

אתגר התקשורת עם זקנים ובני משפחתם

מאת
פרופ' ארנולד רוזין

ג'וינט ישראל | אשל
יחד בעשייה חברתית למען הזקנים



www.eshelnet.org.il

The Challenge of Communicating with the Elderly and their Families

Prof Arnold Rosin

הוועדה להוצאה לאור, ג'וינט ישראל-אשל:

פאני יוז, מ"מ יו"ר הוועדה

שמואל באר

ד"ר טובה בנד וינטרשטיין

חיה דימנט

בן ציון כרם

שרית רבינוביץ

פרופ' ארנולד רוזין

ורה שלום

מרים שמלצר

טוביה מנדלסון, מרכז הוועדה

הוצאה לאור: מרכז ידע אשל

עריכת לשון: גילת עירון בהר

עצוב והפקה: דפוס פרינטיב

מזכירות ותיאום הפקה: סימונה דוד, ג'וינט ישראל-אשל

ISBN 978-965-7073-71-1

מספר קטלוגי 212851

ספר זה נכתב בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד והוא מיועד לגברים ולנשים במידה שווה

© כל הזכויות שמורות לג'וינט ישראל - אשל

הודפס בירושלים, תשע"ח - 2017

תוכן העניינים

5 פתח דבר

7 הקדמה

שער ראשון:

עקרונות התקשורת וסוגיה

11 פרק 1: אופי התקשורת עם הזקן בישראל

17 פרק 2: יתרונות השיחה החברתית בעבור הזקן

23 פרק 3: שימוש בלשון ככלי תקשורת ובעיות אפזיה

29 פרק 4: איך לדבר עם זקנים כבדי שמיעה

31 פרק 5: כתיבה וקריאה כאמצעי תקשורת

35 פרק 6: תקשורת דתית - רוחנית

שער שני: תקשורת עם זקנים במצבי חולי

41 פרק 7: תקשורת עם חולה במחלת ריאות כרונית מתקדמת

דיווח על ידי הצוות הטיפולי: רופא, אחות, עובדת סוציאלית,
מרפאה בעסוק

53 פרק 8: מפגש עם זקנים הסובלים מדיכאון ושיחה עם בני משפחותיהם

דבי שפירא וארנולד רוזין

61 פרק 9: האם לספר לחולה את האמת על מחלתו?

65 פרק 10: מפגש עם האדם החולה בדמנציה, עם משפחתו ועם מטפלו

- 75 פרק 11: שינויי התנהגות אצל חולים בדמנציה
- 81 פרק 12: חבלות ומגבלות: הטיפול בשיקום
- 89 פרק 13: מעקב תקשורתי עם משפחת הזקן ובמחלקות להמשך טיפול
אפרים יאול
- 99 פרק 14: חשיבות התקשורת עם אדם המתקרב לסוף ימיו

שער שלישי: היבטים נוספים בתקשורת עם זקנים

- 111 פרק 15: תקשורת עם חולי אלצהיימר - מקרה מלב"ב
מרשה דונשיק וחיה בן יעקב
- 119 פרק 16: תעסוקה לזקנים ככלי תקשורת
אילת ובר
- 129 פרק 17: מוזיקה ככלי תקשורת עם חולי אלצהיימר
איילת דסה
- 141 פרק 18: תקשורת עם זקנים באמצעות תנועה וריקוד
שושנה הירש

פתח דבר

התקשורת בין אנשים - גברים ונשים, צעירים וזקנים - נתפסת כמשהו מובן מאליו וטבעי כל כך עד שכמעט ואין צורך להתעכב על הנושא ולהסביר אותו. ספרו החדש של פרופ' ארנולד רוזין: "אתגר התקשורת עם זקנים" מעיד כי אין שום דבר מובן מאליו בתקשורת בין אנשים ועל אחת כמה וכמה כשמדובר בזקנים שהתקשורת אתם ובינם לבין עצמם היא לא פחות מ"אתגר אבחוני וטיפולי" שחשוב להבין אותו ולדעת כיצד להתמודד אתו. תקשורת נבונה ונכונה עם זקנים היא בעלת חשיבות עצומה ויש לה השלכות מיידיות ורבות עצמה על איכות החיים של זקנים רבים. אין ספק כי מרכיב גדול בתחושת הנתק מהסביבה של זקנים רבים וההרגשה שאיש אינו מתעניין בהם, עד שאפילו הקרובים אליהם חדלו במקרים לא מעטים לייחס להם חשיבות, נובעת מהיעדר תקשורת תקינה בינם לבין סביבתם. היעדר התקשורת הזאת מגביר גם את הרגשת הבדידות שכל כך הרבה זקנים חווים אותה ומעידים עליה והיא גורמת להסתגרותם של זקנים רבים בתוך עולמם הפנימי. פרופ' ארנולד רוזין, מגדולי המומחים בתחום הגריאטריה ותהליכי ההזדקנות, שהיה עורכו הראשי של הספר "זקנה והזדקנות בישראל" אשר ראה אור על ידי אשל ונחשב עד היום לאחד הספרים החשובים ביותר על זקנה וגרונטולוגיה שנכתבו בעברית, משכיל לנתח את ההיבטים השונים ואת החשיבות של התקשורת עם זקנים ברמות שונות. המחבר, שנעזר בכמה פרקים במומחים נוספים בתחום, מעניק ממד חשוב לנושאים הנראים פשוטים, ברורים וכאלה שאינם מצריכים ביאור נוסף. כך לדוגמה אנו למדים מדוע כל כך חשוב לדבר עם זקנים, להקשיב למה שהם אומרים ולהבטיח שהם שומעים את מה שנאמר להם. גם נושאים כקריאה וכתיבה חשובים בקיום התקשורת עם זקנים ובוודאי שיש חשיבות עצומה להבין איך ליצור תקשורת עם זקנים במצבי חולי, עם זקנים הסובלים מדמנציה וכמובן איך לקיים תקשורת עם בני משפחותיהם. "אתגר התקשורת עם זקנים ובני משפחתם" מצטרף למדף ספרים עשיר ומקצועי שפותח על ידי ג'וינט ישראל - אשל ומהווה נדבך משמעותי בפיתוח ידע חדש לאנשי המקצוע, לתלמידים, לבני משפחה ולזקנים עצמם. ומעבר לכך זהו הישג מקצועי אישי נוסף של פרופ' רוזין ואנו מברכים אותו על כך.

יוסי היימן

מנכ"ל אשל-ג'וינט ישראל



הקדמה

המניע שדחף אותי לכתוב ספר על תקשורת עם זקנים היה ראיית השגיאות והטעויות שנעשות בתקשורת בחיי היומיום במגע בין אנשים, הן בדו-שיח והן ברב-שיח. תקשורת היא אחד היסודות העיקריים של פעילות האדם בחברה. בעידן שבו רבים כל כך אמצעי התקשורת העומדים לרשותנו ואמורים לשרת אותנו, הולכים וגדלים הליקויים ועולה מספרם של הביטויים שאינם הולמים במסגרות חברתיות מתוקנות.

תקשורת טובה נובעת מתכונות אישיות ומגישות המאפשרות לאדם לחשוב מעבר ל"אגו" שלו ולהתחשב בצורכי הזולת. תהליכי התקשורת בעולם מורכבים ודורשים מאמץ שכלי ונפשי הן מצד יוזם המסר והן מצד מקבלו. עם זאת, מתעורר קושי מיוחד בתקשורת עם אוכלוסיות מסוימות, כגון בין אנשים בריאים לבין בעלי מוגבלות או חולים המשפיעות על יכולת התקשורתית בין היוזם לבין שותפו, או קשיים בשפה המדוברת בין המתקשרים, או בעיות טכניות במנגנון התקשורת כגון חרשות של הנמען, או אפזיה.

תקשורת עם זקנים היא אתגר אבחוני וטיפולי. בחלקים נרחבים בציבור רווחת גישה שלילית כלפי זקנים וזלזול בכבודם עקב הירידה בפעילותם החברתית, למרות העשייה וההישגים שאפיינו אותם במשך החיים ולעתים גם בזקנתם. גישה גילנית זו (Ageism) נובעת לעיתים מהערכה לקויה ושטחית של הציבור על המצב הקוגניטיבי של זקנים. הירידה באיכות החיים של הזקן נובעת במקרים רבים מניתוקו מהחברה עקב חוסר התעניינות בו וחוסר תקשורת עמו הפוגעים בביטחון העצמי ובמצב הרוח. תקשורת מוצלחת עם זקנים עשויה להעניק להם תחושת סיפוק בשנים האחרונות של חייהם.

יצירת תקשורת עם זקנים מוגבלים או חולים דורשת מיומנות מיוחדת במינה. בספר נבחנים יסודות התקשורת הרגילה היומית עם אוכלוסייה זו ומתוארת חשיבות התקשורת והקשר איתה. בספר מוצעים מגוון דרכים ליצירת קשר אמין, משמעותי ומוצלח עם זקנים ומובאים דרכים המהוות בסיס להתמודדות גם עם בעיות תקשורת בקרב אוכלוסיות יותר צעירות.

כל פרק בספר הוא מאמר העומד בפני עצמו אך הוא גם חלק מרצף תכנים המדגימים ניהול תקשורת נכונה, בדגש על תקשורת עם זקנים. את רוב הפרקים כתבתי אני, והם עברו תחת עינה הביקורתית של אילת ובר, שתיקנה את הניסוחים והעירה הערות מועילות על התכנים ועל מבנה המאמרים. כמה מפרקי הספר נכתבו על ידי מומחים בנושאים שונים,

שכל אחד מהם האיר את תחומו על בסיס הידע הרב והניסיון העשיר שצבר בהם. אני מודה לחיה בן יעקב, למרשה דונשיק, לאיילת דסה, לשושנה הירש, לאפרים יאול ולדבי שפירא על שיתוף הפעולה והסיוע שלהם.

מטרת הספר היא לשפר את איכות החיים של הזקנים דרך מעורבותם בחברה והשתתפות בפעילות המתאימה להם. ניהול תקשורת תקינה עם זקנים נועד לבסס ולחזק את הגישה שלפיה לזקנים יש זהות משל עצמם, שהם אנשים מכובדים שיש להם זכות לחיות ולתרום לסובבים אותם. הספר מיועד לא רק לזקנים, לבני משפחותיהם ולמטפלים בהם, אלא גם לציבור הרחב המתעניין בנושאי זקנה ותקשורת.

תודה לכל השותפים שאפשרו הוצאת ספר זה לאור: לחברי הוועדה של אשל, שאישרו לי לכתוב את הספר, ולמזכירת הוועדה, סימונה דוד; לאילת ובר, מרפאה בעיסוק במרפאת הזיכרון במרכז הרפואי שערי צדק, שסייעה לי באמצעות ביקורת על ניסוחים ועל תכנים והצעות קונסטרוקטיביות לגבי הגרסאות השונות. תודתי לגילת עירון- בהר על העריכה הלשונית, ותודה לאשתי, שעמלה על סידור רשימת הקריאה המומלצת המיועדת להרחבה על נושאים חשובים במספר פרקים.

ארנולד רוזין

שער ראשון:

עקרונות התקשורת וסוגיה

"וּשְׁנַנְתֶּם לְבַנְיָהּ וּדְבַרְתֶּם בָּם בַּשְּׁבִיטָה בְּבֵיתְךָ" (דברים ו, 7)



פרק 1:

אופי התקשורת עם הזקן בישראל

השיחה היא דרך התקשורת העיקרית עם אנשים או עם חברה בשפה המובנת לכל בני השית. רצוי ששיחה מתוכננת ומושכלת תתבסס על כמה היבטים: רצון והחלטה של יוזם השיחה להעביר לבן השיח מסר המבוסס על כוונתו ועל מחשבתו; ניסוח המחשבה בצורה מסודרת המאפשר הבעה ברורה; הערכת התגובה הצפויה בעקבות הנאמר והקשבה לדבריו של בן השיח.

בשיחה כזאת הדובר נדרש לא רק להבהיר לעצמו מראש את מה שבכוונתו להגיד אלא גם לנסות לחזות את השפעת דבריו על השומע ולתכנן את תשובתו בהתאם. יש לראות כל שיחה, אפילו הקלה ביותר, כפעילות קוגניטיבית מורכבת המצריכה חשיבה והבנה מצד כל משתתפיה.

חשיבה המובילה לדיבור נראית דבר מובן מאליו אך הניסיון בחיי היומיום מלמד ששיחות רבות נעשות ללא מחשבה ברורה ובלי שיוזם השיחה צופה ומעריך את השפעת דבריו על בן שיחו, דבר שעלול לגרום אי-הבנה ואף תגובות עוינות. שיחה יכולה להיות אפוא חוויה מעוררת, מחדשת ומוסיפה ידע, סיפוק ואף שמחה, או להיפך - אירוע כושל המעורר בושה, כעס או עוינות.

בעמודים הבאים נדון באבני היסוד של שיחה המשדרת את כוונת הדובר כלפי בן שיחו או בני שיחו ואמורה לתת להם מענה רלוונטי.

שפת הדיבור

בשיחה רגילה שפת הדובר ושפת השומע צריכות להיות ברורות ומובנות לשניהם. ליקויים בידעת השפה עלולים ליצור אי-הבנות ופרשנות שגויה של כוונת הדוברים. גם שימוש במילה בעלת מובנים או פירושים שונים עלול לשבש את הבנת הדברים. המטרה העיקרית של ניסוח משפט היא להבטיח בהירות וחד-משמעיות ברצף המילים הנאמרות. עם זאת, לעתים קרובות אנו עדים לחוסר בהירות ואי הבנות באשר לכוונת השיחה. נראה שחוסר סבלנות והדחף לדבר מונעים מאנשים רבים להקדיש זמן

להבהיר לעצמם את המסר שהם מבקשים להעביר ואי הבהירות הזאת עלולה לפגוע בבן השיח.

טון הדיבור

הבעת הפנים של הדובר ותנועות ידיו מבטאות את החלק הרגשי של השיחה ומדגישות את הנאמר. השפעת השיחה אינה תלויה רק בתוכן המילים הנאמרות ובפירושן, אלא גם ברגש שהדובר מקרין לבן שיחו: רגש חיובי המתבטא בנימה רגועה ומכילה, או רגש שלילי המתבטא בטון רגזני או עוקצני שעלול להוביל להתנגשות מילולית. רגשות הדובר משתקפים בטון הדיבור, בתנודות בעוצמת הדיבור (צעקה, מלמול, קול רם, קול נמוך), במהירות ובקצב הדיבור. כל אלה יכולים לקבוע מה תהיה תגובת השומע ולעתים קרובות ההצלחה בהעברת המסר תלויה בהם.

בהרצאה בפני קהל מאזינים לדוגמה אופי הדיבור שונה מזה שבשיחה חברתית. כדי להעביר מסר ספציפי ולשכנע את המאזינים בצדקת טיעוניו הנואם משתמש בטון דיבור מגוון ומשתנה כמו האטה בקצב הדיבור או הגברת עוצמת הקול כדי להדגיש נקודות מסוימות.

תנועות גוף ומחוות פנים

תנועות הגפיים ושרירי הפנים הן חלק אינטגרלי מתהליך העברת המסרים בין בני השיח. ניתן לראות זאת כשצופים בטלוויזיה בלי קול בשיחות בין דוברים, כמו בנאומו ויכוח בין מועמדים לקראת בחירות או בתמונות המתעדות שיחה בין אנשים. התוכן הרגשי בשיחה מתבטא גם בהבעות הפנים המלוות את הדיבור ומשקפות הפתעה, שמחה דאגה או מצוקה. לעתים מתלווה לדיבור חיוך, המעיד על תחושות חיוביות של הדובר כמו שמחה, הפתעה או הומור. בגישה השיקומית מתבוננים במטופל בתצפית הוליסטית כפרסונה, ובודקים את האינטגרציה בין כל מרכיבי הגוף. אחד הנושאים המרכזיים הוא התאמה בין ההיבט האנטומי ובין הפעילות הפיזיולוגית, הקוגניטיבית והפסיכולוגית כמו בתפקוד השגרתי של אדם בריא. בהמשך נביא תיאורי מקרה של זקנים שלאחר התאוששות מהשלב החריף במחלתם נוצר צורך להחזיר תפקודים שניזוקו או אבדו ולחזק מערכות שנחלשו מחוסר שימוש.

בעיית התקשורת צצה לעתים קרובות בישיבה פורמלית של ועדה רבת משתתפים שבה יש נקודות מבט שונות. הן בדו-שיח והן בשיחות רבות משתתפים נדרשים השומעים

להקשיב לדובר עד שיסיים את דבריו. לרבים אין יכולת או סבלנות להקשיב לזולתם בלי להגיב מיד. בדו-שיח אדם אחד מעלה נושא לשיחה ובן שיחו מגיב, אך אם לא מתאפשר לו לסיים את דבריו או שבן שיחו לא קלט את משמעותם במלואה, ההדדיות עלולה להיפגע. לא כל שכן במהלך שיח רב משתתפים. מי שמתפרץ לדברי הזולת עלול לגרום לסטייה מהעניין ולבזבז זמן מיותר, ואכן הניסיון מלמד על קושי באיפוק בנסיבות של חוסר הסכמה של צד אחד עם צד אחר. נוסף על כך, כמו בכל שיחה, חלק מהתקשורת מלווה בתנועות הידיים ובטון דיבור גבוה כדי להדגיש את טענות הדובר, וגם תגובות כאלו עלולות להסיט מן הכוונות המקוריות של השיחה.

כדי למנוע או לתקן פגמים אלה בתקשורת הדיבור יש לציית לכלל הבסיסי: שואל לעניין ומשיב כהלכה, ללא מילים מיותרות. אם המשווחים מעוניינים לשפר את התקשורת המילולית שלהם עליהם להיות מודעים לגורמים המשפיעים על שיחתם. נדרש מאמץ מתמיד להקשיב למי שמדבר ולא להתפרץ לדבריו לפני שהוא מסיים את חלקו בשיחה.

הרכב השיחה

שיחה רגילה מורכבת מאוסף מילים האמורות למסור את תוכן המחשבות ואת פירושן מאדם לרעהו. לעתים כדאי להשתמש במשמעות נלווית למילה כדי למנוע רושם מוטעה אצל השומע. אפשר שגם במצבים קשים השימוש בביטויים מרוככים המבטאים גישה אופטימית יקלו על החולה וישאירו את השיחה רצינית ועניינית.

שיחה עם זקן חולה ועם בני משפחתו

הרופא המדבר עם החולה ומשפחתו נדרש לתכנן את השיחה בהתאם למטרת המפגש: תיאור המחלה וגורמיה, מניעת סיבוכים, תחזית להתפתחותה והנחיות כיצד לנהוג בעתיד, כמו דיאטה ושתיה מספקת, פעילות גופנית, הפסקת עישון או הפחתה בצריכת אלכוהול. כמו כן הרופא עשוי להציע דרכי התמודדות מותאמות למחלה ולאופיים של החולה ובני המשפחה. חשוב שהרופא יתרכז בעובדות אך מומלץ שהוא יביע אופטימיות ויקפיד על טון דיבור מעודד.

שיחות יכולות להתקיים גם בין החולה ובני משפחתו לבין צוות המטפלים באשפוז בבית חולים, הצוות הטיפולי בבית, הצוות במרפאה שבה החולה מטופל, רופא המשפחה

ואנשי מקצוע פרא-רפואיים. שיחה עם האחות למשל תעסוק בהיבט הסייעודי, כגון דרכים למניעת פצעי לחץ, פרטים על המצב התזונתי של החולה והצעה לתפריט מאוזן ולהימנעות מעישון. המרפאה בעיסוק תציע לחולה ולמשפחתו תכניות בתפקוד ובתעסוקה בהתאם למצב המחלה ולתנאי הסביבה. לעובדת הסוציאלית יש תפקיד חשוב - להכיר את המשפחה ולבחון איתם את הצרכים היומיומיים העתידיים של החולה והשתלבותם במערכת המשפחתית ואת המשאבים הקהילתיים הנחוצים להם.

שתיקה

שתיקה היא מרכיב חשוב בכל שיחה, שכן היא מאפשרת לבני השיח לשקול את המשך דבריהם. ההחלטה לשתוק דורשת מהדוברים מידה רבה של איפוק. השתיקה נועדה גם למנוע אמירת דברים מיותרים, מקניטים או בלתי רלוונטיים. בשיחה רבת משתתפים כמו בוועדה שלחבריה דעות שונות ומנוגדות כדאי לאפשר לכל משתתפי הדיון להציג את עמדתם. יושב ראש הוועדה מתבקש לקבוע את סדר הדוברים, להקצות לכל אחד מהם זמן מוגבל להשמעת דעה או להבעת תגובה, להטיל משמעת ולמנוע התפרצויות. שתיקה במהלך דיון כזה יכולה לסייע למשתתפיו למקד את החשיבה ולדייק בהעברת מסר מדויק וברור בדבריהם. שתיקה מסייעת גם במניעת תגובות תוקפניות וחרירות.

שתיקה אינה ביטוי של הסכמה בכל מקרה. לעתים היא מסתירה מבן השיח את הידיעה אם אמירת הדובר מקובלת עליו או מנוגדת להשקפתו. סוגי תקשורת אחרים, כגון בכי או הבעות הפנים במקרים של אובדן או אסון יכולים להעביר לעתים מסר אפקטיבי יותר מדיבור מילולי. הדוגמה הקלסית לשתיקה בסיטואציה רגישה ביותר מופיעה בספר ויקרא, כשלאחר מותם הפתאומי של שני בני הכוהן הגדול אהרון בעקבות הבערת "אֵש זָרָה" בעת הקמת המשכן, נכתב: "וַיִּלֶּם אֱהָרֹן" (י, 1-3). ניתן לפרשנים ולקוראים לנסות להבין את כיוון מחשבותיו של אהרון, אך ברור ששתיקתו שיקפה אמונה באל וקבלה נפשית של הטרגדיה.

השתיקה יכולה להשפיע על השיחה בכיוון חיובי או שלילי. בהיבט החיובי הפסקת הדיבור יכולה לאפשר לאדם לדייק יותר בחשיבתו לפני שהוא ממשיך בהבעת דבריו. כמו כן, האיפוק והשתיקה עשויים למנוע התפרצויות או ביטויים בלתי נאותים הנובעים מדחף נפשי או מהיעדר הסכמה. השתיקה חוסכת מבן השיח את החובה להגיב ועשויה להדגיש את מסר הדובר. בהיבט השלילי שתיקה יכולה להתפרש כחוסר עניין או אדישות ועלולה להוציא את האדם משותפות פעילה בנושא הנידון. לפיכך, כפי שאדם מחליט לפתוח בדיבור, כך גם עליו לשקול את היתרונות ואת החסרונות שבהפסקתו.

סיכום

היכולת שניתנה לאדם לדבר ולחשוב כיצד לבטא את דבריו ולהתאימם לשותפים בשיחה מאפשרת תקשורת מבוססת על חשיבה. עם זאת לעתים קרובות חסרה חשיבה מאורגנת על בהירות המסר המשפיעה על התגובות לדברים. ההצעות שהועלו בפרק זה עשויות לשפר את התקשורת בין בני אדם ולהיטיב את איכות חיי החברה. הדיבור משמש בעבורנו כלי תקשורת להעברת ידע וכן גורם ליצירת ידידות בקרב החברה, ולעתים מנוצל לרעה כשהדיבור בפה אינו תואם את כוונת הלב ואינו מועיל לחברה. התקשורת צריכה להיות מיועדת לקידום מטרות חיוביות של האדם ושל החברה.



פרק 2:

יתרונות השיחה החברתית בעבור הזקן

שיחה חברתית כדרך לתקשורת מילולית

את התקשורת המילולית אפשר למיין לשני סוגים: תקשורת מובנית בעלת מטרה מגובשת להעברת מסר לאדם או לקבוצה, שיש בה מידה מסוימת של שליטה ופיקוח על הדברים הנאמרים, ותקשורת לא מתוכננת, כמו במפגש נימוסין או בפגישה אקראית, שבדרך כלל מתרחשים ליד שולחן האוכל ובאירועים שונים שבהם מתפתחת שיחה. בתקשורת מסוג זה אין מישהו אחד ששולט על מהלך השיחה או על התנהגותם של בני השיח.

אחד הנושאים השכיחים והפופולאריים בשיחה חברתית הוא... לדבר על אנשים אחרים. בשיחה כזאת לכל אדם יש מה לומר על התכונות של אנשים אחרים ועל הישגיהם בחיים. מצד אחד שיחה כזאת יכולה להעמיק את הלמידה והניסיון ולהגדיל את שביעות הרצון מהחיים אך מצד אחר השיחה עלולה לגלוש להוצאת לשון הרע ולמתיחת ביקורת על אחרים, בין שהם מכירים אותם ובין שלא.

במצבים חברתיים רבים התקשורת אינה מצליחה להגביר את תחושת האושר או הסיפוק בחיים. לעתים קרובות פורצות מריבות באירועים שמחים כמו חתונה, בגלל שנאה סמויה הקיימת במשך זמן רב או בעקבות הערה סתמית שהשומע רואה בה עלבון אישי. חוסר רגישות כלפי אחרים, חשיבה מועטה לפני דיבור ותגובות פזיזות הם מרשם לתקשורת מעוותת מתמשכת. הפתרון: "נִצֵר לְשׁוֹנֵה מִרְעַע וּשְׁפָתַיִךְ מִדַּבֵּר מִרְמָה" (תהילים לד, 14), כלומר דיבור שנובע מחשיבה מאוזנת.

יש שלושה סוגי מידע עיקריים - מידע אמיתי (Information), מידע מעוות (Misinformation) ומידע מטעה (Disinformation). קיימות טכניקות לא-מילוליות להעברת מידע, כגון שפת החירשים, מורס (Morse code), עפעוף וכן נגיעה בסמלים בולטים על גבי לוח המייצגים את אותיות האלפבית (Brail). רצוי לבחור את הטכניקה להעברת מידע לפי נסיבות השיח.

אחת הדרכים הטובות ללמוד על הזקנה היא לשוחח עם זקנים ולהקשיב לדבריהם, כל אחד עם הרקע האישי שלו. שיחה עם זקנים היא חוויה שונה לגמרי משיחה עם צעירים ואף

עם אנשים בגיל העמידה. תוכני השיחה עם אדם זקן והתקשורת עמו מושפעים מתקופות שונות בחייו מהילדות, ההתבגרות, חיי הנישואין וחיי המשפחה ועד לגיל העמידה והזקנה עצמה. כל תקופה מביאה יחסי גומלין אחרים עם הסביבה.

מרכיבי השיח

לקראת ניהול שיחה, במיוחד עם אדם זקן, צריך לברר מהן ארץ מוצאו ושפתה. הזקנים בישראל מקורם במגוון ארצות, ויש להם הרגלי שיח שונים ותרבויות שונות. יש לברר או לשים לב במהלך השיחה אם הזקן מתקשה בשמיעת מילים, ולבדוק אם הוא מדבר לעניין או אם יש לו שיבושים בהגייה, בהרכב השיחה וברצף הדיבור, או אם הוא מחפש מילים - סימן לאפזיה. תוכן השיחה אמור להיות יותר מגוון ויותר מעניין כשהוא מספר על ההרגלים המאפיינים את ארץ מוצאו.

השיחה כגורם חינוכי

לפני כמה שנים הוסדרו בישראל מפגשים מתוכננים עם זקנים במסגרת לימודים בבתי ספר תיכוניים, באוניברסיטאות או במכללות בתחומים כגון רפואה, עבודה סוציאלית או מקצועות שבהם יש מגע עם זקנים. מפגשים כאלה נותנים הזדמנות לתלמידים להתמודד עם קבוצות שונות באוכלוסייה שהתאזרחו במדינת ישראל אחרי עלייתן ארצה, לעיתים לאחר שגורשו ממולדתם. הסטודנטים התבקשו לערוך ביקורים בביתם של הזקנים במטרה להכירם אישית, לעקוב אחריהם ולערוך איתם שיחות כדי להבין חלק מחיי היומיום שלהם. בעקבות מפגשים מסוג זה נוצר קשר, לפעמים ידידותי, בין המתלמידים לבין הזקן, המוכן בדרך כלל לספר על תולדות חייו, על יחסיו עם סביבתו, ועל אופן התמודדותו עם הבעיות השגרתיות המצויות בכל משפחה. ביקורים חוזרים כאלה, עם דיווח ותיעוד למורה או למדריך, הם תרגיל מתמשך ופורה שנותן תמונה על חייו של הזקן. לעתים קרובות הסטודנט לומד על אירועים שקרו בהיסטוריה בישראל או בארץ המוצא של הזקן. בין היתר הזקן אמור לספר על חייו בעבר וכיצד הוא רואה את העולם המודרני. ביצוע תרגילים אלה עשוי להסב תועלת והנאה לזקן ולתלמיד גם יחד. ניסיון כזה גם מתרחש בתכניות בשירות לאומי לבנות מגיל 18, והחוויות שהן צוברות במפגשים מקדמות את בשלותן הרגשית. בשיחות בלתי פורמליות ניתן ללמוד מן הזקן על סוגי הסביבה ועל מרכיבי איכות החיים שבהם התנסה, הן באופן חיובי והן באופן שלילי, כגון קשיים כלכליים, קיפוח חברתי, או

חוסר שיתוף פעולה עם בני משפחה או עם עמיתים. במפגשים אלה התלמיד עשוי לתכנן שיטות מעשיות ליצירת תקשורת עם זקנים בלי המבוכה והבושה העלולות ללוות ניסיונות כאלה. תקשורת מוצלחת מבוססת על מידת אמפתיה וגם על ההבנה מראש אם יש לזקן מגבלות או מחלות הפוגעות במצב בריאותו.

השיחה כגורם תרפויטי

סטודנטים ואנשי ציבור שואלים מדי פעם מדוע יש צורך ליצור קשר עם זקנים ומה המטרה בשיחה עמם. התשובה היא שתקשורת ידידותית עם זקנים יכולה להשפיע עליהם לטובה מעצם היותם בני שיח בניגוד לדמוי הרואה בהם מי שעבר זמנם ומי שאין לחברה עניין בהם. יצירת הקשר עם זקנים היא בבחינת תרפיה חברתית בפני עצמה. ידוע לנו שבמהלך שנות הזקנה האדם עלול להיחשף למצבים בלתי רצויים, כמו ירידה במעמדו החברתי, שכול ואלמנות, וכתוצאה מכך הוא בסיכון לסבול מבדידות, בין שהוא גר לבדו ובין שהוא חש הזנחה וחוסר אכפתיות מצד סביבתו. עם מחשבות כאלו הזקן עלול להיכנס למעגל סגור המתחיל בתחושת הבדידות ומוביל לדיכאון, הגורם לעוד אומללות והתבודדות במיוחד אחרי מותם של קרובי משפחה, חברים ועמיתים שאיתם היה תמיד בקשר. אחת המטרות של השיחה עם זקן הטוען שאין לו עם מי לדבר או אין מי שיקשיב לו, היא להקשיב לתלונותיו. תקשורת עם הזולת, בעיקר פנים אל פנים עשויה להיות את של ידידות המאפשרת לזקן לצאת מעצמו ולהיות שותף לעניינים ציבוריים, להביע דעות ודאגות, או לצטט מחשבות של מישהו אחר בזירה החברתית. עיקרון זה בא לידי ביטוי לדוגמא כשהזקן עורך ביקור תנחומים אצל חברים בני דורו. הקושי הסובייקטיבי של הזקן במפגש כזה במחיצת אבלים נובע ממחשבותיו ופחדיו ממה שצופן לו עתידו והדבר עלול לפגוע במצב רוחו. בשיחה עם האבלים מקובל להתייחס למנוח ולומר מילים טובות על מעשיו. כן ניתן למבקר להצטרף לצער של האבלים, לעודד אותם לכבד את קרובם בשמירת זכרו כחלק אינטגרלי מהמשך חייהם. דברי הזקן העורך ביקור תנחומים לאבלים יכולים להיחשב כמעשה חיובי של מעורבות חברתית בקהילה.

נוסף על הפעילויות שתוארו בהקשר של דו-שיח, יש להתחשב בתועלת לזקן באמצעות שיחות רבות משתתפים, כמו במועדון לזקנים או ברשת של מרכזי יום. זקן שהצטרף למסגרות שבהן יש מדריכים ומדיניות קליטה יעילה, יכול ליהנות מהשתייכותו אליהן. נושא זה נידון בפרקים על טיפול קבוצתי ועל מרכזי היום.

בשיחה עם זקן אין לצאת מנקודת הנחה שהוא כבד שמיעה רק בגלל גילו. זקנים רבים מסוגלים לנהל שיחה רגילה ולכן אין לפתוח את השיחה בטונים חזקים אלא אם יש

חשש למידה מסוימת של חירשות. ראוי לשאול את בן השיח אם יש לו קושי בשמיעה או אם הוא רוצה שנדבר בקול רם. בשיחה רגילה שואלים את הזקן על מצב בריאותו והוא שמח על ההזדמנות לספר על מגבלותיו, מחלותיו וקשייו היומיומיים. על הדובר להיות מוכן להקשיב לו בסבלנות כדי לא לאכזב אותו כשהוא מחפש תשומת לב ואמפתיה. רבים הזקנים האוהבים לספר על ההיסטוריה העשירה שלהם. העבר משמעותי בשבילם יותר מפעילותם הדלה בהווה.

שיחות עם זקנים

"אין לי עם מי לדבר או מי שידבר איתי או יקשיב לי או למחשבותיי..." נאמר למתנדבת שקיבלה על עצמה משימה לבקר זקנים הגרים לבדם ומרותקים למיטה או שאינם יכולים לצאת מהבית. היא דיווחה על אומללות זקנים שאין להם מגע ותקשורת עם חבריהם ועמיתיהם. הזקנים הרגישו כאילו הם חיים מחוץ לחברה ושחסר להם המפגש החברתי פנים אל פנים. הם היו צמאים לתקשר עם מישהי הנמצאת לידם כדי לחוש שהם מבוקשים ומעורבים בחברה.

דוגמה לתקשורת כזו היא פרויקט "מוקד 109" בחסות עמותת מלב"ב בירושלים, המשמש קו פתוח לזקנים בודדים בקהילה. תכנית דומות קיימים ביישובים רבים בישראל, כמו "אוזן קשבת" לזקן. המתנדבים במוקד עורכים שיחה טלפונית דרך קבע לדרוש בשלומם של זקנים ולשאול אם הם זקוקים לעזרה כלשהי במשק הבית או בטיפול רפואי. קשרים טלפוניים אלה נובעים מהפניות של לשכת העבודה והרווחה לגבי זקנים שאינם חולים אך לעתים קרובות מבקשים ביקור בית מאנשי המוקד כדי להקל על בדידותם ולדבר עם מישהו. אלה המרותקים לבית ומתקשים בניידות, אך אינם זכאים לסיוע מטעם חוק סיעוד, אומרים שהם משתוקקים שיהיה איתם מישהו אפילו למשך כמה דקות ביום. חוסר תקשורת אינו מחלה אך הוא גורם רב משמעות הפוגע באיכות החיים. מפגש חברתי מסייע לזקן לשמור על רמה סבירה של חיי היומיום. שיחה פשוטה עם זקן והתעניינות ידידותית בו יכולות לעודדו ולחזק את דימויו העצמי.

אחד הקשיים בקיום שיחה עם זקן הוא בחירת הנושאים. העיקרון הוא לבחור נושאים הקרובים לאופיו של הזקן ולאורח חייו. להלן דוגמאות לתכנים ולנושאים שאמורים לפתוח דו-שיח שיתגלגל הלאה מתוך עניין משותף.

אפשר לשאול על ארץ מוצאו ועל הסביבה שבה היה חי, ולהמשיך בפרטים על העיר שבה נולד ועל אורח החיים של היהודים שם. בהמשך ניתן לשאול פרטים על החינוך, בית הספר, ה"חדר", בית הספר התיכון, ישיבה, נושאים שעניינו אותו בצעירותו,

על סוגי העבודות שבהן עסק ועל התפתחות חיי המשפחה שלו. בעידן הנוכחי בן השיח יכול לקבל את תמונת החיים במזרח אירופה ב"שטעטל", או לשמוע על השפעת ה"השכלה" שכבשה את ארצות אירופה מהמאה השמונה עשרה ואילך. הזקן יכול לספר על אופי החיים כמי שהיה שם וניסה לשרוד בארצות הגולה בעיסוקים שונים. בשיחה אפשר לפתח את השאלה אם העובדות דאז מסבירות את שורשי השינויים החברתיים שהתפתחו בתפוצות. בדרך כלל נרטיב המרתק את הקוראים עוסק גם בדור השני של מהגרים מארצות אירופה, מה עלה בגורלם, סיפור הסתגלותם בארצות הברית וקשיי ההתמודדות של מהגרים עם עבודה ופרנסה. אפשר לשוחח עם זקנים גם על תחושותיהם לגבי ההזדקנות, אלו יתרונות הם מוצאים בתהליך ההזדקנות ומה הן הבעיות שהם נתקלים בהם. וכמובן שאפשר לדבר על נושאי עניין אחרים, כמו לימוד, תחביב, המשפחה מצב בריאות ומצבי רוחם. יש נושאים רבים אחרים לשיחה עם זקנים, כמו תכניות רדיו וטלוויזיה, פעילות חברתית ויחס הזקנים לפני החברה. אלו הן דוגמאות בלבד שנועדו להקל על מי שמתקשים בייזום וניהול שיחה עם זקנים. עקרונות ומעשית ברור שניתן לשוחח עם זקנים על כל נושא שבעולם, בלי לתכנן מראש את "מהלך השיחה" אלא לקיימה באווירה חופשית ומשוחררת על פי בחירתם של משתתפיה.

שיחה אישית עם זקן חולה

הרגשת החולי בגיל זקנה וריתוק למיטה, אפילו באופן זמני ובשל מחלה קלה יכולה לשמוט מהזקן את הבסיס לחיי השגרה ולגרום לו לאבד מוטיבציה להיאבק על עצמאותו התפקודית. הרופא הוא המספק לו מידע על מצב החולי הפיזיולוגי, אך שיחה עם חברים עשויה לחזק את תקוותו להתאושש, והקרבה החברתית תוכל לעודדו לחזור לפעילות הקודמת אחרי שתחלוף הבעיה הבריאותית. קשר זה מתייחס למעשה לתהליך השיקום האישי שהזקן צריך לקבל על עצמו בעידוד חבריו כדי לצאת מהמגבלות שהמחלה כפתה עליו. תוכן השיחה צריך להיות מעשי ומותאם למגבלות תפקודו, עם דגש על הכדאיות לשאוף למידה סבירה של פעילות באורח החיים בעקבות התאוששותו. מטרתה של שיחה כזאת לעזור לחולה להחזיר לעצמו את הדימוי העצמי החיובי, להתגבר על הבושה של נכות ולנסות להשיג תעסוקה מתאימה לו בעזרת המשאבים הרפואיים והפרה-רפואיים בקהילה. על הרופא המטפל לייעץ לו לנצל את המיומנות של המומחים בפיזיותרפיה, בריפוי בעיסוק, בעבודה סוציאלית, בשיקום ובטיפול פליאטיבי.

סיכום

גם אם שיחה חברתית עם הזקן עשויה להיות רלוונטית, יש להיזהר מלהפוך אותה לשאלון או לבדיקה רפואית או סוציאלית ולשמור על טון ותוכן ידידותי. כמו כן יש להגביל את משך השיחה בהתאם להתעניינותו ולכושר הריכוז של הזקן. אם נראה שהזקן נהנה מהשיחה ומגיב בהתאם לתוכנה אפשר לקבוע מפגשים נוספים מהם גם המתנדב יפיק תועלת.

פרק 3:

שימוש בלשון ככלי תקשורת ובעיות אפזיה

מנגנון הדיבור של האדם מופעל באמצעות שלוש מערכות: (א) מערכת הנשימה; (ב) מערכת התחושה, המקיפה את הגוף, והמרכזים וקשריהם נמצאת במרכזים (המוח), העיניים, האוזניים; (ג) המערכת המוטורית המעצבת את שרירי הפנים והגרונ. בהפקת הדיבור הקשר התחושתי עם המערכת המוטורית חשוב ביותר בהפעלת שרירי הפנים והשפתיים, הלשון, שרירי הפה והגרונ (הלרינקס) והשרירים מחוצה לו, אזורים בקליפת המוח ובאונה הטמפורלית האחראית לקבלת סמלי הקולות ולתרגומם למילים בדיבור. ההיבט הקוגניטיבי - חשיבה, זיכרון ותיאם החשיבה - גורמים ליצירת ביטויים מתאימים ותנועות גוף המלוות לדיבור, וכן פעולות עקיפות המתרחשות באזורים אנטומיים (Guyton, 2013).

יכולת השימוש בשפה היא תכונה ייחודית לבני אנוש המאפשרת העברת מידע ומחשבות בין איש לרעהו. הסמלים המיוצגים בהשמעת קולותיו של האדם המדבר מעובדים במוח ומתגבשים למילים בהתאם לאסוציאציות שחווה האדם מילדותו. המנגנון הלשוני, המצוי בעיקר באונה הטמפורלית של המוח, מגבש את הגירויים הבאים מאיברי התחושה, העיניים, האוזניים ושאר איברי המישוש לכלל סמלים המוכרים לו, שניתן לבטאם באופן מילולי. המילים שבאמצעותן הוא מביע את עצמו מאורגנות בקטגוריות שונות בהתאם למבנה החשיבה ולמבנה הלשון המסוימת שבה האדם רוצה להתבטא.

בתקשורת עם הזקן יש השפעה משמעותית להיגוי הלשון ולרקע התרבותי של הדובר ושל השומע. קשיים בתקשורת יכולים לנבוע משיבושים בתחביר ומחוסר התאמה בדקדוק, בפירוש המילים או בתגובה המצופה מן השומע למה שנאמר ובשונות שבערכים החברתיים של המתקשרים. בתקשורת עם זקנים אחד הקשיים הוא אפזיה, שסוגיה מתוארים להלן.

סוגי האפזיה

אפזיה היא שיבוש במנגנון הדיבור המתבטא במגוון הפרעות: מקשיים בהפקת הדיבור ובחשיבה הקובעת את כוונת המדבר ואת תוכן דבריו, ועד קשיים בקליטת הנאמר הן בהבנת המילים והן בהבנת התוכן. אפזיה כוללת גם קושי בהבנת הנקרא וקושי בכתיבה של רצף משפטים ואף של מילים יחידות. בפרק זה נסביר בקצרה את הצורות השונות של האפזיה. יש שלוש צורות של אפזיה:

1. **אפזיה בלתי רהוטה (Non-Fluent Aphasia):** קושי בשליפת מילים ועיוות מילים; נטייה לדלג על סופי מילים; הוספת 'ה' בתחילת מילים או 'ז' או 'כס' בסיום מילים (Agrammatism); קושי בקליטת רצף הדיבור, המקשה לחזור על מילים בודדות שנאמרו גם אם מבינים אותן. הקשיים בכתיבה של אדם הסובל מאפזיה דומים לקשיים בהפקת הדיבור. הם מתבטאים בקושי ובאיטיות בהפקת המילים בגלל ליקוי בשרירי הפנים, הלשון, הפה והגרונ. ליקוי זה נקרא דיסארטריה (Dysarthria), ומקורו באונה הקדמית של המוח. על פי רוב, אפזיה מסוג זה מלווה בסימני שיתוק בגפיים בפלג גוף ימין (Hemiplegia).
2. **אפזיה רהוטה (Fluent Aphasia):** הדובר מתקשה פחות להגות את המילים אך משתמש במילים בלתי מתאימות בהקשר השיחה, וכך נוצר "סלט" מילים לא מזהות וקושי רב לחזור עליהן. המקור העיקרי לפגיעה זו מצוי באונה הטמפורלית של המוח. קטגוריה זו כוללת איבוד מילים, טעויות בשליפה ובהגייה של שמות עצם ודיבור בלתי רציף עקב הפסקות לצורך חיפוש המילים הנכונות. סוג נוסף של אפזיה רהוטה נקרא "אפזיה של הולכה" (Conduction Aphasia), ובה יש הגייה משובשת של העיצורים, וגם הוא גורם לקשיים בהבנת רצף הדיבור ולהפקה מוטעית של מילים בלתי מתאימות להקשר.
3. **אפזיה גלובלית (Mixed or Global Aphasia):** הליקוי הקשה ביותר בלשון הוא שילוב של שתי צורות האפזיה: אפזיה לא-רהוטה ואפזיה רהוטה והוא כולל הפרעה בהפקת הדיבור וליקוי בהבנתו.

