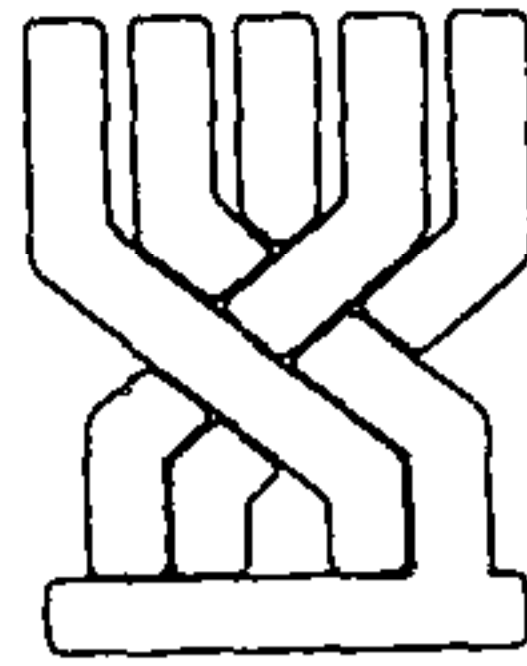


ס. שנקרובסקי



המוסד לבטיחה לאומי

האגף למחקר ותכנון



**מועדונים
פסיכוגריאטריים
בירושלים**

מס' 21

מפעלים מיוחדים

ירושלים, תשרי התשמ"ו, אוקטובר 1985

המוסד לביטוח לאומי

האגף למחקר ותכנון

מועדונים פסיכוגריאטריים בירושלים

מאת:

שרית בליץ

ברנדה מורגנשטיין

מרים כרמלי

ירושלים, תשרי התשמ"ו, אוקטובר 1985

ה ק ד מ ה

פיתוח שירותים קהילתיים לאוכלוסייה של קשישים המוגבלים פיסית וקוגניטיבית, עומד בשנים האחרונות במרכזם של מספר מפעלים חדשניים וניסיוניים, המתבצעים במסגרת הקרן למפעלים מיוחדים של המוסד לביטוח לאומי. אחת הדוגמאות הבולטות לכך היתה סיוע המוסד לפיתוח מועדונים פסיכוגריאטריים בירושלים. הרעיון לפיתוח מועדונים אלה הוצע ובוצע על ידי פרופ' א. רוזין - מנהל המחלקה הגריאטרית בבית חולים שערי צדק, ומספר עובדות סוציאליות, אשר הכירו את הקשיים והבעיות של אוכלוסייה זו.

דו"ח זה הינו סיכום של מחקר אשר בדק את הפרויקט מכמה בחינות. מוקד הבדיקה היה הערכת תרומות המועדונים לאוכלוסיית המבקרים ולמטפלים העיקריים שלהם. בנוסף לכך, נבחנו מאפייני האוכלוסייה המקבלת את השרות (מבקרים ומטפלים), ונעשה ניסיון להעריך מצד אחד את העומס והקשיים בטיפול, ומצד שני את מקורות העזרה והקף העזרה שמקבלים המטפלים. פרק מיוחד הוקדש לתיאור אופני ההתמודדות של הרכזות במועדונים עם הקשיים הטיפולים במועדונים.

המוסד חייב תודה מיוחדת לפרופ' א. רוזין, על יוזמתו המבורכת כפיתוח שרות חשוב זה ובתרומתו הממשית בכתיבת פרק בדו"ח עצמו. תודתנו נתונה לגב' לאה אברמוביץ, עובדת סוציאלית בשערי צדק ולרכזות המועדונים: הגב' אנט ברודי, הגב' ג'קי דיאמנט, הגב' שולמית ארץ והגב' יעל עיני, אשר שיתפו פעולה וסייעו למבצעות המחקר בשלבי השונים. ברצוננו להודות לפוקדות אשר בצעו את הראיונות כבתי המטפלים העיקריים.

ולבסוף תודה לכל המטפלים אשר עושים את מלאכתם במסירות ובנאמנות ואשר הקדישו מזמנם והסכימו להתחלק עם האחרים בתהליכים ובקשיים שאיתם הם מתמודדים.

