מערכות תמיכה בעובדים אלה ואם קיימות, הרי בדרך כלל הן אינן מספקות. מכאן נובעים גם הקשיים לגייס אנשי מקצוע מכל הדיסציפלינות המקצועיות לעסוק בתחום הזיקנה (McGlone & Fitzgerald, 2005).

בניגוד למצב זה, הנושא של תמיכה במטפלים לא פורמליים זכה בעשורים האחרונים להתייחסות נרחבת בספרות הגרונטולוגית (ברודסקי, רוניצקי וסטרוון, 2011; יקוביץ, 2011). יותר ויותר גוברות ההכרה והמודעות, כי טיפול בבן משפחה זקן, שהוא חולה ומוגבל תפקודית, הוא מקור לחץ ומצוקה לבני המשפחה. על כן, מדינות שונות רואות במטפלים הבלתי פורמליים אוכלוסיית יעד להתערבות. במסגרת זו, פותחו תכניות שונות, במדינות רבות, אשר מטרתן להקל על העומס המוטל על בני המשפחה. על רקע זה, עולות ומתחדדות שאלות, כמו: מי תומך בתומכים/מטפלים הפורמליים? מהן התכניות והאמצעים המיועדים לטפח הון אנושי זה, כדי שאוכלוסיית הזקנים תזכה לאיכות טיפול טובה ועל מנת שהעובדים לא יישחקו בעבודתם ויעזבו אותה.

פרק זה מתמקד בצורכי הסיוע והתמיכה בעובדים בתחום הטיפול בזקנים, כאשר המוקד הוא מתן סיוע בהתמודדות עם מקורות לחץ ושחיקה בעבודה. הפרק אינו עוסק בצורכי ההכשרה וההדרכה, אשר מטרתם הקניית ידע ומיומנויות, הגם שההפרדה ביניהם היא לפעמים מלאכותית, מאחר שהדברים קשורים זה בזה. מטרתו של הפרק היא, אם כן, כפולה: ראשית, לזהות ולתאר את הקשיים שאליהם נחשפים מי שבחרו לעסוק בטיפול בזקנים ואת השלכותיהם לגבי שביעות רצונם מהעבודה ורווחתם. לצורך זה יובאו דוגמאות שונות מתחום הפרקטיקה. שנית, לבחון את השיטות והאמצעים, שמטרתם לפתח מערכות תמיכה לעובדים אלה, כדי לסייע להם להתמודד בדרכים יעילות עם הקשיים שבעבודתם, על מנת שימשיכו להעניק טיפול איכותי למטופלים שלהם.

מקורות הלחץ בטיפול בזקנים והשלכותיהם

ניתן לזהות חמש תת-מערכות, אשר כל אחת מהן עלולה להיות גורם לחץ על עובדים המטפלים בזקנים. תת-מערכות אלו כוללות: (1) גורמים מבניים, מערכתיים וארגוניים; (2) גורמים חברתיים-ערכיים; (3) גורמים הקשורים למאפייני המטופלים; (4) גורמים הקשורים למאפייני הצוותים המטפלים; (5) גורמים הקשורים למערכות היחסים שבין המטפלים למטופלים. להלן נדון בכל אחת מתת-מערכות אלה.

1. גורמים מבניים, מערכתיים וארגוניים

השילוב שבין דרישות רבות לבין שליטה נמוכה עלול לגרום למתח מתמיד בעבודה, ליצור חוסר שביעות רצון ולהביא לשחיקה של העובדים. מידת התמיכה החברתית מעמיתים לעבודה ומצד ממונים עשויה לתרום לצמצום המתח, שבו נתון העובד. מכאן, שהבדלים בתנאי העבודה מניבים רמות שונות של שחיקה מחד גיסא, ושל סיפוק, מאידך גיסא.

מחקרים מעטים בלבד בדקו את השפעתם של מאפיינים ארגוניים על תחושת הלחץ של העובדים בתחום השירותים לזקנים (Cole, Scott & Skelton-Robinson, 2000). למשל, מחקר שנערך בשבדיה (Josefsson, Aling & Östin, 2011) בדק את תפסותיהן של אחיות המטפלות בזקנים בקהילה לגבי השאלה – מהי עבודה טובה. נמצא, כי בתשובה לשאלת המחקר, האחיות ציינו את הגורמים הבאים כבעלי חשיבות: עבודה מאתגרת מבחינה אינטלקטואלית, המביאה לידי ביטוי את הידע שלהן; עבודה המאפשרת אוטונומיה והשתתפות בקבלת החלטות חשובות; עבודה המקדמת יצירתיות ושיתוף פעולה עם הצוות; עבודה המעניקה תמיכה חברתית, תנאים פיזיים נוחים (כמו הימצאות ציוד מתאים וסביבה בטוחה), שכר הולם, ביטחון תעסוקתי וערכים אישיים וחברתיים (תחושת גאווה, חשיבות ותועלת לאחרים).

תמיכה מעמיתים וממונים

כאמור, אחד הרכיבים באפיון סביבת העבודה הוא תמיכה חברתית. יש להבחין בין תמיכה מעמיתים בצוות לבין תמיכה מממונים. תמיכה מממונים כוללת הערכה, קידום, הדרכה ומשוב (Leiter & Maslach, 1986). תמיכה מעמיתים מסייעת לאנשי מקצוע להתמודד עם מצבים של חוסר ודאות ומהווה קבוצת התייחסות, המאפשרת שיתוף בהתנסויות, חברות ונחמה, התורמת למורל הצוות (Carillio & Eisenberg, 1984). שני סוגי תמיכה אלה נדרשים גם יחד על מנת לצמצם לחצים, לשמר ולטפח עובדים ולחזק את שביעות רצונם מהעבודה. מחקרים שנערכו בארצות הברית (Gleason-Wynn & Mindel, 1999; Simons & Jankowski, 2008) על עובדים סוציאליים בתחום הזיקנה, מצאו, כי לתמיכה מצד

הממונים ומעמיתים היה קשר חיובי מובהק עם שביעות רצון מהעבודה וכי חוסר שביעות רצון היה גורם עיקרי לעזיבת מקום העבודה. מחקר נוסף (Poulin & Walter, 1992) מצא, כי מאפייני מקום העבודה (אוטונומיה ותמיכה מצד הממונים, העמיתים והארגון), מאפייני המטופלים (שביעות רצון מהמטופלים) ומאפייני העובד הסוציאלי (הערכה עצמית) גורמים לשביעות רצון מהעבודה בקרב עובדים סוציאליים. ממצאים דומים התקבלו לגבי מטפלי בית (Buelow, Winburn & Hutcherson, 1998), כאשר אחד הגורמים לשביעות רצון היה מידת התמיכה שהם קיבלו מהממונים.

ממצאים דומים נמצאו גם בקרב קבוצות עובדים מדיסציפלינות שונות ובמסגרות שירותים שונות לזקנים. מחקר שנערך בהולנד (te Boekhorst, Willemse, Depla et al., 2008) בדק את מידת השחיקה והסיפוק מהעבודה שחשו עובדים שעבדו בבתי מגורים קבוצתיים קטנים לזקנים חולי דמנציה, לעומת אלה שעבדו במוסדות סיעודיים מסורתיים. הממצאים הראו, כי אלה שעבדו בבתי הקבוצתיים חשו סיפוק רב יותר מהעבודה ופחות שחיקה, לעומת עמיתיהם, שעבדו במוסדות הסיעודיים המסורתיים. בבתי המגורים הקבוצתיים נהנו העובדים ממידה רבה יותר של שליטה, מפחות דרישות ומתמיכה חברתית רבה יותר מעמיתיהם לעבודה. ניתן לומר, כי בתי מגורים קבוצתיים מספקים תנאי עבודה פסיכו-סוציאליים אטרקטיביים יותר מאשר מוסדות סיעודיים רגילים, בעיקר בשל תחושת השליטה הרבה יותר שיש לעובדים. באשר לשירותים לטיפול בית, מחקרים שונים בדקו שחיקה וסיפוק מעבודה. במחקר שנערך בקנדה (Denton, Zeytinoglu & Davies, 2002; Denton, Zeytinoglu, Davies et al., 2002) נבדקה השפעת המאפיינים הארגוניים, הפיזיים והרגשיים של הטיפול על בריאותם הנפשית, רווחתם, שביעות רצונם ועזיבתם את מקום העבודה של עובדים מקצועיים (אחיות, עובדים פרה-רפואיים) וסמך-מקצועיים, המעניקים טיפול בביתם של מטופלים זקנים. נמצא, כי בין הסיבות העיקריות לעזיבה היו היעדר תמיכה ארגונית ותמיכה מצד עמיתים לעבודה. במחקר שנערך על מטפלי בית זרים בישראל (Iecovich, 2011) נמצא, כי הגורמים לשביעות הרצון של מטפלים פיליפינים מעבודתם היו מידת האוטונומיה והגיוון בעבודה – ככל שאלה היו רבים יותר, כך גדלה שביעות רצונם של המטפלים מהעבודה. במחקר שנערך באירלנד על מטפלות בית (Fleming & Taylor, 2006) התברר, כי בין הסיבות העיקריות לרצון לעזוב היו: אי-קבלת תמיכה מצד הממונים, מעמסה גדולה וחוסר תמיכה מצד המטופלים. רוב העובדים ציינו את הצורך בתמיכה שוטפת, בעיקר במצבי משבר, שאליהם הם נקלעים מבלי לדעת מה עליהם לעשות. הצורך בתמיכה עלה גם במצבים, כמו מות המטופל, אשפוזו, אפשרות לקשר עם הממונים מחוץ לשעות העבודה וקשר שבועי קבוע עמם, כדי לוודא שהכול מתנהל כסדרו. זאת, משום שהעובדים חשו מבודדים מהארגון ונדרשים לאחריות כבדה לטיפול באנשים פגיעים ותלויים, מצב העשוי

להיות מקור לחץ, בעיקר כשמדובר בחולים עם דמנציה (Jansen, Forbes, Markle-Reid et al., 2009). אי-הבנת גורמים אלה עלולה לגרום להתייחסות למשימה זו כאל כל משימה אחרת ועל יד כך לפגוע באיכות הטיפול בחולים.

שחיקה בעבודה

מאחר שסיפוק מהעבודה ושחיקה הם פועל יוצא של תנאי סביבת העבודה, נדון בהרחבה בנושא של שחיקת עובדים המטפלים בזקנים. שחיקה היא מצב פסיכולוגי, הנובע מחשיפה מתמשכת לגורמי לחץ בעבודה. בשחיקה מתנסים בעיקר אנשים במקצועות הטיפול. על פי המודל התיאורטי של מסלש וג'קסון (Maslach & Jackson, 1986), שחיקה מקצועית כוללת שלושה ממדים המייצגים שלוש קבוצות שונות של סימפטומים:

- א. עייפות נפשית (emotional exhaustion): העובד חש עייפות פיזית ונפשית.
 - ב. דה-פרסונליזציה (depersonalization): אדישות של הצוות כלפי מטופליהם, ניכור וריחוק, התייחסות צינית ותוקפנית כלפיהם, כמו גם מתן טיפול אחיד לכל המטופלים מבלי להתייחס לצרכים האישיים של כל אחד.
 - ג. חוסר הישגיות אישית (personal accomplishment): חוסר הערכה עצמית ביחס למקום העבודה ותחושת הישגיות נמוכה, חוסר קומפוטננטיות ותפוקה נמוכה.
- אנשים המתנסים בכל הסימפטומים האלה חשים רמת שחיקה גבוהה ביותר, על אף שעייפות נפשית נמצאה כביטוי העיקרי לשחיקה (Maslach, Jackson & Leiter, 1996). שחיקה יכולה לשמש סמן שלילי לאווירה ולמורל הקיימים בצוות, לגרום להיעדרויות מהעבודה, לרמת מחויבות נמוכה לארגון, לכוונות עזיבה ולתחלופת עובדים. גורמים שונים עלולים לגרום לשחיקה, ביניהם: מאפייני מקום העבודה – עומס, קונפליקטים עם עמיתים או עם מטופלים; מאפיינים סוציו-דמוגרפיים – נשים חשופות יותר לשחיקה בגיל צעיר יותר ומאפיינים אישיותיים של העובדים.

שחיקה בקרב עובדים, העוסקים במתן טיפול ושירות, היא תופעה ידועה. בספרות המקצועית קיימת התייחסות רבה לשחיקה עקב טיפול בזקנים (Evers, Tomic & Brouwers, 2002). למשל, במחקר (Moniz-Cook, Dawn-Mellington & Silver, 1996) שנערך בבריטניה וכלל צוות עובדים בשתי מסגרות לדיור מוגן לזקנים, נבדקו מידת הלחץ והרווחה שבה התנסו מנהלים, מטפלים ועובדי ניקיון. הממצאים הראו, כי הם התנסו במידה מתונה של שחיקה וכי למידת השחיקה היה קשר עם שביעות הרצון מהעבודה. נמצא, כי מאפייני סביבת העבודה, כמו בהירות בהגדרת תפקידים, הכשרה לעובדים, תמיכה מצד הממונים ותפיסת לחץ בעבודה, קשורים למידת השחיקה מחד גיסא ולשביעות הרצון מהעבודה, מאידך גיסא. במאמר סקירה (Pitfield, Shahriyarmolki & Livingston, 2011) על לחץ נפשי, שבו נתונים עובדים המטפלים

בחולים עם דמנציה במוסדות לטיפול ממושך, נמצא, כי מתוך חמישה מחקרים שבדקו נושא זה, בשניים מהם דווח, כי רוב העובדים לא סבלו משחיקה. בשלושה מחקרים דווח על רמת שחיקה נמוכה, מה שלכאורה מוביל למסקנה, כי עובדים המטפלים בזקנים מתנסים ברמות לחץ נמוכות מאלו שמתנסים בהם בני משפחה. עם זאת, ייתכן שהמשתתפים במחקרים הם אלה שלא עזבו את מקום העבודה, מאחר שלא חשו שחיקה, בעוד שאלה שעזבו את העבודה לא רואיינו ולכן ממצאים אלה עלולים להיות מוטעים.

2. גורמים חברתיים-ערכיים

המוטיבציה לטפל בזקנים קשורה במידה רבה לערכים חברתיים ולעמדות חיוביות או שליליות כלפי זקנים. חשיפה מוקדמת של עובדים לקשר חיובי עם זקנים הביאה להתפתחות עמדות חיוביות כלפיהם ונמצאה כגורם המחזק את המחויבות של העובד לתפקיד (Eshbaugh, Gross & Satrom, 2010). למשל, עובדים סוציאליים, שנחשפו לקשרים מוקדמים עם זקנים, ביטאו שביעות רצון רבה מהעבודה עמם, משום שהדבר תרם לצמיחתם האישית (Amador, 2007). עבודות רבות נכתבו בנושא של עמדות סטריאוטיפיות כלפי זקנים, בעיקר מצד אנשי מקצוע. בעניין זה נעשה שימוש במושג "גילנות" (Ageism), שהוטבע לראשונה על ידי בטלר (Butler, 1969) ומתאר תהליך שיטתי של בניית סטריאוטיפים ואפליה נגד אנשים בגלל היותם זקנים. בטלר מבחין בשלוש רמות של גילנות הקשורים זה בזה:

- א. דעות קדומות כלפי אנשים זקנים, כלפי גיל הזיקנה ותהליך ההזדקנות.
- ב. הרגלים מפלים כלפי זקנים.
- ג. מדיניות מוסדית אשר מזינה סטריאוטיפים על אנשים זקנים ובכך פוגעת באיכות חייהם ובכבודם.

לפי בטלר יש שלושה רכיבים בגילנות:

- א. רכיב קוגניטיבי: רכיב זה כולל אמונות וסטריאוטיפים, כמו: אנשים מבוגרים נתפסים כסנייליים, איטיים במחשבתם ובהתנהגותם, בעלי מוסר, ערכים וכישורים מיושנים. הסטריאוטיפים על זקנים מתמקדים באיבוד היכולות בגיל זה, בהיעדר יכולת להשתנות או ללמוד דברים חדשים, לתרום לחברה או להיות פעילים בה. חוסר ידע על זיקנה וזקנים תורם להיווצרותם של סטריאוטיפים שליליים על זקנים (Palmore, 2005). למשל. סקר שנערך בארצות הברית (Alliance for Aging Research, 2003) מצא, כי אנשי מקצועות הבריאות זוכים למעט מאוד הכשרה בטיפול באנשים זקנים.

- ב. רכיב רגשי: רגשות שליליים כלפי זקנים, המתבססים על סטריאוטיפים, שלפיהם הזקן נתפס כאדם המרגיש אומלל רוב הזמן, עייף, נוטה לשכוח דברים, מבודד,

חסר תשוקה מינית, חסר יעילות בעבודה, ועוד (בודנר, 2011; Cathalifaud, Thumala, Urquiza et al., 2008; Hawkins, 1996; Levy, 1996; Okoya, 2004; Sharps, Sharps & Hanson, 1998; Thornton, 2002).

ג. רכיב התנהגותי: התנהגות המשקפת אפליה כלפי זקנים. אפליה על בסיס גיל מתבטאת, למשל, במצב שבו אנשים עם צרכים דומים מקבלים טיפול שונה בגלל גילם, כמו קביעת מדיניות המציבה אנשים זקנים בעדיפות נמוכה לקבלת טיפול רפואי מסוים. עמדות גילניות עלולות להוביל להתנהגות מפלה ולהשפעה שלילית על איכות הטיפול. למשל, לא פעם, ההתייחסות לתלונות של אדם זקן על כאבים מסוימים אינה דומה לזו הנשמעת מאדם צעיר (McGlone & Fitzgerald, 2005). מחקרים (למשל, Minichiello, Browne & Kendig, 2002), שבדקו את תופעת הגילנות בקרב נותני שירותים מצאו, כי גם בקרבם יש סטריאוטיפים כלפי זקנים. עובדים סוציאליים, למשל, הקדישו פחות זמן לחולים אונקולוגיים זקנים בהשוואה לצעירים; רופאים קיבלו החלטות טיפוליות ללא שיתוף הזקן עצמו, לעומת שיתוף בהחלטות הקשורות באדם צעיר והם נטו להיות פחות שוויוניים, סבלניים, רוחשי כבוד, מעורבים ואופטימיים ביחס למטופלים זקנים. במחקר שבדק גורמים המנבאים ביצוע אומדן כאב בקרב אחיות נמצא, כי אחיות שהחזיקו בעמדות פחות שליליות על זקנים נטו יותר לבצע אומדן כאב ואיכות האומדן הייתה טובה יותר (בן נתן, אנטלי, אדמנקו ועמיתים, 2011). במחקר (Robb, Chen & Haley, 2002) שבדק התייחסות של פסיכולוגים, פסיכיאטרים ותרפיסטים לגבי פרוגנוזות של אנשים צעירים לעומת זקנים, נמצא כי צעירים קיבלו פרוגנוזה טובה יותר לעומת זו שניתנה לזקנים.

כאמור, הסכנה בסטריאוטיפים היא, שהם עלולים להפוך מעמדות לגילויים התנהגותיים, הבאים לידי ביטוי, למשל, בהתעלמות, במתן שמות גנאי, בהתנשאות, באינפנטיליזציה, בזלזול, בייחוס מחלה או כאב לגיל המבוגר ולכן אין מה לעשות, בתפיסה שגיל מבוגר גורם למחלות ושזקנים מתקשים לשמוע ולהבין בגלל גילם (Palmore, 2001).

כאשר גילנות אינה באה לידי ביטוי בהתנהגות מטופלים כלפי זקנים, הגם שהם מחזיקים בעמדות גילניות, עלול הדבר לעורר בהם מצב של דיסוננס קוגניטיבי. זאת, משום שהבעת דעות שליליות וגילויי התנהגות פוגעניים עלולים להעמיד את העובד במצב של חוסר קונפורמיות בארגון ולסכן את המשך עבודתו. מצב כזה של דיסוננס בין הרכיב הרגשי או הקוגניטיבי לבין הרכיב ההתנהגותי עלול לגרום לעובד לחוש לחץ. זאת ועוד, טיפול בזקנים כרוך ברגשות (emotion work) (Morris & Feldman, 1996) ומחייב ביטוי של רגשות רצויים מבחינה ארגונית במהלך יחסי הגומלין עם המטופלים. כאשר הדרישות הרגשיות של הארגון עומדות בסתירה לרגשותיו של המטפל הוא נדרש לדכא רגשות שליליים ולחזק

רגשות חיוביים. לשם כך הוא זקוק למידה רבה של שליטה עצמית וליכולות אישיות, כדי להסתיר רגשות שליליים. מצב זה כרוך בתחושת לחץ ובאמביוולנטיות שעלולות לגרום לשחיקה של העובד (Brotheridge & Grandey, 2002).

3. גורמים הקשורים למאפייני המטופלים

עם העלייה בגיל, האבחון ובעיקר הטיפול בתחלואה כרונית מרובה הופך להיות הרבה יותר מורכב וקשה פיזית ורגשית מהסיבות הבאות:

א. מטופלים חולים יותר ומוגבלים יותר בתפקודם: כל סוגי המטופלים נדרשים לעבודה מורכבת וקשה יותר מבעבר עקב הנטייה הרווחת של בתי חולים לשחרר חולים במהירות האפשרית, כאשר המטופל זקוק עדיין להמשך טיפול. כתוצאה מכך, אחיות בקהילה נדרשות היום לבצע פעולות שלא ביצעו בעבר ומטפלות בית נדרשות לפעולות שאחיות ביצעו בעבר (Glazer, 1993). בנוסף לכך, אחיות נדרשות לספק טיפולים שלא תמיד הוכשרו להם (Karlsson, Ekman & Fagerberg, 2009), כמו טיפול בפצעי לחץ או טיפול בחולים סופניים או מונשמים. הן נדרשות לעמוד גם בעומסי עבודה ובלחצי זמן מבחינת מכסת מטופלים, שגורמים להן לחוסר שביעות רצון מהעבודה (Foner, 1994; Hasson & Arnetz, 2008). סביבת העבודה, הקשורה לטיפול בזקנים, הפכה להיות הרבה יותר קשה ומורכבת, משום שהזקנים הזקוקים לסיוע ועזרה הם יותר מוגבלים, הן פיזית והן קוגניטיבית, וגם חולים יותר במחלות כרוניות, המחייבות מעקב מתמיד. על כל אלה יש להוסיף, כי פעמים רבות, הצוות נדרש להתמודד גם עם בעיות התנהגותיות קשות של המטופלים, יותר מכפי שהיה בעבר (Fielding & Weaver, 1994).

לגבי מטפלי בית, המעבר ממתן עזרה ביתית לשירות, שמטרתו לענות על טווח רחב של צרכים אישיים וטיפוליים, הגביר את הלחץ שבו נמצאים עובדים אלה. מטפלים סמך-מקצועיים בטיפול בית, כמו גם במוסדות, הם אלה הנותנים את הטיפול הישיר לזקנים. לרובם אין הכשרה מוקדמת ומוכרת לעסוק בטיפול בזקנים וזו גם אינה נדרשת כתנאי לקבלה לעבודה. גם לאנשי המקצוע בתחומים השונים אין הכשרה פורמלית בתחום הזיקנה ואין הם נדרשים לזאת כתנאי לטפל בזקנים. למשל, במחלקות פנימיות בבתי חולים רוב המטופלים הם חולים זקנים (ברודסקי, שניור ובאר, 2012), אך רק למעטים מקרב אנשי המקצוע במחלקות אלה יש התמחות בתחום הגריאטרי ולכן חסר להם הידע הדרוש לטפל בצרכים המורכבים והייחודיים של מטופליהם (Stone & Harahan, 2010). חוסר מומחיות או הכשרה בתחום הזיקנה עלולים להיות מקור של לחץ מפני טעויות או מפני מתן טיפול לקוי. ממצאי מחקר (Simons, Bonifas, & Gammonley, 2011) על עובדים סוציאליים בתחום הזיקנה הראו, כי הכשרה חיונית,

כדי לענות על הצרכים המורכבים של המטופלים הזקנים ושל מטפליהם העיקריים וזאת כדי להבטיח את מחויבותם להמשיך ולעסוק בתחום הזיקנה.

ב. בעיות התנהגות של מטופלים: העלייה בתוחלת החיים והגידול באוכלוסיית הזקנים הביאו גם לגידול ניכר במספר הזקנים הלוקים בדמנציות. מחקרים רבים עוסקים בלחץ הנפשי שבו נתונים בני משפחה, המטפלים בחולים עם דמנציה. בלחצים דומים מתנסים גם עובדים המטפלים בזקנים עם דמנציה (Cocco, Gatti, Lima et al., 2003) ומבצעים עבודה קשה ומתישה פיזית ונפשית (Fjelltnun, Hendriksen, Norberg et al., 2009; Morgan, Karen, Semchuk et al., 2002). עיקר הקושי נובע מההתנהגות של המטופלים, שהיא לעתים אגרסיבית, פיזית ומילולית. למשל, במחקר שנערך באנגליה (Stewart, Knight & Johnson, 2008) נמצא, כי למעלה ממחצית החולים בדמנציה גילו התנהגות אגרסיבית פיזית כלפי אחרים, כשליש מהם גילו אגרסיביות מילולית וכ-6% גילו התנהגות מינית, שיצרה אי-נוחות אצל המטפלים. כתוצאה מכך עלולים עובדים לחוש שחיקה ולהגיב להתנהגות אגרסיבית זו באי-היענות לצרכים הפסיכולוגיים והחברתיים של המטופלים (Everitt, Fields, Soumerai et al., 1991; Johnson, Knight & Stewart, 2008). על ידי כך הם יוצרים מעגל קסמים, שבו אי-היענות לצרכיהם עלולה לעורר במטופלים רגזנות ותגובות אגרסיביות נוספות (Brodsky, Draper & Low, 2003), שהעובדים מגיבים עליהן בהגברת השליטה על המטופלים ובאינטראקציה מועטה איתם.

גב' רונן היא דיירת במחלקה לתשושי נפש. את רוב שעות היום היא מעבירה בהליכה הלון וחזור בין החדרים ובפרוודור. מדי פעם היא נוהגת להתיישב ליד דיירים בחדר האוכל או בפרוודור ולגעת באיבריהם האינטימיים. באחד הימים, בשעות אחר הצהריים, המטפל במחלקה התבקש על ידי אשתו של אחד הדיירים (שהייתה נסערת מאוד לאחר שהייתה עדה להתנהגות הדיירת) למנוע מאותה דיירת לגעת באיבר מינו של בעלה. המטפל פנה אל גב' רונן ואמר לה, שלא יפה להתנהג כך וניסה לקחתה ביד ולהעבירה למקום אחר. תגובתה של גב' רונן הייתה סטירת לחי מצלצלת, מלווה בקללות ובניבולי פה כלפי העובד וניסיונות להיחלץ מאחיזתו. העובד עמד חסר אונים מולה....

במחקר (Evers, Tomic & Brouwers, 2002) שנערך במוסדות לזקנים בהולנד, נמצא, כי עייפות נפשית הייתה קשורה עם אגרסיביות פיזית ופסיכולוגית ודה-פרסונליזציה הייתה קשורה עם אגרסיביות פסיכולוגית כלפי העובדים מצד הדיירים. במחקר אחר (Benjamin & Spector, 1990) נמצא, כי במוסדות לטיפול ממושך, בעיות התנהגות של מטופלים היו

גורם לחץ קשה יותר, בהשוואה לגורמים ארגוניים. הטיפול בתשושי נפש על ידי מטפלים זרים נמצא כגורם לחץ ומניע עיקרי גם לכוונה לעזוב את עבודתם (Ayalon, 2009b). לעומת זאת, במחקרים אחרים (Chappell & Novak, 1992; 1994) נמצא, כי אופי העבודה, יותר מאשר תכונות המטופלים, תרמו לתחושת עומס ולחץ בקרב צוותים סיעודיים ואילו בקרב המטפלות, בעיות התנהגות של המטופלים פגעו ברווחתן הבריאותית. לכן התנהגות אגרסיבית של מטופלים עלולה לגרום לשחיקה של מטפלים ולהיעדרויות מעבודה (Miller, Reesor, McCarrey et al., 1995).

ג. התמודדות עם מוות של מטופלים: מטפלים מכל קשת המקצועות והעיסוקים בתחום הזיקנה נפגשים, לעתים קרובות, עם מצבים סופניים ומוות של מטופלים, שאותם הכירו וטיפלו בהם לאורך זמן, יצרו איתם קשרים ואף התקשרו אליהם רגשית. בשנים האחרונות, יותר ויותר מושם דגש על טיפול תמיכתי בסוף החיים במסגרות טיפול שונות, החל מטיפול תומך בבית וכלה במוסדות סיעודיים או אשפוזיים. הטיפול בזקנים, מעצם טבעו, כרוך בהתמודדות מתמדת עם תהליכי גסיסה ומוות ועם השתתפות בצער ובאבל של בני משפחותיהם. מאחר שהטיפול בזקנים מחייב גם השקעה רגשית, החשיפה והמפגש התכוף עם מות מטופלים, בעיקר במוסדות סיעודיים, עלולים להיות מקור של לחץ, צער, מצוקה ושחיקה לעובדים. היעדר תמיכה חברתית מצד עמיתים בעבודה עלול לגרום לחוסר יכולת להתמודד עם סוגיות רגשיות אלו, לעורר פחדים, חרדות, דיכאון, לכרסם בשביעות רצונם של העובדים מהעבודה ולגרום לשחיקה ולחוסר רגישות, כמנגנון הגנה בפני התמודדות מתמדת עם חידלון. במחקר שנערך באוסטרליה (Lobb, Oldham, Vojkovic et al., 2010) נמצא, כי רוב האחיות, שעבדו בטיפול פליאטיבי בקהילה, היו זקוקות לתמיכה במקום העבודה כדי להתמודד עם הצער על מות מטופלים שלהן. אחיות שנעזרו בתמיכה ובתדרוך מצד עמיתותיהן לעבודה לא גילו השפעות שליליות בעקבות מות המטופלים שלהן, כפי שגילו אחיות שלא קיבלו תמיכה.

מר בראון היה זקן בן 83, שטופל על ידי מטפלת במשך שש שנים ברציפות. הוא גר לבד ושלוש ילדיו נהגו לבקר מספר פעמים בשבוע. בין הזקן למטפלת שלו נרקמו יחסי ידידות והיא ראתה בו דמות של אב והייתה משוחחת עמו על בעיותיה האישיות. הוא היה לה לאוזן קשבת וגם ייעץ לה עצות שונות. המטפלת כל כך נקשרה אליו, שהייתה נוהגת "לקפוץ" לבקר אותו גם מחוץ לשעות העבודה ולהתקשר אליו בשעות הערב, כדי לדרוש בשלומו. מדי פעם היא גם נהגה להביא לו תבשילים שהכינה בכיתה והוא היה מתמוגג מכך. בחורף חלה מר בראון בשפעת וכתוצאה מכך התפתחה אצלו דלקת ריאות חריפה. הוא אושפז בבית חולים ולאחר

מספר ימים נפטר. במהלך אשפוזו נהגה המטפלת להגיע אליו מדי יום אחרי שעות העבודה ולסעוד אותו. דבר מותו התקבל אצלה בצורה מאוד קשה. לאחר מותו הודיעה לחברת הסיעוד, שבה עבדה, כי היא מפסיקה לעבוד, מאחר שאין לה כוח להתחיל להתקשר שוב עם זקן חדש ושוב להתנסות במותו.

מכל האמור לעיל עולה, כי הטיפול בזקנים עלול להיות גורם לחץ נפשי (Baillon, 2007; Scothern, Neville et al., 2006; Josefsson, Sonde, Winblad et al., 2007), בעיקר כאשר הצוות נמצא בלחץ של זמן וחסר הכשרה, כדי לטפל בצרכים הקוגניטיביים והרגשיים של המטופלים שלהם מחד גיסא, ועם הצורך להתמודד באופן מתמיד עם בעיות מורכבות של התנהגות ועם מות מטופלים, מאידך גיסא. רמות גבוהות של לחץ וחסר הכשרה עלולים לעורר עמדות שליליות כלפי המטופלים (Brodsky, Draper & Low, 2003), המתבטאות בגילנות ובאפליה במתן טיפול.

4. גורמים הקשורים למאפייני הצוותים המטפלים

קיימים מאפיינים שונים הקשורים לעובדים, העלולים ליצור לחץ בעבודה, ביניהם גורמים הקשורים לתכונות האישיות של העובדים וגורמים הקשורים למיעוט ההכשרה והכלים שהעובדים קיבלו טרם כניסתם לעבודה. בעניין זה נתייחס לשלושה נושאים משמעותיים: א. הקושי לאזן בין דרישות המשפחה לבין דרישות העבודה: רבות נכתב על הצורך של עובדים לגשר בין מחויבויות למקום העבודה לבין מחויבויות למשפחה. הדבר אמור בעיקר לגבי נשים, אשר מהוות את רוב העובדים בתחום השירותים לטיפול בזקנים והן גם אלה אשר אמונות על מתן טיפול לבני משפחה. סקר (Galinsky & Bond, 1998) שנערך בארצות הברית הצביע על כך, כי 46% מהעובדים היו הורים לילדים קטנים ו-20% היו אחראים גם לטיפול בילדים וגם לטיפול בהורים זקנים. נתוני מחקרים מאוחרים יותר (Pierret, 2006) מציינים, כי 9% מקרב הנשים העובדות בגילאים 45-56 מספקות טיפול הן לילדים והן להורים זקנים. ריבוי המשימות ודרישות תפקיד סותרות עלולים לגרום לדיכאון, להיעדרויות מרובות מהעבודה (Hammer & Neal, 2008) ולחוסר שביעות רצון (Adams, 1996; King & King). אי-התייחסות לקונפליקט תפקידי זה ואי-נכונות מצד מקום העבודה לגשר בין הדרישות השונות, עלול לגרום ללחץ ולשחיקה (Hansen, Sverke & Naswall, 2009), לפגוע ברקמת חיי המשפחה ואף לערער חיי נישואין (Mauno & Kinnunen, 1999).

רותי היא פיזיותרפיסטית, העובדת במשרה מלאה במחלקה לשיקום גריאטרי. היא אם לילדה בת חמש ולילד בן שנתיים. בעלה איש היי-טק, הנעדר שעות רבות

מהבית. בהגיע השעה שלוש וחצי היא ממחרת להוציא את ילדיה מהמעון, שבו הם נמצאים עד השעה ארבע אחר הצהריים. מסיבה זו קשה לה להישאר יותר מאוחר בעבודה, כדי להיפגש עם בני משפחה ולהדריכם לתרגל עם הזקן תרגילים שונים. לעתים קרובות היא נעדרת מהעבודה בגלל מחלה של אחד הילדים. רותי מרגישה רגשות אשם שאינה מבצעת את עבודתה כראוי וכפי שהייתה רוצה.

ב. בעיות אישיות של העובדים: יש מצבים, שבהם מצוקה משפחתית או אישית של העובדים גולשת לתוך מערכת העבודה. במחקר (Krouse & Afifi, 2007) שכלל נשים ממגוון של ארגונים העוסקים בטיפול באנשים, כולל בתי חולים ובתי אבות, נבדקו סוגי לחצים משפחתיים, שהעובדות הביאו עמן לעבודה ואלה כללו: התמודדות עם בעיות שונות של ילדים בקבוצות גיל שונות, כמו: מחלה של ילדים קטנים, הסעת ילדים לפעילויות שונות, בעיות התבגרות סביב קיום יחסי מין, שימוש סמים, עצמאות או בעיות התנהגות של אחד הילדים, משברים משפחתיים, כמו: מחלה או נכות של בן משפחה (למשל, ילד מפגר או אוטיסט, בן משפחה שעבר תאונה), פיטורים מעבודה של בן זוג, גירושין, התאלמנות, מות בן משפחה. אנשים מתמודדים עם לחצים משפחתיים באמצעות ביטוי קשיים אלה בעבודה ובאינטראקציות עם עמיתיהם. מבחינה זו, מקום העבודה עשוי לשמש מעין מפלט ולהשכיח לשעות אחרות את הלחצים האישיים, כמו גם לסייע לעובדים להתמודד עמם באמצעות אינטראקציה עם עמיתים בעבודה והטיפול באחרים.

גב' אלוני היא אישה מוכה. בעלה מובטל מזה שנה ואינו מצליח להשתלב במעגל העבודה. עוד לפני שהפך להיות מובטל פוטר ממספר מקומות עבודה בגלל התנהגות אלימה כלפי עובדים אחרים. מאז שהוא מובטל, היא המפרנסת העיקרית. את משכורתה היא צריכה להעביר לידיו והוא נותן לה סכומי כסף לקניות לבית. לגב' אלוני חמישה ילדים בגילאים שמונה עד 15. היא ביקשה לעבוד בעיקר בלילות, כדי שמשכורתה תהיה גבוהה יותר. הדבר עורר אצל בעלה חשדות שהיא בוגדת בו והאלימות כלפיה גברה. מדי פעם, היא הגיעה לעבודה באיחור ופעמים אחדות לא הגיעה כלל וזאת משום שאחד הילדים לא הרגיש טוב או כי לא הספיקה לסיים את עבודת הבית. היא נקראה לממונים עליה שהודיעו לה, שאם תמשיך לאחר לעבודה או להיעדר ישקלו את פיטוריה.

יש לציין, כי רבים מהמטפלים, הן במסגרות ביתיות והן במסגרות מוסדיות, הן נשים קשות-יום, הנמנות על השכבות הסוציו-אקונומיות החלשות בחברה והמתמודדות עם בעיות

אישיות, כלכליות ומשפחתיות קשות. בהקשר זה, יש להזכיר גם את הקשיים הפסיכולוגיים שעמם מתמודדים מטפלים זרים הגרים עם הזקן, נמצאים רחוק ממשפחותיהם, בעיקר מילדיהם, וללא רשת תמיכה טבעית או תמיכה במקום העבודה. בחלק מהמקרים הללו, תסכולי המטפלים עלולים להיות מופנים כלפי הזקנים באמצעות התעמרות, התעללות או הזנחה. אחת הדרכים לסייע, בעיקר לעובדות אלו, להתמודד עם לחצים, היא מתן תמיכה חברתית במקום העבודה ותמיכה מצד המעסיקים, אשר במקרה של מטפלים זרים הם בני המשפחה של המטופלים.

ג. **היחסים בין העובדים:** בין העובדים עלולים להתגלע עימותים, כאשר גורמים ארגוניים בסביבת העבודה וגורמים אישיים עשויים לתרום להם (Chappell & di Martino, 1998). למשל, מאבקי כוח על שליטה, קונפליקטים על תחומי סמכות וגבולות תפקיד לא ברורים בין אנשי מקצוע מדיסיפלינות שונות, כמו בין רופאים ואחיות או עובדים סוציאליים ואחיות. בנוסף לכך, לעתים שונות תרבותית ואתנית בין עובדים באותו מקום עבודה, עלולה ליצור קונפליקטים בין העובדים, עד כדי גלישה להתעמרות או לאלימות. אלימות בעבודה עלולה לנבוע גם מלחצים שבהם העובדים נתונים. שליטה מוגבלת בעבודה לעומת אחריות רבה כלפי אנשים אחרים, אפשרויות מוגבלות לתעסוקה חלופית, כמו לגבי מטפלים/כוחות עזר, נמצאו מנבאים הקשורים לאלימות, אם כי לרוב מתלווים לה גם גורמים אישיים אחרים, כמו שימוש באלכוהול או בסמים או הפרעות אישיות.

רוחמה היא אחות אחראית במחלקה סיעודית. לאור חיכוכים וסכסוכים שהיו בין המטפלים במחלקה, הציעה העובדת הסוציאלית לקיים סדנת תקשורת לצוות, על מנת לשפר את מערכת היחסים ביניהם. האחות רוחמה התנגדה לכך בתוקף בטענה, כי הצוות הסיעודי כפוף אליה ואין היא מוכנה שיהיה גורם אחר שייתן הדרכה לצוות שלה. העובדת הסוציאלית פנתה למנהלת שירותי הסיעוד וסיפרה לה על יוזמתה, שנתקלה בחוסר היענות של האחות האחראית במחלקה. להפתעתה, מנהלת שירותי הסיעוד נתנה גיבוי מלא לאחות האחראית.

4. גורמים הקשורים ליחסים שבין המטפלים למטופלים

מספר גורמים, הקשורים למערכת היחסים שבין המטפלים לבין המטופלים ובני משפחותיהם, עלולים להיות מקור של לחץ ושחיקה למטפלים:

א. **יחסי הגומלין המתפתחים בין המטפלים למטופלים:** חוקרים שונים (למשל, Schaufeli, 2006) נעזרו בתיאוריית החליפין כדי להבין כיצד יחסי גומלין אלה תורמים או בולמים שחיקה בעבודה. על פי תפיסה זו, היעדר יחסי גומלין או יחסי גומלין בלתי מאוזנים

בין המטפלים למטופלים גורמים לאנשי מקצוע לחוש שחיקה נפשית, המביאה להתפתחות עמדות שליליות כלפי המטופלים. כתוצאה מכך עלולה להתרחש גם פגיעה במטופלים באמצעות הזנחה או טיפול לקוי (Rose, Madurai, Thomas et al., 2010), בעיקר כאשר המטופלים חולים בדמנציה (Duffy, Oyebode & Allen, 2009). שחיקה זו עלולה להביא לתחלופה בעובדים, לפגוע ברצף וביציבות הטיפול ולעורר תגובות רגשיות שליליות אצל מטופלים, עקב הצורך להתרגל כל פעם מחדש למטפלים חדשים.

על פי רוב, מטפלים אינם מקבלים הדרכה כיצד לבנות את מערכת היחסים שלהם עם מטופליהם הזקנים. דבר זה מקשה בעיקר על מטפלים הנמצאים בקשר יום-יומי עם המטופלים. הלחצים שאליהם נתונים העובדים, המטפלים בגופם של הזקנים ובהיבטים הכי אינטימיים שלהם, על בסיס מתמשך, והיעדר ידע והבנה כיצד להתמודד עם בעיות שונות הכרוכות בטיפול בזקנים, כל אלה עלולים לגלוש להתעמרות, לפגיעה בזקנים ולהתנהגות אגרסיבית מצד המטופלים. למשל, במחקר אחד (Pillemer & Bachman-Prehn, 1991) דווח, כי יותר מ-10% מהמטפלים ביצעו בשנה האחרונה, לפחות פעם אחת, פגיעה פיזית במטופלים ו-40% דווחו, כי ביצעו לפחות פעולה אחת של פגיעה פסיכולוגית במטופליהם. מספר מחקרים מציינים, כי תוקפנות של דיירים במוסדות לטיפול ממושך כלפי המטפלים היא תוצאה של התנהגות פוגענית מצד המטפלים כלפי הדיירים וכך נוצר, למעשה, מעגל קסמים. במחקר אחר (Meddaugh, 1993) נמצא, כי דיירים שהיו מאוד מבולבלים ואגרסיביים קיבלו יחס שלילי במיוחד מהמטפלים, כמו: שלילת אפשרות בחירה אישית לגבי רחצה, לבוש וארוחות. הם היו יותר מבודדים, הושארו לבד תקופות ארוכות וכונו "אנשים רעים", וזאת מבלי לנסות לברר מדוע הם מתנהגים באגרסיביות. לכן, הבנת הסיבות להתנהגות אגרסיבית של המטופלים עשויה לתרום גם לצמצום ההתעמרות בהם. לצד הסיפוק האישי מעבודה כמטפלים בזקנים, העובדים מפקים גם סיפוק מיחסייהם עם מטופליהם. למשל, איכות היחסים הנרקמים בין המטפלים למטופליהם נחשבת כאחד ההיבטים החשובים של טיפול בבית, לפעמים אפילו יותר מהמשימות הביצועיות שהעובדים מבצעים (Aronson & Neysmith, 1996). אולם, דווקא היחסים שהעובדים מפתחים עם מטופליהם עלולים להיות בעייתיים עבורם וליצור בעיה של גבולות (Brink, 1989), שעלולה לגלוש למצבים של ניצול והתעמרות של צד אחד את משנהו. דבר זה זכה להתייחסות מיוחדת בהקשר של מטפלים זרים הגרים עם הזקן (Ayalon, 2009a; 2009b). זקנים אלה עלולים לגרום לעובד לתחושת לחץ, לאי-בהירות תפקידית, לחוסר ודאות לגבי המשימות שעליו לבצע, בעיקר מה עליו לא לבצע, ולתחושת שחיקה, שסופה איכות טיפול ירודה או עזיבת העובד. בנוסף לכך, עלול להיווצר מצב של קונפליקט תפקידי ולו בשל העובדה, כי ביתו של הזקן הוא גם מקום עבודתו של המטפל וציפיות המטפל והמטופל עלולות להתנגש.

ב. יחסים עם בני משפחות המטופלים: גם לטיב מערכות היחסים המתפתחת בין המטפלים הפורמליים לבלתי פורמליים עשויות להיות השלכות לגבי שביעות רצון העובד מעבודתו או שחיקתו, מחד גיסא, ועל איכות הטיפול בזקן, מאידך גיסא. קיימת ספרות רבה הדנה במעורבות המשפחות ובחלוקת תפקידים בין הצוות המטפל הפורמלי לבין בני המשפחה. ספרות מקצועית זו מתייחסת למעורבות משפחות בטיפול, החל מטיפול בית בקהילה, בעת אשפוז בבית חולים וכלה במסגרות מוסדיות לטיפול ממושך. ככלל, בני המשפחה ממשיכים להיות מעורבים בטיפול בזקן גם כאשר יש בבית מטפל זר (Iecovich, 2010) וגם כאשר הזקן מאושפז בבית חולים (Laitinen, 1992; 1994) או כשהוא נמצא במוסד לטיפול ממושך (Dupuis & Norris, 2001).

תיאוריית ה"תפקוד המשותף והתיאום המאוזן" (Litwak, 1985; Litwak & Messeri, 1989) גורסת, שקיימות שתי מערכות תמיכה – פורמלית ובלתי פורמלית, הנבדלות אחת מהשנייה במבנה, באמצעים ובמאפייני המשימות שעליהן לבצע. המערכת הפורמלית, המוסדית, מתמחה בביצוע משימות אחידות (uniform), טכניות ושגרתיות, משימות צפויות בדרך כלל, המצריכות ידע ומומחיות מקצועית. לעומת זאת, מערכת התמיכה הבלתי פורמלית, קרי המשפחה, שהיא הבסיס לתמיכה חברתית, המומחיות שלה היא בביצוע משימות ייחודיות (ununiform), רגשיות-חברתיות, בלתי שגרתיות ולא טכניות. רוב המצבים והמטרות בחיים משלבים בתוכם את שני הסוגים, כך שלמרות המבנים המנוגדים של שתי מערכות תמיכה אלו, מתקיימת ביניהן תלות הדדית למתן מענה למכלול הצרכים של האדם ולהשגת מטרותיו.

הספרות המקצועית דנה בתפקידים שהמשפחה ממלאה במהלך הביקורים אצל הזקן בעת אשפוזו בבית חולים. למשל, מחקר שנערך בפיןלנד (Laitinen, 1992; 1994) מצא, כי המשפחה סייעה בעיקר במתן תמיכה רגשית וביצועית בפעולות היום-יומיות. בארצות הברית (Sharp, 1990) למעלה ממחצית האחיות בבתי חולים ערבו את בני המשפחה בטיפול בזקן, בפעולות יום-יומיות של סיוע, כמו: האכלה, רחצה, לבישה וטיפול בהפרשות. כמו כן, האחיות ראו בחיוב את מעורבות המשפחות ועודדו אותן לעשות כן, בעוד שבני משפחה לא רצו במעורבות רבה יותר. מחקרים אחרים (Halm & Titler, 1990; Sapountzi-Krepia, Raftopoulos, Psychogiou et al., 2008) מצאו, כי המשימות העיקריות שבני משפחה ביצעו היו: מתן תמיכה רגשית, סיוע בפעולות היום-יום, חברה לזקן, סידורים שונים עבור החולה, כמו קניות, והשתתפות בטיפולים אחרים, בהתאם להנחיית הצוות הסיעודי (כולל שאיבת נוזלים), בעוד שהצוות הסיעודי יכול היה להתמקד בפעילויות הדורשות שימוש בטכנולוגיות גבוהות (Lee & Suh, 1994). מחקר איכותני (Li, Stewart, Imle et al., 2000), שבדק את הפעולות שבני המשפחה של הזקן מבצעים בעת האשפוז, מצא: (1) מתן טיפול

למטופלים: להיות זמין, להעניק תמיכה רגשית, לבצע פעולות שגרתיות שבני משפחה עושים בבית חולים, לסייע במעבר מהבית לבית החולים ולשים לב לטיפול האישי בחולה; (2) עבודה משותפת עם הצוות הרפואי: החלפת מידע, שיתוף פעולה עם הצוות במתן טיפול אישי (כמו: מתן תרופות, שינוי תנוחות), השתתפות בהכנת תכניות לטיפול ולניטור, שנועדו להבטיח, שהצוות הרפואי נותן מענה לצורכי החולה. יש משפחות שהיו רוצות להיות מעורבות יותר בטיפול, אך הדבר נמנע מהן בשל עמדת הצוות הסיעודי, כשם שיש צוותים סיעודיים שהיו רוצים במעורבות רבה יותר של המשפחות, אך הן פחות מעוניינות בכך. במחקר הערכה שנוערך בפינלנד (Laitinen-Jukkari, Merilainen & Sinkkonen, 2001) על תכנית שנועדה לעודד מעורבות משפחות, נמצא, כי במוסדות לטיפול ממושך מעורבות בני המשפחה בפעילויות יום-יומיות הייתה מוגבלת והתמקדה בעיקר במתן תמיכה רגשית, קימה מהמיטה, הושבה והשקיה. לאחר הפעלת התכנית, גדלה המעורבות של המשפחה בטיפול, הן מבחינת סוג הפעולות שניתנו והן מבחינת תדירותן. עוד נמצא, כי חומרת המחלה והחרדה הנלווית לכך, כמו גם משך השהייה באשפוז, קשורים למידת מעורבותה של המשפחה בטיפול. משך השהייה במחלקה יכול להשפיע על מידת ההיכרות הנוצרת בין המשפחות לצוות הסיעודי, על התקשורת ביניהם ועל מידת המעורבות של המשפחות בטיפול, מאחר שהן יודעות מה מותר ומה אסור להן לעשות.

גם בהקשר המוסדי משפחות ממשיכות למלא תפקידים פעילים ומגוונים בדאגה ובטיפול בזקן, בפיקוח על מילוי צרכיו ובמתן תמיכה רגשית וחברתית. אולם, מידת המעורבות שונה בהתאם למאפיינים השונים של הזקן, של המטפל העיקרי, של מערכת היחסים ביניהם (Dupuis & Norris, 2001; Gaugler, 2005) ושל סוג המסגרת, שבה שווה הזקן (Port, Zimmerman, Williams et al., 2005). למשל, דרויס ונולן (Davies & Nolan, 2006) בדקו תפקידים שבני משפחה סברו שעליהם למלא במסגרת מוסדית וזיהו כמה תפקידים עיקריים: שמירת ההמשכיות, שכללה סיוע לזקן לשמור על זהותו באמצעות קשרים עם בני המשפחה וסיוע לצוות להכיר את הדייר כפרט; "שימת עין" על ידי פיקוח על הטיפול שהזקן מקבל; מתן משוב לצוות ומתן סיוע בתחומים שבהם אין מענה לצרכים; קידום ההמשכיות על ידי אינטראקציה עם דיירים אחרים, עם הצוות ובני משפחה אחרים ונטילת חלק באירועים חברתיים אשר מקשרים עם העולם החיצון. אולם, דווקא מתוך מעורבות זו עלולים, לעתים, לצמוח מתחים וקונפליקטים בין בני משפחה של מטופלים לבין אנשי צוות מטפלים (Iecovich, 2000). הגורמים לקונפליקטים אלה הם: שונות תרבותית, אי-בהירות תפקידית, אי-תאום ציפיות, רגשות שליליים (כמו אשם ובושה) של המשפחה עקב ההשמה המוסדית, אי-שביעות רצון מאיכות הטיפול, התנהגות מתנשאת של הצוות, העברה (transference) שלילית, ועוד. למשל, במחקרם של שוורץ ווגל (Schwarz & Vogel,

1990) נמצא, כי היו תחומים שבהם הייתה אי-הלימה בין תפיסות הצוות והמשפחות לגבי ציפיות התפקיד של המשפחות. במקרים של קונפליקט חריף, הדבר עלול לגלוש לאלימות מילולית עד פיזית מצד בני משפחה כלפי אנשי צוות. זאת ועוד, הצוות עלול להרגיש מאוים ומוטרד בשל ביקורת מתמדת על דרך תפקודו ודרישות שונות שבני המשפחה מעלים לגבי הטיפול במטופל. אלה עלולים ליצור אצל הצוות רגשות שליליים כלפי בני המשפחה ולפעמים גם כלפי המטופל, לצד תסכול ושחיקה אצל המטפלים עצמם. במחקר נוסף (Abrahamson, Suitor & Pillemer, 2009) נבדק הקשר שבין קונפליקטים בין אנשי צוות סיעודי (אחיות ומטפלות) ומשפחות המטופלים לבין שחיקה וסיפוק מהעבודה. הממצאים הראו, כי קונפליקטים הגבירו את שחיקת הצוות וצמצמו את תחושת הסיפוק. קונפליקטים עלו כאשר לצוות לא היה מספיק זמן לבצע משימות נדרשות וקונפליקטים הצטמצמו כאשר הצוות ובני משפחה תפסו בצורה דומה את הציפיות מהצוות. גם בהקשר של טיפול בית, עלולים להתפתח קונפליקטים בין המטפלים לבין בני משפחה סביב הגדרת תפקידים והמשימות שהמשפחה מצפה ממטפל הבית לבצע (Iecovich, 2010). בהקשר של מטפלים זרים, הגרים עם הזקן ונמצאים אתו רוב שעות היממה, עלולים יחסים אלה לגלוש לניצול, שבא לידי ביטוי בדרישות לבצע משימות רבות וקשות והתעמרות או הטרדה מינית של המטפלת על ידי בני המשפחה של הזקן. אלה עלולים להניע את המטפלת לנטוש את הזקן, לעתים גם ללא הודעה מוקדמת ולהותירו ללא טיפול.

אליסה היא מטפלת זרה מהפיליפינים, המטפלת באישה זקנה, בת 85, שגרה לבד בבית צמוד קרקע. לאישה הזקנה בת, הגרה סמוך לבית אמה ונוהגת לבקר את האם מדי יום. מאחר שהאישה הזקנה מסוגלת לטפל בעצמה, למעט עזרה ברחיצה ובניידות, אין הטיפול בה כרוך באינטנסיביות רבה. לכן, הבת ביקשה מהמטפלת, כי תטפל גם בגינה שבבית אמה ופעם בשבוע תבוא לנקות גם את ביתה שלה. המטפלת התנגדה בטענה, כי היא באה לטפל בזקן ולא לעשות דברים אחרים. תגובת הבת הייתה אי-תשלום משכורתה של המטפלת במועד וטענות כלפיה על חוסר שביעות רצון מתפקודה, כולל איום בפטוריה. המטפלת, שנמצאת כבר בארץ ארבע וחצי שנים, חששה לעזוב את מקום עבודתה הנוכחי, מאחר שלפי החוק לא תוכל לקבל מטופל חדש ויהיה עליה לשוב לארצה. בלית ברירה החלה לבצע את העבודות שהבת דרשה. אולם, מאותו יום יחסה לזקנה השתנה והיא התנהגה כלפיה בקרירות, לא נענתה לקריאותיה בלילות לסייע לה כאשר ביקשה ללכת לשירותים ואף הרימה את קולה על הזקנה, כאשר היא ביקשה ממנה לעשות עבודה פעולות שונות.

לסיכום, מטפלים בזקנים, בכל קשת המקצועות והעיסוקים ובכל מסגרות הטיפול, נתקלים בקשיים ובלחצים שונים ומגוונים, העלולים לפגוע ברווחתם, להביא לשחיקתם ועל ידי כך לפגוע באיכות הטיפול בזקנים. כדי לאפשר לעובדים להתמודד ביעילות עם לחצים אלה הם זקוקים לתמיכה חברתית במקום העבודה. הסעיף הבא ידון באסטרטגיות לתמיכה במטפלים.

אסטרטגיות לתמיכה במטפלים

כאמור, סביבת עבודה תומכת עשויה לסייע בבלימת גורמי לחץ תעסוקתיים וארגוניים שונים. מהי, אם כן, סביבת עבודה תומכת? זוהי סביבה המושכת אליה עובדים, מעודדת אותם להישאר ומאפשרת להם לבצע את תפקידיהם בצורה יעילה, תוך שימוש בידע, במיומנויות וביכולות שלהם על מנת לספק שירות באיכות טובה (Wisko, Albrecht & de Pietro, 2010). כדי ליצור סביבת עבודה תומכת יש לפעול במספר רמות בתוך הארגון: הרמה הכלל-ארגונית, רמת הצוות המקומי-מחלקתי ורמת הפרט.

קיימות גישות שונות לתמיכה במטפלים: גישה אחת היא להתמקד בהתערבויות ברמת הפרט והקבוצה, כדי לשפר את יכולותיהם של המטפלים להתמודד עם לחץ. המטרה היא ללמד את המטפלים להתמודד עם דרישות העבודה באמצעות סדנאות להתמודדות עם לחץ נפשי או תכניות לטיפוח היכולות שלהם. גישה אחרת גורסת, שיש להתמקד בהתערבות ברמת הארגון, שהוא דבר הרבה יותר מורכב ודורש מחויבות של הנהלת הארגון. התערבות כזו מתמקדת בשינוי תנאי העבודה, הפוגעים בעובד. התערבות ברמת העובד בלבד עלולה להיות בלתי מספקת, אם מקור הלחץ טמון בסביבת העבודה (Burke, 1993). אולם כדי להתמודד ביעילות עם הלחצים השונים, שבהם מתנסים עובדים, יש לשלב בין הגישות. לכן, כדי למנוע שחיקה יש לפעול הן ברמה הארגונית והן ברמה האישית. לשם כך צריך להכיר את העימותים שהמטפלים צריכים להתמודד עמם, כדי לסייע להם לווסת את רגשותיהם ולפתור את הבעיות העולות במקום עבודתם והמגבירות את לחציהם (Iordanou, Koutavas, Koulterakis et al., 2009). אסטרטגיות להתמודדות עם שחיקה כוללות אימון (coaching) להקלת תחושת לחץ, ניהול זמן, אסרטיביות ומיומנויות חברתיות ובין-אישיות, בעיקר בניית צוות ואימון לעבודה בצוות. שיפור איכות היחסים והתקשורת עם עמיתים לעבודה עשויה אף היא להגן בפני שחיקה. למשל, ישיבות צוות רב-מקצועיות או ישיבות צוות מחלקתיות עשויות לשמש כמה לליבון בעיות ולפתרון, להצפת נושאים מעיקים ולמתן

לגיטימציה לדבר עליהם. גם מתן משובים על העבודה חשוב כדי ליצור תחושת ביחד ותחושת קהילה בקרב המטפלים (Embriaco, Papazian, Kentish-Barnes et al., 2007). מאחר שקיימת שונות רבה בסביבות העבודה של מסגרות לטיפול בזקנים, יש לפתח תכניות תמיכה מתאימות לפי המאפיינים של כל מסגרת. עם זאת, קיימים מכנים משותפים בין תכניות שונות ויש להתייחס לכך בבניית תכנית התמיכה.

סוגיה נוספת בעניין זה קשורה לדרך העברת ההדרכה. למשל, במחקר (Menne, Ejaz, 2007) שנערך בשלושה סוגים של מסגרות טיפול בזקנים: טיפול בית, דיור תומך ומוסדות סיעודיים, נשאלו העובדים איזה סוג של הדרכה מועילה להם יותר. העובדים בכל המסגרות ציינו את חשיבות המאמן האישי (mentor), המלווה אותם בעבודה ואת חשיבות העבודה המעשית (hands on). בין הנושאים שנחשבו חשובים ללימודי המשך, העובדים ציינו: התמודדות עם לחץ בעבודה, טיפול בזקנים עם דמנציה ומחלות נפש, תקשורת עם דיירים ועם בני משפחותיהם, עבודת צוות, טיפול בזקנים בסוף החיים והתמודדות עם אבל וצער. העובדים ציינו, כי הם מעדיפים הדרכה אינטראקטיבית (כמו משחקי תפקידים ודיונים בקבוצה) ורק העובדים בטיפול בית העדיפו חומר כתוב לקריאה. כולם העדיפו מפגשים קצרים, אך תכופים, כאשר לימוד באמצעות מחשב היה פחות מועדף. רוב העובדים העדיפו שהלימודים יתקיימו במקום העבודה.

תיאוריית הלחץ עשויה להיות מסגרת התייחסות מתאימה להתערבויות במקום העבודה, מאחר שלחץ הוא תוצאה של היחסים בין העובד ולמקום העבודה. להפחתת הלחץ יש להקצות משאבים לקידום בריאותם, רוחותם והעצמתם של העובדים, באמצעות מתן שליטה רבה יותר בעבודה, תמיכה חברתית ולמידה מתמשכת (Levi, 2001). להלן נתייחס להתערבויות בשלוש רמות: רמת הארגון, רמת הצוות ורמת הפרט.

1. התערבות ברמת הארגון

התערבות ברמה הארגונית משמעותה פיתוח תרבות ארגונית, המשרתת אופן בעובדים ותמיכה בהם באמצעות הענקת אוטונומיה רבה יותר בעבודתם, גיוון ויכולת השפעה במקדי קבלת החלטות, כמו גם תמיכה והערכה מצד הממונים. כל אלה עשויים לשפר את שביעות רצון העובדים ממקום עבודתם ולהביא לצמצום היעדרויות ותחלופה, להקטנת השחיקה ולשיפור איכות הטיפול. לשם כך נדרשת מחויבות של הנהלת הארגון לשינוי תרבותי, הכוללת גם תמיכה חברתית מצד הממונים ומצד העמיתים לעבודה (Noblet, 2003). זאת ועוד, בהתחשב בעובדה, כי רוב העובדים בשירותים לטיפול בזקנים הן נשים, הנדרשות הרבה פעמים לתמרן בין מחויבויות למשפחה ולמקום העבודה, יצירת סביבת עבודה ידידותית למשפחה (family friendly), אשר באה לידי ביטוי בנהלים, במדיניות ובתרבות

הארגונית, המתחשבת בלחצים של העובדים, עשויה לצמצם שחיקה ולחזק את הסיפוק מהעבודה. סביבת עבודה ידידותית למשפחה משמעותה, שיש לעובד אפשרות לעבוד בשעות עבודה גמישות, פחות שעות ולהיעדר בגין בן משפחה חולה. בארגון שבו קיימת תרבות ידידותית כזו, העובדים מרגישים יותר פתוחים לשתף עמיתים וממונים בבעיות ובלחצים האישיים שלהם ומקבלים, בדרך כלל, תמיכה חברתית. אלה עשויים לשפר את תפקודם בשתי המערכות. מערכת ארגונית, שאיננה ידידותית למשפחה, יכולה לפגוע בתפוקה של הארגון ובאיכות הטיפול הניתן למטופלים.

סוגיה נוספת, ייחודית לתחום הזיקנה, היא תרבות ארגונית התומכת בהתמודדות עם צער על מות מטופלים, המכירה בצרכים הרגשיים של העובדים והמעוררת פעילויות, שמטרתן פיתוח תמיכה מצד עמיתים לעבודה בעקבות מות מטופל.

דוגמאות לשינוי תרבותי-ארגוני ניתן לראות במספר מודלים שפותחו בעשורים האחרונים:

א. בתחום האשפוזי: פותח מודל ה-Magnet Hospital. זהו סטטוס הניתן לבית חולים על ידי ארגון האחיות האמריקני ומטרתו לבדוק את איכות העבודה של הצוות הסיעודי במקום. בבתי חולים כאלה מאפשרים לאחיות להביא לידי ביטוי מרבי את הידע והניסיון שצברו, על מנת ליצור תוצאות טובות יותר הן עבור המטופלים והן עבור המטופלים (Havens & Aiken, 1999). בית חולים, העובד לפי מודל זה, מתאפיין בסטנדרטים גבוהים של איכות ובסביבת עבודה טובה, המתבטאת בשביעות רצון רבה, תחלופה נמוכה, תמיכה בפתרון מצוקות אישיות, העצמה ותקשורת פתוחה בין הצוות הסיעודי, המנהיג, לבין צוות האחיות מן השורה. למודל זה חמישה רכיבים עיקריים: (1) סגנון ניהולי ומנהיגות איכותיים; (2) העצמה וקידום; (3) עבודה מקצועית המאופיינת בפיתוח מודלים של טיפול איכותי, הדרכה, עבודה בצוות רב-מקצועי, אוטונומיה ואחיות המתפקדות גם כמורות וכמדריכות; (4) שיפור מתמיד של איכות באמצעות חדשנות, ידע ושיפורים; (5) תוצאות אמפיריות המצביעות על איכות הטיפול. מחקר (Upenieks, 2002) שבדק שביעות רצון של אחיות בבתי חולים שפעלו לפי מודל זה, לעומת אחיות שלא פעלו לפי מודל זה, מצא הבדלים מובהקים במידת שביעות הרצון ממקום העבודה, כאשר בבתי חולים שעבדו לפי המודל הייתה לאחיות מן השורה יותר תמיכה מהאחיות האחראיות ולאלו האחרונות הייתה יותר אוטונומיה בקבלת החלטות, דבר שגם בא לידי ביטוי בציוות מלא. המגבלה העיקרית של מודל זה היא, שהוא מתמקד רק באחיות.

ב. בתחום המוסדי: בהקשר זה התפתחו שני מודלים: Green ו-Eden Alternative Houses. בשנות ה-80 (של המאה הקודמת) החלה תנועה ל"שינוי תרבותי" במוסדות,

המבטאת שינוי חשיבתי ומעבר מתפיסת מוסדות סיעודיים (Nursing homes) עם דגש על טיפול רפואי וסיעודי, לבתים המתרכזים באדם (Person-centered homes) ושמים דגש על רווחתו ואיכות חייו של הזקן (Koren, 2010). שינוי תרבותי זה שם דגש על מסגרות דמויות בית (homelike), קטנות ואינטימיות, על הרכב הצוות ותפקידיו (עובדים כוללניים המתייחסים לצרכים הפרטניים והכוללים של כל דייר) ועל מעורבות רבה יותר של המשפחות. המודל לשינוי תרבותי (Culture change model) נשען בעיקר על מטפלים, האחראים על כל הטיפול היום-יומי בדיירים ולצורך זה ניתנת להם אוטונומיה רבה בעבודה, כמו גם שכר מעט גבוה יותר. סקר שנערך בנושא (Doty, Koren & Sturla, 2008) הראה, כי המעבר לצורת הפעלה כזאת הביאה ליציבות רבה יותר של הצוות, לשיעור תחלופה נמוך, לתפוסה גבוהה יותר ולצמצום בהוצאות ההפעלה. תרבות ארגונית כזו מתבטאת גם באופי מערכת היחסים שבין ההנהלה לצוות ובינם לבין עצמם ואלה כוללים: אמון, הוגנות ויושר, כבוד, גאווה ורוח צוות.

ב. התערבות ברמת הצוות

כאמור, אחת הדרכים לתמוך בעובדים היא באמצעות עבודה בצוות, המתבטאת, בין היתר, בישיבות צוות קבועות. מחקרים שונים הצביעו על חשיבות עבודת הצוות כגורם משמעותי בצמצום שחיקה וכוונות עזיבה מחד גיסא, וכגורם המחזק שביעות רצון מהעבודה ומשפר את איכות הטיפול, מאידך גיסא. ניהול משתף, הבא לידי ביטוי באמצעות עבודת צוות, עשוי לשפר את מערכת היחסים בין העובדים, לתרום ללכידות קבוצתית ולתת מענה טוב יותר לצרכיהם. במחקר משווה (Esthryn-Behar, Van der Heijden, Oginska et al., 2007), שנערך בעשר מדינות באירופה, נמצא, כי ברוב המדינות, איכות עבודת צוות (יחסים גרועים ויכולת מועטה להשפיע על החלטות) קשורה לכוונות עזיבה של אחיות את מקום עבודתן. עבודת צוות מחייבת לא רק מתן גיבוי ועידוד מצד הנהלת הארגון, אלא אימוץ הרעיון כחלק מתרבות הארגון. לעבודה בצוות יש מטרות שונות: למידת עמיתים, עדכון בידע המשתנה ומתן מסגרת להעלאת בעיות הקשורות לתקשורת בין העובדים, ליחסים ביניהם ולמתן תמיכה לעובדים. להלן דוגמה לנושא שעלה לדיון בישיבת צוות:

במחלקה לתשושים בבית אבות מתגוררת דיירת אשר מקללת את המטפלים, צועקת עליהם, לא מפסיקה לצלצל בפעמון ללא סיבה מוצדקת, מטרידה אותם בדרישות שונות ומפריעה להם בטיפול בדיירים אחרים. המקרה הובא לדיון בישיבת צוות מחלקתית, שבו השתתף גם הצוות הרכ-מקצועי. בדיון במקרה נעשה ניסיון

לברר ולנתח את הסיבה להתנהגותה של הדיירת. מתוך הדיון עלה, כי לדיירת בן יחיד הנוהג לבקרה לעתים רחוקות. התקיימה שיחה עם בנה, שבה דווח לו על התנהגות אמו והסיבות האפשריות לכך. הוא התבקש לבקר את אמו לעתים תכופות יותר. לאחר מכן נערכה שיחה עם הדיירת עצמה, על מנת להגדיר לה את כללי ההתנהגות במוסד. הבן אכן התחיל להגיע לביקור מדי שבוע והדיירת נרגעה ושינתה לחלוטין את התנהגותה.

עבודה בצוות מסייעת למניעת שחיקה, להעצמת העובדים, לשיפור התקשורת ולהקניית מיומנויות להתמודדות עם קשיי התפקיד. בישיבות צוות חשוב לשלב אמצעי הנחיה שונים, כמו הדמיה של מצבים באמצעות סרט/משחקי תפקידים, סימולציות ודיון בתחושות וברגשות של המשתתפים. צילום הסימולציות והקרנתן אחר כך לעובדים, עשויים לשמש טכניקת שיקוף לעובד, שממנה יוכל להגיע לתובנות חדשות. בנוסף לישיבות צוות מחלקתיות חשוב לקיים גם פגישות צוות סקטוריאליות (אחיות, עובדים סוציאליים), לדיון בבעיות משותפות, לחיפוש פתרונות או להעברת הנושא לטיפולם של הגורמים המתאימים (תנאי שכר, תנאי עבודה, יחסים בין עובדים).

אחד התוצרים של עבודת צוות היא בניית רשת חברתית תומכת על בסיס מתמשך, שמטרתה להעצים את העובדים ולהקנות להם יותר שליטה בגורמים המשפיעים על רווחתם. העצמה באה לידי ביטוי כאשר עובדים המתנסים בבעיות שונות שותפים בפתרון ובקבלת החלטות. בנוסף לכל אלה, עבודת צוות תורמת לקידום הדיאלוג בין העובדים, להשתתפות ולדמוקרטיזציה של תהליך קבלת ההחלטות, לצמצום הניכור והלחץ ולחיוזק שליטת העובד בעבודתו. במחקר הערכה, שנערך בשירותי בריאות עירוניים בנורבגיה (Mikkelsen, Saksvik & Landsbergis, 2000), נבדקה מידת היעילות של התערבות שנועדה ללמד עובדים להשתתף בקבלת החלטות ובפתרון בעיות. הממצאים הראו, כי אלה שהשתתפו בקבוצת ההתערבות גילו שינוי חיובי בכיוון של יותר סמכות החלטה, תמיכה חברתית והרמוניה בעבודה, פחות לחץ הקשור בעבודה ובדרישות התפקיד ונוצר אקלים של למידה בקבוצה, כך לעומת קבוצת ביקורת, שלא השתתפה בהתערבות.

בתכנית התערבות בשבדיה (Haggstrom, Engstrom & Wadensten-Barbro, 2009) פותח פרויקט, שנועד להביא להעצמה באמצעות קבוצה למודעות עצמית, שבה השתתפו אחיות ומטפלות בזקנים. בפרויקט ניתנו הרצאות, אך בעיקר התקיימו דיונים בקבוצות בנושאים: מעבר מפסיביות לאקטיביות – כיצד לגלות יותר אקטיביות בפתרון בעיות; מתלונות לתובנות – במקום להתלונן לרכוש תובנות לגבי תפקידיהן והדרך שבה הן מתחברות לעבודתן; שליטה עצמית ונטילת אחריות רבה יותר. הקבוצה סייעה למשתתפות

לתת אמון רב יותר אחת בשנייה ופיתחה בהן הערכה עצמית. בתכנית התערבות אחרת בשבדיה (Pettersson, Donnersvård, Lagerström et al., 2006), שפותחה בארגון שסיפק שירותים לטיפול בית ולמוסדות סיעודיים, נמצא, כי בשל שינויים שונים שחלו בהנהלת הארגון הוא סבל מתחלופת עובדים, היעדרויות וירידה באיכות הטיפול במטופלים הזקנים. תוכננה התערבות שמטרתה לשפר את תנאי העבודה של המטפלים, בגיבוי של ההנהלה. הדבר נעשה באמצעות העצמה, מתן שליטה רבה יותר בעבודה ומתן סמכות לקבל החלטות בנושאים הקשורים לעבודה השוטפת. ההתערבות הקיפה את כל רמות הארגון וכללה את רמת הפרט, יחידות העבודה (מחלקות) והנהלת הארגון, וזאת מתוך כוונה לצמצם גורמי לחץ ולחזק את המשאבים האישיים של העובד. תכנית ההתערבות כללה שלושה שלבים: א. שלב המיומנויות (competence program), שהונחה על ידי מומחה בתחום הזיקנה

ומומחה במדעי ההתנהגות (שניהם חיצוניים לארגון) וכלל: למידה על איכות טיפול ואתיקה (מהו טיפול מקצועי, תקשורת עם מטופלים ובני משפחותיהם, חשיבות המשפחות לגבי המטופלים, הקשבה ואמפתיה, יצירת קשר ושיפור איכות); למידה על איכות עבודה (ניהול סביבת העבודה, פיתוח ארגוני, הערכת סיכונים); פגישות תרגול (ביטחון עצמי, תקשורת, משחק תפקידים, מיומנויות התמודדות, הדרכה קבוצתית). בשלב זה נקבעו אנשים מתוך צוות המטפלות, ששימשו בהמשך כמדריכות וכראשי קבוצות, להמשך העבודה ביחידות השונות של הארגון.

ב. שלב רכישת מיומנויות ביחידות העבודה: המדריך בכל יחידה קיים מעגלים לרכישת מיומנויות לכל העובדים ביחידה/מחלקה. כל מעגל כלל 8-12 עובדים והקיף את כל צוות היחידה/מחלקה. הלימודים התקיימו במהלך חמישה ימים, סך הכול 30 שעות. המדריכים בכל קבוצה קיבלו הדרכה ממנחים מקצועיים.