הגורמים והפתולוגיה של אפזיה

1. הסיבה השכיחה ביותר הגורמת לכל סוג של אפזיה היא אירוע מוחי וסקולרי - שבץ מוחי (Stroke) שיש לו מספר גורמים:
 - א. סתימת כלי הדם העורקיים בעקבות שקיעת אתרומה (Atheroma), חומר בעל תערובת שומנים וכולסטרול על פני הקיר הפנימי של העורקים, החוסמת את חלל העורק ומפחיתה את אספקת החמצן והגלוקוז החיוניים לתפקוד הנירונים.
 - ב. היצרות חלל העורקים עקב שינויים פתולוגיים בדופן כלי הדם. אם נחסם חלל העורק, כולו או חלקו, על ידי פקקת (Thrombosis) או על ידי תסחיף (Embolus), אספקת הדם לאזור מופחתת או נפסקת והדבר גורם ליצירת אוטם (Infact), דהיינו שטח מת ברקמה. תסחיפים קורים כשנשלחים קרישי דם הנפרדים ממסתם בלב, מקיר הלב או מדופן כלי דם, כולל אב העורקים.
 - ג. דימום מכמה סוגים: (1) דימום מעורקים גדולים, בדרך כלל בגלל קרע בדופן שנגרם מלחץ דם גבוה; (2) דימום עקב קרע במפרצת שבדופן העורק, שמתפזר ברקמת המוח והורס אותה ומביא לרמת תמותה גבוהה; (3) דימום תת-עכבישי (Subarachnoid) עקב התפוצצות הדופן של עורקי המוח, לעתים קרובות עקב התפתחות נפיחות וחולשה בדופן המפרצת; (4) דימומים חוזרים בעורקים שבדופן שלהם יש הסננה של חלבון עמילואיד, הפוגעת במנגנון הדיבור. השינויים בתפקוד כלי הדם גורמים לאפזיה בהתאם למיקום הנזק באזורים ספציפיים האחראים למגוון התפקודים של הדיבור.
2. דמנציה מסוגים שונים הפוגעת באזורי הדיבור ומסבה נזקים לתפקודים הקוגניטיביים.
3. חבלות ראש או גידולים במוח המצויים באזורים הקשורים למנגנון הדיבור.

הערכת הנזק הלשוני כתוצאה מאפזיה

בשלב המוקדם אחרי אירוע מוחי התצפית הקלינית מתרכזת בבדיקה של מצב ההכרה ותגובת החולה לקולות או לרעשים, נזקים בתפקודים של בליעה, תנועה, ראייה, נזקים בתפקודים בסיסיים במערכת הקרדיו-וסקולרית, במערכת השתן ובמערכת העיכול וייתכן שיש שיתוק בגפיים. לעתים קרובות אמור להיות שיפור מסוים של נזקי המוח בתוך חודש או יותר, בגלל נסיגת הבצקת באזור הנפגע. אחרי חצי שנה, כשהחולה ער ומגיב לסביבתו

ומצבו הקוגניטיבי יציב, ניתן לבצע הערכה מקיפה של פרטי האפזיה, וסימני הנזק מתגלים במידה מסוימת תוך כדי שיחה עמו.

בתכנית הטיפול הממושך לאפזיה מקבלים מטופלים רק משבעה חודשים לאחר הופעת האפזיה בהנחה שהשיפור הספונטני כבר מיצה את עצמו. אז ניתן להעריך את הקשיים בהפקת הדיבור של המטופל ובהבנת הדיבור שלו מצד בני שיחו. אחרי השלב ההתחלתי מעריכים את מידת התאוששות מהאירוע המוחי על פי סימנים מוטוריים ותחושתיים. ניתן לערוך למטופל מבחנים סטנדרטיים של מומחה בפתולוגיה של הלשון. לדוגמה, האם הוא מבין פקודות פשוטות כמו קיפול חתיכת נייר פעמיים ומבצע אותן? האם דיבורו רהוט או מופק בקושי? האם הוא טועה בהגיית המילים או לא והאם הוא יכול לנקוב בשמות? האם הוא שם לב לחפצים שבחדר או מעבר לחלון ויודע לתאר אותם במילים נכונות? כמו כן נבדק במבחן זה אם החולה יודע לחזור על מה ששמע והאם קשה לו לבטא את המילים בשל הפרעה בתפקוד מוטורי בשרירי הפנים והגרון, תופעה שלעתים קרובות נלווית לאירוע מוחי.

אפזיה גלובלית מאובחנת אם הדיבור רהוט אך יש פגיעה קשה בהבנה ואז קרוב לוודאי שמיקום הנזק הוא בחלק האחורי של המוח. אם הדיבור אינו רהוט ומופק בקושי אך ההבנה סבירה, נראה שהנזק ממוקם בחלק הקדמי של המוח. אם המטופל יכול לדבר אך מתקשה לחזור על מילים שנאמרו לו, ייתכן שמדובר בבעיית הולכה בחלק האחורי של המוח. בודקים איך המטופל כותב ואם הוא נוקב בשמות באופן תקין, עד כמה מסוגל לצייר או לשרטט והאם הוא מסוגל לפרש תמונות ולזהות בני משפחה או חפצים שגרתיים.

טיפול במבוגר עם אפזיה וליוויו

הטיפול באפזיה נמשך זמן רב, חודשים עד שנים, והוא דורש טכניקות האמורות להחזיק את התעניינותו של המטופל בעזרת תסריטים שונים. אחת הטכניקות היא להשתמש במוזיקה, בכלל זה גם לשיר יחד בקבוצה שירים המוכרים למטופל, להקריא לו משפטים משירים פופולריים ולהשתמש במטבעות לשון כמו "חג שמח" או "תודה רבה".

פעם ביקרתי אצל זקן דתי שסבל מאפזיה בעקבות אירוע מוחי כמה שבועות קודם. בני המשפחה אמרו לי בעצב גדול: "מאז האירוע לא שמענו מילה מפיו. האם ניתן להחזיר לו את הדיבור?" ביקשתי מהחולה לומר יחד איתי את "שמע ישראל". הוא התחיל ואמר את כל הקטע הראשון בעל פה, לתדהמתם של בני המשפחה ולשמחתם. גילויים כאלה יכולים לעודד מאוד את בני המשפחה ואת המטופל עצמו אך אינם מצביעים על התאוששות של מנגנון הדיבור.

להלן שני תיאורי מקרה שבהם צפיתי במהלך ביקור במרכז לטיפול בחולים הלוקים באפזיה ולליוויים: בטיפול הקבוצתי בלט היחס המכבד והמנומס של התרפיסטיות בדיבור כלפי המטופלים והן הסבירו להם על מהות האפזיה. הן תקשרו איתם בטבעיות ועודדו אותם לשתף את סביבתם בבעייתם באופן ענייני ובלי מבוכה. אחד המשתתפים בקבוצה היה אדם שאיבד את יכולת הקליטה של צלילי מילים ("חירשות מילים") עקב פגיעה באונה הטמפורלית של המוח, אך הוא היה מסוגל לדבר ברהיטות והבין מה שנאמר לו בעזרת הכתיבה המהירה של התרפיסטית בדיבור. כל חברי הקבוצה ניסו לפענח תמונות שהוצגו להם. השתדלותם של המטופלים, הסבלנות של הצוות, הרמזים, העידוד, האווירה הרגועה והעובדה שתוכני השיחה היו בסך הכול צפויים, אפשרו את הצלחת המשימה וקיום שיחה מובנת.

בשיחה בין בעל לאשתו הוא דיבר לאט ובעוצמת קול סבירה ומה שבלט היו הסבלנות וההשלמה של האישה עם הקושי של בעלה להפיק בדיוק את המילה הנכונה, דבר שעזר לו להבין פחות או יותר את מה שאמרה לו.

קידום בשיטות תקשורת מילולית

קיימות שיטות תקשורת המושתתות על העיקרון שהגיית מילים מבוססת על פענוח סמלים שיכולים להעביר מסר לאו דווקא בלשון המדוברת. כזאת היא שפת הברייל (Braille), לשון כתובה בעבור עיוורים המבוססת על נגיעה בנקודות מוצקות הבולטות על פני משטח עשוי ממתכת או עץ. בשיטות אחרות השפה המדוברת חוזרת להיות תחליף לסמלים, כמו בתמונה או בתרשים המייצג דבר או חפץ, או פועל המורה על עשייה. אחת הדוגמאות לשיטה זו היא תקשורת מסוג הוספה וחילוף (Augmentative and Alternative Communication (AAC) (Kangas & Lloyd, 2014). התקשורת מתבצעת בשימוש בחלקי הגוף בלבד (כמו הבעות פנים או תנועות עיניים) או בעזרת מתקן או מכשיר המיועד לקבוצה מסוימת של סמלים בעלי מובן, כגון תמונות או לוחות עם פירושים של שמות עצם, תארים ופעלים. לדוגמה, תמונה של לב עם חץ המצביע מעלה מתפרשת כרגש אופטימי, ואילו חץ המורה מטה מתפרש כעצב או כדיכאון.

בעקבות פיתוח של שיטות תקשורת כאלו נערכים מחקרים על התאמת הסמל לאופיו של הדבר שהוא מייצג. קביעת הסמלים היא מומחיות בפני עצמה הדורשת מומחים הבקיאים בפתולוגיה של התקשורת המילולית ובתפקוד החושים כמובילי מסר (שמיעה, ראייה, מגע).

סיכום

הגישה הטיפולית באפזיה ובהפרעות דיבור אחרות היא בחלקה גישה שיקומית בטווח זמן של שנים. עבודה זו דורשת יכולת יצירתית להיעזר באסטרטגיות חלופיות, כמו מוזיקה, תנועה, ראייה וכתובה בהתאם לסוג האפזיה. בתהליך הטיפול הממושך באפזיה בולט ההיבט הפסיכו-סוציאלי. ה"טיפול" מיועד להחליף או ללוות את התקשורת המילולית בתנועות גוף ובהבעות פנים, ובהצגת תמונות מתאימות המהוות בסיס להמשך ההבנה בשיחות.

מקורות

Kangas, K., & Lloyd, L. (2014). "Augmentative and Alternative Communication".
In: N. B. Anderson & G. H. Shames (Eds.), *Human Communication Disorders: An Introduction* (8 ed., pp. 344-377). Essex UK: Pearson Education.

פרק 4:

איך לדבר עם זקנים כבדי שמיעה

תקשורת מילולית מוצלחת תלויה באיכות ובבהירות של הדיבור ובאיכות ובשלמות של מנגנון השמיעה של בן השיח. בפרק זה נבאר בקצרה את מנגנון השמיעה ואת התקלות המונעות קליטה ברורה של המסר מהדובר לבני השיח, ונמנה גישות להתגבר על הפרעות בשמיעה בקרב הזקנים.

האוזניים הן כלי הקליטה של כל הקולות בסביבה. מנגנון השמע קולט ומפענח מסרים המגיעים כגלי קול אל תעלה שמקורה באוזן החיצונית ונמשכת עד הקרום הטימפני באוזן הפנימית. הקרום הטימפני מתפקד כמו תוף הרועד בהתאם לתדירותם של גלי הקול. האוזן הפנימית אחראית לעצבוב המרכזי של השמיעה וממנה יוצאים העצבים למרכזי תחושות אחרות במוח, בעיקר לאונה הטמפורלית.

הפרעות שמיעה בגיל המבוגר

שיבוש בשמיעה מתחיל להיווצר עוד לפני תקופת הזקנה. הדוגמה השכיחה היא דלקות באוזן האמצעית שיכולות להתרחש בכל גיל. ההפרעות נעוצות בסיבות מכניות, כגון נזק לתוף הטימפני או לעצמות הקטנות שתנועתן קשורה לתדירות גלי הקול. דלקת בעצם המסטואיד (Mastoiditis), הקשורה לאוזן האמצעית, היא סיבה שכיחה לשיבוש בשמיעה לפני הזקנה ובמהלכה, אם כי טיפול אנטיביוטי מתאים בעיתוי הנכון יכול למנוע נזקים לאחר ריפוי הדלקת (מחלת Otitis Media). פתולוגיות אחרות כגון חבלה וגידולים גם הם גורמים להפרעות בשמיעה. גידול מוגבר של עצם על חלון הקיר של החדר הפנימי באוזן משבש את הוויברציה של העצם הקטנה ונדרש ניתוח להסירה. שינויים בתהליך ההזדקנות עקב ירידה בתפקוד שלול האוזן (ה-Cochlea) מקשים על השמיעה אצל זקנים רבים. התפתחות טכניקות מתוחכמות למדידת אובדן שמיעה או הפרעות בשמיעה מחדדות את דיוק האבחנות בהפרעות בשמיעה. ירידה בשמיעה נובעת מכמה גורמים: (1) הפרעות בהולכת הקולות באוויר (Conductive Defects) בשל חסימות באוזן החיצונית והאמצעית. הבעיה המעשית באיבוד ההולכה היא הפחתה בגובה הקול. הליקוי יכול להיות הפיך וניתן

לטיפול כירורגי וברוב המקרים זיהוי המילים נשמר במידה מסוימת; (2) הפרעות בהולכה בעצם (Sensory-Neural) כביטוי לנזק באוזן הפנימית או בעצב השמיני (עצב השמיעה בגזע המוח). סוג זה של איבוד שמיעה מתבטא גם בעיוות הקולות, כך שהשומע אינו מסוגל להבדיל בדיוק בין הקולות ובין המילים המגיעות לאוזניו. ליקויים תחושתיים-עצביים על פי רוב אינם הפיכים. בכל מקרה דרושה בדיקה כמותית של השמיעה (Audiogram) ובדיקה קלינית על ידי מומחה אף-אוזן-גרון (אא"ג), הכוללת התייחסות למערות הפנים ולתפקוד חדרי השמיעה - החיצוני, האמצעי והפנימי.

הטיפול בהפרעות בשמיעה מתפתח בשני כיוונים:

1. בקיאות בקריאת שפתיים כשתנועתן מסמלות את האותיות ואת ההברות של המילים, ודיבור אל האוזן הטובה יותר של המטופל כדי להשיג שמיעה מרבית.
2. שימוש במכשיר שמיעה שמטרתו להגביר את הקול המגיע לאוזן שניזוקה ולסייע בפענוח המילים. מכשירי השמיעה מורכבים ממיקרופון המתרגם את הקול לאות חשמלי, וממגבר המגביר את האות החשמלי ומחזיר אותה לקולטן (Receiver) באוזן החיצונית. אם הרופא ממליץ על רכישת מכשיר על המטופל לפנות לחברות שונות כדי לרכוש מכשיר נוח ומתאים לו ולקבל את כל ההוראות להפעלתו.

סיכום

יש סיבות רבות לליקוי בשמיעה. קיימת ירידה הדרגתית באיכות שמיעה מהעשור החמישי לחיים, במיוחד מגיל 70. הקושי בשמיעה יכול להפריע בכל קשר חברתי, ושיפורו מאפשר המשך הצטרפות חברתית ויחסים תקינים במסגרת המשפחה בגיל מבוגר. במקרה שליקוי השמיעה מקשה על מגע בין-אישי, חשוב לקבל אבחנה וייעוץ לגבי אמצעי טיפול.

פרק 5:

כתיבה וקריאה כאמצעי תקשורת

כתיבה וציור הם צורות תקשורת נוספות. בעידן הפרה-היסטורי היה הציור בעבור בני האדם דרך להמחשת מחשבות. ציורים שנתגלו במערות עתיקות מורים על כוונת יושביהן לבטא תחושות ורגשות בקשר לצורת חייהם ולתרבותם ולתעד כלים ששימשו אותם, ומעידים על צורות חיים בקהילה, בחמולות ואחר כך בשבטים.

לפני שבני ישראל הפכו לעם שימשה הכתיבה שיטה למסירת מידע ולשימורו. כך מעידים למשל חמשת חומשי התורה וממצאים ארכאולוגיים שונים כמו ברכת הכהנים מתקופת הבית הראשון (ממצא שחשף פרופ' ברקאי מהאוניברסיטה העברית בירושלים). בתחום התקשורת יש לדיבור ולכתיבה מאפיינים דומים אך לכל אחד יתרונות וחסרונות. היתרון של דיבור הוא קרבה בין הדוברים, קרבה שיכולה להיות פיזית או קרבה שנוצרת בשיחה במכשירי טלפון המאפשרים תגובות מיידיות במהלכה גם אם הדוברים רחוקים זה מזה אלפי קילומטרים. דיבור מאפשר שינויים בטון הדובר ובעצמת הקול, וכן שימוש בהבעות הפנים ובתנועות הידיים והגוף כולו המבטאות הדגשים ותחושות. בנאומים ובהרצאות למשל, אופי טון הדיבור, קצב הדיבור ועוצמת הקול משמשים להדגיש דברים מסוימים ולשכנע את קהל המאזינים בצדקת הטעוניהם. מאפיינים אלו אינם נמצאים בכתיבה.

כתיבה היא תקשורת שאינה תלויה בזמן או במקום של הכותב ושל הקורא. במרוצת הזמן השפעת השיחה המדוברת על השומע הולכת ונחלשת כי חלקיה נשכחים, ואילו דברים כתובים עשויים להישאר לנצח. המסר הכתוב מבטא ישירות את המחשבות וההסכמות של הכותב, ואינו תלוי בזיכרון של הקוראים אלא קיים כאסמכתא, בוודאי בהסכמים ובחוזים בין אנשים, מוסדות ומדינות.

כתיבה ספרותית

מבחינה היסטורית, בעקבות מתן התורה שבכתב נוצרה תורה שבעל פה כמקור התקשורת עם עם ישראל על ידי העברה בעל פה את הפירושים וההסברים על הציווים והמשפטים של התורה שבכתב. מסורת זו בהעברת הפרשנויות בעל פה נמשכה במשך מאות השנים

עד החלטת הפרשנים להעביר את הלימודים לכתב כדי שלא יישכחו או יאבדו. הכתיבה הספרותית קיימת בסיפורת, במחזות ובשירה. סופרים, מחזאים ומשוררים מביעים את מחשבותיהם, את השקפותיהם הפילוסופיות ואת פרי דמיונם, ולעיתים משלבים זאת עם רקע ביוגרפי, תרבותי, לאומי והיסטורי. בספרות נרטיבית הקורא נחשף לעולם שמעבר לנסיבות מקומו וזמנו, ונכנס אליו כאילו הוא נמצא שם. תקופת הזקנה, המאפשרת זמן פנוי לאחר הפרישה מהעבודה, שופעת הזדמנויות להיחשף לפירות הספרות והתרבות ומזמנת חוויה מהנה ומעשירה.

כתיבה דיגיטלית

המכשירים האלקטרוניים והדיגיטליים כמו המחשבים הניידים, הטאבלטים למיניהם והטלפונים החכמים (SMARTPHONES) מייעלים את סוגי התקשורת בתחומים רבים בכלל זה במחקר ובקדמיה, במסחר ובתעשייה, ביחסים בין אנשים, ובכלל סוגי פעילות של בני אדם.

המעורבות בחיים חברתיים היא מעמודי התווך של הצלחה בפעילות השגרתית לאחר פרישת האדם מעבודתו. התקשורת ב"כתיבה דיגיטלית" נעשית אפוא מועילה ומשמעותית בזקנה והיא אמצעי לשמור על קשר עם בני משפחה, ידידים ועם החברה בכלל. צורת התקשורת הבסיסית בכתיבה כזאת היא באמצעות הדואר אלקטרוני (E-mail). ההתכתבות בדואר האלקטרוני מחליפה את כתיבת המכתבים המסורתית שהייתה נהוגה דורות רבים. השימוש בדואר אלקטרוני מאפשר ניהול תקשורת עם בני משפחה, חברים ומכרים רבים, ופותח הזדמנות לפיתוח קשרים שעשויים להיות יעילים וחשובים בהפגת תחושת הבדידות של זקנים וגמלאים. הרשתות החברתיות דוגמת פייסבוק וטוויטר הם אמצעי "כתיבה" ותקשורת מעולים בנוסף להתכתבויות בדואר אלקטרוני. ברשתות החברתיות כל אדם יכול להביע את דעתו על כל נושא חברתי, פוליטי, מקצועי ואפילו אישי. הפעילות ברשתות חברתיות היא אמצעי תקשורת מצוין לנשים וגברים בגיל הזקנה, פעילות המעניקה למשתתפיה הרגשה של מעורבות חברתית והשתתפות פעילה בדיונים על נושאים העומדים בסדר היום הציבורי. יתר על כן: אמנם הרבה "חברים" בפייסבוק הם וירטואליים ועם רובם איננו נפגשים חוץ מאשר ברשת, עצם קיומה של קבוצת חברים כזאת נתפס בעיני רבים כמשהו ממשי וככזה הוא יכול, גם אם באופן מוגבל, להקל על הרגשות של בדידות וניכור ולחזק דווקא תחושות של נוכחות ושייכות.

כתיבה אישית

לזקנים רבים יש שאיפה, אפילו תשוקה עזה להשאיר זכר לחייהם ולפעילותם המגוונת למען בני משפחה, חברים ועמיתים באמצעות כתיבת סיפור חייהם. בנוסף ליוזמות פרטיות בעניין זה, ארגונים ועמותות למען זקנים, בתי אבות, מועדוני זקנים ומרכזי יום מקדמים מגמה זו באמצעות חוגים לכתיבה יצירתית. קבוצות העוסקות בביבליותרפיה, ואף מציגים טקסטים ביוגרפיים ואחרים במסגרת תחרויות כתיבה.

דרך נוספת של כתיבה יצירתית היא עריכת עיתון קבוצתי על ידי הזקנים עצמם. בערים הגדולות וגם בפריפריה מוציאות עמותות לזקנים כתבות נפלאות המשקפות את גישתם לחיים ואת המחשבות שהניעו אותם לעשייה חלוצית ולהקמת יישובים שהעשירו את הארץ.

ספרות יפה ותקשורת

מה בין קריאת ספרות יפה לבין תקשורת? להערכתי לא נכתב מספיק על תרומתה של קריאת ספרות יפה בגיל הזקנה להפגת הבדידות ולהקלה על בעיות וקשיים. אין בקריאה ברומנים בריחה מהמציאות, אלא מתן אפשרות לקוראים להפליג עם דמיונם ולטעום מציאויות אחרות מאלו המוכרות לו. הכרתי אדם כבן 85 שבמשך כל חייו קרא עיתון יומי בלבד וסירב לגעת בספר, עד שכלתו נתנה לו ספר של סיפורים קצרים. הוא גילה בסיפורים עניין רב ביותר והמשיך לקרוא בהם כל יום עד שהפסיק להתלונן על מר גורלו. נראה שספג לתוכו כל סיפור, נהנה מהחוויות המתוארות, ולמעשה יצר תקשורת עם העולמות פרי דמיונו של המחבר. תקשורת מעין זו מתקיימת ביתר שאת בקבוצות קריאה, שבהן מתקיימים דיון וביקורת על יצירות ספרות.

כמה מילים על שירה

פרסי ביש שלי, המשורר הרומנטי האנגלי בן המאה התשע עשרה, טען כי השירה "מסירה את המסווה המכסה את היופי החבוי של העולם" (Shelley, 1840). לדבריו, השיר הוא עולם שאנו הקוראים אליו תוך התעלמות מהשגרה, עולם שבו שולטות הרגישויות הגלויות והסמויות של בני האדם ויש לו השפעה רוחנית ודתית על האדם.

מקור השירה הקלסית בעברית הוא התנ"ך, בעיקר ספר תהילים וספר משלי. זקנים רבים מכירים מצעירותם את הפואטיקה של השיר מלימודיהם בישיבות בארצות המוצא

ומהתפילות היומיות. הם מכירים את מבנה השיר, את המחזוריות ואת התכנים, ההרהורים ואת תחושות והשקפת העולם של המשורר. בימי הביניים כתבו משוררים כמו יהודה הלוי, שירים על ציפיה וכמיהה להגיע לארץ ישראל. מתקופת ההשכלה שלאחר המאה השמונה עשרה נכתבו שירים היסטוריים על נדודי עם ישראל בגולה, שלעיתים שילבו תפילה לאל לעזור לכותב להגיע לארץ ישראל.

ומה בין קריאת שירה לתקשורת? השיר מהווה צורת תקשורת ישירה בין המשורר ובין הקורא שאליו הוא מכוון את דבריו. מילות השיר ניתנות לפרשנות מילולית אך לעתים קרובות רומזות על רגשות אנושיים באמצעות שימוש בקונטציות, בדימויים, במטפורות ובאנומטופאיות (יצירה או שימוש במילים שצליליהן מחקים את הצליל המתקשר לעצם שהן מייצגות או את קול הפעולה שהן מתארות). מהקורא נדרש שילוב של שכלתנות ורגישות כדי להבין את הרמזים הטמונים בשיר ואת סגנונו, ואז הוא מהווה עבורו רצף של חוויות (Bradley, 1992). למעשה השירה היא מקור השראה רוחנית המעשיר את חיי היומיום של כולנו, צעירים וזקנים כאחד, ולכן קיימים כיום חוגים ומסגרות לקוראי שירה העוסקים בפרשנות השיר ובסגנונות הכתיבה. המאמץ האינטלקטואלי והנפשי הנדרש כדי להבין את הפרשנות הסמויה שבשירים מציב בפני הזקנים אתגר לא פשוט, אך הסיפוק מכך מוסיף נדבך חיוני לחייהם.

סיכום

בפרק זה תיארנו צורות תקשורת שונות בתחום הכתיבה והקריאה שמטרתן לפתוח צוהר לעושר חוויות והתנסויות ולהעמיק את התקשורת של הזקן עם העולם. דיברנו על התרומה והחשיבות שטמונות בהרגל קריאה של ספרות יפה, ועל ההנאה הגלומה בעיסוק בכתיבה המשקפת את אישיותו של הכותב בכל גיל.

מקורות

- Bradley, A. C. (1992). "Poetry for Poetry's Sake". In: H. Adams (Ed.), *Critical Theory since Plato* (pp. 700-710). Seattle: University of Washington Press, Heinle & Heinle.
- Shelley, P. B. (1992). "Poetry redeems from decay the visitations of divinity in man: A Defense of Poetry". In: H. Adams (Ed.), *Critical Theory since Plato* (pp. 516-529). University of Washington, Heinle & Heinle.

פרק 6:

תקשורת דתית - רוחנית

כשבני אדם נתונים במצוקה או ניצבים בפני אסון הם נוטים לפנות לכוח עליון, לכוח שהוא בעל תכונות על-אנושיות, ולבקש להיחלץ מהסכנות והמצוקות המאיימות עליהם. הפנייה לכוח עליו כזה אינה מאפיינת רק אנשים דתיים. קריאה כזאת שכיחה ואוניברסלית בדתות בכלל ובדת היהודית בפרט. הבקשה לרחמים והתחינה לגאולה ולהצלחה נובעות מייאוש או מתקווה של פרט או של ציבור שלם בהתאם לסכנות ולאיומים. הפנייה לכוח עליון משקפת את האמונה שאפשר ליצור קשר עם אלוהים ברמה הרוחנית של העם ושל הדת. בדת היהודית מאמינים שבורא העולם ניחן בכוח מוחלט וגם בתכונת הרחמים וכי ההשגחה הפרטית של אלוהים על יושבי העולם הזה מלווה אותנו בכל מעשינו. מושג ההשגחה הפרטית ביהדות מדבר על האמונה המצויה בלבו של יהודי, אמונה שהיא יסוד הרוחניות בחייו. התקשורת עם אלוהים היא באמצעות תפילה וזו מתקיימת בכל עת ולא רק בנסיבות של מצוקה. זקנים רבים בישראל זוכרים את מסורת אבותיהם של תפילות וניגונים ודבקים בה עד סוף חייהם. בפרק זה נעסוק בהיבט של תקשורת עם אלוהים כחלק מהתפתחות הרוחניות בתקופת הזקנה.

אל מי מתפללים?

התקשורת פועלת בשני כיוונים: יצירת קשר מהיזם לנמען ומענה מצופה כתגובה ליוזם. קיימות צורות שונות בתקשורת הפיזית עם האלוהות: כריעה, השתחוות, קימה ועמידה, ופולחנים שונים מתקופות קדומות שהיו כרוכים בהקרבת קורבן על מזבח או על במה. הדרך הישירה והשכיחה ביותר בתקשורת זו היא תפילה, על פי רוב בסגנון ובשפה מיוחדים המובחנים מאלה הנהוגים בתקשורת השגרתית בין בני אדם כשלכל תפילה יש גם תוכן רלוונטי למצב שהמתפללים נתונים בו. ביטויים רבים לתפילה: בקשה לשמור על היכולת לחיות בסיפוק פיזי ונפשי, זהירות לא להינזק מאסונות טבע, שבחים לאל בתיאור מעשיו, תיאורים בשיר או בפרוזה על פעולות האל כשליט הטבע, התייחסות לסימנים של מעורבות האל בהיסטוריה האנושית ותפילה רגשית, פרטית ואינטימית של המתפלל.

תפילותיו של היהודי מופנות לאלוה, ש"אין לו דמות הגוף ואינו גוף, לא נערוך אליו קדושתו, קדמון לכל דבר אשר נברא, ראשון ואין ראשית לראשיתו" (על פי הרמב"ם, "יגדל אלוהים חיי", עקרונות 3 ו-4 מתוך 15 עקרונות היהדות). לפי הציטוט, בני אדם אינם יכולים להגדיר את האלוהות כ"דבר" או כ"מושג" כי הוא מעבר להבנתם המוחשית, והאל אינו תלוי בזמן השולט בעולמנו, לכן כל מאמץ בתקשורת עמו חייב להתבסס על האמונה הדתית והרוחנית בנוכחותו בעולם הזה.

תקשורת רוחנית עם האל

הארכת תוחלת החיים מאפשרת לכ-30 אחוזים מהאוכלוסייה להגיע לגיל 80 ומעלה ולכן השתנתה הגישה לתקופת הזקנה: במקום לראות בה תקופת המתנה למוות והכנה להיעלמות מן העולם, תוספת השנים בזקנה נחשבת להמשך החיים הרגילים, למענק חיובי הכולל הרבה זמן פנוי ומעניק הזדמנות להתקדמות אישית. זקן ששנותיו הוארכו צריך לחשוב לא רק על עברו, אלא גם על עתידו ועל מטרת החיים בכלל ובתקופת הזקנה בפרט. דברי המקרא על מקומו של הזקן בחברה משקפים את חשיבותו הרוחנית כמנהיג לאור הניסיון והחוכמה שצבר בחייו. בתלמוד הדגישו את משמעות המושג של זקן: "זקן זה שקנה חכמה", שנאמר "ה' קנני ראשית דרכו" (בבלי קידושין, לב), אם כי לפי קהלת (ב, 26), החוכמה היא מתן האל אך קניינה ורכישתה הם הישגיו של האדם עצמו.

רבים מהזקנים בחברתנו זוכרים מילדותם אירועים שיש להם טעם רוחני, כמו מנהגים סמליים במשפחה בתקופות החגים או מסורות משפחתיות בהקשר של אירועים כמו בר-מצווה מלווים בקטעי שירה ותפילה שהיו שגורים בפיהם בצעירותם. בעשור הראשון של המאה ה-21 ובשנים שאחריו התרחבה תופעת לימוד היהדות במסגרות מסודרות כמו ישיבות וכוללים לזקנים שצמחו בקהילות שונות בישראל. המפגשים והסמינרים המסודרים בשעות קבועות, בימים קבועים במהלך השבוע מכניסים סדר ללוח זמנים ונותנים מסגרת חברתית שבועית למשתתפים הזקנים שבלעדיה רבים היו יושבים לבד בבית ללא פעילות מאורגנת. התכניות במסודות אלה כוללות לימודי קודש ותכנים רוחניים מהמקורות וכן לימודי תנ"ך, גמרא, ספרות עברית מסורתית. הלימודים האלה מלווים בהנאה הנובעת מהתקשורת המתפתחת ונוצרת בין חברי הקבוצה.

לזקן יש תפקיד מסורתי בתקשורת עם הציבור בתרבויות של רוב העמים מימי קדם עד היום הזה. על זקן השבט הוטלה המשימה לספר לדורות הבאים על ההיסטוריה והמסורת של האבות הקדמונים ושל העם. בתורה הודגשה אותה משימה בנבואת

משה (דברים לב, 6, 7), שבה הוא התייחס לאלוהים כ"אָבִיךָ קִנְיָה, הוּא עֲשֵׂה וַיִּכְנַנְךָ" והצהיר בשירה: "זָכֹר יְמוֹת עוֹלָם, בֵּינֵנוּ שְׁנוֹת דֶּר וְדֶר, שְׂאֵל אָבִיךָ וַיִּגְדְּךָ, זְקִנִיךָ וַיֹּאמְרוּ לְךָ" (דברים לב, 7).*

כיבוד הזקן ויראת האל

בתורה שבעל פה ובמקומות נבחרים בספרי הנביאים אנו מצויים לכבד את הזקנים בשל חולשת הגוף, לסייע להם פיזית ולכבד את הניסיון והחוכמה שצברו במשך חייהם. על המצווה "מִפְּנֵי שִׁבְיָה תִקּוּם וְהִדְרָתָּ פְּנֵי זָקֵן, וַיְרֵאתָ מֵאַלְהֵיךָ אֲנִי ה'" (ויקרא י"ט, 32) נערך דיון מפורט בתלמוד: חובה לקום בנוכחות זקן בקרבת כמה מטרים, לא לסתור את דבריו, לא לשבת בכיסאו ולא להתעלם ממנו בהנחה שאולי לא ישים לב. הפסוק נגמר במילים "וַיְרֵאתָ מֵאַלְהֵיךָ אֲנִי ה'", דהיינו זו מצווה שהאל עצמו משגיח על עשייתה. עם זאת, הגמרא שואלת האם כבוד זה מתייחס גם ל"זקן אשמאי", שלא הקפיד כראוי על התנהגותו, והתשובה: "איסי בן יהודה אומר [...] אפילו כל שיבה במשמע" (בבלי, קידושין לב, ב). המשמעות בפסקה זו היא לא רק שהאל מוודא שהזקן זוכה לכבוד הראוי לו, אלא שהכבוד המתאים לזקן נמדד באותה מידת כבוד שחייב אדם להעניק לאל עליון. ציווי זה, המשווה את כיבוד הזקן ליראת השמים כלפי הקדוש ברוך הוא, מייחס לזקן מעמד נשגב. מכאן אנו מבינים כמה כוח מיוחס לתפילות של הזקן, אף יותר מאשר לתפילותיו של הצעיר.

סיכום

התפילה היא אחת משיטות התקשורת בין האדם לאל. התפילות מתייחסות לתכונותיו ולמעלותיו של האל, ומביעות בקשות להשגחה הפרטית על בני אדם. למרות חטאינו אנו מבקשים רחמים מהאל כדי לשרוד כעם ולמלא את המצוות שפקד עלינו. במידת ענווה אנו אומרים בתפילה: "לא על צדקותנו אנו מפילים לפניך את בקשותינו, כי על רחמך הרבים". עם ישראל מחויב לנהל את חייו באופן שאמור למלא את רצונו של האל על ידי שמירת מצוותיו מתוך פרספקטיבה על מהות החיים וייעודם בעולם הזה. תקשורת עם

* המונח "זקני ישראל", הנפוץ במקרא, מתייחס לאו דווקא לזקנים, אלא למנהיגים ולאנשים חכמים בעלי ניסיון.

האל באמצעות תפילות מאפשרת ליהודי להבין שלמרות קטנותו של האדם בתבל הגדולה שיצר האל הוא אמור לקבל ממנו מענה לבקשת רחמיו, כי האל "קרוב לקוראיו באמת", במיוחד לזקן, שכיבודו בידי אדם שקול ליראת אלוהים. עלינו לקדשו על ידי עשיית מצוותיו הן ביחסים עם האל והן ביחסים בין אדם לחברו.

קריאה מומלצת

- Goodlin, S. (2003). "Care near the end of life". In: C. Cassel, R. Leipzig, H. J. Cohen, E. B. Larson, D. E. Meier, & C. F. Capello (Eds.), *Geriatric Medicine: Evidence Based* (4th ed., Ch. 26, pp. 299-309). New York: Springer.
- Kryworuchko, J., Strachan, P. H., Nouvet, E. et al. (2016). "Factors influencing communication and decision-making about life-sustaining technology during serious illness: A qualitative study". *BMJ Open*, 6: e010451.
- Moore, C. D. (2005). "Communication issues and advance care planning". *Seminars in Oncology Nursing*, 21, 11-19.
- Rosin, A. (1976). "The doctor-relative relationship: An exercise in interview techniques in the 'relatives' clinic". *Social Work in Health Care*, 1, 499-505.
- Tulsky, J. A. (2003). Doctor-patient Communication Issues (Ch. 25, pp. 287-297). Retrieved from: http://link.springer.com/chapter/10.1007%2F0-387-22621-4_25#page-1.

שער שני:

תקשורת עם זקנים במצבי חולי

”רַפְּאֵנִי ה' וְאַרְפֵּא הוֹשִׁיעֵנִי וְאַוְשַׁעַה כִּי תִהְלֹתִי אֶתָּה”

(ירמיהו יז, 14)

פרק 7:

תקשורת עם חולה במחלת ריאות כרונית מתקדמת

דיווח על ידי הצוות הטיפולי: רופא, אחות, עובדת סוציאלית, מרפאה בעסוק

הדיווח על ידי הצוות על אבחון וטיפול בחולה משקף את המחשבות המקצועיות ואת הגישה של המטפל למטופל. ארבעה אנשי צוות רפואי - רופא, אחות, עובדת סוציאלית ומרפאה בעיסוק - התבקשו לדווח על גישתם לחולה שאושפז במחלקה גריאטרית בבית חולים עקב החמרה במחלה חסימתית בריאות. להלן נציג את העקרונות הדומים בתקשורת שמנהל כל אחד מבעלי המקצוע עם החולה ואת הדגשים של כל אחד מהם.

א. תקשורת עם חולה במחלת ריאות כרונית מנקודת מבט של רופא

ד"ר ראובן פרידמן, מנהל המחלקה הגריאטרית, המרכז הרפואי שערי צדק*

דילמה טיפולית

הטיפול בחולים הסובלים ממחלות כרוניות קשות הוא טיפול מאתגר עם מגבלה ניכרת ביכולת השגת תוצאות מרחיקות לכת. ברוב המקרים אין בידי הרפואה המודרנית יכולת לשחזר תפקוד תקין לאיברים שבהם התפתחו שינויים מבניים ותפקודיים קשים, ובחלק מהמקרים היעד של המטפל הוא לטפל באירועים מזדמנים המחמירים עוד יותר את המצב הכרוני הקשה. יש בידי הרופא המטפל אמצעים מתוחכמים המאפשרים להעניק לחולה טיפול שיעדיו האמיתיים הם לשפר את מצבו הכללי של החולה, אך רבים המקרים שבהם יעד זה לא מושג וגם אם החולה מתייצב הוא עלול, במצב אופטימלי, להישאר מרותק

* במאמר זה יבהר ההיבט המקצועי והרוחני בתקשורת עם המטופל [העורך].

למכשיר הנשמה באופן כרוני, במצב הכרתי במגוון אפשרויות. בקצה האחד החולה נמצא בהכרה מלאה ומודע לכל מגבלותיו הגופניות והתפקודיות, ובקצה האחר החולה עלול להיות מחוסר הכרה לחלוטין עד יומו האחרון שאין איש יכול לצפות מתי יגיע, ואין אנו אפילו יודעים בבירור האם הוא סובל או לא.

זכות ההחלטה

חוק זכויות החולה מעניק את זכות ההחלטה בבחירת טיפול רפואי כלשהוא לחולה, ולחולה בלבד. רק במקרים שבהם החולה אינו בר-שיפוט מועברת זכות ההחלטה ממנו לאחר צו בית משפט.

חובתו של הרופא המטפל להביא בפני החולה את כל המידע הרפואי על מצב בריאותו, מחלתו, הפרוגנוזה הצפויה, וכמובן לדון איתו בהשלכות הצפויות מכל חלופה טיפולית אפשרית. חובה זו כוללת גם את הדיון על אפשרויות הטיפול בהנשמה או באפשרות להימנע מטיפול זה.

הכשירות לקבלת החלטה

דיון כזה עם חולה הוא קשה ואתגרי ביותר. חרף סבלו הרב החולה נדרש להיות במצב שבו הוא מסוגל לשמוע, להקשיב, להבין, לשקול ולהחליט. חלק לא מבוטל מהחולים נמצאים ברמת סבל מתמדת העלולה להשפיע על יכולתם לפעול בכל אחת מהפעולות האלו. חולה עם מחלת ריאות כרונית עלול להימצא עם רמה גבוהה של דו-תחמוצת הפחמן הגורמת לירידה בערנות וברמת חמצן נמוכה המקשה על הריכוז. חולים אלה יכולים לסבול מרמת חרדה ודאגה מצד אחד ומדיכאון מתמשך מצד אחר. לחלקם יש רגשות אשמה על שגרמו לעצמם הידרדרות קשה בעקבות עישון ממושך והזנחה רפואית. אצל חלקם רגשות האשמה גולשים לכיוון הנטל הקשה שהם גורמים לבני משפחתם, ואחרים אף אינם מסוגלים להתעמק בכל הרגשות האלה.

ההשפעה על קבלת ההחלטה

הרופא המטפל נדרש להבין בבואו לשוחח עם החולה אם עצם העלאת הדיון על חלופות הטיפול עשויה להביאו להחלטה נבונה שאכן תשקף את רצונו, או חלילה עלולה לגרום לו להגיע לייאוש ולוותר על טיפול בטרם עת.

גם הרופא המנוסה ביותר מתלבט מהי החלופה הטיפולית הראויה. כאשר יש מערכת אמון אמיתית בין רופא לחולה הרופא יכול להשפיע על החולה לקבל את עמדתו האישית בבחירת החלופה, בין שהרופא עושה זאת במודע ובין שהוא מציג את החלופה המועדפת עליו באופן מזמין יותר. מתעוררת השאלה האם מותר לרופא להשפיע על בחירת החולה

בחלופה זו, או שמא תפקידו להציג את כל החלופות באותה אמפטיה, ולהשאיר לחולה באמת את הבחירה באופן הטיפול המועדף עליו.

