

סיפורים שסיפרו לי מטופליי

התמודדות מעשית עם שאלות, לבטים
ומצבים גופניים בגיל ההזדקנות

ד"ר אפרים יאול



סיפורים

שסיפרו לי מטופליי

התמודדות מעשית עם שאלות, לבטים
ומצבים גופניים בגיל ההזדקנות

ד"ר אפרים יאול

My Patients' Stories

A Practical View at the Fears and Physical Conditions of Growing Old

Efraim Jaul M.D, M.P.H

הוועדה להוצאה לאור:

פרופ' חוה גולנדר, יו"ר
שמואל באר
ד"ר טובה בנד-וינטרשטיין
פרופ' יצחק בריק
חיה דימנט
פאני יוז
בן ציון כרם
שרית רבינוביץ
פרופ' ארנולד רוזין
ורה שלום
מרים שמלצר
טוביה מנדלסון, מרכז

עריכה:

יאיר מצפה

עצוב והדפסה:

ארט פלוס

תיאום ומזכירות:

סימונה דוד

ניהול הוצאה לאור:

טוביה מנדלסון

978-965-7073-61-2 ISBN

מק"ט 212840

הודפס בירושלים 2012, תשע"ב

© כל הזכויות שמורות לאשל

האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל

מיסודה של הג'וינט וממשלת ישראל

www.eshelnet.org.il

הספר מוקדש



למטופליי ולבני משפחתם,

שעליהם אני יכול להעיד כי מכל מלמדיו השכלתי



פתח דבר ... 7

הקדמה ... 9

חלק ראשון: המבוגר הבריא

הפיזיולוגיה – שינויים תלויי גיל ... 11

תפקוד, שיקום ואיכות חיים ... 21

פעילות מונעת ובדיקות תקופתיות ... 33

תזונה ... 44

פעילות גופנית ... 55

נטילת תרופות – מצב שבין הפטיש לסדן ... 62

ניתוחים והחלטות על ביצועם ... 73

חלק שני: היבטים רפואיים חברתיים

הנהג המבוגר ... 81

התאמת הבית לצרכים המשתנים ... 88

הפרישה מהעבודה – להתמודד עם השינוי ... 99

בן הזוג שנשאר לבד – האלמן והאלמנה ... 107

הבדידות – לא טוב היות האדם לבדו ... 114

התעללות, ניצול והזנחה ... 121

חלק שלישי: היבטים רפואיים נפשיים

כשהזיכרון בוגד – האם זה אלצהיימר או מצב של סטרס? ... 128

אלצהיימר וסימניו המקדימים ... 137

מצב בלבול חריף – כשהמוח מאותת: 'אל תשגעו אותי' ... 149

דיכאון ... 157

הפרעות שינה ... 165

חלק רביעי: היבטים רפואיים גופניים

- גיל המעבר אצל הגבר והאישה ותפקוד מיני ... 174
- פרוסטטה מוגדלת – הבלוטה בצומת השולט ... 188
- אוסטיאופורוזיס – אובדן מסת העצם ... 194
- שינויים בפרקים – הכאב הבלתי נסבל ... 202
- נפילות – גזירה משמים או מקרים שניתן למנוע? ... 211
- סחרחורות והתעלפויות ... 222
- כאב ... 231
- עצירות ... 236
- הירידה בשמיעה ובראייה ... 242

נספחים

- מילון מושגים ... 252
- רשימת מקורות ... 259

במהלך העשור האחרון, הפיקה אשל והוציאה לאור מספר רב של ספרים, סרטים ופרסומים אחרים, העוסקים בתהליך ההזדקנות ובזקנה. הפרסומים מיועדים לקהלי יעד מגוונים, בכלל זה לאנשי אקדמיה ולמומחים במקצועות הזקנה, לסטודנטים ולתלמידים, לאנשי מקצוע, למטפלים, לעובדים סוציאליים, למנהלים ולעובדי שטח וכמובן – לציבור הזקנים עצמם ולבני משפחתם.

כמעט בכל ספר שהצבנו על מדף הספרים מוצג נושא או גישה חדשה לאחד ההיבטים העוסקים בזיקנה ובהזדקנות.

בספר "סיפורים שסיפרו לי מטופלי" – התמודדות מעשית עם שאלות, לבטים ומצבים גופניים בגיל ההזדקנות יש גם כן משום חידוש. לראשונה, אנו עוסקים בזקנה מנקודת המבט של המטופלים המבוגרים עצמם.

סיפוריהם של הזקנים, השאלות המעסיקות אותם, הפחדים והחרדות, אי־הוודאויות לגבי מצבים גופניים ונפשיים, ספקותיהם ביחס לאמצעי הטיפול בבעיות שהם מעלים הם האמצעי להציג בפני ציבור רחב של קוראים את הנושאים הגדולים והקטנים הקרובים ללבם ולגילם: מהם השינויים תלויי הגיל הצפויים, וכיצד ניתן לדחותם ולעקפם? באילו כלים נמדוד תפקוד, ומדוע אבחון התפקוד חשוב לעתים יותר מאבחון המחלה? אילו בדיקות תקופתיות יש לבצע ואילו פעילויות מונעות לנקוט? האם ניתן למנוע מחלות בגיל המתקדם או שמא כבר מאוחר? מהי חשיבות המצב התזונתי בגיל זה? מדוע כל כך חשובה פעילות גופנית בגיל המתקדם? אלה הן דוגמאות בודדות מהנושאים הבסיסיים והחשובים שהספר מטפל בהם.

התלונות, המצוקות, הבעיות, החששות ואפילו המכאובים של עשרות מטופלים, הפכו בידי ד"ר אפרים יאול, מנהל המחלקה הסיעודית המורכבת בבית החולים הרצוג בירושלים, לחומר לימוד מרתק וחשוב. בשפה בהירה, מובנת, סיפורית ועניינית הופך המחבר את מטופליו למוריו ולמדריכיו. את מה שלמד ממטופליו הרבים חולק המחבר עם קוראיו. לכן, ייחודו של הספר הוא בכך שיש בו התבוננות שונה על בעיות אופייניות לזקנה, "התבוננות יידותית, פחות מאיימת, מרוככת ומפויסת", כפי שמדגיש המחבר בהקדמה שכתב.

הספר יוצר נדבך נוסף במאמץ של אשל ושותפיה לפעול ולקדם את העשייה למען הזקנים בישראל, לחזק את הדימוי שלהם, לאתר וליצור כלים ואמצעים לשיפור איכות הטיפול בזקנים, ובכך לתרום באופן ישיר לאיכות חייהם.

פרופ' **יצחק בריק**
מנכ"ל אשל



בחיים אנו עומדים בפני אינספור מצבים גופניים, חברתיים ונפשיים הדורשים קבלת החלטות שחלקן תלויות בגיל ובמצב הרפואי. בספר זה יובאו סיפורים שאינם בהכרח קשורים למחלות, אלא יתארו תלונות ומצבים נורמטיביים, תקינים, מחיי האדם המבוגר.

תוחלת החיים הארוכה שהתברכנו בה חושפת אותנו ואת יקירינו פעמים רבות למצבים הדורשים קבלת החלטות. השינויים הפיזיולוגיים הקשורים לגיל מתרחשים באופן איטי מבלי שאנו מודעים להם, ואולי טוב שכך, אך אנו חשים בהם כשהם מגיעים לסף שממנו מופיעים כאבים, אינוחות ותלונות, או כשהמחלה הסתבכה וכבר אין דרך לרפאה.

אני מספר על מטופליי כפי ששמעתי מהם, מילדיהם ומבני זוגם. העליתי הכול על הכתב; את התסמינים, התלונות הקליניות, את מחשבותי, בדיקותי, ואת האבחנות והטיפולים שהצעתי. אני מציג בפני הקורא מידע רפואי רלוונטי על ידי כך שאני מספר אירועים ומקרים שקרו לי עם מטופלים רבים בהם טיפלתי, תוך שמירה על חסיון המידע הרפואי, כמובן.

בסיפורים ניסיתי לתת ביטוי גם לקשיים רגשיים כמו חששות, פחדים ותחושות של איום שקיימות אצל כולנו. לעתים אנו מתמודדים עם אירועים מביכים, לא נעימים שאיננו רוצים לחלוק עם אחרים, בשעה שאנו קוראים על סימפטומים או בעיות רפואיות הדומות לשלנו, ואנו מגלים שיש אנשים נוספים הנמצאים במצב דומה, אנו חשים שאין אנו לבד, ותחושתנו משתפרת מעט.

כרופא גריאטרי עליי לגלות אופטימיות מול הפסימיות היכולה לבוא מצד משפחה, וכמובן מצדו של החולה. מטרת הספר היא לשפוך אור על התהליכים הפיזיולוגיים והפתולוגיים שמתרחשים בגיל המבוגר. מה המשמעויות של המצבים הרפואיים והתלונות הנלוות אליהן? מהן ההתלבטויות של הרופא? מהי מדיניות הטיפול? מהו הניסיון של אחרים? הספר מאפשר הסתכלות מזווית ראייה מיוחדת ואחרת, ומקנה ידע והבנה של תהליכים שכיחים בקרב בני הגיל השלישי. אני מקווה שהספר אף יסייע במניעת בעיות ותופעות העלולות להופיע. נוסף על כך, הספר מאפשר התבוננות שונה על בעיות אופייניות לגיל המבוגר, התבוננות ידידותית, פחות מאיימת, מרוככת ומפויסת.

גם אני מתקרב לגיל שבו עליי לעבור תהליכים אלו. גם אני צריך ללמוד להתמודד עם המציאות המשתנה. אני חש בצורך לשנות דפוסים מחשבתיים ותפיסות עולם שעליהם חונכתי וחייתי על פיהם.

הכתיבה של ספר זה, בדומה לספרי הקודם 'הזקן הסיעודי', עימתי אותי עם היותי בן של הורים מזדקנים וחולים, ובו בזמן רופא שמטפל בבעיות המיוחדות שלהם. המתח הכרוך במצבי האישי ובמעמד המקצועי נותן את אותותיו, וכך יוצא שבחלק מהסיפורים משולבים אירועים אישיים שחווייתי עם הוריי ואף עם עצמי.

את ניסיוני כרופא משפחה רכשתי במרפאה שכונתית בירושלים. אהבתי את מטופליי והתחברתי למבוגרים שבהם. הקשר עם האוכלוסייה המבוגרת משך אותי. מהם למדתי את כל מה שלא כתוב בספרים, את נבכי האדם, נפשו המורכבת וגופו המבטא את המצוקות והבעיות.

תודתי נתונה לידידי דן בנוביץ על עזרתו ועצותיו הטובות במהלך הכתיבה של הספר.

אפרים יאול

חלק ראשון: המבוגר הבריא

הפיזיולוגיה - שינויים גיל

בפרק זה אתייחס לאדם המבוגר הבריא. בריא, אך עם שינויים תלויי גיל הנקראים שינויים פיזיולוגיים. מאפיין בולט שלהם הוא שהגיל והזמן הם שני הגורמים הממלאים את התפקיד החשוב ביותר ולא המחלה. ככל שאנו מתבגרים כך הולכים וחלים בגופנו שינויים. חלקם קשורים ישירות לגיל ההולך ומתקדם. הם אוניברסליים ובלתי נמנעים וקורים אצל כל אדם בגיל המבוגר. השינויים הללו מתרחשים בקצב שאינו אחיד ומשתנים מאדם לאדם. חשיבותם היא בכך שהם אלו שמבדילים בין הגיל הכרונולוגי (השנתון) ובין הגיל הביולוגי של הפרט.

חשוב לזהותם ולהיות מודעים אליהם כי ניתן לדחותם, למונעם או לעקוף אותם. אפשר גם להסתגל אליהם ולהתאים את המשך פעילותנו על אף התמורות החלות בגופנו בגללם.

■ אביא מספר סיפורים המבהירים תהליכים המתחוללים בגופנו, באמצעותם נבחן מה ניתן לעשות, וכיצד להסתגל לאותם שינויים.

חמותי הבריא

יום אחד נתבקשתי להתראיין ברדיו על הזקן הבריא. חמותי שמעה על כך ושאלה "האם יש דבר כזה אדם מבוגר בריא? האם אין סתירה במה שאתה אומר?". "לא", עניתי, "אין סתירה, יש דבר כזה!" אמרתי והצבעתי עליה. "את הדוגמה שלי, את בת 78 ומגיעה אלינו מביתך שבגליל לבקרנו בירושלים שלוש פעמים בשנה ובביקורייך... אני עולה במשקל". חמותי הביטה בי בספקנות, "אני בריאה?" אמרה בתמיהה, "הרי אתה יודע שיש לי...". וכאן החלה למנות רשימת אבחנות ארוכה מלווה בתלונות על מספר מערכות בגוף: הלב, הריאות, העצמות, הפרקים, הראייה, העצבים, שיווי המשקל והשינה. "נכון", עניתי לה, "כל מה שאמרת אלו הם שינויים הנובעים ממשך הזמן ומהגיל. **אלה לא מחלות אלא שינויים תלויי גיל.** התוצאה הסופית היא היכולת לבצע את המטלות שאנו מציבים לעצמנו. כמו שאת מגיעה לירושלים לאחר שעלית לבדך לאוטובוס ונסעת בו שלוש שעות, ירדת בתחנה המרכזית, עלית על מונית, הגעת לביתנו ועלית במדרגות שתי

קומות בלי להיעצר, הגעת למטבח והתחלת להכין את תבשילי המטבח ההונגרי שמהם אני עולה במשקל..."

משל האבן – אבן הנגף, אירועי דחק

זה סיפור על אבן הנמצאת במסלול החיים של כל אחד מאתנו ובמהלך החיים אנו נתקלים בה.

כילדים, אנו חולפים מעליה בריצה קלה, מידי פעם אנו נופלים ומתגלגלים על הראש או על האגן, קמים ומתייצבים, מביטים לכל עבר, מחייכים וממשיכים הלאה בריצה.

כמבוגרים, אנו בוחנים וקולטים אותה בזמן, מנסים להזיזה, אך היא נשארת תקועה במסלול חיינו למרות שאנו משתדלים לעקוף אותה. קורה לעתים שאנו לא מרוכזים ולא שמים לב (למשל כשאנו מדברים בטלפון נייד) ואז נתקלים בה, מאבדים את שיווי המשקל לחלקיק השנייה, אך מיד מתאוששים, מתעשתים, מייצבים את עצמנו וממשיכים הלאה. לעתים קורה שאנו נופלים ואז אנו שולחים זוג ידיים חסונות וכולמים את עוצמת הנפילה, בודקים את עצמנו, מסירים את האבק מהבגדים וממשיכים בדרכנו.

כזקנים, אנו מאוד זהירים, אך מה לעשות, הראייה אינה טובה כבעבר וגם השמיעה חלשה, הפרקים נוקשים וננעלים, ותגובותינו איטיות יותר. כך אנו הולכים בכבדות, מדשדשים ברגלינו, נתקלים, נופלים ושוברים.

מוסר השכל: הכר את מסלול החיים שלך. דע שיש בו אבן. האבן היא אותה אבן, אך ניסיון החיים העשיר והחוכמה שלך יסייעו לך להתכונן לקראתה. אל תיתן לה להפתיע אותך.

הפוליטיקאי שפקח את עיניו

לפני מספר שנים נראה על מסך הטלוויזיה פוליטיקאי ידוע כשעיניו פקוחות באופן כזה שנראה כאילו הוא מביע תמיהה כל הזמן. מסתבר שעפעפי עיניו צנחו והפריעו לראייתו והיה עליו לנתחם. צניחת עפעפיים נגרמת עקב ירידה ברקמת החיבור הנותנת תמיכה וגמישות לעור ולעפעפיים. צניחה זו היא תלוית גיל.

מה הם השינויים הפיזיולוגיים? עם הגיל בולטים שינויים בחזות החיצונית וברמת האיברים השונים. מדובר בשינויים הבאים לידי ביטוי אצל כל אדם. חלקם אינם מהווים סיכון בריאותי (קמטים בעור, שיער מאפיר, כיפוף הגב), אך שינויים אחרים כן מהווים סיכון, בכלל זה ניתן למנות את תהליך דלדול העצם (אוסטאופורוזיס), היצרות כלי הדם (טרשת עורקים), דלדול השרירים (סרקופניה), ירידה בשמיעה ובחדות הראייה, ירידה ביכולת שמירת שיווי המשקל וירידה בתפקוד מערכות גוף נוספות. (Mark, Lachs, Alvan 1990)

למה חשוב לזהות שינויים אלו? שינויים פיזיולוגיים אלו מתרחשים באופן זוחל ואיטי, ובדרך כלל אינם מורגשים עד נקודת הסף הפתולוגית. אם נזהה אותם ונהיה מודעים אליהם ולגורמים המשפיעים בשלב מוקדם, ייתכן וניתן יהיה למנוע את ההגעה לנקודת הסף ואף להתאים ולהסתגל למצב. למשל, את תהליך דלדול העצם ניתן לדחות אם נבצע פעילות גופנית מתאימה, אם נאכל מזון עשיר בסיידן וניטול תרופות הבונות עצם. ההסתגלות תהיה בהתאמת נעלים נוחות ושטוחות ובהימנעות מפעולות מסוכנות (טיפוס על סולם, עלייה על כיסא, פינוי הבית ממפגעים) כך נימנע מלהגיע למצבי סיכון כמו נפילות ותאונות. באותה מידה ניתן לדחות תהליך של חסימת כלי הדם אם נימנע מתזונה עשירה בשומנים רוויים ובכולסטרול, מאכילת מאכלים עם עודף סוכרים, נעסוק בפעילות גופנית ונשמור על משקל גוף אידאלי. ההסתגלות תהיה בנטילת תרופות מדללות דם ומפחיתות כולסטרול ובפעילות גופנית המותאמת לזרימת הדם לאיבר החיוני.

מה התוצאה של שינויים אלו? השינויים תלויי הגיל מורידים את הרזרבות של הגוף ואת יכולתו לתפקד בשעת לחץ או מאמץ. האדם המבוגר דומה למי שמהלך על גשר צר מאוד שיכולת התמרון בו מעטה ושממנו הוא עלול ליפול לנהר עם כל מעידה או משב רוח קל.

הירידה בעתודות הגוף אינה באה לידי ביטוי בתפקוד היום-יומי הרגיל והקבוע. האדם המבוגר מסוגל להמשיך ולהתנהל בשגרת יומו. ברגע של פגיעה קלה, האיבר יוצא מאיזון, אך בעוד בגיל צעיר האדם מתגבר בקלות, הרי שבגיל המבוגר יסתבך ויפיע קושי המתבטא בכאב, באי-נוחות, בקוצר נשימה, בחוסר שיווי משקל ובנפילות. מנגנון

ההסתגלות אינו יעיל והפגיעות גבוהה. מצב זה עלול להתדרדר במהירות לא־ספיקה של האיבר או המערכת.

אביא מספר דוגמאות: זיהום קל של הריאות שמסתבך לאי ספיקה נשימתי ולצורך בחמצן ובהנשמה. נפילה קלה המסתבכת עם שבר באגן, וריתוק למיטה המתדרדר להופעת פצע לחץ ותסחיפים (קרישי דם) לריאות. חוסר נוזלים או עודף נוזלים מתדרדר לא־ספיקת כליות. בתנאי מזג אוויר קיצוני – חום גבוה יגרום למכת חום (היפרתרמיה), וקור יגרום לתת־חום (היפותרמיה) שיתדרדרו לפגיעה במערכת העצבים המרכזית והופעת בלבול ואובדן הכרה. כל הגוף קורס ומתמוטט כמו מגדל קלפים כשהתוצאה היא קשיים בתפקוד ותלות בסביבה.

אם כן, מהי ההזדקנות? הגדרה יפה למונח 'ההזדקנות' מצאתי בספר רפואה: "שינויים הדרגתיים שחלים במשך החיים של המבוגר, אשר גורמים לירידה ברזרבות התפקודיות של המערכות השונות. שינויים אלו מורידים את יכולתו של הזקן להתמודד, להסתגל ולפצות את עצמו על אירועי דחק סביבתיים או פנימיים ומגבירים את פגיעותו למחלות". כל החיים אנו מתמודדים עם אירועי דחק שונים שחלקם דורשים מאמץ ועומס יתר ואנו מתגברים עליהם בעזרת הרזרבות של הגוף. אנו מסתגלים למצבים חדשים במהלך החיים באמצעות מעקפים, בטכניקות ובאביזרים שונים. למשל, מבצעים מעקפים של כלי דם בלב, מרכיבים משקפיים לקריאה עקב שינוי בגמישות העדשה, מצטיידים במקל להליכה במצב של אי־יציבות ובפנקס קטן המסייע בזכירת תאריכים ואירועים חשובים. בהזדקנות, כושר ההתמודדות וההסתגלות עם אירועי הדחק (סטריס) אינם עולים יפה. אירועי הדחק מושפעים מגורמים מהסביבה החיצונית לגוף או מגורמים מתוך הגוף, ותלויים במרכיבים נוספים מעבר לפיזיולוגיה כמו תורשה, סביבה, הרגלי בריאות, תזונה, מחלות, מצבים נפשיים ותמיכה חברתית.

אופי אירוע הדחק גם הוא משפיע. יש חשיבות למהירות ולמשך הזמן של הסטריס המוטל על האיבר ורמת הביצוע הנדרשת מאותו איבר. לדוגמה, במצב של זיהום נדרש מאמץ יתר מהלב, שבו הוא לא תמיד יכול לעמוד. אם ניתן טיפול נגד הזיהום בצורה מיידית, הרי שפרק הזמן של המאמץ המוגבר הנדרש מהלב יירד, והנזק לאיבר יקטן (Rowe & Kahn, 1987).

מה משפיע על קצב ההזדקנות? קיימים גורמים המגנים על הגוף ומביאים להאטה בהזדקנות, וגורמים המאיצים את תהליך ההזדקנות ומביאים למחלות ולחוסר תפקוד.

שתי הקטגוריות העיקריות המשפיעות הן גורמי תורשה (גנטיקה) וגורמי סביבה (Morrison. Hof 1997).

גורמי התורשה מתייחסים לצופן הגנטי (DNA) הנמצא בגרעין של כל תא בגוף האחראי על חלוקת התא והמשכיות החיים. תהליך ההזדקנות הוא תהליך מתוכנן וקבוע בצופן הגנטי שניתן להשוותו לשעון ביולוגי המתקתק עד שנעצר מלכת. גורמי סביבה הם חשיפה לעשן, לקרינה, לתרופות, לגזים, לחום וקור קיצוניים, וכן תזונה, הרגלי חיים וגורמי דחק נפשיים-חברתיים) הגורמים לנזקים מצטברים בתאים במהלך החיים.

קיימת השפעה הדדית בין שני הגורמים כשהתורשה משפיעה כ־35 אחוז לעומת הגורמים הסביבתיים שמשפיעים ב־65 אחוז.

כיצד תשתנה גישתנו להבנת תהליך ההזדקנות? הבנת הפיזיולוגיה תגרום לשינוי בגישה הן של המטפלים באוכלוסייה המבוגרת והן של האוכלוסייה המבוגרת עצמה. ניתן לעשות זאת במספר דרכים:

- מניעת מצבים בעלי פוטנציאל של סיכון (נפילות, תאונות).
- מתן טיפול שמתחשב יותר ומכוון לפיזיולוגיה.
- הבנה שהזדקנות אינה מחלה (פיזיולוגיה ולא פתולוגיה) וניתן לדחותה באמצעות הרגלי בריאות נכונים.

השינויים בטיפול באדם המבוגר יתבטאו בדברים הבאים:

- פענוח נכון יותר של התסמינים (סימפטומים) של המטופל, כמו חולשה, בלבול ונפילות.
- הבנת הממצאים הרלוונטיים בבדיקה הגופנית, קרי, מה קשור לפיזיולוגיה ומה לפתולוגיה.
- הבנת אופי המהלך הטבעי של המחלות, למשל, הופעת זיהום תגרום לעליית הסוכר בדם.
- הבנת התגובה הטיפולית, למשל, מתן תרופות במינון נמוך.
- מודעות לסיבוכים אפשריים של הטיפול, למשל, תופעות לוואי של אשפוז או ניתוחים.

מה עלינו לעשות וכיצד להימנע ממצבי סיכון? עלינו להכיר בשינויים החלים עם הגיל, לדעת שהם צפויים להתרחש, להיות מודעים למוגבלויות שלנו ולהתאים את המשך

הפעילות לשינויים תלויי הגיל. אל ניתן למצבי הסיכון הללו להפתיע אותנו, עלינו לחשוב תמיד צעד אחד קדימה.

- אל תעלה על סולם או כיסא להחליף נורה, לנקות נברשת או להוריד חפץ ממקום גבוה כפי שנהגת ב־40 השנים האחרונות, שמא שיווי משקלך יתערער ותיפול.
- אל תנהג בלילה, במזג אוויר סוער, בתנאי ראות קשים ובדרך לא מוכרת. נהיגה כזו דורשת תגובות מהירות וריכוז רב.
- כהולך רגל, אל תחצה כביש סואן שלא במעבר חצייה. במעבר חצייה אמוד את יכולתך לחצות כל עוד האור הירוק ברמזור מאפשר זאת.
- אל תסחב סלים בשתי ידיך שמא תיתקל באבן נגף ולא תוכל להגן על ראשך ופניך.
- אל תשב בכיסא נמוך וללא משענת שמא תתקשה לקום או תיפול לאחור.
- אל תרד במדרגות מבלי להיאחז במעקה שמא תחטיא את המדרגה האחרונה.
- שמור על הרגלי חיים בריאים; הימנע מעישון, עשה פעילות גופנית, צרוך תזונה מאוזנת, השתמש בתרופות נגד לחץ דם גבוה וכולסטרול.
- שמור על תמיכה חברתית על ידי בניית מערכת יחסים יציבה עם בן זוג, בן משפחה, חברים או שכנים.
- מצא משמעות וקבע לעצמך מטרות בחיים כך גם תהיה לך סיבה טובה לקום בבוקר.

כיצד נדע להבחין בין מחלה לבין שינוי פיזיולוגי? המחלות אצל האדם המבוגר מאופיינות בכך שהן מופיעות על תשתיות גוף שעברו שינויים פיזיולוגיים, ומוצאות קרקע נוחה להתפתחותן. טשטוש וחוסר גבולות ברורים מבדילים את ההזדקנות הפיזיולוגית מההזדקנות הפתולוגית. ההזדקנות הפיזיולוגית מתבטאת בירידה ברזרבות של הרקמות והתאים באיבר, ובירידה ביכולת התגובה לנוכח מצבי דחק. מתחת לטווח מסוים קיים סיכון של ממש שמתבטא בקשיים בתפקוד ובתלות המצביעים על הופעת הזדקנות פתולוגית. למשל, היצרות מרשימה של 80-90 אחוזים בעורק הכלילי של הלב או בעורק התרדמה בצוואר עלולה לגרום להתקף לב ולאיורע מוחי עם תחלואה ומוגבלות. ירידה של צפיפות העצם מתחת ל־2.5 מהנורמה התקינה יגרום לפגיעות גבוהה של העצם ולהופעת שברים בעת נפילה ולו הקלה ביותר. ירידה במספר תאי העצב (הנוירונים) בקליפת המוח מתחת לסף עלולה לגרום לירידה שכלית ודמנציה. עכירות עדשת העין וירידה בשקיפותה יגרום לעיוורון. ירידה בכושר הכיווץ של שריר הלב והאטה בהרפיית השריר יגרום לאיספיקת לב במהלך דלקת בריאות. ירידה בשטח הריאות והפחתת כושר האיוורור יגרום לירידה בחמצון הדם, ובזמן שפעת או התקררות יתדרדר לאיספיקה נשימתית.

כיצד ניכרים השינויים תלויי הגיל במערכות הגוף?

הופעה כללית. הנמכה בגובה הגוף עקב ספיגה והתמוטטות של חוליות עמוד השדרה (אובדן גובה ממוצע של 5 ס"מ במשך החיים אצל נשים), נוסף על כיפוף הגו (קיפוזיס). הגדלת קוטר החזה (בציר קדמי-אחורי) עם שינוי צורת החזה (חביתי). עלייה במסת רקמת השומן על חשבון מסת השרירים, עם דלדול וירידה במסת השרירים. פיזור שונה של רקמת השומן בגוף והצטברותו בהיקפים. ירידה ברקמת החיבור שהיא החומר המלכד עם הופעת קמטים, שקיות מתחת לעיניים וצניחת העפעפיים.

במערכת השלד והפרקים. העצמות מאבדות את מסת העצם שלהם ונעשות שבירות ופגיעות, כך שכל נפילה קלה גורמת לשברים. הפרקים מאבדים את הסחוס, שכבה המאפשרת גמישות והחלקה במפרקים והפעלה קלה יותר של זרועות הידיים, פרקי האגן והברכיים. במערכת השרירים. מסת השרירים יורדת לטובת מסת השומן, ומאבדת את חוזקה (sarcopenia), כך שקיימת ירידה בכוח הגס של הידיים והרגליים המתבטא בירידה ביכולת לשאת משאות וביכולת לקום וללכת.

במערכת העצבים (נירולוגית). ירידה במשקל המוח עקב דלדול בתאי עצב בקליפת המוח, והאטה בזרימת הדם למוח. אובדן קשרי הסינפסות עם ירידה במתווכים הכימיים (נירורסמיטורים) מסוג (אצטיל-כולין, סרוטונין וקטאקולמינים), ועלייה בגלוצאמט, גליצין וגאבא. אובדן הרפלקס (החזר) של שיווי המשקל, וכתוצאה מכך כל היתקלות במפגע גורמת לאיבוד שיווי המשקל ולנפילות. קיימת עלייה בסף הכאב יחד עם האטה בהעברת הגירוי והעיבוד המרכזי, כך שקיים מיסוך של כאבים במצבים כירורגיים ובכוויות. האטה בהחזרים מהסביבה (פרופיוצפטיבים) שגורמים להאטה בזמן התגובה וחשיפת יתר לתאונות. ירידה בשנת החלום בשלב שבו השינה עמוקה ביותר, דבר הפוגע באיכות השינה.

איברי החישה

עיניים: קיימת ירידה בחדות הראייה.

קושי בהסתגלות למקומות חשוכים – מעברים של אור וחושך (קונטרסטים).
הופעת עכירות של העדשות הנקראת ירוד (קטרקט), ירידה במיקוד הראייה
מקרב (אקומודציה) וצורך במשקפיים לראייה מקרב.
קושי באבחנה בין צבעים, בעיקר בין ירוק וכחול.
הופעת קשת זקנה עם אובדן ברק הקרנית.
התייבשות העדשה ותחושת יובש בעין.
ירידה בכושר הספיגה של הנוזל שבתוך העין, הגברת הלחץ התוך-עיני והופעת גלאוקומה.

אוזניים: ירידה בחדות השמיעה עם קושי באבחון צלילים שונים בזמנית.

קושי בקליטת צלילים גבוהים.
קושי בשמיעה בסביבה רועשת.
שינויים ניווניים של עוצמות השמע.
פגיעה באיבר ההופך את הקולות לסיגנלים עצביים באוזן הפנימית (הקוקלאה).

מגע: ירידה בתחושה למגע קל.

ירידה בתחושה לרטט ולטמפרטורה.

טעם: ירידה בגופיפי הטעם, ירידה בתחושת הטעם הגורמת לקושי בזיהוי האוכל.

ריח: ירידה בחוש הריח.

במערכת הריאות. קיר החזה נוקשה, הריאות מתקשות להתרחב ולבצע נשימה מלאה.
צמצום בשטח התפקודי של הריאות (alveolar space) והפחתה בכושר האווירור.
איבוד האלסטיות (elastic recoil), ירידה במקסימום צריכת חמצן.
עלייה בנפח השארית (residual volume). פחות נפח של אוויר נשאף.
ירידה בפעילות השערות (ציליה) בסימפונות, ירידה ביכולת השיעול.
ירידה בשחלוף הגזים עם הצטברות פחמן חד-חמצני.

בכליות. ירידה במספר המבנים המסננים (הגלומרולים) המתפקדים ובפינוי של תוצרי פירוק חלבונים (קראטינין).
ירידה בזרימת הדם בכליות, פגיעות במצבים של עודף וחוסר נוזלים.
ירידה ביכולת הריכוז (אוסמלריות) בשתן.
ירידה ביכולת הסינון (פילטרציה) של הגלומרולים.
ירידה במסת הכליות ובמשקלן.
ירידה ברמת ההורמון (רנין), שינויים ברמת המלחים (האלקטרוליטים) והנוזלים.
ירידה ברמת ההורמון (אלדוסטרון), המעלה את רמת האשלגן (היפרקלמיה).

במערכת שתן-מין. נפח השלפוחית יורד, השתנה תכופה.
אטרופיה של רירית הנרתיק, דליפת שתן בזמן לחץ על השלפוחית,
חולשת שרירי האגן, צניחת רחם.
הגדלה שפירה של הערמונית (פרוסטטה), דחיפות והיסוס בהשתנה.
ירידה בהורמון הטסטוסטרון אצל הגבר ובהורמון האסטרוגן אצל האישה.

במערכת העיכול. ירידה בחומציות הקיבה המסייעת לעיכול המזון.
ירידה בתנועתיות הקיבה והמעיים, החזר תוכן קיבה (רפלוקס) לאחר ארוחה
כבדה ונטייה לעצירות.
ספיגת הסידן פוחתת וכתוצאה מכך פחות סידן מגיע לעצמות.

במערכת הלב וכלי הדם. בשריר הלב חלה ירידה בכושר הכיווץ (בסיסטולי) והאטה
בהרפיית שריר הלב בין התכווצות אחת לשנייה (דיאסטולי), עם ירידה בתפוקת הלב
במהלך מאמץ.
ירידה ביכולת להאיץ את הקצב של דופק הלב, קושי בפעילות הדורשת מאמץ.
עלייה בהתעבות השכבה הפנימית (אינטימה) של העורקים, היצרותם, ותהליך של
אטרוסקלרוזיס.
עלייה בנוקשות דופן כלי הדם בשכבה האמצעית (מדיה), עם עלייה בתנגודת הפריפרי
של כלי הדם והופעת יתר לחץ דם סיסטולי.
הסתיידות (סקלרוזיס) שסתומי הלב והיצרותם.
ניוון מערכת ההולכה החשמלית, מלווה בהפרעות קצב של פעילות הלב.

במערכת האנדוקרינית. ירידה בייצור ובפינוי הורמוני בלוטת התריס (טירואיד) הגורמת לעלייה בהפרשה של בלוטת יותרת המוח (היפופיזה) ולחסר הורמונלי. עלייה ברמות ההורמונים: אינסולין, הנוראפינפרין, פרטוהורמון וזופרסין.

במערכת העור. דלדול (אטרופיה) של רקמת חיבור, הופעת עור דק ושביר, קמטים ופיגמנטציה.

ירידה בבלוטות הזיעה, יובש ונטייה להתפתחות פצעים והאטה בריפויים. ירידה בשכבה התת-עורית, הגורמת להפחתת ההגנה מחום ומקור.

במערכת החיסון. קושי ביצירת נוגדנים לפי גירוי של פולשים זרים (אנטיגנים). ירידה בכושר החיסון התאי (T cells), ונטייה להתלקחות של זיהומים שהיו רדומים כמו הרפס ושחפת.

לסיכום, תהליך הזקנה הוא שילוב של שינויים פיזיולוגיים תלויי גיל, הגורמים לירידה בעתודות הגוף. אין בהם בכדי למנוע את המשך הפעילויות היום-יומיות הרגילות והקבועות שבהם אנו מתנהלים, אך נכון יהיה לשאול את עצמנו האם להמשיך בפעולה מסוימת באותו אופן, או אולי להתאימה לגיל? יש לנקוט פעילויות מנע הדוחות הגעה לסף הפתולוגי. בפעילויות חריגות, במצבי עומס ובעת מאמץ מטבולי, יש להיות מודעים ליכולות המוגבלות שלנו, ולהיות קשובים לגופנו.

הגוף המבוגר פגיע יותר ובעל קושי להתמודד עם אירועים חריפים והוא מגיב במחלות ובכשלים על אובדנים תפקודיים. השאיפה של האוכלוסייה המבוגרת היא שהשינויים תלויי גיל (פיזיולוגיים) יהיו אטיים, רחוקים מנקודת הסף של מחלות (פתולוגיה), וללא מעבר לאובדנים תפקודיים. **זהו גיל הזקנה המוצלח** (Cassel, 2001).

הפקוד, שיקום ואיכות חיים

התפקוד היום-יומי הוא הבסיס לכל פעילות במהלך החיים. השכיחות של הפגיעות התפקודית עולה בגיל המבוגר עקב עלייה במספר המחלות (פתולוגיה) ובסיבוכיהן.

הפגיעה בתפקוד היא ההפרעה המשמעותית ביותר הנגרמת לאדם, אפילו יותר מאשר המחלה שגרמה לו. בשנים האחרונות נוכחתי לדעת שככל שתוחלת החיים מתארכת, המטופלים אינם מסתפקים באריכות חיים בלבד, אלא מתעניינים באיכות החיים הצפויה להם "איזה חיים יהיו לי, עצמאיים או תלתיים? האם אוכל לבצע פעילות יום-יומית? האם אבין ואהיה צלולה?" אלו השאלות שהמטופלים שואלים כשהם חוששים מפגיעה תפקודית יותר מאשר מהמוות. השיקום, אם כן, שם לו למטרה למזער את הפגיעות התפקודיות ולאפשר פעילות יום-יומית, עצמאית ככל הניתן, ופחות תלותית בסביבה.

■ אביא שני סיפורים שבהם אבהיר את חשיבות התפקוד, בהמשך אעסוק במשמעות התפקוד כגורם משמעותי באיכות חיים של האדם המבוגר.

דובי, המחלה המסתורית וחוסר היציבות

דובי לקה בחולשה בכף רגל ימין. הוא התייעץ עם מיטב הרופאים הניירולוגים ואלה לא אבחנו את הגורם לדלדול השריר ולפגיעה בעצב. דובי, גמלאי טרי, סיפר לי על התכניות שרקם לעצמו לפני שנפגע במחלה, וכיצד כל תכניותיו התנפצו לרסיסים. את דובי הכרתי שנים רבות, הוא היה "עוף מוזר", רווק, ללא חברים, מופנם ומסוגר. למרות זאת, היה אדם מאוד מעניין. בתחום עיסוקו כחוקר ארצות המקרא, נחשב לאחד המומחים הגדולים. בפגישותינו במרפאה תמיד היה מוצא נושא כלשהו ומעשיר אותי מידיעותיו. נקראתי אליו לביקור לאחר שנאש מהמצב. "תראה דוקטור, לא מעניינת אותי האבחנה הרפואית שגרמה לפגיעה בשרירים ובעצבים של הרגל ושכתוצאה ממנה אני חסר יציבות בהליכה", אמר בתסכול, "קראתי לך כמומחה לגריאטריה כיוון שמדאיגה אותי העובדה שאני נופל לעתים קרובות ושובר את עצמותי. לא רק שאני חושש ליפול, אלא שכל פעילות היום-יומית משתבשת ואני לא מסוגל אפילו להכין לעצמי כוס קפה. אני לא יכול לקבל החלטה אחת בעצמי ולבצעה. אני תלוי בכולם, במטפל, בכיסא הגלגלים, בקירות הבית ובמי לא". בעיקר הפריעו לדובי הנפילות שפגעו בגופו והשאירו בו טראומות גופניות ונפשיות. דובי איבד את ביטחונו ולא היה מוכן לצאת מחוץ לבית. בביתו היה הולך כשהוא נאחז ברהיטים שונים ונשען על הקירות. הוא החל להתנייד על כיסא גלגלים כשהוא מוסע על ידי מטפלו הפיליפיני.

דובי צדק כשטען שהרפואה לא תמיד נותנת תשובות ברורות. למרות שבוצעו כל הבדיקות לאבחון, נערכו סריקות הדמיה מתוחכמות ונלקחה ביופסיה מהשריר, הוא עדיין לא קיבל אבחנה רפואית לגבי מצבו.

שלב האבחון הוא חשוב והכרחי, אך על הרופאים להתייחס במקביל להשלכות המחלה, גם ללא שניתן לה שם, קרי, על הפגיעה בתפקוד היום-יומי. למעשה, הפגיעה התפקודית היא זאת שמשפיעה בסופו של דבר על איכות החיים של המטופל ועל רמת בריאותו הכללית. ניתן למנוע את ההתדרדרות הגופנית והנפשית של דובי על ידי מציאת פתרונות ביניים למצבו התפקודי. עלינו לחשוב על החולה בראייה השיקומית הכוללת, דהיינו, שניקח בחשבון לא רק את הבעיה הרפואית והתפקודית אלא גם גורמים סביבתיים, חברתיים ואישיותיים של המטופל. הצוות הרב-מקצועי שמורכב מאנשי מקצוע מתחומים שונים נותן דעתו על מכלול הבעיות, ומאפשר למזער את החסרים התפקודיים, תוך המלצות על אבזור מתאים, טכניקות טיפוליות ותמיכה רגשית. הוא גם מתווך בין המטופל לחברות כוח אדם המספקות מטפל צמוד.

"אמור לי", פניתי לדובי, "לאחר שהבנתי מה הכי מפריע לך בחיי היום-יום במחלתך הנוכחית, מהן ציפיותיך ממני כרופא גריאטרי?" "מטרידה אותי העובדה שאיבדתי את עצמאותי" השיב, "איבדתי את ביטחוני העצמי ואת תקוותי לשיפור מצבי הרפואי, אני מצפה ממך כגריאטר להחזיר לי את ביטחוני ואת האופטימיות שהייתה לי". הסכמתי עם דובי שלרופא גריאטר צריכה להיות אופטימיות גם במקרים קשים בהם רופאים אחרים מרימים ידיים. חשדתי שדובי סובל מדיכאון סמוי ואף שיתפתי אותו בחשדי. לא חשבתי שיש צורך בטיפול תרופתי נגד דיכאון. התגובה הרגשית שלו הייתה תואמת את המציאות. היה עליו להפנים את מחלתו הנירולוגית ולעבור לשלב ההתמודדות. חשבתי שהוא מגיב כפי שצפוי מחולה לאחר מחלה המלווה בפגיעה בתפקוד. המלצתי לו לקבל טיפול פיזיותרפי על מנת ללמוד טכניקות הליכה. יעצתי לו להצטייד באביזר עזר התומך בכף הרגל. גם הדרכה של מרפא בעיסוק כיצד להתנהל בפעילות היום-יומיות בבית תועיל לו מאוד, הוא ילמד טכניקות הסתגלות במטבח, בשירותים, ברחצה ובלבוש. נוסף על כך, פנייה לעובדת סוציאלית תסייע לו בכל הקשור למשאבים בקהילה, ביטוח לאומי ותיווך של סוכנויות כוח אדם. עודדתי אותו שמצבו אינו חמור ולא מסכן את חייו. אמנם קיימת פגיעה באיכות חייו אך ניתן למזער אותה. הבטחתי לו שאכנס את הצוות הרב-מקצועי, ואציג את המקרה שלו כדי למצוא פתרונות יצירתיים למגבלות היום-יומיות.

המקרה של אימא שלי

כשנכנסתי לחדרה, ראיתי את אימא שוכבת כשידה הימנית שמוטה, פיה פעור והיא מביטה בי במבט חלול. מיד אבחנתי: אימא קיבלה שבץ מוחי. כך הסתיים טיול שורשים אליו יצאתי עם הוריי ביוני 1995. היבטתי באימא ולא יכולתי לעזור, היא הביטה בי במבט נואש האומר "עזור לי, בני". בזמן האירוע הייתה בת 72, אישה עצמאית, אנרגטית וצעירה ברוחה.

שבועיים שכבה אימא במחלקה הנירולוגית בבית החולים האוניברסיטאי של וינה עד שאישרו להטיסה ארצה. מהלך השיקום בארץ התקדם יפה, בין השאר כיוון שאימא הייתה מלאת מוטיבציה. הרגשנו שאנו עומדים לקראת תחילת דרך חדשה. בשבוע האחרון לאשפוז, אימא החליקה בפרוזדור בית החולים ושברה את האגן, היא נותחה באותו היום והשיקום נעצר. מצב רוחה היה ירוד, המוטיבציה נעלמה והיא שקעה בדיכאון. הופיע חוסר שליטה במתן שתן והתפתח פצע לחץ בגב התחתון. החזרנו את אימא הביתה בחושבנו שאולי בבית היא תתאושש. כבן וכרופא חשתי תסכול רב וחוסר אונים מול כל הבעיות הסייעודיות של אימא, בעיות בהן היטבתי לטפל אצל אחרים.

המצב נראה לי עגום מאוד, תפקודה היה ירוד, היא הייתה כאובה ולא הייתה מוכנה לקום וללכת. תפקודי היום-יום האחרים כמו רחצה, אכילה והיגיינה דרשו עזרה רבה מאחותי וממני. היה לי ברור שצריך לקבל החלטות, אך למי לפנות? מי הכתובת? אחותי ואני היינו נבוכים, אבא מבוגר מאימא בשנים רבות ובראותו גם היא אינה טובה, כך שכל העיניים היו נשואות אליי, "אתה הרופא, אתה ודאי יודע מה עושים." "אני קודם כול בנה, ורק אחר כך רופא", לחשתי.

הזמנו את טיפולי הבית שאישרו לנו מקופת החולים. צוות מטפלים הגיע ביום ובשעה שנקבעו. היו שם רופא, אחות, עובדת סוציאלית, פיזיותרפיסט ומרפא בעיסוק. לאחר ששמעו את ההיסטוריה הרפואית ועיינו במסמכים, הרופא בדק את אימא תוך שהוא מדווח לשאר הצוות על הממצאים. נקבעה תכנית טיפול מצד כל אחד מהמטפלים כשהאחות משמשת כמרכזת הטיפול. העובדת הסוציאלית ישבה אתנו לדיון על הכוחות והמשאבים הקיימים ומה ניתן לגייס. הרופא והאחות הצטרפו אף הם לשיחה בהמשך. הוחלט שתחילה תינתן מטפלת למספר שעות ביום עד לקבלת הזכאות על פי חוק הסייעוד מהביטוח הלאומי. המטפלים מהצוות הרב-מקצועי קבעו תכנית לביקורים אצל אימא והחליטו שגם מרפאה בדיבור תטפל בה על בסיס קבוע.

שלושה חודשים של טיפול מסור והתגייסות מלאה של אחותי ושלי תוך גיוס בנותיה של אחותי ובנותיי הניבו תוצאות חיוביות. אימא החלה ללכת בעזרת הליכון, פצע הלחץ נרפא ומצב רוחה השתפר. כאביה פחתו ואף המוטיבציה שלה גברה.

"מה עושים הלאה?" שאלה אחותי, "הרי לא ניתן להשאירם בבית לבד ועלינו לחזור כל אחד לסדר היום שלו". אמרתי לאחותי שהדיור המוגן שבו אני עובד כרופא יתאים להורים הן כסביבה עם חברה ותעסוקה במשך היום, והן מבחינת הכיסוי הרפואי והסיעודי הניתן על ידי אחות שנמצאת במקום במשך כל שעות היממה. "אנחנו לא מוכנים להיכנס לבית אבות או למוסד ולא נעזוב את הבית שלנו והסביבה המוכרת לנו". אמרו הוריי. "אבל הבית והסביבה אינם מתאימים לצרכים שלכם ורחוקים ממקום מגוריי" השבתי. לאחר שהתרצו ועברו לדיור המוגן, גם הצוות שם טען שאימא אינה עצמאית. הבטחתי להם שהמצב זמני ואימא תחזור לעצמה תוך זמן קצר, ועם מעט עזרה תהיה גם עצמאית כמעט לחלוטין.

אימי נפטרה בשנת 2007, שנים עשרה שנה לאחר האירוע. אימא התגוררה בדיור המוגן בכל התקופה הזו, פרט לחודשים האחרונים של חייה בהם הייתה במחלקה הסיעודית. היא תפקדה ברוב פעילויות היום-יום, התהלכה עם מקל, והייתה ערנית וצלולה. היא השתתפה בכל הפעילויות החברתיות, למדה לשחק ברידג', כתבה שני ספרים על תקופת השואה ששרדה, ואף ציירה בידה השמאלית ציורים מלאי חדות חיים, אופטימיות וצחוק.

מהו תפקוד וממה נובעת הפגיעה בו? התפקוד הוא סך התוצאות ממטלות בסיסיות ומורכבות המתבצעות בחיי היום-יום של כל אדם. היכולות הללו נובעות מתקינותן של מערכות הגוף המתבטאות ביכולות מוטוריות, תחושתיות ושכליות. חוסר תקינות של המערכות בגוף יגרמו לפגיעה ביכולות התפקודיות וליצירת תלות בחברה או במכשור שנועד לשפר את התפקוד. אם כך, חוסר התפקוד נובע מסיבוכי מחלות הפוגעות ברמה הגופנית, ממחלות הפוגעות ברמה הנפשית ומחסכים בתמיכה החברתית.

חשוב לציין שהתוצר התפקודי של סיבוכי המחלה באוכלוסייה המבוגרת אינו מושפע רק מהפגיעה הגופנית, אלא מתקיימות השפעות הדדיות גם מפגיעות נפשיות כמו דיכאון ואובדן מוטיבציה, פגיעות שכליות כמו ירידה בזיכרון ובחשיבה, וחוסר תמיכה מהמשפחה ומהקהילה. בין סך הפגיעות הללו נוצרת התוצאה הסופית של ההגבלה התפקודית הכוללת הנקראת מוגבלות (disability).

אביא דוגמאות להשפעות הדדיות של פגיעות פיזיות, נפשיות-שכליות וחברתיות: אדם הסובל מחולשת שרירים וכתוצאה ממנה הוא מתקשה לצאת מחוץ לביתו. הפגיעה התפקודית שלו תשתפר עם קבלת תמיכה מהקהילה ומהמשפחה, קבלת טיפול פיזיותרפי, שימוש באביזרי עזר ומטפל צמוד. לחילופין, הפגיעה התפקודית תחמיר בהעדר תמיכה שכזו.

אדם שנפגע מאירוע מוחי וסובל מחולשה של פלג גוף. הפגיעה התפקודית, מעבר לפגיעה הניורולוגית, תחמיר עקב מצב דיכאוני וחוסר מוטיבציה שיתבטא בישיבה ממושכת בכורסא או בהימצאות במיטה במשך רוב שעות היממה.

תפקיד הצוות הרב-מקצועי. במקרים רבים, כאשר המטופל המבוגר סובל ממחלות רבות, נגרמות פגיעות תפקודיות. אין מדובר בבעיה הקשורה לאיבר אחד ולמערכת אחת הניתנת לפתרון על ידי איש מקצוע אחד. מדובר בחסרים וצרכים רבים של האדם על כל היבטיהם (ביו, פסיכו וסוציו) שמשולבים ביניהם ופוגעים בחיי היום-יום. טיפול מסוג זה יכול להינתן רק על ידי צוות רב-מקצועי שינחה וידריך את המטופל ואת המשפחה בטיפול היום-יומי.

חלוקת העבודה בין חברי הצוות הרב-מקצועי מתואמת ביניהם. לכל אחד מאנשי הצוות יש תחום שעליו הוא מופקד. הגריאטר/רופא המשפחה, מבצע הערכה רפואית, מאבחן, נותן טיפול תרופתי וממליץ על תכנית טיפול כוללת. האחיות מבצעות הערכה סעודית, בודקת את מצב העור, את השליטה על הסוגרים ומעודדת שימוש בטכניקות שנלמדו על ידי הפיזיותרפיסטית והמרפאה בעיסוק. העובדת הסוציאלית מבצעת

הערכה פסיכו־סוציאלית ועוקבת אחר מצב הרוח, המוטיבציה והקשר עם המשפחה. היא גם מתווכת בין החולה, המשפחה והמשאבים בקהילה. הפיזיותרפיסטית מתמקדת בשיפור טווח התנועה, כוח השרירים, איזון תנועתיות בעזרת תרגילים, וממליצה על אביזרי עזר לפי הצורך. המרפאה בעיסוק מתמקדת בשיפור תפקודי היום־יום כמו אכילה, התלבשות, רחצה, טיפוח היופי, העברות והושבות, שיפור תפקוד ידיים, הערכה קוגניטיבית והתאמה של פעילות ותעסוקה לפי מצבו הקוגניטיבי והפיזי של החולה. עובדת התעסוקה מתאימה פעילות לזמן הפנוי, תוך ניצולו ללימוד פעילויות ותעסוקה מתאימות באמצעות מוסיקה, תרגילים ואמנות. קלינאית התקשורת מטפלת בבעיות שפה ודיבור, בקושי בבליעה וממליצה על מרקמים שונים למזון בהתאם ליכולת הבליעה. התזונאית מבצעת הערכת תזונה וממליצה על הכלכלה המתאימה ועל הצורך בהעשרת חלבון וקלוריות.

למרות שקיימת חלוקת עבודה ברורה, חברי הצוות הרב־מקצועי חייבים להיות בקשר זה עם זה כדי לתאם מטרות ולתת פתרונות בהתאם למצב. דיווח על מצב החולה לכל שאר אנשי הצוות יגרום להפריה ולימוד, לגישה אחידה, לשפה משותפת, להפחתת עימותים בין חברי הצוות ולשיפור ההחלטות הטיפוליות.

הצוות ממליץ למשפחה גם על התאמת המקום הטיפולי. על הוצאה מהבית למסגרת אשפוז, או על חזרה לבית ממסגרת אשפוז, תוך התאמת הבית לתפקוד ולצרכים החדשים. ההמלצות ניתנות מתוך ראייה מקצועית ובהתאם לאיזון בין המשאבים בקהילה, יכולות וכוחות המשפחה להתמודד עם השינוי ומצב המטופל.

שימוש נכון בצוות הרב־מקצועי יפחית את הצורך באשפוזים ובהפניות לחדרי מיון, יחסוך תרופות, יוריד תמותה ותלות, ויעניק איכות חיים למטופל ולמשפחתו.

מה הם שלבי הירידה התפקודית? הירידה התפקודית מתרחשת בדרך כלל בארבע דרכים עיקריות ותלויה באירוע שגרם לה: (1) ירידה חדה; (2) ירידה מתמשכת וזוחלת; (3) ירידה הדרגתית; (4) ירידה חדה עם חזרה אטית לאותה מדרגה, או ירידה למדרגה נמוכה יותר.

הדרך הראשונה היא הירידה החדה, הפתאומית. בדרך כלל היא מתוארת על ידי בני המשפחה כטראומה. לעתים היא נמשכת מספר ימים עד לסיום הפגיעה המוחית או הלבבית. מצב זה נובע מחסימה מלאה של כלי דם במוח או בלב. מקרים מעין אלו עלולים להסתיים במוות עקב הפגיעה הנרחבת שלהם.

הדרך השנייה היא הירידה המתמשכת והזוחלת. היא מתקדמת לאורך השנים באותו השיפוע. ניתן לחזות את ההמשך אם אנו מודעים למחלה ולפרוגנוזה שלה. הדוגמה

הטובה ביותר היא מחלת האלצהיימר המתאפיינת בירידה הדרגתית לאורך שנים עד הגעה למצב המתקדם בו המטופל מרותק למיטה ולכיסא גלגלים. גם מחלות ניווניות אחרות של המוח, דוגמת פרקינסון, גורמות לירידה בקצב דומה התלוי ברמת הפגיעה בתאי המוח.

הדרך השלישית היא הירידה ההדרגתית. בכל אירוע של החרפה במחלה הבסיסית, יורדים למדרגה נמוכה, או כפי שאני קורא לזה "יורדים כיתה". אירוע וסקולרי של המוח והלב, מחלת טרשת נפוצה ודלקת פרקים הן פגיעות מסוג זה.

הדרך הרביעית מאופיינת בתנודתיות שבה קיימת ירידה חדה או מתונה, אך לאחר טיפול, חוזרים ועולים אפילו לשלב הבסיסי שממנו ירדו. בדרך כלל אנו בונים מדרגה חדשה הנמוכה מהקודמת ומתבססים בה עד לאירוע הבא. הגורמים לירידה הם זיהום, נפילות והתייבשות. תיתכן החרפה של מחלה כרונית מסוג איספיקת לב, מחלת ריאות חסימתית ומחלה כלייתית.

חשיבותו של התפקוד. חשיבות התפקוד היא בכך שהוא ישקף את איכות החיים של המטופל, וייתן מדד לרמת בריאותו הכללית ומידת הזדקקותו לשירותי הבריאות. בהרצאה בפני אחיות הקהילה דיברתי על הצורך בהבנת הקשר בין תפקוד ומחלה תוך שימת דגש על התפקוד. "ישנה חשיבות לא רק באבחון המחלה, אלא בעיקר באבחון התוצר התפקודי שלה", הדגשתי. "אנחנו מתעסקות רק במחלות". אמרו האחיות. "נכון, עליכן לראות את הקשר בין המחלות והתפקוד ולהבין את השלכותיהן על המטופל. אם לא נראה את הראייה התפקודית באוכלוסייה המבוגרת, לא נוכל לתת מענה הולם לצורכי המטופלים", שבתי והדגשתי. "מה בסופו של דבר מפריע למטופל? לא אבחון הפגיעה הנירולוגית המוחית, היקפה ומיקומה, אלא חוסר יכולתו להתייד או לשלוט על הסוגרים".

"אתם בוודאי יודעים שגם בבתי הספר לרפואה וגם בבתי הספר לסייעוד מלמדים לנקוט גישה אבחנתית תוך התמקדות באבחון המחלה. האבחנה היא אמנם האתגר הגדול שלנו כרופאים וכאחיות, אך אסור לנו לשכוח את ראיית החולה בשלמותו, כמכלול, כולל תוצרי המחלה וסיבוכיה התפקודיים. אין מדובר במטפל בודד", סיכמתי, "אלא בעבודת צוות!"

חששות המטופלים מהירידה בתפקודם. כשאומרים לי "אני לא רוצה להיות זקן", אני מחייך, "אז אתה רוצה למות צעיר?", אני שואל. "לא", משיב המטופל, "כוונתי שאינני

רוצה להיות תלוי במשפחה, בילדים שלי, במכונת ההנשמה, בצינורות, ולסבול מכאבים ומאי־נוחות”.

המטופלים אינם מצפים שהרופאים יעשו אותם צעירים, אבל מקווים שהם לפחות ידחו את השינויים הפיזיולוגיים ואת סיבוכי המחלה. גם אם חלילה תופיע מוגבלות תפקודית, הרופאים יתמקדו במזעור הפגיעה, וימנעו תלות במשפחה או בסביבה. הרפואה כיום מסוגלת למנוע ולדחות מצבים כמו אירועים מוחיים והתקפי לב באמצעות צנתורים, הרחבת כלי דם ופתיחתם, ביצוע מעקפים, מתן תרופות חדשות, וטיפול יעיל בגורמי הסיכון של המחלות הבאות: לחץ דם גבוה, הורדת רמת השומנים בדם וסוכרת. מוגבלויות אורתופדיות ניתנות כיום לתיקון באמצעות ניתוחים מוצלחים של החלפת מפרק האגן והברך. ניתוחי עיניים להסרת ירוד (קטרקט) מתבצעים כיום אף ללא אשפוז, ויוצרים שיפור מידי בראייה ובאיכות החיים.

האמירה הרווחת בגריאטריה היא לא הברכה המסורתית ‘שתחיה עד 120 שנה’, אלא ‘שתחיה את חיך בתפקוד מלא ללא תלות באחרים ובסביבה, ועם עצמאות מלאה’. לשלל התיאורים הללו קוראים תוחלת חיים פעילה ובריאות טובה.

תוחלת החיים של אדם מגיל 65 ומעלה מורכבת משנים של פעילות עצמאית ובריאות טובה ומשנים של תלות ותפקוד ירוד. עד גיל 85 יחס השנים של פעילות עצמאית גובר על שנים של תלות, בעוד שמגיל 85 יחס השנים עם תלות גובר על השנים של הפעילות העצמאית. בארץ, תוחלת החיים הפעילה ובריאות טובה, דהיינו, מספר השנים הממוצעות הצפויות לחיות ללא מוגבלות, היא 70 שנה לגברים ו־72 שנים לנשים. נתונים אלו נמוכים בשמונה עד עשר שנים מתוחלת החיים הממוצעת בארץ.

על הרופאים להדריך את מטופליהם ולהעלות את המודעות למניעה של מחלות באופן שיאפשר להם לדחות את התלות והמוגבלות לשנים המאוחרות של החיים. רעיון זה של דחיסת התחלואה (compression of morbidity) מופיע במאמרו הנפלא של פרי (Fries, 1980). גם אחרים (Vita, Terry & Hubert, 1998) מראים במחקרם ארוך השנים שבמניעה ובהתנהגות בריאותית נכונה, תוך נקיטת צעדים בתחום הפעילות הגופנית, שמירת המשקל והפסקת העישון, ניתן לדחוס את המוגבלות לסוף החיים, ולהעלות בשבע שנים את מספר השנים הפעילות.

הרעיון משתקף בשינוי בעקומת ההישרדות לצורה מלבנית יותר. הוא נקרא “לרבע את העקומה”, כלומר, לדחוס את המוגבלות שעומדת בין התחלואה והתמותה, ולמשוך את התחלואה עד לפטירה מבלי להתנסות במוגבלות. יוצא, אפוא, שהופעת המוגבלות מתמזגת עם התמותה.

מה מייחד את אבחון האדם המבוגר? המודל האבחנתי המקובל ברפואה הוא שלצורך אבחון מחלה עלינו לקחת היסטוריה רפואית ומשפחתית (אנמנזה), ולאחריה בדיקה גופנית מערכתית (review of system), ולבסוף בדיקות מעבדה והדמייה ואז נקבל אבחנה. אך אצל האדם המבוגר תהליך זה כרוך בקשיים. רופאים נתקלים בבעיות רבות של שפה ותקשורת (כמו בעיות שמיעה, ראייה, קוגניציה ואפקט), המקשים על קבלת תמונה מלאה ונכונה של ההיסטוריה הרפואית.

בבדיקה גופנית מערכתית של האדם המבוגר עלולים להתגלות ממצאים גופניים שמקורם במספר רב של מחלות ופתולוגיה מרובה, שאינם תמיד רלוונטיים לתלונה המייצגת. בבדיקה אין התייחסות לבעיות של תפקוד ביום-יום כגון שליטה על סוגר השתן, חוסר יציבות בהליכה ובעמידה, תקינות החושים והמצב השכלי (קוגניציה). בדיקות המעבדה וההדמייה לא תמיד יפוענחו בצורה נכונה עקב שינויים פיזיולוגיים של הגיל המבוגר.

הפתרון הוא ביצוע הערכה גריאטרית כוללת (Comprehensive Geriatric Assessment – CGA), הרואה את המטופל לא רק בהיבט הגופני אלא גם בהיבט החברתי והאישיותי, באמצעות התוצר התפקודי שפוגע בחיי היום-יום של המטופל. הצוות הרב-מקצועי יאבחן ויתן מענה לצרכים (Stuck, 1993).

ביצוע הערכה גריאטרית כוללת. הערכה זו מתבצעת על ידי צוות רב-מקצועי: רפואי, סיעודי, שיקומי וחברתי. במהלך הבדיקה על הנבדק לבצע מטלות ממגוון תחומי החיים, החל ממטלות בסיסיות של רחצה, אכילה ולבישה, דרך מטלות של ניהול משק בית הכוללות ניהול קניות, פעילות כספית ונטילת תרופות, ועד מטלות מורכבות ביותר של האינטלקט, תפקוד החושים והתקשורת הבין-אישית. ההערכה תתבצע באמצעות ביצוע המטלה הנדרשת או דרך מתן תשובה על שאלה. הצוות משתמש בכלים בעלי תוקף מדעי הנותנים הערכה כמותית לבעיות התפקודיות שנבדקו. ניתן לפשט ולומר שההערכה הגריאטרית הכוללת היא מעין 'ארגז כלי עבודה' שממנו ניתן לשלוף לפי הצורך הערכות, מדידות ושאלונים (כלים) הקשורים לביצועים וליכולות של המטופל בתפקודו היום-יומי. למשל, יכולות הליכה ושיווי משקל, תקינות הראייה והשמיעה, והערכת התחום השכלי והרגשי.

אילו קטגוריות תפקודיות מוכרות? קיימות חמש קטגוריות המוכרות על ידי רשויות המדינה ומזכות בסיוע או במציאת מקום אשפוז;

היכולת לבצע מטלות ללא עזרה מאדם אחר (ניתן להשתמש באביזרי עזר) הן בתפקוד הבסיסי היום-יומי והן בניהול משק הבית.	'זקן עצמאי'
מתקשה לבצע מטלות בניהול משק הבית, ונזקק לעזרה של אדם אחר. מסוגל לבצע מטלות בסיסיות יום-יומיות ללא עזרה או עם עזרה קלה (תלותי קל).	'זקן תשוש'
חסר יכולת לבצע מטלות בסיסיות יום-יומיות גם עם עזרה. הוא בדרך כלל מרותק לכיסא גלגלים וחסר שליטה על אחד הסוגרים (תלותי קשה).	'זקן סיעודי'
נוסף על ההגדרה הקודמת סובל גם מהבעיות הבאות: פצעי לחץ עמוקים ומפושטים, הזנה דרך הווריד, מחלת סרטן פעילה, מקבל דיאליזה, צורך חמצן במשך רוב שעות היום וסובל ממחלות ממערכות הדורשות ניטור רפואי וסיעודי צמוד.	'זקן סיעודי מורכב'
מתקשה בביצוע מטלות בסיסיות יום-יומיות ובניהול משק הבית עקב ירידה שכלית ניכרת.	'זקן תשוש נפש'

ביטוח לאומי, משרד הבריאות, משרד הרווחה, רשויות מקומיות וקופות החולים מעורבות בהגדרה ובמימון המטופלים. ריבוי הרשויות גורם קושי למטופלים ולבני משפחותיהם, הן בהכרת ההגדרות ועמידה על זכויותיהם, והן בהתמצאות בסבך הביורוקרטי.

גמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי. מאז 1988 משולמת גמלת סיעוד מכוח חוק הביטוח הלאומי. זכאים לגמלה תושבי ישראל גברים בני 67 ונשים בנות 65 המתגוררים בקהילה והתלויים בעזרת הזולת בביצוע רוב פעולות היום-יום או הזקוקים להשגחה. גמלת הסיעוד ניתנת באמצעות הספקת מטפלות לעזרה בפעולות היום-יום ובהשגחה, לצורכי טיפול במרכז יום, לקבלת משדרי מצוקה, לשירותי כביסה, להובלת ארוחות ולאספקת מוצרי ספיגה. הגמלה אינה משולמת ישירות למטופל אלא לחברה המספקת את שירותי הסיעוד.

ניקוד של 2.5 נקודות מזכה ב־9 שעות שבועיות, ניקוד של 6 נקודות מזכה ב־16 שעות שבועיות וניקוד של 9 נקודות מזכה ב־18 שעות שבועיות. הניקוד של הביטוח הלאומי מחושב לפי מספר תפקודי יום-יום (ADL) והם: נייחות, נפילות, הלבשה, אכילה, רחצה והפרשות. נוסף על כך, הצורך בהשגחה מלאה או חלקית, תוספת לבודד ולעיוור. מספר

המטופלים המקבלים גמלת סיעוד עומד כיום על 133,000. אומדן אחוז המוגבלים (אחת מתוך שש פעולות היום-יום) מבני 65 ומעלה בקהילה עומד על 17 אחוזים. עם העלייה בגיל, אחוז המוגבלים עולה (משאב, קשישים בישראל, 2009).

מהם המודלים להבנת הפגיעה בתפקוד? הירידה בתפקוד נקראת בשפה המקצועית מוגבלות (disability). היא משמשת מודל להבנת השיקום הגריאטרי. קיימים שלושה מודלים להבנת מוגבלות התפקוד והשיקום בגריאטריה (Minaire, 1992).

המודל הקלסי שנקבע על ידי ארגון הבריאות העולמי (WHO) בשנות השישים של המאה העשרים, מראה רצף שמתחיל במחלה, עובר לפגיעה מבנית באיבר, ומסתיים במוגבלות תפקודית ונכות (disease ⇒ impairment ⇒ disability ⇒ handicap).

המודל הרפואי מראה גם רצף ממחלה לפגיעה מבנית, להגבלה תפקודית ורק בסוף למוגבלות (ללא נכות). המודל מאפשר לעצור את תהליך ההתדרדרות בכל שלב. למשל, קושי בעליית מדרגות או הגבלה תפקודית של חציית כביש תבוא על פתרונה באמצעות תרגילי פיזיותרפיה לחיזוק שרירי הרגליים או באמצעות תרגילים ליישוב הגוף שימנעו הגעה למצב של מוגבלות. ניתן גם לספק מכשיר עזר מתאים בעזרתו יחוש המשתמש ביטחון במהלך הפעילות.

המודל החדש של ארגון הבריאות העולמי משנת 2001 הוא המודל החברתי שבו נלקחים בחשבון גורמים סביבתיים (פיזיים וחברתיים), אישיותיים (תרבותיים ורמת חינוך), נוסף על המחלה ופגיעותה. מודל זה רואה בכל אלו גורמים המשפיעים על הפגיעה במבנה האיבר, בתפקודו היום-יומי וברמת מעורבותו בבית ובחברה. התוצר של מכלול זה הוא מוגבלות. מהם ארבעת ענקי התפקוד? כשנתבקשתי ללמד בבית ספר לסיעוד מבוא לגרונטולוגיה ולהסביר מהי גריאטריה אמרתי לעצמי שאספר להם על 'ארבעת הענקים', מושג שטבע אחד מבכירי אבות המקצוע, פרופ' ברנרד איזקס בספרו אתגר הגריאטריה שהופיע בהוצאת אוניברסיטת אוקספורד (Isaacs, 1992).

'ארבעת הענקים' הם פגיעות משמעותיות "ענקיות" בתפקוד הבסיסי של האוכלוסייה המבוגרת, הגורמות למוגבלות בתפקוד היום-יומי. הפגיעות הללו אינן משפיעות רק על איבר אחד או על תפקוד מסוים, אלא מקרינות לרעה גם על איברים שונים ותחומי תפקוד מגוונים.

ארבעת הענקים הם: חוסר תנועה, אי-יציבות, אי-שליטה על סוגר השתן, פגיעה שכלית. יש המוסיפים גם תופעות לוואי המתרחשות במהלך טיפול (יאטרוגניות).

הפגיעות המשמעותיות הללו נובעות ממחלות מתקדמות (אירועים מוחיים, שברי אגן, בעיות פרקים, סוכרת, מחלות לב ודמנציה) ומגורמים נוספים (חברתיים ותרבותיים), שהביטוי הקליני שלהן הוא קושי תפקודי כמו קושי ללכת ולהניע את אחד האיברים, נפילות, אובדן שתן, בלבול ושינוי התנהגות ותופעות לוואי של תרופות.

באילו כלים נאמוד פגיעה תפקודית? קיימים כלים תפקודיים לכל תחום. בתחום התפקוד הבסיסי היום-יומי (ADL) נבדקים שישה נושאים והם: רחצה, הלבשה, שימוש בשירותים, יכולת לעבור משכיבה לישיבה ולקימה, שליטה על הסוגרים ואכילה. תחום תפקודי עם מטלות מורכבות יותר הוא ניהול משק הבית (IADL). נבדקים בו שמונה נושאים: הכנת ארוחות (בישול), קניות, ניקיון הדירה, כביסה, שימוש בתחבורה, שימוש בטלפון, נטילת תרופות וניהול כספים.

בשאלת שיווי המשקל נבדקת יכולת ההליכה לאורך שלושה מטרים ממצב ישיבה וקימה מכיסא וחזרה לישיבה (מבחן קום ולך). ביצוע המטלה בתוך 15-20 שניות נחשב לתפקוד הליכה תקין. מטלה נוספת היא חמש פעמים קימה מכיסא ללא עזרת ידיים במשך דקה.

המטופל נבדק במספר מצבים בעמידה עם עיניים פתוחות וסגורות. המצבים הם: רגליים צמודות, רגל אחת קדימה עד חצי כף הרגל האחרת (סמייטנדם) ורגל שעקבה האחד עוקב את האגודל של הרגל השנייה (טנדם). יכולת עמידה במשך 10 שניות מבלי ליפול בכל אחד מהמצבים מצביעה על שיווי משקל סטטי תקין. מטלה אחרת היא יכולת השמירה על איזון הגוף בעמידה והימנעות מנפילה למרות דחיפה בחזה או בגב.

התחום הנפשי נבדק על ידי שאלות הקשורות למצב הרוח ולמידת ההנאה בחיים. התחום השכלי נבדק על ידי שאלות בזיכרון של מספר חפצים וחזרה עליהם מיד ולאחר זמן, התמצאות במקום ובזמן וזיהוי אנשים. יכולת קשב וריכוז נקבעים על ידי החסרת המספר שבע ממאה במשך חמש פעמים ותפקודי שפה נוספים.

תפקוד החושים: חדות הראייה נבדקת על ידי קריאה של מספרים ממרחק של 35 ס"מ מלוח מואר של מספרים בגדלים שונים. חוסר ראייה של מספרים מנקודת חתך של 20/40 מאבחן ירידה בחדות הראייה. מבחן הלחישה לבדיקת השמיעה מתבצע על ידי השמעת שאלה פשוטה למשל "מה שמך" כשהבודק מסתיר את שפתיו או בא מאחורי הנבדק.

לסיכום, התפקוד הוא לב הבעיה בתחום הגריאטרי. זהו הדבר העיקרי שמפריע למטופל. על הצוות המטפל להתמקד בבעיות התפקוד מתוך מטרה למזער אותן עד המינימום האפשרי.

פצילות מונעת ובגיקות הקופסא

המניעה הוכרה כחלק מהרפואה המודרנית המתחלקת בין הטיפול הריפויי (curative) והטיפול המניעתי (preventive). על הרופא לעסוק בטיפול המניעתי כחלק אינטגרלי ממתן השירות הרפואי. לאחרונה, קופות החולים התחילו להבין את התועלת הצפויה מפעילות מניעית והן אף מוכנות לממנה.

המניעה בגיל המבוגר אינה פופולרית והיא אחד הנושאים הבעייתיים של מקצוע הגריאטריה. האדם מטבעו נוטה לעסוק במציאות העכשווית, ולטמון את הראש בחול בכל מה שנוגע לעתיד.

"הכול גזרת הגורל", שמעתי לא פעם, "הכול נגזר מלמעלה", "מה כבר ניתן לשנות", "הכול בגנים, בתורשה". על פניו, אמירות אלה נשמעות צודקות, למרות שגם אם הכול נגזר מלמעלה עדיין יש צורך בהשתדלות מלמטה. הטוענים להשפעת התורשה מתעלמים במכוון מגורמים סביבתיים והרגלי חיים שפוגעים בגנים ומשפיעים לרעה.

ככל שתוחלת החיים מתארכת, יחסו השלילי של המטופל המבוגר לטיפול מניעתי רק מחריף. "מה שנפגע עד עתה לא ניתן לתיקון ואת הנעשה אין להשיב". אומרים המטופלים, "בגילי, מה ניתן כבר לשנות? בשביל מה כל הטרחה הזאת?" כידוע, קיים קושי לשנות הרגלי חיים ודפוסי מחשבה, בפרט בגיל המבוגר.

ישנה תועלת רבה בשינוי הרגלי חיים ובטיפול מניעתי בגיל המבוגר. היא מסייעת במניעת סיבוכים של מוגבלות תפקודית ממחלות ובדחייתם, במזעור המוגבלות ובהורדת התלות במידה וקרתה.

■ להלן שני סיפורים המצביעים על גישות שונות לטיפול המניעתי:

מנשה הנגר ותסמונת בת היענה

מנשה היה נגר במקצועו, ירושלמי אסלי מדורי דורות. הוא היה גבוה, רחב כתפיים ומלא, שאהב מאוד את עבודתו. פעם סיפר לי שהמגע עם העץ וריח הנסורת "עושה לו טוב". הוא נשם את העץ. כשהגיע אליו יכולתי אף אני לחוש בריח הנסורת שדגדג בקצה אפי. הוא לא הגיע אלי כדי לקבל ייעוץ לעצמו, אלא בקשר להוריו ולאשתו.

באחת הפעמים שוחחתי עמו והמלצתי לו שיערוך בדיקות לאיתור מחלות ומניעתן, ואף מניתי בפניו את הבדיקות שברצוני שיבצע. הדגשתי בפניו שהוא מתקרב לגיל 60,

ורצוי למנוע את הניתן למניעה. באותה הזדמנות יעצתי לו לחדול מעישון סיגריות עקב הסכנות הרבות הכרוכות בכך והמלצתי לו לרדת במשקל ולהפחית את סך הפחמימות, למרות עבודתו הפיזית.

תחילה הוא דחה את בקשותי בטענות רבות: "אני רואה בני מאה שמעולם לא ביקרו אצל רופא. בכלל הגורם התורשתי הוא הקובע, ולנו אין הרבה מה להשפיע. אני מרגיש טוב, למה הרופא רוצה לעשות אותי חולה? לא צריך להיכנס לפאניקה בגלל שמונה סיגריות ביום. גם בין הרופאים קיימים חילוקי דעות בנושא המניעה והאינטרסים הכלכליים משפיעים. כל יום אנו שומעים על שינוי בגישה שהייתה מקובלת עד היום". לבסוף הוא נעתר לפנייתי.

לאחר שהתקבלו תוצאות הבדיקות זימנתי אותו אליי, והופתעתי לשמוע שהוא תולה בי את האשם לתוצאות השליליות שלהן. "אחרי שעשיתי את בדיקות הדם שהמלצת, אני מרגיש חולה", הטיח בפניי מנשה בכעס. התפלאתי מהטון שלו, מזגו הטוב היה ידוע לי מטיפולי בהוריו. כשראה שאיני מבין מה הבעיה המשיך והסביר: "עד היום הרגשתי טוב, הכול היה בסדר, עכשיו אומרים לי שנמצאה אצלי רמה גבוהה של כולסטרול בדם, ואף הסוכר בערכים גבוהים. עליי לרדת במשקל והופניתי לדיאטנית לשנות את הכלכלה. האחות ביקשה שאבוא לבדיקת לחץ דם חוזרת מאחר שבבדיקה נמצאו ערכים גבוהים והיא אינה רוצה לקבוע על סמך תוצאות בדיקה אחת. מי היה צריך את זה? הייתי בריא עד שעשיתי את הבדיקות, ועכשיו אני חולה, הבנת דוקטור?" הבנתי שמנשה מרגיש שיש עליו תווית של חולה ואני קשור לכך.

לא המחלה היא שעושה אותנו חולים אלא החולי. האופן שבו אנו תופסים את גופנו ביחס לעצמנו, וכיצד אנו נתפסים בעיני הסביבה. גם לפני כן מנשה סבל מהשמנת יתר, מרמת שומנים גבוהה, מסוכר גבוה ומיתר לחץ דם, אך הוא העדיף לטמון ראשו בחול. תסמונת בת היענה – למה להתמודד עם בעיות אם אפשר לטאטא אותן? אבל זו בדיוק חובתו של הרופא, לגרום לחולה להיות מודע לגופו, ולהתמודד בצורה נכונה ובאמצעות טיפול מתאים בבעיות גופניות ונפשיות.

הסברתי למנשה שהרפואה כיום מאפשרת להתמודד עם בעיות כמו שלו בצורה טובה ביותר. טיפול מניעתי עשוי לאתר את המחלות בשלבים המוקדמים ולמנוע את התפתחות הנזקים הקבועים והירידה התפקודית. כדי להדגיש את דבריי הבאתי את הממצאים שהתפרסמו לאחרונה והמוכיחים כי מספר המקרים של התקפי הלב והאירועים המוחיים פחתו בשנים האחרונות הודות לטיפול התרופתי המניעתי.

כששוחחתי עם אשתו היא סיפרה: "הוא הביט בתוצאות המעבדה והקריא לי בקול את התוצאות. כשהגיע לבדיקת הכולסטרול קרא בקול '230 מ"ג' ולמרות שראה את הכוכבית שיוצאת מחוץ לקו הנורמה, שמשמעו רמה גבוהה מדי, הוא לא התייחס והמשיך הלאה. כך היה גם עם בדיקת הסוכר והטריגליצרידים שחרגו מהנורמה". 'הכול בסדר' הוא אמר לי..."

"מנשה, הרי יש לך תוצאות לא תקינות במספר בדיקות, איך אתה אומר שהכול בסדר?", שאלתי. הוא החזיר לי מבט לא מבין. "ברוך הבא למועדון, מהיום נתחיל ללכת ביחד מסביב לשכונה וניקח שנינו את הכדורים להורדת השומנים והסוכר". חייכתי.

יוחנן ומשקפי הראייה

יוחנן נפל בבוקר. זה קרה מאחר והוא לא מצא את משקפיו שנועדו לראייה לרחוק. משקפי הקריאה הטעו אותו והוא שכח מקיומה של המדרגה היחידה ביציאה מביתו. חבטה גדולה נשמעה כשהוא נפל על צדו השמאלי. המטפלת חשה אליו מהמטבח מצאה אותו שוכב וכאוב ולא היה בכוחה להרימו. היא הזעיקה אמבולנס ואובחן שבר באגן, שנותח.

כדי לשפר את מצבו וליצור אצלו מוטיבציה מוגברת, המלצתי בפניו להצטרף למחלקה שיקומית לתקופה קצרה. "כדאי שתראה עוד אנשים במצבך שמצליחים ללכת, ותלמד מהפיזיותרפיסט ומהמרפא בעיסוק טכניקות להקלה בהליכה.

לאחר שבועיים במחלקת שיקום, ולאחר שהלך עם הליכון, יוחנן ביקש לחזור לביתו. תמכתי בהחלטתו להמשיך את תהליך השיקום בבית. נתתי לו מספר עצות כיצד למנוע נפילות נוספות, ואיך להתאים את הדירה למגבלותיו הפיזיות. המלצתי לו להתייעץ עם מרפא בעיסוק כדי שיתאים את הדירה למגבלותיו הגופניות ויدير אותן כיצד להשתמש בהליכון.

השינויים שעשויים היו למנוע נפילות ולאפשר את המשך שיקומו בבית הם: הרחבת הכניסה לשירותים כדי לאפשר כניסה עם הליכון, התקנת מאחזים בחדרי השירותים והוספת הגבהה למושב האסלה.

ביררתי אם קיימת אפשרות להחליף את עדשות משקפיו בעדשות ביפוקל או מולטיפוקל, כך שישתמש בזוג אחד בלבד ולא יהיה תלוי בזוג נוסף. במידה ולא יסתגל לזוג אחד,

נחשוב על טכניקה שתזכיר לו היכן הניח את משקפיו או, לחילופין, לרכוש שרשרת שתחובר למשקפיו ותהיה תלויה על צווארו.

הפניתי אותו לשיקום ביחידת היום של קופת החולים, להמשך פיזיותרפיה ופעילות חברתית. המטרה הייתה לשקמו מהנפילה ולמנוע את הסיכון הכרוך בנפילה הבאה.

הפתרון לבעיית המשקפיים הגיע ממקור בלתי צפוי, כעבור חודש יוחנן בא לבקר אותי. כשתיתי לפשר מצב רוחו המרומם, הוא סיפר שטוב לו במחלקת השיקום, כיוון שהוא מצא שם חברה שמזכירה לו להרכיב את המשקפיים הנכונים...

הנחת היסוד בטיפול במניעה אומרת שבמידה ונעשה בדיקות סינון או בדיקות תקופתיות ונזהה את המחלה מוקדם ככל האפשר וכתוצאה מכך אורח החיים ישתנה לסגנון חיים בריא יותר, אזי רמת התפקוד תשתפר ונגיע לאיכות חיים טובה יותר ומשך החיים אף הוא יהיה ארוך יותר.

הדגם הקלאסי של תכניות מניעה. אנו מחלקים את המניעה באוכלוסייה לשלוש רמות: מניעה ראשונית נועדה להרחיק את הופעת המחלה. היא מתבצעת על ידי העלאת העמידות של גוף האדם בעזרת חיסונים, יצירת סביבה בריאה יותר וקיום אורח חיים בריא יותר.

מניעה שניונית נועדה לאיתור מוקדם של המחלה ולמניעת הסיבוכים הצפויים ממנה. מניעה שלישונית נועדה למזער את סיבוכי המחלה שכבר קיימים.

טבלה 1

תכניות מניעה לאוכלוסייה המבוגרת לפי סיווג של מניעה ראשונית, שניונית ושלישונית

מניעה ראשונית	מניעה שניונית	מניעה שלישונית
חיסון נגד שפעת	משטח לנרתיק לגילוי גידולים	הערכה גריאטרית
חיסון נגד דלקת ריאות	ביצוע בדיקת דם סמוי בצואה	טיפול בכף הרגל
חיסון נגד טטנוס	בדיקת שד עצמית	טיפול דנטלי
הפחתת כולסטרול	ממוגרפיה	תרגילים למניעת הרטבה
איזון לחץ דם	בדיקה לגילוי שחפת	מניעת תלות באחרים
מניעת עישון	תת־פעילות בלוטת התריס	
ביצוע פעילות גופנית	איתור דיכאון	
מניעת השמנה	בדיקת ראייה ושמיעה	
חגורות בטיחות	טיפול בחלל הפה	
יצירת סביבה ידידותית למניעת נפילות	טיפול בלחץ דם גבוה, סוכרת, שומנים בדם	
תמיכה חברתית		

מה מייחד את הגיל המבוגר? באוכלוסייה המבוגרת ישנו יתרון נוסף לטיפול מניעתי, שאינו קיים באוכלוסייה הכללית. האדם המבוגר מגיע לשלב המתקדם של חייו עם רמה אישית של משאבים (רזרבות) בריאותיים: גופניים, קוגניטיביים וחברתיים. הסף האישי הוא תוצאה של שינויים פיזיולוגיים תלויי גיל, שינויים בהרגלי חיים, תורשה וחשיפה סביבתית. ככל שהרזרבות מתמעטות אנו קרבים יותר לקו האדום של המצבים הפתולוגיים. אם נגיע לגיל המבוגר עם כמות רזרבות נמוכה וסף אישי נמוך, הרי שנגלוש מוקדם יותר במשך השנים שנותרו (בגיל נמוך מ־75) לקו האדום של המצב הפתולוגי. דוגמאות ניתן לראות במצבים פיזיולוגיים של דלדול עצם (אוסטאופורוזיס), בטרשת עורקים (אטרסקלרוזיס) ובדלדול השרירים (סרקופניה). בשלושת המצבים הללו נראה שככל שמסת העצם ירודה יותר, הגלישה לאוסטאופורוזיס, אי־נוחות ושברים תהיה מוקדמת. באותה מידה, ככל שעורקי הדם צרים יותר, נגלוש מוקדם יותר לטרשת עורקים חסימתית העלולה לגרום להתקפי לב, פגיעות בכלי הדם, בכליות ובעיניים, ואירועים מוחיים. וככל שדלדול השרירים יהיה גדול יותר, הפגיעה ביכולת ההליכה ותדירות הנפילות תהיה גבוהה יותר. עקומת השיפוע של השינויים על העצם, כלי הדם והשרירים היא אישית. על כל אחד לנסות לשנות את זווית השיפוע של הגלישה, כדי שיגיע לגיל המבוגר עם רזרבות גבוהות ככל האפשר של משאבים בריאותיים. נמצא כי פעילות מניעתית בכל המצבים הללו דחתה ואף מנעה את הפתולוגיה.

האם הפעילות המניעתית יעילה? רבים שואלים אם יש טעם במניעה בגיל המבוגר. הרי מה שלא נמנע בגיל הצעיר כבר נפגע, והמחלה כבר הופיעה וסף הרזרבות ממילא נמוך. התשובה היא שניתן לעשות הרבה גם בגיל המבוגר. ניתן לשנות את זווית השיפוע, כך שהגלישה הצפויה תהיה אטית יותר ולא נחצה את הסף הפתולוגי מוקדם אלא רק בגילאים מאוחרים.

כיום, כשתוחלת החיים עלתה, והאדם המבוגר בן ה־65 צפוי לחיות 15-20 שנים נוספות, ההתייחסות אליו צריכה להיות כמו לכלל האוכלוסייה. עלינו להתמקד באיתורם המוקדם של המחלות על מנת למנוע סיבוכים והידרדרות. אצל האדם המבוגר בן ה־85, הצפוי לחיות 5-7 שנים נוספות, עלינו להתמקד במניעה שלישיונית המתרכזת במזעור הפגיעה התפקודית ובמתן דגש על איכות החיים.

לאילו מצבים רפואיים יתאימו תכניות מניעה בקרב המבוגרים? כאשר למחלה שאותה אנו רוצים למנוע יש פגיעה משמעותית והשפעה גדולה על איכות החיים של המטופל.

כאשר קיים טיפול מוכח במחלה לאחר שהיא זוהתה, דהיינו שהטיפול אכן מוריד בצורה משמעותית את התחלואה והתמותה ממנה.

כאשר ההשפעה המיטבית של הטיפול תהיה תוך פרק זמן קצר, כך שהמטופל יזכה ליהנות מההשפעה המיטבית.

כאשר המחלה שבה אנו מתערים היא בעלת שכיחות גבוהה שמצדיקה את העלות והטורח שבמניעתה, מניעת לחץ דם גבוה, למשל, עונה על כל הדרישות (Grundy, Balady, Gordon, et al., 1998).