ג. שלב שיפור העבודה ביחידה: בניית תכניות ייחודיות לכל יחידה, על ידי העובדים עצמם, לשם שיפור ההתנהלות ביחידה. התכניות התייחסו לקבלת עובדים חדשים, לשיפור איכות טיפול, ליחסים עם מטופלים ובני משפחותיהם, לישיבות צוות, לתקשורת בין העובדים, לנוהלי סיעוד, ועוד.

מחקר הערכה שליווה את הפרויקט מצא, כי חלו שיפורים חיוביים, אך קלים, באיכות הטיפול, באיכות הקשר עם משפחות המטופלים ובמידת השליטה של העובדים בעבודה. המטפלים בשירות לטיפול בית דיווחו על פחות עומס בעבודה הפיזית ועל יכולת התמודדות טובה יותר, לעומת המטפלים במוסדות הסיעודיים. אחת המסקנות, העולות ממחקר זה היא, שמאחר שמנהלות היחידות (אחיות מוסמכות) לא היו שותפות פעילות בכל הפרויקט הן חשו אכזר כוח ולכן שיתוף הפעולה מצידן היה נמוך, מה שמחדד את הצורך לשלב בתכנית כזאת גם את מנהלי היחידות/מחלקות.

במחקר נוסף (Goodridge, Johnston & Thomson, 1997), שנערך במוסד סיעודי, נבדקה תכנית הדרכה, בקרב מטפלות, למניעת התעללות במטופלים. התכנית הייתה מיועדת לחזק את המודעות לנושא ההתעללות בדיירים, לצייד את המטפלות באסטרטגיות התמודדות עם קונפליקטים, לצמצם חיכוכים בין הצוות לדיירים והתנהגות מתעמרת על ידי הצוות. תכנית התכנית כללה זיהוי מקרי התעמרות והסיבות לכך, הבנת הרגשות של המטפלים, היבטים אתניים ותרבותיים, היבטים חוקיים הקשורים לנושא ולימוד אסטרטגיות להתערבות, כדי למנוע התעמרות. התכנית כללה דיונים קבוצתיים, משחקי תפקיד ובדיקה עצמית של ידע והיא עודדה את המשתתפים להשתמש בגישות יצירתיות לפתרון קונפליקטים. חברי הצוות למדו להכיר את רגשותיהם בעת הטיפול ולזהות מתי הם מתרגזים, מרגישים לחץ ושחיקה. הם גם למדו את הסיבות להתנהגות אגרסיבית בקרב דיירים עם דמנציה וכיצד לצמצמה. התכנית הביאה לשינוי בעמדות הצוות כלפי המטופלים, כמו: שינוי בהתייחסות אל הדיירים כאל ילדים (אינפנטיליזציה), הביצועים בעבודה ואיכות הטיפול השתפרו והצטמצמו הקונפליקטים בין הצוות לדיירים.

לצד סדנאות ותכניות, שמטרתן לסייע לעובדים לרכוש מיומנויות להתמודדות, חשוב לא פחות לארגן אירועים וטקסים לעובדים, בתוך ומחוץ לכותלי מקום העבודה, שמטרתם גיבוש חברתי ובניית ה"ביחד" ו"גאוות יחידה". זאת, באמצעות טיולים מאורגנים, פעולות נופש ו"ימי כיף". יש גם לאפשר צירוף של בני זוג וילדים בתעריף מוזל, כדי לתת הרגשה שמקום העבודה הוא כמו משפחה ועל ידי כך לגייס גם את בני המשפחה כגורמים התומכים בעובדים. באירועים כאלה העובדים לומדים להכיר מקרוב את עמיתיהם לעבודה, נרקמים קשרי ידידות אשר נמשכים גם מחוץ למקום העבודה ומתחזקת המחויבות של העובדים למקום העבודה. גם טקסים למתן פרסי הצטיינות בעבודה לעובדים, המלווים במתן תעודות הערכה, מחזקים את דימויו של העובד בעיני עצמו ובעיני חברי הצוות, את המוטיבציה שלו ואת שביעות רצונו ממקום העבודה. טקסים אלה יכולים להיות טקסים כלל-מוסדיים, מחלקתיים או צוותיים. בהקשר לכך יש לעובד הסוציאלי במערכת תפקיד חשוב, כפי שהוא בא לידי ביטוי גם בנוהלי אגף הגריאטריה של משרד הבריאות: "שותף לתכנון וביצוע אירועים לצוות למטרת גיבוש, העצמה ומניעת שחיקה".

3. התערבות ברמת הפרט

מחקרים שונים הראו, כי שחיקה של עובדים קיימת בעיקר אצל צעירים, בעלי ותק קצר בעבודה. לכן, הכנה של עובד מיד עם קבלתו לעבודה, בעיקר כאשר מדובר בעובד ללא ניסיון קודם, או מטפלים שלא רכשו הכשרה פורמלית לטיפול בזקנים, היא חיונית. הכשרה כזו מהווה "טיפול מונע", שנועד לסייע לעובד להתמודד עם מצבים שעלולים לגרום לו

בהמשך לשחיקה מהירה ולעזיבה של מקום העבודה. ההכנה צריכה לכלול מתן אוריינטציה כללית על מקום העבודה, הדרכה לגבי נוהלי עבודה, הכרת המבנה הארגוני ובעלי התפקידים בארגון ובעיקר הכרת הערכים של הארגון. יש לאפשר לעובד, בעיקר כשמדובר במטפלים, לעבור תהליך חניכה על ידי אנשי צוות ותיקים וככירים והתנסות מעשית ב"תנאי מעבודה", כדי להקנות לו מיומנויות טיפול בסיסיות.

תכניות ברמת הפרט מיועדות לסייע לעובדים להתמודד עם מחויבויות מרובות, לאזן ולגשר בין מחויבויות לעבודה ולמשפחה. סיוע זה יכול להיות בתחום של מיצוי זכויות וטיפול פרטני, המסייע לעובדים להתמודד עם בעיות אישיות ומשפחתיות. לתמיכה חברתית מצד הממונים ומצד העמיתים לעבודה יש תפקיד חשוב בהקשר זה. באמצעות התמיכה החברתית, העובד עשוי לחוש יותר שליטה, הכוללת רכישת מיומנויות, סיוע ביצועי, מתן אפשרות להגיע מאוחר יותר לעבודה בעת הצורך, שעות עבודה גמישות, החלפת משמרות, אוורור (ונטילציה), ועוד. אלה יכולים להיעשות במסגרת אינטראקציה שוטפת עם עמיתים לעבודה, אך גם במסגרות מובנות, שבהן העובדים יכולים להעלות בעיות אישיות, לדרון בדרכי התמודדות ולקבל תמיכה. למשל, נמצא, כי קבלת תמיכה אינסטרומנטלית בקרב אחיות בבתי חולים צמצמה עייפות נפשית ודה-פרסונליזציה ואילו קבלת תמיכה רגשית צמצמה את כל ממדי השחיקה והגבירה את המחויבות לארגון (Ellis & Miller, 1994). בקרב מטפלות, תמיכה חברתית מצד עמיתים הגבירה את תחושת ההישגיות ואילו תמיכה מצד ממונים צמצמה את תחושת העייפות הרגשית (Miller, Ellis, Zook et al., 1990). באופן זה מקום העבודה יכול להפוך לא רק למקום של יצירת קשרים חברתיים, אלא גם למקום שבו העובדים רוכשים כלים להתמודדות ומגיעים לתובנות לגבי הסיבות ללחצים האישיים והמשפחתיים שהם חווים. בכך יש כדי לשפר את תפקודם של העובדים, יעילותם ותפוקתם בעבודה וגם את תפקודם במעגלים חברתיים שמחוץ למקום העבודה.

בארגונים רבים הכירו בצורך בהעסקת עובד רווחה, שתפקידו להעניק סיוע פרטני לעובד שנקלע למצוקה. סיוע כזה משפר את תפוקת העובד ומגביר את מחויבותו לארגון. למרבה הפליאה, דווקא בארגוני שירות, המטפלים בזקנים, נושא זה לא קיבל את תשומת הלב הראויה. חלל זה מתמלא, לעתים, על ידי עובדים סוציאליים, אשר תפקידם כולל גם התערבות במצבים של סכסוכים בין עובדים לבין מטופלים ובני משפחותיהם, או בין אנשי צוות שונים. גם לוועד העובדים בארגון עשויה להיות תרומה חשובה בסיוע לעובדים, כמו גיוס כספים לסיוע לעובד שנקלע למצוקה כלכלית.

סיכום

טיפול בזקנים היא עבודה מאתגרת, חשובה ומעשירה לעובדים, אך עלולה להיות גם מקור ללחצים שונים, הגורמים לשחיקה של העובדים, לפגיעה ברווחתם ואף לפגיעה במטופלים. מערכת תמיכה חברתית בעובדים, אשר מקיפה את כל שדרות הארגון ומהווה חלק מתרבות ארגונית, הרואה בעובד את ההון האנושי שלה, שבאמצעותו הארגון יכול להשיג את מטרותיו ולהעניק טיפול מיטבי ואיכותי למטופלים, עשויה למנוע מקורות לחץ רבים ולהפוך את הארגון לאבן שואבת לכוח אדם איכותי בכל קשת המקצועות והעיסוקים הקשורים בטיפול בזקנים. כדי ליצור סביבת עבודה תומכת בעובדים יש לפתח אסטרטגיות, המשלבות בין רמות הארגון השונות, מפתחות עבודת צוות ותקשורת פתוחה ומסייעות לעובד בהתמודדותו עם תפקידו המורכב. מערכת תומכת כזו משפרת את רווחת העובד, את איכות הטיפול באנשים זקנים ואת איכות חייהם בתקופת הזיקנה.

מקורות

בן נתן, מ., אנטלי, מ., ארמנקו, א. וזהר נוי, ר. (2011). גורמים המנבאים ביצוע אומדן כאב על ידי אחיות במוסדות לטיפול ממושך. *גרונטולוגיה, ל"ח* (2-3), 93-106.

ברודסקי, ג', רזניצקי, ש. וסיטרון, ד. (2011). בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים: מאפייני הטיפול, עומס ותכניות לסיוע ולתמיכה. ירושלים: אשל מאירס-ג'וינט ישראל, מכון ברוקדייל.

ברודסקי, ג', שנור, י. ובאר, ש. (2012). קשישים בישראל: שנתון סטטיסטי. ירושלים: ג'וינט ישראל, מכון ברוקדייל.

יקוביץ, א. (2011). תכניות חדשניות לטיפול בזקנים המוגבלים בתפקודם. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.

שטסמן, י. (2011). הוועדה לתכנון המערך הגריאטרי הלאומי ל-2010-2020 ו-2020-2030. ירושלים: משרד הבריאות.

Abrahamson, K., Sutor, J.J. & Pillemer, K. (2009). Conflict between nursing home staff and residents' families: Does it increase burnout? *Journal of Aging & Health, 21* (6), 895-912.

- Adams, G.A., King, L.A. & King, D.W. (1996). Relationships of job and family involvement, family social support, and work-family conflict with job and life satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 81, 411-420.
- Alliance for Aging Research (2003). *Ageism: How Healthcare Fails the Elderly*. Washington D.C.: Alliance for Aging Research.
- Amador, T. (2007). *Geriatric social workers: An exploration of job satisfaction, strengths, and motivation for continued care for older adults*. Unpublished doctoral dissertation, University of Houston.
- Aronson, J. & Neysmith, S.M. (1996). You are not just in there to do the work: Depersonalizing policies and the exploitation of home care worker's labour. *Gender & Society Journal*, 10 (1), 59-77.
- Ayalon, L. (2009a). Evaluating the working conditions and exposure to abuse of Philippine home care workers in Israel: Characteristics and clinical correlates. *International Psychogeriatrics*, 21, 40-49.
- Ayalon, L. (2009b). Family and family-like interactions in households with round-the-clock paid foreign carers in Israel. *Age & Ageing*, 29, 671-686.
- Baillon, S., Scothern, G., Neville, P.G. & Boyle, A. (2006). Factors that contribute to stress in care staff in residential homes for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 219-226.
- Benjamin, L.C. & Spector, J. (1990). The relationship of staff, resident and environmental characteristics to stress experienced by staff caring for the dementing. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5 (1), 25-31.
- Brodaty, H., Draper, B. & Low, L.F. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: Strain and satisfaction with work. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 583-590.
- Brink, S. (1989). *My home-your work place: Your home-my work place*. Ottawa: Simon Frazer University.
- Brotheridge, C.M. & Grandey, A.A. (2002). Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of 'people work'. *Journal of Vocational Behaviour*, 60, 17-39.
- Buelow, J.R., Winburn, K. & Hutcherson, J. (1998). Job satisfaction of home care assistants related to managerial practices. *Home Health Care Services Quarterly*, 17, (4), 59-71.

- Burke, R.J. (1993). Organisational level interventions to reduce occupational stressors. *Work Stress*, 7, 77-78.
- Butler, R.N. (1969). Ageism: Another form of bigotry. *Gerontologist*, 9, 243- 245.
- Carrilio, T. & Eisenberg, D. (1984). Using peer support to prevent worker burnout. *Social Work*, 65, 307-310.
- Chappell, D. & di Martino, V. (1998). *Violence at work*. Geneva: ILO.
- Chappell, N. & Novak, M. (1992). The role of support in alleviating stress among nursing assistants. *The Gerontologist*, 32, 351- 359.
- Chappell, N. & Novak, M. (1994). Caring for institutionalised elders: Stress among nursing assistants. *Journal of Applied Gerontology*, 13 (3), 299- 315.
- Cathalifaud, M.A., Thumala, D., Urquiza, A. & Ojeda, A. (2008). Young people's images of old age in Chile: Exploratory research. *Educational Gerontology*, 34, 105-123.
- Cole, R.P., Scott, S. & Skelton-Robinson, M. (2000). The effect of challenging behaviour, and staff support, on the psychological wellbeing of staff working with older adults. *Aging & Mental Health*, 4 (4), 359-365.
- Cocco, E., Gatti, M., Lima, C. & Camus, V. (2003). A comparative study of stress and burnout among staff caregivers in nursing homes and acute geriatric wards. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 78-85.
- Davies, S. & Nolan, M. (2006). Making it better: Self-perceived roles of family caregivers of older people living in care homes: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43 (3), 281-291.
- Denton, M.A., Zeytinoglu, I.U. & Davies, S. (2002). Working in clients' homes: The impact on the mental health and well-being of visiting home care workers. *Home Health Care Services Quarterly*, 21 (1), 402-405.
- Denton, M.A., Zeytinoglu, I.U., Davies, S. & Lian, J. (2002). Job stress and job dissatisfaction of home care workers in the context of health care restructuring. *International Journal of Health Services*, 32 (2), 327-357.
- Doty, M.M., Koren, M.J. & Sturla, E.L. (2008). Culture change in nursing homes: How far have we come? Retrieved from: http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2002/Aug/Evaluation%20of%20the%20Wellspring%20Model%20for%20Improving%20Nursing%20Home%20Quality/stone_wellspringevaluation%20pdf.pdf.

- Duffy, B., Oyebode, J.R. & Allen, J. (2009). Burnout among care staff for older adults with dementia: The role of reciprocity, self-efficacy and organizational factors. *Dementia*, 8, 515-541.
- Dupuis, S.L. & Norris, J.E. (2001). The roles of adult daughters in long-term care facilities: Alternative role manifestations. *Journal of Aging Studies*, 15, 27-54
- Ellis, B.H. & Miller, K.I. (1994). Supportive communication among nurses: Effects on commitment, burnout, and retention. *Health Communication*, 6, 77-96.
- Embriaco, N., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Pochard, F. & Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current Opinion in Critical Care*, 13, 482-488.
- Eshbaugh, E.M., Gross, P.E. & Satrom, T. (2010). Predictors of self-reported likelihood of working with older adults. *Educational Gerontology*, 36, 312-329.
- Estryn-Behar, M., Van der Heijden, B.I.J.M., Oginska, H., Camerino, D., Le Mezet, O., Conway, P.M., Fry, C., Hasseshorn, H.M. & the NEXT study group. (2007). The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Medical Care*, 45, 939-950.
- Everitt, D.E., Fields, D.R., Soumerai, S.S. & Avorn, J. (1991). Resident behavior and staff distress in the nursing home. *Journal of American Geriatric Society* 39, 792-798.
- Evers, W., Tomic, W. & Brouwers, A. (2002). Aggressive behaviour and burnout among staff of homes for the elderly. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 2-9.
- Fielding, J. & Weaver, S.M. (1994). A comparison of hospital and community-based nurses: Perceptions of their work environment and psychological health. *Journal of Advanced Nursing*, 19 (6), 1196-1204.
- Fjelltnun, A.M., Hendriksen, N., Norberg, A., Gilje, F. & Normann, K.H. (2009). Functional levels and nurse workload of elderly awaiting nursing home placement and nursing home residents: a comparative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23 (4), 736-747.
- Fleming, G. & Taylor, B.J. (2006). Battle on the home care front: Perceptions of home care workers of factors influencing staff retention in Northern Ireland. *Health and Social Care in the Community*, 15 (1), 67-76.

- Foner, N. (1994). *The caregiving dilemma: Work in an American nursing home*. Berkeley: University of California Press.
- Galinsky, E. & Bond, J.T. (1998). *1998 Business work-life study: A sourcebook*. New York: Families and Work Institute.
- Gaugler, J.E. (2005). Family involvement in residential long-term care: A synthesis and critical review. *Journal of Aging & Mental Health*, 9 (2), 105-118.
- Glazer, N.Y. (1993). *Women's paid and unpaid labor: The work transfer in health care and retailing*. Philadelphia: Temple University Press.
- Gleason-Wynn, P. & Mindel, C.H. (1999). A proposed model for predicting job satisfaction among nursing home social workers. *Journal of Gerontological Social Work*, 32 (3), 65-79.
- Goodridge, D., Johnston, P. & Thomson, M. (1997). Impact of nursing assistant training program on job performance, attitudes and relationships with residents. *Educational Gerontology*, 23 (1), 37-51.
- Haggstrom, E., Engstrom, M. & Wadensten-Barbro, B. (2009). A nine-month intervention programme focusing on empowerment: Caregivers' descriptions of changed behaviour and increased room for acting. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 866-873.
- Halm, M. & Titler, M.G. (1990). Appropriateness of critical care visitations: Perceptions of patients, families, nurses, and physicians. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 5 (1), 25-37.
- Hammer, L. & Neal, M. (2008). Working sandwich-generation caregivers: Prevalence, characteristics, and outcomes. *The Psychologist-Manager Journal*, 11, 93-112.
- Hansen, N., Sverke, M. & Naswall, K. (2009). Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership: A cross-sectional questionnaire survey. *Nursing Studies*, 46 (1), 96-107.
- Hasson, H. & Arnetz, J. E. (2008). Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: A comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 468-481.
- Havens, D.S. & Aiken, L. (1999). Shaping systems to promote desired outcomes: The Magnet Hospital Model. *Journal of Nursing Administration*, 29 (2), 14-20.

- Hawkins, M.J. (1996). College students' attitudes toward elderly persons. *Educational Gerontology*, 22, 271-279.
- Iecovich, E. (2000). Sources of stress and conflicts between elderly patients, their family members and personnel in care settings. *Journal of Gerontological Social Work*, 34 (2), 73-88
- Iecovich, E. (2010). Tasks performed by primary caregivers and migrant live-in homecare workers in Israel. *International Journal of Ageing and Later Life*, 5 (2), 53-75.
- Iecovich, E. (2011). What makes migrant live-in home care workers in elder care be satisfied with their job? *The Gerontologist*, DOI: 10.1093/geront/gnr048
- Iordanou, P., Koutavas, S., Koulterakis, G., Babatsikou, F., Kroustalli, E. & Tarpatzi, K. (2009). Syndrome of professional burn out in home service for elderly. *Health Science Journal*, 3 (4), 232-241.
- Jansen, L., Forbes, D.A., Markle-Reid, M., Hawranik, P., Kingston, D., Peacock, S., Henderson, S. & Leipert B. (2009). Formal care providers' perceptions of home-and community-based services: Informing dementia care quality. *Home Health Care Services Quarterly*, 28 (1), 1-23.
- Jonhson, C., Knight, C. & Stewart, I. (2008). Just how challenging can older people be? Part 1: Selecting the appropriate tool for measuring aggression within services. *PSIGE Newsletter*, 103, 46-64.
- Josefsson, K., Aling, J. & Östin, B.L. (2011). What implies the good work for registered nurses in municipal elderly care in Sweden? *Clinical Nursing Research*, 20 (3), 292-309.
- Josefsson, K., Sonde, L., Winblad, B. & Robins Wahlin, T.B. (2007). Work situation of registered nurses in municipal elderly care in Sweden: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 71-82.
- Karlsson, I., Ekman, S.L. & Fagerberg, I. (2009). A difficult mission to work as a nurse in a residential care home-Some registered nurses' experiences of their work situation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 265-273.
- Koren, M.J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement. *Health Affairs*, 29 (2), 312-317.
- Krouse, S.S. & Afifi, T.D. (2007). Family-to-work apillover atress: Coping communicatively in the workplace, *Journal of Family Communication*, 7 (2), 85-122.

- Laitinen, P. (1992). Participation of informal caregivers in the hospital care of elderly patients and their evaluations of the care given: Pilot study in three different hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1233-1237.
- Laitinen, P. (1994). Elderly patients' and their informal caregivers' perceptions of care given: The study-control war design. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 71-76.
- Laitinen-Jukkari, P., Merilainen, P. & Sinkkonen, S. (2001). Informal caregivers' participation in elderly-patient care: An interrupted time-series study. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 199-213.
- Lee, Y.S. & Suh, M.J. (1994). A study on the family burden of chronically ill patients at hospitals. *The Seoul Journal of Nursing*, 8, 17-32.
- Lee, K., Volans, P. J. & Gregory, N. (2003). Trainee clinical psychologists' views on recruitment to work with older people. *Ageing and Society*, 23 (1), 83.
- Levi, L. (2001). *Guidance on work-related stress. Spice of life or kiss of death?* Luxembourg: European Communities.
- Levy, B. (1996). Improving memory in old age through implicit self-stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71 (6), 1092-1107.
- Leiter, M.P. & Maslach, C. (1986). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Li, H., Stewart, B.J., Imle, M.A., Archbold, P. & Felver, L. (2000). Families of hospitalized elders: A typology of family care actions. *Research in Nursing & Health*, 23, 3-16.
- Litwak, E. (1985). *Helping the elderly: The contemporary roles of informal and formal systems*. New York: Guilford.
- Litwak, E. & Messeri, P. (1989). Organizational theory, social supports, and mortality rates: A theoretical convergence. *American Sociological Review*, 54, 49-66.
- Lobb, E.A., Oldham, L., Vojkovic, S., Linda J. Kristjanson, L.J., Smith, J., Jane M. Brown, J.M. & Dwyer MCouns, V.W.J. (2010). Frontline grief: The workplace support needs of community palliative care nurses after the death of a patient. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 12 (4), 225-233.

- Mandy, A., Lucas, K. & Hodgson, I. (2007). Clinical educators' reactions to ageing. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 5 (4), 1-14.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S. & Leiter, M.P. (1996). *Maslach burnout inventory manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Mauno, S. & Kinnunen, U. (1999). The effects of job stressors on marital satisfaction in Finnish dual-earner couples. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 279-895.
- McGlone, E. & Fitzgerald, F. (2005). *Perceptions of ageism in health and social services in Ireland*. Dublin, Ireland, National Council on Ageing and Older People, Report no. 85.
- Meddaugh, D. (1993). Covert elder abuse in nursing homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 5 (3), 21-37.
- Menne, H.L., Ejaz, F.K., Noelker, L.S. & Jones, J.A. (2007). Direct care workers' recommendations for training and continuing education. *Gerontology & Geriatrics Education*, 28 (2), 91-108.
- Mikkelsen, A., Saksvik, P.O. & Landsbergis, L. (2000). The impact of a participatory organizational intervention on job stress in community health care institutions. *Work & Stress*, 14 (2), 156-170.
- Miller, K.I., Ellis, B.H., Zook, E.G. & Lyles, J.S. (1990). An integrated model of communication, stress, and burnout in the workplace. *Communication Research*, 17, 300-326.
- Miller, L., Reesor, K., McCarrey, M. & Leikin, L. (1995). Nursing burnout. *Employee Assistance Quarterly*, 10, 29-51.
- Minichiello, V., Browne, J. & Kendig, H. (2002). Perceptions and consequences of ageism: Views of older people. *Ageing and Society*, 20, 253-278.
- Morgan, D.G., Karen M. Semchuk, K.M., Norma J. Stewart, N.J. & D'Arcy, C. (2002). Rural families caring for a relative with dementia: Barriers to use of formal services. *Social Science & Medicine*, 55, 1129-1142.
- Morris, J.A. & Feldman, D.C. (1996). The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labour. *Academy of Management Journal*, 21, 989-1010.

- Moniz-Cook, E., Dawn Millington, D. & Silver, S. (1996). Residential care for older people: Job satisfaction and psychological health in care staff. *Health and Social Care in the Community*, 5 (2), 124-133.
- Noblet, A. (2003). Building health promoting work settings: Identifying the relationship between work characteristics and occupational stress in Australia. *Health Promotion International*, 18, 351-359.
- Okoya, U.O. (2004). Knowledge of aging among secondary school students in south-eastern Nigeria. *Educational Gerontology*, 30, 481-489.
- Palmore, E. (2001). The ageism survey: First findings. *The Gerontologist*, 41 (5), 572- 575.
- Palmore, E. (2005). Three decades of research on ageism. *Generations*, 29 (3), 87-90.
- Petterson, I.L., Donnersvärd, H.A., Lagerström, M. & Toomingas, A. (2006). Evaluation of an intervention programme based on empowerment for eldercare nursing staff. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations*, 20 (4), 353-369. Doi: 10.1080/02678370601070489
- Pierret, C. (2006). The 'sandwich generation': Women caring for parents and children. *Monthly Labor Review*, Sept. 3-9.
- Pillemer, K. & Bachman-Prehn, R. (1991). Helping and hurting: Predictors of maltreatment of patients in nursing homes. *Research on Aging*, 13, 74-95.
- Pitfield, C., Shahriyarmolki, K. & Livingston, G. (2011). A systematic review of stress in staff caring for people with dementia living in 24-hour care settings. *International Psychogeriatrics*, 23 (1), 4-9.
- Port, C.L., Zimmerman, S., Williams, C.S., Dobs, D., Preisser, J.S. & Wallace-Williams, S. (2005). Families filling the gap: Comparing family involvement for assisted living and nursing home residents with dementia. *The Gerontologist*, 45 (suppl 1), 87-95.
- Poulin, J.E. & Walter, C.A. (1992). Retention plans and job satisfaction of gerontological social workers. *Journal of Gerontological Social Work*, 19 (1), 99-114.
- Robb, C., Chen, H. & Haley, W. E. (2002). Ageism in mental health and health care: A critical review. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8 (1), 1-12.

- Rose, J., Madurai, T., Thomas, K., Duffy, B. & Oyebode J. (2010). Reciprocity and burnout in direct care staff. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 455-462.
- Sapountzi-Kerpia, D., Raftopoulos, V., Psychogiou, M., Sakellari, E., Toris, A., Vrettos, A. & Arsenos, P. (2008). Dimensions of informal care in Greece: The family's contribution to the care of patients hospitalized in an oncology hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1287-1294.
- Schaufeli, W.B. (2006). The balance of give and take: Toward a social exchange model of burnout. *The International Review of Social Psychology* 19, 87-131.
- Schwarz, A.N. & Vogel, M.E. (1990). Nursing home staff and residents' families role expectations. *Gerontologist*, 30, 169-183.
- Sharp, T. (1990). Relatives' involvement in caring for the elderly mentally ill following long-term hospitalization. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 67-73.
- Sharps, M.J., Sharps, J.L.P. & Hanson, J. (1998). Attitudes of young adults toward older adults: Evidence from the United States and Thailand. *Educational Gerontology*, 24, 655- 660.
- Simons, K.V. & Jankowski, T. B. (2008). Factors influencing nursing home social workers' intentions to quit employment. *Administration in Social Work*, 32, 5-21.
- Simons, K.V., Bonifas, R. & Gammonley, D. (2011). Commitment of licensed social workers to aging practice. *Health and Social Work*, 36 (3), 183-195.
- Stevens, J. & Herbert, J. (1997). *Ageism and nursing practice in Australia*. Australia: Royal College of Nursing.
- Stewart, I., Knight, C. & Jonhson, C. (2008). Just how challenging can older people be? Part 2: Making the case for specialist services for risky and aggressive behavior. *PSIGE Newsletter*, 103, 66-75.
- Stone, R.I. & Harahan, M.F. (2010). Improving the long-term care workforce serving older adults. *Health Affairs*, 29 (1), 109-115.
- te Boekhorst, S., Willemse, B., Depla, M.F.I.A., Eefsting, J.A. & Pot, A.M. (2008). Working in group living homes for older people with dementia: The effects on job satisfaction and burnout and the role of job characteristics. *International Psychogeriatrics*, 20 (5), 927-940.

- Thornton, J.E. (2002). Myths of aging or ageist stereotypes. *Educational Gerontology*, 28, 301- 312.
- Upenieks, V.V. (2002). Assessing differences in job satisfaction of nurses in Magnet and Nonmagnet hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 32 (11), 564-576.
- Wisko, C., Albrecht, T. & de Pietro, C. (2010). How to create an attractive and supportive working environment for health professionals. *WHO* (2), 189-208.

שער שישי

**קידום בריאות,
איכות חיים ומגמות
בתחום המגורים לזקנים**

פרק 23

בריאותנו בידינו: קידום בריאות בגיל השלישי

רונית אנדרולט, יהונתן למברגר

מבוא

לפרק זה שלושה חלקים עיקריים. בחלק הראשון מובהרת חשיבות קידום הבריאות בגיל השלישי, תוך סקירת השינויים המשמעותיים שחלו בתחום המחקר של רפואה מונעת וקידום בריאות, בדגש על האוכלוסייה הזקנה. החלק השני עוסק בנושא הסיקור המוקדם ככלי למניעת חולי וגורמי סיכון בזיקנה וכולל סקירה מקיפה של עשרה נושאים מרכזיים בתחום. החלק השלישי, עוסק בנושא הפעילות הגופנית באוכלוסיית המבוגרים, בליווי הסבר על חשיבותה המכרעת בקידום הבריאות והצגת סוגים שונים של התערבויות ופעילויות גופניות.

השינויים בתחום המחקר

תפיסת קידום הבריאות בקרב קשישים גורסת, כי גם בגיל השלישי אורח חיים בריא מיטיב עם האוכלוסייה, הן מבחינה בריאותית והן מבחינה חברתית ורגשית. הנחות היסוד הן, כי אנשים רוצים בחירה, רוצים להיות בריאים ומוכנים להשקיע בכך ובעיקר, כי אנשים רוצים לשלוט במצבם הרפואי, תוך שמירה על אוטונומיה אישית, חברתית וכלכלית.

שינוי משמעותי בתחום המחקר של רפואה מונעת וקידום בריאות חל בשנות ה-70 של המאה ה-20, עם פרסומם של שלושה מסמכים. הראשון ב-1974 (Lalonde), אשר עסק בחשיבות השמירה על אורח חיים בריא, על פעילות גופנית ועל סביבה חברתית. המסמך השני התפרסם בשנת 1976 (Canadian Task Force) ובו

פותחו לראשונה שיטות מתודולוגיות שקבעו את רמת ההוכחה התומכת בהתערבויות למניעת תחלואה. במסמך השלישי (Department of Health and Human services, 1979) שפורסם בשנת 1979, נקבעו מטרות ויעדים ברמות בינלאומיות. יוזמות אלו דחפו את ארגון הבריאות העולמי לכתוב מסמך הסבר על חשיבות קידום הבריאות (Ashton, 1986, Grey & Barnard, 1984) ובשנת 1984 פותחה היוזמה של "בריאות לכל". בישראל, בשנת 1989 קבע משרד הבריאות יעדים ומטרות לשיפור בריאות האוכלוסייה לשנת 2000. אמנם מטרות אלו לא הגיעו לידי יישום, אך הן שימשו בסיס להמלצות של יוזמת הבריאות 2020, אשר החלה בשנת 2006 (Ministry of Health, 2004). יוזמות אלו מהוות את הבסיס לתכנית הלאומית לקידום בריאות ולמניעת השמנה, שמשרד הבריאות החל להוביל החל בשנת 2012.

סיקור מוקדם ככלי למניעת חולי וגורמי סיכון בזיקנה

במסגרת מאמצי ארגוני בריאות ורווחה בארץ ובעולם לשמור על בריאות תושביהם הזקנים ולשפרה, יש חשיבות לסיקור מוקדם, שהוא כלי ידוע לגלות תחלואה, מוגבלות, סימני אזהרה ואוכלוסיות בסיכון. סיקור מובנה חשוב גם כדי לאתר קשישים עוד בטרם פורצת מחלה או מתרחשת נכות ולטפל בהם.

להלן נסקור את עשר התכניות העיקריות המומלצות למניעת חולי ואת ההתערבויות הניתנות במקומות רבים בעולם. יושם דגש על העבודה הרבה הנעשית בארץ, בעיקר בתכנית 2020, שבמסגרתה הוקמה ועדה לקידום בריאות הזקנים, בהובלה של ד"ר שי בריל ופרופסור מרק קלרפילד ובליווי מקצועי של ד"ר אלי רוזנברג. המלצות הוועדה הן בסיס להבנת פרק זה. המלצות נוספות, המופיעות בפרק זה, נשענות על ההנחיות הקליניות של ד"ר חוה טבנקין (טבנקין ולהד, 2013).

המלצות אלו מתאימות, למעשה, לכל גיל, אבל מכוונות בעיקר לגיל השלישי. נושא הסיקור המוקדם לגילוי סרטן שד ומעי גס לא נכלל בפרק זה, על אף שבדיקות אלו מומלצות אף הן בגיל הזיקנה.

1. חיסונים בגיל השלישי

אחת לשנה, לפני תחילת עונת החורף, מומלץ לקבל חיסון נגד שפעת עונתית.

א. חיסון נגד שפעת

שפעת היא מחלה נגיפית (ויראלית) מדבקת מאוד, המתבטאת בנזלת, בכאבי גרון ובזיהום מערכת הנשימה, שעלולים להתפתח לדלקת ריאות. קשישים וחולים כרוניים הם בסיכון מוגבר לפתח סיבוכי שפעת, הכוללים דלקת ריאות חיידקית (כאשר החיידק תוקף את הגוף המוחלש). ככל שהאדם יותר מבוגר הסיכון לחלות ולהיפגע, לעתים עד כדי מוות, עולה במידה ניכרת. החמרה של מחלות כרוניות, עלולה להביא לאשפוז בבית החולים ואף למוות. חיסון קשישים נגד שפעת מפחית עד לחצי את שיעורי התמותה. קיימים מחקרים רבים המאשרים את יעילות החיסון להורדת תחלואה, אשפוזים ותמותה של קשישים ולכן ברוב מדינות העולם, ובהנחיות ארגון הבריאות העולמי, יש המלצה חד-משמעית לחסן אנשים מעל גיל 65 כל שנה. בישראל נבדקה יעילות החיסון על ידי שפירו וחבריו, שביצעו מחקר קוהורט על קשישים, המבוטחים בקופת חולים "מכבי". הם מצאו, שהחיסון נגד שפעת הפחית ב-22%-30% את שיעורי האשפוז וב-61%-70% את שיעורי התמותה מכל הסיבות (משרד הבריאות 2005 – דוח 2020). כמו כן, תכנית המדרים הלאומית דורשת מקופות החולים לחסן, אחת לשנה, כנגד שפעת את כלל האוכלוסייה מגיל 65. ההמלצות בעניין זה הן:

- יש להתחסן מחדש כל שנה, מאחר שתרכיב החיסון מעודכן מידי שנה ומותאם לנגיפי השפעת הצפויים לתקופה באותו חורף (על פי ניטור של ארגון הבריאות העולמי).
- מאחר שמחלת השפעת מחלישה את הגוף, היא מגבירה את הסיכון לחלות בדלקת ריאות, לרבות דלקת ריאות מחיידק הפנאומוקוק. לכן, חשוב להתחסן כנגד שפעת מידי שנה, בנוסף לחיסון החד-פעמי כנגד פנאומוקוק (*pneumococcus*) (ראו חיסון נגד פנאומוקוק להלן).

ב. חיסון נגד פנאומוקוק

מחלה פנאומוקוקלית היא גורם משמעותי לתחלואה ולתמותה במיוחד בקרב קשישים (Butler, 2004). אף אם יעילותו של החיסון נגד פנאומוקוק מוטלת בספק לגבי מניעת דלקת ריאות או תמותה מכל הסיבות, ברור שהחיסון מפחית את הסיכון למחלה פנאומוקוקלית ממושטת ולכן הוא מומלץ ברחבי העולם (Moberley, Holden & Tatham, 2013).

פנאומוקוק הוא חיידק שכּיח, שעלול לגרום למחלות חמורות, בעיקר דלקת ריאות, דלקת קרום המוח או זיהום בדם (*bacteremia, sepsis*) (Musher, 2003). מחלות אלו מובילות לאשפוז, לסיבוכים, לעתים קשים, ואף למוות. אנשים בגיל 65 ומעלה ואנשים עם מחלות כרוניות מצויים בסיכון מוגבר לחלות במחלות אלו (Butler, 2004).

עובדה זו, בצירוף העדות שהחיסון הוא כדאי מבחינה כלכלית (cost effective), הובילו רבים להסיק, כי מומלץ לחסן קשישים נגד פנאומוקוק, ואכן ארצות הברית ומדינות מערביות רבות ממליצות על חיסון כלל הקשישים נגד חיידק זה (Ament, Baltussen, Duru et al., 2000). על פי החלטות ועדת 2020: מומלץ לתת חיסון כנגד פנאומוקוק לאנשים בגיל 65 ומעלה במקרים הבאים:

- אם לא חוסנו בעבר (או שמצב החיסון שלהם אינו ידוע).
- אם קיבלו את החיסון לפני גיל 65 (בפרט חולים במחלות כרוניות וחולים עם ירידה בכושר החיסון) וחלפו לפחות חמש שנים מאז מתן החיסון האחרון.
- החיסון במקרים אלה ניתן באופן חד-פעמי ואין צורך לחזור עליו פעמים נוספות.

מידע נוסף בקשר לחיסון זה:

- החיסון מקנה הגנה לרוב האנשים תוך שבועיים עד שלושה מיום נתינתו.
- תופעות הלוואי עקב החיסון הן לרוב קלות, וחולפות תוך יום-יומיים. התופעות כוללות כאב ואודם במקום ההזרקה, ובמקרים נדירים חום, כאבי שרירים או תלונות אחרות.
- כמו בכל חיסון – אין להתחסן בעת מחלת חום חריפה.
- אין להתחסן אם הייתה בעבר תגובה אלרגית חמורה בעקבות החיסון.
- לא ניתן לחלות במחלות הנגרמות מחיידק הפנאומוקוק עקב החיסון, היות והחיידק מומת (אתר משרד הבריאות, 2013).
- תכנית המדרים הלאומית דורשת לקיים חיסון נגד פנאומוקוק לפחות פעם אחת מגיל 65 ומעלה.
- החיסון ניתן על ידי קופות החולים, ללא השתתפות עצמית לקשישים. ניתן לקבלו במהלך השנה בכל עת, לרבות במועד קבלת החיסון נגד שפעת.

ג. חיסון נגד שלבקת חוגרת

נגיף וריסלה זוסטר (VZV) שייך למשפחת נגיפי ההרפס וגורם לשתי תופעות מוכרות: זיהום ראשוני, הנרכש בדרך כלל בילדות ובא לידי ביטוי באבעבועות רוח בגיל הצעיר, או הרפס זוסטר בעיקר בגיל המבוגר (Mueller, Gilden, Cohrs et al., 2008). בישראל, שיעור היארעות שנתי של הרפס זוסטר מוערך ב-11-28 מקרים ל-1,000 נשים ו-9.75 ל-1,000 גברים. שיעור זה עולה עם הגיל. אחד לשלושה אנשים ייפתח במהלך חייו שלבקת חוגרת. מעל גיל 85, כ-50% יחלו בשלבקת חוגרת והסיכון עולה באנשים עם מערכת חיסונית מוחלשת (Forbes, Thomas & Langan, 2012).

- בעבודה שהתפרסמה ב-JAMA (Tseng, Smith, Harpaz et al., 2011) נמצאה ירידה של 55% בשיעור המפתחים הרפס זוסטר בקרב המחסונים לעומת קבוצת ביקורת. ועוד מידע בקשר לחיסון זה:
- החיסון מומלץ לבני 60 ומעלה, שאין להם התוויות נגד החיסון (טבנקין ולהר, 2013).
 - זהו חיסון חד-פעמי.
 - החיסון נמצא בסל התרופות.

2. ריבוי תרופות

קשישים נמצאים בסיכון גבוה לתופעות לוואי עקב נטילת תרופות (ADE – Adverse Drug Events) כתוצאה מריבוי המחלות והתרופות שהם נוטלים ועקב הפחתת יעילות הגוף בעיבוד ובנטרול התרופות המגיעות אליו. שיעור הימצאות ה-ADE בקשישים נאמד בכ-16% (Ministry of Health, 2004). בארצות הברית משערים, שעד 5% מהקשישים מגיעים לביקורים במרפאות ובחדרי מיון על רקע ADE, ושעד 30% מהאשפוזים בקשישים נובעים מ-ADE (Bourgeois, Shannon, Valim et al., 2010; Hanlon et al., 1997), העלולים לפגוע במערכות רבות בגוף. סקר של כ-30,000 קשישים בארצות הברית, לאורך שנה, גילה, שהאירועים ברי-מניעה השכיחים ביותר על רקע ADE היו בתחומים הבאים (בסדר שכיחות יורד): אלקטרוליטים/כלייתיים (26.6%), עיכול (21.1%), דימומים (15.9%), מטבולי/אנדוקריני (13.8%) ונירופסיכיאטריה (8.6%) (Gurwitz, Field, Harrold et al., 2003). לאורך השנים נכתבו מאמרים רבים, שניסו להגדיר טיפול תרופתי בלתי הולם (PIM – Potentially Inappropriate Medication). עד לאחרונה, רוב המחקרים נשענו על אמת מידה בשם Beer's Criteria (Beers, Ouslander, Rollinger et al., 1991), אשר עודכנה מחדש לאורך השנים (Fick, Cooper, Wade et al., 2003). לאחרונה, פותחו רשימות, כגון: STOPP – Screening Tool of Older Persons' Prescription (Gallagher & O'Mahony, 2008); START – Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment (Barry, Gallagher, Ryan et al., 2007); Australian Prescribing Indicators tool, and the Norwegian General Practice Criteria.

רשימות אלו מציעות הגדרות משופרות ל-PIM, כגון השפעות הדדיות בין תרופות והנחיות מועילות ומשלימות, שנכון להוסיף למשטר הטיפולי. אמות המידה החדשות STOPP ו-START מוערכות במיוחד (Gallagher, Ryan, Byrne et al., 2008; Rognstad, 2008). והן קובעות:

- שיעור ה-PIM באוכלוסייה מעל גיל 65 הוא גבוה יחסית. קיימות התערבויות מועילות, המפחיתות את שיעור השימוש ב-PIM, אך טרם הוכח שהן חוללו שיפור קליני. לכן מומלץ להשתמש בהתרעות ממוחשבות בשעת רישום התרופות.
- יש לבחון שילוב כלים מתקדמים, כדוגמת STOPP ו-START.
- יש לעודד בקרה לפחות פעם בשנה על הטיפול התרופתי של קשישים על ידי רופא המשפחה.
- יש לבחון שילוב בקרה על ידי רוקח קליני/צוות רב-מקצועי במקרים של סיכון גבוה.

3. יתר לחץ דם

- לכ-55% מאוכלוסיית ישראל מעל גיל 65 (סקר מב"ת זהב, 2005-2006) יש יתר לחץ דם. על כן:
- בגיל השלישי יש לקיים מעקב מדירתי לחץ דם אחת לשנה לפחות ולאזן תרופתית, אם יש צורך בכך.
- חשוב להקפיד על דיאטת DASH, ולהפחית מלח ומזון מעובד (ראו נספחים 3 ו-4 בסוף פרק 24).
- להקפיד על פעילות גופנית סדירה, ככל האפשר.

4. בדיקת דם לכולסטרול

- בקרב בני 65 ומעלה, שמעולם לא נבדקו, יש מקום לשקול ביצוע בדיקת דם חד-פעמית של סך כולסטרול ו-HDL כולסטרול, בדומה לגילאים צעירים יותר.
- בקרב בני 65 שנבדקו בעבר ונמצאו עם מדדי כולסטרול תקינים, אין צורך לעשות בדיקות חוזרות.
- לפי טבנקין ולהד יש לבצע בדיקות כולסטרול אחת לחמש שנים, ללא קשר לגיל (טבנקין ולהד, 2013).
- בתכנית המדדים הלאומית יש המלצה לבצע בדיקות לכולסטרול בסקירה מגיל 55 ועד 74 כל שנה.

5. צפיפות עצם: מניעת דלדול עצמות

מניעה ראשונית באמצעות

- מתן ויטמין D וסידן במינונים הבאים: 800-1,000 יחב"ל ויטמין D ו-1,200 מ"ג סידן מדי יום. ויטמין D זמין במזון, בחשיפה מדודה לקרני השמש וכן בתוספים ייעודיים. מומלץ לצרוך סידן דרך המזון. המלצות אלו מכוונות לנשים ולגברים, על אף שירידה דרמטית בצפיפות העצם שכיחה יותר בקרב נשים.
- פעילות גופנית אירובית ונושאת משקל (כמפורט בדוח תת-הוועדה לעידוד פעילות גופנית, במסגרת הוועדה לבריאות הזקן) (משרד הבריאות, 2005).

מניעה שניונית

- איתור מוקדם של דלדול עצמות על ידי בדיקת צפיפות עצם, באמצעות DXA (Dual Energy X-ray Absorptiometry).
- אוכלוסיית היעד לבדיקה, על פי ההנחיות העדכניות של כוח המשימה האמריקני למניעה קלינית (USPSTF), היא כלל הנשים בגיל 65 ומעלה. אין די ראיות לתמוך בסיקור גברים (Sweet, Sweet, Jeremiah et al., 2009).

עלות-מועילות ההתערבויות

לכלל ההתערבויות שהומלצו למניעת דלדול עצמות ונפילות/שברים נמצא יחס עלות-מועילות רצוי, ויש הטוענים, כי תכניות לפעילות גופנית משולבת (כגון ה-Otago exercise program מניו-זילנד עבור בני 80 ומעלה), אף חוסכות משאבים (Gillespie, Robertson, 2009).

מניעה ראשונית של דלדול עצמות

תקינות מבנה העצם וחוזקה המכני מותנים, בין היתר, בשילוב כמות מספקת של סידן עם רמה נאותה של ויטמין D (המאפשרת את ספיגת הסידן במעי ושילובו המתאים ברקמת העצם). ייצור החליף (המטבוליזם) הפעיל של ויטמין D מותנה בחשיפת העור לקרינה אולטרה-סגולית מסוג B של השמש. אולם, שיעור ניכר מהאוכלוסייה בישראל ובארצות אחרות (לרבות הזקנים), סובל ממחסור בוויטמין D (Ginde, Liu, Camargo et al., 2009; Lips, 2010; Oren et al., 2010) ובסידן, וכך נמצא בסיכון מוגבר לדלדול עצמות (Bailey et al., 2012). בהינתן תנאי התזונה המספקים וזמינות מספקת של ויטמין D – יש ערך מוסף לביצוע פעילות גופנית, תוך נשיאת משקל בעצימות, משך ותדירות המתאימים, כגורם

חיוני לשימור צפיפות העצם וחוזקה המכני (Bonaiuti, Shea, Lovine et al., 2002; Borer, 2005; Kemmler, Engelke, Von et al., 2007).

המלצות לאוכלוסיית הקשישים

מתן ויטמין D וסידן

הביסוס הראייתי: סקירה שיטתית משנת 2011 של מחקרים מבוקרים ואקראיים (RCTs) על ידי צ'אנג ועמיתים, עבור כוח המשימה האמריקני למניעה קלינית, מאוששת את הקביעה שמתן משולב של ויטמין D וסידן מקטין את הסיכון לשברים, ובמיוחד בזקנים במוסדות (Chung, Lee, Terasawa et al., 2011). בתת הקבוצה של זקנים בקהילה נצפתה אמנם הפחתה של 11% בסיכון לשברים, אך התוצאה לא הייתה מובהקת. לויטמין D לבד לא הייתה השפעה. מסקנה זו דומה לממצאים בסקירה השיטתית משנת 2009, שבוצעה במסגרת תשלובת קוקרן וכן לממצאי מחקר DIPART (Vitamin D Individual Patient Analysis) (Avenell, Gillespie & Gillespie, 2009) מ-2010.

לגבי המינון הנדרש של ויטמין D – בסקירה של בישוף-פררי (Bischoff-Ferrari, 2009) נמצא, כי מינון ויטמין D מעל 400 יחב"ל יעיל למניעת שברים בפרק הירך וכן בעמוד השדרה. במחקר של צ'אנג ועמיתים (Chung et al., 2011), שהוזכר לעיל, לא הוסקו מסקנות נחרצות לגבי מינון רצוי, אך במרבית המחקרים נטלו המשתתפים לפחות 800 יחב"ל של ויטמין D ו-1,000 מ"ג סידן מדי יום.

מאמר סקירה שיטתית משנת 2011, שסקר תשעה מחקרים, שכללו יחד מעל ל-28,000 נבדקים, בחן את ההשפעות של נטילת סידן או סידן + ויטמין D על מערכת הלב וכלי הדם (Bolland, Grey, Avenell et al., 2011). נמצא, כי הסידן העלה את הסיכון לאוטם שריר הלב ב-24% ואת הסיכון לשבץ ב-15%.

המלצות בינלאומיות: הגוף הבינלאומי המוביל בתחום, ה-IOM האמריקני, קבע בשלהי 2010, שעל בני 70 ומעלה לצרוך מדי יום 800 יחב"ל של ויטמין D ו-1,200 מ"ג של סידן (DRI, 2010). גוף בינלאומי בכיר אחר, ה-International Osteoporosis Foundation (IOF), פירש את המחקרים העדכניים מעט אחרת: לשיטתו, הרמה המיטבית בדם של ויטמין D היא בטווח 20-30 ng/ml ולכן הצריכה היומית של ויטמין D המומלצת בזקנים היא 800-1,000 יחב"ל (Dawson-Hughes et al., 2010).

6. נפילות בזיקנה

אירועי נפילות שכיחים בקרב זקנים, כרוכים בתחלואה ואף בתמותה ניכרת. הסיבות העיקריות לנפילות הן מוגבלות בתנועה, בהליכה ובשיווי המשקל, ליקוי בחדות הראייה, מוגבלות אחרת בתפקוד הפיזי (לרבות אי-שליטה על הסוגרים) ומוגבלות בתפקוד השכלי. המוגבלויות האלה קשורות גם למצבי תחלואה שונים. קיימים גם גורמים חיצוניים וסביבתיים לנפילות. בין הגורמים החיצוניים נכלל השימוש בתרופות פסיכוטרופיות, בין הגורמים הסביבתיים נמנים תאורה בלתי מספקת, משטחים חלקים, מכשולים, היעדר עזרי תמיכה ואחרים (Heinrich, Rapp, Rissmann et al., 2010).

שיטת חלוקה אחרת של גורמי סיכון לנפילות מתייחסת לארבע קבוצות של גורמים: ביולוגיים, התנהגותיים, סביבתיים וחברתיים-כלכליים, כאשר שני הראשונים תלויים באדם עצמו ושני האחרונים בנסיבות חיצוניות (משרד הבריאות, 2005; Health Canada, 2002). כ-30% מבני 65 ומעלה עוברים לפחות אירוע נפילה אחד בשנה, והשכיחות עולה עם הגיל; מבין אלה שנפלו, כ-20%-30% מפתחים פגיעות בדרגות בינוניות עד חמורות, ועד מחצית מהם (כ-10%) נזקקים לאשפוז עקב שברים, חבלות ראש, ועוד. הסיכון לשברים עקב נפילות מוגבר עוד יותר לאור השכיחות הגבוהה של דלדול עצמות (osteoporosis) באוכלוסיית הזקנים. לאור זאת, גם היפגעות קלה, לכאורה, עלולה לגרום לשבר (Cheung & Detsky, 2008).

נפילות גורמות למרבית השברים בזקנים; הן הסיבה המובילה לתמותה מפגיעות חיצוניות ומהוות גורם סיכון למוגבלות תפקודית ולמיסוד. עלות הנפילות באוכלוסיית הזקנים גבוהה, הן למערכת הבריאות והן לחברה. שבר צוואר הירך הוא מהתוצאות החמורות והשכיחות יחסית של השילוב שבין דלדול עצמות ונפילות, והוא כרוך בשיעור גבוה של תחלואה, מוגבלות, תמותה ועלויות (Cheung & Detsky, 2008).

מכאן, שיש חשיבות רבה למניעת תאונות באמצעות:

- התאמת הבית.
- עיסוק בפעילות גופנית.
- תזונה נכונה ושתייה מספקת.
- בדיקת הטיפול התרופתי על ידי הרופא המטפל.
- קבוצות תמיכה: קופות החולים מקיימות קבוצות המונחות על ידי שירותי הפיזיותרפיה ותחת אחריות קידום בריאות, שבהן ניתנת הדרכה למניעת נפילות של אנשים בסיכון.

7. ראייה – סינון והפניה לבדיקות

מחקרים רבים הראו, כי שיעור הסובלים מירידה בראייה עולה עם הגיל, ומגיע לשיעורים ניכרים בגילאים המבוגרים (Evans & Rowlands, 2004). בעיית הראייה המרכזית בגיל המבוגר היא רוחק הראייה או הפרסביופיה (presbyopia) וארבע מחלות עיניים עיקריות, שהן:

- ניוון מקולרי (age-related macular degeneration).
- ירוד (cataract).
- תחלואת הרשתית על רקע סוכרת (diabetic retinopathy).
- ברקית (glaucoma).

ההמלצות הן:

- לבצע בדיקת עיניים שגרתית, שכן יש הימצאות גבוהה של אחת הבעיות המוזכרות לעיל. ראוי לציין, כי מחקרים הראו, שניתן לטפל באחוז ניכר מליקויי הראייה בגיל הזיקנה וכי כ-40% ממקרי העיוורון וקשיי הראייה נחשבים ברי-מניעה או טיפול.
 - להקפיד על תזונה מאוזנת, עשירה בוויטמינים ובמינרלים.
 - בעת ביקור אצל רופא עיניים או רופא משפחה יש לשאול את המטופל האם הוא סובל מבעיות ראייה ולפי המלצות מומחים לרפואת עיניים לקיים אחת לשנתיים בדיקה של רופא עיניים.
- אין המלצה גורפת של ההנחיות הקליניות הבינלאומיות לקיום בדיקות סקר לבעיות ראייה.

8. בעיות שמיעה – סינון והפניה לטיפול

מחקרים רבים הראו, כי שיעור הסובלים מירידה בשמיעה עולה עם הגיל. מעל גיל 65 כ-30%-60% סובלים מליקוי שמיעתי, ומעל גיל 80 יותר מ-90% שכיחות הליקויים בשמיעה נמצאת במקום השלישי מבין הבעיות הכרוניות בגיל המבוגר (אחרי יתר לחץ דם ודלקת פרקים) (Roth, Hanebuth & Probst, 2011).

ההמלצות הן:

- ביצוע בדיקות סיקור וטיפול מוקדם ככל האפשר, כדי למנוע את ההשלכות השליליות מליקויים בשמיעה. יש לציין, כי למרות היעדר מחקרים מבוקרים התומכים בביצוע בדיקות אלה, רוב הספרות המקצועית ממליצה לבצען.

- בדיקת חדות השמיעה מדי חמש שנים על ידי תשאול ולפי הצורך לבצע מבחן לחישה (משרד הבריאות, 2005). בדיקת חדות השמיעה נחשבת אמינה והיא קלה לביצוע. עקב קלות ביצועה והעובדה שהיא נחשבת אמינה, הוחלט לאמץ את בדיקת חדות השמיעה מדי חמש שנים על ידי תשאול ולפי הצורך מבחן לחישה (משרד הבריאות, 2005).

9. אי-שליטה על מערכת השתן

בסקר של בני 60 ומעלה, שקיימה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בשנת 1997/8, נמדדו שיעורי ההימצאות של אי-שליטת שתן. לפי סקר זה, 29% מהנשים בישראל ו-20% מהגברים, בגיל 75 ומעלה, סובלים מהתופעה. בגיל 60 ומעלה, האחוזים הם 16 ו-10.7% (Powell, Paluch & Blair, 2011). בקרב היהודים בני 75 ומעלה, בעלי השיעור הגבוה ביותר הם עולים מברית המועצות לשעבר, שהגיעו לישראל בשנת 1990 ואילך (40%; 37% נשים, 28% גברים) וילידי אסיה-אפריקה (31%; 34% נשים, 33.1% גברים). זאת, לעומת שיעור של כ-21% בקרב ילידי ישראל, אירופה ואמריקה. יש לציין, שבקרב ילידי ישראל, 34% מהנשים סובלות מהתופעה, לעומת 10% מהגברים (WHO, 2012).

מעבר לאי הנוחות ולפגיעה באיכות החיים שהיא מבשרת, אי-שליטה עלולה להיות קשורה לקושי מקומי ואולי אף לגרום לבעיות חמורות יותר, ביניהן הפרעות בשינה, נפילות/שבירים ודיכאון.

גורמי סיכון לאי-שליטה על מתן שתן

קיימים גורמי סיכון רבים להתפתחות אי-שליטה על מתן שתן. אלה כוללים, בין היתר: גיל, מספר לידות, מצב בריאות כללי, המצב התפקודי, מיסוד ממושך, השמנה ומחלות שונות: סוכרת, שבץ, צניחת אברי האגן בנשים והגדלת הערמונית הגברים (Khan, Thompson, Blair et al., 2012).

ההתערבויות המומלצות:

א. מניעה ראשונית

לאור שיעור ההימצאות הגבוה של אי-שליטה על מתן שתן בגיל הזיקנה וההשלכות הנוספות על הבריאות ועל איכות החיים של הזקן, ישנה חשיבות רבה למנוע את היווצרותה של

התופעה. זאת, באמצעות הדרכה לחיזוק שרירים ותרגול, הימנעות ממתן קטטר ללא צורך, גמילה מהירה מחיתול לאחר ניתוח, ועוד.

ב. מניעה שניונית

כפי שצוין לעיל, כשליש מהנשים וכחמישית מהגברים בני 75 ומעלה בישראל סובלים מאי-שליטה על מתן שתן, אך למרות זאת הבעיה אינה מאובחנת דיה. על מנת להמליץ לבצע בדיקת סקירה, יש לענות על שתי שאלות נוספות: (1) האם ניתן לאבחן את הבעיה בצורה יעילה? (2) האם קיים טיפול מוצלח? התשובה לשתי השאלות היא חיובית: בספרות המקצועית מוצעים מספר שאלונים, ובמיוחד שאלון ה-ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire), אשר אומדן שכיחות, תדירות, נסיבות והשפעת אי-שליטה על מתן שתן על איכות החיים (Williams, Frei, 2012). יש המציעים לשאול בעל פה בין שאלה אחת (באיזה תדירות אתה מאבד שתן?) ועד לשלוש שאלות. הטיפול היעיל הוא בעיקר תרגול ופיזיותרפיה. לעתים יש צורך בניתוח.

10. תאונות דרכים בזיקנה

מעל גיל 70 עולה שיעור התאונות לק"מ נסיעה וכן שיעור התאונות הקטלניות (Abou-Rayah, 2009). נתוני ההיפגעות מתאונות דרכים של בני 75+ חושבו כך: שיעורי הולכי הרגל והנוסעים לפי 419,700 = ממוצא בני 75+ בישראל ב-2005 ושיעורי הנהגים (כלי רכב ואופנוע) לפי 56,558 = מצבת הנהגים בני 75+ בישראל (הלמ"ס, 2010).

התערבויות למניעת תאונות דרכים בקרב קשישים

שיפור כשירות הנהג

- אימון/תרגול פיזי משפר יכולת סיבוב הראש, הגוף וגמישות הכתפיים, כדי לשפר תפקוד נהיגתי (יש לכך הוכחות מועטות בספרות המקצועית).
- אימון לשיפור עיבוד המידע החזותי (2 RCT בינוניים): ממצאים מצביעים שהאימון משפר כישורי נהיגה.
- התערבות חינוכית: (2 RCT באיכות גבוהה) משפרת מודעות וכן התנהגות נהיגתית (Korner-Bitensky, Kua, von Zwick et al., 2009), אך אחד מהמחקרים שגם בדק

שיעור תאונות לא מצא הבדל משמעותי בין קבוצת הניסוי לקבוצת הביקורת (Khan et al., 2012).

- שיפורים סביבתיים: על פי חוות דעת של מומחים: גיאומטריית הכביש, תאורה/ נראות שילוט וסימונים, הפחתת מהירות הנסיעה – כל אלה מפחיתים את כמות התאונות.
- שיפורי רכב: פנסים מופחתי בוהק, תאורה/גודל גופני פאנל המכשירים, התאמת חגורות הבטיחות למשקל הקשישים, כריות דו-שלביות וברצפה, ריסון ראש פעיל (Ackerman, Crowe, Vance et al., 2011).
- הולכי רגל – גורמי סיכון: מעבר חציה ללא שלט "עצור" או רמזור ($OR=3.6$) (Dai, 2012).

לסיכום: התערבויות לכל הגילאים, כגון התקנת גלאי מהירות ומצלמות אור אדום, עשויות גם הן לשפר את מצב הבטיחות של הקשישים. יש לציין, שאין עדיין ראיות מחקריות להתערבויות מועילות דווקא עם קשישים.

קידום הפעילות הגופנית

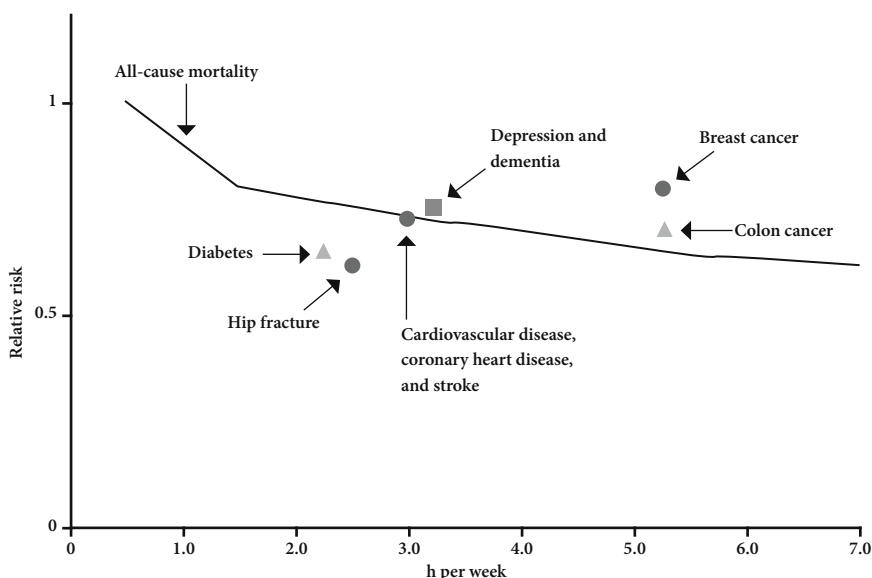
לפעילות גופנית יתרונות רבים, הכוללים: הורדת תחלואה ותמותה, הנגרמות ממחלות כרוניות, שיפור הכשירות הגופנית, חיזוק השרירים והציביות, שימור ושיפור התפקודים הקוגניטיביים, שיפור איכות החיים והניידות, מניעת שברים הנפוצה עם העלייה בגיל והשכיחה בקרב האוכלוסייה הקשישה (Frailty). פעילות גופנית אף נמצאה כמורידה חרדה ומסייעת למניעת מצבי דיכאון (Elsawy & Higgins, 2010).

בנוסף לכך, פעילות גופנית סדירה מסייעת לחיזוק מערכת השריר והשלד, מפחיתה את שכיחותם של מתיחות שרירים וכאבי גב כרוניים (Vogel, Brechat, Leprêtre et al., 2009) ותורמת לשיפור שיווי המשקל ולמניעת נפילות (Sherrington, Whitney, Lord et al., 2008). שיפור זה במניעת נפילות הוא משמעותי, כיוון שנפילה מהווה אחד הגורמים העיקריים לשבר בצוואר הירך ולחבלות ראש. שיפור הכשירות של מערכת השריר והשלד מסייע לתפקוד היום-יומי, כגון בעת קימה מכיסאות ומכורסאות נמוכים, הליכה, עליית מדרגות. חיזוק שרירי הרגליים אף מסייע בספיגת זעזועים הנוצרים בעת הליכה, ירידת מדרגות וריצה ועל ידי כך מפחית את העומסים (והשחיקה) של מפרקי הירך והברך (Karinkanta, Heinonen, Sievänen et al., 2009). מחקרי מדע בסיסי מראים, כי פעילות גופנית יכולה לסייע בהארכת הטלומרים, שהם חלק מה-DNA

ואורכם יכול לנבא את אורך החיים, כלומר קיים קשר בין אורך הטלומרים ואורך החיים של הקשיש וככל שהוא פעיל יותר כך אורכם ארוך יותר, מה שמעיד על הארכת החיים. מחקרי אורך מהספרות המקצועית מדברים על ירידה של 20%-40% מכל סיבות התמותה למי שעוסק בפעילות גופנית לעומת מי שלא. כאשר בדקו היעדר עישון, תזונה נבונה ופעילות גופנית, הסתבר כי אלה שהקפידו על כל השלושה הפחיתו ב-58% את הסיכון לתמותה מכל הסיבות (Ford, Bergmann, Boeing et al., 2012).

כמו כן, נמצא, כי היעדר פעילות גופנית גורם לכ-10% ממקרי התמותה בטרם עת, כלומר זהו גורם סיכון בסדר גודל של עישון או השמנת יתר. ועוד נמצא, כי היעדר פעילות גופנית מגביר את השכיחות של מחלת לב כלילית (ב-6%), סוכרת (ב-7%), סרטן השד (ב-10%) וסרטן המעי הגס (ב-10%) (Khan et al., 2012). מחקר נוסף (Kohl, Craig, Lambert et al., 2012), שבדק את השכיחות של היעדר פעילות גופנית בעולם, מצא, כי שליש מהמבוגרים ו-80% מהמתבגרים אינם ממלאים את המלצות ה-WHO לפעילות גופנית (30 דקות של פעילות גופנית בעצימות בינונית חמש פעמים בשבוע). המצב גרוע עוד יותר במדינות אמריקה ובמזרח הים התיכון. אם אפשר היה להפחית את שיעור היעדר הפעילות הגופנית ב-10%, יותר מ-533,000 מקרי מוות היו נמנעים מדי שנה, ואם אפשר היה להפחית את השיעור ב-25%, יותר מ-1.3 מיליון מקרי מוות היו נמנעים (Lee, Shiroma, Lobelo et al., 2012).

כמות הפעילות הגופנית בשבוע והשפעתה על הבריאות



השרטוט מראה את הסיכון היחסי היורד למחלות שונות כתוצאה מזמן פעילות גופנית שבועי (מאומץ מ-Powell, 2011) כמו כן, נראה, כי אנשים הפעילים גופנית צורכים פחות שירותי בריאות ומהווים נטל מופחת על החברה, הן מבחינה רפואית והן מבחינה כלכלית, לעומת חבריהם שאינם פעילים. העלות של אי-ביצוע פעילות גופנית בישראל עומדת על כ-1.5 מיליארד ₪ לשנה.

אצל אנשים הפעילים גופנית, הירידה הנורמלית ביכולת האירובית, המלווה את ההתקדמות בגיל, מודגשת פחות. הלב גדול וחזק יותר וכלי הדם מרובים יותר וחסומים פחות. הגמישות עשויה להישמר בצורה טובה יותר וחוזק השרירים מעכב ואף מונע את הופעתם של כאבי גב תחתון ושל בעיות אורתופדיות אחרות. משקל הגוף קרוב יותר לתקין והגוף מכיל פחות אחוזי שומן (Vogel et al., 2009), בכך מופחת העומס על מערכות הלב וכלי הדם, על הנשימה והתנועה (שלד ושרירים).

חשוב לזכור, שגם באדם העוסק בפעילות גופנית מתרחשת ירידה ביכולת התפקוד. נוסף לכך, ככל שהתחלת האימון הגופני מתבצעת בגיל מאוחר יותר, הסיכויים לשיפור קטנים יותר (אם כי בכל גיל ניתן לשפר יכולת). פעילות גופנית אינה מונעת לחלוטין את הירידה בתפקוד של מערכות הגוף השונות, אבל אם היא מבוקרת ונכונה היא עשויה להשהות תהליך זה עד כדי מינימום. אדם העוסק בפעילות ספורטיבית יכול לשמור על רמת תפקוד גבוהה יותר מאשר בן גילו שאינו מתאמן (Paterson & Warburton, 2010). המאות ה-20 וה-21 מאופיינות בשינויים דרמטיים בכמות הפעילות הגופנית המתבצעת על ידי הפרט, צעיר ומבוגר. שינויים חברתיים וכלכליים, שהובילו לפיתוח של מכשירים חשמליים ביתיים, מחשבים וכלי רכב זמינים, גרמו להפחתה דרמטית בכמות הפעילות הגופנית היום-יומית של האוכלוסייה (Blair, 2009).

המטרות של יוזמת משרד הבריאות – 2020 ביחס לפעילות גופנית של האוכלוסייה הבוגרת מגיל 65 ואילך: מומלץ על 150 דקות לשבוע של פעילות גופנית. המלצה נוספת, כי עד ל-2020 מספר הקשישים המבצעים פעילות גופנית יעלה ב-20-22 אחוז בקרב גברים ערבים ויהודים בהתאמה וב-40% בקרב נשים (משרד הבריאות, 2005).

בתכנית Healthy people 2010, המליץ ארגון הבריאות העולמי גם על פעילות גופנית לקשישים מוגבלים, שתשמר את מרב הפעילות האפשרית מבחינתם. כמו כן, הארגון המליץ על פעילות אירובית של לפחות 10 דקות ליום וכן על פעילות לחיזוק השרירים (WHO, 2012).

סוגי הפעילות הגופנית

הפעילות הגופנית נחלקת למספר סוגים: פעילות לשם עבודה או לחיים (פעילות לשם תעבורה), הליכה לקניות ולסידורים, פעילות בעת העבודה כחלק מהעבודה שהאדם מבצע ביום-יום ופעילות לשם הנאה ובריאות, בדרך כלל בזמן הפנוי (Lachapelle, Frank, 2011).

סוגי הפעילות הגופנית קשורים גם למאפייני אוכלוסיות. למשל, אוכלוסיות מוחלשות מבחינה כלכלית וחברתית נוטות לקיים יותר פעילות גופנית שהיא חלק מהעבודה ולשם תעבורה ואילו אוכלוסיות חזקות נוטות לבצע פעילות גופנית בשעות הפנאי (Stalsberg, 2010).

כיצד להתחיל תכנית לפעילות גופנית?

סיבולת לב-ריאה

פיתוח סיבולת לב-ריאה (כושר א-אירובי) בגיל הזיקנה מתאפשר גם בפעילות מתונה בלבד. פעילות גופנית של לפחות 30 דקות כל פעם, לפחות שלוש פעמים בשבוע, מספקת על מנת לפתח סיבולת לב-ריאה.

ניתן בקלות למצוא פעילות גופנית, המתאימה לכל גיל ולכל אדם. חשוב להדגיש, כי גם פעילות גופנית, כגון ריקודי עם, גינון ועבודות בית אינטנסיביות נחשבת לפעילות בעלת אופי א-אירובי, ובכך מסייעת לפיתוח סיבולת לב-ריאה. הפעילות הגופנית יכולה גם להיות פעילות ספורטיבית לשמה, כגון הליכה, ריצה או רכיבת אופניים. כפי שנכתב, הפעילות בגיל הזיקנה אינה חייבת להיות אינטנסיבית, אלא מתונה. ניתן להעריך האם פעילות גופנית היא מתונה על ידי ביצוע "מבחן הדיבור". אם תוך כדי הפעילות אפשר לדבר עם בן/בת הזוג לפעילות, ללא קוצר נשימה או התנשמות, אזי מדובר בפעילות מתונה. יתרה מכך, לאנשים שלא היו פעילים כלל לפני כן, פעילות גופנית של 30 דקות ברצף עלולה להיות קשה מידי בהתחלה. במקרה זה, אפשר לחלק את הפעילות לפעמים או שלוש במהלך היום. לדוגמה, ניתן לבצע פעילות גופנית של 10 דקות כל פעם, שלוש פעמים ביום, כאשר בכל פעם מתמקדים בפעילות שונה, כמו הליכה, אופני כושר או שחייה. ככל שהכושר הגופני משתפר רצוי להוסיף זמן ועומס למאמץ הא-אירובי.

תרגילי כוח

בנוסף לחיזוק מערכת הלב-ריאה חשוב גם לחזק את מערכת השריר והשלד. לכן, חשוב להוסיף לתכנית האימונים תרגילי כוח בסיוע משקולות קלות (קילו אחד עד שני קילו בכל יד או רצועת גומי, כגון טרובנד) לידיים ולרגליים. מומלץ ביצוע אימוני כוח במשך שלוש

פעמים בשבוע. בכל אימון יש לשאוף להגיע לביצוע של שניים עד שלושה סטים ובהם 10-12 חזרות על התרגיל בכל פעם.

תרגילי גמישות

חשוב לבצע תרגילי גמישות לפחות פעמיים בשבוע ותרגילים לשמירה ולשיפור טווחי תנועה בכל יום.

התמדה

עצם ההכרה בחשיבות של פעילות גופנית אינה מספקת, חייבים למצוא דרכים להתמיד בפעילות. עיקרון חשוב זה של התמדה מיושם על ידי עיסוק בפעילות שהאדם נהנה ואוהב לעשות, כגון הליכה, ריקוד, גינון וכדומה. אמצעי נוסף הוא שילוב של אימון פרטני עם אימון במסגרת קבוצתית עם חברים.

דרך נוספת להתמיד היא בקביעת מטרות ויעדים ריאליים וכן עריכת הסכם עם בן משפחה ו/או אפילו עם רופא המשפחה, ועל ידי כך להגביר את המוטיבציה.

פציעות ספורט בגיל השלישי

כל מי שעוסק בפעילות גופנית עלול להיפגע ויש בכך סיכון מסוים, אך הסיכון של חוסר הפעילות גדול הרבה יותר.