ב ב ר כ ה,

נירה שמאי
סמנכ"ל מחקר ותכנון

מועדונים פסיכוגריאטריים בירושלים

תוכן הענינים

ה ק ד מ ה

	רשימת פרסומי האגף למחקר ותכנון
	1. מבוא
1	2. סיכום ודיון
2-4	א. סיכום הממצאים
4-6	ב. דיון והמלצות
7-10	3. רקע תאורטי
	4. תאור המועדונים
11	א. כללי: יסוד ארגון מלב"ב
12	ב. מטרות הפעילות במועדונים
12-13	ג. בחירת המשתתפים
13	ד. שיעור ההשתתפות והנשירה
13-15	ה. סוגי הפעולות
16	5. הקף הפעולות, כוח האדם ותקציב המועדונים
	6. מחקר הערכה - אוכלוסייה ושיטות
17	א. כללי
17	ב. אוכלוסיית המחקר
18	ג. כלי המחקר ואיסוף הנתונים
18-19	ד. תחומי המחקר

ממצאים

	1.0 תאור אוכלוסיית המחקר
20-21	1.1 נתונים דמוגרפיים של המבקרים
22	1.2 מצב כלכלי סביבתי
22-23	1.3 מצב בריאות
23-25	1.4 יכולת תפקוד פיסי
25-28	1.5 יכולת תפקוד קוגניטיבי
28-29	1.6 הקשר בין תפקוד פיסי לקוגניטיבי
29-31	1.7 מצב נפשי
31-33	1.8 תאור המטפלים העיקריים

34-37	2.0	עומס טיפולי - מטפלים עיקריים
38-40	3.0	קשיים והתמודדות עם הטיפול - על פי דווח הרכזות במועדונים
41-42	4.0	המערכת התומכת במטפל העיקרי
43-45	5.0	הקשר עם המועדונים
46	6.0	תרומות המועדונים
46-50	6.1	תרומת המועדונים למבקרים
50-51	6.2	תאור השינויים
51-55	6.3	גורמים הקשורים לתרומות ולשינויים שחלו אצל המבקרים
56-60	7.0	תרומת המועדונים למטפלים העיקריים
61-62	8.0	המלצות לשיפורים במועדונים - מטפלים עיקריים

ביבליוגרפיה

נספחים

1-22	.1	שאלון למטפל העיקרי
23-25	.2	שאלון לרכזת - תאור המבקר
26-27	.3	שאלון לרכזת - תאור המועדון.

רשימת לוחות

- לוח מס. 1 - מצב משפחתי וצורת מגורים של המבקרים לפי מין
- לוח מס. 2 - התפלגות המבקרים לפי בעיות בריאות עיקריות
- לוח מס. 3 - מידת התלות של המבקרים לפי תחומי תפקוד פיסיים
- לוח מס. 4 - התפלגות המבקרים לפי מספר תחומי תפקוד בהם יש הזדקקות לעזרה מלאה
- לוח מס. 5 - יכולת התפקוד בתחומים קוגניטיביים
- לוח מס. 6 - מידת ההתענינות בסביבה
- לוח מס. 7 - התפלגות המבקרים לפי מספר תחומים בהם התפקוד הקוגניטיבי לקוי
- לוח מס. 8 - התפלגות מבקרים לפי רמות התפקוד הפיסי והקוגניטיבי
- לוח מס. 9 - התפלגות המבקרים לפי רמת תפקוד פיסי-קוגניטיבי
- לוח מס. 10 - התפלגות המבקרים לפי מצב נפשי אופייני
- לוח מס. 11 - התפלגות המבקרים לפי רמת תפקוד קוגניטיבי ודכאון
- לוח מס. 12 - התפלגות סוג המטפל לפי מין המבקר
- לוח מס. 13 - השוואת המטפלים על פי אפיונים שונים
- לוח מס. 14 - קשיים בטיפול על פי דיווחי המטפלים
- לוח מס. 15 - התפלגות רגשות המטפלים סביב הטיפול
- לוח מס. 16 - שיעור המטפלים שמציינים קשיים בטיפול לפי רמת תפקוד פיסי-קוגניטיבי של המבקר
- לוח מס. 17 - הקשיים ההתנהגותיים של מבקרים במועדונים
- לוח מס. 18 - אחוז המבקרים המקבלים עזרה ממקורות עזרה עיקריים
- לוח מס. 19 - התפלגות לפי אינדקס מקורות עזרה
- לוח מס. 20 - המבקרים על פי מטרות ההפניה למועדונים לפי תשובות המטפלים
- לוח מס. 21 - מטרות צקב לת המבקרים לפי תשובות הרכזות
- לוח מס. 22 - תרומות למבקרים לפי תחומי התרומה
- לוח מס. 23 - תרומות למבקרים על פי דווח הרכזות
- לוח מס. 24 - מידת השינוי שחל בתפקוד היום-יומי בבית
- לוח מס. 25 - מידת השינוי שחל אצל המבקרים בתחומי התנהגות שונים על פי מטפלים עיקריים
- לוח מס. 26 - מידת השינוי שחל אצל המבקרים בתחומי התנהגות על פי רכזות במועדונים
- לוח מס. 27 - תרומות למבקרים על פי גיל
- לוח מס. 28 - התפלגות המבקרים על פי רמת תפקוד קוגניטיבי ותרומה שיקומית
- לוח מס. 29 - התפלגות המבקרים על פי תרומות עיקריות בכל מועדון
- לוח מס. 30 - התפלגות התרומה העיקרית למטפל, וסה"כ שיעור המטפלים שהזכירו תרומות אלה