המניעה השניונית (secondary prevention). המניעה השניונית מקובלת מאוד בקרב האוכלוסייה המבוגרת. היא נועדה לאתר מחלות בשלב המוקדם, לדוגמה תכניות למניעת פגיעה במערכת הלב וכלי הדם (קרדיווסקולריים), לאתר לחץ דם גבוה ולעקוב אחריו, למנוע היצרות (טרשת) העורקים, למנוע סיבוכים הצפויים לאחר התקף לב ומצבים של אי־ספיקת לב ואירועים מוחיים (Williams, Fleg & Ades 2002). ישנן תכניות טיפוליות למניעת אוסטאופורוזיס באמצעות פעילות גופנית, תזונה נכונה עשירה בידן, ויטמין D ותרופות בונות עצם.

תכניות לירידה במשקל, הימנעות מאכילת מזונות עשירים בשומנים, לקיחת תרופות המורידות שומנים בדם, פעילות גופנית, כלכלה עתירת סיבים ואיזון סוכרת.

האם המניעה הראשונית עדיין רלוונטית? התשובה היא כן. כיום נמצא שגם מניעה ראשונית מתאימה לאוכלוסייה המבוגרת. למשל, פעילות גופנית להגברת מסת השרירים באמצעות תרגילי כוח והרמת משקולות יכולה להחזיר את כוח השרירים לאדם בגיל המבוגר, ולהגיע לאותה רמה של אדם צעיר שאינו מפעיל את שריריו כיוון שעבודתו מתבצעת בישיבה. הגברת כוח השרירים תמנע נפילות ותחזק את העצמות, תמנע הגעה למצב של אוסטאופורוזיס ותשמור על רמת תפקוד גבוהה ואיכות חיים.

מניעה של מפגעים סביבתיים העלולים לגרום לנפילות. הפחתה במספר התרופות ושימוש מושכל בהן יפחיתו תופעות לוואי עתידיות. חיסונים נגד שפעת ונגד דלקת ריאות פנאומוקוקלית מייצגים מניעה ראשונית. חלק מההתערבויות במניעה הראשונית מצריכות שינויים בהרגלי החיים ובהתנהגויות מושרשות וקשות לשינוי, כמו הפסקת עישון ותזונה מאוזנת וסדירה (Ridker, 2001).

מה עם מניעה שלישיונית בגיל המבוגר? מאחר ובמקרים רבים המחלות והליקויים כבר קיימים, המאמץ יתמקד במניעה השלישיונית, שהיא מניעה ומזעור הפגיעה התפקודית, דהיינו, למרות המוגבלות לאפשר לתפקד. זהו עיקר עבודת המניעה בגריאטריה. הפגיעות התפקודיות מתבטאות בקושי בביצוע מטלות בפעילות היום-יומית, והן אלו המפריעות בסופו של דבר וקובעות את איכות החיים. לדוגמה, מטופל לאחר אירוע מוחי עם חולשה במחצית פלג גופו התחתון. המניעה השלישיונית תהיה בהחזרתו למצב של הליכה עם ניידות מחוץ לבית, השבת יכולתו לשלוט על סוגר השתן ומציאת עיסוק למילוי שעות הפנאי ובהחזרתו לקהילה. הטיפול יהיה במעורבות של צוות רב-מקצועי. כנ"ל טיפולים לשמירת יציבות המטופלים עם אי-ספיקת לב, ומתן דיאליזה למטופל עם אי-ספיקת כליות.

אם כך, חלק מרכזי בטיפול באוכלוסייה המבוגרת הוא מניעה שלישיונית, דהיינו למזער פגיעה התפקודית ולאפשר תפקוד יום-יומי ככל הניתן למרות הפגיעה.

האם קיימות תרופות פלא? לא, אבל עובדים על פיתוח כדור שיכיל מספר הרכבים של תרופות שהוכחו כמונעות מחלות כלי דם ולב: אספירין במינונים נמוכים לדילול הדם, הרכב ממשפחת מעכבי אנזים האנגיוטנסין (ACE inh) למניעת אי-ספיקת לב, משפחת הסטטין להורדת הכולסטרול, משפחת חוסמי בטא להאטת קצב הלב והגדלת נפח הפעימה, ויטמין B12 וחומצה פולית למקרים של הומוצסטין. אין ראיות מוכחות בספרות המקצועית שנטילת ויטמינים מועילה למניעה. למרות זאת מומלץ לקחת באופן קבוע חומצה פולית, סידן וויטמין E.

בעיות בביצוע בדיקות תקופתיות. ביצוע בדיקות תקופתיות לכלל האוכלוסייה המבוגרת מחייב עמידה בקריטריונים רפואיים ברורים. ראשית, שהבדיקה אינה מסוכנת. האוכלוסייה המבוגרת חשופה ופגיעה לתופעות לוואי של תרופות או התערבויות שונות. שנית, עליה להיות בעלת רגישות (sensitivity) גבוהה, דהיינו יכולת רבה לאיתור המחלה. כמו כן עליה להיות בעלת סגוליות (specificity) גבוהה שהממצא או המחלה הקיימים אכן אמתיים.

הדילמה קשה במיוחד מאחר וקיימים ארגונים רבים עם אינטרסים שונים, וגם כיוון שהאוכלוסייה המבוגרת הוצאה מרוב המחקרים וקיימים מעט נתונים שניתן לשפוט אותם בעין מקצועית. עם זאת קיימת תחושה חזקה של ערך מניעתי יעיל גם לאוכלוסייה זאת.

"כוח המשימה לבדיקת השירותים המניעתיים" בארצות הברית והמלצותיו. ריבוי הארגונים וההמלצות בארה"ב הביאו, בשנת 1984, להחלטה בדבר הקמת גוף מקצועי

שנקרא "כוח משימה לבדיקת השירותים המניעתיים" US Preventive Services Task Force (USPSTF) כוח המשימה הוא גוף עצמאי המאויש על ידי 15 מומחים במגוון תחומי הרפואה. מטרתו לסקור בשיטתיות את הממצאים מהספרות הרפואית העולמית, ולפרסם המלצות מבוססות (evidence data base).

כוח המשימה ריכז את המלצותיו בספר "מדריך לשירותי בריאות מניעתיים" שפורסם לראשונה ב־1989, ובמהדורתו האחרונה מ־2007. <http://epss.ahrq.gov>

כוח המשימה האמריקאי קבע המלצות למניעה ולבדיקות תקופתיות בגיל המבוגר המופיעות בטבלה 2 (Harris, Helfand, Woolf, 2001).

טבלה 2

תכניות מניעה ובדיקות מומלצות לאיתור מוקדם של מחלות אצל מבוגרים

המלצות	הליך רפואי/בדיקה	
בכל בדיקה אצל הרופא, לפחות אחת לשנה עד שנתיים.	בדיקת לחץ דם	המלצה על פי USPSTF
כל שנה החל מגיל 40.	בדיקת שד (על ידי רופא)	
אחת לשנה-שנתיים בגיל 50-69 ולהמשיך לבצע כל שנה עד שלוש שנים בגיל 70-85.	ממוגרפיה	
לאחר שלוש בדיקות שנתיים שליליות יש לבצע בדיקה כל שנתיים-שלוש. לאחר גיל 65-69 ניתן לבצע בדיקה לעתים רחוקות יותר או להפסיק את הבדיקה.	בדיקת אגן/משטח מהנרתיק	
אחת לחמש שנים.	רמת כולסטרול	

המלצות	הליך רפואי/בדיקה	
בדיקה תקופתית במטופלים השייכים לקבוצות סיכון.	רמת גלוקוז	המלצה על פי USPSTF
רמות TSH לנשים מגיל 55 ולגברים מגיל 75.	תפקוד בלוטת התריס	
החל מגיל 65 יש לבצע בדיקה תקופתית אחת לשנה על ידי רופא עיניים.	בדיקת גלאוקומה	
על פי הצורך הקליני, יש לשים לב לכל הידרדרות במצב.	מצב מנטלי ותפקודי	
יש לבצע לפני החלטה על תחילת טיפול.	אוסטאופורוזיס (צפיפות עצם)	
אין המלצה לבצע, ניתן להפסיק מגיל 70.	פרוסטטה (בדיקה רקטלית PSA)	
על פי הצורך הקליני.	צילום בית חזה	
יש לתת סדרה ראשונית, וזריקת דחף כל 10 שנים.	חיסון טטנוס־דיפטריה	
כל שנה החל מגיל 65.	חיסון נגד שפעת	
חיסון מעל גיל 65 לפחות פעם אחת.	חיסון נגד דלקת ריאות	

המלצות	הליך רפואי/בדיקה	
כל שנה החל מגיל 50.	בדיקה רקטלית/דם בצואה	המלצות נוספות של ארגונים שונים
כל 5 שנים החל מגיל 50, או ביצוע קולונסקופייה כל 10 שנים.	סיגמואידוסקופייה	
כל שנה.	בדיקת חדות ראייה	
מעל גיל 70 בדיקה, ועל פי הצורך.	בדיקת לקויות שמיעה	
כל שנה.	בדיקת הפה, בלוטות לימפה, אשכים, עור, לב וריאות	
עידוד פעילות אירובית ותרגילי התנגדות.	ייעוץ לפעילות גופנית	
800-1500 מ"ג ליום.	סידן	
לגברים מעל גיל 50 יש לתת 80-325 מ"ג ליום או אחת ליומיים.	אספירין	
ויטמין E 400 מ"ג; כל יום כוסית יין.	ויטמין E; יין אדום	

ישנה חשיבות עליונה לשמירת משקל ודיאטה מאוזנת בגיל המבוגר. חובה להתייחס בהערכת המצב הרפואי גם למצב התזונתי. שפע המזון סביבנו מבטיח, לכאורה, מצב תזונתי תקין של האוכלוסייה המבוגרת. מחד גיסא, הגוף אינו נזקק לכל השפע הזה ומגיב בפתולוגיה של השמנת יתר ובמחלת הסוכרת, מאידך גיסא, קיימת שכיחות גבוהה של חסרים ותת־תזונה באוכלוסייה המבוגרת. נוסף על כך, ישנם דיווחים שחלק ניכר מהם אינם אוכלים את כמות הקצובה היומית הנדרשת בקלוריות ובמרכיבים התזונתיים (חלבונים וויטמין D למשל). מה קורה לגופנו כמזדקנים? מהי תזונה מאוזנת? לאיזה תזונה הגוף זקוק, ומהם הגורמים לתת־התזונה?

■ להלן מספר סיפורים המשקפים את המצב.

האישה שאהבה לאכול חטיפים

"תראה, דוקטור, בשביל מי עליי לבשל? הילדים יצאו מהבית, בעלי נפטר לפני שנים רבות ואני, ברוך השם, אישה עצמאית. יש לי פעילויות רבות, חוגים והתנדבות. אני אוהבת לעזור לאנשים. בקיצור, אני עסוקה מאוד ואין לי זמן עכשיו לעמוד במטבח ולבשל וגם אין לי למי. מה אני אוכלת? אני חוטפת כל מיני מאכלים שאני רואה בדרך, "ג'אנק פוד", אתם קוראים לזה. לחמניות עם נקניקיות, המבורגרים, פלאפל, ובעיקר חטיפים כמו של הילדים. גיליתי את החטיפים, ובמיוחד את המתוקים שבהם עם שלל הצבעים. גם עוגיות וממתקים זה ממש כיף. אני יכולה לחסל חפיסת שוקולד שלמה ואפילו שתיים, ואי אפשר בלי המשקאות התוססים והמיצים עם שלל הצבעים שאני ממש מכורה להם.

זה נכון שעליתי במשקל וגם קשה לי לצעוד כבעבר. הברכיים כואבות וקצת קשה לנשום בעלייה במדרגות, אז אני עוצרת, מסדירה את הנשימה וממשיכה. כשרופאה אמרה לי שהסוכר עלה, התחלתי לקחת תרופות להורדת הסוכר. גם הכוח בידיים שלי ירד, פעם הייתי סוחבת מהשוק שני סלים גדולים. בשנים האחרונות זה קשה לי, למרות שתחנת האוטובוס קרובה. טוב, אני לא צעירה, זה בטח הגיל שמקשה עליי לסחוב. אתה חושב שמחסור בחלבונים בגוף הוא הגורם לקושי בסחיבה? אני הרי אוכלת מספיק, תאמין לי, תראה אותי", היא צוחקת בפה מלא בעודה מראה לי את היקפיה המלאים.

האישה הממושמעת

"קשה לי ללעוס מאז שהשיניים התותבות שלי זזו ואינן מתאימות יותר ללסת. אני משתדלת לאכול אוכל מרוסק, בלנדר, כלכלה רכה ולעתים אוכל דייסות. בכלל, יש דברים שאני לא אוכלת, כמו ירקות שמאוד קשה לי ללעוס. דרך אגב, גם כשהיו לי שיניים תקינות לא נגעתי בירקות. זה עושה לי גזים ומאוד לא נוח לי. אני מפחדת שיעלה לי הכולסטרול אז אני נמנעת מבשר, מביצים ומגבינות, כי הם מכילים כולסטרול כפי שהסבירה לי הרופאה בקופת חולים. נאמר לי גם להימנע ממלח שגורם לעלייה בלחץ הדם, אז אני נמנעת. אני באופי שלי מאוד יקית למרות שנולדתי בפולין. אני מעדיפה את האוכל המסורתי, עוף מכובס בתוך מרק צח ללא מלח או תבלין. זה נכון שזה מעט תפל, אבל אני כבר רגילה. אני מוסיפה למרק גזר וקישוא, ואוכלת עם צנימים אותם אני טובלת במרק.

כיוון שהאוכל מאוד תפל אז אני ממעיטה באכילה כי זה לא מסב לי הנאה. כשהייתי צעירה מאוד דווקא אהבתי לאכול, בעלי ואני היינו יוצאים פעמים רבות לאכול במסעדות. היינו מבינים גדולים באוכל עוד בזמנים שזה לא היה באופנה כמו עכשיו. האם ירדתי במשקל? יכול להיות. ייתכן אף שחסרים לי ויטמינים מסוימים כמו חומצה פולית או סידן. כן, אני קצת ירדתי בגובה, קומתי שחה, כך אומרים וגם הגב מציק לי."

ברוניה איבדה את חדות החיים

"בעלי נפטר לפני מספר חודשים. עד אז ניהלתי משק בית למופת. הרביתי לאפות ולהכין תבשילים מבית אימא, וכל השכנים היו מגיעים למטבחי אם לא לטעום לפחות להריח. אתה זוכר שכשבאת לבקר את בעלי, נכנסת למטבח להציץ בתוך הסירים ואף פתחנו לכבודך שולחן ובו מבחר מתבשילי?" בוודאי שזכרתי. ברוניה ביקרה אותי במרפאה באחד הבקרים הירושלמיים הסגריריים בלבוש קיצי שאינו מתאים לתקופת השנה. שיערה היה סתור, לא מסורק והיא נראתה מרושלת. בגדיה היו תלויים עליה וניכר היה שירדה במשקל. זכרתי אותה כאישה מלאת גוף ושמחה תמיד, ואילו עתה איבדה את שמחת החיים. ברוניה ובעלה היו חשוכי ילדים. שניהם ניצולי שואה. ייחסתי את הפענה המרושלת למות בעלה ושאלתי אותה איך היא מסתדרת לאחר פטירתו ואם היא ממשיכה את סדר היום עם בישוליה. לא הייתי צריך לשאול הרבה. אך הזכרתי את בעלה והיא החלה לספר לי בבכי שאינה מסתדרת בלעדי, ונוצר חסר גדול בעולמה מאז פטירתו. "ארוחת הבוקר המשותפת שלנו, בה התחלנו את היום חלפה ואיננה. לאכול לבד לא מתחשק לי ובעיקר אין לי למי לבשל.

בעלי כל כך אהב את תבשילי ויהי מהלל אותם לפני כולם ורק בשבילו טרחתו." מאחר וחדלה לבשל, עשייה שמילאה את זמנה, ישבה מול תמונתו ובהתה בה במשך כל היום. ברוניה הלכה והצטמקה, הירידה במשקל ניכרה עליה. אבחנתי את מצבה כדיכאון והיא הסכימה עם אבחנתי.

ההערכה הגריאטרית חייבת לכלול גם את המצב התזונתי. לא תמיד ברור למטפלים המקצועיים שהמצב התזונתי הוא חלק מהמצב הרפואי. בגישה הרפואית אנו מתעדים את ההיסטוריה הרפואית, מבצעים בדיקה גופנית ובדיקות מעבדה שכוללים, נוסף על הבעיות הגופניות, גם את מצב התזונה.

הגדרה של תת־תזונה: תת־תזונה מוגדרת כחסר של מקרו או מיקרו מרכיבים בכלכלה שאנו אוכלים, דהיינו, כל מיעוט בסך הקלוריות, בחלבונים, במלחים מסוימים (מינרלים), בוויטמינים ובמרכיבים אחרים ביחס לצורכי הגוף. שכיחות גבוהה למשל, של חוסר קלוריות או חלבונים באוכל שאנחנו אוכלים שאינו מדביק את הצורך המטבולי של הגוף. הצורך המטבולי נמצא בהתאם לפעילות שלנו ולגילנו. מצב זה בו אנו ממעטים בצריכת חלבון ובסך הקלוריות נקרא בספרות המקצועית Protein Energy Malnutrition (PEM). לא רק חסר מרכיבים של קלוריות וחלבונים נחשבים כתת־תזונה, אלא גם ירידה במרכיבים ייחודיים כמו סידן, ויטמינים ממשפחת B ו־C, חומצה פולית, מלחים ומתכות חיוניות. (Visvanathan, Macintosh, Callary et al., 2003).

האוכלוסייה המבוגרת אינה מודעת לתהליכים הפיזיולוגיים החלים בגוף וקשורים לתזונה. התהליכים הם ירידה במסת השרירים והחלפתה ברקמת שומן, פיזור רקמת השומן יותר באזור המותניים, ודלדול בנפח השרירים וירידה בהיקפם בזרועות ובאזור הירכיים. הדלדול בנפח השרירים בידיים וברגליים גורם לירידה בחוזקם ובכוחם, וגורם לקושי לשאת משאות ולשאת את הגוף בהליכה. לכן עם העלייה בגיל יש צורך להעלות את צריכת החלבון ל־1 גרם לק"ג משקל גוף (בהבדל מ־0.8 גרם לק"ג באוכלוסייה הכללית). תת־תזונה איננה בהכרח ירידה במשקל, למרות שבדרך כלל ישנה נטייה לקשור זאת יחד. ניתן להיות בעל משקל יתר ולמרות זאת להימצא בחסר של מרכיבים תזונתיים חיוניים כמו חלבונים, ויטמינים ומלחים.

מדד מסת הגוף (Body Mass Index (BMI), שמשמעו משקל חלקי גובה בריבוע, נקבע כמדד מקובל בעולם להערכה של מצב התזונה. הרמה התקינה שנקבעה לאוכלוסייה המבוגרת היא של 23-29 ק"ג/מ² והיא הרמה המומלצת והבטוחה מבחינת השפעתה על הבריאות והחולי. 30 ומעלה נחשב כהשמנת יתר (obesity) ומתחת ל־23 נחשב כתת־משקל. שני המצבים הם בעלי סיכון.

למה חשוב לשמור על רמה תקינה של BMI? מחד גיסא, תת־משקל וירידה במשקל מהווים גורמי סיכון עצמאיים לתחלואה ולתמותה באוכלוסייה המבוגרת, מאידך גיסא, השמנת יתר מהווה גורם סיכון לתחלואה כרונית, מוגבלות תפקודית וירידה באיכות החיים.

נמצא כי מצב תזונתי ירוד מקטין את היכולת החיסונית של הגוף, מעלה את שכיחות הזיהומים ומאט את קצב ריפוי הפצעים. הירידה במסת השרירים ברגליים גורמת לקשיי תפקוד מוטורי, פוגעת ביכולת לשאת את הגוף ולקשיים בהליכה. בידיים הדבר מתבטא בקושי לשאת משאות. הירידה בשרירי החזה מקשים על יכולת הנשימה במיוחד במצבי חולי.

מצב של תת־תזונה יכול לכוון ולרמוז על הימצאות בעיה גופנית, נפשית, חברתית וכלכלית. נמצא שתת־תזונה מחוסר קלוריות או חלבון מאריכה את ימי האשפוז של החולים במחלות חריפות או לאחר ניתוחים. היא גם מעלה את רמת החשיפה לזיהומים במהלך האשפוז, ואת משך הריפוי של הפצע. היא גם מאטה את זמן חזרתו של החולה לתפקוד רגיל.

הגדרת ירידה לא מתוכננת במשקל. ירידה במשקל הגוף של בין אחוז אחד לשני אחוזים בשבוע, או חמישה אחוזים בחודש או עשרה אחוזים בחצי שנה, נחשבת ירידה במשקל. בדיקת המשקל חשובה ככלי מעקב לאיתור מטופלים עם בעיות משקל, ולרמוז על בעיות גופניות סמויות. על כן רצוי להישקל אחת לשנה ולוודא שאין שינויים במשקל.

כיצד נזהה מצבי תת־תזונה ונברר את הסיבות לירידה במשקל? היסטוריה רפואית ותזונתית – מי מכין את הארוחות? האם קיימים קשיים בהשגת האוכל או בעיות כלכליות במימון רכישת המצרכים? האם ישנם קשיים בשימוש במטבח שאינו נוח ומתאים, או קושי בשימוש בכלי אוכל עקב בעיות פרקים? ייתכן ששינויים תותבות לא מתאימות או חוסר שיניים הם הגורמים לקשיים בלעיסה. אולי בעיות בליעה עקב פגיעה נוירולוגית? יש לבצע בדיקה של הרגלי האכילה, לבדוק אם יש סדר יום וארוחות מסודרות או שחוטפים מכל הבא ליד כל פעם שרעבים, לברר מה מצב התיאבון ואם קיימות תרופות הגורמות לחוסר תיאבון, ליובש בפה, להאטה בפעולת המעיים ולעצירות (Reuben, 1995).

ניתן לסכם את ההיסטוריה התזונתית, הבדיקה הגופנית ובדיקות המעבדה כדלהלן:

1. שיחה עם המטופל וקבלת היסטוריה רפואית ותזונתית:

- רישום כלכלה יומית בשלושת הימים האחרונים.
- רשימת התרופות שהמטופל נוטל.
- הימצאות מחלות והגבלות בתפקוד.
- זיהוי מצבים חברתיים-כלכליים העלולים לפגוע בצריכת המזון.

2. בדיקה גופנית של המערכות הבאות:

- בדיקת פה ושיניים.
- בדיקה נירולוגית.
- בדיקת יכולת בליעה.
- בדיקה נפשית וקוגניטיבית.
- בדיקה גופנית פנימית (מחלות שונות במערכת העיכול או זיהומים).

3. ביצוע בדיקות למדדים ביוכימיים ופיזיולוגיים:

- BMI (משקל חלקי גובה בריבוע).
- ירידה במשקל של כחמישה אחוזים בחודש.
- אלבומין בדם מתחת ל-3.5 גרם.
- היקף השריר באמצע הזרוע נמוך.
- דלדול בעובי הקפל התת־עור בזרוע ובמותן.
- בדיקות נוספות לפי שיקול דעת רפואי (ספירת דם, ביוכימיה רמות ויטמינים וכו').

הגורמים לתת־תזונה בקרב זקנים. נמצאו גורמים רבים, ניתן לחלקם לשבע קבוצות עיקריות:

- ריבוי מחלות כרוניות הפוגעות בנגישות לאוכל, בהכנתו, בהכנסתו לפה, בבליעתו ובספיגתו. למשל, מחלות הקשורות לפגיעות במערכת השלד והפרקים, פגיעות במערכת הנירולוגית, חסימות כלי דם במוח וברגליים או בעיות במערכת העיכול.
- ריבוי של מצבים חריפים והחמרה במצבים כרוניים קיימים.
- בעיות נפשיות, חברתיות וכלכליות כמו דיכאון, דמנציה, בדידות, הזנחה, תלות רבה במטפלים, צריכה מוגברת של אלכוהול ורמת הכנסה נמוכה.
- שימוש בתרופות בצורה לא מושכלת והשפעות בין תרופתיות מזיקות.

- מצבים פיזיולוגיים בגיל המבוגר הגורמים לירידה בחוש הטעם והריח, ירידה במסת השריר (חלבון) ועלייה בפיזור רקמת השומן.
- הרגלים בעייתיים. האוכלוסייה המבוגרת נוטה לצרוך דברי מתיקה וסוכרים זמינים שהם קלוריות "ריקות" שאינן מספקות את דרישת האנרגיה של הגוף. אוכלוסייה זו גם אינה מקפידה לאכול ארוחות מסודרות.
- חוסר ידע על מרכיבי המזון החיוניים לגוף והיחס ביניהם. חלבונים, פחמימות, שומנים, ירקות ופירות.

מצבים רפואיים הגורמים לירידה או לעלייה במשקל. בעיות גופניות הגורמות לירידה במשקל מתרחשות כאשר ישנה פעילות מוגברת של בלוטת התריס, מחלות במערכת העיכול, גידולים ותופעות לוואי של תרופות.

המצבים הרפואיים הגורמים לעלייה במשקל הם הצטברות נוזלים בגוף, במיוחד ברגליים בחולים עם אי-ספיקת לב. נוסף על כך, גם מצבים מטבוליים של תת-פעילות בלוטת התריס או חוסר פעילות בלוטת יותרת הכליה (תסמונת קושאדית) יגרמו לעלייה במשקל (Morley & Kraenzle, 1994).

הטיפול וההתערבות התזונתית. יש לבצע התערבות פעילה בהחזרת מרכיבי המזון החסרים לגוף.

במתן אוכל דרך הפה קיימים מספר שלבים בהתערבות:

1. **הכרת המודעות וחשיבות האוכל.** לאכול כלכלה מאוזנת שבה מיוצגים כל מרכיבי המזון. השאיפה היא להגיע לאיזון של סך הקלוריות לפי החלוקה הבאה: 50-60 אחוז פחמימות, 15-20 אחוז חלבונים ו-30 אחוז שומנים.
- לנסות להכין מאכלים חדשים ומגוונים על מנת לעורר עניין באוכל ולהגביר את התיאבון. לנסות מאכלים במרקמים שונים המקלים על יכולת הבליעה והלעיסה.
- לצרוך ירקות ופירות לפי העונה בכל ארוחה, לאכול ארוחות קטנות ותכופות למתקשים לאכול ארוחות רגילות. המתקשים בדרך כלל סובלים מבקע סרעפתי, נפוחות, גזים, בחילות והופעת החזר של חומציות מהקיבה (רפלוקס).
- להוסיף פורמולות מוכנות להעשרת האוכל במגוון טעמים כמו וניל, שוקולד, תות.
2. **דרכים לעורר תיאבון: לבצע פעילות גופנית.** לעבור על רשימת התרופות תוך התייעצות עם הרופא המטפל ולשקול את נחיצותה של כל תרופה ותרופה. להימנע

מכלכלות דלות מלח או שומן. לדאוג להגשה אסתטית של האוכל ליצור אווירה נעימה עם מוזיקה ברקע במהלך הארוחה. להקדיש מספיק זמן להכנת הארוחה ולאכילה. להזמין חברים ובני משפחה לארוחות ולהפתיע אותם במתכון חדש.

3. **מודעות לשתייה.** המים חשובים לגוף, אך אנו ממעיטים בשתייתם. עלינו לגרום לזמינות המים בזמן הארוחה ולעודד שתייה מוגברת. יש להימנע משתיית מיצים ומשקאות ממותקים. רצוי להחליפם בשתיית מים רגילים. יש לבצע עיבוי והסמכה של נוזלים למתקשים בבליעה.

האם להגביל השימוש במלח? הדעה המקובלת כיום היא לא להגביל את הכלכלה ולהעדיף אוכל טעים עם איכות חיים, פרט למקרים רפואיים קיצונים שיש להקפיד עליהם. הגבלת מלח הייתה רווחת בעבר. היא קיימת עדיין אך רק במצבים חמורים של איספיקת לב, יתר לחץ דם ואיספיקת כליות. ניתן לתת יותר תרופות משתנות ולהגביר את התרופות ללחץ הדם. יש להבין שאוכל דל מלח הוא מאוד טפל, אינו מעורר תיאבון, עלול לגרום לירידה במשקל ולפגיעה גופנית אף יותר קשה מסיבת ההגבלה.

הוספת ויטמין D. מומלץ ליטול בין 400 ל-800 יחידות ויטמין D ליום כדי לסייע בספיגת הסיידן מהמע. בסקירה (Bordelon, Ghetu & Langan, 2009) נמצאו גורמי הסיכון לחוסר בוויטמין D בגיל המבוגר: גוון עור כהה, חשיפה לא מספקת לשמש, אורח חיים המתאפיין בישיבה בבית ובהשמנה (מדד מסת גוף גבוה מ-30 ק"ג/מ²). כמו כן, שימוש בתרופות נוגדות פרכוסים וסטרואידים.

התסמינים של חוסר ויטמין D מתפתחים באטיות ואינם ספציפיים, ולכן לעתים קרובות קיים תת־אבחון של חוסר בוויטמין. בין התסמינים ניתן לציין חולשת שרירים פרוקסימליים, כאבי שרירים, כאבי עצמות באזור הגב התחתון, האגן או הרגליים, וכאב המופק בעת לחץ על עצם החזה (הסטרנום) או על הטיביה. חוקרים מוסיפים כי לעתים ניתן לזהות חוסר בוויטמין D בקרב חולים עם סיכון מוגבר לנפילות, שברים ופגיעה בתפקוד.

סיכום: על מה עלינו להקפיד, ומהי תזונה מאוזנת בגיל המבוגר?

ההמלצות מבוססות על פירמידת המזון. בסיס הפירמידה הוא שתיית מים מרובה – לפחות 8 כוסות ביום (על פי המלצת אתר האינטרנט של משרד הבריאות).

אכילה יומית של 5-6 מנות פירות וירקות, 2-3 מנות פחמימות ומנת חלבונים אחת. עקב השינויים הפיזיולוגיים בהרכב הגוף בגיל המבוגר (יותר רקמת שומן ופחות מסת שרירים שצורכת יותר קלוריות), יש צורך בהפחתה בכמות הקלורית הבסיסית היומית. סיבה נוספת היא הירידה בפעילות הגופנית. לכן הצריכה הקלורית המומלצת לאוכלוסייה המבוגרת היא 1,800 קלוריות לגבר ו-1,500 קלוריות לאישה, תלוי בפעילות הגופנית היומית וברקע הרפואי. כל זה תוך הקפדה על כלכלה מאוזנת, כלומר 50-60 אחוז פחמימות, 15-20 אחוז חלבונים ו-30 אחוז שומנים, פירות וירקות (נכללים בתוך פחמימות), סובין ושתיית מים.

חשיבות התזונה הממוזנת כרוכה גם ברכישה נכונה של מצרכי המזון והמלצות במקרה של בעיות לעיסה ובלעיה. הערכת BMI מאפשרת לרופא ואף לאדם עצמו לזהות אם הוא נמצא בסיכון לתת-תזונה או לעודף משקל.

חלבונים. החלבון חשוב למסת השרירים של גופנו. ניתן לקבלו ממקורות כמו בשר, דגים ומוצרי חלב. במידה ואדם אינו אוכל חלבון ממקורות אלו, ביצים הן מקור חשוב לחלבון מהחי. החשש מכולסטרול המצוי בביצה גורם לאוכלוסייה המבוגרת להימנע מאכילת ביצים, דבר העלול לפגוע בהם ולגרום לדלדול נוסף במסת השרירים (Goodrow, Wilson, Crocker-Houde et al., 2006).

יש לעודד אכילת חלבון, לפחות מנה אחת ליום. העדפת דגים על בשר ועוף יכולה לפתור את בעיית החלבון לסובלים מעודף כולסטרול. הצריכה המומלצת של חלבונים היא 1 גרם לכל קילוגרם משקל גוף. אם קיימות מחלות זיהומיות, גידוליות, לפני ואחרי ניתוחים יש להגביר את הצריכה עד 1.5 גרם לכל קילוגרם משקל גוף. ניתן לשלב גם צריכת חלבונים מן הצומח. הם איכותיים וערכם התזונתי רב יותר. הם מצויים בשעועית לבנה, עדשים, פולי סויה, חמוס, פול, שקדים, חיטה, שומשום ובוטנים. כמות החלבונים צריכה לנוע בין 15 ל-20 אחוז מהצריכה היומית. למטופלים הסובלים מבעיות בכליות מומלץ להתייעץ עם דיאטן בנוגע לכמות החלבון המותרת להם.

שומנים. יש להמעיט בצריכת שומנים מן החי כמו בשר שמן, חמאה וגבינות עתירות שומן. רצוי להעדיף שומנים מן הצומח כמו זיתים, אבוקדו, שמן זית, שמן קנולה, בוטנים, אגוזים ושקדים. כמות השומן צריכה להיות בין 10 ל-30 אחוזים מכלל צריכת הקלוריות. הדבר מסייע בהקטנת הסיכון מתופעות כמו יתר לחץ דם, מחלות לב, הסתיידות

עורקים ושומנים בדם. ישנם מחקרים המצביעים על כך שתפריט עשיר בשומן מן החי מזרז התפתחותם של גידולים סרטניים.

פחמימות. סוכרים, מסוג סוכרים חד-פחמימנים כמו עוגות, ממתקים ושוקולד, נחשבים לפחמימות זולות וזמינות ונזקן גדול. הן גורמות נזק לתאי הגוף על ידי החשת תהליכי ההזדקנות של התא.

אכילת הסוכרים הזמינים גורמת לעלייה בסיכון לחלות בסוכרת ולפגיעה בדופן כלי הדם ובקרום דופן התא. נוסף על כך אכילתם גורמת להתפתחות הסינדרום המטבולי המאופיין בהשמנת יתר, לחץ דם ועלייה בשומני הדם הפוגעת קשה במערכות גוף חיוניות (לב, כלי דם, כליות). מומלץ לעודד אכילת פחמימות מורכבות כמו דגנים מלאים, אורז מלא, פסטה, תירס, בטטה ותפוחי אדמה.

פירות וירקות. עשירים בסיבים תזונתיים חשובים להקלה על פעולת המעי. נוסף על כך קיימת פעילות נוגדת חמצון בירקות ובפירות בצבעים ירוקים וכתומים המכילים חומרים אנטי-אוקסידנטים המונעים מחומרים מחמצנים (רדיקלים חופשיים) לפגוע במרכיבי הגוף ולהאיץ תהליכי זקנה. מדובר בויטמינים מקבוצת הבטא-קרופן A, E, C והמינרל סלניום.

מזונות המכילים סיבים תזונתיים הם: דגנים מלאים כמו לחם ואורז מלא, קטניות, ירקות, עלים ופירות עם קליפתם.

כלים לזיהוי מצב תזונתי. ישנם מספר כלים המשמשים לקביעת מצב תזונתי: קריטריונים של משקל או מדד מסת הגוף, צריכת המזון, אחוז איבוד המשקל, רמת התיאבון, מחלות חריפות ומצבים נפשיים, היכולת לאכול ללא עזרה ובדיקות דם. כלים אלה רוכזו בשאלונים שונים, המאפשרים לקבל מידע על מצבו התזונתי של המטופל. אחד השאלונים הנפוצים ביותר לבדיקת המצב התזונתי בגיל המבוגר הוא ה-MUST. השאלון מכיל שלוש שאלות בלבד והוא מתייחס למדד מסת הגוף (BMI), איבוד משקל והימצאות הנבדק במצב חריף המונע אכילה מסודרת ומספקת.

בדיקת תזונה נוספת שמרבים להשתמש בה היא MNA Mini nutritional assessment (Cohendy, Rubenstein & Eledjam, 2001).

הבדיקה כוללת:

- $BMI > 19$ $19 < BMI < 21$ $21 < BMI < 23$ $BMI < 23$
- ירידה במשקל בשלושת החודשים האחרונים
- לחצים פסיכולוגיים או מחלה חריפה
- יכולת ניידות
- בעיות נוירופסיכולוגיות
- האם הנבדק אוכל פחות בשלושת החודשים האחרונים כתוצאה מאיבוד תיאבון, בעיות עיכול וקשיי לעיסה ובליעה?

פצילות גופנית

אחת מהאמונות הנפוצות היא שכל מחלה ופגיעה בתפקוד קשורים לתורשה שירשנו מהורינו, ולשינויים המתרחשים בגיל המבוגר. במילים אחרות, הכול נגרם עקב סיבות שאינן תלויות בנו. מלבד גורמי תורשה ומחלות, נמצא שחלק מהירידה בתפקוד הגופני נובע מחוסר שימוש והפעלה של מערכות הגוף, מבחינת אם לא משתמשים בהן מאבדים אותן (not use – lose). חוסר הפעלה או חוסר שימוש במערכות גוף כמו כוח השרירים, גמישות המפרקים והסיבולת הלבבית־נשימתית, גורמות לפגיעה בתפקודן. חוסר הפעלה עלול אף להאיץ מחלות זחלות וסמויות מסוג סוכרת, השמנת יתר, עלייה בשומני הדם, בריחת סידן, יתר לחץ דם ומחלות לב.

לפעילות גופנית תפקיד חשוב לא רק בהפחתת התחלואה והתמותה, אלא גם בשמירת התפקוד והעצמאות. לעולם לא מאוחר להתחיל בפעילות גופנית ויפה שעה אחת קודם!

החברה מהבריכה

אני פוגש אותם יום יום בבריכה. הם יושבים תמיד בחבורות, רובם גברים בני 60 ומעלה. הם יצאו לפנסיה מוקדמת, חלקם ממשרדי הממשלה והשירות הציבורי. אני צופה בהם בבואי ובלכת. הם ממעטים להיכנס למים, לא מרטיבים את עצמם, עורם שזוף בצבע חום מוקה. המעטים שנכנסים שוחים בעצלתיים שתיים-שלוש בריכות וחוזרים לחבורה המלוכדת. למכון הכושר הם לא הולכים, זה לא בשבילם. הם מקדישים שלוש שעות בכל יום לפעילות בבריכה, במהלכן הם שוהים על הדשא במשחק ששיבש קבוצתי בו כולם נותנים עצות לכולם. בשאר הזמן הם דנים בעניינים שברומו של עולם: כדורגל, נשים, מכוניות וכו'. אחר כך הם עוברים לג'קוזי, שם מתנהל הקרב האמיתי (החמ"ל). באמבט השוצף והמהביל הם מנהלים את המדינה. שם מקימים מפלגות, מכתירים ראשי ממשלה ומה לא...

לרובם כרס קטנה או גדולה, איבריהם רפויים ורוחם טובה עליהם. לחבריהם ולמשפחתם יספרו שבילו בבריכה עם כל המשתמע מכך. אני חולף על פניהם כשהם יוצאים מהמלתחות, מריחים מסבון ומבשמים נעימים.

אני מחבב אותם, גם הם מכירים אותי ומחייכים אליי כשאנו נפגשים. לפעמים אחד מהם פוצח בשיר: "דוקטור, תציל אותי הבובה חולה". בימי שישי הם מביאים איתם גם כיבוד קל, בורקסים, בירה או אבטיח, הכול לפי העונה. לעתים, לאחר שעות הבריכה, הם "פותחים שולחן" במסעדה עם הרבה חומוס ובשרים על האש.

אחד מהם, כנראה דובר החבורה, מסביר לי את חשיבות המפגש עם החברים והעברת הזמן ביחד. אני מסכים אתו ולא מתווכח אך אומר לעצמי: "הכול טוב ויפה, אך למה לא להיכנס לבריכה ולהניע קצת את הגוף, או לרדת לחדר הכושר, להפעיל את השרירים ולהזיע מעט?" המדריך של חדר הכושר יכול היה להפעיל ולתרגל אותם בצורה קבוצתית. אולי אף להפגיש אותם עם תזונאית שתדבר איתם על תזונה נכונה.

הצעתי למנהל הבריכה לחשוב על כך, "זה גם יוסיף לכם מנויים חדשים, חבר מביא חבר", הוספתי, כדי להישמע כאדם מעשי ולא רק כדוקטור עם רעיונות פורחים באוויר... האחראי הסתכל עליי בסלחנות וחיך כאילו אמר: "מה מבין הדוקטור בגיוס מנויים ובפניות לוועדי עובדים".

באמת, למה אני צריך להגיע בסוף כל יום עבודה מפרך, כשאני מתנשם ומתנשף, לשחייה של מחצית השעה? למה כל כך חשוב לי להניע את הגוף ואת האיברים בשחייה או בהליכה על הליכונים ולבצע תרגילי מתח וגמישות של המפרקים?

יום אחד החלטתי לעשות מעשה וביקשתי מהדובר של החבורה לשוחח איתם ולהסביר להם את חשיבות הפעילות הגופנית. התישבתי לצידם ליד שולחנות הששיש. פתחתי ואמרתי שגם אני מתקרב לגילם כך שהגוף שלי עובר שינויים פיזיולוגיים כמותם. התחלתי לדבר על ארבעת מרכיבי הפעילות הגופנית העיקריים (אירובי, כוח, גמישות ויציבות) והחשיבות של כל אחד מהם. בעיקר הדגשתי את חשיבות תרגילי הכוח וההתנגדות והשפעתם על חוזק העצמות והעלאת מסת השרירים, עובדה שהייתה פחות ידועה למשתתפים. הם נהנו לשמוע על אפשרות של הנפת משקולות בגילם ועל פעילויות הנעשות מול התנגדות. נוסף על כך, הדגשתי את חשיבות תרגילי היציבות למניעת נפילות וארעות שברים וסיפרתי על מחקר שנעשה במבוגרים עם תרגילי טאי צ'י שהורידו את הארעות הנפילות והגבירו את יציבותם. הדגשתי שדווקא בשחייה ובתרגילים במים ניתן לקבל אפקט של התנגדות וכוח, אפקט הדומה להרמת משקולות. נוסף על כך, סביבה של מים נותנת יציבות שלא קיימת מחוץ לבריכה. הם התלהבו מהרעיון של פעילות קבוצתית בתרגילי מים ובהרמת משקולות. סיכמנו שאשוחח עם המדריך בחדר הכושר על הדרכה קבוצתית בהרמת משקולות המותאמת לגיל של המשתתפים. כמו כן, הבטחתי לשוחח עם מנהל הבריכה על פעילות של משחקי מים בשעות שהבריכה שקטה. ישבנו בצהרי היום על הדשא סביב הבריכה באווירה נעימה ולא פורמלית, הרעיון שהם יכולים להניף משקולות גרמה להם לחוש צעירים ואתלטים... בעודי שוחה, זמן קצר אחר כך, ראיתי אותם חוזרים בכוחות מחודשים למשחק ששיש סוער...

הארכת תוחלת החיים ב־15 שנים נוספות בממוצע לאחר שנות הפנסיה, מגדילה את הצורך בתפקוד טוב, באי־תלות, בעצמאות ובאיכות חיים. מחקרים מראים שהתועלת של פעילות גופנית מסודרת אינה מסתכמת רק בהורדת הסיכון למחלות, אלא גם בהעלאה משמעותית של איכות החיים בתפקוד היום־יומי (Christmas & Anderson, 2000). פעילות אירובית ותרגילי כוח הם בעלי תועלת משלימה וניתנים לביצוע בכל גיל ובכל מצב גופני.

עמדת הקולג' האמריקאי לספורט רפואי בגיל המבוגר היא שהרגלי חיים של חוסר פעילות או פעילות בשיבה תורמים באופן משמעותי להתפתחות גורמי סיכון כמו השמנת יתר, סוכרת ויתר לחץ דם. חוסר פעילות מהווה גורם מרכזי המוביל לתחלואה שניתן היה למנוע אותה ואף למוות (American college of sport medicine position stand, 1998).

מרכיבי הפעילות הגופנית. פעילות אירובית מסייעת בהגברת סיבולת לבבית ונשימתית, תרגול כוח (strengthening) עוזר לחיזוק מסת השרירים והעצם, אימון על בסיס רחב – לשמירת האיזון (balance) מפני נפילות, תרגילים לגמישות הפרקים (stretching) יעילים בהגדלת טווח התנועה, ופעילות גופנית נותנת תחושה טובה – פיזית, נפשית ושכלית (Shephard, 1996).

פעילות אירובית להגברת סיבולת לבבית ונשימתית. עם העלייה בגיל חלה ירידה בתגובת הלב וכלי הדם למאמץ הגופני. המדד הפיזיולוגי הטוב ביותר למדידת הסיבולת הלבבית־נשימתית הוא כמות החמצן המרבית (V_{O2max}) הנצרכת במקסימום מאמץ. נמצא שכמות זו יורדת באחוז אחד לשנה עם העלייה בגיל. פעילות גופנית מורידה את חדות העקומה ב־50 אחוזים, דהיינו, חצי אחוז לשנה.

אימון גופני אירובי בקרב מבוגרים בריאים מעלה את תצרוכת החמצן המרבית בשיעור דומה לצעירים, דהיינו ב־10 עד 30 אחוז. גם בקרב המבוגרים הסובלים ממחלות לב וכלי הדם נצפתה עלייה בעוצמת המאמץ הגורם לתעוקת לב או האיסקמיה. ישנו שיפור בפרופיל גורמי הסיכון למחלות לב לאחר תרגילים אירוביים, שהתבטאו בשיפור חילוף החומרים של האינסולין והסוכרים, וכן בהטבה ברמות השומנים, בעיקר בעלייה בכולסטרול "הטוב" (HDL), בירידה בסך הכולסטרול והטריגליצרידים, בהפחתה בערכי לחץ הדם, בירידה במשקל הגוף ובפיזור נכון יותר של רקמות השומן (Elward & Larson, 1992).

תרגול כוח לחיזוק מסת השרירים והעצם. עקב הגיל הפיזיולוגי ואכילה מעטה של חלבונים קיימת ירידה במסת השרירים ובחוזקם. חוזק השרירים פוחת בעשורים השישי והשביעי בכ־15 אחוזים לעשור, וב־30 אחוזים בשנים המאוחרות יותר. לירידה במסת השרירים יש השלכות על תפקוד האדם המבוגר, בעיקר בהליכה יציבה המונעת נפילות, וביכולת לשאת משאות בידיים. שימור מסת השרירים וחיזוקם מעלה את היכולות התפקודיות בפרט, ואת העצמאות בכלל. תרגול כוח שבו יוצרים התנגדות לשריר יוצר חוזק ועמידות המגדילה ומשמרת את מסת השרירים. נוסף על השריר, גם העצם מגבירה את צפיפות המינרלים. היא נעשית חזקה ודחוסה יותר, ונוטה להיות פחות שבירה. תרגול הכוח מפחית את הסיכון לאוסטאופורוזיס ולשבירים.

אימון על בסיס רחב לשמירת היציבות. שמירה על תנוחת גוף זקופה, המאפשרת לנו לשמור על יציבות פוחתת עם השנים עקב פגיעה בהחזרים העצביים. נמצא כי הליכה, ריקוד, תרגול כוח, גמישות וטאי צ'י או כל פעילות אחרת בעלת בסיס רחב משפרת את היציבות ומונעת נפילות.

אימון טווח תנועה לגמישות הפרקים. הכוונה לאימון טווח התנועה של המפרקים והגברת היכולת לבצע מטלות ייחודיות כמו להסתרק, להסתבן בגב ובכתפיים, להרים את היד או להוריד חפץ ממקום גבוה.

פעילות גופנית כתחושה טובה. ככלל, פעילות גופנית מעניקה תחושה נעימה, הנובעת מתהליך חילוף החומרים המתרחש במהלך הפעילות. שינויים מטבוליים חיוביים אלו מתרחשים כתוצאה מהגברת הרגישות מצד הקולטנים של אינסולין לעלייה בסוכר, דבר המונע התפתחות סוכרת.

פעילות גופנית גם מפחיתה את רמת הדיכאון ומעלה את היכולת השכלית. מחקרים שנמשכו 10 שנים העלו שחל שיפור מובהק בירידת תסמיני הדיכאון לאחר פעילות גופנית קלה של הליכה יום־יומית. מבוגרים המבצעים פעילות גופנית חשים תחושת הישג המעלה את הערכתם העצמית כך גוברת גם תחושת השליטה העצמית והאמונה ביכולתם האישית. מבחינה פסיכולוגית ההרגשה הטובה נובעת מעלייה בהפרשת אנדורפינים, אותם חומרים עם תכונות דומות לאופיואידים (opiates) התורמים לתחושת האופוריה בסיום פעילות גופנית.

הקשר בין פעילות גופנית ובין מחלת האלצהיימר. תרגילים גופניים, בדומה לתרגילים שכליים (קוגניטיביים), מנצלים את הרזרבה של האינטלקט הקיים ומשפרים את רמת הבריאות הכוללת של המוח. האם פעילות גופנית משמשת גורם הגנתי פוטנציאלי הן בשלב המניעה הראשונית והן בשלב המניעה השניוני לדמנציה? שאלה זו טרם הוכרעה ונמצאת עדיין בשלבי מחקר. מספר מחקרי מעקב הוכיחו שישנו קשר ישיר בין פעילות גופנית ובין פעילות שכלית משופרת. פעילות זו גם גורמת להאטת הנסיגה השכלית בגיל הזקנה. לא ניתן לומר שקיימים ממצאים חד־משמעיים על כך שפעילות גופנית מורידה את הסיכון לדמנציה ולאלצהיימר. שילוב תכנית של פעילות גופנית להורדת סיכון של דמנציה ואלצהיימר בעתיד אינה קיימת במחקרים השוואתיים. לסיכום, מחקרי תצפית מוכיחים כי קיימת תמיכה להנחה שפעילות גופנית מורידה את הסיכון לפגיעה שכלית (קוגניטיבית) ולדמנציה בעתיד. אין עדיין תמיכה לכך ממחקרים השוואתיים. פעילות אירובית משפרת את תפקוד הלב וכלי הדם, מגדילה את זרימת החמצן למוח וגורמת להפחתה במצב של חוסר חמצון (היפוקסיה). מחקרים בהם נערכה השוואה בין מבוגרים פעילים גופנית וכאלה שאינם, נמצא תפקוד שכלי (קוגניטיבי) משופר בקרב הראשונים. השיפור התבטא בזמן התגובה ובזיכרון לטווח קצר.

למה לבצע פעילות גופנית? פעילות גופנית משפיעה לטובה על כל מערכות הגוף, והיא הדבר הקרוב ביותר למעיין הנעורים אליו כולנו שואפים. נמצא קשר ישיר ותלוי מינון בין פעילות גופנית ומחלות לב. פעילות גופנית מקטינה ב־30 עד 50 אחוזים את הסיכון למחלת לב בגיל המבוגר, מפחיתה את הסיכון לשבץ מוחי, מפחיתה את ערכי לחץ הדם, ואת הסיכון לחלות בסוכרת מסוג 2 ובסרטן המעי גס. פעילות גופנית גם משפרת את ערכי הכולסטרול תוך הורדת הכולסטרול הרע (LDL) והעלאת הטוב (HDL). פעילות גופנית מחזקת ומגמישה את השרירים ומאפשרת לבצע יותר פעילויות. היא מחזקת את העצמות, משפרת שיווי משקל וקואורדינציה ומונעת נפילות ושברים. נוסף על כך, היא שורפת קלוריות, ובכך תורמת לירידה במשקל ובשמירתו. תנועת הגוף שומרת על רמת סוכר בדם ובכך מונעת הופעת סוכרת ומאפשרת שליטה עליה במידה והיא קיימת. היא מחזקת את מערכת החיסון במלחמתה נגד זיהומים, משפרת את ההרגשה הטובה ואת מצב הרוח ועוזרת בהשריית שינה. יתרון נוסף הוא תנועיות המעיים סדירות פעולתם ומניעת עצירות. פעילות גופנית בעוצמה בינונית בכל יום מהווה תכנית עבודה בסיסית במניעה הראשונית, השניונית ואף השלישיונית. נמצא כי ניתן למנוע או לדחות חלק מהשינויים תלויי הגיל

הצפויים בתהליך הזקנה. כל התכניות הקיימות למניעת נפילות כוללות פעילות גופנית של תרגילי כוח, ותרגילים על בסיס רחב.

המלצות לפעילות גופנית. לאדם מבוגר עם משקל יתר ניתן לבנות תכנית עבודה הכוללת את כל מרכיבי הפעילות: אירובית, כוח, גמישות ושיווי משקל. הליכה, שחייה, עבודה בגינה והתעמלות בקבוצה הן פעילויות מומלצות כיוון שהן מערבות קבוצות שרירים גדולות. (Schwartz & Buchner, 2006).

יש לשמור על עקרון ההדרגתיות, קרי, על העלאה הדרגתית בעצמה ובמשך הפעילות. על הפעילות להיות בעצמה כזו שתגרום להזעה ולמאמץ במידה מסוימת בלבד. עוצמה קלה עד בינונית מומלצת (40%-60% מצריכת החמצן המרבית). הגברת התדירות והארכת משך האימון מפצה על העצמה הנמוכה. רצויה פעילות של לפחות שלוש פעמים בשבוע במשך 30 דקות. עדיף להגיע לפעילות של שעתיים שבועיות לפחות. ניתן לצבור שעות פעילות באימונים קצרים של 10 דקות במשך היום. חשובה ההתמדה והקביעות.

תנאי מוקדם לפעילות אירובית כמו הליכה, היא היכולת לקום מכיסא ולעמוד תוך כדי שמירת היציבות. פעולות אלו דורשות כוח שרירים ברגליים, לכן מומלץ להתחיל בתרגילי כוח כדי לשפר את חוזק השרירים ואימון על בסיס רחב לשיפור היציבות ורק לאחר מכן להתחיל בהליכה. תרגילי כוח כמו הנפת משקולות או הרמת רגליים כנגד התנגדות ניתנים לביצוע אף בישיבה על כיסא ובמיטה. תרגילים על בסיס רחב לשמירת היציבות כמו עמידה על רגל אחת לעשר שניות או עמידה וישיבה ללא עזרת הידיים מספר פעמים. גם תרגילי טאי צ'י משפרים יציבות, שיווי משקל וגמישות. החשש מנפילות ומחבלות במהלך פעילות גופנית קיים, אך יש לזכור כי מצב הפוך של ישיבה ואי-פעילות גופנית טומן בחובו סכנה מוחשית לנפילות רבות יותר. לפני שמתחילים בפעילות גופנית יש להתייעץ עם הרופא ולקבל את אישורו.

התוויה נגד אימון גופני. ישנם כמה התוויות נגד אימון גופני. החשובות שבהן הן בעיות לב פעילות עם תעוקת חזה במאמץ, מחלת סוכרת שאינה מאוזנת, כאבים עזים בפרקים נושאי משקל (אגן, ברכיים) המקשים על ההליכה, ליקויי ראייה ושמיעה קשים, אי-שליטה בסוגר השתן ודמנציה עם הפרעות התנהגות. גיל מתקדם ותשישות אינם מהווים התוויה נגד אימון גופני. ממצאים בספרות תומכים בפעילות גופנית במצבים אלו תוך התאמה ליכולות.

פעילות גופנית כחלק מתהליך שיקומי. מטופלים לאחר אירוע מוחי ופגיעות נירולוגיות עלולים לחשוב שפעילות גופנית היא מעבר ליכולתם ואף לחשוש ממנה. נהפוך הוא, דווקא הם זקוקים להמשך הפעילות שהחלה במסגרת השיקום בבית החולים במטרה למזער את הפגיעה ולשאוף לעצמאות מרבית.

תרגילי כוח לחיזוק שרירי הגפיים שנפגעו במיוחד בחולשת פלג גוף, ניתנים לביצוע אף בשכיבה ובישיבה, במידה וקיימים חוסר יציבות וחשש לנפילות. גם תרגילים להגדלת טווח התנועה ניתנים לביצוע בשכיבה או בישיבה.

פעילות אירובית מותאמת משפרת את ההליכה ומעניקה ביטחון. הפעילות ניתנת לביצוע כהליכה על מסילה נעה עם מעקים לשמירה על שווי המשקל. במידה ולא ניתן להגביר את הקצב, רצוי להעלות את השיפוע ולאפשר הליכה אטית ובעלייה. אופציה נוספת היא אופניים עם משענות גב בהן הכיסא ניתן להתאמה ואף הרגליים נקשרות לדוושות כשהסיבוב נעשה ברגל הבריאה. פעילות במים יעילה מאוד מאחר והמים נותנים תמיכה ואין חשש מנפילות, דבר המקל במיוחד על אנשים שאינם יציבים. התנגדות המים מהווה גם תרגילי כוח לשרירי הגפיים.

לחולי פרקינסון רצוי לבצע פעילות גופנית בבוקר, כשעדיין אין סימני עייפות ובהתאם להשפעת התרופות. פעילות גופנית יכולה לחזק את כוח השרירים ולהגדיל את הגמישות שלהם. הפעילות הגופנית תכלול תרגילים להגדלת טווחי התנועה. פעילות אירובית כמו הליכה ויוגה עקב התנועה האטית הנלווית להם. ניתן להיעזר בזוג מקלות לשמירת היציבות. פעילות בבריכה עם מים חמים מומלצת מאחר והמים החמים מורידים נוקשות ומקלים על הליכה. הברכה צריכה להיות מצוידת במעקים לשמירת שווי המשקל.

בבעיות פרקים, תכנית הפעילות תכלול תרגילי טווח תנועה לגמישות המפרק, ותרגילים נגד התנגדות (כוח) לחיזוק השרירים התומכים במפרק. בהמשך ניתן לשלב תרגילים אירוביים. תרגילי הגמישות חשובים כיוון שהנטייה הטבעית של הסובלים מבעיות מפרקים היא לשמור אותם במצב של כיפוף (פלקסיה) מאחר ובתנוחה זאת קיימת הקלה בכאב. כיפוף הפרקים גורם להקלה זמנית בכאב אך להחמרת התפקוד ולאובדן טווח התנועה. תרגילים לגמישות יאפשרו שמירת טווח תנועה החשוב כל כך לפעילות היום-יומית ולגירוי הסחוס. פעילות אירובית גורמת בדרך כלל לעומס על המפרקים על כן יש להקפיד לנעול נעליים ומדרסים הבולמים זעזועים ומורידים עומסים. פעילות במים מומלצת עקב ירידת עומסים על הפרקים.

מטופלים אחר התקף לב, צינתור או ניתוח לב פתוח, מתחילים את שלב הפעילות הגופנית בבית החולים תחת השגחה במכון שיקום לב. לאחר 12 שבועות הם ממשיכים בפעילות באופן עצמאי במכוני כושר. הדגש העיקרי הוא על פעילות אירובית. גם הסובלים מאיספיקת לב שנמצאים באיזון יכולים להתחיל בפעילות גופנית בעצימות נמוכה, לפרקי זמן קצרים.

נְאִילָה תְּרֹפָה - מִצַּב שֶׁבִּין הַפִּסִּישׁ לַסֵּגֶן

טיפול תרופתי מהווה את אחת הבעיות המורכבות והמסובכות ביותר בטיפול באדם המבוגר. לתת את התרופה המתאימה לאדם המבוגר היא מלאכת מחשבת עד כדי אמנות של ממש. (state of the art). מעבר למתן התרופה לפי ההתוויה הנכונה ושקילה של התועלת מול הנזק האפשרי, יש להתחשב בגורמים נוספים; גיל האדם, השינויים הפיזיולוגיים שחלו בגופו, מחלותיו הכרוניות, התרופות שהוא נוטל באופן קבוע, משקלו ותפקודו. לא קיימת נוסחה שתיתן את המינון המדויק, כמו בילדים בהם המינון מותאם למשקל, אלא יש צורך להתאים באופן אישי את מינון התרופה המדויק לכל מטופל, כמו בגד חדש הנתפר לפי מידה.

האוכלוסייה המבוגרת בארץ, המונה כעשרה אחוזים מכלל האוכלוסייה, צורכת כשליש מסך התרופות המונפקות בארץ. הסיבות לצריכת כמות גדולה כל כך של תרופות הן פתולוגיה מרובה ותלונות רבות של חולים על ליקויים במערכות הגוף השונות. מאידך, הגוף המבוגר נוטה להיות פגיע יותר כתוצאה מהתרופות ומתופעות הלואי שלהן.

יש להבהיר שתרופות המתאימות לכלל האוכלוסייה אינן בהכרח מתאימות לאוכלוסייה המבוגרת, וסכנת השימוש בהן עלולה להיות יותר גדולה מהתועלת.

על המטופל להבין את נחיצותה וחיוניותה של התרופה מחד גיסא, ואת תופעות הלואי שהיא עלולה לגרום, מאידך גיסא. כמו כן עליו להבין שהתרופה הניתנת הותאמה לו באופן אישי ואין להעבירה או להמליץ עליה לאדם אחר.

■ להלן מספר סיפורים המתארים מצבים שונים שעניינם שימוש בתרופות.

אליזבט מחליטה לא לקחת תרופה

"את התרופה הזאת אני לא לוקחת!", כך הצהירה אליזבט מיד כשהתיישבה על הכיסא. היא הצביעה על אחד הכדורים הצהובים הקטנים שהיו בשקית. זיהיתי אותו מיד בין שאר הכדורים, הייתה זו תרופה נפוצה להורדת לחץ דם. אליזבט הגיעה אליי להתייעצות עקב חולשה, חוסר יציבות בהליכה ופחד מנפילות. "מדוע אינך נוטלת אותה?", שאלתי בניסיון להבין מעט יותר, הרי זה מה שרשם לך הרופא שלך. "כן", אמרה האישה וחייכה, "אני מאוד מעריכה את הרופא שלי, אבל אני יודעת טוב יותר מה טוב לגופי".

דבריה הזכירו לי את הבדיחה הידועה על אותו איש שקיבל תרופות ונראה משליך אותם לפח. כשנשאל מדוע טרח לקחתם, ענה האיש: "כולנו צריכים לחיות, הרופא שרשם את התרופה, הרוקח שמוכר אותה ואני..."

הרהרתי לעצמי, הרי ידוע שמטופלים רבים אינם ממושמעים בנטילת התרופות שנרשמו להם, ונוטלים אותן בצורה סלקטיבית מאוד. חלקם נוטלים פעם ביום במקום פעמיים או שלוש, אחרים נוטלים מפעם לפעם וחלקם כלל לא. ההסבר שקיבלתי הוא שהם, כמטופלים, מרגישים שהתרופה לא עושה להם טוב ואז הם מפסיקים ליטול אותה בלי להודיע לרופא. אך זה רק קצה הקרחון של הבעיות בנטילת תרופות בגיל המבוגר.

"מדוע אינך לוקחת את הכדור שעליו הצבעת?" שאלתי שוב את אליזבט. "אני חושבת שהוא מחמיר את חוסר היציבות שעליו אני מתלוננת". "האם שיתפת את הרופא שלך בחששותיך?" "כן", השיבה, "אבל הוא רצה לתת לי תרופה אחרת נגד הסחרחורת שעליה התלוננתי, אז העדפתי לא לומר לו והפסקתי על דעת עצמי לקחת את התרופה". "ומה קורה עכשיו?" שאלתי. "אני יותר יציבה, ולשם כך הגעתי אליך, כדי לשמוע דעה נוספת. האם נהגתי נכון? שמענו שאתה רופא שעושה סדר עם התרופות ואינו חושש להפסיקן". תיקנתי אותה ואמרתי שאכן אינני חושש להפסיק שימוש בתרופות, אך זאת רק לאחר שאני מקשיב לתלונותיו של המטופל, בודק אותו, ומקבל היסטוריה רפואית מקיפה עליו. גם אז אני מבצע מעקב כדי לוודא שלא נגרם נזק עקב אי־נטילת התרופה, ושהתרופה אינה נחוצה או שמינון נמוך משיג תוצאה דומה.

התחלתי לבדוק אותה. לחץ הדם הסיסטולי היה בסביבות 110. ביקשתי שתעמוד ואכן לחץ הדם הסיסטולי ירד ל־80. הסכמתי עם אליזבט שלא רצוי לקחת תרופה להורדת לחץ דם, מאחר וגם ללא התרופה הוא נמוך, ובשינוי תנוחה כמו עמידה למשל, לחץ הדם אף יורד יותר. הסכמתי שלא רצוי לתת תרופה נוספת נגד תופעת לוואי של תרופה קיימת (תופעת מפל הסיבוכים), אלא אם התרופה הזאת חיונית ביותר. עדיין לא הבנתי את החשש מלדווח לרופא המטפל שהיא אינה נוטלת את התרופה שנתן לה.

מרים לא רוצה לקחת תרופות "לכל החיים"

"לקחת את התרופה לכל החיים?" שאלה מרים בעודה מביטה בי בחשש. האישה בת ה־89 חזרה על הביטוי "לכל החיים". היא נראתה לי מפוחדת, ואני, שהצעתי לה את התרופה, כמעט שחזרתי בי. לא רציתי להפחידה אלא להקל על קשיי הנשימה שמהם סבלה. "אתה יודע", היא הוסיפה "יש לי כבר ערמה של תרופות והנה אתה מוסיף אליה עוד אחת, ועוד לכל החיים".

חשבתי לעצמי: היא לוקחת שבע תרופות, חלקן כלל אינן מתאימות לה, ודווקא את התרופה שאני ממליץ עליה, היא אינה מוכנה ליטול.

מרים חשה מאוימת. המשמעות של נטילת תרופה נוספת התפרש אצלה כמי שמצבו מחמיר ותלותו בתרופות גוברת. הסברתי לה שמצבה יציב ושכל עוד המחלה או הסימפטומים קיימים, יש ליטול את התרופה, וכשהמצב ישתפר ניתן יהיה להקטין את המינון בהדרגה ואחר כך אף לא לקחתה כלל.

הגיל המבוגר מלווה במחלות כרוניות, לפיכך שמטרת התרופות היא לא לרפא אלא בעיקר לדחות או למנוע את הסיבוכים שלהן. על כן, ייתכן בהחלט שנוטלים אותן לכל החיים.

"את יודעת מה", אמרתי, "נפסיק את אחת מהתרופות הקבועות שאינן נחוצות ונוסיף את התרופה הזאת וכך מספרם לא יעלה. אולי בהמשך נפסיק עוד אחת מהן, לגבי חששותיך מנטילה לכל החיים, אני מציע שנגביל את התרופה לחודש ימים בתקווה שתרגישי הקלה בתלונות ותתרגלי אליה ונבדוק מחדש את נחיצותה. אם לא תהיה לה השפעה טובה על הנשימה – נפסיק". הצעתי כל זאת על מנת להרגיעה. ידעתי שהיא תזדקק לה לכל חייה אך רציתי להישמע אופטימי. למדתי שהכול בחיים זה משא ומתן, גם הטיפול התרופתי. מרים נעשתה חשדנית באשר להצעתי להפסיק את אחת מהתרופות הקבועות והעסקה התבטלה. סיכמנו שתתחיל בטיפול עם התרופה החדשה וכעבור שבוע נהיה בקשר, והיא תדווח לי על מצב הנשימה שלה. כעבור שבוע התקשרה ודיווחה שנשימתה הוקלה והיא תתמיד להשתמש בתרופה "כל החיים".

מגדה והתמכרותה לתרופות שינה

למגדה נקראתי לפי הזמנת בנה שהתלונן שאמו מבולבלת ומרבה ליפול. הבן חשד שקיימת בעיה של אלצהיימר כפי שהיה אצל אביו. כששאלתי בטלפון האם יש שעות שעדיף להגיע, השיב שבשעות אחר הצהריים אמו פחות מבולבלת. כשהגעתי לביתה בשעות אחר הצהריים, מגדה קיבלה אותי בשמחה ושיתפה פעולה. כששוחחתי עם המטפלת הובהר לי שבשעות הבוקר לא ניתן ליצור קשר עם מגדה, ורק אחר הצהריים הייתה חוזרת לעצמה וניתן היה לתקשר אתה. כדי לקבל את רשימת התרופות שהיא צורכת היה עליי לבצע מלאכת בלשות, או לחילופין להרכיב פאזל בין עשרות חלקים. כל תרופה נמצאה במקום אחר בבית. חלקן היו מוסתרות במקום שהיה ידוע רק למגדה ואף לא למטפלת. חלק אחר נמצא בארון והשאר נמצאו במגירה שליד המיטה. חלקן ניתנו על ידי המטפלת וחלקן נלקחו על ידי מגדה ללא ידיעת המטפלת או בני משפחתה.

ליקטתי את המידע הנחוץ. נמצאו ארבעה סוגים שונים של תרופות שינה. שאלתי אותה: "מדוע את לוקחת ארבעה סוגים של תרופה מאותה משפחה אך בשמות שונים (משפחת בנזודיאזפינים) לאותה מטרה, ואיך מסתפקת באחת?" "קיבלתי אותן מרופאים שונים בהתייעצויות שונות. אני נוטלת אותם בשביל הביטחון שלפחות תרופה אחת מהן תשפיע ואוכל לישון". אמרה. הבן הוסיף: "באחד מהניסיונות להוריד את מספר התרופות על ידי רופא פסיכיאטר אימא נכנסה להתקף של אי־שקט וכל הלילה רצה מחדר לחדר. בסופו של דבר, הוספנו תרופה על מנת להגביר את השפעת התרופה הוותיקה שחדלה להשפיע. כך זה נמשך כבר שנים רבות".

"תרופות השינה ניטלות על ידי אמך כבר שנים רבות והיא למעשה מכורה להן". אמרתי, "ככל שנוטלים אותן זמן רב יותר, השפעתה על הגוף קטנה ונאלצים ליטול תרופה נוספת, במינון חזק מהקודם כדי שתשפיע. אני מבין שנעשו ניסיונות שונים שתיגמל מהן אך הן נכשלו ואף היה צורך להעלות את המינון. קיים קשר בין התרופות והתלונות. עכשיו אני מבין את פשר מצבה המנטלי שהתבטא בבלבול בבוקר ואת הסיבה לנפילות".

"אני ממליץ לרדת בהדרגה לשתי תרופות מתוך הארבע", הוספתי, "בהתחלה נעלה את המינון של שתי התרופות תוך ירידה הדרגתית של שתי התרופות האחרות". מטרתי הייתה להפסיק את התרופות בעלות משך הפעולה הארוך, ולהישאר עם התרופות בעלות משך הפעולה הקצר, כך שתישן במשך הלילה בלבד ולא בבוקר ובצהריים. הניסיון עלה יפה, ומגדה דיווחה שהיא ישנה יותר טוב בלילות, ומעתה היא נוטלת רק שתי תרופות לשינה.

נטילת התרופות על ידי החולים הייתה ועודנה תעלומה בעיניי. כיצד הם מחליטים מה כן ומה לא? האם באמת גופם ער לתגובות של כל תרופה, או שמדובר בעמדות רגשיות, תרבותיות ומידע שמתקבל מהסביבה הקרובה?

התרופה כחרב פיפיות. התרופות יכולות להתנהג כחרב פיפיות. מצד אחד, בהתוויה נכונה ובמינון נכון הן יעזרו, יקלו על התסמינים, ישפרו את המצב וימנעו סיבוכים עתידיים. במצבים רבים, כגון בעיות זיהומיות ומטבוליות, הן מרפאות את המחלה. מצד שני, נמצאה עלייה בשכיחות תופעות הלוואי אצל אוכלוסיה זו.

בבתי החולים התופעה נפוצה בקרב 25 אחוזים מהחולים מעל גיל 80, ושלושה עד עשרה אחוזים מכלל האשפוזים הם עקב תופעות לוואי של תרופות. התרופות יכולות לגרום לתופעות לוואי חמורות כגון הרעלות, נפילות שתוצאותיהן שברים, הפרעות קצב ומוות. אין מדובר ברגישות מסוג אלרגיה לחומר הפעיל בדומה לרגישות לפניצילין שעשויה להופיע בכל גיל, אלא מדובר בתופעה הקשורה לגיל המבוגר עקב ריבוי תרופות, והעלייה בפגיעות וברגישות הגוף המבוגר לתרופות. (Lazaron, Pomeranz & Corez, 1998).

ממה נובעת העלייה בפגיעות הגוף בגיל המבוגר? העלייה בפגיעות של הגוף כתוצאה משימוש בתרופות נובעת משלושה גורמים השכיחים בגיל המבוגר:

- ריבוי מחלות כרוניות ופתולוגיה מרובה.
- תסמינים ותלונות מרובות באיברים שונים, הגוררים קבלת עצות מרופאים מקצועיים מהתמחויות שונות, שרושמים תרופות ללא תיאום ביניהם.
- החשוב מכול, שינויים פיזיולוגיים שחלים בגוף בגיל המבוגר ומשפיעים על פעילות התרופות.

השילוב של כל הגורמים הללו ביחד וכל אחד לחוד משפיעים על יעילות השימוש בתרופות.

ריבוי מחלות ופתולוגיה מרובה. לאדם בגיל המבוגר יש בממוצע שלוש מחלות כרוניות. ההשפעה המיטיבה של תרופה המשמשת לטיפול באחת המחלות, עלולה להשפיע לרעה על מחלה שנייה. מצב זה נקרא השפעת גומלין (אינטרקציה) בין תרופה למחלה. לדוגמה, תרופה נוגדת דלקת הניתנת נגד כאבים בפרקים, גורמת להצטברות נוזלים ברגליים (בצקות) ולהחמרת אי־ספיקת לב, שהייתה מאוזנת עד עתה. על האורתופד המטפל בכאבי הברכיים לדעת על אי־ספיקת הלב שממנה המטופל סובל (Herdink, Lewfkens & Herings, 1998).

תלונות מרובות הגוררות ייעוצים מרובים. מאחר וקיימות פגיעות במערכות הגוף הגורמות לתלונות מרובות, קיים חוסר תיאום בטיפול התרופתי בין הרופאים הרבים הבאים מתחומים שונים. האדם המבוגר מטופל בתרופות המבטלות או המגבירות זו את השפעתה של זו. זוהי השפעת גומלין בין-תרופתית. הדבר גורם להשפעות הדדיות שליליות בין התרופות, ולהשלכות על בריאות האדם.

שינויים פיזיולוגיים בגיל המבוגר. השינויים הגופניים תלויי הגיל משפיעים על התנהגות התרופה בגוף. כל תרופה הניטלת דרך הפה עוברת ארבעה שלבים עד לסילוקה מהגוף (תהליך הנקרא פרמקוקינטיקה) השלבים הם:

- ספיגה בקיבה.
- פיזור בגוף על ידי קשירה לחלבונים (אלבומין) בדם.
- פירוק התרופה דרך אנזימי הכבד (מטבוליזם).
- הפרשה מהגוף דרך הכליות.

כל פגיעה או כשל באחד המעברים הללו משפיע על התנהגות התרופה, היכולה לאבד את יעילותה או להצטבר בגוף לרמות רעילות. להלן הסבר קצר על השלבים השונים של התרופה בגוף:

- **ספיגת התרופות.** תהליך המתרחש בקיבה. הספיגה של התרופה היא איטית בגיל המבוגר מאחר וקיימת ירידה בחומציות הקיבה והתרוקנות אטית שלה.
- **פיזור התרופות.** בגיל המבוגר חלים שלושה תהליכים עיקריים המשפיעים על פיזור התרופות: מסת השרירים יורדת תוך עלייה בשומן הגוף, קיימת ירידה בכמות הנוזלים בגוף, וחלה ירידה ברמות החלבון אלבומין האחראי לקשירת התרופה בדם. שינויים אלו גורמים לכך שנפח הפיזור של התרופות הנמסות בשומן יביא להצטברות התרופה ברקמת השומן וזמן השפעתה בגוף יתארך עד כדי הצטברות לרמות רעילות. נפח הפיזור של תרופות הנמסות במים (לדוגמה דיגוקסין, ליטיום ואנטיביוטיקה מסוג של אמינוגליקוזידים ופניצילין), יהיה מרוכז בדם עקב הירידה בכמות המים, ויגרום להרעלה.
- **מטבוליזם.** התרופות עוברות פירוק באמצעות אנזימי הכבד. קיימת תחרות עם תרופות אחרות באתרים שונים של הכבד (קולטנים) הגורמות לעיכוב או להאצה בפירוק.
- **הפרשה.** תפקוד הכליות בגיל המבוגר יורד בכ־50 אחוזים ופוגע ביכולת ההפרשה של התרופות, כתוצאה מכך ריכוזן בדם עולה.

יוצא, איפוא, שמתן תרופה לאדם מבוגר אינו רק התאמת התרופה להתוויה הנכונה, כפי שקיים בכלל האוכלוסייה, אלא שהוא דורש שיקול דעת וידע מקיף על הרקע הרפואי של המטופל: מהן מחלותיו, אילו תרופות הוא נוטל, מהן ההשפעות ההדדיות ביניהן ומהם השינויים הפיזיולוגיים על הגוף בגיל המבוגר. השפעה מיוחדת קיימת לתרופות העוברות את מחסום דם-מוח (תרופות שינה, נוגדי דיכאון, אנטי־כולינרגיים, נוגדי פרקינסון, אנטי־היסטמינים). הן משפיעות על המוח וגורמות לו למצב של אי־ספיקה מוחית הנקרא דליריום. המצב בא לידי ביטוי בבבלול, בחוסר יציבות ובשינויים בהתנהגות.

האם מצב התפקוד ישפיע על מתן התרופה? כן, מידת התפקוד של המטופל תשפיע על ההחלטה למתן תרופה. למשל, לחולה חסר יציבות ועם סיכון לנפילות לא ניתן תרופות העלולות להגביר את הסיכון לנפילות, ונימנע מלתת לו תרופות לדילול הדם עקב החשש מנפילות ומדימומים במשטחי עור נרחבים כתוצאה מכך. מטופלת הסובלת מאוסטאופורוזיס ומתקשה להתנייד, לא תקבל תרופה בונת עצם ממשפחת הביפוספנטים עקב הצורך לקחת את התרופה בעמידה והאיסור לשכב, מחשש לגרימת כיב בוושט.

תופעת ריבוי תרופות. קיימת תופעה בגיל המבוגר של ריבוי תרופות (polypharmacy) הנובעות ממחלות כרוניות רבות ומתלונות מרובות. בממוצע ניטלות בארץ בין 4-5 תרופות על ידי האדם המבוגר, נוסף על תרופה או שתיים הניטלות ללא מרשם רפואי. כתוצאה מכך, ישנה עלייה בתופעות הלוואי שלהן. נטילת התרופות גורמת להשפעה בין־תרופתית שלילית שבין תרופה אחת לשנייה, ובין התרופות למחלות המטופל. הן גם מורידות את היענותם של המטופלים לדבוק במשטר התרופות והתוצאה היא אי־נטילה של תרופות חיוניות.

תופעת ריבוי התרופות פוגעת בסופו של דבר בבריאות המטופל ומעלה את ההוצאות על הבריאות. נמצא שמשך ימי האשפוז מתארך כתוצאה מתופעות הלוואי של תרופות ואף שכיחות האשפוזים עולה.

לגבי השאלה מהו ריבוי תרופות הדעות חלוקות. חוקרים אחדים מדברים על שלוש עד חמש תרופות ב־זמנית, אחרים מגדירים כריבוי מעל לתשע תרופות. אחרים מגדירים ריבוי תרופות כמספרם של התרופות הנלקחות מעבר לצורך הקליני של המטופל. בהגדרה זו יוצאים מתוך הנחה שלכל תרופה שנלקחת קיימת התוויה מדויקת.

תופעת ריבוי התרופות לא פסחה גם על המחלקות לאשפוז ממושך. במחקרים שנעשו, האחד בשנים עשר בתי אבות והשני בשנים עשר מחלקות סיעודיות, נמצא שמספר התרופות הממוצע לחולה היה 7.2 בבתי אבות, ו-8.1 במחלקות סיעודיות. במחקר שערכתי במחלקות סיעודיות יחד עם פרופ' יעקב מנצ'ל מצאנו שבע תרופות בממוצע למאושפז (Avron & Gurwitz, 1995).

מקומות אלו הם סביבה אשפוזית עם השגחה רפואית וסיעודית צמודה. התרופות ניתנות על ידי האחיות, וניתן לפקח ולעודד ירידה הדרגתית בצריכת תרופות שהתועלת בהן אינה ברורה או שהסיכון בהן גבוה. הסביבה גם מאפשרת לבצע מעקב אחר מדדי תוצאה (לחץ דם, דופק, נשימות וחום) הנובעים מירידה או מהפסקת השימוש בתרופות. יש להדגיש שריבוי תרופות אינו בהכרח מדד לאיכות טיפול ירודה. ייתכן שקיים צורך בתרופות הרבות כדי לשפר מצבים רפואיים ותפקודיים.

האם קיימים תרופות לא רצויות בגיל המבוגר? כן, נמצאו תרופות העלולות לגרום נזק יותר מתועלת בגיל המבוגר, וקיים סיכון גבוה לתמותה ולתחלואה כתוצאה מצריכתן. יש להכיר את התרופות הללו ולהימנע מלהשתמש בהן.

קבוצת חוקרים (Beers et al., 1997) קבעה רשימת תרופות שיש להימנע מלהשתמש בהן, או להגביל את המינון ואת משך השימוש בהן. לתרופות אלו קיימות חלופות במידה וחייבים לנטלן. הקבוצה קבעה קריטריונים והסכימה על כעשרים סוגי תרופות לא רצויות. ברשימת התרופות הלא רצויות (לפי משפחות) נמצאים: בנזודיאזפינים, ברביטורטים, משככי כאבים, מרפי שרירים, נוגדי הקאה, נוגדי היסטמין, נוגדי דיכאון, נוגדי התכווצויות, ומספר תרופות ללחץ דם ולקצב הלב.

הקשר בין תרופות לאוכל. קיים קשר הדוק בין זמני הארוחות, סוג האוכל, השתייה ויעילות התרופות. תרופות רבות אינן נספגות יחד עם המזון, ונדרשת קיבה ריקה ליעילות הספיגה. לעומת זאת, קיימות תרופות רבות הניטלות יחד עם האוכל כדי למנוע לנזק לרירית הקיבה.

תרופות אחרות מושפעות מסוג האוכל. מזונות המכילים ויטמין K, בעיקר דגים, ירקות בעלי עלים ירוקים כמו חסה, ברוקולי ותרד, מקצרים את זמן הקרישה ומורידים את השפעת דילול הדם של התרופות מסוג קומדין. מיץ אשכוליות מעכב פעילות של אנזים בכבד וגורם בכך לעלייה ברמות של תרופות שונות הזקוקות לאותו אנזים בכבד כדי להתפרק.

הקשר בין תרופות וצמחי מרפא. עם העלייה בהיקף השימוש ברפואה משלימה, מתווספות שיטות טיפול בעזרת צמחי מרפא. צמחי המרפא נתפסים בציבור כמוצרים מהטבע שאינם מזיקים, ועל השימוש בהם לא מדווחים בדרך כלל לצוות הרפואי. הם אינם מסווגים כתרופות בעיני החוק אלא כתוספי מזון. הפיקוח והרישוי עליהם אינו כמו של תרופות, על כן היצרנים אינם מחויבים לייצר חומרים בעלי הרכב מדויק ומזוקק, אין חובת הוכחת יעילות ובטיחות ואין מעקב אחר תופעות הלוואי. הם נמכרים ישירות לצרכן ללא ייעוץ של רופא או רוקח. למרות שהם אינם מוגדרים כתרופות, הם מכילים חומרים פעילים בעלי השפעה וקשרי גומלין שליליים עם התרופות המסורתיות הניטלות. צמחי המרפא יכולים לפגוע בכל אחד מהשלבים של קליטת התרופה בגוף (ספיגה, פיזור, פירוק והפרשה), ולהעצים או לגרוע מהשפעת התרופות.

אתאר מספר יחסי גומלין בעייתיים בין צמחי מרפא נפוצים לבין תרופות. צמח המרפא 'יבלת יוחנן', היפריקום (st. John's wort), משמש לטיפול בדיכאון ויש לו יחסי גומלין שליליים עם תרופות נוגדי דיכאון מסורתיות מסוג הסרוטונין. נוסף על כך הוא גורם לירידה בהשפעתן של תרופות המתפרקות בכבד.

ה'ג'ינקו בילובה' (ginkgo Biloba), צמח מרפא שנחשב נוגד חמצון, מרחיב את כלי הדם העורקיים ומדלל את הדם. משתמשים בו לטיפול בדמנציה, לשיפור הזיכרון והריכוז, ולטיפול בפגיעות בעורקי הרגליים. יש לו יחסי גומלין שליליים המגבירים את הנטייה לדמם עם תרופות מסוג אספירין או קומדין. הוא גם מזרז את השפעתן של תרופות המתפרקות בכבד וגורם לירידה ברמות של תרופות הניתנות נגד התכווצויות.

ה'ג'ינסנג' (Ginseng) הוא שורש הניתן לטיפול במצבי דיכאון ודחק נפשי, עייפות וחולשה. מחקרים מצאו שיש לו יחסי גומלין שליליים עם מדללי דם מסוג קומדין וגרימת מצבי היפוגליקמיה יחד עם תרופות להורדת הסוכר.

לצמחי מרפא מסוג פסיליום, שום ואכינוצאה יש יחסי גומלין שליליים עם תרופות מסורתיות. יש להיות ערניים ולהימנע מלקיחה לא מבוקרת של צמחי מרפא אלה, ולדווח לרופא המטפל על נטילתם. במיוחד לפני ניתוחים חשוב לדווח על נטילת צמחי מרפא עקב נטייה לדימומים. לאחרונה אף דווח על צמח מרפא בשם Ephedra שמשמש לירידה במשקל, וגרם להתקפי לב, שטף דם במוח ואף לכמה מקרי מוות.

מהן תרופות גנריות? תרופות גנריות הן תרופות שקיימת בהן זהות בין הרכב החומר הפעיל שלהן לבין החומר הפעיל בתרופת המקור. מייצרים אותן לאחר שפג תוקף הפטנט של תרופת המקור, בדרך כלל לאחר חמש שנים. לאחר תקופה זו יכולות חברות תרופות אחרות לייצר את התרופה הגנרית, בעלת אותו הרכב כימי-פרמקולוגי ולקרוא

לה בשם אחר. כיום כמעט לכל תרופת מקור שפג תוקף הפטנט שלה קיימת חלופה גנרית. כמובן שהתרופות הגנריות זולות יותר מאחר ויצרניהם לא השקיעו בניסויים הקליניים, במחקר ובפיתוח, אלא מסתמכים על תקני ההרכב של תרופות המקור. קופות החולים מעדיפות לבצע החלפה של תרופת המקור בתרופה חלופית גנרית. אחת הבעיות שנוצרות כתוצאה מכך היא ששיווק התרופה בשמות מסחריים שונים מבלבל את המטופלים שאינם ערים לכך שמדובר באותה תרופה, כמו למשל נורמיטן ונורמלול, מונוניט ומונוקורד, מיקרופירין וקרטיה. הם נוטלים שתי תרופות בעלות שמות שונים, או מאבדים את האמון בתרופה ואינם נוטלים אותה כלל.

כללי זהירות לשימוש מושכל בתרופות בגיל המבוגר. הכלל הראשון ברפואה הוא שכל טיפול רפואי מטרתו הראשונה היא להועיל ולא להזיק (premium non nocere). הכלל השני הוא כי יש להתחיל כל טיפול תרופתי הניתן לאוכלוסייה המבוגרת במינון נמוך ולהעלותו בהדרגה (start low go slow).
להלן כמה המלצות למטופל המבוגר (Offerhans, 2000):

- רצוי להזכיר לרופאך בביקור את רשימת התרופות שאתה נוטל, ולברר אם יש להמשיך באותו משטר תרופתי. עליך להביא לידיעת הרופא המטפל את כל התרופות המצויות בבית. על הרופא המטפל לדעת גם על התרופות שנרכשו ללא מרשם רפואי, וכן על תוספי מזון שאתה נוטל. עליך לספר לרופא על חששותיך באופן כללי, ועל תופעות הלוואי שקשורות לתרופות, לדעתך. אל תחוש לא בנוח לספר לרופא על תרופות שנרשמו לך על ידי רופאים מומחים. זכותך המלאה לשמוע דעה נוספת בכל בעיה רפואית ולקבל המלצות לטיפול רפואי, אך עליך ליידע את הרופא המטפל.
- יש לאחסן את התרופות במקומות שאינם נגישים לילדים. התרופות ימצאו במקומות יבשים, ללא לחות, לא בחדרי אמבטיה, ולא במשטחים החשופים לאור חזק ולקרני השמש. יש לעקוב אחר זמן התפוגה אחת לחצי שנה ולהשמיד את אלו שפג התוקף שלהן, כמו כן יש להשמיד שאריות של תרופות בודדות שלא באריזתן המקורית.
- אל תיטול תרופות על דעת עצמך או על פי עצת השכנים או בן משפחה. יחד עם זאת, רצוי שבן משפחה קרוב יכיר את התרופות כדי לוודא ולעקוב שהתרופות נלקחות על פי ההוראות.
- מומלץ שימוש בקופסה לתרופות המאפשרת סידור התרופות לכל השבוע עם מעקב אחר הנטילה.

- היה ערני לכל שינוי שחל בגוף: טשטוש ראייה, בלבול, הירדמות ודופק מואץ. הימנע משתיית משקאות חריפים ונטילת תרופות עקב תופעות לוואי של ישנוניות, והימנע מנהיגה ארוכה בעת נטילת תרופות עקב השפעות לוואי לא רצויות (חוסר ריכוז ועייפות).

מהי השפעה אנטי־כולינרגית? אחת מתופעות הלוואי הנפוצות בגיל המבוגר היא ההשפעה האנטי־כולינרגית (anticholinergic effects) של תרופות רבות הניטלות על ידי המטופלים וגורמות לעיכוב בפעולת המתווך הכימי האצטיל־כולין. תפקידו לקשר בין תאי המוח בתפקודים של זיכרון, למידה, ריכוז ועירנות. הוא פועל גם במערכות של הלב, כלי הדם, פרוסטטה, עיניים, מערכת השתן והעיכול. תופעות הלוואי יתבטאו בירידה בעירנות, בזיכרון ובריכוז, ביובש בפה, בירידה בלחץ הדם, בנפילות, בעצירת שתן, בעצירות ובעלייה בלחץ התוך־עיני (Ray, Griffin, Schaffner et al., 1987).