כדי להפחית את הסיכון לפציעות ספורט, בעיקר בגיל זיקנה, חשוב לשמור על מספר כללי ברזל:

- התייעצות מקדימה עם רופא המשפחה – מומלץ בעיקר למי שלא עסק בפעילות גופנית לפני כן, ומעוניין לאמור את כשירותו הכללית לעסוק בספורט. בנוסף לכך, רצוי להתייעץ עם אורתופד, העוסק ברפואת ספורט או פיזיותרפיסט, כדי לברר האם קיימות מגבלות במפרקים ולבחור פעילות גופנית מתאימה.
- חשוב לדאוג לביגוד נוח ולציוד הגנה תקין ונוח (כגון: קסדה, ברכיות, מגני ידיים ומרפקים, מגני אגן, ועוד).
- לדאוג לשתייה מרובה תוך כדי הפעילות ואחריה.
- לבצע מתיחות לפני תחילת הפעילות ולדאוג להרפיה בסיום הפעילות. עייפות וכאב הם סימני אזהרה ויש לכבדם (אך גם לא לבלבל עם כאבים מתונים, לאלה שרק עתה התחילו לעסוק בספורט).
- קביעת ימי מנוחה.

- לשלב בין פעילויות שונות (Cross Training), לדוגמה: לשלב ריקודים והליכה או אופני כושר וגינון וכך הלאה. גיוון הפעילות ושילוב בין פעילויות מונע שעמום ובכך תורם להגברת המוטיבציה.
- כלל ה-10%: כשמעוניינים להגביר את העצימות או את משך הפעילות יש לדאוג לא להגביר יותר מ-10% מהעומס הכללי לעומת הפעילות הקודמת. בכל פעם שמגדילים את העומס יש להמשיך לפחות שבועיים-שלושה ברמה החדשה לפני הגברת העומס פעם נוספת.
- חשוב לזכור, שמרבית הפציעות הקלות (כגון, נקעים, מתיחות שרירים וכדומה) נרפאות מעצמן. הכלל לטיפול ראשוני בפציעה כולל מנוחה, קירור המקום, חבישה והגבהה.
- בפציעות קלות אין צורך בהפסקת פעילות, אלא בשינוי בעצמה ובסוג הפעילות עד להרגעת הכאבים. לדוגמה, בעת כאבי ברכיים ניתן להחליף הליכה בספורט שאינו נושא משקל, כמו הליכה במים או אופני כושר (קרלין, 2012).

מה גורם לאנשים לבצע פעילות גופנית

קיימים גורמים אישיים שונים, המעוררים אנשים לבצע פעילות גופנית, למשל: תחושת חיוניות, הנאה, אמונה בחשיבות הפעילות לבריאות ותמיכה חברתית. קבוצות חברתיות, המבצעות פעילות גופנית יחד, לאורך זמן, נמצאו כמעודדות את הפרט לבצע פעילות גופנית. נשים נטו להיות מעורבות בפעילות גופנית קבוצתית בחוגים ואילו גברים נטו לעשות פעילות של הליכה, ריצה או פעילות אחרת בחוץ. במקביל, קיימות סיבות אישיות הגורמות לאנשים להימנע מפעילות גופנית, למשל: חוסר מודעות לחשיבות הפעילות הגופנית, תחושה של היעדר זמן, חוסר אמונה ביכולת וחוסר רצון לבצע פעילות גופנית בהתמדה, עייפות, קושי פיזי, נכות, היעדר הכוונה למה מתאים לעשות במצבים בריאותיים משתנים ותחושה שהאדם לא מסוגל או שהוא מספיק פעיל ולכן לא צריך לעסוק בפעילות גופנית (Cavil, Kahlm & Racioppi, 2006). חסם נוסף הקיים בקרב קשישים הוא היעדר ביטחון אישי. אוכלוסיות חלשות ואוכלוסיות עולים נוטות לבצע פחות פעילות גופנית, בעיקר מהיעדר זמן ויכולת התאמה, מודעות נמוכה וצורכי קיום בסיסי המעסיקים אותם מרבית הזמן.

התערבויות המעודדות פעילות גופנית

ברמה העירונית

- התערבויות קהילתיות, הכוללות זמינות של אזורים המאפשרים הליכה בטוחה ומוארת.
- תכניות מאורגנות המכוונות לקשישים, כגון קבוצות הליכה ברחוב או בקניונים.
- תכנון אזורי מגורים, המאפשרים ללכת לשם קניות וסידורים.

ברמת המדיה והשיווק החברתי

- תכניות טלוויזיה ורדיו, המעודדות פעילות גופנית. למשל, בשנה האחרונה משרד הבריאות יצא בקמפיין פרסומי לעידוד פעילות גופנית בקרב קשישים.
- תכניות המדריכות כיצד לבצע פעילות גופנית בטוחה בבית.
- תכניות התנהגותיות, הכוללות קביעת מטרות ריאליות והתמודדות עם שבירה.

יצירת סביבה מאפשרת ותומכת בפעילות גופנית

- ביוזמת רשויות רבות נבנו מתקני "כושר בטבע" בפארקים ציבוריים לשימוש הכלל, בחלקם גם מוגנים משמש.
- בעשרות יישובים נבנו מסלולי הליכה מצוידים במתקני שתייה וספסלים למבקשים לנוח בדרך.
- מחלקות הספורט במתנ"סים מקיימות חוגים לפעילות גופנית, הייחודיים לאוכלוסיית הקשישים.

התערבויות בקרב עולים ואוכלוסיות חלשות

התערבויות שבוצעו בקרב קשישים, הכוללות תמיכה קבוצתית שנמשכה כ-12 שבועות ויותר, נמצאו כמעודדות פעילות גופנית גם בקרב אוכלוסיות של מיעוטים (Reijneveld, Westhoff & Hopman-Rock, 2003).

מערכת הבריאות

על אף שנושא הפעילות הגופנית אינו כלול בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, בחלק מקופות החולים שילבו את הייעוץ לפעילות גופנית בטיפול בחולים כרוניים. נושא הפעילות גופנית אף כלול בתיק הרפואי של חלק גדול ממקצועות הבריאות והרפואה. חלק מהקופות מפרסמות, מעת לעת, את חשיבות הפעילות הגופנית. השנה משרד הבריאות יצא במסע שיווקי לעידוד הפעילות הגופנית בקרב קשישים.

מחקרים מראים, כי כאשר מערכת הבריאות נרתמת לעודד פעילות גופנית על ידי רופאים, אחיות, דיאטנים ופיזיותרפיסטים, ניתן לשנות את מפת הפעילות הגופנית של האוכלוסייה. בעולם נעשו מספר תכניות של מתן מרשם לפעילות גופנית שמאוד הצליחו, למשל באנגליה, בסקוטלנד ובניו זילנד. כמו כן, קיימת המלצה שפעילות גופנית תיחשב לאחד מחמשת סימני החיים (Vital signs) בבדיקה קלינית של הקשיש (Khan et al., 2012). מחקר יפני, שהעביר סדנאות של צחוק ופעילות גופנית, הוכיח שניתן להניע קשישים לבצע פעילות גופנית כאשר התכנית מועברת בצורה נעימה וכוללת מיומנויות לשיפור מצב הרוח (Hirosaki, Ohira, Kajiura et al., 2012). מחקרים שנעשו עם קשישים בגילאי 80 ומעלה הראו, כי גם בקרב קבוצה זאת ניתן לעודד פעילות גופנית אשר מטיבה את איכות החיים (Pascucci, Chu & Leasure, 2012).

גורמים מסייעים ומעכבים – קובעי מדיניות והערכה מחקרית

מחקר שבדק קובעי מדינות ב-15 מדינות באירופה הראה, כי במרבית המדינות אחוזים ניכרים של קובעי מדיניות הסכימו, שיש לבנות מערכת תשתיתית לשיפור הפעילות הגופנית והגברתה בקרב קשישים. פותחו בעולם כלים להערכה של פעילות גופנית בקשישים דוגמת ה-Q-STEPS (Marques, Rosa, Amorim et al., 2012). בשנת 2012 נערכה בפורטוגל סקירה מקיפה ושיטתית, באמצעות שאלונים שונים, שנועדה להעריך את הפעילות הגופנית בקרב קשישים (Williams, Frei, Vetsch et al., 2012). המגוון גדול מאוד ותלוי בסוג הפעילות והאוכלוסייה שבקרב רוצים לעודד פעילות גופנית. גם דרכי ההערכה שונות מבדיקה לבדיקה ועל כן קיימת שונות גדולה בתוצאות.

הערכה מחקרית

לאנשי רפואה ובריאות תפקיד חיוני בעידוד המטופלים שלהם לבצע פעילות גופנית. למשל, בכל מפגש עם המטופל ניתן לשאול כמה דקות בשבוע האדם עוסק בפעילות גופנית. כך, הנושא עשוי להיכנס למבחן החינוכיות של המטופל. אמצעי נוסף שנמצא יעיל הוא מתן מרשם לפעילות גופנית, הכולל התוויה מדויקת של הנחיה כמה פעמים בשבוע יש לבצע פעילות גופנית, באיזה שעה ואיזה סוג פעילות גופנית. כמו כן, שיטות של ריאיון מוטיבציוני נמצאו יעילות להתחלה של ביצוע פעילות גופנית. מחקרים הראו, כי מטפלים שהשתמשו גם ברכיבים של הריאיון המוטיבציוני, כגון הבעת אמפתיה, חיבור למערכת הערכים של

המטופל, ועוד, הצליחו לחולל שינוי בפעילות הגופנית של מטופלים קשישים (Cox, Yancy, 2011). גם שימוש בייעוץ טלפוני ומעקב נמצאו יעילים בעידוד הפעילות הגופנית (Keulen, Mesters, Ausems et al., 2011).

סיכום

קידום בריאות ורפואה מונעת בגיל הזיקנה חיוניים וקריטיים לאיכות החיים ולאריכות ימים. היום, עם התארכות תוחלת החיים, איכות החיים מושפעת מאוד מפעילות מקדמת בריאות, הכוללת סיקור מוקדם, חיסונים, איתור ואיזון תחלואה כרונית, מניעת נפילות, מעקב ושימור ראייה ושמיעה. איכות החיים מושפעת מאוד גם מהמצב התזונתי ומקיום פעילות גופנית סדירה. לכן, מומלץ, שהמטופלים השונים ידונו עם מטופליהם על היבטים חשובים אלה כחלק מהטיפול.

מקורות

טבנקין, ח. ולהד, א. (2013). המלצות כוח המשימה הישראלי בנושא: קידום בריאות ורפואה מונעת. הסתדרות הרפואה בישראל, האיגוד לרפואת המשפחה בישראל.
קרלין, ד. (2012). ספורט ופעילות גופנית בגיל השלישי – למה ואיך? אורתוספורט, רפואת ספורט אישית. נדלה ביולי 12, 2012 מאתר:

http://www.orthosport.co.il/articles_info.php?item=64

אתר משרד הבריאות, חיסונים בגיל המבוגר. 2013

<http://www.health.gov.il/Subjects/Geriatics/>

[HealthPromotionAndPreventiveMedicine/Tests_drugs_and_vaccines/](http://www.health.gov.il/Subjects/Geriatics/HealthPromotionAndPreventiveMedicine/Tests_drugs_and_vaccines/Pages/Vaccines_In_Elderly.aspx)

[Pages/Vaccines_In_Elderly.aspx](http://www.health.gov.il/Subjects/Geriatics/HealthPromotionAndPreventiveMedicine/Tests_drugs_and_vaccines/Pages/Vaccines_In_Elderly.aspx)

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, דוח פני החברה, 2010.

www.cbs.gov.il/publications10/rep_03/word/part06_h.doc

משרד הבריאות (2005). לעתיד בריא 2020. נדלה ביולי 10, 2012, מאתר:

<http://www.old.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=75>

מב"ת זהב. סקר מצב בריאות ותזונה לאומי לבני 65 ומעלה. משרד הבריאות

www.health.gov.il/PublicationsFiles/Mabat_2005-2006-b.pdf

- Abou-Raya, S. & ElMeguid, L.A. (2009). Road traffic accidents and the elderly. *Geriatrics & Gerontology International*, 9 (3), 290-297.
- Ackerman, M.L., Crowe, M., Vance, D.E., Wadley, V.G., Owsley, C. & Ball, K.K. (2011). The impact of feedback on self-rated driving ability and driving self-regulation among older adults. *The Gerontologist*, 51 (3), 367-378.
- Ament, A., Baltussen, R., Duru, G., Rigaud-Bully, C., De Graeve, D., Jönsson, B. & Fedson, D.S. (2000). Cost-effectiveness of pneumococcal vaccination of older people: A study in 5 western European countries. *Clinical Infectious Diseases*, 31 (2), 444-450.
- Ashton, J., Grey, P. & Barnard, K. (1986). Health cities: WHO'S new public health initiative. *Health Promotion International*, 1 (3), 319-324.
- Avenell, A., Gillespie, W.J., Gillespie, L.D.(2009). Vitamin D and vitamin D analogues for preventing fractures associated with involutional and post-menopausal osteoporosis. *Cochrane Database Systematic Review*, 15 (2), CD000227.
- Bailey, R.L. et al. (2010). Estimation of total usual calcium and vitamin D intakes in the United States. *Journal of Nutrition*, 140, 817-22.
- Barry, P.J., Gallagher, P., Ryan, C. & O'mahony, D. (2007). START (screening tool to alert doctors to the right treatment) an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. *Age and Ageing*, 36 (6), 632-638.
- Beers, M.H., Ouslander, J.G., Rollingher, I., Reuben, D.B., Brooks, J. & Beck, J.C. (1991). Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Archives of Internal Medicine*, 151 (9), 1825.
- Bischoff-Ferrari, H.A. et al. (2009). Fall prevention with supplemental and active forms of vitamin D: A meta-analysis of randomized controlled trials. *British Medical Journal*, 339:b 3692 doi:10.1136/bmj.b3692.
- Blair, S.N. (2009). Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st century. *British Journal of Sports Medicine*, 43 (1), 1-2.
- Bolland, M.J., Grey, A., Avenell, A., Gamble, G.D. & Reid, I.R.(2011). Calcium supplements with or without vitamin D and risk of cardiovascular events: Reanalysis of the Women's Health Initiative limited access dataset and meta-analysis. *British Medical Journal*, 19, 342:d2040. doi: 10.1136/bmj.d2040.

- Bonaitiuti, D., Shea, B., Lovine, R., Negrini, S., Welch, V., Kemper, H., et al. (2002). Exercise for preventing and treating osteoporosis in postmenopausal women. The Cochrane Library. Retrieved July 2 2013 from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000333/abstract>
- Borer, K.T. (2005). Physical activity in the prevention and amelioration of osteoporosis in women, interaction of mechanical, hormonal and dietary factors. *Sports Medicine*, 35 (9), 779-830.
- Bourgeois, F.T., Shannon, M.W., Valim, C., Mandl, K.D. (2010). Adverse drug events in the outpatient setting: Ann 11 year national analysis, *Pharmacoepidemiol Drug Safty*, 19, 901-10.
- Butler J. (2004). Epidemiology of pneumococcal disease. In: E. Tuomanen, T. Mitchell, D. Morrison, B. Spratt (Eds.), *The Pneumococcus* (1st ed.). Vol. 10, Washington DC: American Society for Microbiology, 148-168.
- Canadian Task Force. (1979). The periodic health examination. *Canadian Medical Association Journal*, 121 (19), 1193-1254.
- Cavil, N., Kahlm S. & Racioppi. (Eds.). (2006). Physical activity and health in Europe: Evidence for action. WHO. Retrieved July 24, 2012 from: <http://www.euro.who.int/document/e89490.pdf>
- Cheung, A.M. & Detsky, A.S. (2008). Osteoporosis and Fractures. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 299 (12), 1468-1470.
- Chung, M., Lee, J., Terasawa, T., Lau, J., Trinkalinos, T.A. (2011). Vitamin D with or without calcium supplementation for prevention of cancer and fractures: An updated meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 155, 827-838.
- Cox, M.E., Yancy, W.S., Coffman, C.J., Ostbye, T., Tulskey, J.A., Alexander, S.C., Brouwer, R.J., Dolor, R. J. & Pollak, K.I. (2011). Effects of counseling techniques on patients' weight-related attitudes and behaviors in a primary care clinic. *Patient Education & Counseling*, 85 (3), 363-368.
- Dai, D. (2012). Identifying clusters and risk factors of injuries in pedestrian-vehicle crashes in a GIS environment. *Journal of Transport Geography*, 24, 206-214.
- Dawson-Hughes, B. et al. (2010). IOF position statement: Vitamin D recommendations for older adults. *Osteoporosis Int.* DOI.10.1007/s00198-010-1285-3. Retrieved

- December 18, 2010 from: http://www.iofbonehealth.org/download/osteofound/filemanager/health_professionals/pdf/endorsed-papers/vitamin-d-position-statement.pdf
- Department of Health and Human Services (US). (1979). *Healthy People: A report of the Surgeon General*. Washington, DHHS.
- DRI. (2010). *Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D, Food and Nutrition Board*. Institute of Medicine of the National Academies, Washington D.C. Retrieved from: <http://www.iom.edu/Reports/2010/Dietary-Reference-Intakes-for-Calcium-and-Vitamin-D.aspx> on December 21, 2011.
- Elsawy, B. & Higgins, K.E. (2010). Physical activity guidelines for older adults. *American Family Physician*, 81 (1), 55-59.
- Evans, B.J. & Rowlands, G. (2004). Correctable visual impairment in older people: a major unmet need. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 24 (3), 161-180.
- Fick, D.M., Cooper, J.W., Wade, W.E., Waller, J.L., Maclean, J.R. & Beers, M.H. (2003). Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: Results of a US consensus panel of experts. *Archives of Internal Medicine*, 163 (22), 2716.
- Forbes, H.J., Thomas, S.L. & Langan, S.M. (2012). The epidemiology and prevention of herpes zoster. *Current Dermatology Reports*, 1 (1), 39-47.
- Ford, E.S., Bergmann, M.M., Boeing, H., Li, C. & Capewell, S. (2002). Healthy lifestyle behaviors and all-cause mortality among adults in the United States. *Preventive Medicine*, 55 (1), 7-23.
- Gallagher, P. & O'Mahony, D. (2008). STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): Application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age and Ageing*, 37 (6), 673-679.
- Gallagher, P., Ryan, C., Byrne, S., Kennedy, J. & O'Mahony, D. (2008). STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *International Journal of Clinical Pharmacology Therapy*, 46, 72-83.
- 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 Systematic Review*, 2 (CD007146).

- Ginde, A.A., Liu, M.C. & Camargo, C.A. (2009). Demographic differences and trends of vitamin D insufficiency in the US population, 1988-2004. *Archives of Internal Medicine*, 169, 626-632.
- Gurwitz, J.H., Field, T.S., Harrold, L.R., Rothschild, J., Debellis, K., Seger, A.C., Cadoret, C., Fish, L.S., Garber, L., Kelleher, M. & Bates, D.W. (2003). Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 289, 1107-1116.
- Hanlon, J.T. et al. (1997). Adverse drug events in high risk older outpatients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45, 945-948.
- Health Canada. (2002). *Healthy Aging: Prevention of unintentional injuries among seniors*. Division of Aging and Seniors. Retrieved July 20, 2012 from: http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/workshop_healthyaging/pdf/injury_prevention_e.pdf
- Heinrich, S., Rapp, K., Rissmann, U., Becker, C. & König, H.H. (2010). Cost of falls in old age: A systematic review. *Osteoporosis International*, 21 (6), 891-902.
- Hirosaki, M., Ohira, T., Kajiura, M., Kiyama, M., Kitamura, A., Sato, S. & Iso, H. (2012). Effects of a laughter and exercise program on physiological and psychological health among community-dwelling elderly in Japan: Randomized controlled trial. *Geriatrics Gerontology International*, 13 (1), 152-60.
- Karinkanta, S., Heinonen, A., Sievänen, H., Uusi-Rasi, K., Fogelholm, M. & Kannus, P. (2009). Maintenance of exercise-induced benefits in physical functioning and bone among elderly women. *Osteoporosis International*, 20 (4), 665-674.
- Kemmler, W., Engelke, K., von Stengel, S., Weineck, J., Lauber, D. & Kalender, W.A. (2007). Long-term four-year exercise has a positive effect on menopausal risk factors: The Erlangen Fitness Osteoporosis Prevention Study. *Journal of Strength & Conditioning Research*, 21(1), 232-239.
- van Keulen, H.M., Mesters, I., Ausems, M., van Breukelen, G., Campbell, M., Resnicow, K., Brug, J. & de Vries, H. (2011). Tailored print communication and telephone motivational interviewing are equally successful in improving multiple lifestyle behaviors in a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 41 (1), 104-118.

- Khan, K.M., Thompson, A.M., Blair, S.N., Sallis, J.F., Powell, K.E., Bull, F.C. & Bauman, A.E. (2012). Sport and exercise as contributors to the health of nations. *Lancet*, 380 (9836), 59-64.
- Kohl, H.W., Craig, C.L., Lambert, E.V., Inoue, S., Alkandari, J.R., Leetongin, G., Kahlmeier, S. (2012). The pandemic of physical inactivity: Global action for public health. *Lancet*, 380 (9838), 294-305.
- Korner-Bitensky, N., Kua, A., von Zweck, C. & Van Benthem, K. (2009). Older driver retraining: An updated systematic review of evidence of effectiveness. *Journal of Safety Research*, 40 (2), 105-111.
- Lalonde, M. (1974). Ministry of National Health and Welfare: *A new perspective on the health of Canadians*, 66-72.
- Lachapelle, U., Frank, L., Saelens, B.E., Sallis, J.F. & Conway, T.L. (2011). Commuting by public transit and physical activity: Where you live, where you work, and how you get there. *Journal of Physical Activity & Health*, 8, S72-82.
- Lee, I.M., Shiroma, E.J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S.N. & Katzmarzyk, P.T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, 380 (9838), 219-229. Retrieved July 20, 2012 from: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2812%2961031-9/abstract>
- Lips, P. (2010). Worldwide status of vitamin D nutrition. *Journal of Steroid Biochemistry*, 121 (1-2), 297-300.
- Marques, A.I., Rosa, M.J., Amorim, M., Soares, P., Oliveira-Tavares, A., Santos, R., Mota, J. & Carvalho, J. (2012). Study protocol: Using the Q-STEPPS to assess and improve the quality of physical activity programmes for the elderly. *BMC Research Notes*. 9 (5), 171.
- Ministry of Health. (2004). *Position paper and initial recommendations on promotion of physical activity in the State of Israel, the Committee for the Promotion of Physical Activity of the National Council for Health*. Retrieved July 24, 2012, from: http://www.health.gov.il/download/pages/promotion_of_physical_activity.pdf
- Moberley, S., Holden, J., Tatham, D.P. & Andrews, R.M. (2013). Vaccines for preventing pneumococcal infection in adults. *Cochrane Database Systematic Review*, 1-31.

- Mueller, N.H., Gilden, D.H., Cohrs, R.J., Mahalingam, R. & Nagel, M.A. (2008). Varicella zoster virus infection: Clinical features, molecular pathogenesis of disease, and latency. *Neurologic Clinics*, 26 (3), 675-697.
- Musher, D.M. (2003). How contagious are common respiratory tract infections? *New England Journal of Medicine*, 348 (13), 1256-1266.
- Oren, Y. et al. (2010). Vitamin D insufficiency in a sunny environment: A demographic and seasonal analysis. *Israel Medical Association Journal*, 12, 751-756.
- Pascucci, M.A., Chu, N. & Leasure, A.R. (2012). Health promotion for the oldest of old people. *International Journal of Older People Nursing*, 24 (3), 22-28.
- Paterson, D.H. & Warburton, D.E. (2010). Physical activity and functional limitations in older adults: A systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *International Journal of Behaviorl Nutrition & Physical Activity*, 11, 7-38.
- Powell, K.E., Paluch, A.E. & Blair, S.N. Physical activity for health: What kind? How much? How intense? On top of what? *Annual Review of Public Health*, 32, 349-365.
- Reijneveld, S.A., Westhoff, M.H. & Hopman-Rock, M. (2003). Promotion of health and physical activity improves the mental health of elderly immigrants: Results of a group randomised controlled trial among Turkish immigrants in the Netherlands aged 45 and over. *Journal of Epidemiology Community Health*, 57 (6), 405-411.
- Rognstad, S., Brekke, M., Fetveit, A., Spigset, O., Wyller, T.B. & Straand, J. (2009). The Norwegian General Practice (NORGE) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. A modified Delphi study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27 (3), 153-159.
- Roth, T.N., Hanebuth, D. & Probst, R. (2011). Prevalence of age-related hearing loss in Europe: A review. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 268 (8), 1101-1107.
- Rütten, A., Abu-Omar, K., Gelius, P., Dinan-Young, S., Frändin, K., Hopman-Rock, M. & Young, A. (2012). Policy assessment and policy development for physical activity promotion: Results of an exploratory intervention study in 15 European nations. *Health Research Policy System*, 18, 10-14.

- Sherrington, C., Tiedemann, A., Fairhall, N., Close, J.C. & Lord, S.R. (2011). Exercise to prevent falls in older adults: an updated meta-analysis and best practice recommendations. *New South Wales Public Health Bulletin*, 22 (4), 78-83.
- Sherrington, C., Whitney, J.C., Lord, S.R., Herbert, R.D., Cumming, R.G. & Close, J.C. (2008). Effective exercise for the prevention of falls: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56 (12), 2234-2243.
- Stalsberg, R. & Pedersen, A.V. (2010). Effects of socioeconomic status on the physical activity in adolescents: A systematic review of the evidence. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 20 (3), 368-383.
- Sweet, M.G., Sweet, J.M., Jeremiah, M.P. & Galazka, S.S. (2009). Diagnosis and treatment of osteoporosis. *American Family Physician*, 179 (3),193-200. Retrieved July 24, 2012 from: http://famlymed.uthscsa.edu/geriatrics/reading%20resources/virtual_library/Osteoporosis/Osteoporosis09.pdf
- Tseng, H.F., Smith, N., Harpaz, R., Bialek, S.R., Sy, L.S. & Jacobsen, S.J. (2011). Herpes zoster vaccine in older adults and the risk of subsequent herpes zoster disease. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 12, 305 (2),1606.
- Vogel, T., Brechat, P.H., Leprêtre, P.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.
- WHO. (2012). *Global recommendations of physical activity*. Retrieved July 24, 2012 from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf.
- Williams, K., Frei, A., Vetsch, A., Dobbels, F., Puhan, M.A. & Rüdell, K. (2012). Patient-reported physical activity questionnaires: A systematic review of content and format. *Health & Quallity Life Outcomes*, 13, 10-28. http://www.health.gov.il/Subjects/Geriatrics/HealthPromotionAndPreventiveMedicine/Tests_drugs_and_vaccines/Pages/Vaccines_In_Elderly.asp

פרק 24

עקרונות התזונה הנכונה בזיקנה

אסנת סטון

מבוא

פרק זה עוסק בתזונה המומלצת לקשישים בגילאי 70 ומעלה, המתגוררים בקהילה. הפרק מתחיל בסקירת עקרונות התזונה הנכונה לקשישים בריאים ומקומו של המזון בחייו של הקשיש הבריא, ממשיך בהפרעות משקל בזיקנה ומסתיים בתזונה המומלצת במספר מצבים בריאותיים שכיחים בזיקנה.

פירמידת המזון לגילאי 70 ומעלה – עקרונות התזונה הנכונה לקשישים בריאים

אחת השיטות המקובלות להציג את עקרונות התזונה הנכונה לציבור הרחב היא שימוש בפירמידת מזון. הפירמידה באה לעודד תזונה עשירה בירקות ובפירות, דגנים מלאים, מוצרי חלב דלי שומן, דגים, קטניות וסוגי בשר רזים, ומאידך לצמצם את הצריכה של ממתקים ושומנים לא בריאים (Krebs-Smith & Kris-Etherton, 2007).

לאוכלוסיית הקשישים צרכים תזונתיים שונים, כפי שבא לידי ביטוי בהפרדה של גילאי 70 ומעלה בטבלאות הקצובה המומלצות (Dietary Reference Intakes; DRIs), ולכן חוקרים פיתחו פירמידת מזון ייחודית לקשישים בריאים בגילאי 70 ומעלה, המתגוררים בקהילה. בפירמידה זו שלושה דגשים בהשוואה לפירמידה לכלל הציבור הרחב: דגש על שתייה מספקת, דגש מיוחד על פעילות גופנית וההתייחסות לצורך בהשלמה של רכיבי תזונה מסוימים בצורה של תוספי תזונה (Lichtenstein, Rasmussen, Yu et al., 2008).

מדוע הדגש על שתייה מספקת בזיקנה?

ההתייבשות היא מצב שכיח בקשישים, המציב אותם בסיכון למצב של בלבול, דליריום, אי-ספיקת כליות, זיהום, נפילות, פצעי לחץ ועצירות (Shimizu, Kinoshita, Hattori et al., 2012). קשישים נמצאים בסיכון גבוה יותר להתייבשות בשל מספר סיבות פיזיולוגיות והתנהגותיות: ירידה באחוז המים בגוף (Schols, De Groot, van der Cammen et al., 2009), ירידה בתחושת הצמא (Lichtenstein et al., 2008), ירידה ביכולת הכליות לרכז את השתן (Bossingham, Carnell & Campbell, 2005), תחלואה נלווית, מוגבלות, שימוש נרחב יותר בתרופות, במיוחד תרופות משתנות לאיזון לחץ דם (Schols et al., 2009) ולעתים הימנעות מכוונת משתייה בשל בעיות של אי-שליטה על מתן שתן (Schols et al., 2009).

תוספי תזונה בזיקנה

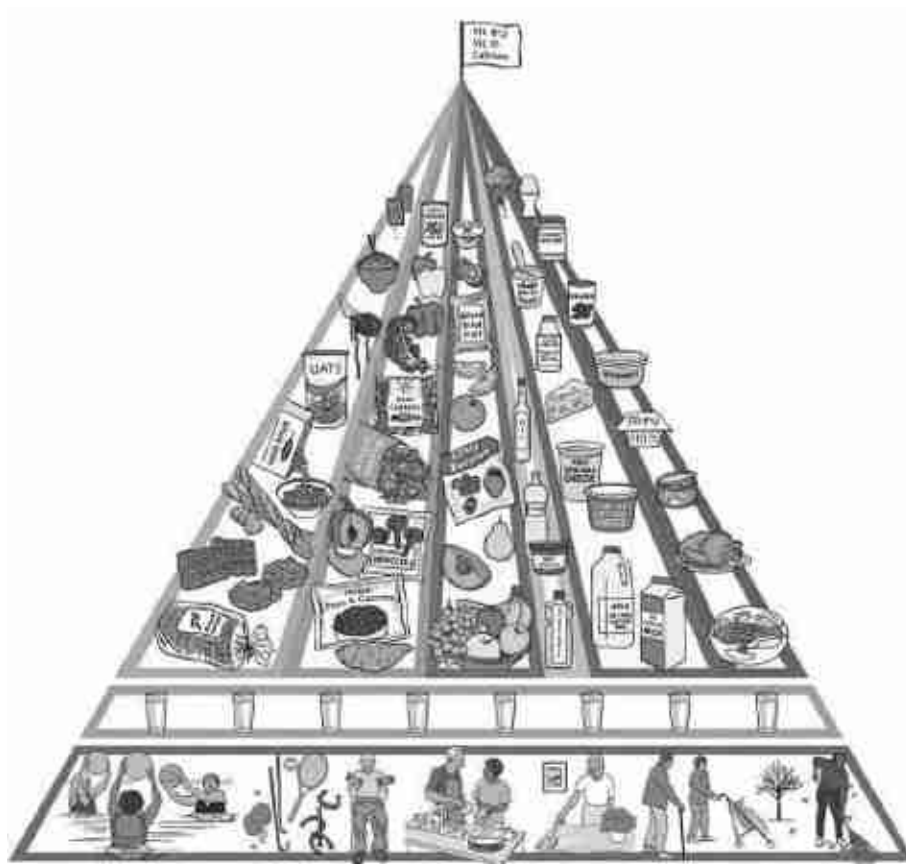
הדגל בקודקוד הפירמידה של גילאי 70 ומעלה מסמל את הצורך של חלק גדול מהקשישים בהשלמת רכיבי תזונה מסוימים באמצעות תוספי תזונה, במיוחד ויטמין B12, ויטמין D וסידן (Lichtenstein et al., 2008).

בזיקנה ישנה ירידה ביכולת של הגוף לספוג ויטמין B12 מהמזון. ויטמין זה זקוק לסביבה חומצית על מנת להשתחרר מהחלבון שאליו הוא קשור במזון ולהיספג דרך מערכת העיכול (Andres, Loukili, Noel et al., 2004; Oh & Brown, 2003). עם הגיל, ישנה ירידה בחומציות הקיבה, ולכן, ספיגת הוויטמין נפגעת (Andres et al., 2004; Oh & Brown, 2003). עוד חשוב לציין, כי בדיקת הדם לוויטמין B12 אינה משקפת בצורה מדויקת את סטטוס הוויטמין בגוף, ולכן מומלץ שרמת הוויטמין תהיה גבוהה מהנורמה המצוינת במעבדה ותעמוד מעל 300pg/mL (Chatthanawaree, 2011). אם קיימת רמה לא אופטימלית של הוויטמין בדם, נהוג לטפל בטבליות למציצה מתחת ללשון או בזריקות (Oh & Brown, 2003). הטיפול בטבליות הוא במינון יומי של 1,000 מק"ג.

המקור העיקרי לוויטמין D הוא ייצור בעור בחשיפה לשמש. אחרי גיל 70 היכולת לייצר ויטמין D בזמן חשיפה לשמש פוחתת ב-70%. לכך מתווספת ההמלצה להימנע מחשיפה לשמש, בשל שיעורים גבוהים של סרטן העור בארץ. מכאן, שרוב הקשישים סובלים מחסר בוויטמין זה (Lichtenstein et al., 2008) (על מתן תוספי ויטמין D ראו תת-פרק בהמשך על אוסטיאופורוזיס).

צריכת הסידן היומית המומלצת מעל גיל 70 היא 1,200 מ"ג/יום. צריכת סידן בכמות המומלצת דרך המזון לבד היא משימה אפשרית, אך לא פשוטה. בזיקנה מצטרף לכך קושי נוסף והוא העלייה בשיעור אי-סבילות ללקטוז (סוכר החלב), המביאה לירידה בצריכת מוצרי חלב, המהווים מקור מרכזי לסידן במזון (על מתן תוספי סידן ראו תת-פרק על אוסטיאופורוזיס).

פירמידת המזון לגילאי 70 ומעלה (מתוך: Lichtenstein et al., 2008)



היבטים פסיכו-סוציאליים של המזון בגיל המבוגר

למזון ולתזונה של הקשיש, כמו לכל בני האדם בגילאים שונים, יש השפעה על איכות חייו לא רק בשל תרומתם לבריאותו הפיזית (מניעת חסרים תזונתיים, מניעה ואיזון של מחלות כרוניות), אלא גם בשל היבטים של הנאה פסיכולוגית (Amarantos, Martinez, 2001 & Dwyer). סדר יומו של הקשיש נקבע סביב הארוחות, והדבר מעניק לו תחושת ביטחון ומשמעות לחיים. ארוחות מסודרות תורמות לתחושת שליטה, לעצמאות ולחיוניות בחייו של הקשיש (Amarantos et al., 2001; Philpin, Merrell, Warring et al., 2011).

גם במסגרת המוסדית, הארוחות מכתובות את סדר היום והן מתוארות, לעתים, על ידי הדיירים, בני המשפחה והצוות כ"נקודת שיא" ביומו של הקשיש, המתגורר בבית אבות. הארוחות מהוות הזדמנות ליצירת קשרים חברתיים בין הדיירים, כאשר לסידור הישיבה חשיבות לעידוד קשרים אלה. מרבית הדיירים והצוות מעדיפים ישיבה סביב שולחנות קטנים, המזכירה את המבנה וההרגל המשפחתי. ישיבה זו מחזקת את הזהות של האנשים, מחברת אותם למקורות המשפחתיים שלהם ומעוררת שיחה אודות הרגלי הבישול שלהם בעבר. ארוחות משותפות והכנת מזון משותפת מגבירות את תחושת הזהות, הנורמליות והקהילתיות (Philpin et al., 2011).

היבט פסיכו-סוציאלי נוסף וחשוב של הארוחות הוא ציון אירועים חברתיים ותרבותיים, דוגמת ימי הולדת וחגים. באירועים אלה, לעתים, נהוג לפתוח מזנונים. ממחקר שבדק את הנושא עולה, כי בחירת המזון מתוך מזנון מחזקת אף היא את תחושת הרווחה של הקשיש (Philpin et al., 2011).

מבין הארוחות השונות המוגשות במסגרת הדיור המוסדי, לארוחה החמה בחדר האוכל חשיבות מיוחדת עבור הקשישים. הארוחה החמה, הכוללת מנה עיקרית, תוספת וירק מבושל, מסמלת עבור הקשישים "ארוחה טובה" ומעלה זיכרונות חיוביים כיצד דאגו הם לספק לבני משפחתם ארוחה חשובה זו (Philpin et al., 2011).

מלבד ההיבטים הפסיכו-סוציאליים של אכילה בחברה, אכילה עם אחרים עשויה להביא לצריכת מזון גבוהה יותר, המקדמת שמירה על מצב תזונתי תקין (Amarantos et al., 2001; Philpin et al., 2011). במחקר שנערך בקרב קשישים מרותקי בית נמצא, כי נוכחות של אנשים בזמן הארוחה הגבירה את הצריכה הקלורית בארוחה בממוצע ב-114 קק"ל (Locher, Robinson, Roth et al., 2005). עוד נמצא, כי השיקולים העיקריים בבחירת המזון על ידי קשישים מרותקי בית היו: טעם, נוחות ומחיר (Locher, Ritchie, Roth et al., 2009). מכשולים בבחירת המזון שהם היו רוצים לאכול: בריאות, דיאטה רפואית וקושי בהשגת המזון.

לסיכום, המזון וסביבת האכילה מהווים חלק חשוב בחייו של הקשיש ובתחושת הרווחה שלו. כמטפלים, עלינו לאפשר לקשיש, עד כמה שניתן, לאכול בחברה וסביב שולחן. יש להקפיד על ארוחה חמה וטעימה ולהימנע, במידת האפשר, מדיאטות מגבילות, הפוגעות בצריכת המזון.

תת-משקל, סיכון תזונתי ותת-תזונה בזיקנה

תת-משקל

תת-משקל בזיקנה מוגדר לפי מדד מסת השומן בגוף BMI – Body Mass Index, שהוא היחס בין המשקל בק"ג לגובה במטר בריבוע. ערכי ה-BMI המומלצים למבוגרים שונים מאלה המומלצים בזיקנה. בעוד שבקרב מבוגרים טווח BMI תקין הוא בין 18.5-25, הרי שבזיקנה הטווח התקין הוא בין 22-27 לגילאי 65-74 ובין 23-27 בגילאי 75 ומעלה. יחס הקטן מ-22 ויחס הקטן מ-23 מוגדרים כתת-משקל בגילאי 65-74 ובגילאי 75 ומעלה בהתאמה (Heiat, Vaccarino & Krumholz, 2001; Somes, Krichevsky, Shorr et al., 2002). חשוב במיוחד להבחין בין מצב שבו קשיש היה כל חייו ב-BMI נמוך לעומת הידרדרות המשקל עם הגיל, מצב שעלול להיות ביטוי לסיכון תזונתי ואף להוביל לתת-תזונה.

תת-תזונה

תת-תזונה (Malnutrition) היא מצב של עודף או מחסור (או חוסר איזון) של אנרגיה, חלבון ורכיבי תזונה אחרים. מצב זה גורם להשפעות שליליות על הרקמות, על מבנה הגוף, על התפקוד והמצב הקליני (Stratton, Green & Elia, 2003). בקשישים שכיח מצב של מחסור באנרגיה ו/או בחלבון (Lochs, Allison, Meier et al., 2006). כאמור, ירידה במשקל יכולה להיות ביטוי לתת-תזונה. חשוב להיות ערים לכך, שתת-תזונה עשויה להתפתח בכל משקל, גם בקרב קשישים עם משקל יתר.

היקף התופעות של תת-משקל ותת-תזונה בזיקנה

לפי סקר "מצב בריאות ותזונה בקרב גילאי 65+" (מב"ת זהב, 2010), 7.5% מהגברים ו-6.7% מהנשים בגילאי 65 ומעלה סובלים מתת-משקל. עוד עולה מסקר זה, כי 28.2% מהנשים ו-16.2% מהגברים, בגילאי 65 ומעלה, נמצאים בסיכון תזונתי. הסיכון לתת-תזונה עולה עם הגיל ומגיע ל-37.5% בקרב גברים ול-30.4% בקרב נשים, בגילאי 85 ומעלה (סקר מב"ת זהב, 2010). מחקרים מהעולם מצביעים על שיעור ממוצע של תת-תזונה בקרב קשישים של כ-10% בקהילה וכ-50% במוסדות (Stratton & Elia, 2007). מחקרים במדינות מפותחות מדברים על עד 15% מקרים של תת-תזונה בקרב קשישים עצמאיים ומרותקי בית בקהילה, 23%-62% בקרב מאושפזים ועד 85% בקרב דיירים במוסדות סיעודיים (Ahmed & Haboubi, 2010).

השלכות של תת-תזונה בזיקנה

תת-תזונה בקרב קשישים קשורה בירידה תפקודית, פגיעה בתפקוד השריר, ירידה במסת העצם, הפרעה בתפקוד מערכת החיסון, אנמיה, ירידה קוגניטיבית, עיכוב בהחלמת פצעים, עיכוב בהחלמה מניתוחים, שיעור אשפוזים ואשפוזים חוזרים גבוה יותר ותמותה מוגברת (Ahmed & Haboubi, 2010; Bauer, Kaiser & Sieber, 2010).

שיעור האשפוזים בקרב קשישים בתת-תזונה גבוה פי שתיים מזה של קשישים במצב תזונתי תקין. כמו כן, משך האשפוז שלהם ארוך ב-30% ועלות האשפוז שלהם גבוהה פי 2-5 (Russell & Elia, 2010). קשישים בתת-תזונה מבקרים את רופא המשפחה בתדירות גבוהה יותר ומקבלים יותר מרשמים (Russell & Elia, 2010). לפי אומדן שנערך בבריטניה, תת-תזונה הקשורה במחלות גוררת עלייה בשימוש משאבי בריאות בסדר גודל של 13 ביליון ליש"ט בשנה (Stratton & Elia, 2010).

מהם הגורמים השכיחים לתת-תזונה בזיקנה?

את הסיבות לתת-תזונה בזיקנה אפשר לחלק למספר תחומים: (1) סיבות פיזיולוגיות; (2) סיבות חברתיות; (3) סיבות נפשיות-פסיכולוגיות; (4) סיבות רפואיות.

1. סיבות פיזיולוגיות

עם העלייה בגיל ישנה ירידה פיזיולוגית בתיאבון, המתבטאת בירידה בצריכה האנרגטית – תופעה שזכתה לכינוי "אנורקסיה של הזיקנה" (Ahmed & Haboubi, 2010). הירידה הפיזיולוגית בתיאבון נגרמת על רקע מספר שינויים, ביניהם ירידה בחוש הריח והטעם הפוגעת בהנאה מהמזון, עלייה בזמן ריקון הקיבה, הגורמת לתחושת מלאות מתמשכת, שינויים בהורמונים המשפיעים על תחושת הרעב והשובע, במיוחד על הורמון השובע CCK (Cholecystokinin), שרמתו והרגישות אליו בקרב קשישים עולה (Ahmed & Haboubi, 2010). כל זמן שהירידה בצריכת מזון תואמת את הירידה בהוצאה האנרגטית עקב השינויים בהרכב הגוף (ירידה במסת שריר ועלייה במסת שומן) – האיזון האנרגטי נשמר. עם זאת, אצל קשישים רבים איזון זה מופר (Ahmed & Haboubi, 2010). לעתים קרובות, הפגיעה בצריכה האנרגטית חמורה מהירידה בדרישה האנרגטית והקשיש מידרדר לתת-תזונה.

2. סיבות חברתיות

בדירות, עוני וקושי בביצוע קניות והכנת ארוחות נמצאו קשורים בסיכון מוגבר לתת-תזונה (Ahmed & Haboubi, 2010). מתוך השנתון הסטטיסטי בישראל עולה, כי 19.1% מהקשישים בישראל מדווחים על תחושת בדירות, לעתים קרובות. עוד עולה מתוך השנתון הסטטיסטי

בישראל, כי 31% מהקשישים הם אלמנים, 13% מהגברים ו-45% מהנשים (ברודסקי, שגור ובאר, 2012). אכילה לבד בקרב קשישים בקהילה נמצאה קשורה בצריכה קלורית נמוכה יותר ופחות גיוון במזון, תופעות שעשויות להגביר את הסיכון לתת-תזונה (Kimura, Wada, 2012; Okumiya et al., 2012).

תחולת העוני בקרב קשישים בישראל עומדת על 20.1% (ברודסקי ועמיתים, 2012). בסקר מב"ת זהב דיווחו 5.5% מהקשישים על אכילה בכמות פחותה בגלל מחסור בכסף (סקר מב"ת זהב, 2010).

3. סיבות פסיכולוגיות-נפשיות

תת-תזונה יכולה להיגרם על רקע מצבים, כמו דיכאון וחרדה, שהם שכיחים בזיקנה (Ahmed & Haboubi, 2010). שכיחות של דיכאון בקרב קשישים בקהילה עשויה להגיע ל-10%. אחד הביטויים לדיכאון הוא אבדן תיאבון וירידה במשקל, המעלים את הסיכון לתת-תזונה (Ahmed & Haboubi, 2010). בסקר מב"ת זהב נמצא, כי 21.3% מהמדרגם היו עם הפרעה ניכרת במצב הרוח לפי מדרג ה-GHQ (General Health Questionnaire). במחקר שנערך בישראל בקרב 195 קשישים, שהתקבלו לאשפוז, נמצא קשר מובהק בין דיכאון, לפי שאלון ה-GDS (Geriatric Depression Scale) לבין סיכון לתת-תזונה (German, Feldblum, 2008; Bilenko et al., 2008).

אנשים במצבים נפשיים של דיכאון וחרדה מצמצמים את הפעילות החברתית והמשפחתית שלהם. הירידה בקשרים אלה פוגעת במוטיבציה לאכילה ובתיאבון ומוסיפה לסיכון התזונתי (German et al., 2008; Kimura et al., 2012).

4. סיבות רפואיות

תת-תזונה עשויה להיגרם על רקע מחלות כרוניות, דוגמת אי-ספיקת לב, מחלות נשימה (COPD), מחלות של מערכת העיכול, מחלות נוירולוגיות (פרקינסון, דמנציה), מחלות ממאירות, ועוד (Ahmed & Haboubi, 2010).

תת-תזונה שכיחה בקרב קשישים גם על רקע בעיות בבריאות הפה והשיניים. למעלה מ-50% מהמבוגרים מעל גיל 70-75 הם בעלי שיניים תותבות נשלפות חלקיות או שלמות, שלעיתים קרובות הן לקויות, ישנות ולא מותאמות לרקמות חלל הפה (Kushnir, Zusman & Robinson, 2004). בריאות שיניים לקויה ותותבות בלתי מתאימות עשויות לפגוע ביכולת הלעיסה. קושי בלעיסה גורר אכילה סלקטיבית ופחות מגוונת של מזון ומעלה את הסיכון לתת-תזונה בקרב קשישים (Samnieng, Ueno, Shinada et al., 2011; Sampson, 2010).

דיאטה מגוונת חשובה לשמירה על מצב תזונתי תקין (Sampson, 2010). במחקר שבדק

את מצבם התזונתי של קשישים בישראל אשר הגיעו לאשפוז אקוטי, בעיות לעיסה היו קשורות במצב תזונתי בריאותי ותפקודי ירוד (Feldblum, German, Castel et al., 2007). ריבוי תרופות (poly pharmacy) ידוע אף הוא כגורם סיכון לתת-תזונה (Ahmed & Haboubi, 2010). טיפול תרופתי יכול לתרום להתפתחות של תת-תזונה דרך השפעה על אובדן תיאבון, גרימת טעם מתכתי בפה, תופעות לוואי גסטרו-אינטסטינליות, דוגמת בחילות, והשפעות נוספות על תפקוד הגוף, הגורמות לפגיעה ו/או לשינוי בצריכת המזון (Jyrkkä, Mursu, Enlund et al., 2012; Heuberger & Caudell, 2011). עוד עולה ממחקרים, כי ריבוי תרופות פוגע בצריכה של רכיבי תזונה ייחודיים (Jyrkkä et al., 2012; Heuberger & Caudell, 2011). במחקר שעקב אחרי 294 קשישים בפינלנד, במשך שלוש שנים, נמצא קשר בין ריבוי תרופות לבין מצב תזונתי, תפקודי וקוגניטיבי (Jyrkkä, Enlund, Lavikainen et al., 2011). אינטראקציות בין תרופות לרכיבי תזונה גם כן שכיחות. דוגמה נפוצה היא חסר בוויטמין 12B על רקע שימוש בתרופה מטפורמין (METFORMIN) לטיפול בסוכרת (Sampson, 2010).

גורם רפואי נוסף לסיכון תזונתי בקרב קשישים הוא דיאטות רפואיות. דיאטות מגבילות (restrictive diets) עלולות לפגוע במוטיבציה לאכילה, כמו גם בצריכת המזון ולתרום להתפתחות חסרים תזונתיים, לתת-תזונה, לירידה בתפקוד, לתחלואה ואף לתמותה בקרב קשישים (Darmon, Kaiser, Bauer et al., 2010).

איתור ואבחון מצבי סיכון תזונתי ותת-תזונה

ישנן מספר דרכים לאמוד סיכון תזונתי ותת-תזונה בקרב קשישים. הדרך המומלצת היא שימוש בכלי סיקור והערכה תזונתיים (Elia & Stratton, 2011). מדובר בשאלון קצר, שעבור כל תשובה ניתן ניקוד וסכום הנקודות המתקבל מעיד על מצבו התזונתי של הקשיש. להלן מובאות דוגמאות לשני כלי סיקור (מתוך עשרות), הנותנים מדרג ומאפשרים אבחנה בין מצב תזונתי תקין, סיכון תזונתי ותת-תזונה:

1. MNA (Mini Nutritional Assessment): כלי לסיקור ולהערכה תזונתית בקשישים (גיל 65 ומעלה), בעל מהימנות ותוקף גבוהים. הכלי מתאים לשימוש במגוון אוכלוסיות של קשישים, כולל: עצמאיים בקהילה וכאלה הנמצאים בבתי חולים ובתי אבות, וכן בעת טיפולי בית (Guigoz, 2006). הכלי מומלץ לשימוש על ידי ה-ESPEN (Kondrup, Allison, Elia et al., 2003) ויש הרואים בו כ-"gold standard" לסיקור תזונתי בקשישים (Salva, Coll-Planas, Bruce et al., 2009). לכלי שתי גרסאות: ארוכה (18 שאלות) וקצרה (6 שאלות). הציון המתקבל בגרסה עדכנית של השאלון הקצר (ראו נספח 1 בסוף המאמר) נחלק לשלוש קטגוריות:

14-12 – מצב תזונתי תקין; 11-8 – סיכון תזונתי; 7-0 – מצב של תת-תזונה. כמו כן, ניתן להשתמש בהיקף שוק (Calf Circumference, CC) במקרים שבהם קיים קושי לקבוע את ה-BMI של הקשיש (Kaiser, Bauer & Ramsch, 2009).
 2. DETERMINE: כלי הכולל 10 פריטים בתחומים שונים, שראשי התיבות שלהם מרכיבים את שמו (Disease, Eating poorly, Tooth loss/mouth pain, Economic hardship, Reduced social contact, Multiple medicines, Involuntary weight loss/gain, Needs assistance in self-care, Elders years above age 80). תשובה חיובית עבור פריט מזהה בניקוד (ראו נספח 2 בסוף המאמר). הציון הכולל שמתקבל נחלק לשלוש קטגוריות: 2-0 – מצב תזונתי טוב; 3-5 – סיכון תזונתי בינוני; 6 ומעלה – סיכון תזונתי גבוה (White, Dwyer, Posner et al., 1992). הכלי מומלץ לשימוש על ידי מספר איגודים, ביניהם ה-American Academy of Family Physicians.

טיפול בתת-תזונה בזיקנה

הטיפול במצבים של תת-תזונה שם דגש על העשרה של קלוריות וחלבון בתפריט הקשיש. לעתים, יש צורך בנוסף לכך גם בהעשרה של ויטמינים ומינרלים על ידי שימוש בתוספי תזונה (מולטי ויטמין ומינרל, סידן, ויטמין B12 וויטמין D). קביעת כמות הקלוריות והחלבון, שאליהם רוצים להגיע בתפריט, תלויה, בין השאר, במצבו הרפואי-תזונתי של הקשיש, ברמת הפעילות היומית שלו (עצמאי/סיעודי), בנוכחות של מצב חריף כמו דלקת, בתפקוד הכלייתי שלו, ועוד. עם זאת, ניתן לדבר באופן כללי על 30-35 קק"ל/ק"ג ו-1-1.5 גרם חלבון/ק"ג. כדי להשיג יעדים אלה, יש לרכז את המזון של הקשיש (להלן דוגמאות אחדות), ובמקביל יש צורך, לעתים, בשילוב של מזון רפואי נוזלי ו/או אבקות העשרה.

המלצות לריכוז המזון של הקשיש

היות שגרם שומן מכיל 9 קק"ל (בהשוואה ל-4 קק"ל בגרם חלבון או פחמימה), יש יתרון בולט להגברת כמות השומן בדיאטה. כמובן, שנעדיף לתגבר, ככל הניתן, בשומן חד בלתי רווי (שמן קנולה, שמן זית, טחינה, אבוקדו, אגוזים ושקדים טחונים), שאין לו השפעה לרעה על רמת שומני הדם, אך ללא ספק, תת-תזונה דוחה עקרונות, כמו דל שומן רווי וכולסטרול, ואפשר בהחלט גם להעלות את אחוז השומן במוצרי החלב, להוסיף חמאה, ועוד. לקשיש שאינו סובל מסוכרת או מהפרעות משמעותיות ברמות הסוכר, ניתן להוסיף לאוכל סוכר, דבש וסילאן. לאור הירידה ברגישות למתוק עם הגיל, אפשר בדרך זו להשיג

העשרה יפה. ישנן גם אבקות סוכר, שטעמן פחות מתוק והן מאפשרות תוספת קלוריות מפחמימות מבלי לגרום למתיקות יתר של המזון.

סדר האכילה גם הוא חשוב. כאמור, הקשיש מרגיש מלאות מהר ולכן כדאי להתחיל את הארוחה מהמנה החלבונית, כדי להבטיח צריכת חלבון טובה. את המרק והירק עדיף להשאיר לסוף הארוחה. עוד חשוב להקפיד, כי מקור החלבון יהיה בעל ערך ביולוגי גבוה: ביצה, מוצרי בשר, דגים ומוצרי חלב.

מזון רפואי – (Oral Nutritional Supplements) ONS

שישה מאמרי סקירה של עשרות מחקרים אקראיים מבוקרים (Randomized Control Trials) בקרב אלפי קשישים, מלמדים, כי השימוש במזון רפואי כטיפול בתת-תזונה בקרב קשישים מפחית את שיעור הסיבוכים, האשפוזים ושיעור התמותה (Stratton & Elia, 2007; 2010). מזון רפואי נוזלי מגיע לרוב ארוז בפחיות. פחית סטנדרטית של 237 מ"ל מכילה 250 קלוריות ו-8 גרם חלבון; פחית בריכוז גבוה יותר מכילה 350 קלוריות ו-13 גרם חלבון. המזון הרפואי הנוזלי הוא מאוזן וכולל את כל רכיבי התזונה, לרבות ויטמינים ומינרלים. במצבים קיצוניים, המזון הרפואי יכול לשמש כתזונה בלעדית (דוגמת הזנה בצנרת). ישנם מצבים שבהם הקשיש מתקשה לאכול מזונות בעלי מרקם נוזלי עקב בעיות בליעה. במקרים אלה נהוג, לאחר הערכה של קלינאית תקשורת, הקובעת את המרקם המומלץ, להשתמש במסמך. יש לזכור, כי מידת ההסמכה הסופית מתקבלת תוך דקה ולכן יש להתחיל בכמות קטנה עד להשגת המרקם הדרוש. בשונה מהסמכת נוזלים רגילים, הסמכה של מזון רפואי יוצרת, לעתים, גושים ולכן כדאי להשתמש במסמך מיוחד לפורמולות.

אבקות העשרה

אבקות העשרה הן דרך להעשיר את התפריט של הקשיש בעיקר בקלוריות ובחלבון. את האבקה מוסיפים למזון של הקשיש. בין היתרונות של השימוש באבקות, שניתן "להחביא" אותן. כלומר, הקשיש אוכל את המזון הרגיל שלו מבלי לדעת/להרגיש, כי המזון מועשר. יתרון נוסף הוא, שניתן להשיג אבקות העשרה בדרגת כשרות גבוהה של הבר"ץ. כמו כן, ישנן אבקות העשרה שהן פרווה וניתנות לשילוב גם במזון בשרי. חשוב לזכור, כי האבקות אינן מאוזנות ואינן מכילות ויטמינים ומינרלים (מה שתורם לטעימות גבוהה יותר) ויש לשקול השלמת ויטמינים ומינרלים בתוספים.

כאשר נדרשת העשרה ייחודית של חלבון, אפשר לעשות שימוש באבקות חלבון. אבקות החלבון נבדלות זו מזו במקור החלבון: קזאין, סויה ומי גבינה. כל האבקות מהוות מקור

טוב לחלבון, כאשר במצב של ירידה במסה, באיכות ובתפקוד השריר המכונה סרקופניה (Sarcopenia), ייתכן שקיים יתרון להעשרה באבקת מי גבינה בשל תכולה גבוהה של חומצת אמינו לאוצין (Morley, Argiles, Evans et al., 2010; Pennings, Boirie, Senden et al., 2011).

לסיכום, אוכלוסיית הקשישים נמצאת בסיכון לתת-תזונה. איתור קשישים בסיכון צריך להיעשות גם בקהילה וגם בקבלה לאשפוז/מוסד על ידי שימוש בשיטות מקובלות ומתאימות. איתור מוקדם והתערבות תזונתית באמצעות מזון ומזון רפואי יכולים לשמור על בריאותו, תפקודו ואיכות חייו של הקשיש ומשפחתו ולהביא לחיסכון בעלויות בריאות.

משקל יתר בזיקנה

היקף התופעה

כ-40% מהנשים ו-30% מהגברים בגילאי 65 ומעלה סובלים מהשמנה (סקר מב"ת זהב, 2010). מעל גיל 75, שיעור ההשמנה פוחת ועומד במוצק על 20% בקרב נשים ו-10% בקרב גברים (Donini, Savina, Gennaro et al., 2012; Stessman, Jacobs, Ein-Mor et al., 2009).

השלכות של משקל יתר בזיקנה

משקל יתר בזיקנה מגדיל את הסיכון למוגבלות ולהידרדרות תפקודית (Vincent, Vincent, & Calle, Rodriguez, Walker-Thurmond et al., 2003; Oreopoulos, 2010; McCarthy, Bigal, Katz et al., 2009; Kalantar-Zadeh, Sharma et al., 2009; Banegas, Lopez, 2009; Ray, Lipton, Zimmerman et al., 2011; Garcia, Graciani et al., 2007). הקשר בין משקל יתר לתמותה בזיקנה נתפס כנושא שנוי במחלוקת (Oreopoulos et al., 2009). עם זאת, ניתן לומר, כי הקשר בין השמנה ותמותה בזיקנה נמשך ומתואר בעקומת "U". כלומר, תמותה גבוהה יותר במשקלים מאוד נמוכים ומאוד גבוהים. בניגוד לגילאים צעירים יותר, בזיקנה, עקומה זו משתטחת וזוהי ימינה, כלומר, טווח המשקל התקין רחב יותר ותמותה מוגברת מתקיימת בעיקר בהשמנה מאוד קיצונית, מעל BMI של 35 (Adams, Schatzkin, Harris et al., 2006; Calle et al., 1999; Donini et al., 2012).

הנושא של משקל יתר בזיקנה זכה לא פעם לכינוי "פרדוקס ההשמנה". הפרדוקס הוא לא רק בכך שישנם קשישים שעבורם ההשמנה היא גורם מגן (לדוגמה: דיירים קשישים במסגרות אשפוז גריאטרי ארוך-טווח), אלא בעיקר העובדה, שגם אם ההשמנה פוגעת

בבריאות הקשיש, לא בהכרח שירידה במשקל תשפר את מצבו הבריאותי, ולעתים היא אף עלולה להזיק (Darmon et al., 2010; Wannamethee, Shaper & Lennon, 2005).

מהו משקל יתר בזיקנה?

ניתן להגדיר משקל יתר בזיקנה על ידי אחד המדדים הבאים:

1. מדד ה-BMI: יחס השווה או גדול מ-30 מוגדר כהשמנה, גם בזיקנה. עם זאת, בזיקנה, מקובל להתערב בהשמנה בעיקר בדרגות השמנה 2 (מעל 35) ו-3 (מעל 40).
2. מדד היקף המותניים (Waist Circumference) WC: ישנן מספר דרכים למדידת היקף המותניים, ביניהן מדידת היקף המותניים בקו הטבור (מומלץ בקרב גברים) ומעל עצם האגן אצל נשים (Wang, Ma & Si, 2010). ארגוני הבריאות לא קבעו ערכי ייחודיים של מדד זה בזיקנה, אך ממחקרים אפידמיולוגיים נראה, כי היקף מותניים המנבא עלייה במוגבלות, כאב ותחלואה אצל גברים קשישים הוא מעל 106 ס"מ ואצל נשים זקנות מעל 98 ס"מ (Heim, Snijder, Heymans et al., 2011), זאת, בהשוואה לערכי ייחוס המקובלים של 102 ס"מ בקרב גברים ו-88 ס"מ בקרב נשים בגילאים הצעירים יותר.

מהם הגורמים השכיחים להשמנה בזיקנה?

קיים מגוון של גורמים לשכיחות גבוהה של השמנה בזיקנה. חלקם מאפיינים השמנה בכל קבוצות הגיל וחלקם ייחודיים יותר לזיקנה. בין הגורמים ניתן לציין את הגנטיקה (אנשים שסבלו מהשמנה בגילאים צעירים יותר והגיעו לזיקנה עם השמנה); מגדר (שכיחות השמנה גבוהה יותר בקרב נשים, ככל הנראה בשל תקופת המנופאוזה, המביאה לזינוק בשיעור בעיות משקל יתר בקרב נשים); מצב כלכלי והשכלה, המובילים לבחירת מוצרי מזון זולים, עתירי קלוריות וסוכר, על רקע מצוקה כלכלית ו/או חוסר ידע; שינויים פיזיולוגיים בהרכב הגוף, הכוללים עלייה במסת שומן ואיבוד מסת שריר ומביאים לירידה בהוצאה האנרגטית; גורמים פסיכולוגיים וסוציאליים שכיחים בזיקנה, כמו אלמנות, מיסוד ובודדות עשויים לפגוע במצב הרוח ולהביא לאכילת יתר; חוסר פעילות גופנית (לעתים בשל מוגבלות); הפסקת עישון, המביאה לעתים לעלייה במשקל (Inelmen, Sergi, Coin et al., 2003).

מתי מותר לעשות דיאטת הרזיה בזיקנה?

ניתן לעשות דיאטת הרזיה בזיקנה כאשר מתקיימים כל התנאים הבאים (Darmon et al., 2010):

- זקן עצמאי עם רמת תפקוד טובה.
- קיימים שיקולים בריאותיים ברורים המצדיקים ירידה במשקל והם עולים על הסיכונים שבדיאטה מגבילה.
- הזקן מביע רצון לרדת במשקל.

למה חשוב לשים לב בביצוע דיאטת הרזיה בזיקנה?

בניגוד לסטיגמה הרווחת, שלקשישים קשה לעשות שינוי באורח חייהם, מחקרים מהשנים האחרונות מראים, כי לקשישים שיעור הצלחה גבוה יותר בדיאטת הרזיה, בהשוואה לקבוצות גיל צעירות יותר, הנובע משיעור היענות גבוה יותר גם לשינויים בתזונה וגם לביצוע פעילות גופנית (Van der Mark, Jonasson, Svensson et al., 2009; Wadden, Neiberg, Wing et al., 2011). יש לקחת נקודה זו בחשבון כאשר מדריכים קשיש לירידה במשקל. אין לתת הנחיות קיצוניות או מוגזמות בכוונה, מתוך מחשבה מוטעית ש"בטח הוא יעשה חצי ממה שאומרים לו." יש לתת הנחיות מתונות בדיוק לפי הנדרש, כדי שהקשיש לא יפנה בטעות לדיאטת הרזיה קיצונית מדי.

לצד יתרונות אפשריים של ירידה במשקל, בזיקנה קיימים גם סיכונים של דלדול מסת השריר והעצם (Villareal, Chode, Parimi et al., 2011) והתפתחות חסרים תזונתיים (Darmon et al., 2010). על כן, כאשר קשיש עושה דיאטת הרזיה חשוב להקפיד על:

- ליווי של דיאטן.
- פעילות גופנית של התנגדות (resistance training).
- צריכת חלבון טובה – כמותית ואיכותית.
- נטילת תוספי תזונה בהתאם להמלצת הדיאטן (דוגמת סידן וויטמין D).
- קצב הירידה במשקל הוא איטי.

האם מותר לתת תרופות הרזיה בזיקנה?

תרופת ההרזיה קסניקל (Xenical; Orlistat) נבדקה במחקרים גם בקרב קשישים ונחשבת בטוחה לשימוש בגילאים אלה (Horie, Cercato, Mancini et al., 2010). התרופה מפחיתה את שיעור הספיגה של שומן מהמזון ב-30%. השומן שלא נספג מופרש בצואה. צריכת תפריט עתיר שומן עלולה לגרום לשלשולים, לכן יש לנקוט משנה זהירות בקרב קשישים עם ירידה בתפקוד הסוגרים.

האם מותר לעשות ניתוח קיצור קיבה בזיקנה?

ניתן לבצע ניתוחי קיצור קיבה בזיקנה רק במקרים של השמנה קיצונית, המלווים בתחלואה נלווית בדרגת חומרה גבוהה (לדוגמה: סוכרת ויתר לחץ דם לא מאוזנים עם מקסימום טיפול תרופתי) (Yermilov, McGory, Shekelle et al., 2009). במקרים של ניתוח קיצור קיבה בזיקנה יש חשיבות מיוחדת לביצוע הערכה קוגניטיבית, בחינת גורמי לחץ בחיים וקיומם של מקורות תמיכה (Henrickson, Ashton, Windover et al., 2009).

תזונה ותחלואה כרונית בזיקנה

תזונה נכונה חשובה למניעה, לעיכוב ולטיפול במגוון מצבים כרוניים השכיחים בזיקנה. העלייה בהוצאות הבריאות היא לרוב על רקע מצבים כרוניים, שחשיבות התזונה בהם הוכחה. כ-87% מהקשישים סובלים מאחד או יותר מהמצבים של יתר לחץ דם, סוכרת ודיסליפידמיה (מגוון הפרעות ברמות של שומני הדם השונים, כולל כולסטרול וטריגליצרידים) (Kamp, Wellman & Russell, 2010). נתעכב עתה על התזונה המומלצת במספר מצבים כרוניים שכיחים בזיקנה.

יתר לחץ דם

לפי סקר מב"ת זהב (2010), שיעור הקשישים בישראל, הסובל מיתר לחץ דם, הוא כ-50% מהגברים ו-60% מהנשים. התזונה המומלצת לאיזון לחץ דם היא דיאטת ה-DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), על שם המחקר שעסק בתבניות אכילה להפחתת לחץ דם. ה-DASH היא דיאטה דלה בשומן רווי, כולסטרול וסך שומן. דיאטה זו עשירה באשלגן, מגנזיום, סידן, חלבון וסיבים תזונתיים (להרכב התזונתי המלא של דיאטת ה-DASH ראו נספח 3 בסוף המאמר). הדיאטה שמה דגש על ירקות ופירות ומוצרי חלב דלי שומן וכוללת גם דגנים מלאים, דגים, עוף ואגוזים. הדיאטה אינה מכילה הרבה בשר בקר, מתוקים וסוכר מוסף (Champagne, 2006) (לפירוט מספר המנות מכל קבוצת המזון ראו נספח 4 בסוף המאמר).

דיאטת ה-DASH נוסתה בשלוש רמות שונות של צריכת נתרן: 3,300 מ"ג, 2,300 מ"ג ו-1,500 מ"ג. הדיאטה נמצאה אפקטיבית להפחתת לחץ דם בכל רמות הצריכה של הנתרן, כאשר הפחתת לחץ הדם הייתה הטובה ביותר ברמת הנתרן הנמוכה ביותר (Champagne, 2006). חשוב לציין, כי מצד אחד הקשר בין צריכת מלח גבוהה לבין יתר לחץ דם (במיוחד סיסטולי) בזיקנה ברור (Alam & Johnson, 1999; Darmon et al., 2010), ולכן הגבלת

נתרן בדיאטה עשויה לתרום לאיזון לחץ הדם בקשישים. עם זאת, יש לזכור שהרגישות לטעם מלוח פוחתת עם הגיל (Heft & Robinson, 2010) ודיאטה מוגבלת מאוד בנתרן תהיה באופן משמעותי פחות טעימה לקשיש ועלולה לפגוע בצריכת המזון שלו ולהוביל לחסרים תזונתיים (Darmon et al., 2010). על כן, יש לשקול היטב את מידת ההגבלה של נתרן בדיאטה ולדאוג לתיבול חלופי של המזון.

סוכרת

לפחות 20% מהקשישים בגילאי 65 ומעלה סובלים מסוכרת, ושיעור זה צפוי לעלות (American Diabetes Association, 2013). מטרת הטיפול בסוכרת בקרב קשישים עצמאיים עם רמת תפקוד פיזי וקוגניטיבי טובה וקיים לגביהם צפי לתוחלת חיים סבירה, בדומה למקובל בקרב צעירים. כלומר, השגת רמת המוגלובין מסוכרר הקטנה מ-7% (Hb A1C). עם זאת, אוכלוסיית הקשישים היא מאוד הטרוגנית. יש קשישים "הסוחבים" איתם את הסוכרת שנים ופיתחו סיבוכים, בעוד שאחרים פיתחו סוכרת רק לעת זיקנה. על כן, יש להתאים את מטרת הטיפול בכל מקרה לגופו. במקרים שבהם קיימים סיבוכי סוכרת, קיים חשש גבוה לנפילת סוכר (היפוגליקמיה), קיימות ברקע מחלות מגבילות/מסכנות חיים ופגיעה קוגניטיבית – ניתן להתפשר על מטרת הטיפול. בכל מקרה, מומלץ להימנע מרמות קיצוניות של סוכר, מחשש לסיבוכים מיידים, דוגמת התייבשות, עיכוב בהחלמת פצעים ואבדן הכרה (American Diabetes Association, 2013).

עקרונות התזונה המקובלים כיום בסוכרת (Medical Nutritional Therapy) כוללים:

- דגש על ספירת פחמימות ופיזור מתאים של הפחמימות לאורך היום.
- שומנים – הגבלת שומן רווי וחומצות שומן טרנס.
- סיבים תזונתיים – עידוד צריכת סיבים במינון של 14 גרם/1000 קק"ל.
- משקל – שמירה על משקל גוף תקין.
- פעילות גופנית – 150 דקות לשבוע.

שומנים בדם

עם הגיל, חלים שינויים בפרופיל שומני הדם. רמת הכולסטרול הרע (LDL) עולה ומגיעה לשיאה בין גיל 50-60 בגברים ובין גיל 60-70 בנשים (Gobal & Mehta, 2010). רמת הכולסטרול הטוב (HDL) אצל הגברים יורדת, ואילו אצל נשים נותרת יציבה (Gobal & Mehta, 2010). רמת הטריגליצרידים (TG) עולה בגברים עד גיל 40-50 ואחר כך יורדת, ואילו בנשים רמתם עולה (Gobal & Mehta, 2010).

מחקרים רבים הראו קשר חזק בין רמות כולסטרול והסיכון לפתח מחלות לב, גם בקרב קשישים בגילאי 65 ומעלה (Gobal & Mehta, 2010; Shanmugasundaram, Rough & Alpert, 2010). עם זאת, קשר זה נחלש אחרי גיל 75-80, מספר מחקרים לא הצליחו כלל להוכיח קשר זה אחרי גיל 80 (Gobal & Mehta, 2010; Shanmugasundaram et al., 2010). עוד חשוב לציין, כי רמה נמוכה של כולסטרול היא לעתים סימן אזהרה למצב תזונתי ובריאותי ירוד בקרב קשישים (Darmon et al., 2010).

טיפול תרופתי לאיזון שומני הדם, בעיקר בסטטינים, הוכח כאפקטיבי במניעה ראשונית ושניונית של מחלות לב, גם בקרב קשישים בגילאי 65 ומעלה (Gobal & Mehta, 2010). כמו כן, קיימים מחקרים שבדקו את בטיחות התרופה בקרב קשישים, כאשר לא נמצא הבדל ברמת הבטיחות בין קשישים לצעירים (Global & Mehta, 2010; Thomas, Tershakovec, Jones-Burton et al., 2010). למרות זאת, בפועל, הקשישים פחות מטופלים תרופתית (Shanmugasundaram et al., 2010). ההחלטה לגבי טיפול תרופתי ומידת האגרסיביות בטיפול צריכה להיעשות כל מקרה לגופו, תוך התייחסות למגוון שיקולים קליניים, כולל: גיל, תחלואה נלווית, צפי תוחלת חיים, איכות חיים, אינטראקציה אפשרית בין תרופות ורווח צפוי מול סיכונים (Shanmugasundaram et al., 2010).

הנחיות תזונתיות לאיזון שומני הדם

כדי לשמור על רמות מאוזנות של שומני הדם מומלץ להפחית את צריכת השומן הרווי (> 7% מהקלוריות היומיות), להפחית את כמות הכולסטרול במזון (> 200 מ"ג ליום), לצמצם למינימום את צריכת שומן הטרנס, להגביר צריכה של סיבים תזונתיים ולהגביר צריכה של פיטוסטרולים (רכיבים טבעיים הנמצאים בעולם הצומח בעלי מבנה דומה לכולסטרול, ולכן מתחרים איתו על הספיגה במעי).

המידע לגבי האפקטיביות של טיפול תזונתי להורדת כולסטרול על תחלואת לב בקרב קשישים מוגבל, ועל כן חשוב להרגיע את הקשישים שלעתים מאמצים דיאטות מגבילות מאימת הכולסטרול (Darmon et al., 2010). כמו כן, יש להימנע מהגבלות בתזונה בקרב קשישים הנמצאים בסיכון לתת-תזונה, במיוחד כאלה עם דמנציה ומוגבלות פיזית, שגישתם לתזונה נאותה מוגבלת (Gobal & Mehta, 2010).