המחויבות לקבל את החלטת החולה

הרופא חייב להביע כלפי החולה אמפטיה אמיתית כדי שיאמין שהוא אכן מעוניין להעניק לו את מה שאפשר וישתכנע שהרופא מכבד אותו ורוצה לעזור לו להגיע באמת להחלטה הנכונה ביותר. על הרופא לתת לחולה להבין שהוא יכבד את החלטתו גם אם לא יאמץ את המלצתו, כל עוד אין זה נוגד את כללי האתיקה ואת אמונתו האישית.

מטרת השיח: יצירת מוטיבציה וצמצום שיפוטיות

הרופא נדרש להסביר לכל אורך המפגשים עם החולה מהי ההתנהגות הבריאותית הרצויה כדי למזער את הנזקים, לשפר את היכולת התפקודית וליצור מוטיבציה לקיום התנהגות כזו, תוך הדגשה כי הרופא מבין את הקשיים שבהם החולה נתקל בדרכו לממש את המלצות הרופא. אל לו לרופא לפתח ולהעצים את רגשות האשם של החולה במצבו, שכן שיח כזה עלול לגרום לחוסר שיתוף פעולה של החולה בטיפול הנדרש ולגרום לכך שהחולה ימנע מלהגיע לביקורת הנדרשת, שבה הוא עלול לשמוע שוב שיחת מוסר על התנהגותו הבלתי-אחראית.

רגישות במסירת המידע

על הרופא ליצור אמון אצל החולה בנכונות המידע שהוא מוסר. הרופא מחויב על פי החוק למסור לחולה את כל פרטי מחלתו ואפשרויות הטיפול, אך הוא נדרש לעשות זאת ברגישות מרבית תוך הבנת המבנה הנפשי והאישיות של החולה ולבחור את הדרך הנאותה למסור את המידע המלא: לזהות מתי החולה רוצה לדעת הכול ומתי הוא משדר לו כי אינו רוצה לשמוע את כל הפרטים; להבין מתי החולה רוצה להיות המחליט הבלעדי לגבי הטיפול, או לאפשר לו לומר: "דוקטור, אני מעדיף שאתה תחליט עבורי".

התאמת השיח לאופיו של החולה ולמצבו

על הרופא לוודא שהחולה שומע את דבריו היטב, שאין לו מגבלות שמיעה, שהוא מבין את שפתו ואם יש צורך לאפשר לו להיעזר במתורגמן. הרופא חייב לדבר ברמת תוכן המתאימה לחולה, על פי אישיותו ורמת השכלתו.

רצוי שהרופא יסביר לחולה מהי מחלתו. מה השפעת המחלה על יכולות התפקוד שלו הן ברמה הפיזית והן ברמה הקוגניטיבית. אם נראה לרופא שהחולה מתעניין ומסוגל לרדת לפרטים עמוקים יותר, שיחה על פרטים אלו יכולה להגביר את האמון בין הרופא

לחולה. החולה מרגיש שמכבדים אותו ומתחשבים בו, והמוטיבציה שלו לשתף פעולה עשויה לעלות. עם זאת, כאשר הרופא מתרשם שריבוי פרטים גורם לחולה לאבד את הקשב ואת הסבלנות, יש צורך לדבר רק על הפרטים הרלוונטיים לטיפול עצמו. בהמשך לפי העניין יש לפרט את המהלך הטבעי של המחלה ולפרט את השפעת הטיפול על המהלך הטבעי והפרוגנוזה הצפויה בלי טיפול ועם טיפול. הרופא אמור לפרט את תופעות הלוואי של הטיפול ולחשב את היעילות שבטיפול לעומת הסיכון שבו. גם כאן עליו למסור פרטים מדויקים עד כמה שניתן בלי לתת רושם של סכנה מוגזמת מתופעות לוואי של הטיפול או תמונה אופטימית מדי של תוצאותיו.

הרופא צריך לאפשר לחולה לדבר, להעלות שאלות ולדבר על חששותיו ופחדיו הן מהמחלה והן מהטיפול. עליו לכבד את השואל גם כאשר שאלותיו והערותיו נראות לו חסרות היגיון או משוללות יסוד. אם החולה מעלה שאלות לגבי טיפול לא קונבנציונלי, יש להסביר לו שניתן להיעזר גם ברפואה משלימה אם לא זונחים את הרפואה המוכחת מדעית. אין כל פגם אם הרופא אומר שאין לו מספיק מידע לגבי טיפולים אלטרנטיביים והוא יכול לשכנע את החולה שהוא פועל על פי מיטב הרפואה הקונבנציונלית המתקדמת. רצוי שהרופא יקבל הסכמה מהחולה לשוחח גם עם בני משפחתו ולערב גם אותם בשיקולי הטיפול. חשוב שבני המשפחה יהיו מעורבים ויודרכו לעזור לחולה בקבלת הטיפול שעליו יוחלט, ולתמוך בו גם פיזית ונפשית. להסביר להם גם בנוכחות החולה, וברשותו גם שלא בפניו, כיצד עליהם להתייחס למצבים שונים העלולים להתפתח לאורך המחלה. תפקיד חשוב של הרופא במצבי חולי מתקדמים הוא לגרום לחולה להרגיש חשוב ולראות תקווה בכל מצב. כמו כן, במצב סופני יש להבטיח לו הקלה מיטבית על סבלו בכל מחיר. גם זו תקווה וגם זו רפואה ראויה בליווי החולה בסוף דרכו.

ב. תקשורת עם חולה במחלת ריאות כרונית מנקודת מבט של אחות

אהובה שפיצר, עוזרת מחקר במערך הסיעודי, המרכז הרפואי שערי צדק*

הצוות הסיעודי מתמודד עם היבטים הקשורים לטיפול בחולה הגריאטרי שכולם נסובים סביב ציר התקשורת. האחות שואלת את עצמה: באיזו מידה החולה מבין את השפה? באיזו מידה הוא שומע? קולט? יכול להגיב? להראות שהבין? האם הוא מבין את ההוראות? האם יוכל לזכור ולבצע אותן? עד כמה המשפחה מעורבת ויכולה לקבל בעבורו את המידע?

קבלת החלטות באשר למתן טיפול

כיצד שומרים על חוק זכויות החולה בתהליך קבלת החלטות בעבורו תחת השפעת בני משפחה, פחד מהחוק והתחשבות בסוגיות האתיות?

מטופל הסובל ממחלת ריאה חסימתית ומתאשפז במחלקה הגריאטרית פוגש את האחות ראשונה. לאחר שהיא מבצעת את תהליך הקבלה המטופל נבדק על ידי הרופא, ולפי שיקול דעתם יזמינו מטפלים ויועצים נוספים. חלק מהקבלה הסיעודית מחייבת התייחסות להדרכת המטופל, ואכן כבר בשלב הראשוני, המטופל שואל את האחות שאלות על מצבו. אמנם מחלת ריאה חסימתית גורמת למטופל סבל מקוצר נשימה, ובגלל הסבל לא תמיד יהיה מסוגל לשאול את האחות על מצבו בשלב הראשוני באשפוז.

הסבר על מחלת ריאה חסימתית יינתן למטופלים בהתאם לרמת הבנתם. בדרך כלל חולים אלו מכירים את הבעיה כי היא כרונית. ההסבר יתמקד בעיקר בתהליך הפיזיולוגי של המחלה - הקושי להוציא אוויר החוצה בפעולת הנשימה. כמו כן, יוסבר על בדיקת תפקודי ריאה אם זה רלוונטי למטופל. ההסבר יכלול גם אפשרויות טיפול בעיקר על שימוש במכשיר B-Pap (הכולל שתי רמות של לחצים), במטרה לסייע להכניס אוויר לריאות ולהוציא יותר בקלות. האחות תדגיש את החשיבות במניעת צבירת פחמן דו-חמצני ובשמירה על נתיב אוויר פתוח. בשלב זה נקבל עם המטופל החלטה אם לנקוט שיטות סיוע להנשמה או לא, על כל המשתמע מכך.

לגבי בני משפחה, ההסבר שיינתן יהיה תלוי בתרבותם, ברמת הבנתם לגבי המחלה ובחומרתה. בדרך כלל בני משפחה המבקשים הסבר על מחלת קרובם צריכים לקבל מהאחות הסבר על הפיזיולוגיה של מערכת הנשימה ועל הסיבות למחלה הנוכחית. הדגש מושם על מטרת הטיפול, דהיינו מניעת צבירת פחמן דו-חמצני ושמירה על נתיב אוויר

* הסקירה שלהלן מתייחסת לפתו-פיזיולוגיה שראוי להעלות לפי רצון המשפחה ובהתאם למצב החולה. נציין שיש סיטואציות נוספות דומות, כגון אפוטרופסות [העורך].

פתוח באמצעות טיפול סטנדרטי מתאים. מאחר שברוב המקרים בני המשפחה אמורים להמשיך את הטיפול בבית החולה חשוב ליידע אותם על הגישות הטיפוליות במחלה זו. נוסף על כך, אם מתברר שהחולה זקוק להנשמה יידרשו הם והחולה לקבל על כך החלטה, ואם הוא לא יוכל לתפקד יהיה צורך לייעץ להם על מינוי אפוטרופוס ועל כל ההשלכות הנובעות מכך.

ג. תקשורת עם חולה במחלת ריאות מנקודת מבט של עובדת סוציאלית

לאה אברמוביץ, עובדת סוציאלית, המרכז הרפואי שערי צדק

כעובדת סוציאלית המטפלת בחולה הסובל ממחלת ריאות כרונית מתקדמת עליי לתת מענה לנקודות הבאות:

1. קודם כל עליי להכיר את הרקע הרפואי של החולה ובכלל זה מחלות משמעותיות בעבר, אשפוזים בבתי חולים, האופן שבו החולה מעריך בדרך כלל את מצבו הבריאותי, תדירות ההתקפות במערכת הנשימה והוראות הצוות המטפל עד עכשיו. הייתי מעודדת אותו ואת משפחתו לקבוע פגישה עם הרופא בעוד כמה ימים כדי לדעת על השינויים במצבו ולקבל מידע על הטיפול הנוכחי כדי לשאול על דרכים למנוע החמרה ביכולת הנשימה ולברר מהו הגורם להחמרת הדלקת בריאות.
2. בשיחה עם החולה ומשפחתו המלצתי היא לשים דגש על החשיבות שבהתאמת חייו למצב הבריאות לאחר שחרורו מבית החולים. יש להזכיר לו באיזו מידה הוא יצטרך לשנות את הרגלי חייו; עד כמה מותר לו להתאמץ ואם הוא זקוק לעזרה בפעולות היומיומיות. יש לברר אם הוא מסוגל לעבוד או לנהל אורח חיים כבעבר ואם לא לשנות את פעילויותיו או לצמצמן, ולמצוא פתרונות חלופיים הן לתעסוקה והן לניהול חייו היומיומיים.
3. חשוב לעדכן את החולה ואת משפחתו על השירותים הקהילתיים העוזרים לנזקקים, כגון להפנותו לקבל טפסים בעבור אספקת חמצן בבית והדרכה על סוגי מתקני חמצן העומדים לרשותו לפי היכולת; להפנותו לשירותים ואביזרי עזר מקופות החולים, כמו פיזיותרפיה לפי בקשת רופא המשפחה; להפנותו להצטרף למרכזי יום ולפעילויות שבמסגרתם, או למעקב במרפאת חוץ לבעיות נשימה. אפשר להפנות ללשכת רווחה לקבלת סיוע מעשי או ליווי רגשי, או למשרד הבריאות לקבלת מכשירי עזר דרך קבע או השתתפות בשינוי הדירה (או הרכבת מעלית) ושירותים נוספים לפי הצורך. אם חזרתו של החולה הביתה אינה עומדת על הפרק, יש מקורות מידע נגישים על מסגרות מגורים, כמו דיור מוגן או מחלקות לתשושים.
4. תפקידי מחייב לתת לחולה ולבני משפחתו עצות על המשאבים האישיים: תכנון לבדיקות רפואיות בקופת החולים ומידע על ביטוחים כמו הביטוח המשלים של קופות החולים, המעניק הנחות על תרופות ועל בדיקות רפואיות מיוחדות. אסביר על זכויותיהם, כגון סיוע מחוק סיעוד מטעם המוסד לביטוח לאומי. אייעץ לבני

המשפחה איך לחלק ביניהם את התפקידים הנחוצים כדי לסייע למטופל כדי שהעול לא ייפול רק על אחד מהם וכדי שכל אחד ירגיש מעורב לפי כישוריו ויכולתו לסייע. בדרך כלל ניהול הבית והקשר היומיומי נופל על בן או בת הזוג כשהילדים משלימים את מה שצריך לעשות. לעיתים יש גם מקורות נוספים כמו נכדים, אחיינים ואפילו שכנים וחברים טובים שיכולים לסייע בעבודה בבית. בהמשך השיחה, אם נראה לי שהחולה אינו יכול לנהל את ענייניו יש מקום לשקול מינוי לאפוטרופוס או לפחות ייפוי כוח ולהדריך את המשפחה לאן להתקשר לשם ייעוץ משפטי בנדון.

5. עובדת סוציאלית נדרשת להבין את הפן הרגשי הכרוך בהתמודדות של החולה ושל משפחתו עם המחלה. בני המשפחה צריכים להכיר מהי משמעות החולי והנכות לחולה מחמת אובדן כושר התפקוד שלו. עליו לאבחן את היחסים הבין-אישיים במשפחה ולראות אם חל שינוי בהם. הדימוי העצמי של החולה עלול להיפגע והדבר עלול להתבטא בהתפרצות של כעס, עצב, תסכול, חרדה ושינויים באישיות, שלא פעם מתעוררים סביב המחלות. טבעי שיופיעו תחושות פחד וחוסר יציבות; הכנת החולה ובני משפחתו לתחושות אלה וקבלתן יקלו על ההתמודדות של כל המעורבים.

6. למרות התחושות השליליות והמתחים המלווים בעיות בריאותיות קבועות ואשפוזים חוזרים, יש למצוא דרכים לעודד את החולה ואת משפחתו, להדריכם לראות את חצי הכוס המלאה אפילו אם היא מעורפלת, ולהעניק להם כלים להתמודדות עם האתגר הנוכחי.

ד. תקשורת עם חולה במחלת ריאות מנוקדת מבט של מרפאה בעיסוק

אילת ובר, מרפאה בעיסוק, המרכז הרפואי שערי צדק*

למרפאה בעיסוק מומלץ לקיים שיחה עם החולה ועם משפחתו יחד משום שמחלת ריאות חסימתית כרונית (COPD) משפיעה על כל תחומי החיים ויש דברים שבני המשפחה יכולים לעשות כדי לסייע לחולה. ראשית, יש לוודא עם החולה ועם משפחתו שקיבלו מהרופא המטפל הסבר על המחלה ועל הטיפול התרופתי המתאים לה. שנית, יש להדגיש בפניהם שמחלת COPD עלולה לפגוע באיכות החיים של החולה, גם מבחינה פיזיולוגית וגם מבחינה פסיכולוגית וחברתית:

- **מתחים וחרדות** - כיוון שמרבית התופעות הקשורות לקשיי נשימה (כמו קוצר נשימה) באות בהפתעה, המטופל חי בחרדה מתמדת.
- **דיכאון** - בספרות מצוין כי 42%-50% מחולים הסובלים מ-COPD חווים דיכאון.
- צמצום הקשרים החברתיים - החולים נוטים לצמצם את קשריהם החברתיים עקב חשש מהסטיגמה הכרוכה במחלתם.
- **איבוד הערך העצמי** - עולמו הפנימי של החולה קורס, כולל הייצוג של מקומו והתפקידים שעשה לפני המחלה, ויש פגיעה במעמדו וביחסים בתוך המשפחה (נוה ורחנאייב, 2012).

מחלת COPD מתאפיינת בחולשה כללית ובעייפות כרונית, המקשות על ביצוע פעולות יומיומיות פשוטות, כגון לבוש ורחצה. עובדה זו גורמת לחולה להימנע מביצוע פעולות, להפוך תלוי יותר בסביבתו, לעלייה ברמת הדיכאון והחרדה, ובהדרגה להסתגר בעולמו ולהתבודד מהחברה (נוה, 2014).

הנחת היסוד בריפוי בעיסוק היא כי מעורבותם של אנשים בעיסוקים בעלי משמעות בעבורם ויכולתם להשתתף באופן מלא בפעילויות היומיום, משפיעים על בריאותם ועל איכות חייהם. מתוך הנחת יסוד זו נגזרת מטרת-העל בריפוי בעיסוק: סיוע לאנשים במציאת הדרך למעורבות בעיסוקים בעלי משמעות ומטרה בעבורם כדי לאפשר להם להשתתף במארג החיים (ילון-חיימוביץ ואח', 2006).

בריפוי בעיסוק קיימות כמה אסטרטגיות התערבות, תפיסות טיפוליות שנועדו להכוונת חולה הסובל מ-COPD והמלצות הניתנות לו:

* מאמר זה משקף את הגישה המעשית של ריפוי בעיסוק הנובעת מעקרונות היסוד של המקצוע [העורך].

1. קידום בריאות

הפסקת עישון: בירור על קבוצות תמיכה להפסקת עישון מטעם קופות החולים; הימנעות מעישון פסיבי ומשהייה בסביבה שבה האוויר מזוהם. הודעה לרופא על כל שינוי בתפקוד.

טיפול נשימתי פרטני: מומלץ לברר עם קופת החולים על תכניות קיימות לטיפול נשימתי פרטני או קבוצתי. קבוצות תמיכה אלה יכולות לספק תכנית התעמלות מותאמת ואף הדרכה תזונתית (נוה, 2014).

ביצוע פעילות גופנית באופן סדיר: פעילות גופנית תורמת לבריאות הכללית, מחזקת את השרירים והעצמות ומשפרת את ההרגשה ואת איכות החיים של החולה. דגש על תרגילי נשימה וגמישות.

2. שימור

ללא התערבות משמרת ומתמשכת התפקוד ייפגע וישפיע על הבריאות ועל איכות החיים של האדם. חשוב מאוד לעודד את החולה להמשיך ולנסות לתפקד בפעילויות יומיומיות בסיסיות ככל יכולתו. לסביבה יש השפעה רבה על יכולת שימור התפקוד באופן כזה, כשלפעמים רוצה לסייע לחולה אך בעצם מקטינה ומצמצמת את פעילותו ואת רמת תפקודו.

3. התאמה

תפיסה המכוונת למציאת דרכים לאפשר ביצוע עיסוקי מרבי.

שימוש באביזרי עזר (Assistive Devices): אביזר עזר הוא כל חפץ או מכשיר שעוזר לאדם עם מגבלה להתגבר על ליקויים, למנוע נזקים ולקדם עצמאות תפקודית ובכך להצליח להשתתף בפעילות הרצויה. לחולה ב-COPD יש קושי רב בעיקר בפעילויות כמו לבוש פלג גוף תחתון ורחצה, פעילויות הדורשות מאמץ עקב כיפוף הגו כלפי מטה.

אביזרי עזר ללבוש פלג גוף תחתון:

- מקל הלבשה - מסייע בלבישת תחתונים ומכנסיים על ידי הכנסתם על זיז במקל.
- גורב גרביים - מתקן מפלסטיק או בד שעליו משחילים את הגרב ונמנעים מכיפוף.
- כף נעליים ארוכה - מסייעת בהכנסת כף הרגל לנעל תוך כיפוף מינימלי של הגו.
- שרוכים אלסטיים - ניתנים להשחלה פעם אחת ללא צורך בקשירה ובכך מונעים כיפוף.
- יד עזר (reacher) - מקל ארוך שבקצהו צבת המאפשר להרים חפצים ללא צורך בכיפוף.

התאמת סביבת הבית: יש ללמד את החולה כיצד להתאים את הסביבה שבה הוא חי למחלתו.

- בחדר הרחצה - הכניסה לאמבטיה לאדם מבוגר וחולה, ובפרט לחולה ב-COPD, מהווה מאמץ פיזי ונשימתי רב, ולכן רחצה במקלחון בטוחה וקלה יותר. לשם בטיחות יש להתקין ידיות אחיזה יציבות במקלחון, באמבטיה וליד השירותים. אין לנעול את דלת האמבטיה והשירותים מבפנים, כדי לאפשר הושטת עזרה בעת הצורך. רצוי גם שהדלת תיפתח כלפי חוץ.
- ברחבי הבית - יש לפנות את הרצפה מחפצים, מחוטי חשמל ומחוטי טלפון כדי למנוע היתקלויות ומעידות. הטלפון צריך להיות במיקום נגיש ונוח ורצוי להשתמש בטלפון אלחוטי. יש למקם חפצים בשימוש יומי בהישג יד. יש להתקין מבעוד מועד לחצן מצוקה בבית (גם תלוי על הצוואר או כשעון על היד) שיוכל לשמש בשעת חירום.

4. הדרכה לחיסכון באנרגיה

כדי להפחית מאמץ ולשמור על אנרגיית הגוף לחולה ב-COPD, יש לבצע פעילויות מסוימות בישיבה במקום בעמידה, כגון: רחצה, עבודה במטבח, קיפול כביסה או ניקיון הבית. כמו כן, רצוי לחלק את המטלות למשימות קטנות יותר, תוך כדי ביצוע הפסקות (נוה, 2014). תוצאות הטיפול יכולות להיות שיפור במידת העצמאות, שיפור ביכולת ההשתתפות בפעילויות משמעותיות בבית ומחוצה לו ושיפור באיכות החיים, במידת ההנאה והסיפוק שאדם מפיק מחייו, הקשורה לערכים ולאמונות שלו ולאפשרויות העומדות בפניו (ילון-חיימוביץ ואחר', 2006).

סיכום

שיקום מבוגרים הלוקים במחלת ריאה חסימתית כרונית כולל את הטיפול הרפואי, מצד אחד, ומתן אסטרטגיות להתמודדות עם הגורמים המגבילים, מצד אחר. לפיכך, המלצות של מרפאים בעיסוק, בשילוב מודעות לשמירת הבריאות, עשויות לאפשר לחולה ב-COPD לשמר ואף לשפר את תפקודו בחיי היומיום, להפחית חרדה ודיכאון, ובכך לתרום לשילובו בפעילויות משמעותיות עבורו ולשפר את איכות חייו.

מקורות

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

נוה, י' (2014). *מחלת ריאות חסימתית: ריפוי בעיסוק*. עלון מידע לציבור בנושא שיפור ניידות וסביבה בטוחה. משרד הבריאות, האגף לגריאטריה.

פרק 8:

מפגש עם זקנים הסובלים מדיכאון ושיחה עם בני משפחותיהם

דבי שפירא וארנולד רוזין

דיכאון הנוגע באדם בשלב מאוחר של החיים גורם לבעיה בריאותית קשה, לסבל, לירידה ברמת התפקוד ולעלייה בתמותה. יש תת-אבחון של סוגי הדיכאון אצל זקנים אך לעתים קרובות חוסר אבחנה מונע את הטיפול המתאים על ידי רופא המשפחה. דיכאון אינו חלק מההזדקנות הפיזיולוגית. עצבות ואבל הם חלק מתגובות צפויות לאירועים העשויים לקרה בזקנה, כמו יציאה לפנסיה, שינוי במצב רפואי או פטירתו של אדם קרוב, אך לפעמים תגובת הזקן יכולה להוביל לעצבות ממושכת או לאחד הסוגים של דיכאון שיתוארו בהמשך: דיכאון מג'ורי (Major Depression), דיכאון מינורי (Minor Depression), דיסתמיה (Dysthymia) וציקלותמיה (Cyclothymia).

כ-20 אחוזים מהזקנים העצמאים הגרים בקהילה סובלים מדיכאון. מעל 30 אחוזים מהזקנים המאושפזים ויותר מ-40 אחוזים מהחולים שלקו באירוע לבבי ובאירוע מוחי או בעלי גידול סרטני סובלים מדיכאון ובקרב דיירי בתי האבות שיעור הדיכאון גדול מ-50 אחוזים.

מהות השיחה עם החולה

בשיחה עם אדם הסובל מדיכאון ועם קרוביו הרופא והצוות הרפואי נדרשים לדעת מהן תלונותיו הפיזיות והנפשיות, האם יש מחלות נלוות, ומהן האבחנות ואלו תרופות החולה נוטל בקביעות. יש לברר אם הדיכאון הופיע בגיל זקנה ואם כן לחפש את גורמיו, או אם היו בעבר אירועים חוזרים ומתמשכים של דיכאון ומה היו התסמינים הנפשיים. בניגוד לדיכאון בגיל צעיר יותר, דיכאון אצל זקנים יכול לנבוע משילוב של נסיבות סביבתיות, כמו אבל או אובדן השכיחים בזקנה, הפחתה בתמיכה כלכלית והסיכון של עוני. סיבה שכיחה נוספת

לירידה ממושכת במצב הרוח טמונה באיבוד תקווה לסיפוק מהחיים, ירידה משמעותית בביטחון עצמי ובדימוי עצמי ושינויים שליליים באורח החיים. אולם מלבד המחלות הנלוות וההמשכיות של מחלות מהעבר, הדיכאון מופיע לעתים אצל אנשים מבוגרים עם תלונות גופניות רב-סיבתיות, בדומה לחולי של נירוזות. חולה כזה מציג רשימה של פגמים גופניים, כגון כאבים בראש או בגב, הפרעות במערכת העיכול או במערכת העצבים, סחרחורת וכאבים מפוזרים בגוף. במקרים כאלה נדרש בירור רפואי רלוונטי לאנמנזה.

להלן דוגמאות לשיחות שניהלתי עם חולים.

דוגמה ראשונה: נתבקשתי לבדוק בחדר מיון אדם בגיל 76 שהתלונן על כאבים עזים קבועים בפנים, בעיקר בלסת, במשך כמה חודשים. האיש עבר בירור מקיף במחלקת כירורגיה של פה ולסת בבית ספר לרפואת שיניים אך הבירור לא העלה את המקור ואת הסיבה לכאב. מלבד האנמנזה הוא נשאל מה הוא עושה כל יום. מתשובתו ניכר שהוא הפחית משמעותית בעיסוקיו. רוב הזמן למד בבית המדרש המקומי אך לדבריו הוא איבד עניין בכך. נוסף על כך התברר שהיה חסר תיאבון, ירד במשקל ורמת הסיפוק שלו מהחיים פחתה. מתוך תיאור השינויים בחיי היומיום ובעקבות בירור אורגני הסקתי שמדובר בדיכאון ורשמתי מרשם לנוגדי דיכאון. במעקב שנהל בחודשים שלאחר מכן דיווח המטופל שהכאבים לא נעלמו לחלוטין אך נותרו מיחושים שאיתם הוא מסוגל לחיות בלי סבל ממשי. בהדרגה, עם המשך הטיפול בנוגדי דיכאון, מצבו הבריאותי חזר לנורמה, הוא שב ללימודים, תאבונו חזר אליו, הוא עלה במשקל ומצב רוחו השתפר. הלקח ממקרה זה הוא חשיבות האנמנזה והבירור שנועדו לשלול מחלות באבחנה מבדלת, ולזהות הסבר נפשי אפשרי לתסמין שגורם סבל קשה.

דוגמה שנייה: אחות ותיקה ובכירה בבית חולים שהייתה אחראית על מספר מחלקות, פרשה מקריירה ממושכת וזמן קצר לאחר מכן עברה לדיור מוגן עם בעלה. האחות הייתה תמיד אופטימית והצליחה למצוא פתרונות למצוקות החולים שבטיפול. היא הגיעה למרפאתי עם תלונה על כך שהיא כבר אינה חשה סיפוק בחיים כפי שחשה חצי שנה קודם לכן. בבדיקה הגופנית לא התגלו סימנים פתולוגיים, והרושם היה שהיא סובלת מדיכאון עקב עזיבת ביתה לדיור המוגן ופרישתה מעבודתה. האישה הסכימה לקחת כדורים נוגדי דיכאון. כעבור חצי שנה פסקו התלונות הגופניות וחל שינוי משמעותי באנרגיה היומיומית שלה. היא המשיכה בטיפול עוד חצי שנה ואז הופסק הטיפול בהדרגה והדיכאון לא חזר. מבדיקת הרקע לדיכאון נראה שנסיונות הפרישה יחד עם המעבר מביתה גרמו לתגובה לא צפויה. הטיפול התרופתי בנוגדי דיכאון סייע לאזן שוב את מצבה הנפשי. לקח חשוב כאן הוא שיש להאריך את הטיפול בנוגדי דיכאון למשך חודשים לאחר השיפור כדי שלא תהיה נסיגה, זאת אומרת לעקוב אחר תועלת הטיפול התרופתי ולוודא שלא מופיעות תגובות לוואי בלתי רצויות.

הדיכאון עלול לגרום לחולה להירתע מלמסור מידע רלוונטי על עצמו ובכך יוגבר הקושי בהפקת האנמנזה מהמטופל. יש לתופעה זו כמה סיבות: תחושות סובייקטיביות שליליות; ייאוש והתנגדות לספר על עצמו מתוך הכחשה של החולי, ומתוך הגזמה בתגובות המטופל לתסמיני מצב רוחו. כמו כן, אם יש ירידה קוגניטיבית המלווה את הדיכאון או שהיא מהווה חלק ממנו, ייתכן שהמידע אינו מושלם או אינו נכון. לפיכך על הרופא לברר אם יש רקע של מחלות דיכאון (כולל דיכאון לאחר לידות), באיזה גיל החלו תופעות הדיכאון, אם היה אירוע אחד או יותר של דיכאון קשה מג'ורי ואם היו אירועים חוזרים של הדיכאון. בשיחה עם המטופל ועם המשפחה ישאל הרופא אם היה תמיד במצב דיכאוני, פסימי או נטול שמחת חיים דברים המצביעים על אבחנה של דיסתמיה, או אם היו גם אירועים מוגזמים של מצב רוח מרומם מעל הצפוי, המעידים על מחלה דו-קוטבית (בייפולאר) ודורשים טיפול תרופתי אצל פסיכיאטר.

חשוב שהצוות הרפואי יקבל תמונה על סגנון חייו של החולה, עיסוקיו ועבודתו ומה הייתה מידת ההתמדה שלו בהם. כמו כן חשוב לדעת על גורמים שהפריעו למהלך החיים של המטופל, במיוחד משברים משפחתיים ויחסים בלתי תקינים בינו לבני המשפחה, או קשיים בתקשורת עם החברה בכלל. המרכיב הגנטי, שהוא בעל משמעות במחלות נפש אצל צעירים ניכר פחות בדיכאון של זקנים, והגורם הרלוונטי המשפיע על מצב רוחם הוא מצבם החברתי-כלכלי אחרי הפרישה מהעבודה.

הנושאים שיש להתייחס אליהם בהערכה הקלינית

1. האבחנה המבדלת הנרחבת במחלות נפש מסוגי חרדות וליקויי התנהגות עקב מצבי כפייה (Obsessions OCD), בעתות (Phobias), פחדים, חשדנות ומחלת הסכיזופרניה. כמו כן יברר הרופא אם יש או היו לחולה מחלות גופניות, כגון יתר-פעילות או תת-פעילות של בלוטת התריס; מחלות אנדוקריניות, כגון בריחת סידן או הפרעה באיזון מלחי הדם, וכן יבדוק הרופא אם הופיעו סימנים לגידולים ממאירים.
2. סוג הדיכאון: דיכאון מינורי, דיכאון מג'ורי, דיכאון פסיכוטי עם קריטריונים של DSM4, דיסתמיה הקיימת בעיקר אצל אנשים צעירים או בגיל עמידה, או ציקלותמיה (cyclothymia), המאופיינת בתנודות בלתי צפויות במצב הרוח עד כדי הפרעות אישיות המסמנות אישיות גבולית (Borderline Personality) שיכולות להימשך ולהופיע גם בזקנה.
3. האם היו התבטאויות או רמזים על מחשבות אובדניות וניסיונות קודמים להתאבד.

הסיבות לדיכאון בזקנה

1. בעיה קיומית: החיים בלי העבודה השגרתית וירידה בהכנסות.
2. ירידה במצב הבריאותי, קשיי תפקוד, מחלות חדשות או התעוררות של מחלות קודמות עקב גירוי מסוים.
3. קשיים רגשיים בהתמודדות עם הזקנה, עם תחושת חוסר המטרה בחיים וחוסר התועלת, ועם התנסות בשכול ואובדן בקרב בני משפחה וחברים. הדיכאון יכול לגרום לערעור היציבות של אורח החיים עקב פרישה מהעבודה שהעסיקה את האדם רוב שנותיו והיעדר אפשרות להמשיך במקצוע או סוג העבודה בה היה רגיל. על פי רוב אין לאדם בשלב ההזדקנות את הניסיון או התושייה להתחיל לחפש עבודה או לעסוק בקריירה חדשה. יתכן ויש לו חששות מפגיעה בעצמאותו בגלל השינויים הגופניים והנפשיים והיווצרות יחסי תלות בבני המשפחה. חששות אלה משקפים את חוסר הסתגלותו לשינויים באורח חייו, כמו מעבר לבית אבות או לדיור מוגן, שבהם ניטלים ממנו החופש והפרטיות.

שיחה עם משפחתו של חולה הסובל מדיכאון

משיחה עם משפחתו של חולה הסובל מדיכאון ניתן ללמוד על מצב רוחו לאורך הזמן, על שינויים וחרیגות במצבו הנפשי וכמובן שניתן לברר אם בני המשפחה היו עדים להשתלשלות אירועים חוזרים ומתמשכים של דיכאון ומה הם התסמינים הנפשיים של החולה. על חשיבות המידע המדויק מהמשפחה יעיד תיאור המקרה הבא: איש מקצוע טלפן אליי בבקשה דחופה לקבל את אמו לאשפוז במחלקה הגריאטרית. כיוון שהייתה מיטה פנויה במחלקה בקומה שש, הסכמתי לאשפז אותה מיד באותו יום אחר הצהריים. בהגעתה למחלקה סיפר הבן על הידרדרות קשה בשבועות האחרונים ואז יצא לביתו. בבדיקה שלי ושל שאר הרופאים היה ברור שהאישה סובלת מדיכאון רוגש ואי-שקט ניכר. במחלה, שמרה עליה אחות מיוחדת כדי להגן עליה מאי-השקט שלה. הלילה עבר בלי אירועים חריגים, אולם בבוקר, בעת החלפת משמרת האחיות שארכה דקות ספורות, החולה יצאה במהירות מהמיטה, התקרבה לחלון, פתחה אותו וקפצה מהקומה השישית אל מותה. יותר מאוחר באותו בוקר הגיע הבן וסיפר לנו שרק לאחרונה השתחררה אימו מאשפוז במחלקה פסיכיאטרית.

בני משפחה יכולים לספר על מצבו של החולה לפני פרישתו מהעבודה: יכולתו או אי-יכולתו להתמודד עם קשיים, על עליות וירידות במצב הנפשי שיכולות לרמוז על מצב דו-קוטבי, או לתאר את רמת התפקוד היומיומי, מידת ההתמדה בביצוע עבודתו ומידע

על אורח חייו האישי. בני משפחה יכולים לדווח גם אם חלה ירידה במעמדו במשפחה לאחר הפרישה.

דרכי הטיפול בדיכאון בזקנה

דיכאון מתמשך העוטף את האדם המבוגר גורם לסבל משמעותי ויש לו השלכות שליליות על יכולתו לתפקד ועל המשך היציבות באורח חייו. אבחון בתהליך מורכב זה ונקיטת צעדים שיקלו על העומס הנפשי של החולה ושל משפחתו תובע גישה תרפויטית רב-מקצועית. הרופא נדרש להיזהר בדבריו בשיחתו עם המטופל ולהימנע מלומר לו דברים שעלולים להגביר את תחושת האשמה של המטופל ולשבש את תהליך שיקומו מהדיכאון. יש שלוש דרכים לטיפול בדיכאון: (1) טיפול תרופתי; (2) פסיכותרפיה; (3) טיפול חברתי ותמיכתי של אנשי מקצוע נוספים (אחים, עובדים סוציאליים, מרפאים בעיסוק או פיזיותרפיסטים).

1. טיפול תרופתי

באמצע המאה העשרים חל מהפך בטיפול תרופתי במחלות נפש, במצבי מתח ועקה וזאת בעקבות המצאת קבוצת תרופות הרגעה הממתנות מצבי חרדה. כמו כן, נתגלו תרופות אחרות שהשפיעו והקלו על מצבי דיכאון. אף שהמנגנונים הפרמקולוגיים נחקרו ומדענים הצביעו על ההבדלים בפעילות הפרמקולוגית בין קבוצות תרופות נוגדות דיכאון, עדיין לא ברור מהו בדיוק המנגנון המוביל לשיפור הנפשי. לכן בשיחת ההסבר לחולה, הרופא צריך להדגיש את התוצאה החיובית בשיעור משמעותי של המטופלים, ולהתייחס לאפשרות של תופעות לוואי, לצורך להתמיד בנטילת התרופות ולציין שאין שיפור מיידי אלא בתוך כמה שבועות. הרופא יסביר את הצורך במעקב קליני ומעבדתי כדי להגביר הסיכויים להצלחת הטיפול. מדיניות הטיפול בתרופות כוללת גם הפניה לפסיכיאטר. אם יתברר שהתרופות הנרשמות אינן מועילות כדאי להתייעץ על אמצעים אחרים כמו טיפול בנזעי חשמל, טיפול ישן שעדיין מועיל כשהוא מבוצע על ידי פסיכיאטר מומחה. כמו כן, אם האבחנה היא דיכאון פסיכומי, ניתן לשלב תרופות נוגדות פסיכוזות עם התרופות האנטי-דיכאוניות, או לשלב את הפסיכיאטר בטיפול התרופתי. במדיניות הטיפול בדיכאון ניתן להוסיף שיטות טיפול אחרות, כגון פסיכותרפיה, כפי שיתואר להלן.

מחקרים בחולים מבוגרים או זקנים מגלים שהופעת דיכאון לראשונה בגיל מתקדם מהווה גורם סיכון לדמנציה ולאור זאת על הרופא לבדוק את הרמה הקוגניטיבית של המטופל. כמובן אין טעם להעלות נקודה זו עם החולה או עם המשפחה, אך חובה לבדוק באנמנזה את רמת החשיבה והריכוז, ולעקוב אחרי מצבו של החולה בחדשים הבאים.

2. פסיכותרפיה

האם פסיכותרפיה מועילה לזקן? האם שיטות של פסיכותרפיה יכולות להקל על תסמינים הנובעים מעקה, ממצוקה, מדיכאון, מאבלות ומאירועים טראומטיים שערערו את היציבות הנפשית? פרופ' יעקב לומרנץ, בעבר יו"ר האגודה הגרונטולוגית בישראל ומחברם של ספרים ומאמרים רבים על שיטות בפסיכותרפיה סבור כי התשובה היא חיובית. לדעת לומרנץ יש לעקוף את מושגי הזקנה השליליים ולהתייחס לבעיות נפשיות של הזקן במהותן כמו בצעירים. אמנם הבעיות הנפשיות בזקנה עלולות להיות שונות בהופעתן הקלינית ובמנגנון הפסיכודינמי שלהן, כגון הפחד מהמוות והקרבה אליו, אך רגשות אלו יכולים להאיץ את ההתעניינות במנגנון זה ובהשפעה של תהליכי ההזדקנות. לומרנץ סבור שלזקנים יש מוטיבציה להיות שותפים לניתוח קשיים נפשיים, לגילוי פגמים באישיות וטראומות וקונפליקטים במהלך החיים, ומוכנות לשתף פעולה במאמצים לתיקונם. כדי ששיתוף הפעולה יצלח הפסיכותרפיסט אמור לנהוג באמפתיה ולשדר תקווה לגבי תוצאות הטיפול. התרפיסט מנסה לגלות מרכיבים תת-הכרתיים ולא-מודעים של המטופל, אירועים, חוויות ורגשות שהפריעו לו תוך כדי התפתחותו, שמפניהם לא הייתה לו הגנה פסיכולוגית מספקת. לשון ה"תיקון" היא אחד היסודות במגמות הפסיכותרפיה והיא דומה במידה מסוימת לעיקרון של שיקום, שגם לפיו המטופל עובד עם המטפל במגמת התיקון כדי להסיר את העיוות בהשקפת עולמו.

3. טיפול חברתי ותומך

קיימים יחסי גומלין בין דיכאון לבדידות. מי שמדוכא מועד לסבול מבדידות, ובדידות עלולה לגרום לדיכאון כתוצאה מניתוק חברתי. הבדידות טמונה ברגש של האדם ומהווה תסמין פתולוגי. בעוד שמגורים לבד אינם גורמים בהכרח לבדידות מומלץ שרופא או עובדת סוציאלית יודאו שיש למטופל תעסוקה וקשרים משפחתיים או חברתיים. מלבד הטיפול התרופתי בנוגדי דיכאון, אחת הדרכים לטפל בבדידות כמרכיב בדיכאון היא ניסיון לחבר את החולה לקבוצה שיהיה לו תפקיד בה. פעולה כזאת יכולה להחזירו להיות אדם בתוך החברה, להיות שותף בקבוצה ולחוש שהוא תורם את חלקו לחברה. מטרה נוספת של הטיפול החברתי היא להחזיר למטופל את כבודו האישי כאדם ואת תחושת המשמעות והחשיבות שלו בעולם.

גישה אחרת לסיוע לזקן בדיכאון היא תרפיה דרך סיפור ונרטיב. רופאים שייסדו פעילות תרפויטית זו ברפואה פנימית ונפשית גילו שמלבד האבחנה הקלינית שנמסרת לרופא, עצם הסבלנות שלו להקשיב לפרטי הדיכאון והסבל חיזקה את מערכת יחסיו עם החולה. במאמר על רפואה נרטיבית "Narrative and Medicine" (Charon, 2004) הודגשה האמפתיה וההבנה של הרופא כתרומה משמעותית לתכנית ההתאוששות של

החולה וכמענה לסבלו. על פי הרפואה הנרטיבית האבחנה מקודדת בסיפורו של החולה על המחלה. מהות הסיפור והאופן שבו החולה מספר אותו משקפים את אופי הסובל, וזהו מידע חשוב לתכנון ההתמודדות עם מחלתו. לא רק המילים שהמטופל אומר, אלא גם כל הפעילות המלווה את דיבורו, כמו הבעות פניו ותנועות ידיו, מעמיקה את ההבנה של מצב החולה על ידי רופאו. כמו כן, פרטי תיאור הנסיבות שקדמו לחולי עשויים לתת תמונה יותר מציאותית מרשימת תסמיני המחלה ולשפוך אור על תגובות פסיכולוגיות אליה. בסוג זה של טיפול הרופא עשוי להזדהות עם מצוקתו של החולה ולהיות מעורב בחווייתו, והדבר נוגד את ההנחה המקובלת שרופא חייב לשמור על אובייקטיביות ולא לגלות מעורבות אישית בבעיותיו של המטופל. עם זאת, הקשבה מדויקת לנרטיב של המטופל תוכל להגן על המטפל ולשמור על שיפוט נכון לגבי הטיפול בחולה שלפניו.

מקורות

- רוזין, א' (עורך) (2003). *הזדקנות וזקנה בישראל* (עמ' 497-500). ירושלים: **אשל**, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל.
- Charon, R. (2001). "Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession and Trust". *JAMA*, 286: 1897-1902.



פרק 9:

האם לספר לחולה את האמת על מחלתו?