משפחת הבנזודיאזפינים (benzodiazepine). משפחת המרגיעים הוותיקה והמוכרת לכולם בשם וליום ודומיו, הנקראת משפחת הבנזודיאזפינים, חביבה על המטופלים לשם השריית שינה, רגיעה והורדת מתחים. למרות השכיחות הגבוהה של השימוש בתרופה זו, יש לה תופעות לוואי רבות, במיוחד נפילות ושברים, חוסר עירנות ופגיעה בזיכרון. נוסף על כך, תרופות ממשפחה זו גורמות לתלות ולהתמכרות בנטילה לזמן ארוך וקיים קושי בהפסקתן עקב חשש לתסמונת גמילה (withdrawal syndrome) שמתבטא בהחרפת אי־השקט (Batty, Osborne, Swift & Jackson, 2000).

ניתוחים וההחלטה על ביצועם

ככל שהאדם מתבגר ותוחלת חייו מתארכת, עולה השכיחות של מצבי שחיקה ומשבר רפואיים, ועמם הצורך לבצע ניתוחים, חלקם ניתוחים הקשורים לשיניים התלויים בגיל ובזמן, כגון ניתוח להסרת קטרקט, תיקון בקעים (הרניות) והסרת בלוטת הערמונית המוגדלת (פרוסטטה). התפתחות של מחלות מצריכה ניתוחים אחרים כמו ביצוע מעקפים לכלי דם סתומים, שברים בעצמות והסרת גידולים ואבנים מכיס המרה או מהכליות.

ניתוח אינו עניין של מה בכך לאדם צעיר ובריא, על אחת כמה וכמה לאדם מבוגר. הוא שואל אם אכן ראוי שיסתכן ויעבור ניתוח בגילו המתקדם, או שמא עדיף לדחות את ההחלטה עד אשר יתעורר צורך הכרחי ודחוף.

■ אני בדרך כלל מיעץ לבצע את הניתוח ולא לדחותו. כדי להיטיב ולנמק, אביא כמה סיפורים אישיים קצרים, ואפרט את הסיבות בדיון שבעקבותיהם.

הדילמה של צבי

צבי הגיע אליי מוטרד וחסר מנוחה. הדבר ניכר בפניו ובהתנהגותו. הוא התקשה לשבת על הכיסא בחדר ההמתנה, קם, התהלך, חזר, התיישב ושוב קם. כששאלתי אותו בתחילת השיחה מה מציק לו, הוא סיפר שהגיע מביקור אצל רופא עיניים שהמליץ בפניו לבצע ניתוח להסרת קטרקט בעין ימין, ואף צייד אותו בהפניה מתאימה לניתוח, ובהוראות לביצוע בדיקות מעבדה, בדיקת לב וביצוע א.ק.ג.

הרקע להמלצת הרופא היה ירידה בחדות הראייה בעין והופעה של צל מול העין. צבי צפה שזו תהיה המלצתו של רופא העיניים, ועל כן חשש מעצם הביקור אצלו, ודחה אותו, אף שהתלונן על בעיות ראייה במשך תקופה ארוכה. "מדובר בניתוח עם הצלחה של כמעט 100 אחוז", ניסיתי להרגיעו בהסברים ברורים, "כמעט ללא סיבוכים, המתבצע בצורה אמבולטורית, כלומר ללא צורך באשפוז. אתה משתחרר ביום הניתוח, ובתוך ימים ספורים תוכל לשוב לתפקוד רגיל. זהו ניתוח טוב", הסברתי, "משום שהוא משפר את איכות החיים ואת הראייה. הופעת קטרקט קשורה בגיל ובתהליכים הפיזיולוגיים של החיים, כך שאין צורך לחשוש מפני ניתוח כזה. כל עוד אתה בריא, אין כל מניעה שתעבור את הניתוח".

ציידתי את צבי בבדיקות המעבדה ובהפנייה לבדיקת הלב, ואיחלתי לו הצלחה.

רשל שוב רוקדת

רשל סבלה מכאבים בברכיה ומקשיים בדריכה, שהגבילו את תנועתה. הבעיות הקשות בברכיים צמצמו מאוד את פעילותה החברתית והמעיתו את יציאותיה אל מחוץ לבית. היא גם התקשתה להשתמש בתחבורה הציבורית. נוסף על כך נאלצה רשל להפחית בביצוע הפעולות השגרתיות של תחזוקת הבית, כמו קניות ונקיון, עבודות שביצעה קודם באופן עצמאי. מהיכרותי איתה ידעתי שמצבה הרפואי תקין. היא לא עישנה, לא סבלה ממחלת לב, מיתר לחץ דם או מסוכרת. המלצתי לה לנתח את הברכיים, תוך קבלת ייעוץ מאורתופד המתמחה בניתוחים מסוג זה.

חודשיים אחרי שנחתה רשל חזרה אליי כדי להראות לי כיצד היא רוקדת.

מדוע לא הזהירו את חיה?

חיה הגיעה אליי למחלקה בעקבות אירוע מוחי שגרם לה פגיעה קשה. "זה נגרם בגלל ניתוח הברך שאימא התעקשה לבצע", סיפר במרירות רבה בנה היחיד, "אימא הייתה פעילה ומוכשרת, שלימדה אריגה עד יום הניתוח. היא ידעה שאינה בריאה, למה היא הייתה צריכה את זה?".

"ממה סבלה אמך?" שאלתי. "אימא אישה שמנה וכבדה", סיפר הבן, "פרט לבעיית הברכיים היא סובלת מיתר לחץ דם, שלא מגיב לתרופות, מסוכרת לא מאוזנת, משום שהיא אוהבת לאכול, וגם ידוע לנו על אבנים בכיס המרה".

"ניתוח הברך דווקא עבר בהצלחה", הוסיף הבן, "אך למחרת הופיע זיהום מקומי, ובהמשך נמצא זיהום בכיס המרה, שהסתבך עם הסוכרת. רמת הסוכר הגיעה ל-600 מ"ג. אימא נכנסה למצב של תרדמת. חשבנו שבתוך יום או יומיים היא תתעורר, אך עברו שבועיים ואימא לא התעוררה. הרופאים אמרו שייתכן שהיא עברה אירוע מוחי במהלך הזיהום".

"היא גם לא הורדה מהמיטה לאחר הניתוח עקב הזיהומים, דבר שסיכן אותה", המשיך הבן.

"חוסר התנועה לאחר הניתוח, המשקל שלה והרקע הרפואי הבעייתי של מחלת הסוכרת הפוגעת בכלי הדם, זהו מרשם בדוק לסיבוכים מידיים שלאחר ניתוח, כמו קרישי דם למוח", הוספתי גם אני מידע כדי להסביר מדוע אפשרות של אירוע מוחי עלתה על הפרק. "זה לא היה ניתוח מציל חיים, והיא לא הייתה חייבת לעשות אותו", המשיך בנה

של חיה, "לפני הניתוח אימא תפקדה בביתה ללא מגבלות, שיככה את כאביה בעזרת תרופות והמשיכה בפעילותה החברתית. חבל שלא התנגדתי לביצוע הניתוח. אימא התייעצה אתי, אבל לא ידעתי שהרקע הרפואי והמחלות שמנה סבלה, היו משמעותיות לצורך קבלת ההחלטה על הניתוח. היום אני יודע. אם אימא הייתה שואלת אותי היום, הייתי מונע אותו ממנה, כעת זה כבר מאוחר מדי".

"מדוע לא היה אף רופא שהזהיר אותה או אותי מפני הסיכונים האלה?" הוא שאל, "נכון, אימא הייתה מחליטה בעצמה, אבל צריך היה לספק לה את כל המידע הנכון והרלוונטי".

הסיפור האישי על אבא שלי

אבי, ז"ל, נפטר בגיל 88. הוא סבל מתשתיות עצם ירודות, ובעיקר משחיקת הפרקים של האגן והברכיים. בשנת 1948 ירו צלפים ערבים ממסגד חסן בק, בגבול יפו-תל אביב, על עוברי אורח. אבא נפגע בשוק רגלו הימנית כשהיה בדרכו לשוק הכרמל לקנות דגים לשבת. הוא הובהל לבית החולים, שם נותח ברגלו. אבא צלע מעט על רגלו שנטתה לצד ימין, אך צליעתו לא השפיעה על אורח חייו הנמרץ. שחיקת הפרקים בצד השמאלי של גופו נבעה בחלקה מהעובדה שפיצה את עצמו על הפגיעה בצד ימין, והיטה באופן קבוע את מלוא כובד משקלו לצד שמאל.

בגיל שישים וחמש אבא עבר ניתוח של החלפת פרק האגן השמאלי בפרק מלאכותי (פרוטזה), כשהתברר שהניתוח הצליח, שנה אחר כך הוא עבר ניתוח זהה בצד ימין. כעבור חמש שנים עבר שני ניתוחי ברכיים. רק אחד הניתוחים הצליח. הפרוטזה שהושתלה בפרק אגן שמאל נשחקה וזזה ממקומה, ואבא ביקש לנתחו מחדש. הוא היה כבר בן שמונים וסבל מאיספיקת לב, וניתוח לשחזור פרוטזה נודע בשיעור הסיכונים הגבוה שיש בעקבותיו.

האורתופד חשש מסיכונים והתנגד לבצע שחזור פרוטזה גם לאור העובדה שבאותה עת התפקוד של אבא היה טוב. הוא נעזר בשני מקלות הליכה, והתלונן על כאבים בעיקר בתחילת התנועה. במידה רבה, מצב הפרקים הרעוע שלו שמר על לבו, שכן אם היה הולך מהר יותר, לבו לא היה עומד בכך.

עם השנים החמירה מחלת איספיקת הלב של אבא. בצנתור הלב הודגמה חסימה בשלושה עורקים כליליים, במקביל הראתה בדיקת האקולב שהמסתם הדוצניפי (המיטרלי) המחבר בין העלייה לחדר השמאלי, היה רפוי בצורה בינונית עד חמורה.

הקרדיולוג המליץ על ניתוח לב פתוח. נקבעה פגישה עם מנתח לב ידוע, אליה הצטרפנו אחותי ואני. אבי נמנה על בני הדור הישן, שקיבלו את המלצות הרופאים בעיניים עצומות וללא ערעור. אנשים טובים והגונים שבשבילם המשפט היחיד שנכון להשיב לרופא הוא "כן, אדוני הדוקטור".

לא הייתה זו הפעם הראשונה שבה אחותי ואני התלבטנו בנוגע לפרוצדורה רפואית הקשורה באבא, בעקבות המלצות של רופאים. אחותי התגוררה שנים רבות בסמוך להוריי, והייתה מודעת לנטייתו של אבא להסכים לכל ניתוח שהציעו לו הרופאים, ועל כן הייתה מעורבת מאוד בהתלבטות אם לבצע אותם, אם לאו.

מנתח הלב אמר שנוסף על ניתוח המעקפים של שלושת העורקים החסומים, הוא יחזיר את המסתם הרפוי למצב תקין.

הניתוח אמור היה להימשך כשבע שעות, ואני חשתי מסיבוכים אפשריים בתפקוד המוח, עקב ההרדמה ואורך הניתוח. שאלתי אם עלולים להיווצר סיבוכים, והמנתח נקב במספרים – בסביבות חמישה אחוזי תמותה, וכ־20 אחוז סיכון לסיבוכי תחלואה. שאלתי אם תפקוד המוח לא ייפגע, שכן חשתי מהופעת בלבול, פגיעה שעלולה להיגרם כתוצאה מחוסר אספקת חמצן למוח, או מהשפעה של תרופות הרדמה בניתוח כה ארוך. לא קיבלתי תשובה ברורה באשר לסיבוכים אפשריים של ירידה שכלית או פגיעה התנהגותית.

כשנתבקשנו לקבל החלטה, מספר שיקולים עמדו לנגד עינינו: אבא היה בן 82, ותפקד היטב מוטורית ושכלית, בעיית הלב לא הייתה חדשה ולא סיכנה את חייו, אי־ספיקת הלב הייתה מאוזנת בדרך כלל, פרט למקרים שבהם לא נזהר וסחב סלים כבדים משוק מחנה יהודה. כתוצאה ממאמץ יתר נגרמה לו בצקת ריאות.

בסופו של דבר המלצנו לאבא להימנע מביצוע הניתוח, כדי לא לסכן את תפקוד מוחו ואת חייו. כשהודעתי לקרדיולוג, שהכיר היטב את אבא, על החלטתנו, הוא התפלא מאוד ואף ניסה לשכנע אותנו לשנותה. אבא נפטר כשש שנים לאחר מכן, בגיל 88.

מבחינתי, כבן וכרופא, כל שנה שאבי חי ותפקד באופן תקין מבחינה גופנית ושכלית, ובאיכות חיים טובה, נזקפה לזכות החלטתנו שלא לבצע את הניתוח.

מה חיוני לשקול לפני החלטה על ניתוח? הגיל המתקדם אינו אמור להוות מחסום או מעצור לביצוע ניתוחים. השיקול האמיתי שיש לו ערך בתהליך קבלת ההחלטות הקודם לביצוע ניתוח, הוא הרקע הרפואי של החולה והמחלות המלוות אותו. אלה הם הגורמים לכישלונות רבים יותר בניתוחים בגיל המבוגר, ולאחוזי תמותה הגבוהים פי ארבעה מאשר ניתוחים של אנשים צעירים.

מחלות לב, מצב כלי הדם, מחלות ריאה, מחלת הסוכרת ובעיות בתפקוד הכליות והכבד, הן המחלות המהוות סיכון לביצוע ניתוחים. אמנם גם לשינויים פיזיולוגיים תלויי גיל יש השפעה על אחוזי ההצלחה הנמוכים, אולם בשיעור קטן יותר מזה של המחלות הגופניות. על השאלה אם לבצע ניתוח אלקטיבי או להמתין לניתוח המוגדר דחוף התשובה היא חד-משמעית: לא להמתין ולבצע! זאת מכיוון שניתוח במצב של דחיפות הוא הגרוע ביותר, ומכיוון שהסיכון בניתוח כזה מעלה את שיעור התמותה עד פי 20 לעומת ניתוח זהה הנעשה במצב אלקטיבי.

יש ליצור הבחנה ברורה בסוג הניתוח המתוכנן: קיימים ניתוחים מורכבים, שבהם מעורבים כלי הדם בלב או בעורקי הצוואר, או מפרצת באב העורקים. ניתוחים אלה מעלים את הסיכון לתמותה בשיעור שבין שלושה לעשרה אחוזים. לעומתם, בניתוחים קטנים כמו הסרת קטרקט, תיקון בקעים (הרניות) והסרת בלוטת הערמונית דרך השופכה, הסיכון לתמותה נמוך מאחוז אחד.

לגיל אין השפעה גדולה על התמותה, אולם הוא משפיע על משך האשפוז בבית החולים לאחר הניתוח, ועל הגדלת ההסתברות לסיבוכים בכליות, בכבד ובלב. לקראת ניתוח בגיל המבוגר חשוב להכין את החולה לשני מצבים (Morrison, 1998).

במצב הראשון, של הכנה לקראת הניתוח (preoperative), נדרש ייצוב וטיפול במצבים רפואיים קיימים, ולפעמים גם לבצע ניתוחים מקדימים, שיאפשרו את ביצוע הניתוח הנבחר. למשל, צריך לאזן את איספיקת הלב, וכן לבצע מעקפים או פתיחת כלי דם בלב או בעורקי הצוואר אצל אנשים הידועים כסובלים מטרשת עורקים, וזאת בכדי להבטיח את הצלחתו של ניתוח שאינו לבבי. טיפול מקדים נכון גם למצב של דיכאון. במצבים של תת-זונה נדרש טיפול מקדים באמצעות הזנה עשירה בקלוריות ובחלבונים. ייצוב נדרש למטופלים הידועים כסובלים ממחלת פרקינסון. טיפול מקדים להסרת בלוטת הערמונית נדרש למטופלים הידועים כסובלים מבלוטה מוגדלת, קודם שיעברו ניתוח מורכב.

במצב השני, טיפול בסיבוכים מידיים לניתוח (perioperative). נדרשת ערנות גבוהה כלפי מצבים שכיחים של בלבול, יובש, גודש של נוזלים וחוסר איזון ברמת המלחים בדם; חסך חושי שנפתר עם החזרה מיידית של אביזרי שמע וראייה; מודעות והקלה בביצוע פעולת מעיים ובמתן שתן; הורדה מוקדמת מהמיטה למניעת תסחיפים וקרישי דם, והקפדה על מתן תרופות נוגדי קרישה. מנותחים הסובלים מירידה קוגניטיבית (דמנטים) נמצאים בסיכון גבוה לסיבוכים מידיים לניתוח, בעיקר הופעה של בלבול רב. יש לוודא שבן משפחה או מטפל יהיה צמוד לחולה מיד לאחר הניתוח, בעת יקיצתו (Polanczk & Marcantonio, 2001).

ההיסטוריה הרפואית שהרופא צריך לקבל כדי להעריך את מידת הסיכון, ולהחליט על מתן טיפול מונע, תכלול מידע על מצב הלב, מערכת כלי הדם, המצב הריאתי, תפקוד הכליות, מצב התזונה ורמת התפקוד הכללית.

הבדיקה הגופנית תכלול יכולת ביצועים של משימות בחיי היום-יום, כמו היכולת לעלות קומה אחת במדרגות ללא הפסקה. בדיקות נוספות: סדירות קצב הלב והימצאות איוושות וקולות בהאזנה ללב, מצב מערכת כלי הדם במישוש דפקים פריפריים והימצאות איוושות בהאזנה לכלי הדם, הימצאות של חרחורים או צפצופים בהאזנה לריאות, בדיקת משקל וגובה, והערכת המצב השכלי.

בדיקות המעבדה המומלצות הן בדיקות של סינון בלבד: ספירת דם לבדיקת הימצאות אנמיה או זיהום, תפקודי כליות, כבד ומלחים (אלקטרוליטים).

צדדים אתיים בהחלטה לניתוח. לא תמיד הרופא המנתח מודע לכך שלמטופל מבוגר קשה להבין את הסבריו, שנאמרים לעתים בשפה רפואית ומקצועית, תוך שימוש בנתונים מורכבים שאינם פשוטים להבנה. לפיכך חשוב מאוד לשתף בני משפחה כשעומדים לקבל החלטה לגבי ביצוע ניתוח. הרופא צריך לדון עם בני משפחה קרובים למטופל, כמו בת זוג או ילדים בהחלטות הנוגעות לניתוח. עליו להסביר באופן ברור את התהליך, להימנע משימוש במונחים רפואיים בשפה זרה, ולתת שהות למטופל ולמשפחה להפנים את הנאמר ולשאל שאלות.

קרובי המשפחה לא אמורים לחשוש מלשאל שאלות נוקבות לגבי ניסיונו של המנתח. כמה ניתוחים מסוג זה ביצע, ומהם אחוזי ההצלחה, התמותה והתחלואה בניתוחים

אלה, הן שאלות לגיטימיות לחלוטין. אין לחשוש מקבלת ייעוץ נוסף ומבקשת חוות דעת נוספת, זכות שאף מעוגנת בחוק זכויות החולה. מידע זמין ועדכני אפשר להשיג גם באמצעות האינטרנט ועל פי מידע זה ניתן להציג לרופא שאלות נוספות. המטופל הוא האיש שצריך לתת את הסכמתו המלאה לניתוח, ואין לכפות עליו החלטות, או להסכים בשמו ללא ידיעתו, גם אם "זה לטובתו" ואפילו אם "אנחנו יודעים מה טוב לו". ההחלטה על ביצוע ניתוח מחייבת את שיתופו המלא. רופא המשפחה ורופא גריאטרי יכולים לתת הערכה כוללת של מצב המנותח, דהיינו, תמונה מלאה של מצבו הגופני, הנפשי, החברתי והמשפחתי. ראייה רחבה זו, לפני קבלת החלטה, יכולה להיות בעלת משמעות לקיומו של הניתוח או למניעתו (יאול, 2008).

כלים להערכה של סיכון ניתוחי. קיימים תשעה גורמים שמידע עליהם יכול לאפשר לנו לקבוע את מידת הסיכון ללב של הניתוח הנבחר. מבחן זה נקרא מבחן גולדמן, על שם ממציאו. זהו **אינדקס של סיכון לבבי** (Cardiac Risk Index (CRI) המאפשר לרופאים לקבוע את רמת הסיכון ללב בניתוח שאינו לבבי. חמשת הגורמים הראשונים מצביעים על חוסר איזון של תפקוד הלב, ארבעת האחרונים מתקבלים מעיון בהיסטוריה הרפואית של המנותח. ציון שמעל 13 נקודות (קבוצה 3) מציב דרגת סיכון גבוהה, וראוי לשקול אם כדאי בכלל לבצע את הניתוח.

מבחן גולדמן לפני ניתוח (Mangano, Goldman, 1995)

ניקוד	הגורמים
11	קול שלישי בהאזנה ללב
11	עלייה בלחץ הווריד הגולגולרי
10	התקף לב ב־6 החודשים האחרונים
7	פעילות חדריות מוקדמות (PVC) מעל 5 לדקה
7	קצב לא סדיר או פעילות עלייתית מוקדמות (ARC)
5	גיל מעל 70 שנה
4	פרוצדורה דחופה (ניתוח דחוף)
3	ניתוח בטני, חזי או בכלי הדם הגדולים
3	מצב כללי ירוד – תפקודי או מטבולי

רמת הסיכון לניתוח

קבוצות סיכון	סך ניקוד	סיבוכים מסכני חיים (אחוזים)	מוות לבבי (אחוזים)
1	5-0	0.7	0.2
2	12-6	5	2
3	25-13	11	2
4	26 ומעלה	22	56

אם כך, לפני הניתוח יש לבצע את השלבים הבאים:

- קבלת היסטוריה רפואית.
- ביצוע בדיקה גופנית.
- ביצוע בדיקות מעבדה מתאימות.
- התייעצויות רפואיות להשלמת התמונה.
- בדיקת דרגת הסיכון הניתוחי לפי מדדים של ארגון המרדמים האמריקאי (American Society of Anesthesiologists (ASA) (ראו בהמשך)
- דיון עם המטופל בסיכונים הקשורים לניתוח ובסיכויי ההצלחה.
- קביעת תכנית הרדמה וטכניקה ניתוחית.

דרגת הסיכון הניתוחי הכרוך בהרדמה שנקבע לפי ASA

- אדם בריא בניתוח מקומי ללא הפרעות כלליות.
- אדם הסובל ממחלה קלה עד בינונית בלא הגבלה תפקודית.
- אדם הסובל ממחלה קשה עם הגבלות תפקודיות.
- אדם הסובל מיתר לחץ דם בלתי מאוזן, השמנת יתר ומחלת ריאות.
- אדם הסובל מיתר לחץ דם בלתי מאוזן, השמנת יתר ומחלת ריאות קשה המסכנת את חיו.

חלק שני: היבטים רפואיים חברתיים

הנהיג הנאמן

הנהיגה חשובה לאדם המבוגר. כשהרגליים מתקשות ללכת, הרכב מהווה להן תחליף, והוא הגשר של האדם לחברה. המכונית מאפשרת מרחב תנועה, מעניקה עצמאות ומונעת בדידות מהאדם המבוגר. מנגד, קיימים שינויים תלויי גיל הגורמים לירידה במהירות התגובה במצבי דחק, לירידה בחדות הראייה והשמיעה, ולהאטה בעיבוד המידע במוח. נוסף על כך קיימות מחלות ומצבים רפואיים הפוגמים בכושר הנהיגה. אז על מה להקפיד בשעה שנהגים? מתי להיפרד מהמכונית ולהפסיק לנהוג? האם זה תלוי בגיל או במחלה?

שמוליק מלך הכביש

"אתה יודע עד כמה חשוב לי הרכב, הרכב זה הרגליים שלי, זה הקשר שלי עם הסביבה, הרי אתה יודע כמה קשה לי ללכת, הרגליים שלי הם לא מה שהיו. אתה הרי רופא המשפחה שלי הרבה שנים, ומכיר את כל הצרות שלי", אמר לי שמוליק, ספק בכעס ספק בתוכחה.

שוחחנו במרפאה בבוקרו של יום חמסין. היה חם בחדר, המזגן לא פעל ורוח מדברית נכנסה מן המזרח. הפנייה הפעם הייתה יוצאת דופן. אשתו של שמוליק התקשרה אליי למרפאה מספר ימים קודם, ובקשתה הייתה ברורה: "אל תחתום על רישיון הנהיגה של בעלי, הוא מסוכן על הכביש. היית צריך לראות את שתי התאונות שעשה לאחרונה. בכל פעם שהוא יוצא מהחנייה הוא דופק את הרכב". "האם דברת אתו?", שאלתי, "כן", ענתה, "אך הוא תקיף בדעתו להמשיך לנהוג". "מדוע הוא מסוכן, בגלל התאונות?" שאלתי. "כן", אמרה, "אתה צריך לראות איך הוא נוהג". "מה יש לראות? אולי הבעיה היא רק בנסיעה לאחר כחצי שנה, ביציאה מחנייה, שהיא פעולה מסוכנת יותר מנסיעה קדימה?" רציתי גם להגיד לה שניתן להתקין אמצעי עזר במכונית שיעזרו לו, אך היא קטעה את דבריי. "לא", אמרה, "כל הנהיגה שלו היא כמו של פרא אדם". ציפיתי לשמוע ממנה, למשל, אם לאחרונה נהג ואיבד את דרכו, אם היו לו החלטות שהצביעו על שיקול דעת מוטעה או החלטות חפוזות בהן סיכן את חייו או את חיי הנוסעים במהלך

הנהיגה. רציתי לדעת אם קרה שתגובה אטית שלו היוותה סכנה לחייו. חלק מהמטלות המוטלות על הרופא הן בתחום המניעה, כולל מניעת תאונות דרכים ומתן אישור כשירות למטופלים לנהוג ברכבם.

זימנתי את שמוליק למרפאתי ואמרתי לו: "אני מודע לחשיבות שיש לרכב בשבילך ועל הצורך שלך לשמור על הקשר החברתי, אך מוטלת עליי החובה לבדוק ולאשר את כשירותך כנהג. ברצוני לבדוק אותך ולשאול אותך מספר שאלות. ייתכן שחלקן יהיו לא נעימות". ביקשתי שיתייחס גם לשתי התאונות האחרונות שאירעו לו. "כמה זמן אתה נוהג?" שאלתי. הוא הזכיר לי שבעברו היה נהג מקצועי ובילה שנים רבות מחייו מאחורי ההגה של סמיטריילר. הוא היה נוהג לאילת במשך הלילה, ולמחרת חוזר עמוס בקונטיינרים ענקיים. כנהג מקצועי לא היה לו סדר יום קבוע ואף לא סדירות באכילה ובשינה. לא פלא שסבל ממחלת הסוכרת. הוא היה גבוה וכרסו הייתה בולטת. חיבבתי אותו כיון שהיה טיפוס שורשי, עם שפם גדול וידיים מצולקות וחזקות. בכל ביקור, כשלחצנו ידיים, הייתי דורש ממנו שירפה מלפיתתו האיתנה את כף ידי הלכודה. הוא היה צוחק על ידי העדינות שבדקות דפקים וממששות איברים רכים של אנשים, בעוד ידי מתעסקות עם חומרים קשים של מתכות וברזלים. כשרוחו היתה טובה עליו היה מציע לקחת אותי לאחת מנסיעותיו הארוכות. "תצא ותראה את הארץ במקום להיסגר בחדר הרופא הקטן והאפלולי, לאן שאתה רוצה לנסוע, דוקטור, אתי תגיע תמיד הראשון". הוא היה אדם שמח ועליז ולקח את החיים בקלות. "אני לא רוצה להגיע ראשון אלא בביטחון", עניתי קצת בתוכחה, אך הוא לא התרגש ואמר "חיים רק פעם אחת". לעתים הציע לי הצעות 'מגונות' כמו "מתי הדוקטור יבוא אתי לאילת?" כששאלתי בתמימות מעושה מה נעשה שם, היה קורץ לי בעינו ואומר שאני כבר אבין כשנהיה שם.

הייתי רופא צעיר במרפאה והוא היה מבוגר ממני ב־25 שנים, זה נראה לי שנות דור. לא נסעתי אתו לאילת, אך בכל פעם כשיצאתי לעיר הדרומית לחופשה עם משפחתי והייתי רואה סמיטריילר, חשבתי עליו, מלך הכביש, הענק, שיושב שם למעלה מאחורי ההגה והמכוניות הפרטיות נראות כחגבים בעיניו.

הסתכלתי עליו כשהוא ישב מולי. עברו שנים, שנינו התבגרנו, אני בשנות החמישים והוא בשנות השבעים לחייו. מלך הכביש ירד מגדולתו, הוא פרש כבר לפני כ־15 שנים והחליף את הסמיטריילר הענק במכונית משפחתית קטנה, אך לא איבד את רוחו הטובה. הוא היה מגיע למרפאה כל שלושה חודשים כדי לקבל מרשמים קבועים שהייתי נותן לו. הוא לא הירבה להתלונן אך מדי פעם היה מספר על גופו שכבר לא מה שהיה. מחלת

הסוכרת הייתה אמנם מאוזנת, אך הלב הראה סימנים של תעוקה. הוא השווה את גופו למכונית ישנה ומשומשת אך במצב טוב. את הלב השווה למנוע שמדי פעם משתנק וזקוק לתחלופה ולניקוי. הרגליים הם הגלגלים והעיניים-הפנסים. הסכמתי אתו כשאמר שלמרות שגופו אמנם משומש ובלוי, נראה לו שניתן לסחוב עוד קילומטרים רבים, כי חשובה תחושתו של האדם ולא המצב לאשורו.

דחקתי בו לרדת במשקל, להימנע ממאכלים משמינים ולהרבות בפעילות גופנית. המלצתי על הליכה עם האישה, אך הוא טען שאשתו אינה מוכנה ללכת אתו ומעדיפה את חברותיה להליכה. "בכלל", אמר לי כממתיק סוד, "אשתי התקשרה לא רק אליך אלא גם למשרד הרישוי". "מדוע היא כל כך מודאגת ממך?", שאלתי, "עד כדי כך שהיא עושה את כל הפעולות האפשריות על מנת למנוע ממך את המשך הנהיגה?" "היא דואגת לי", אמר. "אולי לעצמה היא חוששת?" "לא, היא כבר לא נוסעת אתי. מאז התאונות היא הכריזה עליי מלחמה. החלטתה נחושה להוריד אותי מהכביש בעוד שאני החלטתי להמשיך ולנהוג כל עוד נשמה באפיי". "אולי היא צודקת", אמרתי, "וכדאי להימנע מנהיגה במצבך". הוא הביט בי ארוכות ואמר, "אתה הרופא שלי ואתה מבין אותי הכי טוב, ויודע עד כמה הנהיגה חשובה לי". "אך לטובתך", ניסיתי לומר "מחלת הסוכרת ו...", הוא קטע אותי. "דוקטור, אני על הכביש מרגיש כמו דג במים וללא המכונית אני דג ביבשה, ובבית אתייבש כמו סרדין".

"ספר לי בכנות על נסיבות התאונות האחרונות", ביקשתי. הוא סיפר בפרוטרוט על היציאה מחניית הבית, על כך שעליו לנסוע לאחור ומאוד קשה לו להטות את הצוואר ולהביט לאחור, וכל פעם הוא נתקל בעמוד המוצב ליד החניה ו'דופק' את תא המטען.

נוסף על הסוכרת הוא סבל גם ממחלת לב ועבר ניתוח להחלפת שלושה מעקפים לפני כעשר שנים. ברגליו סבל מבעיות בזרימת הדם וכשהלך נאלץ לעצור לאחר מספר צעדים. לפני מספר שנים הצעתי לו להתייעץ עם מומחה לכלי דם כדי לבדוק אפשרות לביצוע מעקפים ברגליים, אך הוא סירב.

הזכרתי לעצמי שמחלת הסוכרת פוגעת בכלי הדם ובעצבים ברגליים. פגיעה בעצבים נקראת ניוירופתיה, והיא גורמת לחוסר תחושה בכפות הרגליים. חשבתי שכדאי שאבצע גם הערכה ניורולוגית-קוגניטיבית שתספק לי מידע על מהירות זמן התגובה, יכולת הריכוז, תשומת הלב ויכולת הראייה המרחבית.

המשכתי בבדיקת ההיסטוריה הרפואית שלו הקשורה לכישורי הנהיגה, לתרופות אותן הוא נוטל ולשמירת דיאטה מאוזנת הנועדה למנוע שינויים חדים של רמת הסוכר בדם.

הוא לא נטל תרופות המשרות שינה, תרופות הרגעה, נוגדי דיכאון, נוגדי אלרגיה מסוג אנטי־היסטמינים או כדורים נגד כאבים. כלומר, הוא לא קיבל תרופות בעלות תופעות לוואי או בעלות השפעה על המוח (מערכת העצבים המרכזית). הוא אף חדל לעשן לאחר ניתוח המעקפים ולא היו אירועים של ירידת סוכר דרמטית (היפוגליקמיה). הוא גם לא שתה אלכוהול, לא התרשמתי בשיחה שהוא סובל מבעיות שמיעה או מבעיות בריכוז או בהבנה.

"חלוף את נעליך, הורד את הגרביים ושכב על המיטה", ביקשתי. בדקתי היטב את רגליו באמצעות בדיקה נירולוגית מקיפה שכללה בדיקת תחושה שטחית, עמוקה ומרחבית. הבדיקה המוטורית כללה בדיקת חוזק שרירים, וזרימת הדם נבדקה על ידי מישוש דפקים פריפרים בכפות הרגליים. ביקשתי שיעמוד ישר עם רגליים צמודות לבדיקת שיווי משקל, האזנתי ללב ובדקתי את לחץ הדם. ביצעתי מבחנים שכליים והתנהגותיים והפניתי אותו לרופא עיניים לבירור חדות הראייה ובדיקת קרקעית העין לשלילת פגיעות בכלי דם.

לא מצאתי סיבה למנוע משמוליק את המשך הנהיגה למרות בקשת אשתו, התאונות ומחלת הסוכרת שממנה סבל. כישורי הנהיגה שלו לא נפגעו, והיותו נהג מקצועי בעבר סייעה. הוספתי ואמרתי לו "עליך לזכור שאינך צעיר כפי שהיית, והגיל עצמו גורם בין השאר לשינויים המורידים את מהירות התגובה, את חדות הראייה, וגם מערכת העצבים מגיבה לאט. בנוסף, גם מחלת הסוכרת מפחיתה כישורים בכל התפקודים שעליהם דיברנו, כך שעליך לנקוט אמצעי מנע כדי לשמור על עצמך ועל הנוסעים אתך, על הנהגים בכביש ועל הולכי הרגל". המלצתי לו להצטייד בחיישני נסיעה לאחר עם צג מכון ומראות מכווננות. קבעתי שנפגש בעוד שישה חודשים לביקורת, ובלבי התפללתי שהחלטתי החלטה נכונה.

חשיבות הנהיגה לאדם המבוגר. הנהיגה חשובה לאדם המבוגר, הוא תלוי ברכבו ורואה בו משענת ותמיכה למגבלותיו הגופניות. במיוחד כשקיימת בעיה בהליכה והרגליים מתקשות ללכת, הרכב מהווה תחליף לרגליים והוא הגשר של האדם לחברה שסביבו. הנהיגה נותנת תחושת עצמאות ושליטה, מונעת בדידות ומשפרת את איכות חייו של האדם המבוגר.

זכור לי שגם אבי לא היה מסוגל להינתק מהקטנוע (הווספה) עם הסירה שהייתה חלק מנוף ילדותי. לא העזתי לנסוע עם אבי ברחובות תל אביב כי פחדתי על נפשי, אך אבי ניווט את הווספה ברחובותיה ההומים של העיר כמנצח על תזמורת. בשבילו הקטנוע היה הרגליים ממש, מימוש עצמאותו ויכולתו להגשים את רצונותיו. בשום פנים לא היה מוכן לשמוע על הפסקת הנהיגה, שהסתיימה, איך לא, בתאונת דרכים עם שברים בידיים ובברך. לא הרגשתי נקיפות מצפון כשזה קרה. למרות שחתמתי על כשירותו לנהיגה, איכות חייו הייתה חשובה לו יותר מהסכנה להיפגע. לאחר התאונה, כשאבי חזר והפציר בי שאחתום על כשירותו, סירבתי בעדינות. גם אחותי עזרה לי בכך שמהירה למכור את הווספה. הרכב מהווה לעתים חלק מהשייכות ומהמשפחה של האדם ומקבל ביטויי חיבה ואף סימנים של האנשה. אני זוכר את זוג החברים שלנו בתקופת לימודי באיטליה שהיו מבוגרים מאשתי וממני במאה שנים (כל אחד בחמישים שנה). למכונתם קראו קרולינה. היא הייתה בת גילם וסבלה ממחלת זקנה ומבלאי.

מצבים רפואיים המשפיעים על הנהיגה. מחלות נוירולוגיות מסוג אפילפסיה שאינה נשלטת, אירוע מוחי וכל פגיעה מוטורית (חולשה או ספסטיות) ופגיעה תחושתית (חוסר תחושה) של אחד מהגפיים. ירידה באינטלקט ובכישורים השכליים (אלצהיימר או כל דמנציה), דיכאון עמוק, בעיות שינה קשות, ופגיעות קשות בפרקים של הגפיים או של הצוואר. מחלות לב כמו התקף לב חריף או הפרעת קצב הגורמת לאיבוד הכרה, פגיעות של מחלת הסוכרת, אירוע מוחי חריף, בעיות קשות בראייה ובשמיעה, הפסקת נשימה בתסמונת דום נשימתית, שתיית אלכוהול ושימוש בסמים או בתרופות הפוגמות בריכוז והמשרות שינה.

מחלת הסוכרת עלולה לגרום לפגיעות בשלושת המרכיבים הדומיננטיים של הנהיגה:

- פגיעה בעיניים כתוצאה מקטרקט ומפגיעה בכלי דם.
- פגיעה בעיבוד השכלי (בקוגניציה) עקב חסימת כלי דם במוח, ומצבי ירידת סוכר פתאומית (היפוגליקמיה).

- פגיעה בזמן התגובה המוטורית שהופכת לאטית עקב ירידה בתחושה ברגליים (נירופטיה).

זמן תגובה היא בדיקה הקשורה במהירות קבלת החלטות ותגובות בכל סוגי המצבים, בעיקר אלו הדורשים תגובה מידית. היא קשורה למהירות העיבוד המרכזי של המידע במוח, ומתקבלת במהלך בדיקה קוגניטיבית שנעשית במרפאה (Graca, 1986).

אילו בדיקות ניתן לבצע במרפאה? על הרופא המטפל להתמקד בבדיקות הקשורות לנהיגה: עליו לבדוק תחושה וכוח גס של הגפיים, טווחי התנועה בפרקי הידיים, הרגליים והצוואר, תפקוד מצב שכלי (קוגניטיבי) דרך יכולות של קשב וריכוז, זמן תגובה ומיומנויות של תפיסה מרחבית דרך ציור שעון ובדיקות שמיעה וראייה. בדיקות אלו חשובות כדי להחליט מהם כישורי הנהיגה של הנבדק. במקרים בהם מצבו אינו ברור דיו, יש להפנותו למכון הרפואי לבטיחות בדרכים להמשך הבדיקה (Foley & Mitchell, 1997).

תקנות משרד התחבורה. אוכלוסיית הנהגים המבוגרים, בני ה-67 ומעלה, הכפילה את עצמה בעשור האחרון. בשנת 2000 עמד מספר הנהגים המבוגרים על 130,000 לעומת 330,000 בסוף 2009. מקרב כלל אוכלוסיית הנהגים הוכפל השיעור מ-4.9 אחוז ל-9.8. תקנה חדשה שנכנסה לתוקפה בינואר 2011 קובעת שכל נהג שהגיע לגיל 70 חייב בבדיקה רפואית מקיפה כל חמש שנים כתנאי להמשך אחזקת הרישיון. תקנה זו מחליפה את קודמתה שקבעה שמגיל 65 חייבים לעבור בדיקה רפואית כל שנתיים. לנהגים שהגיעו לגיל 80 יחודש הרישיון כל שנתיים. נהגי מוניות, אוטובוסים ומשאיות, בהגיעם לגיל 60, יחויבו בבדיקה כל 5 שנים, ומגיל 70 כל שנתיים.

הבדיקה כוללת בדיקת ראייה אצל אופטומטריסט ובדיקה רפואית על ידי הרופא המטפל. הוא גם צריך לספק חוות דעת אם יש צורך בבדיקה מעמיקה יותר של המכון הרפואי לבטיחות בדרכים.

בנוסף, על הרופא המטפל לדווח למשרד הבריאות אם חלה הרעה במצב המטופל שיכולה לפגום בכישורי הנהיגה שלו (פגיעה נירולוגית מוטורית, תחושתית או שכלית).

כיצד נדע מתי עלינו להפסיק לנהוג? בדרך כלל, כל נהג מרגיש מתי הגיע הזמן. הגיל אינו הגורם להפסיק אלא הירידה ביכולות ובכישורים הדרושים לנהיגה. הפגיעות הללו הן כתוצאה מהמחלות הנלוות ולא כתוצאה מהגיל. למרות זאת, בל נשכח שבמהלך הנהיגה אנו קולטים בחושים מצבים משתנים (רכבים אחרים, תמרורים, מפגעים), המידע מגיע אלינו בחטף, באופן פתאומי ותוך כדי נסיעה. עלינו לעבד אותו במהירות ולהוציא אותו כתגובה וכמענה למצב שנוצר. האדם המבוגר צריך לשאול את עצמו אם הוא מגיב בהתאם, אם אירעו לו בזמן האחרון תאונות או כמעט תאונות, ואם עצר עצירות פתע.

על הרופא המטפל, המכיר את מטופליו ואת מחלותיהם, לשוחח אתם, להגביר את המודעות לירידה ביכולות הנהיגה שלהם, ולהמליץ המלצות בהתאם.

על מה עלינו להקפיד. אם אנו נוהגים, עלינו להקפיד על מספר דברים: להיות מודעים לגיל, גורם המשפיע על זמן התגובה וחדות החושים, ולמחלות העלולות לפגום בכישורי הנהיגה.

חובה לחגור חגורת בטיחות לכל הנוסעים ברכב. לא לנהוג כאשר חשים בעייפות ולעצור בצדי הדרך, אם מרגישים צורך לנמנם. להימנע משימוש בטלפון נייד עקב הסחת הדעת, להימנע מנסיעה בחושך או כשגשום והראות לקויה. רצוי לנסוע במקומות מוכרים ובנתיבים ידועים.

יש להימנע משתיית אלכוהול לפני הנסיעה ולא ליטול תרופות המשפיעות על מערכת העצבים המרכזית, כגון תרופות הפוגמות בריכוז או המשרות שינה, תרופות הרגעה, נוגדי דיכאון, נוגדי אלרגיה מסוג אנטי-היסטמינים או כדורים נגד כאבים ממשפחת הנרקוטיקה. יש לשים לב שגם בסירופים ובמכילים לשיעול ולהתקררות נמצאים מרכיבים הפוגמים ביכולות הריכוז והערנות.

אמצעים נוספים היכולים לעזור בנהיגה הם שימוש במראות צד מתכווננות ובחיישני נסיעה לאחור, וכן לעשות קורסי ריענון נהיגה, ולהתנסות בסימולטורים מטעם המכון לבטיחות בדרכים.

התאמת הבית לצרכים המשתנים

למי מאתנו לא עוברת בראש השאלה "האם אוכל להזדקן בדירתי?" את מי לא מטרידה השאלה מה עדיף, להתאים את הבית לצרכים המשתנים או לעבור לדור מוגן?

ישנם צמתים בחיים שבהם נדרש ומתבקש שינוי בסביבת הדיור כמו בזמן פרישה מהעבודה, מות בן זוג, או ירידה במצב הרפואי. לעתים גם חיפוש אחר אקלים טוב יותר, חברה, צורך בביטחון ובקרבה למשפחה מעורר צורך בשינוי מעין זה.

כרופא בקהילה ובדיור מוגן נשאלתי פעמים רבות גם על ידי המבוגרים, אך בעיקר על ידי ילדיהם, על חלופות הדיור המתאימות והקיימות, ואף עקבתי אחר השלכות השינוי בדיור על האדם המבוגר.

■ אביא מספר סיפורים ואדון בשאלה האם לעשות שינוי. אעמוד על הקשר בין תפקוד ודיור ועל החלופות הקיימות כיום.

לעזוב את הבית ליד הים ולעבור לדיור מוגן

"אימא קראה לי יום אחד", סיפרה לי הבת, ואמרה שהיא ואבא החליטו לעבור לירושלים. אימא נימקה את ההחלטה שאם חס וחלילה תזדקק לעזרתי, יהיה לי קשה לעזור לה עקב הריחוק מהבית. היא אף הוסיפה בהנמכת קול שהיא חוששת להישאר לבד מאחר שכפי שידוע לי, קיים פער של עשר שנים בינה ובין אבא, וכשהיא מתבוננת היא מוצאת את רוב הנשים בסביבתה אלמנות."

"אימא היקרה", המשיכה הבת לספר, וקפצה לסוף הסיפור, "לא ידעה שדווקא אבא יאריך ימים אחריה בשבע שנים, אך למה לקפוץ ישר לסוף הסיפור, אתחיל מהתחלה", אמרה הבת. ראיתי שהוקל לה לאחר שגילתה לי את סוף הסיפור.

"הוריי גרו באחת הערים בשפלת החוף לאורך הים. אבא אהב ללכת לים ולהפקיר את גופו לקרני השמש. הוא היה שוכב על החול ומכסה עצמו עד לראשו. אבא היה מבלה על החוף שעות לאחר יום עבודתו כפקיד באחד ממשרדי הממשלה. גם בסופי שבוע חוף הים היה מרכז הבילוי של משפחתנו. אני מדגישה את הים", התנצלה הבת, "כי בסופו של הסיפור" – קפצה הבת בשנית לסוף – "שנים לאחר המעבר לירושלים, כשאבא כבר היה אלמן, הוא כעס והאשים אותי במעבר לעיר שאין בה ים. הוא לא רצה לעזוב את עירו שבה גר חמישים שנה, היה מאושר בה, ואהב את הים שבקרבתה".

היבטתי על הבת שהייתה בת גילי וראיתי עדיין את תחושת העלבון מהאשמותיו של האב, שנפטר לפני שנתיים.

"סליחה, אני כל הזמן מדלגת לסוף", אמרה הבת, "ההורים גרו חמישים שנה בשכונה קרובה לים. אימא הייתה בת 70, כשקראה לי באותו יום וסיפרה לי על 'ההחלטה הקשה ביותר שקיבלה'. אבא היה בן 80. לא כל כך הבנתי מדוע אימא חשה שההחלטה לעבור לירושלים ולעזוב את הדירה ואת העיר שבה חיו שנים רבות היא ההחלטה הקשה ביותר שקיבלה, אך לא הקשיתי עליה, רק שאלתי מה אבא אומר על כך. תשובתה הייתה שהוא מוכן לעבור לירושלים בשבילה.

אימא הייתה אישה מעשית מאוד, היא ראתה הכול בצורה מציאותית בלי הרבה התחבטויות נפש, צריכים להחליט וזהו, סוג של תכלס. ישבנו, שוחחנו, קיבלנו את ההחלטה וזאת ההחלטה, חרצה. אימא, שהייתה אחות במקצועה, התכוונה לזקנה כמו שצריך. הכינה חסכונות, דאגה לביטוח סיעודי ומכרה את הדירה. היכרתי את אימא, ידעתי שהחלטתה לא התקבלה ביום אחד, אלא לאחר התלבטות ואחרי ששקלה בכובד ראש את היתרונות והחסרונות של המהלך. הקשבתי, לא הוצאתי מילה, ידעתי שאין טעם להקשות או לערער. ההחלטה נפלה.

ההחלטה גם נראתה לי שקולה ונכונה, במיוחד לאור העובדה שאחי היחיד, שהתגורר סמוך לאימא, החליט להגר עם משפחתו לחוץ לארץ, ואני היחידה שאטפל בהם בעת הצורך. הנסיעות לשפלה היו קשות לי והעיקו עליי, במיוחד החום והזיעה, וחשבתי שזה יהיה כיף ונוח שאימא תתגורר לידי. דמיינתי את הארוחה בערבי שבת, שלושה דורות ישובים סביב השולחן באווירה משפחתית שמחה ומאושרת. דמיינתי כיצד רונית בתי קופצת לבקר את סבא וסבתא לאחר יום הלימודים, הם אוכלים יחדיו צהריים, ואחר כך סבא מסיע אותה ברכבו לתנועת הנוער.

למען האמת, המעבר לירושלים התחיל נפלא. הדיור המוגן החדש החל להתאכלס בזוגות, בבודדים, באלמנות ובאלמנים, והאווירה הייתה טובה. הוריי השתתפו בפעילויות חברתיות, התיידדו עם מספר זוגות ומצאו להם חברים חדשים. החברים מהשפלה הגיעו לבקר ולא הסתירו את קנאתם מהדירה ומהנוף היפה, ואף ידידים ירושלמים ותיקים חזרו לבקר וחידשו את החברות. הדירה הייתה מוצפת מבקרים והוריי היו מאושרים. אהבתי במיוחד את הקשר הטוב שנרקם בין אבי ובעלי, נהניתי לראותם משוחחים בלהט.

יצאתי עם אמי לקניות ולביקורים חטופים ונהנינו זו מחברתה של זו. ארוחות ערב שבת אכן היו חגיגות ושמחות, הנכדים הרבו לבקר אותם גם בלעדינו ורונית נהגה פעם בשבוע

לאכול בחברתם. אבא המשיך את לימודיו באוניברסיטה העברית בירושלים בתכנית של מרכז מרטין בובר לחינוך מבוגרים ואף נרשם לחוג ציור במוזיאון ישראל יחד עם נכדתו – בתי הצעירה.

שבע שנים נמשכו החיים היפים ולאחריהם החלו להופיע שינויים שכליים ואישיותיים אצל אימא. היא נעשת רגזנית וכעסנית, החלה לצעוק על אבא, מצאה חסרונות בכל דבר ואיבדה עניין בנו ובאבא. האבחנה הייתה מחלת אלצהיימר. לא ניתן היה להשאיר את אימא בבית, ונאלצנו להעבירה לבית אבות לתשושי נפש.

אחי היה מתקשר מאוסטרליה ממטיר פקודות והוראות ואני הייתי נקרת בין אימא לאבא. 'את אימא איבדנו – תשמרי על אבא', היה אחי מעמיס על רגשות האשמה שלי כאילו הייתי אני אחראית למחלת האלצהיימר. אבא, שנשאר ללא אימא, החל להיות ממורמר, כועס ונרגן. ביקוריו הסתיימו במריבות עם בעלי והנכדים. במיוחד אבא כעס עליי והאשים אותי במצב שנוצר".

הוריי עוברים מגבעתיים לדיור מוגן בירושלים

אני זוכר את עצמי מפציר בהוריי המתבגרים לעזוב את שכונתם בגבעתיים ולבוא לגור בעירי, ירושלים. הסברתי את מעלותיו של הדיור המוגן בכך שתהיה להם דירה משלהם עם כל הנוחיות הנדרשת, שם יחוו תחושת ביטחון ואף יוכלו לקיים פעילויות חברתיות המותאמות להם אנשים בני גילם. אף הוספתי שאני משמש כרופא במקום, כך שאוכל להשגיח עליהם 'בשבע עיניים'. הוריי אמרו שהם לא יעברו בשום פנים ואופן לבית אבות ושטוב להם בדירתם. שטחתי שנית את טענותיי: "הדירה גדולה עליכם, קשה לכם לרדת במדרגות, המכולת והמרכז המסחרי רחוקים, החברות של אימא עזבו או נפטרו וגם לאבא כבר לא נותרו חברים פרט לקומץ מתפללים מבוגרים בבית הכנסת השכונתי שאף הוא נהפך לבית כנסת של צעירים". עוד טענתי שזה מסוכן להמשיך לנהוג בגילו בגוש דן הסואן בקטנוע המחובר לסירה, אך מאומה לא עזר. הדיור המוגן נתפס בתודעתם כמושב זקנים, וביתם וסביבתם המשיכו לשמש להם מקור ביטחון.

הוריי עברו רק לאחר שאמי קיבלה אירוע מוחי ואבי נפצע בתאונת דרכים, עם הקטנוע כמובן. אימא נפטרה לפני שנתיים, בדיור המוגן היא שהתה שלוש עשרה שנים בהן נהנתה מכל רגע. היא קישטה את הדירה והתגאתה בה. בשיעורי ציור למדה לצייר ולאחז במכחול בידה השמאלית שלא נפגעה, ואף למדה לשחק ברידג' בשיעורים

שניתנו בדיור המוגן. אבא, שנפטר לפני חמש שנים, המשיך לרטון שכולן כאן נשים וכולם זקנים. אבי היה יוצא למקום בו לומדים צעירים ושם ישב ולמד במשך רוב שעות היום.

שיפוץ הדירה

"הכול התחיל יום בהיר, כשאמא סיפרה שכל השכנים בבית החליטו על הוספת חדר לכל דירה בבניין. זאת לא הייתה ידיעה חדשה עבורנו", סיפרה הבת, "אימא הזכירה שכבר לפני מספר שנים היו דיבורים על כך, אבל הפעם זה נשמע רציני. אימא הציגה זאת כהזדמנות חד-פעמית שלא כדאי להחמיצה". היא אמרה שחדר נוסף יאפשר להם לארח את הילדים והנכדים ברווחה.

"ההורים", המשיכה הבת, "לא היו צריכים מלכתחילה את תוספת החדר אך הם נכנסו לאט לאט לעניין, ולבסוף מצאו את עצמם משפצים את כל הדירה.

באותו ערב אימא החלה לשאול לדעתנו. רובנו שתקנו עד שאחי העז ואמר 'בגילך, מה את צריכה את כל הבלגן?'. אימא הביטה בו ואמרה: 'אז בגילי אני צריכה למות, או לסבול, או בעצם לא לעשות שינויים כי אני כבר לא קיימת, לא נחשבת ואין לי רצונות ומחשבות משלי? רק אתם הצעירים יודעים הכול, ויכולים לשנות את תכניותיכם מידי יום לפי השגעונות שלכם? הסכמנו בינינו שאם זה חשוב לה ועושה לה טוב אז למה לא בעצם? כך התחיל השיפוץ הגדול.

כתוצאה מהתוספת של החדר אימא החליטה להגדיל את שני החדרים הקיימים, להעתיק את חדר השינה שלהם לאחד מהם, ולבנות שם יחידת הורים עם שירותים צמודים. אימא בנתה גם פינת עבודה לעבודות התפירה שלה. כדי להימנע מריצוף במרצפות שונות, היא עמדה על כך שיוחלף כל הריצוף בבית לריצוף אחיד. עכשיו הגענו לשינוי הגדול – המטבח של אימא. אימא אהבה לבשל, המטבח היה הממלכה שלה, אך מאחר והייתה נמוכת קומה נמצא שהשיש והכיריים היו גבוהים והיא נאלצה לעמוד על קצות אצבעותיה כדי להגיע לסירים האחוריים.

כולנו התלהבנו מהשינוי במטבח ושמחנו שיהיה לאימא נוח לבשל את תבשיליה. אימא ישבה עם נציגי חברת המטבחים, שהציגו בפניה את תכניות השיפוץ בפירוט רב, שרק בלבב אותה. הצורך בקבלת החלטות מידיות וגודש הפרטים הטכניים והאחרים בישיבות עם נציגי חברת המטבחים, השיש, הקרמיקה והריצוף הכניס את אימא למצבי לחץ שהתבטאו בנדודי שינה, חוסר תיאבון התפרצויות זעם. אימא הייתה ממש

מבולבלת. היו לה רגעים שאף הרימה את קולה, וביטאה תחושת ייאוש וחרטה על שבכלל התחילה בכך.

כל אחת מהבנות עזרה לאימא לקבל החלטות, והוסיפה תוך כדי כך את נקודת המבט ודפוסי החשיבה שלה, שלא תאמו לדפוסי החשיבה של אימא. למשל, אחת הבנות הציעה להוסיף אמבטיה לשירותים הצמודים לחדר השינה על מנת להעלות את ערך הדירה ולהשביחה. הבת השנייה התנגדה וטענה שקשה למבוגרים להיכנס לאמבטיה ושהדבר מסוכן.

אבא לא היה מעורב, הוא נתן לאימא להחליט ביד חופשית. מצד אחד זה היה טוב ומנע מריבות נוספות, מצד שני, הדבר הטיל את מלוא כובד האחריות עליה.

האישה ממחנה יהודה

בשוק מחנה יהודה זוכרים את האישה שהייתה מחלקת לילדים סוכריות בשבת, ומיני מאפה בחגים. היא הייתה אלמנה ובודדה במשך שנים רבות והסתדרה לבדה. כולם הכירו וכיבדו אותה. 'מאדאם מרים' היו קוראים לה כל רוכלי השוק. הם סיפרו שהיו לה כוחות נסתרים ושברכותיה היו מתגשמות.

ביתה היה צמוד קרקע, ללא מדרגות, קטן וישן, מאותם בתים שנבנו בתחילת המאה העשרים עם מבואות שפלשו לתוך חצר גדולה. עם השנים מאדאם מרים התקשתה לצאת מביתה, והבית החל להיסדק ולדלוף ממי הגשמים. במחלקת מהנדס העיר בעירייה טענו שהבית מסוכן ועלול להתמוטט על יושביו, על כן פנו ללשכת הרווחה בדרישה להעביר את מאדאם מרים לבית האבות העירוני. היא סירבה להתפנות והתעקשה להישאר בביתה. "מכאן לא אזוז וכאן יהיה מקום קבורתי". אמרה. בלשכת הרווחה החליטו להמתין ולראות כיצד הבית יחזיק מעמד בחורף.

הגשמים העזים גרמו לרטיבות רבה, קירות הבית המשיכו לדלוף והחשש לקריסה היה גדול. הוחלט שאין ברירה וחייבים לפנותה. כיוון שמאדאם מרים עמדה במריה, הוחלט שיש להוציאה אף נגד רצונה. יום לפני ההעברה מצב רוחה של מאדאם מרים היה טוב והיא נפרדה מרוכלי השוק ומשכניה. בבוקר שלמחרת, העובדת הסוציאלית מלשכת הרווחה מצאה אותה שוכבת במיטתה ללא רוח חיים.

תבנית נוף מולדתה

הייתי נוכח בשיחה של הבת עם אימה: "אימא, את חייבת לעזוב את הבית שבמושב, הוא אינו מתאים לך יותר. את זקוקה להשגחה צמודה יותר בשל מצבך הרפואי הרופף והבדידות שבה את נמצאת. כל היום את לבד בבית ונפש חיה לא נכנסת לבקר אותך, דור המייסדים של המושב חלף ואת נשארת לבד. מה נשאר לך מהבית, אבא הרי נפטר לפני עשר שנים, הילדים כבר מסודרים, הקימו משפחות ועזבו את המושב. כל השכנות החברות הטובות שלך נפטרו השנה. תוכלי לגור לידנו ואנו נשגיח עלייך ונדאג לך בכל המובנים. את תהיי מרוצה, אני מבטיחה לך". אמרה הבת בתחנונים. האם הביטה בעיני בתה והשיבה שאינה מוכנה לעזוב את הבית שבמושב. "זה ביתי, כאן הקמתי את משפחתי, אני קשורה אליו וכאן אמות. אגב", הוסיפה בחיוך, "לאחרונה ריצפתי את הסלון וביקשתי מהגנן לשתול פרחי אמןון ותמר בגינה".

שבועיים לאחר השיחה, כשקמה הבת מהשבעה על אמה, היא ביקרה אותי במרפאה ואמרה: "כיצד יכולתי לעשות את זה לאימא, כיצד חשבתי שניתן לנתק אותה מהבית שכל כך אהבה. ישבתי על הכיסא של אמי בכניסה לבית. הסתכלתי על האמןון ותמר הפורח בגינה, על עץ הזית העתיק והדשא המוריק. חשבתי לעצמי שאימא הייתה יושבת לה ומביטה באותם דברים שהיו יקרים לה, שהיו שייכים לה ושהיו חלק ממנה, שכל חייה היו נוף מולדתה ומהם לא הייתה מוכנה להינתק. איך יכולתי לעשות את זה לאימא?" אמרה בבכי.

האם רצוי שאנשים מבוגרים יעשו שינוי בדיור? הדילמה הזו קיימת אצל כל זוג מבוגר. קיימים צמתים בחיים שהדילמה אף מחריפה. זה קורה לאחר פטירת בן הזוג, לאחר ירידה במצב הרפואי והתפקודי של אחד מבני הזוג, כשמחריפה תחושת הבדידות והניתוק, כשתחושת הביטחון האישי מתערערת, וכשנוצר צורך להתקרב לבני משפחה הגרים רחוק.

התשובה היא שכן רצוי לעשות שינוי, מאחר שבמצבים רבים קיים הצורך לשיפור איכות החיים על ידי התאמת הדירה לצורכי האדם המבוגר או החלפתה. התפקוד והיכולות של האדם המבוגר משתנים ומצריכים לבצע שינוי בביתו.

מה שהיה טוב ומתאים כשהיינו צעירים אינו נכון ומתאים בגיל מבוגר. בכלל, מה שהיה טוב פעם אינו בהכרח טוב לזמננו וכל החיים עלינו להתמודד עם שינויים. אולם עלינו להיות זהירים, לא להיכנס להרפתקאות ולהתפתות לבריכות שחייה, למעליות שקופות, למרצפות שיש ולמראות מלוטשות בדיור המוגן. עלינו להכין עצמנו עם ליווי מקצועי, משפטי, פיננסי ותמיכה רגשית של בן משפחה שמלווה את תהליך קבלת ההחלטה.

מהי סביבת הדיור המתאימה לאדם המבוגר? התשובה קשורה ביכולת התפקוד של האדם. אם האדם עצמאי ומסוגל לבצע את תפקודי היום-יום רצוי שישאר במסגרת הבית שבו הוא חי, אולם אם הוא זקוק לעזרת אחרים עליו לעבור למסגרת מתאימה. אם הוא זקוק לעזרה בצורה קלה – יעבור למסגרת תומכת, למשל דיור מוגן. אם הוא תלוי באחרים במידה רבה ותפקודו נמוך, הוא זקוק למסגרת של בית אבות או מחלקה סיעודית. מובן שזה פשטני מאוד ובכל מצב תפקודי קיימים כמה חלופות.

עד לפני מספר שנים נמצאו אנשים עצמאיים במסגרות אשפוז ממושכות כמו בתי אבות ומוסדות סיעוד. היו שתי מסגרות אשפוז מסורתיות עיקריות. האחת, בתי החולים הכלליים לצורך אשפוז במצב חריף ושהות לתקופה קצרה עד לפתרון הבעיה החריפה. השנייה, המסגרות לטיפול ממושך לאותם בעלי תפקוד גופני ונפשי נמוך ותלות גבוהה בחברה (גולנדר ובריק, 2003).

בשנים האחרונות חלה התקדמות בנושא, ונוצרו אפשרויות טיפוליות שונות במסגרת הקהילה ומתן השירותים בבית. בקהילה התאפשר מתן טיפול ממושך במסגרות של מועדני יום קהילתיים לאוכלוסיות עם צרכים שונים: חברתיים, נפשיים ורפואיים, ולבעלי יכולת תפקודית שונה מתלות קלה עד קשה. מסגרות כמו בתי דיור מוגן ציבוריים, שכונות תומכות, מועדוני יום והחלמה קצרה. בבית החולה התפתחו שירותים באמצעות יחידות בית של שירותי הבריאות בקופות החולים השונות. נוסף על כך הושגה פריצת

דרך בחוק סיעוד המאפשר קבלת עזרה של מטפלות בית (מט"ביות) למספר שעות עד למתן אישור למטפל צמוד על פי הצורך.

חשיבות התפקוד והתלות באחרים אינה חזות הכול. קיימים גם רצונותיו של האדם, יכולותיו הכלכליות, רצונות שאר בני המשפחה ואילוצים נוספים.

האם להישאר בבית ולהתאימו או לעבור לדיור אחר? הדעה השמרנית אומרת שהכי טוב בבית. ביתנו הוא מבצרנו. היתרונות של הבית ברורים, הסביבה מוכרת לנו, היא ידידותית ומעניקה תחושת שייכות אישית וביטחון. כולם מוכרים וידועים מזה שנים רבות: השכנים, בעל המכולת, הפקיד בבנק, המתפללים בבית הכנסת. לעומת זאת, לגור לבד זה מצב נפוץ באוכלוסייה המבוגרת, אך עלול להעמיד אותם בפני פגיעות וסכנות. תחושת הבדידות יכולה להשפיע לרעה על התיאבון והאכילה עד כדי הופעת תת-תזונה. אצל אנשים עם בעיות שמיעה וראייה תחושת הבדידות מועצמת. הצורך של רבים מהם, לשמור על עצמאות בכל מחיר ולחיות לבד על אף פגיעותם, הוא צורך קיומי שיש להתחשב בו.

החשש להיות נטל על הילדים מגיע למצבים שאותם אנשים לא מבקשים עזרה גם כשנוצר צורך דחוף, ובכך עלולים לגרום לעצמם נזק ממשי. קיימים מצבים חריגים כמו לאחר אשפוז או לאחר ניתוח הדורשים תמיכה, עזרה והשגחה, וכן קבלת שירותים נוספים זמניים עד להתאוששות, כמו מטפלים למספר שעות וטיפול של אחות ורופא.

מה קורה כשחלים שינויים ביכולות הגופניות שלנו? השאלה המרכזית היא אם אנו רוצים להישאר בבית, ואם ניתן להתאים את הבית ליכולות ולצרכים המשתנים שלנו ובדרך זאת לפצות על הפגיעה הגופנית.

בהנחה שאנו מעוניינים להישאר בבית, מה הם השינויים שעלינו לבצע, ואם הדבר אפשרי מבחינה טכנית וכספית, כשהמטרה היא ליצור בית שיהיה נוח ומתאים לתפקודנו ולצרכינו.

ישנם מספר שינויים שצריך לבצע בבית: בכניסה, יש להציב מעקה ולהגביר את התאורה. יש להתקין מאחזים בשירותים ובמקלחות, לרכוש שטיחונים למניעת החלקה, ובמידה וקיימת אמבטיה – להוציאה. יש למגן את החלונות, במיוחד בקומת קרקע, ולהתקין שרשרת וחריר הצצה בדלת הכניסה. ריהוט הדירה צריך להיות מותאם ליכולות הגופניות בזמן ישיבה וקימה לפיכך יש להתאים על ידי הגבהת המיטה (קיימים מגביהי רגליים) ולהשתמש בכורסאות עם ידיות ובעלות מושבים גבוהים וקשים.

לשם כך, יש צורך ביעוץ של איש מקצוע ובתמיכה של בן משפחה שילוהו אותנו באופן קבוע בקבלת ההחלטות ויעקוב אחר מימושם. תפקיד איש המקצוע, שהוא מרפא בעיסוק, לאבחן בביקור בית את היכולות שלנו ואת האפשרויות הפיזיות לבצע שינויים בדירה. על פי היכולות עליו לקבוע את הצרכים והשינויים המתבקשים, למשל הגדלת רוחב הפתח של חדר השירותים, שינוי כיוון פתיחת הדלתות, קביעת גובה המעקים בחדר השירותים ובחדר השינה, והתקנת טלפונים ולחצני מצוקה. תפקידו של בן המשפחה לסייע בבחירת האביזרים הדרושים, ההתקנות המתבקשות והתיאומים הנדרשים. לאחר התאמת הבית יש לראות אם השינויים שנעשו אכן מקלים על האדם המבוגר, אם הוא עדיין נזקק לעזרה, אם הוא מסתדר בכוחות עצמו ועד כמה השינויים שיפרו את תפקודו.

חוק הסיעוד המאפשר קבלת מטפלת בית למספר שעות, לאלה העומדים בקריטריונים, או אישור להעסקה של מטפל זר, דבר המאפשר להישאר בבית אף במקרים של צורך בעזרה רבה. מהנתונים הידועים, רוב האוכלוסייה הסובלת מתפקוד ירוד ובעלת תלות גבוהה נמצא בביתו בקהילה, ורק אחוז קטן נמצא במסגרות אשפוז לטיפול ממושך.

מה קורה כשלא ניתן לבצע התאמה? הבית ישן ודורש תיקונים ותחזוקה שוטפת שקשה לביצוע. הגינה הגדולה והפורחת הפכה לנטל. אין מעלית בבניין והמדרגות גבוהות ומאיימות. השכנים הוותיקים נפטרו או עזבו והשכנים החדשים צעירים, רעשנים ולא נחמדים. הילדים עזבו את הבית ומתגוררים בעיר אחרת. הבית נעשה גדול וקשה לנו לנקות אותו. הגעגועים לנכדים והצורך בתמיכתם ובתשומת לבם גדל. הסביבה, שהייתה שקטה וידידותית, השתנתה הפכה לרועשת ומנוכרת. הרחוב הקטן נהפך לכביש ראשי בעל ארבעה מסלולים. המכולת הקטנה נסגרה וצמח במקומה קניון ענק ומאיים. למרכז המסחרי, שנמצא מעברו של הכביש, לא ניתן להגיע עקב הקושי בחציית הכביש הסואן. בית הכנסת הוותיק התמעט מיושביו הקבועים ובמקומם באו מתפללים חדשים עם נוסח תפילה אחר. במקרים אלו עלינו לחפש חלופות דיור כי לא ניתן להישאר בבית ועלינו להתאים את הדיור והסביבה לצרכים המשתנים שלנו.

חלופות הדיור הקיימות. נסקור את חלופות הדיור השונות. נתמקד בשתי אפשרויות שכיחות: דירה פרטית מול דירה בדיור מוגן.

דירה פרטית

קיימות אפשרויות בבית משותף או בבית בודד. דירה בקנייה או בשכירות, דירה בשיתוף הילדים או בשכנות להם, דירה במרכז העיר על יד המרכז המסחרי, ודירה באזור שקט ומרוחק ממרכז העיר או דירה באזור אקלימי המתאים למחלות. נעבור על האפשרויות השונות:

דירה בבית משותף – עדיפה על בית בודד שבו עלות האחזקה והמיגון גבוהה, תחושת הבדידות נשארת ותחושת הביטחון נמוכה. בבית משותף קיימת בדרך כלל מעלית החוסכת את הקושי שבטיפוס. קיומם של שכנים מאפשר להיעזר בהם במקרי חירום ואף לקבל תחושת ביטחון במקרים של פריצות וגנבות. ניתן לטפח במרפסת עציצים ואדניות. רצוי שלדירה יהיה מפלס אחד ללא מדרגות בתוכה כדי למנוע סכנה של נפילות.

דירה בקנייה או בשכירות – קניית דירה דורשת אמצעים כלכליים גדולים והתחייבות כספית, אך מקנה ביטחון נפשי שלא נפונה ממנה כעבור שנה או בתום תקופת השכירות. אני זוכר את הוריי שרצו לקנות דירה בירושלים נוסף על זו שהייתה להם בגבעתיים. התנגדתי לרעיון מאחר והוא היה מאלץ אותם להצטמצם מבחינה כלכלית בגיל שבו רצוי לחיות ברווחה ולשמור על עתודות כלכליות למקרה הצורך.

דירה בשיתוף הילדים או דירה בשכנות להם – אינני תומך במגורים משותפים עם הילדים. רבים המקרים בהם נוכחתי שהסידור הזה לא היה בריא לשני הצדדים. ההתחכחות היום יומית והחשיפה לדברים הקטנים הבאה לידי ביטוי במגורים משותפים גרמה לקשיים ולמתחים בין ההורים לילדים. המלצתי להעדיף דירה סמוכה למקום המגורים של הילדים המאפשר פרטיות לכל צד תוך הישענות ותמיכה זמינה במקרי הצורך מצד הילדים. חברה של אחותי סיפרה שהוריה הגיעו לביקור באחד החגים ולא עזבו. "מתי זה היה?" שאלתי, "לפני עשר שנים", ענתה.

האימא חלתה ואושפזה בבית חולים, ולאחר שחרורה היה ברור שלא ניתן להחזירה לביתם. כעבור חצי שנה האימא נפטרה והאבא שנשאר לבד, המשיך לגור בביתם עד שהתפנתה דירה של השכנים ממול ואבא קנה אותה. כיום האבא בן 96, גר באותה דירה יחד עם מטפל זר.

דירה במרכז העיר – כל השירותים השוטפים הנדרשים נמצאים בהישג יד לעומת דירה באזור שקט ומרוחק ממרכז העיר. דירה במרכז העיר מבטלת את התלות בתחבורה ציבורית ובמכונית. מרכז העיר מציע שפע של חנויות, שירותי בנק, מרפאות, בתי קפה ומסעדות, והכול בהישג יד. לעומת זאת קיים קושי במציאת מקומות חניה למבקרים

ולבני משפחה, והאזור רועש ומזוהם יותר. דירה באזור מרוחק בדו"כ תהיה באזור שקט אך לא תאפשר נגישות למרכז מסחרי ותיצור למתגורר בה תלות בתחבורה ציבורית.

דירה באזור אקלימי נוח ונקי – אוויר נקי מפיח וללא לחות מתאים למי שסובל מקשיי נשימה ומאלרגיה. רצוי לעבור לסביבה אחרת רק במקרים חריגים ולאחר ייעוץ רפואי. בכל המקרים רצוי להימנע מהתנתקות מהחברה ומהחברים המוכרים.

דירה בדיוור מוגן – הפריחה הקיימת כיום במסגרות אלו מאפשרת למצוא מקום מגורים הולם מתוך מגוון רחב של מקומות דויר. הדיוור המוגן מאפשר לחיות בחברת אנשים בני אותו הגיל עם צרכים דומים תוך קבלת כיסוי בתמיכה רפואית, סיעודית ותמיכה של עובדת סוציאלית. מילוי שעות הפנאי באמצעות שיעורי העשרה בתנ"ך, בעברית, בהיסטוריה, בשפות זרות והרצאות שונות, עבודת מלאכת יד, התעמלות, ספרייה, משחקי קלפים, ברידג', שחמט, בינגו, שעת קפה והתעמלות. ביטחון מפני זרים וסביבה נקייה, ידידותית, מוגנת ומתאימה לתפקוד.

בחלק רב מהם קיימים בתי כנסת, מספרה, שירותי ניקיון, מכולת ושירותי שליחים להבאת תרופות וכדומה. אחד מהבנקים הגדולים שולח לדיוור המוגן פקיד בנק לביצוע פעולות שוטפות. קיים מיתוס כאילו מדובר בבית אבות, שכמובן אינו נכון כיוון שכל דייר מתגורר בדירה משלו. יש המתלוננים "כל היום אראה זקנים, מוגבלים והודעות פטירה על הקיר וזה לא בשבילי". להם אני עונה בחיוך שגם הם לא צעירים ולא תמיד בריאים ולמות זה לעתים הדבר הנכון (יאול, 1999).

לסיכום, אין פתרון אחיד לכולם, ויש להתאים את הדיוור על פי הצרכים של האדם או הזוג. הכלל שצריך להנחות הוא רמת התפקוד, היכולות הגופניות והצרכים הנפשיים והחברתיים. עלינו לשאול מה החסר העיקרי ואם ניתן להשלימו במסגרת הבית או במעבר לדיוור מוגן. החסר יכול להיות חברתי, ביטחון אישי, סיעודי ורפואי.

בהתאמת הדיוור והבית המלצתי היא להיעזר באיש מקצוע כמו מרפא בעיסוק שיתאם בין ציפיות האדם והאילווצים במבנה, ובין היכולות התפקודיות של האדם והביצוע בשטח. יש להתמקד יותר בשיפור הפונקציונלי שיעזור למלא את אותם חסרים תפקודיים של האדם המבוגר ופחות ביפה או באופנתי.

בהחלטות על מעבר למסגרות דויר רצוי לקבל ייעוץ מאנשי מקצוע בתחום המשפטי והכספי. כדאי להימנע משמיעת עצות מרובות מכל בני המשפחה מחשש לבלבול ולעירוב שיקולים זרים. רצוי שיהיה ליווי קבוע של בן משפחה או חברים שיכולים להקדיש לתהליך זמן ומחשבה. ההחלטה להישאר בבית או לעבור לדיוור מוגן היא אחת מההחלטות המשמעותיות ביותר בגיל המבוגר, ועליה להתקבל מתוך יישוב הדעת ולא בחופזה.

הפרישה מהעבודה - להתמודד עם השינוי

אחד השינויים המשמעותיים שהאדם המבוגר מתמודד עמו, הוא הפרישה מהעבודה. בעולם בכלל ובארץ בפרט, קיימת מדיניות של ניגודים. מחד גיסא, כדי לצמצם אבטלה ולהכניס צעירים למעגל העבודה, מעודדים את פרישתם של עובדים מבוגרים, מאידך גיסא, אנו עדים להארכת גיל הפרישה ולשוויון בין נשים לגברים.

האם הגיל בלבד הוא הממד ליעילותו של העובד, במיוחד לאור תוחלת החיים העולה? אולי היכולות הגופניות והכישורים המנטליים הם אלו שאמורים להכתיב לנו איך ומתי לפרוש? בארצות הברית, למשל, אין מדיניות של פרישה. האם הפרישה היא ברכה או חלילה קללה? האם הגיל מיטיב ומשביח את עבודתנו, או מקשה עליה ומסרביל אותה? האם ניתן לפצות על קשיים בתפקוד ולהמשיך בעבודה? אנסה לענות על השאלות הללו בעזרת סיפורים מן החיים.

הזמרת ובעיית השמיעה

הזמרת שעמדה על הבמה הייתה מאוד ידועה. קולה העמוק הפך מזמן לאחד מנכסי צאן הברזל של כולנו. שירתה וקולה שבו את לבי והזכירו לי את נעוריי. היבטתי בה. פניה היו מטופחות ויפות, ואותות הגיל בקושי ניכרו עליהן. תנועותיה היו מעודנות ומדויקות. ההופעה החדירה בה אנרגיות שבאו לידי ביטוי בכל תנועה ותנועה. קולה העמוק לא השתנה ונשמר כפי שזכרתי אותו כשהייתי נער. הערכתי שגילה הוא 75.

בעודה שרה, חשבתי לעצמי שגם בגיל מבוגר אנשים יכולים להמשיך ולעסוק במקצוע בו הם מוכשרים, ולהוציא מעצמם יכולות הקיימות בהם. יכולות אלו אינן הולכות לאיבוד ואף לא נשחקות.

עודי מהרהר, וכבר אירעה תקלה שגרמה לי לפקפק במסקנתי. הזמרת לא זכרה את סדר השירים שעליה לשיר, והפסנתרנית שליוותה אותה נאלצה להזכיר לה. "אני לא שומעת", צעקה הזמרת לפסנתרנית. ניכר היה שהתרגזה. הבנתי שהזמרת המפורסמת מתקשה בשמיעה ולא מצליחה לשמוע את שם השיר שעליה לשיר. על הפסנתרנית היה לצעוק בקול חזק יותר. כל הקהל באולם שמע מלבד הזמרת. גם ניסיון נוסף של הפסנתרנית לא צלח. המבוכה הייתה רבה. בסופו של דבר, מפיק המופע נזעק לבמה, והעביר לה פתק עליו היה רשום שם השיר הנבחר. ברגע שהחלה לשיר הכול נשכח והיא חזרה לימי זוהרה.

הכירורג הידוע וידיו הרועדות

חבר טוב שלי, אף הוא רופא, סיפר לי את הסיפור על כירורג ידוע ומפורסם, שרבים הסטודנטים שהתדפקו על דלתו כדי לעבוד במחיצתו וליצוק מים על ידיו. הוא היה מנתח בחסד.

אגדות שנקשרו בשמו מספרות שידייו היו כה זריזות ומיומניות, כך שידעו להתהלך מעצמן בחלל הבטן או החזה.

מתמחים הצעירים שזכו לעבוד במחיצתו הרגישו בני מזל. מטופלים רבים רצו שהוא ינתח אותם. תור ארוך של ידוענים ומכובדים ביקש רק אותו. הוא היה דמות ומופת, מורה ומנתח דגול, ומודל לחיקוי למתמחים.

לימים עבר חברי לבית חולים אחר. כעבור כשלושים שנה חזר לעיר הישנה ולבית החולים שבו התחיל את הקריירה וקודם לתפקיד מנהל המחלקה. הוא זימן את מורו ורבו, הכירורג הדגול, שעדיין עבד כמנתח בבית החולים, כדי לחגוג עמו את המינוי. הכירורג נענה בקרירות רבה, לחץ את ידו בזעף והתקשה לאחל לו בהצלחה ולשמוח בשמחתו. הדבר ציער והפתיע אותו מאוד, שכן היו כבר שני מנהלי מחלקה לפניו, ועברו כבר כ־15 שנים מאז פרש הכירורג מניהול המחלקה. לחברי נודע שלמרות שפרש הוא עדיין מבקש להחזיק בקתדרה ואף מתערב בניהול המחלקה. יתרה מכך, הוא סובל מרעד בידי, ולמרות זאת ממשיך לנתח חולים. חברי הצטער שמורו אינו מוכן להניח את סכין הניתוחים ולהסתפק בייעוץ לפונים הרבים שהיו עדיין מתדפקים על דלתו. הוא החליט לשוחח אתו בפרטיות ובצורה עדינה ולהציע לו להפסיק לנתח. בסופו של דבר נאלץ חברי להפסיק את עבודתו של מורו הדגול ולשלחו לביתו.

האם להמשיך לעבוד או להקדים את הפרישה? שאלות אלו עולות במוחו של כל עובד במהלך חייו, על אחת כמה וכמה בשנים הסמוכות לגיל הפרישה. הגיל הכרונולוגי הקבוע בחוק עודכן לאחרונה והוא עומד כיום על 67 לגברים ו-64 לנשים. ננסה להתעלם לרגע ממניעים כלכליים וחברתיים שהכתיבו קביעת גיל פרישה אחיד, ונניח שקיים מצב בו כל עובד יכול להחליט אם להמשיך לעבוד או לפרוש בהגיעו לגיל הפרישה. עלינו לשאול אם הגיל הכרונולוגי, שהוא אוניברסלי ושרירותי, הוא הגיל הנכון לפרישה לכלל האוכלוסייה, או שיש לקבוע אותו לפי היכולות הגופניות והשכליות המתבטאות בגיל הביולוגי השונה בכל אדם ואדם. הפרישה מהעבודה והיציאה לגמלאות יכולה, מחד גיסא, להיות תהליך טראומתי לאלו שאינם מוכנים לקראתה ומרגישים שהם יכולים להמשיך ולתרום, ומאידך גיסא, יכולה להיות מהלך מוצלח ולספק תחושת מימוש עצמי לאלו המוכנים לכך. כיצד נקבל החלטה? התשובה מורכבת ובעלת פנים רבות. אציג את הצד המקצועי ואעורר מודעות יתר לשינויים בגוף, בגיל הביולוגי ובקשר שלו עם העיסוק שלנו בעבודה.

מהו הגיל הביולוגי? על אף היותנו בני אותו גיל איננו דומים זה לזה ולא ניתן לשייך אותנו לקבוצה אחת. טעות נפוצה היא להתייחס אל בני שכבת הגיל שמעל 65 כמקשה אחת. הגיל הביולוגי אינו גיל הומוגני, ולא קיימת אחידות בין הפרטים שבו. ד"ר מריאן רבינוביץ, בספרו **גילו של אדם** עושה אבחנה בין גילים מקבילים נוספים כמו גיל הכרתי, ריגושי, חברתי ותפקודי. אם כך, מדובר בגיל הנכון רק לנו והוא כולל את סך השינויים הפיזיולוגיים והפתולוגיים שהתרחשו בגופנו עד היום.

עלינו להבין את התהליכים הפיזיולוגיים של הגיל כפי שכתבתי להלן בפרק "הפיזיולוגיה – שינויים תלויי גיל". תהליכים אלו מושפעים בעיקר מהזמן אך גם מהרגלי בריאות, מגורמים סביבתיים וממודעות למניעה.

השינויים הפתולוגיים באים לעתים בגלים ומכים את הגוף פעם אחר פעם. הם משפיעים על ההחלטות של העובד המבוגר העומד לפרוש או השוקל להקדים את הפרישה. האדם המבוגר סובל מיותר מחלות, שלוש בממוצע. הן משליכות על תפקודו, וגורמות לפגיעות תפקודיות רבות יותר מאשר לאדם צעיר. כך שקיים שינוי במצב הבריאות המכתיב החלטות בנוגע להמשך העבודה או להפסקתה.

הבנת המכלול השלם של התהליכים הפיזיולוגיים והפתולוגיים והשלכות על התפקוד ייתנו אינדיקציה טובה ואמינה כשבאים לקבל החלטה לגבי המשך העבודה או הפסקתה.

כיצד נמדוד את התוצר התפקודי? התוצר התפקודי של הגיל הביולוגי ניתן למדידה על ידי כל אחד; כפי שפירטתי לעיל בפרק "תפקוד, שיקום ואיכות חיים". יכולת לעלות קומה במדרגות ברצף וללא הפרעות מאפשרת להעריך את תפקוד גופנו עם סיבולת לב וריאות. תפקוד שכלי ניתן למדידה באמצעות מתן מספר תשובות נכונות במבחן זיכרון, או על ידי הניקוד לשאלון של מבחן מנטלי, או מבחן ציור של שעון עם ציון המספרים והמחוגים בשעה המבוקשת. תפקוד שיווי המשקל והליכה ניתנים להערכה לפי יכולות של מטלות, כגון מבחן קום ולך, בו על הנבדק לקום וללכת מרחק שלושה מטרים בפחות מעשר שניות, ולקום מכיסא חמש פעמים ללא עזרת ידיו תוך פחות מעשר שניות. תפקוד פרקי הכתף ניתן להעריך על ידי הרמת שתי הידיים והצמדתן לעורף. תפקוד פרקי האגן ניתן להעריך על ידי כיפוף הרגליים לכיוון הבטן. הופעת רעד תוך כדי פעולה או בזמן מנוחה מצביע על בעיה נוירולוגית שמפריעה בעיסוקים הקשורים לפעילות עדינה בידיים (כתיבה, ציור, גזירה ומכניקה עדינה). מחלות לב וכלי דם הפוגעות באיברי מטרה כמו לב, רגליים, עיניים, כליות ומוח, עלולות להגביל את אלו העובדים במגוון עיסוקים הדורשים עמידה ממושכת, מאמץ גופני, ראייה חדה, ריכוז וקשב. ניתן להיעזר במבחן מאמץ של הלב ודופלר לזרימת הדם כדי לקבל הערכה על המצב לאשורו. מחלת ריאות ואלרגיות דורשות זרימת אוויר צח בחדר ללא שימוש במזגנים ואביזרי קירור (Smolander, Blair & Kohl, 2000). התפקיד אותו אנו ממלאים ואופיו, משמעותיים מאוד. במידה ומדובר בתפקיד המצריך פעילות החוזרת על עצמה ואינו דורש מאמץ גופני או שכלי, אזי ניתן להמשיך בעבודה. אך אם מדובר בתפקיד שבו נדרשת מאתנו פעילות יצירתית ומחשבתית רבה עם ביצועים שכליים תוך עמידה בלחצים, בלוחות זמנים קשים ובתחרות, או אז עלינו לשקול ולאמוד בכובד ראש את יכולתנו. המעמדות בחברה שונים בדפוס הפרישה שלהם; המעמד הגבוה נוטה לפרוש מאוחר והמעמד הנמוך מוקדם. במקצועות מסוימים כמו הוראה ושירותי הביטחון, קיימת שחיקה ונטייה לפרוש מוקדם לעומת בעלי מקצועות אחרים המרגישים בשיא היכולת והכוח. אלה נוטים לפרוש בגיל מאוחר.

האם חלה ירידה ביכולת התפקוד של המבוגרים? הבסיס להרחקת האדם המבוגר ממקום העבודה היה, שעם הגיל חלה ירידה בכושר התפקוד. אם הנחה זו נכונה קיימת הצדקה לפרישה. השאלה היא אם הגיל הוא מנבא אמין של הירידה בכושר התפקוד וביכולת להמשיך לעבוד. מחקרים מלמדים כי קיימות יכולות מסוימות שנפגעות עם הגיל כגון זריזות

ידיים, מהירות התגובה וחדות השמיעה והראייה. יכולות אלו קשורות יותר לגיל הביולוגי ולא לגיל הכרונולוגי, מאחר וקיימת שונות בין מבוגרים בני אותה שכבת גיל, (Tuomi, Huhtanen, Nykyri et al. 2001).

המחקרים מראים שרוב הפגיעות התפקודיות החלות בגיל הכרונולוגי הן תוצרי מחלות ובריאות לקויה, ולא נובעים כתוצאה מהגיל (פיזיולוגיה). מחקרים שבדקו יכולות הניתנות למדידה, כגון זיכרון לימודי, מצאו שלבני 65 שהיו פעילים ועצמאיים הייתה יכולת זיכרון לימודי זהה לזו של בני 25.

המסקנה היא שכל עוד אין פגיעה של מחלה (פתולוגיה), הגיל הכרונולוגי בפני עצמו אינו מדד לתפקוד.