אוסטיאופורוזיס

אוסטיאופורוזיס היא מחלה שבה ישנה ירידה בצפיפות העצם ושינוי מיקרוסטרוקטורלי במבנה העצם, המביאים לנטייה מוגברת לשברים (National Osteoporosis Foundation; NOF, 2013). שברים אוסטיאופורוטיים שכיחים בעיקר בשלושה אזורים: צוואר הירך, חוליות

ושורש כף היד (NOF, 2013). שכיחות המחלה עולה עם הגיל, והיא גבוהה יותר בקרב נשים. אחת מכל שתי נשים ואחד מכל חמישה גברים יסבלו במהלך חייהם משבר אוסטיאופורוטי (NOF, 2013). בסקר מב"ת זהב (2010) דיווחו 6.7% מהגברים ו-43.7% מהנשים כי הם סובלים מאוסטיאופורוזיס. חשוב לזכור, כי מדובר במחלה עם שיעור תמותה גבוה, 8.4%-30% בשנה הראשונה לאחר שבר אוסטיאופורוטי בצוואר הירך (NOF, 2013). למחלה זו גם השלכות משמעותיות על איכות החיים. כ-20% מהאנשים לאחר שבר בצוואר הירך לא חוזרים לרמת התפקוד הקודמת שלהם ואף נזקקים לפתרונות מוסדיים (NOF, 2013). כמו מחלות כרוניות אחרות, אוסטיאופורוזיס נגרמת כשילוב של גנטיקה והתנהגות. לאורח החיים תפקיד חשוב, הן במניעה והן בטיפול במחלה. הגורמים התזונתיים שנחקרו בהקשר לאוסטיאופורוזיס רבים, הפופולריים ביותר הם סידן וויטמין D (NOF, 2013). 99% ממאגרי הסידן בגוף נמצאים בשלד. כאשר אספקת הסידן מהדיאטה לא מספיקה, ישנה ספיגה (resorption) של הסידן מהעצם החוצה, כדי לשמור על רמת סידן תקינה בדם. צריכת הסידן המומלצת בגילאי 70 ומעלה היא 1,200 מ"ג ליום. צריכה גבוהה יותר אינה מומלצת, שכן עלולה לגרום לסיכון מוגבר לאבנים בכליות ולמחלות לב, במיוחד כאשר היא באה מתוספים (NOF, 2013).

כיצד נדע אם הקשיש זקוק לתוסף סידן?

ניתן לאמוד את צריכת הסידן בתפריט די בקלות. מסכמים את כמות הסידן ממוצרי החלב (לפי תוויות המזון), שהקשיש אוכל. לסכום זה מוסיפים 250 מ"ג (כמות הסידן המצטברת בממוצע ממזונות שאינם חלביים, דוגמת ירקות ירוקים, פירות וכדומה). אם לא הגענו לצריכה המומלצת, כדאי לשקול השלמה בתוסף (NOF, 2013).

איזה תוסף סידן מומלץ ועל מה חשוב להקפיד?

את תוסף הסידן מומלץ ליטול אחרי ארוחה לא חלבית. באופן כללי, ספיגת הסידן דומה בתכשירים של קלציום קרבונט וקלציום ציטראט (Quesada-Gómez, Blanch-Rubió, Díaz—Curiel et al., 2011). יתרונותיו של הקרבונט בכך, שהוא זול יותר ומכיל ריכוז גבוה יותר של סידן בכל טבלייה (500-600 מ"ג). יתרונותיו של הציטראט בכך, שספיגתו לא דורשת סביבה חומצית, ולכן ניתן לקחת אותו גם ללא אוכל ובמקרים של ירידה בחומציות הקיבה (Quesada-Gómez et al., 2011). כמו כן, הוא אינו גורם לעצירות. במקרים של עצירות כרונית, יש אפוא יתרון לקלציום ציטראט. יש לשים לב שמינון הסידן בכל טבלייה נמוך יותר (250-300 מ"ג). לויטמין D תפקיד חשוב בספיגת סידן, בריאות העצם, תפקוד השריר, שיווי משקל והקטנת הסיכון לנפילות (NOF, 2013). המינון המומלץ של ויטמין זה לקשישים מעל גיל

70 הוא 800-1,000 יחידות בינלאומיות. מדידת רמת הפרו-ויטמין D (25OH VIT D) יכולה לסייע בקביעת המינון המומלץ כתוסף במקרים של חסר, כאשר הרמה האופטימלית בדם היא כ-30 g/ml (75 nmol/L). פרוטוקול טיפולי מקובל במצב של חסר, כולל מתן 50,000 יחב"ל פעם בשבוע במשך 8-12 שבועות ולאחר מכן מינון החזקה של 1,500-2,000 יחב"ל/יום (NOE, 2013). הטיפול בוויטמין D יכול להיות יומי, אך ניתן גם לרכזו לפעם בשבוע או חודש, לקבלת תוצאות דומות (Binkley, Gemar, Engelke et al. 2011; Ish-Shalom, Segal, Salganik et al., 2008).

מערכת העיכול

עצירות היא תלונה שכיחה בזיקנה (Nigam & Knight, 2008). עצירות מוגדרת כשינוי בפעילות המעי, כולל שינוי בתדירות, קושי ביציאה והתרוקנות לא מלאה. תדירות תקינה של פעילות מעיים יכולה לנוע משלוש פעמים ביום ועד פעם ב-72 שעות (Mahan & Escott-Sttump, 2008). עצירות שכיחה בזיקנה, בין היתר, בשל ירידה בפריסטילטיקה (תנועתיות) של המעי, המאריכה את זמן המעבר של הצואה במעי הגס (Nigam & Knight, 2008). גורמים התנהגותיים, התורמים לעצירות כוללים: שתייה לא מספקת, תזונה דלה בסיבים, ירידה בפעילות הגופנית ובכושר הניידות ושימוש מוגבר בתרופות (Mahan & Escott-Sttump, 2008). עקרונות הטיפול בעצירות כוללים: שתייה מרובה (צבע שתן שקוף), העשרה הדרגתית בסיבים תזונתיים בדיאטה, המלווה בהגברת שתייה, פעילות גופנית והימנעות מתוספים לקסטיביים המכילים את צמח הסנה. ניתן להגביר את כמות הסיבים התזונתיים בדיאטה על ידי אכילת דגנים מלאים, שילוב קטניות, אכילת ירקות ופירות שטופים היטב עם הקליפה ואכילת אגוזים וזרעים.

טיפ הבית – קוקטייל עגבניות

1/2 כוס מיץ עגבניות, 1 כף שמן, 1 כף פשתן טחון/קוואקר – מלווה בשתיית נוזלים מדי בוקר על קיבה ריקה.

מתי להפנות את הקשיש לדיאטנית?

בפרק זה הובאו מגוון עצות מעשיות לטיפול במצבים תזונתיים שכיחים בזיקנה. חשוב לציין, כי מידע זה לא בא להחליף הפניה לדיאטנית, אלא לסייע למטפלים השונים במתן הנחיה ראשונית עד לביקור אצל דיאטנית. ישנם מקרים, שבהם ההפניה לדיאטנית חשובה במיוחד,

למשל, כאשר קיים סיכון תזונתי בינוני וחמור, כאשר יש ריבוי של אבחנות כרוניות ברקע, המחייבות התייחסות תזונתית המקשה על הגעה להמלצות (לדוגמה תת-תזונה בשילוב עם סוכרת ו/או אי-ספיקת כליות) וכאשר קיים קושי בגיוס המוטיבציה של המטופל.

סיכום

יש להדגיש, שבתחום התזונה ישנה חשיבות מיוחדת לעבודה בצוות רב-מקצועי. בראש ובראשונה, חשוב הקשר עם רופא המשפחה, המהווה קו ראשון לאיתור קשישים בסיכון תזונתי, כמו גם אוטוריטה רפואית עבור החולה הקשיש. הקשר עם אנשי מקצוע נוספים אף הוא חשוב ביותר, בשל איסוף המידע הרחב הנדרש, לעתים, לגבי מצב כלכלי, משפחתי וחברתי. בהקשר זה עובדת סוציאלית עשויה לסייע. במקרה של קשישים במצב תפקודי ירוד, חשוב לקבל מידע סיעודי מהאחות ומידע בנוגע לתפקוד של הזקן מאנשי מקצוע סמך-רפואיים, למשל פיזיותרפיסט, מרפאה בעיסוק וקלינאית תקשורת. המידע המתקבל מכל אנשי המקצוע מסייע להרכבת תכנית התערבות המתאימה ביותר לקשיש ומבטיח שמירה על מצב תזונתי מיטבי.

מקורות

ברודסקי, ג', שנור, י. ובאר, ש. (עורכים). (2012). קשישים בישראל, שנתון סטטיסטי 2011. ירושלים.
מב"ת זהב. (2010). סקר מצב בריאות ותזונה לאומי לבני 65 ומעלה 2005-2006, חלק א' ממצאים כלליים. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות מכון גרטנר, המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל השומר.

American Diabetes Association. (2013). Standards of medical care in diabetes — 2013. *Diabetes Care*, 36 Suppl 1, S11-S66. doi: 10.2337/dc13-S011.
Adams, K.F., Schatzkin, A., Harris, T.B., Kipnis, V., Mouw, T., Ballard-Barbash, R. & Leitzmann, M.F. (2006). Overweight, obesity, and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old. *The New England Journal of Medicine*, 355, 763-778.

- Ahmed, T. & Haboubi, N. (2010). Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clinical Interventions in Aging*, 5, 207-216.
- Alam, S. & Johnson, A.G. (1999). A meta-analysis of randomised controlled trials (RCT) among healthy normotensive and essential hypertensive elderly patients to determine the effect of high salt (NaCl) diet of blood pressure. *Journal of Human Hypertension*, 13, 367-374.
- Amarantos, E., Martinez, A. & Dwyer, J. (2001). Nutrition and quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 56, 54-64.
- Andr s, E., Loukili, N.H., Noel, E., Kaltenbach, G., Abdelgheni, M.B., Perrin, A.E. & Blick l , J.F. (2004). Vitamin B12 (cobalamin) deficiency in elderly patients. *Canadian Medical Association Journal*, 171, 251-259.
- Banegas, J.R., López-García, E., Graciani, A., Guallar-Castill n, P., Gutierrez-Fisac, J.L., Alonso, J. & Rodríguez-Artalejo, F. (2007). Relationship between obesity, hypertension and diabetes, and health-related quality of life among the elderly. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 14, 456-462.
- Bauer, J.M., Kaiser, M.J. & Sieber, C.C. (2010). Evaluation of nutritional status in older persons: nutritional screening and assessment. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 13, 8-13. doi: 10.1097/MCO.0b013e32833320e3.
- Binkley, N., Gemar, D., Engelke, J., Gangnon, R., Ramamurthy, R., Krueger, D. & Drezner, M.K. (2011). Evaluation of ergocalciferol or cholecalciferol dosing, 1,600 IU daily or 50,000 IU monthly in older adults. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 96, 981-988. doi: 10.1210/jc.2010-0015.
- Bossingham, M.J., Carnell, N.S. & Campbell, W.W. (2005). Water balance, hydration status, and fat-free mass hydration in younger and older adults. *American Journal of Clinical Nutrition*, 81, 1342-1350.
- Calle, E.E., Rodriguez, C., Walker-Thurmond, K. & Thun, M.J. (2003). Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *The New England Journal of Medicine*, 348, 1625-1638.

- Champagne, C.M. (2006). Dietary interventions on blood pressure: The dietary approaches to stop hypertension (DASH) trials. *Nutrition Reviews*, 64, S53-S56.
- Chatthanawaree, W. (2011). Biomarkers of cobalamin (vitamin B12) deficiency and its application. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 15, 227-231.
- Darmon, P., Kaiser, M.J., Bauer, J.M., Sieber, C.C. & Pichard, C. (2010). Restrictive diets in the elderly: Never say never again? *Clinical Nutrition*, 29, 170-174. doi: 10.1016/j.clnu.2009.11.002.
- Donini, L.M., Savina, C., Gennaro, E., De Felice, M.R., Rosano, A., Pandolfo, M.M. & Chumlea, W.C. (2012). A systematic review of the literature concerning the relationship between obesity and mortality in the elderly. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 16, 89-98.
- Elia, M. & Stratton, R.J. (2011). Considerations for screening tool selection and role of predictive and concurrent validity. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 14, 425-433. doi: 10.1097/MCO.0b013e328348ef51.
- Feldblum, I., German, L., Castel, H., Harman-Boehm, I., Bilenko, N., Eisinger, M. & Shahar, D.R. (2007). Characteristics of undernourished older medical patients and the identification of predictors for under nutrition status. *Nutrition Journal*, 6, 37.
- German, L., Feldblum, I., Bilenko, N., Castel, H., Harman-Boehm, I. & Shahar, D.R. (2008). Depressive symptoms and risk for malnutrition among hospitalized elderly people. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 12, 313-318.
- Gobal, F.A. & Mehta, J.L. (2010). Management of dyslipidemia in the elderly population. *Therapeutic Advances of Cardiovascular Disease*, 4, 375-383. doi: 10.1177/1753944710385048.
- Guigoz, Y. (2006). The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature-What does it tell us? *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 10, 466-485, discussion 485-487.
- Heft, M.W. & Robinson, M.E. (2010). Age differences in orofacial sensory thresholds. *Journal of Dental Research*, 89, 1102-1105. doi: 10.1177/0022034510375287.
- Heiat, A., Vaccarino, V. & Krumholz, H. (2001). An evidence-based assessment of federal guidelines for overweight and obesity as they apply to elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, 161, 1194-1203.

- Heim, N., Snijder, M.B., Heymans, M.W., Deeg, D.J., Seidell, J.C. & Visser, M. (2011). Optimal cutoff values for high-risk waist circumference in older adults based on related health outcomes. *American Journal of Epidemiology*, 15, 479-489. doi: 10.1093/aje/kwr093.
- Henrickson, H.C., Ashton, K.R., Windover, A.K. & Heinberg, L.J. (2009). Psychological considerations for bariatric surgery among older adults. *Obesity Surgery*, 19, 211-216. doi: 10.1007/s11695-008-9768-4.
- Heuberger, R.A. & Caudell, K. (2011). Polypharmacy and nutritional status in older adults: A cross-sectional study. *Drugs & Aging*, 28, 315-323. doi: 10.2165/11587670-000000000-00000.
- Horie, N.C., Cercato, C., Mancini, M.C. & Halpern, A. (2010). Long-term pharmacotherapy for obesity in elderly patients: A retrospective evaluation of medical records from a specialized obesity outpatient clinic. *Drugs & Aging*, 27, 497-506. doi: 10.2165/11536660-000000000-00000.
- Inelmen, E.M., Sergi, G., Coin, A., Miotto, F., Peruzza, S. & Enzi, G. (2003). Can obesity be a risk factor in elderly people? *Obesity Reviews*, 4, 147-155.
- Ish-Shalom, S., Segal, E., Salganik, T., Raz, B., Bromberg, I.L. & Vieth, R. (2008). Comparison of daily, weekly, and monthly vitamin D3 in ethanol dosing protocols for two months in elderly hip fracture patients. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93, 3430-3435. doi: 10.1210/jc.2008-0241.
- Jyrkkä, J., Enlund, H., Lavikainen, P., Sulkava, R. & Hartikainen, S. (2011). Association of polypharmacy with nutritional status, functional ability and cognitive capacity over a three-year period in an elderly population. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 20, 514-522. doi: 10.1002/pds.2116.
- Jyrkkä, J., Mursu, J., Enlund, H. & Lönnroos, E. (2012). Polypharmacy and nutritional status in elderly people. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 15, 1-6. doi: 10.1097/MCO.0b013e32834d155a.
- Kaiser, M.J., Bauer, J.M. & Ramsch, C. (2009). Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13, 782-788.
- Kamp, B.J., Wellman, N.S. & Russell, C., American Dietetic Association; American Society for Nutrition; Society for Nutrition Education. (2010). Position of the

- American Dietetic Association, American Society for Nutrition, and Society for Nutrition Education: Food and nutrition programs for community-residing older adults. *Journal of the American Dietetic Association*, 110, 463-472.
- Kimura, Y., Wada, T., Okumiya, K., Ishimoto, Y., Fukutomi, E., Kasahara, Y. & Matsubayashi, K. (2012). Eating alone among community-dwelling Japanese elderly: Association with depression and food diversity. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 16, 728-731. doi: 10.1007/s12603-012-0067-3.
- Kondrup, J., Allison, S.P., Elia, M., Vellas, B. & Plauth, M., Educational and Clinical Practice Committee, European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22, 415-421.
- Krebs-Smith, S.M. & Kris-Etherton, P. (2007). How does MyPyramid compare to other population-based recommendations for controlling chronic disease? *Journal of the American Dietetic Association*, 107, 830-837.
- Kushnir, D., Zusman, S.P. & Robinson, P.G. (2004). Validation of a Hebrew version of the Oral Health Impact Profile 14. *Journal of Public Health Dentistry*, 64, 71-75.
- Lichtenstein, A.H., Rasmussen, H., Yu, W.W., Epstein, S.R. & Russell, R.M. (2008). Modified MyPyramid for Older Adults. *Journal of Nutrition*, 138, 5-11.
- Lochs, H., Allison, S.P., Meier, R., Pirlich, M., Kondrup, J., Schneider, S. & Pichard, C. (2006). Introductory to the ESPEN guidelines in enteral nutrition: Terminology, definitions and general topics. *Clinical Nutrition*, 25, 180-186.
- Locher, J.L., Robinson, C.O., Roth, D.L., Ritchie, C.S. & Burgio, K.L. (2005). The effect of the presence of others on caloric intake in homebound older adults. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 60, 1475-1478.
- Locher, J.L., Ritchie, C.S., Roth, D.L., Sen, B., Vickers, K.S. & Vailas, L.I. (2009). Food choice among homebound older adults: Motivations and perceived barriers. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13, 659-664.
- Mahan, L.K. & Escott-Sttump, S. (Eds.). (2008). *Krause's Food & Nutrition Therapy*. (12th ed.). St. Louis: Saunders Elsevier.

- McCarthy, L.H., Bigal, M.E., Katz, M., Derby, C. & Lipton, R.B. (2009). Chronic pain and obesity in elderly people: results from the Einstein aging study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 115-119. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.02089.x.
- Morley, J.E., Argiles, J.M., Evans, W.J., Bhasin, S., Cella, D., Deutz, N.E. & Anker, S.D. (2010). Society for Sarcopenia, Cachexia, and Wasting Disease. Nutritional recommendations for the management of sarcopenia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11, 391-396. doi: 10.1016/j.jamda.2010.04.014.
- Nigam, Y. & Knight, J. (2008). Exploring the anatomy and physiology of ageing. Part 3 -The digestive system. *Nursing Times*, 104, 22-23.
- National Osteoporosis Foundation. (2013). *Clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis*. Washington, DC: National Osteoporosis Foundation.
- Oh, R. & Brown, D.L. (2003). Vitamin B12 deficiency. *American Family Physician*, 67, 979-986.
- Oreopoulos, A., Kalantar-Zadeh, K., Sharma, A.M. & Fonarow, G.C. (2009). The obesity paradox in the elderly: Potential mechanisms and clinical implications. *Clinics in Geriatric Medicine*, 25, 643-659, viii. doi: 10.1016/j.cger.2009.07.005.
- Pennings, B., Boirie, Y., Senden, J.M., Gijsen, A.P., Kuipers, H. & van Loon, L.J. (2011). Whey protein stimulates postprandial muscle protein accretion more effectively than do casein and casein hydrolysate in older men. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 93, 997-1005. doi: 10.3945/ajcn.110.008102.
- Philpin, S., Merrell, J., Warring, J., Gregory, V. & Hobby, D. (2011). Sociocultural context of nutrition in care homes. *Nursing Older People*, 23, 24-30.
- Quesada-Gómez, J.M., Blanch-Rubió, J., Díaz-Curiel, M. & Díez-Pérez, A. (2011). Calcium citrate and vitamin D in the treatment of osteoporosis. *Clinical Drug Investigation*, 31, 285-298. doi: 10.2165/11584940-000000000-00000.
- Ray, L., Lipton, R.B., Zimmerman, M.E., Katz, M.J. & Derby, C.A. (2011). Mechanisms of association between obesity and chronic pain in the elderly. *Pain*, 152, 53-59. doi: 10.1016/j.pain.2010.08.043.
- Russell, C.A. & Elia, M. (2010). Malnutrition in the UK: where does it begin? *The Proceedings of the Nutrition Society*, 69 (4), 465-9. doi: 10.1017/S0029665110001850.

- Salva, A., Coll-Planas, L., Bruce, S., De Groot, L., Andrieu, S., Abellan, G. & Vellas, B. (2009). Nutritional assessment of residents in long-term care facilities (LTCFs): Recommendations of the task force on nutrition and ageing of the IAGG European region and the IANA. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13, 475-483.
- Samnieng, P., Ueno, M., Shinada, K., Zaitso, T., Wright, F.A. & Kawaguchi, Y. (2011). Oral health status and chewing ability is related to mini-nutritional assessment results in an older adult population in Thailand. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 30, 291-304. doi: 10.1080/21551197.2011.591271.
- Sampson, G. (2009). Weight loss and malnutrition in the elderly – the shared role of GPs and APDs. *Australian Family Physician*, 38, 507-510.
- Schols, J.M., De Groot, C.P., van der Cammen, T.J. & Olde Rikkert, M.G. (2009). Preventing and treating dehydration in the elderly during periods of illness and warm weather. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13, 150-157.
- Shanmugasundaram, M., Rough, S.J. & Alpert, J.S. (2010). Dyslipidemia in the elderly: Should it be treated? *Clinical Cardiology*, 33, 4-9. doi: 10.1002/clc.20702.
- Shimizu, M., Kinoshita, K., Hattori, K., Ota, Y., Kanai, T., Kobayashi, H. & Tokuda, Y. (2012). Physical signs of dehydration in the elderly. *Internal Medicine*, 51, 1207-1210.
- Somes, G., Krichevsky, S., Shorr, R., & Pahor, M. (2002). Body mass index, weight change and death in older adults: The systolic hypertension in the elderly program. *American Journal of Epidemiology*, 156, 132-138.
- Stessman, J., Jacobs, J.M., Ein-Mor, E. & Bursztyn, M. (2009). Normal body mass index rather than obesity predicts greater mortality in elderly people: The Jerusalem longitudinal study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 2232-2238. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02567.x.
- Stratton, R.J. & Elia, M. (2007). A review of the reviews: a new look at the evidence for oral nutritional supplements in clinical practice. *Clinical Nutrition Supplements*, 2, 5-23.
- Stratton, R.J. & Elia, M. (2010). Encouraging appropriate, evidence-based use of oral nutritional supplements. *The Proceedings of the Nutrition Society*, 69, 477-487. doi: 10.1017/S0029665110001977.

- Stratton, R.J., Green, C.J. & Elia, M. (2003). *Disease related malnutrition: An evidence based approach to treatment*. Oxford: CABI.
- Thomas, J.E., Tershakovec, A.M., Jones-Burton, C., Sayeed, R.A. & Foody, J.M. (2010). Lipid lowering for secondary prevention of cardiovascular disease in older adults. *Drugs & Aging*, 27, 959-972. doi: 10.2165/11539550-000000000-00000.
- van der Mark, M., Jonasson, J., Svensson, M., Linné, Y., Rossner, S. & Lagerros, Y.T. (2009). Older members perform better in an internet-based behavioral weight loss program compared to younger members. *Obesity Facts*, 2, 74-79. doi: 10.1159/000209383.
- Villareal, D.T., Chode, S., Parimi, N., Sinacore, D.R., Hilton, T., Armamento-Villareal, R. & Shah, K. (2011). Weight loss, exercise, or both and physical function in obese older adults. *The New England Journal of Medicine*, 364, 1218-1229. doi: 10.1056/NEJMoa1008234.
- Vincent, H.K., Vincent, K.R. & Lamb, K.M. (2010). Obesity and mobility disability in the older adult. *Obesity Reviews*, 11, 568-579. doi: 10.1111/j.1467-789X.2009.00703.x.
- Wadden, T.A., Neiberg, R.H., Wing, R.R., Clark, J.M., Delahanty, L.M., Hill, J.O. & Vitolins, M.Z., Look AHEAD Research Group. (2011). Four-year weight losses in the Look AHEAD study: Factors associated with long-term success. *Obesity*, 19, 1987-1998. doi: 10.1038/oby.2011.230.
- Wang, Z., Ma, J., & Si, D. (2010). Optimal cut-off values and population means of waist circumference in different populations. *Nutrition Research Reviews*, 23, 191-199. doi: 10.1017/S0954422410000120.
- Wannamethee, S.G., Shaper, A.G. & Lennon, L. (2005). Reasons for intentional weight loss, unintentional weight loss, and mortality in older men. *Archives of Internal Medicine*, 165, 1035-1040.

נספח 1: שאלון MNA קצר

Mini Nutritional Assessment – MNA SF

1. האם צריכת המזון פחתה בשלושת החודשים האחרונים עקב אבדן תיאבון, הפרעות עיכול או קשיי לעיסה או בליעה?	
נקודות	0 = ירידה חמורה בצריכת מזון
☐	1 = ירידה בינונית בצריכת מזון
	2 = אין ירידה בצריכת מזון
2. ירידה במשקל בשלושת החודשים האחרונים	
☐	0 = אבדן משקל מעל 3 ק"ג 1 = לא יודע 2 = אבדן במשקל בין 1-3 ק"ג 3 = לא איבד משקל
3. ניידות	
☐	0 = מרותק למיטה או לכיסא 1 = מסוגל לצאת ממיטה/כיסא, אך אינו יוצא מהבית 2 = יוצא מהבית
4. סבל מדחק פסיכולוגי או מחלה חריפה בשלושת החודשים האחרונים	
☐	0 = כן 2 = לא
5. בעיות נוירו-פסיכולוגיות	
☐	0 = דמנציה קשה או דיכאון 1 = דמנציה קלה 2 = ללא בעיות פסיכולוגיות

6.1 אינדקס מסת גוף (BMI) (משקל בק"ג/גובה במטר)	
☐	$19 > \text{BMI} = 0$ $19 < \text{BMI} < 21 = 1$ $21 < \text{BMI} < 23 = 2$ $23 \leq \text{BMI} = 3$
אם ה-BMI לא זמין. החלף שאלה 6.1 בשאלה 6.2	
6.2 היקף שוק (CC) בס"מ	
☐	$31 > \text{CC} = 0$ $31 \leq \text{CC} = 3$
☐ ☐	ציון סיקור (מקסימום 14 נקודות)
$12-14 =$ מצב תזונתי תקין $8-11 =$ בסיכון לתת-תזונה $0-7 =$ בתת-תזונה	
Kaiser et al. (2009). Validation of the Mini Nutritional Assessment short form: A practical tool for identification of nutritional status. <i>The Journal of Nutrition, Health and Aging</i> 13 (9),782-788.	

נספח 2: שאלון DETERMINE

מספר	היגר	ניקוד לתשובה חיובית
1	יש לי מחלה או מצב הגורם לי לשנות את סוג ו/או כמות האוכל שאני אוכל	2
2	אני אוכל פחות משתי ארוחות ביום	3
3	אני אוכל מעט פירות, ירקות או מוצרי חלב	2
4	אני צורך שלוש או יותר משקאות בירה, ליקר או יין בכל יום	2
5	יש לי בעיות בשיניים או בפה, המקשות עליי לאכול	2
6	לא תמיד יש לי מספיק כסף כדי לקנות את המזון שאני צריך	4
7	אני אוכל לבד רוב הזמן	1
8	אני לוקח שלוש או יותר תרופות שונות במרשם או ללא מרשם ביום	1
9	מבלי לרצות בכך, איברתי כחמישה ק"ג בששת החודשים האחרונים	2
10	אני לא תמיד מסוגל פיזית לבצע קניות, לבשל או לאכול בכוחות עצמי	2
White et al. (1992). Nutrition screening initiative: Development and implementation of the public awareness checklist and screening tools. <i>Journal of the American Dietetic Association</i> , 92, 163-167.		

נספח 3: הרכב תזונתי של התפריט לפי יעדי דיאטת DASH
(מתוך המדריך לדיאטת DASH של ה-NIH)

סך שומן	27%	נתרן	2,300 מ"ג
שומן רווי	6%	אשלגן	4,700 מ"ג
חלבון	18%	סידן	1,250 מ"ג
פחמימות	55%	מגנזיום	500 מ"ג
כולסטרול	150 מ"ג	סיבים תזונתיים	30 גרם

נספח 4: תכנית אכילה לפי DASH
(מתוך המדריך לדיאטת DASH של ה-NIH)

גודל מנה ודוגמאות	מספר מנות	קבוצת מזון
פרוסת לחם 30 גרם דגני בוקר חצי כוס אורז או פסטה מבושלת	6-8	דגנים
1 כוס ירק עלי טרי חצי כוס ירק טרי/מבושל חתוך חצי כוס מיץ ירקות	4-5	ירקות
1 פרי בינוני	4-5	פירות
1 גביע יוגורט 2 כפות גבינה	2-3	מוצרי חלב דלי שומן
30 גרם בשר רזה/עוף/דג מבושל 1 ביצה	6 או פחות	בשר רזה, עוף ודגים
1/3 כוס אגוזים 2 כפות זרעים 1/2 כוס קטניות מבושלות	4-5 לשבוע	אגוזים, זרעים וקטניות
כפית שמן כף מיונז	2-3	שמנים
1 כף סוכר 1 כף ריבה	5 או פחות לשבוע	מתוקים וסוכרים מוספים

פרק 25

פעילות גופנית לשימור התפקוד בטיפוס במעלה החיים

אילת דונסקי, אסתר ארגוב, יעל נץ

מבוא

להשפעה המיטיבה שיש לפעילות גופנית על הכושר הגופני, הרגשי והשכלי עם הטיפוס במעלה החיים קיימת עדות מדעית מוצקה (American College of Sport Medicine [ACSM] 2009; Colcombe & Kramer, 2003; Netz, Wu, Becker et al., 2005). עם ההארכה המשמעותית בתוחלת החיים בתקופה המודרנית, השפעה זו היא קריטית ופירושה צמצום המגבלות והמחלות שמביא הגיל והגדלת תוחלת החיים, לא רק בכמות אלא גם באיכות. בהשוואה למוצרים אחרים המבטיחים "זיקנה מוצלחת" ובריאות, פעילות גופנית היא "מוצר" זול, פשוט, נגיש, ואפשרי כמעט בכל מצב. למרות זאת, רוב האנשים אינם עוסקים בפעילות גופנית במינון המומלץ, או שאינם עוסקים בה כלל. השאלה היא מהי הסיבה לכך.

קיימות שתי תופעות סותרות בקיום האנושי (Mechling & Netz, 2009): מצד אחד, השאיפה האנושית לצמצום המאמץ הפיזי והנפשי הנדרש, על ידי ניצול הקידמה הטכנולוגית. קידמה זו גרמה לירידה מכרעת בתנועיות האנושיות בכל שלבי החיים – מילדות ועד זיקנה. מצד אחר, קיים עקרון ההסתגלות – התלות של בני אנוש ויצורים חיים בכלל בסביבה מעודדת תנועה ובגירוי המערכת הגופנית כתנאי להתפתחות תקינה וחיים בריאים מינקות ועד שיבה (Hillman, Erickson & Kramer, 2008). על אף שהסתירה בין החיסכון בתנועה לבין הצורך בתנועה נעוצה בתרבות המודרנית, קיים רכיב ביולוגי-התפתחותי נוסף, המשפיע על הצמצום בתנועה, והוא הירידה ההדרגתית בפעילות הגופנית עם העלייה בגיל (Sallis, 2000). ירידה זו אופיינית לא רק ליצורי אנוש, אלא גם לבעלי חיים בכלל (Ingram, 2000). השינויים במערכת הדופמינרגית ובמערכות נוירו-טרנסמיטוריות אחרות הם, כנראה,

המנגנון הנוירו-ביולוגי המסביר ירידה זו (Ingram, 2000). שינויים אלה מסבירים לא רק את הירידה ביכולת לנוע, אלא גם את המוטיבציה לנוע. התוצאות של הירידה בתנועתיות ידועות (Mechling & Netz, 2009). חוסר תנועתיות בגיל המבוגר מאיץ את השינויים המבניים והפיזיולוגיים המתרחשים עם העלייה בגיל. אורח חיים יושבני מוביל לירידה בבריאות ובתפקוד, שאינה מהווה חלק הכרחי מתהליך ההזדקנות (Chau, Grunseit, Midthjell et al., 2013). אורח חיים פסיבי מבחינה תנועתית גורם לירידה בכוח השרירים, בסיבולת הלב והריאות לעמוד במאמץ, בטווח התנועה של המפרקים ובשינוי המשקל. מה שלעתים נראה כחלק משינויי גיל הוא בעצם תוצאה של חוסר תנועתיות. שני התהליכים, הירידה בתפקוד כתוצאה מהעלייה בגיל, וזו שהיא תוצאה של חוסר פעילות, הם אינטראקטיביים: הגיל אמנם משפיע על היכולת להתנועע, אבל חוסר תנועה מאיץ את הירידה הקשורה לגיל. תפקידם של אנשי המקצוע הוא, אם כך, לסייע למבוגרים להתגבר על מעצורים ולהטמיע בצורה מושכלת הרגלי פעילות גופנית כחלק משגרת חייהם.

לפרק זה שלוש מטרות:

1. סקירת הספרות המדעית המעידה על תרומת הפעילות הגופנית למניעת הירידה התפקודית הקשורה לגיל ולשיפור איכות החיים בכל התחומים – הפיזי, הרגשי והשכלי.
2. חשיפת הקוראים למושגי יסוד בתחום ולעקרונות הפעילות הגופנית המומלצת על ידי הגופים המוסמכים.
3. מתן מידע שימושי לקוראים, הכולל קווים מנחים לבניית תכנית פעילות גופנית ודוגמאות לתרגילים על פי העקרונות המומלצים.

רקע מדעי – סקירת ספרות

תרומת הפעילות הגופנית

יתרונות הפעילות הגופנית בגיל הזיקנה מתועדים במאמרי סקירה כלליים, שנכתבו על ידי גופים רשמיים (American College of Sport Medicine [ACSM] 2009; Department of Health and Human Services [DHHS], 2008; Nelson, Rejeski, Blair et al., 2007), בספרים שנכתבו על ידי מומחים (Spirduso, Francis & MacRae, 2005), ובמספר רב של מאמרים מחקרניים שעסקו בתחומים ייחודיים. לדוגמה: במחקר שבדק את הקשר בין פעילות גופנית לשיעור תמותה נמצא, שכל הוצאת אנרגיה בכמות של 287 קילו-קלוריות ליום

על ידי פעילות גופנית מצמצמת את הסיכון לתמותה בשיעור של 30%. הוצאת אנרגיה זו משמעותה פעילות גופנית של כ-75 דקות ליום בעבודות בית, כמו ניקיון, טיפול בילד או במבוגר, עבודות גינה, עבודה התנדבותית הכרוכה בפעילות שאינה יושבנית, או הליכה בקצב של ארבעה קמ"ש, או שילוב של פעילויות אלה (Manini, Everhart, Patel et al., 2006). במחקר אחר, שעקב אחרי למעלה מ-70,000 נשים בגילאים 50-79 במשך כחמש שנים, נמצא, שהליכה של שתיים וחצי שעות בשבוע, בקצב ממוצע של ארבעה קמ"ש, הביאה לצמצום משמעותי בסיכון למחלות לב, בעוד שאורח חיים יושבני ניבא עלייה בשיעור מחלות הלב (Manson, Greenland, LaCroix et al., 2002). בקרב נשים אף נמצא קשר תלוי מינון בין פעילות גופנית לאיכות חיים (Martin, Church, Thompson et al., 2009). במחקר זה, שנמשך שישה חודשים, חולקו המשתתפות לארבע קבוצות: קבוצה שקיבלה מינון של 50% מכמות הפעילות הגופנית השבועית המומלצת (ההמלצות מפורטות בהמשך); קבוצה אחרת – 100%; קבוצה נוספת – 150% וקבוצת ביקורת, שלא קיבלה שום פעילות גופנית. מחקר זה הראה, שהמינון הגבוה ביותר, זה שגבוה אף מההמלצות המקובלות (150%), היה היעיל ביותר לשיפור איכות חיים – הן בתפיסת התפקוד הגופני והן בתפיסת התפקוד הרגשי, כשאחריו מינון של 100%, 50%, ובקבוצת הביקורת לא נמצא שיפור (Martin et al., 2009). מניתוח קבוצה גדולה של מחקרים בטכניקה של ניתוח-על (meta-analysis) עולה, כי קיים קשר ברור בין כושר אירובי וסיכוי מוקטן למחלות לב וכן לצמצום תמותה (Kodama, Saito, Tanaka et al., 2009). בניתוח אוסף מחקרים אחר, שבוצע באותה טכניקה, נמצא, שההתערבות היחידה שעשויה לצמצם נפילות אצל קשישים היא פעילות גופנית (Sherrington, Teidemann, Fairhall et al., 2011). פעילות גופנית שיפרה שיווי משקל בקרב קשישים בבית אבות (Littbrand, Carlsson, Lundin-Olsson et al., 2011), ואימוני התנגדות הביאו לשיפור ניכר בכוח של קשישים (Steib, Schoene & Pfeifer, 2010). במחקר רחב היקף, שבו עקבו במשך כשמונה שנים אחרי למעלה מ-416,000 משתתפים מטוואן בכל הגילים, נמצא שגם פעילות גופנית לא עצימה (כמו הליכה, למשל) של 15 דקות ביום או של 90 דקות בשבוע, עשויה להאריך את תוחלת החיים (Wen, Wai, Tsai et al., 2011). פעילות גופנית נמצאה גם כמועילה לשיפור רכיבים פסיכולוגיים הן במובן הרגשי (Netz et al., 2005) והן במובן השכלי (Colcombe & Kraemer, 2003; Netz, et al., 2011a). במחקרים שבדקו את השפעת הפעילות הגופנית על התפקוד השכלי נמצא, שגם פעילות אירובית וגם אימוני התנגדות היו יעילים. דוגמה למחקר בנושא פעילות אירובית הוא מחקרם של קרמר ועמיתים (Kraemer et al., 1999), שהראה ששישה חודשים של פעילות אירובית, שכללה הליכה מבוקרת שלוש פעמים בשבוע במשך שישה חודשים, הביאה לשיפור בתפקוד השכלי, ואילו בקבוצת הביקורת, שקיבלה פעילות גופנית, שכללה

מתיחות ותרגילים קלים, לא חל שיפור זה. כיום, יש יותר ויותר מחקרים המעידים שגם אימוני התנגדות (כוח) משפרים תפקוד שכלי. לדוגמה מחקרם של ליאו-אמברוז ועמיתים (Liu-Ambrose, Nagamatsu, Graf et al., 2010), אשר הראה שאימוני התנגדות של פעמיים או אפילו פעם אחת בשבוע, במשך שנה, הביאו לשיפור בתפקודים שכליים, בעוד שבקבוצת ביקורת שקיבלה אימונים קלים אחרים לא נצפה שיפור שכלי.

ראוי לציין, שמעטים הדיווחים על פציעות בפעילות גופנית בגיל המבוגר. בסקירה שנערכה בנושא זה נמצא, שפעמים רבות, החשש מפציעות משמש סיבה לאי-פעילות בעוד שהסיכוי להיפצע, אם נוקטים אמצעי זהירות מקובלים, הוא קטן לאין ערוך מהסיכון שבחוסר פעילות (Dunsky & Netz, 2011). על פי סקירה זו, ניתן לחלק את אמצעי הזהירות לשלוש קבוצות: אמצעי בטיחות אישיים (קסדה בשעת רכיבה על אופניים, למשל), אמצעי בטיחות התנהגותיים (ביצוע אימונים הדרגתיים – מהקל אל הכבד, כולל תרגילי חימום קלים כהכנה) ואמצעי בטיחות סביבתיים (הסרת מכשולים ממגרש שעליו מתעמלים).

בסדרת מחקרים שנערכו לאחרונה בישראל, על מדגם מייצג של גילאי 65 ומעלה, נמצא, שרק כשליש מאוכלוסייה זו פעילים גופנית במינון המינימלי המומלץ על ידי גופים רשמיים בינלאומיים, וכ-39% מאוכלוסייה זו אינם פעילים כלל (Netz et al., 2011b). בסדרה זו דווח גם על קשר בין פעילות גופנית במינון המומלץ לבין תפקוד רגשי ושכלי (Netz et al., 2012a) ועל קשר הפוך בין פעילות גופנית לבדידות (Netz et al., 2012b). ממצא מעניין נוסף הוא הקשר בין פעילות גופנית לבין גובה בקרב נשים (Dunsky, Zach, 2013). מחקר שנערך בירושלים עם בני 70 ומעלה, במשך 18 שנים, הצביע על תמותה מצומצמת יותר, בתקופה זו, בקרב פעילים גופנית (Stessmen, Hammerman, 2009). מן הראוי לציין גם מספר מחקרי התערבות, שבהם ניתנה תכנית פעילות גופנית מובנית, ממוקדת מטרה, לשיפור התפקוד היום-יומי של קבוצות קשישים ירודות מאוד. במחקר אחד נמצא שיפור תפקוד בקרב חולי אלצהיימר במרכז יום (Netz, Axelrad & Argov, 2007), ובמחקר נוסף דווח על שיפור תפקודי בקרב דיירי מחלקה סיעודית (Netz, Argov, Burstin et al., 2007).

לאור הנאמר עד כה, השאלות הנשאלות עתה הן: מהי פעילות גופנית, מהם המינון וההרכב הנכונים והאם קיים מינון מיטבי אחיד שמתאים לכולם.

פעילות גופנית: מושגי יסוד והמלצות

על ההגדרות הבאות יש הסכמה בכל המקורות העוסקים בתחום, אך לצורך כתיבת פרק זה נלקחו ההגדרות ממסמך שנכתב על ידי הקולג' האמריקני לרפואת ספורט ואשר דן בפעילות גופנית בגיל המבוגר (American College of Sports Medicine [ACSM], 2009). להלן ההגדרות הרלוונטיות לענייננו:

פעילות גופנית: תנועות גוף, המפעילות את שרירי השלד ומתבטאות בהוצאת אנרגיה. כל תנועת גוף, אם כך, החל מהרגע שקמים בבוקר היא פעילות גופנית. הוצאת האנרגיה נמדדת בקילו-קלוריות ביחידת זמן. כפי שנאמר לעיל, בעבר, הקיום הבסיסי וההישרדות דרשו רמה של פעילות גופנית ותנועתיות, שהיו דרושים להתפתחות התקינה, ולכן לא היה צורך בפעילות גופנית יזומה.

אורח חיים יושבני: אורח חיים הדורש הוצאת אנרגיה מינימלית בלבד ומעורר פסיביות תנועתית.

אימון גופני: פעילות גופנית מובנית ומתוכננת, שבה חזרות של תרגילים לשיפור הכושר הגופני.

כושר גופני: יכולת לבצע פעילות בינונית עד עצימה ללא עייפות במהלך החיים, או היכולת לעמוד במשימות היום-יום עם רזרבה לשעת דחק.

עם ההבנה שיש לזיום פעילות גופנית מתוכננת, הובן גם, שיש למצוא דרך למדוד את תוצאותיה ואת יעילותה. בדיקת הכושר הגופני היא אמצעי להערכת בריאות מצד אחד, ולקביעת תכנית אימונים יעילה, מצד אחר.

רכיבי הכושר הגופני כוללים את היכולות הבאות: סיבולת לב-ריאות, כוח, מהירות, גמישות, שיווי משקל וקואורדינציה.

את היכולות האלה אפשר לפתח באמצעות סוגים שונים של פעילות גופנית ממוקדת ומתאימה. להלן תיאור של סוגי הפעילויות:

פעילות אירובית: הפעלת קבוצות שרירים גדולות בקצב קבוע, לאורך זמן. מטרתה: לפתח סיבולת לב-ריאות. הליכה, ריצה, רכיבה על אופניים או שחייה הן פעולות אירוביות. **תרגילי התנגדות או פעילות כוח:** הפעלת שרירים כנגד כוח — בחדר כושר עם משקולות, למשל, או כנגד משקל — יכול להיות גם משקל הגוף — שכיבות סמך, למשל. **תרגילי גמישות:** תרגילים לשימור ו/או לשיפור טווח התנועה במפרקים. לדוגמה: סיבובי כתפיים.

תרגילי שיווי משקל: הבאת הגוף לאיזון, תוך כדי הקטנת בסיס התמיכה שלו. איזון זה עשוי להיות במצב נייח ואז הוא מכונה "שיווי משקל סטטי" או בתנועה ואז הוא מכונה

"שיווי משקל דינמי". עמידה על רגל אחת היא דוגמה לשיווי משקל סטטי, והליכת סלאלום (עקלתון) או עלייה במדרגות, הן דוגמאות לשיווי משקל דינמי. פיתוח שיווי משקל תלוי גם בחיזוק שרירי הרגליים והוא חשוב במיוחד למניעת נפילות. קואורדינציה: מתייחסת לתיאום בין מערכת העצבים המרכזית לבין מערכת השרירים. תנועות מורכבות, כמו רכיבה על אופניים או תנועות שיש בהן הפעלה של מספר חלקי גוף, כמו תרגילי ידיים תוך כדי הליכה, או ריקוד לצלילי מוזיקה, מפתחות קואורדינציה.

פעילות גופנית מומלצת

מהי כמות הפעילות הגופנית המומלצת על פי ארגוני הבריאות והספורט הבינלאומיים בגיל המבוגר (65 ומעלה)?

בשנים האחרונות, גופים רשמיים, אמריקנים ובינלאומיים, פרסמו הנחיות אחידות לפעילות גופנית מומלצת לבוגרים (American College of Sports Medicine [ACSM], 2009; American Heart Association [AHA] in: Nelson et al., 2007; World Health Organization [WHO], 2011; U.S. Department of Health and Human Services [DHHS], 2008). הנחיות אלה שוות, למעשה, לכל הגילים הבוגרים מגיל 18 ומעלה בכמות ובעצימות של פעילות אירובית ותרגילי התנגדות. עם זאת, בגיל המבוגר, מומלץ לבצע באופן סדיר גם תרגילי שיווי משקל וגמישות, דבר המודגש פחות בגילאים צעירים יותר. בכל הגילאים מדגישים את העובדה, שאלה ההנחיות המינימליות הנחוצות לשמירה על הבריאות וכי כדאי ורצוי לעשות יותר. כמו כן, מודגש ביחס להנחיות המינימליות, שאם אי-אפשר לבצען במלואן, יש לבצע כמה שאפשר. להלן ההמלצות:

פעילות אירובית: לפחות 150 דקות בשבוע של פעילות גופנית בינונית בעצימותה, לפחות 30 דקות ביום. ניתן לחלק את 30 הדקות למספר חלקים, אך לא פחות מ-10 דקות ברציפות. לחילופין: לפחות 75 דקות בשבוע של פעילות מאומצת, 20 דקות ביום לפחות של פעילות מאומצת. סימן ההיכר של פעילות מאומצת הוא נשימות כבדות, שאינן מאפשרות לנהל שיחה. יש לשים לב לכך, שהפעילות אינה גורמת לעומס יתר על המפרקים. **תרגילי התנגדות או פעילות כוח:** לפחות פעמיים בשבוע, עדיף לא בימים עוקבים, ברמת עצימות בינונית ו/או עצימה. הכוונה היא לתרגילים שיש בהם אימון משקולות או תרגילים כנגד משקל הגוף, עם הגדלה הדרגתית של המשקל. יש לשלב בכל אימון 8-10 תרגילים לקבוצות שרירים מרכזיות, כשכל תרגיל כולל 8-12 חזרות.

תרגילי גמישות: לפחות פעמיים בשבוע, רצוי בימים לא עוקבים, בעצימות בינונית, לפחות 10 דקות. הכוונה למתיחות ממושכות לכל קבוצת שרירים מרכזית, בצורה סטטית ולא בתנועה דינמית.

תרגילי שיווי משקל וקואורדינציה: שיווי משקל תלוי בשלוש מערכות קלט: ראייה, איבר שיווי המשקל וחיישני תנועה בגוף. המטרה של תרגילי שיווי משקל היא לאתגר שלוש מערכות אלה על מנת לפתחן. פיתוח שיווי משקל סטטי כולל איזון הגוף בתנוחות שונות, שיש בהן צמצום של בסיס התמיכה. אם מוסיפים לתנוחה גם עצימת עיניים, למשל, האתגר למערכת שיווי המשקל גדול יותר. שיווי משקל דינמי כולל תנועות הגוף בצורה המניעה את קו הכובד מחוץ לבסיס התמיכה. ההנחיות לתרגילי שיווי משקל אינן כוללות כמות. עם זאת, לאור חשיבות יכולת זו למניעת נפילות, רצוי לבצע מידי יום תרגילי שיווי משקל. הארגונים הבינלאומיים אינם כוללים תרגילי קואורדינציה, אך מומלץ לבצע, על בסיס יומי, תנועות מורכבות הכוללות הכבדה על התיאום בין מערכת העצבים המרכזית ומערכת השרירים (Heitger, Goble, Dhollander et al., 2013). כל תנועה שיש בה התמודדות עם שתי משימות בו-זמנית, כמו צעדי ריקוד תוך כדי הנפת ידיים, היא אתגר לקואורדינציה (Spirduso, Francis & MacRae, 2005).

קווים מנחים לבניית תכנית לפעילות גופנית ודוגמאות לתרגילים

בחלק זה נפרט את ההנחיות לבניית תכנית לפעילות גופנית ונביא דוגמאות לתרגילים על פי העקרונות המומלצים.

הנחיות כלליות

- בטרם מתחילים לבצע פעילות גופנית, יש להיוועץ ברופא.
- אוכלוסיית המבוגרים מאופיינת בהטרוגניות רבה, ולכן יש לבצע התאמות של האימון על פי המאפיינים הייחודיים של המתעמל.
- כאשר נפגשים עם קבוצת מתעמלים חדשה, יש לברר עם המתעמלים אלו הגבלות גופניות יש להם. בנוסף לכך, מומלץ להיעזר במדידת דופק במהלך האימון, כדי לוודא שכולם מתאמנים בעצימות המתאימה להם – כזו שאינה מסכנת אותם.
- המבנה המקובל לאימון גופני, המיועד לשימור יכולת ביצוע תפקודי יום-יום, מבוסס על הרכיבים הבאים: חימום, סיבולת לב-ריאה, יציבה ושיווי המשקל, קואורדינציה, כוח ידיים, כוח רגליים, כוח שרירי הליכה, גמישות ושחרור.

- מומלץ כי משכו של אימון גופני יהיה כ-45 דקות עד שעה. בחלק הבא יוצגו דוגמאות לכל הרכיבים שהוצגו לעיל.

חימום הגוף

תפקידו של החימום להכין את מערכות הגוף לקראת הפעילות הבאה באמצעות הגברת קצב חילוף החומרים, הגברת הולכת הדם ללב, לשרירים ולרצועות והפחתת קשיחות השרירים. באמצעות שינויים אלה עולה מעט טמפרטורת הגוף ובכך קיימת אפשרות להפחית פציעות, שעלולות להיגרם עקב פעילות גופנית עצימה.

החימום מורכב מתרגילים קלים, המבוצעים בקצב ובטווחי תנועה הגדלים והולכים בהדרגה.

דוגמה לחימום, משך: כ-7 דקות.

עמדת מוצא	תרגיל	הערות/דגשים
עמידה בגו זקוף	הרמת ידיים מעל הראש, תוך שאיפה עמוקה, הורדתן תוך נשיפה $3 \times$	מומלץ לבצע בעמידה, אם יש קושי בעמידה ניתן לבצע בישיבה
	סיבובי כתפיים לאחור $4 \times$	
	שילוב ידיים מאחורי הישבן, משיכתן מטה, תוך הזדקפות הגו ושאיפה, שחרור בנשיפה $3 \times$, בהדרגה הרחקת הזרועות מהישבן	
	עמידת פסיעה, הטיית גו לפנים, תוך הישענות על הירך הקדמית. הרמת עקב הרגל האחורית, הרחקת נוספת של הרגל לאחור והצמדת העקב לרצפה. שהייה במנח זה 5 שניות	כל התרגיל $3 \times$ והחלפת מנח רגליים

עמדת מוצא	תרגיל	הערות/דגשים
עמידה בפישוק	סיבובים של האגן במישור האופקי	לימין $3 \times$ ולשמאל $3 \times$
צעידה במקום	רצף תנועתי פסיעה לימין ברגל ימין, צרוף רגל שמאל, ולהיפך $8 \times$	ניתן לשלב מוזיקה בקצב מתאים
נשארים ברצף הקודם	מוסיפים תנועות ידיים – שתי הידיים נעות לאותו כיוון שאליו הרגליים הולכות, היד המובילה מגיעה עד גובה הכתף $8 \times$	ראו תמונות 1-3



3



2



1

פעילות אירובית

דוגמה לתרגיל אירובי, המבוצע במהלך שיעור. משך: כ-10 דקות.

עמדת מוצא	תרגיל	הערות/דגשים
עמידה בגו זקוף	המשך לרצף המופיע בחימום בקצב מוגבר	הגברת קצב המוזיקה
	לרצף הקודם להוסיף שינוי: הרגל המצטרפת מתכופפת (ברך עולה כפופה לפנים) $8 \times$	4 ימין ו-4 שמאל ראה תמונות 4-5



5



4

עמדת מוצא	תרגיל	הערות/דגשים
	רצף כמו הקודם, אבל הרגל מתכופפת לאחור, והידיים נעות לאחור 8 X	4 ימין ו-4 שמאל
	רצף כמו הקודם, אבל הידיים עולות מעלה 8 X	4 ימין ו-4 שמאל
	הרגל המצטרפת עולה ישרה הצידה והידיים עולות קדימה עד גובה הכתפיים 8 X	4 ימין ו-4 שמאל ראה תמונות 6-7



7



6

עמדת מוצא	תרגיל	הערות/דגשים
	מבצעים את כל הרצפים שלמעלה, אבל 4 X	2 ימין ו-2 שמאל
	מבצעים את כל הרצפים שלמעלה, אבל 2 X	1 ימין ו-1 שמאל

עמדת מוצא	תרגיל	הערות/דגשים
	עוברים לצעידה במקום, בהדרגה מורידים את הקצב	בהתאמה מורידים את קצב המוזיקה
עמידה בגו זקוף	מספר תרגילי נשימה: שאיפה תוך הרמת ידיים, נשיפה תוך הורדתן מלמעלה לאחור	

יציבה

יציבה מייצגת את מנח הגוף בעמידה, בישיבה ובביצוע מיומנויות יום-יומיות. כשהיציבה נכונה האדם מאוזן, עם צריכה אנרגטית מינימלית של השרירים. כמו כן, האיברים הפנימיים נמצאים במיקום הנכון ולריאות יש מרחב לשאיפה מלאה. כששרירי הבטן חזקים והיציבה טובה, קיימת הגנה לאיברים הפנימיים.

ביטויים ליציבה בתפקודי היום-יום: ביצוע משימות שונות בעמידה ובישיבה ללא כאבי גב ותוך מניעת עומסים על מערכת הנשימה.

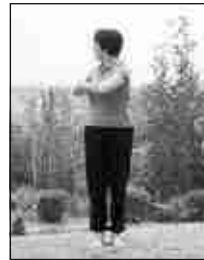
יציבה נכונה מושגת בעזרת חיזוק שרירי הבטן ושרירים הצמודים לעמוד השדרה וכן באמצעות שמירה על טווחי תנועה באזור בית החזה. דוגמאות לתרגילים לשיפור יציבה, משך: כ-5 דקות.

עמדת מוצא	תרגיל	הערות/דגשים
עמידה שפופה (גב עגול')	הזדקפות איטית, תוך הבלטת עצם בית החזה, הורדת כתפיים והנעתן לאחור. שאיפה עמוקה ונשיפה איטית 3 X	ניתן לבצע בישיבה, בלי להישען על המשענת
	תרגיל דומה לקודם, תוך שילוב כפות הידיים מאחורי הישבן ומשיכתן מטה בזמן ההזדקפות	

עמדת מוצא	תרגיל	הערות/דגשים
עמידה בגו זקוף, שילוב כפות הידיים לפני בית החזה (מרפקים כפופים)	הפנייה של בית החזה (ללא האגן) לימין, כשמרפק ימין מוביל את התנועה לאחור. שאיפה עמוקה, ובנשיפה חזרה לעמידת המוצא. באותו אופן לשמאל $3 \times$ לכל צד	ראו תמונות 8-9



9



8

עמדת מוצא	תרגיל	הערות/דגשים
עמידה בגו זקוף, מרפקים כפופים, כפות הידיים בגובה בית החזה אוחזות בגמישונית (רצועת גומי — teraband) ברוחב בית החזה	שאיפה עמוקה, מתיחת הגמישונית תוך כדי נשיפה, הזדקפות והובלת המרפקים לאחור. החזרה איטית של המרפקים למקומם בעמדת המוצא $5 \times$	שימוש בגמישונית. ראו תמונות 10-11



11



10

עמדת מוצא	תרגיל	הערות/דגשים
כנ"ל	שאיפה עמוקה תוך כדי הזדקפות, יישור הידיים מעל הראש. נשיפה והורדת הידיים לגובה בית החזה $5 \times$	
עמידה בגו זקוף אחיזת הגמישונות מאחורי הישבן, מרפקים כפופים	שאיפה תוך יישור המרפקים והובלת הידיים למטה ולאחור. נשיפה וכפיפת מרפקים חזרה לעמידת המוצא $5 \times$	

שיווי משקל

אנו נדרשים ליכולת שיווי משקל בחיי היום-יום: דוגמה לצורך בשיווי משקל סטטי היא עמידה על רגל אחת לצורך הכנסת מכנס. הושטת יד לקבלת חפץ במרחק מהגוף, הרמת חפץ (או נכד). דוגמה לשיווי משקל דינמי היא הליכה במסלול משתנה, עלייה במדרגות, עלייה על סולם (זהירות!).

שיווי משקל תקין מושג באמצעות חיזוק שרירי הליכה ושרירי הרגליים, שמירה על טווחי התנועה במפרקי הרגליים ושמירה על יכולת התחושה של כפות הרגליים. דוגמאות לתרגילים לשיווי המשקל הסטטי. משך: כ-5 דקות.

עמדת מוצא	תרגיל	הערות/דגשים
עמידה בגו זקוף — הרמת רגל ימין ישרה הצידה	ביצוע תנועות כפיפה ופשיטה של הקרסול ('פלקס' ו'פוינט') $5 \times$ אותו תרגיל ברגל שמאל	ניתן לאחוז במשענת כיסא או בקיר ביד אחת
כנ"ל	ביצוע סיבובים של כף הרגל סביב מפרק הקרסול. חמישה סיבובים החוצה וחמישה פנימה. אותו תרגיל ברגל שמאל	כנ"ל

עמדת מוצא	תרגיל	הערות/דגשים
עמידה בגו זקוף – ברך ימין מורמת לפנים	הנעת הכרך ימינה באיטיות בשאיפה והחזרתה לפנים בנשיפה, תוך שמירה על גו יציב 5 X. אותו תרגיל עם ברך שמאל	כנ"ל ראו תמונות 12-13



13



12

קואורדינציה

ביטוי לקואורדינציה בחיי היום-יום: הליכה תוך נשיאת חפצים, חציית כביש.
לצורך שיפור הקואורדינציה יש לפתח קשרים בין העיניים לבין הידיים, בין העיניים
לבין הרגליים, בין הידיים לבין הרגליים וכדומה.
דוגמאות לתרגילי קואורדינציה, בעזרת כדור גומי. משך: כ- 5 דקות.

עמדת מוצא	תרגיל	הערות/דגשים
עמידה בגו זקוף – אחיזה בכדור בשתי ידיים	זריקת הכדור לגובה ותפיסתו בשתי ידיים תוך שמירה על גו זקוף 6 X	
כנ"ל	זריקת הכדור לגובה ותפיסתו ביד ימין תוך שמירה על גו זקוף 6 X, כנ"ל ביד שמאל	
כנ"ל	הקפצת הכדור על הרצפה ותפיסתו בשתי ידיים, תוך שמירה על גו זקוף 6 X	

עמדת מוצא	תרגיל	הערות/דגשים
עמידה בגו זקוף	הקפצת הכדור על הרצפה ותפיסתו ביד ימין בלבד $6 \times$, כנ"ל ביד שמאל	
כנ"ל	ביצוע רצף התרגילים שלעיל, תוך כדי התקדמות בהליכה	
עמידה על רגל ימין, בגו זקוף – אחיזה בכדור בשתי ידיים	זריקת הכדור מעלה ותפיסתו בשתי ידיים, תוך שמירה על עמידה זקופה $3 \times$. כנ"ל בעמידה על רגל שמאל	ראו תמונות 14-15



15



14

כוח

כוח השרירים הוא המפתח לביצועים יום-יומיים בקלות יחסית. השרירים מגיבים באופן חיובי לעומסים חיצוניים ומתחזקים, בתנאי שתכנית האימונים הדרגתית ומאפשרת זמני התאוששות.

חיזוק השרירים מייצב ומעצב את הגוף, והוא ניתן לפיתוח בכל גיל. חשוב לציין, שאימונים לפיתוח שרירים מחזקים גם את העצמות, אולם קצב התפתחות העצמות איטי יותר מקצב התפתחות השרירים, ולכן קיימת חשיבות גדולה להתקדמות הדרגתית בתכנית האימונים.

ביטוי לכוח בתפקודי היום-יום: הרמת חפצים (או נכדים), טיפוס במדרגות או קימה משיבה.

לצורך פיתוח כוח שרירים, יש להשתמש באמצעי עזר, כגון משקולות או גומיות כוח. כדי להימנע מפציעות – לקראת עבודה לשיפור כוח יש לבצע חימום. כמו כן, בסיום העבודה יש לבצע מתוחות לשרירים הספציפיים.

דוגמאות לתרגילים לשיפור כוח הגפיים העליונות בעזרת גומיית כוח (או גמישונית),
משך: כ-7 דקות.

עמדת מוצא	תרגיל	הערות/דגשים
עמידה בגו זקוף – שתי כפות הרגליים דורכות במרכז של גומיית כוח, הידיים אוחזות בקצות הגומייה, לצדי הגוף	שאיפה, כפיפת מרפק ימין, תוך נשיפה ושמירה על זרוע צמודה לגו. יישור המפרק באיטיות תוך שאיפה $7 \times$. אותו תרגיל מבוצע ביד שמאל	בכל תרגילי הכוח, בשלב המאמץ יש לנשוף ולאסוף שרירי קרקעית האגן ושרירי הבטן
כנ"ל, אבל המרפקים כפופים פונים לאחור, כפות הידיים בגובה המותניים	שאיפה, יישור מרפק ימין מאחורי הגב, תוך נשיפה ושמירה על גו וזרוע ללא תנועה. כפיפת המפרק באיטיות תוך שאיפה $7 \times$. אותו תרגיל מבוצע ביד שמאל	ראו תמונות 16-17



17



16

עמדת מוצא	תרגיל	הערות/דגשים
עמידה בגו זקוף – שתי כפות הרגליים דורכות במרכז של גומיית כוח, הידיים אוחזות בקצות הגומייה, לצדי הגוף	שאיפה, הרחקת יד ימין ישרה הצידה, ב-60 מעלות, תוך נשיפה ושמירה על גו זקוף ללא תנועה $6 \times$. אותו תרגיל מבוצע ביד שמאל	

עמדת מוצא	תרגיל	הערות/דגשים
כנ"ל	שאיפה, הרמת יד ימין ישרה לפנים, ב-60 מעלות, תוך נשיפה ושמירה על גו זקוף ללא תנועה $4 \times$. אותו תרגיל מבוצע ביד שמאל	
כנ"ל	כנ"ל, אבל היר נעה ישרה לאחור	ראו תמונות 18-19



19

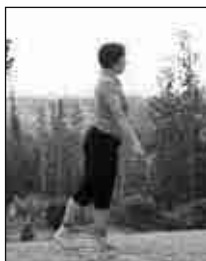


18

דוגמאות לתרגילים לשיפור כוח הגפיים התחתונות בעזרת גומיית כוח (או גמישונית), משך: כ-7 דקות.

עמדת מוצא	תרגיל	הערות/דגשים
עמידה בגו זקוף – שתי כפות הרגליים בתוך הלולאה של גומיית הכוח	שאיפה, הרחקת רגל ימין ישרה הצידה, ב-60 מעלות, תוך נשיפה ושמירה על גו זקוף ללא תנועה. החזרת הרגל באיטיות תוך נשיפה לעמידת המוצא $7 \times$. אותו תרגיל מבוצע ברגל שמאל	קשירת הגומייה ללולאה בקוטר 30 ס"מ, השחלת הקרסוליים לתוך הלולאה. ניתן לאחוז בכיסא

עמדת מוצא	תרגיל	הערות/דגשים
כנ"ל	שאיפה, הרמת רגל ימין ישרה לאחור, ב-60 מעלות, תוך נשיפה ושמירה על גו זקוף ללא תנועה. החזרת הרגל באיטיות תוך נשיפה לעמידת המוצא $7 \times$. אותו תרגיל מבוצע ברגל שמאל	ראו תמונות 20-21



21



20

עמדת מוצא	תרגיל	הערות/דגשים
עמידה בגו זקוף – שתי כפות הרגליים בתוך הלולאה של גומיית הכוח	שאיפה, הרמת רגל ימין ישרה קדימה, ב-60 מעלות, תוך נשיפה ושמירה על גו זקוף ללא תנועה. החזרת הרגל באיטיות תוך נשיפה לעמידת המוצא $7 \times$. אותו תרגיל מבוצע ברגל שמאל	
עמידה בגו זקוף, כף רגל ימין בתוך הלולאה, כף רגל שמאל דורכת על הלולאה	שאיפה, כפיפת ברכ ימין על ידי הרמת השוק לאחור, תוך נשיפה ושמירה על גו זקוף ללא תנועה. יישור הברך באיטיות תוך נשיפה, חזרה לעמידת המוצא $7 \times$. אותו תרגיל מבוצע ברגל שמאל	ניתן לאחוז בכיסא. כשהתרגיל מבוצע ברגל שמאל, כף רגל שמאל בתוך הלולאה וכף רגל ימין דורכת על הלולאה ראו תמונות 22-23



23



22

עמדת מוצא	תרגיל	הערות/דגשים
כנ"ל	שאיפה, הרמת ברך ימין כפופה לפנים, תוך נשיפה ושמירה על גו זקוף ללא תנועה. הורדת הברך באיטיות תוך נשיפה, חזרה לעמידת המוצא $7 \times$. אותו תרגיל מבוצע ברגל שמאל	כנ"ל

דוגמאות לתרגילים לשיפור כוח שרירי בטן ושרירי ליבה. משך: כ-5 דקות

עמדת מוצא	תרגיל	הערות/דגשים
שכיבה על הגב, ברכיים כפופות	שאיפה עמוקה תוך 'ניפוח' הבטן, נשיפה איטית תוך כיווץ הבטן, שחרור $4 \times$	לא לעצור נשימה בשום שלב!
כנ"ל	שאיפה עמוקה תוך 'ניפוח' הבטן, כיווץ סוגרים ושרירי קרקעית האגן, נשיפה איטית תוך כיווץ שרירי הבטן, שחרור $4 \times$	

עמדת מוצא	תרגיל	הערות/דגשים
כנ"ל, כפות ידיים מאחורי העורף, מרפקים כפופים לצדדים	שאיפה עמוקה תוך 'ניפוח' הבטן, נשיפה איטית תוך איסוף קרקעית האגן, כיווץ הבטן והרמת הראש. שאיפה איטית, הורדת הראש תוך נשיפה, איסוף קרקעית האגן וכיווץ שרירי הבטן. שחרור 4 X	
כנ"ל	שאיפה עמוקה תוך 'ניפוח' הבטן, נשיפה איטית תוך איסוף קרקעית האגן, כיווץ הבטן והרמת הראש. קרוב מרפק ימין לברך שמאל. שאיפה איטית, הורדת הראש תוך נשיפה, איסוף קרקעית האגן וכיווץ שרירי הבטן. שחרור 2 X לכל צד	ראו תמונות 24-25



25



24

גמישות

גמישות מאפשרת חופש תנועתי לביצוע משימות רבות. הגמישות תלויה בטווחי התנועה במפרקים, בגמישות השרירים, הגידים והרצועות והיא מאפשרת להניע את המפרקים מבלי להיפצע (לשבור עצמות או לקרוע שרירים).

ביטוי לגמישות בתפקודי היום-יום: קשירת נעליים, הורדת חפץ ממדף גבוה, לבישת מכנסיים או חולצה בקלות.

לצורך פיתוח גמישות יש לעבוד על כל מפרק באופן ייחודי, למתוח עד למנח שבו יש כאב נסבל, לשהות במנח זה 6-10 שניות ולהרפות. על כל תרגיל יש לחזור לפחות ארבע פעמים.

דוגמאות לתרגילים לשיפור הגמישות. משך: כ-10 דקות.

עמדת מוצא	תרגיל	הערות/דגשים
עמידה בגו זקוף או ישיבה בגו זקוף	שאיפה, הפניית הראש לצד ימין, נשיפה למשך 6 שניות והחזרת הראש לפנים. כנ"ל לצד שמאל $4 \times$	תנועתיות צוואר
כנ"ל	שאיפה, הטיית הראש לצד ימין (קרוב אוזן ימין לכתף ימין, מבלי להזיז את הכתף), נשיפה למשך 6 שניות והחזרת הראש לפנים. כנ"ל לצד שמאל $4 \times$	ראו תמונות 26-27



27



26

עמדת מוצא	תרגיל	הערות/דגשים
כנ"ל	שאיפה, הורדת הראש לפני (הצמדת סנטר לבית החזה), נשיפה למשך 6 שניות והחזרת הראש למעלה 4 X	
כנ"ל	שילוב כפות ידיים לפני הגוף, שאיפה תוך הרמת ידיים ישרות מעבר לראש והזדקפות הגו. שהייה למשך 6 שניות, נשיפה והורדת הידיים חזרה 4 X	תנועתיות כתפיים
כנ"ל	שילוב כפות ידיים מאחורי הישבן, שאיפה תוך הרחקת ידיים ישרות מהאגן והזדקפות הגו. שהייה למשך 6 שניות, נשיפה והורדת הידיים חזרה 4 X	
שכיבה על מזרן, על הגב, ברכיים כפופות, ידיים אווזות בברכיים	קרוב ברכיים אל הבטן, הרחקת ברך מברך והנעת האגן מצד לצד (יד ימין מושכת את ברך ימין ימינה, ואז שמאל מושכת שמאלה). להמשיך בתנועות סיבוביות לצד אחד ולצד שני. כל רצף 3 X	תנועתיות עמוד שדרה ראו תמונות 28-29



29



28

עמדת מוצא	תרגיל	הערות/דגשים
שכיבה על מזרן, על הגב, ברכיים כפופות, כפות רגליים על המזרן, ידיים פרושות לצדי הגוף	שאיפה, הפניית שתי ברכיים לצד ימין, תוך הפניית האגן ונשיפה, שהייה 6 שניות וחזרה לעמדת המוצא. כנ"ל לצד שמאל 4×4	
שכיבה על הגב, ברך שמאל כפופה, כף הרגל מונחת על המזרן. ברך ימין כפופה על הבטן, כף רגל ימין מונחת על הרצועה, שתי הידיים אווחות ברצועה	שאיפה, יישור ברך ימין תוך נשיפה, הידיים מושכות את הרגל לכיוון הפנים בעזרת הרצועה. שהייה 6 שניות וחזרה לעמדת המוצא 3×3 . בפעם השלישית ביצוע אותו תרגיל, אך ברך שמאל ישרה על המזרן. הנעת רגל ימין ימינה באיטיות, מבלי להפנות את האגן. הנעת רגל ימין שמאלה באיטיות, מבלי להפנות את האגן. שהייה 6 שניות וחזרה לתנוחת המוצא. ביצוע כל התרגיל ברגל שמאל	תנועתיות רגליים וגב תחתון. שימוש ברצועת גומי/גמישונית. ראו תמונות 30-31



31



30

שחרור

בתום תרגילי הגמישות ניתן להישאר לשכב על המזרן, להשמיע מוזיקה מרגיעה, לנשום נשימות איטיות ועמוקות.

ניתן לקיים דמיון מודרך להרפיית שרירים שונים בגוף.

סיכום

על פי הספרות המקצועית ניתן לראות, שפעילות גופנית, במינונים ידועים, קשורה לאריכות ימים ולצמצום תמותה בגילאים צעירים. בנוסף לכך, פעילות גופנית מצמצמת את שיעור התחלואה במחלות אופייניות לגיל המבוגר, כמו: מחלות לב וכלי דם. פעילות גופנית תורמת לשיפור התפקוד היום-יומי ולהקטנת שיעור הנפילות על ידי שיפור הכוח, שיפור שיווי המשקל ושיפור הגמישות. פעילות גופנית נמצאה גם כמועילה לשיפור רכיבים פסיכולוגיים, הן במובן הרגשי והן במובן השכלי. עוד עולה מהמחקרים, כי ניתן להשיג שיפור בתפקוד הפיזי והשכלי, הניתן לצפייה ותייעוד בכל המערכות, כולל המוח ומערכת העצבים, גם אם מתחילים בפעילות הגופנית בגילאים מאוחרים.

קשה להגזים בתיאור התרומה האדירה שיש לפעילות הגופנית לבריאות הפיזית והנפשית של בני אדם בכל גיל. בשנות החיים המאוחרות, עקב מאפייניו הייחודיים של תהליך ההזדקנות, מתעצמת חשיבות הפעילות הגופנית והופכת למרכזית בתרומתה לאיכות החיים ולהזדקנות מוצלחת.

מקורות

- American College of Sports Medicine (ACSM) (2009). Exercise and physical activity for older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41, 1510-1530.
- Chau, J.Y., Grunseit, A., Midthjell, K., Holmen, J., Holmen, T.L., Bauman, A.E. & Van der Ploeg, H.P. (2013). Sedentary behaviour and risk of mortality from all-causes and cardiometabolic diseases in adults: Evidence from the HUNT3 population cohort. *British Journal of Sports Medicine*:10. 1136/bjsports-2012-091974
- Colcombe, S.J. & Kramer, A.F. (2003). Fitness effects on the cognitive function of older adults: A meta-analytic study. *Psychological Science*, 14, 125-130.
- Department of Health and Human Services (DHHS) (2008). *Physical activity guidelines for Americans*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Dunsky, A. & Netz, Y. (2012). Physical activity and sport in advanced age: Is it risky? A summary of data from articles published between 2000-2009. *Current Aging Science*, 5, 66-71.

