



**המוסד לביטוח לאומי**

**מנהל המחקר והתכנון**

**האגף לפיתוח שירותים**

**פיתוח ערכת פעילות לבריאות  
להפעלת החולה הדמנטי בביתו**

מאת

**פרופ' פרלה ורנר**

**ירושלים, שבט התשס"ז, ינואר 2007**

## פתח דבר

בישראל חיים כיום כ- 60,000 חולים דמנטיים שרבים מהם סובלים ממחלת אלצהיימר. מדובר במחלה חשוכת מרפא, ממושכת מאוד האורכת 5-10 שנים. רוב החולים מטופלים בידי משפחותיהם, במסגרת הקהילה, ובשל אופייה המיוחד של המחלה היא מטילה מעמסה פיזית, נפשית וכלכלית כבדה על המשפחה כולה.

מחקרים מצביעים על כך שהמטפל בחולה הדמנטי נמצא במתח נפשי גבוה יותר (פי 8) מאשר המטפל בכל חולה סיעודי אחר, והוא נמצא בסיכון גבוה יותר ללקות בדיכאון קליני ובמחלות סומטיות. לאור העומס המוטל על בני המשפחה בכלל ועל המטפל העיקרי בפרט, חשוב מאד כי הללו יקבלו הדרכה, תמיכה וסיוע בטיפול בחיי היום יום, כדי להקל על ההתמודדות ולשפר את איכות חייו של החולה ומשפחתו.

על רקע זה יזמה עמותת אלצהיימר ומחלות דומות בישראל, בשיתוף עם גורמים קהילתיים ושירותי רווחה עירוניים, פרויקט משותף בשם "פעילות לבריאות". הפרויקט הופעל באמצעות ערכת פעילות לבריאות שיזמה ופיתחה עמותת אלצהיימר. הערכה כוללת עזרים להפעלת חולים דמנטיים בשלבים השונים של המחלה ובמגוון רחב של פעילויות פנאי, ומתייחסת לפן רגשי, קוגניטיבי וגרייתי. הפעילויות מותאמות לרמות התפקוד השונות של חולי אלצהיימר. הערכה מאפשרת התייחסות לפי צרכי היחיד ותחומי העניין שלו בהווה ובעבר.

התוכנית פעלה כמפעל מיוחד, בסיוע הקרן למפעלים מיוחדים בין השנים 2002-2005, בארבעה יישובים בארץ – בני ברק, רחובות, אשדוד ובת ים. במסגרת התוכנית הוכשרו בכל יישוב 10-15 מתנדבים שהדריכו את המטפל העיקרי של משפחת החולה בביתו במשך עשרה מפגשים לפחות, ועם סיום ההתערבות המשיכו מקצתם את הפרויקט אצל משפחות נוספות.

הפרויקט כלל מערך הכשרה ראשוני, ובהמשך – הדרכה שוטפת בתדירות גבוהה של אחת לשבועיים על ידי המנחה המקומית ומפגשי הדרכה במהלך השנה לקבוצת הרכזות המקצועיות ביישובים שהשתתפו בתוכנית בתקופה הניסיונית.

שותפים חשובים בסיוע להפעלה ומימון הפרויקט היו עמותת "מתן – הדרך שלך לתת", "עזר מציון", מט"ב ושירותי הרווחה בערים השונות. לכולם נתונה תודתנו על ההתגייסות והתמיכה. בשנה שחלפה מאז סיום הפרויקט כמפעל מיוחד, התרחב הפרויקט למקומות נוספים, כגון המועצה האזורית עמק יזרעאל, עפולה ויפ; ובאזור השרון הותאם הפרויקט לדוברי אנגלית.

אנו מבקשים להודות לעשרות המשפחות שהשתתפו בפרויקט, למתנדבים המסורים שנטעו תקווה חדשה בקרב המשפחות, ולצוות המקצועי והמוביל של עמותת אלצהיימר שכלל את מנכ"ל העמותה, היו"ר והמנחות המקצועיות.

הדוח המוגש לעיונכם הוא סיכום מחקר הערכה שבוצע באחריות פרופ' פרלה ורנר מהחוג לגרונטולוגיה באוניברסיטת חיפה, ועוזרי המחקר שלה, שריכזו בפועל במקצועיות את עבודת השדה.

אנו מודים לחוקרים על עבודתם ועל תרומתם לפיתוח הידע המקצועי בתחום הטיפול באוכלוסיית תשושי הנפש בארץ.

מטעם המוסד לביטוח לאומי ליוותה את התוכנית גב' כרמלה קורש-אבלגון, המרכזת בקרן למפעלים מיוחדים את נושא פיתוח שירותי רווחה חדשניים לזקנים בארץ.

שרית בייץ-מוראי  
מנהלת תחום מפעלים מיוחדים

## חברי ועדת ההיגוי

- גבי יעל גושן, מנכ"לית עד סוף 2005 – עמותת אלצהיימר
- גבי רות גולדברג, יו"ר – עמותת אלצהיימר
- גבי דבי להב, מנחה בכירה בפרויקט – עמותת אלצהיימר
- גבי דפנה גולן שמש, מנחה בכירה בפרויקט – עמותת אלצהיימר
- מר דורון יודן, מנהל הפרויקט (בעבר) – עמותת אלצהיימר
- גבי מירי פרייברג, מנהלת הפרויקט מ-2005 – עמותת אלצהיימר
- גבי שרית בייץ-מוראי, מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים, הביטוח הלאומי
- גבי כרמלה קורש-אבלגון, סגנית מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים, הביטוח הלאומי
- פרופ' פרלה ורנר, עורכת המחקר לפרויקט – אוניברסיטת חיפה
- מר איתן לוין, עוזר מחקר – אוניברסיטת חיפה
- גבי דינה פסטרנק, מנחת הפרויקט – בני ברק
- גבי רבקה גוטרמן, רכזת הפרויקט – בני ברק
- גבי לאה סופר, מנחת הפרויקט – רחובות
- גבי ורדה כהנא, רכזת הפרויקט – רחובות
- גבי רות אופיר, רכזת הפרויקט (בעבר) – רחובות
- גבי אתי אלמליח, מנחת הפרויקט – אשדוד
- גבי רות רוזנברג, רכזת הפרויקט (בעבר) – אשדוד
- גבי חנה רייכמן, רכזת הפרויקט (בעבר) – בת ים
- גבי איריס מנדולפו, מנחת הפרויקט – בת ים
- גבי אלה לנמן, מנחת הפרויקט (בעבר) – בת ים
- גבי רחל קמחי, מנחת הפרויקט (בעבר) – בת ים
- גבי יעל שלגי, מנהלת ייעוד כספים – עמותת "מתן – הדרך שלך לתת"
- מר גיא רביד, רפרנט (בעבר) – עמותת "מתן – הדרך שלך לתת"
- גבי טליה חורב, רפרנטית – עמותת "מתן – הדרך שלך לתת"
- גבי שרה טופר, מנהלת אגף סיעוד – עמותת עזר מציון
- גבי עפרה מנדלקורן, מנהלת המחלקה לקשיש – עיריית בת-ים
- גבי מיכל בלגזל, עו"ס – לשכת הרווחה – עיריית בת-ים
- גבי יהודית שרביט, מנהלת המחלקה לקשיש – עיריית בני-ברק
- גבי מלה פולק, מנהלת המחלקה לזקן – עיריית רחובות

## תמצית

תוכנית ההתערבות "פיתוח ערכת פעילות לבריאות להפעלת החולה הדמנטי בביתו", הופעלה בסיוע כספי ומקצועי כמפעל מיוחד של המוסד לביטוח לאומי. מטרת הפרויקט הייתה לשמר את עצמאותו הפיסית, החברתית והמחשבתית של הלוקה במחלת האלצהיימר, לזמן ארוך יותר. הפרויקט כלל הפעלת הקשיש הדמנטי המתגורר בקהילה תוך שימוש בערכת פעילות ובה אמצעים ואביזרים שונים ומגוונים לעבודה ולהפעלת חולה דמנטי. ההפעלה נעשתה על ידי מתנדבים תוך מטרה להכשיר באמצעותם את המטפלים העיקריים (קרי בני המשפחה) של החולים להפעילם.

פיתוח ערכת פעילות לבריאות להפעלת החולה הדמנטי בביתו לוותה בהערכה מחקרית אשר התבססה על ריאיון ותצפית על הקשישים, המטפלים והמתנדבים – לפני תחילת ההתערבות ופעם נוספת מיד אחרי ההתערבות. במסגרת מחקר ההערכה הוערכה השפעת התוכנית על הקשישים הדמנטיים, בני המשפחה והמתנדבים.

כמו-כן, הוערך תהליך ההתערבות באמצעות הערכה ישירה, דיווח המתנדבים והמטפלים. לבסוף בוצעה הערכת התהליך הארגוני בידי הרכזות, המתנדבים והמטפלים.

במהלך ההערכה השתתפו 99 משפחות מארבע ערים שונות.

בדומה למחקרים אחרים (Politis et al., 2004), ההערכות המובנות לא הראו שיפור ברמות האפטיה, הדיכאון, החרדה או איכות החיים של הקשישים לפני ואחרי ההתערבות. אולם, עם תום ההערכה, המתנדבים ובני המשפחה דיווחו על תרומה רבה מהשתתפותם בפרויקט, כאשר בני המשפחה ציינו במיוחד את הירידה בעומס הטיפול כתוצאה מהטיפול ביקריהם. בתצפיות שבוצעו בידי עוזרי המחקר, נמצא שהקשישים הגיבו בצורה חיובית ביותר לביקור המתנדב, וכן שהמתנדבים עשו שימוש רב בפריטים הכלולים בערכה ובחוברת המלווה אותה. בנוסף, ידעו ליזום פעילויות בעצמם בהתאם למצב הקשיש.

לסיכום, הערכת התוכנית פיתוח ערכת פעילות לבריאות להפעלת החולה הדמנטי בביתו, מעידה כי התוכנית השיגה את מטרותיה.

## תוכן עניינים

### עמוד

4-5	מבוא
	מטרת פרויקט פיתוח ערכת פעילות לבריאות להפעלת החולה הדמנטי בביתו ותיאורו
6-8	ומטרת מחקר ההערכה
9-18	השיטה ותהליך גיוס ומיון המשתתפים
19-26	תיאור המשתתפים, המטפלים והמתנדבים
27-35	השפעת התוכנית על המשתתפים, המטפלים והמתנדבים
	תיאור תהליך ההתערבות ע"י המתנדבים ותיאור תהליך ההתערבות דרך התצפיות
36-40	שבצעו החוקרים
41-45	הערכת ההתערבות ע"י המטפלים והערכת הפרויקט לאורך זמן
46-49	דיון ומסקנות
50-52	ביבליוגרפיה
53-54	נספחים

## מבוא

מחלת אלצהיימר הינה מחלה ניוונית בלתי הפיכה של המוח, אשר הורסת מבנים עצביים ומשפיעה על כישוריו המנטאליים של האדם. החולים מציגים ליקויים בזיכרון, בחשיבה, בביצוע חישובים, ביכולת הלמידה ובשיפוט (Cooper, 1997). עם התקדמות המחלה נראים שינויים באישיות, תגובות רגשיות וכן בעיות התנהגות כגון תוקפנות מילולית ופיזית. בשלבים הסופיים, גם היכולת לבצע פעילויות פשוטות של חיי היום-יום נעלמת והחולים הופכים להיות תלויים לחלוטין באחרים, בסיפוק צרכיהם וביטחונם האישי.

הוערך כי בארה"ב ישנם קרוב ל-4 מיליון חולי אלצהיימר (Leifer, 2003). אחוזי מחלה גבוהים דווחו גם באירופה (Wancata, Musalek, Alexandrowicz & Krautgartner, 2003), ובאסיה (Zhang, Zahner, Roman et al., 2005). יתרה מכך, העלייה במספר המבוגרים בעולם המערבי מלווה בגידול ניכר במספר בני האדם שיהיו חשופים לדמנציה בכלל ולאלצהיימר בפרט. אכן, מחקר אשר מבוסס על תחזיות לגבי האוכלוסייה בארצות הברית ועל מספר מטה-אנליזות של מחקרים אפדימיולוגיים, מצא כי מספר האנשים הסובלים מדמנציה באירופה יעלה מ-7.1 מיליון חולים בשנת 2000 ל-16.2 מיליון חולים בשנת 2050 (Wancata, Musalek, Alexandrowicz, and Krautgartner, 2003). בארצות הברית, שכיחות המחלה צפויה לעלות ב-27% בשנת 2020, ב-70% בשנת 2030 וב-300% בשנת 2050 (Prigerson, 2003). חשובה מכך היא העובדה שעלייה זו תהיה מלווה בירידת היקף האוכלוסייה העובדת (Wancata et al., 2003), תהליך שיעצים את המעמסה הכלכלית והרגשית הקשורה במחלה.

חישובים כלכליים הראו כי העלות הישירה של הטיפול באדם החולה במחלת האלצהיימר עולה על העלות בטיפול במחלת לב, סרטן ושבץ מוחי יחדיו (Wilkinson, 2005), כאשר המרכיב הגדול ביותר של עלות הטיפול בחולה אלצהיימר, הוא הטיפול בסימפטומים ההתנהגותיים והפסיכולוגיים של המחלה (Beerli, Werner, Davidson & Noy, 2002; Murman & Colenda, 2005). העלות החברתית כוללת פגיעה כלכלית ותעסוקתית, כאשר העלות הרגשית כוללת בעיקר עומס פיזי ורגשי אשר מלווה את הענקת הטיפול (Connell, Janevic & Gallant, 2001; Wimo, Winblad & Grafstrom, 1999).

הניסיון לעזור לטפל בסימפטומים שמלווים את המחלה וכן להקל על עומס הטיפול המוטל על המטפלים בחולי אלצהיימר, הביא לפיתוח תוכניות התערבות רבות המיועדות להפעיל את החולה באמצעות מעורבותו והפעלתו בפעילויות שונות, כגון: העלאת זיכרונות, פעילות חברתית, תרפיה באמצעות מוזיקה ועוד (Politis, Vozzella et al., 2004; Schreiner, Yamamoto & )

(Shiotani, 2004; Seifert & Baker, 2002). אך, רוב התוכניות הללו מיושמות בעיקר במסגרות המוסדיות או במרכזי היום בקהילה.

עיקר הטיפול בחולי אלצהיימר מוטל על בני המשפחה המטפלים ביקריהם בבית. על כן, יש צורך בפיתוח תוכנית הוליסטית, אשר תכשיר את המטפלים להעניק לחולה פעילויות שונות שישפרו או לפחות ישמרו את היכולות הקיימות.

הפרויקט "פיתוח ערכת פעילות לבריאות להפעלת החולה הדמנטי בביתו" פותח כדי לענות על צרכים אלו. להלן יוצגו עיקרי התוכנית ותוכנית ההפעלה שליוותה אותה במשך השנתיים הראשונות לפעילותה.



## מטרת פרויקט ותיאורו ומטרת מחקר ההערכה

### רציונל הפרויקט

פיתוח תוכנית הפעילות לבריאות מושתתת על ההנחה שניתן לשפר את איכות חייו של החולה הדמנטי, בכל שלב של המחלה, גם כאשר נדמה שאין מה לעשות.

כיוון שמחלת האלצהיימר מתפתחת באופן פרוגרסיבי ובכל שלב החולה מאבד חלק מהיכולות והמיומנויות שהיו לו בשלב הקודם, הנחת היסוד של הפרויקט היא שהפעלת החולה (בשלב כלשהו) תעזור לשמר את יכולותיו זמן ארוך יותר, תוך האטת קצב התקדמות המחלה.