- לוח מס. 31 - מידת ההשפעה של המועדונים על המטפלים בתחומים השונים
- לוח מס. 32 - מידת העזרה של המועדונים בהבנת מצב המבקר
- לוח מס. 33 - התרומות לפי סוג המטפלים
- לוח מס. 34 - שיעור המטפלים המעוניינים בשינויים במועדון

1. מ ב א

כשנים 1980-81 השתתף המוסד לביטוח לאומי במימון של פיתוח מועדונים פסיכוגריאטריים בירושלים, מתוך התקציב לפיתוח מפעלים חדשניים וניסיוניים. אוכלוסית היעד של המועדונים, הם אנשים מבוגרים החיים בקהילה ואשר אובחנו כחולים כרוניים על רקע של פגיעה אורגנית במוח. ההצעה הוגשה ע"י פרופ' א. רוזין, מנהל המחלקה הגריאטרית בבית חולים "שערי צדק".

החלטת המוסד לביטוח לאומי להשתתף בפיתוח פרויקט זה התבססה על ההכרה, שלקשישים הסובלים מפגיעה אורגנית ולמטפלים שלהם יש צרכים רבים שאין להם מענה במסגרת השרותים הקיימים בקהילה, או שהפתרונות הקיימים הם חלקיים בלבד. הוכר הצורך בפיתוח ובהקמת מסגרות טיפוליות ניסיוניות, שיהוו גם מודלים לצורך הערכה מחקרית לשם תאור הפרויקט והערכת האפקטיביות שלו, וזאת על מנת לשמש מקור מידע לצורך יישום במקומות אחרים בארץ.

לאחר הפעלה במשך כ-4 שנים, נערכה בשנת 1984/5 בדיקה מחקרית של ארבעת המועדונים באמצעות האגף למחקר ותכנון במוסד לביטוח לאומי. דו"ח זה מציג את הממצאים העיקריים של מחקר זה.

2. סיכום ודיון

א. סיכום הממצאים

ארבעת המועדונים הפסיכוגריאטריים הפועלים בחסות המחלקה הגריאטרית בבית-חולים שערי-צדק בירושלים, התפתחו במגמה לתת מענה חלקי לקשישים הסובלים מירידה שכלית, וחיים במסגרת ביתם וקהילתם. עקב מוגבלותם, קשישים אלה אינם מסוגלים להשתתף במסגרת מועדון רגיל.

לאחר כ-4 שנות הפעלה, הוחלט לערוך מחקר אשר יתאר את המועדונים, אוכלוסיית המבקרים במועדונים, מטפליהם העיקריים, העומס הטיפולי המוטל על המטפלים, הקשר עם המועדון ואת תרומות המועדונים למשתתפים ולמשפחותיהם.

הנתונים במחקר זה מתייחסים ל-46 מבקרים. אוכלוסיית המבקרים היתה הטרוגנית מבחינת ארץ מוצא, רקע מקצועי ורמת השכלה. 59% היו גברים ו-70% היו נשואים. טווח הגילים היה רחב למדי ונע בין 55 ל-92. רובם חיים בתנאי מגורים סבירים אולם מצבם הכלכלי מזכה אותם בהשלמת הכנסה מהמוסד לביטוח לאומי.