- Dunsky, A., Zach, S., Zeev, A., Goldsmith, R., Shimony, T., Goldbourt, U. & Netz, Y. (2013). Level of physical activity and anthropometric characteristics in old age — results from a national health survey (Submitted for publication to *IMAG*).
- Heitger, M.H., Goble, D.J., Dhollander, T., Dupont, P., Caeyenberghs, K., Leemans, A., Sunaert, S. & Swinnen, S.P. (2013). Bimanual motor coordination in older adults is associated with increased functional brain connectivity — a graph-theoretical analysis. *PLoS One*, 8 (4):e62133. doi: 10.1371/journal.pone.0062133
- Hillman, C.H., Erickson, K.I. & Kramer, A.F. (2008). Be smart, exercise your heart: Exercise effects on brain and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 9, 58-65.
- Ingram D.K. (2000). Age-related decline in physical activity: Generalization to nonhumans. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32, 1623-1629.
- Kramer, A.F., Hahn, S., Cohen, N.J., Banich, M.T., McAuley, E., Harrison, C.R. et al. (1999). Ageing, fitness and neurocognitive function. *Nature*, 400, 417-418.
- Kodama, S., Saito, K., Tanaka, S., Maki, M., Yachi, Y., Asumi, M. et al. (2009). Cardiorespiratory fitness as a quantitative predictor of all-cause mortality and cardiovascular events in healthy men and women: A meta-analysis. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 301, 2024-2035.
- Littbrand, H., Carlsson, M., Lundin-Olsson, L., Lindelof, N., Haglin, L., Gustafson, Y. & Rosendahl, E. (2011). Effect of a high-intensity functional exercise program on functional balance: Preplanned subgroup analyses of a randomized controlled trial in residential care facilities. *Journal of American Geriatrics Society*, 59, 1274-1282.
- Liu-Ambrose, T., Nagamatsu, L.S., Graf, P., Beattie, B.L., Ashe, M.C. & Handy, T.C. (2010). Resistance training and executive functions. A 12 months randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 170, 170-178.
- Manini, T.M., Everhart, J.E., Patel, K.V., Schoeller, D.A., Colbert, L.H., Visser, M., et al. (2006). Daily activity energy expenditure and mortality among older adults. *Journal of the American Medical Association*, 296, 171-179.
- Manson, J.E., Greenland, P., LaCroix, A.Z., Stefanick, M.L., Mouton, C.P., Oberman, A. et al. (2002). Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. *New England Journal of Medicine*, 347, 716-725.

- Martin, C.K., Church, T.S., Thompson, A.M., Earnest, C.P. & Blair, S.N. (2009). Exercise dose and quality of life. *Archives of Internal Medicine*, 169, 269-278.
- Mechling, H. & Netz, Y. (2009). Aging and inactivity — capitalizing on the protective effect of planned physical activity in old age. *European Review of Aging and Physical Activity*, 6, 89-97.
- Nelson, M.E., Rejeski, W.J., Blair, S.N., Duncan, P.W., Judge, J.O., King, A.C. et al. (2007). Physical activity and public health in older adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 39, 1435-1445.
- Netz, Y., Wu, M.J., Becker, B.J. & Tenenbaum, G. (2005). Physical activity and psychological well-being in advanced age: A meta-analysis of intervention studies. *Psychology and Aging*, 20, 272-284.
- Netz, Y., Argov, E., Burstin, A., Brown, R., Heyman, S., Dunskey, A. & Alexander, N. (2007). Use of a device to support standing during a physical activity program to improve function of individuals with disabilities who reside in a nursing home. *Disability and Rehabilitation — Assistive Technology* 2, 43-49.
- Netz, Y., Axelrad, S. & Argov, E. (2007). Group physical activity for demented older adults — feasibility and effectiveness. *Clinical Rehabilitation*, 21, 977-986.
- Netz, Y., Dwolatzky, T., Zinker, Y., Argov, E. & Agmon, R. (2011a). Aerobic fitness and multidomain cognitive function in advanced age. *International Psychogeriatrics*, 23, 114-124.
- Netz, Y., Goldsmith, R., Shimony, T., Ben-Moshe, Y. & Zeev, A. (2011b). Adherence to physical activity recommendations in older adults — results from the "Mabat Zahav" Israel National Health and Nutrition Survey. *Journal of Aging and Physical Activity*, 19, 30-47.
- Netz, Y., Dunskey, A., Zach, S., Goldsmith, R., Shimony, T., Goldbourt, U. & Zeev, A. (2012a). Psychological functioning and adherence to the recommended dose of physical activity in later life: Results from a national health survey. *International Psychogeriatrics*, doi:10.1017/S1041610212001299.
- Netz, Y., Goldsmith, R., Shimony, T., Arnon, M. & Zeev, A. (2012b). Loneliness is associated with an increased risk of sedentary life in older Israelis. *Aging & Mental Health*, doi:10.1080/13607863.2012.715140.

- Sallis, J.F. (2000). Age-related decline in physical activity: A synthesis of human and animal studies. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32, 1598-1600.
- Sherrington, C., Teidemann, A., Fairhall, N., Close, J.C.T. & Lord, S.R. (2011). Exercise to prevent falls in older adults: an updated meta-analysis and best practice recommendations. *NSW Public Health Bulletin*, 22, 78-83.
- Spirduso, W.W., Francis, K.L. & MacRae, P.G. (2005). *Physical dimensions of aging*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Steib, S., Schoene, D. & Pfeifer, K. (2010). Dose-response relationship of resistance training in older adults: A Meta-analysis. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 42, 902-914.
- Stessman, J., Hammerman-Rozenberg, R., Cohen, A., Ein-Mor, E. & Jacobs, J.M. (2009). Physical activity, function, and longevity among the very old. *Archives of Internal Medicine*, 169, 1476-1483.
- Wen, C.P., Wai, J.P.M., Tsai, M.K., Yang, Y.C., Cheng, T.Y.D., Lee, M.C., Chan, H.T., Tsao, C.K., Tsai, S.P. & Wu, X. (2011). Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *Lancet*, 378, 1244-1253.

פרק 26

התעללות בזקנים והזנחתם: ממדים ודרכי התמודדות

שרה אלון

מבוא

התעללות בזקנים והזנחתם הוכרה בעולם כבעיה חברתית ובריאותית הגורמת לפגיעה ולסבל לזקנים ולבני משפחתם. בארץ, החל העיסוק בבעיה במהלך שנות ה-90 (של המאה הקודמת), בעקבות שינויים חברתיים והחלת שורה של חוקים חדשים אשר חייבו מעורבות רבה יותר של אנשי מקצוע מטפלים לדאגה ולהגנה על שלום הזקנים ורווחתם (חוק העונשין, פגיעה בחסרי ישע, התש"ן-1989; החוק למניעת אלימות במשפחה, התשנ"א-1991; חוק יסוד כבוד האדם וחירותו, התשנ"ב-1992).

המחקרים האמפיריים הראשונים בישראל נעשו רק באמצע שנות ה-90 (גרין, 1997; זועבי, 1994; לבנשטיין ורון, 1995; רונן ונייקרוג, 1993). הממצאים הצביעו על כך, שאנשי המקצוע מכירים את הבעיה וכי יש בטיפולם זקנים אשר נחשפו להתעללות ולהזנחה.

למרות העובדה, כי אנשי מקצוע היו מעורבים בטיפול באנשים זקנים החשופים להתעללות, העשייה השיטתית בתחום החלה בישראל רק בעשור האחרון, בעקבות פרסום "רוח הוועדה לבחינת הצרכים בתחום המניעה והטיפול בהתעללות בזקנים" (2002), מיסודה של אשל. הוועדה בחנה היבטים שונים של התופעה בארץ והמליצה על כיווני התמודדות אפשריים. אחת ההמלצות המרכזיות התייחסה לצורך לחקור את הנושא ולאסוף נתונים על ממדיה השונים של התופעה. בראשית שנת 2005 פורסמו לראשונה ממצאי הסקר הארצי להתעללות ולהזנחה של זקנים (איזיקוביץ', לבנשטיין ווינטרשטיין, 2005). מן הממצאים עלה, כי 18.4% מכלל הזקנים דיווחו, שהיו חשופים לסוג של פגיעה אחד או יותר במהלך השנה שקדמה לביצוע הסקר. 18.1% דיווחו על הזנחה בצרכים בסיסיים. חשיפת מציאות זו תרמה להנעת תהליכים חברתיים, ארגוניים ומקצועיים להתמודדות עם הבעיה.

פרק זה עוסק בתופעת ההתעללות בזקנים והזנחתם, בהתבסס על הידע שהצטבר עד כה בעולם ובישראל. הפרק נחלק לשני חלקים: החלק הראשון פותח בסקירה כללית על התפתחות העיסוק בתופעה בשלושת העשורים האחרונים ובעקבותיה מוצגות הגדרות של התעללות והזנחה. בהמשך, הפרק דן בהיקף התופעה וממדיה בקהילה, כפי שעולה ממחקרים בעולם ומוצגות תיאוריות וגישות המנסות לספק הסבר להתרחשות ההתעללות וההזנחה. דגש מיוחד ניתן לדרכי התמודדות עם התופעה, ברמת החברה, הקהילה והפרט. החלק השני של הפרק מתייחס להתעללות ולהזנחה במסגרות לטיפול ממושך – מאפיינים ודרכי התמודדות.

חלק א': התעללות בזקנים והזנחתם בקהילה

סקירה על התפתחות העיסוק בתופעה

התעללות בזקנים והזנחתם הוכרה בעולם לפני כשלושה עשורים. התפתחות העיסוק בתופעה יוצג להלן בפרספקטיבה של הזמן.

חקר התופעה – הדור הראשון

המחקרים הראשונים בתחום התעללות בזקנים והזנחתם החלו בסוף שנות ה-70 (של המאה הקודמת) בצפון אמריקה. החוקרים התמקדו בעיקר בתיאור התנהגויות פוגעות, כגון: השפלות, עלבוניות ואיומים, אשר הוגדרו כהתעללות נפשית, בעוד שחבלות גופניות לסוגיהן הוגדרו כהתעללות פיזית. התעללות הוגדרה באופן כללי כהתנהגות פוגעת ומזיקה המכוונת כלפי הזקן (Block & Sinnott, 1979; Lau & Kosberg, 1979). מחקרים אלה היו בעלי מהימנות נמוכה, שכן החוקרים השתמשו במגוון רחב של הגדרות, המדגמים לא היו מייצגים והנתונים נאספו בעיקר מאנשי מקצוע.

במהלך שנות ה-80 נעשו ניסיונות להגדיר את הטווח הקליני של ההתנהגויות הפוגעות. בספרות המקצועית ובשדה תוארו התנהגויות אכזריות כלפי הזקן ולצידן התנהגויות של הפגנת יחס לא הולם והתנהגות מזניחה של בני משפחה, שכוונתם אולי טובה, אך בפועל טיפולם בזקן לקוי.

חוסר אחידות וחוסר הסכמה לגבי הגדרת המושגים "התעללות", "הזנחה" או מה שמכונה על ידי אחדים מהחוקרים "טיפול לקוי" (maltreatment, mistreatment), גרמו לאי-בהירות

לגבי משמעותם. למרות הבעייתיות בהגדרת המושג, מרבית החוקרים התמקדו בארבעה סוגי התעללות: (1) התעללות פיזית: גרימת כאב פיזי או פציעה וחבלות; (2) התעללות פסיכולוגית: גרימת סבל נפשי, הבאה לידי ביטוי בעלבונות, בהשפלה, באיומים וביחס ילדותי; (3) התעללות חומרית-ניצול כלכלי: שימוש בכספי הזקן ובמשאביו וניצולם באופן לא חוקי ולא הולם; (4) התעללות חברתית: הפרת זכויות, בידוד חברתי ונטישה (Block & Sinnott, 1979; Hickey & Douglass, 1981; Rathbone-McCuan & Voyles, 1982).

הדור השני

בסוף שנות ה-80 הוצגה לראשונה על ידי הדסון (Hudson, 1989) הגדרה מושגית של המושג "התעללות" – טיפול לקוי. הדסון הגדירה טיפול לקוי (Maltreatment, Mistreatment) כהתנהגות הרסנית, אשר מכוונת כלפי הזקן ומתרחשת בהקשר של יחסי אמון, בעקביות ובעצמה, הפוגעת מבחינה פיזית, פסיכולוגית, חברתית וכלכלית וגורמת לסבל בלתי נחוץ של פגיעה, כאב, אבדן או דיכוי זכויות. התוצאה של ההתנהגות כזו – פגיעה באיכות חיי הזקן. במטרה לתקף את ההגדרה המושגית ולאפשר מיון (טקסונומיה) של סוגי הפגיעה, פותחו על ידי הדסון וקרלסון (Hudson & Carlson, 1998) כלים מחקרניים אשר נעשה בהם שימוש בשני מחקרים, שבהם השתתפו קרוב לאלף איש, שנדגמו באופן אקראי ומייצג. הממצאים הצביעו על הסכמה רחבה בקרב הנחקרים לגבי ההגדרה של התעללות וסוגי ההתנהגויות הפוגעות הנכללות בהגדרה זו. בנוסף לכך, החוקרים הבחינו בין התעללות המתרחשת על ידי אדם או אנשים מסביבתו הקרובה של הזקן, לבין פשע המבוצע על ידי עברייני זר, שאינו מוכר לזקן.

שימוש נפרד נעשה לגבי המושג "הזנחה". הזנחה והגדרה ככשל לספק לאדם הזקן את צרכיו, בין אם על ידי מניעה וחוסר טיפול (Omission), או מה שקרוי בפי אנשי המקצוע "הזנחה פסיבית", או כשל בביצוע הטיפול הנדרש על ידי פעולה – "הזנחה אקטיבית" (Commission). למרות הבחנה זו, התוצאה זהה. כאשר צרכיו של הזקן אינם מסופקים, נגרמים לו הזנחה, פגיעה ונזק. בהקשר זה יש להדגיש, כי החוקרים לא כללו הזנחה עצמית בהגדרת המושג "הזנחה".

הדור השלישי

בשנות האלפיים ניתן דגש לחקר התופעה מנקודת מבט רב-תרבותית. בתקופה זו בוצעו מחקרים המתייחסים לתפיסות השונות (חברתיות ותרבותיות) של התעללות והזנחה. כך, למשל, ארגון הבריאות העולמי (WHO, 2002) ביצע מחקר, שבחן את תפיסותיהם של זקנים ושל אנשי מקצוע מחמש מדינות מתפתחות (ארגנטינה, ברזיל, הודו, קניה ולבנון) ושלוש

מדינות מפותחות (קנדה, אוסטרליה ושבדיה). למרות הקושי לדבר בגלוי על התעללות ועל הזנחה, המשתתפים תיארו בהרחבה מצבים של התעללות ממסדית חברתית, הזנחה ונטישה, חוסר כבוד ועמדות גילניות כלפי זקנים, התעללות נפשית ומילולית, התעללות פיזית והתעללות כלכלית.

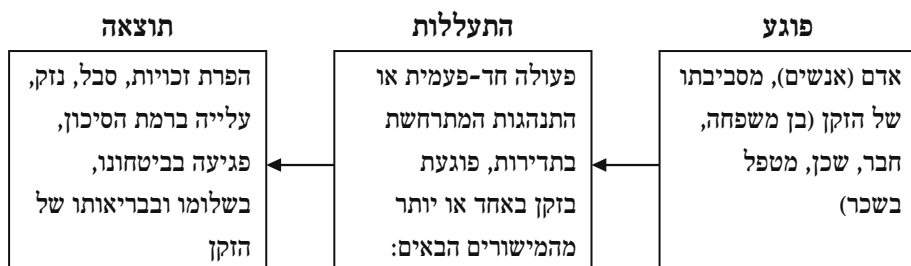
בהתבסס על ממצאי המחקר, התעללות והזנחה הוגדרו על ידי ארגון הבריאות העולמי (WHO, 2002) כפעולה חד-פעמית או מתמשכת, או לחלופין חוסר פעולה הולמת (מכוונת או בלתי מכוונת), המתרחשת במערכת יחסים המושתתים על אמון והגורמת נזק ומצוקה לזקן. פעולות ההתעללות וההזנחה הן בעלות אופי פיזי, פסיכולוגי-רגשי, מיני וכלכלי.

הגדרות

התעללות היא פעולה חד-פעמית, או התנהגות המתרחשת בתדירות, הפוגעת באחד או יותר מהמישורים: הפיזי, המיני, הנפשי-רגשי והכלכלי. בדרך כלל, התעללות נגרמת על ידי אדם או אנשים מסביבתו הקרובה של הזקן (אלון, 2006 א').

תרשים מספר 1 מציג את הגדרת ההתעללות בהתייחס אל מאפייני הפוגע, ההתנהגות הפוגענית ותוצאותיה.

תרשים מספר 1: הגדרת ההתעללות ותוצאותיה



התעללות כוללת טווח רחב של התנהגויות פוגעות:

- התעללות פיזית: גרימת כאב פיזי או פציעה כתוצאה ממכות, דחיפות, דקירות, כוויות, חבלות, קשירה פיזית וקשירה כימית, שמשמעותה מתן מינון יתר של תרופות הרגעה.

- פגיעה מינית: מגע מיני מכל סוג, המתבצע ללא הסכמת האדם, כולל זה שאינו יכול או מסוגל להביע את דעתו, לעתים אף תוך שימוש בכוח.
 - התעללות נפשית-פסיכולוגית: באה לידי ביטוי, למשל, בצעקות, קללות, עלבונות, השפלה, איומים ויחס ילדותי, תוך גרימת סבל נפשי.
 - התעללות חומרית-ניצול כלכלי: שימוש וניצול לא חוקי ולא הולם בכספו ובמשאביו של הזקן.
 - הפרת זכויות חוקיות ובעיקר זכויות אנושיות בסיסיות, כגון, בידוד חברתי, הגבלת תנועות, ניסיון לכפות צורת מגורים, קבלת החלטות במקום הזקן.
- הזנחה מוגדרת כחסך בצרכים בסיסיים או בשירותים חיוניים לבריאותו של האדם הזקן, כגון, מזון, תרופות, טיפול רפואי וסיוע בתפקוד. החסך נגרם על ידי מניעת סיוע במעשה או במחדל, בידוד הזקן ו/או נטישתו מצד מי שאחראי עליו בפועל. כלומר, אדם שלהלכה ולמעשה לקח על עצמו את התפקיד לדאוג לזקן ולטפל בו (אפוטרופוס או מטפל בשכר), או כזה הנתפס כאחראי על הטיפול והדאגה לצורכי חייו של הזקן (כגון בן משפחה, המשמש כמטפל עיקרי). התוצאה תהיה לרוב שינוי לרעה באורח חיי הזקן, פגיעה בזכויותיו הבסיסיות, סבל, נזק, עלייה ברמת הסיכון ופגיעה בשלומו של הזקן ובביטחונו (אלון ודורון, 2009).
- תרשים מספר 2 מציג את הגדרת ההזנחה ביחס למאפייני הפוגע, התנהגותו ותוצאות ההזנחה.

תרשים מספר 2: הגדרת הזנחה ותוצאותיה (אלון ודורון, 2009)



שתי הגדרות אלו מדגישות את העובדה, כי התנהגויות פוגעניות על סוגיהן מתרחשות בתדירות ובהקשר של מערכות יחסים וכי הן עלולות להתבצע גם ללא כוונה. להתנהגויות אלו תוצאות מזיקות, הפוגעות בביטחוננו של האדם, בשלומנו, בבריאותו ועלולות להוות סכנה לחייו של האדם הזקן.

היקף התופעה

ארגון הבריאות העולמי (WHO, 2002) העריך כי ארבעה עד שישה אחוז מכלל הזקנים נחשף להתעללות ולהזנחה. אולם, בכל הפרסומים ארגון הבריאות מדגיש, כי אומדן זה משקף, ככל הנראה, רק את "קצה הקרחון". במהלך השנים התבצעו בכל רחבי העולם מחקרים רבים בתחום (ראו נספחים 1 ו-2 בסוף הפרק). המחקרים היו מוגבלים ולא ניתן היה להשוות ביניהם, שכן בחלקם הנתונים התבססו על דיווח עצמי של הזקנים (Comijs, Smit, Pot et al., 1998; Kivela, Kongas-Sviaro, Kesti et al., 1992; Pillemer & Finkelhor, 1988) בעוד שמחקרים אחרים סיפקו נתונים על היקף התופעה בהתבסס על דיווחים של אנשי מקצוע והיכרותם את המטופלים (Cupitt, 1997; Fulmer, Paveza, VanderWeerd, et al., 2005; Hickey & Douglass, 1981; O'Malley, 1983; Tatara, 1993). מן העובדה, כי לא הייתה אחידות בהגדרת המושגים "התעללות" ו"הזנחה". תמונה כללית מסוימת מתקבלת ממחקרן של קופר, סלווד ולינגסון (Cooper, Selwood & Lingson, 2008). החוקרות סקרו 49 מחקרים, שבחנו את היקף התופעה במדינות שונות. הממצאים מצביעים, כי הדיווחים על היקף התופעה בקרב כלל האוכלוסייה נעים בין 3.2% ל-27.5%, טווח המשקף, ככל הנראה, את השוני בשיעור התופעה על פי ההגדרות השונות ובתרבויות השונות. 5.6% מכלל הנחקרים דיווחו על אלימות בין-זוגית. באותם מחקרים שבדקו התעללות בקרב אנשים הסובלים מחולי וממוגבלות בתפקוד נמצא, כי שליש מהם דיווחו על התעללות ורבע מהם דיווחו על התעללות נפשית משמעותית.

בישראל פורסמו ממצאי הסקר הארצי הראשון לבדיקת היקף התופעה, בראשית 2005 (איזיקוביץ', לבנשטיין ווינטרשטיין, 2005). במחקר השתתפו 1,045 זקנים המתגוררים בביתם. 18.4% מכלל הזקנים דיווחו, כי היו חשופים לסוג פגיעה אחד או יותר (התעללות פיזית ומינית, התעללות מילולית, הגבלת החופש וניצול כלכלי) במהלך השנה שקדמה לביצוע הסקר. בבחינת הממצאים על פי סוגי ההתעללות נמצא, כי 2% מהזקנים נחשפו לאלימות פיזית ומינית, 8.1% דיווחו על התעללות מילולית, 2.7% סבלו מהגבלת חופש ו-6.6% דיווחו על ניצול כלכלי. עוד עולה מהסקר, כי 18.1% מהזקנים דיווחו על הזנחה,

שמשמעותה אי-סיפוק צרכים בסיסיים (תזונה, היגיינה ושירותים רפואיים). מחקרם של כהן, הלוי-לוין, גאגין ועמיתים (2009) מצביע, כי בבדיקת 730 איש בני 70 ומעלה, שאושפזו בבתי חולים כלליים בין השנים 2004-2005, 5.6% מן הנבדקים דיווחו על התעללות. בקרב 21.4% נמצאו סימני התעללות, שזוהו על ידי הצוות המקצועי בבית החולים. במחקר להערכת גורמי סיכון להזנחה של זקנים (Cohen, 2008) נמצא, כי בקרב 14.1% מכלל הזקנים שאושפזו בבית החולים זוהו סימני הזנחה.

תיאוריות המסבירות את התרחשות ההתעללות

בשל מורכבות התופעה וריבוי המצבים העלולים לגרום להתעללות ולהזנחה, החוקרים מתקשים להצביע על תיאוריה אחת, שתסביר את הגורמים להתעללות. להלן פירוט גישות המספקות הסבר להתרחשות התעללות והזנחה:

גילנות (Ageism) ועמדות שליליות כלפי זקנים: המושג "גילנות" הוטבע לראשונה על ידי בטלר (Butler, 1975), אשר הגדיר גילנות כתהליך שיטתי של סטריאוטיפיות של אנשים זקנים ואפלייתם מחמת גילם. סטריאוטיפים שליליים המיוחסים לזיקנה ולהזדקנות קשורים לראיית הזקנים כישות אחת של אנשים חולים, מוגבלים, כאלה הסובלים מדמנציה ובשל כך הם חסרי מסוגלות מנטלית. סטריאוטיפים אלה מצויים בבסיס העמדות השליליות כלפי זיקנה וזקנים ולכך השלכה על קשרי הגומלין בין הזקן לסביבתו החברתית. הפחתת ערך האדם או הפחתת ערך של קבוצת אוכלוסייה, מעבירה מסר של יחס סלחני לגבי מעשי פגיעה בו/בהם. יש בכך מעין "הצדקה" סמויה של התנהגויות מפלות ומתעללות כלפי חברי אותה קבוצה (Nelson, 2005; Phelan, 2009; Rees, King & Schmitz, 2008).

מודלים פסיכולוגיים בוחנים את התרחשות ההתעללות מן ההיבט של הפרט, דהיינו, מאפייני הקרבן ומאפייני המתעלל. פסיכופתולוגיה של המתעלל, כגון מחלות נפש, הפרעות אישיות והתמכרויות, תוארו כמסבירות וכתורמות להתנהגות מתעללת (Kosberg, 1988; Wolf & Pillemer, 1989). מערכות יחסים פתולוגיות בין הקרבן לפוגע, כגון היסטוריה מתמשכת של אלימות אינטימית בין בני זוג שהזדקנו (בנדרשטיין, 2009), קונפליקטים במשפחה ודינמיקה של יחסי כוח ושליטה, אף הם מסבירים התרחשות התעללות (Gelles, 1983; Kosberg, 1988; Wolf & Pillemer, 1989).

לחץ הנגרם כתוצאה מנסיבות חיים, כגון, רמת הכנסה נמוכה, אבטלה, אירועי חיים וחולי, עלול לגרום להתרחשות התעללות. לחץ מתמשך שאדם חווה עלול להביא אותו

לידי התנהגות אלימה ופוגענית כפורקן לתסכול ולדחק (Anetzberger, 2000; Fulmer, 2002; Guadagno, Paveza et al., 2002; Schiamberg & Gans, 1999).

תלות מהווה הסבר נוסף להבנת התעללות. ירידה במצבו הבריאותי או הקוגניטיבי של הזקן יוצרת תלות בכך המשפחה או במטפל העיקרי. בשל הארכת תוחלת החיים, צפויים בני משפחה לטפל באדם הזקן במשך שנים רבות. ליחסי טיפול מתמשכים השלכות ותוצאות. ככל שהלחץ יגבר, עלולה להתגבר ההתעללות בזקן, הנתפס, לעתים, כמי שגורם ללחץ (כנר וינטרשטיין, איזיקוביץ' ולבנשטיין, 2003; Fulmer, 2006; Fulmer, Fripo, Guadagno et al., 2003; et al., 2005; Schiamberg & Gans, 1999).

תלות של הפוגע בהורה הזקן עלולה לגרום להתרחשות של התעללות. הצאצא הבוגר, התלוי בהורה מבחינה כלכלית, רגשית או מבחינת מקום מגוריו, עלול לחוש אבדן וחוסר שליטה. התעללות עלולה להתרחש כתגובה לתחושה הנתפסת של חוסר כוח ובמטרה להחזיר שליטה (Finkelhor, 1983; Fulmer et al., 2003; Fulmer et al., 2005; Gelles, 1985; Pillemer, 1985).

תיאוריית החליפין, שגובשה על ידי הומנס (Homans, 1958) גורסת, כי אינטראקציות חברתיות, המתקיימות בין בני האדם, קשורות לתגמול חליפי ולסנקציות. בדרך כלל, אנשים מחפשים להגדיל תגמולים ולהפחית סנקציות ביחסיהם עם אחרים.

בהקשר של זיקנה, גרונטולוגים מציינים, כי אי-שוויון במערכת היחסים בין הזקן לחברה נוצר בשל הפחתה במשאביו ובשל כך הוא נתפס כמי שתורם פחות לחברה. הכוח היחסי של האדם הזקן מול הסביבה פוחת והולך וכתוצאה מכך חלה ירידה באינטראקציה החברתית שלו. אי-שוויון עלול להיווצר גם במערכת היחסים המשפחתית. התגמולים או החליפין, שבין הזקן לבני משפחתו, נתפסים כמצטמצמים, שכן הזקן נתפס כמי שיכול לתרום פחות במערכת היחסים ואילו בני המשפחה נדרשים להגביר את מעורבותם, בעיקר במצבי מוגבלות ותלות של האדם הזקן הנעזר בבני משפחתו. כך נוצר חוסר איזון בין הצד "המקבל" (הזקן) לבין הצד "הנותן" (בן המשפחה) ומערכת החליפין נתפסת כ-"לא הוגנת" ולא צודקת. על פי תיאוריית החליפין, מערכת יחסים מסתיימת, בדרך כלל, כאשר אין אפשרות להדדיות. לא כך המצב בתוך המשפחה. בן המשפחה ו/או המטפל העיקרי חש לכוד והוא אינו יכול למצוא מוצא מן המצב (Finkelhor, 1983; Godkin, Wolf & Pillemer, 1989; Pillemer & Suitor, 1992). פינקלהור (Finkelhor, 1983) טוען, כי התעללות מתבצעת כתגובה לתחושה נתפסת של חוסר כוח. תחושה זו עלולה להוות גורם משמעותי המסביר התרחשותה של התעללות. חיזוק לכך נמצא במחקרו של פילמר (Pillemer, 1985), אשר טוען, כי הפוגעים בזקנים היו על פי רוב בני משפחה, התלויים בהם מבחינה כלכלית ומבחינת מקום מגורים. תלות זו יצרה תחושה נתפסת של חוסר כוח ותוצאתה, התנהגות פוגעת להחזרת תחושת השליטה הנתפסת.

תיאוריות של למידה חברתית והעברה בין-דורית (Bandura, 1973; 1977): תיאוריות אלו גורסות, כי התנהגויות מתעללות נלמדות בתוך המשפחה. התנהגויות אלימות הן דפוס תגובתי נלמד ביחס למצבי כעס, לחץ ותסכול. צאצאים בוגרים, שנחשפו לאלימות, מאמצים התנהגויות אלו מהוריהם ומחקים אותן. הם למדו, כי אלימות היא התנהגות מקובלת בעת כעס ותסכול ולכן הם עלולים להפעיל דפוס זה כנגד הזקן בתגובה לתסכול או לכעס כלפיו. לגישה זו נמצאו סימוכין במחקרים שעסקו בהתעללות ובפגיעה בילדים ובנשים. אולם, לגבי זקנים וצאצאיהם לא נמצאו סימוכין לכך (Ansello, 1996).

כאמור, הסיבות והנסיבות להתרחשות מצבי פגיעה בזקנים הן רבות ומגוונות, עד כי לא ניתן להצביע על תיאוריה אחת, שיש בכוחה להסביר את כלל מורכבויותיה של התופעה. לפיכך, החוקרים מתמקדים בניסיון לזהות את גורמי הסיכון האפשריים, המנבאים התרחשות של התעללות בזקנים והזנחתם.

גורמי סיכון להתרחשות התעללות בזקנים

גורמי הסיכון העיקריים להתרחשות התעללות והזנחה, כפי שעולה מן המחקרים, הם: מאפייני הקרבן, מאפייני הפוגע, מאפייני מערכת היחסים בין הקרבן לפוגע וגורמים סביבתיים. **מאפייני הקרבן:** מן המחקרים עולה, כי גם נשים וגם גברים עלולים ליפול קרבן למעשי התעללות והזנחה, אולם חלקן של הנשים רב יותר. בדרך כלל, הקרבנות הם בני 75 ומעלה, סובלים ממוגבלות פיזית ו/או מנטלית ובשל כך עלולה להתגבר תלותם בפוגע. מגורים משותפים עם הפוגע נמצאו כמנבא חזק להתרחשות התעללות. עוד נמצא, כי לקרבנות למעשי התעללות רשת תמיכה מצומצמת והם סובלים מבידוד חברתי (איזיקוביץ', לבנשטיין ווינטרשטיין, 2005; לבנשטיין ורון, 2000; Choi & Mayer, 2000; Dimah & Dimah, 2002).

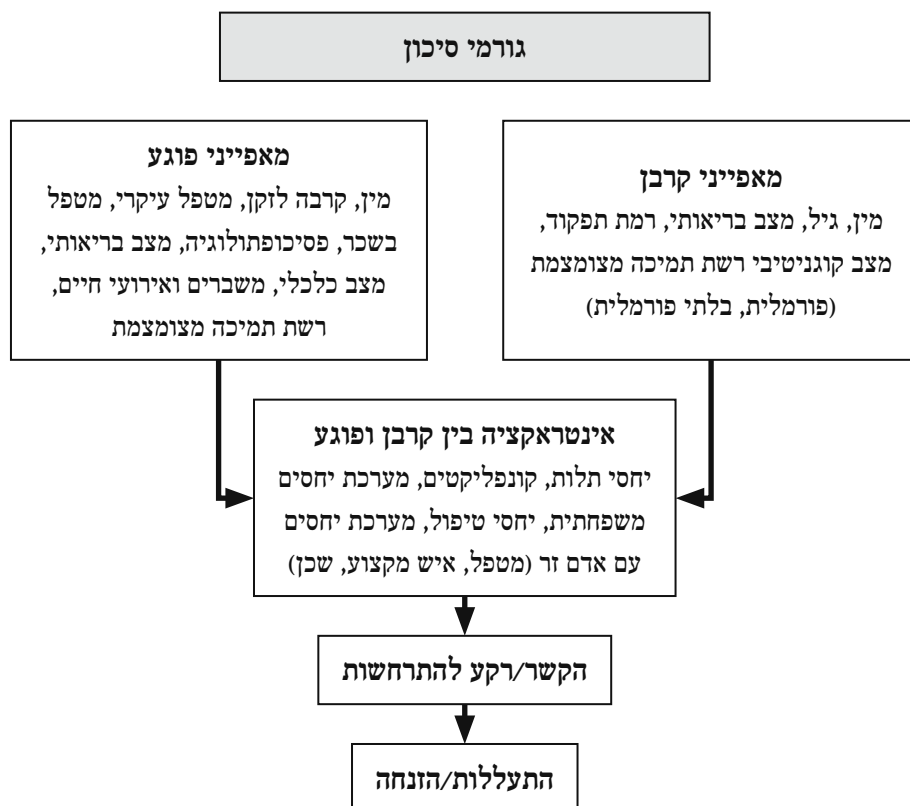
מאפייני הפוגע: הפוגעים/ות הם על פי רוב בני משפחה, לעתים המשמשים כמטפלים עיקריים (צאצאים בוגרים או בני זוג), המתקשים להתמודד עם נטל הטיפול. נכות נפשית או גופנית, התמכרות לאלכוהול ו/או סמים, נמצאו כגורם סיכון, המנבא התרחשות התעללות. תלות מבחינה כלכלית ומגורים משותפים של צאצאים אלה עם הוריהם, עלולים ליצור מתח, מצבי דחק, חיכוך וקונפליקטים, אשר עלולים להסתיים בפגיעה בהורה. עוד נמצא, כי קושי להתמודד עם בעיות כלכליות, חוסר תעסוקה, משברי חיים, בידוד חברתי ורשת תמיכה מצומצמת עלולים לגרום להתרחשות פגיעה והתעללות (איזיקוביץ', לבנשטיין ווינטרשטיין, 2005; לבנשטיין ורון, 2000; Schiamberg & Gans, 1999; Dimah, 2001).

מאפייני היחסים בין הקרבן לפוגע: מערכת היחסים, כתוצאה מהיסטוריה משפחתית וקונפליקטים בלתי פתורים בין האדם הזקן לבין בן המשפחה, עלולה להוות גורם סיכון להתעללות והזנחה (Erlingsson, 2007). כמו כן, מערכת יחסים אלימה במשפחה עלולה להתמשך גם בגיל הזיקנה (בנר וינטרשטיין, 2009).

במצבי מוגבלות ותלות של האדם הזקן נוצרת מערכת של יחסי טיפול. לעתים, בן המשפחה, המטפל העיקרי, אינו יודע או אינו מסוגל לספק את צורכי הטיפול של הזקן וכתוצאה מכך עלולה להתרחש הזנחה (כהן, הלוי-לוי, גאגין ועמיתים, 2005; Fulmer, 2005). הגברת תחושת הדחק כתוצאה מנטל הטיפול באדם הזקן (בין אם המטפל העיקרי הוא בן משפחה או מטפל בשכר), עלולה לגרום לפגיעה בו. בצידו האחר של הרצף, אנשי המקצוע פוגשים לא אחת גם בני משפחה אדישים, או כאלה המתנערים מהאדם הזקן. אף כאן התוצאה עלולה להיות הזנחה (Cohen, Halevi-Levin, 2006; Gaglin et al., 2006).

גורמים סביבתיים: סביבה שאינה מותאמת לסיפוק צרכים פיזיים, רגשיים וצורכי הביטחון של האדם הזקן מהווה גורם סיכון להתעללות. הדבר בא לידי ביטוי בבית שאינו מצויד כהלכה ואינו מותאם לצורכי הזקן ולמגבלותיו; מגורים משותפים עם בן משפחה או מטפל עיקרי; מגורים באזור גיאוגרפי לא בטוח, או מגורים בסביבה עבריינית; חוסר שירותים בסביבת המגורים או קשיי נגישות לשירותים אלה ובידוד חברתי (Dimah & Dimah, 2004; Podnieks, 1989; Wolf, 1990).

**תרשים מספר 3: מודל להבנת התרחשותן של התעללות והזנחה
רמת המקרו – החברה (ערכים, עמדות, סטריאוטיפים, נורמות, מדיניות)**



התמודדות עם בעיית ההתעללות בזקנים

התעללות בזקנים והזנחתם הוגדרה כבעיה חברתית בשל היקפה והשלכותיה המזיקות על הזקנים ובני משפחתם. מאפיינים אלה מציבים בפני החברה אתגר משמעותי בקביעת מדיניות ובפיתוח שירותים ומענים טיפוליים וחוקיים להפסקת הפגיעה ולצמצום הבעיה ונזקיה. למרות המידע על היקף התופעה, רק אחוז קטן מקרב הנפגעים מאותר ומטופל (אלון וברג-ורמן, 2009; אינס, אלון ובן דוד, 2007; WHO, 2002). בדומה לשאר סוגי האלימות במשפחה, התעללות בזקנים והזנחתם מתרחשת, בדרך כלל, מאחורי דלתיים סגורות,

עובדה המקשה על גילוי התופעה וחשיפתה. מספר גורמים נמצאו קשורים לאי-חשיפת ההתעללות וההזנחה:

- **נורמות תרבותיות וחברתיות:** זקנים חשופים פחות לעיני הציבור; המשפחה נתפסת כמקום פרטי ו"מקודש" והתנהגות האדם בתוך משפחתו היא עניינו הפרטי; התנהגויות אלימות המשמשות כדרך חיים במשפחה או בחברה/בתרבות מסוימת ונתפסות כנורמטיביות.
 - **חסמים מבחינת הקרבן:** חוסר מודעות של האדם הזקן וחוסר ידע לגבי זכויותיו; רגשות בושה, מבוכה, אשמה, תחושת חוסר אונים, תחושת בגידה ומעילה באמון הפוגע, תחושת כישלון בחינוך הצאצא הפוגע, המונעים מהאדם זקן את הרצון או את היכולת לחשוף את הפגיעה ולהתלונן; רצון לגונן על בן המשפחה הפוגע והרצון שלא להסב לו נזק; תלות בפוגע; פחד מפניו; חשש מפני תוצאות ההתערבות (חשש מנטישה, חשש מפני הרס המרקם המשפחתי, פגיעה בסולידריות המשפחתית, חשש מפני הוצאה מהבית לסידור מוסדי); קשיי דיבור, המקשים על התקשורת.
 - **חסמים מבחינת הפוגע:** רגשות כגון הכחשה, בושה ואשמה; פחד מעונש צפוי; חשש מפני אבדן רווחים ותגמולים, כמו מקום דיור או משאבים חומריים; נטייה למזער את האירוע.
 - **חסמים מבחינת בני המשפחה:** הרצון לשמור על ה"סוד" בתוך המשפחה; קושי של בני המשפחה להכיר ולהודות בהתרחשות הפגיעה; פחד מפני בן המשפחה האלים; רשת תמיכה מצומצמת וחוסר ידע לגבי שירותים קיימים.
 - **חסמים מבחינת אנשי המקצוע:** חוסר מודעות מספקת לתופעה; חוסר ידע בזיהוי הסימנים וכתוצאה מכך, קושי בקביעה ובהגדרה כי אכן התרחשה התעללות; דילמות אתיות ומקצועיות המתעוררות בתהליך, למשל, הנזק העלול להיגרם לקרבן במקרה של חשיפה, הסלמה בפגיעה או נתק של בני המשפחה מהזקן; חשש מפני הפוגע; תחושת חוסר אונים מקצועי בשל חוסר מענים ושירותים בקהילה; אי-נוחות רגשית ורתיעה מהתמודדות עם אלימות ופגיעה; אמונות וערכים כלפי פרטיות חיי המשפחה וכלפי אחריות ומחויבות בני המשפחה לטפל בזקן.
 - **קשיים ארגוניים ומקצועיים:** עומס בעבודה; חוסר תיאום בין השירותים; חוסר בנהלים להתערבות; חוסר ידע, כלים ומיומנויות כיצד ניתן להתערב ולפעול להפסקת הפגיעה.
- חסמים אלה מקשים ואף מונעים, לעתים, חשיפת "הסוד" וטיפול באדם ובבעיותיו.

גישות להתמודדות עם תופעת ההתעללות בזקנים

במהלך השנים פותחו גישות רבות להתמודדות עם תופעת ההתעללות ברמה החברתית, ברמת הקהילה וברמת הפרט. נרנברג (Nerenberg, 2006; 2008), אינס ועמיתים (2007) ואנצברגר (Anetzberger, 2000) מתארות מספר גישות להתמודדות עם תופעה זו:

גישה המתבססת על הידע בתחום אלימות במשפחה: גישה זו מדגישה את העצמת הקרבן באמצעות מתן מידע, מימוש זכויות, החזרת השליטה על החיים; הגנה על הקרבן באמצעות הרחקת הפוגע ובניית תכנית הגנה; התערבויות חירום, כמו יציאה למקלט במצבים של רמת מסוכנות גבוהה.

גישה סמכותית הגנתית: כוללת מעורבות עובד סוציאלי לחוק (ובארצות הברית – עובד מהשירות להגנת המבוגר (Adult Protective Services)). לעובד הסוציאלי הסמכות לפעול באמצעות החוק או לאורו. עליו לדווח על התעללות והזנחה בחסר ישע, כמו גם לפנות לבית המשפט לקבלת צו הגנה/הרחקה של הפוגע. העובד הסוציאלי יכול לפנות לבית המשפט לקבל צווים ליישום דרכי טיפול מתוקף חוק הגנה על חוסים, התשכ"ו-1966 וכן לפעול למינוי אפוטרופוס על פי חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב-1962.

גישה פלילית-ענישתית: כוללת דיווח למשטרה ו/או לעובד סוציאלי לחוק ההגנה על חוסים (חוק העונשין, פגיעה בחסרי ישע, התש"ן-1989), מעצר של הפוגע, הבאה לדין וענישה על ידי בית המשפט (חוק העונשין, פגיעה בחסר ישע, התש"ן-1989; החוק למניעת אלימות במשפחה, התשנ"א-1991).

העצמת זקנים: הגישה כוללת פעולות, כגון מתן מידע, ייעוץ, סנגור, מימוש זכויות ואספקת שירותים תומכים.

מודלים מתחום בריאות הציבור: מודלים אלה מכוונים למניעה המיועדת להפחית את הסיכון להתרחשות התעללות והזנחה על ידי זיהוי גורמי הסיכון. מניעה כוללת: מניעה ראשונית – חקיקה, העלאת מודעות לתופעה, קיום פעולות הסברה והדרכה (לכלל הציבור, לזקנים ולבני משפחתם) וייצוג; מניעה שניונית – המתמקדת באיתור יזום של קבוצות בסיכון גבוה להתרחשות התעללות. למשל, זקנים המתגוררים עם צאצאים בוגרים, הסובלים מבעיות נפשיות או מכורים לסמים; סיוע והקלה לבני משפחה המשמשים כמטפלים עיקריים באמצעות מתן מידע, הדרכה וקבוצות תמיכה; מניעה שלישונית – המתמקדת בטיפול בקרבנות להתעללות והזנחה ובפוגעים בהם.

הבחנה שונה במקצת מבדילה בין התערבויות טיפוליות לבין שימוש באמצעים חוקיים ומשפטיים. התערבויות בתחום הטיפול כוללות איתור יזום וחיפה של מצבי התעללות והזנחה, אבחון, הגנה על הקרבן במצבי משבר וחירום, שיחות ייעוץ לתמיכה ולהעצמה

(במישור הפרטני והקבוצתי), סנגור, תיווך ואספקת שירותים תומכים, כגון עזרה ביתית, טיפולי בית, מרכז יום, קהילה תומכת ונופשון. שירותים אלה הם סוציאליים ובריאותיים במהותם, ומטרתם לאפשר לזקן להמשיך להתגורר בבית ובקהילה. במקרים שבהם יש להפריד בין הקרבן לפוגע, איש המקצוע עשוי לפעול להוצאת הזקן מהבית והעברתו לסידור מוסדי (אינס, אלון ובן דוד, 2007; אלון, 2004; כצמן וליטוין, 2002; Barker & Himchak, 2006; Nerenberg, 2006).

אמצעים חוקיים כוללים דיווח על פי חוק, צווי הרחקה ומינוי אפוטרופוס (אלון, 2004; Barker & Himchak, 2006; Doron, Alon & Offir, 2004; Heath, Kobylarz, Brown et al., 2005; Nerenberg, 2006).

חוקים להגנה על זקנים

לרשות אנשי המקצוע בישראל עומדים מספר חוקים, המסייעים להם בהתמודדות עם תופעת ההתעללות בזקנים. להלן סקירה קצרה אודותיהם:

תיקון 26 לחוק העונשין, פגיעה בחסרי ישע, התש"ן-1989: זהו החוק המרכזי בהתמודדות עם תופעת ההתעללות בזקנים והזנחתם. חשיבותו של החוק נובעת מהתייחסותו להתעללות ולהזנחה של חסרי ישע כעבירה פלילית.

החוק מגדיר את אוכלוסיות היעד להתערבות וכולל ביניהן גם חלק מהזקנים ["חסר ישע הוא מי שמחמת גילו, מחלתו או מוגבלותו הגופנית או הנפשית, ליקויו השכלי או מכל סיבה אחרת אינו יכול לדאוג לצורכי מחייתו, לבריאותו או לשלומו" (סעיף 368 א')]. החוק מגדיר בצורה מפורשת את סוגי ההתעללות: עבירה של סיכון החיים והבריאות (סעיף 337); עבירות מין (סעיפים 345 עד 348, 351); עבירה של נטישה או הזנחה (סעיפים 361, 362); גרימת חבלה חמורה (סעיף 368 ב'); עבירה של תקיפה או התעללות (לפי סעיפים 368 ב', 368 ג'). המחוקק רואה בחומרה רבה פגיעה בחסרי ישע ובשל כך קבע את החובה לדווח לעובד סוציאלי לחוק ההגנה על חוסים או למשטרה, גם במקרים של חשד להתעללות ו/או להזנחה. זוהי חובה אישית, שאיננה ניתנת להעברה והיא מוטלת על כלל הציבור עם דגש מיוחד על אנשי המקצוע (סעיף 368 ד').

ענישה: החוק מפרט את אמצעי הענישה לפוגעים. הפוגע בחסר ישע צפוי למאסר של חמש, שבע או תשע שנים, על פי חומרת המעשה (סעיף 368 ב', ג'). החוק מפרט גם ענישה למי שכשל בדיווח (שלושה חודשי מאסר לאזרח שלא דיווח ושישה חודשי מאסר לאיש מקצוע שלא דיווח).

חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב-1962: החוק מאפשר מינוי אפוטרופוס ובכך לסייע במקרים רבים לחלץ זקנים הנתונים לניצול כלכלי, להזנחה או להתעללות. למעשה, החוק משמש "כלי עבודה" מרכזי וחשוב בהתמודדות עם הבעיה.

חוק ההגנה על חוסים, התשכ"ו-1966: פרק ג' העוסק בהגנה על שלומו של "חוסה" ("קטין שלא מלאו לו 14 שנה, או מי שמפאת נכות, ליקוי בשכלו או זיקנה אינו מסוגל לדאוג לצורכי חייו"), מהווה כלי התערבות נוסף במניעת מצבי סיכון להתעללות ולהזנחה. עובד סוציאלי לחוק ההגנה על חוסים מוסמך לפנות לבית המשפט במצבים שהוא סבור, כי "שלומו הגופני או הנפשי של חוסה בגיר נפגע, או עלול להיפגע, פגיעה חמורה מהיעדר טיפול ראוי, וכי למניעת הסכנה יש צורך בהוראת בית משפט, משום שאין החוסה או האחראי עליו מסכימים לטיפול הדרוש" (סעיף 4). בית המשפט מוסמך לצוות על הפרדת הזקן מן הפוגע והוצאתו מהמסגרת המתעללת גם ללא הסכמתו, או לאשפוז לצורך בדיקות, אבחון או טיפול רפואי.

החוק למניעת אלימות במשפחה, התשנ"א-1991: חוק זה מהווה כלי נוסף בהתמודדות עם התופעה. החוק קובע דרכי התערבות והגנה במקרי אלימות במשפחה. זאת, על ידי שורה של הוראות של "צו הגנה", כמו למשל, איסור להיכנס לדירה שבה מתגורר בן משפחתו או להימצא בתחום מרחק מסוים מאותה דירה (אף אם יש לו זכות כלשהי בה); איסור להטריד את בן משפחתו בכל דרך ובכל מקום; איסור לפעול בכל דרך המונעת או המקשה על שימוש בנכס, המשמש כדין את בן משפחתו, אף אם יש לו זכות כלשהי בנכס. צו הגנה יכול שיכיל גם דרישה לערובה, הן לקיומו והן להתנהגות טובה, או כל הוראה אחרת הדרושה, לדעת בית המשפט, להבטחת שלומו וביטחונו של בן המשפחה. החוק גם מאפשר לבית המשפט להורות לפוגע לעבור טיפול כאמצעי לפתרון יסודי יותר של הבעיה.

חובת היידוע: בשנת 2002 נוסף תיקון לחוק ונקבע, כי בעלי מקצוע, כגון רופאים ואחיות, עובדים סוציאליים, אנשים או עורכי דין, שעקב טיפול או ייעוץ יש להם יסוד סביר לחשוב, כי זה מקרוב נעברה עבירה באותו אדם, על ידי בן זוגו או על ידי מי שהיה בן זוגו בעבר, עליהם ליידע את המטופל על כך, שבאפשרותו לפנות לתחנת המשטרה, למחלקה לשירותים חברתיים או למרכז לטיפול ולמניעת אלימות במשפחה. עליהם לצייד את המטופל במידע על אודות הכתובת ומספר הטלפון של המקומות הללו.

החוק למניעת הטרדה מאיימת, התשס"א-2001: החוק דומה בהוראותיו לחוק למניעת אלימות במשפחה, אלא שהוא מרחיב את סמכויות בית המשפט להוציא צווי הגנה וטיפול גם במקרים של הטרדה מאיימת ולא רק במסגרת המשפחה. הטרדה מאיימת כוללת דפוסי התנהגות של הטרדות ואיומים מסוגים שונים, הפוגעים בשלוות חייו, בפרטיותו או בגופו של אדם. החוק מאפשר הרחקה לפרק זמן של עד שנתיים ומרחיב את מעגל היכולים לפנות

לבית המשפט באופן שכולל לא רק את הנפגעים או את בני משפחותיהם, אלא גם "אדם מטעמו של הנפגע" (הרחבה שיש לה רלוונטיות רבה לזקנים מוגבלים או ערירים).

התערבות להפסקת ההתעללות וההזנחה

מטרת ההתערבות היא הפסקת ההתעללות וההזנחה, או לכל הפחות, צמצומן והפחתת נזקיהן. התמודדות אפקטיבית עם תופעת ההתעללות בזקנים והזנחתם היא תהליך ארוך-טווח. בחלק הקודם של המאמר הוצגו גישות שונות להתערבות. מהמחקר ומהפרקטיקה נמצא, כי אין גישה או שיטה אחת העדיפה על האחרת (אלון, 2004; אלון וברג-ורמן, 2009; נמצא, כי אין גישה או שיטה אחת העדיפה על האחרת (אלון, 2004; אלון וברג-ורמן, 2009; מאחר שהתופעה קשורה להיותה בעיה חברתית עם מאפיינים של התנהגות עבריינית, יש להפעיל אסטרטגיות מגוונות, המתבססות על הגישות השונות, וליצור פתרונות חברתיים בתחום הטיפול ובתחום המערכת השיפוטית ואכיפת החוק (Payne, Berg & Flanagan, 2001; James, 2001).

לאנשי מקצוע מתחומי הרפואה, הסיעוד, העבודה הסוציאלית וגורמי אכיפת החוק, תפקיד מרכזי באיתור, בטיפול ובהפסקת הפגיעה במקרים שבהם יש חשד להתעללות, להזנחה ולפגיעה בפועל. מומחיותם ונגישותם לאוכלוסיית הזקנים מעמידה אותם במקום מרכזי לטיפול בבעיה. על ההתערבות בתחום להתמקד בפעולות מניעה ראשונית, כגון העלאת המודעות לתופעה וקיום פעולות הדרכה והסברה לכלל הציבור, לאנשי מקצוע ולנותני שירות, בעיקר לזקנים ולבני משפחתם; מניעה שניונית, הכוללת איתור יזום של מצבי התעללות והזנחה; מניעה שלישונית, המתמקדת במתן טיפול ישיר לקרבנות ולפוגעים, תוך העצמתם ובמקרי הצורך – הגנה עליהם.

כאמור, ההתערבות של אנשי המקצוע חייבת להיעשות בשתי רמות: רמת הפרט ורמת הקהילה.

התערבות ברמת הפרט

כמצוין לעיל, לאנשי מקצוע תפקיד חיוני באיתור, בזיהוי ובטיפול בזקנים שנפלו קרבן למעשי פגיעה. להלן השלבים המומלצים לפעולה בהתעורר החשד להתעללות ו/או הזנחה, או לחילופין, עם קבלת פנייה על התרחשותן.

במפגש הראשוני עם האדם הזקן על איש המקצוע לשים לב לאלה:

1. הופעה כללית של האדם הזקן: מצב ההיגיינה, מצב הבגדים, סימנים חיצוניים לפגיעה וחבלה; ביטויי המצב הרגשי (פחד, רתיעה, אי-שקט); אינטראקציה ותקשורת מילולית ובלתי מילולית בין האדם הזקן והחשוד בפגיעה.
2. איסוף מידע ראשוני, הכולל נתוני רקע על הזקן ועל החשוד בפגיעה; פרטי האירוע; האם הוא מוכר בשירות? האם הזקן מוכר ומטופל בשירותים אחרים, כגון קופת חולים, המחלקה לשירותים חברתיים, ועוד.
3. זיהוי על פי סימנים: בשלב זה מומלץ להשתמש בכלי להערכת סיכון להתרחשות התעללות/הזנחה, אשר פותח על ידי כהן, הלוי-לוי, פרילוצקי ועמיתים (2010). הערכת סיכון מתייחסת לרמת הסיכון להתרחשות התעללות ו/או הזנחה (ראו נספחים בסוף המאמר: נספח 3: הערכת סיכון להתעללות. נספח 4 מפרט את ההנחיות לשימוש בכלי לזיהוי קשישים בסיכון להתעללות).

סימנים לזיהוי התעללות פיזית

על איש המקצוע לבחון האם קיימת היסטוריה של "תאונות" לא מוסברות, שברים לא מוסברים, האם נראים סימני חבלה (שטפי דם באזורים שונים של הגוף), פצעים בשלבים שונים של החלמה, סימני נשיכה, שריטות, חתכים, סימני כוויות בלתי מוסברות.

סימנים לפגיעה מינית

סימנים באיברי המין, דיווח על כאב באיברי המין, דימום, זיהום, קושי בהליכה או ישיבה הנובעים מפגיעה באיברי המין או בפי הטבעת.

ביטויים התנהגותיים של הזקן

עדות לפחד של הזקן; נטייה לפנות לרופאים רבים ושונים (אולי, כדי להסתיר פגיעות קודמות) או לחלופין עיכוב בפנייה לרופא; סירוב לתת מידע והכחשת הפגיעה, מתן הסבר לא הגיוני או כזה שאינו תואם את הסימנים; נטייה לגונן על הפוגע.

ביטויים התנהגותיים של החשוד בפגיעה

מונע גישה לזקן; נראה כמתעלם מהפגיעה שנגרמה לזקן או עסוק יתר על המידה; מתעכב בחיפוש אחרי עזרה וטיפול רפואי עבור הזקן; משיב בצורה מתחמקת; מגיב בהאשמת הזקן והשמעת ביקורת כלפיו.

שאלות שאפשר לשאול את האדם הזקן

האם מישוהו פגע כך? האם מישוהו נגע כך ללא הסכמתך? האם מישוהו עשה לך את זה? איך זה קרה? באיזו תדירות זה קורה? כמה זמן עבר עד שקיבלת טיפול רפואי?

4. סימנים לזיהוי התעללות נפשית-פסיכולוגית: התעללות נפשית באה לידי ביטוי בעלבונות, קללות, השפלה, כינויי גנאי, יחס מנוכר, התייחסות אל הזקן בהתנשאות או כאל ילד, איומים על סידורו בבית אבות, איום על ניתוק קשר עמו. שינויים בהתנהגות האדם הזקן יכולו לידי ביטוי בהסתגרות, אדישות ואבדן עניין בנעשה בסביבה, עצב, בכי, גילויי פחד בנוכחות הפוגע, סירוב לדבר ולשתף פעולה, ביטויי חוסר אונים כתוצאה מאבדן שליטה על חייו, אבדן היכולת להחליט עבור עצמו ולקבל החלטות.

שאלות שאפשר לשאול את האדם הזקן

האם מישוהו מאיים עליך? האם מישוהו צועק עליך? האם אתה מפחד? ממי אתה פוחד?

5. סימנים לזיהוי ניצול כלכלי:

- אורח חיי הזקן ורמת חייו אינם הולמים את המשאבים הקיימים.
- חוסר אפשרות פתאומית של האדם הזקן לשלם חשבונות שוטפים (מים, טלפון, חשמל), בטענה כי אין לו כסף.
- הפסקת השימוש בשירותים שונים מחוסר כסף (למשל, במרכז יום, במועדון חברתי).
- חוסר ציוד עזר לתפקוד (שיניים תותבות, משקפיים, מכשיר שמיעה), או סירוב להשתמש בכסף לצרכים נדרשים, ללא קבלת רשות מהחשוד בפגיעה.
- שכנים, מטפלים ואנשים זרים מגלים עניין ברכושו של הזקן ובצוואתו.
- ביצוע פעולות בנקאיות ללא רשות הזקן, כגון, תנועות חריגות בחשבון הבנק, העברות כספים לחשבונות אחרים, משיכות כספים בלתי מוסברות, ביצוע פעולות בחשבון חיסכון או בתיק השקעות של האדם הזקן, ללא ידיעתו ו/או הסכמתו.
- שינוי בעלות על נכס בטאבו, מכירת נכס (דירה, מגרש), ללא ידיעת הזקן.
- חפצים יקרי ערך נעלמים מביתו של האדם הזקן.

ביטויים התנהגותיים של הזקן

האדם הזקן אינו יודע מהן הכנסותיו החודשיות; אינו מטפל בחשבונות הבנק שלו ואינו מודע לפעולות בנקאיות בחשבוננו; אין ברשותו פנקס שיקים או כרטיס אשראי; אינו

משתמש בכספו ללא קבלת רשות מהחשוד בפגיעה; אינו משלם חשבונות שוטפים בטענה, כי אין לו כסף; מעניק מתנות יקרות ערך למישהו שאינו בן משפחה, כגון הלוואת סכום כסף מבלי לדעת מתי יוחזר לו הכסף, העברת רכוש, ועוד. בהקשר זה חשוב להדגיש, כי הענקת מתנות כספיות או כאלה שהן שוות ערך רב על ידי הזקן לבני משפחתו, היא נורמה מקובלת ובדרך כלל, התנהגות זו לא תעורר חשד לניצול כלכלי. לא כך הוא הדבר כאשר מדובר בהעברת כסף או רכוש לאדם זר, שאינו בן משפחה.

ביטויים התנהגותיים של החשוד בפגיעה

גילוי עניין רב ברכוש האדם הזקן ובהכנסותיו; מבקש להיות אפטרופוס כאשר האדם הזקן עדיין צלול בדעתו; מחתים את הזקן על מסמכים (ייפוי כוח, צוואה), תוך כדי איום או הפעלת לחץ ואינו מסביר לו על מה חתם; מקבל החלטות בענייני כסף ורכוש מבלי להיוועץ באדם הזקן; לוקח את כספי הקצבה של האדם הזקן; חותם על שיקים או פודה שיקים בשם האדם הזקן; מוכר את בית הזקן ללא רשותו; מעלים חפצי ערך מהבית; מבודד את האדם הזקן מבני משפחתו בטענה, כי אין להם עניין בו וכי רק הוא ידאג לו ויטפל בו.

שאלות שאפשר לשאול את האדם הזקן

מי מנהל לך את ענייני הכספים? מי מקבל החלטות בענייני כספים? האם אתה עוקב אחרי חשבונות הבנק? האם אתה נעזר במישהו לביצוע פעולות בבנק? האם מישהו לקח ממך חפצים או כסף ללא רשותך? האם חתמת על מסמך שלא הבנת?

6. סימנים לזיהוי הזנחה: ככלל, על איש המקצוע לערוך תצפית ולהתרשם ממצבו

הגופני של האדם וממצב סביבת מגוריו כמפורט להלן:

- סימנים פיזיים: חוסר היגיינה (ביגוד קרוע ו/או מלוכלך, ריח שתן ו/או צואה, כינים, פרעושים, מוצרי ספיגה שלא הוחלפו); סימנים לתת-תזונה שאינה מוסכרת על ידי מצב בריאותי; פצעים ופצעי לחץ לא מטופלים; סימני התייבשות; תת-חום (חום גוף נמוך, רעד, שפתיים כחולות, כפות ידיים ורגליים קפואות, כוויות קור); חום גבוה, קונטרקטורות (התכווצות מתמשכת של השריר שאינה מאפשרת תנועה חופשית וגורמת להתעוות המפרק בידיים, ברגליים).
- סימנים סביבתיים: בית מוזנח מבחינת ניקיון (הצטברות אשפה בבית, כתמי שתן, צואה פזורה ברחבי הבית, הפרשות בעלי חיים), תולעים, עכברים, חולדות, נחשים; מפגעי בטיחות כגון חוטי חשמל חשופים.
- חוסר מצרכי מזון בבית.

- חוסר בציוד עזר לזקן, כגון: משקפיים, מכשיר שמיעה, שיניים תותבות ומקל הליכה.
- חוסר בציוד בסיסי, כגון: תנור, מקרר, דוד חשמל, מיטה, שמיכות.

ביטויים התנהגותיים של הזקן

סימני עצב, דיכאון, אדישות, בלבול, טשטוש או ישנוניות לזמן ממושך (כתוצאה ממינון יתר של תרופות הרגעה).

ביטויים התנהגותיים של החשוד בפגיעה

משאיר את הזקן בגפו למשך זמן רב (בעיקר כאשר נדרשים טיפול והשגחה); אינו לוקח את הזקן לטיפול רפואי במרפאה או בבית חולים; אינו נותן לו תרופות נדרשות; נותן לו מינון יתר של תרופות הרגעה.

שאלות שאפשר לשאול את האדם הזקן

האם אתה מרוצה מתנאי חייך? האם אתה מרגיש בטוח במקום שבו אתה גר? כיצד אתה מסתדר בבית? האם מישו עוזר לך? מי מסייע לך בהכנת הארוחות? ברחצה? מי מביא לך תרופות? מי נותן לך תרופות? האם מישו מונע ממך אוכל? תרופות? האם קורה שמשאירים אותך לבד לזמן ממושך? האם מישו מסרב לעזור לך כשאתה זקוק לעזרה?

7. סימנים להפרת זכויות: הפרת זכויות בסיסיות כוללת כליאת הזקן, מניעת קשרים משפחתיים וחברתיים, אי-מתן אפשרות לגורמים המטפלים לבקרו ולראותו, הגבלת תנועתיו של הזקן, אי-שיתוף הזקן וקבלת החלטות במקומו, ניסיון לכפות על האדם הזקן צורת מגורים.

ביטויים התנהגותיים של הזקן

האדם הזקן מתנצל ומסביר את עובדת בידודו החברתי; נמנע או נרתע מקבלת החלטות; מגלה סימני חרדה, עצוב וחש עצמו דחוי.

ביטויים התנהגותיים של החשוד בפגיעה

סוגר או נועל את האדם הזקן בחדרו או בביתו; מונע ממנו להשתתף בפעילות משפחתית, דתית, ו/או חברתית; מונע ממנו קשר טלפוני, קבלת דואר ושליחתו, מונע קשר עם אנשי מקצוע; מקבל החלטות עבור האדם הזקן מבלי לשתף אותו; מכריח את

הזקן לעשות דברים בניגוד לרצונו (מעבר לבית אבות, שינוי צוואה, מתן ייפוי כוח, ביצוע פעולות בנקאיות).

אבחון והערכת מידת המסוכנות

לאחר ביסוס הקביעה, כי אכן מתרחשות התעללות ו/או הזנחה, יש לנקוט בפעולות הבאות:

- לבצע אבחון של האדם הזקן (מצב בריאותי, מצב תפקודי, מצב קוגניטיבי, קיומן של רשתות תמיכה בלתי פורמליות ופורמליות).
- לאסוף מידע על החשוד בפגיעה (גיל, מקום מגורים, מצב בריאותי, תעסוקה, אירועי חיים שעלולים להוות גורמי לחץ).
- לאבחן את מערכת היחסים בין האדם הזקן לחשוד בפגיעה.
- לבחון את רמת המסוכנות שבה נתון הקרבן. הערכת מסוכנות מתייחסת לסיכוי לגרימת פגיעה קשה וחמורה לאדם הזקן. דהיינו, קיום פוטנציאל ממשי לפגיעה מיידית במצבו הבריאותי של האדם הזקן. הגדרת המצב כ"מסוכן" קובעת את דחיפות ההתערבות והדרכים להגן על הקרבן. במקרה של רמת מסוכנות גבוהה, יש להכין תכנית התערבות מיידית, כגון, פנייה לעובד סוציאלי לחוק הגנה על חוסים (פקיד סעד), בניית תכנית הגנה, הפרדה בין הקרבן והפוגע באמצעות פנייה לבית המשפט וקבלת צו הגנה, או סידור במסגרת לטיפול ממושך לתקופה קצרה (נפשוש) או אף לתקופה ממושכת.

בניית תכנית טיפול ויישומה

על העובד הסוציאלי להגדיר את צורכי האדם הזקן ולמפות את המשאבים הקיימים והזמינים. תכנית הטיפול תתוכנן בשיתוף מלא של האדם הזקן. יש לספק לו מידע על זכויותיו ועל שירותים בקהילה ולהציע לו שיחות טיפוליות, טיפול קבוצתי ושירותים תומכים (מרכז יום, מועדון, קהילה תומכת, מתנדב). במידת הצורך, ניתן להפנותו לייעוץ משפטי. כאשר מדובר באדם זקן הסובל מירידה קוגניטיבית, שאינו מסוגל לקבל החלטות, יש לערוך אבחון פסיכו-גריאטרי, לבחון את האפשרויות הטיפוליות בשיתוף בני המשפחה ולהציע שירותים תומכים.

לצד הפעלת התערבויות טיפוליות ניתן ובמקרים רבים אף מומלץ לעשות שימוש באמצעים חוקיים. זאת, משום שכלים משפטיים עשויים לקדם את מטרות הטיפול ולהפסיק את ההתעללות ו/או את ההזנחה.

במצבים שבהם יש חשד סביר להתעללות ו/או הזנחה, או כאשר אושש החשד, על העובד הסוציאלי ו/או איש מקצוע ממערכת הבריאות (אחות, רופא) להגדיר אם האדם הזקן הוא

"חסר ישע". להרחבה בנושא ניתן להסתייע בהמלצות ועדת ההיגוי הבין-משרדית, לעניין הגדרת האדם הזקן כ"חסר ישע" (נחמני-רוט, וייגלר, אלון ועמיתים, 2011). בין המלצות הוועדה מודגש, כי "חסר ישע" מתייחס למצבים שבהם:

- האדם אינו יכול לדאוג לצורכי מחייתו, לבריאותו או לשלומו בנסיבות מסוימות.
- האדם חי במערכת יחסי תלות, או שליטה ומרות עם ה"אחראי עליו".
- האדם אינו יכול לחלץ את עצמו מהמצב, שבו הוא נתון.

אם איש המקצוע (עובד סוציאלי, אחות, רופא) מגדיר את הזקן כחסר ישע, חלה עליו חובת דיווח לעובד סוציאלי לחוק ההגנה על חוסים (פקידת סעד) או למשטרה. מעבר לחובה החוקית, דיווח לגורמים המוסמכים בחוק עשוי להרתיע את הפוגע או להניע אותו לשתף פעולה בטיפול.

על איש המקצוע (כמפורט לעיל), לתת לאדם החשוף להתעללות והזנחה מידע על האפשרויות השונות בחוק ואף ללוות אותו בפנייתו לבית המשפט בבקשה לצו הגנה על מנת להרחיק את הפוגע מקרבתו. במצבים אחרים, שבהם נדרש להגן על האדם שאינו יכול לדאוג לעצמו, ניתן לפעול למינוי אפוטרופוס. כך גם במצבים שבהם נדרשת מעורבות של עובד סוציאלי לחוק ההגנה על חוסים, אשר מוסמך לפנות לבית משפט בבקשה למתן צווים על מנת למנוע פגיעה בשלומו הגופני או הנפשי של "חוסה בגיר" מהיעדר טיפול ראוי (חוק ההגנה על חוסים, התשכ"ו-1966). למשל, במקרים של הזנחה, כאשר ה"אחראי" על הזקן אינו מספק לו את הטיפול הנדרש ו/או מונע מתן טיפול ראוי, יכול בית המשפט להורות על מתן הטיפול הנדרש או להורות על העברת האדם הזקן למסגרת לטיפול ממושך גם נגד רצון הזקן או האחראי עליו.

התערבות ברמת הקהילה

התערבות ברמה הקהילתית מכוונת למניעה. העלאת המודעות לתופעה, באמצעות קיום פעולות הסברה לכלל הציבור, לאנשי מקצוע, לזקנים ולבני משפחתם, עשויה לתרום להגברת השיח הציבורי ולפיתוח שירותים ייעודיים בתחום. מבחינת אנשי המקצוע, העלאת המודעות והדרכה על גורמי הסיכון להתעללות והזנחה עשויים להגביר את האיתור היזום של זקנים בסיכון גבוה להתרחשות התעללות. למשל, זקנים המתגוררים עם צאצאים בוגרים, הסובלים מבעיות נפשיות או מכורים לסמים; או בני משפחה המשמשים כמטפלים עיקריים. שימוש שיטתי בכלי להערכת סיכון להתרחשות התעללות (ראה לעיל), כחלק משגרת יומם של עובדים סוציאליים ואנשי מקצוע ממערכת הבריאות, עשוי לתרום לזיהוי מצבים עוד בטרם

התרחשה הפגיעה או לחילופין, מיד בראשיתה. מתן מענים, כגון מידע, הדרכה וקבוצות תמיכה, עשויים אף הם למנוע את התרחשות ההתעללות ו/או ההזנחה או הסלמה במצב. חשיבות רבה נודעת גם להגברת שיתופי הפעולה בין אנשי מקצוע בארגונים משיקים, כגון, שירותי רווחה, מרפאות קופות החולים, חברות סיעוד, בתי חולים ועמותות המספקות שירותים לזקנים. שיתוף הפעולה עשוי להניב גיבוש נוהלי עבודה, הפנייה הדדית, שיתוף במידע והקמת צוות רב-מקצועי לטיפול ולמניעת התעללות בזקנים.

עבודה בצוות רב-מקצועי מאפשרת הסתכלות רחבה וכוללת על הבעיה ועל פתרונות אפשריים מנקודות מבטם של אנשי מקצוע מתחום הרפואה, הפסיכיאטריה, הסיעוד, העבודה הסוציאלית, המשפטים והמשטרה. הצוות מספק פורום להצגת מקרים, לאבחון ולתכנון התערבויות, ליישומן ולהערכת תוצאות ההתערבות. ההיכרות המשותפת מאפשרת יצירת דפוסי עבודה קבועים ואחריות משותפת. עבודה בצוות רב-מקצועי מעבירה מסר, כי לא רק ארגון ושירות מסוים ו/או מקצוע אחד אחראים על ההתמודדות עם הבעיה (אינס, אלון ובן דוד, 2007; Teaster; Morris, 2010; Cafaro-Schneider, Mosqueda, Falk et al., 2010; Wangmo, 2010).

חלק שני: התעללות בזקנים במסגרות לטיפול ממושך

מסגרות מוסדיות מהוות חלק משמעותי ממכלול השירותים לטיפול באדם הזקן. 8.7% מכלל הזקנים בני ה-65 ומעלה מתגוררים במוסדות, סך הכול כ-30.000 איש בקירוב (ברודסקי, שנור ובאר, 2010). שיעור זה מוכפל לכדי 18.6% בקרב הזקנים בני ה-85 ומעלה. מרבית הדיירים בבתי אבות ובמוסדות הם תשושים, סיעודיים ואנשים עם דמנציה. חלקם ללא תמיכה חברתית ולכן, לא מתאפשר להם להמשיך ולהתגורר בקהילה (ברודסקי, שנור ובאר, 2010). מאפיינים אלה מצביעים על רמת פגיעות גבוהה. לפיכך, מן הראוי לבחון באיזו מידה זוכה אוכלוסייה זו לטיפול הולם ועל פי אמות המידה המקצועיות והחוקיות (פקודת בריאות העם, 1940; תקנות בריאות העם, רישום בתי חולים, התשכ"ו-1966; חוק הפיקוח על מעונות, התשכ"ה-1965). לשאלות אלו נוכל להתייחס לאחר שנגדיר מה נחשב לטיפול איכותי ומה, לעומת זה, ייחשב כטיפול לקוי, התעללות ו/או הזנחה.

איכות הטיפול

מסגרות לטיפול ממושך הוקמו כדי לדאוג לזקנים, שאינם יכולים להמשיך ולהתגורר בקהילה. למוסדות אלה אחריות לחייהם ולרווחתם של דייריהן. חוקרים ואנשי מקצוע

הרבו לעסוק בהגדרת מדדים לאיכות טיפול. תפיסה כוללנית של איכות טיפול מתייחסת לכלל ההיבטים של תפקוד השירות (המסגרת המוסדית) ולהשפעתם של רכיבים אלה על מקבלי השירות — הדיירים (Flieshman & Ronen, 1989).