### מטרות הפרויקט

על סמך הנחות אלה, המטרות העיקריות של הפרויקט היו:

- לשמר את היכולות והמיומנויות של החולה הדמנטי;
- לשפר את איכות החיים של החולה הדמנטי;
- להאט את קצב ההידרדרות הקוגניטיבית, החברתית והמוטורית של החולה הדמנטי;
- להעלות את הדימוי העצמי של החולה הדמנטי;
- לשפר את התקשורת בין החולה למטפל וכן לשפר את האווירה בבית על ידי הכנסת פעילות, עניין וסיפוק לחיים היומיומיים של החולה ומשפחתו.

### מטרות המשנה של הפרויקט

- לעודד ולהפעיל את החולה באמצעות ערכה לפעילות המרכזת חומרים, אביזרים והוראות להפעלת החולה;
- לתת כלים, עזרה, מידע, הדרכה והסבר למשפחה ובעיקר למטפל העיקרי.

כקהל היעד לפרויקט הוגדרו כל חולי האלצהיימר או הדמנציות האחרות, השוהים בקהילה ונמצאים בשני השלבים הראשונים של המחלה, ובני המשפחה המטפלים בהם.

### תיאור הערכה לפעילות לבריאות

הערכה פותחה ושוכללה במשך הפרויקט. מטרתה העיקרית היא לספק כלים, אביזרים, טכניקות ורעיונות להפעלת חולה דמנטי בתחומי הפעילות הבאים:

פעילות חברתית: המטרה היא לאפשר ליצור קשר ספונטאני על ידי משחקי חברה פשוטים המאפשרים לתרגל מיומנויות חשיבה.

פעילות גופנית קלה: המטרה היא לשמור על הבריאות הגופנית, גמישות המפרקים, זרימת הדם, הנשימה וכוח השרירים תוך העלאת תחושת הערנות והחיוניות.

גירוי חושים: המטרה היא להסב הנאה על ידי גריית החושים במטרה לסייע בהתחברות לרגשות ולזיכרונות.

פעילות יצירתית: המטרה היא לאפשר לחולה לבטא את עצמו בדרכים רבות ומגוונות (כגון ציור, גזירה, צביעה), ולהפיק הנאה מעשיית היצירה וסיפוק מהתוצאות.

פעילות מחשבתית: המטרה היא להגביר את השימוש בחשיבה (כגון תרגול הזיכרון, תקשורת מילולית, קריאה) ולעזור לשמר יכולות אלה.

העלאת זיכרונות: הכוונה היא לאפשר לחולה לספר מחדש על העבר בכדי להזכיר לו מי הוא ומה השיג במשך שנות חייו, ובדרך זו לחזק את תחושת הערך העצמי שלו.

#### **מבנה הפרויקט**

הפרויקט הופעל ברמה ארצית, בארבעה מקומות גיאוגרפיים שונים. בכל המקומות הפרויקט כלל את השלבים הבאים:

- זיהוי וגיוס שותף מקומי שירכז את הפרויקט ויהיה מעוניין להמשיכו אחרי תום השלב הניסיוני;
- גיוס והעסקת רכז מקומי, אשר יהיה אחראי על איתור, מיון, ופיקוח על החולים ובני משפחתם ועל גיוס, מיון וריכוז המתנדבים;
- גיוס והעסקת מנחה מקומי, אשר יעזור באיתור, מיון, ופיקוח על החולים ובני משפחתם ועל גיוס, מיון וריכוז המתנדבים, תוך יצירת מגע קרוב עם כל המעורבים בפרויקט;
- קיום קורס הכשרה למתנדבים. הקורס תוכנן והועבר על ידי שתי מנחות מקצועיות (יוזמות הפרויקט) בעלות מומחיות בתחום. ההכשרה כללה מתן מידע בנושא אלצהיימר, תקשורת עם חולה אלצהיימר, הכרת השירותים הקיימים, ביקור בשטח ועוד;
- שילוב המתנדבים במשפחות החולים;
- קיום 10 מפגשים שבועיים של המתנדב עם החולה בליווי המטפל העיקרי או מטפל זר;
- ההתערבות לוותה בהדרכה שוטפת על ידי המנחה המקומית (פעם בשבועיים) תוך ליווי מקצועי של המנחות הארציות.

#### **מטרת מחקר ההערכה**

מטרת הליווי המחקרי הייתה להעריך את יעילותה של תוכנית "פיתוח ערכת פעילות לבריאות להפעלת החולה הדמנטי בביתו ולשימור יכולותיו". בהתאם למטרות המוצהרות על ידי המארגנים והמפעילים של הפרויקט, ההערכה המחקרית התרכזה במספר תחומים:

- א. הערכת השפעת התוכנית על הקשישים הדמנטיים ;
- ב. הערכת השפעת התוכנית על המטפלים ;
- ג. הערכת השפעת התוכנית על המפעילים/המתנדבים ;
- ד. הערכת תהליך ההתערבות ;
- ה. הערכת התהליך הארגוני.

## השיטה ותהליך גיוס ומיון המשתתפים

### השיטה

במסגרת פרויקט "פיתוח ערכת פעילות לבריאות להפעלת החולה הדמנטי בביתו" השתתפו בסך הכול 108 משפחות, 99 מהן השתתפו במחקר. המשתתפים גויסו מארבע ערים שונות – בני ברק, רחובות, אשדוד ובת ים.

בצמוד לתחילת הפרויקט (באמצע הפעלתו בעיר הראשונה) פותחו קריטריונים להכללה בפרויקט. אלה הדגישו בעיקר את הצורך בבחירת משתתפים השומרים על יכולות ומיומנויות תקשורתיות וקוגניטיביות שיאפשרו להם להפיק תועלת מההשתתפות בפרויקט (ראה נספח 1).

נעשה שימוש במערך של מדידות חוזרות עם השוואות תוך-פרטיים (repeated measurements with intra-individual comparisons), כלומר התצפיות עבור כל משתתף בנקודת זמן אחת הושו עם התצפיות שלו בנקודת זמן אחרת. מערך מחקר זה התבסס על: הערכת המשתתפים, המטפלים והמתנדבים לפני התחלת ההתערבות ופעם נוספת מיד אחרי ההתערבות. כמו כן, כדי להעריך את השפעת התוכנית לטווח ארוך, בוצעה הערכה נוספת מספר שבועות לאחר סיום הפרויקט.

### כלי המחקר

במסגרת מחקר ההערכה נעשה שימוש במגוון רחב של כלים מובנים ולא מובנים. להלן מתוארים הכלים בהם נעשה שימוש להשגת המטרות המתוארות לעיל.

#### א. השפעת התוכנית על הקשישים הדמנטיים

נתונים סוציו-דמוגראפיים: אלה כללו: מין, גיל, מצב משפחתי, רמת השכלה, ארץ מוצא, שנת עליה וסידור מגורים. נתונים אלה נאספו באמצעות ריאיון עם בני המשפחה של המשתתפים.

מצב תפקודי: נבדק על ידי הערכת תפקוד המשתתף ב-5 פעולות יומיום (רחצה, הלבשה, הליכה, אכילה, שליטה בשתן ושליטה במעיים), וב-7 פעולות אינסטרומנטאליות (להשתמש בטלפון, תחבורה, קניות, הכנת ארוחות, עבודות בית, כביסה וסידורים כספיים). בני המשפחה של הקשישים התבקשו להעריך את מידת עצמאותו של הקשיש בביצוע פעולות אלה בסולם ליקרט בן 5 דרגות, מ-1 (עצמאי) עד ל-5 (זקוק לעזרה מלאה).

מצב קוגניטיבי: מצבם הקוגניטיבי של המשתתפים נבדק על ידי המיני-מנטל של פולשטיין (Mini Mental State Examination-MMSE, Folstein, 1975). המיני-מנטל הוא מבחן הבודק באמצעות דיווח עצמי את תפקודו הקוגניטיבי של המרואיין במימדים שונים: זיכרון, קשב,

שפה, התמצאות בזמן והתמצאות במקום. הציון הכללי במיני-מנטל הוא מ-0 (ירידה קוגניטיבית טוטאלית) ועד 30 (מצב קוגניטיבי תקין). המיני-מנטל הוא כלי מהימן ותקף. הוא תורגם ותוקף בעברית (Werner et al., 1999) והוא בשימוש במסגרות קליניות ומחקריות רבות בארץ. המיני-מנטל הועבר פנים-אל-פנים על ידי עוזר המחקר לחלק מהמשתתפים אשר רואיינו פנים-אל-פנים.

למשתתפים אשר רואיינו באמצעות הטלפון, הועבר מבחן ה-TICS (Telephone Interview for Cognitive Status), מבחן מקביל למיני-מנטל אשר נמצא בגרסתו העברית ככלי תקף ומהימן (Beerli, Werner, et al., 2003).

בנוסף לכך, בני המשפחה העריכו את מצבם הקוגניטיבי של המשתתפים באמצעות ה-Cognitive Status Scale (Pearlin et al., 1990). מדד זה כולל 8 פריטים כגון: לזכור אירועים שהתרחשו לא מזמן, להבין הוראות פשוטות, ולזהות אנשים מוכרים. כל פריט מדורג בסולם בעל 5 דרגות, מ-0 "לא יכול בכלל" עד-4 "לא קשה בכלל". ציונים גבוהים יותר מציינים ירידה גדולה יותר בתפקוד הקוגניטיבי.

בעיות התנהגות: בני המשפחה של המשתתפים התבקשו למסור מידע בנוגע לבעיות ההתנהגות של המשתתפים באמצעות ה-Problematic Behavior Scale (Pearlin et al., 1990). כלי זה כולל 14 פריטים כגון: עצבות, כעס, חוסר מנוחה ועוד. כל פריט מדורג על בסיס מספר הימים שבוע שקדם לריאיון בהם המטפל היה צריך לטפל או לדאוג לבעיות התנהגות. כל פריט דורג מ-1 "באף יום" עד-4 "ב-5 ימים או יותר".

דיכאון וחרדה: בנוסף לכך, ובכדי לקבל מידע ישיר מהמשתתפים, נאסף מידע בנוגע לרמת הדיכאון והחרדה של הקשישים הדמנטיים אשר היו מסוגלים להתראיין. כדי להעריך את רמת הדיכאון שלהם נעשה שימוש ב-Short Zung Instrument (Tucker, Oyle et al., 1987). כלי זה כולל 10 פריטים. כל פריט מדורג בסולם ליקרט בעל 4 דרגות, מ-1 "לעיתים רחוקות" ועד-4 "תמיד". כלי זה תורגם לעברית ונמצא בשימוש במחקרים רבים.

רמת החרדה של הקשישים הוערכה באמצעות ה-Sinoff Short Anxiety Screening Test (Sinoff, Ore et al., 1999). כלי זה, אשר פותח במקורו בעברית, הוא שאלון לדיווח עצמי הכולל 10 פריטים המדורגים בסולם ליקרט הנע מ-1 "לעיתים רחוקות" ועד-4 "תמיד".

איכות חיים: איכות חיים אצל המשתתפים נבדקה על ידי שני כלים. ראשית, בני המשפחה התבקשו לדווח בנוגע ל-20 פעילויות המעריכות איכות חיים אצל קשישים הסובלים משיטיון (Teri & Logsdon, 1991). פעילויות אלה כוללות פעילויות פעילות וסבילות, בתוך הבית

ומחוצה לו. שנית, ה-Quality of Life in AD (Logsdon, Gibbons & Teri, 1998) שימש להערכה של איכות החיים בתחומים שונים.

השימוש בזמן: מכיוון שאחת המטרות המוצהרות של הפרויקט הייתה לשפר את "העברת הזמן והפעילות החברתית" בקרב הקשישים הסובלים מדמנציה, דפוסי הפעילות של המשתתפים הוערכו באמצעות יומני זמן (time diaries). בני המשפחה של הקשישים המשתתפים בפרויקט התבקשו בשיחה טלפונית למסור מידע בנוגע לפעילויות בהן משתתף הקשיש. היומנים מולאו בשיטת "האתמול", לפני תחילת ההתערבות ואחרי ההתערבות. מערך ההערכה של השימוש בזמן התבסס על המערך של Moss, Lawton, Kleban and Duhamel, 1995.

### ב. השפעת התוכנית על בני המשפחה

נתונים סוציו-דמוגרפיים: נאסף מידע לגבי מין, גיל, מצב משפחתי ומספר ילדים.

מידע על המצב הטיפולי: נאסף מידע לגבי קירבת הקשיש לבן המשפחה המרואיין, צורת המגורים ומידת העזרה שכן המשפחה מקבל מאנשים אחרים (בתשלום או ללא תשלום) בטיפול בקשיש.

עומס הטיפול: עומס הטיפול המורגש על ידי בן המשפחה כתוצאה מהטיפול בקשיש נבדק באמצעות ה-Burden Interview (Zarit et al., 1980), הכולל 29 פריטים המדורגים בסולם ליקרט מ-1 "אף פעם" עד 5 "תמיד".

סימפטומים פסיכיאטריים: דיכאון וחרדה הוערכו כאינדיקטורים לסימפטומים פסיכיאטריים בקרב המטפלים.

סימפטומים דיכאוניים נבדקו על ידי הגרסה העברית של ה-CES-D Center for Epidemiological Depression Studies (Ruskin et al., 1996). כלי זה כולל 20 פריטים הבודקים סימפטומים דיכאוניים. המטפלים נשאלו באיזו תדירות הם הרגישו כל אחד מהסימפטומים. כלי זה תורגם לעברית במחקרים אחרים ותקפותו ומהימנותו מצוינים.

רמת החרדה של המטפל הוערכה באמצעות ה-Sinoff short anxiety screening test (Sinoff, Ore et al., 1999). כלי זה, אשר פותח במקורו בעברית, הוא שאלון לדיווח עצמי הכולל 10 פריטים המדורגים בסולם ליקרט הנע מ-1 "לעתים רחוקות" ועד 4 "תמיד".

חוללות-עצמית בנוגע לטיפול בבן משפחה: חוללות-עצמית הוא מושג הנובע מתאוריית הלמידה ואשר במסגרת שירותי הבריאות ושירותים סוציאליים משקף את אמונת האדם שיש לו שליטה והכרה בשירותים העומדים לרשותו וביכולתו להתמודד עם מצב בריאותי מסוים.

חוללות-עצמית נבדקה באמצעות 9 פריטים שפותחו על ידי Fortinsky (2002) על מנת להעריך באיזו מידה בני המשפחה מרגישים שביכולתם להתמודד עם הטיפול בקשיש החולה. לדוגמה: "באיזו מידה אתה בטוח היום שביכולתך למצוא את השירותים הקיימים בכדי לטפל בקרוביך?" כל פריט דורג בסקלה מ-1 "כלל לא בטוח" ועד 10 – "בטוח במידה רבה".

### ג. השפעת התוכנית על המתנדבים

השפעת התוכנית על המתנדבים הוערכה לפני השתתפותם בקורס ההכשרה, עם תום ההשתתפות בקורס ההכשרה לפני ההתערבות, ואחרי ההתערבות.

השפעת התוכנית נבדקה בתחומים הבאים:

1. ידע בנוגע למחלת אלצהיימר: נבדק על ידי 14 פריטים הבודקים ידע בנוגע להמצאות המחלה, סימניה וטיפול. כל אחד מהפריטים דורג כנכון או לא נכון, כאשר גם ניתנה אפשרות לענות "לא יודע" (אשר מקודד כלא נכון) כדי למנוע מהמשיבים לנחש.

חושב אינדקס של סיכום התשובות הנכונות.

2. עמדות בנוגע ליחס לחולה דמנטי: המתנדבים התבקשו לדווח לפני ואחרי הקורס בנוגע לעמדותיהם ואמונותיהם בנוגע ליחס לחולה דמנטי. בעזרת מרכזות הפרויקט פותחו 6 פריטים המביעים עמדות צפויות מאנשים המטפלים בחולי אלצהיימר כל פריט דורג מ-1 כלל לא מסכים ועד 5-מסכים במידה רבה.

3. מיומנות באינטראקציה עם חולים הסובלים מדמנציה: לפני ואחרי ההתערבות המתנדבים התבקשו לענות על שאלה בנוגע לרגשות שלהם ביחס למיומנותם במגע עם חולים דמנטיים.