רמת התפקוד הקוגניטיבי והפיסי של כלל המבקרים היא, כצפוי, נמוכה מאוד. יש לציין, שרמת התפקוד איננה אחידה, וניתן להבחין בכל מועדון באנשים המתפקדים ברמות שונות. בולטת העובדה שמוגבלות גבוהה בתחום הקוגניטיבי קשורה לעיתים קרובות למוגבלות גבוהה בתחום הפיסי.

אוכלוסיית המטפלים העיקריים כללה: 26 בנות/בני זוג, 15 ילדים ו-5 בני משפחה רחוקים יותר. שיעור הנשים בקרב המטפלים היה גבוה בהשוואה לגברים, ורבות מבנות הזוג דווחו על קשיים כלכליים נכרים ומצב בריאות לא תקין.

העומס הטיפולי המוטל על המטפלים כלל מספר מרכיבים: קושי פיסי הכרוך בטיפול עצמו, קושי נפשי המתעורר עקב ההתמודדות היומיומית עם מצב המבקר, חשש מהדרדרות נוספת בעתיד, וקשיים לנהל חיי יום יום תקינים עקב הצורך להקדיש זמן רב לטיפול. רגשות של דאגה, חוסר אונים והרגשת בדידות צוינו בשיעור נכר.

חלק מהקשיים שדווחו על ידי המטפלים, כמו קושי פיסי וקושי נפשי נובעים ישירות מחומרת מצבו של המבקר, אולם, קשיים אחרים, כגון: העדר זמן פנוי, ניתוק קשרים חברתיים, צוינו גם כאשר המבקר נמצא מתפקד ברמה טובה יותר.

למרות הקשיים המתעוררים סביב הטיפול, והמאמץ שמושקע בכך, חלק ניכר מבין המטפלים (60%) מוכנים להמשיך בטיפול, ואינם שוקלים העברת המבקר למוסד. נכונות המטפלים לעמוד בקשיים אלה, נובעת בדרך כלל מרגשות של קרבה וחיבה לאדם הפגוע (85%) ורק לעיתים החוקות מרגש של חובה ומחויבות.

מבדיקה של מקורות העזרה הפורמליים והלא פורמליים העומדים לרשות המטפלים מתברר שהם אינם רבים. מקורות העזרה הקבועים הם: מטב"יות, ילדים או אחים שאינם מטפלים עיקריים, בית המועסקות בדרך כלל באופן פרטי. בנוסף לכך ישנם קשרים לא קבועים עם שרותי בריאות וסיעוד בהתאם לצורך.

עזרה מהקהילה נתנת בעיקר באמצעות מטפלת בית (מט"ב). עזרה זו נתנת לשיעור נכר מקרב המבקרים (60%) וקשורה לחומרת מצבו הפיסי והקוגניטיבי. קבלת עזרה מקרובי משפחה איננה קבועה ונתנת לפי הצורך, בעיקר כאשר המטפל העיקרי איננו בקו-הבריאות, או כאשר הוא גבר, או כאשר המבקר מוגבל מאד בתפקוד. חשוב לציין, שמטפלים עיקריים המקבלים עזרה ממט"ב ומילדים מגלים נכונות רבה יותר מאחרים להמשיך ולטפל במבקר בבית, ובדרך כלל אינם שוקלים סידור מוסדי.

נראה שלאחר כארבע שנות הפעלה, המועדונים הפכו לחלק אינטגרלי ממערך השרותים בקהילה, וחלק נכר מההפניות למועדונים נעשה על ידי שרותים כאלה, כגון עובדות סוציאליות. הקשרים בין צוות המועדונים והמטפלים העיקריים הנם הדוקים ומאופיינים על ידי רציפות ואינטנסיביות. בולט שלרצות המועדונים יש תפקיד חשוב בשמירה על חיזוק הקשר ורציפותו.

הקשיים הטיפוליים שאתם מתמודדים אנשי הצוות במועדונים נובעים מהמוגבלויות הספציפיות של המבקרים, אשר גורמות להתנהגויות ותגובות כגון: פאסיביות רבה, הנתקות מהנעשה סביבם, בלבול, חוסר יכולת ללמוד ולהתרכז, מצבי אי שקט, חרדה ודכאון. את אופני ההתמודדות של אנשי הצוות עם קשיים אלה ניתן לעגן במספר עקרונות טיפוליים המפורטים בגוף הדו"ח.