ניתן להעריך מסגרות לטיפול ממושך ואת איכות הטיפול הניתן בהם על פי שלושה סוגי משתנים: (1) משתנים מבניים, הכוללים את גודל המסגרת, המתקנים הקיימים בה, הימצאות ציוד מתאים, מצבת כוח אדם, מאפייני הצוות ומידת מיומנותם של העובדים; (2) משתנים תהליכיים, הכוללים נהלים ואמות מידה לטיפול נאות, נוהלי עבודה ופעילויות המבוצעות על ידי המטפלים, תוך שימת דגש על הדרך שבה מוענק הטיפול; (3) משתנים תוצאתיים, המתייחסים לתוצאות הטיפול ולשינויים החלים במצב המטופל (Flieshman & Ronen, 1989). משתנים אלה מבטיחים את יכולת המערכת לספק טיפול באיכות גבוהה.

טיפול לקוי

טיפול לקוי, התעללות והזנחה מייצגים התנהגויות פוגעות כלפי זקנים המתגוררים במסגרות לטיפול ממושך. טיפול לקוי והתעללות משמעם גרימת טראומה בשל עשיית פעולות (commission) ו/או חסך ומניעת טיפול (omission), שמשמעה הזנחה (Flieshman & Ronen, 1989). פילמר (Pillemer, 1988) הגדיר התעללות בזקנים במסגרות לטיפול ממושך ככל פעולה המבוצעת על ידי מטפל/איש צוות וגורמת לפגיעה ולסבל לזקן המתגורר במוסד. התנהגויות פוגעות באות לידי ביטוי במישור הפיזי — גרימת כאב או פגיעה פיזית, הבאה לידי ביטוי בחבלות לסוגיהן, קשירה פיזית וקשירה כימית (מתן מינון יתר של תרופות הרגעה. התעללות מינית — כל סוג של מגע פיזי ומיני עם אדם זקן, שאינו מסוגל ואין לו היכולת הנפשית או הקוגניטיבית להביע הסכמה. התעללות נפשית — גרימת סבל נפשי על ידי יחס פטרוני ומתנשא, התייחסות אל הזקן כאל ילד, הדבקות תוויות ושימוש בכינויי גנאי, השפלות, איומים, צעקות, סנקציות כלפי הזקן, בידוד הזקן. ניצול כלכלי — כולל השפעה על הזקן לתת תרומה ו/או מתנה, קבלת הלוואה מהזקן, גניבה, החתמת הזקן על מסמכים לביצוע פעולות בבנק, ניצול ושימוש לא חוקי ברכושו ובמשאביו של הזקן, או שימוש בכספי הזקן למילוי צרכיו כאשר מדובר בכך משפחה המנצל את האדם הזקן. הזנחה — כוללת אי-סיפוק צרכים בסיסיים, כגון מזון ולבוש לא מתאימים, תנאי היגיינה ירודים, היעדר אביזרי עזר (שיניים, משקפיים, מכשירי שמיעה), חסך במתן גירויים וחוסר ערנות של הצוות לצורכי הזקנים. הפרת זכויות — משמעה שלילת העצמאות, הגבלת חופש הבחירה, אי-שיתופו של הזקן בקבלת החלטות הנוגעות לחייו, הגבלת תנועותיו, מניעת קשר טלפוני, פגיעה בפרטיותו, אי-מסירת מידע בנוגע לזכויותיו, מניעת נגישות לאנשי צוות והנהלה, אי-שיתוף הזקן בפעילויות המתקיימות במסגרת המוסדית.

היקף התופעה וממדיה

על המתרחש בין כותלי המסגרות לטיפול ממושך החוקרים ממעטים לדווח. הדבר נובע מהקושי לקבל דיווח ישיר מפי הזקנים, מפאת חולי ומוגבלות, בשל פחד מאנשי הצוות או מחששם של אנשי הצוות מסילוקם מהמוסד. אי-שיתוף פעולה של אנשי הצוות וחוסר נכונותם לדווח על עצמם ועל עמיתיהם מקשים אף הם על גילוי התופעה. למרות הקושי בחשיפה, ממצאי מחקרים מרובים, כי זקנים המתגוררים במסגרות לטיפול ממושך נחשפים לא אחת לטיפול לקוי ולהתעללות (בן נתן, לבנשטיין ואיזיקוביץ', 2009; שגן-אלטמן וכהן, 2009; Saveman, Astrom, 1990; Pillemer & Moore, 1989; Boucht et al., 1999).

המחקרים הקיימים בתחום אינם מספקים נתונים מדויקים על אודות היקף התופעה. מרביתם מתארים סוגי התנהגויות פוגעות ומתעללות במסגרות לטיפול ממושך. עם זאת, ממחקרם של בן נתן, לבנשטיין ואיזיקוביץ' (2009) עולה, כי 53.5% מכלל הנחקרים (אנשי צוות ב-24 מוסדות לטיפול ממושך), דיווחו על התעללות בזקנים במהלך השנה שקדמה לביצוע המחקר. מבין סוגי ההתעללות, הזנחה (פיזית ונפשית) הייתה השכיחה ביותר ולאחר מכן בסדר יורד: התעללות נפשית ואלימות גופנית. אלימות מינית וניצול כלכלי נמצאו בשכיחות הנמוכה ביותר. עוד נמצא, כי כוחות עזר ואחיות מעשיות הפגינו התנהגויות מתעללות רבות יותר וגם ביחס לאנשי צוות אחרים.

מדואו (Meddaugh, 1993), בדקה גילויים של התעללות בשלוש מסגרות לטיפול ממושך בארצות הברית. במהלך המחקר נערכה תצפית, שבוצעה במשך 15 שעות, ורואיינו 27 זקנים. ממצאי המחקר מראים, כי אנשי הצוות נהגו להשתמש בכינויי גנאי כלפי הזקנים, השאירו זקנים במיטה במשך זמן ממושך, לא התחשבו ברצונם של הזקנים ולא אחת גם בודדו חלק מהם מחברת שאר הדיירים. פילמר ומור (Pillemer & Moore, 1989) דיווחו, כי 36% מאנשי הצוות (כוחות עזר, אחיות מעשיות ואחיות מוסמכות) ציינו, כי ראו לפחות אירוע אחד של פגיעה פיזית; 81% דיווחו שהיו עדים להתעללות נפשית, בעיקר צעקות, בידור, איומים וסנקציות; 10% הודו שהם עצמם פגעו בדיירים. במחקר נוסף של הריס ובנסון (Harris & Benson, 1999), אשר כלל 47 מסגרות לטיפול ממושך, דווח על גניבות מדיירים. רבע מאנשי הצוות העידו על גניבות של עמיתיהם לעבודה. עובדים מעטים דיווחו, כי הם עצמם גנבו מהזקנים ולא רק פעם אחת. סייבמן ועמיתיה (Saveman et al., 1999) משבדיה דיווחו, כי אנשי צוות מטפלים במסגרת המוסדית, ידעו על התרחשות מעשי התעללות. 2% מהם דיווחו, כי הם עצמם התעללו בזקנים. מבין סוגי הפגיעה נמצא, כי התעללות פיזית ונפשית הייתה השכיחה ביותר, ולאחר מכן הזנחה וניצול כלכלי.

לסיכום, אפשר לומר, כי על אף העובדה, שאין בידינו מידע מדויק על היקף התופעה, ממצאי המחקרים שתוארו לעיל משרטטים תמונה עגומה של התנהגויות מתעללות ומזניחות את הזקנים המתגוררים במסגרות לטיפול ממושך.

הגורמים לטיפול לקוי ולהתעללות במסגרות לטיפול ממושך

לטיפול לקוי ולהתעללות טווח רחב של התנהגויות פוגעות. בשל ריבוי המצבים העלולים לגרום לפגיעה בזקנים, מתקשים החוקרים להצביע על תיאוריה אחת, שתסביר את הסיבות להתרחשות הפגיעה. מספר גורמים נמצאו קשורים לטיפול לקוי ולהתעללות במסגרות לטיפול ממושך, שהם:

1. **עמדות שליליות כלפי מוסדות וכלפי הזקנים הדירים בהם.** לא אחת נתפס הסידור המוסדי כ"תחנה אחרונה". חזן (1997) מתאר בתי אבות/מוסדות כמי שממוקמים על קו התפר הדק שבין שלב המוות לשלב טרום המוות. מקום מסוג זה נתפס ככזה "שאינו בו חיים". המוסד מהווה מובלעת חברתית מופרדת, המוגדרת כ"ריק" חברתי, המתנהל על פי כללים נורמטיביים ידועים. מסגרת זו מעלימה כביכול את השוכנים בה והופכת את דייריה ל"בלתי נראים" מבחינה חברתית. בנוסף לכך, סידור מוסדי נתפס לא אחת ככישלון האידיאולוגיה המקצועית, המדגישה את חשיבות הישגות הזקן בבית ובקהילה. התוצאה מתבטאת ביצירת עמדות שליליות כלפי מסגרות לטיפול ממושך, כלפי אלה העובדים בהן וכלפי הדיירים הזקנים (Nolan, 1999).

2. **מאפייני המסגרת וסביבתה:** מעצם היות המסגרת טוטאלית ובעלת נהלים נוקשים, קיים מרחק מובחן בין הצוות לדיירים ובין הדיירים לבין העולם החיצון. במסגרות אלה יש חדירה לפרטיות והפרת זכויות בסיסיות ולדיירים יש תחושת חוסר שליטה על חייהם (גופמן, 2006). מאפיינים נוספים הקשורים למסגרת כוללים תנאים פיזיים לא הולמים, חוסר בצידוד ובכוח אדם.

3. **מאפייני הצוות:** ממחקרים עולה, כי למאפייני הצוות יש קשר ישיר לקיומן של התנהגויות פוגעניות. עמימות בתפקיד, עבודה שוחקת והתמודדות עם מצבים טיפוליים מורכבים מצד אחד, וחוסר מיומנות והכשרה של אנשי הצוות, מצד אחר, עלולים להוות קרקע פורייה להתרחשות הפגיעה. עוד מציינים החוקרים, כי שכר נמוך, דימוי מקצועי נמוך ועמדות אישיות כלפי זיקנה וזקנים נמצאו כגורמים המשפיעים על מתן טיפול לקוי, התעללות והזנחה (שנאן-אלטמן וכהן, 1991; Pillemer & Bachman-Prehn, 1991; Pillemer, 2009; & Moore, 1989; 1990).

4. מאפייני הדיירים: מרבית הדיירים תלויים כמעט לחלוטין בצוות המטפל, הן מבחינת סיפוק צרכים בסיסיים והן מבחינת סיפוק צרכיהם הרגשיים והחברתיים. חוסר שיתוף פעולה מצד הדיירים, ביטויים של אי-שקט או גילויי תוקפנות יוצרים מצבי עימות, הגורמים לעתים לנקיטת אמצעים מרסנים מצד הצוות ולשימוש בענישה ובסנקציות "חינוכיות" נגד הזקנים (Meddaugh, 1993; Saveman et al., 1999).

5. מאפייני העבודה: עבודה קשה ושוחקת, ללא יוקרה, שכר נמוך, תחושת חוסר תקווה מפאת העובדה, כי העובדים לא רואים שינויים לטובה במצב הזקן, הם חלק מגורמי הסיכון להתרחשות ההתעללות. בנוסף לכך, קשיים בקבלת שיתוף פעולה מצד חלק מהדיירים, מצבי קונפליקט כתוצאה מבעיות התנהגות של הדייר, אי-שקט של הדייר, גילויי תוקפנות מצידו, כל אלה עלולים להגביר את הסיכון להתרחשות התעללות ו/או הזנחה (בן נתן ועמיתיה, 2009; Goodridge, Johnson & Thomson, 1996).

6. מאפיינים מצביים: שילוב של מאפייני הדיירים, מאפייני הצוות ומאפייני העבודה עלול לשמש קרקע פורייה למצבים של התעללות (Pillemer & Moore, 1990). כך, למשל, במחקר שבדק גניבה מזקנים במסגרות לטיפול ממושך, נמצא כי גניבות ועבירות שונות מתרחשות כאשר יש מטרה נוחה – זקנים פגיעים ותלויים בצוות, פוגע עם מניע – שכר נמוך ועבודה קשה של הצוות המטפל, והזדמנות – חוסר פרטיות, חדר פתוח וחוסר אפשרות לאחסן חפצים אישיים במקום סגור ונעול. אנשי הצוות לא תמיד ראו זאת כגניבה, שכן, לטענתם, לקחו תכשיט או חפץ בעל ערך מאדם עם דמנציה, שאינו יודע את ערכו. גם המסגרת המוסדית אינה עושה די כדי להעניש את הגנב ולדרוש על המעשה, ובכך יש מתן לגיטימציה שבשתיקה (Harris & Benson, 1999).

חוקרים מצביעים על שלושה מערכי משתנים, המנבאים התרחשותה של התעללות: (1) מאפיינים מוסדיים; (2) מאפייני צוות; (3) מאפיינים מצביים. מחקרה של בן נתן ועמיתיה (2009) מלמד, כי למאפייני המוסד ולמאפייני הצוות השפעה על הסיכון להתרחשות התעללות. דהיינו, ככל שהמוסד גדול יותר (מספר מיטות האשפוז, מספר האחיות, מספר המטפלות) ומידת תחלופת הצוות גבוהה יותר, כך גדל הסיכון להתרחשות הזנחה ולגילויי התעללות נוספים. באשר למאפייני הצוות, החוקרים מדווחים, כי ככל שהתשיות הרגשית של איש הצוות רבה יותר, כך עולה הסיכון שהוא יפגין התנהגות מתעללת כלפי הזקן במוסד. שנאן-אלטמן וכהן (2009) מדווחות, כי מטפלים החווים יותר עמימות בתפקיד, עומס בעבודה ושחיקה מקצועית, מביעים יותר עמדות הנותנות לגיטימציה להתעללות בזקנים. מחקרים נוספים תומכים בממצא, כי רמת השחיקה של איש הצוות מנבאת התרחשותה של התעללות והזנחה במסגרת המוסדית (Goodridge et al., 1996; Pillemer & Bachman, 1990; Prehn, 1991; Pillemer & Moore, 1990). באשר למאפיינים המצביים, החוקרים מציינים,

כי מצבי עימות וקונפליקט עם הזקנים, בעיקר עם אלה הסובלים מדמנציה, מגבירים את הסיכון להתרחשות התעללות (בן נתן ואחרים, 2009; Goodridge et al., 1996).

דרכי ההתמודדות עם התעללות והזנחה במסגרות לטיפול ממושך

להתמודדות אפקטיבית עם תופעת ההתעללות וההזנחה של זקנים, המתגוררים במסגרות לטיפול ממושך, נדרשת פעילות רב-מערכתית ורב-מקצועית.

ברמת המדיניות: על מנת לקדם את המניעה והטיפול בתחום, משרד הבריאות פרסם מספר נהלים: נוהל טיפול בזקנים נפגעי התעמרות (חוזר מנכ"ל מספר 22/03, משנת 2003); נוהל מינוי ועדות קבועות לנושא אלימות במשפחה, ניצול מיני והזנחה של קטינים וחסרי ישע (חוזר מנכ"ל מס' 26/03, משנת 2003); חוזר מספר 17/2006 בדבר חובת ההודעה על נפגעי אלימות במשפחה, ניצול מיני והזנחה של קטינים חסרי ישע. הנהלים מדגישים את אחריות הנהלת הארגון (בית החולים/המוסד/קופות חולים) למנות ועדה לטיפול במניעה ובאיתור התעללות/התעמרות כלפי זקנים, אשר תכלול עובד סוציאלי, רופא ואחות; להעלות את המודעות לתופעת ההתעללות בזקנים; למנוע מצבי פגיעה; להגביר את זיהוי הזקנים הסובלים מהתעללות, לטפל בהם ו/או להפנותם להמשך טיפול במסגרת אשפוזית ולדווח לעובד סוציאלי לחוק ההגנה על חוסים או למשטרה, כמחויב על פי חוק העונשין, פגיעה בחסרי ישע, התש"ן-1989. הנהלת הארגון אחראית לפעול להטמעת הנוהל ולהכשיר את הצוות לנהוג לפי הוראות אלה.

נוהל דומה פורסם על ידי משרד הרווחה בשנת 2007.

ברמת הארגון: על ההנהלה והצוות במסגרת המוסדית לעסוק בפעילות שוטפת לקידום זכויות הדיירים ולמניעת התרחשותן של התעללות והזנחה. הצוות הבכיר חייב לפעול להגברת הרגישות למתן יחס מכבד כלפי הדיירים, לעודד לשינוי עמדות כלפי זיקנה והזדקנות במסגרות לטיפול ממושך, תוך שימת דגש מיוחד על הדיירים התשושים, הסיעודיים וכאלה הסובלים מדמנציה. על הנהלת המוסד להכשיר את אנשי הצוות המטפל ובמיוחד עובדים חדשים, כיצד לבצע את הטיפול הנדרש על פי אמות מידה מקצועיות. בנוסף לכך, על הנהלת המוסד להקנות למטפלים והמטפלות ידע ומיומנויות להתמודדות עם מצבים מורכבים ועם מצבי קונפליקט, המתעוררים במהלך הטיפול בדיירים.

על הצוות הבכיר לקיים פעולות הסברה והדרכה בקשר לתופעת ההתעללות בזקנים. עליהם להקנות לעובדים ידע נדרש על התופעה, על דרכי זיהוי ועל החוקים הרלוונטיים, תוך שימת דגש מיוחד על חוק העונשין, פגיעה בחסרי ישע התש"ן-1989. פעילות זו אמורה

להתקיים באופן שוטף כל ימות השנה וכחלק משגרת העבודה וללא קשר להתרחשות אירוע מסוים. יש גם לפעול למניעת שחיקה של הצוות המטפל (כגון השתתפות בהשתלמויות מחוץ למסגרת המוסדית, קיום פעולות חברתיות עבור אנשי הצוות, ציון הערכה והוקרה לעובדים מסורים ונאמנים, ועוד).

המלצה נוספת קשורה לחיזוק קשרי העבודה בין המסגרת המוסדית לקהילה. מוצע כי העובד הסוציאלי במסגרת המוסדית יזום היכרות עם העובד הסוציאלי לחוק ההגנה על חוסים ממחלקת הרווחה ברשות המקומית. עוד מוצע, כי הללו יקבעו דרכי עבודה לקיום ערוץ תקשורת רציף להתיעצויות לגבי התלבטויות מקצועיות וחוקיות הקשורות בזיהוי מצבי התעללות, הגדרת חסרי ישע וחובת הדיווח.

שימוש באמצעים חוקיים

כאמור, חוק העונשין, פגיעה בחסר ישע התש"ן-1989 מהווה אמצעי חוקי מרכזי בהתמודדות עם תופעת ההתעללות בזקנים והזנחתם. החוק מרגיש, כי די בחשד סביר ולא נדרשת ודאות כי בוצעה עבירה. סעיף 368 (ב) מונה את אנשי המקצוע המחויבים בדיווח וביניהם מנהל או איש צוות במעון או במוסד. העבירות שאלהן החוק מתייחס: עבירת מין לפי סעיפים 345-348, או עבירה של גרימת חבלה חמורה לפי סעיף 368 ב' (ב) או עבירת התעללות לפי סעיף 368 ג'. החוק אינו מטיל חובת דיווח על מצבי הזנחה בהקשר המוסדי. החוק מתייחס גם לעבירות שבוצעו בעבר ולא רק אלה שבוצעו "זה מקרוב". חובת דיווח מיוחדת מחייבת מנהל או איש צוות במעון או במוסד לדווח על עבירת מין ועל עבירה של גרימת חבלה חמורה גם כאשר "חסר ישע" אחד פגע ב"חסר ישע" אחר.

בכל מקרה של חשד יש להזמין רופא לבדיקת הנפגע ועובד סוציאלי אשר יקיים שיחה עם הדייר שנפגע ועם שאר הנוגעים בדבר (אנשי צוות, בני משפחה). יש לתעד את כל הממצאים. אם נדרש המשך טיפול רפואי ולא ניתן לספקו במסגרת המוסדית, יש להעביר את הדייר הנפגע לבית חולים. את השחרור מומלץ לבצע בעצה אחת עם הגורמים המטפלים ותוך כדי הבטחת הגנה על הנפגע.

במקביל, יש לכנס את הוועדה הפנים-מוסדית למניעת התעללות. הוועדה תדון באירוע ותקבל החלטה על המשך הטיפול. כמו כן, הוועדה תדווח לעובד הסוציאלי לחוק ההגנה על חוסים או למשטרה. מידע יועבר גם אל משרד הבריאות ולמשרד הרווחה והשירותים החברתיים (כנדרש בנהלים). נספח מספר 5 (ראו בסוף הפרק) מציג תרשים זרימה להתערבות במצבי חשד להתעללות/או הזנחה.

סיכום

פרק זה דן בתופעת ההתעללות על היקפה, מורכבותה וממדיה השונים בקהילה ובמסגרות לטיפול ממושך. בשל השלכותיה של התופעה על חיי הקרבנות, על הפוגעים, על בני המשפחה ועל החברה כולה, ניתן דגש מיוחד לדרכי התמודדות ברמת הפרט, ברמת הארגון וברמת הקהילה. זאת, מתוך ידיעה כי מרבית מעשי הפגיעה לא נחשפים ובהתאם – לא מטופלים ולא מדרווחים.

אנשי מקצוע המטפלים בזקנים מצויים בחזית הראשונה לאיתור ולחשיפת מצבי התעללות והזנחה. זיהוי מוקדם והגדרת התנהגויות מסוימות כהתעללות והזנחה עשויים לסייע להפעלת התערבות מתאימה ולעצירת ההתנהגות הפוגעת כבר בשלבים המוקדמים.

לא די בפעילותם הנמרצת של אנשי המקצוע. לפעילות ברמה החברתית משמעות מיוחדת, דהיינו, העלאת המודעות לתופעה בקרב כלל הציבור ובקרב זקנים בפרט; קביעת מדיניות; חקיקה; הקצאת משאבים ופיתוח תכניות ייעודיות. רק עשייה רב-מערכתית, שיטתית וכוללת עשויה להביא לצמצום הבעיה ולשיפור איכות חייהם של הזקנים.

מקורות

- איזיקוביץ', צ., לבנשטיין, א. ווינטרשטיין, ט. (2005). התעללות והזנחה של זקנים בישראל. חיפה: המרכז לחקר הזיקנה, הפקולטה לרווחה ובריאות, אוניברסיטת חיפה.
- אינס-קניג, א., אלון, ש. ובן דוד, ו. (2007). התעללות בזקנים: התערבות ומניעה. ירושלים: אשל ג'וינט ישראל.
- אלון, ש. (2004). כוונת עובדים סוציאליים המטפלים בזקנים להפעיל התערבות חוקית או טיפולית במקרי התעללות בזקנים. חיבור לשם קבלת דוקטור לפילוסופיה, חיפה: אוניברסיטת חיפה.
- אלון, ש. (2006 א'). התעללות והזנחה של זקנים – הגדרה בעיני המסתכל? גרונטולוגיה, ל"ג (2), 55-69.
- אלון, ש. (2006 ב'). תכנית להכשרת סגל בכיר במסגרות לטיפול ממושך למניעת טיפול לקוי והתעללות בזקנים. גרונטולוגיה, ל"ד (1), 81-94.
- אלון, ש. וברג-ורמן, א. (2009). טיפול ומניעת התעללות בזקנים והזנחתם – המקום בו הידע והפרקטיקה נפגשים. גרונטולוגיה, ל"ו (2-3), 171-195.

- אלון, ש. ודורון, י. (2009). על הזנחה של זקנים – היבטים עיוניים, חוקיים ומעשיים. גרונטולוגיה, ל"ו (1), 69-91.
- בנדר וינטרשטיין, ט. (2009). להזדקן יחד בצל האלימות: דפוסי אינטראקציה זוגית ואלימות אינטימית בזיקנה. גרונטולוגיה, ל"ו (2-3), 109-131.
- בנדר וינטרשטיין, ט., ואיזקוביץ', צ. ולבנשטיין, א. (2006). התעללות בזקנים והזנחתם. דוח סופי – שלב ב', מחקר איכותני. חיפה: הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה.
- בן נתן, מ., לבנשטיין, א. ואיזקוביץ', צ. (2009). גורמים פסיכו-חברתיים להתעמרות בקשישים במוסדות לטיפול ממושך בישראל. גרונטולוגיה, ל"ו (2-3), 81-107.
- ברודסקי, ג', שנור, י. ובאר, ש. (עורכים). (2010). קשישים בישראל: שנתון סטטיסטי. ירושלים: אשל, מאירס-ג'וינט ישראל – מכון ברוקדייל.
- גופמן, א. (2006). על מאפייני המוסדות הטוטאליים. תל אביב: רסלינג.
- גריין, נ. (1997). עמדות ותגובות חברתיות של מטפלות הבית של מט"ב כלפי התעללות בקשישים על ידי בני משפחתם בישראל. עבודת גמר לקבלת תואר מוסמך, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.
- זועבי, ס. (1994). אלימות נגד קשישים במגזר הערבי, "מציאות או מיתוס". עבודת גמר לקראת תואר מוסמך, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.
- חוזר המנהל הכללי – משרד הבריאות, מספר 22/03 מיום 19.11.03, בנושא: נוהל טיפול בזקנים נפגעי התעמרות.
- חוזר המנהל הכללי – משרד הבריאות, מספר 26/03 מיום 19.11.03, בנושא: מינוי ועדות קבועות לנושא אלימות במשפחה, ניצול מיני והזנחה של קטנים וחסרי ישע.
- חוזר השירות לזקן, מניעת התעללות והזנחת זקנים במוסדות, 2007.
- חוק ההגנה על חוסים, התשכ"ו-1966.
- חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב-1962.
- חוק העונשין, תיקון 26, פגיעה בחסרי ישע, התש"ן-1989.
- חוק הפיקוח על מעונות, התשכ"ה-1965.
- חוק יסוד כבוד האדם וחירותו, התשנ"ב-1992.
- חוק למניעת אלימות במשפחה, התשנ"א-1991.
- חוק למניעת הטרדה מאיימת, התשס"א-2001.
- חזן, ח. (1997). מקום אחר: בתי אבות כאתר של מודרנה. גרונטולוגיה, 77, 8-18.

כהן, מ., הלוי-לוי, ש., פרלוצקי, ד., גאגין, ר. ופרידמן, ג. (2010). דוח מחקר – איתור התעללות בקרב קשישים: פיתוח כלי סינון לשימוש בקהילה ובבתי חולים. הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה, ואשל ג'וינט ישראל.

כהן, מ., הלוי-לוי, ש., גאגין, ר. ופרידמן, ג. (2005). זיהוי קשישים הנמצאים בסיכון להתעמרות בידי בני משפחה מטפלים: פיתוח כלי אבחנתי. גרונטולוגיה, ל"ב (1), 63-79.

כהן, מ., הלוי-לוי, ש., גאגין, ר. ופרידמן, ג. (2009). הקשר בין דיווח עצמי של קשישים על התעללות, זיהוי סימני התעללות וסיכון גבוה להתעללות. גרונטולוגיה, ל"ו (3-2), 37-52.

כצמן, ב. וליטווין, ה. (2002). הגנה על קשישים ומניעת אלימות נגדם בהרצלייה. ירושלים: מינהל מחקר ותכנון, האגף לפיתוח שירותים, המוסד לביטוח לאומי.

לבנשטיין, א. ורון, פ. (1995). דוח מסכם, מחקר גישוש שלב א': "פגיעה בקשישים על ידי בני משפחה המטפלים בהם." חיפה: המרכז לחקר ולימוד הזיקנה, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.

לבנשטיין, א. ורון, פ. (2000). פגיעה בקשישים על ידי בני משפחה מטפלים: שכיחות התופעה בארץ, טיפולוגיה של הקרבן ושל בן המשפחה המתעלל ואטיולוגיה של התעללות. חברה ורווחה, כ' (2), 175-192.

נחמני-רוט, ד., וייגלר, ר., אלון, ש. ויוז, פ. (2011). מיהו "חסר ישע"? המלצות ועדת ההיגוי הבין-משרדית לעניין הגדרת זקן כ"חסר ישע". ירושלים: אשל ג'וינט ישראל.

פקודת בריאות העם, 1940.

רון, מ. ונייקרוג, ש. (1993). תפישת נושא ההתעמרות בקשישים בישראל. חברה ורווחה, 14 (1), 17-30.

שנאן-אלטמן, ש. וכהן, מ. (2009). עמדות מטפלים במסגרות לטיפול ממושך כלפי התעללות בזקנים. גרונטולוגיה, ל"ו (3-2), 147-169.

תקנות בריאות העם, רישום בתי חולים, התשכ"ו-1966.

Anetzberger, G.J. (2000). Caregiving: Primary cause of elder abuse? *Generations*, 24 (2), 46-51.

Ansello, E.F. (1996). Causes and theories. In: L.A. Baumhover & S.C. Beall (Eds.), *Abuse neglect, and exploitation of older persons: Strategies for assessment and intervention* (pp. 9-29). London: Jessica Kingsley Publishers.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.

- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barker, N.N. & Himchak, M.V. (2006). Environmental issues affecting elder abuse victims in their reception of community based services. *Journal of Gerontological Social Work*, 48 (1/2), 233-255.
- Block, M.R. & Sinnott, J.D. (1979). *The battered elder syndrome: An exploratory study*. College Park, Maryland: University of Maryland.
- Butler, R.N. (1975). *Why survive: Being old in America*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Cafaro-Schnieder, D., Mosqueda, L., Falf, E. & Huba, G.J. (2010). Elder abuse Forensic Center. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 22 (3-4), 255-274.
- Choi, N.G. & Mayer, J. (2000). Elder abuse, neglect and exploitation: Risk factors and prevention strategies. *Journal of Gerontological Social Work*, 33 (2), 5-25.
- Cohen, M. (2008). Research assessment of elder neglect and its risk factors in a hospital setting. *Internal Medicine Journal*, 38, 704-707.
- Cohen, M., Halevi-Levin, S., Gagin, R. & Friedman, G. (2006). Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers. *Journal of Aging and Health*, 18 (5), 660-685.
- Comijs, H.C., Smit, J.H., Pot, A.M., Bouter, L.M. & Jonker, C. (1998). Risk indicators of elder mistreatment in the community. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 9 (4), 67-76.
- Cooper, C., Selwood, A. & Lingson, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: A systematic review. *Age and Aging*, 37, 151-160.
- Cupitt, M. (1997). Identifying and addressing the issues of elder abuse: A rural perspective. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 8 (4), 21-30.
- Dimah, K.P. (2001). Patterns of elder abuse and neglect in an Illinois elder abuse and neglect provider agency: A comparative analysis. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13 (1), 27-44.
- Dimah, K.P. & Dimah, A. (2004). Elder abuse and neglect among rural and urban women. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 15 (1), 75-93.

- Dimah, A. & Dimah, K.P. (2002). Gender differences among abused older African Americans and African Americans abusers in an elder abuse provider agency. *Journal of Black Studies*, 32 (5), 557-573
- Doron, I., Alon, S. & Offir, N. (2004). Time for policy: Legislative response to elder abuse and neglect in Israel. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 16 (4), 63-82.
- Erlingsson, C.L. (2007). Searching for elder abuse: A systematic review of database citations. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 19 (3/4), 59-78.
- Finkelhor, D. (1983). Common features of family abuse. In: D. Finkelhor, R.J. Gelles, G. Hotaling & M. Straus (Eds.), *The dark side of families: Current family violence research* (pp.17-26). Beverly Hills, Ca: Sage.
- Fleishman, R. & Ronen, R. (1989). Quality of care and maltreatment in Israel's institutions for the elderly. In: R. Wolf & S. Bergman (Eds.), *Stress, conflict and abuse of the elderly* (pp. 33-49). Jerusalem: JDC-Brookdale Institute of Gerontology and Adult Human Development.
- Fulmer, T., Paveza, G., VandeWeerd, C., Fairchild, S., Guadagno, L., Bolton-Blatt, M. & Norman, R. (2005). Dyadic vulnerability and risk profiling for elder neglect. *The Gerontologist*, 45 (4), 525-534.
- Fulmer, T., Firpo, A., Guadagno, L., Kahan, F. & Paris, B. (2003). Themes from a grounded theory analysis of elder neglect assessment by experts. *The Gerontologist*, 43 (5), 745-752.
- Fulmer, T., Guadagno, L., Paveza, G., VandeWeerd, C., Baglioni, A. J. & Abraham, I. (2002). Profiles of older adults screen positive for neglect during an emergency department visit. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 14 (1), 49-60.
- Gelles, R.J. (1983). An exchange-social control theory. In: D. Finkelhor, R.J. Gelles, G. Hotaling & M.S. Straus (Eds.), *The dark sides of families: Current family violence research* (pp. 151-165). Beverly Hills, Ca: Sage.
- Godkin, M.A., Wolf, R.S. & Pillemer, K.A. (1989). A case-comparison analysis of elder abuse and neglect. *International Journal of Aging and Human Development*, 28 (3), 207-225.

- Goodridge, D.M., Johnson, P. & Thomson, M. (1996). Conflict and aggression as stressors in the work environment of nursing assistances: Implications for institutional elder abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 8 (1), 49-67.
- Harris, D.K. & Benson, M.L. (1999). Theft in nursing homes: An overlooked form of elder abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 11 (3), 73-90.
- Heath, J.M., Kobylarz, F.A., Brown, M. & Costano, S. (2005). Interventions from home-based geriatric assessment of adult protective services clients suffering elder mistreatment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 1538-1542.
- Hickey, T. & Douglass, R. (1981). Neglect and abuse of the older family members: Professionals' perspectives and case experiences. *The Gerontologist*, 21 (2), 171-176.
- Homans, G.C. (1958). Social behavior as exchange. *American Journal of Sociology*, 63 (6), 597-606. Doi: 10.1086/222355.
- Hudson, M.F. (1989). Analyses of the concept of elder mistreatment : Abuse and neglect. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1 (1), 5-25.
- Hudson, M.F. & Carlson, J.R. (1998). Elder abuse: Expert and public perspectives on its meaning. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 9 (4), 77-97.
- Lau, E.E. & Kosberg, J.I. (1979). Abuse of the elderly by informal care providers. *Aging*, 229, 10-15.
- Lithwick, M. (1999). The dynamics of senior mistreatment and the options for intervention. In: J. Pritchard (Ed.), *Elder Abuse Work — Best Practice in Britain and Canada* (pp. 354-377). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Kivela, S.L., Kongas-Sviaro, P., Kesti, E., Pahkala, K. & Ijas, M.L. (1992). Abuse in old age — Epidemiological data from Finland. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4 (3), 1-18.
- Kosberg, J.I. (1988). Preventing elder abuse : Identification of high risk factors prior to placement decisions. *The Gerontologist*, 28 (1), 43-50.
- Meddaugh, D.I. (1993). Covert elder abuse in the nursing home. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 5 (3), 21-37.
- Morris, J.R. (2010). The Bet Tzedek legal services model: How a legal services model addresses elder abuse and neglect. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 22 (3-4), 275-280.

- National Center on Elder abuse. (1998). *The national elder abuse incidence study*. Washington, DC: Author.
- Nelson, T.D. (2005). Ageism: Prejudice against our feared future self. *Journal of Social Issues*, 61(2), 207-221.
- Nerenberg, L. (2006). Communities respond to elder abuse. *Journal of Gerontological Social Work*, 46 (3/4), 5-33.
- Nerenberg, L. (2008). *Elder abuse prevention, emerging trends and promising strategies*. New York: Springer Publishing Company.
- Nolan, M. (1999). Enhancing the quality of care in residential and nursing homes: More than just a professional responsibility. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 10 (1-2), 61-77.
- O'Malley, H. (1983). Identifying and preventing family mediated abuse and neglect of elderly persons. *Annals of Internal Medicine*, 98 (6), 998-1004.
- Payne, B.K., Berg, B.L. & Flanagan James, L.D. (2001). Attitudes about sanctioning elder abuse offenders among police chiefs, nursing home employees and students. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45 (3), 363-382.
- Phelan, A. (2008). Elder abuse, ageism, human rights and citizenship: Implication for nursing discourse. *Nursing Inquiry*, 15 (4), 320-329.
- Pillemer, K. (1985). The dangers of dependency: New findings on domestic violence against the elderly. *Social Problems*, 33 (2), 146-158.
- Pillemer, K. (1988). Maltreatment of patients in nursing homes. *Journal of Health and Social Behavior*, 29 (3), 51-57.
- Pillemer, K. & Bachman-Prehn, R. (1991). Helping and hurting: Predictors of maltreatment of patients in nursing homes. *Research on Aging*, 13 (1), 74-95.
- Pillemer, K. & Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *The Gerontologist*, 28 (1), 51-57.
- Pillemer, K. & Moore, D.W. (1990). Highlights from a study of abuse patients in nursing homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 2 (1/2), 5-29.
- Pillemer, K. & Moore, D.W. (1989). Abuse of patients in nursing homes: Findings from a survey of staff. *The Gerontologist*, 29 (3), 314-320.

- Pillemer, K. & Suitor, J.J. (1992). Violence and violent feelings: What causes them among family caregivers? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 47 (4), S165- S172.
- Pittaway, E. & Westhues, A. (1993). The prevalence of elder abuse and neglect of older adults who accessed health and social services in London, Ontario, Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 5, 77-93.
- Ploeg, J., Hutchison, B., MacMillan, H. & Bolan, G. (2009). A systematic review of interventions for elder abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21, 187-210.
- Podnieks, E. (1989). Elder abuse : A Canadian perspective. In: R.S. Wolf & S. Bergman (Eds.), *Stress, conflict and abuse of the elderly* (pp. 111-137). Jerusalem: JDC-Brookdale Institute.
- Podnieks, E. (1992). National survey on abuse of elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4 (1/2), 5-58.
- Rathbone-McCuan, E. & Voyles, B. (1982). The detection of abused elderly parents. *American Journal of Psychiatry*, 139 (2), 189-192.
- Rees, J., King L. & Schmitz, K. (2009). Nurses' perceptions of ethical issues in the care of older people. *Nursing Ethics*, 16, 436-452. doi:10.1177/0969733009104608.
- Savemen, B.I., Astrom, S., Boucht, G. & Norbert, A. (1999). Elder abuse in residential setting in Sweden. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 10 (1), 43-60.
- Schiamberg, L.B. & Gans, D. (1999). An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 11 (1), 79-103.
- Tatara, T. (1993). Understanding the nature and scope of domestic elder abuse with the use of State aggregate data: Summaries of the key findings of a national survey of state APS and aging agencies. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 5 (4), 35-57.
- Teaster, P.B. & Wangmo, T. (2010). Kentucky's local elder abuse coordinating councils: A model for other states. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 22 (1), 191-206.
- Wetzels, P. & Greve, W. (1996). Older people as victims of family violence. Results of a German victimization survey. *Journal of Gerontological Geriatrics*, 29, 191-200.

- WHO. (2002). *Missing voices, views of older persons on elder abuse*. Geneva: World Health Organization.
- Wolf, R.S. (1990). Perpetrators of elder abuse. In: R.T. Ammerman (Ed.), *Treatment of family violence: A Sourcebook*. New York: John Wiley & Sons.
- Wolf, R.S. & Pillemer, K. (2000). Elder abuse and case outcome. *The Journal of Applied Gerontology*, 19 (2), 203-220.
- Wolf, R.S. & Pillemer, K.A. (1989). *Helping elderly victims: The reality of elder abuse*. New York: Columbia University

נספח מספר 1: מחקרים המציגים את היקף התופעה ומאפייניה בארצות הברית

חוקרים	מורגם	מספר	שכיחות פגיעה	מאפייני הקרבן	מאפייני פוגע	סוג הפגיעה
Block & Sinnott, 1979	אנשי מקצוע	134	18 מקרים – 13.4% ריווח על מקרי פגיעה	נשים (81%) גיל 75+ תשונות ומוגבלות	בני משפחה (42%) בני זוג (15%)	פגיעה פסיכולוגית שכיחה יותר מפגיעה פיסיוולוגית 50% חוו פגיעה כלכלית
Hickey & Douglass, 1981	אנשי מקצוע	228	למחצית מהנהקרים היה קשר טיפולי עם קרבנות להתעללות	נשים תשונות ברובן		הזנחה פסיכית רווחה כשכיחה ביותר
Lau & Kosberg, 1979	מקרים משירותי רווחה	404	39 מקרי פגיעה – 9.6%	נשים (77%) מוגבלות פיזית	צאצאים בוגרים בני זוג	74% פיזית 5.1% פסיכולוגית 3.1% כלכלית 19% דיכוי זכויות
O'Malley et al., 1983	אנשי מקצוע	1,044	אותו 183 פגיעות	נשים (גיל 75+) תשונות ומוגבלות	בני משפחה (75%), בעיות רפואיות	41% פיזית 24% פסיכולוגית

חוקרים	מדגם	מספר	שכיחות פגיעה	מאפייני הקרבן	מאפייני פוגע	סוג הפגיעה
Pillemer & Finkelhor, 1988	מדגם אקראי של קשישים	2,002	3.2%	גברים (52%) נשים (48%) חלקם, עצמאי בתפקוד	צאצאים בוגרים, בני זוג תלות כלכלית ותלות בדיוור, בקרבן	2% פיזית 1.1% מילולית
Tatara, 1993	נחונים מסוכנויות לשירותים המגנטיים (ארה"ב)	74	בשנת 1991 הוגשו לסוכנויות הללו, סך 227,000 תלונות, מתוכן אושרו 54.5% כנכונות	נשים (67.8%) גברים (32%) גיל 75 +	גברים (51.8%) נשים (42.5%) מהם כשליש – צאצאים ו- 14.4% בני זוג	45.2% הונחה 19.1% פיזית 17.1% כלכלית 13.8% פסיכולוגית

נספח מספר 2: מחקרים המציגים את היקף התופעה ומאפייניה בעולם

חוקרים	אוכלוסיית המחקר	מספר משתתפים	שכיחות פגיעה	מאפייני הקרבן	פוגע	סוג הפגיעה
Comis et al., 1998, הלנר	מרגם אקראי בעיר אמסטרדם (כ-30 מרפאות)	1,797 זקנים	105 מקרים	שני שלישי נשים, גיל ממוצע 77, סובלות מבעיות כריאות, שני שלישי נשואות	לרוב בני זוג	3.2% מילולי 1.2% פיזי 1.4 ניצול כלכלי
Cuppitt, 1997 – אוסטרליה	אחיות איזור כפרי (ניו סאות וולס)	598	33 מקרים	גילאי 80-76 מתגוררים בגפם		50% פסיכולוגי 33% ניצול כלכלי 27% הזנחה 27% פיזי
Fulmer et al., 2005 – ארד"ב	אנשי מקצוע בחדרי מיזן של בתי חולים בניי יורק ובטמפה	165 איש	18%	גילאי 70+		18% הזנחה
Kivela et al., 1992 – פינלנד	זקנים המתגוררים בעיר קטנה באזור כפרי למחצה	1,086 זקנים, ריווח אישי בשאלונים, ראיונות ובריקה רפואית	5.4%	נשים בעיקר גיל 73 (מוזעז)	בני זוג, צאצאים	49% פסיכולוגי 17% פיזי 9% ניצול כלכלי

חוקרים	אוכלוסיית המחקר	מספר משתתפים	שכירות פגיעה	מאפייני הקרבן	פוגע	סוג הפגיעה
Pittaway & Wetnues, — 1993 קנדה	מקבלי טיפולי בית בעיר לונדון מחוז אונטריו	605 זקנים				14% מילולי 14% הזנחה 6% ניצול כלכלי 4% פיזי או מיני
Podnieks, — 1992 קנדה	מרגם אקראי סקר ארצי	2,008	80 מקרים - 4%	שני שלישי נשים. מחצית מהקרבנות נשואים	בני זוג, בני משפחה	2.5% ניצול כלכלי 1.4% מילולי 0.5% פיזי 0.4% הזנחה
Wetzels & Greve, 1996 — גרמניה	מרגם אקראי	5,711 בני +60				3.4% פיזי 2.7% הזנחה 1.3% ניצול כלכלי 0.8% מילולי

נספח מספר 3: הערכת סיכון להתעללות

שם: _____ תעודת זהות: _____

רמת זיהוי ראשונה – סיכון להתעללות (פרט)

0 כלל לא	1 במידה מעטה	2 במידה בינונית	3 במידה רבה	גורמי סיכון – מטופל
				1. בעיות משפחתיות
				2. מצב נפשי ירוד
				3. תלות כלכלית
				4. רשת חברתית דלה/בידוד
				5. ירידה קוגניטיבית/דמנציה
				6. ריבוי מחלות חמורות (חוסר יציבות/נפילות, מחלות לב (ברמה חמורה, דיאליזה, מחלת סרטן פעילה או גרורתית, מחלות ריאה, מחלות נוירולוגיות (Parkinson, MS, CVA), מחלות מטבוליות
				גורמי סיכון בן-משפחה/ מטפל עיקרי
				1. שימוש באלכוהול או סמים
				2. בעיות פסיכיאטריות (הפרעות אישיות, סכיזופרניה)/פיגור
				3. תלות כלכלית
				4. בעיות משפחתיות
				5. רשת חברתית דלה
				6. אי הבנת מצבו של המטופל

הנבדק יוגדר בסיכון להתעללות כאשר: (1) לפחות שבעה מסך כל הפריטים בטבלה סומנו בקטגוריות 1 או 2 או 3. (2) לפחות באחד מהגורמים המסומנים באפור התקבל ציון 2 או 3.

רמת זיהוי שנייה – תשאול ישיר

לא	כן	
		האם אתה חושש מפני מישו מכוני המשפחה שלך או אנשים אחרים המוכרים לך?
		האם מישו ניסה להכאיב לך (להכות, לדחוף לטלטל) או לגרום לך נזק כלשהו?
		האם מישו מכוני משפחתך דיבר אליך באופן מעליב, כינה אותך בשמות, העליב או ניסה לגרום לך להרגיש רע?
		האם מישו לקח ממך חפצים, רכוש או כספים בניגוד לרצונך או מתוך הפעלת לחץ? כפה חתימה על מסמכים?
		האם בני המשפחה מסרבים לתת לך את העזרה הדרושה לך?
		האם מישו נגע בך או כפה עלייך מגע מיני לא רצוי

פירוט:

אם התשובה לאחת השאלות היא חיובית: מי מכוני המשפחה הפעיל התנהגות זו:

מי עוד סובל מהתעמרות מלבד הקשיש המרואיין?

משך ותדירות האלימות/ההתעללות:

האם פנית למישו או לגורם כלשהו לקבלת עזרה?

רמת זיהוי שלישית: גילוי סימני התעללות (לסמן רק כאשר לא ידועה סיבה אחרת מהתעללות – למשל: תוצאה של ניתוח, נפילה וכו')

סימנים פיזיים – אם ישנם סימנים הנצפים תוך כרי השיחה עם הזקן.

לא	כן	
		פציעות לא מוסברות או הסבר לא מתאים לגבי אופן הפציעה
		חבלות / מכות/ שטפי דם פנימיים
		צלקות / סימנים חדשים וישנים
		צלקות, דומות בצורתן לחפץ (אצבעות, חגורה)
		צלקות דו-צדדיות על הידיים העליונות
		כוויות במיקום לא רגיל
		סוג או צורת הכוויה הם בלתי רגילים (בהתאם לחפץ – סיגריה, מגהץ)

סימנים לניצול חומרי-כספי – אנא ענה על השאלות הבאות על בסיס שיחתך עם הזקן.

לא	כן	
		אי-יכולת לא מוסברת לשלם חשבונות, לקנות מזון או מצרכים אחרים
		פער בין הכנסות ואמצעים לסגנון חיים
		מביע פחד או חרדה כאשר מדברים על כספים
		עניין מוגזם של בן משפחה בנכסי האדם הזקן
		הועברו נכסים, רכוש, ניהול חשבון בנק מהאדם הזקן לזולת שלא מרצונו המלא
		מועברים כספים מהאדם הזקן לזולת שלא מרצונו המלא
		הנבדק מממן בן/בת, נכד/נכדה בקשיים כלכליים

סימני הזנחה – יש לסמן על בסיס סימנים הנצפים תוך כרי השיחה עם הנבדק ועל בסיס שאלותיך.

לא	כן	
		הופעה מוזנחת, לא אסתטית, לא נקייה
		פצעים ובעיות עור לא מטופלים
		לבוש לא מותאם למזג אוויר
		חוסר ניקיון
		ירידה פתאומית/לא מוסברת במצב בריאות (לא מסיבה רפואית)
		פצעי לחץ
		סימני עודף, חוסר או שימוש לא נכון בתרופות
		איחור לא מוסבר בחיפוש אחר עזרה רפואית
		הגעה לא מסודרת או לא קבועה לבדיקות/טיפול/מעקב רפואי

התנהגות בן המשפחה – ענה על השאלות הבאות על בסיס התרשמותך במהלך השיחה, אם ניתן להתרשם.

לא	כן	
		בן המשפחה אדיש או כועס כלפי הזקן
		בן המשפחה מסרב לסייע לו בדברים הכרחיים
		בן המשפחה מנסה למנוע מהנבדק לשוחח בפרטיות או בחופשיות עם אנשי המקצוע
		האדם חושש לענות לשאלות
		האדם נראה נפחד

נספח מספר 4: הנחיות לשימוש בכלי לזיהוי קשישים בסיכון להתעללות

הסבר כללי

הכלי מתבסס על מחקר נרחב שנעשה בארץ בשיתוף אשל-ג'וינט ישראל, משרד הרווחה ואוניברסיטת חיפה. המסקנות העיקריות מהסקר הן:

1. שיש לבצע איתור יזום של זקנים בסיכון להתעללות (בדיקות סקר).
 2. האיתור חייב להיעשות בשלוש רמות: בדיקת קיומם של סימני התעללות, תשאול ישיר וזיהוי גורמי סיכון.
 3. גורמי הסיכון מהווים גורמים עיקריים (אך לא בלעדיים) אשר נמצאו כמנבאים עיקריים של התעללות.
- השימוש בכלי צריך להיות מותאם לנסיבות המפגש עם האדם הזקן. במידת האפשר, יש לנסות לזהות אפשרות של התעללות בשלוש הרמות, אך אם לא ניתן, יש לברוק את הניתן לבדיקה בהתאם למצב.
- הכלי מבוסס על תצפית, ריאיון ותשאול ישיר. בדף ההנחיות ישנו פירוט של ההוראות, ההנחיות ודוגמאות, על מנת לסייע במילוי הכלי. לאחר רכישת מיומנות בשימוש בכלי, אין צורך להשתמש בדף ההנחיות למילוי הפרטים.

סיכון להתעללות

שאלות לדוגמה לקבלת מענה לקטגוריות של גורמי סיכון של הזקן ושל בן המשפחה ולקטגוריה של בעיות משפחתיות ובעיות ביחסי נישואין:

1. האם אתה בקשר קבוע עם הילדים?
 - האם הילדים עוזרים לך?
 - האם יש דברים שבהם הם אינם מסייעים?
 - האם כולם מסייעים באופן שווה?

2. האם יש מתחים במשפחה שלך?

- בין מי למי?
- האם לא מדברים אחד עם השני? מזה כמה זמן?
- האם אתה כועס על כך?
- מה אתה עושה בקשר לזה?

3. בכל המשפחות יש לעתים מריבות. איך זה במשפחתך?

- בינך לבין בן/בת הזוג?
- בינך לבין ילדיך?

4. האם אתה שבע רצון מהקשרים עם ילדיך ומשפחתך?

- אם מתאר קשיים: האם יש לך רגשות טינה כלפיהם?
- האם יש לך רגשות טינה כלפי בני משפחה אחרים?
- האם אתה מרגיש אשם בקשר למצב?

לקטגוריה של תפיסה מעוותת (מוגזמת או לא קשורה למציאות) של העצמי, הזולת, אירועים:

- תפיסה לא מותאמת למציאות של מצבו הבריאותי
- של יכולת בני המשפחה לסייע לו
- של יחס בני המשפחה אליו ("הילדים שלי לא דואגים כלל" – כאשר למעשה ניתן לראות דאגה לפי יכולתם)
- מחשבות פרנואידיות

לקטגוריה של דיכאון:

- היעדר מצב רוח
- בכי
- חוסר עניין וחוסר מוטיבציה
- הפסקת פעילויות, פגישות עם חברים, ועוד
- עייפות, עודף שינה או חוסר שינה
- עודף או חוסר תיאבון
- בעיות ריכוז
- תלונות על בעיות זיכרון

- מחשבות של חוסר טעם לחיות, אשמה, חוסר אונים

לקטגוריה של חרדה:

- חוסר שקט
- עצבנות
- דאגנות
- חששות מתמידים וחוזרים
- דפיקות לב חזקות, רעד, הזעה, קשיי נשימה (במקרים שאינם מתאימים לתחושות כאלה)

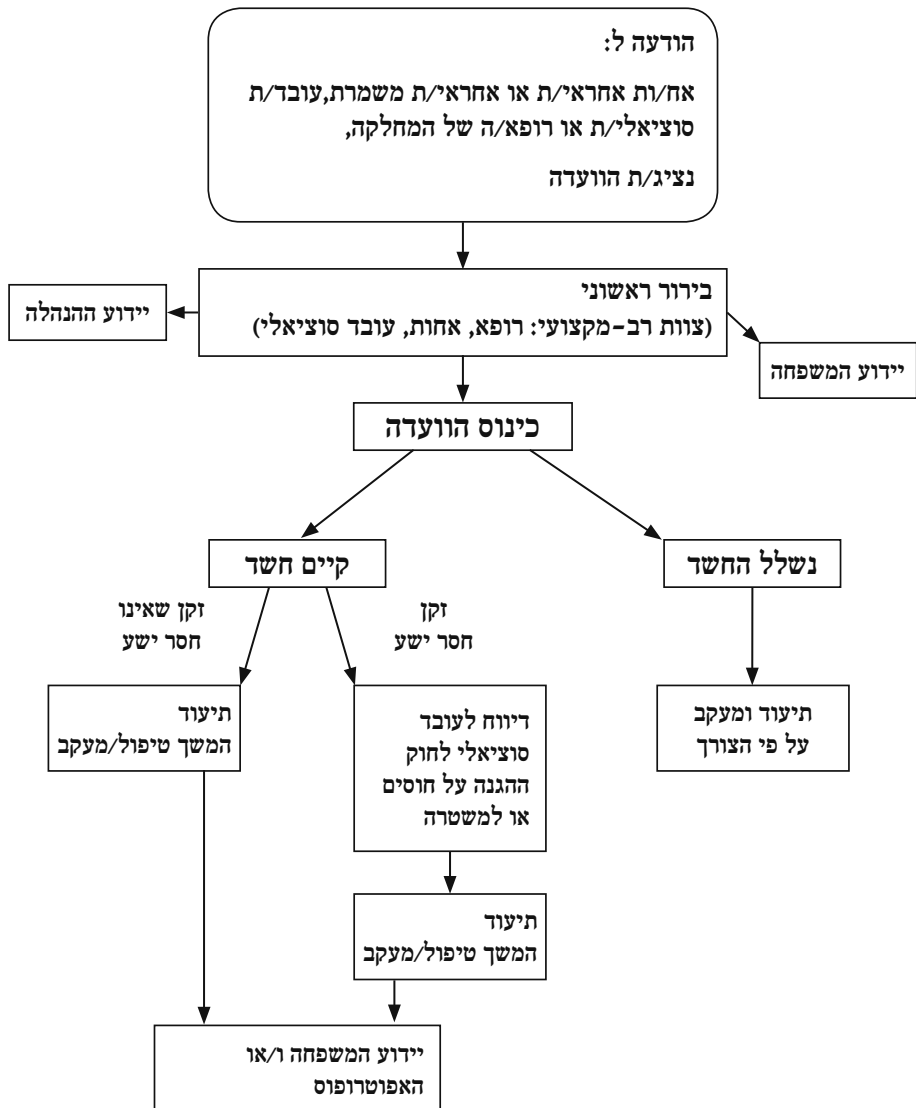
לקטגוריה של תלות כלכלית:

- האם האדם מקבל מידי פעם עזרה כספית לכיסוי צרכים מיוחדים – לסמן 1 או 2 בהתאם לסכומים ולתדירות.
- האם האדם מקבל באופן קבוע עזרה בסכומים קטנים או בינוניים – לסמן 2 או 3.
- האם האדם מקבל עזרה קבועה ובסכומים בינוניים/גבוהים מכן המשפחה – לסמן 4.

הנחיות לגבי רישום סימני התעללות בפועל

- יש לסמן רק את הסימנים לגביהם ניתן לקבל מידע.
- יש לסמן רק מצבים שאין להם הסבר ודאי אחר. למשל, אם קיימות חבלות וצלקות: לתת ניקוד רק כאשר לא ידועה סיבה אחרת מהתעללות לקיומן של הצלקות או החבלות, כמו ניתוחים, נפילות עקב התעלפות וכו', או כאשר הקשישה לא מתמצאת בענייניה הכספיים, כי כל השנים הבעל ניהל את החשבונות, ועם מותו אינה מסוגלת לנהל את ענייניה.
- בניצול כלכלי: בפריט "מביע פחד או חרדה כאשר מדברים על כספים" – לציין רק אם הסיבה לפחד קשורה לבני המשפחה.
- חסר באביוזרי עזר: אין מדובר בחסר באביוזרים מכיוון שהאדם אינו מעוניין להשתמש בהם, אלא כאשר מדווח שהאביוזרים חסרים, או שהם בלתי תקינים או לא מותאמים, או שעבר הזמן שצריך היה להחליפם.

נספח מספר 5: תרשים זרימה להתערבות במצבי חשד להתעללות או להזנחה



פרק 27

התנועה לשינוי תרבות הטיפול בזקנים במוסדות: מודלים ממוקדי כבוד, אוטונומיה ומשמעות בטיפול ארוך-טווח

תמרה אדל-גוטשטיין, תמר דשבסקי, דנה פרילוצקי

מבוא

עבור רבים, המוסדות לטיפול לטווח ארוך בזקנים קשורים לסטיגמות שליליות ונתפסים כסמל לאבדנם של הזהות והאוטונומיה של מבוגרים עם מחלות כרוניות ומוגבלויות. התנהלותם של מוסדות אלה בדומה לבתי חולים משאירה לדיירים "שליטה מעטה על חיי היום-יום שלהם. רבים חשים נטושים ומאבדים את תחושת הזהות, השייכות החברתית והמשמעות" (Ryvicker, 2009: 19).

התנועה לשינוי התרבות במוסדות לטיפול לטווח ארוך (Culture Change in Long Term Care) שואפת להפוך את בית האבות לבית, המתמקד לא רק במשימות הטיפול הפיזיות, אלא שם דגש על הדאגה לאנשים ולמערכות היחסים ביניהם; מקום היוצר סביבה שהזקנים מרגישים בה בבית, שבני משפחותיהם נהנים לבקר בה, שאנשי הצוות זוכים בה להערכה ושהחיים בה הם חיים שטוב לחיותם (Thomas, 2003). ניתן למנות מספר מאפיינים בולטים בבתי האבות שעברו שינוי תרבותי: בתים אלה מקנים לדיירים ולמי שעובדים איתם יותר כוח וסמכות לקבל החלטות (Frampton, Gil, Guastello et al., 2010). בנוסף לכך, בתים אלה משתמשים דרך קבע באמצעים לשיפור איכות החיים, לפתרון בעיות ולפיתוח דגמי טיפול חדשים (Health Quality Ontario, 2012). על אף שכרבים מבתי האבות אכן מעניקים טיפול מסור, באלה מהם המיישמים את שינוי התרבות מנסים לצעוד מעבר לכך ודוגלים ב"הגדרה מחדש של עצם המציאות בגיל המבוגר כתקופה משמעותית של למידה, צמיחה, התחדשות ומעורבות אזרחית — אף לנוכח חולי והיחלשות (Barkan, 2013) ובונים תרבות

של הזדקנות בעלת חיוניות ומשמעות (Frampton et al., 2010). בארצות הברית, התנועה לשינוי התרבות היא הכוח העיקרי המניע בתי אבות רגילים לעבור מן הדגם האשפוזי לדגם של בתים המתנהלים בהכוונת דייריהם (Brune, 2011; Rosher & Robinson, 2005). לתנועה זו השפעה על שינויים בטיפול ארוך הטווח ברחבי העולם. במאמר זה מוצג הרציונל לשינוי במוסדות לטיפול ארוך-טווח, מתוארים הדגמים החדשניים שפיתחו מייסדי התנועה לשינוי התרבות ונבחנת הרלוונטיות של שינויים אלה לאוכלוסיית הזקנים בישראל. במאמר נידונים העקרונות, האתגרים, המכשולים והגורמים המסייעים ליישום שינוי התרבות, כמו גם המאמצים המשותפים הנחוצים כדי לאפשר שינויים מערכתיים בתחום זה.

הצורך בשינוי

כיום, חייהם של אנשים ארוכים יותר מאשר בעבר, אך לצד נתון מעודד זה, יש לזכור, כי תוחלת החיים המתארכת מביאה עמה שנים רבות יותר, שעוברות כשנות זיקנה שברירות. חלק מהזקנים, במיוחד אלה שאורח חייהם בריא יותר, חווים הידרדרות בריאותית מהירה רק סמוך לסוף חייהם (compressed morbidity), כאשר עד לתקופה אחרונה זו חייהם מתנהלים בבריאות יחסית (Hubert, Bloch, Oehlert et al., 2002). אצל אחרים יכול להתקיים תרחיש אחר: חיים עם מוגבלויות כרוניות ושנים רבות של תלות באחרים. על אף שמדינת ישראל מפתחת שירותים נרחבים, המאפשרים לזקנים עם מוגבלויות לעבור את תהליך ההזדקנות יחד עם משפחותיהם ובתוך הקהילה, עדיין קיים אחוז מסוים הנזקק למוסדות לטיפול ארוך-טווח. בשנת 2009 היה שיעור הזקנים שחיו במוסדות לטיפול ארוך-טווח בישראל בערך 3% (Mashav, 2011). בארצות הברית, שיעורם גדול מעט יותר: בכל זמן נתון חיים בערך 5% במוסדות אשפוזיים, אך ההערכה היא, ש-40% מהזקנים ייעזרו בטיפול זמני לצורך החלמה, שיקום או התאוששות ויחיו תקופה כלשהי במהלך שנותיהם המאוחרות בבתי אבות (Kansas Association of Homes and Services for the Aging [KAHSA] 2007). בשנים האחרונות, אנו עדים לתופעה, שמוסדות לטיפול ארוך-טווח בוקנים ומוסדות של דיור מוגן מגיבים לדרישת השוק ומציעים מגורים מזמינים יותר. אבל כאשר מצבם של הזקנים מידרדר מבחינה קוגניטיבית או גופנית למצב המצריך השגחה צמודה, מצטמצמות אפשרויות הדיור המוצעות ורבים מן הזקנים נאלצים לעבור למחלקות הדומות לבתי חולים. מחלקות אלו מזכירות את "המוסדות הטוטאליים" שמתאר גופמן (Goffman, 1961), שבהם אילוצי רגולציה ונוהלי אשפוז מכתיבים תפקידים ולוחות זמנים חסרי גמישות. הזקנים

מאבדים את שליטתם על מועדי השינה שלהם, על המזון המוגש להם ועל הרגלי הרחצה שלהם, ונאלצים לחלוק את חדרם עם זרים, שאותם אינם יכולים לבחור. בין התוצאות העגומות של שינוי זה במעמדם: אינפנטיליזציה, דפרסונליזציה, דהומניזציה, תחושת קרבת (Monk, Kaye & Litwin, 1984), כמו גם בדידות ושעמום (Thomas, 1994; 2003), חוסר ישע נלמד (Harris & Benson, 2006; Slama & Bergman-Evans, 2000), הידרדרות בדרגת התפקוד (Koren, 2010) ודמורליזציה (Connor & Walton, 2011). למעלה ממחצית הדיירים החדשים מקבלים טיפול נוגד דיכאון במהלך שנת האשפוז הראשונה שלהם במוסדות אמריקניים (Hoover, Siegal, Lucas et al., 2010) והתוצאה היא לפעמים קבלת תרופות בכמויות מוגזמות או שאינן מתאימות למצבם (Stevenson, Decker, Dwyer et al., 2010). אמנם חלו שיפורים בטיפול לטווח ארוך: סטנדרטים ברורים ומעקב משופר הביאו לשיפור ההגנה על הזקנים מפני צורות ההזנחה והפגיעה הקיצוניות, שהיו שכיחות בעבר בבתי אבות (Vladeck, 2003). אך עם זאת, מתן שירותים משופרים אינו משקם את כבודם של הדיירים ואת האוטונומיה שלהם, אינו מקנה משמעות רבה יותר לחיים במוסדות אלה ואינו הופך אותם לביתיים יותר.

התנועה לשינוי תרבות הטיפול קמה בארצות הברית, בתקופה שבה ניצבו בתי אבות אמריקניים בפני שילוב של מִשְׁבָּרֵי כוח אדם ותביעות משפטיות (Gibson & Barsade, 2003; Thomas, 2003), כמו גם בפני לחץ צרכני גובר מצד 76 מיליון "Baby Boomers", אשר הגיעו לגיל 65 בקצב של 10,000 ליום (Tavormina, 1999). בעיני קבוצה צרכנית משמעותית זו, התנאים האוטוקרטיים והסטריליים היו בלתי נסבלים והם החלו לחפש טיפול טוב יותר, הן עבור הוריהם המזדקנים והן עבור עצמם (Brune, 2011; Fagan 2003). התנועה לשינוי התרבות גורסת, שסביבה הדומה בתנאיה לבית חולים אינה מתאימה לטיפול בזקנים, ושאפשר לטפל בצרכים הרפואיים ארוכי הטווח של אוכלוסייה זו בדרכים אנושיות יותר. בתים יוכלו לפרוח כאשר קולם של הדיירים ונותני השירותים ישמע ותישמר יכולתם להשפיע על הפעלת בתי האבות. בבתיים שעוברים שינוי תרבות גם זקנים חלשים ושביריים מאוד, ואפילו אלה הסובלים מתפקודים קוגניטיביים לקויים, יכולים ליהנות מקיום מכובד יותר (Power, 2010).

תיאור בית אבות שעובר שינוי תרבות

איך נראה בית שעובר שינוי תרבות? נתבונן ב-Providence Mount Saint Vincent (המכונה the Mount) בסיאטל, וושינגטון, בית אבות המשמש עבור התנועה כמרכז למידה לפיתוח

תנועת השינוי. את בית האבות הקימו בשנת 1924 אחיות קתוליות, כדי לטפל בזקנים עניים. המוסד פועל בתוך מבנה לבנים בן חמש קומות, על גבעה שממנה נשקף נוף פתוח. בשנות ה-60 (של המאה הקודמת), בית האבות אימץ, במידה גוברת והולכת, תנאים סטרייליים של בית חולים, כדי להתאים את הפעילות לתקנות שירות הבריאות הציבורי (Medicare). בתחילת שנות ה-90 קיבל על עצמו צוות תכנון אסטרטגי, בראשות המנהלת החדשה של בית האבות, שרלן בויד (Boyd), את האתגר של שיפוץ המבנה הישן, בהתאם למטרות שהותוו בחקיקה פדרלית. הצוות דרש להנהיג טיפול ארוך-טווח אנושי יותר (Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987 [OBRA], 2006; Wiener, Freiman & Brown, 2007). המנהלת החדשה התייחסה לצורך הרוחק בשיפוץ כאל הזדמנות להפוך את בית האבות לביתי, ככל האפשר. מהיועצות בדיירים היא למדה, שיותר מכל דבר אחר הם התגעגעו למטבח שלהם. במקום מסדרונות ארוכים וסטרייליים, באורך של כמעט 100 מטר, היא בנתה עשרה אשכולות דיור, מעין שכונות, שכל אחת מהן חולקת מטבח, חדר מגורים ואח מוסקת. כדוגמה לדרכה לעודד את עצמאותם של הדיירים ואת יכולתם לקיים פעילויות הכרוכות במיומנויות חיים יום-יומיות, ניתן להצביע על בחירתה לספק מכונות כביסה לרשות מי שנהנו לקפל את הכביסה הנקייה והחמימה, כדי שיוכלו להמשיך בעצמם לטפל בכגדיהם. השיפוץ הפיזי שימש כהכנה לשינוי ארגוני משמעותי, המעמיד את הדייר במרכז תכנית הטיפול. הן דיירי הדיר המוגן והן הדיירים הסיעוריים בוחרים בעצמם את סדר יומם ואת הפעילויות, שהם מוצאים בהן משמעות. כל אשכול מתופעל על ידי צוות קטן ורב-תכליתי, המורכב מדיירים ומאנשי צוות, וניתן מקום פעיל גם לבני משפחה, המגיעים בקביעות לביקורים. המטפלים מהווים דמויות קבועות, המשרתות את הדיירים הגרים באשכול. קביעות זו תורמת לכך, שאנשי הצוות מכירים כל דייר ואת העדפותיו, מתחשבים בקצב חייו ומקפידים ליישם התאמות ההולמות את השינויים החלים בתפקודו במהלך הזמן.

במקום ארוחת בוקר בשעה שש, שהייתה נהוגה בעבר (בארוחות כאלה, 40% מן המזון מוחזר ולא נאכל), כיום הדיירים מגיעים למטבחם המרווח לאחר שהם מתעוררים לפי קצבם הטבעי. אם הם נהנים להכין ארוחת בוקר בעצמם – הם מכינים אותה בעזרת מארחת בוקר, המסייעת להם, במידת הצורך. הם אוכלים על שולחנות עגולים, הערוכים בצורה נאה. ארוחות הצהריים והערב מובאות מן המטבח המרכזי ומוגשות בחדר האוכל של האשכולות, על מגשי אדים השומרים על חמימות המזון. את החטיפים שכל אחד מהדיירים אוהב, הוא יכול להשיג במטבח, בכל שעה, ביום ובלילה.

לכל אשכול עיצוב שונה, דבר שעוזר לדיירים ולבני המשפחות שבאים לבקר לזהותו ולאתרו. חצרות פנימיות וגינות מגודרות בזכוכית (solarium) מביאות את הטבע פנימה, אל מי שחלשים מכדי לצאת מן הבית, ומשמשות כחממות, כספריות וכחדרי משחק. יש

בבית האבות מרכז למידה בין-דורי וגן ילדים, הכולל כלובי ענק לציפורים. לילדי העובדים ניתנת עדיפות בגן, דבר שהופך את בית האבות למקום עבודה מושך יותר. מדי יום נמצאים במקום ילדים עד גיל חמש. זקנים המעוניינים להשתתף בטיפול בהם מקבלים תפקידים משמעותיים בגן.

תהליך השינוי הוא תהליך מתמשך, שבו מתקבלים בברכה חידושים, שמציעים הדיירים, אנשי צוות ובני המשפחות. מפגשי קהילה נערכים כדי לחגוג, ללמוד, להתאבל ולהעלות רעיונות. בית האבות פועל בתפוסה של 100% ויש רשימת המתנה של אנשים המעוניינים להצטרף אליו (Boyd, 2003).

התפתחותה של התנועה לשינוי התרבות

אָלְמָה הולדר (Holder), הקול המוקדם החשוב ביותר של הרפורמה בבתי האבות, הזמינה פעילים מכל רחבי ארצות הברית להשתתף בוועידה של ענף בתי האבות בכירה וושינגטון. המפגש עורר את המשתתפים לפתח מתווה של נושאי עניין בוערים ומשותפים, והם התאגדו במסגרת ארגון חדש, שנועד לייצג את קולם של הצרכנים ברמה הלאומית. בשנת 1975 ייסדה הולדר את הקואליציה האזרחית הלאומית לרפורמה בבתי אבות (National Citizens Coalition for NCCNHR). הולדר הייתה לרמות המובילה בקידום שינוי המדיניות, וברי ברקן, עיתונאי, מנהיג עובדים ופעיל חברתי, הציג את הדגם הממשי הראשון לשינוי התרבות.

שנות ה-70 וה-80: הקהילה הצומחת, מרכז אלון חיים

ברקן החל לגייס את הזקנים עצמם ליצירת סביבה מתאימה יותר עבורם. בשנת 1977 ייסד, יחד עם עמיתו בוב בֶּרְק (Berke), את "הקהילה הצומחת" (Regenerative Community) הניסיונית הראשונה, בבית ההורים היהודי באוקלנד, קליפורניה. בבית הורים זה עודדו בעקביות את טיפוחה של קהילה הדואגת לחבריה והפועלת לבטל את ההיבטים השליליים של התנאים האשפוזיים (Barkan, 1995; 2003; Fagan, 2003). בשנת 1986 קנו ברקן ורעייתו דֶּבִּי בית אבות כושל בקליפורניה וייסדו את מרכז אלון חיים (Live Oak Living Center), שאותו ניהלו כ"קהילה צומחת" במשך 17 שנים. ההיבט המפתיע ביותר בפיתוח הקהילה היה, שלא הוכתבה בו שום תכנית מראש. בני הזוג ברקן פשוט באו לבית ולמדו על חייהם של הדיירים, על חלומותיהם ועל פחדיהם, על מה שהיו לפני שנכנסו לבית, אילו כישרונות ותחומי עניין היו להם, אילו דברים מחייהם הקודמים חסרים להם יותר מכל, וגם מה הם עדיין רוצים לעשות. לב ליבו של התהליך הקהילתי מתרחש במפגשים יומיים

של האנשים החיים והעובדים במקום. מבנה מפגשי הקהילה היומיים מובנה וצפוי, אך בה בעת גם גמיש. מבנה זה טומן בחובו כמה יתרונות חשובים: הוא מספק את הקשר המאפשר ספונטניות, מעודד תרבות בריאה יותר, שבה לדיירים יש תפקידים וזהויות ומאפשר לקשור בין חיי היומיום של הדיירים עם מי שהיו בעבר ועם מי שהם שואפים להיות. כמו כן, מפגשי הקהילה מסייעים ביצירת סביבה, שבה הדיירים ואנשי הצוות יכולים לתקשר ולפעול יחד לפתרון בעיות (Barkan, 2013).

בשנות ה-80 (של המאה הקודמת) נעשתה פעילות רבה בתחום קידום הרפורמה בבתי האבות. לא רק פעילים, אלא גם פקידי ממשל בכירים קראו לערוך רפורמה כזו. ברוס ולדק (Vladeck) פרסם בשנת 1980 את הספר "טיפול בלי אהבה: הטרגדיה של בתי האבות" (Unloving Care: The Nursing Home Tragedy), הספר היה קריאה נרגשת לשינוי והיה קשה להתעלם ממנו.