דפוסי התקשורת בין הרופא למטופל עברו שינויים רבים מאז המאה התשע עשרה ועד היום. בספרות של אותה תקופה מתוארים יחסים אלה במושגים פטרנליסטיים, דהיינו שסמכות הרופא כלפי המטופל הופכת אותו למנהיג הטיפול, שהחלטותיו מתקבלות ללא ערעור ודעתו של המטופל ונקודת ראותו לגבי מחלתו אינן משמעותיות או תורמות להכוננת הטיפול. דוגמה קלסית ליחסים אלה היא סיפור על רופא באנגליה בשנת 1920 שקיבל לניהולו מרפאה מרופא אחר שניהל אותה במשך 40 שנה. הרופא החדש תיאר את מערכת היחסים של הרופא הקודם עם מטופליו. לפי תיאורו הרופא מעולם לא שיתף את המטופלים באבחנה לגבי מצבם, והם מצדם לא העזו לשאול אותו על כך וכיבדו אותו כגורם המוסמך והאחראי לבריאותם.

בגישה דומה נתקלתי כשחזרתי לאנגליה כמה שנים אחרי עלייתי לארץ לעבודה כמחליף במשך חודש בבית חולים. שאלתי אישה שאושפזה במחלקה פנימית עם בעיה אורתופדית ברגלה מה היא חושבת על אפשרויות הטיפול ברגל. היא ענתה שאינה יודעת וכי היא תעשה רק מה שהרופא יציע לה. גישתה ותלותה בסמכות הרופא בלי להביע דעתה או רצונה לגבי המשך הטיפול בה הפתיעו אותי על רקע ניסיוני בישראל, שבה לעתים קרובות החולה הוא המודיע לרופא איזה טיפול לעשות.

מאמצע המאה העשרים חלו שינויים בעקרונות האתיקה הרפואית שגרסו כי האוטונומיה של המטופל היא הערך הדומיננטי בטיפול הרפואי ושהחלטה על אופן הטיפול דורשת את הסכמתו. על הרופא לעדכן את החולה לגבי מצבו לאור מה ששמע ממנו, להסביר לו את פירוש התסמינים והסימנים הפתולוגיים, הבדיקות ותוצאות הברורים ולייעץ לו על הטיפול המועדף. עם זאת, קורה שהחלטת המטופל עלולה להיות שונה מדעתו של הרופא. לפי גישה זו, החולה שותף מלא לתהליך הרפואי על פי המידע שהרופא מסר לו ועליו לחתום על "הסכמה מדעת" (Informed Consent) בהחלטה על ניתוח למשל או על טיפול מיוחד כגון הקרנות או כימותרפיה. הדבר נכון בקשר לכל פרוצדורה רפואית פולשנית וגם במקרים כאלה המטופל נדרש להביע הסכמה לאחר שקיבל מהרופא הסבר על הרציונל ומהות הטיפול. החולה רשאי לקרוא כיום את גיליונו הרפואי, בניגוד לשנים קודמות שבהן חל איסור על מסירת גיליון רפואי לידי החולה המאושפז. עם זאת, הרופא או אנשי הצוות

לא היו רשאים לחשוף את תוכן התיק בלי רשותו והסכמתו של החולה להוציא נסיבות הקשורות לביטחון הציבור כמו עבריינות או מחלה מדבקת. לצוות אין ומעולם לא הייתה רשות לפרסם את המידע או לצלם את החולה או את קרוביו בלי הסכמתם. כתוצאה מהתחשבות באוטונומיה של המטופל נראה שהרפואה נעשתה יותר שקופה וכבר אינה מסתורית. עם זאת, הצוות הרפואי חייב לשמור על התקשורת הנחוצה עם העמיתים המקצועיים כדי לחשוב על הטיפול הטוב ביותר ועל הגישה הנכונה לחולה ולמשפחתו. לכן אין תועלת בשאלות המטופלים ובני משפחתם לפני קביעת האבחנה הפתולוגית על ידי הרופא והצוות המטפל, ומענה מוקדם מדי עלול לפגום בשיחה עמם. התקשורת בין הרופא ובין החולה וקרוביו יכולה להתנהל בשלבים על פי ההתקדמות בגילוי הנתונים במהלך המחלה והדבר דורש סבלנות גם מהרופא וגם מהמטופל ובני משפחתו.

האם לספר את האמת, ואם כן, איזו אמת?

יש הטוענים שחובה על הרופא לספר את האמת לחולה על מצבו הקליני. כאן מתעוררות כמה שאלות על סוג התקשורת בין הרופא לחולה. הראשונה היא: מהי האמת שהרופא מוסר לחולה? האם הכוונה היא שהרופא חייב ליידע את החולה באבחנה של מחלתו? האם בוודאות האבחנה היא האמת? יש לציין שעל פי רוב האבחנה נקבעת על סמך הנתונים מהאנמנזה, הסימנים הקליניים והבירורים המתאימים לדפוס המחלה המוכרת והמקובלת בספרות ובקרב הרופאים המומחים בתחום. אולם כותרת האבחנה מבוססת על ההסתברות שהיא יכולה להיות אמיתית ב-99% או אולי רק ב-90%, וייתכן פער בין האבחנה ובין האמת הוודאית. כמו כן, יש להביא בחשבון בעיות בתקשורת במילים. לעתים נוצר פער בין משמעות המילה בעיני הרופא (למשל "סקלרוזה") ובין פרשנותה בעיני החולה (למשל "סקלרוזה נפוצה"). כלומר, על הרופא לשים לב האם דבריו הובנו אצל החולה כמו שהוא התכוון בהסברו.

ה"אמת" היא ערך יחסי ולא אבסולוטי והיא מושפעת מנסיבות הזמן והמקום מתרבותם של שני הדוברים ונתונה לשינויים בהתפתחות התופעות הקליניות. יש להימנע מלקבוע "פסק דין" על מחלתו של אדם בלי להכיר את רגישותו לגבי מצבו, אם האבחון מהווה רק חלק מהאמת. בשיחה על טיב המחלה רצוי שהרופא ישאל את החולה (ובנפרד את המשפחה) מה הוא רוצה לדעת ואין טעם שיאמר בשיחה כזאת את האבחנה "דוגרי", שמא ייפלו לדיכאון או ייכנסו לתבהלה.

להלן דוגמה מן המקרא על הצורך לגישה צנועה לאבחון בכלל. בספר "ויקרא" נדונה הסוגיה של אבחון צרעת (מעין עובש) בקירות הבית על ידי כוהן הבודק את הבית. על הדיווח

מבעל הבית בגילוי התופעה נכתב: "וּבָא אֲשֶׁר לֹו הַבַּיִת וְהִגִּיד לְכֹהֵן לְאֹמַר, כְּנָגַע נִרְאָה לִי בְּבַיִת" (ויקרא יד, 35). את המילה "כְּנָגַע" מפרש רש"י: "אפילו תלמיד חכם שיודע שהוא רואה נגע ודאי, לא יפסוק לומר באופן אבסולוטי 'נגע נראה לי', אלא 'כנגע' נראה לי". התורה ממליצה לנקוט גישה צנועה לפני קביעת אבחנה מוחלטת על ידי הכוהן המומחה, גם כשהאבחנה הראשונית נראית ברורה. מעניין לציין שאפלטון כתב ברוח דומה על מה שנחשב אמת: "היודע את הכול, גם את המחשבות הפנימיות של אנשים, בעולמנו קיים רק בסיפורת".

מטרת השיחה בין הרופא לחולה

בשיחה עם החולה על מחלתו הרופא צריך להחליט מהי מטרת השיחה ומה מטרת השאלות שיפנה אל החולה ואל משפחתו. משיחה זו הרופא יכול ללמוד על אופי החולה, על תגובותיו למחלה, על חששותיו ועל הרקע הבריאותי שלו. מלבד השאלה על פרטי האבחנה, יש חולים הרוצים לדעת על סיבת המחלה ומהלכה ועל הצפי לשיפור במצב החולי (פרוגנוזה). לפיכך כדאי שהרופא ישאל את החולה מה הוא רוצה לדעת בדיוק ולא ינחש מה מטריד אותו. יש מקרים שבהם החולה רוצה לקבל אישור שמצבו אינו מסוכן, או שאינו סובל ממחלה מסוימת כגון סרטן, דמנציה או מחלה חשוכת מרפא. לחלופין החולה או משפחתו צריכים להתמודד עם שינויים באורח החיים, כמו אחרי אירוע מוחי, ולהתאים את עצמם למגבלות הנובעות מן המחלה. בשיחה עם החולה הרופא צריך להבין מה תפיסתו של החולה לגבי מחלתו ולהעריך אם הוא מבין מה הנכות הפוטנציאלית. בשיחה עם בני המשפחה הרופא וגם העובדת הסוציאלית צריכים להבין שהאינטרסים של המשפחה יכולים להיות שונים מרצונותיו של החולה. אחד הנושאים הוא קבלת אחריות על ידי המשפחה והעיסוק בטיפול במחלה כרונית או במגבלה רצינית של החולה הזקן, למשל אחרי שבר בעצם הירך או אחרי ניתוח כלשהו. מובן שחלק מהנושאים האלה אינם מתאימים לדין בשיחה פרלימינרית עם החולה או עם משפחתו עד שמצטיירת תמונה של הנכות הנובעת מהמחלה והנסיבות המשפחתיות של החולה. גם קרובי המשפחה צריכים להגדיר לעצמם מהי מטרת שאלותיהם מהרופא, כגון מידע על נתוני המחלה ועל מצבו של החולה או מסר של עידוד ותקווה ולנסח אותן בבחירות ובענייניות. החולה תמיד מתרשם כשהרופא ואנשי הצוות מגלים כלפיו אמפתיה והבנה כלפי סבלו, ובאופן מטפורי רואים את המחלה דרך עיניו בלי להיות בנעליו.

החולה ומשפחתו צריכים לקבל מידע מצוות המחלקה איך להתמודד עם השלכות המחלה ועם מגבלותיה, השינויים באורח החיים ובמצב הפיננסי, הצורך בשירותי סיעוד וכדומה. על הרופא לענות על שאלותיהם באופן ענייני המתייחס לנתונים הרלוונטיים ולהימנע מלטעת בהם תקוות שווא.

סיכום

השיחה בין הרופא ובין הזקן על מחלתו היא משימה חשובה שנועדה לתת לחולה הסבר על האבחנה ועל השלכותיה בלי לגרום לו דיכאון, ולהטמיע בו את ההבנה לגבי הצורך בשיתוף פעולה עם הצוות הטיפולי כחלק משמעותי מתהליך ההחלמה. הרופא צריך לנסות להבין מה החולה באמת רוצה לדעת ומה מטריד אותו ולהשיב לו בהתאם לבקשתו. כמו כן עליו לספק לבני המשפחה מידע שיוכל לסייע להם בהמשך הטיפול לאחר שחרור החולה מבית החולים. הניסיון מלמד שהציבור שופט את הרמה המקצועית של הרופא על פי היחס הסימפתי והאמפתי שהוא מפגין לחולה ולקרוביו, ועל סמך בהירת הסבריו על המחלה, על המגבלות שנוצרו בעקבותיה ועל דרכי ההתמודדות איתן בחיי היומיום.

פרק 10:

מפגש עם האדם החולה בדמנציה, עם משפחתו ועם מטפלו

אבחון הדמנציה

המילה "דמנציה" (Dementia) מתארת מחלה הפוגעת בתפקודי המוח, בעיקר בתחום הקוגניטיבי ובאזורים האחראים להתנהגות האדם. אחד מגורמי הסיכון הוא גיל מתקדם, על פי רוב מהעשור השביעי לחיים. שכיחות הדמנציה גוברת והולכת בתקופת הזקנה ונקראת "דמנציה סנילית" הפוגעת ביותר מכ-30% מאוכלוסיית בני 85 ומעלה. בקהילה הרפואית מקובל לראות בדמנציה דפוס ספציפי של מחלה עם שינויים פתולוגיים במבנה המוח והופעה קלינית והתנהגותית שונה מסימני הזקנה השגרתיים. הדמנציה מתפתחת בהדרגה במשך שלושה חודשים או יותר, תחילה ללא אירועים של איבוד הכרה ופרכוסים. לעתים קרובות גם החולה וגם הסביבה והמשפחה מייחסים את השינויים לתופעה של התקדמות הגיל בלבד. אכן, יש דמיון מסוים בין הופעת מחלת הדמנציה בתחילתה לבין התהליך הטבעי של הזדקנות, אלא שבדמנציה הליקוי הקוגניטיבי מתקדם מהר יותר.

להלן תיאור קצר של מחלות הדמנציה ששכיחות בקרב יותר מ-2% מהאוכלוסייה הכללית מגיל 60 ובקרב יותר מ-25% בגיל 80. הדמנציה היא בעיה מוכרת במדינות רבות בעולם ועם תוחלת החיים המתארכת והולכת היא נעשית הסיכון הכבד ביותר לבריאות בזקנה.

כתב העת *Diagnostic Statistical Manual (DSM)*, היוצא לאור מטעם ה-American Psychiatric Association, מכיל מדריך למיון סוגי דמנציה, המאבחן אותם לפי סיבות שונות, כגון חשיפה לחומרים רעילים, פתולוגיה וסקולרית, פגמים במבנה המוח או תפקוד בלתי יעיל באספקת הדם לאזורים האחראים על התפקוד הקוגניטיבי וניווני בתאי המוח.

לסוגי הדמנציה השונים יש תסמינים משותפים, כדלהלן:

- הפרעות בזיכרון, בלמידה ובקליטה של מידע חדש.
 - אפזיה - הפרעות במנגנון הדיבור - אי-הבנת דיבורו של הזולת או של האדם עצמו או אי-יכולת להביע מחשבות בעל פה וקושי לארגון את הדיבור.
 - אגנוזיה - קושי לזהות חפצים למרות תקינותם של חוש הראייה וחוש המישוש.
 - אפרקסיה - אי-יכולת לבצע פעולות מוטוריות למרות קיום הכוח המוטורי והקואורדינציה בשרירים.
 - היעדר יכולת ארגון, כגון סידור חפצים.
 - היחלשות כושר הביצוע של משימות חברתיות.
- כל הליקויים הם שינויים חדשים בתפקוד ובאורח החיים השגרתי, בניגוד לשיבוש המולד המתפתח מגורמים אחרים. על כן מהלך הדמנציה גורם לקשיים כלפי הסביבה ובמשפחה של החולה.
- תסמיני הדמנציה נובעים מכמה סיבות: חבלה בראש, הרעלות שונות, זיהומים שונים ומחלות המשפיעות על תפקוד המוח, דוגמת הפרעות בקולטנים במוח או שינויים גנטיים וליקויים בתפקוד התאים במערכת.
- יש סיבות נוספות מלבד מחלת דמנציה הגורמות להפרעה קוגניטיבית. דוגמה קלסית היא הופעת בלבול פתאומי המסמן מחלה גופנית חריפה עם ביטוי של דלוריום, כלומר מצב חריף של בלבול וניתוק מהסביבה, הזיות מחרידות, מחשבות שואו וחוסר התמצאות במתרחש סביב. מצב זה עלול להיגרם מזיהום כמו דלקת ריאות, מזיהום בעור או במערכת השתן וכתגובת לוואי לתרופות מסוימות.

התחלת דמנציה או תהליך טבעי של הזדקנות?

מהי האבחנה המבדילה בין התחלת דמנציה לבין ירידה בזיכרון בגלל התהליך הטבעי של הזדקנות? אדם מבוגר החש ירידה בחדות התפיסה הקוגניטיבית או בדיוקנות השכלית שלו - האם זו דמנציה או שינוי טבעי הנובע מהזדקנות? שאלה חשובה זו נשאלת לעתים קרובות על ידי זקנים ואף על ידי בני גיל העמידה, והתשובה היא שרצוי שהאדם יעבור בירור והערכה קלינית לפי שאלות ומבחנים ספציפיים סטנדרטיים לכושר קוגניטיבי המבוססים על תפקוד האזורים המוכרים במוח בתחום השכלי וההתנהגותי. מבחנים לבירור כזה נעשים במרפאת זיכרון או במרפאה גריאטרית. העלייה בשכיחותן של מרפאות אלו מעידה על הרצון לדיוק בקביעת האבחנה של שינויים בתחום הקוגניטיבי וההתנהגותי באוכלוסייה המבוגרת. המרפאות מנוהלות על ידי מומחים

לגילויים שונים של דמנציה בקרב אנשים מבוגרים. חשוב שבמרפאת זיכרון ימונה צוות רב-מקצועי שיכלול רופא או נירולוג המתמציים בטיפול בדמנציה, אחות, מרפאה בעיסוק, עובדת סוציאלית ומומלץ לצרף לצוות גם נירופסיכולוג. תפקידה של מרפאת הזיכרון הוא לבדוק את המצב הקוגניטיבי של מי שפונה למרפאה, לשים לב לסימנים של שינוי ביכולת התפקודי היומי, לתעד פרטים ספציפיים ברשימת ההפרעות בתפקוד כללי, כגון קשיים חדשים בתפקוד היומיומי או שינוי בביצוע עבודה שגרתית ולבחון את ההשלכות של הירידה הקוגניטיבית באמצעות השיטה של *problem orientation*, שיטה המחייבת את המטפל להתייחס בנקודות ספציפיות המפריעות למטופל. בדרך כלל השינויים הקשורים לעלייה בגיל אינם מחמירים בקצב מהיר, ואילו בדמנציה הירידה בזיכרון או בחשיבה מתפתחת בתוך שבועות או חודשים. כך גם לגבי שינוי באורח החיים של המטופל או ירידה במידת פעילותו החברתית. הפרוגנוזה למשך זמן של מחלת אלצהיימר היא בטווח של 7-14 שנים, ומחייבת את הצוות המטפל לעקוב אחר המטופל למשך זמן ארוך. מרפאה זו גם תהווה בעבור החולה ומשפחתו כתובת למענה על שאלות ולהתייעצויות. הניתוק מעזרה מקצועית ומהחברה יכול להחמיר את המצב הנפשי ולגרור להתבודדות של המטופל וגם של המשפחה. המעקב יכול לגלות שינויים שבהם ניתן לטפל, כגון החרפה זמנית של הדמנציה, הפרעות בשינה, עצירות ממושכת שאולי קשורה בדיכאון או ירידה במצב התזונתי. המעקב יכול לגלות ואף לטפל בהופעת מחלות חדשות או החמרה במחלות הנלוות. היבט אחר של המעקב הוא המשך התקשורת עם המטופל ומשפחתו והתמיכה בהם, גם כשהמצב מידרדר. מהצוות נדרשת יכולת להתמודד עם הידרדרות שעלולה להשפיע על החולה. מרכיב משמעותי בתקשורת מיועד לדון עם החולה ועם המשפחה על הציפיות ועל שיטות נוספות בטיפול החברתי והתרופתי.

קיימים הבדלים בתסמינים הקליניים בין סוגי הדמנציה בגלל התופעות השונות בפתולוגיה ומיקום אזרי הנזקים, טיב הנזקים השונים במקום הפתולוגיה, תדירות תהליכי הניוון והפרת הקשר התפקודי בין האזורים המפעילים את המצבים הקוגניטיביים.

להלן תמצית הכותרות של מחלות הדמנציה:

1. תהליכי ניוון במוח - אב הטיפוס של אלצהיימר: נזק בנוירונים ובקולטנים של תאים קשורים במערכת החיסון ובגורמי דלקת של הדמנציה והפרעה בדרכי אספקת האנרגיה כגון גלוקוז לנוירונים. בבדיקה פתולוגית שביצע ד"ר אלצהיימר באחד ממטופליו לאחר המוות הוא תיאר ממצא חדש של גופיפים רבים בתוך הרקמה מחוץ לתאים שלא היו אופייניים לרקמת המוח הרגיל ובתצפיות שלאחר מכן אושר הקשר ביניהם ובין הדמנציה.

2. דמנציה וסקולרית - במחלה זו הפתולוגיה מתמקדת בכלי הדם במוח ובדרך כלל קשורה לאיברים אחרים, כגון הלב ועורקים היקפיים, ומתבטאת בהיצרות עורקים גדולים במוח או בדימום ברקמת המוח. תופעה זו מתרחשת על ידי ליקויים בכלי דם מזעריים וגורמים לאוטמים קטנים, "לקונות" (Lacunar Disease). כשיש מקבץ גדול של לקונות כאלה נבחין ביתר לחץ דם. כ-20% ממקרי דמנציה נגרמים על ידי פיזור מקבצי האוטמים הללו ברקמות שונות של המוח. יש חשיבות עליונה למיקום המדויק של מקבץ האוטמים כיחס ישיר להתרחשות תופעת הדמנציה. כמו כן, קיימת תופעה של מחלה מיקרו-וסקולרית בהיקף נרחב במוח, המתגלה בתצפית מיקרוסקופית מיוחדת.
3. זיהומים במוח - במאה התשע עשרה הסיבה השכיחה לדמנציה הייתה עגבת (Syphilis). כיום הזיהום השכיח ביותר לדמנציה הוא איידס (AIDS) ולפעמים גם שחפת (Tuberculosis), הרפס (Herpes) ודלקת ריאות.
4. בעיות מטבוליות כגון אי-ספיקה נשימתית, אי-ספיקה סופנית בכליות, מחלות נירולוגיות ניווניות וחבלות בראש. כיום המחקרים מראים שינויים שונים המסוגלים ליצור תהליכי ניוון במערכות שונות של תאי המוח - נירונים ולא-נירונים.

שיחה עם חולה בדמנציה

השיחה עם החולה היא אמצעי לאבחון המצביע על המצב הקוגניטיבי או על ליקויים בזיכרון או בחשיבה דוגמת רציפות הדיבור או חיפוש אחר מילים. השיחה נועדה גם לבדוק אם החולה מודע לירידה הקוגניטיבית אצלו ואם הוא מתמצא בזמן ובסביבתו. קורה שהחולה יספר על מה שמפריע לו - עצירות או כאבים ברגליים - בלי קשר לליקוי בזיכרון, אך על הרופא לבדוק גם את הטענות האלו כי ייתכן שהן מצביעות על מחלה נוספת. תמיד כדאי לפתוח בשאלות פתוחות על תעסוקתו היומיומית של החולה, סדר יומו ובמה עבד בצעירותו כדי להתרשם מהבנתו את השאלות וממצב זיכרונו. השיחה יכולה לכלול נושאים ספציפיים המשקפים כושר ריכוז, זיכרון מידי, זיכרון לטווח קצר וארוך, כגון זכירת אירועים חשובים בזמן האחרון, ביקורים של המשפחה או השתתפות במועדון לזקנים וכן פרטים על ילדיו ונכדיו, שמותיהם ומקום מגוריהם. לעתים התובנה של החולה לגבי מצבו שמורה יותר בדמנציה וסקולרית מאשר בדמנציה ניוונית. כמו כן, אופי השיחה עם המטופל יכול לרמוז על מצבו הנפשי ואם הוא סובל מדיכאון או אם יש נטיות פרנואידיות או אפילו פסיכוטיות. פרט לחשיבות השיחה עם החולה על הרופא לבצע מבחנים סטנדרטיים הבודקים ומודדים את הליקויים הקוגניטיביים מבחינה כמותית ואיכותית, כגון מבחן המיני-מנטל של פולשטיין

(MMSE), MOCA-ADAScog + Behaviour), מבחנים קוגניטיביים הבודקים התמצאות בזמן ובמקום, זיכרון לטווח קצר או ארוך, כושר חשיבה והבעה מילולית ויכולת תפקוד בביצוע מטלות פשוטות ("מבחן הקומקום"). מתגובות המטופל ניתן ללמוד על התנהגותו נוכח המתח הנוצר מהמפגש, על פזיזות, או על חשיבה מעוותת ועל מצב רוחו. כשחולה אובחן בדמנציה חשוב ליצור קשר עם הרופא ועם הצוות המטפל. אחת הסיבות לסבלו של החולה הדמנטי היא הרתיעה מניהול שיחה מחשש שלא יבין את הנאמר ואולי אף יפרש את השיחה כפגיעה בו. אם בתסמיני החולה קיים מרכיב של אפזיה הוא לא יהיה מסוגל להגיב לדברי הרופא. מידת הקושי לתקשורת תלויה בשלב של הדמנציה אך גם אם החולה לא יפיק תועלת מהשיחה, יצירת הקשר איתו היא האמצעי בעבור הצוות המטפל להעריך את שלב הדמנציה ואת הבעיות הספציפיות שהיא גורמת לחולה. בשיחה במרפאה הרופא יכול ללמוד אם המטופל מבין את מצבו ובעצם קיום השיחה איתו הרופא מעניק למטופל התייחסות ותשומת לב יחד עם תחושה של כבוד. עצם התקשורת עם החולה עשויה לעודד אותו ולתת לו תחושה שמישהו מעוניין לראות אותו כבן שיח ולא להתעלם ממנו עקב מחלתו. שיחה זו כוללת מבחנים להערכת שלב הדמנציה. מידע רלוונטי שיחסר בשיחה עם המטופל יימסר על ידי קרוביו.

תוכן השיחה עם בני המשפחה או המטפלים

לעתים החולה מוסר מידע חלקי או לא מדויק בשל הפתולוגיה במוחו, הליקויים הקוגניטיביים והשינויים בהתנהגותו שאינם מודע להם. שיחה עם הקרובים אליו או עם המטפלים בו חשובה כדי שיסבירו את התפתחות המחלה ואת השפעותיה על חיי החולה וסביבתו. בראש ובראשונה המשפחה מתבקשת לספר על התופעות בפועל ועל השפעת הדמנציה על החולה ועל הסובבים אותו. עליהם לספר אם החולה יכול להישאר לבד או שצריך השגחה ביום ובלילה ולעדכן מהי מידת תלותו בביצוע פעולות שגרתיות כמו הלבשה, רחצה, שמירה על היגיינה ושליטה על מתן שתן וצואה (ADL). מן השיחה עם המשפחה הצוות ילמד אם הוא מסוגל ללכת באופן עצמאי, אם הוא נופל, מידת הבלבול שלו, אם יש תנודות במצב רוחו, מצבי דיכאון, גילויי תוקפנות, פרנויה הקשורה לשיבוש בזיכרון, מחשבות שווא וחשיבה מעוותת, הזיות או תסמינים פסיכטיים. הם יוכלו לספר על הליקויים המשמעותיים בזיכרון, בחשיבה, בריכוז ובקשב וכן יוכלו בני משפחה להצביע על ירידה בתפיסת מידע בשיחה או בקריאה והבנת משמעות הדברים הנאמרים והמתרחשים. עוד יש לשאול אם החולה הוגה בבירור את המילים, אם הוא מדבר ברצף ומדייק בשמות, אם הוא מתקשה בזיהוי אנשים שהיו מוכרים לו, אם הוא נוטל תרופות בעצמו, אם הוא מסוגל לנהל את ענייניו

הכספיים ללא עזרה, אם הוא עדיין נוהג את רכבו ומהי איכות נהיגתו. באמצעות הדיווח על מעשי החולה בחיי היומיום הרופא יכול להבין עד כמה הדמנציה והשינויים בהתנהגות משבשים את הסדר במשפחה ובבית. חשוב לקבל את רשימת התרופות שהחולה מקבל כדי לראות אם יש ביניהן המחמירות את הבלבול. בסיום יש להודות להם על המידע החשוב, ולהבטיח לשמור על הקשר איתם ולענות לשאלותיהם במפגש מעקב במרפאה.

מעקב קליני וסוציאלי ומטרתו

המעקב אחר חולה דמנטי ממשיך את הערכת המצב הקוגניטיבי, הניורולוגי ואת התגובה לתרופות. ניתן לברר אם המטופל חלה במחלות או פגיעות נוספות ואם היו אשפוזים או שינויים בהתנהגותו. כמו כן, יש להניח לחולה לדבר על עצמו ולהגדיר מהי איכות חיים עבורו. זו גם הזדמנות לשמוע שוב על סדר יומו ועל עיסוקיו ולענות לשאלותיו. במעקב אחר המשפחה הרופא שואל על הפעילות השגרתית, על התעסוקה היומית של החולה ואם היו התפתחויות חדשות במחלת הדמנציה או בעיות חדשות בהתנהגותו. המעקב הוא דרך להמשיך את התמיכה בבני המשפחה וגם הזדמנות לשאול אם הם זקוקים לעזרה נוספת משירותי הקהילה, כמו מרכז יום לחולה וקבוצת תמיכה למשפחה או אם החולה יכול להישאר בבית או אם צריך להעסיק עובד זר לטיפול בחולה ולליוויו.

למי מיועד הטיפול בדמנציה - לחולה או למשפחתו?

הרופא והצוות נדרשים לקבוע על פי שיקול דעתם מהי מטרת הטיפול ויעדיו. דרכי הטיפול שצוינו לעיל, התרופות והטיפול הסביבתי והנפשי המיועדים לשפר את מצבו הקוגניטיבי, הנפשי והתפקודי של החולה, ולהביא לכך שבסופו של דבר תשופר איכות החיים שלו ושל הסובבים אותו. אך מפגש עם החולה הדמנטי ומשפחתו עומדת בעינה שאלה חשובה: למי למעשה מיועד הטיפול בדמנציה, לחולה או למשפחתו?

כשרופא מתבקש לטפל בחולה, תשומת לבו המקצועית מופנית לאבחנה, להערכת צרכי החולה ובעיותיו ולאמצעי הטיפול בו. לפעמים תהיה התייחסות בדרך אגב לבני משפחה של החולה ולמעורבותם בטיפול בו. המצב במקרה של חולה המאובחן בדמנציה שונה בכך שהצוות חייב להתחשב למן ההתחלה בבני המשפחה, שגם הם ניזוקים בשל הדמנציה והתנהגותו של החולה. נוסף על כך, לעתים קרובות עול הטיפול והאחריות על החולה מוטל באופן חלקי או מלא על בני המשפחה. אם החולה מתגורר איתם דרוש

מעקב על ידי הצוות, הכולל את הרופא, האחות והעובדת הסוציאלית כדי להעריך את המתח הנוצר מההתמודדות עם החולה במסגרת המשפחתית ולהצביע על סוג העזרה ועל הדרכים לקבל עזרה סיעודית (כמו מהמוסד לביטוח לאומי וחוק סיעוד) כתמיכה למטפלים. אם החולה גר במקום אחר כמו במוסד לתשושי נפש, יש לדבר עם בני המשפחה לגבי חשיבות הביקורים והמשך הקשר עם החולה.

ניתן לראות את מחלת הדמנציה כמחלה מדבקת לא מבחינה חיידיקית אלא מבחינת הפתולוגיה הסוציאלית. כמו שהחולה נעשה מבודד בגלל הקושי לתקשר עם חבריו ובני משפחתו כך גם מכריו ובני משפחתו עלולים להתרחק בשל המבוכה והקושי בתקשורת עם החולה. מקובל שהרופא המטפל בחולה עם דמנציה נדרש להתייחס לרמת הבריאות של קרובי המשפחה, ובעיקר אלה האחראים לטיפולו. כמו כן, בני המשפחה צריכים להפעיל שיקולים ארגוניים וכלכליים ולהתייעץ באשר להמשך הטיפול. אחת הבעיות היא התנגשות האינטרסים של בני המשפחה עם רצונו של החולה. לדוגמה, השאלה היכן החולה יגור? אם בני המשפחה מאוד מבוגרים ואינם יכולים להביא את החולה להתגורר בביתם, ייתכן שהם יציעו מגורים אחרים לחולה, כמו מחלקה סיעודית במוסד, ואילו החולה רוצה לשהות בביתו. הטיפול בדילמה זו מערב את התחום המוסרי והסוציאלי ותלוי במצב הבריאות של החולה ובאפשרויות להגשת הטיפולים הרפואיים הנחוצים לו. ברור שזה תלוי גם בנכונותם וביכולתם של בני המשפחה להתמודד עם הקשיים הכרוכים בטיפול במחלת הדמנציה. כאן יש להדגיש את הצורך בעבודת צוות בבית החולים ובקהילה, בשירותיה של העובדת הסוציאלית ובעזרה סיעודית ואת הצורך במעקב של הצוות אחר הצרכים של החולה ושל בני משפחתו. דרך מיוחדת בסיטואציה כזאת היא מינוי מנהל טיפול (Case Manager) האחראי על המשך הטיפול ועל הלוגיסטיקה הכרוכה בתהליך הממושך זה. על כל פנים חשוב ליידע את בני המשפחה ואת המטפלים על דרכי סיוע הקיימות בקהילה המיועדות למלא את צרכיו של החולה ושל משפחתו.

משאבים בקהילה

בייעוץ למשפחה על משאבים בקהילה המיועדים לעזרת החולה ומשפחתו יש כמה כיוונים:

1. הפניית החולה לעובדת סוציאלית המנוסה בטיפול בחולים דמנטיים ובליוויים, שתפנה לצוות מעקב של מרפאת הזיכרון או של קופת החולים ותקבל על עצמה את הנכונות לייעץ למשפחות להתמודד עם המשך הטיפול של החולים המתגוררים בביתם.

2. הפניה למרכז יום המתפקד כמועדון מיוחד מטעם לשכת הרווחה - החוק לביטוח הסיעוד בעבור חולים מוגבלים (כולל מחלת הדמנציה). מניסיונו ליצירת קבוצה של חולים עם דמנציה יש יתרונות חשובים: התייחסות לכל חולה כחבר בקבוצה, מציאת תעסוקה מתאימה לחולים, סטנדרטיזציה של הרגלי צוות האחיות ועובדי תעסוקה ביחסם לחולים; תחושה של מטרה וסדר בחייהם היומיומיים והקלה לבני המשפחה.
3. הקמת קבוצת תמיכה של קרובי המשפחות של חולים עם דמנציה מהווה בעבורם מקור תמיכה משמעותי. במפגשי הקבוצה נשאלים משתתפיה איך החולים מתמודדים עם מחלתם וכיצד הם, קרובי המשפחה, מגיבים למצבים שונים של הדמנציה. משוחחים איתם על הטיפולים האישיים הנדרשים מהם. בגישותיהם אל החולים ראוי לברר מהחולים מה הם חושבים על עצמם. תוכן מפגשים אלה כולל הצעות איך לדבר ולתקשר עם החולים הדמנטיים ואלו נושאים אמורים לעניין את קרוביהם הסובלים מדמנציה. אמנם, יש בין קרובי המשפחות הנרתעים מלהשתתף בקבוצות תמיכה כאלה מחוסר רצון להיחשף לצרות של אחרים, כי מספיק להם הצרות של עצמם, אולם הפיזיו הוא לחלוק את הסבל עם אחרים המתמודדים עם בעיות דומות, שיכולים לתרום מניסיונם ולתת תחושה שהם אינם הסובלים במערכה. כמו כן, מסירת מידע מתוך הספרות המקצועית תסייע להבנת המחלה ותסמיניה, ועשויה להבהיר למשפחות כיצד להגיב לקשיי ההתנהגות של החולים.

מטפלים זרים

העסקת עובדים זרים מקלה על משפחות רבות ומסירה מהן חלק גדול מנטל הטיפול בחולה עם דמנציה. מוצאם של רוב המטפלים הזרים הוא בארצות שונות באסיה כגון מהפיליפינים או מהודו. רבים מהם עברו הדרכה בארצם או השתתפו בקורסים בישראל בשיטות העזרה הסיעודית ובהענקת תמיכה וסיוע לחולה עם דמנציה. רוב המטפלים הזרים יוצרים קשר אמיתי עם החולים ועם משפחותיהם. רובם מדברים אנגלית ויש הלומדים עברית במהלך שנות עבודתם בארץ. מטפלים המקפידים גם על סוגים אחרים של קשר כמו לחיצת ידיים, חיבוק ומגע פיזי מועילים לחולה ומעידים גם בפני בני משפחה שהקשר שלהם למטופל או למטופלת הוא חם ואנושי. אחת התוצאות המשמעותיות והחשובות בהעסקת עובד זר היא ההימנעות מהעברת החולה למוסד סיעודי והאפשרות להשאירו בבית משפחתו ובסביבתו הטבעית והמוכרת לו. זו תרומה בולטת לאיכות החיים של החולה ושל משפחתו.

תפקידי העובד הזר מגוונים ונעים מעזרה בסיעוד בסיסי עד ליווי החולה בטיולים קצרים ואפילו לביקור במועדון לזקנים. במקרים המוצלחים של העסקת עובד זר, העובד הופך להיות חבר לזקן המוגבל, חבר המתקשר אתו ועם בני משפחה אחרים ובכך במקרים רבים המטפל הזה הוא משענתו של המטופל ולעתים משענם של בני המשפחה. לדוגמה, אישה זקנה שסבלה מדרגה בינונית של דמנציה והתגוררה לבד. שני בניה ניסו לעזור לה, אך דרישותיה נעשו קשות מדי והם לא עמדו בנטל עד שהסכימו להעסיק עובדת זרה. האישה חדלה לסבול מבידוד, הקשר שלה עם המטפלת הזרה היה נעים. הן יצאו יחד לקניות, לטיולים ואפילו לביקור ידידות.

מקרה אחר מראה כיצד זקן ערירי בן 88 הוצא על ידי חבריו מבית אבות כשהיה במצב קרוב לגסיסה. הזקן הוחזר לביתו עם עובד זר הודי שנבחר על ידי חבריו של הזקן. המטפל ההודי שיקם למעשה את הזקן ונהיה כחבר הצמוד אליו ביום ובלילה. הוא טיפל בכל צרכיו ואף הסיע אותו בכיסא גלגלים לשיעורים בבית הכנסת. תוצאת טיפולו היו שהזקן חזר לחיים מסודרים והקשר עם מטפלו העניק לו ארבע שנים נוספות של פעילות חברתית ואיכות חיים ראויה עד שהוא נפטר בגיל 92.

הלקח מסיפורים אמתיים אלה הוא שמתן עזרה לזקן מוגבל שאיבד את כושרו בתפקוד עצמי יכול להחזיר לו מידה מסוימת של עצמאות, שיפור בדימוי העצמי וסיפוק בחיים. לעתים קרובות העובד הזר הוא המציל את החולה והמשפחה מהמשבר.

סיכום

במטרה לשמור על איכות החיים של החולה הדמנטי ושל בני משפחתו בכל שלבי המחלה, דרושים אבחון וקביעת דרכי הטיפול הנכונות, מעקב, ניהול מאורגן, וכן שימוש נכון במשאבים הקהילתיים. הצלחת הטיפול והליווי הממושך טמונה בחשיבה ובתכנון של הטיפול בצרכים האישיים, בתקשורת עניינית עם הצוות המטפל ובשמירה על תקשורת תומכת עם קרובי המשפחה והמטפלים במשך כל תקופת המחלה.



פרק 11:

שינויי התנהגות אצל חולים בדמנציה

במחלות דמנציה, ובעיקר במחלת אלצהיימר נוסף על הליקויים הקוגניטיביים מתפתחים שינויים בהתנהגות החולה שלפעמים מפריעים יותר לחולה, למשפחה ולמטפלים בו. בפרק זה נדון בסוגי התנהגות חריגים, במקורותיהם, בשיטות הטיפול בחולה ובדרכי ההתמודדות של בני משפחתו.

סוגי הפרעות התנהגותיות האופייניות לחולה דמנטי

שינויים במצב הרוח

שינויים במצב הרוח עלולים להופיע בהדרגה ובאים לידי ביטוי בחוסר התעניינות בעניינים חברתיים, בנסיגה מהעיסוקים וההרגלים השגרתיים, ובאדישות הגורמת להזנחת צרכים אישיים כמו מתן שתן, (Onyike et al, 2007) ועד למצב של יאוש ודיכאון ממש (Cerejeira et al., 2012). שינוי במצב הרוח יכול להופיע כליקוי במערכת האונות הקדמיות במוח ולגרום להתנהגות בלתי מרוסנת (Disinhibited Behaviour). השינוי במצב הרוח מתבטא במחשבות מוגזמות, בחוסר שליטה על הדיבור ועל ההתנהגות, בתגובות גסות ובחשיבה מבולבלת במהלך שיחות. שינוי במצב הרוח ניכר גם בהתנהגות בלתי נאותה כלפי אנשים אחרים ובסף כעס נמוך המלווה בצעקות ובתוקפנות. מצב כזה מסמן שינוי באישיות שהייתה מוכרת למשפחה ולחברים ויוצר מצב בלתי נסבל בביתו של החולה.

שינויים בהתנהגות עקב ירידה בזיכרון

חשדנות ופרנויה עלולות להופיע אצל החולה הדמנטי כשהוא אינו מוצא חפצים במקום שהוא מצפה למצוא אותם אף שלדעתו הניחם שם, והוא זוקף את היעלמותם לגניבה על ידי תושבי הבית או על ידי המטפל או המטפלת. אירועים כאלה, החוזרים על עצמם בגלל בעיותיו בזיכרון, עלולים להרעיל את האווירה בבית ולקומם על החולה את אלה שהוא מאשים על לא עוול בכפיהם. יש להבדיל בין פרנויה הנובעת משכחה ובין פרנויה הנובעת מפסיכوزה, דהיינו הפרעה נפשית הקשורה לדמיונות ולהזיות.

חוסר התמצאות במרחב של הזקן, לצד הטעויות בשיפוט בכיוונים, מגבירים את הסיכוי ללכת לאיבוד, ומהווים איום על חייו בגלל התעייפות יתר, נפילות ושבירת עצמות, פחדים, התמוטטות נפשית והתקפי תבהלה שעלולים להביא למצבי דיכאון. כמו כן, ליקוי בהתמצאות במרחב גורם לבלבול בכיוונים, לקושי בנהיגה ברכב, לחוסר ריכוז ולפיזור נפשי העלולים להוביל לתאונות דרכים ולחבלות ולייצר סיבה הגיונית להפסקת הנהיגה. נוסף על כך, חוסר התמצאותו של החולה במרחב מעורר אצל בני משפחתו מתחים, דאגות וחרדות. שינויים במקום עלולים לגרום לו בלבול וחוסר שליטה על תגובותיו מאחר שהחולה אינו מזהה את הסביבה שהפכה ללא-מוכרת או שנשכחה ממנו. בתקנות התחבורה על הזקן החשוד בדמנציה לקיים בדיקה המוכיחה על יכולתו להתמצא בסביבה כתנאי לאישור לנהיגה ברכב. במהלך הדמנציה נוצר לפרקים דחף רגשי לצאת מהבית ולטייל בלי מטרה מכוונת. התנהגות זו מלווה בחוסר שקט בלתי נשלט ומהווה אחד הסיכונים החמורים של אי-שליטה נפשית במהלך הדמנציה. חוסר התמצאות במרחב בשלבים מתקדמים של הדמנציה עלול להקשות על החולה להיכנס לחדרי הבית המתאימים, כולל השירותים, ולהביאו אף לחוסר שליטה בסוגרים.

בנוסף לבעיות נפשיות אלו כל מחלה אורגנית נוספת עלולה להשפיע על ההתנהגות. כך ביחס לאירוע מוחי קטן או גדול באזור מוטורי או תחושת, או פגיעה במערכת מצבים נפשיים. חשוב אפוא להקפיד על ביצוע הערכה נירולוגית כדי לשלול פתולוגיה אזורית אחרת. תגובות לוואי בלתי רצויות ממתן תרופות יכולות גם כן לגרום לבלבול ולשינויים בהתנהגות ויש לבדוק ולהקפיד על משטר התרופות של המטופל.