רוב המטפלים העיקריים: תופסים את תפקיד המועדונים קודם כל כמסגרת חברתית, ורק מקצתם ציפו לכך שתהיה זו גם מסגרת טיפולית, או שגם הם כמטפלים יוכלו ליהנות ממנה. כ-60% מהמטפלים העיקריים מעריכים שהמועדונים תורמים למבקרים מבחינה חברתית, וכ-50% מעריכים שלמועדונים גם תרומה שיקומית משמעותית מבחינת תפקוד פיסי והתנהגות יומיומית. לגבי שיעור נמוך מהמבקרים צוין שהיה גם שיפור קוגניטיבי (20%), וזאת כתרומה נוספת ולא עיקרית. ראוי לציין שהמבקרים שלגביהם דווח על תרומה שיקומית ושיפור בהתנהגות

הם הצעירים יותר, ואלה שתפקודם הקוגניטיבי טוב יותר, או כאלה שמצבם הנפשי טוב. לעומת זה מצב של הנתקות, אי-שקט, גיל גבוה ותפקוד קוגניטיבי נמוך מפחיתים את הסכוי לשיפור במצבם של המבקרים. אולם נראה שהמכנה המשותף של התרומות העיקריות למבקרים, להערכת המטפלים ולהערכת הרכזות במועדונים, הוא שיפור משמעותי באיכות החיים של המבקרים. באיכות החיים הכוונה לאפשרות של מפגש עם אנשים, ציפיה לקראת יציאה מהבית, והעובדה שקיימת מסגרת מחייבת וקבועה במשך שבוע.

שינויים התנהגותיים ממשיים כגון: שיתוף פעולה בטיפול, התמצאות בזמן ובמקום, חלו להערכת המטפלים אצל פחות מרבע מבין המבקרים.

רוב המטפלים העיקריים (84%) מעריכים שהמועדונים תורמים גם להם. התחום שבו שיעור התרומה היה הגבוה ביותר הוא בזמן פנוי (50%). תרומה חשובה נוספת היתה בתחום של עזרה נפשית המתבטאת בהקלה נפשית ושקט נפשי הנובעים מהידיעה שהמבקר מקבל במועדון טיפול טוב ומסור, ומכך שגורם נוסף משתתף ומתחלק בטיפול בפועל.

לגבי רוב המטפלים, המועדון לא שימש מקור לקבלת מידע על מהות המחלה או לשינוי בהבנת מצב המבקר. תרומת המועדון היתה משמעותית יותר לבני/בנות הזוג מאשר לילדים או לבני משפחה רחוקים יותר. ממצא זה בולט בעיקר כדיווחים על תרומה במונחים של זמן פנוי. שיעור גבוה יותר בקרב מטפלים עובדים לעומת אלה שאינם עובדים הרגישו תרומה בזמן פנוי והקלה בכך שגורם נוסף משתתף בטיפול.

כללית, סוג התרומה נמצא קשור להרגשת המטפל באיזו מידה המועדונים ענו לציפיותיו, ובאיזו מידה הוא הרגיש שהוא נעזר בצוות המועדון בתקופה של משבר. השוואה בין ציפיות המטפלים מהמועדונים, לבין הערכתם את התרומות, מצביעה על כך שבמידה רבה קיימת הלימה בין שתי מערכות אלה, יתכן שבשל כך שיעור גבוה מבין המטפלים מעוניינים בהרחבת פעילות המועדונים, ומבקשים שיפעלו יותר ימים בשבוע ויותר שעות במשך היום.

ב. דיון והמלצות

הנתונים הדמוגרפיים על הזדקנות האוכלוסייה והאפידמיולוגיה של מחלות כמו דמנציה ואלצהיימר, ובמקביל הנטייה לעודד את הקשיש להשאר בקהילה, מצביעים על גידול צפוי באוכלוסייה הסובלת מירידה שכלית ומתגוררת במסגרת הבית והקהילה.

אמנם מחקר זה עסק בהערכת פעילות המועדונים הפסיכוגריאטריים בארבעת המועדונים המופעלים בירושלים, במסגרת אגודת מלב"ב, ואין כאן ניסיון להקיש ישירות על כלל המועדונים מסוג זה שקיימים במקומות שונים בארץ ושלגביהם לא נעשתה הערכה שטתית. יחד עם זאת נתן להניח שאוכלוסית המחקר דומה לזו המבקרת במועדונים אחרים, והסוגיות שהועלו בדו"ח יהיו רלוונטיות לאנשי מקצוע העוסקים בתחום זה. מחקר זה יכול לשמש אם כך מקור מידע לגורמים המעוניינים לפתח שרות דומה בקהילות אחרות, או לאלה המעוניינים ללמוד מהניסיון המתועד בירושלים.