בשנת 1987 התקבל חוק OBRA (Omnibus Budget Reconciliation Act), שכלל רפורמות פורצות דרך בנוגע לבתי האבות. חוק זה היה כרעידת אדמה של ממש באופי הפיקוח. הביקורות שנערכו בבתי האבות, שלפני כן עסקו רק במצבם הפיזי של הדיירים, החלו להתמקד באיכות הטיפול ובאיכות החיים של המטופלים. החקיקה כללה גם "מגילת זכויות" של הדיירים בבתי האבות, ודרשה מהם לתת טיפול בדרך ובסביבה, שיסייעו לשמר את איכות חייו של כל דייר או לשפרה. רפורמות נוספות כללו חקיקה, שדרשה להגדיל את מספר אנשי הצוות המטפלים ולצמצם את השימוש בסמי הרגעה ובריסון פיזי של מטופלים. החקיקה חייבה להכשיר את כוח העזר בבתי האבות ולאייש את המוסדות במשך 24 שעות ביממה באנשי מקצוע (OBRA, 1986). חקיקה זו קבעה, שלדייר יש זכות למלוא הרווחה הגופנית, הנפשית והפסיכו-חברתית האפשרית (Zimmerman, 2012). טובתם של הדיירים הוצבה לפני כל דבר אחר, ועל בתי האבות חלה החובה לאפשר לדיירים לממש את הפוטנציאל שיש להם ולחיות בכבוד.

שנות ה-90: דגמים חדשים של שינוי תרבות

בעקבות הרפורמה התפתחו בשנות ה-90 דגמים חדשניים נוספים של מוסדות לטיפול ארוך-טווח. כל דגם תרם יסודות חדשים לחזון שינוי התרבות. שניים מביניהם, Eden Alternative ו-Wellspring, מזוהים עם התנועה יותר מכל האחרים, ובהם התמקד רוב המחקר (Fagan, 2003) ועליהם יפורט בהמשך.

1. ד"ר ויליאם תומאס וייסוד ה-Eden Alternative, ב-1992

מפנה מפתיע התרחש בקריירה הרפואית של דוקטור ויליאם תומאס, בוגר הרווארד ברפואה דחופה, כאשר במהלך ביקור רופאים שגרתי בבית האבות התלוננה באוזניו אישה זקנה: "דוקטור, אני כל כך בודדה!" דבריה לא נתנו לו מנוח והוא החל לבלות שעות בהתבוננות במה שעובר על דיירים בבית האבות. המסקנה שאליה הגיע הייתה, שמטופליו אינם סובלים רק מן המחלות שבעטיין הגיעו לבית האבות, אלא משלוש "מגפות" של רוח האדם: בדידות, שעמום וחוסר ישע (Thomas, 2003). ד"ר תומאס הבין, שאת אלה אי-אפשר לרפא על ידי תרופות, וודאי שלא בשיטה הרווחת של שימוש יתר בהן, שאותה תיאר כ"תחליף אנוכי, יקר ובלתי הולם לטיפול אמיתי" (Thomas, 1994: 20).

תומאס הפך מומחה בינלאומי לגריאטריה, נחוש ליצור שינוי רדיקלי של עולם בתי האבות. במקום להפוך את הדיירים למקבלים סבילים וחסרי ישע לחלוטין של טיפולים ותכניות, תומאס הציע, שיהיה להם משהו או משהו שהם עצמם יהיו אחראים על הטיפול בו: ילדים, בעלי חיים או צמחים, אשר מצריכים טיפול המקנה לחיים תכלית ומשמעות. גישה ישירה לאנשים ולבעלי חיים יוצרת יחסי חיבה ומועילה נגד בדידות. ילדים וחיות מחמד אישיות מכניסים יסוד של הפתעה אשר מחיה את הבית ומפיגה את השעמום.

ב-Eden Alternative, כמו ב"קהילה הצומחת", לא דואגים רק להעסיק את הדיירים, אלא פועלים להגדלת יכולתם להתפתח, כפי שאמר תומאס: "פעילות חסרת משמעות שוחקת את הרוח. ההזדמנות לעשות דברים שיש להם משמעות בעינינו חיונית לבריאות האדם" (Eden Alternative, n.d.-b). כמו כן, קיים דגש על עיקרון האינדיבידואליות של הדיירים. במסגרת זאת, צוות העובדים הוא קבוע ומוכר היטב לדיירי הבית ולקרוביהם. עיקרון נוסף הוא העברת סמכויות לקבלת החלטות אל הדיירים או לאנשים הקרובים להם וצמצום תהליכים ביורוקרטיים ככל האפשר. שערי הבית פתוחים בפני אנשי הקהילה: בני נוער מן הסביבה, שהוריהם עובדים ושאיין מי שישגיח עליהם בהכנת שיעורי הבית, הוזמנו להשתתף בתכנית פעילויות לשעות אחר הצהריים (במימון דמי השתתפות שההורים שילמו); ילדים בני כל הגילים באו לגינת בית האבות, כדי לשמוע סיפורים ולשחק עם הזקנים (Brune, 2011); תושבי הסביבה הוזמנו לערוך בבית האבות פעילויות, כדוגמת

תפירה וסריגה, דבר שהגדיל את היצע הפעילויות עבור הדיירים והעמיק את קשריהם עם הקהילה שסביבם (Thomas, 1994).

2. התקדמות בטיפול: מודל Wellspring וג'ואן ריידר

בעוד שתומאס התמקד בסביבה ובמערכות היחסים שבין המטופל לבין המטפלים, דגמים אחרים, שפותחו בשנות ה-90, הדגישו את העצמת הצוות המטפל הישיר על ידי שיפור דרכי הטיפול לאורן של ראיות אמפיריות. קואליציית Wellspring החלה לפעול בשנת 1994 ב-11 בתי אבות אשר החליפו ביניהם מידע על דרכים לשיפור איכות הטיפול. בתכנית זו התגבשו שלושה עקרונות ליבה: ראשית, את ההחלטות על הטיפול מקבלים המטפלים הראשיים, הקרובים ביותר לדייר; שנית, לחברי הצוות חייב להיות בסיס רחב של ידע כדי לאפשר להם להשתתף בהליך קבלת ההחלטות; שלישית, חברי צוות הזוכים להעצמה מסופקים יותר בעבודתם, תורמים בכך לשביעות הרצון של הדיירים והעובדים והתחלופה בקרבם פוחתת (Kehoe & Van Heesch, 2003).

בתכנית Wellspring, אחות מוסמכת, בעלת מומחיות קלינית גריאטרית עדכנית, מפתחת חומרי הדרכה ומדריכה צוותים קליניים רב-תחומיים, אשר מלמדים אנשי צוות אחרים. האחות מפקחת על התכנית ועוסקת ביישומה, בהנחייתה ובמתן תמיכה. אנשי הצוות המטפל הישיר מקבלים הדרכה איכותית ורוכשים מיומנות בדרכי איסוף מידע רלוונטי, בהערכה של מידע חיוני וביישום תהליכים המשפרים את הטיפול. רשת הקשרים בין בתי האבות המשתתפים ב-Wellspring יוצרת חוויה דינמית של שיתוף ועידוד. המודל של Wellspring הוסיף, אם כך, לגישת שינוי התרבות את אבני היסוד של קידום מקצועי, עבודת צוות, תהליכי חניכה של עובדים על ידי אנשי צוות מיומנים וטיפול דרכי הטיפול הטובות ביותר (Kehoe & Van Heesch, 2003). בשנת 2012 נרכשה תכנית Wellspring על ידי Eden Alternative.

ג'ואן ריידר (Rader), אחות מוסמכת, פיתחה דגם נוסף של טיפול אשר סייע להתפשטות של דרכי טיפול משופרות. בשנים 1995-1996 התחילה ריידר לקדם טיפול סיעודי, שהחמלה הוא רכיב הכרחי בו. ריידר נאבקה נגד שיטות הריסון הכימי והפיזי והובילה דרכי טיפול המעמידות את צורכי הדייר במרכז (Barkan, 2013). כדרך להתמודד עם אינטראקציות בעייתיות, כגון מאבקים בשעת הרחצה, היא לימדה אחיות להבין את התנהגותם של המטופלים מנקודת מבטם (Barrick, Rader, Hoeffler et al., 2008; Sloane, Hoeffler, Mitchell et al., 2004). ריידר לא פיתחה בעצמה בית אבות, אלא התמקדה בהכשרת אחיות השמות את המטופל במרכז. גישה זו הפכה לאחד העקרונות הבסיסיים בתנועה לשינוי התרבות.

3. הולדת התנועה לשינוי התרבות: רשת החלוצים

התנועה לשינוי התרבות בבתי אבות יצאה לדרכה באופן רשמי בשנת 1997, ונקראה תחילה בשם "חלוצי בתי האבות" (Nursing Home Pioneers). ריכוז אותה רוז פייגן (Fagan), מנהל תכנית סנגור וייצוג של תלונות הזקן, וקרטר וויליאמס, עובדת סוציאלית גריאטרית. את וויליאמס הטרידה ההידרדרות המהירה, שהייתה עדה לה, בחייהם של זקנים שנכנסו לבתי אבות. בהשראת טיפול בלא ריסון, שראתה בבית אבות שוודי, היא ריכזה את החלוצים כדי שיפעלו יחד לקידומו של טיפול המכבד את המטופלים. ארבעה מבין המחדשים שהוזכרו לעיל – ברי ברקן, וויליאם תומאס, שרלן בויד וג'ואן ריידר – יחד עם 28 משתתפים בעלי עניין נוספים (בכללם מפקחים, מנהלים מתחום הסיעוד, עובדים סוציאליים, פעילים, חוקרים ופילנתרופים), התאחדו כדי לפעול לקידומו של שינוי שיטתי בטיפול ארוך הטווח. בשנת 2000 שונה השם "חלוצי בתי האבות" ל"רשת החלוצים" (Pioneer Network), כדי לשקף את מחויבותם להתמודדות עם תרבות ההזדקנות בכללותה ולא להגביל עצמם רק לסביבת בית האבות (Fagan, 2003). השאיפה בחזונו ובמטרותיהם היא:

... לתמוך בדגמים של בתים שבהם חיים הזקנים בקהילות פתוחות ומגוונות אשר דואגות להם. החלוצים פועלים למען שינוי מערכתי עמוק ... שינויים מערכתיים עמוקים מצריכים שינויים במדיניות ובפיקוח הממשלתיים, שינוי בגישות של היחיד ושל החברה להזדקנות ולזקנים, שינוי ביחסם של הזקנים לעצמם ולהזדקנותם, ושינוי בגישותיהם ובהתנהגותם של המטפלים כלפי מטופליהם.

בפעילות זו הם רואים שינוי תרבות, ומטרתם לחולל תמורה יסודית בתרבות ההזדקנות באמריקה (Pioneer Network, n.d.-a, para. 1). רשת החלוצים הייתה למרכז של פעילות ושיתוף ידע. הרשת עוסקת בנושאים אלה: (א) יוצרת הזדמנויות לקיים תקשורת, לטוות רשת קשרים וללמוד; (ב) בונה מערכות יחסים וקהילות ותומכת בהן; (ג) מזהה ומקדמת תמורות בדרגי הטיפול, בשירותים, במדיניות הציבורית ובמחקר; (ד) מפתחת משאבים ומנהיגות ומקנה גישה אליהם (Pioneer Network, n.d.-a, para. 2). מימוש מטרות רשת החלוצים מקושר, לעתים קרובות, עם היוזמות פורצות הדרך של תומאס, מייסד ה-Eden Alternative, תנועה אשר המשיכה לצמוח לממדים בינלאומיים. עד שנת 2012 קיבלו מטעמה הכשרה למעלה מ-20 אלף איש (Eden Alternative, n.d.-a) והמודל ממשיך להתפתח.

4. הדגם של GreenHouse

על מנת למצוא דרך טובה יותר להתנגד לכוחות המושכים בתי אבות בחזרה לעבר הדגם האשפוזי, המשיך תומאס לפעול למען שינוי יסודי במבנה בית האבות. בשנים 2002-2003 הוא הקים את קהילת הדיירים והצוות הראשונה, שנקראה GreenHouse. בקהילה זו הושם דגש על בתי מגורים קטנים, ביתיים ועצמאיים, ככל האפשר, שנועדו לשרת שישה עד שמונה (ולכל היותר עשרה) דיירים. בנוסף לכך, תומאס הנהיג בצוות המטפלים הישירים תפקיד רב-תכליתי חדש, שנקרא שאהבו (Shahbaz), מילה פרסית במקורה, שמשמעה בז מלכותי, עוף שעוזר במשימות שונות; תומאס אימץ מילה זו כשם לממלאי תפקידי העזרה הרב-תכליתיים שיצר ועודד גמישות בתפקידי אנשי הצוות, כדי שייטיבו למלא את המשימות המגוונות, הנדרשות לטיפול הביתי בקבוצות קטנות. לדוגמה, אם דיירת, שמותה קרב, חשה קרבה מיוחדת לאישה, שבדרך כלל מנקה את הבית, ורוצה שתהיה לידה בזמן שנותר לה, אנשי צוות אחרים לוקחים על עצמם את מלאכת הניקיון, כדי לשחרר את המנקה מחובותיה ולאפשר לה לשבת עם הדיירת בשעותיה האחרונות. עד כה, 146 בתי ב-22 מדינות בארצות הברית אימצו את הדגם של GreenHouse (The Green House Project, 2013).

בשנת 2008 תיארו רחמן ושל (Rahman & Schnelle, 2008) את התפתחותה של התנועה לשינוי התרבות מתנועה קטנה של "פעילי שטח" לכדי "יוזמה מתפשטת עם תומכים ברמה הפדרלית." להמחשת המהירות המסחררת שבה צמחה התנועה יש להתייחס לנתונים הבאים: בסקר שנערך בשנת 2007 (Commonwealth Fund, 2007) נמצא, שרוב מנהלי בתי האבות אמנם ידעו על שינוי התרבות, אך 43% מבין 1,435 בתי אבות שהשתתפו בסקר בכל זאת הגדירו עצמם כבתי אבות מסורתיים (Brownie & Nancarrow, 2013; Doty, Koren, 2008; Sturla, 2008). כעבור שלוש שנים כבר צנח מספר המנהלים, שהגדירו את בתי האבות שלהם כ"מסורתיים" ל-15% (Miller, Looze, Shield et al., 2013). ביותר מ-30 מדינות קמו קואליציות שינוי תרבות משלהן, אשר מתאמות את המאמצים הלאומיים באמצעות רשת החלוצים. ה-Veterans Administration, מערכת הבריאות המשולבת הגדולה ביותר, הפכה בשנת 2005 את כל 132 בתי האבות שלה לבתים המיישמים תהליך של שינוי תרבות, ומכנה אותם "מרכזי חיים קהילתיים" (Community Living Centers) (Lemke, 2012; Snow, 2012; Jacobs, Parmelee et al., 2012). ב-85% מבתי האבות האמריקניים, שהשתתפו בסקרים בשנים 2009-2010, החל תהליך של הכנסת שיטות של התנועה לשינוי התרבות. עם זאת, שיעור הבתים המחשיבים עצמם לכאלה שאימצו לגמרי את שינוי התרבות (בכל מחלקה ומחלקה במוסד) עלה מ-5% בלבד בשנת 2007 ל-13% ב-2010 (Miller et al., 2013). הסיבות לכך שבתי אבות אינם מזהים עצמם כמאמצים מלאים של שינוי התרבות, אלא

כמאמצים חלקיים בלבד, יובהרו בחלקים שלהלן, המנתחים את המחקר וכן את המחסומים העומדים בפני היישום.

קטגוריות מרכזיות המזוהות עם שינוי התרבות במוסדות לטיפול ארוך-טווח

הן מחקרי עבר והן מחקרים עכשוויים עוסקים בהערכת המודלים המוקדמים של התנועה לשינוי התרבות ("קהילה צומחת", Eden Alternative, Wellspring, GreenHouse, ועוד), אך עד היום עדיין לא קיימת הגדרת עבודה מקובלת וכללית לבית המיישם את שינוי התרבות. בשנת 2006 ביקש מינהל שירותי הבריאות הציבוריים בארצות הברית לפתח מנגנון זיהוי אמין שיצביע במדויק על מאפייניו של בית, המיישם את שינוי התרבות ושיוכל לשמש את ענף בתי האבות (Harris, Poulsen & Vlangas, 2006). באותה השנה כונסו מומחים לשינוי התרבות, כדי לפתח הגדרה מוסכמת. החוקרים אמנם לא הסכימו ביניהם על כל אחד מהתבחינים, אך יצרו שש קטגוריות מרכזיות, שזכו להסכמה רחבה ומהוות את היסודות של כל בית המיישם את שינוי התרבות (Doty et al., 2008). שלושת הקטגוריות הראשונות הוצגו לעיל והן אלה ששכיח יותר לקשר אותן לתנועה לשינוי התרבות. קטגוריות 4 עד 6 מבוססות, במידה רבה, על דרכי פעולה מובילות מתחום הניהול הארגוני במגזר העסקי ונחשבות יותר ויותר לתהליכים חיוניים לשינוי התרבות. הקטגוריות הן:

1. טיפול בגישת הצבת האדם במרכז הטיפול (person-centered practice), Advancing Excellence in America's Nursing Homes Campaign, 2013b; (De Souza, 2008).
2. סביבה ביתית (Schoeneman & Bowman, 2006).
3. יחסים קרובים בין הדיירים, בני משפחותיהם ואנשי הצוות (ראו גם; Barkan, 2003; Farrell, Brady & Frank, 2011).
4. העצמת הצוות: העבודה מאורגנת בדרך התומכת בצוות ומחזקת את יכולתו להגיב לצורכי הדיירים באופן ישיר (Yeatts & Cready, 2007). הכשרות מקצועיות והדרכה ניתנות על ידי אנשי צוות מיומנים, בשיטות העדכניות ביותר בתחום הסיעוד הגריאטרי וקיימות אפשרויות קידום (Bowers & Nolet, 2011; Farrell et al., 2011).
5. הנהלה המאפשרת קבלת החלטות משותפת ומבוזרת: מונהגות שיטות ניהול משתפות, המשתמשות במגוון תהליכים, ביניהם מעגלי למידה (Action Pact,

Inc., 2001; LaCroix & Hammerman, 2011; Walker, Henderson, Cooke et al., 2010) וחוג של מובילי השינוי (Barkan, 2013). אלה תהליכים בלתי שיפוטניים, שנועדו להקל על כל אנשי הצוות להחליף ביניהם רעיונות כשוויים זה לזה בקולם. 6. תהליכי שיפור איכות הטיפול המבוססים על מדדים כמותיים: הביצועים עוברים הערכה מתמדת, דבר שמוביל לשיפורים ייחודיים, הניתנים לכימות (Doty et al., 2008). כל הפעילויות ותהליכי קבלת ההחלטות נעשים במטרה לשפר את איכות הטיפול ולהמשיך לקיים את התרבות הארגונית המתנהלת בהכוונת הדיירים (Advancing Excellence in America's Nursing Homes Campaign, 2013a; Mueller, Burger, Rader et al., 2013).

חלוצי שינוי התרבות ותומכי התנועה מתמקדים בקריטריונים נוספים: ויליאם תומאס זיהה שבעה תחומי רווחה עיקריים: זהות, צמיחה, אוטונומיה, ביטחון, מחוברות, משמעות ושמחה, שהם יסודות חיוניים, שאליהם יש להתייחס בתכניות ובהערכות (Molina, 2012). בנוסף לכך, יש לציין, כי כל הדגמים המרכזיים בתנועה לשינוי התרבות אימצו את התפיסה של הצבת האדם במרכז הטיפול (person-centered practice), דהיינו עמדה המכירה בזכותו של הפרט (המטופל) להגדרה עצמית ולקבלת ההחלטות לגבי הטיפולים וההתערבויות רפואיות בו (McCormack, 2003).

המחקר על השפעת שינוי התרבות

נהוג למנות שלושה דגמים מרכזיים של בתי אבות, שעברו תהליכים של שינוי תרבות ופועלים על פי התפיסה של הצבת האדם במרכז הטיפול: עדן (Eden Alternative), מעיין (Wellspring) והגרין האוס (GreenHouse). המחקרים הראשונים על התנועה לשינוי התרבות היו תיאורים של מקרי מבחן של דגמים מוקדמים (בעיקר של Eden Alternative ושל Wellspring). המחקרים תיעדו תוצאות פסיכו-סוציאליות חיוביות בקרב הדיירים (Bergman-Evans, 2004) וירידה משמעותית בקצב תחלופת אנשי הצוות (Bott, et al., 2009; Burgio, Fisher, Fairchild et al., 2004; Stone, Reinhard, Bowers et al., 2002), אך סקירות ספרות, הן מוקדמות והן מהעת האחרונה, הצביעו על תוצאות קליניות מעורבות עבור הדיירים (Brownie & Nancarrow, 2013), כפי שיתואר להלן.

מחקר הערכה, שהתקיים שנה לאחר תחילת יישום תכנית העבודה על פי דגם ה-Eden Alternative, מצא במוסדות אלה שיפור ברווחתם הפסיכו-סוציאלית של הדיירים. הדיכאון, השעמום, חוסר הישע וההתנהגויות השליליות פחתו, אם כי לא נמצא קשר בין מגורים

ב-Eden Alternative לבין ירידה ברמת הבדידות (Bergman-Evans, 2004). המדרים בתוצאות הקליניות היו מעורבים, וכללו יותר נפילות (Coleman, Looney, O'Brian et al., 2002) ויותר זיהומים בדרכי השתן (עלייה קלה נרשמה באחד מן הבתים של Eden Alternative, אם כי בסך הכול שיעור הזיהומים בו היה נמוך בהשוואה לבתים אחרים, שאליהם הושו התוצאות). בנוסף לכך, הייתה ירידה משמעותית במספר מקרי הלחץ (Roberts, 2011).

מחקר על בתי ה-Wellspring הראשונים הראה: פחות דיירים מרותקים למיטותיהם, שימוש פחות באמצעי ריסון ובתרופות פסיכו-אקטיביות, יותר טיפול מונע בבעיות עור, פחות בעיות של שליטה בסוגרים בקרב הדיירים, פחות מקרי הזנה בצינור ותזונה מגוונת יותר. תוצאות חיוביות אלה הושגו על ידי צוות זה בגודלו לזה שנמצא במוסדות אחרים. כמו כן, האחיות היטיבו להעריך בעיות ולפעול למציאת פתרונות (Stone et al., 2002). מספר הכשלים הקלים בעמידה בתקנות בתי האבות הצטמצם לפחות ממחצית ממספרם בעבר, ואילו כשלים חמורים מסוג זה לא נמצאו כלל בבתי Wellspring. המחקר מוסיף ומציין, שחלה ירידה בתחלופה בקרב אנשי הצוות המטפל (US Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare research and Quality [AHRQ], 2008). עם זאת, אף על פי שהטיפול היה טוב יותר, לא נמצאו שיפורים רבים מבחינת מצבם הבריאותי של הדיירים (שם). השיפורים העיקריים היו בשיעור אי-שליטה בסוגרים וירידה במספר המקרים החמורים של פצעי לחץ. מסקנתם של סטון ועמיתיו (Stone et al., 2002) הייתה, שהעצמת האחיות כשלעצמה אמנם שיפרה את איכות הטיפול, אך לא היה בה די כדי לחולל שינוי עמוק של תרבות הבית.

מחקר על בית אבות המתנהל על פי דגם ה"קהילה הצומחת" (Regenerative Community) (Barkan, 2003) דיווח על הפחתת השימוש בתרופות, ניצול טוב יותר של הזמן על ידי הצוות, שיעור תחלופת עובדים נמוך יותר ומוקל גבוה יותר בקרב אנשי הצוות. מחקרים שבדקו דגמים של GreenHouse בהשוואה לקבוצות ביקורת במחלקות בבתי אבות רגילים, הצביעו על יתרונות הן באיכות חייהם של דיירי ה-GreenHouse (פרטיות, כבוד עצמי, אוטונומיה, הנאה מאוכל, פעילות בעלת משמעות, יחסים בין-אישיים ואינדיבידואליות) והן בדרגת התפקוד שלהם (Kane, Lum, Cutler et al., 2007). הדיירים ב-GreenHouse גם הביעו דרגת סיפוק גבוהה יותר מהטיפול שקיבלו (שם). מעורבותם

של בני המשפחה גברה בחלק מהמקרים (Lum, Kane, Cutler et al., 2008-2009), ומצבם הגופני של הזקנים הוטב רק מבחינות מסוימות (Roberts, 2011).¹

בבתי אבות בשוודיה נמצא קשר בין טיפול על פי עקרון "האדם במרכז" לבין איכות חיים גבוהה יותר ויכולת מוגברת של דיירים עם דמנציה לעשות יותר פעילויות יום-יומיות שגרתיות (Sjorgren, Lindkvist, Sandman et al., 2013).

נראה שבתיים המאמצים שיטות או דגמים מסוימים של שינוי תרבות נהנים מיתרונות פיננסיים. לדוגמה, הנהגתם של צוותי עבודה רב-תחומיים הפחיתה את ההוצאות הרפואיות ביותר מ-13 אחוזים (Mukamel, Cai & Temkin-Greener, 2009) וצמצום נוסף של ההוצאות הרפואיות הושג הודות לשיעור נמוך יותר של זיהומים, הנגרמים בעת אשפוז בקרב הדיירים החיים בחדרים פרטיים (Calkins & Cassela, 2007). בתי האבות חוסכים כסף באמצעות קביעות הרמוניות המטפלות, והדבר נקשר גם לשיעור תחלופה נמוך יותר (Burgio et al., 2004; Castle, 2013; Pioneer Network, n.d.-b).² מקור לחיסכון כספי נוסף הוא הירידה במספר הקנסות של גופי הפיקוח על בתי האבות בגין ביצועים לקויים. גם בספרות המקצועית הוזכרו היתרונות הפיננסיים שמהם נהנים בתי אבות המאמצים את שינוי התרבות. אמילי אליוט (Elliot, 2010), שחקרה בתי אבות המיישמים את שינוי התרבות במשך ארבע שנים, דיווחה על עלייה הן בשיעור התפוסה והן ברווחים. כמו כן, נמצא כי יש מדינות שבהן הקנסות שנגבים מבתי אבות עם ביצועים לקויים מוענקים כפרס לבתים המשלבים שיטות עבודה של התנועה לשינוי התרבות, והון זה מאפשר לממן שינויים נוספים (Miller et al., 2013).

בסקירת ספרות שנעשתה לאחרונה נבדקו 323 מחקרים במטרה לזהות את ההשפעות הכלליות של "טיפול שבמרכזו האדם" (Brownie & Nancarrow, 2013). המסקנות של סקירה זו עלו בקנה אחד עם אלה של המחקרים שהוזכרו קודם לכן: שיפור במצבם הפסיכו-סוציאלי של הדיירים ואנשי הצוות מחד גיסא, ואפשרות של יותר נפילות אצל חלק מהדיירים, מאידך

1 לתוצאות הקליניות המעורבות עבור הדיירים יש כמה הסברים. ג'ני ברודסקי (שיחה אישית במכון ברוקדייל, 2012) מציינת, שכדי להעריך כיאות את השפעתן של התערבויות על התוצאות הקליניות נחוצים מחקרים גדולים וממושכים שישוו את התוצאות עם קבוצות בקרה, מכיוון שטבעי שהידרדרויות קליניות רבות מתרחשות אצל זקנים. אבל המחקרים במדגם שנותח בסקירת המחקר של בראוני ונאנקראו (Brownie & Nancarrow, 2013), שעסק בתוצאות אצל הדיירים, ארכו בין שמונה חודשים (Chenoweth, King, Jeon et al., 2009) לשנתיים (במחקר הניסויי-למחצה של Kane ועמיתים. משנת 2007 על הדגם של GreenHouse). אף אחד מן המחקרים לא היה ארוך דיו כדי לצבור נתוני בקרה אמנים בדבר ההשפעות הקליניות.

2 רוב המחקרים מצביעים על ירידה משמעותית בתחלופת הצוות. אבל לפעמים, בשלבי המעבר המוקדמים, יש עלייה זמנית בתחלופה עקב עזיבתם של אנשי צוות ותיקים, שאינם חשים בנוח עם הגישה החדשה, והגעתם של עובדים מתאימים יותר אשר מקבלים את שינוי התרבות.

גיסא.³ היתרון הגדול של סקירתם של בראוני ונאנקראו (Brownie & Nancarrow, 2013) הוא בכך, שהוא הצביע על הצורך ברמה מדעית גבוהה יותר במחקרים עתידיים, במיוחד בהתייחס לתכנית המחקר, לקבוצת הבקרה הנאותה, לגודל מספיק של מדגמים, לאיסוף ולניתוח בלתי מוטים של הנתונים ולתיאור ברור של רמת ההתערבות ("מינון") והשפעתה על מדדים כמותיים מוגדרים היטב.

כתוצאה מחוסר האחידות בהגדרה, בשלב היישום של הרכיבים השונים ובשיטות העבודה של שינוי התרבות, קשה להעריך במדויק את ההשפעה של שינוי התרבות על הדיירים (Bowers & Nolet, 2011). התנועה לשינוי התרבות עדיין שוקדת בניסיונות לקבוע מהן התוצאות המשמעותיות ביותר שאותן יש למדוד. חוקרים פיתחו לאחרונה מתודולוגיה לצפייה בדרגות מעורבותם של הדיירים וביחסיהם זה עם זה ועם אנשי הצוות בבית האבות, בהנחה שיחסי קרבה הם התוצאה הרלוונטית ביותר למדידה (Snow et al., 2012). היעדרה של הגדרה אחידה, ברורה ומוסכמת, מקשה על בתי אבות לזהות את עצמם כמאמצים "מלאים" של שינוי התרבות. מחויבותה של התנועה ל"מסע של שינוי התרבות" הוא תהליך בלתי פוסק של חידוש והשתנות. הניסיון לבסס את המדדים המזהים את בתי האבות ככאלה המיישמים את שינוי התרבות כרוך מטבעו במתח מובנה. מחד גיסא, התנועה זקוקה לדגם קבוע, שאותו אפשר יהיה לחזור וליישם, ולסטנדרטים מוסכמים ובני השוואה לצורך מחקר, שיאפשרו לקבוע באיזה צירוף של שיטות שינוי התרבות הוא המיטבי. מאידך גיסא, חיוניותה של התנועה לשינוי התרבות נובעת מגמישותה, מכך שהיא מאפשרת לכל בית אבות לשנות את התכניות ולהתאימן לנושאים המשתנים המעסיקים את הדיירים ולצרכים המיוחדים שלהם ושל אנשי הצוות. מייסדיה הראשונים של התנועה, כמו ברקן (2012, שיחה אישית), מדגישים, ששינוי התרבות הוא תהליך ומסע.

שינוי התרבות הוא חלק מהתערבות רב-ממדית מורכבת. הכלים הקיימים למדידת שינוי התרבות כוללים דרכי פעולה וחלקים שונים, שהחפיפה ביניהם חלקית. ובכל זאת, יש התקדמות לעבר הגדרה מוסכמת של שינוי התרבות, שתאפשר השוואה באמצעות כלים

3 את שיעור הנפילה הגבוה יותר בשני מחקרים על שינוי התרבות (Coleman et al., 2002) ייחסו לכך, שקבוצת הבקרה שבהם לא היו נאותות (לדוגמה, בחלק מן המקרים, הקבוצה שבה לא נעשתה ההתערבות הייתה של דיירים שנטו יותר להיות רתוקים למיטותיהם). מחקרים של חנווטס ועמיתים (Chenoweth et al., 2009) ייחסו את שיעור הנפילות הגבוה יותר לכך, שסביבה באתר המחקר כללה סיכונים גדולים יותר, כגון רצפות חלקות והיעדר מעקים להישען עליהם (Brownie & Nancarrow, 2013). אם החיים מעניינים יותר והדיכאון מופג, ייתכן ששיעור הנפילות הגבוה יותר ומיעוט מקרי פצעי הלחץ קשורים לעובדה, שהדיירים מבליים פחות זמן במיטה. השימוש באמצעי ריסון אינו שכיח בבתים המיישמים את שינוי התרבות, והצוות מכבד את בחירותיהם של הדיירים גם אם שימור כושר התנועה שלהם כרוך בסיכונים גדולים יותר.

מתוקפים. קיימים שני כלי הערכה בדוקים, שיש תמיכה בהפיכתם לכלי המדידה הסטנדרטיים: ה-Kansas Culture Change (Schoeneman & Bowman, 2006) וה-Kansas Culture Change Instrument (Bott et al., 2009; Kansas Foundation for Medical Care, n.d.). כלי נוסף, שפותח על ידי גרנט (Grant, 2008), מצביע על שלב היישום או האימוץ של שיטות שינוי התרבות בכל נקודה בזמן.

לסיכום, המחקרים אמנם מכירים בכך שהתוצאות חיוביות בכללותן, במיוחד בתחום הפסיכו-סוציאלי ובתחום איוש התפקידים בבית האבות, אך הם מתבססים בעיקר על מודלים ניסויים למחצה, על הערכה של תכניות, על סקירות ספרות נרטיביות או על דעותיהם של אנשי מקצוע בתחום (Roberts, 2011). התחום עדיין דל במחקרים מעמיקים יותר. הראיות החיוביות החזקות ביותר נמצאו במחקרים על דגמים ייחודיים ועל טיפול שמציב במרכז את המטופל (שם). לפיכך, יש החוששים, שהתנועה לשינוי התרבות מתפשטת מהר מדי, עוד לפני שהתגבש בסיס מחקרי מוצק מספיק (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health [CADTH]), Health Technology Inquiry Service [HTIS]; Hill, Kolanowski, (Milone-Nuzzo et al., 2011; Rahman, & Schnelle, 2008).

אולם, אף המבקרים מזהים את הצורך בשינוי משמעותי במוסדות לטיפול ארוך-טווח, ומעלים הצעות יעילות להתקדמות המחקר (שם; Zimmerman, 2012). מכל מקום, ברור, כי לתנועת שינוי התרבות יש ערך לא מבוטל וכי היא עונה על צורך ממשי להפוך את הטיפול ארוך הטווח לאנושי יותר.

תהליך היישום

קיימים ארבעה גורמים חיוניים ליישום שינוי התרבות:

1. תקנות תומכות, הכוללות תמריצים כלכליים (Miller et al., 2013).
2. תמיכה בלתי מעורערת של מנהלי בתי האבות, שצריכים להיות "משוגעים לדבר" (Stone et al., 2002).
3. בסיס רחב של הכשרה לכל אנשי הצוות (Miller, Miller, Jung et al., 2008).
4. היווצרות קואליציה, המאגדת את כל בעלי העניין, כדי לתאם שינוי כלל-מערכתי. להלן פירוט גורמים אלה:

1. תקנות תומכות הכוללות תמריצים כלכליים

לחקיקה ולתקנות מקום מרכזי בעיצוב דמותה של תעשיית בתי האבות. אי-התאמתן של דרכי טיפול של התנועה לשינוי התרבות לדרישות הגופים המפקחים עלולה להיות מכשול בפני יישומה (Miller et al., 2013), הן בשל הדרישות האובייקטיביות והן בשל פחדים בהנהלה, אשר נעשית זהירה יתר על המידה מחשש שיהיה עליה לשלם קנסות יקרים (Scalzi et al., 2006). לעתים, המנהלים אינם רוצים להתמודד עם סיכונים חדשים.

ובאשר לתמריצים כלכליים: בשלביה הראשונים של התנועה לשינוי התרבות לא העניקו שירותי הבריאות הציבוריים (Medicare/Medicaid) תמריצים כלכליים לשינוי. תעריפי החזר שווים ניתנו לבתי אבות שהעניקו לדייריהם טיפול מיטבי ולכאלה שעמדו רק בקושי בסטנדרטים המינימליים (Leatherman, Berwick, Iles et al., 2003), אך כעת נראה כי הדברים משתנים. מינהל שירותי הבריאות הציבוריים משלב עקרונות של התנועה לשינוי התרבות בתקנות ובהנחיות חדשות (Burger et al., 2009). במחקר של מילר ועמיתיו (Miller et al., 2013) נמצא, שבמדינות שבהן הונהג תשלום בהתאם לביצועים היה לבתי אבות סיכוי יותר מכפול לקבלת דירוג גבוה בסולם יישום שיטות התנועה לשינוי התרבות (שם).

2. תמיכה בלתי מעורערת של מנהלי בתי האבות

מנהלים רבים אינם רואים צורך לעשות שינויים דרמטיים במערכת, שלדעתם מתפקדת (Holzer, 2007). רק מנהל "משוגע לדבר" יכול לבנות את אמונם של אנשי הצוות ושל הדיירים ולהתמודד עם השינויים, שכן שינויים רציניים עלולים להיראות מאיימים. אפילו בקרב מנהלים, שמבחינה אידיאולוגית היו מחויבים לשינוי התרבות, נמצא יחס אמביוולנטי: הם אמנם הביעו הסכמה מילולית להצעות ייחודיות, אך התנהגותם לא תמיד עלתה בקנה אחד עם המחויבות שהביעו, והם חשו שלא בנוח כאשר היצירתיות הקולקטיבית הובילה ליותר ציפיות מצד אנשי הצוות, מצד המשפחות ומצד הדיירים עצמם (Beck et al., 2005). מחקר מעמיק על הדגם של Wellspring הצביע גם על בעיות המתעוררות כאשר קבלת ההחלטות מבוזרת. המנהלים ממלאים תפקיד חשוב בהערכתן של ההחלטות וביישומן, אבל כשבידי המטפלים הישירים הכוח לקבל החלטות, המנהלים, לעתים, אינם ששים לגבות החלטות אלה. כתוצאה מכך נוצרת התמרמרות בקרב הצוות, שהחל לא מכבר ליהנות מיותר כוח. גם ערוצי התקשורת עלולים להיפגע כאשר דרכי טיפול חדשות מונהגות מכיוונים שונים (Stone et al., 2002).

3. בסיס רחב של הכשרה לכל אנשי הצוות

מכשול נוסף שמוזכר כפוגע באיכות הטיפול הוא מחסור בכוח אדם (Koren, 2010; Scalzi, 2004; Evans, Barstow et al., 2006; Schnelle, Simmons, Harrington et al., 2004). כרבע מבתי האבות האמריקניים מצביעים על מחסור באנשי צוות, על היעדר הכשרה מספקת ועל עובדים נטולי כוח. אלו הן הסיבות המרכזיות לליקויים חמורים, המסכנים את בריאותם ובטיחותם של הזקנים (Commonwealth Fund, 2004). משמעות המחסור באנשי צוות היא השקעת מאמץ רב על מנת להשלים את משימות הטיפול השגרתיות, בעוד ששינוי התרבות, במיוחד בשלב ההתחלתי, דורש מהצוות השקעת זמן להטמעת השינוי עצמו. אין זה קל לשחרר צוות עמוס בעבודה (חלקו מועסק בחלקיות משרה) למשימות של מפגשים קהילתיים. הכשרתו והכנתו המקצועית של הצוות משפיעים אף הם על יישום שינוי התרבות. "מתן סיעוד באורח מתואם, המבוסס על ראיות בהקשרה של דרך טיפול שאותה מכון הדייר, מצריכה השתתפות אינטנסיבית של הצוות הסיעודי" (Burger, Kantor, Mezey et al., 2009: 3). אך לעתים קרובות מאוד, האחיות אינן זוכות להיות חלק מן הפעילויות של שינוי התרבות (Bowers, 2012; Scalzi et al., 2006). בנוסף לכך, כדי שהאחיות תוכלנה לזהות את התפקידים החדשים שיבקשו מהן לקבל על עצמן, הכשרתן המקצועית צריכה לכלול גם הדרכה בטיפול המציב את הדייר במרכז.

4. היווצרות קואליציה, המאגדת את כל בעלי העניין, כדי לתאם שינוי כלל-מערכתי.

על מנת להטמיע את שינוי התרבות בסביבה המנוהלת מאז היווסדה ברוח המודל הרפואי, יש צורך בשיתוף פעולה רחב של כל בעלי העניין. בארצות הברית הנושא אורגן וקודם על ידי רשת הפיונירס (Pioneer Network). ישראל תפיק תועלת רבה מהתאגדותם של גופים שונים לטובת הנושא, כגון אנשי חזון, עובדי אשל בג'וינט ישראל, קובעי מדיניות ממשרדי הבריאות והרווחה, ראשי בתי ספר לסיעוד, אנשי אקדמיה ומחקר, זקנים, אנשי ארגוני בתי אבות וכו'. מטרתם תהיה לבסס את החזון, לקבוע סדר עדיפויות ולבנות את השותפות הדרושה לקראת שינוי תרבות יעיל ומתואם.

עלות שיפוצים גבוהה כמכשול בפני היישום

בתים רבים, המחויבים לשינוי התרבות, מתקשים לשנות את הסביבה הפיזית של בית האבות, כך שתהפוך לביתית יותר (Elliot, 2010). הסיבה העיקרית לכך היא העלות הגבוהה

הכרוכה בשיפוצים כמו במודל של GreenHouse או במודלים בהם יש "יחידות שכנים" (Neighborhood or Household Models).

המכשולים הכלכליים משפיעים גם על איוש התפקידים בבית האבות. שכר העובדים הוא חלק משמעותי מתקציב התפעול של בתי אבות. השאהבזים – המטפלים הישירים לפי הדגם של GreenHouse – מקבלים תוספת של בערך 2.5 דולר לשעה, בהשוואה למטפלים מוסמכים, המועסקים בבתי אבות מסורתיים. גם חיוזוק הצוות על ידי מתן אופקי קידום מגדיל את הוצאות השכר של המוסד. אולם, הדגם של GreenHouse הראה, שעלות נוספת זו מתאזנת בסופו של דבר באמצעות צמצום מספר המועסקים בדרגי ההנהלה הבינוניים (NCSL), חיסכון הנובע משיעור נמוך יותר של תחלופת עובדים (Burgio et al., 2004), חיסכון נוסף מתקבל, כשבית האבות פועל בתפוסה מלאה ומושך אליו יותר דיירים המשלמים מכספם הפרטי.

ביקורת על התנועה לשינוי התרבות

אחת הביקורות על התנועה לשינוי התרבות היא, שאינה מטפחת די הצורך אוטונומיה של ממש אצל הדיירים. לעתים קרובות, יוזמות התנועה לא מצליחות לאפשר לדיירים הזדמנויות משמעותיות להפגין את יכולותיהם ולפעול כחברי קהילה מנוסים ובעלי יכולת (Shura, Siders & Dannefer, 2010). כדי לפעול לעידוד יוזמה ועצמאות של הדיירים, החוקרים יצרו קבוצות מחקר פעילות, שנפגשו אחת לשבוע, וכללו בעיקר דיירים, אך גם אנשי צוות ובני משפחות (PAR – Participative Action Research teams). בקבוצות אלו דנו בנושאים שהדיירים רצו לשפר בביתם וכן פיתחו והפעילו פרויקטים. הרעיון הוא, שיש צורך בפעולה מובנית לעידוד יוזמה ועצמאות של הדיירים. היעדר הזדמנויות מובנות לקידום יוזמות ואוטונומיה של דיירים קיים אפילו בבתי GreenHouse – המודל המוערך ביותר של רפורמה מבוזרת בטיפול ארוך-טווח (Cutler & Kane, 2009). בנוסף, לעתים קרובות קיים בלבול בין טיפול שבמרכזו הדייר לבין רעיונות צרכניים. פעמים רבות, בבתי אבות מדגישים ערכים של אי-תלות וחופש בחירה במקום להטמיע דווקא תלות הדרתית ותהליכי גיבוש בין-אישיים (McCormack, Roberts, Meyer et al., 2012).

שינוי התרבות בישראל

נראה, כי בתקופה הנוכחית בישראל יש הזדמנות נדירה לשנות את כל המחלקות הסיעודיות בבתי אבות. כתנאי לזכאות לכספי המדינה עבור הדיירים, חייבות המחלקות להפוך למרחבים מוגנים עד 2016 (א.ב.א, 2010). אולם, משרד הבריאות טרם גיבש עמדה בנוגע לבניית בתי האבות לפי הסטנדרטים של התנועה לשינוי התרבות. זו הזדמנות פז להפוך את כל המחלקות הסיעודיות בישראל לסביבות ביתיות.

בבתי אבות ישראליים ניתן למצוא רכיבים בודדים בלבד של שינוי תרבות. אפשר לראות היום יותר בעלי חיים, צמחים ותכניות המערבות ילדים. בית יוליאנה בהרצליה, למשל, אימץ את מודל יחידות השכנים (אשכול) (צאלים, 2010). בבית האבות הספרדי בחיפה נבנה אגף חדש עם ארבע יחידות כאלה ("אשכולות") והוא פועל להכשרת הצוות במילוי תפקידים מגוונים, כמו בבית האבות של GreenHouse. חלק מבתי האבות גם מצליחים לעודד את אנשי הצוות לתרום רעיונות יצירתיים: בבית שירלי בדימונה אנשי הצוות פיתחו דרכים חדשות לצמצום שיעור הנפילות בקרב הדיירים והפכו את הפעילות הגופנית למהנה יותר. אולם, שיטות עבודה, השמות את הדייר במרכז ומאפשרות לזקנים לקבוע את שעות השינה והערות שלהם, לדוגמה, כמעט שאינן קיימות בבתי אבות ישראליים, וכמעט שלא קיימת אפשרות לדיירים הפגיעים ביותר להשפיע על סביבתם. עד לאחרונה, גם תהליכי בנייה קהילתית היו נדירים בבתי אבות ישראליים.

בשנת 2011 החל ברי ברקן, בשיתוף אשל, המוסד לביטוח הלאומי וקרן רוכלין, להכשיר בתי אבות ישראליים בשלב הראשון של שיטת הקהילה הצומחת. עד שנת 2014 השתתפו 25 בתי אבות בפרויקט זה. במסגרת זאת, מתקיימים מפגשים קבועים של חברי הקהילה, שבהם נדונים ומוחלטים דרכי החיים העיקריות, החל מתפריט המזון ועד לעיצוב טקסים לאומיים וקהילתיים.

כמענה לביקורת על חוסר היכולת של המפעילים לאפשר לדיירים הזדמנויות משמעותיות להפגין את יכולותיהם ולפעול כחברי קהילה מנוסים ובעלי יכולות, מגיעה הקהילה הצומחת ומטמיעה את היכולת ואת ההבנה, כי כל אדם הבא במגע עם הקשיש, ממדריכות התעסוקה ועד העובדים הסוציאליים, יכולים וצריכים ליצור שיח ודיון משמעותי, הרואה את האדם, את צרכיו הכוללניים ואת יכולתו הבסיסית לקחת חלק בשיחות מעין אלו. מפגשים אלו מעודדים, בין השאר, היכרות אישית יותר עם רבדים עמוקים של האדם ומעניקים לו תחושת שייכות ומסוגלות.

טרם נערכו מחקרים שהעריכו את תוצאותיו של אימוץ מודל זה בישראל, אך המשוב הראשון שהוצג ביום עיון במרכז ההדרכה של אשל בתל השומר, בשנת 2012, העלה, כי

הפרויקט עונה על צרכים עמוקים, שטרם זכו להתייחסות. למשל, מפגשי דיון קבועים של הדיירים, שבהם נידונים ומוחלטים נושאים הנוגעים לשגרת חייהם, החל מתפריט ועד לעיצוב אופי טקסים קהילתיים ולאומיים. במקום להיות מקבלים פאסיביים של פעילויות, המאורגנות על ידי הצוות, הדיירים יכלו לתכנן את חייהם בעצמם, לדון בנושאים חשובים עבורם ולקחת על עצמם תפקידים משמעותיים בקהילה.

ביום העיון, הנזכר לעיל, התכנסו מפתחי הקהילה מבתי האבות השונים ושיתפו את המשתתפים בסיפוריהם על השינויים שראו בבתי האבות שלהם. היו שסיפרו על דיירים שחשבו שאיבדו את יכולתם לדבר ושבנו לדבר, כשהבינו שקולם חשוב, ושהוא יכול להישמע. באחד מבתי האבות חל שיפור של ממש בתפקודו של דייר בשם מקס (שם בדוי), שסבל מהפרעות פסיכיאטריות והיה דחוי ובודד. באחד ממפגשי הקהילה, בעת דיון של הדיירים בפעילותם התרבותית בעבר, הזכיר מקס, שהיה נוהג לשיר במקהלות. חברי הקהילה ביקשו ממנו לשיר להם וגילו לפתע את קולו הערב. הקהילה הצומחת הזמינה את מקס להיות אחראי על השירה במפגשי הקהילה, והוא קיבל את התפקיד בגאווה. לא רק היחסים בין הדיירים התהדרו, אלא גם היחסים ביניהם לבין אנשי הצוות. שיחות על תחומי העניין של הדיירים גרמו, למשל, לאנשי צוות להביא מבתיים דברים שיוכלו לשמש את הדיירים בתחביביהם. ידידיות חדשות התפתחו, ובני משפחות החלו לבקר בבית האבות בעת מפגשי הקהילה.

הנושאים הנדונים במפגשי הקהילה מגוונים מאוד. החל מנושאי שיחה צפויים, כגון כיצד לשפר את המזון, ועד לבעיות רגישות ומורכבות, כמו השאלה כיצד יש להתמודד עם ילדים ונכדים שמבקשים כסף. מפתחי הקהילה מגיעים למפגשים עם תכנית מוכנה במגוון נושאים רלוונטיים ומעניינים, אך ההנחיה שהם מקבלים היא תמיד לתת קדימות למה שהדיירים מעלים במפגש. הזקנים מתכננים ביקורים מחוץ לבית האבות, דנים באירועי השעה, מקיימים טקסי זיכרון ועורכים חגיגות. בבית אבות בירושלים החליטו הדיירים לחגוג ימי הולדת לא רק לדיירים, אלא לנצל את ימי ההולדת של אנשי הצוות כדי לכבד אותם ולהודות להם. לזקנים בכל הבתים יש צורך אדיר להביע את תודתם למטפליהם.

בשונה מהפעילויות השגרתיות, הנערכות בבתי אבות, שאותן מתכנן הצוות ומציע לדיירים כ"חוגים", מפגשים אלה הם הזדמנות לאפשר לדיירים לעצב את התוכן ולהביא מעולמם האישי. תמר דשבקסי (שיחה אישית, 27 בפברואר 2013), העוסקת בהכשרת מפתחי קהילה במסגרת אשל, ראינה דיירים בנושא זה (2013), שאמרו:

"בשיחות עם דיירים ניתן לשמוע שוב ושוב על הצורך בשיחה אמיתית ולא פחות מזה – בהיכרות כנה, הן עם הצוות והן עם הדיירים"; "זה בדיוק הדבר שלו חיכינו. עושים לנו מפגשים, אבל לא כמו זה"; "לא ידעתי שהיא מבינה אותי;

פתאום התחלנו להכיר את מי שיושב לידנו"; "המפגשים נותנים אתגר ועומק אינטלקטואלי לדיירים, מעניקים להם שייכות ומשהו לצפות לו"; "יש מחסור בפעילויות אשר מפתחות ומאתגרות את המוח. במפגשים אנחנו סוף סוף נחשפים לנושאים ולתכנים חדשים, יש אתגר לעומת פעילויות מלפני כמה עשורים, שמשום מה עדיין קיימות פה".

באותן שיחות (שיחה אישית, 27 בפברואר 2013), תמר דשבסקי ממשיכה בתיאור האתגרים הכרוכים ביישום "קהילה צומחת" בישראל, ומעלה תובנות להמשך בניית הקהילות בארץ:

לצד ההצלחות יש גם אתגרים. מקומות שבהם כוח העבודה קטן יחסית, המולת היום והעומס לא מאפשרים לאנשי הצוות להצטרף למפגש. ניתן לראות בבירור, כי במקומות שבהם ההנהלה תומכת בפרויקט, יש השתתפות יותר ערה של הצוות, דבר שללא ספק תורם למפגש ומעשיר אותו.

קושי נוסף שהתגלה בעבודת השטח בישראל הוא הפער הבין-תרבותי של דיירי הבתים, הן מבחינת קשיי השפה והן מבחינת קודים התנהגותיים. במקומות שבהם יש דיירים רבים דוברי רוסית, לצד דיירים ילידי הארץ או יוצאי עדות המזרח דוברי עברית, קשיי השפה והשוני במנטליות גורמים לא פעם לחוסר הכנה ומאטים את קצב המפגש. במקומות שבהם מועברים המפגשים על ידי אדם הדובר עברית ורוסית, ניתן לראות, כי נוצרת הזדמנות עבור הדיירים להבין אחד את השני ולראשונה אף לתקשר. עם זאת, במקומות שבהם המנחה אינו דובר את שתי השפות, חלק מהדיירים נשאר מחוץ למפגש, ולרוב אלה דוברי הרוסית. להכרה בחשיבות קיום שיח ודיאלוג יום-יומי בין הדיירים יש, לעתים, השפעה מעוררת, וניכר כי שליטה בשתי השפות נחוצה מאוד בקרב אנשי הצוות.

בשלב מתקדם יותר של התהליך וכחלק מהעצמת הצוות המטפל, נוצרת קבוצה לאנשי הצוות שבה הם יכולים להתבטא, לפתור עימותים, להיטיב להכיר אלה את אלה ולהתמודד יחד עם בעיות העולות במהלך שעות העבודה. מטרתה של הקבוצה להביא לצמיחה אישית מתוך אמונה, שגם לאנשי הצוות, מכל התחומים, יש צורך להתפתח, אישית ומקצועית. בבית אבות שבו קיים קשר קרוב בין אנשי הצוות נוצרת אחריות הדדית, מתוך אהבה למקום ולאנשים המתגוררים ועובדים בו. הוא הופך להיות מקום שבו הצוות מרגיש בבית, והדבר משליך גם על הדיירים ומשפר את תחושתם.

בבית שבו רואים את הדייר לא רק דרך יכולותיו וקשייו הגופניים, אלא גם דרך הניסיון למצוא מענה לצרכיו הרגשיים, החברתיים והרוחניים ושב הצוות יכול להתבטא, והדיירים חשים שרואים אותם ומקשיבים להם – בבית כזה נרצה לשים את יקירנו או את עצמנו, אם וכאשר יהיה בכך צורך.

סיכום

“שינוי התרבות הוא תמורת ענק בתחום שמעדיפים בו זה מכבר יעילות, פרודוקטיביות ורווחיות, העדפה הגורמת לכך, שאיכות הטיפול הפיזי מוצבת במרכז ודוחקת לשוליים את איכות החיים. מקומות שבהם החלטות מתקבלות עבור הדיירים ולא יחד איתם מצטיירים ככאלה שאנשים באים למות בהם, ולא כמקומות שאנשים באים אליהם, כדי לחיות פרק עשיר ומלא של חייהם. הדגם האשפוזי מאוד, שהנחה מוסדות לטיפול ארוך-טווח במשך עשרות שנים, הוביל לתלותיות, להשפלה ולנטישה של הרבה ממה שיוצר השראה, מהנה ומעורר בחיים” (Frampton et al., 2010: 19).

תנועת שינוי התרבות חותרת להפוך בתי אבות, המתנהלים כמוסדות רפואיים והיררכיים, לבתים המציבים את האדם במרכז. התהליך הדינמי, שבו מתחוללת תמורה זו בתרבות הארגונית, מצריך לעמוד על המשמר ולוודא שהשינויים אכן קונסטרוקטיביים, אחרת עלולים הבתים להידרדר חזרה לעבר התרבות המסורתית והמוכרת יותר של מוסדות אשפוזיים. תמורה מערכתית עמוקה מצריכה גישה רב-צדדית, שתטפל בעת ובעונה אחת בשינויים בכמה חזיתות: הסביבה הפיזית, שצריכה להיראות ולתפקד כמו בית ולא כמו בית חולים; תהליכי ניהול בלתי היררכיים, המבוססים על נתונים מדידים והפתוחים תמיד לשיפור; דרכי טיפול, המתמקדות בדייר ובונות את הטיפול ואת שגרת הפעילות סביב לוחות הזמנים של הדיירים, לפי צרכיהם ולפי מה שמעניין אותם; הכשרה של הצוות ופיתוח הזדמנויות לקידום; ערכים משותפים ויחסי קרבה ותמיכה בין-אישיים (Forbes-Thompson, Leiker, & Bleich, 2007).

ניתן ללמוד רבות מעשרות שנות חידושים, ניסיון ומחקר של התנועה לשינוי התרבות בארצות הברית. כאמור, התנועה הוקמה על ידי אנשים, שהקשיבו לזעקות המצוקה של הזקנים והשמיעו בקול גדול את שהטריד אותם. בישראל קיימת אוכלוסיית זקנים ייחודית ומרשימה, שיש כל כך הרבה מה ללמוד ממנה: אנשים בעלי חזון ונחישות להקים ולבנות מדינה; ניצולי שואה; אנשים ששבו לזהותם היהודית לאחר דורות של רדיפות דתיות בברית המועצות לשעבר וכאלה שהגיעו לארץ לאחר מסעות מסוכנים במדבריות. ישנם כאלה

שמאחוריהם שנים של יוזמות קהילתיות, כמו הקיבוצים, וניסיון נרחב של מאמצים לממש חזונות אוטופיים שלא תמיד צלחו.

שילוב חוכמת החיים והחזון של זקנינו עם שיטות מבוססות מתחום העסקים, כגון ארגונים לומדים ותהליכי שיפור איכות מתמידים, עשויים להאיץ את מציאתם של פתרונות סיעוד, ההולמים את הנוף הישראלי. ייתכן שאומת הסטארט-אפ שלנו תמצא דרכים חדשות לכבד את זקנינו, לטפל בהם בשנים הפגיעות יותר של חייהם, ותביא רעיונות חדשים לתנועה העולמית לשינוי התרבות בבתי האבות.

מקורות

א.ב.א. (2010). איגוד בתי אבות ודיור מוגן בישראל, דוח פעילות – ינואר 2010. נשלף מהאינטרנט <http://www.abaisrael.co.il/var/5978/415277-mideon-4.10.pdf> צאלים, א. (2010, יולי). מחלקה סיעודית: אפשר גם אחרת. דורות, 30-31.

American Association of Homes & Services for the Aging (AAHS) & Institute for the Future of Aging Services (IFAS). (2008). *The state investment in culture change toolkit*. Retrieved from http://www.leadingage.org/uploadedFiles/Content/About/Center_for_Applied_Research/Publications_and_Products/State_Investment_Culture_Change_Toolkit.pdf

Action Pact, Inc. (2001). *The learning circle*. Retrieved from <http://actionpact.com/assets/cache/learning-circle.pdf>

Advancing Excellence in America's Nursing Homes Campaign. (2013a). *For nursing homes*. Retrieved from http://www.nhqualitycampaign.org/star_index.aspx?controls=nursing_homes

Advancing Excellence in America's Nursing Homes Campaign. (2013b). *Person-centered care tracking tool*. Retrieved from http://www.nhqualitycampaign.org/star_index.aspx?controls=personcenteredcareidentifybaseline

Barkan, B. (1981). The live oak regenerative community: Reconnecting culture within the long term care environment. *Aging Magazine*, 2 (7), 321-322.

Barkan, B. (1995). The live oak regenerative community and the quest for autonomy, self-esteem and connection in elder care. In: L. Gamroth, J. Semradek & E. M.

- Tornquist (Eds.), *Enhancing Autonomy in Long Term Care* (pp. 169-193). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Barkan, B. (2003). The live oak regenerative community: Championing a culture of hope and meaning. In: A.S. Weiner & J.L. Ronch (Eds.), *Culture Change in Long Term Care* (pp. 197-221). New York, London, Oxford: Haworth Press.
- Barkan, B. (2013). *The Live Oak Regenerative Community: Developing a new elder culture of the 21st century*. Manuscript in preparation.
- Barrick, A.L., Rader, J., Hoeffler, B., Sloane, P. & Biddle, S. (Eds.). (2008). *Bathing without a battle: Person-directed care of individuals with dementia*. Springer series on geriatric nursing. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Beck, C., Heacock, P., Mercer, S.O., Doan, R., O'Sullivan, P.S., Stevenson, J.G., ... Hoskins, J.G. (2005). Sustaining a best-care practice in a nursing home. *Journal for Healthcare Quality*, 27, 5—16. doi: 10.1111/j.1945-1474.2005.tb00563.x
- Bergman-Evans, B. (2004). Beyond the basics: Effects of the Eden Alternative model on quality of life issues. *Journal of Gerontological Nursing*, 30 (6), 27-34.
- Berkhaus, A.J.M., Boumans, N.P.G., Mur, I. & Nijhuis, F.J.N. (2009). Conditions for successfully implementing resident-oriented care in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 298-308.
- Blair, T. & Minkler, M. (2009). Participatory action research with older adults: Key principles in practice. *The Gerontologist*, 49 (5), 651-662. doi: 10.1093/geront/gnp049
- Bott, M., Dunton, N., Gajewski, B. Lee., R., Bonnel, W. & Averett, A. (2009). *Culture change and turnover in Kansas nursing homes* (Kansas Nursing Facility Project Report.) Topeka, KS: Kansas Department for Aging and Disability Services.
- Boumans, N., Berkhout, A. & Landeweerd, A. (2005) Effects of resident-oriented care on quality of care, wellbeing and satisfaction with care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 240-250.
- Bowers, B. (2012, August). *What we're learning about culture change: half-day research intensive*. Paper presented at the 12th Annual Pioneer Network Conference, Jacksonville FL.
- Bowers, B. & Nolet, K. (2011). Empowering direct care workers: Lessons learned from the Green House Model. *Seniors House & Care Journal*, 19 (1), 109-120.

- Bowers, B., Nolet, K., Roberts, T. & Esmond, S. (n.d.) *Implementing change in long-term care: A practical guide to transformation*. The Commonwealth Fund. Retrieved from http://www.nhqualitycampaign.org/files/Implementation_Manual_Part_1_FINAL.pdf
- Boyd, C.K. (2003). The Providence Mount St. Vincent experience. In: A.S. Weiner & J. L. Ronch (Eds.), *Culture Change in Long Term Care* (pp.245-268). New York, London, Oxford: Haworth Press.
- Brennan, J.S., Brancaccio, P. & Brecanier, P. (2003). Teresian House: Using the environment to support culture change. In: A.S. Weiner & J.L. Ronch (Eds.), *Culture Change in Long Term Care* (pp. 223-231). New York, London, Oxford: Haworth Press.
- Brownie, S. & Nancarrow, S. (2013). Effects of person centered care on residents and staff in aged-care facilities: A systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1-10. doi: 10.2147/CIA.S38589.
- Brune, K. (2011). Culture change in long term care services: Eden-GreenHouse — aging in the community. *Educational Gerontology*, 37 (6), 506-525. doi: 10.1080/03601277.2011.570206
- Burger, S.G., Kantor, B., Mezey, M., Mitty, E., Kluger, M., Algase, D., . . . Rader, J. (2009). *Issue paper: Nurses' involvement in nursing home culture change: Overcoming barriers, advancing opportunities*. New York, NY: Hartford Institute for Geriatric Nursing at NYU College of Nursing.
- Burgio, L.D., Fisher, S.E., Fairchild, J.K., Scilley, K. & Hardin, J.M. (2004). Quality of care in the nursing home: Effects of staff assignment and work shift. *The Gerontologist*, 44 (3), 368-377.
- Calkins, M. & Cassella, C. (2007). Exploring the cost and value of private versus shared bedrooms in nursing homes. *The Gerontologist*, 47 (2), 169-177.
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH), Health Technology Inquiry Service (HTIS). (2010). *Eden alternative and green house concept of care: Review of clinical effectiveness, cost-effectiveness, and guidelines*. Retrieved from http://www.cadth.ca/media/pdf/L0166_Eden_Alternative_Concept_final.pdf

- Castle, N.G. (2013). Consistent assignment of nurse aides: association with turnover and absenteeism. *Journal of Aging and Social Policy*, 25 (1), 48-64. doi:10.1080/08959420.2012.705647.
- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). (2013). *QAPI at a glance: A step by step guide to implementing quality assurance and performance improvement (QAPI) in your nursing home*. Retrieved from <http://cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/QAPI/Downloads/QAPIAtaGlance.pdf>
- Chenoweth, L., King, M.T., Jeon, Y.H., Brodaty, H., Stein-Parbury J., Norman R.,... Luscombe, G. (2009). Caring for aged dementia care resident study (CADRES) of person-centered care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: A cluster-randomized trial. *Lancet Neurology*, 8, 317-325. doi: 10.1016/S1474-4422(09)70045-6.
- Coleman, M.T., Looney, S., O'Brian, J., Ziegler, C., Pastorino, C.A. & Turner, C. (2002). The Eden alternative: Findings after 1 year of implementation. *The Journals of Gerontology Series, A* 57 (7), M422-M427.
- Commonwealth Fund. (2004). *Improving the quality of nursing home care: the Wellspring Model*. Retrieved from <http://www.commonwealthfund.org/Innovations/Tools/2004/Aug/Improving-the-Quality-of-Nursing-Home-Care--The-Wellspring-Model.aspx>
- Connor, M.J. & Walton, J.A. (2011). Demoralization and remoralization: A review of these constructs in the healthcare literature. *Nursing Inquiry*, 18 (1), 2-11. doi: 10.1111/j.1440-1800.2010.00501.x
- Cutler, L.J. & Kane, R.A. (2009). Post-occupancy evaluation of a transformed nursing home: The first four Green House® settings. *Journal of Housing for the Elderly*, 23 (4), 304-334. DOI: 10.1080/02763890903327010
- De Souza, G. (2008). *Resident questionnaire to evaluate client centered care*. Registered Nurses Association of Ontario. Retrieved from <http://ltc toolkit.rnao.ca/sites/ltc/files/resources/CCCare/AssessTool/SampleResidentQuestionnaireCCC.pdf>
- Doty, M., Koren, M.J. & Sturla, E. (2008). *Culture change in nursing homes: How far have we come? Findings from the Commonwealth Fund 2007 National*

- Survey of nursing homes* (Fund Report, Vol. 91). The Commonwealth Fund. Retrieved from <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2008/May/Culture-Change-in-Nursing-Homes--How-Far-Have-We-Come--Findings-From-The-Commonwealth-Fund-2007-Nati.aspx>
- Eaton, S. (2002). What a difference management makes: Nursing staff turnover variation within a single labor market. In Abt Associates (Author), *Appropriateness of minimum nurse staffing ratios in nursing homes* [Report to Congress, Phase II] (Vol. 1). Department of Health and Human Services. Retrieved from <http://phinational.org/sites/phinational.org/files/clearinghouse/PhaseIIVolumeIofIII.pdf>
- Eden alternative (n.d.-a). Certified Eden associates. Retrieved from <http://www.edenalt.org/certified-eden-associates>
- Eden alternative (n.d.-b). Our Ten Principles. Retrieved from <http://www.edenalt.org/our-10-principles>
- Elliot, A.E. (2010). Occupancy and revenue gains from culture change in nursing homes: A win-win innovation for a new age of long-term care. *Seniors Housing & Care Journal*, 18 (1), 61-76.
- Fagan, R. M. (2003). Pioneer network: Changing the culture of aging in America. In: A.S. Weiner & J.L. Ronch (Eds.), *Culture Change in Long Term Care* (pp. 125-140). New York, London, Oxford: Haworth Press.
- Farrell, D., Brady, C. & Frank, B. (2011). *Meeting the leadership challenge in long-term care: What you do matters*. Baltimore, Maryland: Health Professions Press Inc.
- Forbes-Thompson, S., Leiker, T. & Bleich, M.R. (2007). High-performing and low-performing nursing homes: A view from complexity science. *Health Care Management Review*, 32 (4), 341-51.
- Frampton, S., Gil, H., Guastello, S., Kinsey, J., Boudreau-Scott, D., Lepore, M.,... Walden, P.M. (2010). *Long-term care improvement guide*. Planetree, Inc. & Picker Institute. Retrieved from <http://www.residentcenteredcare.org/LTC%20Improvement%20Guide%20For%20Download.pdf>
- Garvin, D.A., Edmonson, A.C. & Gino, F. (2008). Is yours a learning organization? *Harvard Business Review* 86 (3), 109-116, 134.

- Gibson, D.E. & Barsade, S.G. (2003). Managing organizational culture change: The case of long-term care. In: A.S. Weiner & J.L. Ronch (Eds.), *Culture Change in Long Term Care* (pp. 11-35). New York, London, Oxford: Haworth Press.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York City: Anchor Books.
- Grant, L. (2008). *Culture change in a for-profit nursing home chain: An evaluation* (Fund Report, Vol. 85). The Commonwealth Fund. Retrieved from http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2008/Feb/Culture%20Change%20in%20a%20For%20Profit%20Nursing%20Home%20Chain%20%20An%20Evaluation/Grant_culturechangefor%20profitnursinghome_1099%20pdf.pdf
- The Green House Project (2013). *The Green House Project announces new director*. Retrieved from <http://changingaging.org/blog/the-green-house-project-announces-new-directo>
- Harris, D.K. & Benson, M.L. (Eds.). (2006). *Maltreatment of patients in nursing homes: There is no safe place*. New York, NY: Haworth Press, Inc.
- Harris, Y., Poulsen, R. & Vlangus, G. (2006). *Measuring culture change: A literature review* (Report No. PM-411-114 CO.) Englewood, CO: Colorado Foundation for Medical Care. Retrieved from <http://www.cfmc.org/files/nh/MCC%20Lit%20Review.pdf>
- Health Quality Ontario (2012). *Quality improvement guide: Long-term care*. Retrieved from <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/qi/qi-ltc-improvement-guide-en.pdf>
- Hill, N.L., Kolanowski, A.M., Milone-Nuzzo, P. & Yevchak, A. (2011). Culture change models and resident health outcomes in long-term care. *Journal of Nursing Scholarship*, 43 (1), 30-40. doi: 10.1111/j.1547-5069.2010.01379
- Holzer, C. (2007). Culture change in long-term care. *Medicine and Health* 90 (7), 205-207.
- Hoover, D.R., Siegal, M., Lucas, J., Kalay, E., Gaboda, D., Devanand, D.P. & Crystal, S. (2010). Depression in the first year stay for elderly long-term nursing home residents in the USA. *International Psychogeriatrics*, 22 (7), 1162-1172. doi:10.1017/S1041610210000578

- Hubert, H.B., Bloch, D.A., Oehlert, J.W. & Fries, J.F. (2002). Lifestyle habits and compression of morbidity. *Journals of Gerontology Series, A* 57 (6), M347-51. doi: 10.1093/gerona/57.6.M347
- Kane, R.A., Lum, T., Cutler, L.J., Degenholtz, H.B. & Yu, A.C. (2007). Resident outcomes in small group home nursing homes: A longitudinal evaluation of the initial Green House Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55 (6), 832-839.
- Kansas Association of Homes and Services for the Aging (KAHSA). (2007). *Psychosocial needs of the elderly: Learners guide*. Retrieved from <http://www.kahsa.org/files/public/PsycosocialNeeds.pdf>
- Kansas Foundation for Medical Care. (n.d.). *Kansas culture change instrument: Leader version*. Retrieved from http://www.kdads.ks.gov/longtermcare/PEAK/KCCI_Leader.pdf
- Kehoe, M.A. & Van Heesch, B. (2003) Culture change in long term care: The Wellspring Model. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 2, 159-173. doi: 10.1300/J181v02n01_11
- Koren, M.J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement. *Health Affairs*, 29(2), 312-317. doi:10.1377/hlthaff.2009.0966.
- LaCroix, A.L. & Hammerman, J. (2011). Evaluation of a culture change-focused learning circle program in a long-term care setting. *Seniors Housing and Care Journal*, 19 (1), 121-130.
- Leatherman, S., Berwick, D., Iles, D., Lewin, L.S., Davidoff, F., Nolan, T., Bisognano, M. (2003). The business case for quality: Case studies and an analysis. *Health Affairs*, 22, 17-30.
- Lemke, S. (2012). Veterans health administration: A model for transforming nursing home care. *Environmental Gerontology*, 26 (1-3), 183-204. doi:10.1080/02763893.2012.658286
- Lin, M.K. & Kramer, A.M. (2013). The Quality Indicator Survey: Background, implementation, and widespread change. *Journal of Aging and Social Policy*, 25 (1), 10-29. doi:10.1080/08959420.2012.705721.
- Lindsey, S. (2013, August). *Eliminate performance appraisals ... and develop a person centered approach to management* [PowerPoint slides]. Paper presented at the Pioneer Networks 13th Annual Conference, Seattle, WA.

- Retrieved from <https://www.ptfassociates.com/secure/pioneer/handouts13/Eliminate%20Performance%20Appraisals%20-%20and%20develop%20a%20person-centered%20approach%20to%20management.pdf>
- Lum, T.Y., Kane, R.A., Cutler, L.J. & Yu, T. (2008-2009). Effects of Green House Nursing Homes on Residents' Families. *The Health Care Financing Review*, 30 (2). Retrieved from the Center of Medicare & Medicaid Services website: <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Research/HealthCareFinancingReview/downloads/08Winterpg35.pdf>
- Maas, M.L., Specht, J.P., Buckwalter, K.C., Gittler, J. & Bechen, K. (2008). Nursing home staffing and training recommendations for promoting older adults' quality of care and life: Part 1. Deficits in the quality of care due to understaffing and undertraining. *Research in Gerontological Nursing*, 1 (2), 123-133.
- Mashav, Planning for the Elderly: A National Database (2011). *Israel's elderly: Facts and figures*. Retrieved from http://brookdale.jdc.org.il/_Uploads/dbsAttachedFiles/FactsFiguresElderly-ENGLISH-2011.pdf
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 202-209.
- McCormack, B., Roberts, T., Meyer, J., Morgan, D. & Boscart, V. (2012). Appreciating the 'person' in long-term care. *International Journal of Older People Nursing*, 7 (4), 284-294. doi: 10.1111/j.1748-3743.2012.00342.x
- Miller, S.C., Miller, E.A., Jung, H.Y., Mor, V. & Clark, M. (2008, November). *Organizational change and innovation in long-term care: Experts' views*. Paper presented at The Gerontological Society of America 61st Annual Scientific Meeting, National Harbor, MD. Abstract retrieved from http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/48/Special_Issue_III/1.full?hwoaspc=true
- Miller, S.C., Looze, J., Shield, R., Clark, M.A., Lepore, M., Tyler, D., . . . Mor, V. (2013). Culture change practice in U.S. nursing homes: Prevalence and variation by state Medicaid reimbursement policies. *The Gerontologist*. Advance online publication. doi:10.1093/geront/gnt020
- Molina, S. (2012, Aug 22). A memory care home that is making memories daily. *The Eden Alternative*. Retrieved from <http://changingaging.org/edenaltblog/a-memory-care-home-that-is-making-memories-daily/>

- Monk, A., Kaye, L.W. & Litwin, H. (1984). *Resolving grievances in the nursing home: A study of the ombudsman program*. New York: Columbia University Press.
- Mueller, C., Burger, S. Rader, J. & Carter, D. (2013). Nurse competencies for person-directed care in nursing homes. *Geriatric Nursing*, 34 (2) 101-104. doi: 10.1016/j.gerinurse.2012.09.009.
- Mukamel, D.B., Cai, S. & Temkin-Greener, H. (2009). Cost implications of organizing nursing home workforce in teams. *Health Services Research*, 44 (4), 1309—1325. doi: 10.1111/j.1475-6773.2009.00980.x
- Myers, S.E. & Bott, M.J. (2009). *Culture change in nursing homes: The perception of leaders versus staff*. (Doctoral dissertation). Retrieved from Archie Digital Collections : <http://archie.kumc.edu/bitstream/handle/2271/758/BSNMyers.pdf?sequence=1>
- Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987, 101 U.S.C. §1330. (2006). Retrieved from <http://uscode.house.gov/statutes/1987/1987-100-0203.pdf>
- Pioneer Network. *Mission, vision, and values*. (n.d.-a) Retrieved from <http://www.pioneernetwork.net/AboutUs/Values/>
- Pioneer Network. *Teresian House executive summary*. (n.d.-b). Retrieved from <http://www.pioneernetwork.net/Providers/CaseStudies/Teresian/ExecutiveSummary>
- Power, G.A. (2010). *Dementia beyond drugs: Changing the culture of care*. Baltimore, MD: Health Professions Press.
- Rahman, A.N. & Schnelle, J.F. (2008). The nursing home culture-change movement: Recent past, present, and future directions for research. *Gerontologist*, 48 (2), 142-148.
- Resnick, B., Gruber-Baldini, A.L., Zimmerman, S., Galik, E., Pretzer-Aboff. I, Russ, K. et al. (2009). Nursing home resident outcomes from the Res-Care intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57 (7), 1156-1165
- Roberts, T. (2011, August). *Culture change research and literature review* [Powerpoint slides]. Paper presented at the Pioneer Network Conference, St. Charles, MO.
- Rosher, R.B. & Robinson, S. (2005). Impact of the Eden Alternative on family satisfaction. *Journal of the American Medical Directors Association*, 6 (3), 189-193.