אצל העובד המבוגר תיתכן ירידה בתפוקה במדדים כמותיים בעבודות מסוימות, אך קיים פיצוי בצורת רמת דיוק, הקפדה, מסירות ואחריות. במחקרים אמפיריים נמצא שעובדים בגיל המבוגר נעדרים פחות מחמת מחלות ותאונות. הם יציבים יותר ושביעות רצונם מהעבודה גדולה יותר. הניסיון של שנים רבות בעבודה מגביר את הידע, דבר שמשפר את ביצוע המטלות, כך שקיים יתרון בולט של העובד המבוגר.

האינטיליגנציה המילולית אינה משתנה עם הגיל ואף משתפרת. ממצאים מעידים על כך שלמרות שקיימים שינויים פיזיולוגיים, אין בהם כדי להשפיע על רמת הביצוע עד כדי פגיעה משמעותית בעבודה. ייתכן אף שקיימים שינויים עם הגיל, אך אין ביטחון שהם פוגעים בעבודתו של האדם המבוגר.

קיימות טכניקות המפצות על האובדנים והמגבלות. למשל, התאמת סביבת מקום העבודה על ידי הגברת התאורה, החלשת רעשים ושימוש בעזרי חישה כמו משקפיים ומכשירי שמיעה. הדבר בולט בעיקר ביכולת להתאים את האדם לתפקיד, דבר שאינו קשור לגיל אלא לאופי וליכולות מולדות ונרכשות.

בניתוח כמותי של 96 מחקרים בלתי תלויים שנערכו על 39,983 עובדים, שכללו מתאמים שונים בין הגיל ויכולת הביצוע, נמצא שאין תמיכה להנחה שהגיל מהווה מנבא משמעותי של ירידה ביכולת הביצוע. על אף הלמידה המתארכת ניתן ללמד עובדים מבוגרים מטלות חדשות. קיימות תכניות מיוחדות להכשרה של עובדים מבוגרים הניתנים בקצב מותאם ובצורה מובנת יותר.

מהו יחס החברה לפרישה מוקדמת ולהמשך העבודה עד למועד הפרישה? אין להתעלם מהאווירה ומהדעות הקדומות הקיימות בחברה, שעד לפני מספר שנים היו בולטות יותר. עד לעת האחרונה, הפרישה וחוסר תעסוקה יצרו השלכות שליליות. ערך העבודה היה חשוב, ומי שלא עבד נחשב לטפיל. העבודה והמקצוע מסמלים מעמד וזהות אישית.

הפרישה מלווה בירידה ברמת ההכנסות, בשינוי בתקציב המשפחתי ובצורך לארגן את החיים מחדש (Ilmarinen, 2001).

כיום, עם העלייה ברמת החיים, הפכה הפרישה המוקדמת לנפוצה מאוד ובמגזרים רבים ניתן לראות גברים בשנות החמישים לחייהם שפרשו פרישה מוקדמת, ומבילים בקבוצות במועדוני בריאות וספא.

תופעת הגמלאים הצעירים יצרה קבוצה חדשה שאינה שייכת לשכבת הגיל המבוגר אבל גם אינה שייכת לשכבה העובדת. מדובר באנשים צעירים בני 50 עד 65 שפרשו במסגרת התפיסה השלטת כיום לפרישה מוקדמת. רובם עבדו במשך 25-30 שנה וממתינים להם חיי פרישה של 25-30 שנה. חלקם בשלים כלכלית ונפשית לפרישה אך חלקם פרשו בניגוד לרצונם ומחפשים סיבות לקום בבוקר וחווים משבר. הקושי להיפרד מהמעמד שבנו ומהכוח שהצטבר בעבודה במהלך השנים מוביל לתופעות של לחץ דם גבוה, מחלות לב, השמנה ודיכאון (de Boer, van Beek, Durinck, et al., 2004). למרות שבמהלך החיים אנו מייחלים לרגע בו נצא לפנסיה ופעמים רבות אנו מתייחסים לעבודה כאל שגרה אפורה, הרי כשמגיע היום שבו עלינו לפרוש, נופל עלינו פחד, השגרה נהיית מבורכת ואנו רוצים להמשיך בה.

לעומת זאת, אנשים הממשיכים לעבוד בגיל המבוגר מעבר לגיל הפרישה זוכים למבטי זלזול ורחמים מעמיתיהם המלחששים מאחורי הגב: "הוא לא מוכן להכיר בגיל שלו, למה הוא נאחז בקרנות המזבח? שיפנה את מקומו לצעירים".

מה קורה לרופאים שיוצאים לגמלאות? במאמר שפורסם בעיתון ההסתדרות הרפואית **הרפואה**, נבדקו המאפיינים של הרופאים שפרשו. הרופאים הללו השתתפו בקורס הכנה לפרישה מטעם ההסתדרות הרפואית שלהם, ושנתיים לאחר הפרישה נשאלו על פעילויותיהם, כיצד הם מגדירים את אורח חייהם, בריאותם, ושביעות רצונם.

נמצא כי להמשך תעסוקה במקצוע לאחר הפרישה הייתה השפעה מובהקת על שמירת אורח חיים נאות. רבים מהרופאים שפרשו כליל הגדירו את אורח חייהם כבלתי נאות, בעיקר עקב הירידה בהכנסה ובמעמד המקצועי. בין הרופאים שהמשיכו לעבוד, ולו במשרה חלקית, היו רק מעטים שהגדירו את אורח חייהם כבלתי נאות.

יוצא אפוא מהמחקר, שהמשך העיסוק ברפואה במשרה חלקית מאפשר הסתגלות הדרגתית נאותה לפרישה. נוסף על כך היו גורמים חשובים אחרים לפרישה מוצלחת: מצב הבריאות של האדם ושל בת הזוג, איכות הקשר בין בני הזוג, מעורבותם החברתית ועיסוקם במשך היום (משיח וקושניר, 2005).

השלכות הפרישה. זהו צומת חשוב בחיים ויש להיות מוכנים לקראתו. הפרישה יכולה להיות מלווה בתחושה של הזנחה מצד בני משפחה וחברים ולגרום לפגיעה במצב הכלכלי והגופני. היא יכולה לשמש מנוף להתחדשות ולהתעניינות בתחומים מרתקים. רבים מנצלים את הזמן לתחביבים חדשים, להתעניינות ישנות, להתנדבות, לחידוש חברויות ולחיזוק הקשרים המשפחתיים. משפט ידוע של איש העסקים והמוציא לאור מלקולם פורבס אומר: "הפרישה הרגה יותר אנשים מאשר עבודה קשה".

קיימים הבדלים אם ההחלטה לפרוש מהעבודה היא של העובד, המרגיש שמיצה עצמו והגיע זמן הפרישה, או שהיא אילוץ של מקום העבודה. הדבר תלוי גם באופיו של האדם. כל אלו שהעבודה מילאה את כל חייהם, ולא סיגלו לעצמם עיסוקים אחרים, יתקשו מאוד להסתגל למעמד של גמלאי ויחוו קושי.

חוסר הכנה לקראת פרישה מתבטא בקושי במילוי שעות הפנאי ובבניית סדר יום שיעורר רצון לקום בבוקר. הוא יוצר קושי שבו נשים רבות נאלצות להשלים עם הימצאות הבעל בבית במשך שעות רבות. לעתים הימצאותו גורמת למתח שנוסף למצב הכלכלי של ירידה בהכנסה, במעמד ובסיפוק המקצועי.

המעבר מעבודה לפרישה יהיה קל יותר אם הוא ילווה בתכנון הפרישה כשנה לפני היציאה בפועל. מקומות עבודה מקיימים כיום קורסי הכנה לפרישה לעובדים העומדים לפרוש ואף שומרים על קשר ומזמינים את הגמלאים שלהם לטיולים ולפעילות הקשורה לארגון. המשך לימודים או השתתפות בקורסים מעניינים מאפשרים לשמור על פעילות שכלית. תחביבים חדשים, במיוחד כאלה הדורשים פעילות גופנית בצוותא, למשל הליכה משותפת, יתרמו גם הם לבריאות הפיזית והחברתית.

נטייה לכיוון רוחניות ודת. הגיל המבוגר מציב אותנו בפני האתגר של מילוי משך הזמן שהתפנה מהעיסוק בעבודה. ארגון החיים מחדש לאחר הפרישה אינו רק מילוי הזמן הטכני ביומן הפגישות, אלא מילוי תכנים ומשמעות חדשה לחיים בעקבות השינוי.

לחצים רבים שהיו בעבר בעבודה או במשפחה חלפו. הזמן מאפשר מחשבה על משמעות החיים. זה הזמן לעשות שלום במשפחה, לשכוח יריבויות ישנות, ובכלל, זו תקופה טובה לצמיחה ולהתפתחות רוחנית.

רבים בגיל המבוגר פונים לחיפוש תכנים רוחניים. מסתבר שהרוחניות והדת מספקים משמעות לחיים ונותנים תחושה של שייכות. רבים פונים ללימוד שיעורי היסטוריה, גאוגרפיה, ארכאולוגיה ותנ"ך, ולחוגי יצירה של ציור, כויר, פיסול ורקמה. רבים חוזרים להתפלל בבתי הכנסת, ושומרים על קשר חברתי והתנדבותי במקום. לאדם הדתי יש

סדר יום קבוע הקשור לזמני התפילה והלימוד. שיעורי תורה ולימודי גמרא מעוררים את הפעילות השכלית ומכניסים את האדם למעגל של לימוד בחברותא. רוחניות ודת קשורים לבריאות. נמצא יחס הפוך בין שימוש בשירותי דת לבין בעיות פסיכיאטריות של דיכאון וחרדה. הרוחניות והדת מקלות על התפקוד היום-יומי, על ההחלמה, ומאריכות את תוחלת החיים. בשעת משבר ומחלות רציניות, שעה שמתמודדים עם מוגבלות, מוות ואובדנים, חשובה התמיכה הרוחנית והחברתית. תחושת הכאב והאי-נוחות אינן רק עניין גופני אלא גם חברתי, נפשי ורוחני. הרוחניות והדת הן המשאב החברתי השני בחשיבותו אחרי תמיכת המשפחה. רבים אומרים שהדת נותנת להם כוחות ויכולת טובה יותר להתמודד עם בעיות רפואיות, מתחים ואובדן בן זוג.

המטייל המבוגר. שעות הפנאי שנוצרו בעקבות הפרישה מאפשרים בילויים שונים. הממולץ שבהם הוא טיולים. האוכלוסייה המבוגרת כיום בריאה יותר, מודעת יותר לצורכיה ולאיכות החיים, יש לה פנאי בשפע והכנסתה קבועה. התיירות הפכה למוצר צריכה שווה לכל נפש. העולם נהפך לכפר גלובלי, ניתן לבקר בכל מקום בעולם וזה חלק מאורח החיים המודרני. המיתוס על האוכלוסייה המבוגרת שהיא כביכול זקנה, לא מתפקדת, יושבת בבית וללא דרישות מיוחדות, הוא נחלת העבר. לאוכלוסייה המבוגרת כיום יש צרכים ודרישות משלה, והיא יכולה להפתיע בנמרצות ובפעילות. מטרות הטיול יכולות להיות מנוחה, התרגעות ומרפא אך גם לחוות חוויות, נופש פעיל, מפגש עם אנשים חדשים ותרבויות חדשות, התנסויות לימודיות ואישיות. אך למרות הבריאות הטובה והרצון לעודד טיולים ויציאות מהבית יש להיות קשובים למגבלות הגוף והגיל (יאול, 2002).

בן הזוג שנשאר לבד – האלמן והאלמנה

מות בן זוג נחשב לאובדן הקשה ביותר מכל האובדנים שחווה האדם המבוגר. לא פעם אנו שומעים על אלמן או אלמנה שנפטרים סמוך למות יקירם. התמודדות עם אבל על בן זוג היא מורכבת מאחר והיא מצטרפת לאובדנים מצטברים בגיל המבוגר כמו אובדן מצב בריאותי ותפקודי, המעמד המקצועי והחברתי וירידה בהכנסות. למרות זאת, רוב האוכלוסייה המבוגרת מפגינה חוסן נפשי ויכולת התמודדות גבוהה. המוות, למרות היותו צפוי, אינו מובן מאליו ואין כל ביטחון שהופנם על ידי בן הזוג. ההתמודדות עם האובדן והאבל חושפת טווח רגשות רחב מצד בן הזוג. קיים הבדל ניכר בין הדרך בה מתמודדים גברים עם אובדן, לבין זו של נשים.

גם הילדים חווים קשת רחבה של רגשות כלפיהם לאחר פטירת אחד ההורים. לעתים מגלים הילדים התנהגויות לא מוכרות של ההורה האלמן, התנהגויות שהוסוו על ידי ההורה שנפטר.

■ אביא מספר סיפורים ואדון בהשלכותיהם.

האלמן הרגזן

"אבי התאלמן ביום שלישי ה־28 במרס 1998. אני זוכרת את התאריך הזה כאילו היה אתמול. אמנם זה תאריך פטירתה של אמי, אבל לא רק בגלל זה אני זוכרת, אלא בעיקר עקב השינוי בהתנהגותו של אבא עם קבלת ההודעה שאימא נפטרה. אבא החל לכעוס על כולם ובמיוחד עליי. הוא האשים אותי בפטירתה. הוא צעק עליי עד שכל הקומה בדיר המוגן הייתה עדה לחרפתי ולכישלוני בטיפול באמי. אני זוכרת את משפט המחץ שלו שמלווה אותי עד היום: 'זרקת את אימא לבית חולים למחלות סופניות כדי שלא תהיה למעמסה עלייך'. כל בני המשפחה נעצו בי מבטים מאשימים. איש מהם לא יצא להגנתי, אפילו לא אחי.

אבא היה בן 87, ובשלוש השנים אחרונות לחיי אימא הופיעו שינויים בהתנהגותו ובאישיותו. הכול היה טוב ויפה עד שהתגלו אצל אימא סימני ההתדרדרות המהירים שהצביעו על גידול סרטני מפושט. במקביל לאבחון מחלתה, החלו להתגלות שינויים באישיותו ובהתנהגותו. הוא החל להיות רגזן כלפי הסובבים אותו. מנהל הדיר המוגן ועובדיו נהפכו ל'אויביו'. הוא התרחק מהשכנים לדירתו ומידידיו החדשים והוותיקים, לעתים תוך הטחת עלבונות ופגיעה ברגשותיהם.

אימא הייתה תמיד הרוח החיה והחברותית ביניהם. כולם נמשכו לאישיותה הקורנת. היא ידעה לפייס, לגשר בין ניצים, ולרכך את התנהגותו של אבא בדרך של רוך ועדינות. גם אבא ידע להקסים, במיוחד את חברותיה של אימא, שהיו מגיעות לפגישות הקבועות של משחקי הרמי שנערכו על מרפסת הבית. אני זוכרת איך אבא היה מכרכר סביבן ומשרת אותן לפי כל כללי הטקס.

לא רק אותי היה אבא מרבה להאשים אלא גם את בעלי. לאחר שאימא נפטרה, הוא שינה את יחסו אליו והחל לנטור לו טינה. אבא האשים אותי בכך שבגללי הוא נאלץ לעבור מהבית הקטן שבו הם חיו באושר למעלה מ־50 שנה. לעתים, כשהיה זקוק לעזרתי בדבר מסוים, הוא ניסה להיות פייסני יותר, אך נראה היה שהדבר עולה לו במאמץ.

בקשותיו היו צריכות להתמלא מיד, הוא לא יכל לדחות סיפוקים. כשזה לא התאפשר הוא היה מתרגז, שוצף וקוצף ועושה סקנדלים עד שכל הבית היה מתמלא ברוחו הרעה. לא פעם הייתי צריכה להרגיע את דיירי הדיור המוגן, ולייחס את התנהגותו למצבו הנפשי לאחר מות אימא, כדי שלא ייעלבו או ייפגעו.

אבא חשש שאני מנסה להשתלט על חייו. כשניסיתי לעשות סדר בחשבונות הבנק שלו, טען שאני גונבת את כספו. פעם, כשניסיתי לבדוק איך יממש את מינוי התאטרון והקונצרטים שלו עכשיו כשהוא כבר לא נוהג, הוא טען שאני משתלטת עליו. לדבריו יש לו הסעה מהבית והוא כבר יסתדר עם מוניות שיביאו אותו ואף ימתינו לו בתום ההצגה.

המטפלת שטיפלה באמי נשארה לטפל באבי ולבשל לו. אבא נעשה תובעני כלפיה יותר ויותר. הלילות הפכו לימים והוא לא אפשר למטפלת לישון. הוא היה קם באמצע הלילה מבולבל, חושב שכבר בוקר ודורש להתלבש ולאכול. הבאנו לו מטפל שיישן אצלו כי הוא הירבה ליפול במהלך הלילה.

אבא התלונן שהוא בודד ומשועמם, אך כשבאנו אליו כדי לארח לו חברה, הוא יצר אצלנו תחושה לא נעימה. כשהבאנו אותו אלינו זה היה כרוך בלחצים נפשיים מצדי ובפחד כיצד יתנהג, מה יגיד, ואם תהייה שוב התפרצויות.

המטפל שהיה אצלו בשעות הלילה אהב לצייר. כל ניסיונותיו לעודד את אבא לצייר עלו בתוהו. לעומת זאת, הצלחתי לשכנע אותו לנצל את המינויים להצגות ולקונצרטים שהיו בידיו ולצפות בהם יחד עם המטפל. הם הלכו למופעים בתדירות גבוהה. באותה תקופה אבי הרגיש פחות בודד.

שנתיים לאחר מות אימא אבא נפל, נותח באגן, ונותר מרותק לכיסא גלגלים. הוא נשאר בדירתו בדיור המוגן עם מטפלת ביום ומטפל בלילה עד לפטירתו.

האלמן הגביר

"מאז שאימא נפטרה אבא בן התשעים השתנה ותלותו בנו גדלה. דברים שהיה עושה עד לפטירתה כדברים מובנים מאליהם החלו כעת להטרידו והוא היה תוהה אם בכלל לעשותם. ניכר היה שאיבד את ביטחונו. במיוחד נעשה תלוי באחותי שהשתלטה על חייו. והוא לא יכול להסתדר בלעדיה. אחיי האחרים, שרצו להזמין או לעזור בתחומים שונים, נתקלו בחומה של פחד או חרדה שלא הייתה מוכרת להם קודם לכן.

כל חייו היה אבא דמות מכובדת. הכול נעשה על פי רצונו. על פיו יישק דבר. זה נכון שאימא הייתה גורם מפשר וממתן בין הילדים והצלחה ברוחה הטובה להפיג מתחים שהיו מתחת לפני השטח. נראה שמאז שאימא נפטרה נפרצו כל הסכרים, והרוחות הרעות והמתחים נחשפו ויצאו להם במחול הרסני.

אחיי חדלו לדבר ביניהם ואף היחסים שלי עם אחותי נעשו מתוחים. גם הכלות נשאבו למחול השדים בעקבות בעליהן. כל המתח הזה הורגש אצל אבא. הוא נראה לחוץ, נפחד, נמנע מלהוציא מילה מהפה, וחשש שננטוש אותו ולא נטפל בו. הוא השתדל לרצות את כולם אך הדבר לא עלה יפה. המתח גאה במיוחד בסופי שבוע שבהם התפנינו מהעבודה וכל אחד רצה להזמין את אבא לביתו או לבקרו. אחותי הייתה קובעת את סדר הביקורים ובסופו של דבר אבא היה מגיע אליה לסופי שבוע ולנו לא נותר אלא להתמרמר. סדר היום הקבוע של אבא, שאימא שמרה עליו בקפדנות, השתבש לאחר פטירתה.

אבא נהג לצאת לתפילה בכל בוקר, אחר כך לאכול ארוחת בוקר, לצאת לסידורים ופעם בשבוע ללכת לשוק. הוא חדל מכל זה. אימא גם הייתה מבקשת ממנו לאכול לאט, שלא יקדים קנה לוושט, והייתה מזכירה לו להחליף את משקפי הקריאה בראייה לאחר שסיים לקרוא. אחרי שאימא הלכה לעולמה, אבא נפל באחד הבקרים כי שכח להחליף את משקפיו. פעם הוא גם השתנק בעת ארוחת הצהריים והובהל לבית חולים בחשד לדלקת ריאות. אבא לא הרגיש טוב ונראה לנו שנכנס לחרדה או לדיכאון כתוצאה מהתלות הגוברת באחותי".

האלמנה הצנועה

נעמי הייתה אשתו של אדון לוי. מעולם לא קראו לה בשמה. היא חייתה בצלו הגדול של בעלה. הם היו הולכים מדי בוקר באותה שעה בדיוק לטיול היומי כשהם שלובי זרוע. הוא היה זקוף קומה והדור בלבשו. היא נראתה מעט כפופה ולבושה בצניעות. קולו הרם נשמע בכל הרחוב, עד שנאלצנו לבקשו במרפאה הסמוכה שינמיכו מאחר ולא ניתן היה לעבוד ברעש כזה. כשנפל למשכב בשל דלקת ריאות והתקשה לנשום, המלצתי לאשפזו בבית חולים. הוא הונשם בעזרת מכונת הנשמה. בסוף הטיפול, כשנשם באופן עצמוני, חזר לביתו מובס, שונה ממה שהיה. הוא התקשה לתפקד, שכב במיטה וחיכה למותו. אשתו טיפלה בו במסירות רבה, לא יצאה מפתח הבית והזמינה אותי בקביעות לביקורי בית. באחד מביקורי מצאתי אותו באי־שקט, מבולבל וחסר התמצאות. המלצתי בפניה על העברתו למחלקה סיעודית, מאחר והתרשמתי שהיא אינה ישנה בלילות ומותשת מהטיפול בו. היא סירבה וסיפרה שהבטיחה לו שלא תוציא אותו מהבית ולא תעבירו לבית אבות. דחקתי בה שתיקח עזרה, אולי מטפל זר או מטפלת בית מהביטוח הלאומי. "העזרה הזאת מגיעה לכם בזכות ולא בחסד, שילמתם כל החיים בשביל זה", אמרתי, אך היא נותרה בעקשנותה. לא הייתה לה משפחה, כך שלא היה במי להסתייע והיא סירבה לכל סוג של עזרה. אדון לוי נפטר זמן קצר אחר־כך, במיטתו, בדיוק כפי שרצה. אני נקראתי לחתום על תעודת הפטירה.

לאחר ימי האבל שינתה אשתו של אדון לוי את לבושה. בגדיה החדשים היו בצבעים עזים שהבליטו את פניה וגזרתה. בעיקר שמתי לב לכובעיה, שהיו תואמים לבגדים ובעלי צורות משונות, אך שיוו לה מראה אצילי והדור. היא הופיעה יום אחד במרפאה בלבושה ובכובעה, והצוות עמד והביט כלא מאמין. הליכתה הייתה בוטחת וגווה זקוף. גם הגברים במרפאה היו עוקבים אחריה במבטיהם. יום אחד לחשה לי האחות הראשית כשהיא ממתיקה סוד: "אתה זוכר את גברת לוי?" "ודאי", השבתי, "אתה יודע עם מי ראו אותה ברחוב הולכת שלובת זרוע? אתה לא תאמין..."

אילו רגשות מלוות מוות של בן זוג? בני זוג הנשואים שנים רבות, לעתים חמישים ושישים שנה, מהווים זה כלפי זה ציר תמיכה מרכזי. עם מות בן הזוג הם מוצאים עצמם עם תחושות ורגשות של צער, בדידות, אשמה וחרדה מהעתיד הצפוי להם (מלקינסון וויצטום, 2003).

הם עלולים לחוות תחושת אשמה או כישלון על שלא הצליחו להאריך את חיי בן הזוג. לעתים הם חשים תחושת נטישה: "אבא שלכם עזב אותי", מטיחה האם בילדיה. לפעמים הם מתמלאים רגשות כעס על שנשארו לבד. "למה לא הלכתי במקומה?" אומר האב האומלל שלא מוצא את מקומו בבית הגדול בלעדי רעייתו, כשהוא מתקשה להשלים עם הפרידה והאובדן.

במהלך מחלה ממושכת של הבעל או האישה, עצם הטיפול בבן הזוג מעניק משמעות לחייו של המטפל וממלא אותם תוכן. נתינת תרופות, הליווי לבדיקות, השהייה בבתי חולים, ובכלל, כל ההתעסקות סביב המחלה מעניקה להם תחושת שליחות ואחריות. משנפטר בן הזוג נפער חלל עמוק בעולמם.

במקביל לטיפול, מצטמצמים הקשרים עם החברים הקרובים ואף נזנחים עיסוקים יום-יומיים אחרים. לאחר מות בן הזוג קיים קושי לחזור לעיסוקים הקודמים ולבנות את הקשרים החברתיים מחדש.

יתכן תגובה ראשונית של פחד להישאר לבד. לא פעם מבקש האלמן מאחד הנכדים שישאר לישון אתו בלילה. אולי הפחד נובע מהחשש שגם מותו קרב.

אלמנים שלא עסקו בענייני הבית מגיבים לאובדן של בת הזוג בצורה חמורה יותר. לעתים הם חשים ממש אבודים ואינם מסתדרים עם הדברים הפעוטים של חיי היום-יום כמו מה ללבוש, מה לאכול ומתי להחליף חולצה או מכנסיים. הקשיים מתעוררים כשהם נתקלים בבעיות השוטפות של ניהול משק בית, כמו קניות, הכנת ארוחות, כביסה וניקוי. האלמן הטרי חש מאוים כשכל תחזוקת הבית וניהולו נופלת על כתפיו.

נתונים בספרות המקצועית מעידים על שכיחות גבוהה של מצבי דיכאון אצל הגברים המלווים במחשבות אובדניות ובניסיונות התאבדות. אלמנים רבים נוטים להתחתן בשנית במהלך השנה הראשונה לאלמנותם. החלטה שלא תמיד מובנת לילדים, וגורמת ללא מעט כעסים ומתחים במשפחה. גם החברה לא תמיד רואה בעין יפה את החיפזון בנישואים שניים.

לתופעת הנישואים השניים החפוזים סיבות רבות, העיקריות שבהן הן הצורך בתלות ובקרבה, והקושי שבבדידות ובניהול משק הבית (Faletti et al., 1989; מלקינסון, רובין וויצטום, 1998).

היות והעניינים הכספיים במשפחה מנוהלים בדרך כלל על ידי הבעל, אצל אלמנות בולט יותר החשש הכלכלי. נשים רבות לא חתמו מעולם על שיק, הן קיבלו כספים מן הזוג לכיסוי הוצאות הבית, ועתה עליהן לשלם חשבונות, להפקיד ולמשוך כספים ולשמור על החסכונות. התפקיד החדש שנעשה בעל כורחן ובאחריותן האישית המלאה, הוא נטל מאיים מאוד.

למרות זאת, אלמנות נוטות לשמור על פרטיותן בקנאות רבה ואינן מוכנות לשמוע על חתונה נוספת בטענה שהן לא מעוניינות לטפל בגבר נוסף.

התמודדות הילדים לאחר מות אחד ההורים. מעבר לצער על מות ההורה והחלל שנוצר, הרי שרובם חוזרים תוך זמן קצר לשגרת חייהם. לעתים הילדים יכולים לחוש הקלה, כיוון שפטירתו של ההורה סיימה את סבלו הנורא ואת התלות הקשה וחוסר התפקוד שהתלווה לה. התחושות שונות אצל בן הזוג כיוון שהוא עדיין מתקשה להשלים עם האובדן.

עם מות ההורה מתגלות התנהגויות לא מוכרות של ההורה שנותר, שנחשפות עתה עקב הפרת האיזון ששרר בין בני הזוג במהלך השנים. לדוגמה, אם שהייתה מרככת את התפרצויות בעלה כלפי בנם. אב שהיה עוזר לאשתו בניהול משק הבית ומכסה בדרך זאת על קשייה בניהול היום-יומי של הבית. ההתנהגויות והקשיים הללו נחשפים עם מות ההורה וגורמות לילדים מבוכה, קושי, ורצון להחזיר את המצב לקדמותו.

המלצתי לילדים היא לקבל את ההורה כמות שהוא על קשייו והתנהגויותיו. לא לנסות לחנך את ההורה ולא לשנות את התנהגותו ואורח חייו. לנקוט גישה בוגרת של קבלת ההורה על חסרונותיו ולגלות סבלנות כלפי מצבי רוחו המשתנים. לא לשמש כבן הזוג שחסר. לעזור במידת היכולת ללא יצירת תלות ושמירה על עצמאותו עד כמה שניתן. במידה וקיים צורך בהשגחה או בעזרה בתפקוד השוטף, יש לגייס מטפלת דרך הביטוח הלאומי שתעזור ברחצה, בהכנת הארוחות ובניהול משק הבית.

גורמים המשפיעים על הסתגלות חיובית.

צורת הפטירה – מוות פתאומי ובלתי צפוי עלול לגרום לתגובות חריפות של בן הזוג בתקופה הסמוכה לפטירה לעומת מוות כתוצאה ממחלה כרונית ומתמשכת העשוי להוביל לחיפוש עיסוקים וכישורים חדשים.

אישיות האדם – היכולת לסייע בשמירה על דימוי עצמי גבוה, לייצר תחושת שליטה, ומתן משמעות לחיים, תוך קביעת מטרות ברורות, ממוקדות ולטווח קצר. היכולת לרכוש מיומנויות חדשות ולבחון את החיים כמכלול בו הרווחים וההישגים מקטינים את עוצמת האובדנים ואף מפצים עליה. היכולת של האדם להיות מפויס ולא ביקורתי כלפי עצמו, והיכולת להוריד את רף הציפיות מעצמו ומאחרים.

תמיכה חברתית ורשת משפחתית איתנה משפיעות לטובה על ההסתגלות. הדבר כרוך גם בנתינה מצדו של ההורה. רצוי לבנות מערכת יחסים יציבה עם בן משפחה, חבר או שכן המבוססת על חום ואמון, רגשות אמפתיה וקבלת בני האדם כמו שהם (Lund, 1989).

כיצד להתמודד עם האובדן? עלינו לכונן את ההורה לחזור לעיסוקיו הקודמים. ייתכן שהאב לא ירצה לשמוע בעצת ילדיו, אך יהיה מוכן להקשיב לרופא, לעובד סוציאלי או לאיש מקצוע. זכור לי מקרה שנתתי הוראה חד־משמעית לגבר שהתאלמן לצעוד כל יום במשך כחצי שעה עקב הופעת לחץ דם גבוה. 'ניצלת' את הופעת לחץ הדם כדי לעודדו לצאת כיוון שהתרשמתי שהוא מתחיל להתבודד ולהסתגר בבית. היציאה והצעידה בשכונה, לא רק שהיטיבה עם מצבו הגופני אלא שינתה גם את מצב רוחו ואף הרחיבה את קשריו החברתיים, מאחר ובמהלך הצעידה הכיר אנשים חדשים.

יש לעודד חזרה לשגרה, יציאה להצגות, לקונצרטים, לפגישות עם המשפחה ועם החברים, להמשיך עם משחקי הקלפים והשיעור השבועי. קיימים טיולים המותאמים לגיל המבוגר ובהם ניתן למצוא חברה מתאימה. פעילויות כאלו ממלאות את שעות הפנאי שנוצרו.

עצבות שמופיעה לאחר מות בן הזוג היא תגובה טבעית ואינה בהכרח תגובה דיכאונית שיש לטפל בה. יש לעודד שיחות והעלאת זיכרונות על בן הזוג שנפטר. לא להירתע מהתפרצויות בכי בזמן הזכרת הנפטר. צער שמתמשך מעבר לחודש הראשון לאחר האובדן, המלווה בירידה במצב הבריאות, בהפסקת פעילות יום־יומית, באובדן ההנאה ובדיבורים על התאבדות, מעלה חשד לדיכאון ויש להפנות לטיפול של רופא.

הכנסת חיית מחמד, כמו כלב או חתול, יכולה להקל על תחושת הבדידות של בן הזוג. לעתים אפילו אקווריום עם דגים המשייטים להם מעניק תחושת רוגע ומזכיר שהחיים ממשיכים.

הדרכת המשפחה, מתן מידע, וחיזוק מערכות היחסים במשפחה מסייעים רבות בהתמודדות. גם שיתופו של האלמן הטרי בפעילויות שונות ותמיכה חברתית במסגרת הקהילה והחברה עשויות להיות יעילות מאוד בבואנו להקל על מצבו של יקירנו.

הבדידות - לא טוב היות האדם לבדו

רבים מבני הגיל השלישי מעידים על תחושת בדידות. כחמישית מהם מדווחים שהם חשים כך לעתים קרובות.

את הבדידות ניתן לשייך לאובדנים של רשתות תמיכה חברתיות עקב תהליך ההזדקנות הפיזיולוגי. פרישה מהעבודה, התאלמנות, מוות של בני משפחה וחברים, וכן בעיות רפואיות והמגבלות התפקודיות היום-יומיות שהן יוצרות.

תחושת הבדידות קיימת גם בנסיבות אחרות. ניתן להרגיש בדידות כתחושה סובייקטיבית שאינה בהכרח קשורה לרשתות הסביבתיות התומכות ולתהליך של אובדנים.

נמצא קשר גומלין בין בדידות ומצב הבריאות. הבדידות גורמת לתחלואה, ומוגבלויות רפואיות גורמות לבדידות. ישנם מספר גורמים המשפיעים על הבדידות, אחד מהם הוא השפעת הסדרי מגורים. אנשים הגרים לבד יחוו יותר מאנשים הגרים יחד עם אחרים.

שמחה השמחה

שמה העיד על אופייה. היא אהבה לחלק מאפים מעשה ידיה שאפתה בדירתה שבדירור המוגן. היה לה מטבחון, אמנם לא מטבח גדול כמו זה שהיה בביתה הישן בשכונת נחלאות בירושלים, אך נקי ונעים למראה. מהמטבחון עלו ריחות של בישול ואפייה. היא הרבתה להשתתף בכל הפעילויות שהציע הדיור המוגן, יצאה לטיולים והדביקה את כולם ברוחה הטובה.

יום אחד שמחה נפלה במהלך טיול ושברה את צוואר הירך. היא נותחה, הופנתה לשיקום, וחזרה לדיור עם הליכון. מאז ניתן היה לראות את תהליך ההסתגרות והנסיגה שחלו בה. היא ישבה עם כולם, אך קולה וצחוקה לא נשמעו. היא חדלה לאפות את העוגות המיוחדות שלה שגם אני הייתי מקבל מידי פעם ומתענג עליהן.

בביקוריה במרפאה ניסיתי להבין את סיבת הסתגרותה. חששתי שהיא מדוכאת או כאובה או חשה לא בנוח עם ההליכון. לאחר ששוחחתי אתה ארוכות אמרה לי שהיא באמת מרגישה שונה מהאחרים וכאילו היא דיירת סוג ב. "גם ככה אני שונה מהאחרים בגלל שאני ממוצא מזרחי בעוד רוב הדיירים אשכנזים. עכשיו, עם ההליכון, אני בכלל שונה מהם".

דבריה נגעו ללבי. ניסיתי לעודד אותה ואמרתי שהשימוש בהליכון הוא מצב זמני ושהיא עוד תחזור לעצמה ולשמחת החיים שכה אפיינה אותה. למחרת, שאלתי את הפיזיותרפיסטית

אם ישנה אפשרות להחליף את ההליכון של שמחה בטרייפוד – מקל בעל שלוש רגליים, או במקל הליכה. היא הבטיחה לבדוק ולבצע הערכה חוזרת של מצבה.

מספר ימים אחר כך ראיתי את שמחה צועדת עם טרייפוד. "אתה יודע מה זה?" שאלה בחיוך. "לא, אינני יודע", התממתי. "טרייפוד", ענתה. שמחה חזרה ללכת בכוחות עצמה ובמקביל שבה להיות עליזה ופעילה, ואני זכיתי לחזור ולטעום מהעוגיות המיוחדות שלה ולעלות במשקל...

משה כבד השמיעה

משה צמצם את קשריו החברתיים ומיעט לצאת מהדירה. זה קרה לאחר שזיהיתי אצלו ירידה קשה בשמיעה שגם הוא לא היה מודע לה. המלצתי לו על מכשיר שמיעה. הצעתי שירכיב אותו על אוזניו, לפחות בזמן ההרצאות ובהתכנסויות החברתיות בשעת הקפה. גם בני משפחתו ניסו לשכנעו, אך הוא סירב בתוקף.

בתי השכחנית

אצל בתי החלו בעיות זיכרון שהתקדמו לכלל שכחה של שמות הדיירים ומועדי האירועים המתקיימים בבית. היא חשה בדבר והתעצבה. המלצתי לה שתשתתף בפעילויות שבהן כישוריה טובים, כמו בינגו וציור, ושתפסיק את שיעורי הברידג' ומפגשי הקפה. היא שמעה בעצתי ומצב רוחה השתפר מעט.

רונית הביישנית

רונית חדלה במפתיע להשתתף בפעילויות של הבית. רק אחרי מספר שיחות שבהן טענתי "לרופא מספרים הכול", תוך הבטחה ש"מה שמספרים לרופא לא יוצא החוצה", לחשה לי שהחלה להרטיב וזה גורם לה מבוכה ובושה. היא הייתה בטוחה שכולם יודעים על כך, מצביעים עליה ומתרחקים מסמנה.

אבחנתי שהיא סובלת מדליפת שתן במאמץ שנבעה מחולשת שרירי רצפת האגן. צניחת הרחם גרמה לשינוי זווית מוצא השופכה בשלפוחית ולדליפת שתן. המלצתי על ניתוח מקומי שכלל שינוי זווית מוצא השופכה. הניתוח הצליח, ורונית חזרה לפעילות רגילה.

במהלך עבודתי יכולתי לאתר אנשים שחשו בדידות. הם ישבו יחד עם כולם והרגישו לבד. קראתי לתופעה "בדידות בתוך ההמון". הם הסתובבו עם תחושת ה'לבד', ונשארו מחוץ למעגל החברתי המקיף אותם. הם לא נטלו בו חלק ולא השתלבו בו. ניתן לאפיין אותם במספר קטגוריות.

בדידות על רקע של בעיות רפואיות. אצל אנשים אלו, למרות אופיים החברתי הטבעי, ניתן היה לראות כיצד הבעיה הרפואית והחרפתה גורמת לתופעת הבדידות. פתרון הבעיה הרפואית יחזיר את רובם למעגל החברתי.

אנשים שמטבעם נטו להתבודדות ולהסתגרות. אנשים אלו לא היו מעוניינים להשתתף בפעילויות החברתיות (בית קפה, בינגו, ברידג', שיעורי ציור, שיעורי תנ"ך והרצאות). הם שמרו על מרחק מהדיירים האחרים, ולעתים אף הביעו ניכור ושמצ של גלגול על הצורך בפעילות החברתית ועל הצורך להיות ביחד. כלפי חוץ הם היו פעילים בחברה הישנה שלהם, בעיסוקיהם ובסדר יומם, וניסו ליצור רושם שאין להם עניין בקשרים חברתיים, אך ברגע שנפתח חרך בדלת דירתם או נפתח במעט סגור לבם, הם היו מתקלפים מהשיריון וחשת בצורך העז שלהם לנפץ את מעגל הבדידות. אנשים אלו היו חלק מהנוף הטבעי במרפאה. הם היו ה"קבועים", בעלי התיק המרפאתי המלא בתלונות הגופניות שלא נמצאו להן סיבות. לעתים קרובות הם רצו לבצע בדיקות שלא היה בהן צורך. אסור היה לצחוק אתם שמא ייפגעו ויאמרו שהרופא אינו מתייחס ברצינות לתלונתם. הרגשתי מתוסכל איתם ושערותי היו סומרות כשראיתי אותם בפתח המרפאה. כל ניסיונותי לקבוע להם תור לביקור במרפאה על מנת שיגיעו באופן מסודר, עלו בתוהו. הצורך שלהם לפרוץ את בדידותם היה בלתי ניתן לשליטה.

הצעתי שהצוות יבצע ביקורים יזומים אצלם, אך גם הם חשו מותשים מאותם דיירים. "נכנסנו, העובדת הסוציאלית ואני", סיפרה אם הבית, "לומר מזל טוב ליום ההולדת של גב' שושנה מקומה שבע. רצינו לשמח אותה על הגיעה לגבורות, היא הרי אינה משתתפת בימי ההולדת המשותפים שאנו עורכים לכל הדיירים. חשבנו שהביקור יהיה קצר. השעה הייתה מאוחרת, מעט לפני סוף המשמרת שלנו. "סוף סוף מישהו נכנס אליי ויש לי עם מי לדבר" אמרה מיד כשנכנסנו, "תשבו, תשתו, איזה יופי, מה אפשר להציע לכם?" תוך כדי כך פרסה עוגה והחלה לספר על עצמה. לא ניתן היה לעצור את

שטף דיבורה. המונולוג שלה, אותו הכרנו כמעט בעל־פה, כלל חזרה על החיים הטובים שהיו לה עם בעלה, ועל כמה היא חשה בודדה מאז נפטר. בעיקר התלוננה כמה קשה לה מאז שעברה לדיור המוגן. הצעתי לה להשתתף בפעילויות שמתקיימות בדיור המוגן. אנשים אלו לא משתתפים בפעילויות, מרבים להתלונן, ומלאי ביקורת וכעס. תמיד תמצא טענות על כל דבר שנעשה בבית. צריך הרבה סבלנות ואורך רוח לשמוע אותם, לספוג את כעסם ואת טענותיהם, להמשיך לחייך וכמובן להתנצל.

דיירים המצהירים בגלוי על בדידותם, אך לא מתוך תחושת קיפוח. הם בודדים באופן אובייקטיבי, בן הזוג שלהם נפטר לא מזמן, ולרובם אין ילדים. הם מודעים לעיריותם ולתלותם בצוות, ומודים על התמיכה הניתנת להם. הם מרבים לתגמל את הצוות על ידי תשומת לב קטנה. למשל, מביאים זר פרחים או חפיסת שוקולד ומניחים על דלפק הקבלה. בערבי חג הם נותנים מתנות אישיות צנועות לאנשי הצוות. דיירת אחת נהגה להביא את אורחיה, ולומר להם כשהיא מצביעה על הצוות: "תכירו, זאת המשפחה שלי".

קבוצת הבודדים. בעבר, בדרך כלל הם היו עובדי מערכת הבריאות, נותני שירותים רפואיים או פרה־רפואיים, עובדים סוציאליים, אחיות ורופאים. אוכלוסייה זו הורגלה במשך שנים רבות לתת שירותים אך לא לקבל. בשבילם קבלת שירות יוצרת דימוי שלילי של להיות נזקק, חולה או מטופל. הרי הם נמצאים בצד השני של המתרס. הם הנותנים ולא המקבלים, הם הבריאים ולא החולים, הם החזקים ולא החלשים. כרופא הזדהיתי עם הקושי שלהם לקבל טיפול והיה דרוש זמן להתאקלמותם וגישה אמפתית ואנושית כדי להתקרב אליהם. הם בוחנים אותך בזכויות מגדלת ולא חוסכים בשאלות נוקבות כדי לבדוק את ידיעותך, ובתוך כך מזכירים שמות של ידוענים בתחום הרפואי שאתם היו בקשר. אחת הדיירות, אחות בעברה, הצטרפה לעבור ניתוח קטרקט. הצוות לא ידע על כך והכול תואם בחשאיות רבה. הוצמדה לה מטפלת שתלווה אותה לבית החולים ואף תשהה עמה במהלך הלילה. למחרת נודע ששילחה את המטפלת לאחר שכעסה עליה מסיבה זו או אחרת, ונשארה לבד בלילה בלי לומר לאיש.

מהי אפוא ההגדרה של בדידות? ההגדרה האחת היא תחושה אובייקטיבית של מיעוט רשתות חברתיות, לדוגמה, עקב אובדנים החלים בגיל המבוגר. ההגדרה השנייה היא

תחושה סובייקטיבית שאינה קשורה לרשתות חברתיות קיימות. היא קשורה יותר לרגש ולאישיות של האדם המתקשה לתקשר על בסיס רגשי. בדידות אינה בהכרח להיות לבד אלא היותו של האדם לבדו ללא מערכות יחסים ומעורבות רגשית עם החברה הסובבת אותו.

ניתן לומר שקיימת בדידות חברתית ובדידות רגשית. כרופא גריאטר המטפל בתלונות ובתסמינים גופניים, ברור לי שחלק ניכר מהתלונות והתסמינים באים על רקע נפשי או חברתי. לא ניתן להפריד ביניהם מאחר ומדובר במכלול אחד של גוף, נפש וחברה.

סיבות להחרפת הבדידות. הסיבה הראשונה היא התארכות תוחלת החיים ועלייה באובדנים הקשורים לגיל המבוגר. הסיבה השנייה היא מעבר ממסגרות דיור משפחתיות רחבות למסגרות צרות של בני זוג בלבד, עקב עזיבת הילדים את הבית, למשל. הסיבה השלישית היא תהליכים של ניכור, חשדנות והגדלת פערים בחברה המודרנית המערבית.

מדוע חשוב לטפל בבדידות? נמצאו קשרים רבים בין בדידות לבין עלייה בתחלואה, ירידה בתוחלת חיים והחלמה ממחלות. תחושת הבדידות מביאה לפגיעה נפשית כמו דיכאון, והוא גורם לפגיעות במערכת החיסונית ולחשיפה למחלות. הבדידות מהווה גורם סיכון עצמאי בלתי תלוי למחלות לב ולכלי דם בכל גיל. קיים קשר הדוק בין הגוף, הנפש והמצב החברתי. הקשר בולט במיוחד בגיל המבוגר שבו הרזרבות הגופניות יורדות וקיים קושי להסתגל לשינויים. יש צורך לגייס משאבים נוספים, אישיותיים, רגשיים וחברתיים העוזרים להסתגל. הבדידות מונעת שימוש במשאבים חברתיים ורגשיים ומשפיעה לרעה על הגוף.

כיצד קשורה בריאות לבדידות? בריאות ובדידות שלובות זו בזו. בריאות לקויה עם מוגבלויות גופניות, כמו קושי לעלות או לרדת 30 מדרגות, יגרום להימנעות מיציאה מהבית, ועקב כך להמעטת הקשרים החברתיים, להגברת התלות באחרים ולעלייה בתחושת הבדידות. בדידות תגרום לתחלואה גבוהה יותר, לדיכאון, למחלות לב, להחלמה איטית לאחר התקפי לב וניתוחים ולקושי בהסתגלות. קשיים בראייה ובשמיעה מקשים על שמירת קשרים חברתיים. בעיות הליכה הנובעות משיווי משקל לקוי, מרכזי או פריפרי, ימנעו יציאות מהבית ועלייה בתלות באחרים ובבדידות. (Tomaka, Thompson, Palacios, 2006)

חלק גדול מהתלונות הגופניות המופנות לרופאים הם על רקע חברתי ובעיקר על רקע של בדידות. התייחסות צרה אל המטופל דרך הגוף בלבד ללא הנפש והקשרים החברתיים מחטיאה את האבחנה.

אילו גורמים נוספים יוצרים בדידות? מצב משפחתי משפיע על הבדידות. אנשים נשואים מרגישים פחות בודדים, אלמנות חשות יותר בודדות.

רמת השכלה נמוכה והכנסה נמוכה תורמים לבדידות. רמת הכנסה נמוכה יכולה להשפיע על מיעוט בשימוש בטלפון במטרה לחסוך בהוצאות או הימנעות מנסיעה לביקור בני משפחה וחברים במטרה לחסוך בתשלום הנסיעות. סיבה כלכלית יכולה למנוע רכישת מכשיר שמיעה, מכשירי ראייה ואביזרי עזר להליכה ולמניעת נפילות, שעלותם יקרה. הימנעות מקניית תרופות עקב עלותם תחמיר את המוגבלות התפקודית של האדם המבוגר ותעלה את רמת הבדידות.

תנאי הדיור תורמים לבדידות בשל קשיי נגישות. ריבוי מדרגות, מחסור במעקים, מרחק מהמרכז המסחרי, כל אלה מקשים על יצירת קשרים חברתיים. האדם המבוגר הגר לבד, לאחר שנים של זוגיות, פגיע יותר למוגבלויות, לתחלואה ולבדידות (Pinquart 2003).

התמודדות עם בדידות. חשוב לזהותה בשלב מוקדם ואז לנקוט צעדים התערבותיים. עלינו לזכור שתחושת הבדידות מקורה באובדנים בריאותיים. התייחסות הוליסטית וכוללת מצד המטפלים (רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים והצוות הפרה־רפואי) תתרום לזיהוי מוקדם ולטיפול מקיף.

פעילות גופנית נמצאה מיטיבה ובעלת השפעה חיובית על הבריאות והיכולת התפקודית. הפעילות הגופנית מעלה את היכולת האירובית הנשימתית, מעלה את גמישות הפרקים, משפרת את שיווי המשקל והיציבה, ותורמת לחוזק מסת העצם והשרירים. הפעילות הגופנית גורמת לשינויים מטבוליים חיוביים כמו עלייה ברגישות של הקולטנים לאינסולין ולהורמונים. נוסף על ההשפעה הגופנית החיובית קיים שיפור בהרגשה הכללית. הפעילות הגופנית תורמת ליצירת מגע עם אנשים חדשים ובניית קשרים חברתיים מספקים. גם אימוץ בעל חיים מקל על תחושת הבדידות. (Banks & Banks, 2002)

רוחניות מעניקה משמעות חדשה, נותנת טעם לחיים, סיפוק ושביעות רצון. פעילות התנדבותית למען הזולת מעלה את ערך האדם בעיני עצמו, שחש בטוב מעצם

הנתינה לאחרים, ובכך מעלה את שביעות רצונו מעצמו. פעילות דתית יוצרת סדר יום קבוע, מאפשרת מפגשים חברתיים ותורמת לראייה שונה של החיים (Johnson & Mullins, 1989).

אנשים בודדים עם תמיכה חברתית מעטה, יכולים ליהנות מיציאה למועדוני יום או מהעתקת המגורים למסגרות של דיור מוגן פרטי או ציבורי (יאול, 1999). קיימים פרויקטים של קהילות תומכות, מפעל משותף של אש"ל (האגודה למען הזקן) והרשויות המקומיות, במתן תמיכה חברתית למבוגרים בשכונותיהם.

התעללות, ניצול והזנחה

תופעת ההתעללות והזנחת האדם המבוגר עלתה בשנים האחרונות לכותרות עקב עלייה באלימות בחברה בישראל, הארכת תוחלת החיים, מספרם ההולך וגדל באוכלוסייה ותלותם במטפלים.

מושג ההתעללות הובן עד לאחרונה כפגיעה גופנית פיזית שמוצאת את ביטוייה בנזקים בגוף כגון שטפי דם בעור וברקמות הרכות, ולעיתים בשברים ובחבלות ראש. כיום הורחב המושג והוא כולל פגיעה חברתית, פסיכולוגית, מילולית והזנחה מכוונת ושאינה מכוונת. גם הימנעות מסיפוק צורכי האדם המבוגר, מניעת טיפולים רפואיים או תרופות, ניתוק מסביבתו החברתית וניצול כלכלי נכללים תחת קטגוריה זו. מעורבותם של בן הזוג או ילדיו של האדם המבוגר, הופכת את הנושא לרגיש במיוחד.

ישנו קשר של שתיקה, וקיימת נטייה במשפחות לא 'להוציא את הכביסה המלוכלכת החוצה'. אנשי המקצוע אף הם מתלבטים בסוגיה ונוטים לא להתערב בנעשה בתוך המשפחה, למרות החוק הקיים המגן על חסרי ישע והמחייב לדווח לרשויות על כל התעללות והזנחה.

היות והתופעה כל כך שכיחה, חובה על כל אחד לגלות ערנות וחשדנות, ולפעול בצורה נמרצת לטובת האדם המבוגר החשוף להתעללות, גם אם הדבר כרוך בהרחקת בן משפחה, או הוצאת המבוגר מהבית.

הצרפתייה היפה

"אתה מוכרח לשמוע את הסיפור הבא", אמרה העובדת הסוציאלית כשנכנסה אלי והיא כולה נסערת, "זו דוגמה מצוינת לתופעה של ניצול האוכלוסייה המבוגרת".

"צאלח היה בן 62", היא החלה לספר, "אלמן, אמיד, בעבר היה לו צי של משאיות. לפני עשרים שנה הוא פגש עולה חדשה מצרפת, אישה יפה כבת 40. היות ושניהם באו מאותו רקע תרבותי, הליכותיה ונימוסיה הצרפתיים שבו את לבו. תוך זמן קצר הם התחתנו, הייתה זו החתונה המדוברת ביותר בעיר מגוריו.

שלושת ילדיו מנישואיו הראשונים לא הלכו שבי אחרי האישה החדשה, ואף ניסו לדבר על לבו ולהזהירו מפני כוונותיה, אך דבריהם נפלו על אוזניים ערלות. תמיד הוא היה עצמאי בדעותיו ולא שיתף אחרים בהחלטותיו. הקשר שלו עם ילדיו מעולם לא היה

טוב, הוא חינוך אותם חינוך נוקשה, וכשבגרו, לא סייע להם בתחילת דרכם העצמאית. התנהגותה של אשתו השניה אף החמירה את מערכת היחסים ביניהם.

עם השנים תפקודו המנטלי הלך והתדרדר. הוא לא היה מסוגל לקבל החלטות ותלותו באישתו הלכה וגברה. ילדיו הקימו בינתיים משפחות ולא התעניינו בשלומם. במהלך השנים העבירה האישה את כל הכספים לחשבונות בנקים חסויים על שמה. גם את דירתו הגדולה שבה התגוררו הסבה לבעלותה. עם הזמן היא מכרה את הדירה, שלשלה את מלוא התמורה לכיסה, ושכרה דירה לשניהם.

יום אחד התקשרה האישה לילדיו והודיעה להם שחזרה שכירות הדירה מסתיים בעוד חודש, ובכוונתה לחזור לארץ מוצאה. היא הוסיפה ואמרה כי עליהם למצוא לאביהם סידור מגורים מתאים.

בסופו של דבר נשאר האב ללא דירה, עם חשבונות בנק ריקים וקצבת זקנה דלה. עקב התדרדרותו המנטלית החמיר גם מצבו הרפואי. הילדים לא רצו להכיר באביהם ובצרכיו, כפי שהוא לא הכיר בצורכיהם כאשר הם נזקקו לו. כדי להתחקות אחר הכסף, הם שכרו בלש פרטי אך לדבריהם, האישה פעלה בתחכום וכיום הם אינם יכולים להוכיח דברים שקרו לפני שנים.

"הם שאלו אם המימון לבית האבות יהיה על חשבון המדינה", הוסיפה העובדת הסוציאלית, "מאחר והם לא מוכנים לממן. הם גם ביקשו לדעת אם קיים חוק שיכול לחייב את אשתו להשתתף במימון, ואם ניתן למנוע את יציאתה של האישה לחו"ל כיוון שהיא נוטשת את בעלה המוגבל וחסר הישע".

העובדת הסוציאלית הפנתה אותם לפקידת הסעד כדי לבדוק מה ניתן לעשות מבחינה חוקית. "כאשר יש ירידה מנטלית אטית וקיימת תלות, יש מי שמנצל את המצב לטובתו הפרטית ולא לטובת המטופל". אמרה פקידת הסעד, "מלבד ניצולו הכלכלי, ברור שהאדם הזה עבר גם התעללות נפשית קשה. האם אף אחד לא שמע ולא ראה ולא דיווח לילדים או לרשויות המוסמכות?"

מהו ניצול? עד היום ההתייחסות לניצול הייתה במקרים של פגיעות פיזיות עם נזקים גופניים כמו שברים, חבלות ראש וסימנים כחולים ואדומים על העור והרקמות הרכות. כיום תופעת ההתעללות קיבלה פרשנות רחבה יותר ונכללים בה נוסף על הפגיעה גופנית, גם פגיעות נפשיות, חברתיות, ניצול כספי, מניעת טיפול ואימתן תרופות. לעתים פגיעה מילולית פוצעת את האדם ומשפילה אותו אף יותר מנזק גופני. הגדרת המונח 'ניצול' כוללת גם ניתוק חברתי או לחלופין, הכנסתו למוסדות שאינם מתאימים לצרכיו. גם מניעת שירותים רפואיים כמו תרופות וניתוחים, העשויים לשפר ולהקל על חייו ולהעניק לו איכות חיים טובה יותר נכללים בהגדרה זו. בעיות אלו אינן פחותות מפגיעות גופניות והן מסוגלות לפגוע באיכות חייו ואף לקצרם. (Lachs, Pillemer, 1995)

התעלמות והזנחה שאינה מכוונת. ישנם מצבי הזנחה מצד המשפחה או המטפלים הנובעים מחוסר ידע, או מחוסר הבנה בסיסית של המחלות, ומאיכולת התמודדות מתאימה. לעיתים ההזנחה נובעת מטיפול יתר. להלן כמה דוגמאות.

משפחה המכחישה ומדחיקה את מצבו המנטלי (שכלי) המדורדר של האב ולא דואגת להביא לו מטפלים במשך שעות היממה כשהוא נמצא לבד. האב נהג לצאת מביתו ולאבד את דרכו.

לא פעם האב היה נופל בביתו ושוכב שעות ארוכות על הרצפה מבלי יכולת לקום.

על גופו של קשיש אחר הופיעו כוויות עקב אי יכולתו להרתיח קומקום חשמלי.

בת שהשקתה את אביה למרות שידעה שיש לו בעיות בליעה. "רק אני יודעת להאכיל את אבא", היא אמרה, פעולה שהסתיימה בשיאוף (אספירציה) לריאות ואשפוז בבית חולים עקב דלקת ריאות.

בת אחרת החליטה שהיא לא מוותרת על הוצאתו של אביה להליכה, למרות שהפיזיותרפיסטית אסרה זאת עליה. בסופו של דבר האב נפל ושבר את האגן.

הייתה גם בת שנהגה להלביש את אמה, למרות שזו יכלה להתלבש לבד. האם הייתה מתלבשת לאט, ולבת לא הייתה סבלנות. לבסוף, עקב חוסר שימוש בידיה, האם איבדה את היכולת להתלבש לבד ועצמאותה נפגעה.

דוגמאות להזנחה מכוונת. אב המוזן דרך צינור לאף (זונדה) עקב אירוע מוחי שפגע ביכולת הבליעה, וילדיו אינם מסכימים לביצוע פתח בקיבה (גסטרוסטומיה) לצורך הספקת מזון ישירות לקיבה במקום הזונדה, למרות שהוסבר להם שזה לטובת האב. גם לאחר שקיבלו הסבר שאביהם תולש את הזונדה כיוון שהיא מפריעה לו וכתוצאה מכך נאלצים לקשור את ידיו ולפגוע בכבודו ובעצמאותו, גם אז לא נחה דעתם. ישנם ילדים המציעים להורה לגור אתם, מוכרים את דירתו ואחר כך מכניסים אותו לבית אבות, למרות שניתן היה להשאירו בבית עם השגחה מתאימה. יתכן שהכוונה הראשונית הייתה חיובית, אך התוצאה הסופית היא שלילית מבחינתו של ההורה.

מהי שכיחות התופעה? "אחד מכל ארבעה קשישים סובל מהזנחה", זעקה הכותרת בעיתון **הארץ**. הכותרת ציטטה ממצאי סקר ראשון מסוגו שערכו אשל, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים לזקן בישראל יחד עם אוניברסיטת חיפה. המחקר בדק את ממדי התופעה של הזנחה והתעללות בקשישים. הגדרת המונח "הזנחה" כללה לא רק פגיעה גופנית ומילולית, כפי שנטו עד אז לחשוב, אלא כל הימנעות והתעלמות מהספקת שירותים רפואיים, תזונתיים וסיעודיים. למשל, חסר ואי-תיקון של אביזרים הדרושים לניידות האדם המבוגר או הימנעות מהחלפת חיתול, הגבלת מרחב החופש, בידודו וניצולו הכספי (לבנשטין ורון, 2000).

המדגם ייצג את כלל האוכלוסייה המתגוררת בערים. הוא כלל 392 גברים מעל גיל 65, ו-653 נשים מעל גיל 60. הממצאים העלו שלמעלה מ-18 אחוזים מאוכלוסיית המדגם הייתה חשופה לפגיעה של אחד או יותר מסוגי האלימות וההתעללות. רוב מקרי האלימות, כ-14 אחוזים, היו מילוליות והתבטאו בקללות, בצעקות ובאימים ולא בפגיעה גופנית. כשבעה אחוזים מהנשאלים במדגם דיווחו על ניצול כספי, שלושה אחוזים דיווחו על הגבלת התנועה ושני אחוזים דיווחו על אלימות גופנית הכוללת גם פגיעה מינית. הממצאים תאמו את המציאות הארצית. 25 אחוז מכלל האוכלוסייה דיווחה על הזנחה כללית, שמשמעותה אי-סיפוק צרכי חיים בסיסיים כמו תזונה, היגיינה ושירותים רפואיים.

מיהם המתעללים? נתון מפתיע הוא שהפוגעים העיקריים הם הגרעין המשפחתי הקטן ביותר. ניתן לזהות שני סוגים של פוגעים; הראשון הוא בן הזוג, פגיעתו בעיקר מילולית. במקרים רבים בן הזוג סובל מבעיות בריאותיות עם מגבלות גופניות, נפשיות ושכליות, נמצא במצוקה ובלחץ עקב נטל הטיפול, ואינו יודע כיצד להתמודד עם המצב. באותו גרעין משפחתי נמצאים גם הילדים, שפגיעתם מאופיינת בניצול כספי ובהזנחה לא

מכוונת. מאפיינים נוספים שבלטו הם מגורים משותפים עם ההורים, אבטלה, התמכרות לסמים, הליכי גירושין או פרידה מבן הזוג. (Lachs, Williams, O'Brien et al 1997)

התעללות מצד מטפלים סיעודיים. לאחרונה אנו עדים למראות מזעזעים של התעללות פיזית ומילולית באדם המבוגר המטופל על ידם. הסיבות לכך הן מספרם ההולך וגדל של המטפלים הסיעודיים, והימצאותם של מצלמות נסתרות, שזמינות היום הרבה יותר מבעבר. חשוב לציין שרובם הגדול מעניק טיפול טוב, המשפר את איכות החיים ואף מאריך, אך מעטים מנצלים לרעה את מעמדם ופוגעים במטופל בצורות שונות. פגיעה בקשיש באה לידי ביטוי באי מתן תרופות חיוניות העוזרות לניידות בשעות הצורך, ומנגד, מתן תרופות ללא הצדקה לשם הרגעה או כדי להרדימו, ואף קשירת המטופל. ישנם מטפלים המשאירים את המטופל במיטה במקום להושיבו בכיסא או להוציאו לטיול בחוץ, וכך עלולים להיווצר בגופו פצעי לחץ. התעללות נוספת נגרמת על ידי הפחתה בתכיפות הניקיונות ואי־רחיצתו לאחר מתן הפרשות. אמצעי נוסף להתעללות הוא מניעת שתייה ומזון עד כדי הגעה למצב של חוסר נוזלים ותת־זונה. התלות במטפל גדולה עד כדי כך שלעתים היא גורמת למשפחה להתעלם מצרכיו של יקירם, ולא לפקח על המטפל. מצב זה מוביל לחוסר דיווח לרשויות על רשלנות והזנחה מצד המטפלים.

התעלמות מצד מטפלים מקצועיים. התעלמות קיימת אפילו מצד מטפלים מקצועיים (רופאים, אחיות וצוות פרה־רפואי) המשיבים לפניית המטופל באמירות בוטות כמו "מה אתה רוצה זה הגיל", או "איך אתה מרשה לעצמך להתלונן בגילך?" תשובות מעין אלה, הנאמרות בחוסר רגישות, אינן ראויות ואף אינן נכונות בהיבט המקצועי. הן גורמות לתת־אבחון, לאי־מתן טיפול ובהכרח להזנחה פסיבית.

פגיעות בזקנים מוגבלים. אצל מטופלים מרותקים עם פגיעות מנטליות, הנמצאים בתלות גבוהה במטפל, ניכרות תופעות קשות של פצעי לחץ, תת־זונה, כיווצים בגפיים עד שלא ניתן ליישרן, חוסר נוזלים והתייבשות. כל התופעות ניתנות למניעה עם טיפול וידע מתאימים. מטופלים רבים הגיבו בפחד כשנשאלו על הסיבות להופעת שטף דם בעור, וניסו להסתיר את הסיבה לכך. מטופלים חששו לספר את שאירע פן יבולע להם: "שהמטפל לא יתנקם בי", או "אל תגיד שאני אמרתי" היו תגובות שכיחות של מטופלים מיוחדים.

גם החשש לבקש חוות דעת שנייה מרופא מייעץ כי "הרופא שלי לא יאהב זאת", שייר לפטרנליזם שעבר זמנו ועלול להביא להזנחה.

האם ילדים יכולים להיות מפחידים? מסתבר שכן. כך התרשמתי בפגישה עם אישה שעל פניה ניבט הפחד מהבן, והרצון הבלתי נלאה לרצותו. "הרי אני תלויה בו", היא אמרה לי, לאחר שהצלחתי להוציאו ממשרדי באמתלה שעליי לבדוק את אימו, ואין זה ראוי שיהיה נוכח בחדר בעת בדיקתה הגופנית.

ישנם בני משפחה המערבים רגשות ואינטרסים שאינם בהכרח נוגעים לעניינו של יקירם. כאשר נוצר צורך להתאים את הדירה לצורכי ההורים, הילדים, במקום לחשוב על טובת הוריהם, שוקלים מה תהיה השפעת המהלך על הירושה ועל השבחת הנכס לעתיד. כל המצבים הללו נקראים הזנחה פסיבית, והם נכללים בתוך הגדרת ההתעללות.

למה קשה להילחם בתופעה. באופן כללי, קיים קושי לבדוק תופעות המתרחשות בתוך המשפחה עקב צנעת הפרט והנטייה להסתיר. עד כה אין הגדרה ברורה וחד משמעית למונח "הזנחה". בני המשפחה יכולים לטעון שהכול נעשה לטובת המטופל ואין להם את הידע הדרוש. ישנה גם נטייה להצניע תופעות אלו הן מצד בני המשפחה והן מצד המטופל שתלוי בבני המשפחה וחושש מהצפוי לו. לעתים הוא רואה את התנהגותם ככישלון אישי שלו. פגיעות מנטליות ובעיות בריאות אחרות מקשות על זיהוי הבעיה; ניתן לומר ששטפי הדם בעור הם כתוצאה מהתרופה לדילול דם והשברים נגרמו מנפילות. לאנשי המקצוע כמו רופאים קיימת בעיה אתית של חובה על שמירת סודיות רפואית ואי חשיפת המידע. הדיווח יכול לגרום לשבירת האמון עם המטופל, לפגוע בתהליך הטיפול ולגרום יותר נזק מתועלת.

מה ניתן לעשות? ניתן להעלות את המודעות הציבורית לנושא, לגייס את התקשורת, לחדד בקרב אנשי מקצוע את החשד לגבי כל דבר חריג, וליצור שיתוף פעולה הדוק יותר בין הרשויות השונות. במקרים של בן זוג, שהוא המטפל העיקרי ונמצא בדחק (סטס) רגשי ופיזי, יש להקל עליו על ידי יצירת תקשורת אמפתית, הסברת המחלה ומהלכה והפחתת אי-הוודאות. פעולות נוספות הן מתן עזרה באמצעות הבאת מטפל זר או הפניה למסגרות אשפוז וקבלת מלוא הזכויות שהחוק מעניק. כמובן שחובת כולנו לדווח לרשויות המתאימות במקרה של אדם מבוגר העלול להיות קרבן להתעללות.

בשנת 1989 נחקק חוק הנקרא "הגנה על חסרי ישע". בחוק קיימת חובת דיווח מצד כל אדם שנתקל במקרה של התעללות בחסר ישע. חובה זו מוטלת במיוחד על אנשי המקצוע. רופאי המשפחה ואחיות במרפאות בקהילה וצוותי חדרי המיון הם שומרי הסף והם חייבים להיות ערניים. עליהם לפקוח עין ולהעלות את רמת החשדנות. במקרים של הימצאות בעיות גופניות שלא נמצא להן הסבר משכנע עליהם לדווח לרשויות כמפורט בחוק. מקומה של העובדת הסוציאלית חשוב ביותר, ויש לערב אותה בכל מקרה של חשש להתעללות. בשנים האחרונות משרד הבריאות מחייב בתי אבות להקים ועדה למניעת התעללות, בריכוזה של עובדת סוציאלית, רופא ואחות, הדנה בכל פניה המגיעה ממשפחות וממטופלים. זאת בנוסף לנוהל קיים של ניהול סיכונים האמור לדווח על כל תקלה שאירעה למטופל.

כלים לזיהוי מצבי הזנחה והתעללות. קיימים מספר תסמינים המעלים את רמת החשדנות; הבעת פחד של המטופל, שתיקות ממושכות, מבט קודר בעיניים, שפת גוף מסתגרת, התבודדות שלא לפי טבעו הקודם, לבוש שאינו נקי, הופעה מוזנחת, אי־החלפת בגדים, מקרר ריק ממצרכי יסוד, סירים עם אוכל מקולקל, חוסר איורור של הדירה, חום או קור קיצוניים ולכלוך והזנחה בבית. הופעת שטפי דם בעור, שברים, פצעי לחץ מרובים, ירידה במשקל שאינה מוסברת, אשפוזים מרובים, נפילות חוזרות וריח של שתן בדירה צריכים אף הם להדליק נורה אדומה. הימצאות תרופות במקומות שונים בדירה, אי־לקיחה או לקיחת יתר של תרופות שלא לפי הוראות הרופא, ערנות יתר או ישנוניות ובלבול. על הצוותים המקצועיים להיות ערים לתסמינים אלו ולדווח בהתאם.

חלק שלישי: היבטים רפואיים נפשיים

כשהזיכרון הוא - האם זה אלצהיימר או מצב של סטרס?

"היכן הנחתי את המפתחות?" "מה רציתי לקחת מהמקרר?" "היכן החניתי את המכונית?" רבים מאיתנו שואלים את עצמם מדי פעם שאלות מעין אלה, האם זה מצביע על דמנציה בכלל או על אלצהיימר בפרט? ודאי שלא! עלינו לראות את התמונה הכוללת. ננסה לשאול אותה שאלה בצורה חיובית. האם בעיות שכחה המתרחשות ביום־יום יכולות להיחשב נורמטיביות, במיוחד בגיל המבוגר? התשובה היא כן. הן יכולות להיחשב נורמה תקינה במצבי לחץ ודחק, וכחלק ממהלך רגיל של הגיל המבוגר. כל זה בתנאי שאינן גורמות להפרעה ופגיעה משמעותיים בתפקודים היום־יומיים בבית, בעבודה ובחברה.

לא מזמן ראיתי בחורה צעירה במגרש החנייה של התאטרון. היא נראתה נסערת. "אני לא זוכרת איפה החניתי את הרכב שלי", צעקה לתוך מכשיר הטלפון הנייד שלה.

זה קורה לכולם, גם לצעירים, אמרתי לעצמי.

בעלי מלחיץ אותי

צלצול הטלפון קטע את מחשבותיי. היה זה חבר מהעבודה שנשמע מעט מודאג. הוא פתח ואמר "אחותי סובלת לאחרונה מבעיות שכחה ואף נשלחה על ידי רופא המשפחה לאבחון שכלי (קוגניטיבי). הפסיכיאטר בדק אותה וביצע מספר מבחנים קוגניטיביים. להקריא לך את מכתבו הקצר של הפסיכיאטר?"

המכתב כלל את תוצאות הבדיקות המיני־מנטל (MMSE) שניקודה היה 30/24, מבחן זיכרון חזותי שהראה ירידה קלה בזיכרון, ותוצאות ההדמיה (CT) של המוח שהראה ניוון (אטרופיה) מפושט ללא בעיות ממוקדות של דמם או הסכמיה.

"אחותי אובחנה כסובלת ממחלת אלצהיימר והפסיכיאטר המליץ על תרופה בשם אקסלון. אתה יודע, המשיך, "זאת הייתה הפגישה הראשונה שלהם, הוא כלל לא הכיר אותה. כל הבדיקה לא נמשכה יותר מחצי שעה. מה דעתך? אתה לא חושב שהאבחנה נעשתה קצת בחופזה?" לפני שהספקתי לענות הוא המשיך: "אני חושב שגיסי פשוט

מלחץ אותה, הוא שיזם את הבדיקה. אחותי לא שותפה בהחלטה וגם הפסיכיאטר לא היה מספיק רגיש במהלך השאלות. אחותי גם הרגישה מאוד מובכת מכך שהיא נמצאת בבחינה והייתה מאוד לחוצה."

"כיצד בעלה מלחץ אותה?" שאלתי, "כשהיא משתמשת במחשב, למשל, בעלה עומד מאחוריה ומעיר לה על כל נקישה במקלדת. אולי ניתן להמתין עם התרופה ולראות לאן הדברים מתקדמים?"

חשבתי בלבי שאולי הוא באמת צודק, אך בעצם אני כלל לא מכיר אותה. אמרתי לו שאשמח להכירה וביקשתי שישפר לי עליה מעט יותר. האם הבעיה היא בזיכרון בלבד? איך התפקודים האחרים? כשנפגשנו לאחר מספר ימים, סיפר לי שאחותו נטלה את התרופה וזה באמת עזר לה. אמנם מדובר רק על שלושה ימי טיפול אך כבר קיים שיפור."

לא נראה לי סביר שהתרופה עזרה תוך זמן קצר, אך לא אמרתי לו דבר. לא רציתי שיאבד את אמונו ברופא הפסיכיאטר. "מה מצב תפקודיה האחרים?" שאלתי. "היא מאוד עצמאית, ממשיכה לנהוג ולשחות בבריכה שלוש פעמים בשבוע, היא גם מתנדבת במועדון השכונתי ומארחת את ילדיה לארוחות שבת." השיב.

"יפה, הספק לא רע למי שמאובחנת כחולת אלצהיימר." אמרתי בציניות, "לדעתי, הוספתי ברצינות, "כדאי היה להימנע מלתת כותרות ואבחנות חפוזות, ובמקום זאת ראוי היה להזמין לביקור נוסף לאחר חודש ורק אחר כך לאבחן סופית. הרי לעתים המטופל עייף, לחוץ, חש אי-נוחות ומובך, ואז תוצאות המבחנים נמוכות. אני, לדוגמה, משתדל להימנע מביצוע מבחנים בשעות אחר הצהריים ואף משתדל להשרות אווירה של נינוחות בעת הבדיקה ולחזור על המבחנים בפגישה השנייה. בין שתי הפגישות כדאי גם לאסוף מידע מאנשי צוות נוספים כמו רופא המשפחה, אחות המרפאה, עובדת סוציאלית ומרפא בעיסוק. הם מכירים את המטופל ויכולים לאשש את ההערכה טרם האבחנה." אמרתי לחברי.

סימה והמכונת האבודה

"אתה יודע, דוקטור," אמרה סימה, "אני ממש מתביישת לספר לך מה שקרה לי השבוע, החנית את הרכב בחניון של הקניון. הייתה לי פגישה דחופה ולא רציתי לאחר. בשובי, לא מצאתי את המכונת. הדבר גרם לי לתסכול רב. עברתי בין הקומות השונות, הפעלתי את השלט אך ללא הועיל. לאחר כחצי שעה של התרוצצות בין הקומות ובתחושה לא

נעימה שהייתה מלווה בבכי מר, עזבתי את המקום וחזרתי במונית הביתה. זה נכון שהייתי עייפה והיה לי יום משוגע, אך לא לזכור היכן החניתי את המכונית ועוד לחזור הביתה במונית, זו ממש הודאה בכך שאני סובלת משכחה."

"האם יש לי בעיית זיכרון, דוקטור? אני ממש מפחדת שמה שקרה לאמי, אותה הכרת היטב, קורה גם לי. אמרו לי שכנראה מדובר באלצהיימר. אני מתה מפחד שאני מתחילה תהליך דומה לזה של אמי. מה אתה אומר, תרגיע אותי בבקשה." התחננה.

לא הצלחתי לומר מילה וסימה המשיכה לדבר בשטף, "ולא רק זה, אלא לאחרונה אני ממש מודאגת. הופיעו תופעות של ירידה בזיכרון. מצאתי את עצמי נכנסת לחדר מבלי לזכור בשביל מה. אני לא זוכרת שמות של אנשים שאני פוגשת, אני שוכחת מילים בזמן השיחה, אני מרגישה שהן עומדות לי ממש על קצה הלשון ואינני מצליחה לשלוף אותן. זה קרה לי בשיחת הטלפון עם אחד מלקוחות החברה כשניסיתי להיזכר באחד מדגמי המכוניות החדשות. לאחרונה שכחתי גם להגיע לפגישה עם חברתי הטובה. את משקפי הקריאה אני תמיד מחפשת ובמשפחה כבר מחייכים כשהם שומעים אותי שואלת אם מישהו ראה את משקפי הקריאה שלי. אבל האירוע שבו לא מצאתי את מכוניתי בחניון, זה כבר היה יותר מדי. אפילו לבעלי אני חוששת לספר. נראה לי שאני הולכת בעקבותיה של אמי ושגם לי יש כבר אלצהיימר."

ביקשתי שתעשה אתנחתא ואף הצעתי לה לשתות. כדי להסיט מעט את נושא השיחה, שאלתי אותה על נכדה החדש. שאלתי גם לשלומו של הנכד הגדול שלה. "יפה שאתה זוכר", אמרה בחיוך.

את סימה הכרתי במהלך השנים בהן טיפלתי באימה, ומאז נוצר בינינו קשר טוב. כל חג הייתה שולחת לי זר פרחים גדול. החוויות המשותפות מהטיפול באימה יצרו תחושת שותפות בינינו והתפתח מעין קשר משפחתי בין בני ביתה לביני.

מאז חלף כעשור, סימה בת 65, מנהלת חשבונות בכירה בחברה לייבוא רכב. היא פנתה אל"י בסוף השנה האזרחית, תקופה בה היה עליה להגיש את מאזני החברה לשנה החולפת. ידעתי גם שהדגם החדש של רכבי החברה נכנס זה עתה לשוק, עובדה שגרמה לעומס יתר בעבודתה. היא כאילו קראה את מחשבתי ואמרה בנימת התנצלות: "אני לא יודעת אם לקשור זאת לתקופת סוף השנה, זה זמן מאוד לחוץ בשבילי ובשביל החברה."

"ראי", אמרתי לה, והנחתי את כף ידי על גב ידה שהייתה מונחת על השולחן, "אני חושב שאת פשוט לחוצה. זה זמן לא מוצלח, גם השעה מאוחרת ועוד מעט המרפאה נסגרת,

גם אנחנו עייפים מהיום העמוס. את יודעת, יום ראשון זה היום הקשה ביותר במרפאה, כאילו כל האנשים במהלך סוף השבוע חושבים על מחלותיהם ומחליטים לעשות מעשה ומגיעים למרפאה. אולי ניפגש ביום אחר? אני מציע את אחד הבקרים של השבוע הבא, לאחר סוף השנה האזרחית, ואז נוכל לשוחח בשקט. בסך הכול מותר לנו להיות עייפים ומוטרדים ואני חושב שהמוח שלנו משדר אותות דחק של עומס יתר. אינני חושב שיש לך סיבה לדאגה." אמרתי בחיוך.

לפגישתנו הבאה, בבוקר שטוף שמש, סימה הגיעה רגועה יותר, תקופת סוף השנה והגשת המאזנים כבר הייתה מאחוריה. "נתחיל בהיסטוריה הבריאותית שלך," אמרתי, "אחר כך נבצע בדיקה גופנית יסודית שתכלול את התחום הנירולוגי, ולאחר מכן אבקש את רשותך לבצע מספר מבדקים שכליים-התנהגותיים, אבל שלא תפגעי אם הם ייראו לך פשוטים מדי או ילדותיים." "הרי לשם כך באתי," אמרה.

בהיסטוריה הרפואית ביקשתי לשמוע על התרופות שהיא נוטלת, שכן ישנן תרופות העלולות לפגוע בתפקוד השכלי. שאלתי אם קיימות תלונות גופניות נוספות, מה הרקע הרפואי שלה, רציתי לדעת אם סבלה בעבר ממחלות כמו דיכאון, אם אושפזה, ומהם הרגלי החיים שלה. (עישון, תזונה, פעילות גופנית, קריאה, פתירת תשבצים או בהייה במסך הקטן).

הבדיקה הגופנית כללה את הסימנים החיוניים: בדיקת לחץ דם בישיבה ובעמידה, דופק, נשימות, בדיקת הלב וכלי דם נוספים כמו עורקי הצוואר, הרגליים והבטן. בדיקה נירולוגית, שכללה בדיקת צורת ההליכה, שיווי המשקל ועצבי המוח. המבחנים השכליים היו בצורת שאלות וביצוע מטלות במספר תפקודים כגון

מבחן זיכרון חזותי, מבחן מיני-מנטלי, הערכת יכולתה בניהול משק הבית (IADL) ומבחן השעון הכולל הכנסת מספרים לעיגול והנחת המחוגים על השעה 11.10.

בסיומה של הבדיקה התרשמתי כי סימה היא אישה בריאה. לא היו לה מחלות מסוג סוכרת, יתר לחץ דם, מחלות לב או יתר שומנים בדם. היא לא עישנה, עשתה פעילות גופנית ושמרה על משקל תקין. פעילותה המנטלית באה לידי ביטוי בחישוב סכומים וחשבונות בעבודתה. היא גם אהבה להעסיק את מוחה בסדוקו לפני השינה.

בבדיקה הגופנית לא נמצאו סימנים המעידים על בעיות פנימיות. לחץ הדם היה תקין, הדופק היה סדיר והלב נשמע הולם ללא קולות נוספים. הדפקים ברגליים ובצוואר הורגשו היטב וללא איוושות בהאזנה. גם הבדיקה הנירולוגית הייתה תקינה. השאלונים השכליים והתפקודיים היו תקינים, פרט למבחן זיכרון חזותי שהיה מעט ירוד.

"טוב", אמרתי, "בהסתמך על הבדיקה הגופנית והשאלונים השכליים, אין לך ממה לחשוש ואין מדובר בתהליך של דמנציה או אלצהיימר, כפי שאת חוששת. תיתכן פגיעה בתחום הזיכרון בלבד (amnesia) שזה מצב נורמטיבי בסיטואציות מלחיצות. אני מציע שנשב ונבהיר את הדברים. האם זמנך מאפשר זאת?" "כן", ענתה בשמחה, כאילו המתינה רק לזאת.

מהי הפגיעה הקשורה לגיל, הממוקדת רק בתפקוד הזיכרון? הפגיעה הקשורה לגיל והממוקדת רק בזיכרון נקראה עד לפני מספר שנים Age Associated Memory Impairment (AAMI). בשנים האחרונות ניתן לה שם מקצועי חדש, שאינו סופי, Mild Cognitive Impairment (MCI). ניתן להשוות את הפגיעה בזיכרון לפגיעה בראייה או בשמיעה, שגם הן תלויות גיל. כל עוד אין פגיעות נוספות בתפקודים שכליים אחרים כמו התמצאות בזמן ובמרחב, תפקודי שפה, ריכוז ושיפוט, ואין השפעה משמעותית על התפקוד הכללי בבית, בעבודה ובחברה, הרי שמדובר בירידה בתפקוד הקשורה לגיל (Gauthier, Reisberg, Zaudig 2006).

נסכם את מאפייני MCI

- תלונות מצד המטופל על בעיות זיכרון ושכחה.
- בדיקה גופנית פנימית ונירולוגית תקינה ללא ממצאים מחשידים.
- תוצאות התפקודים השכליים תקינים. יש תוצאות תקינות במבחני שפה, שיפוט, ריכוז, התמצאות ולמידה.

למרות שמאבדים לפעמים את המפתחות, אנו יודעים למה הם משמשים וכיצד להשתמש בהם.

- תוצאות נמוכות במבדקי זיכרון.
- ממצאי המבחנים התפקודיים במטלות יום-יומיות בסיסיות (ADL וניהול משק בית (IADL) תקינים.

כיצד נדע שה-MCI לא יתקדם לדמנציה או לאלצהיימר? אין לנו דרך לדעת, אבל ידוע שרק אחוז נמוך מהמטופלים הסובלים מפגיעה בזיכרון הקשורה לגיל, מגיעים בהמשך למחלת דמנציה או לאלצהיימר (Grundman, Petersen, Ferris, et al 2004). ההבדל בין הפגיעה הנורמטיבית בזיכרון לבין התחלת דמנציה נעוץ בעובדה שהפגיעה הנורמטיבית בזיכרון אינה מפריעה או פוגעת בתפקוד היום-יומי. הסיבה לכך היא שאנו לומדים לפצות את עצמנו על ידי יצירת מעקפים הפותרים את הפגיעה בתפקוד הזיכרון. כל חיינו אנו מנסים להתמודד עם בעיות בעזרת מעקפים ופיצוי חיצוני; משקפיים ואביזרי

שמע מפצים על בעיות חושיות, מקל והליכון מפצים על חוסר יציבות ונגד סתימות כלי דם בלב וברגליים אנו מבצעים מעקפים. אם כך, לא צריך להתבייש מהכנסת 'טריקים' או טכניקות כדי לפצות על בעיית הזיכרון. (Flicker, Ferris, Reisberg., 1991)

מהם שלושת השלבים העיקריים של תהליך הזיכרון? כדי להבין טוב יותר את בעיית הזיכרון נבחר כיצד הוא פועל. כדי לזכור שם של מכר, תאריך, מספר טלפון והיכן הנחנו את המפתחות, יש צורך בשלושה שלבים: קליטה, אחסון ושליפה (Petersen, Smith, Waring., 1997).

קליטה: זהו השלב בו אנו קולטים את האינפורמציה. עלינו לשמוע, אבל השמיעה אינה מספיקה. יש להקשיב ולהאזין לנאמר לנו או למוצג בפנינו. הדבר דורש קשב וריכוז, שזה כבר נמצא באזורים במוח ולא באוזן. לשם כך אל לנו להיות מוסחים על ידי הפרעות, רעשי סביבה או טרדות אחרות.

אחסון: בדומה לתיקיות במחשב, עלינו לאחסן את המידע במקום כלשהו. מאוד תלוי כיצד אנו מבצעים את שלבי האחסון של המידע שזה עתה נחשפנו אליו. חשוב לדעת באיזה דרגת חשיבות והעדפה תייקנו את המידע, ואם השתמשנו בטריק, בסיפור או בדרך אסוציאטיבית זו או אחרת על מנת לזכור אותו.

שליפה: זוהי היכולת להשתמש במידע שמאוחסן אצלנו ולשלוף אותו לפי רצוננו. ניתן לעשות זאת בעזרת שימוש ברמזים, לדוגמה, לומר תחילתה של מילה ולהיזכר בהמשכה, או לשתף בשליפה חושים אחרים, כמו לומר בקול 'סגרתי את הגז', 'תליתי את המפתחות על המתלה שלי' וכו'.

כולנו נמצאים מפעם לפעם בסיטואציות הגורמות לחרדות, למתח וללחץ. סוף שנה לרואה חשבון או בנקאי, חג הפסח למארחת, לפני ניתוח ועוד. גם מצבים אלה עלולים לפגוע בתהליך השליפה. הדבר בולט במיוחד כשאנו מתעקשים להשתמש במילה מסוימת, או להיזכר בשם מסוים. אנו מתוסכלים ומתרגזים על עצמנו, הלחץ הפנימי שלנו עולה והמעגל הסגור הזה מזין את עצמו ומקשה עוד יותר על השליפה.

מה נציע לסימה ולכל האחרים המודאגים מהפגיעה בזיכרון הקשורה לגיל? קיימות מספר שיטות להקלה על בעיית הזיכרון:

- במקרים שבהם שכחת מילה, שם, או שכחת מדוע נכנסת לחדר, אין טעם להתעקש

- ולעצור אלא להניח לכך, לעזוב, והמילה והשם יחזרו מאליהם. עם הגיל משך השליפה מתארך ודורש יותר מאמץ. מה שנדרש הוא סבלנות בלבד.
- רצוי לרשום לעצמך בפנקס קטן את ההודעות או המצרכים לקניות, שמות וטלפונים חשובים.
- יש להיות עקבי ומסודר, למקם את החפצים החשובים במקומות קבועים. יש להניח את המשקפיים והמפתחות תמיד באותו מקום.
- יש להכין תזכורת בצורת הודעה לעצמך. לדוגמה, לרשום את תאריכי ימי ההולדת של בני המשפחה ולהשתמש בשעון עצר על מנת לזכור את סגירת התנור או הגז. קופסת תרופות שבועית תעזור בנטילת התרופות במועד.

מהם הצעדים שכדאי לנקוט. עלינו לזכור שפעילות המוח היא כמו פעילות שריר "השתמש בו או תאבד אותו". אם כך, להמרצת הפעילות המנטלית כמו קריאה, פתירת תשבצים, משחקי חשיבה, ברידג', שחמט, שבץ נא, לימוד סוגיות תלמודיות וכתובת זיכרונות יש תפקיד חשוב בשמירה על הזיכרון. גם לפעילות יצירתית אמנותית, כגון פיסול, ציור וכיור. שמירה על כושר גופני ומעורבות חברתית תורמים לשמירה על הזיכרון. למי שסובל מיתר לחץ דם, מומלץ לטפל בעזרת תרופות, לדאוג לאיזון סוכרת, לאכול תזונה מאוזנת, להימנע מאכילת מזונות עשירים בשומנים וליטול תרופות המורידות שומנים מסוג סטאטינים. הקפדה על תזונה של פחמימות מורכבות ולא ריקות (סוכרים), פירות וירקות ימנעו היצרויות של כלי הדם וירידה שכלית (קוגניטיבית). עלינו ללמוד להאמין בעצמנו, להסתכל בצורה חיובית על בעיות בזיכרון ולראות בהן חלק מתהליך החיים הנורמלי. עלינו להבין שאם נאמין בעצמנו ונשמור על דימוי עצמי חיובי, נוכל להמשיך ליהנות ולתפקד בחיים. להלן עשרה צעדים לשיפור הזיכרון שמציע ד"ר פול טקאהאשי מבית החולים של המיוקליניק שבארצות הברית:

צעד 1 תרגול המוח

המשך ללמוד להציב אתגרים, ללמוד נגינה, לשחק שבץ נא, לפתור תשבצים, לפתח תחביב חדש, ללמוד שפה זרה, לקרוא ולהתעדכן במה שקורה סביבך.