התנהגות בלתי אחראית

הדמנציה עלולה לגרום לחוסר אחריות של החולה כלפי עצמו, להוביל לחוסר מודעות ולא-תשומת לב המסכנים את בטיחות התנהלותו בתוך הבית. מי שאחראי לבטיחותו של הדייר צריך לנעול דלתות מסוימות ולפקח על שימוש בגז לבישול. יש להעריך ולבדוק אם יש צורך בהשגחה מתמדת בניהול משק הבית בהתאם לחייהם של דייריו. במקרה של ספק ביכולתם של דיירי הבית לנהל את משק הבית יש לפנות לעובדת סוציאלית ולעזרה פורמלית משירותי הקהילה כמו המוסד לביטוח לאומי. אשר לבטיחות מחוץ לבית צריכים לראות עד כמה האדם מתמצא במרחב, אם לדוגמה הוא חוצה את הכביש בזהירות הראויה ואם הוא יודע לאן הוא רוצה ללכת.

אחת הסיבות לפעילות בלתי סבירה של חולה דמנטי בחיי היומיום היא שהוא אינו מודע לקיום הליקויים הקוגניטיביים והנפשיים המלווים את הדמנציה בגיל מתקדם, אינו מבין אותם ומתכחש לקיומם. הכחשה היא מעין מנגנון הגנה של האדם המאפשרת לו לשמור על דימויו העצמי, אך היא עלולה להיות מסוכנת אם היא מונעת ממנו לנקוט בצעדי

טיפול אמיתי למחלתו. תסמיני ההתנהגות והפסיכולוגיה בדמנציה גורמים להפרעות קשות המקלקלות את אורח החיים של החולה ומטרידות את משפחתו אף יותר מהליקויים הקוגניטיביים. הפרעות בהתנהגות עלולות להופיע בכל שלב של הדמנציה או בשלב מוקדם של ליקוי קוגניטיבי קל. הן יכולות להופיע אצל אנשים זקנים כמבשרי ירידה קוגניטיבית עקב גורמים ביולוגיים, סוציאליים, גנטיים, נירו-פסיכולוגיים ונירו-כימיקליים. במחלת הדמנציה התנהגות חריגה מסבכת מאוד את יכולת התקשורת בין בני המשפחה לבין החולה ומחמירה את הנטל הקשה על המטפלים. (Cerejeira et al., 2012).

שיחת בין רופא לחולה בדמנציה עם ליקויים בהתנהגות

כשהרופא פותח את השיחה הוא יכול לגלות אם החולה מודע לשינויים בהרגליו ומודאג מהם. ייתכן קושי בדליית המידע במקרים של אדישות קיצונית וממושכת או תחושות דיכאוניות. במקרים של תוקפנות ועוינות תגובות החולה עלולות להיות לא לעניין ומבולבלות. תגובת החולה בשיחה יכולה להצביע גם על בעיות פסיכולוגיות ולרמז על טיפולים אפשריים. כמו כן, הרופא והצוות יכולים להתרשם אם הם נתקלים במצב פסיכוכי המצריך טיפול פסיכיאטרי. כדאי להתעקש על התקשורת עם החולה, כי גיבוי של הרופא ושל הצוות בליווי תרופות מתאימות עשוי לגרום לחולה לשתף פעולה.

שיחה עם הרופא ואנשי הצוות הרפואי עם המשפחה

חשוב להקשיב לסיפורי המשפחה כחלק משמעותי של האנמנזה שיכולה להביא אותנו לאבחנה הנוכחית. הרופא ילמד על הרקע הרפואי של החולה, על אשפוזים בבתי חולים כלליים, אם היו מחלות נפש והאם סבל מפרכוסים, מחבלה בראש או ממחלה במערכת העצבים. יש לקבל מידע על איכות ביצועיו של החולה בעבודתו, על מצבי רוחו הרגילים, על התרופות שהוא מקבל. יש לברר אם החולה משתמש בחומרים ממכרים, האם הוא שותה משקאות חריפים במינון גדול ובתדירות ממושכת. יש לברר גם את הסוגיה של בטיחות במחלקה, הן של החולה והן של הצוות. יש ללמוד כיצד הצוות התמודד עם הסטיות בהתנהגותו של החולה ועל הבעיות הזקוקות לטיפול במסגרת חברתית. על פי המידע על הליקויים הקוגניטיביים וההתנהגותיים רצוי להדגיש למשפחה שיקרים סובל ממחלה וכי לעיתים קרובות אין לו שליטה על מעשיו או על דיבורו. לכן אין זה רצוי להגיב בכעס או בתוכחה על תופעות המחלה אלא ללמוד איך להרגיע אותו.

דרכי הטיפול והתקשורת בבעיות התנהגות הנובעות מדמנציה

1. טיפול קבוצתי המבוסס על היתרון שבדינמיקה קבוצתית. עצם הפעילות המשותפת מעודדת כל פרט לתרום את חלקו בדרכים כמו ריקוד, תנועה מלווה במוזיקה (שמקורה בארצות המוצא של רוב המטופלים), אפייה או בישול משותפים או שירה במקלה. עצם הפעילות הקבוצתית נוטה למשוך את חברי הקבוצה הסבילים שישתתפו גם הם בפעילות, וכך ירגישו שגם הם שייכים לחברה זו.
2. טיפול פרטני, בעיקר אחד על אחד. הצלחת הטיפול תלויה באישיות וההתלהבות של המטופלים, במיומנות בבחירת סוג הפעילות ובהשגת הביטחון של המטופל על כדאיות הפעולה. במפגש בין שעה לשעתיים המטופלים מעמידים בהשגחתם אתגרים כגון תִּפְרָף (פאזל), תפירה ורקמה או ציור משותף. העיקרון הוא להעסיק את המטופל בפעילות פורייה ולהביאו לתחושת סיפוק מהעשייה.
3. התערבות רפואית וטיפול תרופתי המתאים לסוג ההתנהגות של המטופל. המטפל יכול להיות רופא המשפחה, המכיר היטב את ההרגלים של המטופל ואת בעיותיו וסוגי ההתנהגות שלו, או רופא גריאטרי, נירולוג, או פסיכיאטר המנוסה בפסיכוזות של זקנים דמנטיים.

סיכום

הפרעות בהתנהגות החולה הדמנטי מעמידות שאלות רבות לגבי הסיבה למעשים המטרידים את הסביבה. לעתים בני המשפחה הרואים את ההתנהגות החריגה מסוגלים להסביר את השינוי באישיות החולה ובעובדה שאין לו שליטה עליה. על הרופא להבדיל בין ערנות-יתר ובין סיבות לסבילות מוגזמת ולנקוט באחת הדרכים המצוינות לעיל. לעתים כדאי לפנות ליעוץ של פסיכיאטר לצד משטר תרופתי המתאים גם לשיפור המצב הקוגניטיבי.

ביבליוגרפיה

- Taragano FE, Allegri RF, Krupitzki H, et al., (2009). Mild Behavioral Impairment and the Risk of Dementia. *J Clin Psychiatry* 70, 584-592.
- Cerejeira J. (2012). *Behavioral and psychological symptoms of Dementia* *Front Neurol* 3:73
- Onyike CU1, Sheppard JM, Tschanz JT, et al. (2007) Epidemiology of Apathy in Older Adults: The Cache County Study. *Am J Geriatr Psychiatry* 15,365-375.



פרק 12:

חבלות ומגבלות: הטיפול בשיקום

הגישה לחולה המשתקם

בשנים האחרונות פורסמו דוחות של ארגונים העוסקים בזכויות של אנשים עם מוגבלות בישראל שמטרתם לעזור לאנשים עם מגבלות פיזיות או קוגניטיביות באמצעות תכניות שישפרו את איכות חייהם. מהנתונים שפורסמו עולה כי 67% מאזרחי ישראל אינם יודעים איך לדבר עם אדם הסובל ממגבלות. נטיית הישראלי הממוצע היא להתרחק מהאדם המוגבל ולהתנגד לכך שאנשים עם מוגבלות יתגוררו בשכנות ובקרבת ביתו. נתונים אלו אינם עולים בקנה אחד עם הגישה הנהוגה במסורת היהודית השואפת לסייע לאנשים עם מוגבלות, לעודדם לקדםם ולא לראות בהם מטרד. היחס השלילי לאנשים עם מוגבלות מחייב מאמץ גדול להעמיק את ההכרה וההבנה לקשיים ולאיתגרים הניצבים בפניהם ולחשיבות העצומה בפיתוח ובקיום תקשורת איתם.

ירידה בתפקוד היומיומי גם מאפיינת את תהליך ההזדקנות. זקנים רבים חווים מגבלות נוספות שמקורן במחלות או בתאונות הפוגעות בתפקודם ובאיכות חייהם. בפרק זה נדון במפגש בין רופא לבין זקן מוגבל פיזית ונציג את מהות השיקום כמרכיב חשוב וחיוני של הטיפול. נקודת המוצא בשיחה עם חולה הסובל קודם ממגבלות בגלל חבלה או פציעה, או בעקבות מחלה ששינתה את יכולתו לתפקד היא להעריך את החסר בתפקוד בעקבות האירוע שגרם למוגבלותו ולבדוק את תגובתו הפיזית והנפשית למגבלה שנוצרה. לאחר הטיפול הספציפי בגורם המגבלה, המחלה או החבלה והפציעה, הרופא המטפל צריך להדגיש בפני הצוות הרפואי ובפני החולה עצמו כיצד ניתן לשפר את תפקודו הכללי על ידי שיקום. השיקום הוא בבחינת תוספת משמעותית לתרופות או להתערבות הכירורגית שכבר בוצעו. השיקום נועד "להעמיד את החולה על רגליו" באופן מילולי ומטפורי כדי להשיג שוב את הכושר הפיזי והפסיכולוגי להתמודד עם שאיפותיו בחיי היומיום כמעט כמו שהיה לפני הופעת ליקוייו.

השיקום בצורתו השונות נועד לחזק מערכות שהתרופפו או איבדו יכולתן לתפקוד (Deconditioning). נדון בשיקום דרך שלושה תיאורי מקרה.

1. שיתוק מוטורי עקב אירוע מוחי וסקולרי

א"ב, בן 82, עבד כבעל חנות לבגדים עד גיל 76, עם רקע של בריאות סבירה ויתר לחץ דם שאוזן בטיפול תרופתי. עד שחלה תיפקד באופן עצמאי, התאמן בחדר כושר פעמיים בשבוע, ביקר בקביעות עם אשתו את אחד עשר נכדיהם והשתתף בחוג תנ"ך פעם בשבוע. באחד הבקרים התעורר עם הרגשת סחרחורת וכשהתאמץ לרדת מהמיטה איבד את שיווי משקלו והתיישב על הרצפה. במהלך היום התקשה להזיז את רגלו הימנית וגמגם כשניסה לתאר את הקושי בתנועה. למרות הליקויים בתנועה ובדיבור הוא לא רצה להגיע לבית חולים, והסכים לכך רק למחרת כשהתברר שאינו מסוגל להרים את ידו הימנית וחש חולשה ניכרת גם ברגל ימין. הוא נבדק על ידי נירולוג שהורה על ביצוע צילומים וערכת מיפוי מוח ממוחשב, שהראה אוטם בקופסית הפנימית השמאלית של המוח. הוחלט שהאיש איחר את המועד לטיפול טרומבוליטי והוא אושפז לייצב את התפקודים הפיזיולוגיים הבסיסיים. כעבור מספר ימים חל שיפור בדיבורו והוא חזר להכרה מלאה, הצליח לבלוע אוכל נוזלי, מצבו הבסיסי התייצב, הוא הורד מהמיטה לכורסה והוחלט להכניסו לתכנית שיקום.

בהערכה הראשונית אובחנו הליקויים הבאים: המיפלגיה ביד ימין וברגל ימין, חולשת יתר בולטת ביד, היעדר תחושת מגע, תחושה חלקית לפרופריוספציה ולכאב, אי-שיווי משקל בעמידה אך מידה סבירה בישיבה. הייתה לו מודעות לליקויים ביד וברגל. כשהוסבר לו שיש כוונה לשפר את הליקויים בביצוע תכנית השיקום הוא הביע את שביעות רצונו ונכונות לשתף פעולה. הערכת המצב הקוגניטיבי גילתה כמה חסרונות בזיכרון, אך הוא התמצא במקום ודיבר לעניין. כמו כן, מצב הרוח היה סביר בהתאם למודעותו על החסרונות בתנועה בשל האירוע המוחי. בלי להיכנס לפרטי מהלך השיקום יצוין כי במשך החודשיים הבאים במחלקת שיקום הונחו קווי יסוד לטיפול של הפיזיותרפיסטית, המרפאה בעיסוק והרופאים. הושם דגש על תנוחת הגוף ועל פיתוח ושיפור שיווי המשקל בישיבה, בעמידה, בהליכה ובסיבובים. נבנתה מערכת של תרגילי חיזוק לגפיים העליונים והתחתונים ולגב, הליכה עם תמיכה בתיאום עם שאר חלקי הגוף. לצד זה בוצע תרגול של פעילויות בסיסיות, וכן מעקב אחר הכושר הקוגניטיבי והמצב הנפשי.

אנשי הצוות הטיפולי לימדו את המטופל להשתמש בכוח שנותר בידו הימנית החלשה, לבצע משימות פשוטות שגרתיות בבית וסוגי תעסוקה ותחביבים כדי לשמור על הטכניקות הרגילות בחיי היומיום. לבסוף, אחרי עידוד רב הוא היה מוכן להשתתף בפעילות גופנית ובתחרויות אינטלקטואליות במועדון ותואמו איתו ועם משפחתו ביקורי מעקב בביתו מדי כמה חודשים.

2. תאונה שהזיקה למערכת השלד: שבר בצוואר הירך

ג"ד, בת 78, הייתה עקרת בית עם תפקוד כמעט מלא בבית. במשך השנה שקדמה לתאונה היא נפלה מחוץ לביתה שלוש או ארבע פעמים ולא תמיד זכרה איך נפלה. בדרך כלל נעזרה כדי לקום והצליחה להמשיך בדרכה אחרי כמה דקות בלי שידעה בוודאות מה קרה לה. היא נותרה עם חברות, דימום ושריטות. עד אותו יום שבו נפלה על המדרכה ולא יכלה לזוז ממקומה בגלל כאבים בפרק הירך הימנית. הוזעק אמבולנס, ובמחלקה האורתופדית בבית חולים מקומי אובחן שבר בצוואר הירך. בהעדר ממצאים בלתי תקינים בבדיקה הגופנית הוחלט לנתח ולקבע את העצמות השבורות באמצעות nail & plate. הניתוח בוצע ללא סיבוכים, וכעבור שלושה ימים הועברה המטופלת למחלקת שיקום במחוז מגוריה. לתכנית השיקומית היו הרבה יתרונות: היא שיתפה פעולה והייתה מלאת מוטיבציה. היא הצליחה לשמור על שיווי משקל, ובשבתה על צד המיטה ללא תמיכה הייתה מסוגלת לשמור על תנוחה אפילו נגד דחיפה הצידה, ותנוחת העצם השבורה הייתה ישרה. ניתנו לה משככי כאבים כנדרש וכעבור שבוע כבר הלכה כמה מטרים בעזרת הליכון.

בדיון הקליני שנערך במחלקה הועלתה השאלה למה היא נפלה. נעשה בירור נירולוגי ובירור לבבי עם מעקב הולטר ונמצאו הפרעות תכופות בקצב הלב. הומלץ על סוגי טיפול תרופתי והמטופלת שוחררה לביתה עם קצב לב תקין והוזמנה לביקור מעקב כעבור שלושה חדשים.

3. הלם ספטי (Septic Shock): הרעלת דם בשל זיהום בדרכי השתן

מ"ב, בת 83, אם לשלושה ילדים, גרה עם בעלה. היא נהנתה מבריאות סבירה ותפקוד בעבודת בית כמו בישול ויציאה לקניות. יום אחד התבלבלה, חשה ברע ודיברה לא לעניין. בבדיקת רופא המשפחה נמצא גם שהיא איבדה שליטה על מתן שתן וכי כיס השתן שלה היה מוגדל ורגיש ללחץ. היא נשלחה לבית החולים, הוכנס קתטר שניקז 600 סמ"ק של שתן לא בהיר ואובחן זיהום בדרכי השתן. מצבה הכללי הידרדר והיא הייתה בדליריום ובבדיקת תרבית דם נתגלה חיידק אלים, קרוב לוודאי ממקור הזיהום בשתן שנלקחו לבדיקה. למרות טיפול באנטיביוטיקה דרך הוריד הבלבול שלה נמשך והיה מלווה בהקאות, שלשולים והפרעות מטבוליות קשות. כעבור חודש התאוששה מעט, אך נשארה במצב של חולשה כללית עם פגיעה במצב הצלילות. היא הוגדרה כמי שנתונה במצב תלתי וסיעודי, לא הייתה מסוגלת לקום או לעמוד בלי תמיכה ונזקקה לטיפול סיעודי.

למרות הירידה בכמה מערכות פיזיולוגיות, חל שיפור-מה כשהמצב התזונתי התחיל לחזור לערכים תקינים. בחודש השלישי לאחר פרוץ המחלה הייתה פחות מבולבלת ושיתפה פעולה עם מאמצי הפיזיותרפיסט והמרפאה בעיסוק. נערכו שיחות עם העובדת הסוציאלית על שחרורה למקום מתאים עם צוות סיעודי, רופא גריאטרי ומשאבים להמשך

השיקום שיאפשר לה לעסוק בעבודה קלה בבית. המטופלת רצתה מאוד לחזור לביתה ונערכו הכנות להעסיק פיליפינית שתגור איתה בבית.

עקרונות השיקום

- על סמך תיאורי שלושת המקרים גובשו עקרונות לגבי מהות השיקום ואיכותו:
1. נדרש תרגול גופני ומעקב אחרי הפרעות נוירולוגיות או ליקויים מכניים במערכת התנועה במהלך התרגול.
 2. יש להביא בחשבון את הגישה הרב-מערכתית ביחס למצב הבריאות ברקע והמצב הנוכחי.
 3. גורם מרכזי המנבא את הצלחת השיקום הוא המודעות של המטופל למצבו ולליקויים הטעונים טיפול.
 4. מעקב אחרי המצב הנפשי: לעתים קרובות הטיפול בשיקום משתרע על פני זמן רב, ואם הטיפול נמשך בבית הוא יכול להימשך כמה חודשים, דבר הדורש התמדה, סבלנות, אמונה שהמטופל יחזיק מעמד ומוטיבציה.
 5. יש לשים לב כיצד מגבלות באחד האיברים או המערכות משפיעות על תפקודים במערכות אחרות, כמו השפעת האוסטי-ארתריטיס על מהלך השיקום בעקבות אירוע מוחי.
 6. חשוב לערוך ביקורת על התרופות ולבדוק אם נדרשים לשנות את המינון או את משטר התרופות.
 7. יש חשיבות לתקשורת מתמשכת על ידי צוות השיקום עם בני המשפחה מלווי מהלך השיקום שנועדה לעדכן אותם על שיקולי צוות הטיפול והתחזית להמשך השיקום. ההמשך מותנה בתיאום עם קרובי המשפחה אחרי שחרור המטופל מבית החולים. סעיף זה מתייחס גם לדיונים ולשיקולים באשר לכשירות המטופל לחזור לביתו ולשאלה אם קרוביו מסוגלים להתמודד עם נטל הטיפול. הצוות נדרש להביע את דעתו על הפרוגנוזה ועל עתידו של המטופל ועל סיכויי להשגת עצמאות ואוטונומיה. לבסוף, על הרופא לדון עם המשפחה על השאלה עד כמה יוכל החולה לחזור לאורח חיים רגיל, וכל הצדדים, הרופא ובני המשפחה, אמורים לוודא אם דעתם המקצועית תואמת את השקפת המטופל.

מטרות וסוגי השיקום השונים

יעד חשוב לשיקום הוא החזרת ההרגל לעשייה ולתעסוקה כשגרה יומית המיועדת להחליף את איבוד היוזמה והאדישות כתגובה ראשונית למחלה ולמגבלותיה. תהליך השיקום של זקנים שונה מזה של שיקום צעירים בכך שהמעקב נעשה על החזרת תפקודים שניזוקו וגם אחרי מחלות שוטפות והטיפול בהן. מסגרת הצרכים והטיפולים השונים בנויה בין היתר על תקשורת חיובית בין הצוות לבין המטופל ובני משפחתו כאמצעי לחזק את הגיבוי הנפשי הדרוש למטופל.

על הצוות הרפואי להגדיר את החסר התפקודי לפי בדיקה אובייקטיבית של המטופל בעקבות המחלה על כל היבטיה ולהגדיר את השינוי הפיזיולוגי והמכני. על פי הערכה זו קובעים אם יש אינדיקציה להמשך טיפול בשיקום ומהן מטרותיו. הערכה פיזיקלית כוללת התייחסות לחולשת השרירים, ליקויים בניידות כמו קימה, עמידה, שיווי משקל, ותנועות של כל הגוף וכן התייחסות לבעיות מטבוליות וביוכימיות ולמצב התזונתי. כמו כן מציינים את המגבלות הפיזיקליות ואת היכולת לתפקוד שגרת. ההערכה כוללת גם התייחסות למצב הנפשי של החולה ובדיקת התפתחות של דיכאון. מעל הכל מעריכים את יכולת וטיב התקשורת של החולה כלפי משפחתו וכלפי הצוות השיקומי.

הצוות הטיפולי בשיקום מונה רופא, אחות, פיזיותרפיסט, מרפאה בעיסוק ועובדת סוציאלית. מובן שרצוי שבצוות יהיו גם ככל הניתן פסיכולוג או פסיכיאטר. בדרך כלל הרופא עומד בראש הצוות והוא הבודק את הרקע והמצאים הקליניים וכן את התרופות שהמטופל מקבל. האחות היא המעריכה את המרכיב הסייעודי ואת נטל הטיפול במהלך השיקום ומה יהיו הצרכים שיחייבו מענים לאחר שיסתיים הטיפול והחולה ישוחרר. הפיזיותרפיסט בצוות מתייחס להגבלה הספציפית בכל איבר, ובודק גם את מידת שיתוף הפעולה, מצב הניידות של המטופל והבנתו את מצבו. המרפאה בעיסוק תעריך את החסר ובהמשך תאמוד את השיפור הקוגניטיבי והנפשי בתפקוד, ואילו העובדת הסוציאלית תעמוד על מערכת היחסים בין בני המשפחה ויחסם למטופל תוך בדיקת השאלה לאן ישוחרר המטופל בבוא הזמן, האם יחזור לביתו או שתמצא לו מסגרת שיקומית אחרת בקהילה.

הרופא אמור גם ליידע את המטופל אילו סוגי שיקום הולמים את מצבו, זאת על סמך ההיבטים השונים של הטיפול השיקומי. להלן סוגי שיקום שונים:

1. שיקום ניירולוגי בעקבות נזקים במערכת העצבים המרכזית (המוח) וההיקפית (חוט השדרה ותפוצת העצבים ההיקפיים בכל הגוף). המחלות השכיחות הדורשות שיקום מסוג זה הן אירועים וסקולריים במוח בגלל דימום או חסימת כלי הדם בתוך המוח ומחוך לו ומחלות ניירולוגיות.

2. שיקום אורתופדי על פי רוב בגלל שבר. בקרב זקנים התוצאה השכיחה של נפילה היא שבר בצוואר הירך או שברים בגפיים. גם לאחר החלפת מפרקים כמו ירך או ברך ובעקבות מחלת מפרקים שגרנית נדרש טיפול שיקומי.
3. שיקום אחרי ניתוח בעקבות הרדמה והפרעה בתפקוד באזור הניתוח.
4. שיקום בעקבות מחלה סיסטמית שעלולה לגרום לבעיות מטבוליות, לחוסר אנרגיה ולהפרעות בתזונה.
5. שיקום פסיכיאטרי בגלל דיכאון או פסיכוזה, המיועד להחזיר את האדם לפעילות חברתית תקינה.
6. שיקום הפה, כולל תנוחת השיניים ובריאות החניכיים. שיקום הפה כולל גם בדיקת מנגנון הבליעה ובדיקת דיבור על ידי קלינאי תקשורת ונוירולוג.

היבטים אתיים בשיקום הזקן המוגבל

נדון בקצרה בכמה היבטים הקשורים לשיקום הזקן המוגבל. הדבר הראשון הוא סדר העדיפות בבחירת המועמד לשיקום. נוכח המיעוט במיטות הבחירה צריכה להתבסס על שיקול דעת מקצועי באשר להצלחה הפוטנציאלית של השיקום ואין להתחשב בגורמים אחרים כמו הרווח לרופא או למוסד. הבחירה תתבסס על התאמת האישיות של המטופל, רצונו לעבור את הטיפול, הבנתו לגבי ליקויי התפקוד שלו, סבלנותו, רמת התקשורת עמו והסיכוי שישתף פעולה עם הנחיות הצוות הרפואי. שיקול נוסף הוא מידת העומס שהמטופל יכול לעמוד בו נוכח מצבו הגופני והנפשי. גם כאשר קיימת אבחנה של דמנציה יש לברר אם למרות הירידה הקוגניטיבית המטופל מסוגל לשתף פעולה. דרגת המגבלה גם היא משפיעה על הבחירה לטיפול בשיקום. שיקולים אתיים אחרים מתייחסים לגישת הצוות מבחינת החוק האתי להשתדל לעשות הכול לטובת המשתקם, אך גם להתחשב בצרכים של המשפחה וביכולתה להמשיך את השיקום בבית.

שיקום באמצעות אביזרי עזר

תעשיית כלי תמיכה ועזרים המיועדים לסייע לאנשים עם מגבלות פיזיקליות בתפקוד ועם נכות כפועל יוצא של מחלות והפרעות מכניות הולכת ומתפתחת. ניתן למצוא היום עזרים שונים ביניהם מכשירי תמיכה פשוטים לגפה פגועה או מכשיר קיבוע בגפה חלשה לאחר שבר בעצם או בעקבות שיתוק חלקי מחמת אירוע מוחי או בפגיעה בעצב מקומי. סיוע

בעזרים בבית המטופל קיים בהתקנת כיסאות גלגלים המופעלים על ידי שליטה אלקטרונית או מיטות מיוחדות לאנשים משותקים או העמדת מנופים להעברת החולה המוגבל מהמיטה לכיסא ובחזרה. חלק חשוב בתקשורת עם המטופל ועם המשפחה הוא מסירת המידע ודרכי גישה לחברות וסוכנויות אלו, כי העזרה הטכנית מסוגלת לתת לאדם המוגבל יותר עצמאות ולהרחיב את אופק פעילויותיו. בין השאר, בשיחה יש להפנות את המטופל ואת בני משפחתו לעובדות הסוציאליות העוסקות בטיפול ובאחזקת הכלים הרלוונטיים וגופים המספקים כלים אלו לחולה. הארגונים הפועלים בישראל הן "יד שרה" ו"מילבת".

סיכום

שיפור בתפקוד עשוי לשפר משמעותית את איכות החיים של הזקן, לבנות שוב את הביטחון העצמי שלו ולחזק את התקשורת שלו עם החברה. בפרק זה מנינו את עקרונות השיקום ואת האופן בו הוא עשוי להשפיע על הזקן. השיקום יכול להיעשות במסגרת של בתי חולים שיקומיים או דרך שיקום בקהילה היכול להיעשות במתקנים יעודיים או בביתו של החולה.



פרק 13:

מעקב תקשורתי עם משפחת הזקן ובמחלקות להמשך טיפול

אפרים יאול*

הארכת תוחלת החיים מאפשרת לזקנים לחיות שנים ארוכות יותר בביתם. עם זאת, תהליך הזקנה מלווה בירידה בתפקוד של מערכות ואיברים שונים ובשכיחות גבוהה של תחלואה, מוגבלות ותמותה. התקדמות אמצעי הרפואה אף מאריכה את משך ימי המחלות והמוגבלות התפקודית ומגבירה את הצורך בעזרה מהמשפחה וממוסדות הקהילה (Musil, Warner & Saeid, 2003; Rose, 2007) בדרך כלל בני המשפחה הם הראשונים שמזהים בעיה ומזעיקים את הרופא והם גם מקור מידע להבנת הרקע הרפואי, הנפשי והחברתי, לתכנון המשך הטיפול ולקביעת מטרותיו. ככל שמתגברת המוגבלות של אחד מבני הזוג כך גדלה התלות בבן או בבת הזוג, בילדים ובקרובי משפחה. על בני המשפחה לקבל החלטות להבטחת המשך טיפול מיטבי ומכובד, להחליט אם הטיפול יימשך בקהילה, כלומר בבית, או במסגרת אשפוזית תוך שמירה על התפקוד ועל עצמאות המטופל או המטופל (Glasser et al., 2001; Morgan & Zhao, 1993).

בעקבות העלייה בתוחלת החיים הורים זקנים נזקקים לעזרה מילדיהם לזמן ארוך. למעשה חל היפוך תפקידים: האחריות שנדרשה מההורים כלפי הילדים בצעירותם מוטלת עכשיו על הילדים כלפי ההורים הזקנים. הילדים כבר אינם צעירים ולעתים הם עצמם זקוקים לעזרה בטיפול בהוריהם הזקנים. על הילדים להבין את הקושי של הוריהם ואת תלותם בהם. מעתה עליהם לקבל החלטות בעבור ההורים, להעניק להם טיפול אוהב ומסור, לשמור על פרטיותם ולהיות מחויבים למשפחתם. עליהם להיזהר ממעורבות יתר ומהזנחת מחויבויות חברתיות ותעסוקתיות, ללמוד להיות אמפתיים, לגלות חיבה, ללטף

* ד"ר אפרים יאול רופא משפחה שהתמחה בגריאטריה ומנהל מחלקה סיעודית מורכבת. הוא מחבר הספר "הזקן הסיעודי" שראה אור בהוצאה לאור של אשל-ג'וינט ישראל. [העורך].

לחייר, לקבל את התלות בצורה מובנת ומכבדת ולנסוך בהורים את הביטחון שהם איתם ואינם עוזבים אותם בכל מצב (Marcoen, 1995). העקרונות המנחים את הרופא ואת הצוות המטפל משתנים בהתאם לטיב המחלקה ולמחלת המטופל. למשל, מפגשים באשפוזים חריפים וקצרים שונים ממפגשים באשפוזים לטווח ארוך כפי שמתואר להלן, ומפגשים בבית המטופל בקהילה.

מפגשי רופא והצוות המטפל עם החולה ומשפחתו

1. פגישה בין המשפחה לצוות המטפל ביום קבלת המטופל במחלקה או בביקור בית בקהילה.
2. פגישה בין המשפחה לצוות המטפל באשפוזים כרוניים או לאחר ביקור בית.
3. פגישות יזומות מצד הרופא והצוות המטפל או מצד המשפחה.
4. "פגישות בפרוזדורים" לעדכון.
5. פגישת תנחומים במהלך השבעה לאחר פטירת המטופל.

1. קבלת המטופל ומשפחתו על ידי רופא והצוות המטפל

בפגישה בין בני המשפחה המלווים את החולה ובין הרופא המטפל והצוות הרפואי - האחות, העובדת הסוציאלית והצוות השיקומי - ביום קבלת המטופל למחלקה נאסף מידע חיוני על המטופל מבחינה רפואית, נפשית, קוגניטיבית וחברתית. במפגש זה הרופא והצוות מקשיבים לבקשות המשפחה, ונקבע איש קשר המייצג את בני המשפחה.

מחלקות חריפות

המחלקות החריפות (פנימית וגריאטרית) נמצאות בבית החולים הכללי ומתאשפזים בהן חולים מחדר המיון. האשפוז נמשך ימים ספורים והמפגש עם המשפחה הוא יזום. המטופלים מגיעים במצבים חריפים ודינמיים ורובם מיועדים להשתחרר בעקבות טיפול ואיזון המצב. על הצוות המטפל בזקנים לשים דגש על המצב התפקודי של החולה המתאשפז בהשוואה למצבו קודם לאשפוזו. המחלקה מתנהלת בעזרת צוות רב-מקצועי הנפגש בקביעות כל שבוע וההתייחסות לשאלות ששואלים החולה ובני משפחתו היא רלוונטית. (עבודתו וגישתו של הרופא הגריאטר מפורטות בספר "גרונטולוגיה יישומית" בפרק "גריאטריה ופסיכוגריאטריה: אפיונים ייחודיים של עבודת הרופא עם זקנים - היבטים מעשיים ויישומיים" [רוזין, 2015]).

מחלקות להמשך טיפול

כשאין אפשרות לשחרר חולים מבית החולים בגלל מצבם הרפואי השברירי או קשיים להבטחת המשך טיפול בבית על ידי בני משפחה על הצוות, כולל העובדת הסוציאלית, למצוא מענה מתאים להמשך הטיפול. הפגישות עם המשפחה במחלקות לגבי המשך הטיפול מתנהלות בדרך כלל על מי מנחות, אך יש גם גילויים של חרדה, חוסר הבנה ורגשות אשמה. רצוי להשיב בצורה עניינית ומכבדת על שאלותיהם של בני המשפחה אך גם להציב גבולות וקווים אדומים במקרים של אלימות מילולית, איומים והטחת האשמות חסרות שחר.

בני המשפחה מעלים שאלות ומקבלים החלטות בהתאם למצב הרפואי ולהעדפות של המטופל בזמן שהיה בר-שיפוט, שאלות כמו האם החולה יחזור לביתו בקהילה, יישאר במחלקה סיעודית מורכבת עד סוף ימיו או יועבר למסגרת חלופית לאשפוז כרוני ממושך.

מחלקת שיקום ומחלקות תת-חריפות

מחלקות אלה נועדו לכמה מטרות:

1. טיפול ממושך במחלה עם שהייה ארוכה מזו שבמחלקה הפנימית הרגילה.
 2. מניעת סיבוכים מהמחלה שעדיין פעילה.
 3. לאפשר החלמה מהמחלה החריפה ומתן טיפול שיקומי.
 4. המשך טיפול המצביע על הצורך באשפוז במחלקה הסיעודית לתקופה ממושכת או לעתים לאשפוז זמני ושחרור למסגרת מתאימה.
- במחלקות אלו התקשורת ומטרותיה יותאמו למצב החולה. רצוי להבהיר למשפחה את הצפי (הפרוגנוזה) של המטופל לפי מצבו הרפואי והתפקודי ואם הוא צפוי לחזור לביתו בקהילה או זקוק לאשפוז ממושך. הארכת השהייה במחלקות אלו לעיתים קרובות עונה ביעילות על הצרכים הקליניים החיוניים של החולים.

מחלקה לסייעוד מורכב

במחלקה לסייעוד מורכב מאושפזים חולים עם בעיות רפואיות מורכבות מסוג: פצעי לחץ קשים, בעיות נשימתיות עם פיום קנה (טרכיאוסטומיות), תלות בחמצן ובמכשיר הנשמה חיצוני, דיאליזה ומחלות אונקולוגיות. המפגש עם משפחת החולה מתקיים כשבוע עד עשרה ימים לאחר קבלת המטופל. בזמן הזה הצוות הרב-מקצועי (הרפואי, הסיעודי והפרא-רפואי) מבצע הערכה על המצב הקליני של המטופל ומציע תכנית טיפול שנדונה לפני המפגש עם המשפחה. המגמה היא לשתף את בני המשפחה, לא להסתיר מהם

מידע, לרבות התלבטויות רפואיות. השיחה נעשית "בגובה העיניים", בשפה ברורה ולא מתנשאת תוך השארת פתח לתקווה גם אם נראה שהמצב סופני.

מחלקה סיעודית לאשפוז ממושך

בין הנושאים העיקריים נמנים: הטיפול הסיעודי לחולה המרותק למיטה וזקוק לטיפול למניעת פצעי לחץ באיברים המועדים, כגון גב תחתון ואוזניים. המטופלים זקוקים להשגחה על יכולות ותפקודים של אכילה ובליעה, שליטה על סוגר השתן ופי הטבעת, מערכת הנשימה, הלב, כלי הדם ואיזון מטבולי.

כיוון שהמחלקה לאשפוז ממושך היא בחזקת "בית מגורים" בעבור המאושפזים חשוב שהפעילות בה תהלום את אורח חייהם וצורכיהם. הוא הדין לגבי מאושפזים במחלקות אחרות של המשך טיפול, שגם בהן אמורים המאושפזים לשהות שבועות רבים ואפילו מספר חודשים. מלבד הטיפול הרפואי והסיעודי, על הצוות המטפל וההנהלה לחשוב על פעילויות שגרתיות שהזקן היה רוצה לעסוק בהן בביתו. צריך להיות מקום שבו יוכל לשחק משחקי שולחן, כמו דומינו או תצרף (פזל). משחק של זריקת כדור אמור למשוך ולצרף זקנים מוגבלים. החדר שיוכשר לפעילויות כאלה ישמש מרכז לשיחות או לפעילויות תרבותיות בין "דיירי" מחלקות אלו. חשוב להתאים את עבודת הצוות, כולל כוחות העזר, במטרה לשמור על איכות החיים ב"עולם החדש" שלהם. כמו כן, רצוי שאיש צוות במחלקה יהיה בקשר עם בן משפחה של כל דייר לעדכן במצב הנוכחי, בהתקדמות או בנסיגה ולהקשיב לבקשות שונות מהמשפחה.

זכורים לי שיעורי תנ"ך במחלקות סיעודיות בבית חולים לאשפוז ממושך. מנחת השיעורים הייתה מאושפזת קבועה שסבלה מעיוורון ומדלקת פרקים. אחד המשתתפים קרא את הפסוקים והיא אמרה את הפירושים. שיעורים אלה שנמשכו כשעה, התקיימו במשך מספר חודשים עד שהחולה שהנחתה את הלימוד נפטרה. כל המשתתפים כיבדו אותה והלימוד נתן לה סיפוק רב בחודשים האחרונים בחייה. אישה מלומדת אחרת, שמילאה את מקומה בהדרכת השיעור, התרשמה מאוד מהידע של הזקנים שהמשיכו ללמוד. מקור משיכה נוסף עבור מאושפזים במחלקות להמשך טיפול היה שיחות בין החולים על נושאים שעניינו אותם במיוחד בנושא בריאות. כוחות עזר הביאו את הנכים בכיסאות גלגלים וגם נהנו להשתתף בשיחות אלו. יש לציין שפעילויות כאלו דרשו כישרון בארגון, בפרסום ובבחירת נושאים. תוכני השיחות נקבעו ופותחו על ידי המאושפזים עצמם.

2. מפגש בין הרופא והצוות המטפל ובין בני המשפחה בביקור בית

במפגש כזה הרופא מעיין בסיכומי האשפוזים, בבדיקות העדכניות וברשימת התרופות, שומע מהחולה על מצב בריאותו (אנמנזה), מבצע בדיקה גופנית, מגבש את דעתו על

הטיפול המתאים וקובע המלצות לקראת הפגישה עם המשפחה. הניסיון מלמד כי עדיף שהרופא יאסוף מידע רפואי על החולה לפני שהוא מביע את דעתו לגביו. רצוי שהרופא יראה את התרופות שהחולה נוטל ולא יסתפק בקבלת רשימה שלהן. חשוב להתייחס לתופעות לוואי אפשריות שלהן. למשל, בטיפול ביתר לחץ דם חשוב לוודא שלא תהיה ירידה גדולה מדי. במחלת הסוכרת התרופות להורדת רמת הסוכר עלולות לגרום לרמות סוכר נמוכות מדי (היפוגליקמיה). על המשפחה להיות ערנית ולזהות תסמינים של תופעות לוואי הקשורים לתרופות ולדווח לרופא המטפל. יש לשים לב לשינויים בתפקוד, לישנוניות ולבלבול של המטופל.

התקשורת במחלקות לטיפול ממושך ולעתים במחלקות החריפות, עוסקת בחלקה בהחלטות לקראת סוף החיים. במהלך הפגישה עם הרופא ועם הצוות המטפל יש לבדוק אם החולה צלול ולשאול את בני המשפחה בדבר מתן טיפול בטרם יאבד את שיפוטו. חשוב לברר אם החולה כתב הוראות מקדימות כשהיה צלול ומי מבני המשפחה מייצג אותו ולבדוק כמובן אם מונה אפוטרופוס שיהיה אחראי על החולה לאחר שיאבד את צלילותו? האם לבצע החייאה או להיעזר במכונת הנשמה? האם להזין את החולה באמצעות צנרת? הם לבצע דיאליזה או להכניסו לאשפוז חריף או אשפוז במחלקה? (Jaul & Rosin, 2006), החלטות אלו הן מהנושאים הקשים והכבדים שהילדים נדרשים להכריע בהם ביחס להוריהם הזקנים. יש מקרים שבהם הבנות והבנים מופתעים ואינם מוכנים לקבל החלטות, אם משום שהם מתקשים להפנים ולהשלים עם חומרת מצבם של האם או האב ואם מפני שהם מבולבלים מעומס המידע שנמסר להם והשאלות הדורשות תשובות מיידיות. (Kearney et al., 2009; Milberg & Strang, 2011). הצוות מבחיר את עמדתו ואת החלטותיו המקצועיות כשטובת המטופל לנגד עיניו.

להלן תיאור מקרה: בן 76, נשוי ואב לשישה ילדים, התקבל למחלקת סיעוד מורכב לאחר אירוע מוחי נרחב בהמיספרה השמאלית של המוח. בניו תיארו אותו כאדם בריא לגמרי, שמעולם לא התלונן בנושאי בריאות, לא לקח תרופות ו"לא אהב ללכת לרופאים". הם סיפרו כי כשעבד בגינה התמוטט ואיבד את הכרתו. הוא אושפז במחלקה פנימית למשך ארבעה ימים עד שמצבו התייצב והוא הועבר למחלקת סיעוד מורכב. בעת קבלתו למחלקה היה שקוע בעצמו, לא הגיב לקריאת שמו ולא הגיב לכאב. הוא הוזן דרך צינור באף ופיתח פצעי לחץ בגב התחתון ובעקבים. בנותיו, שליוו אותו, הסתכלו על המטופלים האחרים במחלקה ולא הבינו מה אביהן עושה שם: הרי הוא לא במצב כזה והלא הוא אמור לקום ולחזור לעבודתו בגינה.

הבעיה במקרה המתואר היא פער בין הציפיות והבקשות של המשפחה לבין המצב הרפואי של המטופל והשלכותיו. בעיה זו קיימת בכל סוגי האשפוז, באשפוז קצר לטיפול במחלה חריפה ובאשפוזים ארוכים יותר במחלקות להמשך טיפול. הדרך העיקרית למנוע

פער בציפיות היא תקשורת נכונה שתשקף את המצב הקליני של המטופל. המטרה והתוכן של התקשורת אמורים להשתנות בהתאם להתפתחויות במצב החולה במהלך הטיפול. הרופא המסביר את המצב הנוכחי של החולה ומדווח מהי אבחנתו צריך לאמוד את השפעת דבריו על השומעים. הרופא עלול לגלות חוסר ידע של בני המשפחה על פרטי מצבו של החולה, או לחילופין אי הבנה של משמעות המסרים שהרופא מעביר להם. בני משפחה עלולים להתנגד לדברי הרופא בגלל רגשותיהם ותחושותיהם, או, כמו במקרה שתואר כאן, בגלל תקווה מוגזמת וציפיות לא מציאותיות באשר למצבו של אביהם. לפעמים רצוי שאחד מאנשי הצוות ישאל באופן בלתי פורמלי את בני המשפחה מה הבינו מדברי הרופא.