- Ryvicker, M. (2009). Preservation of self in the nursing home: Contradictory practice within two models of care. *Journal of Aging Studies*, 23 (1), 12-23.
- Scalzi, C.C., Evans, L.K., Barstow, A. & Hostvedt, K. (2006). Barriers and enablers to changing organizational culture in nursing homes. *Nursing Administration Quarterly*, 30 (4), 368-372.
- Schnelle, J. F., Simmons, S.F., Harrington, C., Cadogan, M., Garcia, E. & Bates-Jensen, B.M. (2004). Relationship of nursing home staffing to quality of care. *Health Services Research*, 39, 225-250. doi: 10.1111/j.1475-6773.2004.00225.x
- Schoeneman, K. & Bowman, C. (2006). *Development of the artifacts of culture change tool* (HHSM-500-2005-00076P). Baltimore, MD: Centers for Medicare and Medicaid Services. Retrieved from <http://www.artifactsofculturechange.org/Data/Documents/artifacts.pdf>
- Senge, P.M. (1994). *The fifth discipline fieldbook: Strategies and tools for building a learning organization*. New York and London: Currency Doubleday.
- Senge, P.M. (1998). The practice of innovation. *Leader to Leader*, 9, 16-22. Retrieved from <http://www.hesselbeininstitute.org/knowledgecenter/journal.aspx?ArticleID=159>
- Shura, R., Siders, R. & Dannefer, D. (2010). Culture change in long-term care: Participatory action research and the role of the resident. *Gerontologist*, 51 (2), 212-225.
- Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P.O., Zingmark, K. & Edvardsson, D. (2013, January). Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units. *Journal of Advanced Nursing*. Advance online publication. doi: 10.1111/jan.12085.
- Slama, C.A. & Bergman-Evans, B. (2000). A troubling triangle: An exploration of loneliness, helplessness, and boredom of residents of a veterans home. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 38 (12), 36-43.
- Sloane, P.D., Hoeffler, B., Mitchell, C.M., McKenzie, D.A., Barrick, A.L., Rader, J.,... Koch, G.G. (2004). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52 (11), 1795-1804. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52501.x

- Snow, A.L., Jacobs, M.L., Parmelee, P.A., Allen, R.S., Berlowitz, D., Palmer, J. & Hartmann, C. (2012, August). *Development of the Resident-centered Assessment of Interactions with Staff and Engagement (RAISE): A nursing home quality of care observational tool*. Paper presented at the 12th Annual Pioneer Network Conference, Jacksonville FL.
- State of Colorado Department of Health Care Policy and Financing (2012) *Nursing facilities pay for performance review*. Retrieved from <http://www.colorado.gov/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1251825889266&ssbinary=true>
- State of Colorado Department of Health Care Policy and Financing (2013) *Nursing facilities pay for performance review*. Retrieved from <http://www.colorado.gov/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1251871445594&ssbinary=true>
- Stevenson, D.G., Decker, S.L., Dwyer, L.L., Huskamp, H.A., Grabowski, D.C., Metzger, E.D. & Mitchell, S.L. (2010). Antipsychotic and benzodiazepine use among nursing home residents: Findings from the 2004 National Nursing Home Survey. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18 (12), 1078-1092.
- Stone, R.I., Reinhard, S.C., Bowers, B., Zimmerman, D., Phillips, C.D., Hawes, C., . . . Jacobson, N. (2002). *Evaluation of the wellspring model for improving nursing home quality*. The Commonwealth Fund. Retrieved from http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2002/Aug/Evaluation%20of%20the%20Wellspring%20Model%20for%20Improving%20Nursing%20Home%20Quality/stone_wellspringevaluation%20pdf.pdf
- Tavormina, C.E. (1999). Embracing the Eden Alternative in long-term care environments. *Geriatric Nursing*, 20 (3), 158-161.
- Thomas, W.H. (1994). *The Eden Alternative: Nature, hope and nursing homes*. Columbia, MO: University of Missouri Press.
- Thomas, W.H. (2003). Evolution of Eden. In: A.S. Weiner & J. L. Ronch (Eds.), *Culture Change in Long Term Care* (pp. 141-158). New York, London, Oxford: Haworth Press.

- Tyler, D.A. & Parker, V.A. (2011). Nursing home culture, teamwork, and culture change. *Journal of Research in Nursing* 16 (1), 37-49. doi: 10.1177/1744987110366187
- US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration (HRSA). (n.d.). *Hill-Burton Free and Reduced-Cost Health Care*. Retrieved from <http://www.hrsa.gov/getthehealthcare/affordable/hillburton>
- US Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare research and Quality (AHRQ). (2008). *Service delivery innovation profile: Nursing home learning collaborative improves quality of care, reduces staff turnover*. Retrieved from <http://www.innovations.ahrq.gov/content.aspx?id=259>
- Vladeck, B.C. (1980). *Unloving care: The nursing home tragedy*. New York: Basic Books.
- Vladeck, B. C. (2003). Unloving care revisited: The persistence of culture. In: A.S. Weiner & J.L. Ronch (Eds.), *Culture Change in Long Term Care* (pp. 1-10). New York, London, Oxford: Haworth Press.
- Walker, R., Henderson, A., Cooke, M. & Creedy, D. (2010). Impact of a learning circle intervention across academic and service contexts on developing a learning culture. *Nurse Education Today*, 31 (4), 378-382. doi:10.1016/j.nedt.2010.07.010.
- Wiener, J.M., Freiman, M.P. & Brown, D. (2007). *Nursing home care quality: Twenty years after the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987*. The Henry J. Kaiser Family Foundation. Retrieved from <http://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/7717.pdf>
- Yeatts, D.E. & Cready, C.M. (2007). Consequences of empowered CNA teams in nursing home settings: A longitudinal study. *The Gerontologist*, 47 (3), 323-339. doi: 10.1093/geront/47.3.323
- Zimmerman, S. (2012, August). *Culture change: History, concepts, controversies, and unanswered questions*. Paper presented at the 12th Annual Pioneer Network Conference, Jacksonville FL.

שער שביעי

פרידה

פרק 28

פרידה, מיתה ומוות: מקומו של איש המקצוע בהכנת הזקן ומשפחתו

שרה הלוי-לוי, רוני גרטל¹

מבוא

בפרק זה נדון באבדן, מוות וגישות למוות בקרב זקנים ובני משפחותיהם. נשים דגש על איך, כאנשי מקצוע, על פי רוב צעירים יותר, נוכל להקשיב למחשבות, לרגשות ולבקשות של הפונים שלנו בעניין זה. המוות הוא נושא המעסיק את כולנו. לכן אנו מתפקדים בשתי רמות בו-זמנית: עלינו להתמודד עם התחושות העמוקות שלנו כלפי המוות בעוד שאנו משתדלים להיות פנויים להקשבה לפונים. נדון בקצרה כיצד משתנה הגישה למוות מחברה לחברה, מאדם לאדם, באיזו מידה היא תלויה תרבות, דת, ועוד. נתאר את מסלולי המחלה והתפקוד לקראת המוות וניגע בדילמות ובסוגיות האתיות המתעוררות סביב מיתה בגיל הזיקנה. נשתדל לתת לקורא כלים לעבודה עם זקנים, בני משפחותיהם והקרובים אליהם בתקופה שלפני המוות, בהתחשב בשוני הרב שבין המטופלים ובייחודיות של כל מטופל. עם זאת, חשוב לציין, כי בשל הגיוון הרב באוכלוסיית הזקנים לא נוכל לכסות כאן את הנושא, אלא בקווים כלליים בלבד. מאחר שהספר מופנה לכלל אנשי המקצוע המטפלים בזקן, נתמקד בקווים המנחים לעיסוק בנושא מוות ופרידה בגיל הזיקנה, המשותפים לכל העוסקים בתחום, תוך שילוב דוגמאות מניסיונו הקליני רב השנים. איש המקצוע, העובד עם הזקן, יצטרך לשלב בין האוניברסלי לפרטי לפי מקצועו, לפי טיב ונסיבות הקשר שלו עם הזקן ובהתאם למצבו הפיזי, הנפשי והרגשי של המטופל.

גישות למוות

בדומה לכל הבניה חברתית, גם הגישה למוות משתנה מתרבות לתרבות ומתפתחת לאורך ההיסטוריה. במערב, כפי שמתאר ההיסטוריון הצרפתי פיליפ אריאס, ביטא היחס למוות, במשך אלפי שנים, קבלה טבעית של הגורל האנושי. המהפכה המדעית, שהתחילה בסוף המאה ה-17, עם הדגש הרציונלי שהביאה עמה וההתפתחות הטכנולוגית שחלה בעקבותיה, שינתה יחס זה. בעולם שבו נדמה כאילו ההתקדמות בתחומי המדע והרפואה העניקה לאדם שליטה בנושאי בריאות וחולי, מעורר העיסוק במוות ובתחושות סביבו אי-נוחות. המוות מוסתר מעיני רבים גם בשל העובדה, שלעתים קרובות, כיום, אנשים לא מתים בביתם, אלא במסגרות אשפוז שונות, כגון בתי חולים כלליים או גריאטריים. זהו "עידן המוות הבלתי נראה", "עידן הכחשת המוות", שבו היה המוות לטאבו כשם שבעבר היה המין טאבו (Silverman, 2004; Aries, 1976; Fulton, 1965; Gorer, 1965). בסוף שנות ה-60 של המאה ה-20, בין היתר בזכות עבודתה של אליזבת קובלר-רוס, חל שינוי בגישתם של אנשי המקצוע לנושא. בהקשר זה הצביע ויסמן (Weisman, 1972) על הצורך לסייע לאנשים להגיע ל"מוות מתאים" – המוות שאדם היה בוחר לעצמו, לו ניתנה לו האפשרות לעשות זאת; מוות חופשי מקונפליקטים, הכרוך במינימום כאב פיזי, רגשי וחברתי, העולה בקנה אחד עם האגו האידיאלי של האדם, ומגשים, ככל האפשר, את משאלותיו בדבר סוף החיים.

אך מוות מתאים מצריך הכנה, וזו אינה מובנת מאליה. אחד הקשיים בהכנה למוות נובע מן העובדה, שאין בניסיונו האישי של האדם דבר העשוי לסייע לו לדמיין את אי הקיום של עצמו (Butler, Lewis & Sunderland, 1998). תהליך עיבוד רגשותיו של אדם באשר למוות מתחיל ממודעות אישית גוברת לכך, שהמוות בלתי נמנע. מחלה, ירידה בתפקוד או מוות של אדם קרוב, ובמיוחד של בן או בת זוג, עשויים לדרבן את האדם לחשוב על סוף חייו, וייתכן שזו הסיבה, שהסבירות להתמודדות עם הנושא עולה מאמצע החיים ואילך (Corbett, 2012).

כך פותח יעקב שבתאי את ספרו "סוף דבר":

בגיל ארבעים ושתיים, קצת אחרי סוכות, תקף את מאיר פחד-המוות, וזאת אחרי שהכיר בכך שהמוות הוא חלק ממשי מחייו, שכבר עברו את שיאם והם מתנהלים עכשיו במדרון, ושהוא מתקרב אליו במהירות ובנתיב ישר אשר מן הנמנע לסטות ממנו, כך שהמרחק ביניהם, אשר עוד בחול-המועד, שלא לדבר על הקיץ [...] היה כמעט אינסופי, מצטמצם והולך וניתן לתחום אותו בלי קושי ולמדוד אותו במידות

החיים היוםיומיים, כגון, בכמה זוגות נעליים שעוד יקנה או בכמה פעמים עוד ילך לקולנוע [...] (שבתאי, 1984: 9).

המודעות לסוף החיים תלויה, כמובן, לא רק בגורמים אישיים, כגון ניסיון העבר, האישיות ואופן ההתמודדות עם אירועים טראומטיים ואבדנים בעבר, אלא גם בגורמים חברתיים, תרבותיים ודתיים.

כך, למשל, יש הבדלים גדולים בין המערב למזרח הרחוק בגישה למוות. הבדלים אלה נובעים מרעיונות מנוגדים לגבי משמעות האני ומהות החיים בכלל. במזרח הרחוק מתקבל המוות, בין השאר, כהקלה מבורכת מסבל. הפילוסופיה המזרחית רואה את הפרט, על חייו ומותו, כחלק בלתי נפרד מהחוויה הקיומית הכוללת. החוויה האישית מתמזגת עם האוניברסלי. החיים והמוות משולבים זה בזה ויש ביניהם המשכיות (Butler et al., 1998). בבודהיזם, למשל, המוות הוא מעבר לגלגול אחר, אלא אם האדם התעלה לדרגה שבה הוא משתחרר מגלגל הלידה והמוות (Butler et al., 1998). ב"ספר החיים והמתים הטיבטי" מתאר המחבר, המורה הבודהיסטי סוגיאל רינפוצ'ה (Rinpoche, 2002), כיצד נדהם בתחילה מהגישות למוות בעולם המערבי. לדעתו, במערב, המתקדם מבחינה טכנולוגית, אין כלל הבנה של תהליך המיתה (dying), של המוות ושל החיים שלאחריו. אנשים במערב רואים את המוות כסוף טוטלי ונעדר משמעות, ומכאן החרדה המתלווה לעיסוק בו, כמו גם הנטייה להכחשה. המערב רואה את המוות כחיצוני לחוויה האנושית. כדי להיות מישהו (person, self) על האדם להיות צלול, בשליטה ומודע למה שקורה. החשיבות המיוחסת לשמירה על העצמיות ועל השליטה משמעה, שהמוות נתפס כעלבון וכהשפלה לבני אנוש (Butler et al., 1998).

הפחד ממוות הוא הבסיס לכל הדתות, שבדרך זו או אחרת מנסות להקל על תחושת החרדה שלנו מן הקץ, טוען הפסיכיאטר האקזיסטנציאלי ארווין דייוויד יאלום. לדבריו, ברוב התרבויות המערביות אין מעוררים התמודדות עם המוות, ולכן הפחד ממנו מתעצם (יאלום, 2009). בדתות המונותאיסטיות רווחת התפיסה, שהחיים בעולם הזה הם הכנה בלבד, או "פרוודור", לקראת חיי הנצח שלאחר המוות, ב"עולם האמת". עם זאת, דווקא ההתנהגות בעולם הזה היא המזכה בשכר או חלילה גוררת עונש בעולם הבא. אין כל ערך לקיום מצוות או להתמסרות לרצון האל לאחר המוות, או כפי שנאמר בספר תהלים "לא המתים יהללו יה". עם זאת, המוות עצמו נתפס כרצון הבורא, ולכן מחובתו של המאמין לקבל את מותו או את מות קרוביו ואוהביו בהכנעה ובהשלמה, ואף באהבה. האמונה היהודית בתחיית המתים מייחסת קדושה הן לנפש והן לגוף, אלא שדי בעצם קטנה אחת – עצם הלז, שעל פי המסורת לעולם אינה נרקבת – כדי לאפשר בנייה מחדש של גופו הפיזי של אדם (קריב, 1978). מסיבה זו מאמינים רבים מתנגדים לשרפת הגוף, אך לא להשתלת איברים.

מוות בגיל הזיקנה

מטבע הדברים, הזקנים (בני 65 ומעלה) מהווים אחוז גבוה מאוד מקרב הנפטרים (78.7%) (ברודסקי, שנור ובאר, 2011). אך חשיבות נושא המוות בגיל הזיקנה נובעת לא רק ממשקלם של הזקנים בקרב הנפטרים, אלא גם מן המאפיינים החברתיים, הפסיכולוגיים, והפיזיים הייחודיים לקבוצה זו.

הפסיכיאטר אריק אריקסון תיאר את התפתחותו הפסיכו-סוציאלית של האדם מינקות ועד זיקנה כתהליך בן שמונה שלבים (Erikson, 1986). כל שלב כרוך בהתמודדות עם קונפליקט בין צרכיו של האדם לבין דרישות החברה, ולכל שלב יש את הקונפליקט האופייני לו. ההצלחה בפתרון הקונפליקט בכל שלב ושלב מגבירה את סיכוייו של האדם להתמודד בהצלחה עם הקונפליקטים בשלבים שלאחריו. השלב השמיני והאחרון, על פי אריקסון, הוא שלב הבגרות המאוחרת, המתייחס לתקופה שבין גיל 65 למוות. בתקופה זו האדם חושב על עברו ועושה מעין חשבון נפש, שבסיכומו יחוש שלמות (אחדות האני), או לחילופין ייאוש (Erikson, 1986). אחדות האני מתבטאת בקבלה של האני, של הזולת ושל המציאות, סגירת מעגל, סיפוק ותחושה שהיה ערך לחיים. ייאוש, חרטה ומרירות, לעומת זאת, הן תוצאה של התבוננות על החיים כעל רצף של כישלונות ואכזבות. רגשות אלה מלווים בתחושת ריקנות ופחד מן המוות, העתיד לחסל את האני. בת זוגתו של אריק אריקסון, הפסיכולוגית ג'ואן אריקסון, בעקבות שיחות שקיימה עמו בסוף חייו, הוסיפה לאחר מותו שלב התפתחות תשיעי, המתרחש בגיל 80-90, שבמסגרתו הזקן שואף להגיע לבשלות ולחוכמה (Erikson & Erikson, 1997). השלב התשיעי של אריקסון דומה למה שהגרונטולוג הסקנדינבי טורנסטם (Tornstam, 2005) כינה בשם "ג'רוטרנסדנס" (Gerotranscendence).

בניגוד לתיאוריות, שלפיהן האדם עובר תהליך של התנתקות לקראת המוות (Schroots, 1996) גורסת תיאוריית הג'רוטרנסדנס, שתפיסת הזקן בשלב התפתחותי זה מתאפיינת בהגדרה מחדש של הזמן, מרחב החיים, החיים והמוות. הזקן פחות מתעניין בדברים חומריים ונוטה למדיטציה ולהתבודדות. מקורות ההנאה בחייו משתנים – אירועי יומיום הופכים חשובים יותר מאירועים גדולים. המוות נתפס כטבעי, כסיום הרמוני לחיים. הפחד ממוות פוחת, ולעומתו גוברת הזיקה לדורות הקודמים, הנוכחיים והעתידיים.

דוגמה:

מירה, אישה מרשימה בעלת תפקוד קוגניטיבי מלא, כיום בת יותר מ-90, מטופלת על ידי עובדת סוציאלית מזה למעלה מעשר שנים. היא ניצולת שואה, אם שכולה

ואלמנה. מאז שחזרה הביתה, לאחר אשפוז ארוך בגין אירוע מוחי שהשאיר אותה מרותקת לכיסא גלגלים, היא תלויה בעזרתה של מטפלת בכל פעילויות היומיום. למירה משפחה מלוכדת ומסורה, העומדת לצידה. הילדים, הנכדים והנינים מבקרים אותה לעתים קרובות. ליום הולדתה ה-90 הוציאה המשפחה מהדורה משופרת ומעודכנת של הזיכרונות שכתבה כעשר שנים קודם לכן, והיא מאוד שמחה על כך. היא מעורבת במה שקורה בעולם בכלל ובישראל בפרט, נשאת מעודכנת בכל פרטי החיים של הילדים והנכדים, עם הבנה טובה של העולם המודרני. בני גילה הלכו רובם לעולמם, או שחלו או שהם סובלים מירידה קוגניטיבית. בעבר, כשעלה נושא המוות, אמרה שהיא לא מפחדת מהמוות ולא רוצה שיעבירו אותה לבית חולים, כדי להאריך את חייה בצורה מלאכותית. למרות האברנים הרבים שחוותה והעובדה שמזה עשר שנים אינה יכולה לדאוג לעצמה, החיים חשובים לה מאוד. מה שומר על חיוניותה של מירה?

מירה חשה הזדהות עמוקה הן עם הדורות הקודמים, שבחלקם הגדול נספו בשואה, והן עם הדורות הבאים. היא לא מפחדת מהמוות, אבל כל עוד היא חיה, על אף המגבלות הפיזיות הקשות, היא ממשיכה להתפתח בדרכה וחיה בתחושת שלמות.

הזיקה הבין-דורית נזכרת גם בסקירתה של יעל ברוך לספרה של גבריאלה יונקס:

מספר מחברים מהתחום הפסיכואנליטי (בראש וראשונה אריקסון ואליו מצטרפים ז'אק, פולוק ולוך) רואים בהמשכיות הבין-דורית חלק מן הפתרון הפסיכולוגי לבעיית סופיות החיים. מכאן באה החשיבות הרבה שמייחס אריקסון ליחסים ההדדיים הבין-דוריים בפאזה האחרונה של החיים. ז'אק, כמו לוך, מציעים, כי ניתן למצוא נחמה באפשרות להמשיך לחיות אחרי מותנו דרך צאצאיו, דרך עבודתינו ויצירותינו ודרך האובייקטים שאנו אוהבים. פישר מדבר על כך, שבמהלך תקין של התפתחות בשלב זה של החיים חלה התרחבות בתחושת העצמי, המבוססת על הזדהות עמוקה עם הדורות הבאים וגם עם הדורות הקודמים, כאילו אדם ממקם עצמו בתוך הקשר הרבה יותר רחב מאשר הקיום האישי, והתרחבות אשר מהווה מענה חלקי לאבדן האישי (ברוך, 2007: 353).

ככלל, נראה, שעל מנת להשלים עם המוות ולהיות מוכן לו, על האדם להרגיש שהוא חלק ממהות גדולה ממנו, שתמשיך להתקיים גם לאחר מותו, כגון הטבע, רוח האל, היקום או רצף הדורות.

מוות מתאים

המושג "מוות מתאים" או "מוות טוב" – למרות חשיבותו לכל אדם המתקרב לסוף חייו, ובוודאי לאוכלוסיית הזקנים – משמש כיום, בעיקר בספרות האונקולוגית, בהקשר של איכות הטיפול ותהליך הגסיסה של חולי סרטן, לאו דווקא זקנים (Sutton & Coast, 2007). מידע ייחודי בנוגע לתחושות הזקנים לקראת סוף החיים נדיר בספרות הרפואית (Vig, Davenport & Pearlman, 2002). בין הסיבות למיעוט המחקרים בתחום זה היא העובדה, שלקראת המוות לוקה חלק גדול מאוכלוסייה זו בהכרה מעורפלת או בירידה קוגניטיבית ברמות שונות.

ריכזנו את הגורמים העיקריים העשויים לתרום למוות טוב בחולים ובזקנים, כפי שעלו ממחקרים שונים. שיטות המחקר, ששימשו במחקרים שסקרנו, אינן אחידות. יש ביניהן המתבססות על מחקרים איכותניים, שבמסגרתם רואיינו מספר לא גדול של זקנים במצבים שונים של בריאות ומחלה, יש קבוצות מיקוד עם זקנים ויש סקירות ספרות מהעולם המערבי. בחלק מהמחקרים רואיינו גם חולים צעירים יותר, בני משפחה ומטפלים עיקריים ו/או אנשי צוות רפואי.

הגורמים העיקריים העשויים לתרום למוות טוב הם:

טיפול בכאב: קיימת הסכמה, שטיפול הולם בכאב הוא תנאי למוות מתאים (Butler et al., 1998; Steinhauser, Clipp, McNeilly et al., 2000; Vig et al., 2002). נוכחות בני משפחה וחברים: רבים מפחדים מן הבודדות הן בזיקנה והן, ואולי במיוחד, קרוב לשעת המוות, ומביעים רצון להיות מוקפים בשעות אלו באחרים משמעותיים – חברים ובני משפחה (Butler et al., 1998; Sutton & Coast, 2007; Vig et al., 2002). אחרים משמעותיים יכולים, כמובן, להימצא גם בעולם הבא. לאדם הגוסס יש צורך ליצור סביבה משלו, אשר לעתים, אך לא בהכרח, כוללת גם את הנוכחים פיזית. בשלב זה רבים החלו בתהליך ההתנתקות מן העולם הזה, ויש המעדיפים דווקא שקרוביהם לא יהיו נוכחים, או שיהיו נוכחים, אך לא מעורבים.

אי-תלות, לא להיות לנטל על הסביבה: נפוצה הדאגה, שהטיפול יגרום למטפלים העיקריים בעיות כלכליות, פיזיות או נפשיות (Butler et al., 1998; Lloyd-Williams, Kennedy, Sixsmith et al., 2007; Steinhauser et al., 2000). צלילות, מוכנות ושליטה: קיים רצון להתכונן לקראת המוות וחשש שהירדרדות ביכולת הקוגניטיבית תמנע זאת. המרואיינים מביעים רצון להישאר בשליטה, לקבל החלטות שקולות ולהספיק לדאוג להיבטים המשפחתיים, הכלכליים, והמשפטיים (צוואה, ייפוי כוח וכדומה) בטרם יגיע המוות (Steinhauser et al., 2000; Vig et al., 2002).

מציאת משמעות בחיים: השלמת האדם עם המוות תלויה בתחושה שתרגם בחייו לאחרים, שחייו לא היו לשווא (Leichtentritt & Rettig, 2000; Steinhauser et al., 2000). מקום המוות: על אף שחולים רבים היו מעדיפים, לכאורה, למות בביתם (Sutton & Coast, 2007), למעשה, דווקא עם ההתקדמות בגיל, בוחרים רבים מן הזקנים לעבור למסגרת שמחוץ לבית כמקום מתאים למות בו (Sutton & Coast, 2007; Vig et al., 2002). ייתכן שבחירה זו מושפעת מגורמים אחרים הנוגעים גם הם למוות מתאים, כגון הרצון לקבל טיפול הולם נגד כאב או החשש מלהיות לנטל על הסביבה. בישראל, שבה אין די מסגרות תמיכה קהילתיות, כגון טיפולי בית והוספיס בית (בנטור, רזניצקי ושנור, 2005; דורון, 2006), ייתכן שהאפשרות למות בבית בעייתית או לא מעשית עבור רבים. קרוב לוודאי, שאלה שיקולים חשובים עבור מרבית הזקנים בישראל. עלינו לזכור, עם זאת, שקיים שוני רב בין בני אדם, ושהתשובה לשאלה מהו מוות מתאים שונה גם היא ממטופל אחד למשנהו. שיחה מוקדמת עם האדם הזקן לגבי העדפותיו בתחום זה הכרחית לבניית תכנית טיפול אישית הולמת עבורו. במסגרת זו, חשוב להקדיש זמן גם להבהיר עם האדם מה הסבירות שרצונותיו יוגשמו בהתחשב במגבלות מעשיות שונות, במצבו הרפואי, הנפשי, הרוחני והחברתי. שיחה כזו עשויה גם למנוע, או אף ליישב, מחלוקות בתוך המשפחה ובין הזקן, המשפחה והצוות המטפל. אך בטרם נפנה להרחיב את הדיבור על שיחות ההכנה וכיצד לנהל אותן, הלכה למעשה, נדון כאן בקצרה בהקשרים שונים לעבודת ההכנה למוות מתאים, הקשרים הנוגעים למסלולי מחלה, לתפקוד ולמוות וכן לדילמות באשר לטיפול הרפואי בזקן.

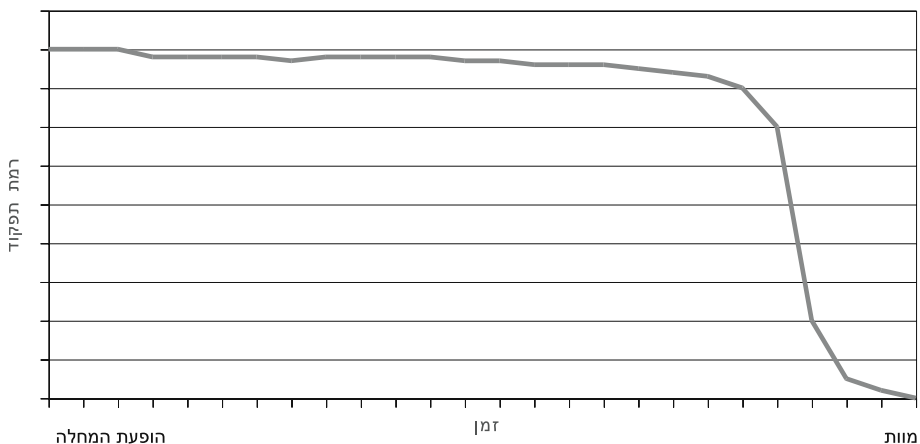
מסלולי מחלה, תפקוד ומוות

בעולם המתועש של היום, הטכנולוגיה ומדע הרפואה שינו את מסלולי המחלה לקראת המוות. עד לפני כמאה שנה, המוות היה, בדרך כלל, פתאומי, והסיבות העיקריות לו היו זיהומים או תאונות. היום, המוות הפתאומי פחות נפוץ. רוב האנשים לוקים במחלה כרונית קשה, כגון מחלת לב, סרטן או מחלת ריאות – הפוגעת בהדרגה בתפקודם, עד למוות (Murray, Kendall, Boyd et al., 2005).

להלן שלושה מסלולי מחלה אופייניים בחולים עם מחלה כרונית מתקדמת: **מסלול 1:** החולה נהנה מבריאות טובה עד סבירה ואינו מוגבל בתפקודו עד קרוב לזמן המוות. זהו מסלול האופייני לחולים בסוגים מסוימים של סרטן. בדרך כלל, סוג זה אינו נפוץ בקרב זקנים.

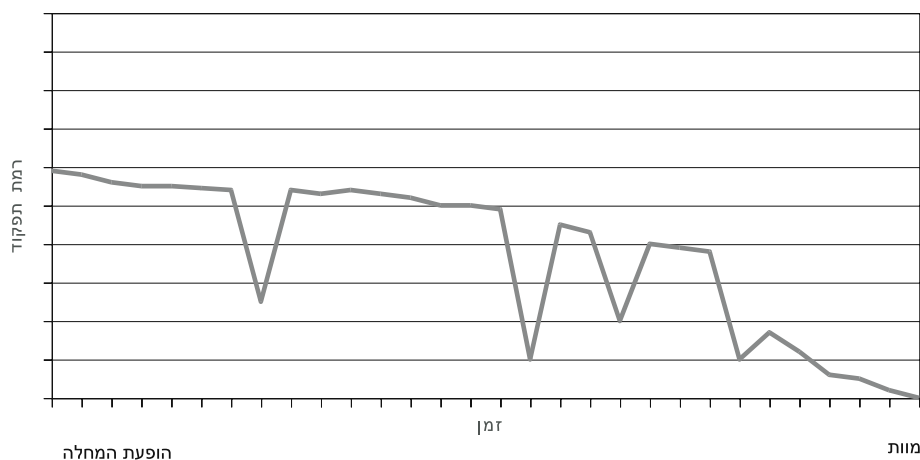
במקרה זה, רצוי לשוחח עם הזקן סמוך, ככל האפשר, למועד גילוי המחלה. אם, מסיבות שונות (כגון התנגדות המשפחה לגלות לו את טיב מחלתו), לא ניתן לעשות זאת, אפשר גם בהמשך ליזום את שיחת ההכנה לקראת המוות.

מסלול 1: הידרדרות מהירה בפרק זמן קצר



מסלול 2: מסלול זה אופייני, בין היתר, לסובלים מאי-ספיקת לב או ממחלת ריאות חסימתית, מחלות, שבדרך כלל, אורכות חודשים ואף שנים. חולים אלה מתאשפזים מעת לעת בבית חולים, לא אחת ביחידות לטיפול נמרץ, בעקבות החרפה חמורה במחלתם. כל החרפה עלולה להסתיים במוות, אך בדרך כלל, החולה שורד לא מעט משברים כאלה, תוך שמצבו הבריאותי והתפקודי מידרדר בהדרגה. המשבר וההתאוששות החוזרים ונשנים משאירים את החולה ומשפחתו מותשים פיזית ונפשית ולא מוכנים לכך, שגם לרפואה המתקדמת ביותר יש מגבלות. דווקא היסטוריה אישית של הינצלות מונעת, לעתים, מהזקן וממשפחתו להתמודד עם המוות הצפוי.

מסלול 2: מוגבלות ארוכת-טווח מלווה במשברים חוזרים ונשנים

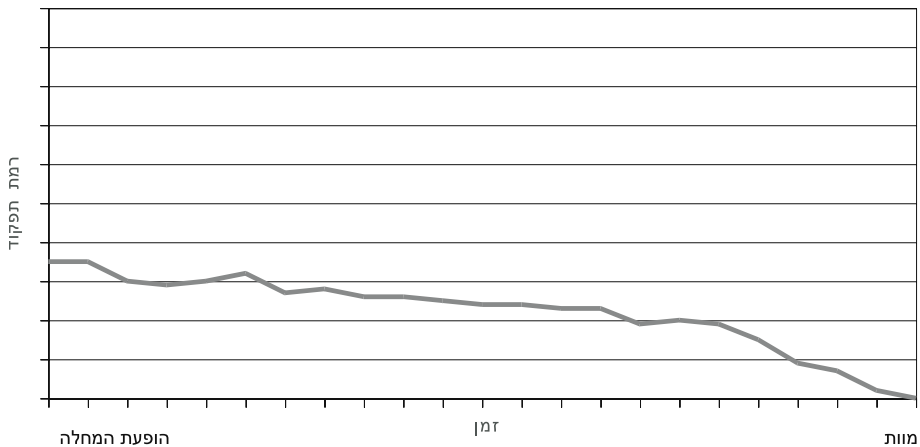


דוגמה:

חיים, אלמן בן 84, אושפז לעתים קרובות בגין אי-ספיקת לב קשה. בעקבות הידרדרות תלולה בתפקודו ניסו כמה מהרופאים המטפלים להכין אותו ואת משפחתו לקראת המוות, לאור העובדה שאין מרפא למחלתו. חיים לא הסכים לשוחח עמם על האפשרות שימות. המשפחה החליטה לקחת אותו הביתה, אבל הוא לא הספיק להגיע לביתו ונפטר במעלית בית החולים, בדרך לאמבולנס.

מסלול 3: במסלול זה מידרדר מצבו של הזקן בהדרגה בעקבות תשישות (frailty), דמנציה (אלצהיימר, דמנציה וסקולרית) והישנות של מחלות אקוטיות התוקפות את מערכותיו הפיזיולוגיות הפגיעות (Fried, Tangen, Walston et al., 2001). ההידרדרות במסלול זה אטית והתפקוד הפיזי ו/או הקוגניטיבי נמוך יחסית כבר בנקודת ההתחלה.

מסלול 3: ההידרדרות הדרגתית מתמשכת



במציאות, השונות במסלולי המחלה והתפקוד גדולה הרבה יותר. ריבוי המחלות הרווח בקרב זקנים, מתבטא, לעתים קרובות, במסלולי מחלה ותפקוד "לא אופייניים". את מועד המוות, מכל מקום, לא ניתן לחזות. מה גם שהזקן הלוקה במחלה כרונית קשה דומה לאדם המהלך על פי תהום. כל מכה קלה, כמו הצטננות או שפעת, עלולה להכביד על מערכותיו השבירות ולהפילו (Lynn & Adamson, 2003). גם את איכות החיים בתקופה שלפני המוות קשה לנבא. אין לדעת אם יהיו למטופל מגבלות פיזיות ו/או מנטליות, או שמא יהיה בין ה"מאושרים" הזוכים ל"מות נשיקה", ללא סבל ומוגבלות. אי הוודאות מקשה על החלטות, כגון מתי רצוי לדבר עם הזקן על המוות ועל ההכנות לקראתו.

דילמות בטיפול הרפואי

התקדמות הרפואה אפשרה לרבים להגיע לגיל מופלג. עם זאת, הישגים אלה עוררו דילמות אתיות, במיוחד בכל הנוגע לאוכלוסיית הזקנים, שבה, לעתים קרובות, יכול הטיפול להאריך

את חיי החולה, אך לא תמיד להבטיח איכות חיים סבירה. כמו כן, באוכלוסייה זו, לא אחת החולה סובל מליקוי קוגניטיבי, ועול ההחלטה האם להאריך את חייו נופל על כתפי המשפחה או על הצוות המטפל.

כיום ניתן "להציל" ממוות גם אנשים, שאלמלא הטכנולוגיה היו מתים מוות טבעי, על פי רוב בביתם. יש נטייה למהר וליישם התערבויות מתקדמות, כמו החייאה, הנשמה מלאכותית, דיאליזה, גסטרוסטומיה וכדומה. מניסיוננו, לעתים, האפשרות לוותר על השימוש בטכניקות מתקדמות לא עולה כלל לדיון.

בחברה המערבית המודרנית, המוות הפך לאויב שנלחמים בו בתקציבי ענק, במכשור מתוחכם וברפואה הרואית. האדם המודרני נכנע לגורלו בתחושה ש"הובסנו במלחמה". אנו מתנהגים כאילו המוות הוא אפשרות ולא הדבר הבטוח היחיד בחייו של כל אדם. החברה המודרנית לא יודעת איך להתנהל מול המוות. עצם הדיבור על הנושא גורם לחרדה, אפילו בקרב אנשי רפואה (Walter, 1991).

במצבים מסוימים, במיוחד כאשר מסלול המחלה והתפקוד כרוכים במשברים חוזרים ונשנים, תוך הידרדרות הדרגתית (ראו מסלול 2 לעיל) עלול להיווצר פער בין רצון החולה לרצון המשפחה.

דוגמה:

חנה, בת 96, גרה בביתה עם מטפלת אישית. היא צלולה לחלוטין, אך זקוקה לעזרה בכל פעולות היום-יום. חנה אושפזה בבית חולים עם אי-ספיקת כליות סופנית והרופאים הציעו טיפול דיאליזה. היא סירבה, מצבה הידרדר והיא איבדה את הכרתה. בשלב זה, למרות שהביעה התנגדות לכך בטרם תאבד הכרה, החליטו שני בניה, שאין ברירה ונתנו לרופאים אור ירוק לטיפול. לאחר שלושה טיפולים התאוששה, אך היא נחושה בדעתה. היא רוצה לחזור הביתה ולהפסיק את הדיאליזה.

תופעה נוספת, שעליה הצביע טורנסטם (Tornstam, 1992), בהקשר זה, נובעת מן החשיבות היתרה המיוחסת במערב לרמת התפקוד והביצוע, היצירתיות הפרודוקטיבית והעצמאות, ומהזלזול בחולשה ובתלות. שיפוט הזקנים על פי אמות המידה של דור הביניים גורם לכך, שהזקן נתפס כאדם פחות-ערך לא רק בעיני הזולת, אלא גם בעיני עצמו. כאשר חלה ירידה בתפקודו הפיזי והקוגניטיבי, הזקן נוטה לאבד מהערכתו העצמית ולפתח חשש מלהיות נטל על המשפחה והחברה. יש זקנים שבמצב זה מעדיפים את המוות על החיים. את צדה השני של אותה מטבע מבטאים זקנים שלידם, משהשלימו את משימות החיים

ונתנו לזולת את מה שיכלו לתת, לא נותר להם אלא להעניק את מותם כמתנת פרידה לדורות הבאים (Erikson, 1997).

מחקרים שונים מראים, שמבוגרים רבים חרדים, שהארכת חייהם תגרום לקרוביהם קשיים כלכליים, נפשיים וחברתיים. הם חפצים לקבל טיפול בכאב, למנוע הארכת חיים מיותרת ולשחרר את קרוביהם (Bern-Klug, Gessert & Forbes, 2001). אך לזקנים ולמשפחות חסר, לעתים קרובות, המידע הדרוש על מנת להחליט מתי רצוי לבקש התערבות רפואית ומתי כדאי להפסיק ולאפשר מוות טבעי. מידע, הסבר וייעוץ סבלני מטעם אנשי המקצוע הכרחיים לזקן ולבני משפחתו על מנת לקבל החלטות קשות אלה.

דוגמה:

סיפורו של כתב הטיים מגאזין, ג'ו קליין (Klein, 2012), מדגים זאת היטב. בכתבתו מתאר קליין את הקשיים שבהם נתקל בטיפול בהוריו ובדורותו, תוך שהוא מתאמץ לאפשר להם מקסימום אוטונומיה במינימום סיכון. הוא מתאר כמה התקשה בניסיון לערב אנשי מקצוע, הרגילים להתמקד בהצלת חיים, בשיחה כנה ומכובדת על צורכי המטופלים. לבסוף, הוביל אותו החיפוש לרשת בתי חולים, שבה נהוגות אמות מידה אחרות בהגשת טיפול: לצד התרומה הממשית של כל סוג התערבות להארכת חיי החולה נלקחים בחשבון גם שיקולים, כגון איכות חייו, רצונו ורצון משפחתו. קליין נעזר בצוות הרפואי בקבלת מידע חיוני על מנת להגיע להחלטות שאפשרו לו לכבד את הוריו, אשר קיבלו טיפול מתאים ונפטרו ללא סבל מיותר.

מיומנות חשובה במיוחד עבור הרופאים, בהקשר זה, היא היכולת להציג עובדות רפואיות ואפשרויות טיפול באופן בהיר, רגיש וכנה. לצערנו, מיומנות זו לרוב אינה מוקנית להם במסגרת הכשרתם המקצועית, המתמקדת בהיבטים הטכניים והמדעיים של הטיפול הרפואי (Shalev, 2010).

בישראל, כמו בארצות רבות אחרות, קיימת אפשרות לתת ייפוי כוח רפואי לבני משפחה וקרובים. מדובר, כמובן, בכלי שמטרתו לסייע בתכנון טיפול רפואי לחולה, אך מבחינתנו, כאנשי מקצוע, חשוב לזכור, שניתן להשתמש בו גם כפתח לתקשורת בין הזקן והקרובים אליו בנושא המוות.

שיחות הכנה ופרידה

ואמנם המוות הוא לא רק מאורע רפואי. גורמים פסיכו-סוציאליים, רוחניים, דתיים ואישיים משפיעים, כאמור, על החיים לפני המוות ויש לשאוף לכך, שסוף החיים יעלה בקנה אחד עם דרכו האישית של הזקן. לכן, רצוי שאנשי המקצוע בצוות רב-מקצועי ייזמו, מבעוד מועד, שיחה עם החולה המבוגר בנושא המוות.

בפתח השיחה חשוב לברר עם המטופל את רצונותיו באשר לטיפול הרפואי, לשוחח עמו על ערכיו החברתיים והדתיים ולעודדו להעניק ייפוי כוח על גופו למי מקרוביו, שלדעתו הפנים את רצונותיו ומכיר את דעותיו ואת סגנון חייו, כמו גם את מצבו החברתי, הפיזי והקוגניטיבי.

לקראת סוף החיים, עם היחלשות הממד הפיזי והתפקודי בקיומו, ניתן לשפר את איכות חיי הזקן באמצעות התמקדות בממד הרגשי והרוחני ביישותו. יש לעודד את הזקן לשתף אחרים בתחושותיו, בין אם מדובר בחרדה, בעצב ובדיכאון, או בשלווה, במוכנות, במודעות ובקבלה לקראת המוות. כמו כן, חשוב להיות קשובים להיבטים רוחניים ודתיים, כגון משמעות החיים והסבל, אמונות באשר למוות ולחיים שאחרי המוות (Egan City & Labyak, 2006). יש מקום לשקול הרחבת השיחה גם לעניין סידורי הקבורה (דתית או חילונית) או אלטרנטיבות לקבורה (שרפה). בתרבויות שונות מקובל לקנות מקום קבורה שנים רבות מראש. בישראל, בהיעדר בקשות מיוחדות, ממומנות ההלוויה והקבורה על ידי המוסד לביטוח לאומי. אנשים המעוניינים להיקבר לצד בן זוגם הנפטר צריכים לשלם מראש על שמירת המקום. המעוניינים להיקבר בבית קברות ייחודי או בחלקה עם שאר בני המשפחה יכולים לעשות זאת אם הם קונים חלקה מראש. מובן, שסידורים מיוחדים מעין אלה מחייבים שהנושא יידון במשפחה באורח פתוח ומבעוד מועד (Tulsky, 2005).

הפרידה מחיים ארוכים היא תהליך חשוב, שבמסגרתו יש לזקן הזדמנות לסקור את אירועי חייו ולחשוב על מה שהוא משאיר מאחוריו. סיכום מעין זה יכול להתבצע באורח פרטי או בקבוצה, בהתאם לאישיותו ולרצונו של הזקן. ישנן משפחות האוספות חומר ולעתים מוציאות לאור ספר על תולדות חיי הסב. במקרים אחרים, צוותים מקצועיים ומתנדבים מעודדים את הזקן לספר על חייו. חשוב להתחיל את הפרידה מבעוד מועד, הרבה לפני רגע המוות, שאם לא כן הזקן עלול לא להספיק או לא להיות מסוגל, בגין מוגבלות פיזית או הכרה מעורפלת, לומר את כל אשר על ליבו. נוסף על הדרכה בנוגע לטיפול לקראת המוות, חלק מתהליך הפרידה הם גם דברי פיוס, מילות אהבה והעברת מידע חשוב להמשכיות הבין-דורית, כגון זיכרונות, רגשות ואמונות. התהליך מאפשר לכל אחד להגיד שלום ולהשאיר חלק מעצמו בעולם הזה (Byock, 2004).

עבור המשפחה, פרידה וסגירה נכונות יכולות למנוע סיכוכים בתהליך האבל. חשוב שהקרובים ירגישו שהמת קיבל את הטיפול הטוב ביותר, שהייתה חלוקה מאוזנת בנטל, שהעדפותיו ורצונותיו של המת כובדו, ושנאמרו הדברים החשובים. אירה ביוק הביע זאת כך: "בטרם יאמר 'היה שלום', על האדם להספיק לומר לפחות ארבעה דברים: 'אני מבקש את סליחתך', 'אני סולח לך', 'תודה' ו-'אני אוהב אותך'" (Byock, 2004: 3).

דוגמה:

ציפורה, בת 87, ילידת ישראל, מורה במקצועה, סבלה ממחלת כליות סופנית ונהגה להגיע לטיפול דיאליזה שלוש עד ארבע פעמים בשבוע. למרות הטיפולים, מצבה הידרדר והיא ביקשה מהרופאים להסביר לה, בנוכחות ילדיה, מה צפוי לה. לבקשת הרופא, הוזמנו לשיחה גם האחות והעובדת הסוציאלית. ציפורה הבינה היטב, שחייה לא יארכו עוד זמן רב וביקשה מאנשי הצוות להיות גלויים ככל האפשר. הילדים לא התערבו, ונתנו לאמם לנהל את השיחה. הרופא הסביר בצורה מובנת, רגישה ואמפטית, שלרפואה אין אמצעים נוספים שיוכלו לשפר את מצבה ושאין דרך לדעת עד מתי אפשר יהיה להמשיך בטיפולים הנוכחיים. ציפורה החליטה, שהיא רוצה להיפרד ממשפחתה (ילדיה, נכדיה וניניה) כל עוד היא יכולה להגיד מילות פרידה. בעזרת הצוות הסיעודי והעובדת הסוציאלית אורגן "ערב פרידה" בבית החולים. שם דיברו בני המשפחה, ציפורה הקריאה דברים שכתבה לכל אחד מהם, ולאחר מכן שרו יחד עוד זמן רב.

שיחות עם הזקן בנושא המוות: תפקיד איש המקצוע

אנשי מקצוע נפגשים עם זקנים במסגרות רבות, הן בקהילה (מרכזי יום, ביקורי בית, בתי אבות) והן במערכת הבריאות (מרפאות ראשוניות, בתי חולים, מסגרות בריאות הנפש וכדומה). בכל המסגרות הללו, על איש המקצוע לפקוח עיניים ולזהות הזדמנויות להעלות בפני הזקן את נושא המוות והמיתה. עליו להכיר את הנושא, להיות מוכן לדון בו עם המטופל, ובמידת הצורך למצוא את הדרך לאותת לו את דבר נכונותו לשיחה. עליו להיות מסוגל גם למצוא את הזמן הנכון ואת המקום המתאים, כדי לבדוק האם הזקן בשל לשוחח עמו בנושא (Lenherr, Meyer-Zehnder, Kressig et al., 2012). אם מתברר, שהזקן לא מעוניין בכך, אין ללחוץ עליו. חשוב לבדוק עם הזקן גם באיזו מידה הוא יכול להעלות את מחשבותיו

ורגשותיו בנושא בפני בני משפחתו, שהם, בדרך כלל, המטפלים העיקריים, ועד כמה הם פנויים, נפשית ורגשית, להקשיב לו.

דוגמה:

לאה, אישה בת 88 במצב גופני ונפשי מצוין, שמזה שנים מתעמלת ארבע עד חמש פעמים בשבוע. ללאה משפחה רחבה ותומכת. היא ביקשה לשוחח עם ילדיה על טיפול רפואי למקרה שתלקה במחלה קשה, כדי לומר להם שרצונה שיימנעו מלהפעיל אמצעים מלאכותיים כדי להשאירה בחיים. כוונתה הייתה להשתמש בטופס ייפוי הכוח שנמצא בבתי חולים רבים, כנקודת פתיחה לשיחה עם ילדיה. בפועל, הילדים מיהרו להצהיר, שהם מסכימים לכל בקשותיה, אבל חסמו כל אפשרות לשיחה בעניין. כחודשיים לאחר מכן היא לקתה במחלה חשוכת מרפא. איש מקצוע היה יכול להקשיב ללאה ולתווך בינה לבין ילדיה, שהתקשו לשמוע שאמם האהובה והחיונית יכולה למות. לאה ומשפחתה היו יכולים לצאת נשכרים משיחת פרידה מבעוד מועד.

מאחר שבבית החולים לאנשי הצוות אין, בדרך כלל, די זמן לפתח קשר ארוך-טווח ולבנות יחסי אמון עם המטופל (Tulsky, 2005) – תנאי הכרחי לשיחה משמעותית בנושא המוות הוא, ששיחות על רצונות ובקשות לגבי סוף החיים יתקיימו בקהילה. מה גם שהזקן, אם התאשפז בבית חולים במצב קשה, עלול לא להיות מסוגל לנהל שיחה מעין זו באורח אפקטיבי.

בבתי אבות, סוגיית המוות סבוכה באופן מיוחד. מדובר במסגרות המארחות, בהגדרה, זקנים בלבד. במקומות אלה, נוכחותו המתמדת של המוות ומיעוטם של ילדים ואנשים צעירים מכבידים על הדיירים. במחקר שבו שוחחו החוקרים עם דיירים במספר מסגרות, כגון בתי אבות ובתי דיור מוגן (Davis-Berman, 2011), הביעו הזקנים קבלה של המוות, אך ציינו גם קושי הנובע מן האבדנים הרבים והתזכורות התכופות כל כך לקיומו במסגרת שבה הם חיים.

יש בתי אבות/בתי דיור מוגן שאינם מאפשרים תליית מודעות אבל במוסד. עם זאת, מאוד מקובל שבני המשפחה יושבים 'שבעה' בחדרו או בדירתו של הנפטר, ורבים מן הדיירים מעוניינים לבוא ולנחם את בני המשפחה האבלים. עבור הדייר, ההלוויה וה'שבעה' מהווים הזדמנות לסיים מערכת יחסים בצורה טובה, להיפרד בצורה מכובדת משכן או מחבר, לתת ביטוי לאבלו על הנפטר ולשתף את הקרובים האבלים במשמעות הנפטר עבורו. בהקשר

זה, ייתכן גם שהשכן הזקן, האבל על חברו, יעלה בדעתו משאלה שלכשיגיע זמנו יזכרו גם אותו במקום מגוריו האחרון. מבחינת אנשי הצוות, מוות של דייר/שכן, או של חבר במועדון או במרכז יום יכול לספק הזדמנות להעלות את הנושא בשיחות עם המטופלים המעוניינים בכך. כפי שעולה ממחקרה של דוויס-ברמן (Davis-Berman, 2011), לעתים קרובות, דיירים בבתי אבות משתוקקים לחלוק את מחשבותיהם עם אחרים בכלל, ועם אנשי מקצוע בפרט.

תקשורת אפקטיבית בין הזקן, משפחתו והצוות המטפל

מטופלים ובני משפחה מייחסים חשיבות רבה למיומנויות התקשורת של אנשי הצוות, ליכולתם להקשיב, לעודד שאלות, לדבר בכנות על המוות ולדעת מתי המטופל מוכן לדבר על הנושא. למרבה הצער, לא תמיד אנשי המקצוע פנויים לכך, שכן לעתים קרובות הם טרודים בסוגיות הקשורות בטיפול הרפואי עצמו.

דוגמה:

את אווה, בת ה-86, פגשנו במחלקה הפנימית, מטפלת בבעלה, בן ה-95, שנדרש לטיפול סיעודי ולקה בתפקוד קוגניטיבי ירוד. אווה ביקשה לראות עובדת סוציאלית באופן דחוף, לא כדי לדבר על הטיפול בבעלה, אלא כדי לשוחח על רצונותיה לגבי מותה-היא. העובדת הסוציאלית הצעירה שהגיעה לא הבינה זאת, סידרה את כל הדרוש בשביל הבעל והופתעה, ואף נפגעה, כאשר אווה ביקשה לדבר עם האחראית עליה. האחראית, עובדת סוציאלית מומחית בתחום הגריאטריה, שאלה את אווה במה היא רוצה עזרה, ואווה הבהירה שברצונה לתרום את גופתה למדע. בשיחות התברר, שמזה זמן אווה מנסה להעלות את נושא המוות שלה בפני בני משפחתה ואנשי מקצוע שונים, ללא הצלחה, שכן אלה רואים בה את המטפלת העיקרית בבן זוגה. העובדת הסוציאלית האחראית עזרה לאווה למלא את הטפסים הנחוצים לתרומת גופתה אחרי המוות, תיווכה בינה לבין בני משפחתה בנרון, וסייעה להם להשלים את ההליך. במכתב מרגש, אווה הודתה לעובדת הסוציאלית, שלדבריה אפשרה לה להגשים את "משאלתה החשובה ביותר."

המודל הרב-מקצועי יש בו כדי לפתור בעיה זו ולאפשר לצוות לספק לחולה ולזקן טיפול כולל. המדובר בשיתוף פעולה, בתיאום מלא ובהפריה הדדית במתן טיפול, על

היבטיו השונים, על ידי צוות רב-מקצועי (רופאים, אחים, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים, פיזיותרפיסטים, מטפלים אישיים, מטפלים בעיסוק, מטפלים באמנות ובמוזיקה), שבו כל איש מקצוע תורם את תרומתו הייחודית מנקודת המבט של תחום המומחיות שלו.

בשיחה על מוות עולות סוגיות רגשיות, אתיות ומעשיות, שאיש צוות בודד מתקשה לתת עליהן מענה, במיוחד אם מדובר בשיחה שבה שותפים בני המשפחה של הזקן. לכן, מומלץ, שצוות רב-מקצועי יזמין את המטופל ואת בני המשפחה לשיחה מתוכננת מראש. בחירת מקום שקט, בטוח ונעים להיפגש בו עם הזקן ו/או משפחתו היא תנאי הכרחי להצלחת השיחה. על הצוות להתכונן היטב לשיחה על בסיס הערכה ביו-פסיכו-סוציאלית של המטופל, לבחון את הקשרים הבין-אישיים בתוך המשפחה, את ההיבטים הדתיים, הרוחניים, החברתיים והפסיכולוגיים בעבר ובהווה, ולהיות מוכנים להתמודד עם ביטויי רגש עזים, שמטבע הדברים עולים במצבי משבר. לקראת השיחה, מומלץ שהצוות יקיים מפגש הכנה פנימי, כדי לדרון בתוצאות ההערכה, לבנות תכנית טיפול, לתאם מסרים ולהחליט מי מאנשי הצוות ישתתף במפגש עם המשפחה (קשר משמעותי עם הזקן הוא שיקול חשוב לעניין זה). בשיחה עצמה, תפקיד הצוות לסייע לכל הנוכחים להבין ולהפנים את המידע שנמסר ואת השלכותיו. במקרים רבים, במיוחד במשפחות שבהן קיימות בעיות תקשורת או תמיכה הדרת מועטה, יש להמשיך וללוות את הזקן ומשפחתו. בדרך כלל, אחד מאנשי הצוות לוקח על עצמו את המעקב אחר המטופל, כשהוא מגובה באנשי הצוות האחרים.

על אנשי המקצוע לבדוק גם את עצמם, את דעותיהם ואת רגשותיהם בטרם ינסו להתמודד עם עמדותיהם ותחושותיהם של המטופלים. עליהם לדעת לזהות את רגשותיהם כלפי המוות וכלפי אבדניהם האישיים, ולהתמודד איתם, כך שיהיו פנויים להאזין ולשוחח על סוגיות אלו דרך השקפת העולם של המטופל. המוות הוא, כאמור, הבנייה המושפעת מניסיון חיים, ממערכות יחסים ומרגשות. הוא אינטימי וייחודי. אנשי מקצוע, המתקשים להתמודד עם הנושא, עלולים להעביר את רגשותיהם וחששותיהם אל המטופל. שיחה כנה דורשת פתיחות ויכולת האזנה עמוקה, ללא שיפוט. נקודת המוצא של הטיפול היא הניסיון הסובייקטיבי של המטופל (Butler et al., 1998).

יש בנמצא מגוון רחב של כלים, העשויים לסייע בניהול שיח פורה בסוגיות השונות הנוגעות למוות – טיפול רפואי והיבטים רגשיים. ב-1997 הציג הארגון האמריקני Aging with Dignity מסמך מסוג זה בשם "חמש משאלות" (Aging with Dignity, 2012). מדובר בשאלון מפורט, שמטרתו להוות מעין צוואה (בעלת תוקף חוקי בארצות הברית) לקראת מוות טוב. המסמך תורגם לעברית, ניתן להורידו מאתר האינטרנט של הארגון, ועל אף שנימתו זרה למדי לאופי הישראלי ניתן להסתייע בו בהצלחה כדי להעלות את סוגיית המוות מבעוד מועד ולנהל שיחה מקיפה בנושא. לאנשי מקצוע, מסמך מסוג זה יכול לתת

כיוון לגבי הנושאים שחשוב לכלול בשיחות על מוות עם זקנים וכיצד להעלותם. זאת ועוד, אנשי מקצוע, שימלאו את השאלון, ייטיבו להבהיר לעצמם את דעותיהם, חסמיהם והתלבטויותיהם שלהם בנושא.

בתחום התנטולוגיה, העוסק בהיבטים הסוציאליים והפסיכולוגיים של המוות, יש צורך להכשיר כמה שיותר אנשי צוות הבאים במגע עם זקנים במסגרת עבודתם. דיונים, סדנאות והדרכה אישית וקבוצתית, שבמסגרתם המשתתפים מעבדים את משמעות המוות עבורם ואת תגובותיהם הרגשיות בעקבות שיחות עם מטופלים, עשויים לסייע לאנשי מקצוע לפתח את הכישורים הנחוצים לנהל שיחות על סוף החיים, על פרידה ועל מוות. ההכשרה בקבוצה עשויה להיות יעילה אף יותר כאשר המשתתפים הם בעלי מקצוע מענפים שונים, המסוגלים להעשיר את הדיון איש איש בהיבטים הייחודיים למקצועו.

לדבר על המוות – קווים מנחים

הדיבור על מוות מקרב את הנושא לתודעת המציאות של הזקן ועוזר לו להתגבר על הטאבו, אך הוא דורש מאיש המקצוע מיומנויות תקשורת טובות, יכולת לפתוח בדיון ולהקשיב לזקן.

להלן קווים מנחים לאנשי מקצוע המתמודדים עם הצורך לדבר על המוות עם זקנים. הדברים מובאים כאן כמודל סכמטי בן חמישה שלבים, מעין תפריט, במובן זה שלא כל פריט במודל יתאים לכל זקן. מטרת השיחה היא לדווח את הזקן לדון בנושא מותו-הוא, כדי לעזור לו להתמודד עם פחדיו ועם סוגיות העלולות לגרום לבעיות בהווה או בעתיד, לסייע בניהול השיחה ולא לאסוף מידע.

1. **צרו מערכת יחסים תומכת, המושתתת על אמון הדדי בסביבה מחזיקה.**
חשוב לשמור על קשר עין, ולדבר אל הזקן כשווה אל שווה, מבלי לשפוט אותו.

2. **בחרו את הרגע המתאים.**

אירועים חשובים בחייו של אדם, כגון אבל, סופה של מערכת יחסים אינטימית, ימי הולדת עגולים, או מחלה קשה, עשויים לפתוח פתח לשיחה על המוות. יש לבחור את הרגע המתאים, משהוברר שהזקן מוכן ורוצה לשתף את איש הצוות ברגשותיו ובמחשבותיו ואינו נרגש יתר על המידה. יש לשוחח בעדינות, לא למהר, לתת לזקן לקבוע את קצב התקדמות השיחה. היחס למוות כאל דבר רגיל וטבעי וההתמקדות במציאות (כאן ועכשיו) יש בהם כדי לסלול

את הדרך להתמודדות חיובית ובונה עם המוות ועם חרדת המוות. מדובר בתהליך מתמשך, המתחיל, אך לא נגמר, בשיחה הראשונה.

3. קיימו הערכה.

מטרת ההערכה לסייע בידי איש המקצוע לנהל שיחות אפקטיביות, להבין עם מי אנו מדברים? מה אופיו של האדם הזקן? האם יש לו משפחה והאם מדובר במשפחה תומכת? האם יש לו מערכות יחסים אינטימיות אחרות? אילו מחוויות העבר שלו עשויות להשפיע על מצבו הנוכחי? האם חווה אבדנים טראומטיים, העלולים להשפיע על רגשותיו והתנהגותו לנוכח המוות? האם הצליח במשימות החיים? האם הוא עסוק בעצמו או דואג לזולת? כיצד הוא רואה את הקשר בין העבר, ההווה והעתיד? האם מדובר באדם, שתשומת ליבו ממוקדת בפעילות או באדם הנוטה להרהר, או לצלול אל המראות, הצלילים והרגשות של העבר ושל ההווה? מה יכולתו הקוגניטיבית והאינטלקטואלית? מה עמדותיו בנוגע לדת? האם הוא מאמין בעולם הבא או סבור שעם מותו יחדל להתקיים? מהן תחושותיו לגבי המוות הקרב? האם הוא חושש מפניו או משלים עמו? האם הוא חש שלא מיצה את חייו או חש סיפוק על שהטביע את חותמו על הדורות הבאים? טוב להיות ישירים ולהאזין לתשובות בתשומת-לב מבלי להתווכח.

4. הכינו יחד תכנית עבודה להתמודדות משותפת עם הסוגיות הנוגעות למוות ועיבודן. בין הנושאים העשויים לעלות בשיחות אלה: הנחיות מקדימות, רצונות בדבר טיפול בסוף החיים ופרידה. לעתים קרובות, די להקשיב ולהתייחס בטבעיות. איש המקצוע והזקן עובדים יחד, תוך שימת דגש על אוטונומיה והעצמה.

לזקנים שחרדתם נובעת מתחושת ריקנות, כאילו לא תרמו בחייהם דבר, ניתן לסייע במתן פרספקטיבה והבנה, שכל אדם משפיע על הזולת בדרכים רבות ויוצר סביבו מעגלי השפעה העשויים לתרום לאחרים גם דורות אחרי מותו. זאת, גם אם אינו בהכרח מודע לכך, וגם אם לא ייזכר בשמו או בזוהתו בשל כך (למשל, בכך שלימד משהו דבר מה, בהבעת רעיון או תובנה שמישהו אימץ לעצמו ואולי אף העביר הלאה, או בעזרה לאדם שבתורו תמך באדם אחר). אירוויין יאלום מכנה מעגלי השפעה אלה בשם "אדוות" (יאלום, 2009).

5. סייעו לזקן לערב אחרים ולהמשיך בתהליך, בהתאם לצורך.

הדבר עשוי להיות כרוך ביצירת קשר עם בני משפחה וחברים. מפגשים על סוף החיים בהשתתפות הזקן ובני משפחתו, או הכנת חומר עבור הדורות הבאים הם צעדים שעשויים לעזור בשלב זה.

דוגמה:

ראובן, בן 95, היה בעבר מרצה בכיר בפקולטה לחינוך באוניברסיטה. לפני שנים רבות, לאחר שהתאלמן, עבר לגור בדירור מוגן, אך נשאר פעיל בתחומים רבים עד שלקה במחלת לב קשה, שהגבילה מאוד את ניידותו. זמן מה לאחר מכן נפטר בנו הבכור באופן פתאומי.

ראובן שומר על קשר רצוף עם הרופא המטפל בדירור המוגן, אך הרופא מעולם לא יזם עמו שיחות על המוות, לא אחרי שחלה ולא לאחר מות בנו. האחות, אתי, מכירה את ראובן מאז כניסתו לדירור המוגן. הקשר האישי בין השניים טוב והם מכבדים זה את זה. היא לקחה על עצמה ליזום עמו שיחה על המוות ועל סוף החיים, ושאלה אותו איך הוא מרגיש כאב ששכל בן (גם אם מדובר בכך בשנות השבעים לחייו). ראובן היה אסיר תודה. לדבריו: "אין לי עם מי לדבר על איך אני מרגיש, כי כולם עסוקים באבדן שלהם ולא מתפנים להבין שבשבילי זה אסון". לבקשתו של ראובן, קיימו השניים שיחות רבות על החיים ועל המוות, על הקושי להגיע לגיל כה מופלג, כאשר האדם הופך להיות אסיר בחדרו בגלל בעיות בריאות, על תחושתו שאין טעם להמשיך לחיות אם לא יוכל להשפיע על הנעשה בסביבה ובמשפחה. אתי הבינה, שעבור ראובן, מספיק שתהיה אוזן קשבת ותכיל את רגשותיו וכאביו. את עניין ההנחיות המקדימות העלה ראובן עצמו, ובעזרתה של האחות מילא את הטופס לייפוי כוח רפואי. לאחר מכן, אתי יזמה שיחה עם הרופא המטפל, שהסכים ברצון לכבד את כל הנחיותיו של ראובן לגבי הטיפול במחלתו בעתיד. ראובן ביקש מאתי גם לתווך בינו לבין בני המשפחה, על מנת לאפשר לו להיפרד מהם ולכתוב לכל אחד כמה משפטים. בעקבות המפגשים הללו, הנכדים הבינו, שלסבא שלהם צורך גדול לשמור על הקשר עמם והחלו לבקר אצלו לעתים קרובות יותר.

כעבור כשנה חלה הידרדרות נוספת במצבו של ראובן. בהתאם לבקשתו, לא אושפז בבית חולים, אלא עבר למחלקה סיעודית, קיבל טיפול שמרני ונפטר כעבור זמן מה מפויס ושלם עם עצמו.

סיכום

בעידן הרפואה המודרנית ו"המוות הבלתי נראה", נתפס המוות כאויב והדבר מקשה על הזקנים ועל בני משפחותיהם להתמודד עם המוות הקרב וליצור תנאים למוות מתאים. הן הספרות המקצועית והן הניסיון המקצועי מלמדים, שזקנים רבים מחפשים דרך לשתף אחרים במחשבותיהם וברגשותיהם בנושא. כאנשי מקצוע וכזוות רב-מקצועי, נוכל להקל עליהם אם נעודד אותם בעדינות לשוחח על המוות, נגשר בין הזקן למשפחה, נסייע בהבהרת מידע רלוונטי (כגון מידע רפואי ואדמיניסטרטיבי), בליבון סוגיות הנוגעות לסוף החיים (רצונותיו של הזקן וכדומה) ובפתרון דילמות. איש המקצוע, העובד עם זקנים, צריך לאותת למטופל שהוא מוכן ומסוגל להיות שותף, להקשיב ולהכיל. אך על מנת להצליח בכך, עליו להקדים ולהכשיר את עצמו, הן ברמה המקצועית והן ברמה האישית.

מקורות

- בנטור, ג., רוניצקי, ש. ושנור, י. (2005). שירותים פליאטיביים ושירותי הוספיס בישראל: תמונת מצב. ירושלים: אשל מאיירס-ג'וינט ישראל, מכון ברוקדייל.
- ברודסקי, ג., שנור, י. ובאר, ש. (2011). קשישים בישראל: שנתון סטטיסטי (מס' 14). ירושלים: משאב.
- ברוך, י. (2007). סקירה על הספר *Is it too late? Key papers on psychoanalysis and ageing*. מאת G. Junkers. שיחות, כ"א, 3, 353.
- דורון, י. (עורך). (2006). בבית ולא במוסד: על הזכות למות בבית. ירושלים: אשל מאיירס-ג'וינט ישראל.
- יאלום א. (2009). להביט בשמש. אור יהודה: הוצאת כנרת, זמורה-ביתן, דביר.
- קריב, י. (1978). אל שורשי יהדות. ירושלים: מוסד הרב קוק.
- שבתאי, י. (1984). סוף דבר. תל אביב: הקיבוץ המאוחד.

Aging with dignity. (2012). *Five wishes*. Retrieved on Jan. 20, 2012 from http://www.agingwithdignity.org/catalog/nonprintpdf/Hebrew_FW_RO.pdf

Aries, P. (1981). *The hour of our death*. New York: Knopf.

- Bern-Klug, M., Gessert, C. & Forbes, S. (2001). The need to revise assumptions about the end of life: Implications for social work practice. *Health & Social Work*, 26, 38-47.
- Butler, R., Lewis M. & Sunderland, T. (1998). *Aging and mental health: Positive psychosocial and biomedical approaches* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Byock, I. (2004). *The four things that matter most: A book about living*. New York: Free Press.
- Corbett, L. (2012). Successful aging: Some Jungian contributions to development in later life. In: M.E. Carbine & L. Sawin (Eds.), *Symposium of the Jung Society of Washington* (pp. 10-14). Washington DC: Jung Society of Washington. Retrieved Jan, 20, 2013 from <http://www.jung.org/FIN%20PROC%20LOC%20JUNE%202012.pdf>
- Davis-Berman, J. (2011). Conversations about death: Talking to residents in independent, assisted, and long-term care settings. *Journal of Applied Gerontology*, 30, 353-369.
- Egan City, K. & Labyak, M.J. (2010). Hospice palliative care for the 21st century: A model for end-of-life care. In: B. Ferrell & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2nd ed.) (pp.13-52). New York: Oxford University Press.
- Erikson, E. (1986). *Childhood and society*. New York, London: WW Norton & Company.
- Erikson, E. & Erikson J. (1997). *The life cycle completed*. New York: WW Norton & Company.
- Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J., Newman, A.B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Russel, T., Kop, W.J., Burke, G. & McBurnie, M.A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology: Biological Sciences*, 56, 146-156.
- Fulton, R. (1965). *Death, grief and mourning in contemporary Britain*. London: Cresset.
- Gorer, G. (1965). *Death, grief and mourning in contemporary Britain*. London: Cresset.
- Klein, J. (2012). The long goodbye. *Time Magazine*. Retrieved Jan. 20, 2013 from <http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,2116137,00.html#ixzz2DWZ2fsxw%C2%A7>

- Leichtentritt, R.D. & Rettig, K.D. (2000). The good death: Reaching an inductive understanding. *Omega (Westport)*, 41, 221-224.
- Lenherr, G., Meyer-Zender, B., Kressig, R. & Reiter-Theil, S. (2012). To speak, or not to speak: Do clinicians speak about dying and death with geriatric patients at the end of life? *Swiss Medical Weekly*, 142:w13563
- Lloyd-Williams, M., Kennedy, V., Sixsmith, A. & Sixsmith, J. (2007). The end of life: A qualitative study of the perceptions of people over the age of 80 on issues surrounding death and dying. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34, 60-66.
- Lynn J. & Adamson D. (2003). *Living well at the end of life: White Paper*. Santa Monica, CA: Rand.
- Murray, S., Kendall, M., Boyd, K. & Sheikh, A. (2005). Illness trajectories and palliative care. *BMJ*, 330, 1007-1011.
- Rinpoche, S. (2002). *The Tibetan book of living and dying*. London: Rider.
- Schroots, J.J. (1996). Theoretical developments in the psychology of aging. *The Gerontologist*, 36 (6), 742-748
- Shalev, C. (2010). Reclaiming the patient's voice and spirit in dying: An insight from Israel. *Bioethics*, 24, 134-144.
- Silverman, P. (2004). Dying and bereavement in historical perspective. In: J. Berzoff & P. Silverman (Eds.), *Living with dying* (pp. 128-149). New York: Columbia University Press.
- Steinhauser, K., Clipp, E., McNeilly, M., Christakis, N., McIntyre, L. & Tulsky, J. (2000). In search of a good death: Observations of patients, families and providers. *Annals of Internal Medicine*, 132, 825-32.
- Sutton, E. & Coast, J. (2007). Older people's preferences at the end-of-life: A review of the literature. In: K. Woodthorpe (Ed.), *Layers of dying and death: Papers presented at the 4th Global Conference of Dying and Death* (pp. 157-175) Oxford, UK: Interdisciplinary Press.
- Tornstam, L. (1992). The quo vadis of gerontology: On the gerontological research paradigm. *The Gerontologist*, 32, 318-326.
- Tornstam, L. (2005). *Gerotranscendence: A developmental theory of positive aging*. New York: Springer Publishing Company.

- Tulsky, J. (2005). Beyond advance directives: Importance of communication skills at the end of life. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 294, 359-365.
- Vig, E.K., Davenport, N.A. & Pearlman, R.A. (2002). Good deaths, bad deaths, and preferences for the end of life: A qualitative study of geriatric outpatients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 1541-1548.
- Walter, T. (1991). Modern death: Taboo or not taboo? *Sociology*, 25, 293-310.
- Weisman, A. (1972). *On dying and denying: A psychiatric study of terminality*. New York: Behavioral Publications.

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.