צעד 2 פעילות גופנית

המרץ את מחזור הדם ושפר את מצב הרוח. הפעילות מסייעת להשריית שינה.

צעד 3	תזונה מאוזנת אכול פירות וירקות בעלי צבע צהוב והשתדל להרבות בשתיית מים.
צעד 4	ארגון המידע נהל רישום ביומן או בלוח שנה של אירועים, פגישות וימי הולדת. שמור על הסדר ועל מיקום קבוע בהנחת חפצים בשימוש קבוע.
צעד 5	היה סבלני עם עצמך קח את הזמן להיזכר. תהליך עיבוד המידע במוחו של האדם המבוגר הוא איטי יותר. למד לפצות על החסר על ידי ניסיון החיים והחכמה שצברת.
צעד 6	הירגע הימנע ממתח וחרדה. הדבר פוגע בכושר הריכוז.
צעד 7	אופטימיות למד להסתכל על הדברים מתוך גישה חיובית ואופטימית.
צעד 8	גורמים נלווים התייעץ עם הרופא על מנת לשלול גורמים פתולוגיים נלווים שאינם קשורים בגיל אך תורמים לפגיעה בזיכרון, כמו תרופות המשפיעות על המוח, בעיות בחושי השמיעה והראייה, חוסר בוויטמינים, דיכאון וחרדה.
צעד 9	מחלות הקפד על לחץ דם מאוזן, רמת הכולסטרול, הסוכר ובלוטת התריס. חוסר האיזון שלהם גורם לבעיות בזיכרון.
צעד 10	פיצוי שמור על פרספקטיבה. גם לאחרים זה קורה, אל תהיה מודאג, נסה לפצות על האובדנים.

אלצהיימר וסימני המקצאים

ההתדרדרות השכלית הנקראת דמנציה והמוכרת יותר בשם אלצהיימר מאופיינת בירידה שכלית שביטויה הבולט הוא שכחה. נוסף על בעיית השכחה, קיימים ליקויים שכליים נוספים, בעיות התנהגות ובעיות גופניות המשפיעות על התפקוד היומיומי והחברתי. כל אלו מרכיבים את מכלול הסימפטומים המקדימים את הדמנציה והמאפיינים אותה. המחלה מתקדמת באופן הדרגתי ואיטי.

■ בחרתי להציג את הנושא באמצעות מספר סיפורים קצרים ששמעתי מילדי מטופלים.

הולכת לאיבוד במקומות חדשים עקב קשיי התמצאות

"עכשיו אני נזכרת שהיו סימנים מקדימים למצבה העגום של אמי. זה היה לפני כחמש שנים כאשר טסנו שתינו לטיול בלונדון. אמא הייתה אלמנה כבר שנים רבות, היא מאוד אהבה לטייל, ואני הרגשתי בנוח אתה. נכנסנו לאחד מבתי המסחר הגדולים ברחוב אוקספורד. המקום היה צפוף ורועש, באחת הקומות נעצרתי להתבונן בעששית יפה והתלבטתי אם לקנותה, וכיצד היא תשתלב בסלון ביתי. רציתי להתייעץ עם אימא, היבטתי סביבי ולא מצאתי אותה, היא פשוט נעלמה.

ו'דאי המשיכה לה ומיד אמצא אותה', חשבתי לעצמי והמשכתי בחיפושיי, אך אימא לא נמצאה. שעה לאחר מכן, זמן שנראה לי כנצח, שמעתי במערכת הכריזה שקוראים בשמה של אמי ומבקשים מכל מי שמכיר אותה להגיע למודיעין. אימא עמדה כשסביבה אנשים זרים שנראו מודאגים, אך היא הייתה רגועה ולא הבינה כלל על מה המהומה. הסתבר שאימא נמצאה באחת ממחלקות המזון כשהיא יושבת ואוכלת מהשוקולדים האהובים עליה מבלי ששילמה עליהם.

המשכנו את הטיול כאילו דבר לא אירע. אני מניחה שהמולת העיר הגדולה ומזג האוויר הסגרירי לא השפיעו עליה לטובה."

"עוד לפני האירוע במרכז הקניות, ביום בו הגענו ללונדון, עלינו על אוטובוס התיירים הפתוח המסייר בכל האתרים המיוחדים של העיר. ישבנו בקומה השנייה שהייתה פתוחה ללא גג וקפאנו מקור. לא היינו לבושות בהתאם, והיינו מאוד עייפות. אימא החלה לגלות חוסר סובלנות, היא כעסה והחלה לצעוק, שלא כהרגלה, על כל דבר פעוט."

"למחרת חיפשנו את גן הוורדים, אבל איש לא ידע להסביר לנו כיצד להגיע. אימא החלה לגלות סימני עצבנות ובהחלטה של דחף שהזכירה לי ילד הרוקע ברגליו, אמרה: 'אם כך, אני הולכת', ופנתה והלכה לה. נשארתי עומדת, מתקשה להחליט מה לעשות. כשנעלמה מטווח הראייה שלי התחלתי לדאוג שמא אימא לא תדע כיצד לחזור למלון. רצתי בעקבותיה אך לא מצאתי אותה. חזרתי למלון והמתנתי דואגת ומלאת רגשי אשם. לא ידעתי כיצד לנהוג, אולי עליי להודיע למשטרה? מאוחר בלילה אימא חזרה בניידת משטרה. היא הייתה מעט מותשת ולא זכרה כלל את פרידתנו הכעושה. שאלתי אותה כיצד הגיעה למלון, אך היא חייכה ולא אמרה דבר."

נפילות לא מדווחות

"לאימא היו מספר אירועים של נפילות, למעשה, שש נפילות באותה שנה. אימא לא זכרה שנפלה, ואף לא סיפרה לנו עליהן. כמה מהן התגלו כיוון שהשאירו סימנים בגופה, כמו שבר באף או באחת הצלעות. על זה נודע לנו רק כששמענו שאימא מאושפזת בבית חולים עקב חדירה של הצלע לריאה. זה היה בביתה, עוד בטרם עברה לדיור המוגן. אימא לא שיתפה אותנו במחלות שלה, אך על הנפילות החוזרות ונשנות הייתה צריכה לספר לבני המשפחה, ולא שנשמע על כך באופן עקיף."

אובדן העכבות

"אירוע אחד לא אשכח לעולם. היה זה בעת כינוס משפחתי שנהגנו לקיים בחג הפסח. כל המשפחה התכנסה בחגיגות ובשמחה. גם אימא הייתה עליזה ולבשה את בגדיה היפים. לאחר שכולם התיישבו סביב השולחן ועמדנו להתחיל את ה'סדר', נשמע קולה של אימא אומרת לאחת הדודות: 'כמה שאת שמנה ומכוערת!' כבשתי את פניי מבושה ולא העזתי להסתכל על בני משפחתי. אני עדיין זוכרת את השקט והמבוכה שהשתררו. גם התגובה של אימא למצב שנוצר הייתה מוזרה למדי: 'מה זה השקט שהשתרר כאן? זה דומה לכנסייה.'"

שינויים באישיות ופרנויה

"אבא ואני חזרנו באיחור הביתה. באותו יום היו פקקי תנועה בכל העיר עקב ביקור של אישיות חשובה. ראינו את אימא יושבת בסלון בפנים כעוסות. 'היכן הייתם?' צעקה עלינו. היא טענה שאנו מתנכלים לה ודורשים את רעתה. הזכרתי לה שהודענו לאן

אנו הולכים ואף התקשרנו להודיע שנאחר. הסתכלתי על אבא, פניו היו חיוורות והוא התקשה לענות נוכח ההתקפה הבלתי צפויה. זמן קצר אחר כך, לתדהמתנו, אימא לקחה פירות מהקערה שעמדה על השולחן והחלה להטיח אותם בנו. הבטתי בתפוז המתגלגל מתחת לארון והתעצבתי על לבי. זאת לא האימא שהכרתי."

מחשבות שווא

"אימא של חברתי הייתה מתקשרת אליה כל יום בשעה שבע בבוקר, בדיוק כשעמדה לצאת לעבודה. כשראשה טרוד אם לקחה את התיק, את כל המסמכים, המפתחות, ואם הבית נעול, בדיוק אז היה נשמע צלצול הטלפון. ואמא הייתה אומרת: "לאף אחד לא אכפת ממני, אני הולכת למות, להתאבד." חברתי הייתה רואה בעיני רוחה כיצד האם עומדת על אדן החלון וקופצת ממנו, או בולעת כמות גדולה של תרופות או מחזיקה את סכין הברז החדה בידה. "אימא מה קרה לך? איך את מדברת? ודאי שאכפת לנו ואנו אוהבים אותך והרי רק אתמול ביקרנו אותך והשבוע יצאנו לאכול יחד בקניון." כשכל הניסיונות לשכנע אותה שלא כך הדבר עלו בתוהו, היא יצאה בריצה מהבית, נוהגת כמטורפת להספיק להגיע לאימא עוד בטרם תממש את איומה. האם קיבלה אותה בפנים זעופות, "איך את נראית? ככה יוצאים לעבודה?" היא לא זכרה כלל את מה שאמרה לפני זמן קצר.

חברתי פרצה בבכי מר. האם הביטה בה בשלווה עם מבט אטום חסר הבעה. מאז הטלפונים לא פסקו, אך היא למדה להתייחס אליהם כמו למחלתה. בהתחלה עוד הייתה עושה את הדרך אליה בריצה, ובהמשך, כשהבינה שאלו איומי סרק, חדלה מכך. פעם, כשנסעה לחופשה, ביקשה מאחת משכנותיה שתתקשר לאימא ואולי אף תקפוץ לבקרה בזמן היעדרותה. השכנה ביקרה את האם ולא חדלה להתפעל: "איזו אימא נפלאה יש לך, איזו רוח טובה שורה עליה ואיזה כיף לשוחח אתה." חברתי הודתה לה בנימוס וחייכה לעצמה בעצב."

דמנציה היא מכלול של סימנים קליניים ושל אבחנות. אלצהיימר היא האבחנה העיקרית שגורמת לדמנציה, שהביטוי שלה הוא ירידה ביכולות שכליות בתחומים מרובים כמו בעיות בזיכרון, תפקוד השפה, הבנה, התמצאות, ביצוע ותכנון משימות, שיפוט, תקשורת ושאר תפקודי האינטלקט. כל זה עלול להגיע עד כדי פגיעה משמעותית בתפקוד היום-יומי בבית, בעבודה ובחברה. אלצהיימר היא מחלה כרונית המתקדמת באופן הדרגתי ולא ע"י פגיעה חד פעמית.

הדמנציה נגרמת מתהליכים פתולוגיים מבניים במוח שיכולים להיות ניווניים, פגיעות בכלי דם (וסקולריים), גידול בראש ותהליכים דלקתיים. 60 אחוזים מהמטופלים מאובחנים כחולי אלצהיימר, כ־20 אחוזים מאובחנים כדמנציה של פגיעות בכלי הדם, השאר הם דמנציה עם גופיפי לוי (lewy body) המזכירה מחלת פרקינסון, דמנציה פרונטוטמפורלית (מחלת פיק) הפוגעת בהיבט החברתי עם אובדן עכבות, ודמנציה על רקע הגדלת חדרי המוח (הידרוצפלוס) עם לחץ תוך-מוחי תקין ודמנציה הנקראת 'הפרה המשוגעת' שגורמת בין השאר להתדרדרות מהירה.

נתמקד במחלת האלצהיימר. שכיחות המחלה עלתה בעשרים השנים האחרונות עקב הארכת תוחלת החיים והופעתה בעיקר בשנים המאוחרות של החיים. יש כאלה המכנים אותה 'המגפה של דור העתיד'.

שכיחותה כיום באוכלוסייה מעל גיל 65 היא עשרה אחוז בטווחים שונים של חומרת הפגיעה השכלית. מעל גיל 85 שכיחותה עומדת על 30-40 אחוז, כשכל חמש שנים השכיחות מכפילה את עצמה.

דמנציה היא הסיבה הרביעית לתמותה בעולם המערבי לאחר מחלות לב, סרטן ודלקת ריאות. בארץ מצויים כ־100,000 מטופלים הסובלים מדמנציה ובעיקר מאלצהיימר. בארצות הברית מעריכים שיש כ־4 מיליון מטופלים.

אלצהיימר היא מחלה עם מהלך ארוך של שנים רבות. תהליך המחלה דורש התמודדות קשה, וגורם לתסכול רב של בני המשפחה עקב הפגיעה במוח. למרות שהגוף בדרך כלל נראה בריא, קיימת פגיעה קשה בתפקוד היום-יומי בבית ובחברה. המחלה דורשת תמיכה רבה של בני משפחה וחברים, מטופלים מקצועיים מתחומים שונים ומטופלים לא מקצועיים. האירועים שסיפרו לי ילדי המטופלים בתחילת הפרק מצביעים על מהלך התחלתי של דמנציה.

הם נזכרו בסימנים שהופיעו בעבר, שבאו לידי ביטוי במעשים או בהתנהגויות משונות של הוריהם, אך לא ידעו לפרש אותם כאותות וכסימנים מקדימים של דמנציה (אלצהיימר). מטופלים אלו לא אובחנו כדמנטיים, וכמובן שלא טופלו, כך שלא נמנעו מהם מצבים מביכים או מסוכנים שניתן היה למנוע אותם. הבעיה העיקרית, לדעתי, היא שאיש לא

מסר למשפחה את כל המידע שהייתה זקוקה לו לצורך התמודדות עם המחלה. הכול היה בלתי צפוי ובא בהפתעה.

מהם סימני הדמנציה? קיימת קשת רחבה של סימנים המשתנים בהתאם לשלבים השונים של המחלה. המחלה פוגעת במספר תחומים; התחום השכלי-קוגניטיבי, התחום החברתי, התחום ההתנהגותי-אישי ואתחום הפיזיגופני.

התחום השכלי-קוגניטיבי.

- **הפרעות בזיכרון לטווח קצר.** קושי בקליטת אירועים שקרו לאחרונה, כלומר לפני שעות או ימים. המטופל אינו זוכר משפט שנאמר, אירוע שהתרחש לפני מספר דקות או ארוחות שאכל לאחרונה.
- **ירידה ביכולת הריכוז.** המטופל מתחיל משפט ואינו מסיימו, מתחיל לדבר על נושא מסוים אך מאבד את המשכו, מתחיל לקרוא ספר או עיתון וממשיך לבהות בו, שומע הרצאה ומאבד את יכולת ההקשבה לאחר זמן קצר.
- **ירידה בהתעניינות.** אובדן הסקרנות הטבעית לגבי הסביבה (שלום הנכדים, בני משפחה וחברים).
- **ירידה ביכולת החשיבה.** המטופל מאפיין בדלות רעיונית, חשיבה שטחית, נסיבתית וקונקרטית. אין הפנמת רגשות או התייחסות לרגשות שלו או של אחרים.
- **ירידה ביזמה ובשיפוט.** אינו יוזם, מצטמצם ומתכנס בדלת אמותיו.
- **ירידה בהתמצאות.** תחילה הפגיעה היא בזמן, אחר כך במקום ובסוף בזהיו אנשים ובני משפחה. ("אבא הופיע עם טלית אחר הצהריים ואמר שהוא הולך להתפלל שחרית").

התחום החברתי

חוסר עניין בחברה ובסובב אותו. המטופל הפסיק לראות טלוויזיה, לקרוא עיתון ולהקשיב לרדיו. קיימת הצטמצמות, שתקנות והסתגרות. ("אבא, שהיה דמות מרכזית בחברה ואהב לבלות ולצאת לתאטרון, לקונצרטים ולהתפלל בבית הכנסת, חדל מכל אלה").

התחום ההתנהגותי-אישי

הופעת רגזנות, אימפולסיביות, תוקפנות על דברים פעוטים. הופעה מוזנחת. המטופל אינו מחליף את בגדיו, אינו מתרחץ והוא אפתי ודיכאוני. הפכפכות רגשית (לבילות

אמוציונלית). המטופל רגע כועס ורגע מחייך וניתן להסיח את דעתו בקלות. מתעסק התעסקות יתר בכל מיני דברים (כפתורים, שרוכים, כתיבת מכתבים, מין) ומתקשה להסתגל למצבים משתנים כמו מקום חדש, יציאה לחופשה, שהות בבית מלון, מעבר דירה ואירוח במקום זה.

התחום הפיזיגופני

הפרעות שינה שיתבטאו בעודף שינה או במיעוט בשינה, אובדן שיווי משקל ונפילות תכופות, בריחת שתן, טונוס השרירים מתגבר, עצירות ממושכת. מצבי בלבול, בעיקר בין הערביים, עם שקיעת השמש. (Sunset phenomenon)

כיצד מאבחנים? האבחנה מתבצעת על בסיס המידע שמתקבל מהפונה, ממשפחתו ומאנשים הקרובים אליו, קרי, מטפלת, שכן, רב, רופא, עובד סוציאלי, אחות ואחרים. לאחר מכן נבצע בדיקה גופנית שתפקידה לשלול סיבות אחרות. נעזר בביצוע בדיקות מעבדה ובהדמיה, ובסוף נמלא שאלונים על יכולותיו השכליות והתפקודיות. חשוב לזכור שאבחנה של דמנציה מתבצעת רק לאחר ששללנו סיבות הפיכות שניתנות לתיקון, עם זאת, מציאת סיבות הפיכות וטיפול בהן אינה מבטיחה את שיפור הדמנציה. נהוג לציין בראשי תיבות את הגורמים לדמנציה הפיכה (Clarfield 1988).

תרופות	Drugs
בעיות אמוציונליות	Emotional disorders
בעיות מטבוליות או אנדוקריניות	Metabolic or endocrine disorders
פגיעה בתפקודי ראייה ושמיעה	Eye and ear disfunction
חסר תזונתי	Nutritional deficiencies
גידולים או חבלות	Tumor and trauma
זיהומים	Infection
טרשת עורקים ושתייט אלכוהול	Arteriosclerosis and alcohol

ראוי לחשוד בתרופות כסיבה לירידה קוגניטיבית ולהתייעץ עם רופא על הפסקתן, או על שינוי במינון. בכל חשד לדמנציה יש לבצע בדיקות של בלוטת התריס, תפקודי כבד, כליות ו-12B. יש לשלול דיכאון ודליריום. במידה וחושדים בדיכאון יש לתת תרופות נוגדות דיכאון ולחפש את הגורם המחולל לבלבול החרیف (דליריום). כדי לאבחן דמנציה, קיימים מבחנים מנטליים שעלינו לבצעם למטרת סינון. המבחנים המוכרים הם מבחן מיני מנטלי (MMSE), ושאלון מצב מנטלי (MSQ) (Folstein., 1975) ראה סוף הפרק.

לסיכום, כדי שתהיה אבחנה של דמנציה צריכים להתקיים מספר תנאים:

- בעיה שכלית של ירידה בזיכרון ופגיעה בתחום שכלי נוסף (תפקודי שפה, התמצאות, תכנון ושיפוט).
- הפרעה בתפקוד החברתי וירידה ביכולת לנהל את משק הבית.
- מצב הכרה תקין.
- מהלך איטי מתון ולא מצב חריף.

האם קיימת צורה תורשתית? כן, בפחות מעשרה אחוז מהמקרים קיימת הופעה מוקדמת של המחלה המיוחסת להעברה גנטית.

האם לקרוא למחלה בשמה? "רק לא אלצהיימר". מהאבחנה הזאת חוששים החולה ובני משפחתו. היא מהלכת עליהם אימים וגורמת לחרדה. משום כך אני משתדל להימנע מלקרוא לילד בשמו, ומעדיף להשתמש במונחים סטריליים יותר כמו דמנציה או ירידה ביכולת השכלית.

מתי החלה ההידרדרות השכלית? אחת הבעיות העיקריות של בני משפחה היא הקושי לזהות מתי החלה המחלה של יקירם. כאן חלוקות הדעות בין בני המשפחה ובין הצוות המטפל. האבחון בשלב הראשוני הוא קשה. גם בני המשפחה, כשמרגישים שקיים שינוי בהתנהגות, כפי שמתואר בסיפורים, מרוב פחד שמא זה המצב, מעדיפים להתעלם ולטמון ראשם בחול.

מדוע בעצם חשוב האבחון המוקדם? הרי אין לכאורה טיפול במחלה. אבחון מוקדם יכול לגלות סיבות משניות המחקות סימני דמנציה, אך סיבותיהן שונות. מחלות כמו דיכאון, דליריום, תת־פעילות של בלוטת התריס וגם תרופות רבות המשפיעות על התפקוד השכלי ומדמות דמנציה.

אבחון מוקדם יכשיר אותנו להיות מוכנים למנוע סיבוכים צפויים, למשל לאחר ניתוחים: למנוע נפילות ולהימנע מתרופות המשפיעות על מערכת העצבים המרכזית. רצוי להכיר את המונחים הרפואיים ולדעת את משמעותם המעשית, להכיר את מהלך המחלה ובעיקר את סימניה המוקדמים.

איך אדע באיזה שלב במהלך הדמנציה נמצא המטופל? במחלת האלצהיימר ההתדרדרות איטית ופרוגרסיבית, ומתוארת כמהלך שנמשך בין שבע לעשר שנים. ישנם שלושה שלבים עיקריים: השלב הקל, הבינוני והקשה.

השלב הקל מתחלק בין החלק החבוי לחלק הגלוי. השלב אורך בין ארבע לחמש שנים, ובו מופיעות בעיות של זיכרון, שפה ואישיות.

החלק החבוי קשה מאוד לאבחנה עקב העדר ממצאים ברורים והוא זוכה להתעלמות, הדחקה וחשדנות מצד המשפחה, ולעתים לאבחנה מוטעית המתבטאת באמירה סתמית "אבא הזדקן, משהו עובר עליו".

החלק הגלוי מאופיין בסימנים ברורים יותר ומתבטא בקושי במציאת המילה המתאימה במשפט, בעיות בזיכרון לטווח קצר ולעתים בלבול בזמן. המטופל מתעורר באמצע הלילה ומתחיל להתלבש, מתקשה בקבלת החלטות פשוטות, מאבד יוזמה ומוטיבציה, מפסיק פעילות ותחביבים האהובים עליו, ומתגלים אצלו סימני דיכאון או תוקפנות. הוא מתקשה בניהול משק הבית, בניהול כספים, בביצוע קניות, בהכנת ארוחות ובמטלות מורכבות.

השלב הבינוני מתבטא בקושי בתפקוד היום־יומי הבסיסי (ADL). המטופל זקוק להשגחה ברחצה ובשמירה על ההיגיינה האישית. השלב נמשך בין שלוש לארבע שנים, ומלווה בתופעות של ניתוק מהסביבה, חוסר התמצאות בזמן ובמקום, המטופל זקוק להשגחה צמודה, יכול ללכת אך נוטה ליפול, מאבד את דרכו במקומות חדשים ונמצא לעתים משוטט ללא מטרה ברורה.

השלב הקשה נמשך כשנה ובו המטופל בדרך כלל מרותק למיטה ולכיסא גלגלים. הוא תלוי באופן מוחלט באחרים. במידה והוא מסוגל ללכת, הליכתו לא פונקציונלית, הוא

מחדש בצעדים קטנים, נוטה ליפול ומאבד את דרכו. הוא אינו שולט על הסוגרים, מתקשה לזהות את בני משפחתו ומתקשה בהבנה. הוא נזקק לעזרה באכילה או זקוק להזנה.

בדמנציה וסקולרית המהלך הוא מדרגי ומשתנה מאירוע מוחי אחד למשנהו. המחלה מאופיינת בבעיות הליכה עם נטייה לנפילות ולחוסר יציבות, לעתים בריחת שתן ואירועים של התכווצויות כמו באפילפסיה. בבדיקה קיימים ממצאים נוירולוגיים המתבטאים בבעיות מוטוריות, תחושתיות ובממצאים ממוקדים כגון בעיות בליעה, קשיי דיבור ובלבול זמני.

בשנים הראשונות המטופל עדיין מפצה את עצמו על האובדנים השכליים ומצליח להסתדר בכוחות עצמו, שומר על רמת היגיינה נאותה ורמת שיפוט יחסית תקינה. עם התקדמות הפגיעה בכלי הדם המטופל אינו יכול להישאר לבד, וזקוק להשגחה ברמות שונות בהתאם למצבו.

התערבות טיפולית. אין טיפול ספציפי למחלת הדמנציה. לא ניתן לרפא אותה. במקרים של דמנציה הפיכה הטיפול יהיה בזיהוי הגורם ובהסרתו.

בדמנציה וסקולרית יש לטפל במניעת המשך היצרות כלי הדם כפי שנהוג במניעה שניונית של מחלות כלי דם עם טרשת עורקים (אטרוסקלרוזיס).

כשמגיעים לשלב הקשה והמתקדם של הדמנציה יש להתייחס אליה כאל מחלה סופנית על כל השלכותיה האתיות והרפואיות. על כן יש לקבוע עקרונות לטיפול התומך בהתאם לערכים ולהעדפות של המטופל ומשפחתו. על המטופל לתת הוראות מקדימות טרם הדמנציה או למנות אפוטרופוס שיחליט בדבר טיפולים מאריכי חיים כמו ביצוע החייאה, הנשמה, מתן הזנה מלאכותית והתערבות כירורגית. (Mitchell, Teno, Kiely et al 2009)

הטיפול התרופתי במחלת הדמנציה מתחלק לתרופות שנמצאו כשומרי תפקוד וקוגניציה, ולתרופות המטפלות בסיבוכים התנהגותיים.

התרופות ממשפחת מעכבי האנזים כולינ'אסטרז נמצאו במספר מחקרים השוואתיים כבעלות השפעה טובה על מניעת ההידרדרות בתפקוד השכלי. שימוש בתרופות אלו גרם לדחיית הכניסה לבית אבות במספר חודשים. השיפור היה ב־3 נקודות במבחן המיני־מנטלי (MMSE). תפקיד האנזים כולינ'אסטרז הוא למנוע את התפרקות האצטיל

כולין שהוא המתווך הכימי בין תאי העצב. הטיפול אינו בולם את המחלה אלא מעכב את סימניה (וינשטוק, ביליג 2003).

התרופות המטפלות בסיבוכים התנהגותיים הן תרופות הרגעה (אנטי־פסיכוטיות) ותיקות וחדשות. הטיפול יהיה רק במידה והמטופל עלול להזיק לעצמו או לסביבתו ולא ניתן למנוע את הנזק בדרך אחרת.

הטיפול הלא תרופתי יהיה לתת למטופל ולמשפחתו מידע רב ככל הניתן על המצב.. מתן מידע והבנת התהליך יפחית את חוסר הוודאות ויבהיר להם את המצב לאשורו. המידע גם משליך על שיפור התפקוד ומניעת הפניה מוקדמת למחלקה סיעודית. הטיפול הוא תמיכתי הן לחולה והן לבני המשפחה.

עצות מעשיות לבני המשפחה

- ראוי להימנע מהטלת מטלות חדשות על המטופל או לצאת אתו לטיולים למקומות חדשים ולא מוכרים.
- כדאי להמשיך ולהטיל עליו מטלות פיזיות או מנטליות שהוא מכיר ומסוגל לבצע. למשל, אם הוא מסוגל להתלבש ולאכול לבד, יש לאפשר לו זאת תוך מתן חיזוקים חיוביים למרות שהוא עושה זאת באטיות.
- יש להשגיח על פעולות המטופל ולמנוע ממנו שוטטות במקומות מסוכנים ולא מוכרים.
- יש לדאוג לבעיית השליטה על הסוגרים, כמו הליכה לשירותים בזמנים קבועים וביצוע חוקנים.
- רצוי ליצור אווירה נעימה הכוללת מוזיקת רקע שקטה ואורות לא חזקים בזמן הארוחות ובמהלך הרחצה לשיפור ההיענות ולמניעת סירוב באכילה.
- כדאי לעודד הליכה באזור מוכר וביצוע התעמלות קלה היכולה להשפיע לטובה.
- רצוי לעודד מגע כגון מסג' וליטוף של חיות מחמד.
- חשוב להימנע מעימות עם המטופל. הפנייה צריכה להיות רגשית ולא טכנית.
- אל תנסו להסביר למטופל עד כמה דבריו אינם הגיוניים. חבל על הכוחות.
- המוקדשים למטרה זו שרק מתסכלת את כולם ולא מביאה עמה תוצאות.
- ראוי לתת למטופל חיזוקים חיוביים על מה שהוא עושה ולעודדו להמשיך בביצועם. (Hogan., 1990)

עצות מעשיות לרופא ולמטפלים המקצועיים

- יש לתת מידע מלא למשפחת המטופל על מהות המחלה, חומרתה, התפתחותה הצפויה, תוחלת החיים וההשלכותיה.
- יש להכין את החולה ומשפחתו למצבים בלבוליים אף כתוצאה מאירועים פעוטים של שינוי בדיוור עקב אירוח במקום זר או אשפוז.
- עקב שימוש בתרופות, יש להיות מוכנים עקב שימוש בתרופות לאפשרות של הופעת מצבים התנהגותיים המתאפיינים בתוקפנות, באי־שקט (אגיטציה), במחשבות שווא ובהזיות.
- למנות אפטרופוס למטופל, שיהיה מופקד על החלטות הנוגעות לגופו ולרכושו כשהיכולת השיפוטית תהיה לקויה. אל תחששו, ממילא אתם תאלצו לקבל את ההחלטות הקשות בעת הצורך.
- במידה ויש למטופל יכולת שיפוט, יש לקבל הוראות מוקדמות לגבי העדפותיו בטיפול רפואי מאריך חיים (ביצוע החייאה, הנשמה, מתן הזנה מלאכותית והתערבות כירורגית). רצוי למנות נציג שיהיה מקובל עליו במקרה ולא יוכל להביע דעתו. אין צורך לפנות לבית המשפט אלא למלא טופס הנחיות מקדימות בנוכחות עדים.
- יש להימנע משימוש בתרופות הפוגמות בערנות או המשפיעות על מערכת העצבים המרכזית (למשל, תרופות שינה ונוגדי אלרגיה).
- בכל משפחה קיימים קונפליקטים ואינטריגות. היו ערים ליחסי הכוחות הקיימים במשפחה והימנעו מהטלת נטל הטיפול על צד אחד שעלול לקרוס עקב הטיפול המתמש. חלקו ביניהם את האחריות, הכניסו כוח עזר או הפנו את המטופל לאשפוז על מנת לאפשר להם להינפש.
- יש לתת למשפחה לגיטימציה לפרוק רגשי אשמה, ולבטא כעסים והאשמות.
- יש לדאוג שבני המשפחה, המטפלים ביקרם במשך כל שעות היממה, יקבלו סיוע מתמשך ורציף ממטפלים, צוות סעודי ורופאים לפי הצורך.
- יש לדאוג לקבלת תזונה מאוזנת ולמתן סובין למניעת בריחת צואה.

מבחן מיני-מנטלי (MMSE) ע"ש פולשטיין

הנושא	פרטים	ניקוד
התמצאות בזמן	שנה, חודש, תאריך, יום, עונה	5
התמצאות במקום	מדינה, עיר, שכונה, רחוב, מספר	5
זיכרון מידי	חזרה על שמות של שלושה חפצים: מטבע, תפוז ושולחן (לחזור עד למידה)	3
ריכוז וחישוב	להפחית שבע ממאה, עד חמש פעולות	5
זיכרון לטווח קצר	לחזור על שמות החפצים שנלמדו	3
תפקודי שפה	• שיום שני חפצים: עיפרון, שעון • חזרה על משפט "בלי, אם, אבל" • ביצוע שלוש פקודות ברצף: "קח את הנייר ביד שמאל, קפל אותו לחצי והנח אותו על הרצפה" • ביצוע קריאת פקודה "עצום את עיניך" • כתיבת משפט ספונטני • העתקת צורה	2 1 3 1 1 1
	סה"כ נקודות	30

שאלון מצב מנטלי (MSQ) - מבחן מנטלי קצר של 10 שאלות.

- מה שם המקום הזה?
- מהי הכתובת של המקום?
- באיזה יום בחודש?
- איזה יום היום?
- איזו שנה זאת?
- בן כמה אתה?
- מתי יום הולדתך?
- באיזה שנה נולדת?
- מה שמו של ראש הממשלה?
- מי היה ראש הממשלה הקודם?

2-0 טעויות – פגיעה מינימלית 3-8 טעויות – פגיעה בינונית 9-10 טעויות – פגיעה

קשה מצב בלבול חריף - כשהמוח מאות: 'אל תשגלו אותי'

בניגוד לדמנציה, שהיא מצב בלבול כרוני ומתמשך, מצב בלבול חריף, דיליריום (Delirium) הוא מצב דרמטי של בלבול. דליריום, המופיע בשכיחות רבה אצל אנשים מבוגרים, נגרם מחוסר יכולתו של המוח להתמודד עם שינויים המתרחשים בגוף או בסביבה. כל שינוי ולו הקטן ביותר גורם להופעת הבלבול. ניתן להסביר תופעה זו ככישלון של המוח המבוגר המתקשה להסתגל לשינוי עקב הירידה ברזרבות שלו, והביטוי לכך הוא בלבול. המוח כאילו אומר "איני יכול להסתגל למצב החדש שנכפה עלי", ומאותת "נא לא לבצע יותר שינויים".

מצב הבלבול החריף שכיח אצל חולים עם דמנציה. לעתים הוא משמש כהתראה המצביעה על דמנציה חבויה.

ביצה עם בצל

"האירוע עדיין זכור לי", אמר יוסף בן השמונים אותו הכרתי היטב. הוא נולד באותה עיר בהונגריה בה נולדה אימי. יוסף היה מטופל ותיק במרפאה, הוא שרד את השואה והיינו נפגשים בימי הזיכרון לקהילה של אימי. למרות שחווה את מוראות השואה, נשאר אדם מאמין, התחתן שנית והקים משפחה אסתר, גם היא ניצולת שואה. אסתר הייתה אישה דעתנית וטבחיית מעולה. "זה היה לאחר שחזרתי מתפילת הבוקר והתכנית הייתה לאכול ארוחת בוקר של שבת. נהגנו לאכול ביצה עם בצל, אתה יודע, זה נותן תיאבון והבצל הוא בריא. לפתע שמתי לב שאשתי אסתר לא מסוגלת למעוך את הביצה, היא הביטה בביצה ולא ידעה מה לעשות. הזדרזתי לעזור לה ולבצע את הפעולה הפשוטה של מעיכת הביצה. אסתר אמרה משפט שהפתיע אותי: "הנכדה שלנו אמורה לבוא, ועליי לשים את המרק במיקרו כדי לחמם לה." "את טועה", אמרתי, "היא לא אמורה לבוא, היא בכלל גרה רחוק ואינה מרבה לבקר אותנו. חוץ מזה היום יום שבת ולא מבשלים." אסתר הביטה בי. עיניה הביעו חוסר הבנה לתשובתי והיא המשיכה להתעקש על חימום המרק במיקרו.

במהלך השבת המשיכה אסתר לומר דברים שאינם מובנים וחסרי פשר והקשר. כשיצאה השבת פנינו לחדר המיון, ובבדיקת הדם נמצא חוסר מלחים בדם" (היפונתרמיה).

מה רוצים מהמוח המסכן?

"עד לפני חודש וחצי, אמי, מלכה, הייתה עצמאית וצלולה, זכרה ודיברה מצוין. אז הופיע זיהום בדרכי השתן שבעקבותיו אושפזה. במהלך האשפוז מצבה התדרדר, נעשתה מבולבלת ואיבדה את זיכרונה. אמא התקשתה לקום וללכת ואף החלה לעשות את צרכיה במיטה."

"תסביר לי, דוקטור, מה קרה לאמא? אני לא מקבל תשובות. עד לא מזמן, הייתה לי אימא צלולה, מבחינה גופנית היא בריאה, עשו לה הדמיה של המוח וב־CT נמצאו שתי צלקות (אוטמים) ישנות ללא עדות לדמם תוך מוחי. אז מדוע היא עדיין מבולבלת?"

כשבדקתי אותה מצאתי מתח שרירים (טונוס) מוגבר בכל ארבעת הגפיים. היא התקשתה לישר את הרגליים והם היו מכופפות, דבר שגרם לה לחוסר יכולת לקום מהמיטה ומהכיסא. כשהצלחתי להעמידה בקושי רב בעזרת בנה, היא התקשתה להתחיל ללכת ולקח לה זמן עד שנכנסה לקצב. כשהחלה ללכת עם הליכון פסיעותיה היו קטנות, קצרות וללא הרמת רגליים. בשעה שהתבקשה לשבת הפילה עצמה לכיסא. כששוחחתי איתה, הבחנתי שדיבורה וחשיבתה איטיים.

ביררתי את רשימת התרופות שלה וגיליתי שהיא מקבלת ארבעה סוגי תרופות המשרות שינה (בונדורמין, לוריון, סטלנוקס וקלונקס). נוסף על כך קיבלה תרופה נוגדת דיכאון (סרוקסט) ותרופה נוגדת פסיכוזה (רספירידל). בסך הכול ששה סוגי תרופות הפועלות ישירות על מערכת העצבים המרכזית (המוח).

כמה שינויים ניתן להעמיס על המוח? אירוע חריף של זיהום, אשפוז בבית חולים על כל סיבוכיו, רקע גופני ניירולוגי ירוד (שני אוטמים ישנים במוח), והתערבות כימית אגרסיבית ולא מאוזנת של תרופות. מה רוצים מהמוח המסכן, שיעמוד בכל אלה? המלצתי להפחית בהדרגה את התרופות הפועלות על מערכת העצבים המרכזית (המוח). לאחר כחודש נשארה תרופה אחת שמלכה קיבלה, בתוך כך, רגליה התיישרו אט אט. היא החלה להתהלך ברחבי בית האבות. גם דיבורה נעשה ברור.

הגבר שהסתובב עם שלושה ליטר שתן בשלפוחית

הטלפון שצלצל בבוקרו של יום שישי לא בישר טובות. האדם שהציג את עצמו סיפר שחמו בן ה־95 החל להיות מבולבל בזמן האחרון. היום הפך אצלו ללילה והלילה נהפך ליום. הוא היה מסתובב כל הלילה ומחביא הבית חפצים שונים. "השבועיים

האחרונים היו הקשים ביותר, "אמר, "עם שקיעת החמה והופעת החשכה הוא נעשה מאיים ותוקפני באופן מילולי ופיזי. נוסף על כך הופיעו אצלו הזיות ראייה והוא נראה משוחח בלהט בליווי תנועות ידיים מפחידות כלפי דמויות שלכאורה קיפצו מולו. ניסינו לשוחח איתו, אך דבר לא עזר." סיכם.

בבדיקת המטופל מצאתי גוש גדול בבטן התחתונה שלא הותיר מקום לספק שמדובר בעצירת שתן שגרמה להחרפת המצב השכלי (הקוגניטיבי) ולהופעת דליריום. החלטתי להכניס קטטר לכיס השתן בבית החולה ולמנוע את העברתו לחדר מיון. חששתי שכל מעבר מסביבה אחת לשנייה רק תחמיר את הבלבול. הכנסת הקטטר לכיס השתן הייתה פשוטה ועברה ללא תקלות. מה שהדהים אותי הייתה כמות השתן שיצאה ולא פסקה. לא האמנתי למראה עיניי. לאחר שהחלפתי את שקית השתן המלאה, גם השקית השנייה התמלאה עד כדי מחציתה. כמות של שלושה ליטר, קרי, cc 3000 עוד לא ראיתי מאודי. כמה שתן ניתן לאגור? הרי תחת cc300 אנחנו מתחילים להרגיש דחיפות ורצים לשירותים.

שכיחות הדליריום גבוהה מאוד במסגרות אשפוז. בעת קבלת המטופל בבית החולים נמצא ש-14 עד 20 אחוזים נמצאים במצב זה, ובמהלך האשפוז השכיחות עולה עד ל-56 אחוז. במחלקות לטיפול נמרץ השכיחות גבוהה ביותר ונעה בין 70 ל-78 אחוזים. הדליריום שכיח מאוד לאחר ניתוחים, ונע בין 15 ל-53 אחוזים, תלוי בסוג הניתוח, דחיפותו ומצב המטופל.

בבתי אבות שכיחות הדליריום מופיעה אצל למעלה מ-60 אחוזים מהדיירים, ומגיעה ל-83 אחוזים בסוף החיים. בקהילה השכיחות נעה בין אחוז לשניים. עם הגיל השכיחות עולה ומגיעה בגילאי 85 ומעלה ל-14 אחוזים. הדליריום הוא סימפטום שמכריז על מצב מסכן חיים והתמותה ממנו נעה בין 22 ל-76 אחוזים, כמו לאחר התקף לב או זיהום בדם. התמותה לאחר שנה מהאירוע עומדת על 35-40 אחוזים.

צורות הופעתו. הדליריום מוכר בצורתו הסוערת, ההיפראקטיבית. "בתקופה האחרונה אבא מצוי באי־שקט, מצב רוחו הפכפך, פעם הוא שקוע בעצמו ולא ניתן ליצור איתו קשר, ופעם ניכר עליו שהוא באי שקט, אז הוא מתנגד לכל טיפול." אמירה מעין זו נשמעת פעמים רבות. כמטפלים במחלקה, אנו מבחינים בחולים ששולפים את הצינור מהווריד או את הקטטר מהשלפוחית ומנסים לטפס מעל דופן המיטה. אולם דווקא צורתו השקטה של הדליריום היא הנפוצה יותר, אליה אנחנו פחות מודעים ואותה אנו מתקשים לזהות. אצטט את אחת הבנות: "אבא כבר לא מה שהיה, הוא שקוע יותר, ישן כל היום, איטי בתגובותיו, מבלבל מאוד ולא מכיר את ילדיו. בתחילה חשבנו שזה סוג של חולשה או ישנוניות, אבל הפעם זה שונה. גם כאשר הוא חוזר לעצמו זה לזמן קצר ובצורה שאינה ערנית לגמרי." מדובר בהפרעה כללית של המוח עם הפרעה בחילוף החומרים (מטבוליזם) ובהעברת האותות העצביים דרך המתווכים בין תאי המוח.

כיצד נאבחן שיש חשש לדליריום? את ההיסטוריה הרפואית לדליריום יש לקבל מבני המשפחה בפירוט רב ככל האפשר. יש לזכור שהאבחנה נקבעת על סמך המידע שנקבל ותצפית שנעשה על המטופל. קשה לזהות את הדליריום עקב הפכפכותו של המהלך ותנודתו. ייתכנו שעות שהמטופל שקט ואף משתף פעולה. יש לשים לב להיסטוריה הרפואית ולגלות ערנות להרגלים של שתיית אלכוהול או להפסקה פתאומית של נטילת תרופות הרגעה (בנזודיאזפינים). ישנו גם מצב הנקרא תסמונת

גמילה (withdrawal). באבחנה המבדלת עלינו לשלול אפשרויות של דמנציה ודיכאון עקב הדמיון ביניהם.

יש לחשוד בקיום של מחלה סמויה המופיעה ללא תסמינים אופייניים. למשל, התקף לב שקט, זיהום ללא חום, הפרעות מטבוליות של חוסר במלחים בדם (שעלול להיגרם ממיעוט שתייה או מתרופה משתנת), ובכל תרופה שהמטופל נוטל העלולה להוות גורם. הבדיקה הגופנית חייבת להיות מוקפדת ביותר. חובה לבצע בדיקה נוירולוגית, להאזין לריאות וללב, לבדוק את הבטן ולבצע בדיקה רקטלית. קיימים קריטריונים המאפשרים אבחנה מהירה של דליריום. מאפייני הדליריום:

- פגיעה בהכרה המתבטאת בחוסר ערנות, קושי בקשב ובריכוז. קיים קושי להסב את תשומת לבו של המטופל.
- פגיעה קוגניטיבית שביטויה הוא אובדן הזיכרון וקושי בעיבוד מידע, חוסר התמצאות בזמן ובסביבה ובעיות בשפה.
- התפתחות מהירה תוך שעות, לעתים ימים ואף שבועות המאופיינת בתנודתיות.
- פגיעה במחזוריות השינה והערנות. ערנות בבוקר ולעת ערב התערפלות ההכרה.
- הופעת הזיות ראייה, חשדנות ומחשבות שווא.
- תופעות גופניות כמו רעד, אי־שליטה על סוגר השתן, בעיות הליכה, קושי בדיבור ובעיות שינה.

מהם הגורמים המשפיעים והמחשישים את ההופעה של דליריום? הגורמים המשפיעים על שכיחות התופעה הם גיל מבוגר, שתיית אלכוהול, תשישות גופנית ותפקודית, ירידה בראייה, דמנציה ודיכאון. התופעה שכיחה יותר בקרב גברים.
הגורמים המחשישים את ההופעה הם שבר באגן וניתוחים למיניהם, אירוע מוחי, צחיחות ויובש, רמה נמוכה של מלחים בדם, מחלות גופניות חמורות וזיהומים. כמו כן שינויים סביבתיים כמו אשפוזים, שהייה במקומות לא מוכרים וניתוחים. (Alagiakrishnan, Wiens, 2004)

ההתערבות. התערבות מתבצעת בשלושה מישורים: טיפול מניעתי, טיפול בגורם החרף וטיפול משלים.

האם ניתן למנוע? ואם כן, מה לעשות? ניתן למנוע חלק גדול של מקרי הדליריום. מניעה מוצלחת כוללת גישה רבת גורמים שמטרתה להוריד את גורמי הסיכון השכיחים וההפיכים. מאחר והסיבות הן רבות יש לנקוט גישה רבת ממדים.

תכנית התערבות של אוניברסיטת ייל למניעת דליריום שמה לה למטרה לשנות שישה גורמי סיכון שכיחים (Inouye, 2000):

- שיפור ומניעת הפגיעה הקוגניטיבית.
- הורדה מוקדמת מהמיטה למניעת פגיעות של חוסר תנועה.
- צמצום תרופות ההרגעה למינימום.
- שיטות לשיפור איכות השינה.
- שיפור התקשורת באמצעות עזרים מתאימים (משקפיים ומכשירי שמע).
- הידרציה מהירה למניעת חוסר נוזלים.

מחקר השוואתי של מטופלים לאחר ניתוח של שבר באגן, מצא שהתערבות מניעתית הייתה יעילה, והפחיתה את אירועי הדליריום (Marcantonio, Flacker, Wright, 2003).

הטיפול בגורם החרף.

- לתת נוזלים ושתיה מרובה כשמתעורר חשד להתייבשות.
- לתת טיפול אנטיביוטי מיידי כשמתעורר חשד לזיהום.
- לתת מלחים כשמתגלה מחסור.
- להפסיק מתן תרופות לאחר התייעצות עם רופא.

הטיפול המשלים. הטיפול המשלים מתחלק בין גישת הטיפול הלא תרופתי וגישת הטיפול התרופתי.

גישת הטיפול הלא תרופתי: משמעה יצירת סביבה מוכרת וידידותית, והימצאות צמודה של בני המשפחה ליד המטופל בתקופה החרפה. על מנת לאפשר למטופל להתמצא בזמן, כדאי לדאוג לתליית לוח שנה מול מיטתו, להניח שעון על ידו או על הכוננית, ולהביא חפצים אישיים מהבית. רצוי לעודד תקשורת עם בני משפחה מוכרים, להימנע משינוי והחלפת חדרים, ולהשתדל שהצוות המטפל יהיה קבוע. יש ליצור אווירה רגועה ללא רעש ותאורה עמומה המאפשרת שינה ללא הפרעות. חשוב להקפיד על מתן תרופות בזמנים קבועים ולבדוק סימנים חיוניים. יש לקיים סביבה המאפשרת להגן על המטופל, כדי שלא יסכן את עצמו, וכך להימנע מקשירתו או הגבלתו.

גישת הטיפול התרופתי: במידה וקיים אי-שקט או שהמטופל מסכן את עצמו או את בטיחותה של הסביבה, יש לתת לו תרופות מרגיעות במינון נמוך ולזמן קצר, אך רק לאחר התייעצות עם רופא.

מהו המהלך של הדליריום? מהלך הדליריום הוא בדרך כלל קצר, ממספר ימים עד שבועיים, אך לעתים המהלך נמשך שבועות או חודשים. מהן הסיבות היכולות להסביר את התמשכות הדליריום מעבר לשבועיים? יתכן והדליריום חשף תהליך דמנטי חבוי, והאיץ את תהליך הדמנציה, או שהסיבות לדליריום גרמו לפגיעה נוספת במוח.

מה הקשר בין דליריום ודמנציה? הקשר מורכב. לא ברור אם הדליריום הוא הסיבה או התוצאה (cause and effect). מחד גיסא, דמנציה היא גורם הסיכון העיקרי להופעת הדליריום. שני שלישים ממקרי הדליריום מופיעים אצל מטופלים עם דמנציה. הפגיעות במוח בדמנציה מכשירות את הופעת הדליריום, לכן עם התפתחות מחלה חריפה, נטילת תרופה או שינויים בסביבה הוא מתפרץ.

מאידך גיסא, קיימים מקרים שבהם הדליריום ממשיך חודשים ולעתים אף שנים ללא קשר לדמנציה, כך שהגבולות בין דליריום לדמנציה מטושטשים. ייתכן שאלו שני מצבים חופפים ולא מצבים שונים.

הממצאים התומכים בחפיפה של שני המצבים הללו הם:

- מחקרים אפידמיולוגיים מראים המשך ירידה קוגניטיבית אצל מטופלים עם דליריום גם לאחר שליטה על הגורמים להופעתו.
- מספר גורמים בדליריום אינם הפיכים, במיוחד אם קיימת פגיעה בתאי המוח או פגיעה קוגניטיבית כגון חוסר ממושך באספקת חמצן למוח (היפוקסיה), או רמת סוכר נמוכה (היפוגלקמיה).
- בבדיקות הדמיה של המוח נמצאו אזורים שבהם חלה ירידה בזרימת הדם (היפופרפוזיה) אצל מטופלים עם דליריום. במקרים רבים הוא מכריז על התחלה של דמנציה.
- קיימת דמנציה עם גופיפי לוי (Lewy body disease) המאופיינת בפרקינסוניזם, בתנודתיות ביכולות הקוגניטיביות ובהזיות ראייה כמו בדליריום, דבר המחזק את החפיפה בין השניים.

הדליריום יכול לשנות את מהלך הדמנציה. הוא עלול להוביל להחמרה דרמטית במצב הקוגניטיבי ולהתקדמות מהירה של אובדן התפקוד, שאינו חוזר לאחר הטיפול. הוא יכול לשמש מודל להבנה קוגניטיבית. לעתים הדליריום יעזור לזהות את המטופלים החשופים לירידה קוגניטיבית סמויה או לתחילתה של דמנציה שלא זוהתה עד היום. (Inouye 2006)

האם דליריום המופיע במהלך אשפוז מצביע על איכות הטיפול? כן. הוצע שהוא יהווה מדד לאיכות הטיפול של המסגרת המאשפזת, מאחר והמצב נפוץ כל כך וקשור לתהליך מתן הטיפול. נמצא כי שלושים עד ארבעים אחוזים מהמקרים המופיעים בבתי חולים ניתנים למניעה (Schlesinger, Inouye, Lydon 1999). ישנם מספר גורמים התורמים להופעת מצב זה; סביבת בית החולים המנוכרת והמסגרות לטיפול ממושך, תופעות לוואי כתוצאה ממתן תרופות, סיבוכים מפרוצדורות פולשניות, פגיעות הנובעות מחוסר תנועה ומשינויי תנוחה, סיבוכי תת-תזונה וצחיחות, פגיעות משימוש בצנרת להזנה ולנוזלים, שימוש בצנרת למתן שתן וחוסר שינה מספק. גם שינויים בסביבת המטופל, כמו החלפת הצוות המטפל ושינוי חדרים תכוף, עלולים לגרום לכך.

לסיכום, הדליריום היא תסמונת שכיחה, מאופיינת בהתפתחות מהירה, הפרעות במצב ההכרה, ובשינויים בקוגניציה ובהתנהגות. הגורמים הם רב סיבתיים והפרוגנוזה לא טובה. המצב מצריך ערנות גבוהה לזיהוי מוקדם ולטיפול בחולים הנמצאים בסיכון גבוה. האבחון המוקדם יכול לשפר פרוגנוזה ולהחזיר את המטופל לרמת התפקוד הרגילה שלו. דליריום היא לא דמנציה אלא מצב דחק התוקף אורגניזם פגיע ובמיוחד מוח פגיע.

אבחון של דליריום (Confusion Assessment Methods (CAM)

1.	הופעה פתאומית, מהלך תנודתי	Acute onset, fluctuating course
2.	חוסר קשב	Inattention
3.	חשיבה מקוטעת	Disorganized thinking
4.	שינויים ברמת ההכרה	Altered level of consciousness

האבחון של דליריום דורש תשובות חיוביות בסעיפים 1+2 וכן תשובה חיובית בסעיפים 3 או 4 המופיעים מעלה (Ely, Inouye, Bernard at all 2001).

דיכאון

דיכאון בגיל המבוגר שכיח מאוד ואינו עניין שולי. להבדיל מדיכאון בגיל צעיר, קשה לאפיין את הסיבות לדיכאון בגיל המבוגר. תלונות כמו חרדה, אי־שקט וכאבים בלתי מוסברים צריכים לעורר חשד לאפשרות של דיכאון. על כן, בכל מפגש בין רופא למטופל, יש לבצע מבחן סינן הרגיש לאבחון הדיכאון. הערכה ניתנת לביצוע באמצעות שתי שאלות פשוטות שנמצאו מתאימות במיוחד ומאבחנות כ־95 אחוזים מהמקרים באוכלוסייה המבוגרת בקהילה. השאלות הן:

האם במהלך החודש האחרון חשת לעתים קרובות בחוסר תקווה?

האם במהלך החודש האחרון חשת ירידה בהנאה מעשיית דברים שאהבת לעשותם?
(Whooley, Avins, Miranda, et al 1997)

■ אביא שני סיפורים על מצבים דיכאוניים בצורתם הלא אופיינית.

האישה שפחדה מכל דבר

"אני מפחדת מכל דבר, נקודה." אמרה לאה בת ה־88 כשנקראתי אליה בפעם הרביעית באותו חודש. הביקורים היו בכל שעה משעות היממה, ותמיד היו 'דחופים ביותר'. תלונותיה התמקדו בכאבים במקומות שונים בגוף שבאו וחלפו מאליהם. הכאבים היו ללא מקור קבוע, פשוט נדדו להם על פני הגוף. הרגשתי מתוסכל מחוסר הבנתי למקורם ולפשרם. חשתי כמו במשחק 'מחבואים', אני רודף אחריהם והם בורחים ממני ומסתתרים. מאחר ולא איתרתי את המקור הגופני לכאבים, ניסיתי להבין את מקורם הנפשי. ניסיתי להבין מהו המקור לפחד הזה שתקף אותה. "ממה את מפחדת?" שאלתי, "מכל דבר, נקודה." ענתה בסגנונה המינימליסטי, תשובה שלא הוסיפה דבר להבנתי. בעיקר הטרידה אותי ה'נקודה' שהייתה מציבה בסופו של המשפט, ובזה סימנה את סופה של השיחה.

חששתי שחרדתה מסתירה מצב נפשי כמו דיכאון, או אולי בכל זאת מדובר בבעיה גופנית שאיני מאבחן אותה. המשכתי להטרידה בשאלות: "אולי את מפחדת ממחלה גופנית שמקננת בך או מהמוות?" ניסיתי לשאול בצורה ישירה וחדה יותר. רמזתי על אפשרות של סרטן, מחלה הידועה ככזאת שלא נוהגים לקרוא לה בשמה המפורש אלא בשם 'המחלה'. כשלא הסתייע בידי, שאלתי על המוות, שגם עליו לא מדברים ולא מזכירים, אלא רק מפחדים וחוששים ממנו. "לא," ענתה בפסקנות, "המוות, שיגיע כבר,

אני מחכה לו." אמרה בהחלטיות. "אם כך, אולי את חוששת מהסבל הכרוך בדרך אליו?" היא התעלמה משאלתי. פניתי לכיוון אחר ושאלתי "האם יש לך מחשבות שעוברות בראשך?" "לא" ענתה, "הראש שלי ריק."

"אני מעדיפה לשכב, למרות שנמאסה עליי השכיבה," אמרה לי בביקורי הבא אצלה, כשנשאלה לגבי העדפותיה ועיסוקה במשך היום. גם לביקור זה הוזעקתי בשעות הקטנות של הלילה. אפשרתי למטופלי להתקשר אליי אף בשעות הלילה כדי שלא ירגישו חוסר ביטחון ואי־שקט במידה וקורה להם משהו בלילה. בדרך כלל שמרו מטופלי על שעות מנוחת, והיו מתקשרים רק כשהיה צורך דחוף ולא ניתן היה לחכות לשעות המרפאה המקובלות.

לא אהבתי שמעירים אותי בלילה, נהגתי להירדם בלילה בשעה מאוחרת, ואם היו מעירים אותי, הייתי מתקשה להירדם שוב. הבנתי שאם החלטתי להיות רופא, במיוחד השילוב של רופא גריאטרי עם רופא משפחה, עליי לתת למטופלים, ובמיוחד למבוגרים שבהם, את ההרגשה שאיני מתנתק מהם, גם בשעות שאינן בשגרה.

בביקור אחר אמרה לי לאה לפתע: "איבדתי את חדוות החיים." ניסיתי להבין מהי אותה חדוות חיים שאבדה, אך לשווא. "אין לי מחשבות אובדניות, אני פשוט מפחדת." הייתה חוזרת ואומרת. שאלתי את בתה שישבה לצדה איך זה התחיל. היא הייתה אובדת עצות, כמוני, למראה האם השוכבת במיטה ללא תנועה ומצהירה על פחדיה.

"בהתחלה, כשהיא התלוננה על קושי בהליכה ופחד מנפילות," אמרה הבת, "הבאנו מטפלת למספר שעות. למרות זאת, אימא עדיין המשיכה לפחד ולא הייתה מוכנה להישאר לבד, ואף דרשה שנדאג להביא לה מטפלת לכל שעות היום והלילה. ממש כך, 24 שעות רצופות, וכל זאת ללא סיבה נראית לעין. בהמשך, תחומי ההתעניינות של אימא ירדו, היא הפסיקה לקרוא ספרים ולצפות בטלוויזיה והייתה שוכבת ובוהה כל היום." המשיכה הבת. "מדי פעם הייתה נכנסת לאי־שקט, שהתבטא בתלונות על כאבים עזים במקומות שונים; פעם ברגליים, פעם בשיניים ופעם בבטן, כאבים שהיו חולפים כלעומת שבאו. כמה רופאים בדקו אותה, עשו לה בדיקות דם והדמיה, אך לא מצאו דבר. אמא המשיכה להתלונן בכל שעות היממה. לא פעם קראנו לרופא תורן של מגן דוד אדום, אך זה לא פתרון. צריך רופא אחד שיכיר את אימא וירכז את הטיפול בה. סיפרו לי שאתה רופא גריאטרי שמטפל במקרים כאלו. לא רצינו רופא פסיכיאטר, אימא לא הייתה משתפת אתנו פעולה. גם כך היא לא מרבה להסביר את עצמה."

מהו אותו פחד, מה מקורו ומה פשר הכאבים הלא מובנים, שאלתי את עצמי. ניסיתי להסביר

אותו כחרדה עם ביטוי של אי־שקט פנימי, או דיכאון רוגש שתקף אותה. אישה שרק לפני חודשים ספורים הייתה נמרצת ועבדה בהתנדבות באחת מקופות החולים בעיר.

אבחנתי נעה בין חרדה לדיכאון שסימניו לא טיפוסיים, והוא מתבטא באי־שקט נפשי. כדי לטפל בה, התחלתי לתת לה תרופות נוגדות חרדה שפעולתן מהירה והשפעתם מידית. נוסף על כך נתתי לה תרופות נוגדות דיכאון שהשפעתן אטית. כעבור שבוע סימני החרדה חלפו, ולאחר כחודש וחצי אף ניכרו סימנים של שיפור במצב הרוח.

הפרופסור שחרד לעבר ולעתיד

"אני חרד לעבר ולעתיד." אמר הפרופסור לספרות. הבטתי באדם בן 86 שדיבר אליי בצורה נמלצת ורהוטה כל כך. "למה אתה מתכוון?" שאלתי. הוא סיפר לי שבילדותו הייתה לדודו מאפייה. פעם הוא לא עמד בפני יצרו ו'סחב' מספר שטרות מהקופה. עכשיו מצפוני נוקף עליו בשל התנהגותו בעבר וההשלכות של מעשיו לעתיד.

ישבנו בביתו באחד מבתי הדיור המוגן הפרטיים שקמו לאחרונה. דירה מרווחת – סלון רחב, חדר שינה גדול, מטבח, וחדר עבודה עמוס ספרים המקיפים את הקירות. "יתר הספרים נשארו במחסן," אמרה אשתו "את הרוב תרמנו לספריות. פרט לבעיות ראייה שמקשים עליו לקרוא ולהשתמש במחשב, בעלי אדם בריא. יש לו מודעות גבוהה לבריאותו, הוא אינו מעשן, אוכל בצורה מסודרת ומאוזנת, ושומר על משקל יציב. הוא שוחה בבריכה שלוש פעמים בשבוע, וצועד ברחובות ירושלים כבר שנים. הוא יושב וכותב במשך שעות רבות, ושומר על סדר יום קבוע. פרט לרופא עיניים, הוא הגיע לגיל 86 מבלי להזדקק לרופאים או לתרופות. הכול החל מהתקף לב שעבר לפני שלושה חודשים. מאז, כמו במפולת שלגים, אשפוז רדף אשפוז, אירוע רדף אירוע וכל בעיה קטנה נהפכה לגדולה מקודמתה. בחלק מהאשפוזים הוא נכנס למצב קריטי של סכנת חיים.

התקף הלב החל כאירוע פתאומי של כאבים בחזה שהתעצמו והיו מלווים בקשיי נשימה. מיד הוזמן אמבולנס של טיפול נמרץ, הוא הועבר לחדר מיון, שם אובחן התקף לב חריף. הוא הוכנס לצנתור, ובוצעה הרחבה לעורק על ידי בלון עם הכנסת תומך (stent). הצנתור היה תקין ללא סיבוכים והוא שוחרר לביתו.

ערב אחד, עשרה ימים לאחר שחזר לביתו, הופיעו כאבים בחזה שבאו והלכו, ושלא דמו לכאבים של התקף הלב הקודם. למרות זאת הובהל שוב לבית החולים. למחרת בבוקר הופיעה צמרמורת, מלווה בעליית חום ובקוצר נשימה. האבחון נע בין אירוע לבבי חוזר, לזיהום ריאתי. לבסוף הוחלט על זיהום ריאתי והוחל במתן אנטיביוטיקה. למרות

האנטיבייטיקה, החום והצמרמורות לא חלפו. המצב הלך והחמיר, קוצר הנשימה החריף, וצפצופים מפושטים היו על פני הריאות. התווספה אפשרות נוספת של קריש דם (תסחיף) בריאה ועל כן הוסף טיפול נוגד קרישה. כמו כן הופיעה פריחה ממושטת על פני הגוף כולל כפות ידיים. הפריחה הייתה בלתי אופיינית ונהפכה לאודם עז על פני הגוף עם תחושת עקצוץ וגירוד כללי. הועלה חשד לזיהום בדם. היה גם חשש לשוק אלרגני ולכן הוחל במתן קורטיזון במינון גבוה והוא הובהל ליחידה לטיפול נמרץ. הוזמנו קרדיולוג, זיהומולוג ואנדוקרינולוג אשר העלו אפשרות רבות אך ללא מתן תשובות ברורות לבעלי.

זמן מה אחר־כך, ללא הסבר הגיוני, המצב הוקל והוא חזר הביתה. הוא חש חוסר ביטחון, ולא הבין דבר ממה שקרה במהלך האשפוז.

יומיים לאחר מכן הופיע קוצר נשימה במנוחה. הוא הובהל שוב לבית החולים. צילום חזה ובדיקת הלב שנעשו, כולל תרשים הלב א.ק.ג. הראו שהכול תקין. הוא שוחרר לאחר ארבעה ימים.

ביטחונו העצמי חלף, כל מכאוב בגופו או אי־נוחות איים על חייו ותורגם לחוסר שקט. הוא התקשה להירדם, וכשנרדם היה ניעור בקלות. מצב רוחו היה ירוד, הוא התקשה להתרכז בעבודת המחקר ובספרו החדש. גם זיכרונם אבד לו. הוא הרבה להתלונן על כאבים, אי־נוחות ומחששים בכל חלקי גופו. בעיית הראייה התעצמה והוא הרבה להתלונן על מר גורלו, על שהוא נמצא בחשכה ועל חוסר הוודאות לגבי מצבו.

כשנקראתי לביתו, אשתו, בנו ובתו היו נוכחים. התבקשתי לקבל על עצמי את תפקיד הרופא תוך נטילת אחריות כוללת למצבו הגופני והנפשי. הבנתי שקדמה לבקשה התייעצות משפחתית, שהרי הוא לא אהב רופאים ושמר מהם מרחק. בשיחה הפותחת זיהיתי מיד את המרכיב הנפשי בתוך המצב הגופני המסובך. התחלתי במתן תרופה נוגדת דיכאון. קבענו שאערוך אצלו ביקורים קבועים פעמיים בשבוע, פרט למקרים דחופים. בבדיקה הגופנית לא מצאתי בעיה חריפה. הרגעתי אותו ואמרתי שלא נמצאה בעיה דחופה או חריפה ושמערכות גופו פועלות כראוי. הוספתי שאני אופטימי שהוא יתאושש ממצבו הנפשי בעזרת הפגישות הקבועות אתי, התמיכה ממשפחתו והתרופות. עודדתי אף את בני המשפחה והשארתי את מספר הטלפון של ביתי זמין לשאלות או לביקורים.

כעבור שבועיים הצעתי שניפגש פעם בשבוע. לאחר כחודש הוא שאל אותי אם ניתן להיפגש פעם בחודש. חייכתי בסיפוק, "ודאי, פעם בחודש זה מצוין, נקבע לכל תחילת חודש." "אני מציע בכל ראש חודש." השיב. "בשמחה", אמרתי, "נחוג יחד את החודש הבא עלינו לטובה."

ניתן להגדיר דיכאון כמצב רוח ירוד המלווה בחוסר הנאה ועניין שנמשך מעבר לשבועיים. אין מדובר בתחושת עצב חולפת, אירוע בודד, שקורה לכולנו במהלך החיים. על התלונה להיות רציפה ומתמשכת במשך למעלה משבועיים ובעלת השלכות על התפקוד הגופני, הנפשי-שכלי, החברתי והמשפחתי.

במושג 'חוסר הנאה ועניין' הכוונה לאובדן עניין בפעילויות שעד עתה עסקנו ונהננו מהם כמו למשל צפייה בטלוויזיה, ביקור חברים, קריאת ספרים ועיתונים ושהייה במחיצת הנכדים. נוסף על כך, הופעת תלונות במגוון רחב של תופעות כמו חרדה, אי-שקט, התנהגות לא מובנת ותלונות גופניות מרובות, לא ממוקדות ולא מוסברות. בטווח התלונות כלולים חולשה וחוסר אנרגיה, שינויים במשקל, בעיקר ירידה לא מתוכננת, לעתים רחוקות עודף אכילה ועלייה במשקל, ירידה בתפקוד היום-יומי ללא הסבר ברור, הפרעות שינה (בעיקר חוסר שינה אך גם עודף שינה), פגיעה קוגניטיבית המתבטאת בקושי בריכוז, בחשיבה ובזיכרון, מחשבות שווא והתנהגות תוקפנית.

(Waxman, McCreary, Weinrit, et al 1985)

כיצד הדיכאון קשור למצבו הגופני של האדם? הדיכאון בגיל המבוגר נמצא בקשר גומלין הדוק עם מצבו הגופני של האדם. מחקרים מראים ששכיחות הדיכאון מתגברת ככל שהאדם חולה או תפקודו ירוד. במחלקות סיעודיות נמצא שחמישית מכלל המטופלים סובלים מדיכאון, ובקהילה כעשרה אחוזים מהפונים למרפאות. על הרופאים המטפלים באוכלוסייה המבוגרת לשים לב לאפשרות של דיכאון נלווה. דיכאון מהווה גם גורם סיכון להתפתחות מחלות כמו התקפי לב, אוסטאופורוזיס, סוכרת, סרטן השד ודמנציה. הדיכאון נלווה למחלה הגופנית. כשאדם חולה במחלה חריפה זה רק טבעי שהוא יהיה מדוכא ועליו להתמוך בו על ידי אמפתיה ועידוד. במידה והדיכאון עמוק ומשפיע לרעה על הטיפול או על הריפוי של המחלה הגופנית (למשל לאחר התקף לב) רצוי להתחיל במתן טיפול. יש להתחיל בטיפול גם במידה שהמחלה הגופנית השתפרה, אך החולה עדיין ממשיך להתלונן, ונוצר פער בין המצב כפי שהחולה רואה את עצמו (הסובייקטיבי), והמצב הנראה (האובייקטיבי) של המחלה.

האם מחלות גופניות יכולות לחקות סימנים ותלונות של דיכאון? כן, יש לחפש תמיד את המקור של מחלות גופניות שהביטוי שלהן בתלונות ובסימנים דמויי דיכאון. למשל, מצבים של אי-ספיקת לב, זיהומים שונים בדרכי השתן, תופעות לוואי של תרופות,

הפרעות מלחים (אלקטרוליטיים), תת־פעילות בלוטת התריס וחסרים תזונתיים של ויטמין B12 וחומצה פולית. כל המצבים הגופניים הללו יכולים להתבטא בסימנים דמויי דיכאון ועלינו לטפל בבעיה הגופנית הלא מאוזנת.

כיצד נדע אם זה מצב גופני או מצב נפשי? הרי אלו אותן תלונות. ניקח, למשל, תלונה על חולשה. האם היא נובעת ממצב נפשי של דיכאון, או שמדובר במצב גופני של אי־ספיקת הלב? רופא מיומן ובעל ניסיון יוכל להעריך את הסיבה לתלונה. הוא ישלול באותה הזדמנות את האפשרויות הגופניות שנותנות סימנים דומים. ראשית, על ידי לקיחת היסטוריה רפואית מקיפה ומעמיקה. שנית, הוא יבצע בדיקה גופנית של המערכות השונות בגוף. שלישית, יבקש לקבל תוצאות בדיקות מעבדה שיכללו תפקוד בלוטת התריס, רמות ויטמינים B12 ו־F, חומצה פולית, תפקודי כבד, כליות וספירת דם. על הרופא להכיר את החולה, לא רק את מחלתו הגופנית אלא גם את השלכותיה על המצב המשפחתי, החברתי והנפשי. מאחר וקיימות מחלות גופניות רבות בגיל המבוגר, עלינו לחשוש בדיכאון ואף לטפל בו גם אם איננו בטוחים בקיומו מאחר והטיפול בו עשוי להשפיע גם לטובה על המחלה הגופנית הנוכחית. מחקרים השוואתיים רבים ממליצים, נוסף על הטיפול התרופתי, לתת גם טיפול פסיכותרפי כטיפול משלים.

למה לטפל בדיכאון? אולי נשאיר את המטופל ללא טיפול, והדיכאון יחלוף מעצמו? מסתבר שדעה זו, הרווחת עדיין, בטעות יסודה. נמצאו השלכות גופניות ונפשיות קשות לחוסר טיפול בדיכאון. ההשלכות הנפשיות הן ירידה נוספת בתפקוד החברתי של המטופל, התמכרות לשתיית אלכוהול או לתרופות ועלייה בהתאבדויות.

(Heston, Carrarrrd, Makris, et al. 1992)

ההשלכות הגופניות הן תת־תזונה מחוסר קלוריות וחלבונים, תפקוד ירוד ביום־יום ותלונות גופניות מרובות. כתוצאה מכך, ניצול יתר של המערכת הרפואית וזאת על ידי שימוש בבדיקות מעבדה, בדיקות הדמיה מיותרות ומסוכנות, ביקורי רופאים מרובים, לקיחת תרופות מרובות ועלייה בתופעות הלוואי מהן. נוסף על כך, עלייה בתחלואה ובתמותה ממחלות גופניות, כמו לאחר התקפי לב או לאחר טיפול בכימותרפיה.

מצבים רפואיים הגורמים לדיכאון בשכיחות גבוהה. אירוע מוחי (stroke), שבירי אגן ודמנציה הם מצבים רפואיים שכיחים שבהם עלינו לגלות ערנות למצבי דיכאון נסתרים. אירוע מוחי הוא מצב שבו המוח נפגע וגורם לחסר יכולות הנדרשות לתפקוד היום־יומי.

תובנת המצב על ידי המטופל עלולה לדרדר אותו לדיכאון. גם האירוע המוחי גורם לפגיעה בתאי המוח מהפרעות באספקת הדם וגרימת שינויים במתווכים הכימיים במוח העלולים להוביל לדיכאון.

ראיתי אנשים רבים שהתגברו על אבדנים גדולים כמו פטירת בעל ואפילו ילד, אך לא התגברו על הפגיעה של האירוע המוחי והאבדן התפקודי הנלווה. פגשתי אנשים ששרדו בשואה לאחר שאיבדו משפחות שלמות, אך לא שיקמו את עצמם לאחר הפגיעה הגופנית והתפקודית בשל האירוע המוחי. דמנציה ודיכאון יכולים להימצא בזמנית אצל אותו חולה. אל לנו לחשוב שהדבר לא ייתכן. הדיכאון נפוץ אצל מטופלים עם דמנציה התחלתית כשהם עדיין מודעים למצבם. הדיכאון עצמו גורם לירידה שכלית (קוגניטיבית) כחלק מן הסימפטומים שלו שמתבטאים בהאטה בחשיבה, בירידה בזיכרון, בקושי בריכוז ובחוסר עניין. הדיכאון והדמנציה חופפים באופן שקשה לדעת מה הסיבה ומה התוצאה. הפסיכיאטרים קוראים לדמנציה שמקורה בדיכאון "שיטיון מדומה" (פסידו־דמנציה).

כיצד נבדיל בין דיכאון לדמנציה? האבחון מאוד קשה ודורש מיומנות וניסיון רב. קיים שאלון קצר של 15 שאלות המותאם לאוכלוסייה המבוגרת והניתן לשימוש במרפאה או בבית לסינון בחשד לדיכאון. השאלון תורגם לעברית. ניקוד מעל 9 נקודות מצביע על דיכאון ודאי ומעל 5 נקודות חשד לדיכאון. (Sheikh & Yesavage, 1986; Zalsman, 1986) רופאים רבים עדיין מאבחנים מטופלים כסובלים מ'שיטיון מדומה'. במונח הנ"ל משתמשים כאשר הדיכאון מחקה סימפטומים של דמנציה. אחד ההבדלים לאבחון בין השניים הוא שבמקרה של דיכאון החולים מתלוננים על ליקויים שכליים מסוג שכחה, תלונה שאינה אופיינית לחולי דמנציה.

במצב של 'שיטיון מדומה' חובה עלינו לטפל בדיכאון כדי להסיר את המרכיב הדיכאוני, שהוא הפיך וניתן לטיפול, בעוד שבדמנציה המצב אינו הפיך ולא ניתן לטיפול. ההנחה היא שעם השיפור במצב הדיכאון תהיה נסיגה בליקויים השכליים ויישאר הליקויים הקשורים לדמנציה. לעומת זאת הדיכאון יכול להתדרדר לאחר שנים רבות, במיוחד אם אינו מטופל, למצב של דמנציה. כך שמכל צד שבו נסתכל על המשוואה, ניווכח כי דיכאון ודמנציה קשורים וכרוכים זה בזה (Jones & Reifler 1994). קיימים הבדלים בהיסטוריה הרפואית ובבדיקה של החולה (Small et al., 1981).

מהו הטיפול הראשוני בדיכאון? כיום עומדות בפני הרופאים מספר רב של תרופות נוגדות דיכאון. הגדולה שבהן משתייכת למשפחה עם סלקטיביות גבוהה לקולטן

הסרוטונין. (SSRI – selective serotonin re-uptake inhibitor) התרופה נחשבת כקו ראשון בטיפול. מאז הפרוזה נכנסו תכשירים נוספים. משפחת תרופות נוספת שנכנסה בשנים האחרונות היא משפחת מעכבי קליטה של סרוטונין ונוראפינפרין (SNRI). האדם המבוגר אינו שונה בתגובתו לטיפול בנוגדי דיכאון מהאדם הצעיר. כניסתן של התרופות החדשות, שיתרון בכך שתופעות הלוואי שלהן נמוכות, הביאה לשימוש הולך וגובר בתרופות אצל האדם המבוגר. על הרופאים להגביר לפי הצורך את השימוש בתרופות אלו כיוון שרבים מהמטופלים לא מקבלים טיפול למרות שהם מאובחנים כדיכאונים או כבעלי פרופיל המחשיד דיכאון. ההחלטה להעדיף תרופה אחת על פני חברתה קשורה לתופעות הלוואי הידועות של התרופות, תגובות גומלין (אינטראקציה) בין תרופות שהחולה נוטל, תגובות קודמות לטיפול ומצבים נפשיים נוספים כגון חרדה, הפרעות שינה, חוסר תיאבון ואובססיה.

מה נעשה אם אין שיפור בדיכאון למרות הטיפול התרופתי? בין 20 ל-30 אחוזים מהמטופלים בתרופות לא יחשו שיפור. הדבר נובע משתי סיבות עיקריות: האחת, אבחנה לא נכונה, השנייה, חוסר היענות לטיפול, או אי הקפדה של המטופל או המשפחה לטיפול. רצוי להתייעץ עם פסיכיאטר במקרים שבהם יש צורך בשינוי או בהוספה של תרופה, ואף במקרים של מחשבות אובדניות וחשש להתאבדות. במקרים של חוסר היענות יש לזכור שהתגובה לטיפול התרופתי האנטי-דיכאוני מופיעה רק שלושה שבועות מתחילת הטיפול. ייתכנו גם תופעות לוואי מהטיפול ומהפסקתו על ידי המטופל. כדי ליצור היענות חיובית מהמטופל ומשפחתו, על הרופא ליצור הזדהות ואמפתיה עם המבוגר ובני ביתו. עליו להבהיר את מהות המחלה וחשיבות לקיחת התרופות ברצף. עליו לציין שקיימת אפשרות של תופעות לוואי בתחילת הטיפול כמו בחילות, חוסר תיאבון ושלושלים. לשם כך הרופא יתחיל לתת את התרופות במינון נמוך ויגביר את המינון בהדרגה.

לסיכום, יש לזכור שלושה דברים:

- דיכאון הוא כמו כל מחלה אחרת.
- קיים טיפול וצריך לטפל.
- חוסר אבחון ו/או חוסר טיפול יגרמו לתחלואה גופנית ונפשית משמעותית, יורידו את איכות החיים ויעלו את הסיכון למוות.

הפרעות שינה

כמחצית מהאוכלוסייה המבוגרת בישראל מדווחת על הפרעות שינה, כשליש אף נוטלים תרופות משרות שינה. נשים נוטות להתלונן על כך יותר מגברים.

מה קורה לאוכלוסייה המבוגרת? האם נגזר עליה לחיות הרבה ולישון מעט?

האם באמת קיימת עלייה בבעיות השינה עם הגיל, או שמא מדובר בתלונות שווא ובשימוש בכדורי שינה ללא צורך? האם הגורמים לכך הם הרגלי שינה לא נכונים כמו למשל הימצאות יתר במיטה, או אולי קיימות בעיות רפואיות המפריעות ופוגעות באיכות השינה?

■ נלמד על כך בעזרת הסיפורים הבאים.

האלמנה שלא ישנה

"דוקטור, אני לא ישנה טוב בלילה, נראה לי שמאז שהגעתי לגיל 70, כלומר לפני מספר חודשים, השינה שלי פחות טובה. אני מתעוררת מכל רעש הכי קטן. כל פתיחת דלת או סגירתה, צפירת מכונית ברחוב, הכול מעיר אותי. תמיד הייתה לי שינה עמוקה והייתי מתעוררת רק בבוקר. כשבתי הייתה יוצאת לבלות, אפילו לא שמעתי מתי הייתה חוזרת הביתה. בעלי לא הבין כיצד אני ישנה כל כך טוב כשהקטנה מבלה בחוץ. עכשיו אני מתעוררת בשעות הבוקר המוקדמות, 'יקיצות עם התרנגולות' אני מכנה זאת. גם להרדם זה כבר לא פשוט כמו פעם. אני זוכרת איך הייתי מניחה את הראש על הכרית ולא מצליחה לקרוא שורה בספר או לראות תכנית טלוויזיה יותר מדקה. ועוד משהו, בזמן האחרון אני עייפה ונוטה לנמנם במשך היום. גם זה חדש לי. מעולם לא הרגשתי צורך לנח בצהרים. אף פעם לא הבנתי את חברותי שהיו נחות ב'שלאף-שטונדה' בין שתיים לארבע ואי אפשר היה לטלפן אליהן. כיום אני מנמנמת בשעות הצהריים ולפעמים אף בשעות הבוקר. זה הגיל, לדעתך, שגורם לבעיית השינה שלי? שמעתי שככל שמתבגרים ישנים פחות מאחר והגוף זקוק לפחות שעות שינה. בכלל, הגיל הוא הגורם לכל הבעיות שלנו. אני זוכרת את עצמי צעירה שלא נחה לרגע, עומדת על הרגליים במשך כל שעות היום בחנות בה עבדתי."

"אתה שואל, דוקטור, אם אני הולכת לשירותים בלילה? כיום כבר לא. אתה בוודאי זוכר שביקשת שאבלע בבוקר ולא בערב את הכדור המשתן. אתה המלצת על הכדורים המשתנים לאחר שהיו לי בצקות ומים ברגליים, ולא יכולתי לשכב ללא ארבע כריות מתחת לראש. הייתי מתעוררת בלילות כשאני סובלת מקוצר נשימה, דבר שהתבטא

באיספיקת הלב. על כן שינית לי את התרופות והמצב כיום יציב. מאז אין לי מים ברגליים, הנשימה שלי קלה ואני לא מתעוררת עם קשיי נשימה. אתה יודע, אני מצליחה לישון עם כרית אחת בלבד.

אחת ההמלצות שלך שמאוד שיפרו את מצבי הייתה להמעיט בשתייה בשעות הערב. אמרת לי להקפיד לא לשתות קפה, תה או קולה שמכילים קפאין וגורמים להשתנה מרובה בלילה. פרט לבעיית הלב ולנטילת כדורים משתנים אני בריאה ולא נוטלת תרופות נוספות. אני גם לא סובלת מכאבים בעמוד השדרה, בגב, בפרקי הברכיים ובפרקי האגן.

"מה דעתך שאתחיל לקחת תרופת שינה? חברה הטובה שלי רצתה לתת לי תרופת שינה בשם 'לוריון'. אמרתי לה שאני לא מוכנה לקחת תרופות ללא הסכמתך.

דבר נוסף, דוקטור, כשאני מתקרבת לסוף השנה הראשונה לפטירת בעלי, בעיית השינה מטרידה אותי יותר. אולי זאת הבדידות והפחד להיות לבד. ייתכן שמאז שפרצו לדירה של השכנים זה נכנס לי לראש. אתה יודע מה זה להתעורר בלילה ולמצוא גנב בבית? זה ממש סיוט!"

"אחת החברות הציעה בצחוק שאגדל כלב או חתול. כל השנים הרי הייתי רגילה לחיות עם עוד אדם בבית, עכשיו אחיה עם חיית מחמד.

מאז שבעלי נפטר שינתי את הרגלי החיים שלי. הוא היה זה שתמיד דחף אותי להתעמל. היינו שוחים יום-יום בבריכה. תמיד הגענו לשם ברגל, הוא לא הסכים שניסע ברכב או באוטובוס. היום אני ממעטת לעשות פעילות גופנית."

אריקה הייתה מהמטופלות הוותיקות שבמרפאה. הכרתי אותה היטב לא רק בגלל מחלת הלב שלה והפרעת הקצב, אלא בעיקר כיוון שהייתי עד לאופן בו טיפלה בבעלה שלקה במחלת הסרטן. הקפדתי לבקרו כשהתאשפז לעתים קרובות בבתי החולים, ואף הייתי שותף למספר החלטות חשובות הנוגעות לטיפול בו בסוף חייו.

במונולוג הארוך שנשאה בפניי קיבלתי ממנה את מרב האינפורמציה הדרושה לי כדי לברר את הסיבות להפרעת השינה ממנה היא סובלת. חסרו לי רק פרטים אחדים הקשורים להיסטוריה הרפואית שלה. סיכמתי לעצמי: אריקה ישנה טוב כל החיים, אין בעיות נפשיות ידועות מעברה, מצבה הרפואי כעת יציב, אין לה כאבים או אי-נוחות במהלך השינה, היא אינה שותה אלכוהול או משקאות מעוררים או משתנים, והיא אינה לוקחת תרופות חדשות פרט לתרופות הוותיקות המוכרות לי. ייתכן שעליי

לשאול אותה שוב ולוודא שאינה לוקחת תרופות נוספות ללא מרשם. תרופות נגד שיעול או נזלת מכילות חומר מעורר בשם אפדרין. קיימות גם תרופות מתחום הרפואה המשלימה המכילות עשבים או צמחים. תרופות אלו, הנחשבות טבעיות, אף הן עלולות לעורר.

החודש תמלא שנה לפטירת בעלה של אריקה. זו תקופה המועדת לחרדה. הבדידות, האבל, האובדן והחלל שהותיר אחריו, הכל מורגש במלוא העוצמה. הפריצה לדירת השכנים רק העצימה את הפחד להיות לבד במיטה בלילה. "ייתכן והיא בדיכאון", הרהרתי, אך מיד דחיתי מחשבה זו. לא נראה לי שהיא בדיכאון, זאת לא התנהגות דיכאונית. לבושה המטופח ותסרוקתה המוקפדת מעידים על כך. "אם כן, היא במצב חרדתי", המשכתי להקשות על עצמי, "הרי היא לבד, והחודש יחול יום השנה לפטירת הבעל וגם הפריצה לבית השכנים העצימה את החרדה". "נכון", השבתי לעצמי, "ייתכן שהיא בחרדה, אך זאת אינה סיבה מספקת לתת לה תרופות להרגעה או לשינה. ניתן להרגיעה על ידי שיחה נינוחה של תמיכה ואמפתיה ולא בתרופות הרגעה או שינה. כמו שאני מכיר אותה, יש לה מספיק כוחות להתמודד עם בעיות השינה באמצעים לא תרופתיים, אך הם דורשים זמן וסבלנות ופעולתם איטית. תרופות השינה, לעומת זאת, יעילות מאוד בטווח הקצר, אך המחיר הוא תופעות לוואי בטווח הארוך.

אולי בכל זאת התופעה קשורה לגיל? היא כבר בת 70 והגיל מוריד את איכות השינה. השינוי בהרגלי החיים גם הם סיבה טובה לקשיי שינה מאחר והם גרמו לה להפחית בפעילות הגופנית. עתה היא פחות עייפה בערבים ומגיעה למיטה פחות מותשת משהייתה בעבר. אולי כל הסיבות הללו יחד באות לידי ביטוי בהפרעות שינה?

אם כן על מה להמליץ? מאוד הייתי מעוניין להימנע ממתן תרופות שינה. זהו הפתרון הקל ביותר.

"אבקש לבדוק את הגברת", אמרתי. היא מאוד אהבה את הפניות אליה בגוף שלישי ואני לא חסכתי זאת ממנה. לחץ הדם שלה היה תקין והדופק היה סדיר. גם כשבדקתי את הלב והריאות לא מצאתי שום ממצא מחשיד.

"ראי, אריקה", אמרתי, "זה מאוד קל לתת לך מרשם לתרופות שינה. זה פשוט ואפילו יעיל בטווח הקצר. אך אנו הרי לא חיים מהיום למחר, ולא הייתי רוצה לסכן אותך בתופעות לוואי שייגרמו לך מתרופות אלו בעוד מספר שנים. תופעות הלוואי הן פגיעה במערכת העצבים המרכזית, ירידה בזיכרון ותלות גוברת בתרופה עד לרמה של התמכרות וקושי בהפסקתה. לעומת זאת, קיימות שיטות טיפוליות לא תרופתיות מהסוג ההתנהגותי-

קוגניטיבי שנמצאו מאוד יעילות. בנוסף, אני יכול להמליץ לך על מספר שינויים בהרגלי החיים שאת יכולה לבצע. אז מה דעתך שאני אצייד אותך במספר המלצות שתפעלי על פיהם? נקבע פגישה לשבוע הבא ונראה כיצד את מטמיעה את השינויים הללו. זה נראה לך?" "כן", השיבה "אני סומכת עליך יותר מאשר על החברה שלי."