4. מצב רוח אחרי כל מפגש: אחרי כל מפגש המתנדבים התבקשו למלא טופס בו דווח על מצב רוחם במשך המפגש עם הקשיש. כלי זה כלל הערכת מצב רוח באמצעות-5 רגשות חיוביים (שמח, מעוניין, אנרגטי, שבע רצון ורגוע) וב-5 רגשות שליליים (עצוב, מעוצבן, מודאג, כועס, עצבני ומדוכא). בנוסף לכך נאספה אינפורמציה בנוגע לרקע הסוציו-דמוגרפי של המתנדבים (גיל, מין, מקום לידה, שנת עליה, מצב משפחתי, מספר ילדים, ומספר שנות לימוד) ולרקע ההתנדבותי שלהם (מספר שנות ניסיון בהתנדבות).

#### ד. הערכת תהליך התערבות

תהליך ההתערבות הוערך בשלוש דרכים :

1. ערכה ישירה: בוצעו תצפיות על הפעילות הנקטת בידי המתנדב ועל האינטראקציה בינו לבין הקשיש בזמן ההתערבות, במשך מפגש אחד אצל שני משתתפים.

2. הערכת תהליך ההתערבות על ידי דיווחים של המתנדבים: בתום כל מפגש המתנדבים התבקשו למלא טופס ובו מידע בנוגע לאורך המפגש, סוג הפעילות שהתפתחה במפגש, באיזה מרכיבים מהערכה נעשה שימוש, מצב רוחו ותגובתו של הקשיש בזמן האינטראקציה והמלצות לשינוי במפגשים הבאים.

3. הערכה על ידי המטפלים: המטפלים גם התבקשו לדווח אם השתמשו בערכה, באיזה מרכיבים ומה התוצאות.

#### ה. הערכת התהליך הארגוני

איסוף האינפורמציה לגבי התהליך הארגוני התבסס על שלושה מקורות :

א. הדיווחים של המרכזות לגבי בעיות שהתעוררו במהלך הפרויקט, משתתפים או מפעילים אשר הפסיקו את השתתפותם ועוד.

ב. דיווחיהם של המטפלים בנוגע למידת ההתאמה, נוחות השימוש והרלוונטיות של הערכה לאוכלוסייה ובנוגע לבעיות שהתעוררו.



## תהליך גיוס ומיון המשתתפים

תהליך גיוס ומיון המשתתפים נעשה באמצעות מרכזות התוכנית בכל מקום. לאחר סינון טלפוני ראשוני, המרכזות ביקרה בבתים של המועמדים אשר נמצאו מתאימים, לאחר הסינון הראשוני. בסך הכול בארבעת הערים הרכזות הארגוניות ביקרו אצל 117 משפחות, אך מסיבות שונות כגון חילופי רכזות ואיבוד טפסים, קיים מידע על 67 ביקורים. להלן המידע הרלוונטי לפי ערים:

**בני ברק** – בפועל המרכזות ביקרה אצל 30 משפחות, קיים מידע בנוגע ל-21 ביקורים.  
**רחובות** – בפועל המרכזות ביקרה אצל 32 משפחות וקיים מידע בנוגע ל-26 ביקורים.  
**אשדוד** – בפועל המרכזות ביקרה אצל 32 משפחות וקיים מידע בנוגע ל-14 ביקורים.  
**בת ים** – המרכזות ביקרו ב-23 משפחות, אך קיים מידע על 6 ביקורים בלבד. מידע על שאר הביקורים "נפל בין הכיסאות" בחילופי הרכזות.

נתונים אלה מספקים מידע בנוגע לגורם אשר הפנה את המועמדים לפרויקט, בנוגע למצבו הקוגניטיבי והפיזי של החולה, בנוגע למצבו הרגשי, בנוגע לעזרה שמקבל המטפל ובנוגע ליחסים בין החולה למטפל.

### הגורם המפנה

לוח 1: אחוז הגורם המפנה בכל ארבע הערים<sup>1</sup> (אחוזים)

סך הכול	בת ים	רחובות	בני ברק	הגורם המפנה
30		52	14	לשכת הרווחה
13	17	10		עובדת סוציאלית
11	5	5	19	הודעה מפה לאוזן
9		5	19	מודעה בעיתון
				עמותת אלצהיימר/קבוצת תמיכה
9	5	14	14	תמיכה
7			14	עזר מציון
9			14	מודעת רחוב
2		5		רופא
11	73	9	5	אחר/אין מידע

<sup>1</sup>באשדוד, הטפסים שהועברו באשדוד לא כללו שאלה על הגורם המפנה. הדבר נגרם כתוצאה משימוש בטופס שונה מזה שהיה מוכר לצוות המחקר מהפעילות בבני ברק ובאשדוד.

כפי שניתן לראות, אם כי קיימת שונות רבה בין הערים השונות, באופן כללי כשליש מהמשתתפים הופנו על ידי לשכת הרווחה והיתר על ידי גורמים מקצועיים אחרים.

### מידע בנוגע לשפת האם ולתחביבים של הפונים

כפי שניתן לראות בלוח 2, רב המשתתפים דברו עברית ואידיש.

#### לוח 2: שפת האם של הקשישים הפונים (אחוזים)

שפת אם	בני ברק	רחובות	אשדוד	בת ים	סך הכול
עברית		50	40	95	38
אידיש	33	15		5	18
צרפתית			33		7
גרמנית	14				2
אנגלית		12			
הונגרית	19				2
שפות אחרות	34	23	27		33

#### תחביביהם של הקשישים

כפי שניתן לראות בלוח 3, תחביביהם של רב המשתתפים כללו התעסקות בעבודות יד/אומנות וקריאה.

#### לוח 3: התחביבים של הקשישים הפונים (אחוזים)

שפת אם	בני ברק	רחובות	אשדוד	בת ים	סך הכול
עבודות בית	48	8			18
עבודות יד/אומנות	19	39	20		25
קריאה	29	27	20	5	25
מחשקים שונים		12	27	5	12
הליכה				10	4
אין תחביב			4	5	4
גינון		8			2
אחר/ אין מידע	5	8	29	75	10

#### מצב בריאותי ותפקודי

כפי שניתן לראות בלוח 4, הרב המכריע של הפונים סבלו מדמנציה מסוג אלצהיימר.

**לוח 4: סוג הדמנציה של הפונים (אחוזים)**

סוג דמנציה	בני ברק	רחובות	אשדוד	בת ים	סך הכול
אלצהיימר	76.1	57.7	71.4		72.0
דמנציה כתוצאה מאירוע מוחי		26.9		10.0	9.8
דמנציה אחרת/לא יודע	23.9	15.4	28.6	90.0	18.2

**תפקוד פיזי**

באשר לתפקודם הפיזי, נמצא שבארבעת הערים 52.2% מהפונים הקשישים צריכים עזרה מלאה בביצוע פעולות IADL, ו-85% מהפונים צריכים עזרה חלקית או מלאה בביצוע פעולות של טיפול אישי (ADL).

**תפקוד קוגניטיבי**

כפי שניתן לראות בלוח 5, הרב המכריע של הפונים סבלו מבעיות בזיכרון, בהתמצאות בזמן ובמרחב.

**לוח 5: תפקוד קוגניטיבי של הקשישים הפונים (אחוזים)**

בעיות תפקוד קוגניטיבי	בני ברק	רחובות	אשדוד	בת ים	סך הכול
בעיות זיכרון	100.0	100.0	100.0	66.7	85.3
בעיות התמצאות בזמן	95.3	84.6	26.7	100.0	77.0
בעיות התמצאות במרחב	100.0	49.0	63.3	83.4	63.7
קושי לזהות אנשים מוכרים	61.9	46.0	15.0	33.3	41.8
קשיי הבנה ותקשורת	71.4	41.9	25.0	33.3	42.2
בעיות ביטוי עצמי	66.7	19.2	23.1	33.3	36.4

**בעיות בהתנהגות**

כפי שניתן לראות בלוח 6, הרב המכריע של הפונים גילו סמני דיכאון והיו תלתיים.

לוח 6: בעיות התנהגות (אחוזים)

סך הכול	בת ים	אשדוד	רחובות	בני ברק	בעיות התנהגות
67.7	33.3	84.6	62.5	47.6	גילוי חרדה
93.9	66.7	93.3	95.8	95.2	תלות
90.8	100.0	85.7	87.5	85.8	דיכאון
7.0	33.0	2.0	4.8		מאניה
63.5	66.0	39.5	75.0	30.0	אדישות
58.7	16.7	16.7	82.6%	71.4	אי שקט
13.2	47.8	25.0	47.8	36.9	שוטטות
59.7	33.3	50.0	78.3	40.0	כעס
59.4	33.3	33.3	50.0	80.0	מחשבות שווא
					תוקפנות מילולית
45.0	33.3	16.7	66.6	23.8	תוקפנות פיזית
5.5	5.0%	8.3	13.0		התנהגויות חוזרות
42.0		10.0	40.0	85.0	התנהגויות מוזרות
12.9		36.4	21.0	50.0	בעיות אכילה
46.4	33.3	37.5	47.6	52.3	הפרעות שינה
52.5	33.3	30.0	50.0	61.9	

אופי הקשר הטיפולי וקשיי הטיפול בקשישים

כפי שניתן לראות בלוח 7, רב המטפלים מבצעים פעילויות ומעורבים בטיפול בקשיש, מקבלים עזרה מהמשפחה, אך עדיין מרגישים קושי נפשי.

לוח 7: היחס בין מטפל לקשיש וקשיי טיפול (אחוזים)

קשיי טיפול בקשיש	בני ברק	רחובות	אשדוד	בת ים	סך הכול
קושי נפשי	61.2	69.6	45.5	83.3	58.6
קושי טכני	33.3	30.4	27.3	5.0	20.7
אין קושי	5.5			11.7	3.0
מקבלים עזרה ממשפחה או חברים	74.6	71.0	80.0	אין מידע	52.7
עזרה מקבוצות תמיכה/מרכז יום מבצעים פעילויות ומבלים זמן ביחד עם החולה		19.0	4.0	אין מידע	4.0
	52.4	40.0	100.0	67.0	58.5

## תיאור המשתתפים, המטפלים והמתנדבים

### תיאור המשתתפים

במסגרת פרויקט "פיתוח ערכת פעילות לבריאות להפעלת החולה הדמנטי בביתו" השתתפו בסך הכול 108 משפחות, כאשר 99 מהן השתתפו במחקר.

להלן חלוקת המשתתפים עפ"י ערים:

בבני ברק השתתפו 30 קשישים ובני משפחותיהם. מתוכם נאסף מידע בנוגע ל-26 קשישים. ברחובות השתתפו בפרויקט 34 קשישים ובני משפחותיהם, 32 מהם רואיינו. באשדוד השתתפו בפרויקט 30 קשישים ובני משפחותיהם, 29 מהם רואיינו. בפרויקט בבת ים השתתפו 14 משפחות, 12 מהן השתתפו במחקר.

### האפיונים הסוציו-דמוגראפיים של המשתתפים

האפיונים הסוציו-דמוגראפיים של המשתתפים מוצגים בלוח 8.

באופן כללי, הגיל הממוצע הוא 78, רוב המשתתפות היו נשים נשואות וילידות אירופה/אמריקה. ההשכלה של המשתתפים הייתה יחסית נמוכה.

לא היו הבדלים מובהקים בין משתתפים מערים שונות באף אחד מהאפיונים.

להלן התיאור לפי ערים:

**לוח 8 : אפיונים סוציו-דמוגרפיים של המשתתפים**

סך הכול	בת ים	אשדוד	רחובות	בני ברק	האפיון
79 (7.4)	79 (7.2)	77.7 (7)	79.16 (6.91)	80.0 (8.7)	גיל ממוצע (סטיית תקן)
71.8%	44.4%	62.0%	73.3%	100.0%	מין
28.2%	55.6%	38.0%	26.7%		נקבה
					זכר
45.2%	36.8%	44.8%	40.0%	57.7%	מצב משפחתי
51.9%	57.9%	51.7%	60.0%	38.5%	אלמן/ה
2.9%	5.3%	3.4%	-	3.8%	נשוי/אה
					גרשה
3.33 (2.35)	2.36 (1.6)	3.55(2.61)	3.03 (1.97)	4.1 (2.7)	מספר ילדים ממוצע (סטיית תקן)
8.7%	10.5%	6.9%	10.0%	7.7%	ארץ מוצא
60.6%	52.6%	41.4%	70.0%	76.9%	ישראל
30.8%	36.8%	51.7%	20.0%	15.4%	אירופה/אמריקה
					אסיה/אפריקה
8.76 (3.7)	7.62 (3.8)	8.14 (4.7)	9.84 (2.96)	9.2 (2.5)	מספר שנות לימוד ממוצע (סטיית תקן)
21.2%	26.3%	31.0%	10.0%	19.2%	מצב מגורים
39.4%	36.8%	48.3%	40.0%	30.8%	לבד
7.7%	5.3%	13.8%	6.7%	7.7%	עם בן זוג
4.8%		-	3.3%	15.4%	עם ילדים בלבד
17.3%	21.1%	6.9%	26.7%	15.4%	עם ילדים ואחרים
5.8%	10.5%	-	13.3%		עם מטפל זר
2.9%		-	-	11.5%	עם בן זוג ואחרים
					אחר

**מצבם התפקודי של המשתתפים**

במסגרת המחקר נבדקו תפקודם הפיזי והקוגניטיבי של המשתתפים. מידע זה מוצג בלוח 9.

**לוח 9: מצבם התפקודי של המשתתפים**

סטיית תקן	סך הכול	בת ים		אשדוד		רחובות		בני ברק		האפיון
		סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן	ממוצע	
<b>תפקוד ב - ADL*</b>										
1.27	1.73	1.29	1.55	1.54	2.17	0.89	1.43	1.20	1.70	אכילה
1.63	2.98	1.66	2.73	1.5	3.03	1.73	3.03	1.70	3.00	הלבשה
1.70	3.65	1.70	3.36	1.54	3.82	1.83	3.57	2.90	3.70	רחצה שליטה בשתן שליטה בצואה
1.60	2.5	1.64	2.47	1.33	2.14	1.65	2.53	1.80	2.90	הליכה
1.74	2.31	1.39	2.21	1.32	2.03	1.75	2.37	1.60	2.20	<b>ממוצע ADL</b>
1.63	2.71	1.35	3.21	1.52	3.41	1.61	2.23	1.60	2.10	<b>ADL</b>
<b>1.60</b>	<b>2.65</b>	<b>1.51</b>	<b>2.59</b>	<b>1.46</b>	<b>2.76</b>	<b>1.57</b>	<b>2.52</b>	<b>1.20</b>	<b>2.60</b>	
<b>תפקוד ב - *IADL</b>										
0.91	4.58	1.26	4.47	0.91	4.51	0.83	4.73	1.1	4.6	קניות
0.98	4.74	1	4.68	0.76	4.83	0.73	4.87	1.2	4.5	ניקיון
0.7	4.64	0.91	4.78	0.79	4.76	1.03	4.67	1.2	4.4	בישול ניהול כספים שימוש בטלפון
1.64	4.83	0.94	4.68	0.76	4.83	0.25	4.93	0.8	4.8	כביסה
1.05	3.1	1.63	3.31	1.5	3	1.64	3.57	1.7	2.5	הסעה
1.05	4.57	0.51	4.83	0.86	4.7	1.2	4.5	1.3	4.3	<b>ממוצע IADL</b>
1.05	4.59	0.66	4.72	0.91	4.64	1.22	4.57	1.3	4.5	<b>IADL</b>
<b>1.05</b>	<b>4.44</b>	<b>0.99</b>	<b>4.50</b>	<b>0.93</b>	<b>4.46</b>	<b>0.98</b>	<b>4.55</b>	<b>0.9</b>	<b>4.2</b>	
<b>תפקוד קוגניטיבי מיני-מנטל** סטאטוס קוגניטיבי עפ"י דיווח המטפלים בעיות התנהגות***</b>										
14.2	18.16	6.22	18.16	5.5	14.79	7.93	14.82	5.5	8.6	
1.44	1.68	1.44	1.68	1.25	2	1.45	1.81	1.5	1.86	
1.57	2.31	1.68	2.31	1.2	2.15	1.62	2.4	0.8	2.2	

\* 1 – עצמאי – לא זקוק לעזרה 5 – זקוק לעזרה כל הזמן  
 \*\* 0 – ירידה קוגניטיבית טוטלית 30 – מצב קוגניטיבי תקין  
 \*\*\* 0 – לא קשה כלל 4 – לא יכול בכלל  
 \*\*\*\* 0 – באף יום 4 – יותר מפעם ביום

כפי שניתן לראות, באופן כללי, המשתתפים בכל הערים היו יותר מוגבלים בביצוע פעולות ה-IADL מאשר בביצוע פעולות ה-ADL (p<0.05).