3. פגישה יזומה (דחופה או אלקטיבית) מצד הצוות או המשפחה

זוהי פגישה לצורך הודעה על פטירת המטופל ולנוהל של הודעת על בשורה רעה (Buckman, 1984: 1597-1599), המוגדרת כ"קבלת מידע המשנה לרעה את השקפתו של היחיד על עתידו והעלולה לגרום לבעיות נפשיות והתנהגותיות לאורך זמן" (Back, 2002: 177-201). במקרים אלו הרופא חייב להיות רגיש למצב ולמסור את המידע באופן שבני המשפחה יוכלו לקלוט אותו ולהבינו. הכלל הנהוג במסירת הודעות אלו הוא ניהול שיחה במקום שקט ללא הפרעות עם מידה של פרטיות ועם פניות לשיחה. בשיחה חשובה נוכחותן של עובדת סוציאלית ואחות והדברים צריכים להיאמר במילים פשוטות תוך העברת מסרים ברורים באכפתיות ובאמפטיה (לוי, רסין וסילנר, 2005: 6-12; Barnett, 2004: 392-397). גם בני משפחה שרוצים להתעדכן על מצב המטופל, או לחלופין לפרוש את תלונותיהם, יכולים ליזום פגישה. על הרופא והצוות להכיר בצורך של המשפחה ולאפשר ערוץ הידברות בקביעת הפגישה.

4. "פגישות פרוזדורים" למטרת עדכון קצר (שיחות אד-הוק)

אלה מצבים שכיחים מאוד במסגרת המחלקה. בעיקר לאחר ביקור הרופאים, בני המשפחות להוטם להתעדכן במצב יקירם. השאלה עבור הרופא היא: האם לעדכןם בפגישת אד-הוק בפרוזדור או להמתין לאחר סיום הביקור לשעה שבה הרופא מתפנה? פגישה המתרחשת בפרוזדור אינה שיחת יעוץ אלא שיחת עדכון, במיוחד לאחר שינוי במצב החולה. ההמלצה היא לעדכן בקצרה את בני המשפחה לאחר יציאת הרופאים מהחדר. אחרת יש לקבוע פגישה בחדרו לאחר סיום הביקור.

5. ביקורי תנחומים

פטירתו של קרוב משפחה מהווה אובדן במסגרת המשפחה. במסורת היהודית נקבע שאנו הנשארים בחיים נסתגל למציאות זו בתהליך התאוששות במשך השבוע הראשון

לאחר הקבורה, שנקרא "שבעה", שבמהלכו האבלים יושבים בבית המנוח או בביתם הם. ההסתגלות באה לידי ביטוי בהפסקתם את חיי השגרה בלי לצאת מהבית, מלבד בשבת, בקיום התפילות הרגילות של בית הכנסת עם מניין בבית האבל ובהעלאת זיכרונות הקשורים למנוח המיועדים לכבדו. ה"שבעה" גם מהווה מעין גשר חזרה להרגלי אורח החיים בעולם הזה. חיזוק אווירת האבל באופן חיובי חולף בהדרגה באמצעות לימוד המקורות (כמו ספר תהילים וספרות יפה) המתייחסים לאבלות.

במחלקת הסיעודית מקבל הצוות המטפל החלטה אם לערוך ביקור תנחומים בבית המשפחה האבלה. האם זהו חלק מתפקידו של הצוות המטפל, או שתפקידו הסתיים עם פטירת המטופל? מהן מטרות הביקור ומהם הקריטריונים לקיומו? צוות המחלקה עשוי להחליט לערוך ביקור תנחומים לאחר פטירת חולה שאושפז זמן רב, כי יש להניח שהמשפחה רוצה להבין את סיבת המוות ולשתף בתחושות כעס ואשמה ובתלונות שונות. לכן על הצוות להפגין כלפי בני המשפחה אמפטיה ולהראות להם שזוכרים אותם גם לאחר פטירת יקירם.

סיכום

המשפחה היא אחת מאבני היסוד בטיפול הרפואי בחולה הזקן. על הרופא והצוות המטפל לרכוש מיומנות לסיוע למשפחה ולתמיכה בה במהלך הטיפול להשגת טיפול מיטבי. עליהם למסור מידע רפואי באופן שיהיה מובן ובגובה העיניים. עליהם לתאם ציפיות תוך נימה אופטימית והשאת תקווה ובגבולות המציאות. על הצוות גם ללמוד לקבל מידע מהמשפחה שיכול לעזור להבין את קשייה, בעיקר בעזרה לטיפול בחולה. המשברים שהמטופל עובר במצבים חריפים ובירידה תפקודית, מבחינת המשפחה, הם נקודת משבר, איבוד שליטה ויציאה מאיזון. על הרופא והצוות המטפל לראות את התמונה הכוללת, לקבוע יעדים ולהתמודד עם המצב החדש המהווה אתגר למשפחה.

מקורות

- יאול, א' (2008). "עקרונות ודילמות אתיות בסוף החיים בחולים זקנים". *גרונטולוגיה*, 35: 89-83.
- לוי, א', רסין, מ', וסילנר, ד' (2005). "בשור בשורות מרות מנקודת מבט של חולים, רופאים ואחיות". *המטפלים: ביטאון הסיעוד האונקולוגי בישראל*, יד(3): 6-12.
- רוזין, א' (2015). "גריאטריה ופסיכוגריאטריה: אפיונים ייחודיים של עבודת הרופא עם זקנים". בתוך: ד' פרילוצקי ומ' כהן (עורכות), *גרונטולוגיה מעשית: היבטים מעשיים יישומיים* (עמ' 149-180). ירושלים: **אשל**, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל.
- Back, A. L. (2002). "Communicating bad news". *Western Journal Medicin*, 176: 177-201.
- Barnett M. (2004). "A GP guide to breaking bad news". *Practitioner*, 248: 392-397.
- Buckman, R. (1984). "Breaking bad news: Why is it so difficult?" *BMJ*, 288: 1597-1599.
- Glasser, M, Prohaska T, & Gravdal J. (2001). "Elderly patients and their accompanying caregivers on medical visits". *Research on Aging*, 23(3): 326-348.
- Jaul, E. (2010). "The physician and medical staff home condolence visit". *Journal Palliative Medicin*, 13(6): 640.
- Jaul, E. & Rosin, A. (2006). "Planning care for non-oncologic terminal illness in advanced age". *IMAJ*, 7(1): 5-8.
- Kearney, M. K., Weininger, R. B., Vachon, M. L., Harrison, R. L., & Mount, B. M. (2009). "Self-care of physicians caring for patients at the end of life: 'Being connected... a key to my survival'". *JAMA*, 301: 1155-1164.
- Marcoen, A. (1995). "Filial maturity of middle-aged adult children in the context of parent care: Model and measures". *Journal Adult Development*, 2: 125-136.
- Milberg, A., & Strang, P. (2011). "Protection against perceptions of powerlessness and helplessness during palliative care: The family members' perspective". *Palliat Support Care*, 9(3): 251-262.

- Morgan, D. L., & Zhao, P. Z. (1993). "The doctor-caregiver relationship: Managing the care of family members with Alzheimer's disease". *Qualitative Health Research*, 3(2): 133-164.
- Musil, C. M., Warner, C. B., & Saeid, H. (2003). "Issues in Care-givers, Stress and Providers". *Support Research on Aging*, 25: 505-526.
- Rose, J. H, Bowman, K. F., O'Toole, E. E. et al. (2007). "Caregiver objective burden and assessments of patient-centered, family-focused care for frail elderly veterans". *The Gerontologist*, 47: 21-33.
- Wolfson, R., & Menkin, E. (2003). "Writing a condolence letter". *Journal Palliative Medicin*, 6: 77-78.



פרק 14:

חשיבות התקשורת עם אדם המתקרב לסוף ימיו

לפני שנים רבות שודר ברדיו האנגלי ריאיון עם מלקולם מוגרידג' (Malcolm Muggeridge), עורך המגזין המפורסם *Punch*, לרגל יום הולדתו ה-65. בין היתר נשאל איך הוא מרגיש להיות על סף הזקנה, והוא השיב שעכשיו הוא מודע לכך שמעתה המוות הוא חלק מהמשך חיי. הערה זו מקבעת את הידיעה שיש סוף לכל פעילותו של האדם. אך המציאות מעודדת אותנו להמשיך גם בשנות הזיקנה בעיסוקים פוריים כדי שניפיק עוד סיפוק מהחיים ומההישגים שלנו. ואכן חלו שינויים משמעותיים בירידה באחוזי תמותה ובאפידמיולוגיה של גורמי סיכון ממחלות שונות בתקופת הזקנה. שינויים אלה התרחשו הודות למדיניות ופעולות של מחלקות לבריאות הציבור במגמה לחזק הרגלי חיים בריאים, ולהתפתחות שיטות הטיפול המוצלח במחלות המביאות לתמותה בשיעור גבוה.

אף על פי שבעשורים האחרונים תוחלת החיים עלתה, האירועים הקשורים לסוף החיים מעוררים שאלות מהחולה וממשפחתו הדורשות מענה מדויק מהרופא. פרק זה אינו עוסק בפתולוגיה הקשורה למוות או בטיפול במחלות סופניות אלא בודק איך הרופא והצוות הרפואי יתקשרו עם זקן שיודע שהפרוגנוזה שלו נמדדת בחדשים ספורים או בשבועות אחדים עד מותו. הרופא והצוות מתלבטים על אופן ואופי התקשורת עם החולה. מצד אחד יתכן שבזמן הקצר הנותר לו בחיים למטופל יש דחף לדבר עם הרופא על מחלתו, או על בדידותו. מצד שני אפשר שבמצב כזה אין למטופל רצון לנהל שיחה עם רופא או הצוות. הרופא המטפל בשלב הזה יכול להיות מנהל המחלקה הגריאטרית או הפנימית שבה

החולה מאושפז או לחילופין רופא בכיר אחר המצוי בליווי וטיפול בחולה בסוף ימיו. לעיתים מתקבלות תלונות על כך שקיים חוסר התייחסות מצד הרופאים לעומס הכבד המוטל על החולה ועל משפחתו במצב זה. "חוסר ההתייחסות" הזה נובע בין השאר מהקושי הנפשי של הרופא עצמו לעסוק בבעיות המורכבות של קץ החיים. יתכן גם שלימודי הרפואה לא הכשירו את הרופאים לענות לשאלות או לממש את הנקודות העדינות בתקשורת עם חולים במצב לקראת המוות.

שיחת הרופא עם הזקן המתקרב לסוף חייו

בתחילת הפרק צוינה חשיבות התקשורת בין הרופא לחולה בשלב הטיפול והליווי במשך השבועות או החדשים האחרונים לחייו. הפעולה הראשונה של הרופא בשיחה זו היא ההקשבה, לשמוע מפי החולה על סבלו הסימפטומטי, אך אם החולה נחוש בדעתו לדבר על מצבו הסופני, הרופא ואנשי הצוות נדרשים לגלות נכונות להקשיב לו. היענות לדחף זה היא אחד התפקידים המשמעותיים בטיפול בהוספיס בשלבים האחרונים של חיי המאושפזים שם ועקרונות אלה חלים גם על חולה שעדיין לא הגיע להוספיס וחי עם משפחתו. זכור לי מביקור בהוספיס שהיו מזעיקים בדחיפות את הרופא או האחיות לבוא לחולה מסוים כשהוא הביע את רצונו לדבר עם מישהו מהצוות. למדתי מזה שהדחף של החולה לשוחח על מצבו משקף את רצונו הכמוס להביע מחשבות על החיים או על המוות, לדבר על ערך חייו ומטרתם ולהביע את דאגותיו האישיות בנוגע לבני משפחתו או עתידם, מצבם הכלכלי ונושאים אישיים ואינטימיים אחרים שהחולה לא היה יכול להביע קודם הגעתו לשלב שלקראת סוף החיים.

סקירת החיים ואירועים ספציפיים שנחוו במהלך החיים תופסים מקום נכבד בהרהורים ובמחשבות בסגנונות שונים של אנשים המתקרבים לקץ החיים. דרוש עוז ומרץ לסכם את החיים, את השאיפות, ההצלחות והכישלונות, את הסיפוק ואת האכזבות ואת הגישה והיחס למוות. הרופא או חבר בצוות המטפל אינו מתפקד כאן כשופט או כמנחה אלא כמאזין המקשיב בעניין כדי לתת לחולה את חופש הדיבור ו"לזרום" עם שיחתו. המחשבות על העתיד מאפיינות הרבה אנשים היודעים שיחיו רק זמן קצר וחשוב שהרופא והצוות יגיבו ויהיו קשובים לדברים האלה. מצד אחד דיבורים על העתיד עלולים להתפרש כקריאה של ייאוש. אולם מצד השני הדיון בנושא כזה עשוי להעניק נחמה ולנסוך אמונה בחולה. הצד החיובי בדיון על העתיד מצוי גם בדברי הצאצאים המציגים את העקרונות שעל פיהם ניהל את חייו ושהעביר להם כזיכרון חי אחרי מותו.

התקשורת עם משפחתו של החולה

טיב השיחה תלוי באדם המיועד לטיפול לקראת סוף חייו. העומדים סביב אדם העומד למות נוטים להזכיר את תכונותיו ומעשיו הטובים ודיבורים אלה משקפים את הכבוד והולם האחרון. אולם יש מקרים יוצאים מכלל זה, דוגמת אותה אישה מבוגרת ששאלתי בטון רך על מצבו של בעלה שענתה מיד: "הוא מת לפני עשר שנים, תודה לאל!"

המטרה בשיחתם של בני המשפחה אינה תמיד זהה לזו של החולה, בעיקר אם מדובר על ירושה גדולה האמורה להיות באופק בקרוב. בבעיות של רכוש ושל ממון והזכויות המשפטיות מוטב ליצור קשר עם העובדת הסוציאלית ולחפש עורך דין. נושא לא פחות טעון הגורם לחילוקי דעות בין החולה לבין משפחתו טמון בשאלה מי יטפל בו והיכן, בבית, במוסד או במחלקה סיעודית. כאן נדרשת תקשורת מורכבת ומפורטת בין הגורמים השונים ובכלל זה העובדת הסוציאלית. דוגמה קלסית המתארת את התמודדות הסביבה עם אדם הנמצא לקראת למותו היא הנובלה של ליאור טולסטוי "מותו של איבן איליץ" שפורסמה ב-1886. טולסטוי משרטט בדייקנות את האינטרסים הסותרים של בני המשפחה המנוכרים וחושף את חוסר התחשבותם בבן המשפחה המתקרב למותו.

אמנם אין זה רצוי להספיד זקן בעודו בחיים אך יש מקום למנות באוזניו מסרים ולקחים שהדור הנוכחי והדורות הבאים יכולים להפיק מהמורשת שתיוותר אחריו.

הדיבור על רוחניות

במוקדם או במאוחר הדיון עשוי לגעת בנושאים רוחניים. החולה יכול להתלונן על מטרת החיים ועל אכזבתו ממצב בריאותו הירוד. אכזבה זו היא יחסית כי לפעמים שינוי בנסיבות עשויה לשנות את הגישה וההרגשה של החולה באשר למטרת החיים בכלל. כדוגמה, פעם פגשתי אישה שחלתה במחלה סופנית והתרשמתי מתגובתה כשאמרה שבחודשיים האחרונים לפני פגישתנו התחילה לחיות ולהעריך כל יום שנשארה בחיים. מבחינה פסיכולוגית ייתכן שהתעוררות זו לגבי הערך החיובי של החיים גוברת ברגע שעלולים לאבד אותם. על הסוגיה כיצד להפוך את גישת החולה לחיובית יותר ניתן להרחיב את הדיבור יותר. אני "למדתי לקח" גם מאישה אחרת שהייתה בת למעלה מ-70 ועברה ניתוחים רבים במפרקים במשך למעלה משלושים שנה וסבלה ממספר מחלות מטבוליות עד שחלתה גם בסרטן קטלני. בשיחה עם האונקולוג הועלתה האפשרות של טיפול בהקרנות, אך היא התנגדה ושמחה כשהאונקולוג תמך בדעתה וחיזק את החלטתה. למרות הנסיבות היא השתחררה הביתה במצב רוח חיובי. היא נפטרה כעבור חודש בהתאם לפרוגנוזה של סוג הסרטן.

בשיחתו עם החולה הרופא יכול להתייחס לדוגמאות אישיות ואף לציין את השפעתו המקצועית החיובית על בני משפחה של חולים שהיו בטיפוּלו. אדם זקן מעביר את ערכיו לבני הדורות הבאים - בניים, נכדים ונינים - ואלה עשויים לראות בו "זקן השבט" שצבר חוכמה וניסיון רב, ולכבדו על מעמדו זה. אם היו לזקן שאיפות בתחומים מסוימים שלא הספיק לממש, יש מקום לעודדו להביעם במידת האפשר. גם התייחסות לספרות דתית

כמו ספר תהילים המכיל דיונים על החיים, על המוות ועל תפילה לאל, יכולה לעודד אותו להחזיק מעמד מפני הספקות והייאוש. מקורות רוחניים נמצאים בשפע בספרי התנ"ך. הדוגמה הבולטת מצויה בספר תהילים, המראה הרוחני של היחס בין אדם לבין האל וגם בין אדם לרעהו, וכן בספרי החכמה כמו איוב וספר משלי. מקורות אחרים מצויים בתחומי השירה בכל השפות.

היבטים אתיים בתקשורת עם אדם בסוף החיים

באמצע המאה העשרים נקבעו ארבעה קריטריונים באתיקה הרפואית כבסיס מעשי בגישה לחולה ולאדם מבוגר הנמצא בשלב הסופני במחלתו:

1. האוטונומיה של החולה היא ערך אתי דומיננטי שלפיו החולה רשאי להביע הסכמה או התנגדות להחלטות על מדיניות הטיפול בו.
2. אין לבצע פרוצדורות העלולות להזיק לחולה.
3. הפעולות הרפואיות מיועדות לטובת החולה.
4. חלוקת המשאבים הנחוצים לשמירה על מצב הבריאות בקהילה צריכה להיעשות במידה שוויונית וצודקת בין הנזקקים להם.

הדילמה בין היבטים אתיים לבין היבטים מעשיים

מושג האוטונומיה כעיקרון דומיננטי באתיקה עומד בניגוד לגישה הקודמת הפטרנליסטית שלפיה הרופא מכתוב על בסיס הידע והניסיון המקצועי שלו את מגמת הטיפול בחולה. עם השנים התפתחו דעות פחות קיצוניות על אוטונומיה אבסולוטית המצביעות על היתרון של מעט פטרנליזם יחד עם יישום מושג האוטונומיה. דוגמה לכך: חולה המסרב לציית להמלצה הרפואית בנוגע לטיפולו, חייב לקבל את המידע המלא על היתרונות מול החסרונות, ומידע על הנסיבות הסוציאליות או הפסיכולוגיות המניעות אותו לסרב לטיפול המיועד לטובתו. גישה זו של אוטונומיה בשילוב מידה מסוימת של פטרנליזם יכולה למנוע אי-הבנות בלתי נחוצות משני הצדדים.

טיפול בכירורגיה מיועד להסיר רקמות בלתי רצויות כמו חומר ממאיר, או לתקן ליקויים באנטומיה כדי לשפר את תפקוד הרקמה או המערכת. הפרוצדורות הכירורגיות עלולות לגרום לכאבים או לסיבוכים בלתי מועילים או לא צפויים. כמו כן, מתן טיפול תרופתי יכול לגרום לתוצאות לוואי ולסיבוכים. שיקול הדעת של הרופא צריך להביא בחשבון גורמים

נוספים מלבד בעיית הטיפול, כגון כשירות החולה לעמוד בפרוצדורה, או האם מוטב להימנע מהתערבות רפואית כלשהי. שיקולים אלה מבוססים על המצב הקליני, אך במקרה של זקנים מוטב לעתים להשאיר את הבעיה להמשך ספונטני בהתחשב בגיל ובנסיבות המשפחתיות ולשלב בין ההיבט האתי והמצב הקליני.

סיכום

הגישה המקצועית לזקן בסוף החיים מושתתת על ארבע נקודות: 1. להסביר את האבחנה והטיפול במחלות ובתסמינים המפריעים לחולה. 2. לשמור על הסטטוס הפסיכולוגי והמנטלי שלו. 3. לתת גיבוי לצרכים הכלכליים והחברתיים של החולה ומשפחתו. 4. להכיר את הצרכים הרוחניים של החולה ומשפחתו. המפתח לכל צרכים אלה הוא תקשורת עניינית ואמפתית לחולה ולמשפחתו (Emanuel E J, Emanuel L L, 2005).

מקורות

- Emanuel E J, Emanuel L L, (2005). *Palliative and End-of-life Care, In Harrison's Principles of Internal Medicine* 16th Edition. Editors: D L Kasper, A S Fauci, D L Longo, E Braunwald, S L Hauser, J L Jameson. McGraw-Hill, New York, Pp 53-66.
- Tolstoy L, *The Death of Ivan Ilych* Penquin Books LTD A Signet, Classic 1960. Pp. 93-152

קריאה מומלצת

דיכאון

- Alexopoulos, G. S., Meyers, B. S., Young, R. C. et al. (1993). "The course of geriatric depression with 'reversible dementia': A controlled study". *American Journal Psychiatry*, 150: 1693-1699.

- Alexopoulos, G. S., Meyers, B. S., Young, R. C. et al. (1996). "Recovery in geriatric depression". *Archives of General Psychiatry*, 53: 305-312.
- Baquero, M., & Martin, N. (2015). "Depressive symptoms in neurodegenerative diseases". *World Journal of Clinical Cases*, 3: 682-693.
- Hybels, C. F., & Blazer, D. G. (2012). "Demography and epidemiology of psychiatric disorders in late life". In: D. G. Blazer, & D. C. Steffens (Eds.), *Essentials of Geriatric Psychiatry* (2nd ed., Ch. 1, pp. 3-26). London: American Psychiatric Publishing.
- Hybels, C. F., Pieper, C. F., Blazer, D. G. & Steffens, D. C. (2008). "The course of depressive symptoms in older adults with comorbid major depression and Dysthymia". *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16: 300-309.
- Jorm, A. F. (2000). "Is depression a risk factor for dementia or cognitive decline? A review. *Gerontology*, 46: 19-227.
- Kerner, N. A., & Roose, S. P. (2016). Obstructive sleep apnea is linked to depression and cognitive impairment: Evidence and potential mechanisms. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24: 496-508.
- Lenzrr, E. J., Wetherell, J. L., & Andreescu, C. (2002). "Anxiety disorders". In: D. G. Blazer, & D. C. Steffens (Eds.), *Essentials of Geriatric Psychiatry* (Ch. 11, pp. 175-190). London: American Psychiatric Publishing.
- Prado-Jean, A., Couratier, P., Druet-Cabanac, M. et al. (2010). Specific psychological and behavioral symptoms of depression in patients with dementia. *Internasional Journal of Geriatric Psychiatry*, 25: 1065-1072.
- Steffens, D., & Blazer, D. G. (2002). "Mood disorders". In: D. G. Blazer, & D. C. Steffens (Eds.), *Essentials of Geriatric Psychiatry* (Ch. 8, pp. 125-148). London: American Psychiatric Publishing.
- Welsh-Bohmer, K. A., & Attix, D. K. (2012). "Neuropsychological assessment of Dementia". In: D. G. Blazer, & D. C. Steffens (Eds.), *Essentials of Geriatric Psychiatry* (Ch. 5, pp. 75-92). London: American Psychiatric Publishing.

דמונייה

ברנבאום, ר' (עורכת) (2010). אלצהיימר ודמונייה אחרות: הטיפול והתמודדות המטפלים עם תשושי נפש בקהילה. ירושלים: **אשל**, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל ועמותת מלב"ב.

ברנבאום, ר', וברונר, ד' (עורכות) (1995). עבודה עם חולי אלצהיימר: העשרה למטפלים בתשושי נפש בקהילה. ירושלים: **אשל**, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל ועמותת מלב"ב.

היניק, י', ודוולצק, צ' (עורכים) (2015). פסיכוגריאטריה: פרקים נבחרים. ירושלים: **אשל**, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל.

כהן, ח', ואברמוביץ, ל' (1987). מדריך למשפחות המטפלות בתשושי-נפש. ירושלים: כרטא. פלג, ג', ואוברמן, א' (2015). טיפול פליאטיבי בגיל המבוגר: הזכות לאיכות חיים במצבי חולי. בתוך: ד' פרילוצקי ומ' כהן (עורכות), גרונטולוגיה מעשית: מבט רב-מקצועי לעבודה עם אנשים זקנים (פרק 11). ירושלים: **אשל**, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל.

פרילוצקי, ד', וכהן, מ' (עורכות) (2015). גרונטולוגיה מעשית: מבט רב-מקצועי לעבודה עם אנשים זקנים (2 כרכים). ירושלים: **אשל**, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל.

Ahlskog, J. E., Geda, Y. E., Graff-Radford, N. R. et al. (2011). "Physical exercise as a preventive or disease-modifying treatment of dementia and brain aging". *Mayo Clinic Proceedings*, 86: 876-884.

Arnsten, A. F., & Wang, M. (2016). "Targeting prefrontal cortical systems for drug development: Potential therapies for cognitive disorders". *Annual Review Pharmacol Toxicol*, 56: 339-360.

Bookheimer, S. Y., Strojwas, M. H., Cohen, M. S. et al. (2000). "Patterns of brain activation in people at risk for Alzheimer's disease". *New England Journal Medicine*, 343: 450-456.

Clarfield, A. M. (1988). "The reversible dementias: Do they reverse?" *Annals of Internal Medicine*, 109: 476-486.

D'Onofrio, G., Sancarolo, D. Addante, F. et al. (2015). "Caregiver burden characterization in patients with Alzheimer's disease or vascular dementia". *Internasional Journal of Geriatric Psychiatry*, 30: 891-899.

- Etters, L. Goodall, D., & Harrison, B. E. (2008). "Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature". *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20: 423-428.
- Hof, P. R., Bussiere, T., Buxbaum, J. D. et al., (2003). "Neurobiological basis of age-related dementing disorders". In: C. Cassel, R. Leipzig, H. J. Cohen, E. B. Larson, D. E. Meier, & C. F. Capello (Eds.), *Geriatric Medicine* (4th ed., Ch. 75, pp. 1095-1111). New York: Springer Verlag.
- Fernandez, M., Gobartt, A. L., Balana, M. et al. (2010). "Behavioural symptoms in patients with Alzheimer's disease and their association with cognitive impairment". *BMC Neurology*, 10: 87-96.
- Freter, S., Bergman, H., Gold, S. et al. (1998). "Prevalence of potentially reversible dementias and actual reversibility in a memory clinic cohort". *The Canadian Medical Association Journal*, 159: 657-662.
- Gilhooly, K. J., Gilhooly, M. L., Sullivan, M. P. et al. (2016). "A meta-review of stress, coping and interventions in dementia and dementia caregiving". *BMC Geriatrics*, 16: 106-114.
- Lyketsos, C. G. (2002). "Dementia and milder cognitive syndromes". In: D. G. Blazer & D. C. Steffens (Eds.), *Essentials of Geriatric Psychiatry* (2nd ed., Ch. 7, pp. 107-124). London: American Psychiatric Publishing.
- Maseda, A., Gonzalez-Abraldes, I., de Labra, C. et al. (2015). "Risk factors of high burden caregivers of dementia patients institutionalized at Day-Care centres". *Community Mental Health Journal*, 51: 753-759.
- Nelson, P. T., Alafuzoff, I., Bigio, E. H. et al. (2012). "Correlation of Alzheimer disease neuropathologic changes with cognitive status: A review of the literature". *Journal of Neuropathology & Experimental Neurology*, 71: 362-381.
- Ohman, H., Savikko, N., Strandberg, T. E. et al. (2016). "Effects of exercise on cognition: The Finnish Alzheimer disease exercise trial: A randomized, controlled trial". *Journal American Geriatric Society*, 64: 731-738.
- Prado-Jean, A., Couratier, P., Druet-Cabanac, M. et al. (2010). "Specific psychological and behavioral symptoms of depression in patients with dementia". *Internasional Journal Geriatric Psychiatry*, 25: 1065-1072.

- Rolinski, M., Fox, C., Maidment, I., & McShane, R. (2012). "Cholinesterase inhibitors for dementia with Lewy bodies, Parkinson's disease dementia and cognitive impairment in Parkinson's disease". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD006504.
- Zivin, J. A. (2007). "Ischemic and hemorrhagic cerebrovascular disease". In: L. Goldman & D. Ausiello (Eds.), *Cecil Medicine* (23rd ed., Ch. 430-432, pp. 2708-2725). Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier.

לקראת קץ החיים

- Bookheimer, S. Y., Strojwas, M. H., Cohen, M. S. et al. (2015). "End-of-life care in the intensive care unit: A patient-based questionnaire of intensive care unit staff perception and relatives' psychological response". *Palliat Medicin*, 29: 336-345.
- Costello, M. M., West, D. J., & Ramirez, B. (2014). "End-of-life decisions: Some international comparisons". *World Health Population*, 15: 4-13.
- Hartog, C. S., Schwarzkopf, D., Riedemann, N. C. et al. (2015). "End-of-life care in the intensive care unit: A patient-based questionnaire of intensive care unit staff perception and relatives' psychological response". *Palliat Medicin*, 29: 336-345.
- Kinlaw, K. (2005). "Ethical issues in palliative care". *Seminars in Oncology Nursing*, 21: 63-68.
- Kryworuchko, J., Strachan, P. H., Nouvet, E. et al. (2016). "Factors influencing communication and decision-making about life-sustaining technology during serious illness: A qualitative study". *BMJ Open*, 6: e010451.
- Moore, C. D. (2005). "Communication issues and advances care planning". *Seminars in Oncology Nursing*, 21: 11-19.
- Valente, S. M. (2004). "End-of-life challenges: Honoring autonomy". *Journal of Cancer Nursing*, 27: 314-319.



שער שלישי:

היבטים נוספים

בתקשורת עם זקנים

קול רנה וישועה באהלי צדיקים" (תפילת הלל)



פרק 15:

תקשורת עם חולי אלצהיימר מקרה מלב"ב

מרשה דונשיק וחיה בן יעקב*

אנחנו זקוקים במהותנו לחברה. אנחנו מתרחקים מבדידות ומחפשים לקיים קשר עם אחרים במגוון דרכים במשך חיינו. אנחנו מפתחים ומרחיבים את עצמאותנו באמצעות התקשורת. בשלבים המוקדמים של החיים האדם לומד שפה מילולית כדי לשכלל את יכולת ההבעה. עם התפתחותו, התקשורת נהיית מורכבת כדי לענות על צרכים מעבר לשפה הטכנית, והוא לומד סגנונות לשון, מנעד של קולות, מגוון הבעות פנים, שפת גוף ועוד. האדם מפתח מגוון עשיר של דרכי הבעה כמו שפה, שירה, ריקוד, ציור וכתובה, כדי שאחרים יבינו אותו והוא יוכל לפתח מערכות יחסים עמם. הוא מביע את מהותו ושואף להבין את המסרים של הסובבים אותו. מנגנון זה פועל מהרגעים הבנליים ביותר בחיים ועד ליחסים העמוקים שאנו יוצרים; אנחנו תלויים לגמרי ביכולתנו להתבטא ולהבין את ביטוי של הזולת.

חלקים נרחבים של הספרות על דמנציה מתמקדים בפגיעה בזיכרון, המביאה לשכחת שמות או לשליפת מילים לא מתאימות. אולם מניסיונו יש עוד ליקויים קוגניטיביים שעלולים לנבוע מדמנציה ולהקשות על האדם בתחום התקשורת, כגון: שיבושים בחשיבה מופשטת, בקריאת שפת הגוף או בהבנת הומור או טון דיבור. הדמנציה משבשת את יכולתו של האדם להבין את זולתו, יהא זה בן משפחה או שותף בעבודה. שיבושים אלה משפיעים על תפקודו ועלולים להשפיע גם על אישיותו ולשנות את מעמדו בעיני הזולת. אדם שהיה פעם חזק מאוד במצבים חברתיים, עלול להפסיק להבין חלקים חיוניים של שיחה המתנהלת בקצב מהיר במסיבת קוקטייל ירגיש חוסר ביטחון עצמי, ויתחיל להימנע מלהצטרף למסגרות

* מרשה דונשיק היא מנהלת קבוצת דוברי אנגלית, מתמחה בריקוד ככלי טיפול במרכזי יום ובעלת ותק של יותר מ-30 שנה בנייהול ארגוני של מלב"ב. חיה בן יעקב היא עובדת סוציאלית בכירה במלב"ב.

ולאירועים חברתיים. בני משפחתו יתחילו להרגיש בשינוי באישיות או באורח חייו, אך יתקשו למקד את מקור השינוי. האדם עצמו מרגיש ש"קורה לו משהו", אך אינו מצליח להצביע על ההפרעה. הוא נלחם בכל כוחו כדי לשמור על מהותו ועל אישיותו ומאשים אחרים במאבקו הנואש לשמור על איזון אישיותו. הוא אמנם מתפקד בשגרה המוכרת לו אך מתקשה בסביבה חדשה. הוא מעדיף את החוויה המוכרת ונרתע מחוויות חדשות או מופשטות. מצבי תסכול אלה עלולים לגרום לבעיות התנהגותיות או לדיכאון. דמנציה באונה הקדמית מביאה לירידה קוגניטיבית ופוגעת בתקשורת תקינה, מביאה לדיבור חסר רסן, לשפה גסה או לביטויים פוגעניים המחבלים בבניית קשר עם אחרים ולתחושות של בושה ומבוכה בקרב בני משפחה.

עם התפתחות הדמנציה והאפזיה שמהווה חלק ממנה, אזורים נרחבים יותר של המוח נפגעים ומשפיעים על התקשורת. לדוגמה: קשה לאדם לסיים משפט וליצור רצף חשיבתי שלם. לפעמים האדם מתקשה בשליפת המילה הנכונה ובמקום זה מבטא צלילים חסרי משמעות או מילים שאינן רלוונטיות, מה שגורם לשומע מבוכה ובלבול.

בשלבים המתקדמים בדמנציה של אלצהיימר כמעט ואין תקשורת מילולית, ואף התקשורת הלא-מילולית היא תגובתית. חיים עם דמנציה מסוג אלצהיימר כרוכים על פי רוב בבדידות ובריחוק חברתי. כאן יש מקום לשאול: למה מרכז יום הוא מודל מוצלח לטיפול בדמנציה? מה מתרחש במרכז יום ששונה מסביבה חברתית אחרת? איך מרכז יום לתשושי נפש מתאים את עצמו לצרכים החברתיים של האדם הדמנטי, כשנראה כי האפשרות לתקשורת אבדה? איך מקומו של הזקן בקבוצה תורם לשמירה ולהעשרה של התקשורת? איזו דינמיקה מאפשרת ובונה תקשורת למרות כל המכשולים הקוגניטיביים האורגניים?

רקע היסטורי

במחצית שנות השבעים של המאה עשרים הקימה "אשל" שהופקדה על ידי הממשלה וג'וינט ישראל לתכנן ולפתח שירותים לזקנים בישראל את מרכזי היום לזקן. המרכזים הוקמו עם התפתחות המגמה לאפשר לזקנים להזדקן בקהילה, להישאר בביתם ובסביבתם הטבעית ולהשתלב בפעילות חברתית מחוץ לבית. המרכזים נתנו לזקנים אפשרות לתקשר עם בני גילם, לקחת חלק בפעילויות תרבותיות וחברתיות וליהנות מסל שירותים שמרכז היום לזקן העניק לחבריו. המפגש במרכז מספר פעמים בשבוע הקל גם על בדידותם של הזקנים. בעבר הרחוק עמדו אפשרויות מעטות בפני משפחתו של הזקן הסובל מדמנציה להתמודד איתו בבית או לאשפזו במחלקה סגורה בבית חולים או בבית אבות. כיוון שהמסגרות לחולים בדמנציה במוסדות אלה נבנו במקורן לטיפול בזקנים הסיעודיים, לא

היו לצוות הטיפולי מספיק ידע או כלים מתאימים לטפל בתופעות הרגילות של דמנציה ולשפר את מצבו של האדם תשוש הנפש. זקן הלוקה בדמנציה אינו בהכרח נכלל בקטגוריה "סיעודי" מבחינה פיזית, ולכן לאו דווקא זקוק לעזרה פיזית בפעולות היומיום. היות שדמנציה משפיעה על תפקודו הקוגניטיבי של האדם, הוא זקוק להשגחה מתמדת ולסביבה פיזית מוגנת. מכיוון שהוא לוקה בכושר השיפוט, מתקשה להביע את צרכיו ועלול לסכן את עצמו או את סביבתו, הוא צריך הכוונה ותמיכה בפעילות היומיום.

בהמשך לפיתוח ולהקמה של מרכזי היום לזקן על ידי אשל-ג'וינט ישראל הקימה עמותת מלב"ב מועדונים, שהיו לימים מרכזי יום מיוחדים לחולים בדמנציה ולחולי אלצהיימר. המטרה המרכזית הייתה השגחה במסגרת מוגנת למספר שעות ביום. עם הזמן התברר לצוות באותם מרכזים שהפעלת הזקנים תורמת להם באופן חיובי ומועילה להם חברתית, וכי כשהם משתתפים בפעולות מאורגנות הם שומרים על רמה טובה יותר של תקשורת. למרות הירידה הקוגניטיבית הרגישו הזקנים שביעות רצון מכך שהם מוסיפים לקבוצה. אנשי הצוות שמו לב שאנשים בקבוצה נעשים פחות מופנמים ומעיזים יותר לדבר עם חברי הקבוצה האחרים. לצוות הייתה אפשרות לצפות על אנשים שחיים עם דמנציה של מחלת אלצהיימר ולהכיר את הצרכים והקשיים שלהם בכל שלב ושלב. תחילה עבדו בשיטת "ניסוי וטעייה". הם ניסו לפגוש את הזקן בעולמו, עולם שבו הוא לאט-לאט מאבד את הזיכרון, את רצף החשיבה, את ההתמצאות ואת התקשורת המילולית, ופיתחו שיטות טיפול ופעילויות מתאימות. כמו כן, הם למדו מה מרגיע את המתח הנפשי ואת התסכולים, והתחקו אחר הצרכים המשותפים לכלל אוכלוסיית המשתתפים לצד הצורך בביטוי אישי של כל אחד מהם. נוסף על כך, הצוות התחיל להעריך שהמשתתפים חווים ניסיון שונה מאשר אלה שאינם יוצאים לסביבה חברתית.

במשך הזמן התברר שמילות המפתח לטיפול מוצלח הן "טיפול עם האדם במרכז" (person centered care), כשהמוקד הוא בצרכים הפיזיים, הרגשיים והקוגניטיביים של כל אדם בקבוצה. בני משפחה התחילו לדווח שנוסף על ההקלה העצומה שחשו בשעות שבהן היו משוחררים מהטיפול בזקן הם שמו לב שהוא נהיה רגוע יותר, תקשורתו יותר ובעל מצב רוח חיובי יותר באופן כללי. אנשי מקצוע בתחום הרפואי והמדעי החלו להבין את הקשר ואת החשיבות של התעסוקה כתרומה חיובית לאורח החיים של אדם עם דמנציה. לאחר שנים רבות של עבודה עם האוכלוסייה המבוגרת, בעיקר עם אלה הסובלים מדמנציה, נמצא כי מרכז היום מהווה סביבה המחזקת את התקשורת בין זקנים וגם בין אנשים עם דמנציה. מסקנה זו נובעת מכך שהקבוצה, מצד אחד מאפשרת לחבריה להרגיש שהם נמצאים בסביבה חברתית מוכרת (תחושה חיונית לחיברות של כל אדם), ומצד אחר אינה מציבה דרישות שגרתיות העלולות לסבך את מהלך החיים של אדם עם דמנציה. הסביבה במרכז יום נעשתה ידידותית עבור אלה החיים עם דמנציה. במרכז יום

כל דרישה שהיא מעבר ליכולתו או נגד רצונו של אותו אדם אינה מחייבת אותו. התנהגות שאולי אינה מתאימה או לא נסבלת במקום אחר, מקובלת ואף משולבת בקבוצה שלנו. חוויה זו מאפשרת לו ואף מעודדת אותו להמשיך לקחת חלק בסביבה החברתית והוא ממשיך להיות נוכח בעולם השונה מהמציאות של שאר האוכלוסייה.

השם שנבחר לכלל הקבוצות במרכזי יום אלה הוא מלב"ב (מרכז לטיפול בזקן בקהילה). השם, השאוב משיר השירים מגדיר את הגישה של המדריכות כלפי המשתתפים בקבוצות אלו כמבוססת על האהבה שבלב. לקבוצות מלב"ב יש נורמות סוציולוגיות משלהן המוכתבות על ידי התרבות, השפה והרמה הקוגניטיבית של המטופלים. הצוותים בעלי ניסיון וידע עשיר בעבודה עם קבוצות ברמות שונות של הירידה הקוגניטיבית. כשנכנסים לתוך הקבוצה, הצוות שואף ל"כניסה הוליסטית", לא רק לסביבה הפיזית אלא לעולם המלא של המשתתפים. המרכז בונה עולם אלטרנטיבי שבו דמנציה היא הנורמה. בעולם אלטרנטיבי זה, אדם שחי עם דמנציה מוזמן להשתתף, להגיב ולהתבטא. כתוצאה מכך הוא מרגיש אדם בעל משמעות עם עוצמה וחיוניות.

סוגי התקשורת שפוגשים בסביבה מיוחדת זו הם אחרים מאשר בחברה הכללית, ונדרש "מצפן" מיוחד כדי להתייחס אליהם בצורה נאותה. דוגמה לכך הייתה בשיחה בין איש צוות במרכז היום ובין שרה, שם בדוי, זקנה בשלבים מתקדמים ביותר של מחלת האלצהיימר. שרה מסוגלת להביע את דעתה מדי פעם באנגלית וביידיש, אך רוב דבריה אינם רציפים ולכן קשה מאוד להבין את מחשבותיה. איש הצוות שישב לידה והחזיק בידיה הרגיש פתאום שינוי במצב רוחה ובשפת הגוף שלה. שרה התחילה לגמגם ויצאו מפיה המילים הבאות: "she's so... she's... she's... she is so... so... she is STUPID!!!" (היא כל כך... היא... היא כל כך... כל כך טיפשה!!!) איש הצוות הופתע לחלוטין מעוצמת הביטוי ומתוכן הדברים, כי שרה לרוב אישה רגועה ופאסיבית. הוא הסתכל מסביב במחשבה שמשתתף אחר בקבוצה הציק או הכאיב לשרה. להפתעתו ראה ש"יפה" החליקה בכיסא הגלגלים שלה והייתה עלולה ליפול בכל רגע. הוא שאל את שרה אם הכעס או הדאגה שלה נבע באמת מכך שיפה בסכנה. שרה, במבט עיניה, הסכימה שאכן כן. איש הצוות ניגש מיד ליפה ועזר לה למצוא תנוחה יותר בטוחה ונעימה, ושרה נרגעה מיד.

על רקע אירוע זה יש לציין שבסביבה אחרת רובנו היינו נוטים להגיב לתוכן המילים הגסות שאמרה שרה ובעקבות זאת היינו נזפים בה. אולי היינו גם מרגיעים את כעסה במילים של "פוצי מוצי", בלי לתת את הדעת על סיבתו. היינו מנסים להשתיק אותה ולטפל בה. לעומת זאת, איש הצוות, שהוכשר בתקשורת עם אנשים דמנטיים ידע לקרוא את השינוי המשמעותי בשפת הגוף של שרה ולפענח דרך עוצמת הדיבור שלה עד כמה הייתה ערנית ומחוברת למציאות באותו רגע.