חייכתי לעצמי במרירות. השקעתי כל כך הרבה זמן בטיפול בה ובבעלה, והמחמאה הגדולה ביותר שקיבלתי ממנה הייתה שהיא סומכת עליי יותר מאשר על חברתה. אכן, לא תמיד יש שכר בהתאם להשקעה, סיכמתי לעצמי וקראתי למטופל הבא.

הבעל שכמעט מת במיטה

"הוא נוחר לצדי במיטה בכזאת עוצמה, שממש אני לא יכולה להרדם. אני מטלטלת אותו קלות מפעם לפעם ואז הוא משתתק. שקט כבד משתרר בחדר. אני מסתכלת בחזה שלא מתרומם ומונה את השניות שנראות לי כנצח. אני בטוחה שהוא מת, ומרוב בהלה מטלטלת אותו בחוזקה ואז הוא מתעורר." כך תיארה אשתו של משה את מה שעובר עליה בלילות. "אני מעדיפה שינחר, רק שלא יעשה לי את הפסקות הנשימה הללו. אני מתה מפחד כשמשתרר שקט ואני בטוחה שהוא לא נושם יותר."

משה בן 65, גדול ושמן, עב בשר ובעיקר עב צוואר. יש לו שכבת שומן שמקיפה את כל צווארו ונופלת לתוך סנטרו.

'סנטר כפול' (double chin), כך אבי היה קורא לאנשים בעלי הצוואר המסתתר תחת מפלי השומן. משה התקשה לנשום גם במשך היום, בעיקר כשהיה עולה במדרגות. גם קיום יחסי מין היוו מאמץ כביר בעבורו.

ביקשתי לזמנו למרפאה כדי לשקול ייעוץ עם רופא אף, אוזן וגרון, וכדי לבצע בדיקה במעבדת שינה. המטרה הייתה לבדוק את משך הפסקות הנשימה ואם הן מסוכנות. משה התחמק מביקור במרפאה.

"אתה מסכן את עצמך ועלול למות במיטה. עליך לעשות את בדיקת השינה ולרדת במשקל. אני מציע שתבדוק תכנית שתשלב פעילות גופנית וירידה במשקל ושתתאים לאופי שלך ולשעות עבודתך." אמרתי לו בטלפון לאחר שנאשתי לצפות שיבוא למרפאה. הוא הבטיח שאחרי החגים יחל לחשוב על אורח חיים שונה.

כעבור חודשיים אמרה לי אשתו שהוא משתתף בתכנית במכון וינגייט המשלבת פעילות גופנית עם שינוי בתזונה.

קושי בשינה מוגדר כהפרעה במהלך השינה, בתחילתה, בהחזקתה, ביקיצה מוקדמת, בעייפות במשך היום ובכאבי ראש בבוקר. אין מדובר בקושי בשינה בלילה אחד או שניים, כי אם בתלונות הנמשכות חודש לפחות. אלו אינן בעיות שוליות. זו לא רק שאלה של גיל ואין לצאת ידי חובה במתן כדורי שינה. יש להתייחס אליהן כשם שמתייחסים לסוגיות בריאות אחרות. לגוף יש מחזור חיים פיזיולוגי של שינה וערות, והוא פועל כמו שעון פנימי, שמרכז השינה שלו ממוקם באזור ההיפוטלמוס שבמוח. המרכז מושפע מחשיפה לאור, מהפרשת הורמון המלטונין ומהרגלים חברתיים. השינה מאופיינת בפעילות חשמלית המתרחשת במוח. ניתן למדוד אותה על ידי בדיקת שינה שבמהלכה מבצעים תרשים של פעילות גלי המוח (EEG). במהלך השינה קיימים ארבעה שלבים של גלי מוח אטיים בעלי תדירויות שונות, ושלב חמישי הידוע כשלב של שנת החלום ומאופיין בתנועת עיניים מהירה (REM Rapid Eye Movement). השינה מעמיקה בהדרגה עם התקדמות השלבים, כך שאם היא מופרעת בשלביה המוקדמים, אנו לא מגיעים לשלביה המתקדמים. במילים אחרות, ניתן לישון שעות רבות ועדיין לקום עייף.

האם הגיל משפיע על דפוסי השינה? אצל האוכלוסייה המבוגרת נגרמת ירידה באיכות השינה, אך לא בכמותה. ישנם מספר גורמים החוברים יחד ומשפיעים על העלאת סף הערנות כמו שינוי במחזוריות השינה ושכיחות גבוהה של מצבים גופניים ונפשיים. בבדיקות שינה נמצא קיצור במחזוריות השינה בשלב הרביעי שבו מופיעים גלי מוח איטיים, אך עיקר השינוי חל בירידה חדה בשלב החמישי שבו ישנים שינה עמוקה. כתוצאה מכך אנשים מבוגרים נמצאים יותר בשלבים הראשונים של השינה הקלה, כאשר גלי המוח איטיים, ומשום כך הם נוטים להקיץ יקיצות רבות ושנתם אינה עמוקה. הפרעות השינה מחולקות בין הפרעות ראשוניות, דהיינו, אנשים שכל חייהם סבלו מהפרעות שינה, ובין הפרעות שינה משניות המתייחסות לאלו ששנתם הייתה טובה טרם הגיעו לגיל מבוגר. הפרעות שינה משניות קשורות למצבים רפואיים הזקוקים לטיפול ולאזון, ובמידה ואינן מטופלות הן עלולות לגרום לפגיעה באיכות השינה, וכתוצאה מכך לפגיעה באיכות החיים.

מהם המצבים הרפואיים המשניים הגורמים לבעיות שינה? בין מצבים אלה אנו מונים שינויים בפרקים ובעצמות הגורמים לכאבים בחוליות עמוד השדרה, בעיקר בזמן השכיבה, או בתנחות הקשורות לשכיבה, היכולות לגרום לכאבים במשך כל היום ואף מתעצמים בלילה.

ישנם מטופלים הסובלים מאיספיקת לב הגורם להצטברות נוזלים בריאות, וכתוצאה מכך לקשיי נשימה בעת השכיבה במהלך השינה. הם מתעוררים בלילה בשל קוצר נשימה (אורטופניאה) כתוצאה מהצטברות נוזלים בריאות. מטופלים אלו זקוקים למספר כריות להגבהת הראש והחזה במהלך השינה, ולעתים הם נאלצים לישון בשיבה. מצב הישיבה מונע את הצפת הריאות בנוזלים, פעולה שעלולה לגרום לבצקת ריאות. עודף פעילות של בלוטת התריס מגביר את קצב חילוף החומרים (מטבוליזם) בגוף ולדופק מהיר. מצב נוסף הוא הופעת החזר (רפלוקס) של חומצות קיבה דרך השוער בושט התחתונה. החומצות עולות מהקיבה דרך הושט ונכנסות לריאות. תופעה זו שכיחה במיוחד אצל אלו הסובלים מבקע בסרעפת או השוכבים מיד לאחר שאכלו ארוחה כבדה. (Fok, Stewart, Besset 2010).

ישנם מצבים הנובעים מקשיי נשימה כמו קושי בשאיפת אוויר דרך האף או דרך הלוע לריאות. מצבים אלו שכיחים אצל אנשים שמנים הסובלים מבעיות במחיצת האף או מחסימות בדרכי הנשימה העליונות. הם מאופיינים בנשימה דרך הפה הגורמת לנחירות עם הפסקות נשימה תכופות, ויקיצות בהלה הנגרמות עקב חוסר אספקת חמצן למוח (sleep apnea). במקרים של אסטמה, ייתכנו בעיות נשימה הנגרמות מחסימות של נתיבי

האוויר בדרכי הנשימה התחתונות. (Bixler, Vgontzas, Ten Have 1998)

מצבים נוספים הם חוסר מנוחה של הרגליים עם תנועות יתר שלהן (תסמונת הרגל העצבנית), והופעת התכווצויות בשרירי הסובך ברגליים (Cramps) במהלך השינה, התכווצויות הגורמות לכאבים עזים וליקיצות מרובות.

תכיפות במתן שתן וצורך בהשתנה בלילה שכיחים במצבים בהם המטופל סובל מבלוטת ערמונית מוגדלת (פרוסטטה), או אצל אלה הסובלים מזיהומים בדרכי השתן. ישנה נטייה לתת כמויות שתן גדולות (פוליאוריה) בלילה גם במצבים מטבוליים כמו במחלת הסוכרת, או כאשר יש עודף סידן בדם.

הופעת מצבים נפשיים כמו דיכאון או חרדה עשויים לבוא לידי ביטוי בהפרעות שינה. כל המצבים הללו זקוקים לטיפול מיוחד בבעיה שגורמת להפרעת השינה, ואין לטפל בהם על ידי נתינת כדור שינה (ראה פרק על דיכאון).

מה עלינו לשאול לשם השלמת ההיסטוריה הרפואית? עלינו להתייחס לכל הבעיות הרפואיות המשניות שצוינו, שיכולות לגרום להפרעת שינה, ולשאול בהתאם לתלונות ולחומרת הבעיה הרפואית. לעיתים רצוי לשאול את בן או בת הזוג של המתלונן, לגבי תופעות שקורות במהלך השינה, מאחר והם מודעים טוב יותר להפרעות כמו הפסקות נשימה, נחירות או תנועות רגליים.

יש לברר מהי רשימת התרופות שהמטופל נוטל. ידוע כי קורטזון, מוריד גודש המכילים אפדרין, נוגדי דיכאון ממשפחת הסרוטונין (SSRI) ותרופות משתנות עלולות לגרום לערנות. יש לברר את הרגלי החיים של המטופל בכל הקשור בשתיית משקאות המכילים קפאין כמו קפה, תה או קולה סמוך לשינה. חשוב גם לברר אם המתלונן מעשן או שותה משקאות אלכוהולים לפני השינה, ואם הוא עוסק בפעילות גופנית או נוטה לנמנם במהלך היום. וכמובן, באיזו שעה הוא עולה על משכבו.

כיצד יתבצע הטיפול? את הטיפול נתחיל בשיפור ובאיזון המצבים הגופניים המשניים, באמצעות מתן נוגדי כאבים לסובלים מכאב ומאי־נוחות, בייצוב מצב הלב לסובלים מאי־ספיקת לב, באיזון בלוטת התריס במידה ואינה מאוזנת, בטיפול בבעיות מטבוליות לפי בדיקות מעבדה, בהרגעת הרגליים לסובלים מתנועתיות יתר ובשחרור התכווצויות. לאלו הסובלים מדכאון וחרדה יינתן טיפול תרופתי.

יש לפנות למומחים וליועצים שונים במקרים בהן נדרשת חוות דעת נוספת. רצוי להתיעץ עם רופא אף, אוזן וגרון כשיש בעיות הקשורות בדרכי הנשימה העליונות, ולהפנות למעבדות שינה במקרים של דום נשימתי. יש לתת הפנייה לרופא ריאות בבעיות של דרכי הנשימה התחתונות. יועץ אנדוקריני יסייע בבעיות של חוסר איזון בבלוטת התריס או במחלת הסוכרת או כשהמטופל סובל ממתן שתן בכמויות מרובות בלילה. אורולוג יטפל בבעיית ערמונית מוגדלת, ויועץ פסיכיאטרי – בבעיות נפשיות קשות עם נטיות אובדניות, או כשהטיפול שניתן לא מועיל. קרדיולוג עשוי לפתור בעיות של אי־ספיקת לב. חשוב לציין שרופא המשפחה או המומחה הגריאטר יכולים לפתור את רוב הבעיות. הם יפנו לייעוץ רק במקרים שבהם לא חל שיפור לאחר הטיפול, או כשישנן בעיות המחייבות ייעוץ נוסף.

מה נעשה כאשר אין שיפור באיכות השינה? במידה ואין שיפור יש לנסות טיפולים התנהגותיים, קרי, הגבלת השינה, טיפול בהרפייה, שינוי קוגניטיבי, מניעת בדידות ושינוי בהרגלי החיים. במידה וגם טיפול זה לא עוזר, יש להתחיל בטיפול תרופתי.

שיטת הגבלת השינה מבוססת על הממצא שזמן השהות במיטה מנציח את בעיית השינה. השיטה נועדה לצמצם את זמן השהות ולהפחית את שעות השינה. טיפול בהרפיה יוצא מתוך ההנחה שלסובלים מהפרעות שינה יש עוררות יתר של הגוף והמוח. הרפיה בתרפיה באמצעות היפנוזה או ביופידיק נועדה להרפות ולשחרר את תחושת הבדידות אפשר למנוע על ידי טיפול בחיית מחמד כמו כלב או חתול. "מאז שיש לי שני כלבים, אני ישנה טוב." סיפרה לי אחת המטופלות כיצד פתרה את בעיית השינה שלה. גם השכרת חדר לסטודנט היא אופציה טובה להפגת הבדידות. "כדי לישון טוב בלילה, אני עובדת בגינה בשעות הבוקר המוקדמות, ויוצאת להליכה אחר הצהריים," מספרת מטופלת אחרת. שינוי בהרגלי החיים בא לידי ביטוי בפעילות גופנית, בהימנעות משינה במשך היום, ומשתיית משקאות המכילים קפאין לאחר השעה שבע בערב. ייתכן שיש להימנע משתיית נוזלים בכלל בשעות הערב המאוחרות. בנוסף, רצוי לא להשתמש בחדר השינה כמקום לצפייה בטלוויזיה או לקריאה, וכך לקצר את השהות במיטה. יש להדגיש את חשיבות סדר היום הקבוע לאדם המבוגר. כל שיבוש בסדר היום יגרום להפרעה בטווח הקצר. מתן הורמון השינה, המלטונין, יכול לעזור במקרים שבהם סדר היום משתבש באופן זמני, כמו בטיסות. לא נמצא קשר ישיר בין תוצאות השימוש במלטונין ע"י בני הגיל המבוגר לעומת קבוצת הביקורת.

למי לתת כדורי שינה, ובאיזה מינון? מקובל לתת תרופות היפנוטיות משרות שינה, למרות תופעות הלוואי שהן גורמות. ניתן לתת כדורי שינה לשימוש קצר מועד במקרים חריגים של מצבי חרדה, או עקב שינויים בחיים כמו מעבר דירה או פטירה של קרוב משפחה. בבריטניה בלבד נרשמו בשנת 2005 למעלה מעשרה מיליון מרשמים לתרופות שינה, 80 אחוזים מהם ניתנו לאוכלוסייה המבוגרת. מדובר במתן תרופות בצורה שכיחה ביותר, למרות העובדה שמרשמים אלו נושאים סכנות פוטנציאליות. הסכנות יכולות להיות יצירת תלות, התמכרות, נפילות ושברים ופגיעה בזיכרון ובאינטלקט. יש שני סוגי משפחות של תרופות שינה. משפחת המרגיעים הוותיקה והמוכרת לכולם כ'ווליום' ודומיו הנקראים משפחת הבנזודיאזפינים, והמשפחה הפחות מוכרת והחדשה יחסית, משפחת ה-Z, או בשמה הכימי זולפידם (Zolpidem).

קשה להוכיח את יתרונה של משפחת הזולפידם על פני משפחת הווליום. בכל מקרה רצוי לתת אותה לתקופה שלא תתארך יותר מחודש. על התרופה להיות בעלת פעילות קצרה של עד שמונה שעות. תרופה בעלת פעילות ארוכה עלולה להשפיע על הערנות בבוקר שלמחרת.

מקובל לייחס את בעיות השינה כאחד מהסימנים העיקרים לדיכאון, דהיינו, דיכאון גורם לבעיות שינה (Buysse, 2004). עובדות חדשות מוכיחות שישנה גם השפעה הפוכה. חוסר שינה גורם לדיכאון (Mallon, Broman, Hetta 2000). דיכאון ובעיות שינה קשורים, אפוא, זה בטבורו של זה. אלצהיימר ובעיות שינה אף הם שלובים זה בזה (חימוב, ורס 2009). אובדן היכולת להבדיל בין היום ללילה והפחד מהחושך גורמים לחולה הדמנטי להפרעות שינה. גיל המעבר ובעיות שינה הן מהתלונות השכיחות ביותר בקרב נשים במהלך המנופאזה. הטיפול המקובל היה מתן הורמון חלופי (אסטרוגן). כיום, עם הופעת הדיווחים האחרונים בספרות המקצועית על כך שמתן טיפול הורמונלי חלופי בצורת אסטרוגן עלול לגרום לשכיחות מוגברת למחלות לב ולאירועים מוחיים, השתנתה המדיניות, ויש לשקול את התועלת מול הסיכון עוד לפני נטילת ההורמון.

חלק רביעי: היבטים רפואיים גופניים

גיל המעבר אצל הגבר והאישה ואפקוד מיני

1. גיל המעבר אצל הגבר

"האם גם לי יש גיל מעבר?" "האם אוכל לקיים יחסי מין גם בגיל מבוגר יותר?" שאלות מעין אלו מטרידות גברים רבים.

בדומה למנופאזה אצל האישה, המופיעה עם הפסקת המחזור, קיימת גם אנדרופאזה אצל הגבר המבוגר. משמעותה היא ירידה ברמת הורמון המין הגברי. זוהי תופעה היכולה להשפיע על תפקודו הנפשי והגופני של הגבר. האם קיימות בעיות נוספות המשפיעות על התפקוד המיני בגיל המבוגר?

האבא, הגבר שבגברים, נשאר ללא אשכים

הבת שהתקשרה אליי בשעת ערב מאוחרת נשמעה מודאגת, "אבא נחלש", החלה לספר. כאן עשתה הפסקה לנשימה, והמשיכה: "זו לא סתם חולשה, הוא מתעייף מהר", אמרה "מבקש לנוח יותר מהרגיל. נוסף על כך המוטיבציה שלו ירודה, קר לו כל הזמן, הוא מזיע יותר מאשר בדרך כלל, החלה אצלו הופעת גלי חום כמו אצל נשים בגיל המעבר, הוא נראה כפוף יותר וסובל מכאבים בפרקים ובעצמות. ושלא תטעה, אבא מטבעו אופטימי, ממשיך בסדר יומו הרגיל, יוצא למועדון ומשתתף בשיעורי תנ"ך, אבל הוא נראה מודאג יותר כאילו כל צרות העולם רובצות על כתפיו. מצב המדינה מדאיג אותו, הוא יותר לוקח ללב, גם הסיפור עם אחי שנמצא בחו"ל מטריד אותו. הוא ממשיך להיות עצמאי אבל משהו השתנה בו. נכון, הוא בן 78, והרופאה בקופת חולים אמרה שזה קשור לגיל, אבל אני, כבת, זוכרת את אבא תמיד צעיר, גבר שבגברים. הייתי רוצה שייבדק בדיקה מעמיקה יותר כדי לשלול דברים אחרים. מה דעתך כגריאטר? גם אתה חושב שזה קשור בגיל?"

"לא" עניתי לה, "אני לא מסכים שמדובר בגיל, ומה שעולה בדעתי למשמע התלונות היא סיבה נפשית כמו דיכאון." חשתי רתיעה והתנגדות בצד השני של הקו, אך המשכתי

בשלי: "את יודעת, הדיכאון בגיל המבוגר זה לא מחלה פסיכיאטרית אלא מחלה גופנית אורגנית כמו יתר לחץ דם וסוכרת, והמטפלים, ולעתים גם בני המשפחה, נוטים להתעלם ממנו. אולי זה מאיים עלינו ונוח לנו כך. אני רואה מבוגרים רבים שאינם מאובחנים, ויוצא שאינם מטופלים, וחבל. יש כיום תרופות מועילות מאוד ממשפחת הפרוזק, ומאחר ותופעות הלוואי מעטות, כדאי לתת אותם. אפשרויות נוספות הן בעיות גופניות מסיבה ביוכימית, מטבולית או הורמונלית." "אולי חוסר הורמוני מין של הגבר," הרהרתי בקול, "מצב הנקרא אנדרופאזה על משקל המנופאזה, מה דעתך?" לא יכולתי לקבל מידע מהבת לגבי תפקודו המיני של אביה, אך חשתי בהקלה מעברו השני של הקו כשהעליתי את האפשרות של חסר בהורמוני המין של הגבר.

סיכמנו שאשלח הפניה לבדיקות המעבדה הדרושות כדי לבסס את האבחנה, ואחר כך אפגש עם אביה. שניהם הגיעו ביום שנקבע. האם לא הגיעה ואף לא הזכרה, ואני לא שאלתי מדוע. האב נעזר במקל הליכה, קומתו לא הייתה גבוהה והוא היה מעט כפוף. ניכר עליו שידע ימים יפים יותר. הוא היה אדם חביב, חברותי ושמח על תשומת הלב לה זכה. הוא לבש חליפה אפורה סולידיה. העניבה הייתה בעלת מבנה צר, ולראשו חבש כובע קש בצבע אפור עם שוליים לא רחבים. הוא הזכיר לי את אבי שהיה מתלבש באותה צורה לאירועים חגיגיים.

אני נוהג בתחילת המפגש להכיר מעט את עולמו של הפונה אליי. "ספר לי על עצמך, מצב משפחתי, תעסוקה, סדר יום, מחלות בעבר. בקיצור אני רוצה לדעת כל מה שבעיניך נראה חשוב." הבת התערבה מיד והחלה לדבר במקומו כאילו מנסה לגונן עליו. "האם אושפזת או נותחת בעבר?" שאלתי. היה רגע של שקט מבין: "כן." ענתה הבת בלשון רבים, "הייתה בעיה עם הפרוסטטה ונאלצנו לעבור ניתוח של כריתת אשכים," "האם מדובר בגידול בפרוסטטה?" ניסיתי להבין, אך היא עשתה לי סימנים שלא אשאל יותר מדי בנוכחות האב. חדלתי, למרות שכעסתי שעושים דברים מאחורי גבו של המטופל. לאחר שקיבלתי את ההיסטוריה המשפחתית והרפואית שלו, הכרזתי על רצוני לבדוק אותו וביקשתי מהבת שתשאיר אותנו לבד. היא נענתה באי־רצון שניכר היטב על פניה.

רווח לי, "עכשיו כשאנחנו לבד," אמרתי לו כממתיק סוד, "ספר לי, מה עם אשתך? האם אתם מקיימים יחסי אישות ויש ביניכם משיכה גופנית? האם קיימת זקפה של האיבר?" הוא היה מעט נבוך, "לא," ענה, "זה קרה מאז הבעיה של הפרוסטטה. לפני מספר שנים, הציעו לי לכתות את האשכים," אמר בחיוך נבוך, "ניסיתי להתנגד אך נאמר לי שזה הדבר הכי בטוח, לא כל כך הסבירו למה." הרהרתי בלבי, ודאי שלא הסבירו לו שתפקיד האשכים הוא ביצירת הורמון הטסטוסטרון, שאחראי על החשק המיני והזקפה. הוא זה

שמעורר את צמיחת תאי הגידול בבלוטת הפרוסטטה ולכן רצוי להסירם. אך הוא גם אחראי על חוזק השרירים והעצמות והרחקתו גורמת להופעת סימני המין הנקביים המשניים.

"האם דיברת על המצב עם אשתך?" שאלתי, "היכן היא עומדת בכל הסיטואציה הזאת?" הוא השיב בסבלנות: "לא מדברים על דברים כאלו בגיל שלנו." הנדתי בראשי בהבנה, עכשיו הכול ברור.

ביקשתי לערוך לו בדיקה גופנית. הסתכלתי על מסת השרירים המדולדלת, שנראית בעיקר בהיקף הזרוע ובכוח השרירים, ושמתיבטאת בלפיתה רופסת בזמן לחיצת כף היד. ניסיתי לשוות לבדיקה צורת התגוששות בין שני גברים: "בו נראה מי מפיל את מי בהורדות", הצעתי. לא הייתה בעיה להוריד אותו, חשתי מעט מאוד התנגדות בכף ידי. סקרתי את פיזור התשעורות על פני בית החזה, שהייתה דלילה עם צמיחת שדיים (גניקומסטיה), ירדתי למטה לאזור הבטן התחתונה (הפוביס) גם שם היה השיער דליל. היבטתי על האיבר, שהיה קטן ומכווץ, ומיששתי את שק האשכים שהיה ריק. התרשמתי שבגב מתחילה גבנונית (קיפוזיס) בחוליות עמוד השדרה. כוח השרירים ברגליים היה ירוד. הוא התקשה לקום מהכיסא ללא תמיכה בידיות הכיסא או בתמיכת הידיים במושב הכיסא. ביקשתי שינסה לקום ללא עזרת ידיו אלא ישלב אותן וינסה לקום, כך שכל הקימה תבוא מכוח שרירי הרגליים, בעיקר מהשריר הארבעיזרועי (קוודרופס), שמורגש בקדמת הירכיים. הוא ניסה מספר פעמים ונכשל. "התחל ללכת ונראה את צורת ההליכה." הוא החל ללכת, רגליו הורמו במעט מעל הרצפה, רק בשביל לאפשר את הניידות, אך מרחוק זה נראה כדשדוש (שלפינג). "הרם את רגליך", ביקשתי. הוא הרים מעט, עשה מספר צעדים וחזר לדשדש עד שהתעייף.

גם בדיקות המעבדה אוששו את האבחנה של חסר אנדרוגנים עקב כריתת האשכים. המלצתי על ג'ל אנדרוגן, המסייע בחיזוק השרירים ובהעלאת מסת העצם.

קבענו להיפגש בעוד שלושה חודשים, "אולי אתקשר אליך", הצעתי, "ותספר לי איך אתה מרגיש ואם השתנו היחסים עם אשתך." כאב לי על אותו 'גבר שבגברים' שהסירו את אשכיו עקב גידול בבלוטת הערמונית. חשתי חמלה עליו על כך שלא שיתפו אותו בקבלת החלטה כה משמעותית לגביו, כי 'על דברים כאלו לא מדברים'.

מהו טסטוסטרון? טסטוסטרון הוא הורמון המין הגברי המיוצר ברובו באשכים. הוא זה שנותן את רוב סימני המין המשניים הגבריים בגיל ההתבגרות כמו הופעת שיער הפנים, הזקן והשפם, קול הבס, ומעלה את מסת השרירים וחוזק העצם. הטסטוסטרון מעורר את הדחף המיני ואת הזקפה (ארקציה) במהלך יחסי המין. הוא נמצא תחת פעילות ציר ההיפותלמוס-ההיפופיזה.

מגיל 50 מתחילה ירידה ביצירתו באשכים ובהפרשתו לדם. מחקרים רבים הראו שריכוז הטסטוסטרון בגיל 30 הוא 600 ng. ריכוזו יורד בגיל 80 ל-400 ng, ערך הנחשב נמוך ועל כן יש לטפל במתן ההורמון (Gooren, 1996).

במה שונה גיל המעבר אצל הגבר מגיל המעבר אצל האישה? גיל המעבר אצל הגבר שונה מגיל המעבר אצל האישה בתופעות הבאות:

- הוא אינו מתחיל בנקודת זמן קבועה ומוגדרת, כמו שקורה אצל נשים כשנפסקת יצירת האסטרוגן בשחלות תוך ירידה חדה ברמות ההורמונים בדם.
- אין תופעה ברורה שיכולה לרמוז על תחילת הופעתו כמו הפסקת הדימום במחזור החודשי של נשים וסימני גיל המעבר.
- התהליך הוא הדרגתי, איטי, בעל קצב אישי ושונה מאדם לאדם. כ־20 אחוזים מהגברים מעל גיל 60 סובלים מחסר זה. רובם אינם מודעים לכך או מתעלמים ואף מכחישים את דבר קיומו.
- הגברים אינם נוטים לדווח על השינויים המתרחשים בגופם כמו השמנה, שינוי בתשעורת ובהרגלי הגילוח, צמיחת שדיים ודלדול שרירים (סרקופניה).

מהן התלונות? התלונות הנובעות מירידה בטסטוסטרון מחקות מצבים נפשיים של דיכאון, חוסר אנרגיה, עייפות, חולשה, שכחה, קושי בשינה וירידה בחשק המיני (ליבידו). קיים גם קושי להגיע לזקפה, באותם פעמים מעטות שבהם מנסים לקיים יחסי מין, ואובדן סימני מין משניים גבריים. נוסף על כך חלים שינויים במבנה הגוף, דלדול שרירים, ירידה במסת העצם (אוסטאופורוזיס), שמובילה לשברים ולהצטברות שומן באזור הבטן עם עלייה בעמידות לאינסולין.

השאלות המכוונות של הרופא יהיו על מצב הרוח, בעיות זקפה ומשיכה מינית, שינויים בהרגלי הגילוח, ירידה בתשעורת, שברים, חולשה, עייפות וירידה תפקודית.

גורמים משניים לחסר אנדרוגן. גידולים במוח באזור בלוטת יותרת המוח (היפופיז), חבלת ראש, חבלה או זיהום באשכים חידק או וירוס (חזרת), מחלת כבד, אי ספיקת כליות, מחלת ריאות חסימתית ותרופות נגד סרטן הערמונית, משתנים מסוג אלדקטון, תרופות הרגעה ופרוקור (Carnegie., 2004).

במה תתרכז הבדיקה הגופנית? הבדיקה הגופנית תתרכז בפיזור התשעורת בגוף באזורי החזה והגניטליים, צמיחת שדיים, כוח שרירים, צמצום שדה הראייה ומצב הפרוסטטה. רצוי לבצע בדיקות הורמונים בדם הקשורים לבלוטת ההיפופיזה והם: בלוטת התריס, פרולקטין, קורטיזון ובדיקת צפיפות העצם (BMD).

מהו הטיפול? הטיפול בבעיה הורמונלית יהיה במתן הורמון הטסטוסטרון. מתן הטסטוסטרון יכול לעשות את האדם לחיוני יותר, לשפר את דימוי גופו, את הערכתו העצמית ומצב רוחו. יכולת הריכוז ואיכות השינה ישתפרו, מסת השרירים וצפיפות העצם יראו מגמת עלייה ופעילותו המינית תגבר.

ישנן מספר צורות של מתן טסטוסטרון. ניתן למצוא בשימוש נרחב מדבקות (patch) או ג'ל. אפשר גם להזריק טסטוסטרון. לא ברורה יעילות הטיפול בו לאורך זמן ואם הסיכון מול התועלת מצדיק טיפול ארוך טווח. הסיכון הוא בהשפעות העלולות להיגרם לרקמות שרגישות אליו כמו בלוטת הערמונית ולגרום להן לעבור התמרה לסרטן. ההמלצה היא לתת טיפול קצר מועד למי שיש לו רמות טסטוסטרון מתחת ל-300ng. לפני התחלת הטיפול יש לקיים מעקב אחר גודל הערמונית על ידי בדיקה רקטלית, בדיקת אנטיגן PSA, רמת ליפידים והמטוקריט בדם. יש צורך במעקב מדי שלושה חודשים (Bhasin 2006).

כדי ללמוד על רמת התפקוד המיני נעזרים בשאלון המכיל עשרה נושאים המתייחסים לתפקוד המיני של הגבר המבוגר. ירידה בנושאים 1, 4 וירידה של שלושה נושאים אחרים מעלים חשד לחסר בטסטוסטרון (Morley., 2000)

- | | |
|----------------------------|----------------------|
| 1. ליבידו (רצון, חשק מיני) | 6. אנרגיה |
| 2. כוח שרירים | 7. גובה |
| 3. הנאה בחיים | 8. שמחה |
| 4. זקפה | 9. פעילות ספורטיבית |
| 5. ביצוע עבודה | 10. שינה אחר הצהריים |

2. גיל המעבר אצל האישה

גיל המעבר (המנופאזה) עבר מהפך בשנים האחרונות. מדימוי של בלות ואובדן הנשיות הוא הפך למושג המסמל חופש, רעננות ושחרור.

האישה הדאגנית וגיל המעבר

שולה הגיעה אליו בקשר לבעלה רפי. הוא סבל ממחלת הפרקינסון והיא נהגה לקבל את מרשם התרופות שלו. שמתי לב שהייתה מוטרדת בכל פעם שבאה לבקש את המרשם. נראה היה שדאגתה מופרזת שכן מצבו היה תקין ומחלתו הייתה בשלביה המוקדמים.

שולה הייתה חוזרת ושואלת על הקשר בין התרופות שבעלה נוטל ותפקודו היומיומי. הייתי חוזר ומסביר לה באריכות את החשיבות בנטילת התרופות בזמנים קבועים, ואת השפעתם על הקימה, ההליכה ושאר הפעולות היומיומיות. למרות הסבריי, חשתי שמשוהו אחר מעסיק אותה בקשר למחלה ולפעילות.

לקראת סוף הביקור שאלתי אותה לשלומה. היא הופתעה מעט מהסטת הנושא מבעלה אליה, ונראה שלא הייתה מוכנה לשאלתי. היא סיפרה על קשיי שינה, מתח, חרדה וחוסר סבלנות כלפיו וכלפי בני המשפחה ולפתע פרצה בבכי בלתי פוסק. הבנתי שהביקור מתחיל כעת ולא מסתיים.

נשים בגיל המעבר אינן מרבות להתלונן למרות הספרות הרפואית שקובעת שנשים מתלוננות יותר. הן עסוקות עם המשפחה בענייני חתונות ונכדים ומחויבותן למקום העבודה גדול. חיזוק לטענתי מצאתי במאמר שהופיע בעיתון **הרפואה** על חוסר אבחון של התקפי לב אצל נשים שנבע הן מחוסר מודעות של הרופאים אך גם מחוסר תלונות מצד הנשים (ריסין, יוספי, קלר 1998).

שולה הייתה בת 55, צעירה יחסית לבעלה שהתקרב לשנתו ה־70. ההבדל ביניהם היה ניכר. הנחתי שגם גיל המעבר משפיע עליה, אך בשלב זה של השיחה שתקתי וחיכיתי שתירגע. היא מחתה את דמעותיה והתנצלה על בכיה. אמרתי שזה טוב שהוציאה את אשר על לבה וכדאי לשמוע מה באמת מציק לה. היא חזרה על תלונותיה הקודמות שקשה לה להירדם, על כך שהיא מתוחה ולא רגועה, שמשוהו מפריע לה והיא מתרגזת ומאבדת בקלות את סבלנותה. גלי חום עם סומק וזיעה מטרידים אותה, וכמובן מחלת

הפרקינסון של בעלה. היא חשבה שאלו הם סימנים של גיל המעבר, זה עבר במוחה אך היא הדחיקה את הנושא ולא עשתה אתו דבר. היא חשה שהיא מזדקנת, למרות גילה הצעיר יחסית, אך אינה מתלוננת ומקבלת עליה את הדין.

בהמשך היא סיפרה על הקושי שלה עם מחלת הפרקינסון של בעלה. לא ידעתי אם לחזור לנושא תלונותיה או לזרום בקצב שלה. החלטתי לתת לה להוביל ולהכתיב את הקצב. חשבתי לעצמי שייתכן וסימני גיל המעבר תורמים לראייתה השלילית של המחלה. חזרתי ואמרתי שמחלתו של בעלה היא בשלב הראשוני כך שאין מחלתו ניכרת עליו שכן התקדמותה אטית. ניסיתי לעודד אותה וציינתי שכיום, עם התקדמות הרפואה, בוודאי ימצא פתרון בקרוב, ועליה לחשוב בצורה חיובית ואופטימית.

שאלתי על האפשרות של קשר בין סימני גיל המעבר שלה והקושי להתמודד עם מחלת הבעל. הוספתי שקיימים בשבילה טיפולים שונים כמו מתן הורמונים חלופיים או חומרים טבעיים. היא התקשתה לחזור לעצמה וחשתי שהיא נלחמת עם התנגדותה אך לבסוף נעתרה ואמרה: "בעצם אתה גם הרופא שלי ולא רק של בעלי." חיזקתי את דבריה שאכן אני הרופא שלה באותה מידה, ועכשיו אשמח לדון בבעיותיה ולסייע לה ככל שאוכל.

מהו גיל המעבר? גיל המעבר, הנקרא מנופאזה, מתבטא בהפסקת הדימום של המחזור החודשי (וסת). הפסקת המחזור הוא גיל פיזיולוגי של הפסקת פעילות (אטרופיה) השחלות וחוסר ייצור הביציות בה. עקב זאת חלה ירידה חדה בהפרשה של הורמונים לדם ולמערכת הרבייה של האישה. הירידה החדה בהורמוני המין עלולה להשפיע על נשים רבות, אם כי לא על כולן, רבות חולפות את התקופה ללא תסמינים.

מהם תסמיני גיל המעבר אצל האישה? ישנם מספר תסמינים המזהים את גיל המעבר:

- גיל המעבר מתחיל בנקודת זמן קבועה ומוגדרת. בגילאי 50-55 ייתכנו תלונות על אי־סדירות במחזור מספר חודשים טרם הפסקתו.
- הפסקה חדה של יצירת האסטרוגן בשחלות וירידה חדה ברמות ההורמונים בדם.
- גלי חום, הזעות לילה, עייפות, מצבי רוח, השמנה, דיכאון, יובש בנרתיק והאצת תהליך בריחת הסיידן מהעצם.
- תלונות אלו מופיעות באופן שונה. ישנן נשים שסובלות יותר ואחרות פחות.

מהי התוצאה של מחסור באסטרוגן אצל האישה? הירידה באסטרוגן מלווה בירידה בזרימת הדם לנרתיק וכתוצאה מכך סיכנו ולחלוחיות פוחתת ורירית הנרתיק נעשית דקה ושבירה. המצב העלול לגרום לכאבים ואי־נוחות במהלך קיום היחסים.

המחסור באסטרוגן משפיע גם על פיזור רקמות השומן בגוף מההיקפים למרכז, האצה באובדן מסת העצם (אוסטאופורוזיס), הזדקנות העור ופגיעה בקצב ריפוי פצעים. הטיפול יהיה בקרם הורמונלי מקומי לנרתיק שלוש פעמים בשבוע למניעת יובש ברירית. למתן תרופות הורמונליות דרך הפה, אין השפעה על החשק או על התפקוד המיני.

מהו הטיפול במנופאזה? הטיפול במנופאזה עד לשנת 2002 היה מתן טיפול הורמונלי חליפי (HRT (Hormone Replacement Therapy כדור אסטרוגן משולב עם פרוגסטרון לכל אישה באופן קבוע. ההיגיון היה שמאחר והגוף אינו מייצר יותר את ההורמונים, עלינו להשלים אותם בצורת כדורים חלופיים המהווים תחליף לייצור העצמי של הגוף. בשנת 2002 פורסמו הממצאים במחקר (WHI Women Health initiative) שהראו שהטיפול ההורמונלי גורם לסיכונים לתחלואת לב, סרטן השד, קרישיות יתר של הדם וירידה קוגניטיבית.

הטיפול ההורמונלי החלופי ניתן גם ללא תופעות של גיל המעבר. הראייה הטיפולית הייתה לתת טיפול הורמונלי חלופי גם כשלא נמצאו שינויים הקשורים בגיל. מאז פרסום הממצאים במחקר WHI שהראו שהטיפול ההורמונלי הוא אמנם בעל יתרונות לתופעות גיל המעבר, אך גם עם סיכונים רבים, המגמה השתנתה, ומתן הורמונים הוגבל לנשים בגיל המעבר הסובלות מתופעות הגורמות לפגיעה קשה באיכות חייהן.

מהו המחקר שגרם למהפכה בטיפול? מחקר WHI הוא מחקר אורך שעקב אחר 16,000 נשים והשווה בין שתי קבוצות, האחת נוטלת הורמונים והשנייה קבוצת ביקורת שנטלה כדורי אינ'בו (פלצבו). כעבור חמש שנות מעקב החוקרים הבחינו בעלייה משמעותית בסיכון לתחלואת הלב, שבץ מוחי, תסחיפים לריאות, עלייה במקרי סרטן השד ובירידה קוגניטיבית גדולה יותר אצל הנשים שטופלו בהורמונים מאשר הקבוצה הלא מטופלת. ממצאים אלו גרמו לזעזוע ולהיפוך המגמה בה ניתן טיפול הורמונלי חלופי כמעט לכל אישה.

האם יש טיפול אלטרנטיבי יעיל כנגד תסמיני גיל המעבר? אין כיום טיפול יעיל נגד תסמיני גיל המעבר פרט למתן הורמונים. קיימות אמנם תרופות לא הורמונליות לטיפול בגלי חום ממשפחת נוגדי דיכאון ונוגדי אפילפסיה, אך תופעות הלוואי שלהן רבות. הגישה הטבעית מציעה טיפול משולב של תזונה, פעילות גופנית, תוספי מזון, צמחי מרפא, תזונה צמחונית עשירה בסויה, זרעי פשתן, דגנים מלאים וצמחים ממשפחת הקטניות המכילים פיטואסטרוגנים. נמצא שצריכה מוגברת שלהם מפחיתה את תסמיני גיל המעבר. גם ויטמין E וצמחי מרפא בעלי פעילות טבעית המחקר אסטרוגן, כמו צמח הקוהוש השחור, למשל, גם הם נמצאו יעילים.

גיל המעבר ותהליך האוסטאופורוזיס. עם הופעת גיל המעבר חלה האצה בתהליך האוסטאופורוזיס. אחת הסיבות לשימוש הנרחב בהורמונים מסוג אסטרוגן היה כדי למתן את התהליך. נמצא שמתן אסטרוגנים אכן מיתן את האוסטאופורוזיס והוריד את שכיחות השברים. כיום ניתן להשתמש גם בתרופות אחרות בנות עצם.

3. תפקוד מיני

הגיל אינו מהווה מחסום לקיום יחסי מין, ואף אינו מגביל את החשק המיני. כמובן שהעוצמה והתכופות פוחתות. יחסי המין הם חלק מהאינטימיות הקיימת בין בני זוג המתבטאת במגע גופני ובקשר רגשי. הרצון לקיים יחסי מין והאינטימיות המלווה אותו נחוצה למילוי הצרכים הגופניים והנפשיים, ומהווה חלק מאיכות חייו של כל אדם. קיים טאבו בחברה, שזהו נושא שלא מדברים עליו בגיל המבוגר. קיימות דעות קדומות ורתיעה שלילית מכל אירוע המבטא צורך בקיום פעילות מינית.

התקף הלב ויחסי המין

"הכול היה מהיר מאוד. מרגע שהחלו הכאבים בחזה, ועד השחרור הביתה מבית החולים, חלפו רק 48 שעות. חזרנו הביתה לאחר אשפוז של יממה בטיפול נמרץ לב. למעשה אובחן התקף לב."

זאת היתה מתנת יום הולדת של בעלי, התכוננו לציין זאת בטיול למזרח הרחוק. עכשיו התכניות השתנו, ביטלתי את הנסיעה. הרופאים לא אמרו הרבה, הכול היה מאוד טכני, מכניסים את בעלי לצנתור, מדגימים את העורקים, ממקמים את החסימה, פותחים מה שניתן לפתוח ושולחים הביתה. ממש אינסטלציה, תחזוקת צנרת. מכתב השחרור הציג נתונים יבשים, שבועיים מנוחה וחזרה הדרגתית לעבודה ולפעילות גופנית."

ציפי הייתה אישה נאה ומושכת, שיערה היה קצר ואדמוני. היא הייתה כבת 60. בעלה היה מבוגר ממנה בשנים אחדות, הוא היה אחראי על כל גני הילדים בעיר, תפקיד שהיה כרוך בלחץ רב "אתה יודע איך זה בערייה, לחץ אחד גדול, מעליך הממונים וראש העירייה הרוצים שקט, ומתחתיך הגגנות, ועדי ההורים והאימהות." אמרה ציפי. "כשבעלי היה חוזר מהעבודה הטלפונים רדפו אחריו. הוא הביא את העבודה הביתה עד שהחלטתי לשים לזה סוף. אני עונה לטלפונים ומסננת אותם."

החלטתי להקפיד על הדיאטה שלו והסתרתי את כל העוגיות והשוקולדים שהיה זולל לפני השינה. את עישון הסיגריות הוא הפסיק לפני כעשר שנים לאחר שהתקשה לעלות לקומה השנייה, או לקצוץ את הדשא בגינה. מאז הפסקת העישון הוא עלה מאוד במשקל ועכשיו עליו להפחית עשרה ק"ג.

מאז התקף הלב החיים שלנו השתנו. אני חוששת שאסור לו להתאמץ יותר מדי, אז הורדתי מאחריותו את מעט העבודות שכבר היה עושה בבית כמו זריקת זבל, סידור חדר העבודה ועבודות הגינה, שהייתה קודם לכן ממלכתו. גם הוא חושש לעשות מאמץ וממעט לצאת מהבית. אפילו למכולת או לטיול קצר. נראה לי שהוא איבד את שמחת החיים ומסוגר בתוך עצמו. גם היחסים בינינו כבר לא מה שהיו."

"האם כוונתך ליחסי אישות?" שאלתי. ציפי השיבה בחיוב בקול חרישי. הסברתי לה שמאחר ובמהלך היחסים נגרם מאמץ, כדאי שנשוחח על כך. ניכר עליה שהיא נבוכה, מעט אודם פשט בלחייה. "אתה יודע", אמרה, "אתה הראשון ששואל אותי, אף אחד לא דיבר אתנו על זה. האמת היא שהפסקנו לקיים יחסים מאז התקף הלב."

מצבים רפואיים הפוגמים בתפקוד המיני. לשם תקינות הפעילות המינית יש צורך באינטגרציה של תהליכים פסיכולוגיים, נוירולוגיים, וסקולריים והורמונליים. קיום יחסי מין אצל גברים דורש מאמץ אירובי לבריאות השווה לעלייה של שתי קומות במדרגות. נוסף על כך יש צורך בזרימת דם תקינה לאיבר המין לקבלת זקפה. כל מחלה הפוגעת באינטגרציה של תהליכים אלו, בזרימת החמצן לריאות וללב ובזרימת הדם לאיבר המין, תפגע בתפקוד המיני.

מהן הסיבות הגורמות לירידה בתפקוד המיני של הגבר והאישה בגיל המבוגר? הירידה ברמת ההורמונים (הטסטוסטרון והאסטרוגן) היא רק חלק קטן מהתמונה הכוללת של הבעיה בתפקוד המיני אצל האוכלוסייה המבוגרת. כיום מודעים לכך שלמעלה מ־50 אחוז מהבעיות בתפקוד המיני וביכולת הזקפה בקרב גברים הם על רקע של פגיעה בכלי הדם העורקיים או הוורידיים. שאר הסיבות הן פגיעות נוירולוגיות של מערכת העצבים, בעיות פסיכולוגיות והשפעה תרופתית.

פגיעות בכלי דם (בעיות וסקולריות) נמצאו אצל גברים עם גורמי סיכון לטרשת עורקים כמו עישון, עודף משקל, יתר שומנים בדם, יתר לחץ דם וסוכרת. הסיבה היא היצרות עורקית באזור האיבר (הפניס), שנובעת כתוצאה מתהליך של טרשת עורקית (אטרוסקלרוזיס) או מפגיעה בכלי דם ורידיים, עקב זרימה ורידית מהירה.

בעיות פסיכולוגיות אצל גברים נחשבו בעלות תפקיד מרכזי עד שנות השמונים של המאה העשרים. הדעה אז הייתה שכ־90 אחוזים מהבעיות בתפקוד המיני הן על רקע פסיכולוגי. בעיות פסיכולוגיות מוכרות לנו במקרים של דיכאון, חרדה מכישלון ותסמונת האלמן המנסה לבנות מערכת יחסים חדשה ועדיין חש נקיפות מצפון.

בעיות נוירולוגיות אנו מוצאים כתוצאה מפגיעות במוח לאחר אירוע מוחי, טרשת נפוצה, פגיעות בעמוד השדרה ומחלת הסוכרת. בעיות הורמונליות (אנדוקריניות) נוספות הן פגיעות מרכזיות הקשורות לפעילות ציר ההיפותלמוס־ההיפופיזה. בלוטת יותרת המוח (היפופיזה) נפגעת ממצבים כמו גידולים בבלוטה, עודף ייצור פרולקטין (היפרפרולקטינימיה) ותת־פעילות בלוטת התריס (היפוטיירואיד).

תרופות גורמות ל־25 אחוזים מהבעיות בתפקוד המיני. בעיקר תרופות נוגדות יתר לחץ דם מסוגים מסוימים כמו משתנים – תיאזידים ואלדקטון, תרופות אנטיכולינרגיות מסוג נוגדי דיכאון וחוסמי היסטמין מסוג פמוטידין, נוגדי קצב הלב (אנטיאיריתמיים) מסוג פרוקור, סטרואידים ותרופות הניתנות לטיפול בסרטן הערמונית.

מצבים רפואיים אחרים הם לאחר ניתוח לכריתת פרוסטטה, תת־זונה קשה, אי־ספיקת כליות או כבד, שחפת ומחלת ריאות חסימתית. בעיות בפרקים הגורמות לכאבים ולהגבלה בתנועה יכולות להקשות ולגרום לאי־נוחות. יש למצוא את התנוחה המתאימה שאינה מסבה כאב או אי־נוחות. יש לשקול מתן נוגדי כאבים. מחלות ניווניות מסוג פרקינסון יגרמו לנוקשות בתנועה והגבלה בתפקוד.

מחלות לב ותפקוד מיני. מחלות לב נפוצות באוכלוסייה המבוגרת הסובלת ממכלול בעיות בתפקוד הלב כמו אי־ספיקת הלב, הפרעות קצב, חסימה בכלי הדם הכליליים של הלב ופגיעות במסתמים. כל אלו עלולים לגרום לחשש מפעילות מינית עקב המאמץ הכרוך בה. באופן כללי, פעילות מינית בטוחה לאדם המבוגר הסובל ממחלת לב. המאמץ הגופני הדרוש אינו משמעותי, למרות האצת הדופק והעלייה בלחץ הדם המתלווה אליה. האפשרות של קבלת התקף לב במהלך הפעילות המינית עם בת הזוג הקבועה הוא גבוה אך במעט מאשר בעת מנוחה. לאחר התקף לב עדיף לדחות את הפעילות המינית למשך שבועיים ולבצעה במתינות. במקרים קשים של מחלות לב (בעיות של מסתמים ואי־ספיקה קשה), הבאים לידי ביטוי בקושי בנשימה או בתעוקת חזה במאמץ קל או בטיפולס מדרגות של קומה אחת, יש לנקוט זהירות ולהתייעץ עם קרדיולוג על מנת לקבל טיפול שיאפשר ביצוע המאמץ הכרוך בפעילות המינית.

האם כריתת רחם משפיעה על התפקוד המיני? מדובר בניתוח שכיח ביותר אצל נשים. שליש מהנשים שרחמן נכרת הן מעל גיל 60. הניתוח אינו משפיע על התפקוד המיני. ייתכנו השפעות פסיכולוגיות של תחושת אובדן הנשיות לאחר הניתוח, תחושה המלווה בירידה בחשק המיני.

מדוע נשים בגיל המבוגר מפחיתות את הפעילות המינית? קיימים הסברים רבים: שכיחות גבוהה של אלמנות והעדר בן זוג. בעיות בריאות של שני בני הזוג המקשות על הפעילות המינית, וכן ליקויים בתפקוד המיני, כמו העדר זקפה אצל בן הזוג ויובש בנרתיק.

אוננות כביטוי מיני. אוננות יכולה להוות פתרון לאלמנות או לזוגות הסובלים מבעיות בריאות או מקשיים בתפקוד המיני.

יחסי מין במסגרות לאשפוז ממושך. מאחר ואין הגבלת גיל לקיום יחסי מין ולחשק המיני, יש לאפשר פרטיות במסגרות שבהם שהייה קבועה, נגישות, ולספק תנאים סביבתיים המאפשרים קיום יחסי מין. על הצוות המטפל לשמור על פרטיות המטופלים ולנהוג בדיסקרטיות המתחייבת.

מהו הטיפול? בגבר עם חשד לבעיות פסיכולוגיות נוכל לאבחן אם הבעיה היא גופנית (אורגנית) או נפשית (פונקציונלית), וזאת באמצעות בדיקה במעבדת שינה, שבה ניתן לבחון הגעה לזקפה במהלך השינה. פשוט יותר יהיה לשאול את המטופל אם קיימת זקפה במהלך הלילה.

כשקיימת פגיעה בכלי הדם (בעיה וסקולרית) ניתן לבצע דופלר המודד את זרימת הדם העורקי והווריד באיבר, המאבחן חסימות כלי דם בעורקים או בריחה ורידית. כאשר היחס של הלחץ הסיסטולי בין העורק באיבר והעורק הברקיאלי בזרוע הוא מתחת ל-0.75, הדבר מצביע על פגיעה עורקית. גם הבדיקה הגופנית תאשש את קיומה של בעיה וסקולרית.

הטיפול בבעיות וסקולריות קיבל תפנית עם הופעת גלולת הפלא הכחולה הוויאגרה, ששינתה את הגישה ליחסי המין בקרב מבוגרים, בהמשך נוספו גם הסיאליס והלויטרה. הגלולות משפרות את זרימת הדם העורקי באיבר המין על ידי הרפיית השריר החלק הנמצא בדופן כלי הדם והרחבתו. האוכלוסייה המבוגרת הסובלת מהיצרות של כלי הדם יכולה ליהנות מהתרופות. מומלץ להתחיל במינון נמוך של 50 מ"ג. ליטול כשעה לפני קיום היחסים, אז הגלולה נספגת באופן אופטימלי. מומלץ ליטול את הגלולה על קיבה ריקה. אם אין שיפור רצוי להעלות את המינון ל-100 מ"ג. תופעות לוואי אפשריות הן כאבי ראש וסומק וגודש באף שחולפים עם ירידת הריכוז בדם. יש להיזהר ולהימנע מלקיחתה אצל גברים הנוטלים תרופות מסוג של ניטריטים כמו קורדיל. חל איסור (התווית נגד) על מתן תרופות אלו לגברים שעברו התקף לב או שבץ מוחי והסובלים מתת-לחץ דם.

הגבר שהגיע אליו למרפאה, ושאל בהיסוס על האפשרות לקבל ויאגרה, נענה על ידי בצורה הטבעית ביותר תוך מתן מרשם והסבר. הוא חזר בביקור הבא והודה לי על הסרת הבושה ועל השיפור בחיי המין שלו.

לגברים שלא ניתן לתת להם גלולה מהסיבות שפורטו לעיל קיימים מרחיבי כלי דם מקומיים בצורת נרות או הזרקות הניתנות לתוך האיבר וגורמות לזקפה. קיימים גם התקנים המושתלים באיבר וגורמים לזקפה. בכל מקרה יש לפנות ליעוץ אורולוגי.

לסיכום, הגיל אינו מחסום לתפקוד מיני, וניתן לתפקד וליהנות ממנו אך כדאי להיות מודעים למגבלות ולמחלות ולעקוף אותן. האינטימיות הגופנית והרגשית יכולה להמשיך ולהתקיים בין בני הזוג אף ללא קיום יחסי מין.

פרוסטטה מגדלת - הבלוטה בצומח השואל

הגדלת בלוטת הערמונית (פרוסטטה) מתבטאת בהפרעה בהטלת שתן. גברים רבים חושבים שבעיה זו קשורה לתפקוד המיני ולכן מדחיקים אותה ולא מדווחים עליה לרופא המטפל. הבלוטה, הממוקמת במוצא השלפוחית ובבסיס איבר המין, שולטת הן על מתן השתן והן על פליטת הזרע. מיקום שולט זה ועלייה בשכיחות התופעה של הגדלתה עקב הגיל, יצרו סיפורים ומיתוסים על קשר בין הבלוטה והתפקוד המיני.

האיש שפחד מבלוטת הערמונית

"דוקטור, הפרוסטטה שלי מפחידה אותי," אמר לי יעקב כשישב מולי במרפאה. נדהמתי מהפתיחות הרבה ומדיבורו הישיר והטבעי, כאילו התלונן על לחץ דם או על סוכר גבוה. גברים בדרך כלל אינם מרבים להתלונן, במיוחד לא על בלוטת הערמונית.

יעקב היה בן 70, גבוה ושזוף ונראה טוב לגילו. גופו היה חסון ונדמה כאילו הגיע זה עתה מחופשת סקי. צדקתי בהשערתי, הוא חזר לפני מספר ימים מחופשה באלפים. הוא היה בעליה של הוצאת ספרים. היכרתי אותו מייעוץ קודם. הוא נחשב לבוס ריכוזי וקשוח שהכול בשליטתו. גם עם ילדיו נהג בקשיחות. לפני מספר שנים פרש מהחברה והעביר לבנו ולבתו את ניהולה. למרות שפרש שמר לעצמו חדר בחברה כדי להישאר במרכז העניינים.

"אתה יודע," אמר לי לאחר שהתיישב, "זרם השתן איטי בתקופה האחרונה והוא מסתיים בטפטוף איטי עד שאני מאבד את סבלנותי, מרים את מכנסיי ומרטיב אותם. בתקופה האחרונה אני הולך לשירותים לעתים תכופות. לפעמים אני לא מספיק לחזור לחדרי וכבר שוב מרגיש צורך להשתין. הפקידות במשרד מחייכות מהריצות התכופות שלי, אך לא אומרות דבר. לי זה לא ממש מפריע והייתי יכול לרוץ כך עוד שנה, אבל בני, זה שנטל את ניהול החברה, נכנס יום אחד לחדרי, סגר את הדלת כדי שהפקידות לא תשמענה ואמר: "אבא, עליך לעשות משהו בנדון, אינך יכול לרוץ לשירותים כל דקה, כל המשרד מדבר עליך. לך להיבדק אצל הרופא שלך. אז באתי." אמר, "אתה זוכר ששלחת אותי לפני מספר שנים לבצע אולטרה-סאונד של השלפוחית ונמצאה שארית שתן של 60 cc לאחר ההשתנה, כמות קטנה, ואז החלטנו שאנו ממתינים ולא מתחילים שום טיפול?" הנהנתי בחיוב בעודו ממשיך

"ביחסי המין לא היה שינוי כך שזה ממש לא הדאיג אותי. בחופשה האחרונה קרה לי בפעם הראשונה שהתקשיתי להטיל את מימי, למרות שכיס השתן היה מלא ולחץ לי

מאוד. הייתי במתח רב שהנה הגיע הרגע שבו כיס השתן ייסתם אחת ולתמיד. המתנתי דקות ארוכות עד שהופיעו הטיפות הראשונות שהפכו לזרם דקיק שלעיתים התחזק מעט, אך לא כפי שהיה בעבר. אומר את האמת, אני מפחד שמא יום אחד לא אוכל לתת שתן ואזדקק לקטטר. זה אחד הסיוטים הקשים ביותר שלי, במיוחד אני חושב על כך לפני יציאה לחופשה. זה יהיה נחמד להחליק על השלג עם קטטר כששקית השתן מתעופפת לה מאחורי כשובל..." אמר בחיוך ציני.

"תירגע", אמרתי, "מדוע שתזדקק לקטטר? כיום ישנם מספיק אמצעים אחרים למניעת חסימת מוצא השלפוחית. אפרופו קטטר, גם אם תזדקק לו באופן דחוף עקב חסימת שתן פתאומית, הרי זו פרוצדורה פשוטה שניתנת לביצוע במרפאה או בבית, והיא זמנית בלבד עד לשימוש באחד האמצעים שעליהם נדבר בהמשך. אבל מדוע נקדים את המאוחר, בוא נבדוק אותך בדיקה גופנית. זאת בדיקה לא נעימה המתבצעת באזור פי הטבעת ושמה בדיקה רקטלית. הבדיקה מאפשרת להרגיש עם האצבע את גודל הפרוסטטה ובהזדמנות זו ניתן למשש את רירית המעיים באזור האמפולה הרקטלית, מקום יציאת הצואה, ולשלול פוליפים או גידולים השכיחים בה. בסיום הבדיקה ניקח דוגמת צואה ונבצע בדיקת דם סמוי."

הרהרתי לעצמי: הבדיקה הרקטלית היא בדיקה מביכה מאוד למטופל מחד גיסא, אך מאידך גיסא היא נותנת מידע רב לרופא. לא ניתן להשלים בדיקה גופנית באדם מבוגר ללא בדיקה רקטלית. הייתי נוזף ברופא מתמחה שלא היה מבצע אותה. על מנת למנוע מבוכה מהמטופל, אני נוהג תמיד להסביר לו את העומד להתרחש ומבקש את הסכמתו. בהמשך, מבצע את הבדיקה בזריזות ובטבעיות. כך נהגתי גם עם יעקב. "קדימה, הסר את מכנסך, שכב בבקשה על הצד עם הפנים לקיר, וקפל את הברכיים." ביקשתי. חבשתי כפפה, מיסכתי אותה בווזלין, הכרזתי "מוכנים" והחדרתי את אצבעי לתוך הרקטום.

הבדיקה ארכה שניות בודדות, הרגשתי את הפרוסטטה הבולטת והמותחמת בתוך האמפולה הרקטלית. היא הייתה רכה, סימטרית, חלקה וללא קשריות. רירית האמפולה הרקטלית גם היא הייתה תקינה, חלקה וללא גידולים או פוליפים. לקחתי דגימת צואה לדם סמוי ושלחתי למעבדה. "טוב", אמרתי, "אכן קיימת הגדלה של בלוטת הפרוסטטה הנקראת בלשוננו 'הגדלה שפירה של הערמונית'."

רצוי לחזור על בדיקת האולטרה-סאונד של הבטן התחתונה על מנת לוודא מה גודלה של הפרוסטטה, ואם נותרה שארית שתן לאחר ההשתנה. במידה וקיימת שארית שתן גדולה, למעלה מ-200 סמ"ק, לאחר סיום ההשתנה, הדבר מצביע על חסימה חלקית,

ורצוי להתחיל בטיפול תרופתי או כירורגי על מנת למנוע חסימה מלאה והגברת חומרת התלונות. "אז מה אתה אומר, האם הדברים כעת יותר ברורים והאם נרגעת מההסבר ומהבדיקה?" שאלתי.

חיוך של הקלה פשט על פניו, "אני אצטרך לקחת תרופות לכל החיים?" שאל. "לא," השבתי, "רק בשלב ההתחלתי, אחר כך נמצא פתרון אלגנטי בעזרת ייעוץ עם אורולוג מומחה. ישנן מספר שיטות להקלת הלחץ: חימום או אידי האזור של הפרוסטטה, או ניתוח להסרת חלק מהפרוסטטה דרך השופכה, זאת אומרת ללא צורך בפתיחת הבטן. בינתיים נחזור על בדיקת האולטרה-סאונד כדי לבדוק אם יש שינוי בגודל הבלוטה ובכמות שארית השתן, באותה הזדמנות, נבדוק גם את לחץ הדם שלך."

הייתה לי מטרה נוספת, אחת התרופות הנפוצות (קרדורה) המורידה את נפח השריר בחלק העוטף את הפרוסטטה, משמשת גם להורדת לחץ דם על ידי הרפיית השריר החלק הנמצא בדופן כלי הדם. חשבתי שניתן יהיה לתפוס שתי ציפורים במכה אחת; גם להוריד את לחץ הדם וגם להקטין את הפרוסטטה. זכרתי שמאחר והמטופל מקבל תרופה להורדת לחץ דם, ניתן יהיה להחליפה בתרופה אחרת הפועלת להורדת לחץ דם ובמקביל מקלה גם על הפרוסטטה, כך המטופל לא ירגיש שהוא נוטל תרופה נוספת.

ידעתי שלעתים מתן תרופות "לכל החיים" גורמת לחולה לסוג של הימנעות ולהכחשת הבעיה, ורציתי למנוע את התגובה הזאת. נוסף על כך ביקשתי שישלח מחר בדיקת שתן לתרבית ויקבל הסבר מאחות המרפאה על דרך הביצוע. המלצתי על כמה דרכים למנוע את דחיפות מתן השתן ולעיתים אף על בריחתו. למשל, לא לשתות משקאות מכילי קפאין (קפה, תה וקולה), שהם משתנים ומעוררים לפני השינה, ולהגביל באופן כללי את כמות השתייה.

"אם יש לך מספר דקות, חשבתי לתת לך הסבר קצת יותר מפורט על הפרוסטטה, אם אתה מעוניין בכך." אמרתי. הוא פשט את רגליו קדימה, התרווח בכיסא והקשיב.

מהי הבלוטה הזאת ומה עושים נגד הגדלתה? הפרוסטטה, בלוטת הערמונית, נקראת כך עקב צורתה הדומה לערמון. הבלוטה שוכנת במוצא כיס השתן בצומת השולט אסטרטגית על נתיב יציאת השתן מהשלפוחית ועל נתיב פליטת הזרע. היא מהווה גורם שליטה ותפקוד לכל מה שקורה בצומת החשוב הזה. בתהליך פיזיולוגי רגיל, ישנה הגדלה שפירה של הפרוסטטה. תהליך זה קשור לשינויים ההורמונליים המתרחשים עם הגיל אצל גברים. 20-50 אחוזים מהגברים בני 65 ומעלה לוקים בה, ועם עליית הגיל – למעלה מ־80 אחוזים. כתוצאה מהגדלה זו נחסם מוצא השלפוחית בהדרגה וכך מתרחשות תופעות ההיסוס בתחילת ההשתנה, השתנה בזרם חלש, קושי ומאמץ להשתין, תכיפות ודחיפות, השתנה לילית ואף עצירת שתן כללית.

האם יש קשר בין הפרוסטטה והתפקוד המיני? השאלה הזאת מציקה לגברים למרות שאינם שואלים זאת ישירות. הבלוטה שוכנת בעמדת שליטה בבסיס איבר המין ובמוצא שלפוחית השתן, מקום השולט הן על מתן השתן ועל פליטת הזרע. צינורית הזרע מגיעה מהאשכים בדרכה לאיבר המין, והשתן מגיע מהשלפוחית בדרכו לשופכה. למרות המיקום השולט אין קשר בין הפרוסטטה המוגדלת והתפקוד המיני. החשק המיני והזקפה של איבר המין אינם נפגעים עם ההגדלה של הפרוסטטה. לעומת זאת, הסרת הפרוסטטה בשלמותה או בחלקה עלולה לגרום לפגיעה בצינורית הזרע ובפליטתו.

אילו מצבים דומים להגדלת הפרוסטטה? בהערכה של החולה, על הרופא לשלול גורמים אחרים הנותנים תסמינים דומים, כגון זיהום (דלקות) בשתן, גידול, היצרות בשופכה, חבלה, מחלה נירולוגית, סוכרת ושימוש בתרופות המעלות את טונוס שריר הסוגר או המרפה את שריר השלפוחית. על מנת לשלול זיהום, עלינו לבצע בדיקת שתן כללית ותרבית. בדיקת נוגדנים ספציפיים לפרוסטטה (PSA) עוזרת לשלול סרטן הערמונית (Harris, Lohr, 2002).

בדיקות דם לתפקודי כליות ובדיקת סוכר יגלו הפרעה בכליות ומחלת סוכרת. קיימות בדיקות אירודינמיות ותרשימי זרימת השתן המתבצעות בעזרת מכשור אלקטרוני. זרם בקצב הנמוך מ־10 סמ"ק לשנייה מעיד על הפרעה חסימתית. מבחן לחץ זרימה בודק את הלחץ בשלפוחית בזמן ההשתנה. על פי תוצאות הבדיקה ניתן לקבוע אם מדובר בבעיה נירולוגית בתפקוד שריר השלפוחית או בחסימתה.

מבחן עצמי להערכת חומרת הבעיה. המטופל יכול לדרג את תלונותיו לפי חומרתן בעזרת שאלון קצר שפותח על ידי החברה האורולוגית האמריקאית (Barry, 1992). המבחן ייתן למטופל הערכה על גודל הבלוטה וחומרת התסימנים. השאלון מורכב משבע שאלות שעל פי חומרת התסימנים ניתן לדרג את התשובות עליהן מ־5 עד 5 כשהניקוד המרבי הוא 35.

ניקוד של 0-7 מצביע על סימנים קלים, ניקוד של 8-19 על סימנים בינוניים וניקוד מעל 19 מצביע על סימנים חמורים.

השאלות הן:

- במהלך החודש האחרון, באיזו תדירות הייתה לך תחושה שלא רוקנת לחלוטין את השלפוחית עם סיום ההשתנה?
- במהלך החודש האחרון באיזו תדירות היה לך צורך בהשתנה נוספת תוך פחות משעתיים מההשתנה הקודמת?
- במהלך החודש האחרון באיזו תדירות היו לך הפסקות והתחלות במהלך ההשתנה?
- במהלך החודש האחרון באיזו תדירות היה לך קושי להתאפק?
- במהלך החודש האחרון באיזו תדירות היה לך זרם חלש בזמן ההשתנה?
- במהלך החודש האחרון באיזו תדירות היית צריך להתאמץ כדי להתחיל להשתין?
- במהלך החודש האחרון כמה פעמים קמת בלילה להשתין?

תשובות של 'בכלל לא' מקבלות ניקוד 0, 'פחות מפעם אחת מחמש השתנות' – 1, 'פחות ממחצית הזמן' – 2, 'מחצית מהזמן' – 3, 'מעל מחצית הזמן' – 4 'וכמעט תמיד' – 5.

מה הטיפול התרופתי? זהו בעיקר שימוש בתרופות המשתייכות למשפחת חוסמי קולטנים מסוג אלפא־אדרנרגים. פעולתם היא חסימת העצבוב האדרנרגי של תאי השריר העוטף את הבלוטה, ושל השריר הסוגר של השופכה. על ידי כך יש הרפיה של הבלוטה, הקטנת הלחץ והקלת הזרימה מהשלפוחית. תרופות אלו (מסוג קרדורה) מורידות את לחץ הדם ועל כן יש להיזהר מירידה חדה של לחץ הדם המתרחשת בעיקר בזמן שינוי תנוחה. המינון ההתחלתי הוא 1 מ"ג ליום תוך עלייה הדרגתית במשך שלושה שבועות עד למקסימום של 8 מ"ג ליום ועד להקלת התסימנים. רצוי לקחת את התרופה לפני השינה, ועל ידי כך למנוע את הסכנות שבירידת לחץ הדם.

כיום נוספו תרופות אלפא־אדרנרגים סלקטיביות (מסוג omnic) במינון של 0.4 מ"ג הפועלות על השריר החלק של הבלוטה ומקטינות אותה ללא השפעה על לחץ הדם הסיסטמי. התרופות ניתנות חצי שעה לאחר הארוחה. סוג נוסף של תרופות הם תרופות המעכבות את יצירת הורמון הטסטוסטרון הגורם להגדלת הבלוטה (finasteride or dutasteride) במינון של 0.5 מ"ג.

כדי להשיג שיפור בתסמינים, ניתן לשלב את שני סוגי התרופות לאלו המבקשים להימנע מפרוצדורות ניתוחיות. שימוש בתכשירים טבעיים מן הצומח, כמו תמציות של זרעים, שורשים, עלים ופירות, נפוץ ושכיח כיום. הידועים הם זרעי דלעת ופרחי צבר. רבים ממטופלי נוטלים תכשירים אלו בשלבים הראשונים של התסמינים ומרוצים מהם, למרות שאין הוכחות מדעיות ליעילותם (Dull, Reagan, Bahnson, 2002). לאחרונה פותחו פרוצדורות קטנות ופולשניות ללא צורך בהרדמה. אחת מהן היא הכנסת תומך (stent) באזור הבלוטה המתבצע באמצעות ציסטוסקופיה בהדרכת אולטרה־סאונד ומאפשר פתיחת השופכה. טיפולים בגלי מיקרו לחימום הבלוטה התבצעו בתחילה דרך החלחולת וכיום הם מתבצעים ישירות דרך השופכה. חימום ואידוי על ידי סיב אופטי (לייזר) היא שיטה חדשה יחסית שבה מתבצעת צריבה של הערמונית בחום גבוה. אף אחת מפרוצדורות אלו לא אמורה לפגוע בתפקוד המיני. ניתוחים לכריתת הבלוטה מתבצעים ברובם דרך השופכה על ידי מכשיר אנדוסקופי שדרכו ניתן לראות ולכרות, בעזרת לולאה חשמלית, את רקמת הבלוטה. ניתוח זה נפוץ מאוד. 90 אחוזים מהגברים מרוצים לאחר הניתוח. בעקבותיו ניתן להפסיק את הטיפול התרופתי. תופעת לוואי נפוצה כתוצאה מהניתוח היא מצב הנקרא 'פליטה אחורית' (retrograde ejaculation), מצב בו פליטת הזרע היא לתוך השלפוחית במקום החוצה דרך השופכה. סיבוכים אפשריים הם אימפוטנציה ב־5 אחוזים מהמקרים וחוסר שליטה על ההשתנה ב־1 אחוז מהמקרים. במקרים שבהם הבלוטה גדולה במיוחד, מומלץ לבצע ניתוח פתוח דרך חתך בשלפוחית השתן או דרך הדופן הקדמית של הבטן. "עכשיו עליך רק להחליט לאור חומרת התסמינים, הפרעתם בחיי היומ־יום ותוצאות האולטרה־סאונד לגודל הבלוטה ושארית השתן, מה מתאים לך מתוך מגוון האפשרויות, התרופות, הפרוצדורות או הניתוחים." אמרתי בחיך.

אוסטיאופורוזיס - אובדן מסת העצם

בישראל, אחת מכל שלוש נשים מעל גיל 50 סובלת מאוסטיאופורוזיס, מחלה הגורמת לשברים, לאי-נוחות מרובה, למוגבלות ולהגברת התחלואה והתמותה.

אבחון מוקדם, מניעה וטיפול הוכחו כיעילים ויכולים להפחית את התחלואה ולהאט את התקדמות המחלה. למרות שהמודעות למחלה עלתה בשנים האחרונות, נשים רבות בעלות סיכון גבוה לחלות בה אינן מאובחנות ואינן מטופלות.

האוסטיאופורוזיס נחשבת בטעות למחלה של נשים. גם גברים עלולים לסבול ממחלה זו, אם כי באופן מעט שונה. אצלם אובדן מסת העצם היא מאוחרת ואטית יותר ואינה חדה ודרמטית כמו אצל הנשים.

הגבר עם העצמות החלשות

"אני חושב שיש לך אוסטיאופורוזיס", אמרתי בוקר אחד לשמעון, לאחר שבדקתי אותו ואף עיינתי בתצלומי הרנטגן של עמוד השדרה הגבי. שמעון היה חביב עליי מאוד. היכרותנו הארוכה החלה בשעה שסעד את אשתו בנאמנות רבה מספר שנים עד לפטירתה. הוא לא הניח לאף אחד מילדיו לחלוק איתו בעזרה היום-יומית. "זה תפקידי", היה חוזר ואומר, "אינני נזקק לעזרת ילדיי, שיתעסקו עם משפחתם ויעזרו לנשותיהם."

הפצרתי בו שייקח עזרה כי הוא כבר לא צעיר ואינו יכול לשאת את אשתו למקלחת או להלישיה לבד. "זה מעל לכוחותיך", אמרתי לו, "חבל על הגב שלך, גם העצמות שלך אינן צעירות ואתה עלול לגרום להן נזק". אמרתי. לצערי, הערכתי התגשמה אף מהר מהצפוי.

"אני יודע על מה הרופא מדבר", השיב לי שמעון בפנים נפולות. הוא סיפר שקומתו שחה, גבנונית החלה בולטת בגבו ולעתים הוא חש כאבים בגב. "זאת מחלה של נשים שהעצמות נהפכות להיות כמו ספוג ומאבדות את חוזקם ונשברות. הייתי מסגר שכופף ברזל, דוקטור, לא ייתכן שיש לי מחלה של נשים". התרשמתי ששמעון נפגע כשאמרתי לו שמדובר באוסטיאופורוזיס, בריחת סידן בשפת העם. מיהרתי להבהיר את עצמי, "אתה צודק, הירידה במסת העצם נחשבת בטעות כבעיה של נשים שגברים אינם לוקים בה, אך העובדות הן שגם גברים נמצאים בסיכון גבוה, במיוחד מעל גיל 60. עם עליית הגיל גברים נמצאים אף בסיכון רב יותר. חמישית מהנפגעים משברי צוואר הירך כתוצאה

מאוסטיאופורוזיס הם גברים. יתרה מזאת, הסיבוכים אצל גברים לאחר שבירי צוואר הירך גדולים יותר מהסיבוכים אצל נשים. שברים בחוליות עמוד השדרה המלואים בתלונות על כאבים ואינחוחות מתרחשים אצל מחצית מאוכלוסיית הגברים, "הוספתי, "כך שאין זו בעיה שולית אצל גברים ואל לך להיפגע. עלינו לחפש את הסיבות והדרכים למנוע או לדחות את הופעת המחלה. נמצא שאצל מחצית מהגברים עם אוסטיאופורוזיס יש סיבות משניות הגורמות לאובדן מסת העצם, מעבר לירידה הפיזיולוגית ברמת הורמוני המין הגברים.

"זה נכון שהנשים הן הנפגעות העיקריות מאובדן מסת העצם והמחלה משויכת אליהן בדרך כלל, אך גם אצל גברים הבעיה קיימת. המניעה והטיפול באובדן מסת העצם דומים אצל גברים ונשים ואין כל הבדל." הוספתי. שמעון הקשיב בשקט, ואחר כך שאל בלחישת, "אם כך, מה עליי לעשות?"

יהודית והעצמות הזקנות

אוסטיאופורוזיס שכיח בעיקר בקרב נשים קטנות קומה, צנומות ובעלות מבנה גוף רזה שמסת העצם שלו קטנה.

את יהודית קשה לי לשכוח. אישה קטנת קומה שלמרות היותה בת 88, היתה מלאת חיות ואנרגיה כמו אישה צעירה. היא אהבה להתלוצץ ולספר לי בדיחות וחיידודים ואף אני נהגתי בה בדרך לא פורמלית. היא הייתה מעט כפופה ונעזרה בהליכתה במקל בעל שלוש רגליים (טריפוד). ההיסטוריה הרפואית שלה הראתה שהיא בריאה, פרט לשברים בשני צדי האגן שנגרמו כתוצאה מנפילות. בשנתיים האחרונות איבדה כ־10 ס"מ מגובהה, שהיה נמוך מלכתחילה. בניגוד לעצמותיה שהיו חלשות, מוחה היה מבריק וצלול. בתחילת ימי החורף הקרים באה יהודית למרפאה והתלוננה על הופעה מחודשת של כאבי הגב והאגן שהוחרפו עקב הקור. "את יודעת, יהודית, עצמות השלד שלך, שהן התשתית של הגוף, מאוד רעועות." אמרתי, "העצמות שלך כבר מאוד זקנות." רציתי להמשיך ולומר שמוחה לעומת זאת צלול, ועדיף שהעצם תיפגע משינויים תלויי גיל ולא המוח. השתרר שקט מתוח בחדר. יהודית נעמדה כשהיא נועצת בי מבט זועם. "אני זקנה?" סיננה בין שפתיה, "איך אתה מעיז לומר כך." לא עזרו לי הסבריי שמדובר בעצמות ולא במערכות הגוף האחרות שהן תקינות, מתפקדות ואף צעירות לגילה. מאז, בכל פעם שבאה לביקור במרפאה, הייתה מזכירה את אותה פליטת פה.

הייקית מרחביה וחוליות עמוד השדרה

את נחמה הכרתי במחלקה הסייעודית שניהלתי, עת סעדה שם את בעלה עד לפטירתו ממחלת הסרטן. יום אחד צלצלה אליי והזמינה אותי לביקור בביתה. "אתה לא תכיר אותי". אמרה ולא הוסיפה. זכרתי אותה כבעלת מבנה גוף רזה היא נהגה לספר על הקביעות בשגרת חייהם הם שמרו על משקל קבוע, ארוחות מסודרות וצנועות, ובעיקר על מנוחת הצהריים הקדושה. כל בוקר היו יוצאים להליכה קבועה לבריכה. לאחר שהיו שוחים מספר קבוע של בריכות, היו חוזרים ברגל לביתם. בעלה היה פרופסור באוניברסיטה והיא הייתה עקרת בית והתנדבה ב"יד שרה".

בביקורי אצלה סיפרה שהיא התכופפה ולא יכלה להתיישר בחזרה. המעט שהצליחה היה למשוך את עצמה למיטה, ולאחר שנשכבה התקשתה לקום ונאלצה לשכב במיטה במשך מרבית שעות היום. כך זה נמשך שבועיים ימים. כאביה היו כה גדולים עד כי המעיטה בשתיית מים כדי להימנע מהצורך לקום ולעשות את צרכיה. התרשמתי שכאביה היו אמיתיים. זכרתי כיצד תפקדה כשבעלה נזקק לעזרתה. לא הייתה לה נטייה להגזמה, להפך.

הסברתי לה שמדובר בשינויים בחוליות עמוד השדרה, ובתהליכי ספיגה של העצם הקשורים לגיל וחולפים בדרך כלל ללא סימנים ותלונות. לעיתים מתרחש שבר ואז מדובר בכאב ובאי־נוחות. במקרה שלה אין מדובר בשברים של ממש הנובעים מטראומה של נפילה, אלא מקריסה (תמט) של החוליות הגביות זו על זו. לעתים אירועים מעין אלו קורים בעצמות הירכיים שבאגן, אז ראש העצם מתמוטט ללא מכה חיצונית.

נחמה, למרות שהייתה בסיכון גבוה עקב מבנה גופה הרזה ונטייתה לעשן, לא נטלה כדורים למניעת בריחת הסיידן ולא ביצעה בדיקות צפיפות עצם תקופתיות כדי לוודא את מצב העצמות לאשורו. היא חשבה שתזונתה היומית מספקת את דרישות הסיידן, וטענה שהושפעה מפרסומי החלב והגבינות ששודרו בטלוויזיה.

המלצתי לה להיעזר במטפלת צמודה למשך היום, בשלב החריף של הכאבים, וליטול נוגדי כאבים מסוג קלציטונין, שנמצא בעל השפעה אנלגטית מיטיבה על כאבי העצמות. לאחר שהכאבים יחלפו המלצתי לה שתיקח כדורים בוני עצם ושתעקוב אחר צפיפות העצם.

חמותי אלופת השברים

חמותי, שסבלה מאוסטיאופורוזיס על רקע נטייתה לעשן, הייתה מרבה ליפול. בכל נפילה הייתה שוברת עצם אחרת. התקשיתי לספור את מספר השברים שבגופה. זה

התחיל עם קרסול רגל שמאל לפני כ־15 שנה ועבר לשורש כף יד ימין, המשיך לעצמות המקשרות את האגן (הפוביס) לקרסול רגל ימין, עלה לשורש כף היד השמאלית וירד לאגן. נשכחו ממני שברי התמוטטות (תמט) החוליות הגביות בעמוד השדרה שקרסו זו על גבי זו. כשהתחילה לקחת כדורי פוסאלן לפני כ־7 שנים, בעידודה של בתה, חלה האטה בתדירות השברים. היא נטלה אותם בצורה סדירה מדי יום ביומו. זמן קצר אחר כך, תוצאות בדיקת צפיפות העצם הראו שיפור ניכר.

מהי רקמת העצם? רקמת העצם היא התשתית עליה בנוי גופנו. היא נראית לכאורה כרקמה קבועה וסולידית, אך היא רקמה דינמית שמתחוללים בה תהליכים של בנייה וספיגה הנמצאים באיזון במהלך החיים. במצב של חוסר איזון, כמו בזמן הפסקת המחזור, תהליכי הספיגה גוברים על תהליכי הבנייה, ואז מסת העצם מתחילה להחלש. עם עליית הגיל התאים בנוי העצם פוחתים, בעוד שהתאים הורסי העצם מתרבים. התהליכים הללו מווסתים על ידי הורמונים שחלקם מאיצים בנייה, כמו אסטרוגן וטסטוסטרון, ומנגד הורמונים בעלי פעילות המאיצה הרס עצם כמו הפראטירואיד. באופן פיזיולוגי, החל מגיל 40 הולכים לאיבוד במשך שנה שלושה אחוזים ממסת העצם. תוצאות קליניות יופיעו לאחר איבוד 20 אחוזים, תלוי, כמובן, במצב מסת העצם בנקודת ההתחלה.

מהם הגורמים לאיבוד מסת העצם? הגורם העיקרי והידוע הוא ירידה בהורמוני המין. אצל האישה האסטרוגן יורד מיד עם הפסקת המחזור והכניסה לגיל המעבר (המנופאזה). כתוצאה מהפסקת המחזור מופיע חוסר איזון, ומתחיל פירוק מהיר של העצם. אצל הגבר הגורם הוא ירידה בהורמוני המין האנדרוגנים – הטסטוסטרון. תהליך זה מתרחש בשלב מאוחר יותר של החיים, ובאופן יותר הדרגתי מאשר אצל האישה. גורמי סיכון נוספים התורמים לירידה במסת העצם ומאיצים אותה הם מחלת הסוכרת, יתר פעילות בלוטת התריס או בלוטת הפאראטירואיד, מחלות כליה וכבד, נטילת תרופות כמו סטרואידים או נוגדי התכווצות (אפילפסיה), היסטוריה משפחתית, מבנה גוף רזה (BMI < 19), עישון, שתייה מרובה של משקאות אלכוהוליים, צריכה מרובה של קפה, חוסר חשיפה לשמש, תזונה לקויה, חוסר בוויטמין D ורמת סידן נמוכה בגוף.

מהם סיבוכי המחלה? הסיבוך העיקרי הוא השברים. למעלה מ־20 אחוזים מהמטופלים במחלקות אורתופדיות אושפזו עקב שברים באגן הירכיים. אחוז התמותה מהשברים מגיע ל־20 אחוזים בחודש הראשון. החוליות בעמוד השדרה מאבדות למעלה מ־20 אחוזים מגובהם. שבר אחד גורם לעלייה של פי שניים בסיכון לשבר נוסף, ושבר בירך מגדיל פי ששה את הסיכון לשבר נוסף בירך. כ־20 אחוזים מהנפגעים לאחר שבר בירך מגיעים לבית אבות. 40 אחוזים מהשורדים חוזרים לתפקוד הבסיסי היום־יומי (ADL), אך רק 25 אחוזים חוזרים גם לתפקוד של ניהול משק הבית (IADL). חייהם של השורדים את השנה הראשונה לאחר השבר משתנים מקצה לקצה. הדבר מתבטא

בירידה באיכות החיים, בהופעת כאבים, בירידה בדימוי העצמי ובעומס הכלכלי על המשפחה והחברה.

מהם הכלים העומדים לרשותנו לביצוע הערכה של מצב העצם? הכלי הקובע את חוזקה של העצם הוא בדיקה של צפיפותה. זוהי בדיקה פשוטה ולא פולשנית. צפיפות העצם משתנה לפי מדדים של כמות הסטייה מהנורמה. נורמלי – 1, מחלה – 2, מחלה קשה – 3. ההאוסטיאופורוזיס מוגדרת כירידה במסת העצם מתחת ל-2.5. הסיכון לשברים עולה ככל שהירידה בצפיפות העצם יותר משמעותית. בבדיקה של צפיפות עצם נמצאה ירידה משמעותית במסת העצם ב-60 אחוזים מהנשים בגילאים 70-79, וב-80 אחוזים מהנשים שמעל גיל 80.

המקומות האופייניים לשבר הם אגן הירכיים משני צדיו, החוליות בעמוד השדרה ופרק שורש כף היד.

בסל הבריאות נכללת בדיקת צפיפות עצם לכל אישה מעל גיל 60 אחת ל-5 שנים, או אחת לשנתיים, לנשים מעל גיל 50 העומדות בקריטריונים של גורמי סיכון כמו שברים קודמים, מחלה אצל קרוב משפחה מדרגה ראשונה, איספיקת כליות, מחלה ממאירה ומשקל ירוד (BMI מתחת ל-19). נשים שאינן זכאיות לבדיקת צפיפות עצם במסגרת סל הבריאות יכולות לעשות את הבדיקה באופן פרטי או במסגרת הביטוחים המשלימים של קופות החולים.

מהו הטיפול? הטיפול הוא במניעה. אנו מחלקים את המניעה לראשונית – עוד בטרם הופעת המחלה, ולשניונית – בזמן הופעת המחלה. המטרה במניעה היא לדחות את הופעת המחלה והורדת השכיחות של השברים על ידי חיזוק והגדלת מסת העצם. מניעה ראשונית היא אורח חיים בריא, דהיינו, הימנעות מעישון, אכילת מוצרי מזון עשירים בסידן, ופעילות גופנית מותאמת וקבועה. העיקרון המנחה הוא שאיפה לחזק ולהגדיל את השיא של מסת העצם כל עוד אנו צעירים, על כן מומלץ לכל הנשים ללא קשר למצב צפיפות העצם לעשות פעילות גופנית. הפעילות המתאימה ביותר היא תרגילים נגד תנגודת שרירים (כוח) המשפרים את מסת העצם, ותרגילים לסיבולת לב ריאה (אירובים) כמו הליכה ושחייה.

צריכת הסידן בתזונה צריכה להיות 1000-1500 מ"ג ליום. מאחר וקשה להגיע לכמות כזאת במזון, יש ליטול תוספת של כדורי סידן. כמו כן יש ליטול ויטמין D במינון של 400-800 יחידות ליום כדי לאפשר את ספיגת הסידן.

כשקיימת ירידה במסת העצם מתחת ל-2.5, שהוא הסטנדרט הנחשב לתקין, או במצב שבו קיימים גורמי סיכון או כאשר ישנם שברים, יש להציע טיפול באחת מהתרופות בונות העצם.