בנוגע לפעולות ה-ADL נמצא כי, כל המשתתפים בבני ברק, 73.3% מהמשתתפים ברחובות, 86.2% באשדוד ו-73.3% בבת ים היו מוגבלים ברחצה. רוב המשתתפים בארבעת הערים היו מוגבלים גם בשליטה על הסוגרים ובהלבשה. בין פעילויות ה-IADL, המשתתפים בכל ארבעת הערים היו מוגבלים בעיקר בניהול כספים, ובביצוע קניות וניקיון.

עפ"י בדיקת המיני-מנטל, מצבם הקוגניטיבי של המשתתפים ברחובות, בת ים ואשדוד היה טוב יחסית לבני ברק, בה מצבם של המשתתפים היה ירוד ביותר. ממוצע המיני-מנטל בבת ים היה הגבוה ביותר בין כל הערים ( $p < 0.05$ ).

לא היו הבדלים מובהקים בין הערים בבעיות ההתנהגות ובמצבם הקוגניטיבי של הקשישים על-פי דיווח המטפלים.

#### **תיאור המטפלים**

בלוח 10 מתוארים אפיוני המטפלים. כפי שניתן לראות, רוב המטפלים בארבעת הערים היו נשים נשואות. בבני ברק וברחובות מרבית המטפלים היו ילידי ישראל בעוד שבאשדוד ובבת ים רובם היו ילידי אפריקה ואירופה. מרבית המטפלים התגוררו עם בני זוג. הגיל הממוצע בבני ברק היה 53 שנים, ברחובות 59, בבת ים 61, ובאשדוד 58 שנים. רמת ההשכלה הייתה גבוהה יחסית (בעיקר בבני ברק וברחובות, פחות באשדוד ובת ים). בבני ברק, רחובות ואשדוד רוב המטפלים עבדו מחוץ לבית ובבת ים רק 47.1% מהמטפלים עבדו. בקרב אלה שעבדו, 73% עבדו יותר מ-20 שעות בשבוע בבני ברק, ברחובות 43.4% עבדו יותר מ-20 שעות בשבוע, באשדוד-68.9% ובבת ים-63%.

ממוצע מספר הילדים בבני ברק היה גבוה מממוצע מספר הילדים בשאר הערים ( $p < 0.05$ ) ואחוז יוצאי אפריקה/אסיה בקרב המטפלים בבני ברק וברחובות, היה נמוך מהנמצא באשדוד ובת ים.

**לוח 10 : אפיונים סוציו-דמוגרפיים של המטפלים**

האפיון	בני ברק	רחובות	אשדוד	בת ים	סך הכול
<b>גיל</b>					
ממוצע (סטיית תקן)	52.5 (12.7)	59.14 (16.15)	58.2 (15.82)	61 (11.27)	57.5 (14.57)
<b>מין</b>					
נקבה	69.20%	73.30%	69%	83.3%	72.8%
זכר	30.80%	26.70%	31%	16.7%	27.2%
<b>מצב משפחתי</b>					
אלמן/ה	3.80%	3.30%	6.90%	5.6%	4.9%
נשוי/ה	88.50%	86.70%	82.80%	77.8%	84.5%
גרושה/ה	3.80%	6.70%	6.90%	5.6%	5.8%
רווק/ה	3.80%	3.30%	3.40%	11.1%	4.9%
<b>מספר ילדים</b>					
ממוצע (סטיית תקן)	5.9 (4.0)	2.37 (1.13)	2.69 (1.31)	2.94 (1.29)	3.45 (2.68)
<b>ארץ מוצא</b>					
ישראל	57.7%	46.7%	13.8%	16.7%	35.0%
אירופה/ אמריקה	38.5%	43.3%	44.8%	44.4%	42.7%
אסיה/ אפריקה	3.8%	10.0%	41.4%	38.9%	22.3%
<b>מספר שנות לימוד</b>					
ממוצע (סטיית תקן)	13.9 (2.9)	13.7 (3.8)	12.1 (2.72)	11.5 (3.65)	12.9 (3.37)
<b>מצב מגורים</b>					
לבד	3.8%	3.3%	0.0%	5.6%	2.9%
עם בן זוג	23.1%	43.3%	44.8%	61.1%	41.7%
עם בן זוג + ילדים	53.8%	33.3%	37.9%	22.2%	37.9%
עם בן זוג + אחר	7.7%	10.0%	0.0%		4.9%
עם ילדים + אחר	3.8%	3.3%	0.0%		1.9%
עם ילדים בלבד		6.7%	6.9%	5.6%	4.9%
אחר	7.7%	0.0%	10.3%	5.6%	5.9%
<b>עובד מחוץ לבית</b>	57.7%	50.0%	75.9%	47.1%	59.0%

## תיאור המתנדבים

בפרויקט כולו השתתפו 70 מתנדבים: בבני ברק – 18, ברחובות – 20, באשדוד – 14 ובבת ים – 18 (כאשר מתוכם 11 בלבד סיימו את הקורס ונכנסו לבתי המשפחות). בלוח 11 מוצגים האפיונים הסוציו-דמוגרפיים של המתנדבים.

### לוח 11: אפיונים סוציו-דמוגרפיים של המתנדבים

האפיון	בני ברק	רחובות	אשדוד	בת ים	בפרויקט כולו
גיל					
ממוצע (סטטיית תקן)	53.6 (7.5)	60.65 (9.75)	54.23 (8.07)	61.8 (7.32)	57.91 (8.91)
מין					
נקבה	100.0%	75.0%	76.9%	94.4%	87.0%
זכר	0.0%	25.0%	23.1%	5.6%	13.0%
מצב משפחתי					
נשוי/אה	94.4%	85.0%	76.9%	43.8%	76.1%
גרושה	5.6%	0.0%	15.4%	31.3%	11.9%
רווקה	0.0%	5.0%	7.7%	6.3%	4.5%
אלמן/ה	0.0%	10.0%	0.0%	18.8%	7.5%
מספר ילדים					
ממוצע (סטטיית תקן)	6.8 (4.3)	2.95 (1.3)	4 (2.08)	2.8 (1.22)	4.14 (3.03)
ארץ מוצא					
ישראל	55.6%	65.0%	15.4%	23.5%	42.6%
אירופה/אמריקה	38.9%	30.0%	15.4%	35.3%	30.9%
אסיה/אפריקה	5.6%	5.0%	69.2%	41.2%	26.5%
מספר שנות לימוד					
ממוצע (סטטיית תקן)	12.5 (3.5)	14.6 (2.52)	13.5 (1.8)	10.3 (3.84)	12.8 (3.41)

כפי שניתן לראות, רוב המתנדבים היו נשים ונשואים. ברחובות ובבני ברק רוב המתנדבים היו ילידי הארץ, ובאשדוד ילידי אפריקה. הגיל הממוצע היה 54 שנים בבני ברק ובאשדוד היה נמוך מזה של רחובות (61) ובת ים (62). רמת ההשכלה הייתה גבוהה יחסית בכל המקומות, כאשר בבת ים היא הייתה הנמוכה ביותר וברחובות הגבוהה ביותר ( $p < 0.05$ ).

מבחינת ניסיון ההתנדבות, בבני ברק לרוב המתנדבות בפרויקט (83.3%) היה ניסיון קודם בהתנדבות, כאשר בממוצע היו להן כ-14 שנות התנדבות. באשדוד כל המתנדבים התנסו

בהתנדבות קודמת, ובממוצע שנות ההתנדבות שלהם היה כ-8 שנים. ברחובות לרוב המתנדבים היה ניסיון קודם בהתנדבות (57.9%) וממוצע שנות ההתנדבות היה גם 8, ובבת ים ליותר מ-2/3 מהמתנדבים היה ניסיון קודם בהתנדבות (72.3%) וממוצע שנות ההתנדבות היה 5. הבדלים אלו לא היו מובהקים.

## השפעת התוכנית על המשתתפים, המטפלים והמתנדבים

### השפעת התוכנית על המשתתפים

מתוך 108 המשתתפים אשר הוערכו בתחילת הפרויקט, 69 רואיינו שנית עם תום הפרויקט. משתתף אחד לא השלים את ההתערבות עקב מחלה ולא רואיין שנית, 7 משפחות סירבו לשתף פעולה בריאיון השני, ו-31 מתוך אלו שעברו ריאיון ראשון, לא סיימו את הפרויקט או לא התחילו את ההתערבות. פירוט המשתתפים שלא רואיינו שנית מוצג עבור כל עיר בנפרד בהמשך. על כן, בפרק זה נכללים ממצאים בנוגע להשפעת התוכנית על 69 המשתתפים אשר סיימו את ההתערבות ורואיינו שנית בתום ההתערבות. להלן החלוקה לפי ערים:

בני ברק – מקרב 26 המשתתפים אשר הוערכו בתחילת הפרויקט, 19 רואיינו שנית עם תום הפרויקט. משתתף אחד לא השלים את ההתערבות עקב מחלה ולא רואיין שנית, 4 משפחות סירבו לשתף פעולה בריאיון השני, ו-2 משתתפים לא סיימו את הפרויקט. על כן, בפרק זה נכללים ממצאים בנוגע להשפעת התוכנית על 19 מהמשתתפים אשר סיימו את ההתערבות ורואיינו שנית בתום ההתערבות.

רחובות – מתוך 31 המשפחות אשר הוערכו בתחילת הפרויקט, 21 רואיינו שנית עם תום הפרויקט. 7 משפחות לא סיימו את תהליך ההתערבות מטעמים שונים: מחלה, חוסר שיתוף פעולה של החולה, חוסר שיתוף פעולה של המשפחה. בנוסף, ישנם 3 חולים שלא סיימו את תהליך ההתערבות. על כן, בפרק זה נכללים ממצאים בנוגע להשפעת התוכנית על 21 מהמשתתפים אשר סיימו את ההתערבות ורואיינו שנית בתום ההתערבות.

אשדוד – מתוך 29 המשפחות אשר הוערכו בתחילת הפרויקט, 17 רואיינו שנית עם תום הפרויקט. שבע משפחות לא סיימו את תהליך ההתערבות מטעמים שונים: מחלה, חוסר שיתוף פעולה של החולה, חוסר שיתוף פעולה של המשפחה. בנוסף, ישנם 4 חולים אשר עברו ריאיון ראשון, אך לא קיבלו מתנדב בשל הפסקת הפרויקט באשדוד. משפחה אחת בלבד סירבה להתראיין בסיום הפרויקט. על כן, בפרק זה נכללים ממצאים בנוגע להשפעת התוכנית על 17 מהמשתתפים אשר סיימו את ההתערבות ורואיינו שנית בתום ההתערבות.

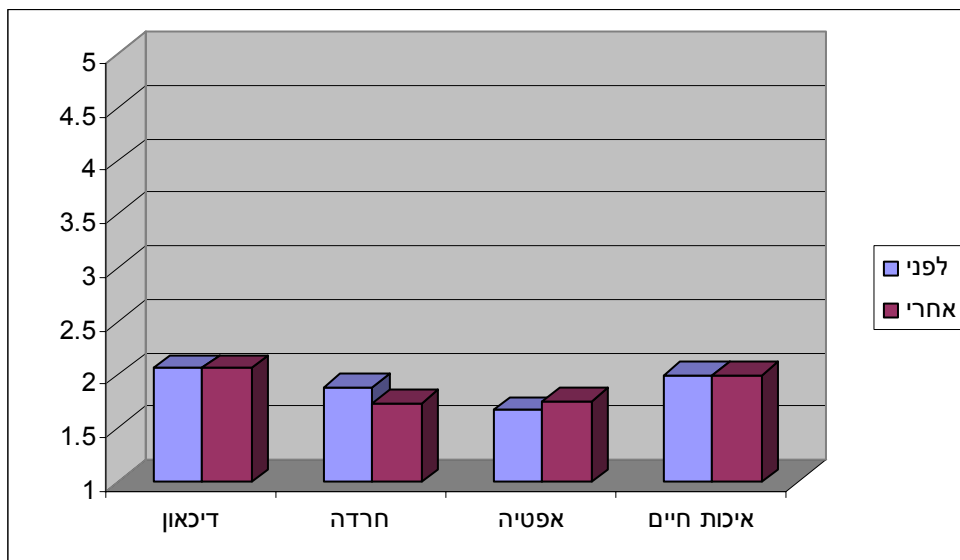
בת ים – מתוך 20 המשפחות אשר עברו ריאיון ראשון בתחילת הפרויקט, 11 רואיינו שנית עם תום הפרויקט. שש משפחות לא סיימו את תהליך ההתערבות מסיבות שונות: חולה אחד נפטר, 2 חולים עברו לבית אבות, ובשלושה מקרים היה חוסר שיתוף פעולה של החולה. ישנן 3 משפחות

שסירבו להתראיין ריאיון סיום. על כן, בפרק זה נכללים ממצאים בנוגע להשפעת התוכנית על 11 מהמשתתפים אשר סיימו את ההתערבות ורואיינו שנית בתום ההתערבות.

השפעת ההתערבות על מצב רוחם של המשתתפים (קרי: רמת הדיכאון, החרדה ואפטיה) ועל איכות חייהם. הציונים בתחומים אלה לפני ואחרי ההתערבות מוצגים באיור 1 עבור הפרויקט כולו.

בסך הכול בפרויקט, לא נמצאו שינויים מובהקים ברמת הדיכאון, החרדה, האפטיה ואיכות החיים של המשתתפים לפני ואחרי ההשתתפות בפרויקט. גם בכל עיר בנפרד השינויים כתוצאה מההתערבות לא היו מובהקים.

**איור 1: ציון ממוצע ברמת הדיכאון, החרדה, האפטיה ואיכות החיים של כל המשתתפים בפרויקט**



באופן כללי, לא חלו שינויים מובהקים ברמת החיים של הקשישים. יחד עם זאת, הסתכלות מעמיקה יותר בפעילויות שונות מראה מספר ממצאים מעניינים (לוח 12). לדוגמא, בבני ברק נמצאה מגמת עליה בשימוש בצחוק, ובהכנת ואכילת אוכל. ברחובות נמצאה מגמת עלייה בהתעמלות, בשמיעת מוסיקה ובאכילת ממתקים. באשדוד הייתה עלייה בקניות, בשהייה מחוץ לבית ובשתיית קפה עם חברים ובבת ים בצחוק ובארוחות משותפות.