דוגמה אחרת: רבות מנשות קבוצת מלב"ב לדוברי אנגלית השתתפו בעבר במפגשים שאורגנו פעם בשבוע על ידי גורמים יהודים מחו"ל, כגון "נשות הדסה" או "נשות מזרחי", דבר שאפשר להם מפגש חברותי ומשמעותי. בקבוצת מלב"ב ניתן היה ליצור מפגש חברותי דומה ולכן הפעילות בקבוצה כללה שיח על דילמה הקשורה לקהילה היהודית או הארצית. כתוצאה מדמיון המפגשים חלק מהנשים באות בלבוש אלגנטי, כולל כובע או סיכה של העמותה. לעומת זאת, בקבוצה לדוברי רוסית, המפגשים המוכרים להם הם יותר סביב עבודה עם מטרה לספק תועלת. לכן הצוות התאים את תוכן המפגשים בהתאם לתרבות של המשתתפים.

מבנה המרכז במלב"ב

מבנה מרכז היום במלב"ב מחולק לפי כמה פרמטרים: הרמה הקוגניטיבית של כל משתתף, השפה המדוברת עם משפחתו ועם עמיתיו, שפת האם שלו ושל המשתתפים בקבוצה, האזור הגיאוגרפי שבו הוא גר, היחסים החברתיים בין המשתתפים ותוכן הפעילות. קבוצה ממוצעת מונה 20-30 משתתפים, עם חלוקה לתת-קבוצות וגם עבודה פרטנית של אחד על אחד עם הצוות במשך יום פעילות.

בדרך כלל יש כמה קבוצות שנמצאות באותו מרכז יום תחת קורת גג אחת, כדי לאפשר ניידות בין קבוצה לקבוצה בעת הצורך: כשאדם מתקשה בקבוצה בתפקוד מסוים, המעבר לקבוצה אחרת באותו בניין יותר רך ונעים לו מאשר לבוא לבניין חדש וזר לו. למנהל או לרופא יש בדרך כלל רקע בתחום הגרונטולוגי-טיפולי. יש עובדת סוציאלית שבקשר עם כל זקן ועם כל משפחה במרכז. היא מקבלת כל זקן חדש במהלך ההערכה הפסיכו-סוציאלית, מלווה את כל תהליך קבלתו, מהווה קשר בין צוות המרכז למשפחה, בין המרכז לשירותים בקהילה, ובונה תכנית טיפולית ותומכת במשפחה לפי צרכיה. בכל קבוצה יש מדריכה ראשית הבונה את תכנית היומית של הקבוצה עם דגש על חשיבה ברמה הקוגניטיבית, התרבותית והחברתית של כל אחד בקבוצה. המדריכה הראשית מובילה ומדריכה את יתר הצוות ומעדכנת את הצוות ואת המשפחה בכל שינוי או בעיה שמתעוררים. יש מדריכים מנוסים העובדים עם המדריכה הראשית ותורמים רעיונות לפעילות, תוכן ועניין לקבוצה. יחד כל צוות ההדרכה מעביר פעילות בפועל. נוסף על הרובד הטיפולי הפעלתי, צוות המדריכים אחראי לעזרה ולטיפול בתפקוד היומיומי של הזקן, במיוחד בהרגלי אכילה, כולל שימוש בצלחות ובסכום. הם מגישים אוכל ועוזרים לזקן אם הוא מתקשה לאכול. לזקן שחי עם דמנציה יש צרכים מיוחדים בתפקוד אישי כגון איך לעבוד עם כף וקערת מרק. הוא צריך שמישהו יכונו לכף ולמרק ו"עשה לו סדר".

הוא מסוגל לשלוט על הסוגרים אבל זקוק להוראות ברורות של רצף ביצוע הפעולה. צוות הקבוצה אחראי גם לתחומים הטכניים והסיעודיים של התכנית מתוך היכרותם האישית עם כל משתתפי הקבוצה.

מהם הקריטריונים לבחירת צוות המדריכים של המרכז, כאשר ברור שאופי ואיכות הצוות מכתוב באופן משמעותי את האווירה בקבוצה? כשהצוות מקרין רוגע, קלילות ועונג עם אנרגיות חיוביות אלה "מדבקות". זקנים הניזונים מהם הופכים לשותפים לאותן האנרגיות. אווירת הקבוצה משתנה במשך היום. כאמור, לפעמים האווירה מהדהדת הרצאה מרתקת, לפעמים עבודה עם תועלת והספק, ולפעמים מסיבת קוקטייל. כדי ליצור אווירה זו חשוב שלאנשי הצוות יש ידע והבנה בדמנציה, שהם יודעים להכין ולהעביר פעילות בצורה מעניינת ומושכת, שהם רגישים ואמפתיים למסרים העדינים (מילולית או לא מילולית) של הזקן. החשוב ביותר הוא שהצוות חייב לדעת איך ליצור אווירה של רוגע ושל ענין בו-זמנית. תכונה זו אינה תוצאה של השכלה אלא יותר של אופי: אמנות ההדרכה נשענת על אלמנטים מעולם הבידור, התיאטרון, הלמידה, ההדרכה, האקטואליה והטיפול הפסיכולוגי. בניית לוח זמנים וסדר יום בקבוצה הוא אחד האתגרים המרכזיים בהרכבת קבוצה. מצד אחד, אדם שחי עם דמנציה זקוק לאתגר אך יסבול מפעילות שקשה לו מדי. מצד אחר, שעמום ועייפות מגבירים את עוצמת חוסר השקט בקבוצה, ולכן חשוב למלא חללי זמן ולא לתת לחדר "להתייבש". הזקנים מחפשים את החוויה הבטוחה והמוכרת, אך אי-אפשר "לייבש" את התכנית בלי ליצור גיוון. סף הריכוז נמוך, לכן לא כדאי למשוך פעילות מעבר ל-45 דקות.

נעשית חשיבה רבה על הרמות הקוגניטיביות והחברותיות של המשתתפים ואין בהכרח הלימה ביניהן. אדם יכול להיות ירוד מאוד בחינה קוגניטיבית אך עדיין שמור מאוד ברמה החברתית. אם אדם כזה ייכנס לקבוצה של משתתפים לא מילוליים, יהיה לו מאוד קשה, וגם להפך.

סדר היום וסוג הפעילות משתנה לפי הרמות הקוגניטיביות. לדוגמה, לקבוצת אנשים בשלבים המוקדמים של דמנציה יש רמת תפקוד קוגניטיבית גבוהה יותר. לקבוצה זו מתאים איש צוות שיעביר שיעור בתנ"ך סביב שולחן לימוד ויחלק דפי מקורות, בדומה לשיעור תנ"ך במכון לימודי לציבור הרחב. מה ההבדל המרכזי? עיקר ההבדל הוא בפרטים הקטנים: גודל דפוס המקורות בדף מקורות, מבנה הישיבה שבו לכל זקן יש קשר עין וגישת שמיעה עם המרצה, קצב שיעור מספיק איטי ומאפשר בירורי הבנה ושיח על הנושא. בשלב זה מתאפשר שיח בין המשתתפים בשיעור והמרצה חוזר על דבריו בעת הצורך. לקבוצה של אנשים החיים עם אלצהיימר ברמה בינונית יבנה המדריך קבוצה קטנה יותר, של שישה עד שמונה אנשים, יכוון בשאלת מנחה ויבקש משוב בכתב או בעל פה. אין תשובה נכונה אחת בלבד על השאלה. כל אחד מוזמן לשתף את שלו. המדריך יחזור

על המשוב של כל אחד כדי ליצור רצף כי קשה לזקן עם מחלת אלצהיימר בשלב זה להשחיל את המחשבות יחד וליצור רצף של תקשורת.

עם הקבוצה בתפקוד ירוד השיח הוא "אחד על אחד". הוא בן רגע ואולי אפילו רק באמצעות קשר עין, ללא שיח מילולי. האנרגיה מתחלפת דרך שירה, מגע, קשר עין או תנועה. בשלב זה חשוב שהמדריך יישב בקרבה אינטימית לזקן, יעשה מאמצים ליצור קשר עין (כי ייתכן שהזקן יושב בעיניים עצומות אף שאינו ישן), ואולי יתחיל בשירת מנגינה מוכרת לו. רוב התקשורת עם זקן בשלב זה היא ביוזמת הצוות, ואורכה כמה רגעים בלבד. זה מספיק. אפילו פרק זמן קצר זה עשוי לעייף את הזקן ואת המדריך.

הדרישות והקריטריונים של אנשי הצוות רבים, אך יש לציין שבניסיון שלנו במלב"ב אנשי צוות לרוב אינם נשחקים מהעבודה למרות העומס הרגשי העצום. רוב אנשי הצוות מביעים שביעות רצון וסיפוק רב מעבודתם. מי שמתאים - נשאר.

אתגר נוסף בבניית קבוצה היא הרמוניזציה של כל הגורמים למטרת שילוב קבוצתי. התופעות הטבעיות והמובנות של דמנציה ושל אלצהיימר עלולות לכלול אי-שקט, חוסר גבולות, חוסר רסן, חוסר התמצאות, התפרצויות זעם, התקפות פיזיות, חוסר מודעות למחלה ולהתנהגות ואפטיה טוטלית. תופעות אלו עלולות להפריע לחברים אחרים בקבוצה, שמודעים לפעמים במידה זו או אחרת למתרחש מסביבם. אם תופעות אלה מפריעות לאדם הצלול והוא חש אי-נוחות, יש לו כלים להחזיר לעצמו איזון ונוחות. הוא יכול להגיב כדי להרגיע את השני, או להתרחק ממה שמפריע לו, או להתלונן ותלונה זו תתקבל בתוקף. אולם תגובת האדם עם דמנציה להתנהגות הזולת היא עצמה עלולה להיות לא מתאימה או לא מקובלת חברתית. האווירה בקבוצה שברירית ועלולה מהר מאוד להגיע לפיצוץ מילולי ואף למכות. אמנות הצוות היא לדעת לנווט באינטראקציות אלו, איך לתת תוקף לרגשות ולתגובות הפרט ובזמנית לשמור על אווירה נעימה ובטוחה בקבוצה.

מאתגר זה נובע אתגר נוסף: אי-התאמה של אדם לקבוצה מסוימת שבה השתתף עד כשיו. האיש מתקשה במשימות מעודכנות וזקוק לסביבה אחרת כדי להעצים את עצמו. כל אדם המתקשה להתרכז בהרצאה או בפעילות שדורשת ממנו רמה אינטלקטואלית גבוהה מדי יתחיל להתעסק במשהו אחר כמו התעסקות בטלפון הנייד, קשקוש על הנייר, לחלום בהקיץ, לחילופין הוא יירדם או יתעצבן. אדם עם דמנציה יגיב גם הוא בעצבים או בניתוק. אם רמת הקבוצה הקוגניטיבית יותר מדי גבוהה, הצוות במלב"ב יתחיל תהליך מעבר בנוי עם מחשבה רבה ובהתאמה אישית לצרכים של האדם.

אדם שמסכן את עצמו ואחרים בקבוצה באופן פיזי אינו יכול להיות בקבוצה מפאת הפחד שיפגע באחרים. יש גם זקנים שתופעות של אי-שקט או חוסר מנוחה מונעות מהם ליהנות ולהפיק תועלת מפעילות הקבוצה או מכל אינטראקציה חברתית עם המשתתפים או עם הצוות. בשני המצבים הצוות יעבוד עם הזקן, עם המשפחה ועם גורמי הקהילה כדי

לפתור את הבעיה ולהחזיר את האיזון. אם אין פתרון, למרכז אין ברירה אלא להפסיק לקבל את הזקן.

האם מסגרת של מרכז יום לתשושי נפש היא שיקומית? יש דעות מהמדע ומהמחקרים המעידות שאדם שמתחיל תהליך של דמנציה אינו מסוגל ללמוד משהו חדש או למלא הוראות בצורה מספיק מדויקת כפי שדרוש במערכת שיקומית. עם זאת, מסגרת מוגנת ובטוחה מורידה מתחים ופותחת אפשרות לחשיבה ואף מחזקת את המערכת הרגשית, הביטחון העצמי ומוכנות האדם להעז להתנסות בחוויות חדשות. לפעמים מסגרת בטוחה ומכילה מסירה מחסומים ומאפשרת כניסה ושליפה של מידע, למידה ואף שיקום מסוים. התהליך השיקומי אינו פרונטלי ואינו מטרת הקבוצה, אלא מתקבל בעקיפין, ותוצאות הפעילות במרכזי יום משפיעות לטובה עד כדי שינויים באורח ומטרת החיים של המטופלים.

סיכום

תופעות השיבושים בתקשורת של האדם החי עם דמנציה הן רבות וגורפות. לשיבושים אלה השפעה עצומה על המערכת החברתית של האדם, ולכן חשוב ביותר לעצב ולהקים מערכות חברתיות המתאימות את עצמן לצרכים התקשורתיים של אנשים אלה כדי לאפשר לאדם עם דמנציה להרגיש "בבית".

פרק 16:

תעסוקה לזקנים ככלי תקשורת

אילת ובר*

עם העלייה בגיל קיימת עליה בשיעור הזקנים המוגבלים בתפקודם וזקוקים לעזרת הזולת בשל נכות פיזית, קוגניטיבית או משולבת. לפי הנתונים (יקוביץ, 2011), 16.7% מכלל הזקנים מוגבלים בתפקודם ושיעור זה גדל באופן ניכר עם העלייה בגיל. עקב כך גובר הביקוש לשירותים תומכים בבית ובקהילה.

בניגוד למודל הרפואי שהיה נהוג שנים רבות והתמקד בסיבה לחולי, ארגון הבריאות העולמי (WHO) פיתח קלסיפיקציה חדשה הנקראת ICF - פרדיגמה המתמקדת בבריאות ובחולי ובאופן השפעתם על השתתפות בפעילות וביצועה. השתתפות (Participation) מוגדרת כ"מעורבות עמוקה במצבים שונים המרכיבים את מארג החיים" (ילון-חיימוביץ ואח', 2006). השתתפות בעיסוקים בסביבה טבעית משמעותית ביותר בתיאור ההשלכות על המצב הבריאותי, מהווה מטרת הטיפול ומדד התוצאה של טיפול ואחד הקריטריונים לקביעת איכות חיים טובה (WHO, 2011).

מרכזי יום הם שירותים הקיימים בקהילה שנועדו לעידוד השתתפותם של הזקנים ולהפחתת השפעת החולי על איכות חייהם. מטרת מרכז היום הן לקדם את בריאותם ואת רווחתם של זקנים מוגבלים בתפקודם, לחזק את עצמאותם, לשמר את תפקודם, למנוע או לדחות את כניסתם למוסד ובמקביל לאפשר מנוחה והפוגה למטפלים בזקנים אלו. נוסף על כך, מרכזי היום מספקים מסגרת ותמיכה חברתית, מקור מידע ואפשרות ליצירת קשרים בינאישיים, דבר שאינו מתאפשר אם הזקן גר לבד בבית ואינו נפגש עם אנשים נוספים. במחקר איכותני שבדק את ההתנסויות ואת ההשפעות של מרכז היום על המשתתפים, נמצא כי החוויות המשמעותיות ביותר בעבור הזקנים היו הקשרים החברתיים שנוצרו עם משתתפים אחרים, הקשר עם הצוות וההנאה מהשתתפות. ההשתתפות במרכז

* אילת ובר היא מרפאה בעיסוק במרפאת הזיכרון של המרכז הרפואי שערי צדק, ובמסגרת תפקידה עוסקת בין היתר בהערכת התפקוד של המטופלים [העורך].

היום תרמה לרווחתם הנפשית של הזקנים בצמצום תחושת בדידותם ובהפחתת תחושות הדיכאון והחרדה שלהם (יקוביץ', 2011).

תעסוקת בית*

חשוב לפתח גם תעסוקת בית לזקנים המוגבלים בתפקודם ואינם יכולים לצאת מביתם. "תעסוקת בית" מוגדרת פעולה או פעולות של עשייה על ידי אדם המרותק לביתו. הריתוק לבית פוגע באיכות החיים של הזקן ומביא לאיבוד קשרים חברתיים, איבוד תפקידים חברתיים ופגיעה בדימוי העצמי, שעמום, העדר גירויים ואתגרים והעדר הזדמנות להתפתחות אישית. התעסוקה בבית יכולה לספק בסיס לאינטראקציה של הזקן עם אנשים אחרים, לעודד התנסות בעבודה חדשה וגם לשפר את הקשר של הזקן עם בני המשפחה סביב נושא התעסוקה (הבסי ז'סלין, 1996). חשוב לאפשר לזקן תעסוקה, להביאו לרמת התפקוד הגבוהה ביותר לפי יכולתו וגם לשמור על יכולותיו החברתיות תוך מתן גירויים סביבתיים (יאול, 2004). כמו כן, התעסוקה מאפשרת למלא את שעות הפנאי בפעילות משמעותית ועשויה לגרום הנאה ושמחה ובכך לשפר את איכות החיים של הזקן (יקוביץ', 2011).

פירמידת הצרכים של מאסלו

לפי מאסלו (Maslow, 1943), יש צרכים משותפים לכל בני האדם המאורגנים לפי סדר חשיבות. כשרמה מסוימת של צורך מסופקת, האדם פונה להגשמת הצורך ברמה הבאה בפירמידה.

הרמה הראשונה מתייחסת לצרכים פיזיולוגיים בסיסיים: הצרכים הביולוגיים של האורגניזם, המאפשרים את קיומו (הומיאוסטזיס) תופסים את החשיבות העליונה. רק לאחר מילוי הצרכים הביולוגיים מסוגל האדם למלא את הצרכים הנוספים.

הרמה השנייה בפירמידה מתייחסת לצורך בביטחון. ברמה הזאת האדם שואף להבין את העולם ולהפוך אותו למובן וצפוי. האדם מנסה עוד מינקותו למצוא סדר בעולם, ועם התבגרותו הוא מאמץ לעצמו תפיסות עולם ופילוסופיות חיים, שנועדו ליצור סדר בעולם. העדר סיפוק של צורך זה יוצר חרדה ואף דיכאון. השגת צורכי הביטחון עשויה להתבטא

ביומיום, למשל בהשגת יציבות תעסוקתית, ביתית, משפחתית ועוד. היציבות בתחומי חיים שונים מאפשרת יכולת צפייה וניבוי מסוים של העתיד להתרחש ויצירת תחושת ביטחון. הרמה השלישית עוסקת בצרכים חברתיים: תחושת שייכות, צורך להיות מקובל, להיות חלק מקבוצה, לאהוב ולהיות נאהב. כך האדם לומד להכיר את עצמו ולגבש זהות עצמית. חסכים בשלב זה יכולים לגרום לתחושת בדידות, חרדה חברתית ודיכאון. ברמה הרביעית נמצא הצורך בהערכה חברתית: צורך להרגיש מכובד על ידי אחרים, צורך לכבוד עצמי ולכבד אחרים. אלה יכולים למצוא ביטוי דרך מעמד, הכרה חברתית, הערכה מצד הסביבה והכרה בעבודה. חסכים בשלב זה יכולים להוביל לערך עצמי ירוד ותסביכי נחיתות.

הרמה החמישית היא הצורך במימוש עצמי: הצורך של האדם להשתמש בכישורים הייחודיים לו כדי להגיע למימוש היכולת האישית הטמונה בו. זוהי הרמה הגבוהה ביותר ועל פי מאסלו, רבים אינם זוכים להגיע אליה (שם). אם כן, תפקידו של האדם הבא במגע עם הזקן בבית, בקהילה או במסגרת מוסדית הוא לסייע לו להגיע לרמה הגבוהה ביותר בפירמידת הצרכים. השתתפות הזקן בתעסוקה משמעותית עבורו יכולה למלא עבורו צרכים רבים: תחושת תועלת וערך עצמי, תחושת הישגיות, יצירתיות, תחושת שליטה ויכולת. בכך הזקן אינו מרגיש רק Being אלא גם Doing, תחושה העשויה לתרום רבות בשיפור איכות חייו.

פנאי בתקופת הזקנה

פנאי מוגדר כפרק הזמן העומד לרשות האדם כשהוא פנוי מעבודה ומפעולות אחרות הנדרשות לצורכי קיום. בדרך כלל הוא מלווה בתחושת חופש וקשור לערכי תרבות. הפנאי הוא הזמן הכי חשוב בחיינו ולכן ראוי שנתייחס אליו ברצינות. פרופ' רוברט סטבינס הגדיר פנאי: "פעילות לא כפויה, שאנשים עוסקים בה בזמנם החופשי בחלל מסוים, פעילות שגורמת עונג ויוצרת איזון בין החיים לעבודה" (סטיבנס, 2014). מהקבוצות שחקר הוא למד מהו פנאי רציני, וכנגדו הגדיר את הפנאי המזדמן פעילויות קצרות טווח, שאינן דורשות מיומנות, השקעה ומאמץ גדולים. אלו הם אותם דברים שאנחנו עושים פשוט כהפוגה, כמו קריאת עיתון, צפייה בטלוויזיה או בסרט, משחקי מחשב, מסעדות, שיחות חברתיות וסתם מנוחה. את "אנשי הפנאי הרציני" הוא אפיין כמי שעוסקים בתחביב שלהם בהקפדה על למידה והתפתחות וברמה גבוהה של מחויבות ומסירות. המחקרים שלו ב־40 השנים האחרונות הוכיחו שאנשים שעוסקים בפנאי רציני מאושרים ומסופקים יותר.

התועלת של פנאי רציני היא הגשמה עצמית. הגשמה עצמית מתמשכת נובעת בראש ובראשונה ממסירות לפנאי רציני. לעתים נדרשות שנים לרכישת המיומנויות, הידע והניסיון כדי להצליח בביטוי העצמי הזה. אתה מרחיב את היכולות שלך, את הכישרונות, את התחושה האינדיבידואלית של הגשמה.

אנשים רבים שיוצאים לפנסיה חוששים מהזמן החופשי, מהלא-נודע, מהריקנות. הם פורשים עם חלומות, לעתים קרובות חלומות לא ריאליסטיים, או ללא חלומות כלל, ואינם עושים דבר כדי למצוא כאלה. הם יודעים שצפייה בטלוויזיה במשך כל היום אינה מהווה עיסוק מספק דיו. זו הסיבה ששיחות חברתיות הן העיסוק העיקרי אחרי הפרישה. יש גם מקרים שאנשים לא פורשים מהעבודה או נשארים לעבוד בחצי משרה ובכך העבודה משמשת להם יותר כתעסוקה, מכיוון שאין להם דברים אחרים לעשות כדי למלא את הזמן שהתפנה (סטיבנס, 2014).

בזקנה קיימים שינויים רבים: ירידה פיזיולוגית וקוגניטיבית, מוגבלות תפקודית, ירידה באינטראקציה חברתית ובהשתתפות בפעילות גופנית ופנאי, ירידה באיכות חיים ובתוחלת החיים. כל אותם שינויים משפיעים על הפנאי בזקנה במספר דרכים: כמות הפעילות הולכת ויורדת, מגוון הפעילויות הולך ומצטמצם, ביצוע יותר פעילויות בעלות ממד פיזי נמוך מגבוה, יותר פעילויות מתקיימות בתוך הבית.

עם זאת, יש לזכור שהזקנה כיום שונה מזו שהייתה לפני שנים. מאפייני הזקנה כיום מתבטאים בעלייה בתוחלת החיים, בטכנולוגיה מתקדמת ובמגוון פעילויות רחב יותר. לכל אותם אנשים שבאים במגע עם הזקן, בני משפחה או אנשי מקצוע, יש אתגר לחשוב כיצד להגיע לשלב של מימוש עצמי וכיצד לבחור עיסוק משמעותי עבור הזקן הספציפי. לכל אחד מאתנו יש עיסוקים משמעותיים, שבחירתם מושפעת מהעדפות ומתחומי עניין, רקע תרבותי, הרגלים, יכולות וכישורים. קיימים גורמים שונים העשויים להקשות על ההשתתפות בעיסוקים: גורמים פנימיים, כמו קושי רגשי, רגישות יתר לגירויים, קושי פיזי וגורמים חיצוניים כמו הסביבה הפיזית והאנושית. על האנשים הפוגשים את הזקן להיות מודעים לכל אותם גורמים ולהבין מהם הדברים המשמעותיים עבור הזקן עצמו.

חשיבות התעסוקה בתקופת הזקנה

הזקן, בפרט הזקן הסיעודי, זקוק לתכנית טיפול לא רק פיזית-גופנית, אלא גם פסיכולוגית-נפשית ובעיקר חברתית, לתכנית שמטרתה היא שיפור איכות החיים. טיפול מוצלח הוא זה המביא לירידה בתלות או בנטל הפגיעה בכל תחום שהוא, או מספק את הצרכים הראשוניים ומבטיח לזקן תחושת ביטחון שתאפשר לו להגשים חלומות ולשפר את איכות חייו.

לכל זקן יש פוטנציאל לשיפור ולכן חשוב להשקיע בטיפול. פרט לטיפול הרפואי, יש להתייחס לשעות הפנאי ולהציע בתעסוקה פעילויות מגוונות לניצול הזמן בעזרת מוזיקה, תרגילים, אמנות ומשחקי שולחן משותפים. הטיפול הוא תחזוקתי במהותו אך גם משמר ובונה, ומטרתו להחזיר פונקציות שאבדו או לפצות על האובדן, בעיקר לאחר ירידה תפקודית (יאול, 2004).

בקרב חוקרים ואנשי מקצוע קיימת תמימות דעים באשר לחשיבות ולמרכזיות של פעילויות מסוגים שונים עבור הזקנים. כל פעילות, בין שזו פעילות פיזית ובין שזו פעילות מתחומי היצירה והאמנות, עבודה עם חיות מחמד או תכניות גינון, משפיעה לחיוב על מצבם של הזקנים. המחקר והפרקטיקה מעידים כי פעילות פנאי ותעסוקה של זקנים מגבירה את התעניינותם בנעשה סביבם, משפרת את מצב רוחם ותורמת לאיכות חייהם.

בעבודה עם זקנים יש להתמודד עם מגוון רחב של אנשים בעלי אופי שונה. לשם יצירת קשר עם אוכלוסייה מגוונת יש לבנות מיומנויות תקשורתיות שונות. לדוגמה, עם אדם הנרתע ממגע יש להימנע ממגע ישיר ולהשתמש במשוב מילולי, ועם אדם שחושש ממפגש חברתי רצוי לעבוד באופן פרטני ולתת לו חיזוקים שיעזרו לו להצליח בביצוע ובהשתתפות.

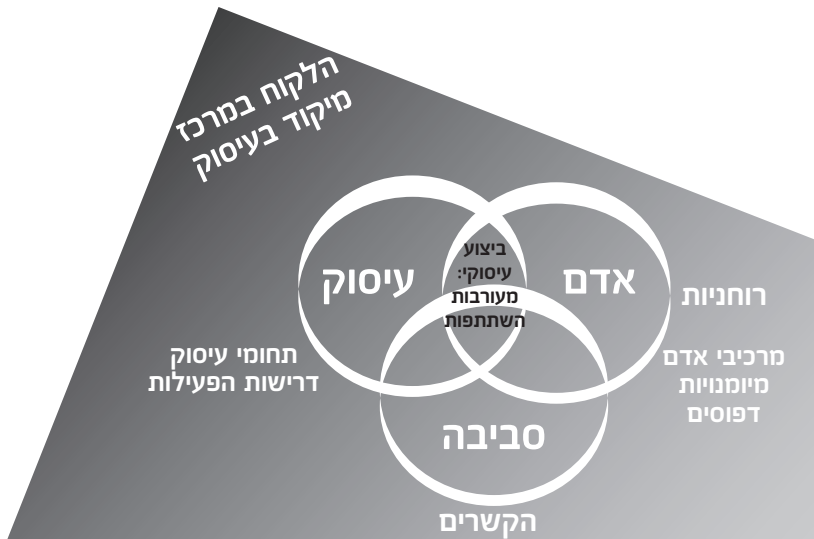
תעסוקה באופן פרטני דורשת מאיש המקצוע או מהאדם שבא במגע עם הזקן להאמין ביכולתו, לנסות ליצור איתו קשר ומגע ולבסס תקשורת הולמת ומכבדת. פעילות תעסוקה קבוצתית מאפשרת למשתתפים ליצור קשר זה עם זה (נוה וורחנאייב, 2012).

ריפוי בעיסוק

המרפאים בעיסוק יאתרו עם האדם את התחומים החשובים לו כדי להשתלב בכל תחומי החיים, מפעילויות יום-יום פשוטות כמו לבוש, דרך פעולות יותר מורכבות, כמו נהיגה וניהול חשבונות ועד לפעילויות פנאי, למידה והתנדבות.

התמקדות הריפוי בעיסוק במעורבות בעיסוקים כמאפשרת השתתפות, תואמת את השקפתו של ארגון הבריאות העולמי (WHO), שהכיר בכך שבריאות יכולה להיות מושפעת מאי-יכולת לבצע פעילות ולהשתתף במצבי חיים.

מודל אדם-עיסוק-סביבה (ילון-חיימוביץ ואח', 2006)



המודל התיאורטי במקצוע הריפוי בעיסוק מבוסס על שלוש הנחות מרכזיות: האחת - העיסוק כמקוד העשייה המקצועית בריפוי בעיסוק; השנייה - חשיבות המשמעות והרוחניות בחיי האדם; והשלישית - גישת הלקוח במרכז (Client Centered Approach) התמקדות בסדרי העדיפויות של הלקוח, הכוללת זיהוי עיסוקים ופעילויות וקביעת רמת המעורבות בכל עיסוק, כדרך להתערבות מקצועית. זהו מודל דינמי לאורך חיו של האדם, מידת החפיפה בין שלושת המעגלים (אדם, עיסוק וסביבה) משתנה ומשקפת את התפתחות האדם. המושג עיסוק מוגדר "קבוצה של פעילויות תכליתיות בתחומי לימודים, עבודה, פעילויות יומיום בסיסיות ואינסטרומנטליות, משחק, פנאי והשתתפות חברתית". פעילויות אלו מתקיימות בהקשרי זמן ומרחב ומקבלות ערך ומשמעות על יד האדם, החברה והתרבות. העיסוק מוגדר גם כאמצעי וגם כמטרה: הוא עשוי לשמש אמצעי התערבות לשינוי יכולת הביצוע, או מטרה בתהליך ההתערבות כשהאדם מעורב בעיסוק משמעותי. לעיסוקי האדם חשיבות רבה בהיותם תורמים מרכזיים לעיצוב זהותו של האדם ולתחושת המסוגלות (ילון ושות', 2006).

תחומי העיסוק לאורך כל מעגל החיים, בפרט בזקנה, מתמקדים בפעילויות יומיום, מנוחה, השתתפות חברתית ופנאי.

חשיבותה של התקשורת בתקופת הזקנה

התקשורת היא כלי חשוב להתפתחות האדם וצורך חיוני. פרט לכך שהיא משמשת לסיפוק צרכים, החלפת רעיונות ומחשבות, היא גם מאפשרת יצירת קשר וקירבה בין אנשים לשם תחושת ביטחון, שייכות ואהבה. כבר דובר על חשיבות הפעילות והעיסוק בחיי הזקן. אדם שאינו פעיל במהלך היום, שאינו מקבל גירויים מהסביבה ואינו עושה כל פעילות גופנית, עלול להידרדר ביתר מהירות. אדם המשתתף בתכנית הפעלה מגוונת, חי באיכות חיים ברמה טובה יותר מבחינה גופנית ונפשית (ברנבאום, 2010). עצם ביצוע התעסוקה הוא שנותן לזקן תשתית לתקשורת עם הסביבה ומאפשר לו לבטא את אישיותו, את מחשבותיו ואת רגשותיו. ללא התעסוקה תקשורת כזו לא הייתה באה כלל לידי ביטוי. חשוב לציין שיש מצבים שבהם זקנים אינם יכולים לתקשר באופן מילולי או אפילו במחווות, ואז צריך למצוא דרכי תקשורת חלופיות, כמו לוח תקשורת או תקשורת מסייעת תומכת.

דוגמאות לפעילות תעסוקה כאמצעי תקשורת

אמנות ויצירה: אמנות היא כלי לתקשורת בלתי מילולית, המאפשרת להביא לידי ביטוי רגשות ותכנים שבדרך כלל לזקן קשה להביע. יצירה נובעת מהעולם הפנימי של האדם, מביעה משהו, מהווה הצהרה של קיום. השימוש באמנות מאפשר ביטוי אישי ומשפר אינטראקציה חברתית (עמותת עמדא לחולי דמנציה אלצהיימר ומחלות דומות בישראל, 2014). למשל בציור, מצב רוחו של האדם יכול להתבטא בצבעים שהוא בוחר. **צילום:** כלי להבעת התכנים הפנימיים, אינו דורש תקשורת מילולית ומאפשר לאדם הצופה לנסות להבין כיצד הזקן תופס את סביבתו.

מוזיקה: בעיקר שירה, מעודדת יצירת קשר עם הסביבה. ניתן להשתמש בטקסטים כדי להביע רגשות, להשתמש בשירים כמעוררי זיכרונות (מבית ההורים, תנועת נוער וכד'), התחברות למקצבים מסוימים, שימוש במוזיקה שקטה ומרגיעה לעומת מעוררת. לזקנים שמתקשים בתקשורת מילולית, המוזיקה היא לעתים תחליף למילים.

תנועה וריקוד: האובדן של הגוף בזקנה (ירידה ביכולת הראייה, הניידות) עלול להשפיע על המצב הרגשי של הזקן ויכול לגרום לו להתנתק מסביבתו (עמדא, 2014). ניתן להביע רגשות דרך התנועה, ללא מילים. התנועה היא כלי לביטוי עצמי המאפשר לזקן להתחבר לגופו, לבטא את התכנים הפנימיים שבו וליצור קשר עם האנשים בסביבתו (ברנבאום, 2010).

סידור אלבום משפחתי: פעילות שהזקן יכול לבצע יחד עם בני משפחה או עם מתנדב, אינה מחייבת תקשורת מילולית. הזקן מתחבר לתמונות, לעתים יכול לזהות את בני משפחתו ואת עצמו. זו הזדמנות טובה ליצירת שיחה ואפשרות להעלאת זיכרונות.

כתיבת סיפור חיים: פעילות זו נמצאה יעילה בהתערבות מבוססת עיסוק בכך שהיא מפחיתה סימפטומים דיכאוניים (Chippendale & Lehman, 2012). הזקן עובר על מאורעות בחייו, מעלה זיכרונות היכולים לעודד תקשורת עם האדם שמולו. כמו כן, לזקן יש הזדמנות לשתף בתחושותיו ובהסתכלותו על החיים.

תעסוקה עם זקנים – תיאורי מקרה

1. אברהם, בן 82, גר בבית עם אשתו. במשך כמה חודשים צמצם את עיסוקיו ורוב הזמן ישב וצפה בטלוויזיה. אשתו פנתה אליו בחיפוש אחר עיסוק משמעותי עבורו. אברהם עבד בתור מוציא לאור בהוצאת ספרים גדולה. כתחביב אהב עבודות ריתוך וכל החצר הייתה מעוטרת בעבודותיו. נפגשתי עם אברהם פעם בשבוע למשך כשלושה חודשים. ההתערבות איתו כללה התייחסות לשני עיסוקים: האחד, אברהם בחר לעסוק בנחושת, עיסוק שאליו התחבר במהירות ונהנה לבצע. השני, אברהם הביע עניין ללמוד להשתמש במחשב. לאחר שלמד כיצד לגלוש באינטרנט, העסיק את עצמו בחיפוש אחר ספרים ישנים. במהלך המפגשים התחיל להיפתח אליו ואף שוחח איתי על הקשיים שלו בלהיות זקן. אשתו תיארה שבעקבות ההתערבות אברהם נהיה יותר ערני במהלך היום, הסכים לצאת איתה לבית קפה הקרוב לביתם ובהמשך הסכים להצטרף פעמיים בשבוע למועדון הגמלאים בשכונה, דבר שקודם לכן סירב לעשות בתוקף.
2. שושנה, בת 89, סובלת כמה שנים ממחלת הפרקינסון, גרה בבית עם מטפלת צמודה כחמש שנים. הבן שלה פנה אליו כדי ש"אעסיק" אותה. שושנה הייתה עקרת בית והייתה לה בעבר גינה מטופחת לתפארת. כמו כן, הייתה בשלנית נהדרת, לדבריה ולדברי ילדיה. נפגשתי עם שושנה פעמיים בשבוע למשך כארבעה חודשים. ההתערבות איתה התייחסה לשתי אהבותיה: האחת - מאז שהמטפלת עברה לגור איתה, שושנה הפסיקה לבשל. התערבות שלי כללה מתן הדרכה למטפלת ושושנה חזרה לבשל תבשילים שאהבה. היא הצליחה לבצע פעולות פשוטות וכאשר התקשתה, הדריכה את המטפלת מה לעשות. נוסף על כך, הצלחנו יחד לכתוב ספר מתכונים, שבסיום ההתערבות חילקנו עותקים שלו לילדים ולנכדים. השנייה - מכיוון ששושנה יושבת בכיסא גלגלים זה שנתיים, היא הפסיקה לטפח

את גינתה. סידרתי לה פינת "גינן" במרפסת, תוך התאמת גובה האדניות ושימוש בעציצים עם גלגלים שאפשרו לה להגיע לצמחים ולטפל בהם בישיבה על כיסא הגלגלים. יש לציין שהדבר הסב לה אושר רב והיא נראתה נינוחה יותר.

מקורות

ברנבאום, ר' (עורכת) (2010). אלצהיימר ודמנציות אחרות: הטיפול והתמודדות המטפלים עם תשושי נפש בקהילה. ירושלים: **אשל**, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל ועמותת מלב"ב.

הבסי, ה'; ז'סלין, ב' (1996). מכון אלה: תעסוקת בית למרותקים - פרויקט אגודת "יד שרה". המוסד לביטוח לאומי - מנהל המחקר והתכנון.

יאול, א' (2004). הזקן הסייעודי - שלבי הירידה התפקודית, ההתמודדות והטיפול בזקן הסייעודי. ירושלים: **אשל**, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל.

ילון-חיימוביץ ואח' (2006). מרחב ותהליך העשייה המקצועית בריפוי בעיסוק בישראל. תל אביב: העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק.

יקוביץ, א' (2011). תכניות חדשות לטיפול בזקנים המוגבלים בתפקודם - סקירת ספרות. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.

נוה, י', ורחנאייב, מ' (2012). פעילות פנאי ותעסוקה לזקנים. ירושלים: **אשל**, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל ו"בית בלב" מקבוצת מכבי שירותי בריאות.

סטיבנס, ר' (2014, 27 במרץ). "פנאי הוא העבודה החדשה". נדלה מתוך: <http://...>

עמותת עמדא לחולי דמנציה אלצהיימר ומחלות דומות בישראל (2014). נדלה מתוך: <http://.il>.

Chippendale, T., & Bear-Lehman, J. (2012). "Effect of Life Review Writing on Depressive Symptoms in Older Adults: A Randomized Controlled Trial". *American Journal Occupational Therapy*, 67 (4): 438-446.

Maslow, A. H. (1943). "Theory of human motivation". *Psychological Reviews*, 50: 370-396.

World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Switzerland: Geneva.



פרק 17:

מוזיקה ככלי תקשורת עם חולי אלצהיימר

איילת דסה

מחלת האלצהיימר היא סוג דמנציה המאופיינת בניוון תאים וקשרי הרשתות במערכת העצבים המרכזית (במוח) ומובילה לניוון דיאלוגי לא פחות מאשר לניוון הניורולוגי. החולים נדחקים לתוך שתיקה שממנה אין הם יכולים להימנע. בכך הם מודחים מקשר חברתי למצב של הידרדרות ובידוד עצמי (Aldridge, 2001: 7).

חולה אלצהיימר חווה הידרדרות פרוגרסיבית ביכולתו לתקשר עם האחר. ככל שהמחלה מתקדמת כך חולי אלצהיימר נוטים להמעיט בדיבור, מעלים נושאים חדשים בשיחה באופן לא תואם ומתקשים לשמור על הנושא. הבעיות המרכזיות בשיחה של החולים מתאפיינות בחזרה לא רצויה על רעיונות, בהפרעות ברצף ובחוסר קשר בין נושאים. השימוש במשפטים "ריקים" כתוצאה מקושי במציאת מילה מוביל לשיחה שיש בה אמירות עם מעט תוכן וחזרות מרובות על אותה מילה. מאפיינים אלו מקשים להבין את דבריו של החולה ומובילים לנתק ולהסתגרות (Kempler & Goral, 2008).

קיטווד (Baldwin & Capstick, 2007) השתמש במונח "Personhood" (בתרגום חופשי: היות אדם) בהתייחסות לאופן הטיפול באדם עם דמנציה: יש להתייחס לאדם כאל "אדם" לפני היותו "חולה" ולתת מענה לצרכיו הרגשיים בעת המחלה. הוא מבחין בין מצבו הקוגניטיבי של החולה ובין היבטים אחרים של הזהות שנשמרים במהלך המחלה. הקוגניציה היא רק אחד ההיבטים באישיות שלנו; הקושי בזיכרון, בהבנה ובשיפוט עדיין משאיר חלקים אחרים שמורים כמו רגשות, צורך בקשר ותחושת שייכות. יש חשיבות למלא את הצרכים הרגשיים של החולה כדי לשמור על איכות חייו.

כאשר הקשר המילולי הולך ואובד, המילים מאבדות את תפקידן כמקור לתקשורת ונותר קשר עין, חיוך, שפת גוף, מלל לא ברור. אבל במרבית המקרים נותרת גם היכולת להגיב למוזיקה. המוזיקה מביאה משהו מוכר אל הסביבה שהופכת ללא-בטוחה. למרות ההידרדרות הקוגניטיבית, חולי אלצהיימר ממשיכים להגיב למוזיקה ולהשתתף בפעילויות מוזיקליות (Clair & Memmott, 2008).

בעבודתי הקלינית במשך 18 שנים כמטפלת במוזיקה עם חולי אלצהיימר אני פוגשת מטופלים שיכולותיהם השפתיות הולכות ונעלמות והם שוקעים אל תוך עצמם בשתיקה. מנגד, אני עדה ליכולת לשיר שנותרת שמורה. חולים אלו, המתקשים להביע את עצמם באופן מילולי, שרים באופן ברור ללא כל קושי והשירה מהווה עבורם גשר שדרכו אני יוצרת עמם קשר ומנסה למצוא אפיק שיאפשר להם לבטא את עצמם ולשפר את יכולתם לתקשר גם דרך מילים. לא אחת נוכחתי לדעת כי פגישה טיפולית הכוללת שירה עוזרת לארגן את השפה, ולו רק למשך כמה רגעים. משפטים כמו: "איזה שיר יפה", "זה מאוד נחמד", "זה מוצא חן בעיניי", הם הישג משמעותי בעבור מטופלים שאיבדו זה מכבר את יכולתם לבטא משפט קוהרנטי ורציף.

בפרק זה אתייחס לחשיבות השימוש במוזיקה בכלל ובשירה בפרט כאמצעי לשמירה על קשר ולתקשורת עם אדם המאבד את יכולות השפה. אספר מעט על קבוצות שונות בטיפול במוזיקה עם חולי אלצהיימר* ואתייחס למחקר ולספרות הרלוונטית בתחום.

שירה בציבור

טליה: "אני אגיד לך מה יהיה? השירים יישארו שלנו ויזכירו שגם הייתה עוד קבוצה ששרה אותם, זה בטוח".

אהובה: "השירים יישארו ויהדהדו וישמעו אותם והכול יהיה כמו שהיה" (מתוך שיחה בין משתתפות בקבוצת השירה).