מהן התרופות המקובלות? מקובל להשתמש בתרופות בונות עצם. התרופות ממשפחת הביספוספונאטים (אלנדרונט, ריסדרונאט) מעכבות את התאים בעלי פעילות הרס העצם. במחקר שבוצע על 2,000 נשים שנטלו אלנדרונט במשך שלוש שנים נמצאה הפחתה בשברים בירכיים ובחוליות עמוד השדרה. (Devogelaer, Broll, Correa-Rotter et al 1996) בארץ התרופה בשימוש משנת 1997. ישנן נשים שנוטלות אותה למעלה מעשר שנים. עדיין נותרה השאלה במשך כמה שנים יש ליטול את התרופה מאחר והמחקר שעליו מבוססות הראיות נעשה במשך שלוש שנים בלבד. במחקר שבוצע על 250 נשים שנטלו אלנדרונט במשך 10 שנים, נמצאה עלייה הדרגתית בצפיפות העצם שעיקרה היה בתחילת הנטילה ובהמשך, העלייה הייתה מתונה. כשהשימוש בתרופה הופסק לאחר עשר שנים לא נמצאה ירידה תלולה אלא איטית של שני אחוז בלבד ממסת העצם (Bone, Hosking, Devogelaer 2004).

כיום התרופה ניתנת גם בכדור מושהה אחת לשבוע או לחודש, דבר המקל על השימוש, מפשט אותו ומונע תופעות לוואי. ההמלצה היא לקחת את הכדור על קיבה ריקה עקב ספיגתו החלשה במעיים עם כוס מים מלאה, ולהישאר במצב של עמידה או ישיבה וללא אוכל במשך 30 דקות, עקב חשש לכיבים בוושט ובקיבה. לאחרונה נכנסה לסל הבריאות התרופה 'חומצה זולדרונית' הניתנת אחת לשנה בעירוי דרך הוריד למטופלים שאינם מגיבים לטיפולים האחרים.

מתן אסטרון לטיפול באוסטיאופורוזיס הוגבל מאז פרסום הממצאים במחקר WHI בשנת 2002, בו נמצאה עלייה בסיכון למחלות לב, לשבץ מוחי ולסרטן השד (ראה פרק גיל המעבר). במידה ובכל זאת מחליטים להשתמש בו, יש לתת אותו בשלב המוקדם, לפני הופעת גיל המעבר ולהמשיך עד אחריה. רצוי לשלב את נטילתו עם הקלה בתופעות גיל המעבר. במטופלים שקיבלו אסטרונים נמצאה ירידה של 35-50 אחוזים בשברים. (Greenspan, Resnick, Parker 2003)

'ראלוקסיפן' (אביסטה) פועלת באופן סלקטיבי על קולטני אסטרון באיברים השונים. הם מסייעים (אגוניסטים) לעצם בעיקר לחוליות ונוגדת (אנטגוניסט) לרקמת השד ורירית הרחם ובכך מפחיתים את הסיכון לסרטן השד. קלציטונין היא תרופה הניתנת בזריקה, אם כי כיום ניתן לקחת אותה גם בשאיפה לאף. היא מומלצת כאשר המטופל סובל מכאבים.

תרופה שנכנסה לאחרונה לסל הבריאות עם התניה היא 'טריפאראטיד' הנגזרת מהורמון הפראטירואיד. היא מיוצרת בטכנולוגיה של הנדסה גנטית ומעודדת יצירת רקמת עצם. עלותה גבוהה. היא ניתנת בזריקה תת עורית (עט-מזרק) מידי יום. ההתוויה היא בכישלון טיפולי של ביספוספונאטים ובסיכון גבוה לשברים. לאחר השימוש בה נמצאה עלייה של 13 אחוזים בצפיפות העצם.

האם הנשים מודעות למחלה ולטיפול הקיים? מחקר שנעשה עבור העמותה הישראלית לאוסטיאופורוזיס בדק את המודעות למחלה בקרב נשים בגילאי 50 ומעלה שאינן מקבלות טיפול לאוסטיאופורוזיס (מכון גיאוקרטוגרפיה 2003).

מהמחקר עלו הממצאים הבאים: נבדקו 4130 נשים שהיוו מדגם מייצג. 96 אחוזים מהנשים שמעו על המחלה. 31 אחוזים שמעו עליה מגורמים רפואיים. היתר שמעו מאמצעי התקשורת ההמוניים ומתקשורת בין-אישית. 46 אחוזים מהנשים לא שוחחו מעולם עם רופא על הסיכון שלהן לחלות באוסטיאופורוזיס, 11 אחוזים שוחחו על כך ביוזמת הרופא ו-42 אחוזים שוחחו על כך ביוזמתן.

מודעות לגורמי הסיכון למחלה היו הפסקת המחזור החודשי – 71 אחוזים; היסטוריה משפחתית – 38 אחוזים; מבנה גוף רזה – 23 אחוזים. בנוסף, נשים רבות חושבות שתוספי מזון כגון סידן וויטמין D הם טיפול מספק למחלה. כשני-שלישים מהנשים עשו בעבר בדיקה לצפיפות עצם. בבדיקה מחודשת שנעשתה במסגרת הסקר נמצא כי 30 אחוזים מהן סובלות היום מהמחלה ואינן מטופלות.

לסיכום: למרות שנשים יודעות על המחלה הן אינן מודעות לגורמי הסיכון ועושות מעט מאוד כדי למנוע אותה. 30 אחוזים מהנשים נמצאו כסובלות מהמחלה לאחר בדיקת צפיפות עצם אך אינן מטופלות.

שינויים בפרקים - הכאב האנכי נסבל

אוסטאוארטריטיס (osteoarthritis) היא הסיבה השכיחה ביותר לכאבי פרקים. התלונה כה נפוצה שעד לפני מספר שנים נחשבה האוסטאוארטריטיס־ראומטיזם בלשון העם, כחלק מ"הנוף הטבעי" של הגיל המבוגר ונקראה במונח המקצועי 'מחלה ניוונית של הפרקים', כשהדגש היה על הרקע הניווני. המחלה פוגעת בסחוסים של הפרקים, אך היא איננה דלקת פרקים קלאסית.

שליש מהנשים וכחמישית מהגברים מעל גיל 60 מתלוננים על כך. כל הפרקים בגוף מעורבים אך נושאי המשקל נושאים גם את עיקר הכאב; הברכיים, פרקי הירך שבאגן, החוליות המותניות והצוואריות. גם המפרקים הקטנים בכפות הידיים ובכפות הרגליים נפגעים. המחלה מתאפיינת בכאבים והגבלה בטווח התנועה של הפרקים המעורבים, והתוצאה היא פגיעה בתפקוד היום יומי. היא אינה משפיעה על תוחלת החיים אלא על איכותם. כיום חלה התקדמות רבה בחקר המחלה, וניתן לטפל בה על ידי תרופות או התערבויות ניתוחיות.

"למה דווקא ברך ימין כואבת?"

"הפרקים שלי הורגים אותי, אני מתקשה לנייד את עצמי, לקום מהכיסא או מהמיטה, זה ממש סיוט. במיוחד בבוקר, הפרקים נוקשים וכל תנועה זה כמו לדרוך על סיכות. אני הולכת מספר צעדים וחשה כאב ממש איום. היכן כואב לי? בעיקר בברכיים אך גם באגן. הברכיים הן המקור לכל הצרות שלי, במיוחד ברך ימין, הלוואי ויכולתי להיפטר מהן, להחליפן או להלך מבלי לשאת את משקלי עליהן, כמו בחלל. גם ככה קשה לי עם המשקל שלי שהוא די כבד, ועוד עם הברכיים האלה, אני ממש גמורה."

אחרי כל הרמת רגל והדריכה שלאחריה, אני ממש קופאת במקומי. לעתים אני הולכת ולפתע הברכיים ננעלות ואני צריכה לשחרר אותן. פעם הלכתי עם כלתי ונאלצתי לעמוד באמצע הדרך ולשחרר את הברך. אין לך מושג איזו הרגשה זו הייתה. אני ממעטת לצאת מהבית, במיוחד בבוקר. במשך היום קיימת הקלת מה. בחורף אני נשארת מתחת לשמיכות ולא מוכנה לצאת עד שהחדר מחומם מאוד, אבל למרות זאת הקור מגיע לברכיים גם דרך השמיכות. אגב, דוקטור, יש לך הסבר מדוע ברך אחת כואבת יותר מהשנייה? הרי הגוף הכבד שלי נישא על שתיהן. אני לא מוכנה לשמוע שזה קשור לגיל, כי הרי שתיהן בנות 72." "בואי נבדוק את הברכיים שלך." אמרתי.

היכרתי את רשל מזה מספר שנים מאז שהגיעה לשכונה בעקבות בנה, שהיה תושב ותיק בשכונה. לאחר פטירת האב, הבן התייעץ איתי כששקל להעביר את אמו בת

ה־72 לדירה הסמוכה לביתו, ואני תמכתי בהחלטה. וכך הייתה אימו לאחת הפציינטיות החביבות עליי. מאחר וביתה היה סמוך למרפאה, הייתי זוכה לביקורים תכופים ולעוגיות מלאות באגוזים ובתמרים.

בהתחלה כאבי הברכיים היו קלים והופיעו בעיקר בקימה בבוקר או בתחילת הדריכה. המלצתי על חיזוק שרירי הברך על ידי תרגילים, על טיפול פיזיותרפי, על שחייה ועל חימום המקום. כל האמצעים הללו שיפרו את המצב אך לא לאורך זמן. כשהמשיכה להתלונן על כאבי הברכיים, המלצתי על כדורים נוגדי כאבים לא ספציפיים כמו אקמול או אופטלגין, שהם מאוד פופולריים ושניתן לקנותם אף ללא מרשם. "את יודעת שאקמול במינון של ארבעה גרם ליום (שמונה כדורים של חצי גרם) יעיל נגד כאבים באותו מידה וללא תופעות הלוואי הקיימות בכדורים נוגדי הדלקת NSAID?" אמרתי לה פעם אחר פעם בניסיון לדחות את התחלת מתן תרופות נוגדי הדלקת עקב תופעות הלוואי הרבות באוכלוסייה המבוגרת, אך ללא הצלחה.

תוך זמן קצר החלה רשל להשתמש בכדורים נוגדי דלקת שכל כך רציתי להימנע מהם. זוהי משפחה של כדורים מאוד ידועים כמו אספירין, בروفאן, וולטרן ונקסין. הם מקלים על כאבים בפרקים ובעצמות, אך נמצאו כבעלי תופעות לוואי בגרימת דימום בקיבה ופגיעה בכליות, במיוחד באוכלוסייה המבוגרת. הדגשתי בפני רשל שיש להקפיד לקחת את התרופה רק לאחר האוכל או על קיבה מלאה. נוסף על כך עליה לקחת כדור המונע הפרשת חומצה על מנת להגן על רירית הקיבה מחשש לדימום. רצוי גם לקחת את הכדורים לתקופות קצרות בלבד של עד שבועיים ולא לתקופות ארוכות.

בשנים האחרונות פותחו תרופות נוגדות דלקת מהדור החדש מסוג סלקוקס וארקוקסיה ואטופן שנמצאו יעילות. גם אותן נטלה רשל. יתרונם הוא בכך שהן בעלות תופעות לוואי פחותות, וניתנות פעם אחת ביום. רשל עברה תקופה שקטה במהלכה לא ראיתייה, עד לאותו חורף קשה שבו החלה לסבול מכאבים שלא הגיבו לתרופות נוגדות הדלקת מהדור החדש ואז המלצתי על מתן זריקת קורטיזון לברך הכואבת. במקביל, התחלתי להרגילה לעובדה שלא יהיה מנוס מביצוע ניתוח להחלפת הברך.

אני מאמין גדול בצורך במתן זמן מחשבה למטופל בתהליך קבלת החלטה שאינה דורשת דחיפות מידית. על המטופל לחשוב על האפשרות, לבחון אותה מכל הצדדים, להתייעץ עם האנשים הקרובים לו ולקבל את ההחלטה ביישוב הדעת. כך אני נוהג לא רק עם ניתוחים צפויים אלא גם בתכניות טיפול אחרות. סיפרתי לה על ההתקדמות הרבה שחלה בביצוע הניתוחים הללו הן מהבחינה הטכנית־ניתוחית והן בתותב (פרוטזה) המותקן בתוך הברך.

רשל סירבה לשמוע. בתחילה טענה שהיא מפחדת, ובגילה כבר לא צריכים לבצע ניתוח. "אני עדיין מסוגלת להמשיך למרות אי־הנוחות והסבל הכרוך בזה", חזרה ואמרה. הביקור הפעם, כך הבנתי, יביא אותנו להחלטה אם לבצע את הניתוח. אני תמכתי בביצועו כשראיתי שתפקודה היום־יומי נעשה מוגבל, ושהחלה לצמצם את פעילותה. היא חדלה לצאת לקניות, דובר שמאוד אהבה. בעיקר אהבה ללכת לשוק מחנה יהודה ולסחוב משם סלים מלאי כל טוב. גם פעילותה ההתנדבותית וביקוריה אצל החברות פסקו, כתוצאה מכך הצטמצמה פעילותה החברתית. ציינתי לעצמי שהיא בעלת מוטיבציה גדולה, עובדה שחשבתי כנקודה חיובית לקראת ניתוח של החלפת ברך, שדורש שיקום הליכתי לאחר הניתוח. לא היו לה בעיות גופניות נוספות, בעיקר לא בעיות נשימה, לב, יתר לחץ דם או סוכרת, שיכלו למנוע או להעלות את הסיכון לסיבוכים במהלך הניתוח.

כשבדקתי אותה מצאתי ברכיים נפוחות, חמות ורגישות למגע ולכיפוף. ניכרה הגבלה בתנועות הפרק, בעיקר בכיפוף הברכיים. ברך ימין לא התכופפה כלל והרגישות למגע הייתה גדולה. בזמן הבדיקה היא צעקה שאני מכאיב לה. עניתי שהבדיקה נעשית ברגישות ובעדינות, והכאב הוא מהברך ולא מהבדיקה. היא התנצלה והודתה לי על הטיפול.

הרהרתי בתופעה של כאבים או אי־נוחות הנגרמים למטופלים במהלך הבדיקה הרפואית. ברור לי שחלק מהבדיקה שעלינו הרופאים לבצע אינה נעימה ואף מכאיבה במקרים רבים. לא נרתעתי מהצעקות של המטופל, מותר לו להביע את כאבו או את אי־נוחותו בצעקה או בכעס, ואל לרופא לקחת באופן אישי את הדוברים הנאמרים בזמן הבדיקה. נהגתי להמשיך בבדיקה תוך הבעת התנצלות על הכאב שנגרם, אך אני חייב לבדוק ולבצע את המוטל עליי.

המשכתי בבדיקה. מהלחיצה על הפיקה שבברך התרשמתי שהיא צפה בתוך הנוזל הבין־פרקי. ביקשתי ממנה שתקום ותלך. מאחר והייתה אישה גדולה וכבדה, הליכתה הייתה מעט מסורבלת ונראתה כברווז שנוטה מצד לצד עם כל הגוף. מנגד, הליכתה הייתה חדורת מוטיבציה, כל הגוף התקדם כמקשה אחת. היא החלה ללכת בצליעה תוך כאב שניכר על פניה. לאחר שהתיישבה בכבדות שאלתי אותה אם היא מוכנה לניתוח של החלפת הברך. היא לא ענתה אך שתיקתה העידה על תשובתה. תמיד נהגה להגיב על הצעתי בשלילה ובכעס; "אתה רוצה להיפטר ממני", הייתה אומרת ספק בהלצה, "רק ניתוחים אתה יודע", המשיכה להקניט אותי.

הפעם שתיקתה הייתה רועמת. ידעתי שההחלטה הבשילה. לעתים המטופלים לא מביעים עמדה למרות נטייתם והסכמתם. הם משאירים את ההחלטה הסופית לרופא

המטפל. "נתייעץ עם האורתופד המנתח ונשמע את חוות דעתו ואחר כך נחליט סופית", אמרתי כדי להשתחרר מהשקט שהשתרר. הנחתי בפניה את המכתב לאורתופד, שכלל את הרקע הרפואי, התרופות שנטלה והמלצתי לגבי הניתוח.

לא שמעתי ממנה במשך מספר שבועות עד שיום אחד היא נקשה על דלת המרפאה, פתחה את הדלת, ביקשה סליחה, הניחה שקית עם עוגיות של תמרים ואגוזים על שולחני, הסתובבה לה בצעדי ריקוד קלים, והלכה. קמתי ממקומי בכדי לשמוע יותר פרטים אך היא כבר התרחקה. הסתכלתי על הילוכה שהיה ישר, יציב ובוטח.

האורח שלא אהב להתלונן

דוב היה מטופל חדש, למעשה הוא היה אורח מארצות הברית שבא לבקר את אחותו לאחר שנים רבות של נתק. הוא התאלמן לאחרונה, ומאחר וילדיו בגרו ופרחו להם והוא נשאר לבדו, החליט להדק את יחסיו עם אחותו. דוב שהה אצלה ודרכה הגיע אליי. הוא התלונן על כאב במפשעה שמקרין ויורד לאזור הירך הפנימית ומגיע עד הברך. "הכאב לא חד אלא עמום וניתן לסבול, ובאמת זה לא סיפור חדש", היה חוזר ואומר, "אם כי לאחרונה הכאב נעשה חד בתחילת ההליכה ובזמן הדריכה". הוא בדק עצמו פעמים רבות וחשד שהבעיה באשכים או באיבר המין אך לא מצא דובר. הוא פנה כבר לרופא בארצות הברית ונשלח לביצוע צילום ברך שלא גילה ממצאים. הוא לא אהב להתלונן ונטה, כדרך גברים רבים, להתעלם ואף להדחיק את תלונותיו.

היכרתי מטופלים מסוג, שלא היו מגיעים לביקור השנתי למרות שהוזמנו. במקרים הנדירים שבהם הגיעו למרפאה הסבירו שהם בריאים וללא תלונות, ובכלל בשביל מה לחפש בעיות ורצוי להתרחק מרופאים. מטופלים אלו, שהיו רשומים אצלי כמטופלים, לא היו מוכרים לי די הצורך, ולא היה ברור לי מהי אחריותי כרופא מטפל למצבם הרפואי. ברור היה לי שאם הם כבר מתלוננים, אז כדאי לקחת את תלונתם ברצינות רבה, למרות שהם מנסים למזער ולהפחית את חומרתה.

דוב הזכיר לי את אותם המטופלים, וכך למרות שחש אי־נוחות על שהוא מטריד אותי, חזר ואמר בהצטדקות כי "הכאב לא ממש חד אלא עמום, ואני מרגיש שניתן לחיות אתו אבל בכל זאת באתי". לי היה ברור שאם הוא כבר מתלונן אז הכאב הוא לא 'סתם'. מתלונותיו חשדתי מיד שמדובר בכאב הבא משחיקה של פרק הירך שמקרין כלפי מטה ומגיע עד הברך. כתוצאה מכך רבים טועים לחשוב שהבעיה היא בברך כשלמעשה מקור הכאב הוא באגן. ביקשתי שישכב על הגב והתחלתי להזיז את פרק האגן בתנועות

סיבוביות פנימה והחוצה. "כן, אלו הכאבים." אמר, כשסובבתי את הרגל פנימה, וכאב ניכר על פניו. שלחתי אותו לצילום אגן שהראה שחיקה של פרק הירך. "אני ממליץ על ביצוע ניתוח של החלפת הירך," אמרתי, "יש תוצאות טובות לניתוחים אלו. אני מציע שתהרהר בדובר. אצרף מכתב לאורתופד לשם קבלת חוות דעת נוספת ואז תקבל החלטה."

דוב הודה לי על בדיקתי והבטיח לשקול את המלצתי. זמן מה אחר כך ביקרה אותי אחותו והודתה על האבחנה ועל ההמלצה לניתוח. "הניתוח שבוצע להחלפת פרק הירך גרם להטבה ניכרת בהליכתו והכאבים חלפו." אמרה.

בעל המלאכה עם כאבי הידיים

שאל התלונן על כאבים הנובעים משינויים בפרקי האצבעות של הידיים, בעיקר הוא סבל מכאבים בפרקים הראשונים של האצבעות. הוא התלונן על קושי באחיזת ההגה במהלך הנהיגה, ועל קשיים בביצוע פעולות עדינות בעבודתו שדרשו אחיזה של האצבעות. גם בפעילות היום-יומית במטבח, כמו פתיחת קופסאות שימורים בעזרת פותחן או פתיחת בקבוקים הדורשת אחיזה חזקה הוא התקשה. הדובר גרם לו לתסכול רב כיוון שהיה בעל גוף חסון וחזק ובעברו היה בעל מלאכה ידוע, צורף שעבד בעיקר בכפות ידיו הגדולות והמיומנות. לאחר ששלחתי אותו למרפא בעיסוק ללמוד טכניקות ושימוש באביזרי עזר שיקלו על עבודת הידיים, חזר אליי ודיווח בשמחה שעתה קל לו יותר הן בנהיגה והן בעבודות הבית. הוא נתן לי בקבוק יין כשי והדגים בחדווה את פתיחתו.

מה חיוני לדעת על הפגיעה בפרקים? כאבי הפרקים היא התלונה הנפוצה ביותר בקרב בני הגיל השלישי.

שליש מהנשים וחמישית מהגברים בני 60 ויותר סובלים מכאבי פרקים. חוליות עמוד השדרה נפגעות, והמפרקים הקטנים בכפות הידיים ובכפות הרגלים מעורבים. גם הפרקים נושאי המשקל נפגעים; הברכיים, פרקי הירך שבאגן, החוליות המותניות והקרסול. בשנת 1994 שינה מכון הבריאות הלאומי NIH בארה"ב את ההגדרה של המונח 'אוסטאוארטריטיס' מ'מחלה הנובעת מסיבות ניווניות', ל'מחלה הנובעת מסיבות מכניות וביולוגיות הקשורות להפרת האיזון שבין הבנייה וההרס של רקמת הסחוס'. הגורמים שנמצאו קשורים עם פגיעה בפרקים היו תורשתיים, מטבוליים, התפתחותיים ועל רקע של חבלות. לאחרונה אף נמצא שהשינוי מקיף את כל רקמת הפרק ולא מצטמצם לסחוס בלבד. (Creamer, Hochberg 1997)

מהם גורמי הסיכון? גורמי הסיכון המערכתיים הם הגיל, מגדר נשי, השמנת יתר, עודף פעילות של הפרקים כחלק מתעסוקה (כיפוף, רכינה, עמידה ממושכת) או מפעילות גופנית מאומצת, שינויים במבנה הרגליים ונזקי ספורט.

תסמיני המחלה העיקרים. כאב שמחמיר בזמן פעילות ופוחת במנוחה, נוקשות לאחר מנוחה, דפורמציה ונפיחות.

כיצד נמנע שחיקה של הפרק? הטיפול נועד למנוע את החמרת המחלה ולהתמודד עם תסמיניה.

ראשית, יש לעודד שינוי בהרגלי החיים כמו הפחתת משקל לבעלי משקל יתר, במיוחד כשקיימים כבר שינויים של שחיקה בסחוס. נמצא ששנים המפחיתות 5 ק"ג ממשקלן מקטינות את הסיכון לשחיקה בסחוס ב־50 אחוזים. מדרסים ונעליים המצוידים בבולמי זעזועים מקטינים את העומס על מפרקי הקרסול, הברך והירך. תיקון של מנח כף הרגל בצדו הפנימי או החיצוני עשוי להקטין את כוח ההתנגדות של הברך ולהקל על הכאב. התאמת אופי הפעילות הגופנית – הימנעות מריצות או מפעילויות הכרוכות בעומס מרוכז, והעדפת הליכה על הליכון או שחייה יפחיתו את העומס המרוכז על הפרקים נושאי המשקל. יש להימנע ממנוחה לתקופות זמן

ארוכות מאחר ותזזות הסחוס תלויה בתנועתיות הפרק, בעוד שמנוחה גורמת לקיפאון ולמוגבלות מצטברת.

שנית, יש להסביר לחולה את מהות המחלה ואופייה. המחלה מתאפיינת בתלונות על כאבים הבאים וחולפים בצורת גלים עם תנודתיות, התלקחויות והקלה לאחריהן. המחלה אינה משפיעה על תוחלת החיים אלא על איכותם. "חיים איתה, לא מתים ממנה", הייתי חוזר ואומר תוך כדי גיוס כל כוח השכנוע שלי, "זה לא, חלילה, תהליך ממאיר כמו סרטן אלא מהלך כרוני, הפוגע באיכות החיים על ידי הופעת הכאב והמוגבלות. המצב ניתן כיום לטיפול על ידי תרופות או ניתוח." (MacLean 2001)

הטיפול הראשוני יהיה באמצעות התערבויות לא ניתוחיות כגון פיזיותרפיה וייעוץ אורתופדי, מתן הדרכה בחיזוק השרירים, שיפור טווחי תנועה, הפעלה במים (הידרותרפיה) ותרגילי קוארדינציה וגמישות, תוך שימוש במכשור עזר כמו מחוך רך או נוקשה לפי מצב הפרק.

במצבים חריפים יש להימנע מדריכה על הפרק תוך הסתייעות בקביים קנדיות, במקל הליכה, או בהליכון. השימוש במקל הליכה יהיה תמיד ביד הנגדית למפרק הכאוב (קרסול, ברך וירך), וזאת כדי למנוע עומס על הפרק וכדי להקל על הכאב. גובהו של אמצעי העזר יהיה בגובה שורש כף היד של החולה, וזאת כדי להבטיח את יעילותו. השימוש באמצעי עזר הוא זמני עד חלוף ההתקף החריף של המחלה. התסמין העיקרי הוא הכאב והטיפול בו יפתור את לב הבעיה.

יש לאתר את מקור הכאב ולזהות אם הכאב הוא בפרק הבעייתי או שמדובר בכאב שמקורו ממקום אחר. יש להבדיל בין כאב מכני לכאב דלקתי. הכאב המכני מופיע בעיקר בהליכה ובדריכה על הרגל ונרגע בזמן מנוחה. הכאב הדלקתי אינו משתנה עם הפעילות, הוא בעל אותה עוצמה וחוזק, ולעתים אף מחמיר בשעות הלילה כשהרגל במנוחה.

הטיפול בכאב ניתן בשני אמצעים:

- התערבות הלא תרופתית – הורדת הכאב מתבצעת באמצעות גלי קול, גלים קצרים, גירוי חשמלי או מגנט.
- התערבות תרופתית המתבצעת על ידי טיפול מקומי במשחת מטיולסליצילטים שמקלה על הכאב, או במשחת קאפסאצין שעשויה מפלפלים חריפים. נטילת תרופות לפי סולם הכאב (אנלגטי) עשוי משלבים ויש לטפס בו שלב אחר שלב.

מתחילים בכדורים נגד כאבים ממשפחת הלא אופייניים. התרופה הידועה ביותר היא אקמול שתינתן כטיפול התחלתי כל 4-6 שעות ורצוי במינון גבוה של עד 1 גרם בכל מנה. התרופה נמצאה יעילה ובטוחה יחסית לתרופות האחרות, ובמינון גבוה של 4 גרם

ליום בעלת השפעה שווה לתרופות נוגדי הדלקת. ממשיכים עם תרופות נוגדי דלקת, מסוג וולטרן, נקסין או ברופן, בצורה זהירה ועל קיבה מלאה. התרופות נוגדות הדלקת בעלות התכונות הסלקטיביות של הקוקסידים (COX2), נמצאו כבעלות יעילות זהה לתרופות נוגדי הדלקת הלא סלקטיבית, אך הבטיחות בהן גבוהה יותר. הן בטוחות מבחינת הדימומים במערכת העיכול, ובכך שיש להן פחות תופעות לוואי משילובים (אינטראקציות) עם תרופות אחרות כמו נוגדי קרישה וסטרואידים. יתרון זה מאפשר את מתן התרופה לאוכלוסייה רחבה יותר, במיוחד לאור זה שהיא ניתנת פעם אחת ביום.

בשנת 2005 זוהתה עלייה בהופעת התקפי לב ואירועים מוחיים אצל חולים שנטלו תרופות נוגדות דלקת בעלות התכונות הסלקטיביות של הקוקסידים (COX2) לאורך זמן. חברת מרק, יצרנית תרופת ויוקס, הורידה אותה מהמדפים. יש להיזהר במתן תרופות מסוג זה לחולים עם גורמי סיכון למחלות לב איסכמיות, יתר לחץ דם שאינו מאוזן, ולחולים עם סיכון לאירוע מוחי.

ניתן לשלב כדורים נוגדי דיכאון עם כדורים נגד כאבים. במידה ואין הקלה בכאב עלינו לעבור לתרופות ממשפחת האופייטים כמו קודאין, פרקוסט, אוקסיקונטין או מורפיום. קיימות גם מדבקות המשחררות חומרים משככי כאבים דרך העור. השפעתן נמשכת שלושה ימים. הזרקת קורטיזון לתוך הפרק ניתנת כשיש כאבים ממושכים שאינם מגיבים לתרופות ולטיפולים אחרים, וכשהכאב ממוקד בפרק אחד. אין לבצע הזרקת לתוך הפרק מעל לשלוש פעמים בשנה, עקב תופעות הלוואי של הקורטיזון. מקובל כיום לתת תוספי מזון המכילים גלוקוזאמין וקונדרויטין סולפאט. נמצא ששימוש ממושך בהם מעלה את הפעילות הבונה (האנבולית) של תאי הסחוס ומדכא את האפקט הניווני של מתווכים מסוג ציטוקינים על הסחוס. הם מפחיתי כאב, מורידים דלקת ומשפרי נייודות.

אילו התערבויות ניתוחיות קיימות ומתי נמליץ עליהן? ההתערבות הניתוחית היא האופציה האחרונה. מנתחים במידה וקיימת מוגבלות בניידות, בתפקוד היום-יומי, בכאב הבלתי נשלט, ולאחר שמוצו כל שאר הטיפולים הלא ניתוחיים. החלפת מפרק הירך באגן הוא אחד הניתוחים המוצלחים והוותיקים שפותחו במאה העשרים. התוויית נגד לביצוע ניתוח הם תהליך זיהומי פעיל באזור המפרק, או מחלה פנימית מערכתית קשה המונעת הרדמה או ביצוע הניתוח. הגיל אינו מהווה התוויית נגד לניתוח אלא להפך, מדובר בניתוחים שביצועם השתפר בגילאים הגבוהים. עודף משקל אינו מהווה התוויית נגד, אך קיימות עבודות המצביעות על תוצאות פחות

טובות אצל שמנים. הטיפול לאחר הניתוח כולל מתן נוגדי קרישה למניעת היווצרות קרישים ותסחיפים.

בעשרים השנים האחרונות מתבצעים יותר ויותר ניתוחים להחלפת פרקי הברכיים. הפרוטזות השתפרו והאורתופדים צברו ניסיון. זכורה לי מטופלת חביבה בת 81 בשם לאה, שקיפצה על רגליה ואף הזמינה אותי לרקוד, כל זאת לאחר החלפת ברכיים שנעשו בשתי רגליה. עמדתי פעור פה ולא האמנתי למראה עיניי נוכח היכולות המוטוריות והביצועים שהפגינה.

נפילות - גזרה משמים או מקרים שניתן למנוע?

נפילות מתרחשות בקרב שליש מבני 65 ומעלה שחיים בקהילה, ובקרב כל אחד מבני 75 ומעלה במהלך שנה. נפילות קורות ומתרחשות. האם ניתן למנוע אותן, או שזו גזרה משמים? אפשר להפחית את חומרת תוצאותיהן ואף למנוע אותן כליל. הדבר נכון לגבי נפילות הקשורות למפגעים בבית ובסביבה הקרובה, אך גם לנפילות הקשורות בגורמי סיכון הפיזיים, אליהם נתייחס בהמשך.

חשוב לציין שרוב הנפילות בגיל המבוגר הן כתוצאה משילוב של מספר גורמים. התייחסות ומודעות לגורמי הסיכון עשויים למנוע נפילות עתידיות, להפחית את מספרן ואף למזער את חומרת תוצאות הפגיעה.

האישה שפחדה ללכת על המדרכה

"הבטחת בהרצאתך לשים את הדגש הטיפולי על איכות החיים בגיל המבוגר, הזכירה לי הגברת שהתיישבה במשרדי, "אז אני כאן כדי שתפרע את השטר." "בסדר", אמרתי, "אני ארים את הכפפה."

התבוננתי בסקרנות באישה קטנת הקומה והנמרצת שפלשה לחדרי. לא ידעתי את שמה ומה גילה. ראיתי מולי אישה מבוגרת, עצמאית, שהגיעה למשרדי ללא עזרת מלווה, ראשה צלול, היא יודעת מה היא רוצה, מצב רוחה נראה תקין והיא מודעת למצבה. "אז מה מפריע לך ופוגע באיכות חייך?" שאלתי ביטחון בתגובה לחדות לשונה. "אני מפחדת ליפול, פשוט מאוד. מאז הטראומה שהייתה לי כשנפלתי לפני שנה, אני לא מצליחה להתאושש ולא מצליחה לחזור לחיים הרגילים שלי. אתה יודע מה, אני מפחדת לצאת מהבית. הפסקתי ללכת על המדרכות שמלאות מהמורות ובורות. אני מעדיפה ללכת בצמוד למדרכה, בשולי הכביש, שם בדרך כלל אין מהמורות, למרות שזה קצת מסוכן." – "עד כדי כך את חוששת לצאת מהבית? איך את מתפקדת ביום-יום? מי עושה לך קניות ומסדר את ענייניך? יש לי שאלות נוספות אבל נתחיל בצורה מסודרת. אני מציע שתתחילי בסיפור הנפילה האחרונה. תתארי לי כיצד זה קרה, מתי זה היה, אל תחסירי דבר."

זו הייתה שעת בוקר מוקדמת. הגעתי למשרדי בבית החולים דקות ספורות לפני כן והיה עליי לפתור מספר בעיות דחופות. נוסף על כך, בדרכי לבית החולים קיבלתי דיווח על מקרה של נפילה במחלקה, דבר שחייב אותי לבצע בדיקה דחופה של האירוע, שאם לא כן פרטי האירוע היו נשכחים. אתמול השתתפתי בישיבת צוות שדנה במניעת נפילות בדיור

המוגן, לאחר עלייה בשכיחות הנפילות. והנה הבוקר, האישה שהגיעה לחדרי ללא הודעה מוקדמת עם הסיפור של נפילה ותופעת פוסט-טראומה, 'ליפול', אמרתי לעצמי בציניות, 'זה מה שנגזר על האוכלוסייה המבוגרת, ועליו, כרופא, להתמודד עם התוצאות...'

פיניתי את הזמן, היום אהיה עסוק רק בנפילות' אמרתי לעצמי בעודי רושם במקום בולט שעליו לחזור ולברר נושא זה. "ספרי לי בבקשה", אמרתי לה, "אני מקשיב." ביקשתי שלא יעבירו לי שיחות שאינן דחופות.

"ביום שלישי הלכתי למרכז העיר כדי להיפגש בבית קפה עם חברות. זה מנהג שנמשך כבר שנים.. באותו יום סחבתי מספר תיקים בידיים, אני מציינת זאת, מאחר ואני בדרך כלל נמנעת מלסחוב, ומשתמשת בתיק צד קטן המשאיר לי ידיים פנויות. אתה יודע, למקרים של נפילות, רצוי שהידיים יהיו חופשיות כדי למנוע או להקל על הנחיתה," חיכה לעצמה במרירות. "באותו יום הפרתי את הכלל הזה, כיוון שהבטחתי לחברתי להראות לה את החולצה החדשה שקניתי, ואף הבאתי לה מתנה להולדת הנכד. בתיק אחר הייתה גם חצאית ישנה שהבאתי לתופרת כדי שתרחיב אותה.

לפתע, ללא אזהרה מוקדמת, בעודי הולכת על המדרכה, נתקלתי במרצפת בולטת ונפלתי מלוא קומתי ארצה. כיוון שהחזקתי כמה תיקים, או עקב מהירות הנפילה, לא הספקתי לשלוח את ידי קדימה וראשי נחבט במרצפות. מה אני אגיד לך, האף שלי נחבט ברצפה, זה היה כאב עצום מלווה בשטף של דם. בנוסף, קיבלתי מכה חזקה במצח ו'ראיתי כוכבים'. מעוצמת המכה כנראה שאיבדתי את ההכרה למספר דקות, עד ששמעתי מסביבי המולה של אנשים והתעוררתי. הובהלתי באמבולנס לחדר מיון. למזלי הרב לא נשברה לי אף עצם. אני זוקפת זאת לפעילות הגופנית שאני עושה, ולעובדה שאני נוטלת כדורים למניעת אוסטאופורוזיס. אגב, במקרה עשיתי בדיקת צפיפות עצם יום לפני הנפילה, שהראתה שאכן צפיפות העצם שלי השתפרה.

לעולם לא אשכח איך נראיתי, כמו אינדיאנית. היו לי שטפי דם על המצח והלחיים, האף היה נפוח ואדום, וסביב העיניים היו שני שטפי דם עגולים וכהים בצורת משקפיים. בתחילה הצבע היה אדום אבל אחר כך החל לשנות צבעים והפך לירוק, ואחר כך לצהוב, שיניתי צבעים ממש כמו זיקית. הרופא אמר שכך זה צריך להיות, ואחזור לעצמי תוך שבוע עד עשרה ימים. הוא קרא לכתמים הכהים שמסביב לעיניים בשם 'טראומת משקפיים', ואמר שזו חבלה המופיעה בזמן נפילה על הפנים. כתוצאה מהמכה הנוזלים מצטברים ברקמות הרכות שמסביב לארובות העיניים. הוא הרגיע אותי ואמר שהצבעים יחלפו וגם האף יחזור לגודלו הקבוע ושיש לי מזל שלא שברתי אותו ולא את עצמות האגן. כשבוע לאחר האירוע העור חזר לצבע המקורי, אך אני לא חזרתי לעצמי.

מאז אני חוששת לצאת. הגבלתי את עצמי להליכה רק ליד הבית. במקומות שאני מכירה היטב ומרגישה בהם בטוחה. נוסף על כך, אני משתדלת ללכת בשולי הכביש ולא על המדרכות. הלכתי לראות את המקום שבו נפלתי, זאת לא הייתה רק מרצפת שבלטה, אלא מרצפת שבורה שחצייה נטה כלפי מעלה, ובגללה מעדתי, וחציה השני היה בכלל חסר ונוצר שם מעין בור. אני לא יודעת איך לא ראיתי את זה קודם, ולא עקפתי. אולי הראייה שלי כבר לא מה שהייתה? חשבתי ללכת לרופא עיניים אך אני דוחה זאת שוב ושוב. אתה יודע, אני כל כך נזהרת מפני נפילות, שקניתי לי את הנעליים הכי יקרות, נעליים אורתופדיות, נוחות וקלות שמחזיקות היטב את הרגל. אך כל זה כנראה לא עזר לי. כמובן שמאז הפסקתי להיפגש עם החברות בעיר, אם הן רוצות הן יכולות לבוא ולבקר אותי בבית.

גם בבית נקטתי בכל הפעולות האפשריות הכרוכות בבטיחות האישית. האחות במרפאה נתנה לי עלון של קופת חולים בנושא מניעת נפילות על פיו פעלתי. אתה צריך לראות את הדירה שלי, מסודרת טיפוט עם תאורה מתאימה ביום ובלילה. אפילו כשאני יורדת בלילה לשירותים יש אור קטן שמאיר את דרכי. אף פעם לא תמצא אצלי חפצים מתגוללים על הרצפה או חוטי טלפון שנמשכים מהצדדים ושניתן להיתקל בהם. גם בשירותים ארגנתי הכול מחדש. ביטלתי את האמבטיה, ויצרתי פינת מקלחת נוחה עם ידיעות מתאימות שאוכל להיאחז בהן. אף מחוץ למקלחת יש שטיחון כדי שלא אחליק, וכמובן בתוכו. אגב, אני בכלל לא מבינה מי צריך אמבטיה. אינני זוכרת את עצמי עושה אמבטיה, זה נראה לי בזבוז זמן.

אירוע של נפילה היה תמיד בעייתי מבחינתי, וחשתי אשמה על כך שניתן היה למנוע אותו. הרגשתי שלא עשיתי די למניעת הנפילות במחלקה, על ידי הגברת ההדרכה והעלאת המודעות של הצוות במחלקה. גם בטיפול האישי בחולה חשתי בכל נפילה כישלון, אם בגלל שלא הדרכתני כראוי ולא סיפקתי אביזרי מניעה מתאימים, או מכיוון שלא איתרתי את הבעיה שגרמה לנפילה.

"אז מה אתה אומר דוקטור? האם אתה יכול לתרום לי במתן ביטחון?" "כן," אמרתי נחרצות, "עשית כמעט הכול וטוב שכך. אך עליי לשמוע ולברר אם נסיבות הנפילה היו באמת רק כתוצאה ממעידה, ולא בגלל סיבה פנימית אחרת. את יודעת, ברפואה אנחנו מחלקים את הסיבות לנפילה לשתיים: פנימיות וחיצוניות. דוגמה לסיבות פנימיות כפי שאת העלית כבר, היא החלשות הראייה, אך ייתכנו סיבות פנימיות אחרות כמו הפרעות קצב בלב, או השפעה של תרופות שגרמו להתעלפות ולאיבוד הכרה לפני שנפלת. ראשית, עלינו לשלול סיבות אלו. ייתכנו סיבות סביבתיות חיצוניות, כמו מפגעים

ומכשולים במדרכה או בבית כפי שסיפרת. אגב, כל הכבוד על השינויים שעשית בדירה, זה מאוד חשוב. את אולי לא יודעת, אך רוב הנפילות קורות דווקא בבית במהלך הפעילות השוטפת.

"ראשית אבדוק אותך," אמרתי, "נתחיל עם הליכה בפרוזדור. עלייך לקום מהכיסא וללכת עד לדלת הסמוכה במרחק של שלושה מטרים, להסתובב, לחזור ולשבת על הכיסא." היא קמה והחלה ללכת. הליכתה הייתה הססנית וזהירה. היא הלכה על בסיס רחב, לאט, עם פסיעות קצרות. גם הסיבוב חזרה היה איטי, הססני וזהיר. "טוב," אמרתי, "הבה נעשה זאת שוב, עלייך למדוד זמן ולספור את מספר הצעדים." היא עשתה את המרחק במשך כ־25 שניות ובמספר צעדים גבוה יחסית. המשכתי בבדיקה הנירולוגית של היציבות. "עכשיו נעשה בדיקה של היציבות בשלושה מצבים שונים הנראים דומים. עמידה עם רגליים צמודות וידיים מושטות קדימה, מצב של רגל אחת קדימה בחצי הדרך של הרגל השנייה (סמי־טאנדם), ומצב של עמידה עם עקב בצד אגודל (טאנדם). בכל מצב יש להושיט ידיים קדימה ולעמוד במשך עשר שניות בעיניים פקוחות, ועשר שניות בעיניים עצומות. לאחר מכן ביקשתי ממנה לחזור למצב הראשון עם רגליים צמודות, וניסיתי לדחוף אותה ולהפילה, בעוד היא מנסה לשמור על יציבות. היא שמרה על היציבות בכל המצבים ולא הראתה סימני נפילה כשניסיתי לדחפה קדימה או אחורה. כדי לבדוק את כוח השרירים ברגליים, ביקשתי ממנה לשבת ולקום חמש פעמים מבלי להעזר במשענות או במושב הכיסא.

בבדיקה הפנימית האזנתי ללב כדי לשלול הפרעת קצב או מחלת מסתמים. הדופק היה סדיר, לא נשמעו איוושות, וכן בדיקת לחץ הדם בכל המצבים היתה תקינה. גם בדיקת הריאות והבטן הראתה שתפקודן תקין. הפרקים הגדולים לא הראו שינויים כרוניים. כפות הרגליים היו ללא יבלות, דפורמציות או אצבעות העולות אחת על השנייה ואף הציפורניים היו גזורות. לא אשכח את הנשים המטופחות והיפות שכשבדקתי אותן הייתי מוצא כפות רגליים מלאות בדפורמציות של האצבעות, ויבלות בכפות הרגליים עם ציפורניים מעוקלות. זה נגרם כתוצאה מהליכה על עקבים מחודדים ונעליים עם שפיץ, זכר לתקופות צעירות ולאופנות ישנות ומתחלפות.

ביקשתי לראות את רשימת התרופות, ביצעתי בדיקת ראייה כסינון לזהות מספרים ואותיות קטנות ממרחק של 35 ס"מ, ובבדיקת השמיעה ערכתי את מבחן הלחישה. לקראת סיום ביקשתי שתמנה את חודשי השנה מהאחרון לראשון, כדי לבדוק את מהירות עיבוד המידע התחושתי במוח. הייתי מרוצה מהבדיקה, ופרט לתבנית ההליכה ההססנית והזהירה שבה הלכה מאז הנפילה, אפשר היה לסכמה כבדיקה טובה.

“אפנה אותך לבדיקת עיניים מדוקדקת יותר אצל רופא עיניים, ואף לבדיקת קצב הלב (הולטר) למשך 24 שעות.” אמרתי לה, “ואשלח אותך לפיזיותרפיה שם תקבלי גם תכנית לתרגילים, להליכה, ליציבות ולהענקת ביטחון.” חייגתי למכון השיקום, סיפרתי לפיזיותרפיסטית מעט מהמצאים שהעליתי, וביקשתי שתבצע לה הערכה של הליכה ויציבות. היא הבטיחה לבוא למשרדי בתוך מספר דקות.

ביקשתי מהאישה שתישאר בחדרי עד בוא הפיזיותרפיסטית, וביקשתי את סליחתה כי עליי לצאת לזמן מה כדי לטפל בכמה בעיות דחופות במחלקה. כששבתי מצאתי את הפיזיותרפיסטית והאישה משוחחות בערנות רבה. שיחה כול כך חשובה שהתאחרה בשנה.

להשקות את הגינה בכל מחיר

רופאה עמיתה סיפרה לי את הסיפור הבא: “לאימי יש גינה אותה היא מאוד אוהבת. היא מקפידה להשקותה בכול בוקר. לפני זמן מה היא עמדה והשקתה אותה עם צינור. כמידי יום, היא ניסתה להשקות גם את האזור המרוחק יותר. הצינור הסתבך ברגליה, היא איבדה את שיווי משקלה ונפלה על צדה. אמא שכבה על האדמה הרטובה והתקשתה לקום. היא נתקפה כאבים עזים. בעקשנות הצליחה לקום ונכנסה לביתה כאובה ומותשת. כשהתקשרה אליי וסיפרה את אשר קרה, עזבתי הכול ומיהרתי אליה.

חשדתי מיד שנגרם לה שבר, והצעתי שנלך לחדר מיון לצילום אגן וייעוץ אורתופדי. התצלום לא העלה דבר. האורתופד טען שפרקי האגן לא נשברו. הוא התבונן פעם נוספת וחזר ואמר שלא נגרם שבר. גם אני הצצתי בתצלום והסכמתי עם דעתו. יופי, לאימא אין שבר, שמחתי. אך אימא לא הצטרפה לשמחה, “יש לי כאבים עזים בעיקר כשאני עומדת, אינני יכולה לדרוך על הרגליים, במיוחד על רגלי ימין. את הרי מכירה אותי, אינני מתלוננת סתם.

ביקשתי מהאורתופד לבדוק את אימא בשנית. הוא נעתר לבקשתי בחוסר עניין, וקיפל את רגלה פנימה והחוצה. אימא הניעה את פרקי הירכיים ללא קושי.

כשהיא יושבת בכיסא גלגלים, העברתי אותה לאוטו ושברנו הביתה. הפעולה הייתה כרוכה בקושי, בכאב ובסבל איום בשבילה, ואני התייסרתי איתה.

אני מכירה את אמי, היא אינה מתלוננת סתם, ודאי יש משהו שהם לא ראו, הרהרתי בלבי במהלך הנסיעה, אך אולי אני טועה והכול רק מהמכה היבשה ומהטראומה, כפי

שאנו אוהבים לומר לחולים? מספר ימים נמשך הסיוט ואמי לא חדלה לומר שאינה יכולה לעמוד ולדרוך על רגלה הימנית. דרשתי לבצע צילום אגן חוזר בזווית אחרת, כך אולי נראה מה שלא ניתן היה לראות בפעם הקודמת. בצילום החדש נראה לפתע שבר, לא במפרקי האגן, כפי שחיפשנו בתחילה, אלא באותן העצמות המחברות יחד את האגן ושומרות על רצפתו.

הוקל לי. גם לאמי רווח כשהתברר שאינה מתלוננת לשווא. המשכנו עם מתן נוגדי כאבים, ולאחר שבוע הכאב הוקל ואמי חזרה לתפקד באופן מלא. מאז היא נפלה עוד מספר פעמים, ושברה את צוואר הירך מצד שמאל ואחר כך מצד ימין. כל זה לא פגע כהוא זה בנחישותה להמשיך ולהשקות את הגינה..."

מה נחשב לנפילה? כל אירוע בו אנו מוצאים את עצמנו על הרצפה או במפלס נמוך משהיינו שלא מרצון, נחשב לנפילה. ההגדרה חשובה כי רבים מהמטופלים נוטים להתעלם מהנפילה, להתכחש לה, ולראות בה נורמה. אמירות כגון "רק החלקתי", "רק מעדתי", "זה קורה", "אינני זוכר אפילו איך זה קרה", "כבר שכחתי מזה", שגורות בפי מטופלים רבים. בסופו של דבר הם לא מדווחים עליהם, הרופאים לא מבצעים הערכה, והמטופלים לא מקבלים טיפול מתאים.

היקף הבעיה והשלכותיה. נפילות מהוות בעיה בריאותית גדולה לאוכלוסייה המבוגרת ולמערכת הבריאות. תאונות שרובן מנפילות מהוות את סיבת המוות החמישית בגיל המבוגר. כשליש מסך הסיבות לאשפוז במסגרות לטיפול ממושך (בתי אבות) קשורות לנפילות. כחמישה אחוזים מהנפילות מסתיימים בשברים, רובם שברי אגן, וחלקם שברי כף היד וחבלות ראש.

כיצד אנו נופלים? בעוד הליכה או עמידה היא הצלחה של מנגנון יציבות הגוף, הנפילה היא כישלון שלו. אין זה פשוט לשמור על יציבות הגוף. היא מורכבת מאוד. ניתן לשרטטה בשלושה מסלולים עצביים:

- **משוב עצבי תחושי** – בו המוח מקבל התראות באמצעות חיישנים היקפיים (תחושיים) הנמצאים בעור, בשרירים, בפרקים, בראייה ובשמיעה, בשרירי הצוואר ובמערכת האיזון באוזן (וסטיבולרית).
- **בקרה עצבית מרכזית במוח** – עיבוד המידע במוח דרך מעגלים עצביים הנמצאים בגרעינים הבזליים, במוח הקטן, בטלמוס ובקליפת המוח.
- **דחפים עצביים מוטוריים** – שליחה דרך מסילות עצביות מוטוריות לתגובת השרירים ולביצוע הפעולה.

מהם הגורמים לנפילות? ניתן לחלקן לשלושה גורמים עיקריים:

- **סיבות פנימיות (intrinsic)** הקשורות לפיזיולוגיה ולפתולוגיה: גיל, נשים, חוסר בוויטמין D, חולשת רגליים, חוסר יציבות, ירידה שכלית (קוגניטיבית), בעיות בכפות רגליים, חוסר שליטה על סוגר השתן, דיכאון, ירידה בראייה, התעלפות ואיבוד הכרה, הפרעת קצב, אפילפסיה, תת-לחץ דם תנחתני, אירוע מוחי, שינויים בחוליות

הצוואר (ספונדיליזיס), פגיעות תחושתיות (ניורופתיה) היקפיות, פחד מנפילה, פרקינסוניזם.

- **סיבות חיצוניות** (extrinsic) תרופות מרגיעות (משפחת הבנזודיאזפינים), ריבוי תרופות (מעל ארבע), הרעלה או גמילה מתרופות, אשפוז בבית חולים או במוסד.
- **מפגעים סביבתיים** (hazards). מכשולים בבית ובסביבה. שטיחים רופפים, העדר אביזרים בטיחותיים באמבטיה ובשירותים, מפגעים הקשורים למגע בין הרגל והמשטח. נעליים לא מתאימות בעלות סוליה מחליקה, משטחים פגומים, לא ישרים, מדרגות, מדרון. פגיעות מכלי רכב או מאנשים ברחובות הומי אדם, מבעלי חיים, מחפצים ומרוחות צד. מפגעי ראייה: חושך פתאומי, מעברים (קונטרסטים) חדים, אור עמום בנקודות קריטיות (למשל במדרגה האחרונה).

נפילות בבתי חולים ובמסגרות לאשפוז ממושך. למרבה האבסורד, דווקא במקומות בהם אנשים מבוגרים מתאשפדים עקב נפילות, שכיחות הנפילות גבוהה מהממוצע בקהילה. הסבר חלקי לתופעה הוא מצבו הרפואי של המבוגר המאושפז עקב מחלות חריפות (מצב בלבולי), וגורמי סיכון רבים יותר מאשר בקהילה. בנוסף על כך, יש לזכור שסביבת בית החולים ובית האבות אינה מוכרת, זרה ומנוכרת למטופל. היא רוויה במפגעים סביבתיים הקשורים בטיפול (צנרת לווריד, קטטר לכיס השתן ותרופות), מיטות גבוהות, חוסר הקפדה על סגירת דפנות המיטה ורצפות רטובות.

האם ניתן למנוע את הנפילות? ניתן למנוע את רובן, אך לא את כולן. נפילות קורות ומתרחשות בכל הגילאים, (הן שכיחות יותר בקרב ילדים וספורטאים), אך בגיל המבוגר, לא רק שהן שכיחות, אלא תוצאותיהן עלולות להיות הרות אסון. המייחד את הנפילות בגיל המבוגר הוא שהן שלובות בשינויים הפיזיולוגיים הקשורים לגיל ובמחלות הנצברות במהלך החיים. תמיד קיימים גורמים אקראיים לנפילות שאין לנו שליטה עליהם גם אם נהיה מודעים להם (אירוע מוחי, מחלת פרקינסון). רוב הנפילות בגיל המבוגר מתרחשות כתוצאה משילוב מצטבר של מספר גורמים, שאם נכיר אותם ונהיה מודעים לקיומם, נוכל להפחית את מספרם או למזער את חומרת תוצאותיהן ואף למנוע אותן.

הגישה לנפילות של האדם המבוגר. "האם נפלת בשנה האחרונה?" הרופא המטפל חייב לשאול שאלה זו כל מטופל, במיוחד אם הוא סובל מגורמי סיכון. במידה והייתה נפילה

עלינו הרופאים לשמוע על המצב הפיזי של הבית וקיומם של מפגעים סביבתיים בבית ומחוצה לו. בנוסף, חובה עלינו לברר אם היו בעבר אירועים של התעלפות או סחרחורת, אם ישנן בעיות בראייה ובשמיעה, הופעת כאבים בזמן הליכה, מהם הרגלי השתייה, לבדוק את מצב הרוח בחשד לדיכאון, האם המטופל אושפז בעבר, מצבים חריפים ורשימת התרופות. כל האמור לעיל יוצר למעשה את ההיסטוריה הרפואית הרלוונטית. אדם עם בעיות ראייה או לאחר אירוע מוחי מועד לנפילה ויש לתקן את הראייה ולהיעזר באביזרי עזר. אם האדם כבר נפל פעמיים בחצי שנה או נפל נפילה אחת שגרמה לפגיעה קשה, חובה לבצע הערכה מקיפה ולערב גורמים רבים.

קיימים גורמי סיכון לנפילה הניתנים להתערבות טיפולית, כך למדתי מפרופ' מריה טינטי, בהרצאתה בכנס הגרונטולוגי שהתקיים בעיר ונקובר, קנדה בשנת 2001. טינטי פרסמה מחקר בכתב־העת היוקרתי של הרופאים. NEJM במחקרה הוכיחה שקיימים גורמי הסיכון שנמצאו הפיכים להתערבויות טיפוליות: חולשת שרירים ברגליים, בעיות יציבה והליכה, מפגעים סביבתיים, בעיות ראייה, בעיות פרקים (ארטריטיס), מוגבלות בפעילות היום־יומית ונטילת למעלה מארבע תרופות בו־זמנית (פוליפרמסי) (Tinetti, 1994).

ההתערבויות הטיפוליות שמצאה טינטי הן תרגילי כוח לחיזוק שרירי הרגליים, תרגילי הליכה ושיפור היציבות, שינוי והתאמת הסביבה והסרת מפגעים, טיפול בבעיות עיניים והפסקת שימוש בתרופות שאין בהן צורך. שימוש באביזרי עזר להליכה כמו מקל או הליכון לבעיות פרקים וטיפול במחלות רקע נלוות. כל ההתערבויות הללו נמצאו תורמות ומונעות באופן משמעותי נפילות עתידיות.

כיצד נבצע ההערכה של הנפילות? ההערכה כוללת היסטוריה רפואית, בדיקה גופנית ונירולוגית, הערכה מיוחדת של התרופות, זיהוי מכשולים סביבתיים, הערכה קוגניטיבית, יכולת תפקודית וזיהוי מצבי חולי חריפים. התרופות שמעלות סיכון לנפילות הן מרגיעים למיניהם כמו סדטיביים, משרי שינה (היפנוטיים), אנטי־פסיכוטיים ונוגדי דיכאון. תרופות נגד לחץ דם או מרחיבי כלי דם. נוגדי דלקת, מורידים סוכר, מעכבי תעלות סידן ואנטי־היסטמינים.

מה תכלול הבדיקה הגופנית?

- התמקדות בבעיות חריפות – בדיקת הריאות והשתן כשיש חום גבוה וחשד לזיהומים, אפשרות למצבי יובש או התלקחות של מחלות רפואיות נלוות.

- תת לחץ־דם תנוחתי – מצב המתגלה על ידי בדיקת לחץ דם במספר תנוחות גוף שונות כמו שכיבה, ישיבה ועמידה.
- בדיקת מערכת התחושה והמוטוריקה – ראייה ושמיעה, כף הרגל, טווח התנועה של הגפיים וכוח השרירים. ביצוע בדיקת קימה וישיבה ללא עזרת הידיים.
- הערכה קוגניטיבית־שכלית.
- בדיקת יציבות – מבחני רומברג סטטי ודינמי, בדיקת קום ולך.
- בדיקת הלב – קצב הלב ומצב והמסתמים.
- בדיקת כפות הרגליים.
- הערכת תבנית ההליכה.

מה המטרה בהתערבות? המטרה היא להוריד את גורמי הסיכון לנפילות ולמנוע אותן. גם במידה ונפילה מתרחשת חשוב להקל על הפגיעה ולמנוע פגיעות קשות כמו שברים, חבלות ראש ופגיעות אחרות בגוף. כמו כן יש להפחית את הפחד מפילות ולהעלות את יכולת התפקוד העצמי.

ההתערבויות הטיפוליות המומלצות:

- **תרגילים ואימוני הליכה** – חיזוק שרירי הרגליים ואימון שיווי משקל. ביצוע תרגילי כוח ואימון לשיווי משקל. ביצוע תרגילי טאי צ'י, שנמצאו טובים לשיפור שיווי המשקל והיציבות (Wolfson, Whipple, Derby, et al 1996). תרגילי הליכה ותיוון הליכה בעזרת מכשירי עזר כמו הליכון ומקל. הפיזיותרפיסט ימליץ וידריך במסגרת שיקומית בקהילה ובמסגרת ביקור בית למרותקים לביתם. לאנשים בעלי סיכון גבוה מומלץ להשתמש במגני אגן כדי למנוע שברים בזמן נפילות.
- **שינויים בסביבת הדיור** – הגבהת מושב השירותים. ניקוי הבית מגיבובים, ממכשולים ומריהוט ישן. שיפור התאורה, לבישת נעלי בית סגורות מתאימות שמחזיקות את הרגל ולא תלויות עליהן. הנחת משטחים למניעת החלקה באמבטיה, שטיוח שנאחז ברצפה מחוץ לאמבטיה וסילוק שטיחונים מחדר השינה. תפקידה של המרפאה בעיסוק להתאים את הבית לצרכים, יש להתייעץ איתה.
- **הערכה של התרופות** – ההערכה תיעשה על ידי הרופא המטפל. יש לדווח לו על כל תרופה בין אם נרשמה על ידו, על ידי רופא אחר או שנקנתה ללא מרשם. כנ"ל לגבי תרופות טבעיות. מצב של נטילת תרופות מרובות בו־זמנית נקרא פוליפרמסיה ואחת התופעות הלוואי העיקריות שלו היא נפילות. במקרה של נפילה יש לדווח לרופא על מנת לנסות להפסיק להשתמש בתרופות הגורמות לנפילות ולחוסר יציבות.

טיפול במחלות מערכתיות: בעיות פרקים, עיניים וזיהומים. טיפול פיזיותרפי מסייע לשמור על טווחי תנועה ואף להגדילם. ניתן לקבל יעוץ ממרפא בעיסוק לגבי שימוש באביזרי עזר לפי הצורך. הטיפול בבעיות עיניים נעשה על ידי הפנייה לבדיקה תקופתית אצל רופאי עיניים להסרת ירוד וטיפול בגלאוקומה. במחלות זיהומיות ומצבי יובש יש לטפל לפי הגורם.

זיהוי ומניעת אוסטיאופורוזיס. גם אם נופלים חשוב להימנע משברים וזאת נעשה באמצעות מניעת אוסטיאופורוזיס. הטיפול כולל תזונה מתאימה, תוספות של סידן וויטמינים, ונטילת תרופות הבונות עצם.

לבישת מגני־אגן (Hip protectors) מדובר בפיתוח ביו־טכנולוגי של בגד תחתון אשר בריפוד החיצוני שלו מצויות שתי רפידות קשיחות השומרות על עצם הירך. הפדים סופגים חלק מהאנרגיה של הנפילה ומחלקים את הכוחות מאזור הירך לרקמות הרכות של האגן. מחקר שנערך בנושא מגני האגן העלה שהם נמצאו יעילים בהורדת שכיחות השברים. מסקנות המחקר היו ששיעור ההיענות ללבישת המגנים היה נמוך, ושיש להתמקד בקבוצות מטופלים בעלי מוטיבציה גבוהה והנמצאים בסיכון גבוה לנפילות. (Parker, Gillespie, Gillespie 2006)

סחרחורות והתעלפויות

סחרחורות והתעלפויות בדרך כלל קורות יחד. קיים דמיון רב בין התלונות, וחפיפה בין הגורמים להן. גם הטיפול דומה. סחרחורות והתעלפויות גורמות לנפילות, לפיכך חשוב להבחין ביניהן כדי לטפל בהתאם ואף לנסות למנוע אותן.

1. סחרחורות

מאחר וזו תחושה סובייקטיבית, סחרחורת היא סימפטום קשה לתיאור ולהגדרה. קיימות סיבות רבות לסחרחורות ולכן גם הטיפול בהן מערב גורמים רבים. רופאים גריאטריים רבים מתייחסים לסחרחורות כאל תסמונת (סינדרום) ולא כאל מחלה. תסמונת היא קבוצת סימפטומים וממצאים שנובעים ממספר רב של גורמים שבשעה שהם מצטברים, האפקט הפגיעתי שלהם הוא על מערכות ואיברים שונים.

מקורן של רבות מהתלונות על סחרחורות נובע מבעיות פסיכולוגיות ושינויים בראייה. לרוב לא נמצאת לכך סיבה או אבחנה מדויקת. המסר הוא מתן טיפול מערכתי שיקיף את מצבו של המטופל על כל היבטיו. חשוב לשדר לפונה תחושת בטחון והרגעה שהבעיה מטרידה אך לא מסוכנת וניתן לחיות איתה. כל זה כמובן, לאחר ששללנו קיומן של בעיות רציניות.

האישה שריחפה

"יש לי אירועים של סחרחורת", אמרה לי בלה. "למה את מתכוונת כשאת אומרת סחרחורת?" אמרתי, "תתארי לי באופן מדויק את האירוע." היות וקיים קושי סובייקטיבי לתאר את תחושת הסחרחורת שבלה חוותה והתלוננה עליה. ציינתי בפניה שסחרחורת מוגדרת ברפואה כאחד משלושת המצבים: תחושה של ריחוף או צניחה באוויר, מצב של כמעט התעלפות ותחושה של חוסר יציבות. "אם כך, אנא תארי לי במדויק את התחושה שחוויית, ולאיזה קטגוריה היית משייכת אותה, אני יודע שקשה לבטא תחושות ולשמר אותן אבל נסי, לאיזה מצב מתאימה ביותר התחושה שחוויית?"

ניכר היה עליה שהיא עשתה מאמץ אמיתי לתאר ולשחזר במדויק את האירוע. היא עצמה את עיניה, הסיטה את ראשה לאחור וניסתה להתרכז. "אני חושבת שזאת הייתה תחושת ריחוף ושזה היה קשור לתזוזת הראש או הצוואר בעיקר לאחור. זה לוקח דקות ספורות וחולף, ולכן ניסיתי להתעלם, אך אני חרדה שמא זה יכול להיות מסוכן וחלילה יקרה לי אירוע מוחי."

האם הסחרחרות של בלה גורמת לחרדה או **נובעת** מהחרדה (הביצה והתרנגולת)?

עלי לשלול תחילה בעיות גופניות לפני שאעבור לבעיות נפשיות, מיקדתי את עצמי. לדבריה זה קשור לתנוחת הראש כך שעלי לשים לב למצבים שונים בתנוחת הראש במרחב, המושפעים מהאוזן הפנימית. נוסף על כך, ייתכנו שינויים בחוליות הצוואר, תופעה שכיחה באוכלוסייה המבוגרת, הגורמים גם לסחרחרות, במיוחד בהטיות צוואר מהירות וחדות לכיוונים שונים. הזכרתי לעצמי לא לשכוח לשאול על תרופות, בעיקר אלו שעוברות את מחסום דם-מוח ומשפיעות על מערכת העצבים המרכזית. עלי לבצע בדיקת לחץ דם במצבי תנוחה שונים (משכיבה לישיבה ולעמידה) כדי לא "לפספס" מצב שבו קיימת ירידה חדה בלחץ הדם הגבוה (הסיסטולי). אם הירידה היא מעל 20 מ"מ כספית זה מוביל לאבחנה של תת-לחץ דם תנוחתי (אורתוסטטיזם). עלי להאזין גם ללב כדי לשלול מצב של הפרעות קצב או פגיעה במסתמי הלב, ולבדוק את כלי הדם בצוואר להימצאות איוושות בעורק התרדמה (קרוטיד). האיוושות מצביעות על חסימה וחוסר הספקת דם וחמצן למוח. עלי לבצע בדיקה נוירולוגית מקיפה הכוללת בדיקת אוזניים ומבחני שיווי משקל (מבחן רומברג, עמידת טאנדם ובדיקת קום ולך).

נדיר שתלונה על סחרחרות תהיה סימפטום לאירוע מוחי או למחלות לב. סחרחרות היא בדרך כלל מצב שפיר שמפסיק בעצמו, היא נמשכת זמן קצר, פחות מדקה. הייתי צריך לשלול בעיות נפשיות כאחת הסיבות העיקריות לתחושה הזו, ואולי הגיל עצמו גורם לכך?

מאחר והסכנה העיקרית בגיל המבוגר היא נפילות, וכתוצאה מזה סכנת שבר עם ירידה בתפקוד, יש לטפל במניעת הנפילות, גם אם לא נמצאה אבחנה ברורה.

"טוב בואי נבדוק אותך", אמרתי, "אנא שכבי על המיטה." באתי למראשות המיטה, אחזתי בראשה בין כפות ידיי תוך ניסיון ליצור סחרחרות על ידי הורדת הראש מעבר לקו המיטה. "אמרי לי אם הצלחתי ליצור את התחושה שקראת לה בשם סחרחרות." הסתכלתי בעיניה כדי לראות אם נראות תזוזות חזקות של העיניים לצד מסוים (ניסטגמוס), אך האישונים לא ריצדו. ביצעתי בדיקה פנימית מקיפה של המערכות השונות של כלי הדם בצוואר ובלב, ובדיקת לחץ דם בכל המצבים האפשריים. "עימדי, בבקשה, עם רגליים צמודות וידיים מושטות קדימה", אמרתי ודחפתי אותה קלות לצדדים, קדימה ואחורה. היא לא נפלה והצליחה לשמור על יציבותה. לחץ הדם היה תקין בכל המצבים השונים. ביקשתי שתספר לי איזה תרופות היא נוטלת ועל מצבה הכללי, מידע שיסייע בידי לדעת אם יש קשר לתרופות או אם קיים רקע נפשי כלשהו לסחרחרות.

השיחה והבדיקה הגופנית לא העלו אף גורם ישיר לסחרחורות. אמרתי לה שאינני מוצא סיבה ברורה, ושבדרך כלל קשה למצוא סיבות, אך לא סביר שמדובר בבעיה רצינית, ואין לזה כל קשר לכלי הדם או לאירוע מוחי. "אני מקווה שלמרות שלא נמצאה סיבה, את יותר רגועה, מאחר ולא נראה שקיימת בעיה רצינית." הוספתי. בלה חייכה בהכרת תודה. לא הבנתי אם הוקל לה אך נראה לי שהשלימה עם חוסר האבחנה ואולי הייתה מעט רגועה יותר. הייתי מרוצה מהעובדה ששללתי קיומן של בעיות רציניות, אך יחד עם זאת חשתי מעט מתוסכל מחוסר היכולת לאבחן את הסיבות לתופעה.

מהי סחרחורת? סחרחורת מוגדרת כתחושה של תנועה המלווה בחוסר יציבות עם כאב ראש קל. היא נחשבת כסימפטום נפוץ באוכלוסייה הכללית בכלל, והמבוגרת בפרט. התלונה נמצאת במקום השלישי בשכיחותה באוכלוסייה מעל גיל 65. לגיל יש השפעה רבה על התרחשות התופעה, עקב ירידה בתפקוד מערכות תחושתיות; עצב השמיעה (הווסטיבולרי), העצב האחראי על שווי המשקל ונמצא במבוך האוזן הפנימית, מערכת הראייה ומערכת התחושה במרחב (הפרופיוצפטיבית) שבעור. למרות זאת לא ניתן לייחס את גילו המבוגר של הפונה כסיבה העיקרית לסחרחורת, ויש לנסות ולמצוא את הגורם או הגורמים שמובילים לתופעה. (Tinetti, Williams, Gill 2000).

מהי בעצם סחרחורת? כדי להבין טוב יותר מהי סחרחורת, מוטב לחלקה למספר קטגוריות:

- ורטיגו – ריחוף או צניחה,
- מצב של כמעט (טרום) התעלפות
- מצב של חוסר יציבות.

ורטיגו היא תנועה סיבובית של הראש הנותנת תחושת ריחוף באוויר כמו בעת צניחה. היא נגרמת בדרך כלל מפגיעה בעצב השמיעה (הווסטיבולרי) שבמבוך האוזן הפנימית או בגזע המוח.

'כמעט (טרום) התעלפות' מלווה בכאב ראש קל ונגרמת כתוצאה מירידה חדה בלחץ הדם במהלך שינוי בתנוחה, או עקב קושי בזרימת הדם והחמצן למוח. הבעיה רצינית אם היא קשורה להפרעת קצב או לבעיה מסתמית קשה של הלב כמו היצרות חמורה של מסתם אבי-העורקים. לעתים הסיבה פשוטה הרבה יותר, ונובעת מגירוי עצב הגולגולת העשירי (הוגוס) במהלך הקאה, פעילות מעיים או לאחר ארוחה כבדה. מצב של חוסר יציבות (imbalance), נקרא גם חוסר שיווי משקל של הגוף (לא של הראש). הוא מרמז על פתולוגיה של עצב שווי המשקל (הווסטיבולרי). ייתכנו מערכות נוספות הגורמות לחוסר יציבות, כמו מערכת הראייה ועצבים תחושתיים אחרים.

האם הסחרחורת יכולה להיות חלק מתהליך ההזדקנות? כן, אך זוהי אבחנה על דרך השלילה. היא חייבת להיות רק לאחר ששללנו את שאר הסיבות והגורמים האפשריים. סחרחורת בשל הגיל ((presbystasis נובעת מחוסר איזון של הגוף כתוצאה מירידה, אף

הקלה ביותר, בתפקוד ותיאום (אינטגרציה) של מערכות התחושה השונות: הווסטיבולרי, הראייה והמרחב. בעוד שאדם צעיר יכול בקלות לפצות על פגיעה במערכת מסוימת ולא לחוש כלל בסחרחורת, ישנו קושי ביכולת הפיצוי אצל האדם המבוגר. קושי הנוצר עקב ירידה בתפקוד המערכות הללו, וגורם לתחושת אי־יציבות.

מהם הגורמים העיקריים לסחרחורות? בורטיגו הגורמים הם ורטיגו תנוחתי שפיר (benign positional vertigo), דלקת חריפה של עצב שווי המשקל או הלברינט, דלקת באוזן התיכונה, מחלת מנייר, הרעלת תרופות, סחרחורת צווארית, ומחלת כלי דם מוחיים. בטרם התעלפות הגורמים הם תת לחץ דם תנוחתי, הפרעות קצב ואירועים וזרווגאליים (הקאות, פעילות מעיים ולאחר ארוחה כבדה). בחוסר יציבות הגורמים הם מחלות של המוח הקטן, אירוע מוחי, הפרעה בראייה ובמרחב, פגיעה עצבית היקפית ולאחר מחלה חריפה (דקונדישין). גם תרופות עלולות לגרום לסחרחורות. תרופות מרגיעות, נוגדי לחץ דם, נוגדי התכווצויות, אנטיביוטיקה מסוג אמינוגליקוזידים, משתנים ואלכוהול. (Colledge, Barr-Hamilton, Lewis and all 1996)

אם כן, במה תתמקד הבדיקה הגופנית שנבצע במתלונן? בדיקת לחץ דם בתנחות שונות (משכיבה לישיבה ולעמידה), במידה וקיימת ירידה בלחץ הדם הסיסטולי מעל 20 מ"מ כספית, תינתן אבחנה של תת־לחץ דם תנוחתי (אורתוסטטיזם). צריך להתמקד גם בהאזנה ללב במטרה לגלות הפרעות קצב או פגיעה במסתמים. יש לבדוק גם את עורקי הצוואר הראשיים למציאת היצרות בעורקי התרדמה (קרוטיד). צריך לבצע בדיקה נירולוגית מקיפה הכוללת בדיקת האוזניים, בדיקת שינוי תנוחת הראש במיטה להופעת הסחרחורות ולתנועות לא רצוניות מהירות של העיניים (ניסטגמוס) ומבחני שיווי משקל (מבחן רומברג, עמידת טאנדם ובדיקת קום ולך). בדיקות המעבדה הרוטיניות שנבצע הן ספירת דם להימצאות אנמיה, סוכר לחשש להיפוגליקמיה, בדיקת שמיעה, בדיקת גלים חשמליים במוח (אלקטרו־אנצפלוגרפיה) כדי לשלול פגיעה מטבולית, ובדיקת אק"ג להימצאות הפרעות קצב (אריתמיה).

מהן הבדיקות הנוספות? המטרה העיקרית היא לשלול בעיות רציניות כמו מחלות לב וחסמה חולפת של כלי דם, המופיעות במהלך אירועים מוחיים. מצבים אלו יהיו מלווים

בראייה כפולה, בקשיי דיבור, בבחילות ובהקאות. לאנשים הנמצאים בסיכון גבוה לבעיות כלי דם או בעיות לב, רצוי לבצע בדיקות משלימות, כשיש חשש לגידול באזור האוזן, יש לבצע CT למוח ולעצמות הרכה, אולטראסאונד של עורקי התרדמה (הקרוטיד) ועורקי הצוואר (הוורטברלים). ביצוע אקו־לב והולטר במשך 24 שעות כשקיים חשש שהמקור מהלב.

אם כן, מהו הטיפול? כאשר מתעורר חשש מבעיות לב או חסימות כלי דם במוח, יש להפנות את המטופל מיד לחדר מיון לשם אבחון, טיפול והשגחה. במקרים שאינם דחופים יש לתת אספירין לדילול הדם ולהפנות לייעוץ לב או נירולוג.

לאחר שנשללו בעיות רציניות, החשש הוא מנפילות שיקרו עקב חוסר בטחון. במקרה זה יש להפנותו לפיזיותרפיה לשיקום הליכתי וחזקת הביטחון העצמי (שיקום וסטיבולרי). הפיזיותרפיסט יבנה תכנית הכוללת פעילות ותרגילים המכוונים לשיפור הליכה, לאיזון שיווי המשקל וליציבות. חשוב גם להגביר את הביטחון של הפונים על ידי מתן אביזרי עזר כמו מקל או הליכון, אפילו לתקופה קצרה. לעתים גם שיפור התאורה בבית וסילוק מפגעים יקנה ביטחון לפונה. מומלץ ואף רצוי להתייעץ עם מרפא בעיסוק בנושא הגברת תחושת הביטחון בבית.

יש לבדוק את מצב הראייה על ידי הפנייה לרופא עיניים ואופטומטריסט. במקרים רבים התברר שהתלונה נעלמה לאחר תיקון ליקוי בראייה.

בבעיות נפשיות כמו חרדה או דיכאון, המעצימים את התלונה של הסחרחורות, נטפל בשיחות ובמתן תרופות הרגעה ונוגדי דיכאון, במיוחד כשקיימות תלונות נוספות כמו קושי בשינה, ירידה במצבי הרוח ובביטויי חרדה. רצוי להפסיק תרופות התורמות או הגורמות לסחרחורות. גם לא רצוי לתת תרופות נגד סחרחורות עקב תופעות לוואי לא רצויות.

בבעיות הקשורות לאוזניים, כשהתלונות מופיעות במהלך שכבה או מלוות בצפצופים ורעשים באוזניים, יש לפנות לייעוץ של רופא אף, אוזן וגרון.

בבעיות הקשורות לעמוד השדרה של חוליות הצוואר, רצוי להתייעץ עם אורתופד. לסיכום, רוב התלונות של סחרחורות הן קלות, אינן מסוכנות, אינן גורמות לנזקים משמעותיים רציניים, וניתן להתמודד עמם בחיי היום־יום. המתלונן לומד לפצות את עצמו ולהסתדר עם התופעה.

2. התעלפויות

התעלפויות היא תופעה של איבוד הכרה פתאומי המלווה בהתאוששות מידית ועצמונית. התופעה שכיחה בכל גיל, אך שינויים הקשורים לגיל תורמים לשכיחות התופעה בקרב מבוגרים, ועלולה לגרום לנפילות ולמוגבלות תפקודית.

נפילתה של רחל

יום אחד ישבנו מספר חברים במועדון הגיל השלישי בשכונת מגורנו. לאחר ששיחקנו ופיטפטנו כשעה, רחל קמה ללכת ויצאה מהמועדון. לפתע שמענו קול חבטה חזק, שנשמע כמו פגיעת טיל בקרקע. מיהרנו החוצה וראינו את רחל שוכבת על הרצפה מעולפת. ידה השמאלית הייתה נטויה על הצד ונראתה שבורה. סימני חבלה נראו על פניה ואפה. ניגשנו אליה ושאלנו מה קרה. רחל ענתה שאינה זוכרת דבר ושלפתה מצאה את עצמה על הרצפה. כמובן שהזעקנו מיד אמבולנס שלקח אותה לבית החולים הקרוב. בחדר המיון אובחן שבר פתוח בשורש כף היד עם שתי עצמות שבורות. כמו כן היו לה סימני חבלה בצורת שטפי דם על הלחיים ומסביב לעין, ומכה יבשה באזור הצלעות. המכה גרמה לקושי בתנועה, בעיקר בקימה מהמיטה ומהכיסא, או במעבר ממצב של ישיבה לעמידה.

האריה שצחק

אריה היה מאבד את ההכרה ומתעלף לאחר שהיה פורץ בהתקף צחוק גדול. ידענו שאסור לספר בדיחות על ידו ולהצחיקו, ואף הוא היה מזהיר אותנו שלא נגרום לו להתעלף. הסיבה לאיבוד ההכרה ולהתעלפות במצבים אלו היא עלייה בלחץ השלילי בבית החזה עקב גירוי של עצב הווגוס.

מה מייחד את ההתעלפות בשונה מסחרחורת? תיאורים של מקרי התעלפויות בדרך

כלל ישמעו כך:

"אני לא זוכר מה קרה, הכול התרחש במהירות רבה, כמו שהופיע כך גם חלף." "ישבתי בשירותים ולפתע..." "קמתי לאחר ארוחה כבדה במסעדה ולפתע..." "קפצתי מהמיטה כששמעתי צלצול טלפון ולפתע..." ואחר כך: "מצאתי את עצמי על הרצפה ואינני זוכר את אשר אירע." זהו בדרך כלל התיאור הקלאסי שהרופאים שומעים מהמטופלים שלהם.

בהבדל ממצבים רפואיים אחרים כמו סחרחורת, שאינן מלוות בחוסר הכרה, הדבר המייחד את ההתעלפות הוא אבדן ההכרה.

בגיל המבוגר ישנם שינויים פיזיולוגיים התורמים להתעלפויות כמו ירידה ברגישות של חיישני הנפח, הנמצאים בדפנות כלי הדם ומווסתים את זרימת הדם למוח ולאברים חיוניים. בנוסף, ירידה בחזרת הדם ללב במהלך הדיאסטולי שעלול לגרום לירידה בלחץ הדם וירידה במנגנון הצימאון וביכולת הכליות לווסת את המלחים שעלולים לגרום להתייבשות (Kapoor 2000).

האם צריך לדאוג מאבדן הכרה זמני? התשובה תלויה אם המטופל זוכר את ההתרחשות

שקדמה לאירוע או את השניות שקדמו לו, ואנו, הרופאים, יכולים להצביע עליהם כמקור להתעלפות. דהיינו, אם קדמה לאירוע פעולה כמו אכילה כבדה, מאמץ בשירותים, שיעול ממושך, שינוי תנוחה כמו מעבר חד לעמידה או מצב אחר שניתן לראות בו גורם להתעלפות, אז ברור מהו המקור ועלינו ליידע את המטופל להימנע מהפעולה הזאת או לבצעה במתינות.

המונח 'שינוי תנוחה' מתייחס למעבר ממצב של שכיבה לישיבה או מישיבה לעמידה. במהלך שינוי תנוחה ישנה ירידה בלחץ הדם, שכן מדובר בתת-לחץ דם תנוחתי (אורתוסטטיזם) הנובע מקושי של הגוף לבצע איזון ופיצוי של כמות הדם הזורמת לפריפריה ומקפחת אזורים כמו המוח.

במידה ואובדן ההכרה הופיע ללא פעילות מוקדמת, עלינו לשלול בעיות הקשורות לתפקוד הלב כמו הפרעת קצב פתאומית, פגיעה במבנה הלב, חסימה או היצרות במוצא המסתם של אביהעורקים (האורטלי), התקפי לב שקטים ורגישות יתר של עורק התרדמה בצוואר (הקרטיד). יש לשלול בעיות לב מאחר והן יכולות להיות רציניות וחמורות. הבריר יהיה על ידי ביצוע מוניטור (הולטר) של הפעילות החשמלית של הלב (אקג) במשך 24 שעות, ובדיקת מבנה הלב ושסתומיו (אקו-לב).

הטיפול בהתעלפות. בהתאם לאבחנה ולגורם. אם חושדים שהמקור הוא לבבי, רצוי לאשפז בדחופות לצורך אבחון וטיפול. למשל, כשיש חשד להפרעות קצב, יש להזמין ניידת לטיפול נמרץ לשם מתן שוק חשמלי והסדרת קצב הלב או להביא את המטופל לבית חולים להתקנת קוצב לב. בחשד לחסימת כלי דם בלב או אירוע מוחי המתבטא בהתעלפות יש להפנות לאשפוז דחוף.

בחשד לתת־לחץ הדם עלינו לפעול למניעת השינוי החד ולמתנו: לא לקום מהמיטה בבת אחת, אלא לעשותה במתינות תוך ויסות לחץ הדם בתנוחה החדשה. כמו כן, יש להיזהר מקימה חפוזה לאחר ארוחה כבדה, לאחר פעולת מעיים, הקאה או שכיבה ממושכת, לשתות בהתאם לפעילות הגופנית ולמזג האוויר, להוסיף מלח למזון, לעודד שתיית קפה שחור, להפסיק לקחת תרופות המורידות לחץ דם ולהימנע ממקלחות חמות.

הכאב מוגדר כתחושה לא נעימה, חוויה אמוציונלית שלילית המלווה בנזק לרקמת הגוף. כולנו חשים תחושת כאב, אך חלקנו חווה זאת בעוצמות גדולות יותר. האוכלוסייה המבוגרת חשופה לכאב כתוצאה משינויים פיזיולוגיים של שחיקת תשתיות הגוף עקב הגיל, ובעיקר בגלל מצבים פתולוגיים כמו כאבי פרקים, מחלות עצם, גידולים, פגיעות עצביות ופגיעות באיברים שונים.

רבים מהמבוגרים אינם מדווחים על כאב, ומקבלים אותו ככורח המציאות המתחייב מגילם: "אבא היה אומר, 'אחרי גיל 70, אם לא כואב לך משהו, סימן שאתה מת.'"¹ סיפרה לי פעם בת של מטופל. יוצא, אפוא, שהם סובלים, אינם מדווחים, ומשום כך גם לא מטופלים.

הגישה לטיפול בכאב השתנתה בשנים האחרונות. המדיניות כיום היא לא לתת למטופל לסבול. יש לטפל בכאב בצורה נחרצת ובכך לשפר את איכות חיו.

הכאב של הרבנית

האירוח בשבת יהיה מיוחד, חשבתי לעצמי. התארחתי בביתו של הרב המקומי שהיה ידוע כמכניס אורחים וכמארח למופת. הרבנית הייתה מכינה לכבוד שבת מטעמים ששמעם וטעמם יצא למרחוק. גם השיעורים שנתן הרב היו מעניינים ומרתקים. הייתי בשנת שבתון, רחוק מביתי וממשפחתי, וחיכיתי לבוא השבת כדי להיות יחד עם הרב ומשפחתו.

הרב קיבל אותי בסבר פנים יפות, שמח לכבודי והציג בפניי את ילדיו, חתניו ונכדיו תוך שהוא מפליג בשבחי. את הרבנית לא הציג לי. חשבתי לעצמי שזה נעשה מתוך צניעות, 'כבודה של בת מלך פנימה'. כשחזרנו מהתפילה, שמתי לב שמקומה של הרבנית נפקד וכיסאה נותר מיותר. כששאלתי היכן הרבנית, נאמר לי שהיא סובלת מכאבים עזים עקב הופעת שברים בחוליות עמוד השדרה. "שלוש חוליות קרסו", סיפר לי הרב בעיניים עצומות מכאב.

"אני מרגיש חסר, אני שלם בלעדיה, כיצד תיראה השבת בחסרונה?" המשיך הרב בעצב. ביקשתי את רשותו לראות את הרבנית. בתה התלוותה אליי לקומה השנייה. הבת סיפרה לה שאני רופא מישראל, גריאטר. הרבנית שכבה במיטה והתפללה. הבטתי בה, עיניה היו עצומות ופניה הביעו סבל וכאב. מצחה היה חרוש קמטים. הערתי שהיא בשנות השבעים לחייה. היא נאנחה בקול והשמיעה קריאות "אוי וי", הידוע בכל השפות. בנוסף, קראה ביידיש "גוד הילף מי", שהאל יעזור לי.

כששמעה הרבנית שאני רופא מישראל ועוד מירושלים, ראתה בזה יד ההשגחה העליונה. היא החלה לדווח לי בפרוטרוט כיצד ללא נפילה או מאמץ מיוחד התמוטטו החוליות הגביות של עמוד השדרה שלה. "לא אחת אלא שלוש", חזרה הרבנית על המספר, כאילו המספר משנה את הכאב. "אמנם ידוע לי על אוסטיאופורוזיס", הוסיפה, "ממנו אני סובלת שנים רבות, אך שהוא גורם להתמוטטות החוליות, זה חדש לי, וככה באופן פתאומי. כבר נבדקתי על ידי כמה רופאים ואף אחד לא הועיל. הכול מלמעלה." אמרה הרבנית בהצביעה כלפי השמים. "אילו כדורים נוטלת הרבנית?" שאלתי. "כדורים נגד אוסטיאופורוזיס", ענתה. "ומה עם הכאב?" המשכתי להקשות, "איזה כדורים נגד כאבים את נוטלת?"

"אתה יודע שאני לא צעירה והעצמות שלי כבר עשו את שלהם, וצריך לקבל את הכול באהבה, את הטוב ואת הרע. אם נגזר עלינו לסבול אז נקבל גם את זה באהבה." "אדם לעמל יולד" עניתי, "אך לא לכאב ולסבל יולד, מדוע עלינו לסבול? איננו חייבים ולא נגזר עלינו, במיוחד כשניתן להקל על הסבל", המשכתי. "מדוע אנו גוזרים על עצמנו גזרות שאף אחד לא גזר עלינו ואשר לא צווינו?" סיפרתי לרבנית שכיום יש ידע רחב יותר על הפיזיולוגיה של הכאב ושקיימות תרופות חדשות ומתקדמות שעוזרות בטיפול נגד כאבים. גם הדעה על הסבל והכאבים שאדם חווה ממחלותיו השתנתה כיום ואין לתת לכאב לשלוט בגופו.

בהתחלה הרבנית לא רצתה לשמוע וכאילו אטמה את אוזניה. היא הייתה מרוכזת בכאב. בהמשך, חשתי שדבריי מתחילים אט-אט לחלחל לתודעתה.

המלצתי על טיפול בכדורים נגד כאבים מסוג אקמול. הצעתי שתיקח אותם בצורה קבועה ומסודרת, כל 4-6 שעות כדור אחד או שניים לפי הצורך, ושלא תמתין להופעת הכאב. במידה והרבנית תצטרך לקום מהמיטה מכל סיבה שהיא, רצוי שתיקח כדור או שניים כ־20 דקות לפני הפעולה.