**לוח 12: ציונים ממוצעים בפעילויות איכות החיים לפני ואחרי ההתערבות (עפ"י דיווח**

**המטפלים)<sup>1</sup>**

סך הכול		בת ים		אשדוד		רחובות		בני ברק		
אחרי	לפני	אחרי	לפני	אחרי	לפני	אחרי	לפני	אחרי	לפני	
2.3	2.3	2.0	2.0	2.4	2.2	2.6	2.4	2.2	2.4	להיות מחוץ לבית
1.3	1.3	1.3	1.3	1.5	1.3	1.5	1.5	1	1.1	לעשות קניות לקרוא או לשמוע סיפורים
1.8	1.9	2.0	1.8	1.7	1.8	1.7	1.9	19	2.3	לשמוע מוסיקה
1.8	1.8	1.9	1.9	1.8	1.8	1.9	1.7	1.5	2	לצפות בטלוויזיה
2.3	2.3	2.0	2.1	2.2	2.3	2.7	2.6	2.4	1.7	לצחוק לאכול עם בני משפחה או חברים להכין או לאכול ממתקים
2.1	2.1	2.0	1.77	1.7	1.8	2.2	2.3	2.6	2.4	לעזור לאחרים
2.3	2.2	2.45	1.9	2.1	2.1	2.3	2.1	2.5	2.4	להיות עם בני משפחה
2.1	2.0	1.2	1.7	1.8	1.9	2.6	2.3	2.2	2	להאזין לצלילי הטבע לשלוח או לקבל מכתבים ללבוש בגדים חדשים או מיוחדים לצאת לטיולים או יציאות אחרות
1.4	1.3	1.0	1.23	1.3	1.3	1.7	1.3	1.5	1.4	לשתות קפה או תה עם חברים
2.5	2.4	2.0	2.0	2.2	2.2	2.6	2.6	2.7	2.6	להתעמל
1.6	1.5	1.6	1.5	1.6	1.4	1.5	1.6	1.6	1.5	לצאת לסיבוב במכונית
1.1	1.2	1.2	1.0	1.1	1.2	1.9	1.2	1.2	1.2	לטפח את עצמו לדבר ולהיזכר במאורעות העבר
1.9	1.8	1.8	1.7	2.1	2	1.1	1.9	1.7	1.7	לקבל מחמאות
1.7	1.6	1.8	1.6	1.7	1.4	2.1	1.6	1.7	1.4	
1.4	1.4	1.1	1.2	1.6	1.4	1.9	1.6	1.3	1.6	
1.4	1.4	1.3	1.2	1.1	1.4	1.7	1.2	1.7	1.7	
1.6	1.7	1.4	1.4	1.8	1.9	1.6	1.7	1.7	1.6	
1.9	1.9	2.0	2.0	1.8	1.9	1.8	2.1	1.7	1.6	
2.2	2.2	2.1	2.3	2.4	2.2	2.0	2.2	1.8	2.1	
2.1	2.2	2.1	1.9	1.8	1.9	2.3	2.3	2.2	2.4	

<sup>1</sup>ציון גבוה יותר מצביע על תדירות גבוהה יותר של השתתפות בפעילות.

**השפעת התוכנית על השימוש בזמן**

אחת ממטרותיה המוצהרות של התוכנית הייתה להשפיע על אופן השימוש בזמן של הקשיש ומטפלו. על כן, המטפלים התבקשו למלא יומנים המתעדים את הפעילויות שלהם ביום שקדם לריאיון. היומנים מולאו, פעם אחת לפני תחילת התוכנית ופעם נוספת מיד עם תום ההתערבות.

בלוח 13 מתוארים ממוצעי הזמן שהושקעו ביום טיפוס שדווח ביומנים. לא נרשמו שינויים באף אחת מהפעילויות בהן השתתפו הקשישים לפני ואחרי ההתערבות.

**לוח 13: מס' דקות ממוצע ביום בהן קשישים היו עסוקים בפעילויות שונות**

כלל הפרויקט		בת ים		אשדוד		רחובות		בני ברק		פעילות
אחרי	לפני	אחרי	לפני	אחרי	לפני	אחרי	לפני	אחרי	לפני	
17	9	11	10	9	5	12	5	17	5	תפילה
109	90	0	4	42	49	92	31	150	135	מרכז יום לקשיש
151	182	95	158	54	99	125	134	154	105	מנוחה (שינה)
92	125	56	130	53	79	90	87	63	55	יציאה החוצה
94	153	53	97	67	121	116	130	27	51	צפייה בטלוויזיה
76	95	0	18	32	67	77	68	87	79	בילוי עם בני משפחה
41	66	29	52	32	44	37	59	20	21	להיות בחוסר מעש
13	15	5	0	4	3	8	17	19	14	שתיית קפה/תה עם חברים
25	42	0	22	0	9	38	29	26	49	עבודת בית
20	40	5	28	0	18	9	29	40	31	קריאת עיתון או ספר
4	8	3	4	0	1	8	10	0	5	התעמלות

כל השינויים שחלו לפני ואחרי ההתערבות בהיקף הזמן שהקשישים הקדישו לפעולות הנזכרות לעיל לא היו מובהקים.

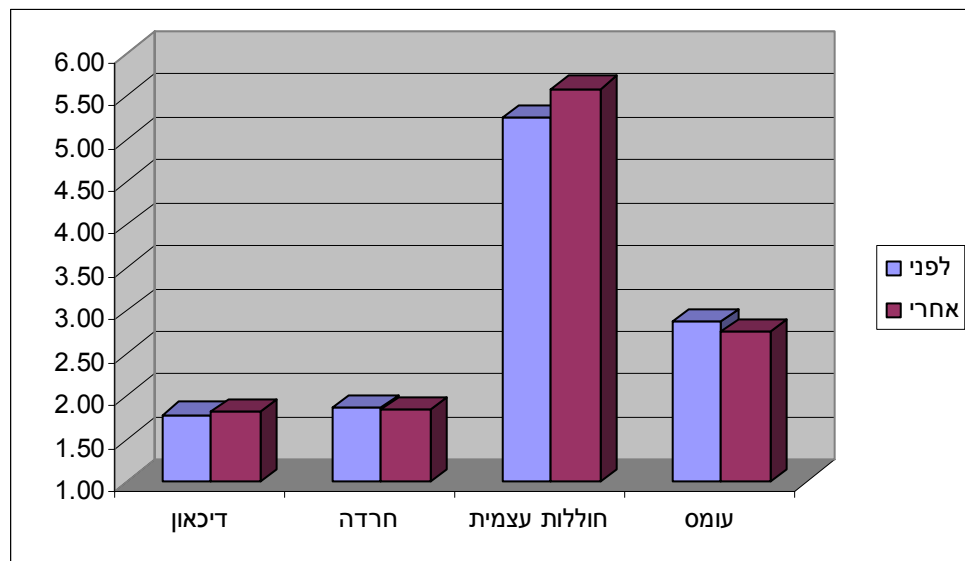
באופן כללי, חלה ירידה בהיקף הזמן של כל הפעילויות, חוץ מתפילה ומביקורים במרכז יום לקשיש. באופן כללי ניתן לראות כי ירד היקף הזמן בו הקשישים היו בחוסר מעש.

**השפעת התוכנית על המטפלים**

בנוגע למטפלים, השפעת התוכנית הוערכה ביחס לרמת הדיכאון והחרדה שלהם, ביחס לרמת החוללות העצמית בטיפול וביחס לרמת עומס הטיפול. ממצאים אלה מוצגים באיור 2.



**איור 2: ציון ממוצע ברמת העומס, חוללות-עצמית, חרדה ודיכאון של כל המטפלים לפני ואחרי בפרויקט**



באופן כללי, לא נמצא שינוי מובהק בארבעת הפריטים לפני ואחרי ההתערבות. גם בכל עיר בנפרד השינויים נמצאו לא מובהקים.

תוכנית ההתערבות השפיעה בעיקר על רמת החוללות העצמית של המטפלים, פרט למטפלים מבת ים. עם תום התוכנית, המטפלים בבני ברק, רחובות ואשדוד דיווחו על יכולת שליטה גבוהה יותר באספקטים שונים הקשורים בטיפול בקשיש החולה.

**השפעת התוכנית על המתנדבים**

בנוגע למתנדבים, השפעת התוכנית הוערכה בהתאם לרמת הידע שלהם בנוגע למחלת אלצהיימר, ובנוגע לעמדותיהם ביחס לטיפול והתייחסות לחולה אלצהיימר.

**ידע בנוגע למחלת אלצהיימר**

הממצאים מוצגים בלוח 14.

לוח 14: אחוז המתנדבים אשר ענו נכון לכל אחד מפרטי הידע לפני ואחרי קורס ההכשרה

מס"ד	פריטים	בני ברק		רחובות		אשדוד		בת ים		סך הכול	
		לפני	אחרי	לפני	אחרי	לפני	אחרי	לפני	אחרי	לפני	אחרי
1	למרות שרוב האנשים חולי האלצהיימר הם מבוגרים, אנשים בשנות השלושים והארבעים לחייהם עשויים להיות מאובחנים כחולי אלצהיימר*	56	83	50	57	89	82	81	75	66	75
2	אין תרופה לאלצהיימר*	56	89	78	85	56	82	47	100	60	88
3	רוב הרופאים מאומנים לאבחן אלצהיימר	44	89	65	93	50	73	67	22	57	75
4	אלצהיימר יכול להיות מאובחן ע"י בדיקת דם	33	61	72	93	50	60	33	50	48	68
5	גברים הם בעלי פוטנציאל גבוה יותר מנשים לפתח אלצהיימר	44	61	37	87	25	40	38	68	37	65
6	התקשות של העורקים היא תופעת לוואי ידועה של אלצהיימר	11	11	28	57	15	30	31	13	22	34
7	רוב האנשים חולי אלצהיימר נמצאים במוסדות סיעודיים	61	89	53	87	54	56	67	44	59	75
8	הסימפטום העיקרי של אלצהיימר הוא איבוד זיכרון*	67	83	94	93	83	100	81	89	81	91
9	ביטוח רפואי מכסה את עלות האשפוז הסיעודי עבור חולי אלצהיימר	44	50	56	58	36	64	44	33	46	52
10	איבוד משמעותי של זיכרון ויכולת מנטאלית אשר בד"כ ידועים כסניליות, הם חלק נורמאלי מתופעות של הזדקנות	61	56	50	47	25	0	38	56	45	43
11	קיימות תרופות לריפוי הסימפטומים של אלצהיימר*	39	44	21	20	25	36	19	33	26	38
12	אלצהיימר היא מחלה קטלנית*	11	17	21	43	42	55	40	89	27	44
13	רוב המקרים של אלצהיימר הם תורשתיים (hereditary) או עברו בירושה (inherited)	56	67	42	71	27	82	40	33	42	65
	ממוצע כללי	45	62	51	69	44	58	48	54	37	63

השאלה על אלומיניום כגורם למחלת אלצהיימר נשאלה, אך לא נכללה במחקר עקב העדר תשובה מדעית ברורה.

שאלות בהן התשובה הנכונה היא "כן" מסומנות ב-\*

אם כי, באופן כללי נמצא שרמת הידע עלתה עם תום הקורס, השיפור היה מובהק באחוז המתנדבים שנתנו תשובה נכונה לשאלות 1, 2, 4, 7, 8, 11, 13 ( $p < 0.05$ ), לא נמצאו הבדלים מובהקים בשאר הפריטים.

עמדות בנוגע ליחס לחולה אלצהיימר

באופן כללי, בנוגע לעמדותיהם של המתנדבים לפני ואחרי קורס ההכשרה, חל שינוי בכוון המשוער, אם כי, הוא היה מובהק ( $p < 0.05$ ) רק בנוגע לפריט מס' 1. לא נרשמו שינויים מובהקים בשאר הפריטים.

לוח 15: עמדות המתנדבים בנוגע ליחס לחולה אלצהיימר (ב-%)

מס"ד	עמדות	בני ברק		רחובות		אשדוד		בת ים		סך הכול	
		לפני	אחרי	לפני	אחרי	לפני	אחרי	לפני	אחרי	לפני	אחרי
1	יש להימנע מקונפליקט עם חולי אלצהיימר	67	100	53	87	54	64	81	100	64	89
2	אדם הסובל ממחלת האלצהיימר אינו מסוגל להרגיש עלבון	67	72	68	85	46	82	56	89	61	80
3	אדם הסובל מירידה בזיכרון איננו מסוגל ליהנות מפעילויות מחשבתיות	67	100	90	93	39	73	44	57	62	85
4	אין טעם להפעיל אדם הסובל מירידה קוגניטיבית כי הוא איננו מסוגל לזכור	78	89	89	86	100	82	56	100	79	89
5	תמיד יש לומר את כל האמת לחולי אלצהיימר	67	89	28	67	8	55	19	78	33	74
6	משפחה שאוהבת את החולה לא תכעס עליו	28	28	26	40	8	27	0	56	17	36
	ממוצע כללי	62	80	59	76	43	64	43	80	53	76

הערכת קורס ההכשרה על ידי המתנדבים

הממצאים מוצגים בלוח 16.

**לוח 16: הערכת קורס ההכשרה ע"י המתנדבים**

קריטריון	בני ברק	רחובות	אשדוד	בת ים	סך הכול
אווירה	4.8	4.9	4.7	4.1	4.7
רלוונטיות החומר	4.6	4.6	4.6	4.0	4.5
חומר מעניין	4.6	4.5	4.6	4.2	4.5
יכולתם ליישם את החומר לאחר הקורס	3.4	3.9	4.4	4.0	3.9
מוכנות להתחיל את ההתנדבות	3.4	4.3	4.5	3.9	4
ממוצע	4.2	4.4	4.6	4.0	4.3

באופן כללי, נמצא שהמתנדבים הרגישו שהקורס היה חיובי. ציונים גבוהים במיוחד התקבלו בנוגע לאווירה הנעימה של הקורס, ולרלוונטיות החומר. ציונים נמוכים במקצת התקבלו בנוגע ליכולתם ליישם את החומר לאחר הקורס, ובתחושתה שהם מוכנים להתחיל את ההתנדבות.

בנוגע להשוואה בין הערים, הציונים הנמוכים ביותר התקבלו בקורס שהועבר בבית ים ב-4 מדדים מתוך 5 [רלוונטיות, אווירה, ישימות החומר הנלמד ומוכנות המתנדבים לפעילות לאחר הקורס  $(p < 0.05)$ ].

**מצב הרוח של המתנדבים בתום המפגשים עם הקשישים**

מצב הרוח של המתנדבים (כפי שדווח על ידם בדו"חות אשר מולאו אחרי כל מפגש) היה חיובי ביותר.

**לוח 17: מצב הרוח של המתנדבים בתום המפגשים עם המטפלים (אחוזים)**

הרגשה	בני ברק	רחובות	אשדוד	בת ים	סך הכול
מלא					
אנרגיה	90.3	94.8	100.0	88.6	95.2
רוגע	96.4	94.1	100.0	88.6	96.1
שמחה	87.1	90.3	100.0	94.3	94.0
שביעות רצון	87.1	99.0		88.6	80.0
בעל עניין	83.9	97.9	100.0	88.6	87.6
דיכאון	9.7	4.3			3.4
עצבנות	3.2	5.6	30.0	40.0	5.5
דאגה	3.2				0.7
כעס		2.3			0.5

## תיאור תהליך ההתערבות ע"י המתנדבים ודרך התצפיות שביצעו החוקרים

### תיאור תהליך ההתערבות ע"י המתנדבים

כפי שהוזכר, המתנדבים התבקשו למלא אחרי כל מפגש דו"ח המתאר את מהלך המפגש, אורכו, תיאור הפעילויות, מרכיבי הערכה בהם נעשה שימוש במפגש ותגובתם של הקשישים. בסך הכול, התקבלו דיווחים על 189 מפגשים. באשדוד וברחובות התקבל דיווח חלקי בלבד. בבני ברק התקבלו דו"חות חלקיים מ-12 מתנדבים ועבור 14 קשישים, כאשר בממוצע נמסרו דו"חות עבור 5.3 מהמפגשים. ברחובות הדיווח מתבסס על 62 מפגשים. באשדוד בגלל העדר מילוי דוחות מסודר, הדיווח מתבסס על 45 מפגשים בלבד, כאשר לא התקבלו תשובות לרוב השאלות של הטופס. בבת ים, הדיווח מתבסס על 82 מפגשים שביצעו 8 מתנדבים ב-9 משפחות.