בעבודת מחקר שערכתי בלימודי לתואר שלישי בטיפול במוזיקה הנחיתי שלוש קבוצות טיפול במוזיקה שהתמקדו בשירה ובשיחה כשבכל קבוצה היו כשישה משתתפים. רציתי לחקור את התופעה שהייתי עדה לה במהלך שנות עבודתי: כיצד השירה מעוררת שיחה ומארגנת את היכולת המילולית של האדם עם דמנציה. להלן מספר ממצאים מאחת הקבוצות.

בקבוצה עסקנו בשירים מוכרים מעברם של המשתתפים, שירי אתוס ציוני (כמו "שיר הפלמ"ח", "שיר הנמל", "שיר בוקר"); שירי הווי ("הפינג'אן", "טומבלליקה") ועוד.

* כל קבוצות הטיפול במוזיקה המתוארות בפרק זה התקיימו במרכז רמת גן לחולי אלצהיימר ע"ש סטוצ'ינסקי.

שירים אלו, שהיו פופולריים בשנות ה-40 וה-50 של המאה העשרים וליוו את שנות הקמת המדינה שימשו בעבר לגיבוש הזהות הלאומית והחברתית ולבנייתה. במהלך המפגשים עלו בקרב חברי הקבוצה זיכרונות מאותה זהות. הם התייחסו בדבריהם לתכנים של השירים והצליחו להישאר ממוקדים, דבר משמעותי בהתחשב בקושי של אנשים עם דמנציה לעקוב אחר נושא השיחה. אבל התופעה המעניינת ביותר היא שהשירה יחד בקבוצה הובילה את החברים לשיחה חברית ספונטנית ולתגובות כמו: "איזה קול יפה יש לך" ו"כמה טוב שאנחנו שרים ביחד" היו חלק מרכזי במפגש.

השירה יצרה אפיק לתקשורת מילולית וגורם מאחד, וסיפקה לקבוצה נושא לשיחה. חברי הקבוצה חיזקו את תחושת הלכידות באמירות ובמחמאות זה לזה, ותחושות השירה יחד באו לידי ביטוי בשבחים שחברי הקבוצה חלקו הן לעצמם כקבוצה והן לחברים יחידים. תגובות אלו עלו באופן ספונטני ללא התערבות המנחה (Dassa & Amir, 2014).

הקשר שנוצר בין חברי הקבוצה סביב פעילות השירה המשותפת עבר שינוי במהלך המפגשים והתפתח והדבר ניכר בתוכן השיחה ובשינוי חיובי בקשר בין החברים. לדוגמה, בפגישות הראשונות טליה הביעה הסתייגות מהשירה של שמשון, שלעיתים שר בקול רם וכמעט צעק בשירתו. בהמשך המפגשים היא החלה להחמיא לו ובאחת הפגישות אף קמה, ניגשה אליו והדגישה: "אתה שר יפה מאוד". גם הקשר בין רבקה לטליה התפתח עם התקדמות המפגשים, והן שוחחו ביניהן ודרשו זו בשלומה של זו.

סאקס (Sacks, 2008) מתאר את התהליך המתרחש בעת שירה. כאשר חולי אלצהיימר מזיהים את המוזיקה ומרגישים את כוחה הרגשי מופיעה על פניהם הבעה המבטאת זאת. אחד או שניים עשויים להתחיל לשיר בלוויית הנגינה, אחרים מצטרפים אליהם ועד מהרה כל חברי הקבוצה, רבים מהם אילמים לגמרי קודם, שרים בצוותא כמיטב יכולתם. "בצוותא" הוא מונח משמעותי, כי תחושה של קהילה משתלטת על הקבוצה והחולים שנראו מבודדים לחלוטין בגלל המחלה יכולים, לפחות לשעה קלה, לזהות אחרים ולהתחבר אליהם. עבור רוב החולים במצב בינוני-מתקדם של המחלה, המתקשים לנהל שיחה ובאמצעותה ליצור קשר עם האחר, ההשתתפות בשירה מספקת חוויה של הצלחה ותחושת שייכות לקבוצה. הטיפול הקבוצתי מספק מרחב שבו יכולים להתנהל יחסים של נתינה וקבלה, וכל אחד מחברי הקבוצה יכול להביא את הכוחות שלו (Innes & Hatfield, 2002).

גם בקבוצת מחקר זו באו לביטוי בשירה הכוחות והיכולת השמורה של המשתתפים, זאת למרות האובדן של יכולות קוגניטיביות והכשל השפתי. ייתכן שהתגובות הספונטניות של החברים על אופן השירה נבעו מהתרגשות בשל חוויה זו של הצלחה, מה שהוביל לאמירות של התלהבות ולמוטיבציה להמשיך לשיר יחד ואף להשתפר. במובן זה השירה מעודדת את השיחה. קיטווד (Baldwin & Capstick, 2007) מצוין כי כאשר מחזקים את הכוחות של האדם עם דמנציה, הוא יכול לקבל תחושת ייחודיות וערך בעשייה של

הקבוצה. אדם עם דמנציה זקוק להרגיש תחושות של קרבה לאחר כדי להתגבר על חרדות ועל כאב. הוא זקוק להתקבל כחבר ולהיות חלק מקבוצה - להרגיש שלמרות האובדן של מערכות יחסים, עדיין יש קבוצה של אנשים שמקבלת אותו. תחושת השותפות, התרומה לתהליך והחופש לביטוי יצירתי מספקים אינטראקציה חיובית.

במודל המדגיש את האדם ולא את החולה (person-centered dementia care) מונה קיטווד (שם) את המרכיבים המעניקים חוויה של אינטראקציה חיובית בעבודה עם האדם עם דמנציה. ביניהם תחושת היצירה, המתקבלת כשהאדם עם דמנציה יוזם ובאופן ספונטני מציע לקבוצה משהו מעצמו ומיכולותיו, ותחושת החגיגה שהאדם מכיר בה ברגעי ההנאה בחייו.

בטיפול במוזיקה הנשען על עקרונות התיאוריה של קיטווד, היוזמה של חברים בשירה ובשיחה מאפשרת להם את תחושת היצירה ומעניקה תחושות של הנאה וקשר עם האחר. בשירה המשותפת קיימת תחושת חגיגה והכרה בהנאה של הרגע, מודעות ליופי שבשירה ולהישגים של הקבוצה. נוסף על כך, בפעילות של שירה, גם כשרק חלק מהחברים משתתפים, אלו שלא שרים חשופים אף הם ושותפים לחוויה של מה שנוצר בקבוצה (Innes & Hatfield, 2002).

סיבה נוספת לכך שאופן השירה של הקבוצה מילא מקום מרכזי בשיחה, קשורה לכך שהשירה בצוותא נטועה עמוק בתרבות ובזהות היהודית והישראלית. חלק ממשנתפי המחקר נולדו בארץ וגדלו בזמן הקמת המדינה וחלקם עלו עם תנועות הכשרה ארצה לפני הקמת המדינה. חברי הקבוצה שיתפו בחוויות של שירה בציבור מעברם, אם זה בתנועות הנוער ואם בקיבוץ, והתייחסו לחשיבות שהייתה לשירים אלה בעבורם. מכאן ניתן להסיק שלחברי הקבוצה במחקר זה היה קשר הדוק לאידיאולוגיה הציונית, והקשר לעם ישראל ולארצו טבוע בלקסיקון התרבותי שלהם ומהווה חלק מההווי שצמחו בו.

בהקשר זה, אלמוג (2011) מכנה את הזמר העברי "מזמורי תפילה" של דת הלאום הציונית. לדבריו, ההנאה ששואבים ישראלים רבים משירה בציבור אינה רק מוזיקלית-אסתטית, אלא גם הנאה נוסטלגית הקשורה לזיכרונות של לכידות ואחדות העם. הקהל החילוני, כמו הציבור שומר המצוות, מתפלל גם הוא בציבור בדרך של שירה יחד. לדבריו, הביטוי "שירה בציבור" נגזר מהביטוי "תפילה בציבור" ומרמז על אופייה הפולחני של השירה בצוותא. אלירם (2006) מדגישה את השירה בציבור כפעילות המלווה את החברה היהודית משחר לידתה, ומביאה כמה דוגמאות מהתנ"ך: "אֶז יִשֶׁר-מִשֶׁה וּבְנֵי יִשְׂרָאֵל אֶת-הַשִּׁירָה הַזֹּאת" (שירת הים, שמות טו, 1), "וַיִּכְתֹּב מֹשֶׁה אֶת-הַשִּׁירָה הַזֹּאת בַּיּוֹם הַהוּא וַיְלַמְדָהּ אֶת-בְּנֵי יִשְׂרָאֵל" (מבוא לשירת האיזני, דברים לא, 22).

קבוצת "תל אביב הקטנה"

**"זה לא יחזור כל זה כבר איננו, רק זיכרונות, רק זיכרונות, רק זיכרונות
כאן מהלכים על בהונות, הזמן נרדם, אל נא, אל תעירונו,
עבר זמנה של תל-אביב הקטנה".**
(תל-אביב הקטנה". מילים: חיים חפר, לחן: אדגרד ביסצ'וף)

קבוצת "תל אביב הקטנה" נולדה כשגיליתי כי בקבוצת הטיפול במוזיקה שאני מנחה יושבים משתתפים מתושביה הוותיקים של תל אביב. הם הרבו להעלות משירי תל אביב של פעם, ויחד איתם עלתה בחדר שיחה הקשורה לזיכרונות עבר. מכאן נרקם הרעיון לתת שם לקבוצה ולהתמקד בעבודה סביב השירים והזיכרונות. נוסף על השירים נעזרתי בתצלומים ישנים של העיר, בסיפורים, במפת העיר ועוד. הקבוצה הפכה לפופולרית, והמשתתפים הגיעו אליה תמיד בשמחה (הקבוצה מנתה כשמונה משתתפים, במצב בינוני-מתקדם של המחלה). שמה של הקבוצה עורר עניין וסקרנות ומשך אליה משתתפים נוספים. במהלך המפגשים נזכרו החברים בחוויות מימי ילדותם והיה חשוב להם לתעד, לאסוף ולשמר את הזיכרונות שעלו.

תהליך העלאת זיכרונות (Reminiscence) משמש כלי טיפולי שכיח ויעיל במיוחד בקרב אנשים עם דמנציה. בעוד האבחנה של דמנציה מדגישה את המחלה ואת הכשלים, העלאת זיכרונות שמה את הדגש על כוחותיו של האדם ומספקת הקשר שדרכו יכול החולה להשתמש בזיכרון לטווח ארוך הנותר שמור (Thorgrimsen et al., 2002). העלאת הזיכרונות מפחיתה את חוויית הכישלון השולטת ברוב האינטראקציות שחווה האדם עם דמנציה. במחקר שבדק את השפעתו של טיפול במוזיקה הממוקד בהעלאת זיכרונות על סימפטומים של דיכאון אצל אנשים עם דמנציה, נמצא כי השתתפות בטיפול במוזיקה בקבוצות קטנות עשויה לעזור בהפחתת תסמיני הדיכאון (Ashida, 2000).

עבודת העלאת הזיכרונות משמעותית ביותר לשמירת זהותו של האדם עם דמנציה מאחר שהיא מאפשרת גישה לחלקים מעברו ויוצרת בכך תחושה של רצף והמשכיות. בדברם על העבר, אנשים עם דמנציה מתייחסים לזמנים שבהם לרוב השתייכו לקבוצה חברתית והיו בעלי יכולת וכישורים (Cheston & Bender, 1999). בקבוצת "תל-אביב הקטנה" היוו השירים גירוי ראשוני, וזיכרון שעלה אצל משתתף אחד הוביל לזיכרון נוסף אצל חבר קבוצה אחר. אייל (2004) מדמה את תהליך השליפה של זיכרונות לפיתיונות על קרס המשמשים רמזים. בזיכרונות עבר אישיים עשויים רמזים אלה להיות פנימיים כמו מחשבות ורגשות, או חיצוניים כמו מילים, צלילים או ריחות. בטיפול במוזיקה השירים

הם אלו המשמשים לעורר זיכרונות, שכן המוזיקה והזיכרונות המוזיקליים הם חומר הגלם שממנו האדם בונה את זהותו לאורך חייו, מלידה עד מוות (Rudd, 2010). כל מפגש בקבוצת "תל-אביב הקטנה" נפתח בשירה משותפת של "שיר הנמל" ומשם נדדנו עם הזיכרונות והפלגנו בדמיון אל רחובותיה של תל אביב הישנה, רחובות שהתעוררו לחיים בעקבות השירים. במהלך המפגשים הגיבו החברים לחלק מהשירים באופן מילולי מיד לאחר השירה בלי שנדרש דרבון נוסף. לעתים היה צורך לעודד ולשאול, ורק אז עלו הזיכרונות. בקבוצה השתתפו חברים פעילים יותר מבחינה מילולית וכאלו שהיו פעילים יותר בשירה. לעתים התגובה המילולית לגירוי המוזיקלי התמצתה במילה אחת או בשתי מילים, ולעתים התעוררה שיחה של ממש. המתכונת של העבודה הקבוצתית היא חשובה, ויש משמעות לכך שנוצרת שיחה סביב נושא שכולם שותפים לה. מעבר לכך שיחה פרטנית עם כל חבר קבוצה בנפרד לא הייתה מניבה אותה תגובה. כולם יחד שיתפו בזיכרונות ונוצרה תמונה של הווי.

איזו מוזיקה משמעותית עבורנו והאם יש תקופה בחיים המותירה עקבות זיכרון עמוקים יותר מתקופות אחרות? אייל (2004) טוענת כי מגיל 15 ועד גיל 25 או 30, אנו משמרים זיכרונות אוטוביוגרפיים רבים יותר מאשר בכל תקופה אחרת בחיינו. יש הסוברים כי הסיבה לכך היא שבתקופת הבגרות הצעירה יכולות הזיכרון והלמידה נמצאות בשיאן. לפי הסבר אחר, בזמנים של שינויים מהירים, כמו בתקופת חיים זו, הקידוד בזיכרון נמצא במיטבו. אייל מעדיפה את ההסבר שלפיו בתקופה זו מתגבש סיפור הזהות שלנו כאנשים בוגרים ובמהלכה מתרחשים אירועים מעצבים בחיינו. זיכרון העבר האישי אינו ארכיון מסודר של תאריכים, אירועים והתנסויות. הוא אינו ספר היסטוריה, אלא סיפור החיים כפי שקלטנו ועיצבנו במהלך השנים.

קבוצת "תל-אביב הקטנה" שימרה וליקטה בעזרת השירים שבזיכרון מאותם ימים נשכחים. משתתפי הקבוצה שהזיכרון בגד בהם נזכרו ברגעים ובחוויות מילדותם כאשר השירים תפקדו כמעין עזר-זיכרון המוליד תחושות ואסוציאציות שנשכחו מזמן ולכאורה אבדו כליל (Sacks, 2008). הזיכרון אינו רק למנגינה ולמילים, אלא לעולם האסוציאציות והזיכרונות האישיים הקשורים לשירים (Tomaino, 2002).

במקרה של חולי אלצהיימר, ההולכים ומאבדים את יכולותיהם הקוגניטיביות, המוזיקה היא אחד האמצעים שנותרים להם כדי לייצר תחושה של שייכות לעצמם, להיסטוריה שלהם ולזיכרונותיהם האישיים. זוהי חזרה לתקופה שבה עולמם היה שלם וביטוי לכך ניתן לראות בהערות של חברי הקבוצה: "זה באמת היה ככה", אישרה אחת מחברות הקבוצה את תיאור הקיוסק של רובננקו, וחברה נוספת הביעה תחושה של פליאה על עצם הישמרותם של זיכרונות אלו: "מדעים מה שנשאר בראש". עבורי, גם אחרי שנים רבות של עבודה עם חולי אלצהיימר עדיין נושאים משפטים אלו משמעות מיוחדת, טראגית ומרגשת כאחת.

קבוצה משותפת של חולים ובני זוגם

"אומרים שמחלת אלצהיימר איננה מחלה, היא אסון. ולא דווקא לחולה עצמו. היא אסון למשפחתו. אך קורה לפעמים שבקדרות האסון הזה בוקע אור, ניצוץ של נחמה, כשלהרגע קט החולה מפלס לעצמו שביל צר אל בהירות, אל העולם הנעלם. כאילו הוא מתעורר ומצטרף אלינו, אל הקיים, אל ממש, אל המציאות. כך קורה לאשתי חולה באלצהיימר בשלב מתקדם למדי. אשתי, המנומנמת לרוב, הנה היא ערה, מחייכת, משתפת פעולה. ואיתה גם יתר המשתתפים בקבוצה. הם מוחאים כפיים, שרים בהתלהבות כשבידיהם כלי הקשה ואפילו רוקדים. שעה ומחצה של נחת, שמחה למטופלים ולמלוויהם גם יחד. בסיום אשתי עוזבת עם חיוך רחב על פניה ומפזרת נשיקות" (מכתב תודה של משתתף בקבוצה "נפגשים דרך המוזיקה").

שלמה נהג להגיע אחת לשבועיים ללא יוצא מהכלל לקבוצת הטיפול במוזיקה עם חוה אשתו יותר מ-40 שנה. בגשם, בקור ובעת מחלה הוא לא יותר על אף פגישה. חוה הייתה חולה באלצהיימר במצב מתקדם של המחלה. היא ישבה בכיסא גלגלים, התקשתה לדבר, והצליחה רק לענות ב"שלום" או ב"תודה" כשבירכתי אותה לשלום. במהלך המפגשים היא הצליחה לזמזם מעט מנגינות של שירים והגיבה בתנועת יד וניע ראש למוזיקה המתנגנת ולשירה של החברים האחרים בקבוצה. שלמה דאג תמיד לשבת קרוב אל חוה, החזיק את ידה במשך רוב המפגש ולחש לה את הגרסה "שלהם" לשיר עם ישן. בתגובה חוה נהגה לחייך ולהניד בראשה.

מחלת האלצהיימר גובה מחיר כבד לא רק מהאדם החולה, אלא גם ממשפחתו ובעיקר מבני הזוג המטופלים. אלו מדווחים על עומס, לחץ נפשי, חוויה של אובדן, תחושת דיכאון וירידה באיכות החיים. עומס הטיפול בחולה מוביל במרבית הפעמים לתחושה של בדידות, לניתוק חברתי ולאחריות הולכת וגוברת. ככל שהמחלה מתקדמת ותפקוד החולה יורד ניצב בן הזוג המטפל מול בעיות והתמודדויות נוספות לא פשוטות. הצורך בהשגחה תמידית על החולה מתגבר וכן הזוג מוצא את עצמו מתפקד כמטפל עיקרי בחולה (Shumacher et al., 2006).

הקהילה מספקת טיפול הנותנת מענה לאדם עם דמנציה, וכן מסגרות תמיכה בעבור בן הזוג הבריא בנפרד, אך מעטים המקומות שבהם מתאפשר לבני הזוג להישאר יחד ולהגיע לביוליו משותף. קבוצת טיפול במוזיקה ייחודית שהנחיתי ואשר מנתה ארבעה זוגות התבססה על התפיסה כי יש לאפשר לזוגות החיים יחד לפעמים עשורים רבים של שנים מקום שבו עדיין יוכלו לחזור להיות בני זוג. בכוחה של המוזיקה לעשות זאת. העשייה המוזיקלית במפגשי קבוצת "נפגשים דרך המוזיקה" כללה פעילות של שירה, נגינה בכלים וריקוד. כאשר שרנו בקבוצה בני הזוג ישבו יחד, זה לצד זה, ואחזו בשירון אחד.

הדבר אפשר קרבה פיזית ותחושה של עשייה משותפת. במהלך המפגשים עלו שירים ישנים, התעוררו זיכרונות מהחיים יחד כמו העלייה ארצה, הנוסח שלהם לשיר ערש ששרו לילדים ועוד. המפגש כלל גם פעילות של ריקוד שאפשרה לבני הזוג לחוות מחדש את הקשר ביניהם ולקבל תחושה של אינטימיות רגשית.

העבודה בקבוצה התנהלה על פי מודל שהתפתח במהלך המפגשים ובו שלושה רבדים: (1) **הרובד התפקודי**, שמתייחס לחולה. המוזיקה הביאה מסגרת ברורה שאפשרה לחולה לתפקד בקבוצה בצורה בטוחה התורמת לתחושת הדימוי העצמי שלו. חולת אלצהיימר אחת נהגה לדבר ללא הפסקה וחזרה שוב ושוב על אותו סיפור. בעלה הנבון ניסה בכל פעם להשתיק אותה, אך השירה היא שהובילה לעשייה משמעותית. האישה קיבלה תפקיד (לשיר) ויכלה לתפקד בתוך מבנה ברור ומוכר (שירה משותפת) ולעסוק בפעילות שעזרה לה לקחת חלק במפגש הקבוצתי (במקום "להפריע"). העשייה המוזיקלית אף הצליחה לעתים לטשטש את הגבולות בין הבריאה לחולה, שכן במהלך הפעילות כולם שרים יחד.

(2) **הרובד החברתי**, שמתייחס לבן הזוג הבריאה ובו באים לידי ביטוי הקשר בין חברי הקבוצה הבריאים והשותפות מעצם העובדה שהם חולקים התמודדות דומה. המפגש המשותף עזר לבני הזוג הבריאים להתמודד עם ההשלכות החברתיות של המחלה, עם הבידוד שהוא פעמים רבות מנת חלקם ועם חוסר האונים. במהלך המפגשים נוצרה אווירה משפחתית שאפשרה התבוננות בדפוסי התמודדות של בני זוג אחרים עם ביטוי המחלה. הפסקת הקפה במהלך המפגש הפכה להיות חלק חשוב בהווי של הקבוצה, וסיפקה הזדמנות לבני הזוג הבריאים לתמוך זה בזה, להחליף מידע ולקבל כוחות. כך למשל, כאשר שלמה זיהה קושי אצל אברהם, שטיפל אף הוא באישה חולה, הוא עודד ודרבן אותו מתוך ניסיונו שלו לפנות לקבוצת תמיכה.

(3) **הרובד הרגשי** המתייחס לשני בני הזוג שחוו תחושה של קשר. המוזיקה הצליחה למוסס את המחסומים ואת הריחוק שנוצרו בעקבות המחלה. למעשה, העשייה המוזיקלית אפשרה למשתתפיה מנוחה מיחסי מטפל-מטופל שנכפו עליהם ולו לזמן המפגש. דוגמה מרגשת אחת היא משתתפת בקבוצה שישבה בפגישות הראשונות רחוק מבעלה החולה כשהמטפלת יושבת ביניהם. במהלך המפגשים הצטמצם המרחק ובזכות האווירה בחדר, השירון המשותף לבני הזוג, המחמאות שקיבל בעלה, שהתגלה כרקדן מוכשר, מיתר חברי הקבוצה נסגר אט-אט המרחק ובני הזוג ישבו זה לצד זה כל משך המפגש, אחזו בשירון ושרו יחד.

חשוב מאוד לעזור לחולה ולבני משפחתו להמשיך לחוות קשר ולשמור על תקשורת, גם כאשר המחלה מתקדמת. בספרות המחקרית של השנים האחרונות ניתן דגש על תכניות התערבות לחולי אלצהיימר ולבני משפחתם המשתמשות במוזיקה לא רק במסגרת

של קבוצות משותפות אלא גם בתכניות התערבות בבית. מטרת תכניות אלה היא להעניק כלים לשימוש במוזיקה כגון האזנה משותפת, שירה ותנועה, כדי להפחית את העומס הטיפולי ולשפר את איכות החיים של החולה ובן המשפחה גם יחד (Hanser et al., 2013; Särakämo et al., 2013).

סיכום

למרות השנים הרבות שעוברות והאנשים היקרים שאני פוגשת בעבודתי, אני עדיין מופתעת כל פעם מחדש מכוחה של המוזיקה; עד כמה דבר לכאורה פשוט ונגיש כמו שירה יכול לחולל שינוי כשמדובר באנשים עם דמנציה. המוזיקה מספקת עשייה משמעותית, מדרבנת ליצור קשר - בין המטפל למטופל, בין מטופלים בקבוצה לבין עצמם או בין חולה לבני משפחתו - ומאפשרת לנו לשמור על תקשורת עם אנשים המאבדים יכולת לתקשר עם הסובבים אותם באמצעות המילים.

מקורות

- אלירם, ט' (2006). בוא, שיר עברי: שירי ארץ ישראל - היבטים מוזיקליים וחברתיים. חיפה: אוניברסיטת חיפה.
- אלמוג, ע' (2011). "סוף עידן הזמר העברי?" פנים - הקרן לקידום מקצועי, 52-53. הסתדרות המורים הוצאה לאור. נדלה מתוך: <http://www.itu.org.il>.
- Aldridge, D. (2001). "Music Therapy and Neurological Rehabilitation: Recognition and the Performed Body in an Ecological Niche". *Music Therapy Today* (online). Retrieved from: <http://www.wfmt.info/Musictherapyworld>.
- Ashida, S. (2000). "The Effect of Reminiscence Music Therapy Sessions on Changes in Depressive Symptoms in Elderly Persons with Dementia". *Journal of Music Therapy*, 37(3): 170-182.
- Blackburn, R. & Bradshaw, T. (2014). "Music Therapy for Service Users with Dementia: A critical review of the literature". *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 21(10): 879-888. Doi 10.1111/jpm.12165.

- Baldwin, C. & Capstick, A. (Eds.) (2007). *Tom Kitwood on Dementia: A Reader and Critical Commentary*. Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.
- Cheston, R., & Bender, M. (1999). *Understanding dementia: The man with the worried eyes*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Clair, A. A. (2002). "The effect of caregiver implemented music applications on mutual engagement in caregiver and care receiver couples with dementia". *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 17: 286-290.
- Clair, A. A., & Memmott, J. (2008). *Therapeutic Uses of Music with Older Adults* (2nd ed.). American Music Therapy Association.
- Dassa, A., & Amir, D. (2014). "The role of singing familiar songs in encouraging conversation among people with middle to late stage Alzheimer's disease". *Journal of Music Therapy*, 51(2): 131-153.
- Hanser, S. B., Butterfield-Whitcomb, J., Kawata, M., & Collins, B. E. (2011). "Home-based music strategies with individuals who have dementia and their family caregivers". *Journal of Music Therapy*, 48 (1): 2-27.
- Innes, A. & Hatfield, K. (Eds.) (2002). *Healing Arts Therapies and Person-Centered Dementia Care*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Kempler, D., & Goral, M. (2008). "Language and Dementia: Neuropsychological Aspects". *Annual Review of Applied Linguistics*, 28: 73-90.
- Ruud, E. (2010). *Music therapy: A Perspective from the Humanities*. Barcelona Publishers.
- Sacks, O. (2008). *Musicophilia: Tales of Music and the Brain*. New York: Alfred A. Knopf.
- Säräkämö, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S. et al (2013). Cognitive, emotional, and social benefits of regular musical activities in early dementia: Randomized controlled study. *The Gerontologist*, 54(4): 634-650. doi: 10.1093/geront/gnt100.
- Shumacher, K., Beck, C. A., & Marren, J. M. (2006). Family caregivers: Caring for older adults' working with their families. *American Journal of Nursing*, 106(8): 40-49.

- Tomaino, C. (2002). The role of music in the rehabilitation of persons with neurologic diseases. *Music Therapy Today* (online). Retrieved from: <http://www.wfmt.info/Musictherapyworld>.
- Thorgrimsen, L., Schweitzer, P., & Orrell, M. (2002). Evaluating reminiscence for people with dementia: A pilot study. *Arts in Psychotherapy, 29*(2): 93-97.



פרק 18:

תקשורת עם זקנים באמצעות תנועה וריקוד

שושנה הירש*

תנועה וריקוד

ריקוד ותנועה מוכרים מימים ימימה במגוון תרבויות כדרך להרפיה ולמניעת מחלות. שני היסודות הראשונים בתקשורת של האדם עם הסביבה הם התנועה והריטואל. בימי קדם היה הריטואל מקבץ של פעולות תנועתיות בהקשר הדתי והתרבותי אולם עם התפתחות התרבויות השפה הוורבלית נעשתה דומיננטית יותר מהשפה התנועתית. עם זאת, אצל החולה הדמנטי שאיבד את הכושר הקוגניטיבי נותר היסוד הראשוני של התנועה ותחושותיו משתקפות בתנועות הגוף.

הריפוי בתנועה מבוסס על ההשקפה ההוליסטית של האדם ושם דגש על היחסים בין הגוף לנפש. המטפל מתרכז בהתנהגות התנועתית של המטופל המתגלה ביחסיו עמו ועל בסיסה הוא מעריך את מצבו ואת סוג ההתערבות הנחוץ. בריקוד משתתפת כל האישיות והוא משמש לאנשים בעלי צרכים שונים כלי לביטוי עצמי, להבנה ולצמיחה.

לזקנים רבים משותפות בעיות של אי-פעילות, בידוד חברתי ואובדן הגמישות והניידות, בכל מקום באשר הם, בקהילה או במסגרת מוגנת. שעת טיפול בתנועה יוצרת אצלם אווירה של ביטחון גופני ונפשי ומקנה להם תחושה של חיוניות. המתח הנוצר ממגבלותיהם מתרכך והחישה מחוזקת על ידי המגע והתנועה. במסגרת קבוצתית פעילות זו יוצרת מודעות ותחושת שייכות ומגבירה את ההתקרבות החברתית. הקבוצה מספקת לחבריה סביבה ייחודית שבה הם יכולים לתת ביטוי לרגשותיהם בלי לחוש כעס על אי-יכולתם להיות יצרניים כמו ילדיהם.

* שושנה הירש היא תרפיסטית בריקוד במרכז יום של מלב"ב. לפנינו חלק מסיכום עבודתה במשך כ-20 שנה. שושנה פרסמה מאמרים והפיקה סרטים שבהם הציגה את הריקוד כאמצעי לביטוי אישי ולחיזוק האישיות והדימוי העצמי של האדם הדמנטי.

טיפול בחולי אלצהיימר באמצעות תנועה

מחלת האלצהיימר גורמת לטשטוש הקשר של החולה עם המציאות הנוכחית בזמן שהוא נשאר עם שפע זיכרונות משנות צעירות. מהתנסות אישית שלי עם קבוצות חולי אלצהיימר ומחלות דמנציה אחרות עולה כי גם אם אין מרפא למחלה ולא ניתן לעצור את ההידרדרות ההדרגתית הטיפול בתנועה עשוי לסייע לחולה ולשפר את איכות חייו בצמצום משמעותי של המוגבלויות.

ההתנסות המתוארת כאן מבוססת על טיפול בתנועה עם חולים דמנטיים במשך יותר מ-20 שנות עבודה. כדי להגיע לאנשים שהזמן והמחלה מחקו כמעט את כל היכולת והמוטיבציה שלהם לתנועה יזומה השתמשתי בשעת הטיפול בדרך הישירה ביותר: לא להרבות בדיבור אלא בתנועה ובמגע גופני ובעידוד מתמיד לעשייה ובמוזיקה המותאמת למוצא האתני והתרבותי של החולים. האמנתי שבדרך זו אצליח להגיע אליהם ולעורר בהם מוטיבציה לשיתוף פעולה. ואכן, החלטה זו לא אכזבה אותי במשך כל שנות עבודתי והגישה קיבלה במשך הזמן יתר ביסוס ותוקף. הניסיון הראה כי האווירה הנוצרת בדרך זו מאפשרת שיפור הקשר עם החולה. התנועה והמוזיקה ובעקבותיהן הקשב שנוצר בקבוצה, משפיעים על החולה, משנים את יציבת גופו, אופן נשימתו, צבע פניו והבעתו. בטיפול קבוצתי נוצר מגע בין המשתתפים המעורר תחושה של השתתפות ועניין במתרחש.

יצירת אווירה בשעת הטיפול בתנועה

העיקרון המאפיין פעילות טיפולית בחולים דמנטיים הוא המפגש עם היחיד ועם הקבוצה בעת ובעונה אחת וההשפעה ההדדית ביניהם. הגישה הטיפולית מבוססת על יחס של כבוד לאדם ולעברו ועל חתירה מתמדת להבנת הסיבות להתנהגותם של החולים בהווה, בין שהם נעוצים בעברם ובין שמקורן בתכונות אופי יסודיות. חשיבות רבה נודעת להתייחסות האישית ליצירת קשר עין עם כל אחד מהחולים. אל לנו לשכוח שהקבוצה מורכבת מיחידים השונים לחלוטין זה מזה ברקע הסוציולוגי שלהם ובצורכיהם האישיים. הדבר מתבטא במפגש הראשון ונמשך בכל מפגש. לאחר מכן נוהגים לקבל כל משתתף בברכת "בוקר טוב" אישית בהתאם למצב רוחו. לעתים מתבקש לתת חיבוק או אפילו נשיקה, או די בלחיצת יד או בליטוף, ובמקרים מסוימים דוחים את המגע עד שהחולה יהיה בשל לכך. המחווה והמוזיקה מעוררות לעתים זיכרונות אישיים וחברתיים והבזקי הומור המתבטאים בתגובה מילולית או בתנועה. אני קשובה לתופעות אלו ומשתדלת להיענות להן.

תיאור שעת פעילות

המפגש הטיפולי פועל בתוך חדר המותאם לגודל הקבוצה (6-15 משתתפים). החולים יושבים על כיסאות מסודרים במעגל עם משענות גב ומשענות ידיים. המעגל הוא צורה ראשונית שממנו מתפתחות צורות מורכבות יותר בחלל. המעגל כצורה מרחבית הפשוטה ביותר מהווה את המבנה הבסיסי לאינטראקציה, לשיקוף ולדמיון. המעגל מאפשר קשר עין בין המשתתפים, מצב של התייחסות שוויונית-דמוקרטית ותחושת ביטחון במרחב המוגדר באופן ברור. יצירת המעגל מסמלת את תחילתה של עבודה קבוצתית והמעגל שנוצר והופך למקום בטוח מאפשר את פעילות הקבוצה והיחיד בתוכה. המטפל הוא חלק אינטגרלי מהמעגל ותפקידו כמוביל הקבוצה חייב להיות ברור למטופלים. אני בוחרת את המוזיקה לפי מצבם הנפשי והפיזי של החולים. המוזיקה גורמת לתגובות גופניות דומות אצל אנשים שונים באותו זמן ולכן יש בכוחה ללכד קבוצות וליצור תחושת אחדות. למוזיקה יש כוח להעצים או להדגיש רגש שמעורר אירוע מסוים על ידי סנכרון הרגשות של חברי הקבוצה בליווי המוזיקה אני עוברת שנית מחולה לחולה ומברכת כל אחד מהם שוב ב"בוקר טוב" במילים, בתנועות גוף ובחיוך. המשתתפים עונים לי אף הם בתנועות גוף וכך מתחזק הקשר איתי. כשאני שבה אל מקומי במעגל, עיניהם מופנות אליי וכך גם הקשב והריכוז שלהם. אני מציעה תנועות ברורות מאוד לשחרר שרירים ופרקים ותרגילי קואורדינציה קלים. לכל תנועה מוקצב זמן רב עד אשר היא מובנת ומבוצעת. כאשר מתרופף הריכוז אצל אחד המשתתפים אני קוראת בשמו או נוגעת בו קלות והקשב חוזר. אמנם ההצעה התנועתית שלי מיועדת לכל הקבוצה אך אני פונה באופן ברור לאדם מסוים, אחר כך לאדם אחר וכך הלאה. אם מישהו מציע תנועה שונה אני מקבלת אותה ובזה מאפשרת לו מקום לביטוי וליזומה, אך חוזרת שוב להצעה התנועתית היסודית שלי. בכך אני משיגה הרגשת נוחות אצל החולים ומבטלת לחצים שעלולים להתעורר אצלם. למשתתפים שמסיבה כלשהי אינם שותפים בפועל ניתנת מלוא הזכות להתנהג כרצונם ומטופל העוקב במבט בלבד אחר הנעשה בקבוצה, משתתף אף הוא לאחר ביצוע מספר תנועות חימום: שיר בקול של פזמון מוכר והקשת מקצבים פשוטים המלכדים את הקבוצה ומזרימים אנרגיה, עובר מישיבה לפעילות במעגל עומד, הולך, מתנועע ורוקד. המשתתפים מושיטים ידיים זה לזה ויוצרים מעגל עוד בישיבה והעמידה נתפסת כמעבר אורגני ומוכן מאליו והפעילות התנועתית במעגל העומד מתפרשת כהמשך טבעי לפעילות במעגל היושב. כאן מתחיל החלק החופשי במפגש הטיפולי. העשייה פחות מתוכננת ומודרכת על ידי מצבי הרוח ואלתורים בתגובה לסיטואציה שנוצרה בקבוצה.

המטפל המוביל את הפעילות מחויב לקשב רב לרצונות או לדחפים של כל המשתתפים. יכול להיווצר, למשל, קצב חזק מאוד ומשותף מלווה ברקיעות רגליים בשירה או בקריאת

שמם של המשתתפים בקצב או בנעימה קבועים. לאחר זמן-מה המעגל יכול להפוך למעין נחש שבו כל משתתף יניח את ידיו על כתפי חברו. זהו מצב המשרה ביטחון תנועתי וקירבה גופנית וגורם תמיד שמחה. אני שומרת כל הזמן על קשר עין עם חולים שאינם רוקדים מסיבות שונות (אינם מסוגלים לקום בשל מצבם הגופני, אינם מעוניינים להשתתף או שפרשו כדי לנוח).

חשוב להפסיק את הפעילות ולנוח בהתאם לצורך. את המנוחה אני מנצלת ליצירת קשר אישי ומזמינה אחד החולים לרקוד איתי. ההזמנה והפרידה נעשות בתנועות גוף ורק חולים מעטים אינם נענים. בריקוד זה אני קשובה לאנרגיות הזורמות מן החולה דרך ידיו, טונוס שריריו, הבעות פניו והזיכרונות העולים כתוצאה מהתנועה ומהמוזיקה, וכן נוצר בינינו קשר של הבנה. האווירה בחדר משתנה במשך המפגש הטיפולי. כמעט כל המטופלים עוברים תהליך של שינוי שבו נפרצת מעט ה"קליפה" העוטפת אותם. המטופלים נפתחים איש-איש על פי דרכו לסובב אותם, ונוצרת אינטראקציה בין-אישית. בסיום המפגש אפשר לראות בחדר חיוכים, מבטים ערניים יותר, סומק בלחיים והחזקת גוף שונה וניתן אפילו לשמוע שיחות קטנות. לעיתים שני זקנים משוחחים ביניהם בשתי שפות שונות לגמרי ובכל זאת מתקשרים ביניהם. ברור לי שלא המילה המדוברת היא שיוצרת הקשר אלא השדר הגופני, צליל המילה והבעת הפנים. יש לזכור ששינויים אלה מוגבלים לכאן ועכשיו, כאשר תרומתם לאיכות חיי הזקן חולה האלצהיימר חשובה ומשמעותית. הקבוצה מסיימת בישיבה, ובתנועה שקטה אני עוברת בין כל מטופל ומטופל במעגל ונפרדת ממנו אישית.

כשהתחלתי לטפל באנשים החולים בדמנציה האמנתי שהאפשרויות הגלומות בטיפול בתנועה ובריקוד ניתנות לניצול מרבי. העיקרון שיש לבסס את הפעילות על יצירת משוב בין היחיד לקבוצה נראה לי חיוני כבר בצעדים הראשונים. הכרת יסודות התנועה אפשרה לי לזהות את גבולות הכושר התנועתי של המטופלים ולהציע תנועות שהיו להערכתי בגדר יכולתם. ברור היה לי שיש להציג את התנועה בשקט, באיטיות ומתוך התחשבות בתנאים הפיזיים והאישיים המשתנים.

עד שלא הכרתי את קשיי התפיסה של החולים לא עמדתי על הצורך בהצגה חוזרת של התנועה ועל ההכרח להתאים את מידת החזרה לתנאים המיוחדים של כל קבוצה ולכל מפגש. גישתי היא להתאים את עצמי לחולים. לעולם איני באה עם תכנית ערוכה מראש שאליה נאלצים החולים להסתגל, אלא עם יחס של פתיחות להעניק לחולים את הטיפול המתאים להם ביותר באותה עת. משום כך התנהגות בלתי צפויה של חולה מסוים אינה מפתיעה או מבלבלת אותי.

עם זאת, במשך השנים התפתחה תבנית או מסגרת קבועה של שעת טיפול. מצאתי כי מבנה מוכר וברור נוסך שקט וביטחון. מבנה כזה אין משמעותו חזרה מדויקת בכל

מפגש אלא שינויים המתבססים על רפרטואר של תנועה ומוזיקה ובאים לידי ביטוי בשינויי במהירות, בקצב או בסדר התנועה ובמוזיקה המלווה אותה. בתוך מבנה מוכר ויציב של המסגרת, התכנים ישתנו באיכות, במינון ובתזמון. התנהגותם המבולבלת של החולים עלולה לעורר רושם מוטעה באשר לרגשותיהם, אולם העבודה עמם מגלה כי יש להם סולם רגשי שאליו נקשרים התכנים והאיכויות, סולם רגשי ער ופעיל העולה בטיפול. אלה מעוררים הדים מהעבר ואף ההווה, המחזקים את הצד החברתי של המטופלים ומתבטאים בתגובותיהם ובהתקשרויות האישיות בקבוצה. יש לזכור שחולים דמנטיים סובלים לעתים קרובות מקושי גופני ניכר, מבידוד ומניתוק סביבתי. מסגרת המועדונים בכללה והפעילויות במוסדות מעניקות להם סביבה אוהדת וקשובה לצורכיהם שבה הם פוגשים חברה הולמת וזוכים לגירויים המתאימים. שעת הטיפול בתנועה מספקת אווירה והתנסויות המאפשרות להם להתעלות ולהתגבר לשעה קלה על מגבלותיהם, לזכות ברגעי חסד פסיכו-סנסו-מוטוריים ולחוש סיפוק מהצלחה זו.

סיכום

אני רואה בטיפול בתנועה בעבודתי עם חולים דמנטיים מקצוע בין-תחומי. בשל אופי המחלה, כל הטיפולים, ובכללם הטיפול בתנועה, הם ממושכים. נראה לי כי במסגרת המועדונים והפעילויות במוסדות, מוצא מקצוע הטיפול בתנועה את מקומו במיטב ביטויו.

קריאה מומלצת

מסגרות לטיפול זקנים בקהילה

- Boelsma, F., Baur, V. E., & Woelders, S. (2014). "'Small' things matter: Residents' involvement in practice improvements in long-term care facilities". *Journal of Aging Studies*, 31: 45-53.
- Cameron, I. D., Kurrle, S. E. (2015). "Frailty and Rehabilitation". *Interdisciplinary Topics in Gerontology and Geriatrics*, 41: 137-150.
- Ibarria, M., Alegret, M., Valero, S. et al. (2015). "Beneficial effects of an integrated psychostimulation program in patients with Alzheimer's disease". *The Journal of Alzheimer's Disease*, 50: 559-566.

- van Haefen-van Dijk, A. M., Meiland, F. J., van Mierlo, L. D. et al. (2015). "Transforming nursing home-based day care for people with dementia into socially integrated community day care: process analysis of the transition of six day care centres". *International Journal of Nursing Studies*, 52: 1310-1322.
- van Haefen-van Dijk, A. M., Meiland, F. J., Hattink, B. J. et al. (2016). "Community day care with carer support versus usual nursing home-based day care: Effects on needs, behavior, mood, and quality of life of people with dementia". *International Psychogeriatrics*, 28: 631-645.