הצטרפתי לשולחן השבת. כעבור כ־20 דקות באה הרבנית וישבה איתנו. הבטתי ברב וראיתי את השמחה שבפניו.

הטיפול בכאב אצל האדם המבוגר עלה על סדר היום והגיע למודעות הציבור עם העלייה בחשיבות העיקרון של שיפור איכות החיים. ההבנה שלאיכות החיים ישנה חשיבות לא פחותה מאריכותם, מחלחלת ומגבירה את הטיפול היעיל בכאב. הבנת הפיזיולוגיה של הכאב ופיתוח תרופות חדשות ויעילות, מיתנו את הגישה השלילית וניפצו את המיתוס הקיים בדבר הצורך לסבול. התפיסה הרווחת הייתה כי הטיפול בכאב הוא חסר תועלת ואינו עוזר, אלא גורם לתופעות לוואי קשות, לתלות ולהתמכרות במשככי כאבים. כיום ישנו שינוי מסוים בתפיסה, ואני מקווה שבעתיד הלא רחוק המיתוס הקיים ייחשב לדעה קדומה. לעתים אני מופתע מההתקדמות המהירה של הידע ברפואה שמשאירה את המטופלים מאחור, ללא כל טיפול. לדוגמה, כיום עומדים להתיר שימוש בטיפול בקנאביס הרפואי נגד כאבים (חשיש), בשעה שרבים מהמטופלים המבוגרים סובלים וחוששים מנטילת תכשירים נרקוטיים מקובלים (משפחת המורפין), עקב דעות קדומות של תלות והתמכרות.

אילו סוגי כאבים קיימים ואיך נאבחן אותם? אנו מבחינים בשלושה סוגי כאבים שונים: הכאב הרקמתי (הסומטי), הכאב של האיבר (הוויצרלי) והכאב העצבי (הנירופטי). הכאב הרקמתי הוא הכאב המוכר לכולנו בשעה שאנו נפגעים בעור או ברקמות העמוקות יותר. ניתן למקמו בגוף באופן מדויק. הוא מאופיין בכאב עמום, בדרך כלל לאחר ניתוחים, בפגיעה בעצמות, בפרקים וברקמות הרכות. כאב של האיבר הוא כל פגיעה באיברים הפנימיים של הגוף כמו במהלך התקף לב, התקף כיס מרה, חסימת מעיים ופגיעות בכבד ובכליות. הוא מאופיין בכאב חריף ומלווה בתלונות על בחילות, בהקאות ובהזעה. קשה למקמו כיוון שהוא ממוקם עמוק בגוף. הכאב העצבי הוא כל פגיעה במערכת העצבים הפריפרית או המרכזית. כאב זה נגרם כתוצאה מחבלה, לחץ, מניעת חמצן או דם (אסכמיה), וחדירה ישירה. הוא מאופיין בכאב שורף, דוקר ומעקצץ. הופעתו פתאומית כמו ברק או שוק חשמלי, והוא מצוי בעיקר בפגיעות בעמוד השדרה, בקרב חולי סוכרת, באלכוהוליסטים ובסובלים מהרפס זוסטר (שלבקת חוגרת).

תלונות על כאבים לא ספציפיים וללא מיקום אנטומי ברור יופיעו במצבי סטריס, חרדה, כעס, תסכול ואובדן. כאבים אלו ייתכנו גם כביטוי של בדידות, דיכאון ובעיות כלכליות. כיוון שתלונות אלו עלולות להחריף כאב קיים, יש להתייחס לצד הנפשי והחברתי של המתלונן ולתת טיפול הרגעי בהתאם (AGS Panel 2002).

כיצד נמדוד את עוצמת הכאב? כיום קיימים מדדים להערכת עוצמת הכאב המבוססים על דיווחי מטופלים. מדדים אלה נמצאו אמינים מאוד ובעלי תוקף חזק. חלוקת הכאב היא לפי רמות של כאב קל, בינוני וחמור, בהתאם לתחושת החולים. הסקאלה נעה מאחת עד עשר כש'אחת' מציין מצב ללא כאבים, ו'עשר' – כאבים בלתי נסבלים. החולה נשאל מהי רמת הכאב שהוא חש לפני מתן התרופה ושעה לאחר נטילתה (Giff 1989). אנשים מבוגרים בעלי קשיי זכרון, מתקשים להשוות את עוצמת הכאב כשישנו הפרש של שעה. במקרים אלו יש להתרשם מהבעות הפנים ושפת הגוף. חשיבות התייעוד של תחושת הכאב היא עצומה. אומדן הכאב הוכנס כאחד מחמשת הסימנים החיוניים שעל האחיות לתעד בעת קבלת חולה חדש למחלקה ובמהלך המעקב (Hurley, Volicer, Hanraham, 1992).

אילו שיטות תרופתיות ולא תרופתיות קיימות בטיפול בכאב? קיימות שיטות לא תרופתיות כמו טכניקות להרפיה, להורדת חרדות, תמיכה סוציאלית ורוחנית, היפנוזה, דיקור (אקופונקטורה), חימום או קירור, הידרותרפיה, גירוי חשמלי TENS, אביזרים לקיבוע פרקים כואבים או למניעת הדריכה עליהם וניקוז נוזלים הגורמים לכאב ולא־נוחות.

קיימים טיפולים תרופתיים הניתנים בהתאם להמלצות ארגון הבריאות העולמי (WHO) בשיטת סולם הכאב (analgesic ladder) שבו מטפסים בשלבים לפי עוצמת הכאב שהחולה קובע, החל מדרגה קלה לדרגה בינונית ועד לדרגה חמורה (Dalton, Youngblood, 2000). הטיפולים התרופתיים מחולקים לשתי משפחות עיקריות: משפחת התרופות הלא נרקוטיות ומשפחת התרופות הנרקוטיות (משפחת המורפיום).

המשפחה הראשונה מיועדת לכאבים בעוצמה קלה ובינונית, ונובעים ממקור רקמתי וממקור של האיבר. הם כוללים (בסדר עולה) אקמול, אופטלגין, נוגדי דלקת לא סלקטיביים, נוגדי דלקת סלקטיביים ($COX2$), טראמאדול ושילובים שלהם. בטיפול בכאב העצבי מומלץ לשלב תרופות נוגדות דיכאון עם נוגדי התכווצויות, סטרואידים ומשחות מקומיות מסוג לידוקאין וקפסאיצין.

משפחת התרופות הנרקוטיות מיועדת לעוצמת כאבים בינונית ומעלה. הן ניתנות כאשר אין שיפור בשלב הקודם. הכאב יכול לכלול את כל הסוגים, קרי, רקמתי, של האיבר וכאב עצבי, הן ממקור סרטני והן ממקור לא סרטני. משפחת התרופות הנרקוטיות כוללת את התכשירים בעלי פעילות לטווח קצר מסוג קודאין, הידרוקודאין, אוקסיקודין ומורפין. התכשירים שנועדו לטיפול ממושך ולשחרור מושהה הם מתאדון, פנטניל, אוקסיקודון ומורפין.

לאחרונה נכנסו לשימוש תרופות המיועדות בעיקר לכאב ממקור עצבי, ליריקה (פריגאבאלין), ממשפחת נוגדי התכווצויות, וסימבלטה (דולוקסטין) נוגדת דיכאון ממשפחת מעכבי הניצול החוזר של סרוטונין ונוראפינפרין (SNRI).

האם קיים חשש מהתמכרות (addiction) ותלות גופנית (physical dependent)?

החשש מהתמכרות ומתלות גופנית צריך להיות מוסבר למטופל, אך יחד עם זאת חשוב לסלק אי־הבנות ודעות קדומות בנוגע לשימוש בתרופות נרקוטיות ממשפחת המורפין. אין מדובר בהתמכרות מנטלית בדומה לאנשים המכורים לסמים. התמכרות זו נדירה ביותר ומאובחנת אצל פחות מאחוז אחד מהמשתמשים בה. היא אינה מופיעה אצל חולים הסובלים ממחלות סרטניות. תלות גופנית תיתכן רק כאשר מתעורר הצורך להגדיל את המינון בעקבות כאבים הולכים וגוברים. הקו המנחה את הטיפול הוא האפשרות לחזור לפעולות יום־יומיות רגילות ולאיכות חיים טובה.

המלצות הקשורות בנטילת תרופות נרקוטיות. מינון התרופות בקרב מבוגרים יהיה מופחת בחצי ואף בשלושה רבעים לעומת צעירים, וזאת עקב תהליכי פירוק והפרשה איטיים והחשש מהצטברות והרעלה.

עקב נטייתם של תרופות נרקוטיות לגרום לעצירות, מומלץ לקחת גם משלשלים (לקסטיבים) ולא להמתין להופעת העצירות. שימוש בחומרים אלה עלול לגרום למטופל בתחילת הטיפול לתחושת בחילה וחוסר תיאבון.

תיתכן השריית שינה (סדציה) ונמנום בימים הראשונים של נטילת הנרקוטיקה, תופעות שחולפות לאחר מכן. כיוון שעלול להופיע בלבול בעת מתן התרופה במינון גבוה, כן יש להתחיל במינון נמוך ולהגדילו בהדרגתיות. במקרים של בלבול קשה יש להפחית את המינון. נדרשת תשומת לב לפעילות גומלין עם תרופות מרגיעות.

אין לחשוש ממתן נרקוטיקה לחולים עם כאבים בינוניים וחזקים שמקורם סרטני ולא סרטני. אין להעדיף מתן תרופות נוגדות דלקת סלקטיביות ולא סלקטיביות עקב תופעות הלוואי הקשות שלהם על מערכת העיכול, הפגיעה בכליות והחרפה של אי ספיקת לב ולחץ דם.

הדבר החשוב ביותר שצריך להנחות אותנו הוא כיצד לשמור על רמת כאב המאפשרת תפקוד יום־יומי, ולא מהי כמות התרופות שהחולה נוטל. אין מינון מומלץ, השאיפה היא להביא את המטופל לרמת כאב שביכולתו לחיות איתה, תוך שמירה על איכות חיים סבירה.

פעולת מעיים היא פעולה שולית לכאורה וטבעית לרוב האוכלוסייה. בגיל המבוגר ייתכנו הפרעות בפעולת המעיים עקב הרגלי בריאות לקויים, מחלות, או עקב נטילת תרופות. עלינו להיות מודעים לחשיבות של פעולת מעיים סדירה. פעולה לא סדירה אינה משפיעה רק על מערכת העיכול, יש לה גם השלכות על סימפטומים גופניים ונפשיים. אביא שני סיפורים על עצירות קיצוניות.

האישה שהתפנתה לעצמה

"ספרי לי על מצב פעולת המעיים שלך." ביקשתי, כפי שאני נוהג לבקש מכל מטופל חדש בשלב של לקיחת אנמנזה והיסטוריה רפואית. "פעולת המעיים שלי זה המטרד הגדול ביותר." השיבה האישה בהתרגשות רבה. הרגשתי שהיא חיכתה לשאלה הזו, כיוון שמיד היא החלה לתאר שטף של סימפטומים ותלונות ואמצעים ופתרונות, עד ששאלתי את עצמי אם מדובר בעצירות או אולי ההפך, ב"שלשול" ורבלי. "אני עושה הכול, מתרופות סבתא ועד חוקנים ומשלשלים. שזיפים מיובשים מידי בוקר, למשל. אני משרה אותם מבעוד יום ואוכלת בקפדנות רבה, כולל שתיית המים המושרים. אני שותה שתי כוסות מים לפני ארוחת הבוקר וצועדת כל יום שני קילומטר. אני אוכלת יותר ירקות ופירות ואפילו סובין ודגנים הוספתי לארוחת הבוקר, אבל כל זה לא שינה מאומה, אז הוספתי משלשלים וחוקנים והגעתי למצב בו מידי יום אני עושה חוקן לעצמי."

הבנתי שאין מדובר בבעיה חדשה והיא אינה קשורה לגילה המבוגר של האישה, אלא תוצאה של הרגלי חיים. "מתי החלה הבעיה של חוסר בפעולת מעיים, העצירות?" שאלתי. "טוב, זה סיפור ארוך," אמרה, "מאז שאני זוכרת את עצמי כילדה וכנערה נמנעתי מלהיכנס לשירותים ציבוריים והצלחתי להתאפק עד להגעתי הביתה. גם בצבא ביקשתי לשרת קרוב לבית מטעמי נוחות. פעם אחת יצאנו לתרגיל בשטח והצלחתי להתאפק במשך שבוע ימים. כשנולדו ילדיי השתדלתי לגמול אותם מחיתולים בגיל מוקדם. בכלל הייתי אימא היסטורית. גם להם היו בעיות עצירות ורצתי איתם מרופא לרופא כשהם היו ילדים. כיום, כשהם כבר בגרו ועזבו את הבית, נשארנו רק בעלי ואני, ועכשיו כשאני בת 65 התפנית לעצמי." אמרה. "אכן יפה עשית שהתפנית לעצמך." השבתי בכפל לשון.

האבא שהתנהגותו השתנתה

"אבא השתנה מאז השבת האחרונה, הוא אינו שקט, מתרגז בקלות, חלש ועייף." הבת ששוחחה אתי בטלפון נשמעה מודאגת. "הוא החל לאבד שתן ואף רוכסן מכנסיו רטוב, דבר שלא היה עד כה. הוא טוען גם שיש לו שלשול. הצעתי לו לקחת תרופות נגד שלשול אך כנראה שזה לא עוזר ומצבו מחמיר, האם תוכל לראות אותו מחר?" שאלה בתחינה, "אתה יודע, מאז שאמי נפטרה, אני האחראית, והנטל של הטיפול באבי קשה לי וסוחט את כוחותיי." "אני אראה אותו עוד היום," השבתי.

"האם תהיה מוכן לעשות ביקור בית?" "כן" אמרתי. הבת נשמה לרווחה, הודתה לי, מסרה את הכתובת והבטיחה להמתין לבואי בשעה שקבענו. במהלך הנסיעה, הרהרתי בחולה שאני עומד לפגוש. אני נוהג לחשוב על המטופל ולהכין את עצמי, כך שלא אשכח דבר מהפעולות שעלי לנקוט. דברי הבת האבא השתנה, ומדובר בשינוי שחל בהתנהגותו בימים האחרונים בלבד.

אם כך, מדובר בבעיה חריפה ולא במצב של ירידה קוגניטיבית על רקע של דמנציה, שהיא מצב כרוני ואיטי. האפשרויות שעלו בראשי היו בעיות גופניות כמו זיהום בדרכי השתן, זיהום ממקור אחר, שינויים מטבוליים כמו חוסר נזלים והתייבשות משלשול, חוסר בנתרן (סודיום) או באשלגן (פוטסיום). עליי לשאול אם הוא נפל למרות שלא דווח לי. ומה בקשר לנטילת תרופות? עליי לדעת בדיוק אילו תרופות הוא צורך. ולמה אין לו תיאבון? מדוע תחושת החולשה והעייפות?

היו לי שאלות רבות וקיוויתי שהבדיקה הגופנית תיתן לי תשובות ותחשוף את המסתורין. האבחנה היא תמיד מבצע בלשי שמעורר בי סקרנות והתרגשות. זה כמו פסיפס המורכב מחלקים קטנים של עובדות, ממצאים, תוצאות בדיקות, ועליך להרכיבם לתמונה שלמה – האבחנה. האבחנה, כמו התמונה, צריכה להיות המתאימה ביותר לעובדות ולמצאים, ושלמה על כל חלקיה.

הבת כלל לא הגזימה. האב היה באי־שקט, הרגשתי בכך כבר בכניסתי. הוא התהלך הלך ושוב, התיישב, קם ושוב התיישב ולא מצא את מקומו בביתו. לבושו היה מרושל, חולצתו בחוץ ומכנסיו מוכתמים. הוא לחץ את ידי אך חשתי כי הוא רואה בי מטרד. "שלום" אמרתי תוך כדי לחיצת ידו, "באתי לעזור לך." הוא נעצר לרגע, הביט בי כלא מאמין, והמשיך לשוטט. "האם אוכל לבדוק לך לחץ דם?" אמרתי כשאני מנפנף עם המכשיר באוויר כדי שלא יירטע מהבדיקה וממני. המכשיר המוכר עשה את שלו. האיש הפשיל את שרולו וחשף את זרועו. בעדינות, בדקתי את לחץ הדם. אח"כ ביקשתי לשמוע את הריאות והלב ונענית. מצבם היה תקין.

"עכשיו אבקש לבדוק לך את הבטן," אמרתי, ביודעי שאנחנו מתקרבים לבדיקה פחות נעימה. "אולי תרגיש יותר בנוח אם אבדוק אותך במיטה?" שאלתי. הכנתי את עצמי לבדיקת פי הטבעת ולא חשתי בנוח לבצעה לעיני בתו. עברנו לחדר השינה, עזרתי לו לפתוח את רוכסן מכנסיו, מיששתי את בטנו שהייתה מעט תפוחה, קשה, ושמורה על ידי שרירי הבטן. ביקשתי שירפה את הבטן אך לא הרגשתי גושים. קולות הניע היו חזקים ונמרצים. "טוב, חייבים לבצע בדיקה רקטלית," אמרתי. לא ניתן לוותר עליה למרות מצבו ואולי בגללו. ביקשתי שיסתובב על צדו ותוך כדי שהפשלתי את מכנסיו הודעתי לו שאבצע בדיקה פנימית בפי הטבעת. הבדיקה עברה בשקט. פי הטבעת היה חסום בגוש צואה גדול. המלצתי על ביצוע חוקן המנקה את המעייים בצורה ישירה. בקשתי מאחות המרפאה שתבוא לביתו עוד היום.

דיווחתי לבת על ממצאיי, וביקשתי ממנה שתעדכן אותי מחר על מצבו. בבוקר היא מסרה שאביה מרגיש יותר טוב, החוקן עזר, הייתה פעולת מעיים והוקל לו מאוד. שמחתי שעזרתי ולו במעט.

כידוע, בורג קטן אך לא תקין יכול לשבש את כל המכונה. ברגע שתיקנת אותו והשבת אותו למקומו, המכונה חוזרת לתקינותה, בהתחלה עם חריקות ואחר כך בצורה משומנת יותר.

קבענו שניפגש בשבוע הבא כדי לדון בגורמים לעצירות וכיצד למנוע אותה בעתיד.

ההגדרה הרפואית של עצירות היא פעולת מעיים בתדירות של פחות משלוש פעמים בשבוע. הגדרה זו אינה חופפת תמיד את נקודת מבטו של האדם המתלונן. לגבי, עצירות היא קשת של תלונות המתחילות מקושי וממאמץ בהפרשת הצואה, דרך העברת צואה קשה ועד תחושה של חוסר סיום פעולת המעיים. הגיל עצמו לא אמור להוות גורם משפיע, שכן פעולת המעיים קשורה יותר להרגלי החיים של האדם מצעירותו, כפי שראינו בסיפור הראשון. (קיימת הקבלה בין עצירות והפרעות שינה. שניהם קשורים להרגלים פסולים: חוסר בפעילות גופנית, תזונה לקויה וסדר יום לחץ ולא מתוכנן).

מהם הגורמים לעצירות? ישנם גורמים הקשורים למערכת העיכול, חלקם מחוצה לה, ותרופות. במצבים הקשורים למערכת העיכול הדגש הוא על גידולים והסתעפויות (דיברטיקוליטיס) הממוקמים במעי הגס. באזור פי הטבעת יתכנו בעיות כמו טחורים, חתכים ומורסות. שינויים בהרכב הכלכלה כמו הפחתה בשתייה, הימנעות מאכילת פירות וירקות, עודף שומן וחוסר או עודף בסובין.

הגורמים לעצירות מחוץ למערכת העיכול הם: בעיות ניורולוגיות המשפיעות על תנועתיות המעיים כמו מחלת פרקינסון, פגיעות עמוד השדרה, דמנציה, מחלות אנדוקריניות כמו סוכרת, תת-פעילות בלוטת התריס, עודף פעילות של בלוטת הפראטירואיד, עודף סידן בדם וחוסר אשלגן בדם. וכן בעיות נפשיות כמו דיכאון, בלבול וסטריס רגשי (Read, Celik, Katsinelos 1995).

תרופות הגורמות לעצירות הן: נוגדי חומציות, נוגדי התכווצות (אפילפסיה), נוגדי פרקינסון, נוגדי דיכאון, נוגדי אלרגיה, תרופות הרגעה, כדורי סידן, משתנים, ברזל, נוגדי דלקת ונרקוטיקה (אופיואידים).

מה חשוב לשאול את המטופל מבחינה רפואית? ראשית, למה כוונתו כשהוא מתלונן על עצירות. שנית, האם התלונה היא חדשה או הוחרפה לאחרונה. האם חלו שינויים בהרגלי פעולת המעיים, שלשולים ועצירות לסירוגין או שינויים במשקל. האם היה שינוי בהרכב הכלכלה, בסך הקלוריות או בכמות המים שהוא שותה. מה מצב השיניים ומערכת הבלעיה. לגבי הצואה עלינו לברר את הצבע, אם קיים דימום בצואה, הכמות, התכיפות והמרקם. יש לבדוק את רשימת התרופות והשינויים שחלו בה לאחרונה. חשוב גם לברר אם המטופל אושפז בעבר ומה היו הסיבות לאשפוזים, וכן מחלות רקע ומה מצבו השכלי של המתלונן.

התלונות על עצירות, מעבר לחוסר בפעולת המעיים, הן לא ספציפיות. הם יכולים לבוא לידי ביטוי בתחושת חולשה, חוסר נוחות, בלבול, חוסר שליטה על סוגר השתן, הופעת טחורים או חתכים בפי הטבעת ודחיסות צואה (אימפקציה). מניסיוני נוכחתי לדעת שרבות מהתלונות הגופניות והנפשיות (כאבי ראש, חוסר תיאבון ומצבי רוח) ניתנות להסבר ולפתרון בהסדרת פעולת מעיים תקינה.

תופעת השלשול הפרדוקסלי (כפי שמתואר בסיפור השני) קשורה לדחיסות הצואה (אבני צואה). הכוונה לאיבוד של צואה נוזלית הנובעת מחוסר שליטה על הסוגר האנאלי כאשר קיימת בפועל עצירות קשה עם הווצרות של גוש צואה גדול חוסם. הצואה הנוזלית נגרמת מהתססתה של הצואה הנשארת זמן ממושך במעי ונשפכת סביב גוש הצואה. הפרדוקסליות היא שהסימפטום מתבטא כשלשול וניתנות נגדו תרופות נוגדי שלשול המחמירים עוד יותר את העצירות ומביאים למצבים המסכנים את חיי המתלונן (Wrenn 1989).

תלונה הקשורה לעצירות היא התעלפות בשירותים המתרחשת במהלך הניסיון לבצע פעולת מעיים והפעלת לחץ חזק להוצאת הצואה. המאמץ גורם לירידה בזרימת הדם למוח דרך גירוי העצב הווגלי ולהתעלפות (ראה פרק סחרחרות והתעלפויות).

במה תתמקד הבדיקה הגופנית? ראשית, בבדיקת הפה: מצב השיניים, פטרת בחלל הפה ובדיקת הלוע, במטרה להתרשם מיכולות הבליעה. שנית, בבדיקת הבטן לשמיעת קולות ניע (פריסטלטיקה), מישוש לאיתור גידולים ושלילת חסימת מעיים. אחר כך יש לבדוק את אזור פי הטבעת בחיפוש אחר טחורים, גידולים, פרוסטטה מוגדלת, חתכים, היצרות וגושי צואה חוסמים.

מהו הטיפול בעצירות? הטיפול תלוי בגורם לעצירות. הפסקת תרופות שאינן חיוניות או החלפתן, טיפול במחלות אנדוקריניות ובמקרים של חסר במלחים, ברוב המקרים צריך הרופא להפנות את המטופל לייעוץ גסטרו לצורך אבחון וביצוע פרוצדורות (קולונוסקופיה). לאחר ששללנו גורמים גופניים ונפשיים יש להתחיל בשינוי בהרגלי החיים, ובראש ובראשונה הרגלי התזונה. תוספות של ירקות ופירות העשירים בסיבים, ותוספת של שש עד שלושים גרם סובין ליום, בצורת אבקה או דגנים. שתיית שניים-שלושה ליטר מים ביום במידה ואין הגבלה עקב מצב הכליות או הלב.

גם פעילות גופנית חשובה להפעלת שרירי הבטן. הליכה במשך 30 דקות ביום משפרת מאוד את תנועתיות המעיים.

חשוב לבנות הרגלי פעולת מעיים קבועים ובשעות קבועות. כדאי לנצל את הזמן שלאחר ארוחת הבוקר או לאחר שתיית הקפה של הבוקר תוך ניצול הרפלקס של גל התנועתיות הגדול של הבוקר (הגסטרוקוליק) במעיים הגדולים. רצוי לשבת על האסלה בנינוחות וללא לחץ של זמן (Petticrew, Watt, Brand 1999).

אילו תכשירים קיימים לפעולת מעיים? קיימים מספר סוגי תכשירים הנקראים בשם משלשלים (לקסטיבים) המחולקים למספר קבוצות:

יוצרי נפח – גורמים לעלייה של נפח הצואה בעזרת אכילת מזון שאיננו מעוכל כמו סובין ותאית, המקלים על ההתרוקנות. הם מיועדים לאנשים ניידים ופעילים השותים בצורה מספקת, ולאנשים בעלי תזונה לקויה שמזונם דל בסיבים הסובלים מצואה רכה ויש להם כמה יציאות ביום, פעילותם טבעית ומסדירה את פעולת המעיים ולכן הם מומלצים. השפעתם ניכרת לאחר יום או יומיים ואין לתת אותם במצבים חריפים של עצירות.

ממריצים – גורמים לעלייה בתנועתיות המעיים על ידי גירוי הרירית של המעיים. במנגנון זה נמצאים סוגי הלקסטיבים: לקסדין (בסקודיל), תה סנה, ומגנזיום הידרוקסיד. צריך להשתמש בממריצים אלה לפני השינה, והשפעתם ניכרת בבוקר שלמחרת. הם עלולים לגרום לכאבי בטן כתוצאה מפעילות מוגברת של שרירי המעיים. לא רצוי לתת אותם במקרים של עצירות ממושכת.

אוסמוטים – גורמים להגדלת כמות הנוזלים במעי הגס בתהליך אוסמוטי, ועל ידי כך מרככים את הצואה. הם מכילים שרשרות סוכר מסוג לקטולוז, סורביטול ופוליאטילין-גליקול שאינם נספגים. השפעתם מורגשת לאחר 24 שעות.

משמנים – מסייעים לריכוך ולהחלקת הצואה. שמן פרפין ונרות גליצרין.

חוקנים – פועלים לניקוי מהיר של המעיים וניתנים במקרים קשים של עצירות הנמשכת מספר ימים. החוקן ניתן דרך פי הטבעת ומנקה את המעיים במישרין. בעבר, בכל בית היה כלי קיבול, שהיו ממלאים אותו במים וסבון. אח"כ היו מחדירים את הנוזל למעיים של המטופל באמצעות צינור גומי דרך פי הטבעת. כיום קיימות תמיסות מוכנות במיכלים קטנים המאפשרים לעשות זאת באופן עצמאי.

הירידה בשמיעה ובראייה

הפגיעה בחושים אינה תופעה שולית כלל באוכלוסייה המבוגרת, ולעתים מהווה גורם עיקרי לירידה תפקודית ולאיבוד העצמאות. נמצא כי בקרב שליש ממרכיבי המשקפיים לראייה מקרוב עדיין קיימת בעיה בקריאה, ובין המתקשים בשמיעה רק תשעה אחוזים מרכיבים מכשיר שמיעה. כשלושה אחוזים נוספים רכשו מכשיר שמיעה אך הוא אינו מופעל, ל-88 האחוזים הנותרים אין כלל מכשיר למרות הקושי בשמיעה.

מצב עגום זה הוא נחלתם של מבוגרים רבים שהפגיעה בחושים גורמת לריחוקם מהחברה הסובבת, להגברת תחושת הבדידות ולהחמרה בהשפעות החברתיות והנפשיות השליליות (Guralnik 1999).

למרות יכולתם הגדולה של אביזרי הראייה והשמיעה לשפר את תפקוד החושים ואת איכות החיים, מצער לדעת שרק מעטים משתמשים בהם. דבר נוסף, בעוד קיימת נכונות לטיפול בבעיות ראייה, ישנה התעלמות כמעט מוחלטת מבעיות בשמיעה. הרושם שקיים בציבור הוא שבעיית הראייה היא גדולה והפרעתה משמעותית. בפועל מסתבר ששמיעה לקויה, פגיעה חמורה יותר, מאחר והקושי בשמיעה מבודד את האדם לא רק מקולות האנשים, אלא אף מרחשי ורעשי החיים הסובבים כמו ציוץ ציפורים או המולת העיר. קולות היום-יום הללו משרים עלינו ביטחון ומונעים חשדנות. נראה כי הבעיה בשמיעה היא בראש ובראשונה בעיה חברתית. החברה הסובבת מגיבה ברוגז ובתסכול ומוציאה את זעמה על כבד השמיעה בהתרחקות ובהתנתקות.

משפט פופולרי אומר "על עיוור מרחמים ועל חירש מתרגזים".

■ אביא מספר סיפורים הממחישים את בעיות החושים.

הרב שלא שמע את החזנים

"אני שומע מה שאני צריך, ומה שאני שומע איני נצרך לו." כך ענה לי הרב שלימד אותי הלכה יומית, בציטוט מדברי 'בעל משנה ברורה', הרב מאיר הכהן מראדין. כשפניתי אליו כדיבור או בשאלה נאלצתי לקרב את פי לתוך אוזנו. למרות שהיו לה סימוכין מרבתינו הגדולים, לא הסתפקתי בתשובה זו.

תופעת הירידה בשמיעה התגברה כשהרב החל להתלונן על החזנים שליחי הציבור שאינם מרימים את קולם ולא ניתן לשמוע את התפילה: "מה הם לוחשים מול התיבה", היה רוטן לעצמו, "הרי יוצא שאינם מוציאים את הציבור מידי חובה בתפילתם." הדברים

הגיעו עד כדי צעקות ומחאות קולניות. היו גם הכפשות, עלבונות וחרמות והאווירה במניין הקטן הייתה קשה. בסופו של דבר הרב מיעט להגיע לבית הכנסת. תחילה היה מגיע רק בימי שני וחמישי, בהם קראו בספר התורה, ולבסוף פרש מן הציבור וחדל להגיע לתפילת הבוקר. כשפניתי אליו ושאלתי אותו (בקול רם) מה יהיה על לימוד ההלכה היומית שכה חיבבתי, הרב ספק כפיו ולא אמר מילה.

יום אחד גמלה בלבי ההחלטה לעשות מעשה. הלכתי לביתו ונקשתי על דלת דירתו. הרב היה מופתע לראותי ועם זאת עיניו ברקו משמחה. "מה הביא את הדוקטור אליי?" שאל. "באתי לבקר." השבתי. הוא הכניס אותי לחדרו האפלולי שכל קירותיו היו מכוסים בספרים, והושיב אותי ליד השולחן העמוס בספרים. "מדוע הרב אינו מגיע למניין?" שאלתי, "הרי לימוד ההלכות היה חביב עליו ואף אני נהניתי מאוד." הרב נאנח והשיב שאינו שומע את התפילה ומעדיף להתפלל ביחידות. "לא נכון הדבר," אמרתי בנחרצות, ונדתי בראשי להדגיש שמא לא שמע אותי. חזרתי ואמרתי: "לא זאת הדרך."

הרב הסכים להצעתי לשתף את הרבנית בשיחתנו. פניתי אליה ושאלתי כיצד היא מתמודדת עם הירידה בשמיעה של הרב. הרבנית ענתה שהמצב מחמיר מיום ליום. היא החלה להיעזר בתקשורת עמו בתנועות גוף בולטות ואף בשפת הפנים והשפתיים. שיחתם נעשית יותר ויותר טכנית, הדושיח ביניהם מתנהל במילים בודדות בלבד; 'אוכל?', 'קר!', 'לישון' וכדומה, הוסיפה בצער.

"אני מתגעגעת לשיחות שקיימנו בעיקר בערבי שבתות. עכשיו ליד השולחן קיים רק רעש הכלים ומעבר לזה דממה. גם הרב נעשה מסוגר יותר. הוא ממעט לצאת מחדרו ואף הביקורים אצל ילדיו ונכדיו נעשו נדירים. הוא הפסיק להשתמש בטלפון וכשאני אומרת לו שהשיחה בשבילי, הוא לא משיב ומניף את ידו בתנועת ביטול. החברים הפסיקו לבקר אותנו ואנחנו די לבד עם עצמנו והדממה שבינינו."

סיפרתי להם על החידושים במכשירי השמיעה ועל ההתפתחות הגדולה שקיימת בנושא. המשכתי בתיאור מכשירי השמיעה הדיגיטאליים המשפרים את השמיעה ללא הגברת רעשי הרקע שבסביבה ואף סיפרתי על האפשרות לשפר את השמיעה באמצעות חיבור ישיר לטלוויזיה או לרדיו. מסרתי לרבנית מספר טלפון של מרפאה בתקשורת העורכת ביקורי בית והפצרתי בה שתתקשר לקביעת בדיקת שמיעה והתאמת מכשיר. באחד הבקרים הופיע הרב למניין הבוקר כאילו לא קרה דבר. בסוף התפילה חיך אליי ואמר: "נמשיך עם לימוד ההלכה היומית?"

אברהם הרגזן

בדיוור המוגן ידעו שלקומה שבע לא מביאים דיירים פוטנציאליים מאחר ובקומה זו יש תמיד רעש מחריש אוזניים הבוקע ממכשירי הרדיו והטלוויזיה. גם דיירי הקומה התלוננו שאין להם מנוחה. אפילו לא בין שתיים לארבע. לא רק המכשירים פעלו בעוצמה גבוהה, גם השיחות בין בני הזוג שהתגוררו באחת הדירות בקומה היו בטונים שנשמעו למרחקים. זר שהזדמן למקום עלול היה לחשוב שמדובר בצעקות.

אברהם היה טיפוס שקט ורגוע בצעירותו ולא הרים את קולו, כך לדברי בנותיו ואשתו. בשנים האחרונות, עם הירידה בשמיעה, נעשה רגזן, מהיר חימה והרבה לצעוק ולרתוח. הוא נבחר לוועד הדיירים, אך בישיבות הוועד כשכולם היו מדברים ונכנסו איש לדברי רעהו, הוא לא הצליח לשמוע והתקשה לעקוב אחר מהלך הדיון. ניתן היה לראות את פניו מאדימות מכעס. לבסוף היה מתפרץ על כולם והישיבה הייתה ננעלת. הדבר גרם להרחקתו מישיבות הוועד והוא חדל לייצג את הדיירים. הוא הסתגר בדירתו. כל מי שניסה לדבר על לבו כדי שיטפל בבעיית השמיעה היה זוכה למקלחת של רותחין, וכולם התרחקו ממנו.

כרופא של הדיוור המוגן התבקשתי שוב לנסות ולהסביר לו את הצורך בבדיקת שמיעה. מאחר והוא רכש לי כבוד כרופא זימנתי אותו אליו באמתלה של בדיקת גופנית שנתית הכוללת בדיקת לחץ הדם.

אני נוקט דרך זו בפניות של בני משפחה המבקשים שאבדוק את ההורה או בן הזוג כאשר קיימת בעיה שאינה מטופלת בגלל בושא או התנגדות המטופל. שקלתי ביני לביני מספר פעמים אם זה נכון ואתי להוליך שולל את המטופל. הגעתי למסקנה שזה נעשה בסופו של דבר לטובתו, ואני אכן מבצע את מה שאני מבטיח, דהיינו בדיקה רפואית מלאה גופנית ושכלית, הכוללת בדיקת לחץ דם.

אברהם נכנס לחדרי וקידמתי אותו בלבביות רבה. שאלתי לשלומי והתעניינתי בשלום אחיו שהיה מאושפז לאחרונה. השתדלתי שיקרא את שפתיי ואף הרביתי להשתמש בשרירי הפנים ובשפת הגוף. לא היו קולות רקע בסביבה שיכלו להפריע ולא הצטרכתי להרים את קולי. הוא הבין אותי יפה ושיתף פעולה בבדיקה הגופנית. התחלתי עם בדיקת לחץ הדם, שמשרה אמינות ומורידה חשדנות, והודעתי לו את ערכי תוצאותיה. המשכתי עם בדיקת הלב והריאות.

אחר כך בדקתי את תפקוד שאר החושים בהם האדם נעזר על מנת לקלוט את ההתרחשויות שקורות סביב. בדיקת כפות הרגליים כדי לוודא שיש תחושה מרחבית

ושטחית, בדקתי את חדות הראייה על ידי קריאת לוח מספרים שהיה במרחק. הארתי לתוך תעלת האוזניים במכשיר אוטוסקופ כדי לבדוק אם יש שעווה, 'פקק', בתעלה ואף לחשתי מספר מילים מאחורי גבו, שאותם הוא לא הצליח לשמוע. לא מצאתי בעיה בחדות הראייה או 'פקק' בתעלה והבנתי שהבעיה בשמיעה אינה בהולכה אלא בעיה עצבית-תחושתית.

לאחר מכן שאלתי בצורה הטבעית ביותר אם יש לו בעיה בראייה או בשמיעה. אברהם טען שהוא רואה ושומע היטב. סיכמתי את ממצאי הבדיקה בצורה חיובית, פרט לצורך בבדיקות דם תקופתיות, התייעצות עם רופא עיניים וביצוע בדיקת שמיעה. הדגשתי את הצורך בבדיקות תקופתיות אחת לשנה. כרכתי את נושא הראייה והשמיעה עם שאר הבדיקות כדי לא לעורר התנגדות.

הוא הסכים להמלצתי. ביקשתי מהאחות שתקבע תור לבדיקת דם, תור לרופא עיניים ולבדיקת שמיעה. סיכמנו שניפגש בעוד חודש לאחר קבלת תוצאות הבדיקות ועל פיהן נחליט לגבי המשך הטיפול.

כעבור חודש אברהם חזר עם התוצאות. בדיקת הראייה העלתה שהוא זקוק למשקפיים לראייה מקרוב, ולגבי השמיעה הומלץ על מכשיר שמיעה. שאלתי אותו אם הוא מוכן לקבל את ההמלצות.

אברהם אמר שהוא מוכן לקבל משקפיים לקריאה, אך הביע את חששו מפני מכשיר שמיעה שמא ייראה כאילו הוא מוגבל. השבתי בטבעיות שעלינו לפצות את עצמנו כל החיים על המגבלות שלנו. "מכשירי שמיעה הם כמו משקפיים לראייה, ושיניים תותבות לאכילה". אמרתי. סיפרתי על מכשירי שמיעה קטנים המוסתרים בתעלת האוזן, ושקל להסתגל אליהם.

המלצתי על קלינאית תקשורת המוכנה לבוא לבית כדי להתאים מכשיר שמיעה. הוספתי שאבוא לבקרו וארצה לראותו עם המכשיר. הוא ראה זאת ככבוד גדול שאבוא לבקרו ורצה להשביע את רצוני. כשהגעתי, כיבד אותי בפירות טריים שקנה בשוק. הוא הרכיב את מכשיר השמיעה באוזנו, והשיחה שניהלנו הייתה נינוחה ושקטה.

רפול ותופעת אנשי הצבא

מספרים על רפול שלא שמע באוזן אחת והיה מטה את אוזנו החירשת לעבר מי שלא היה מעוניין לשמוע. שמיעתו נפגעה מהדי הפגזים שנפלו סמוך לו בקרבות הרבים בהם

השתתף. רפול ייצג תופעה נפוצה אצל הרבה אנשי צבא לשעבר שנותרו עם ירידה בשמיעה אשר תבוא לידי ביטוי בולט יותר בגיל המבוגר.

הפגיעה בשמיעה מסכנת את תפקודו החברתי של האדם עד כדי פגיעה בתקשורת הבין-אישית. כשפניתי לחברי ושאלתי מדוע אינו מטפל בשמיעתו, ענה לי שברשותו שלושה מכשירי שמיעה וכולם מאוחסנים במגירה. הבנתי שקיימת בעיה הסתגלות למכשירי השמיעה.

הפרופסור ובעיית הראייה

"הירידה בראייה פגעה בי קשות", אמר פרופסור לוי בן השמונים, שישב מולי. "אני מתקשה לעבוד מול המחשב וזקוק לעזרה בהקלדה וכתוצאה מכך תכניותיי להשלים את הפרשנות למקרא נפגעת. כבר סיפרתי לך כמה המפעל הזה חשוב לי. אני רואה את העולם בצורה מעורפלת ולא בהירה. זה מאוד קשה. אני לא מצליח לראות את פניהם של האנשים אתם אני מדבר, לא רואה את תגובתם ואם הם הבינו אותי וזה גורם לי לדחוק את עצמי לשוליים, למרות שהייתי יכול להמשיך ולהרצות בתחום שבו אני עוסק."

לפני שנה, כשקראתי לך בפעם הראשונה, זה היה לאחר התקף לב קל שעברתי ובעקבותיו נעשיתי מדוכא. כיום ברור לי שהירידה בראייה היא שהביאה אותי למצב הרוח הירוד והיא שגרמה להתקף הלב ולדיכאון הגלוי. עכשיו, לאחר שנה של נטילת תרופה נוגדת דיכאון עליה המלצת לי, מה דעתך על הפסקתה? מצב רוחי השתפר וסיימתי בשעה טובה את כתיבת הספר."

מהם השינויים הקשורים לשמיעה בגיל המבוגר? השינויים נקראים presbycusis. presbys ביוונית פירושו 'מבוגר', ו-akousis פירושו 'לשמוע'. הפגיעה מתאפיינת באיבוד היכולת לשמוע צלילים בתדרים גבוהים בשתי האוזניים בצורה שווה. הפגיעה בשמיעה היא בתדרים של 6,000 הרץ ומעלה. מאחר ושיחה רגילה מתנהלת בטווח 6,000-10,000 הרץ, קשה לנהל שיחה רגילה עם מי שמתקשה בשמיעה. מדובר בפגיעה עצבית-תחושתית בקטע הראשון של השבלול שבאוזן הפנימית האחראי לקליטת צלילים בעלי תדר גבוה. לא ברורה הסיבה לפגיעה. נוסף על הגיל ייתכנו מספר סיבות והן נטייה תורשתית ומשפחתית, אספקת דם לקויה ורעשים סביבתיים שנחשפים אליהם מהלך החיים. גברים נמצאו סובלים יותר מנשים. ייתכן שהם נחשפו לרעשים מופרזים במהלך עבודתם, במהלך שירותם הצבאי או שקיימת נטייה תורשתית בולטת יותר אצל גברים. הפגיעה נפוצה בקרב 40 אחוזים מהאוכלוסייה המבוגרת, ועולה עם הגיל.

מהו מבנה האוזן? כדי להבין את הפגיעות בשמיעה עלינו להכיר את מבנה האוזן. קיימים שלושה אזורים באוזן העלולים להיפגע ובהתאם לכך הפגיעה הנוצרת תהיה פגיעה בהולכה או פגיעה עצבית-תחושתית. האוזן החיצונית מכילה תעלה שמטרתה להעביר את גלי הקול לאוזן התיכונה דרך עור התוף. כל בעיה, כגון חדירת גוף זר או פקק שעווה בתעלה, תגרום לחסימתה ולפגיעה בהולכה. האוזן התיכונה (אמצעית) מכילה את עור התוף, עצמות השמע והמפרקים שביניהם. פגיעות כמו קרע, עיבוי של עור התוף או פגיעה בעצמות השמע יגרמו לפגיעה בהולכה. האוזן הפנימית מכילה את השבלול הקולט את גלי הקול ומעבירם לסיבי עצב הנשלחים למוח. כל פגיעה (ניוונית, וסקולרית, גידולית או מטבולית) בתאי העצב או בעצבי ההולכה למוח תגרום לפגיעה עצבית-תחושתית.

מהם הסימפטומים האופייניים לפגיעה בשמיעה? המהלך של הירידה בשמיעה הוא איטי, זוחל ולא מורגש. האדם, משפחתו והסביבה הקרובה אינם מודעים כלל לבעיה, דבר המגביר את התסכול והחשדנות משני הצדדים. התלונה בולטת במיוחד בסביבה רועשת או כשקיימים קולות רקע. הנפגע לא עונה כשמשוחחים אתו ומבקש בדרך כלל לחזור על הנאמר. לעתים הוא עונה תשובה שאינה קשורה כלל לשאלה. הוא מבקש להרים את הקול עד כדי צעקה,

הוא נעשה רגזן, מתוסכל וחשדן מאוד. מנסה לקרוא את תנועות השפתיים ומובך כשאני מצליח להבין. למשוחח ולסביבתו הקרובה נגרמים רוגז וכעס. הסובבים חושבים שהזקן סנילי, מתרחקים ומנתקים את הקשר אתו. לעתים בני המשפחה מצמצמים את נושאי השיחה לדיבור טכני בלבד. 'תאכל' 'תשתה', אות שובות של כן ולא. בני המשפחה נמנעים מלהוציא את הנפגע למקומות מפגש הומי אדם כמו בתי קפה, הרצאות ותיאטרון. בשיחה התוודתה אחת המטופלות במילים אלו: "מביך אותי וגורם לי לאי־נוחות שאני לא שומעת את האנשים שאתם אני נפגשת. זה מתסכל, נראה לי שכולם כאן לוחשים, אני משתדלת לקרוא את השפתיים של המדברים אתי על מנת שאוכל לדעת מה הם אומרים לי."

בספרות המקצועית נמצא קשר ישיר ומשמעותי בין פגיעה בשמיעה והחמרת הפגיעה בתפקוד השכלי, כפי שהדבר נמדד במבחן מיני מנטל (MMSE). שכיחות הפגיעה בשמיעה גבוהה משמעותית בקבוצת חולי האלצהיימר לעומת קבוצת הביקורת. לעומת זאת לפעמים קורה ההפך, כשבעלי שמיעה לקויה מאובחנים בטעות כסובלים מאלצהיימר עקב היעדר תקשורת אתם וחוסר תחושת (Uhlman, Larson, Rees 1989; Herbst, Humphrey 1980).

האם כל ירידה בשמיעה דורשת אבחון? כן. יש לבצע אבחון כיוון שהירידה בשמיעה גורמת לירידה בתפקוד הכללי. חשוב לקבל היסטוריה משפחתית, תעסוקתית ותחביבים (מתופף!). ברקע הרפואי יש לשאול על דלקות אוזניים וחשיפה לתרופות העלולות לפגוע באוזן כמו אנטיביוטיקה מסוג אמינוגליקוזידים וסוגי כימותרפיה. הזרקה מהירה של משתנים כמו פוסיד ונוגדי דלקת מסוג אספירין במינון גבוה, חבלות ראש, הקרנות באזור הראש, בעיות מטבוליות מסוג חוסר ויטמין D ובעיות של זרימת דם באזור הראש עלולים גם כן לגרום לפגיעה בשמיעה. הבדיקה מתבצעת על ידי קלינאית תקשורת שמבצעת אבחון המבדיל בין בעיית הולכה לעצב־תחושה. היא גם מתאימה את עזרי השמע.

כ־30 אחוזים מהפגיעות הן עקב ירידה בהולכה של השמיעה הנובעת מהימצאות של דחיסת שעווה, 'פקק', בתעלת האוזן. הבעיה ניתנת לאבחון על ידי בדיקה פשוטה בהסתכלות דרך מכשיר אוטוסקופ. הטיפול הוא פשוט באמצעות שטיפת אוזניים במים פושרים לאחר ריכוך השעווה או הוצאתה על ידי רופא אף, אוזן, גרון. יש לוודא שאין היסטוריה של ניקוב עור התוף לפני ביצוע השטיפה (Abyad 1997).

אובדן שמיעה פתאומית באוזן אחת או בשתי האוזניים מצריך פנייה דחופה לרופא משפחה ולעתים לרופא אף, אוזן, גרון, כדי לשלול אפשרות לגידולים כמו acoustic neuroma. ייתכנו גם זיהומים נגיפיים (וירליים) הפוגעים בשמיעה.

מהו הטיפול המומלץ בבעיות שמיעה? ההתקדמות הטכנולוגית שיפרה את מכשירי השמיעה ועשתה אותם ידידותיים יותר, קטנים יותר ובולטים פחות. כיום נעשה שימוש במכשירים דיגיטליים רבי ערוצים המשפרים את עצמת הגרייה המגיעה לאוזן הפנימית ללא הגברת רעשי הסביבה, אם כי עדיין לא הצליחו למנוע אותם לחלוטין.

יש להדריך את הזקוקים למכשירי השמיעה בשימוש נכון בהם ולעודדם להתמיד בשימוש בהם. קיימים עזרים לשמיעה בפעולות היום-יומית כמו אוזניות המחוברות לטלוויזיה במישורין בלי לגרום להפרעה או רעש לסביבה. אפשר להתאים מכשיר שמיעה להגברה לטלפון ולהרכבה בעת אירועים מיוחדים (תאטרון, מפגשים ועוד). כמו כן ישנם אביזרים המהבהבים בעת צלצול בדלת או בטלפון.

טכנולוגיה ניתוחית חדשה היא השתלת אלקטרודות בשבלול האוזן (שתלים) הגורמת לעליית הגרייה למוח. באופן מעשי מומלץ להימנע משיחה כשברקע יש רעשים. לחלופין, כדאי לנטרל רעשים סביבתיים, לכבות מכשירי טלוויזיה ומקלטי הרדיו ולסגור חלונות. יש להביט אל האדם המבוגר בזמן השיחה ולא להסתיר את השפתיים ואף להיעזר בהבעות פנים ובשפת גוף להדגשה. רצוי להיות מרוכזים בשיחה ולא להסיח את הדעת לדברים הקורים מסביב. יש לדבר בטון רגיל או מעט גבוה, אך אין טעם לצעוק. הצעקות אינן עוזרות. נסו לדבר בקול עמוק (טנור), במילים פשוטות ובדיבור איטי ומוטעם (Mulrow, Aguilar, Endicott, 1990).

קיימת השתתפות של משרד הבריאות והביטוחים המשלימים של קופות החולים במימון רכישת מכשיר שמיעה. ניתנים שיעורים לאימון בשמיעה ולקריאת השפתיים על ידי קלינאי תקשורת. חסרי יכולות כלכלית יכולים להיעזר בארגון 'ד שרה' המשאיל מכשירי שמיעה, או לפנות ללשכות לשירותים חברתיים במקום מגוריהם לקבלת עזרה בקנייתם. קיימים ארגונים ועמותות לכבדי שמיעה ולחירשים כגון 'בקול', 'מיח"א', 'נגישות ישראל' ו'שמע', המספקים מידע, הסברה, הדרכה וסיוע.

מהם השינויים בראייה הקשורים לגיל? השינויים תלויי הגיל העיקרים מתרחשים בעדשת העין, ופוגעים בשתי תכונותיה העיקריות – שקיפות וגמישות. הפגיעה בשקיפות גורמת לעכירות העדשה ולקטרקט (יירוד). הפגיעה בגמישות העדשה גורמת לקשיים במיקוד מקרוב, תופעה הקרויה אקומודציה (accommodation) או פרסביופסיה (presbyopia). קטרקט נובע מאובדן שקיפות עדשת העין על רקע פגיעה של רדיקלים חופשיים. הרדיקלים החופשיים נוצרים מתהליכי חמצון. בעין תהליך החמצון נגרם כתוצאה מפגיעת אור השמש בעדשה. הפגיעה בעדשה היא במבנה החלבון (קריסטלין) שמאבד את שקיפותו ונעשה עכור.

הסימפטומים של קטרקט יהיו ראייה מטושטשת עם הופעת ריצודים. שכיחות הקטרקט עולה עם הגיל. סובלים ממנה כ־45 אחוזים בקרב בני 65 והשכיחות עולה עד ל־75 אחוזים בבני 85 ומעלה.

הפגיעה בגמישות מתבטאת בקושי במיקוד מקרוב, דבר הגורם לקוצר ראייה ולצורך במשקפי קריאה בקרב בני חמישים ומעלה. שינויים נוספים בעין הקשורים לגיל הם הופעת קשת זקנה, יובש בעיניים, אובדן האלסטיות של שרירי העין וחוסר יכולת האישון להתרחב.

ייתכנו קשיים בהסתגלות למקומות חשוכים. במעברים בין אור וחושך קיימת ירידה בחדות הראייה, יש בכך השלכות בטיחותיות בנהיגה, ועלייה בסיכון לנפילות. שינויים נוספים יכולים לנבוע כתוצאה ממחלות פנימיות כמו סוכרת ולחץ דם גבוה שאינם בהכרח קשורות לגיל.

גלאוקומה היא מחלה הנגרמת מעלייה בלחץ הנוזל התוך־עיני עקב ירידה בכושר הספיגה של הנוזל וזרימתו בעין. הסימפטום הוא ירידה בחדות הראייה ובעיקר ירידה בהיקף שדה הראייה. הגלאוקומה מחולקת לזווית הפתוחה, שהיא מחלה המתקדמת לאט עד להרס העצב, ולזווית הסגורה המאופיינת בהפרעות בחדות הראייה. מחלת ניוון המקולה או הכתם הצהוב (macular degeneration) פוגעת בחדות הראייה במרכז שדה הראייה, היא שכיחה בקרב 20 אחוזים מבני 75 ויותר.

מהן התלונות הנשמעות מהסובלים מבעיות ראייה? התלונות העיקריות הן חשש ופחד לצאת לבד מהבית וירידה בפעילות מחוץ לבית. בנוסף, קיימת ירידה בפעילויות כמו קריאה, צפייה בטלוויזיה, קושי בנטיילת תרופות, הכנת ארוחות וטיפול בחפצים. הפגיעה בראייה משפיעה על האינטראקציה עם החברה פחות מאשר פגיעה בשמיעה. הקושי בתפקוד היום־יומי ותחושת התלות מחמירים את הבעיה. ישנה תלונה שכיחה של מטופלים האומרים שאינם יכולים לדעת אם דבריהם הובנו כראוי, ולא ברור להם אם הדובר פונה אליהם.

כיצד נעשה אבחון בעיניים? קיימת חשיבות לביצוע בדיקה תקופתית שנתית אצל רופא עיניים, לסובלים מסוכרת רצוי אף לבצע מעקב חצי שנתי. במהלך הבדיקה ייבדק הלחץ התוך־עיני לאיתור מוקדם של גלאוקומה. קיימת חשיבות לבדיקת קרקעית העין (פונדוס) המאפשרת זיהוי של פגיעה בכלי הדם והימצאות דימומים, שגשוג של כלי דם חדשים וירידה בחדות הראייה. פגיעה כזו שכיחה במיוחד אצל הסובלים מיתר לחץ דם

וסוכרת. יש לבצע בדיקת שדה ראייה לסובלים מקשיים בראייה ההיקפית או המרכזית. עיוורון נחשב לירידה בחדות העין כשהמדד הוא מתחת ל-20 מתוך 200 דיאופטרים.

מהם הטיפולים וההמלצות בבעיות ראייה? לחץ תוך-עיני מעל 21 מ"מ כספית מצריך מתן טיפול ע"י טפטוף טיפות לעין. ייתכנו תופעות לוואי עם השפעות גומלין שליליות בנטילת כדורים לבעיות העיניים, ואף במתן טיפות היכולות להיספג בזרם הדם. ניתוחי הסרת הקטרקט נפוצים ומתבצעים במרפאות חוץ ללא צורך באשפוז. התהליך פשוט, אינו כואב, ללא תופעות לוואי ואחריו יש שיפור מיד בראייה. קיימים מגוון רחב של אביזרי ראייה והגדלה המאפשרים קריאה גם לכבדי ראייה. קיימים ארגונים ועמותות לכבדי ראייה ורצוי לברר באמצעותם את הזכויות המוקנות ואת השירותים שהם מספקים.

נספחים

הילון מושגים

- **אגנוזיה** – חוסר יכולת לזהות חפץ על ידי מישושו למרות תחושה תקינה (זיהוי מפתחות, מטבעות ושטרות).
- **אוסטאופורוזיס** – תהליך פיזיולוגי של ירידה במסת העצם.
- **אורטופנאה** – התקף של קוצר נשימה לילי כתוצאה מהצטברות נוזלים בריאות.
- **אטרוסקלרוזיס** – תהליך פיזיולוגי של היצרות כלי דם (טרשת עורקים).
- **אימון על בסיס רחב לשמירת האיזון (balance)** – להגברת היציבות ולמניעה מפני נפילות.
- **אמנסייה (amnesia)** – פגיעה בתחום הזיכרון בלבד.
- **אמפולה רקטלית** – החלק האחרון של המעי הגס ומקום הצטברות הצואה לפני יציאתה.
- **אם לא משתמשים מאבדים (not use – loose)** – חוסר שימוש שגורם לפגיעה בתפקוד.
- **אנדרופאוזה** – גיל המעבר אצל הגבר כתוצאה מירידה בטסטוסטרון.
- **אפזיה** – הפרעות שפה שביטויים בקושי במציאת מילים, בהבנה של משפט, בקריאה, בכתיבה ובדיבור ברצף.
- **אפקט אנטי־כולינרגי (anticholinergic effects)** – תופעות לוואי של תרופות רבות הגורמות לעיכוב בפעולת המתווך הכימי (אצטיל-כולין) במוח.
- **אפרקסיה** – חוסר הבנה לבצע פעולה מוטורית למרות יכולת השרירים (להתלבש לאכול).
- **אקומודציה** – ירידה במיקוד הראייה מקרוב והצורך במשקפיים לראייה מקרוב.

- **בדיקה רקטלית** – בדיקה שנועדה לשלול עצירות, גידולים וערמונית מוגדלת.
- **בדיקות יציבות (טאנדם)** – שווי המשקל בעמידה עם רגל אחת מעט קדימה מהרגל השנייה. סמי־טאנדם עמידה של עקב בצד אגודל.
- **בדיקות אורודינמיות** – מבחנים הבודקים את הלחץ בשלפוחית בזמן ההשתנה.
- **בדיקת נוגדנים ספציפיים לפרוסטטה (PSA)** – בדיקה שמטרתה לשלול סרטן הערמונית.
- **בדיקת צפיפות העצם (BMD)** – בדיקת חוזק העצם לאוסטאופורוזיס.
- **גיל ביולוגי** – גיל לפי היכולות הגופניות והשכליות של הפרט.
- **גיל כרונולוגי** – גיל לפי שנתון, אוניברסלי. נקבע כגיל הפרישה.
- **גירוי וגלי** – התעוררות של עצב הגולגולת העשירי (הוגוס) במהלך הקאה, פעילות מעיים ולאחר ארוחה כבדה הגורם להתעלפות.
- **דחיסת התחלואה (compression of morbidity)** – הרעיון לדחות את סיבוכי המחלות לשנה האחרונה של החיים.
- **דם סמוי בצואה** – בדיקה לשלילת אפשרות לגידולים במעיים. הבדיקה מומלצת לאוכלוסייה מעל גיל 50.
- **הזדקנות** – ירידה ברזרבות של מערכות הגוף ופגיעותן במצבי דחק.
- **הזדקנות פיזיולוגית** – שינויים תלויי גיל ללא הפרעה תפקודית ביום־יום.
- **הזדקנות פתולוגית** – הופעת מחלות הגורמות להפרעה בתפקוד היום ובלילות.
- **הזדקנות מוצלחת** – שינויים תלויי גיל (פיזיולוגיים) אטיים ללא הפרעה תפקודית.
- **היפוגליקמיה** – רמת סוכר נמוכה בדם.
- **היפותרמיה** – תת־חום גוף כתוצאה מטמפרטורה נמוכה.
- **היפרתרמיה** – חום גוף גבוה כתוצאה מטמפרטורה גבוהה.
- **היפרטירואיד** – עודף פעילות של בלוטת התריס הפרעה בביצוע – קושי בתכנון ובהבאתם לידי יישום.

- הכנה לניתוח (preoperative) – ייצוב מצבים רפואיים טרם הניתוח.
- הסתעפויות (דיברטיקוליטיס) – כיסים הנגרמים מרפיון שרירים במערכת העיכול.
- הערכה גריאטרית כוללת (CGA) Comprehensive Geriatric Assessment – בדיקת המטופל בהיבט הכוללני (גופני, חברתי ונפשי).
- התכווצויות ברגליים (Cramps) – התכווצויות כואבות בשריר הסובך ברגליים.
- השפעת גומלין בין-תרופתית – נטילת תרופה המעכבת או המגבירה את השפעתה של התרופה האחרת.
- השפעת גומלין (אינטרקציה) בין תרופה למחלה – השפעה מיטיבה של תרופה הניתנת לטיפול במחלה אחת, עלולה להשפיע לרעה על מחלה שנייה.
- התעלפות (syncope) – נפילה המלווה באובדן הכרה.
- התמכרות (addiction) – צורך נפשי במתן התרופה או הסם.
- ורטיגו תנוחתי שפיר (benign positional vertigo) – תחושת ריחוף הקשורה במנח הראש.
- חוסר נתן בדם (היפונתרמיה) – מצב של חסר מלחים בדם עלול לגרום לבלבול.
- חוסר יציבות (imbalance or instability) – האדם מרגיש שאינו יציב ועומד לטיפול.
- טיפול בסיבוכים מידיים לניתוח (perioperative) – טיפול במצבים מידיים לאחר הניתוח: בלבול, יובש וחוסר ואיזון ברמת המלחים.
- טיפול ריפויי (curative) – מתן טיפול במטרה לרפא ולפתור את הבעיה.
- טיפול מניעתי (preventive) – מתן טיפול במטרה להרחיק את הגורם.
- טריפוד – מקל הליכה בעל שלוש רגליים.
- "יושבים וממתינים" – מושג גריאטרי שכוונתו מעקב צמוד למרות שאיננו עושים דבר. ברגע זה אנו צופים לקבל החלטות לפי ההתפתחויות.
- ירידה קוגניטיבית מינימלית (MCI) Mild Cognitive Impairment – ירידה קוגניטיבית בתחום שכלי אחד.

- **כלכלה מאוזנת** – תפריט שבו מיוצגים כל מרכיבי המזון. לפי החלוקה הבאה: 60-50 אחוז פחמימות, 15-20 אחוז חלבונים ו־30 אחוז שומנים.
- **לרבע את העקומה** – להביא את עקומת התמותה למצב של מלבן, דהיינו למתן את השיפוע של התחלואה.
- **מבחנים מנטליים** – שאלונים מסוג מבחן מיני מנטלי (MMSE) ושאלון מצב מנטלי (MSQ) לאבחון דמנציה.
- **מדד מסת הגוף** (BMI) Body Mass Index – משקל חלקי גובה בריבוע, נקבע כמדד מקובל בעולם להערכה של מצב התזונה. הרמה המומלצת לאוכלוסייה המבוגרת היא 23-29 ק"ג/מ², רמה מעל 30 נחשב כהשמנת יתר (obesity) ומתחת ל־23 נחשב כתת משקל.
- **מוגבלות** (disability) – התוצאה הסופית של הקשיים התפקודיים.
- **מנופאה** – הפסקת הווסת וכניסה לגיל המעבר כתוצאה מירידה באסטרוגן.
- **מניעה ראשונית** – להרחיק את הופעת המחלה בעזרת חיסונים וקיום אורח חיים בריא.
- **מניעה שניונית** – לאיתור מוקדם של המחלה ומונעת סיבוכים צפויים.
- **מניעה שלישונית** – למזער את סיבוכי המחלה שכבר קיימים.
- **מפגעים סביבתיים** (hazards) – מכשולים בבית ובסביבה הקרובה למקום המגורים.
- **משפחת הבנזודיאזפינים** (benzodiazepine) – תרופות מרגיעות פופלריות להשריית שינה והורדת מתחים מסוג וליום.
- **משפחת התרופות הנרקוטיות** – משפחת המורפיום.
- **מתן טיפול הורמונלי חליפי** (HRT – Hormone Replacement Therapy) – מתן כדור אסטרוגן משולב עם פרוגסטרון בגיל המעבר.
- **סגוליות** (specificity) – נתון המאשר שהממצא של הבדיקה אכן אמיתי.
- **סוגי כאבים** – כאב של הרקמה (הסומטי), כאב של האיבר (הוויצרלי) והכאב העצבי (הניורופתי).

- **סולם כאב (analgesic ladder)** – טיפול בשלבים במשככי כאב לפי עוצמת הכאב של המטופל.
- **סחרחורת של הגיל (presbyestasis)** – חוסר יציבות הקשור לפיזיולוגיה.
- **סרקופניה** – תהליך פיזיולוגי של דלדול וירידה בכוח השרירים.
- **פגיעות תחושתיות (נוירופתיה) היקפיות (פריפריה)** – פגיעות במסלולי העצבים
- **בגוף פוליאוריה** – מתן כמויות שתן גדולות
- **פי הטבעת** – סוגר המעיין העשוי משרירים טבעתיים דרכו יוצאת הצואה.
- **פליטה אחורית** – מצב בו הזרע נפלט לתוך כיס השתן במקום להיפלט החוצה דרך השופכה.
- **פעילות אירובית (aerobic)** – סיבולת לבבית ונשימתית.
- **פראסביקוזיס** – ירידה תלוית גיל בשמיעה.
- **פריסטלטיקה** – קולות הניע של המעיין.
- **קוגניציה** – תחום הקשור בתפקודים השכליים הגבוהים של המוח שביטויים ביכולות של זיכרון, התמצאות, חשיבה, הבנה ושיפוט.
- **קטרקט (ירוד)** – הופעת עכירות של העדשות בעיניים.
- **קיפוזיס** – כיפוף הגו.
- **רגישות (sensitivity)** – בדיקה בעלת יכולת רבה לאיתור המחלה.
- **רומברג, קום ולך** – מבחני שיווי משקל ויציבות.
- **ריבוי תרופות (polypharmacy)** – תופעה בגיל המבוגר הנובעת מריבוי יועצים ומחלות.
- **ריצוד של העיניים (ניסטגמוס)** – מצב המעיד על פגיעה במערכת האוזן או במוח.
- **רפלוקס** – החזר תוכן קיבה לושט.
- **רפלקס הבוקר (גסטרוקוליק)** – גל תנועתיות המעיין המסייע לפעולת מעיין.

- שיטיון מדומה (Pseudo-dementia) – דיכאון שמחקה סימפטומים של דמנציה.
- שינויים בחוליות הצוואר (ספונדילוזיס) – פגיעות המונעות הטיית הראש לצדדים
- שנת חלום – שלב בשינה המאופיין בתנועת עיניים מהירה (REM) Rapid Eye Movement.
- תלות גופנית (physical dependent) – צורך של הגוף בהעלאת המינון.
- תרגול כוח (strengthening) – חיזוק מסת השרירים והעצם.
- תרגילים לגמישות הפרקים (stretching) – להגברת טווח התנועה והגמישות.
- תרופות נוגדות דיכאון – המגבירות רמת הסרוטונין במוח. המשפחה העיקרית היא תרופות סלקטיביות לקולטן הסרוטונין (Selective serotonin reuptake inhibitor).
- תרופות מעכבות אנזים הכולין אסתרז – תרופות המעלות אצטילכולין במוח לטיפול באלצהיימר.
- תת־לחץ דם תנוחתי (אורתוסטטיזם) – ירידה בלחץ דם מעל 20 מ"מ כספית בשינוי תנוחה (למשל קימה).
- תת־תזונה – חסר של מקרו או מיקרו מרכיבים במזון.
- תת־תזונה בחלבון וקלוריות (Protein Energy Malnutrition – PEN) – חסר באכילת מזון המכיל חלבון וקלוריות.

חלק ראשון: המבוגר הבריא

הפיזיולוגיה – שינויים תלויי גיל

- Morrison Jh. Hof pr. (1997). Life and Death of Neurons in the Aging Brain. Science 237:17.
- Cassel CK. (2001). Successful aging : How increased life Expectancy and medical advances are changing geriatric care. Geriatrics, 56: 35-40.
- Rowe JW, Kahn RL. (1987). Human Aging: Usual and Successful. Science 237: 143-149.
- Mark S, Lachs MD, Alvan R, et al. (1990). A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. Annals of Internal Medicine. 112: 699-706.

תפקוד, שיקום ואיכות חיים

- Isaacs, B. (Ed) (1992). The challenge of geriatric medicine. Oxford University Press.
- Fries J.F. (1980). Aging, natural death and compression of morbidity. N Eng J Med 303: 130-136.
- Vita A.J., Terry R.B., Hubert H.B. et al. (1998). Aging, health risk and cumulative disability. N Eng J Med, 338: 1035-1041.
- Stuck A.E., Siu A.L., Wieland G.D. et al. (1993) Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials. Lancet 342: 1032-1036.
- Minaire P. (1992). Disease, illness and health. Theoretical models of the disablement process. Bulletin of the WHO 70: 373.
- קשישים בישראל. שנתון סטטיסטי (2009) עורכים ברודסקי ג', שנור י', באר ש'. מאיירס – ג'וינט – מכון ברוקדייל, ירושלים.

פעילות מונעת ובדיקות תקופתיות

- Grundy SC, Balady JG, Gordon T, et al. (1998). Primary Prevention of Coronary

Heart Disease: Guidance From Framingham. *Circulation*. 97: 1876-1887

- Ridker PM, (2001). High-Sensitivity C-Reactive Protein Potential Adjunct for Global Risk Assessment in the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. *Circulation* 103: 1813.
- Williams MA, Fleg JL, Ades PA, (2002). Secondary Prevention of Coronary Heart Disease in the Elderly. *Circulation*, 105: 1735-1743.
- Harris RP, Helfand M, Woolf SH, (2001). Current methods of the U.S. Preventive Services Task Force: American Journal of Preventive Medicine 20: 21-35.
<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstopics.htm>.

תזונה

- Reuben DB. (1995). Nutrition screening in older persons. *J Am Geriatrics Society*. 43: 415.
- Visvanathan R, Macintosh C, Callary M, et al. (2003). The Nutritional Status of 250 Older Australian Recipients of Domiciliary Care and Its Association with Outcomes at 12 Months. *J Am Geriatrics Society* 51: 1007–1011.
- Cohendy R, Rubenstein LZ, Eledjam JJ. (2001). The Mini nutritional assessment short Form for preoperative nutritional evaluation of elderly patients. *Age and Aging* 13: 293-97.
- Morley JE, Kraenzle D. (1994). Causes of weight loss in a community nursing home. *J Am Geriatrics Society*, 42: 583-585.
- Bordelon P, Ghetu MV, Langan RC, (2009). Recognition and management of vitamin D deficiency. *Am Fam Physician*, 80: 841-846.
- Goodrow, EF, Wilson, TA, Crocker Houde, S (2006) Consumption of One Egg Per Day Increases Serum Lutein and Zeaxanthin Concentrations in Older Adults without Altering Serum Lipid and Lipoprotein Cholesterol Concentrations. *The Journal of Nutrition and Disease*, 136: 2519–2524.
- <http://www.health.gov.il> פירמידת המזון

פעילות גופנית

- Shephard RJ (1996). The scientific basis of exercise prescribing for the very old. *J Am Geriatrics Society* 38: 62-70.
- Elward K & Larson EB (1992). Benefits of exercise for older adults. *Clinic in Geriatric Medicine* 8: 35-40.

- Christmas C, Anderson RA (2000). Exercise and older patients: guidelines for the clinician. J Am Geriatrics Society 48: 318-324.
- American college of sport medicine position stand (1998). Exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Exercise, 14: 992-1008.
- Schwartz RS, Buchner DM. (2006). Exercise in the Elderly: Physiologic and Functional Effects. in: Hazzard WR, et al., eds. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, 4th Ed. New York: McGraw-Hill. pp. 143-158.

נטילת תרופות — מצב שבין הפטיש לסדן

- Herdink, E.R., Lewfkens, H.G. Herings, R.M. (1998). NSAID associated with increased risk of congestive heart failure in elderly patients taking diuretics. Arch. Intern. Med. 158: 1108-1111.
- Avron, J. & Gurwitz, H.J. (1995). Drug use in the nursing home. An. Intern. Med. 123: 195-204.
- Offerhans, L. (2000). General prescribing rules for the elderly. WHO Regional publication.
- Ray, W.A., Griffin, M.R., Schaffner, W. et al. (1987). Psychotropic drug use and the risk of hip fracture. N. Engl. J. Med., 316, 363-369.
- Batty, G. M., Osborne C., Swift, S. H. et al. (2000). Development of an indicator to identify inappropriate use of benzodiazepines in elderly medical in-patients. International J of Geriatric Psychiatry, 15; 892-896
- Lazonon, J., Pomeranz, B.H. Corez, P.N. (1998). Incidence of adverse drug reaction in hospitalized patients. JAMA, 279, 1200-1205.
- Beers, M.H. (1997). Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. Arch of Internl Medicine 157: 1531-1536.

ניתוחים והחלטות על ביצועם

- Mangano, DT., Goldman, L. (1995). Preoperative Assessment of Patients with Known or Suspected Coronary Disease. N Engl J Med 333:1750-1756.
- Morrison RS, (1998) The medical consultant's role in caring for patients with hip fracture. Ann Intern Med;128: 1010-1020.
- Polanczk C, Marcantonio E. (2001). Impact of age on perioperative complication and length of stay in patients undergoing noncardiac surgery. Ann Intern Med;134: 637-643.

■ יאול א, (2008). עקרונות בעיות אתיות בסוף החיים גיל המבוגר. גרונטולוגיה 35(3):

99-83.

חלק שני: היבטים רפואיים חברתיים

הנהג המבוגר

- Graca JL. (1986) Driving and aging. Clin Geriatric Med. 2: 577.
- Foley KT, Mitchell SJ. (1997). The elderly driver : what physician need to know. Cleve Clin J Med. 64: 423-428.

התאמת הבית לצרכים המשתנים

- גולנדר ח, בריק י. (2003). התפתחות השירותים לזקנים בישראל. מתוך רוזין א, (עורך) הזדקנות וזיקנה בישראל. הוצאת אשל – האגודה לתכנון ולפתוח שירותים למען הזקן תשס"ג 43-57.
- יאול א, (1999). הדיור המוגן לאוכלוסייה המבוגרת – היבטים רפואיים. גרונטולוגיה כו: 109-115.

הפרישה מהעבודה – להתמודד עם השינוי

- Tuomi K, Huuhtanen P, Nykyri E, et al. (2001). Promotion of work ability, the quality of work and retirement. Occup Med (Lond); 51: 318–24
- Smolander J, Blair SN, Kohl HW. (2000). Work ability, physical activity, and cardiorespiratory fitness: 2-year results from Project Active. J Occup Environ Med 42: 906–10.
- Ilmarinen JE. Aging Workers. (2001). Occup Environ Med, 58: 546-548.
- de Boer AG, van Beek JC, Durinck J, et al. (2004). An occupational health intervention programme for workers at risk for early retirement; a randomised controlled trial. Occup Environ Med, 61: 924–9.
- רבינוביץ מ. גילו של אדם (1985) הוצאת עם עובד.
- משיח ט, קושניר י. (2005). קורס הכנה לפרישה מטעם ההסתדרות הרפואית. הרפואה כרך 144 עמוד 3-25.
- יאול א, (2002). המדריך הרפואי למטייל המבוגר. הוצאת אקדמון.

בן הזוג שנשאר לבד – האלמן והאלמנה

- מלקינסון ר, רובין ש, ויצטום א. (1989) אובדן, אבל ודיכאון – ממצאים חדשים. הרפואה 134: 276-278.

- מלקינסון ר, ויצטום א. (2003). מוות, אבל ואלמנות. מתוך רוזין א, (עורך) הזדקנות וזיקנה בישראל. הוצאת אשל – האגודה לתכנון ולפתוח שירותים למען הזקן תשס"ג. 568-561.

- Faletti MV, Gibbs JM, Clark MC et al (1989). Longitudinal course of bereavement in older adults. In Lund AD (Ed) Older bereaved spouse pp 37-54. NY: Hemisphere Publishing Corporation.
- Lund DA. (1989). Conclusions about bereavement in later life and implication for intervention. In Lund AD (Ed) Older bereaved spouse. NY: Hemisphere Publishing Corporation.

הבדידות – לא טוב היות האדם לבדו

- Tomaka J, Thompson S, Palacios R. (2006). The Relation of Social Isolation, Loneliness, and Social Support to Disease Outcomes Among the Elderly. J Aging Health, 18, 3: 359-384.
- Pinquart M. (2003). Loneliness in Married, Widowed, Divorced, and Never-Married Older Adults. Journal of Social and Personal Relationships February 20; 131-53.
- Banks MR, Banks WA (2002). The Effects of Animal-Assisted Therapy on Loneliness in an Elderly Population in Long-Term Care Facilities. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 57(7): 428-432.
- Johnson DP, Mullins LC. (1989). Religiosity and Loneliness Among the Elderly Journal of Applied Gerontology, 8: 110-131.

התעללות, ניצול והזנחה

- Lachs MS, Pillemer K (1995): Current concepts: Abuse and neglect of elderly persons. N Engl J Med;332:437-443.
- Lachs MS, Williams CS, O'Brien S et al. (1997) Risk factors for reported elder abuse and neglect: A nine year observational cohort study. Gerontologist 37; 469-474.
- לבנשטיין א, ורון פ, (2000) פגיעה בקשישים על ידי בני משפחה מטפלים: שכיחות התופעה בישראל. חברה ורווחה כ, 192-175.

חלק שלישי: היבטים רפואיים נפשיים

כשהזיכרון בוגד – האם זה אלצהיימר או מצב של סטרס

- Gauthier S, Reisberg B, Zaudig M. et al (2006). Mild cognitive impairment. Lancet 367: 1262–70.
- Flicker C, Ferris SH, Reisberg B. (1991). Mild cognitive impairment in the elderly: predictors of dementia. Neurology 41: 1006–09.
- Grundman M, Petersen RC, Ferris SH, et al. (2004). Mild cognitive impairment can be distinguished from Alzheimer's disease and normal aging for clinical trials. Arch Neurol 61: 59–66.
- Petersen RC, Smith GE, Waring SC et al. (1997). Aging, Memory, and Mild Cognitive Impairment. International Psychogeriatrics 9: 65-69.

אלצהיימר וסימניו המקדימים

- Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK et al (2009). The Clinical Course of Advanced Dementia. NEJM: 361; 1529-1560.
- Clarfield A.M. (1988). The reversible dementia \$ do they reverse? Ann of Int Med, 109;476-486
- Hogan S. (1990). Care for the caregiver: Social policies ease their burden. J of Gerontological Nurs, 16(5); 13-17.
- Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. (1975). 'Mini Mental State' A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res, 12: 189-198

■ וינשטוק מ, ביליג ח. טיפול תרופתי במחלות נפש אצל זקנים. מתוך רוזין א, (עורך) הזדקנות וזיקנה בישראל. הוצאת אשל – האגודה לתכנון ולפתוח שירותים למען הזקן תשס"ג 877-893.

מצב בלבול חריף – כשהמוח מאותת: "אל תשגעו אותי"

- Alagiakrishnan, K., Wiens, C.A., (2004) An approach to drug induced delirium in the elderly. Postgrad. Med. J 80: 388-393.
- Inouye S.K. (2000). Predisposing and Precipitating Factors for Delirium in Hospitalized Older Patients. Dementia and geriatric cognitive disorder 10:5-7.
- Inouye S.K. (2006) Delirium in older persons N. Engl. J. Med. 354: 1157-1165.
- Ely E.W, Inouye S.K, Bernard GR. (2001) Validity and Reliability of the Confusion

Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) JAMA.; 286 (21): 2703-2710.

- Schlesinger, MJ, Inouye S.K. Lydon TJ. (1999) Delirium: a symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. The American Journal of Medicine. 106: 565-573.
- Marcantonio ER., Flacker JM., Wright J. (2003). Reducing delirium after hip fracture a randomized control study. General Hosp Psychiatry 25: 345-351.

דיכאון

- Heston, L.L., Carrard, J., Makris, L. et al. (1992). Inadequate treatment of depressed nursing home elderly. J. Am. Geriatr. Soc., 40, 1117-1122.
- Sheikh JI, Yesavage JA. (1986). Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version Clin Gerontology. 5: 165.
- Zalsman G, Aizenberg D, Sigler M. (1998) Geriatric Depression Scale Short Form: validity and reliability of the Hebrew version. Clinical Gerontologist, 18: 3-9.
- Waxman HM, McCreary C, Weinrit RM, et al (1985). A comparison of somatic complaints among depressed and non-depressed older persons. Gerontologist 25: 5017.
- Whooley MA, Avins AL, Miranda J, et al (1997). Case-Finding Instruments for Depression: Two Questions Are as Good as Many J Gen Intern Med; 12: 439-445.
- Jones BN, Reifler BV (1994) depression coexisting with dementia. Evaluation and treatment. Med Clin North. Jul; 78(4): 823-40.
- Small G.W., Liston E.H., Jarvik L.F. (1981). Diagnosis and treatment of dementia in the aged. West J Med, 135: 469-481

הפרעות שינה

- Buysse DJ. (2004). Insomnia, depression, and aging. Assessing sleep and mood interactions in older adults. Geriatrics, 59(Feb): 47-51.
- Fok, M, Stewart, R Besset A et al (2010). Incidence and persistence of sleep complaints in a community older population. Int J Geriatr Psychiatry, 25: 37-45.

■ איריס חיימוב ולימור ודס (2009) שינה בקרב קשישים: הקשר בין נדודי שינה כרוניים לתפקוד קוגניטיבי. הרפואה, כרך 148 עמ 260-258

- Mallon I, Broman JA, Hetta J. (2000). Relationship Between Insomnia, Depression, and Mortality: A 12-Year Follow-Up of Older Adults in the Community International Psychogeriatrics 12: 295-306.
- Bixler, EO, Vgontzas, AN, Ten Have T (1998). Effects of age on sleep apnea in men: Prevalence and severity Am. J. Respir. Crit. Care Med., 157, 144-148.

חלק רביעי: היבטים רפואיים גופניים

גיל המעבר אצל הגבר והאישה ותפקוד מיני

- Bhasin S, et al. (2006). Androgen Deficiency Syndromes in Men Guideline Task Force: An Endocrine Society Clinical and Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab, 91: 1995-2010.
- Carnegie C. (2004). Diagnosis of hypogonadism: clinical assessments and laboratory tests. Rev Urol. 6: 33-38.
- Gooren LJG. (1996). The age-related decline of androgen levels in men: clinically significant? Brit J Urol. 78: 763-8.
- Morley JE, Charlton E, Patrick P, et al. (2000). Validation of a screening questionnaire for androgen deficiency in aging males. JAMA. 283: 1239-1242.
- ריסין ל, יוספי ח, קלר ש, (1998) בירור כאבים בבית-החזה האם קיימת הטיה מינית. הרפואה, כרך 135 עמוד 588-584.

פרוסטטה מוגדלת – הבלוטה בצומת השולט

- Barry MJ, et al. (1992). The American Urological Association symptoms index for benign prostatic hyperplasia. J Urol 148: 1549-1557.
- Harris R, Lohr KN. (2002). Screening for prostate cancer: an update of the evidence for the U.S Preventive Task Force. Ann Intern Med 137: 917-929.
- Dull P, Reagan RW, Bahnson RR. (2002). Managing benign prostatic hyperplasia. Am Fam Physician 66: 77-84.

אוסטיאופורוזיס – אובדן מסת העצם

- Bone GH, Hosking D, Devogelaer JP. (2004) Ten Years' Experience with Alendronate for Osteoporosis in Postmenopausal Women. N Engl J Med; 350: 1189-99.
- Devogelaer JP, Broll H, Correa-Rotter R et al (1996) Oral Alendronate Induces Progressive Increases in Bone Mass of the Spine, Hip, and Total Body Over 3 Years in Postmenopausal Women With Osteoporosis Bone Vol. 18, 1996: 141-150.
- Greenspan, SL; Resnick, NM; Parker, RA (2003). Combination Therapy With Hormone Replacement and Alendronate for Prevention of Bone Loss in Elderly Women A Randomized Controlled Trial JAMA. ;289: 2525-2533.
- מכון גיאוקרטוגרפיה (2003), סקר מודעות לאוסטיאופורוזיס ושימוש בתרופות בקרב בנות 50+, הוכן עבור העמותה הישראלית לאוסטיאופורוזיס.

שינויים בפרקים – הכאב הבלתי נסבל

- Creamer P, Hochberg MC. (1997). Osteoarthritis. Lancet 350: 503-504
- MacLean CH. (2001) Quality indicator for the management of osteoarthritis in vulnerable elders. Ann Intern Med:135; 711-721.

נפילות – גזירה משמים או מקרים שניתן למנוע

- Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, et al (1994) A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. N Eng J Med 331: 821-827.
- Wolfson L, Whipple R, Derby C, et al. (1996) Balance and strength training in older adults: intervention gains and Tai Chi maintenance. J Am Geriatr Soc. 44: 498-506
- Parker MJ., Gillespie D, Gillespie LJ. (2006) Hip protector Effectiveness of hip protectors for preventing hip fractures in elderly people: systematic review. BMJ 332: 571.

סחרחורת והתעלפות

- Tinetti ME, Williams CS, Gill TM. (2000) Dizziness among older adults: a possible geriatric syndrome. Ann Intern Med:132: 337-344.
- Colledge, NR, Barr-Hamilton, RM, Lewis, SJ et al. (1996) Evaluation of investigations to diagnose the cause of dizziness in elderly people: a community based controlled study. BMJ 313: 788-792.
- Kapoor WN.(2000). Syncope. N Engl J Med ;343: 1856-1862.

כאב

- AGS Panel on persistent Pain in Older Persons. (2002). The Management of persistent pain in Older Persons. J American Geriatrics Society; 50: 205-224.
- Giff AG. (1989) Visual analogue scales: Measurement of subjective phenomena. Nur Res; 38: 286-288.
- Hurley AC , Volicer BJ , Hanrahan PA. (1992). Assessment of discomfort in advanced alzheimer patients. Res Nurs Health: 15: 369-377.
- Dalton, JA; Youngblood R. (2000) Clinical Application of the World Health Organization Analgesic Ladder. Journal of Intravenous Nursing; 23: 118-124.

עצירות

- Read NW, Celik A F, Katsinelos P (1995). Constipation and Incontinence in the Elderly. *Journal of Clinical Gastroenterology*: 20: 61-70.
- Wrenn K. (1989). Fecal Impaction. (1989). *N Engl J Med* 321: 658-662.
- Petticrew M, Watt I, Brand M. (1999). What's the 'best buy' for treatment of constipation? Results of a systematic review of the efficacy and comparative efficacy of laxatives in the elderly. *Br J Gen Pract*. 49: 387-393.

הירידה בשמיעה ובראייה

- Guralnik JM. (1999). The impact of vision and hearing impairment on health in old age. *J Am Gerontol Soc*. 47(8): 1029-1031.
- Uhlmann RF, Larson EB, Rees TS et al. (1989). Relationship of hearing impairment to dementia and cognitive dysfunction in older adults. *JAMA* 261: 1916-1919.
- Abyad A. (1997) In office screening for age-related hearing and vision loss. *Geriatrics*: 52; 45-57.
- Mulrow CD, Aguilar C, Endicott JE, et al. (1990). Association between hearing impairment and the quality of life of elderly individuals. *J Am Geriatr Soc*. 38: 45-50.

מבחר ספרי אשל

אהבה למתקדמים | ד"ר אורי ורניק

אלצהיימר ודמנציות אחרות | רחל בירנבוים, עורכת

אנשי הלימבו | פרופ' חיים חזן

בבית ולא במוסד | ד"ר ישראל (איסי) דורון, עורך

בערוב היום | ד"ר מירי ורון

האתגר שבהזדקנות | ד"ר ליאורה ברטור

הגנה על זקנים | בן ציון כרם

הזדקנות וזיקנה בישראל | פרופ' ארנולד רוזין, עורך

הזקן הסיעודי | ד"ר אפרים יאול

הזקן והמשפחה | פרופ' יצחק בריק ופרופ' אריאלה לבנשטיין, עורכים

הטיפול בניצולי שואה מזדקנים (מדריך יישומי לאנשי מקצוע) | פאולה דוד וסנדי פלי
עורכי המדריך בישראל: פרופ' אריאלה לבנשטיין, ד"ר שמואל רייס, בתיה רפפורט

הפוליטיקה של הזיקנה | ד"ר יצחק בריק, עורך

זיקנה בקו העוני | ד"ר יצחק בריק, עורך

טיפול בית בזקנים המוגבלים בתיפקודם | ד"ר אסתר יקוביץ', עורכת

כאילו זה יומי האחרון | נחמה קפלן

כמו יונה פצועה | ד"ר טובה בנד וינטרשטיין

משפט, צדק וזיקנה | ד"ר ישראל דורון

התלונות, המצוקות, הבעיות, החששות ואפילו המכאובים של עשרות מטופליו, הפכו בידי ד"ר אפרים יאול, מנהל המחלקה הסיעודית המורכבת בבית החולים הרצוג בירושלים, לחומר לימוד מרתק וחשוב.

ב"סיפורים שסיפרו לי מטופליי" הופך המחבר את מטופליו למוריו ולמדריכיו. בשפה בהירה, מובנת, סיפורית ועניינית חולק המחבר עם קוראיו את מה שלמד ממטופליו הרבים וזהו ייחודו של הספר, שיש בו התבוננות בתהליך ההזדקנות מנקודת מבטם של המטופלים.

הספר מיועד לקהל רחב, בכלל זה בני משפחה המטפלים בזקנים, לאנשי מקצוע, למטפלים, למורים ולסטודנטים לגרונטולוגיה ובעיקר – לגברים ולנשים במחצית השנייה של חייהם, המבקשים תשובות לשאלות המעסיקות אותם בחיי היום יום.