### אורך ואפיון המפגשים

באופן כללי, על פי דיווחם של המתנדבים, המפגשים ארכו בממוצע 92 דקות (טווח 225-30). מהשוואת משך המפגש בערים השונות, נמצא כי משך המפגשים באשדוד היה הארוך ביותר (106 דקות), כאשר הקצר ביותר היה בבני ברק (81 דקות) ( $p < 0.05$ ). בשליש מהמפגשים נכח מטפל זר, בשליש בן זוג וברוב המפגשים הקשיש היה במצב רוח טוב.

### לוח 18: אפיון המפגשים ע"י דיווח המתנדבים

אפיון	בני ברק	רחובות	אשדוד	בת ים	סך הכול
ממוצע אורך המפגש (בדקות)	81	83	106	94	92
<b>נוכחים</b>					
מטפל זר/מטפל מטעם ביטוח לאומי	31.8%	47.0%	18.0%	34.9%	36.4%
בן הזוג	25.8%	29.0%	29.0%	39.7%	32.0%
ילדים או קרובים אחרים	31.8%	14.5%	31.0%	12.7%	17.8%
עובדת סוציאלית	1.5%				0.9%
לא היו נוכחים חוץ ממתנדב וקשיש	7.6%	9.5%	22.0%	12.7%	12.9%
<b>אווירת המפגש</b>					
קשיש במצב רוח טוב	82.0%	53.0%	58.0%	76.0%	67.6%
אווירה שמחה ונעימה*	66.7%	66.7%		אין מידע	
אווירה רגועה*	20.0%	אין מידע	אין מידע	אין מידע	
אווירת דיכאון*	13.3%	22.0%	אין מידע	אין מידע	

\* בבת ים ואשדוד המתנדבים לא ענו על השאלות לגבי אווירת המפגש.

### תיאור המרכיבים בערכה בהם נעשה שימוש על ידי המתנדבים

לוח 19 מציג את משך הזמן (באחוזים) בו נעשה שימוש בכל אחד ממרכיבי הערכה לפעילות, בערים השונות.

באופן כללי, ניתן לראות שהמרכיבים בהם נעשה השימוש הרחב ביותר הם: כדור גומי, גומי אלסטי, שקיות מישוש, מקל גשם, קלפים ואלבום תמונות. פעילויות נוספות בהן התעסקו המתנדב והקשיש, אשר לא תוארו בחוברת ההפעלה של הערכה כללו: התעמלות, משחקים אחרים, שירה, ריקוד, קריאה, צפייה בטלוויזיה ובישול.

מהנתונים עולה שהשימוש הרחב ביותר בערכה בוצע בידי המתנדבים שפעלו בבת ים, אשר השתמשו בכל פגישה לפחות כמה דקות בפריטים שונים מהערכה. המתנדבים מרחובות השתמשו בערכה פחות מהמתנדבים בכל שאר הערים.

**לוח 19: אחוז הזמן בו נעשה שימוש במרכיבי הערכה**

מרכיב בערכה	בני ברק	רחובות	אשדוד	בת ים	סך הכול
חוברת טקסטים	14	8	26	18	24
כדור גומי	40	50	17	87	53
חוברת תצלומים	6	25	12	36	25
מקל גשם	8	34	12	28	28
בקבוקי ריח	26	17	12	26	18
שקית מישוש	34	49	15	53	43
בינגו	24	13	12	3	11
דפי יצירה	6	12	12	27	15
אלבום תמונות	24	18	32	21	22
קלפים	28	25	15	23	23
עפרונות צבעוניים	8	12	10	42	17
כרטיסיות למיון ושיום	2	9	7	7	8
כרטיסי ברכה	2	4	12	15	8
מדבקות	36	2	10	3	4
גומי אלסטי		44	14	53	39

**תיאור תהליך ההתערבות דרך התצפיות שביצעו החוקרים**

בכל אחת מהערים, עוזרי המחקר נכחו בשני מפגשים של מתנדב וקשיש. פעם אחת, אצל קשיש שציון המיני-מנטל שלו נמוך, ופעם אחת, אצל קשיש עם מיני-מנטל גבוה. להלן סיכום התצפיות.

**בבני ברק** – המפגש עם החולה בעלת המיני-מנטל הנמוך, התקיים בחדרה (הקשישה התגוררה עם משפחתה של בנה). הנכד של הקשישה השתתף בפגישה. המפגש החל בהתעמלות בעזרת כדור גומי ובעבודה עם כריות מישוש (2 פריטים מתוך הערכה). הקשישה התייחסה לפעילויות אלו באדישות. על כן, המתנדבת ניסתה להפעיל את הקשישה בעזרת דפי יצירה, אך החולה סירבה. המתנדבת פתחה לוטו עם סמלים יהודיים שהכינה מראש. החולה שיתפה פעולה ברצון רב.

בסך הכול המתנדבת השתמשה בערכה במשך כ-20 דקות. המתנדבת שרה עם הקשישה לסירוגין במהלך הפגישה. מצב הרוח של הקשישה היה טוב מאוד, ניתן היה לראות שהקשישה נהנתה מאוד.

לדעת הצופה, אווירת הפגישה הייתה נעימה מאוד, אם כי מידת המעורבות של הקשישה בפעילות הייתה מועטה והמפגש תרם לקשישה תרומה בינונית. הקשישה לא הראתה עניין רב, אם כי, חשוב לציין שמדובר בקשישה עם תפקוד קוגניטיבי ירוד ביותר.

המפגש עם הקשישה בעלת המיני-מנטל הגבוה, התקיים בבית הקשישה. עובדת זרה, הכלה והנכדה של הקשישה נכחו במפגש. הקשישה שמחה לראות את המתנדבת. המתנדבת התחילה את המפגש עם התעמלות בעזרת מקל גשם וגומייה אלסטית. היא גם שיחקה עם הקשישה כמה דקות במסירות בעזרת כריות מישוש. לאחר מכן המתנדבת עשתה לקשישה עיסוי ידיים תוך כדי שיחה עם הקשישה על קרוביה, אשר חיים בחוץ לארץ. כאשר העיסוי הסתיים, המתנדבת הוציאה את הקלפים מתוך הערכה ושיחקה במשחק הזיכרון עם הקשישה. לאחר מכן הן מיינו כרטיסים יחד.

חשוב לציין, שבני המשפחה עודדו את הקשישה להשתתף בכל הפעילויות וניסו לשפר את מצב רוחה. במהלך כל המפגש הקשישה הייתה במצב רוח טוב מאוד וחייכה. הצופה סיכם, שהאווירה של הפגישה הייתה נעימה מאוד ומידת המעורבות של הקשישה בפעילות הייתה רבה.

באשדוד – המפגש עם הקשישה בעלת המיני-מנטל הנמוך, התקיים בביתה של הקשישה. בעלה ובתה נכחו בפגישה. המפגש החל בשיחה על ההצלחות של נכדיה בצבא ובלמודים. לאחר מכן, השיחה גלשה לפוליטיקה. הקשישה החלה להתלונן על החיים שלה ועל הכאבים שיש לה. המתנדבת הצליחה להעביר את הנושא לדיון על תולדות המדינה. לקראת סוף הפגישה המתנדבת הפעילה את הקשישה בעזרת כדור גומי, עשתה לקשישה מסג' בידיים והתעמלות.

מצב רוחה של הקשישה היה טוב מאוד (מלבד כמה רגעים של עצב). הצופה ציין שהקשישה שמחה מאוד כשהמתנדבת הגיעה וביקשה מבעלה להגיש לה כוס תה.

בסך הכול, הערכה העסיקה את הקשישה במשך 25 דקות [5 דקות בכדור גומי ו-20 דקות פעילויות אשר תוארו במדריך למפעיל (מסג' ידיים, העלאת זיכרונות ועוד)].

לדעת הצופה, אווירת המפגש הייתה נעימה מאוד, מידת מעורבות הקשישה בפעילות הייתה גבוהה מאוד והמפגש תרם לקשישה תרומה משמעותית.

המפגש עם הקשישה בעלת המיני-מנטל הגבוה, התקיים בבית הקשישה. לא נכחו בני משפחה בפגישה. המתנדבת בנתה את המפגש ברובו, על השימוש בחוברת טקסטים מתוך הערכה. בסך-הכול, המתנדבת השתמשה בערכה כ-40 דקות. הקשישה הקריאה סיפורים קצרים מתוך החוברת ופתרה חידות על תולדות מדינת ישראל. הקשישה והמתנדבת שרו ביחד שירים שהיו בחוברת. לאחר סיום ההפעלה עם הערכה, המתנדבת הקריאה לקשישה שירה בצרפתית. לקראת סוף הפגישה, התפתחה שיחה על "הימים הטובים" של הקשישה ועל נושאים אקטואליים.



במהלך כל המפגש, הקשישה הייתה במצב רוח טוב מאוד, אך היו כמה רגעים של עצב. הצופה סיכם, שהאווירה בפגישה הייתה נעימה מאוד, מידת המעורבות של הקשישה בפעילות הייתה גבוהה מאוד, והמפגש תרם לקשישה תרומה משמעותית. המתנדבת הייתה מקצועית מאוד ואווירת הפגישה הייתה חמה וטבעית.

בבת ים – המפגש עם הקשישה בעלת המיני-מנטל הנמוך יותר, התקיים בחצר בית אבות. הרבה קשישים נכחו במקום ושאלו שאלות לגבי מעשיה של המתנדבת. המפגש החל בשיחה על קורות השבוע שחלף על המתנדבת והקשישה.

למרות שמצב רוחה של הקשישה לא היה כל כך טוב, הצופה ציין, שהקשישה בסך הכול שמחה כשהמתנדבת הגיעה לפעילות. המתנדבת ניסתה לעורר את עניינה של הקשישה ולהזרים אליה קצת אנרגיה, בדרך עדינה ונעימה.

בתחילה הקשישה סירבה להשתמש בחפצים של הערכה וביקשה לצאת החוצה. אחרי שהן יצאו החוצה, הקשישה הסכימה להשתתף בפעילות שהמתנדבת הציעה לה.

המתנדבת עשתה שימוש נרחב בערכה – היא השתמשה בכדור גומי, מקל גשם, בקבוקי ריח, כריות מישוש וגומייה אלסטית. בסך הכול, הערכה העסיקה את הקשישה במשך 70 דקות. אך, בחלק מזמן ההפעלה ניתן היה לראות שהקשישה עצובה ולעתים אף היה לה מבט אדיש ועצוב במקצת.

על פי סיכומו של הצופה, האווירה של הפגישה הייתה נעימה, אם כי, מידת המעורבות של הקשישה בפעילות הייתה מועטה ולדעת עוזר המחקר המפגש תרם לקשישה תרומה בינונית בלבד.

במפגש עם הקשישה בעלת המיני-מנטל הגבוה יותר, המתנדבת לא השתמשה בערכה כלל. בשיחה מאוחרת עם המתנדבת, היא הסבירה כי הקשישה מסרבת להשתמש בערכה. במקום זאת, המתנדבת ניהלה שיחה עם הקשישה לאורך כל המפגש. השיחה התרכזה בנושאים יום-יומיים של שתי הנשים, בפוליטיקה וכו'. המתנדבת גם השתמשה בהעלאת זיכרונות. הקשישה הייתה במצב רוח מרומם והתענינה מאוד בשיחה. היא חיכה מדי פעם ושמחה גם לראות את השכנים שבאו לדרוש בשלומה. במהלך השיחה הקשישה ישבה זקוף והסתכלה בעיני המתנדבת, אם כי, רמת הריכוז של הקשישה במתרחש היה חלקי.

על פי סיכומי הצופה, האווירה במפגש הייתה חמה וידידותית. הקשישה שמחה לראות את המתנדבת, גילתה מעורבות רבה במפגש ועשתה רושם שהיא הבינה טוב מאוד את הסיטואציה שהיא הייתה בה. לדעת הצופה, המתנדבת בצעה עבודה מקצועית מאוד והפגישה תרמה רבות לקשישה.

## הערכת ההתערבות ע"י המטפלים והערכת הפרויקט לאורך זמן

### הערכת ההתערבות ע"י המטפלים

מיידי לאחר סיום 10 הפגישות בין המתנדבים לקשישים, המטפלים התבקשו להעריך את הפרויקט על ידי ביצוע הערכה לערכה ולמתנדב.

### הערכת הערכה

הממצאים מתוארים בלוח 20.

לוח 20: הערכת ערכת הפעילות ע"י המטפלים (אחוזים)

השפעה	בני ברק	רחובות	אשדוד	בת ים	סך הכול
<b>תרומה לקשיש</b>					
שיפור מצב רוח של הקשישים	54.5	58.7	55.5	50.0	63.5
עזרה בפיתוח ושימור מיומנויות ויכולות שנפגעו בגלל המחלה	30.0	21.4	37.5%	37.5	30.0
פיתוח הקשר בין המטפל לקשיש	9.0	10.0	12.5	12.5	11.0
תרומה לתחושת הרוגע	42.0	41.0	12.5	75.0	58.0
העסקת הקשיש במידה בינונית עד רבה	68.0	53.0	25.0	50.0	60.0
<b>תרומה למטפל</b>					
פיתוח אינטראקציה בין הקשיש למטפל	36.4	10.2	12.5	12.5	20.0
הורדת עומס בטיפול	45.5	36.3	0.0	0.0	28.3
הבנה טובה יותר של רצונות הקשישים	27.0	35.0	0.0	0.0	15.9
<b>כללי</b>					
אחוז המטפלים שהיו מעוניינים לרכוש את הערכה מכספם	40.0	28.0	28.6	12.5	35.7

רוב המטפלים בפרויקט (63.5%) דיווחו שהשימוש בערכה ע"י המתנדב שיפר את מצב רוחם של הקשישים במידה בינונית עד רבה ו-30% ציינו שהערכה גם עזרה לפתח מיומנויות ויכולות שנפגעו בגלל המחלה. יחד עם זאת, רק 11% מהמטפלים דיווחו שהערכה עזרה בפיתוח הקשר בינם לבין הקשישים. קצת מעל מחצית המטפלים (58%) דיווחו על התרומה של השימוש בערכה

לתחושת הרוגע של הקשיש. לגבי מידת העסקתם של הקשישים ע"י הערכה, 60% ענו שהערכה העסיקה את הקשיש במידה בינונית עד רבה.

לגבי התרומה של הערכה עבור המטפלים עצמם, 20% דיווחו שהערכה עזרה לאינטראקציה בין הקשיש למטפל במידה בינונית עד רבה, 28.3% דיווחו על הקלה בעומס הטיפול כתוצאה משימוש בערכה ו-15.9% דיווחו שבעקבות השימוש בערכה, למדו להבין טוב יותר את הרצונות והצרכים של הקשישים. אם כי, רק מעל שליש (35.7%) מהמטפלים דיווחו שיהיו מעוניינים לרכוש את הערכה בכספם במידה בינונית עד רבה, רובם (76.3%) ציינו שהיו משתמשים בערכה, אם היא הייתה ברשותם בבית ו-46.8% היו משתמשים בה כמה פעמים בשבוע ויותר.

#### הערכת המתנדבים

הממצאים מוצגים בלוח 21.

#### **לוח 21: הערכת המתנדבים ע"י המטפלים (אחוזים)**

השפעה	בני ברק	רחובות	אשדוד	בת ים	סך הכול
פיתוח הקשר בין המטפל לקשיש	45.5	27.9	60.0	50.0	42.6
הורדת עומס בטיפול	27.3	44.4	20.0	25.0	31.8
עזרה בפיתוח ושימור מיומנויות ויכולות הקשיש שנפגעו בגלל המחלה	27.3	37.8	30.0	37.5	29.7
מתן יותר זמן פנוי	45.5%	33.4	40.0	12.5	31.9
שיפור מצב רוח	45.5	66.6	70.0	62.5	61.8

בכלל הפרויקט, 42.6% מהמטפלים דיווחו שהמתנדב עזר להם במידה בינונית עד רבה ביצירת קשר עם הקשיש, 31.8% דיווחו כי המתנדב עזר בהורדת העומס בטיפול, ו-29.7% בפיתוח ובשימור מיומנויות שנפגעו בגלל המחלה. כשליש מהמטפלים (31.9%) דיווחו שכניסת המתנדב נתנה להם יותר זמן פנוי מטיפול בקשיש ו-61.8% ששיפרה את מצב רוחם.

#### **הערכת הפרויקט לאורך זמן**

היות ומטרתו הסופית של הפרויקט הייתה, שיפור איכות החיים של הקשיש ומשפחתו לאורך זמן, נבחנה השפעת הפרויקט לאחר תקופה מסוימת.

בכל הפרויקט רואיינו 60 מטפלים ריאיון שני לאחר תום הפרויקט (מתוך 69 מטפלים שסיימו את המחקר). שאר המטפלים סירבו להתראיין שנית. הריאיון נעשה לאחר 2 עד 48 שבועות מתום הפרויקט כדי לבחון את השפעת הפרויקט לאורך זמן.

בהשוואה בין הערים, נמצא כי בבת ים היה האחוז הגבוה ביותר של המטפלים אשר השתמשו ברעיונות ובשיטות שקיבלו מהמתנדב (86%) והנמוך ביותר ברחובות (31.8) ( $p < .05$ ).

להלן תיאור הממצאים בערים השונות.

**בבני ברק** – ההערכה השנייה התבצעה על 16 קשישים ומטפלים, לאחר 30 עד 40 שבועות מתום הפרויקט. נמצא כי 50% מהמטפלים נעזרים ברעיונות ובמיומנויות אשר רכשו במהלך הפרויקט (בעיקר רעיונות להפעלת הקשיש). אלה אשר דיווחו כי אינם נעזרים ברעיונות הפרויקט, הסבירו זאת בכך שמצב החולה הידרדר מאוד ועל כן אין באפשרותם להפעיל אותו.

מלבד שני מטפלים אשר דיווחו כי הם מצויים בקשר עם המתנדבת (אחד מהם מעסיק אותה בשכר), כל שאר המטפלים לא התראו עימה מאז תום הפרויקט. חלק מהמטפלים סיפרו כי ביקשו ממנה להוסיף ולהגיע, אולם היא סירבה משום שהחלה להתנדב אצל משפחה אחרת ולא היה לה זמן פנוי.

ארבעה מטפלים (25%) ציינו כי הקשיש כלל לא הפיק תועלת מהפרויקט (בשל מצבו הקוגניטיבי ו/או חוסר שיתוף פעולה מצידו). שאר המטפלים ציינו כי התרומה העיקרית של הפרויקט לקשיש הייתה בהפעלתו, העסקתו ובעצירת הידרדרות המחלה. חלק מן המטפלים הדגישו כי התרומה העיקרית לקשיש הייתה דווקא הקשר החברי שנוצר בינו לבין המתנדב.

המטפלים דיווחו כי תרומתו העיקרית של הפרויקט עבורם הייתה בכך שהם ראו שהקשיש נהנה וכן למדו כיצד להפעילו. מטפלים אחדים ציינו את ההורדה בעומס הטיפול. שניים ציינו כי לא הפיקו תועלת כלל מהפרויקט. כל המטפלים מלבד שניים, זוכרים באופן כללי מה הכילה הערכה ויודעים למנות פריטים שהכילה. כל המטפלים ציינו שהיו ממליצים לאנשים במצבם להצטרף לפרויקט, כאשר הסיבות שציינו לכך הן שהפרויקט עוזר למנוע את הידרדרות המחלה, מספק תעסוקה ועניין לקשיש, נותן תמיכה למשפחה, ומעניק רעיונות להפעלת החולה.

הערותיהם של המטפלים לגבי הפרויקט היו חיוביות ברובן (הפרויקט תרם מאוד, הקשישה נהנתה, מנע הידרדרות והחמרת המצב, המתנדבות היו מקסימות ומלאות סבלנות וכד'). חלק העירו על כך שזמן הפרויקט קצר מדי ויש להאריכו, מטפל אחד ציין שיש להרחיב את ההפעלות בערכה, וחלק מהמטפלים העירו שיש לבחון את מצב הקשיש לפני תחילת הפרויקט – כך שמצבו הקוגניטיבי יהיה כזה שהקשיש יוכל להפיק מספיק תועלת ולשתף פעולה במהלך הפרויקט.

**ברחובות** – 22 מטפלים שסיימו את הפרויקט רואיינו לאחר 8 עד 48 שבועות מתום הפרויקט, כדי לבחון את השפעת הפרויקט לאורך זמן.

נמצא כי 31.8% מהמטפלים נעזרים ברעיונות ובמיומנויות אשר רכשו במהלך הפרויקט (בעיקר רעיונות להפעלת הקשיש). קרוב לרבע (22.7%) מאלה אשר דיווחו כי אינם נעזרים בפרויקט, הסבירו זאת בכך שמצב החולה הדרדר מאוד, על כן אין באפשרותם להפעילו ו-45.5% ציינו כסיבה את העדר הזמן והיכולת.

מלבד שלושה מטפלים אשר דיווחו כי הם מצויים בקשר רציף עם המתנדבת, כל שאר המטפלים לא התראו עימה מאז תום הפרויקט, אך 23% מהמטפלים דיווחו שמדי פעם נוצר קשר טלפוני. מטפל אחד סיפר כי ביקש מהמתנדבת להוסיף ולהגיע, אולם, היא סירבה משום שלא היה לה זמן פנוי.

חמישה מן המטפלים (21.7%) ציינו כי הקשיש כלל לא הפיק תועלת מהפרויקט (בשל מצבו הקוגניטיבי ו/או חוסר שיתוף פעולה מצידו). 39.1% מהמטפלים ציינו כי התרומה העיקרית של הפרויקט לקשיש היא בחברות שנרקמה בין הקשיש למתנדב. 26.1% מהמטפלים דיווחו כי התרומה העיקרית לקשיש הייתה בהגברת הערנות והתפקוד שלו. רק מטפלים אחדים ציינו שהפרויקט עזר בשיפור מצב הרוח ואיכות החיים של הקשיש.

ארבעה מטפלים דיווחו שכלל לא הפיקו תועלת מהפרויקט, 30.7% ציינו הקלה בעומס הטיפול כתרומה העיקרית, 39.1% הזכירו שיפור במצב הרוח של הקשיש כתרומה. מטפלים בודדים דיווחו שהתרומה העיקרית עבורם הייתה שיפור הקשר עם הקשיש, יצירת מודעות למחלה ורעיונות להפעלות. כל המטפלים מלבד 5, זוכרים באופן כללי מה הכילה הערכה ויודעים למנות פריטים ממנה.

כל המטפלים ציינו שהיו ממליצים לאנשים במצבם להצטרף לפרויקט. הסיבות שציינו לכך הן שהפרויקט שיפר את מצב הרוח של הקשיש (30.4%), עזר למנוע את הידרדרות המחלה (17.4%), הקל על העומס בטיפול וסיפק תעסוקה ועניין לקשיש (17.4%). 13% מהמטפלים ציינו שהפרויקט יהיה אפקטיבי רק אם ייווצר קשר טוב ושפה משותפת עם המתנדב (רקע דומה, תחביבים דומים ועוד). מטפלים בודדים המליצו על הפרויקט כמקור לרעיונות להפעלות וכמשפר את הקשר עם הקשיש.

הערותיהם של המטפלים לגבי הפרויקט היו חיוביות ברובן (הפרויקט תרם מאוד, הקשישה נהנתה, מנע הידרדרות והחמרת המצב, המתנדבות היו מקסימות ומלאות סבלנות ועוד), חלק העירו על כך שזמן הפרויקט קצר מדי ויש להאריכו (21.4%), 14.3% ביקשו להתאים את הפרויקט לקשישים בשלבים התחלתיים של המחלה, וחלק מהמטפלים העירו שיש לבחון את מצב הקשיש לפני תחילת הפרויקט – כך שמצבו הקוגניטיבי יהיה כזה שיוכל להפיק מספיק תועלת ולשתף פעולה במהלך הפרויקט.

**באשדוד** – רואיינו 14 מטפלים לאחר 8 עד 12 שבועות מתום הפרויקט כדי לבחון את השפעת הפרויקט לאורך זמן. רוב (57%) מהמטפלים במשפחות ממשיכים בפעילות שעשו המתנדבים, אם כי רק 14.3% מהמטפלים מחקים בדיוק את הפעולות שעשה המתנדב.

יותר ממחצית (57%) מהמשפחות שמרו על קשר עם המתנדב לאחר 10 פגישות. רובם המכריע (77%) ציינו שהקשיש הפיק תרומה משמעותית מהפרויקט. התרומה העיקרית הייתה שיפור מצב הרוח של הקשיש ופיתוח מערכת חברית בין הקשיש למתנדב.

רוב המטפלים (79%) ציינו שהפיקו תרומה משמעותית מהפרויקט, כאשר הם הגדירו את התרומה העיקרית עבורם כתרומה אשר הביאה להורדת עומס הטיפול. 71% מהמטפלים זכרו לפחות 2 חפצים מתוך הערכה.

כל המטפלים היו ממליצים על הפרויקט למשפחות במצב דומה בעיקר כדרך אשר תשפר את אורח החיים ומצב רוחם של הקשישים.

**בבת ים** – רואיינו 7 מטפלים (מתוך 12 מטפלים שסיימו את המחקר), השאר סירבו להתראיין. הריאיון בוצע לאחר 5 עד 10 שבועות מתום הפרויקט, כדי לבחון את השפעת הפרויקט לאורך זמן. 85% מהמטפלים במשפחות ממשיכים בפעילות שבצעו המתנדבים. 29% מהמשפחות מחקות בדיוק את הפעולות שבצע המתנדב. 43% מהמשפחות שמרו על הקשר עם המתנדב לאחר 10 פגישות. 86% ציינו שהפרויקט תרם תרומה משמעותית לקשיש, כאשר התרומה העיקרית לקשיש לדעתם של המטפלים הייתה שיפור מצב רוחו (57%).

86% מהמטפלים ענו שהם עצמם הפיקו תרומה משמעותית מהפרויקט. 57% המטפלים ציינו שפעילות המתנדב הורידה מהם במידה מסוימת את עומס הטיפול ופינתה להם קצת זמן לעצמם. השאר דיווחו על שיפור במצב הרוח בעקבות הפרויקט. כל המטפלים חוץ מאחד נזכרו בחפץ אחד לפחות מתוך הערכה. בממוצע הם נזכרו ב-3 חפצים מתוך הערכה.

כל המטפלים היו ממליצים על הפרויקט למשפחות במצב דומה, בעיקר כאפשרות לשפר את אורח החיים ומצב רוחם של הקשישים.

## דיון ומסקנות

מחלת האלצהיימר והדמנציות האחרות גובות מחיר חברתי ואישי גבוה מהחולים, בני המשפחה המטפלים בהם והחברה כולה. בהיותה מחלה פרוגרסיבית ובלתי הפיכה, מחלת האלצהיימר מאופיינת בכך שעם הזמן החולה מאבד יכולות ומיומנויות קוגניטיביות ופיסיות, עד שבשלב האחרון איננו מסוגל לבצע בעצמו את הפעילויות הבסיסיות של חיי היומיום והופך לתלוי בעזרת הזולת. על כן, יש צורך דחוף בפיתוח תוכניות אשר יאפשרו לשמר את יכולות החולה לתקופה ארוכה יותר, יעקבו את הופעתם של סממני השלב הבא וישמרו את עצמאותו הפיזית, החברתית והמחשבתית של החולה לזמן ארוך יותר. דוגמה לתוכנית כזו הינה תוכנית "פיתוח ערכת פעילות לבריאות להפעלת החולה הדמנטי בביתו". כיוון שרוב החולים במחלת אלצהיימר חיים בקהילה, מטרתו העיקרית של הפרויקט הייתה לשמר את יכולתם של חולי האלצהיימר הגרים בביתם ומטופלים על ידי בני משפחתם.

תוכניות המבוססות על הפעלת החולה (recreational activities) זוהו כבעלות תרומה חשובה לשימור איכות החיים של קשישים תשושים בכלל (Jones, Skoane & Alexander, 1992), ושל קשישים דמנטיים בפרט (Hamilton-Smith, Hooker & Jones, 1992). יחד עם זאת, רוב התוכניות הללו פותחו במסגרות מוסדיות ומועברות על ידי אנשי מקצוע, אך הן חסרות מסגרת הוליסטית המשלבת פעילויות וגירויים שונים. ייחודו של פרויקט פעילות לבריאות היא אכן בכך, שהיא מכשירה מתנדבים (חסרי ניסיון קודם בתחום) בהפעלת קשישים דמנטיים המתגוררים בקהילה תוך מטרה להכשיר באמצעות המתנדבים את המטפלים העיקריים (קרי בני המשפחה) של החולים להפעילם.

בפרק זה נדון בתוצאותיו העיקריות של הפרויקט, תוך התייחסות לנקודות אשר יש לנקוט לשם שיפור הפרויקט והבטחת הצלחתו בתום השלב הניסיוני. הדיון יתייחס לאספקטים הבאים:

1. גיוס ומיון המשתתפים;
2. גיוס ומיון המתנדבים;
3. השפעת הפרויקט על המתנדבים;
4. השפעת הפרויקט על הקשישים;
5. השפעת הפרויקט על המטפלים.

### גיוס ומיון המשתתפים

זיהוי, גיוס ומיון המשתתפים הוא שלב מרכזי בהצלחתו של כל פרויקט. בשלבים המוקדמים של הפרויקט בעיר הראשונה (בני ברק) התברר למפעילי ומעריכי הפרויקט שיש לבחור להשתתפות בפרויקט חולים הנמצאים בשלבים הראשונים והבינוניים של המחלה בלבד. אם כי, אין ספק שניתן לשפר את איכות חייו של החולה הדמנטי בשלביה המתקדמים של המחלה וכן לשמור על

כבודו כאדם, מטרת הפרויקט (כפי שהוגדרה בתחילתו) לשמר את היכולות הקיימות, תושג רק עם חולים הנמצאים בשלביה הלא מאוחרים של המחלה. הניסיון להפעיל חולה מתקדם, עשוי להוביל את המטפל לתסכולים רבים ואף לרוגז. אכן, כל המטפלים שרואיינו שנית עם תום הפרויקט ואשר דיווחו שאינם ממשיכים בפעילויות שלמדו במסגרת הפרויקט, הסבירו שהסיבה לכך היא ההידרדרות שחלה במצבו הקוגניטיבי של החולה.

בדומה לתוכניות בחוץ לארץ (Neumayer, Gattuso, Saw & Jelinek, 2005), תהליך גיוס ומיון המשפחות להשתתפות בפרויקט היה קשה. על כן, מומלץ לפתח קריטריונים ברורים ומובנים אשר ינחו את מרכז הפרויקט בבחירת המשתתפים, ולפתח חומר קריא וברור למשתתפים הפוטנציאליים, בו תוסבר מטרת הפרויקט והמחויבות שלהם.

### **גיוס ומיון המתנדבים**

חוליה מרכזית נוספת בהצלחת הפרויקט הם המתנדבים. גם בסוגיה זו, התברר בשלבים הראשונים של הפרויקט, שיש לפתח חוזה מפורש עם המתנדבים, בו מוסברות חובותיהם וזכויותיהם, מידת מעורבותם ועוד.

אם כי בדרך כלל המתנדבים בצעו מלאכתם תוך הקרבה אישית, אכפתיות ואהבה רבה, היו מקרים בהם רמת המחויבות שלהם הייתה מתחת למצופה. לדוגמא, בבת ים חלק ניכר מהמתנדבים פרשו מהפרויקט עם סיום קורס ההכשרה עוד בטרם שובצו בבתי הקשישים החולים. למרות שניסוח חוזה מפורש וברור עשוי להקטין מצבים אלו, הצלחת הפעלת המתנדבים מבוססת על תהליך גיוס ומיון ממוקד ומעמיק.

### **השפעת הפרויקט על המתנדבים**

באופן כללי, המתנדבים קבלו תרומה רבה מהשתתפותם בפרויקט. קורס ההכשרה הוערך על ידם כתורם להם רבות והם הדגישו במיוחד את האווירה הנעימה והנינוחה ששררה בקורס. אם כי, השיפור בידע שרכשו לא היה מובהק מבחינה סטטיסטית בכל הפריטים שנבדקו, ניתן לראות שרמת הידע הכללית של המתנדבים עלתה לאחר השתתפותם בקורס.

יחד עם זאת, מידה מסוימת של הססנות השתקפה בדיווחים שלהם בנוגע להרגשת מוכנותם לצאת לעבודה בשטח. יתכן, ויש להוסיף במסגרת הקורס מפגשים עם חולי דמנציה, בהם המתנדבים יוכלו להתנסות בעצמם (תחת העיניים המקצועיות של המנחות הארציות) בתקשורת עם חולה דמנציה ואף ללוות את המתנדבים ולתמוך בהם באופן צמוד יותר במפגשיהם הראשונים עם החולים.

המתנדבים הפגינו מידה רבה של יצירתיות, דמיון ויוזמה בעבודתם עם החולים. אחת מהצלחותיו של הפרויקט היא בכך שהמתנדבים למדו לספוג ולהפנים את עקרונות ההפעלה שרכשו בקורס ואף יותר מכך, ידעו לאלתר וליזום פעילויות בהתאם לתקשורת שנוצרה עם



החולה בכל מפגש ומפגש. תוכניות להפעלת חולים דמנטיים על ידי אנשי מקצוע מדגישים את הצורך בפיתוח תוכנית גמישה, חצי מובנית, המותאמת לצרכיהם של החולים (Garrat & Hamilton-Smith, 1995). תוכנית כזו בוצעה בידי המתנדבים אשר נטלו חלק בפרויקט הנידון. כמו כן, כפי שמוזכר בספרות (Neumayer, Gattuso, Saw & Jelinek, 2005), המתנדבים לא הסתפקו בתפקידם הפורמאלי – להפעיל את החולים, אלא הפכו לידידיהם.

### **השפעת הפרויקט על הקשישים**

הערכת השפעת תוכניות התערבות על רווחתם של קשישים דמנטיים, ועל איכות חייהם הינה מטלה קשה ועדינה (McKee et al., 2002; Schneider, 2001). ראשית, אין כלים מספיק רגישים המסוגלים לתפוס את השינויים הקטנים החלים בחולים כתוצאה מההתערבות. על כן, בהערכת פרויקט הפעילות לבריאות נקטנו בערוב של שיטות, כולל שיטות מובנות המבוססות על ריאיון הקשישים עצמם, תצפיות ודיווחים בידי מקורות אחרים (מתנדבים ומטפלים).

### הערכות על בסיס ראיונות הקשישים עצמם

בדומה למחקרים אחרים (Politis et al., 2004), ההערכות המובנות לא הראו שיפור ברמות האפטיה, הדיכאון, החרדה או איכות החיים של הקשישים לפני ואחרי ההתערבות.

לממצא זה מספר הסברים. ראשית, כפי שהוזכר לעיל, הרגישות הנמוכה יחסית של הכלים המובנים. שנית, העובדה שההערכות בוצעו לפני ואחרי כל 10 הפעמים בהם הופעלה ההתערבות, הביאה לכך שלעתים חלפו אף 4 חודשים בין שני מועדי ההערכה. כל המחקרים המראים שיפור במצבם של קשישים דמנטיים אחרי השתתפות בתוכניות פעילות, ביצעו את ההערכות לפני ואחרי כל מפגש התערבות ולא אחרי כל תקופת הפרויקט. בתקופה של מספר חודשים, מצבו הקוגניטיבי והרגשי של הקשיש עלול היה להידרדר באופן אובייקטיבי, דבר אשר מנע מאיתנו לתפוס את השפעת התוכנית בכל מפגש. אכן, ההערכות על בסיס התצפיות ודיווחי המתנדבים והמטפלים מציגים תמונה שונה.

### הערכה באמצעות תצפיות

התצפיות שביצעו עוזרי המחקר מראות מספר ממצאים מעניינים. ראשית, ניתן לראות שבאופן כללי הקשישים הגיבו בצורה חיובית ביותר לביקור המתנדב. הם קבלו את המתנדב בשמחה, ולרוב שיתפו עמו פעולה. שנית, השפעת התוכנית הייתה ברורה ומורגשת במידה רבה יותר בקרב קשישים עם רמה קוגניטיבית גבוהה יותר. נקודה זו מחזקת את המסקנה שקבענו קודם בנוגע להגדרה מדויקת של אוכלוסיית המשתתפים הפוטנציאליים ולהמלצה שתוכנית ההתערבות מתאימה יותר לקשישים בשלבים ההתחלתיים או הבינוניים של המחלה.

עוד עלה מהתצפיות שהמתנדבים גם עשו שימוש רב בפריטים הכלולים בערכה ובחוברת המלווה אותה, אך גם כפי שנאמר, ידעו ליזום פעילויות בעצמם בהתאם למצב הקשיש.

#### הערכה על ידי המטפלים והמתנדבים

הן המתנדבים והן המטפלים העריכו שהתוכנית תרמה לקשישים, אם כי, רק מיעוט הזכיר את שמירת היכולות של החולה כתרומתה של התוכנית. שביעות רצונם של המטפלים מהתוכנית משתקפת בעובדה שרובם המכריע דיווח שהיה ממליץ למשפחות אחרות להשתתף בתוכנית ובעובדה שרובם דיווחו שהם ממשיכים להפעיל את הקשיש בהתאם לנלמד בפרויקט.

#### **השפעת התוכנית על המטפלים**

התרומה העיקרית של הפרויקט עבור המטפלים הייתה הורדת העומס המוטל עליהם כתוצאה מהטיפול ביקריהם.

#### הבדלים בין הערים

לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין הערים השונות אשר נטלו חלק בפרויקט. יחד עם זאת, כאשר נמצאו הבדלים כאלה נמצא גם שהתוצאות הפחות משביעות רצון נרשמו בבת ים. יתכן שממצא זה הוא תוצאת האילוצים הארגוניים שהתרחשו בעיר. לא ניתן די זמן למארגני ומבצעי התוכנית בעיר זו להתארגן לקראת הכנסת התוכנית. כמו-כן, החלפת כוח אדם מרכזי בפרויקט בעיר זו לא תרמה לטובת הפרויקט.

#### **סיכום**

הערכת התוכנית "פיתוח ערכת פעילות לבריאות להפעלת החולה הדמנטי בביתו" מעידה כי התוכנית השיגה את מטרתיה. כל המעורבים בפרויקט הפיקו תרומה והיו שבעי רצון במידה ניכרת. יחד עם זאת, יש מספר מגבלות שיש לציין:

- התוכנית מתאימה בעיקר לחולים בשלבים ראשונים או בינוניים של המחלה
- יש לדאוג למחויבות מצד המתנדבים
- יש להרחיב את האספקטים החווייתיים ואת ההתנסות בקורס ההכשרה למתנדבים
- אין לסמוך על קיום פרויקט כזה אם המטפלים יאלצו לרכוש את הערכה בעצמם
- מומלץ לפתח הדרכה והכשרה קצרה גם למטפלים
- התוכנית תצליח אך ורק בהדרכה ובפיקוח סמוך של נותן השרות.

## ביבליוגרפיה

- Beeri, M., Werner, P., Davidson, M., & Noy, S. (2002). The cost of behavioral and psychological symptoms of dementia in community-dwelling Alzheimer's patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 403-408.
- Connell, C.M., Janevic, M.R., & Gallant, M.P. (2001). The costs of caring: impact of dementia on family caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(4), 179-187.
- Fortinsky, R. (2002). Measurement and correlates of family caregiver self-efficacy for managing dementia. *Aging and Mental Health*, 6(2):153 – 160.
- Garratt, S., & Hamilton-Smith, E. (1995). *Rethinking dementia*. Melbourne: Ausmed Publications.
- Hamilton-Smith, E., Hooker, D., & Jones, M. (1992). Granny is a bit strange: the medicalisation of dementia. *Occasional Paper No 2, Leisure and Aging* Wellness Unit, Royal Melbourne Institute of Aging, Melbourne.
- Jones, D., Sloane, P.P., & Alexander, L. (1992). Quality of life: a practical approach. In V. Minichiello, L., Alexander, & D. Jones (Eds.). *Gerontology: A multidisciplinary approach*. (pp 224-265). Melbourne: Prentice Hall.
- Liefer, B.P. (2003). Early diagnosis of Alzheimer's disease: clinical and economic benefits. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(5 Suppl.), S281-S288.
- Logsdon, R.G., Gibbons, L.E., McCurry, S.M. & Teri, L. (2002). Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 510 – 519.
- McKee, K.J., Houston, D.M., Daine, M., Barnes, S. (2002). Methods for assessing quality of life and well-being in frail older people. *Psychology & Health*, 17(6), 737-751.
- Meumayer, R., Gattuso, S., Saw, C., & Jelinek, H. (1998). Programming home-based activities for people with dementia: benefits and constraints. *Journal of Leisurability*, 25(4),
- Moss, M.S., Lawton, M.P., Kelban, M.H., & Duhamel, L. (1996). Time use of caregivers of impaired elders before and after institutionalization. *Journal of Gerontology*, 48(3), S102-S111.
- Murman, D.L., Colenda, C.C. (2005). The economic impact of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: can drugs ease the burden? *Pharmacoeconomics*, 23(3), 227-242.

- Neumayer, R., Gattuso, S., Saw, C. & Jelinek, J. (1998). Programming home-based activities for people with dementia: Benefits and constraints. *Journal of Leisureability*, 25(4).
- Pearlin, L.I., Mulan, J.T., Semple, S.J., & Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, 583-594.
- Politis, A.M., Vozzella, S., Mayer, L.S., Onyike, C.U., Baker, A.S., & Lyketsos, C.G. (2004). A randomized, controlled, clinical trial of activity for apathy in patients with dementia residing in long-term care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(11), 1087-1094.
- Ruskin, P.E., Blumstein, Z., Walter-Ginzburg, A., Fuchs, Z. et al., Depressive symptoms among community-dwelling oldest-old residents in Israel. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 4(3), 208-217.
- Schneider, L.S. (2001). Assessing outcomes in Alzheimer's disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 15 (Suppl), S8-S18.
- Schreiner, A.S., Yamamoto, E., & Shiotani, H. (2005). Positive affect among nursing home residents with Alzheimer's dementia: The effect of recreational activity. *Aging and Mental Health*, 9(2), 129-134.
- Seifert, L.S., & Baker, M.K. (2002). Art and Alzheimer-type dementia: A longitudinal study. *Clinical Gerontologist*, 26(1-2), 3-15.
- Sinoff, G., Ore, L., Ztotogorsky, D., & Tamir, A. (1999). Short anxiety test: a brief instrument for detecting anxiety in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(12), 1062-1071.
- Teri,., & Logsdon, R.G. (1991). Identifying pleasant activities for Alzheimer's disease patients: The Pleasant Events Schedule-AD. *Gerontologist*, 31(1), 124-127.
- Tucker, M.A., Oyle, S.J., Dawson, J.G., & Eilenberg, M.O. (1987). Validation of a brief screening for depression in the elderly. *Age and Aging*, 1, 134-144.
- Wancata, J., Musalek, M., Alexandrowicz, R., & Krautgartner, M. (2003). Number of Dementia sufferers in Europe between the years 2000 and 2050. *European Psychiatry*, 18, 306-313.
- Werner, P., Heinik, J., & Mendel, A. (1999). Examining the reliability and validity of the Hebrew version of the MiniMental State Examination. *Aging: Clinical and Experimental Research*, 11(5), 329-334.
- Wilkinson, D. (2005). Is there a double standard when it come to dementia care?

*International Journal of Clinical Practice*, 146, 3-7.

Wimo, A., Winblad, B., & Grafstrom, M. (1999). The social consequences for families with Alzheimer's disease patients: potential impact of new drug treatment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(5), 338-347.

Zang, Z.X., Zahner, G.E., Roman, G.C., Liu, J. et al., (2005). Dementia subtypes in China: Prevalence in Beijing, Xian, and Chengdu. *Archives of Neurology*, 62(3), 447-453.

Zarit, S.H., Reever, K.E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relative of impaired elderly: Correlates of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-655.

# נספח



## קריטריונים להתאמת החולה להשתתפות בפרויקט

### שפה

- קיום שפה משותפת בין המתנדב לחולה. חשוב שהמטפל העיקרי יהיה שותף לשפה משותפת זו. המסגרת המחקרית מחייבת שכל עוד מתקיים המחקר המלווה את הפרויקט מטעם אוניברסיטת חיפה, תהיה תקשורת בעברית.

### דמנציה וקוגניציה

- הירידה הקוגניטיבית תהיה ברמה קלה עד בינונית. עם זאת, גם כאשר האבחנה הרפואית מגדירה את הבלבול כקשה, ניתן לשתף את החולה בפרויקט בתנאים מסוימים אשר יפורטו להלן על דרך החיוב ועל דרך השלילה.

### ◆ על דרך החיוב:

החולה יתאים כאשר קיימות חלק מן היכולות הבאות:

- מצליח ברוב המקרים לקשור מילים לכדי משפטים בעלי משמעות.
- מזכיר אירועים שחוה (בעבר הרחוק), שיש בהם עלילה.
- מגיב באופן רלוונטי להוראות פשוטות.
- מצליח לבצע בשלבים מטלה פשוטה בעזרת הוראות פשוטות והדגמות הניתנות מספר פעמים. לדוגמה: חידוד עיפרון, הנחת חפץ במקום אחר, קיפול נייר, ציור צורה בעלת משמעות.
- בחלק מן הזמן מסוגל להתמצא במקום, בזמן ובאנשים. מצליח להבין כאשר מסייעים ומזכירים לו את הדברים האלה.

### ◆ על דרך השלילה:

החולה לא יתאים כאשר קיימות המגבלות הבאות:

- מתקשה מאוד בהבנת אירועים ובפירושם.
- אוצר המילים שלו מוגבל מאוד.
- אומר רוב הזמן דברים נטולי הגיון.
- מגיב למוסיקה, מגע או קשר עין אבל אינו מסוגל להגיד או להבין מילים.

## מצב בריאותי כללי

- החולה לא יתאים אם הירידה במצבו הבריאותי תתבטא בחוסר יכולת לשבת ולהחזיק את הראש זקוף.



## **ביצוע פעולות יומיומיות**

החולה יתאים אם קיימות אצלו היכולות הבאות:

- מגלה עניין ורצון לעשייה נורמאלית פשוטה. לדוגמה: ניקוי, הרמת חפץ, ניסיון להשיג דבר מה.
- בעל יכולת חלקית, לפחות, בביצוע פעולות יומיומיות כגון אכילה ולבישת בגדים. (לרמת התפקוד בתחומי הניידות והשליטה בסוגרים אין כל השפעה על קביעת ההתאמה).

## **מצב רגשי התנהגותי**

- עקב ההכרח בשיתוף פעולה עם המתנדב/ת לא יהיה החולה בעל הפרעות רגשיות והתנהגותיות שהן מעבר לרמה "בינונית". (דוגמאות לרמה שהיא מעבר ל"בינונית": אלימות פיזית ו/או מילולית בולטת, אי שקט פסיכו-מוטורי בולט, מחשבות פרנואידיות ממושטות או מצב רגשי שאינו מאפשר יצירת קשר ופעילות משותפת).

## **לסיכום**

- יש לעשות שקלול של כל היכולות והמגבלות הנזכרים לעיל. כל אדם ששמר על חלק ניכר מן היכולות הנזכרים לעיל יוכל ליהנות מן הזכות לחדש ולשמר אותן.

## **נושאים ניהוליים-ארגוניים**

- מרחק מגורים גיאוגרפי מתאים.