הדו"ח מגיש ממצאים בתחומים שנבדקו כמו מרכיבי עומס הטיפול שחשים המטפלים העיקריים, צורת ההתמודדות עם קשיים בטיפול (הן של המטפלים בבית והן הרכזות במועדונים), ובעיקר התרומות שניתן לצפות להן תוך התיחסות למצבו התפקודי של המבקר.

באופן כללי, הממצאים וההתרשמויות הכלליות במהלך ביצוע המחקר, מצביעים על החשיבות של שרות מיוחד זה ועל המאמצים והמסירות של צוות המועדונים בניסיונם ליצור מסגרת חדשה ומשמעותית לקבוצת הקשישים המבקרת במועדונים.

מענין במיוחד היה להיווכח, שהמועדון איננו פועל כמסגרת חברתית בלבד, אמנם מיוחדת, אלא, שיש כאן גישה מקצועית, המתבטאת בניסיון להגדיר מטרות טיפול למבקרים ולפתח גישות ושיטות טיפול מתאימות.

מספר שאלות אשר התעוררו בעקבות המחקר מזמינות התיחסות ומחקר נוסף ונציין את העיקריות בהן:

א. פיתוח כלי איבחון

הנתונים במחקר זה התבססו על הערכותיהם של המטפלים העיקריים בבית ושל הרכזות והמדריכות במועדונים, ולא על בדיקה ישירה של המבקרים. כן לא נערכה בדיקה לגבי מצבם של המבקרים או בני משפחותיהם בנקודות זמן שונות. יש חשיבות לפיתוח כלי אבחון המתאימים לאוכלוסיה זו כדי שבעזרתם יוכל צוות המועדונים לקבל מידע מדויק יותר על מגבלותיו של כל מבקר ועל התחומים שבהם רצוי למקד את הטיפול בו. בעזרת כלים שיטתיים ניתן יהיה לשוב ולבדוק את מצבו של המבקר לאחר זמן ולראות באיזו מידה חלו שינויים. כלומר, תתאפשר הערכה מדויקת יותר ולאורך זמן של התוצאות שהושגו ושל תרומת המועדונים למבקר בתחומים שונים.

ב. תכנון מערך טיפול

במקביל לפגתוח כלי איבחון יש מקום כיום לנסות ולבחון מה הן השיטות והדרכים המשמשות אנשי מקצוע כיום בהתמודדותם במצבים שונים עם אנשים בעלי ירידה שכלית. תיעוד השיטות הטיפוליות כיום הינו חלקי בלבד ואינו מקשר בין האיבחון או המצב הנתון של המבקר ושיטת הטיפול המומלצת. לכן, יש חשיבות רבה לפיתוח אחידות ושיטתיות בתיעוד מסוג זה ולריכוז הניסיון ראקצועי הרב שכבר הצטבר במועדונים אלה, ובכך לתרום לפיתוח מועדונים דומים במקומות נוספים. כמו כן, יאפשר הדבר גישה שיטתית יותר למעקב בעתיד אחר אפקטיביות הטיפול.

כפי שהודגש במחקר הנוכחי, אין לראות את המטופל, מצבו הנפשי - שכלי ושיטות הטיפול במועדון כנפרדים מבני משפחתו וצורת התמודדותם הם עם הטיפול בבית. רצוי לכן לעקוב אחר המטופל ובני משפחתו מיום הקבלה במועדון ובמהלך הביקורים כדי לבחון את ההשפעה המשולבת על שניהם.

ג. מקומם של המועדונים הפסיכוגריאטריים במסגרת הרחבה של השירותים הקהילתיים

מתוך הנתונים עולה כי המועדון מוכר ומקובל בשירות מתאים בקהילה וההפניה למועדונים נעשית על ידי גופים שונים, אולם נראה שאין גורם אחד מסוים בקהילה המופקד על שמירת הקשר עם הקשיש ומשפחתו ועל המעקב השוטף. יתכן שיש להטיל על גוף אחד בקהילה (השירות לזקן במסגרת המחלקה לשירותים חברתיים של הרשות המקומית, או משרד הבריאות וכו') את האחריות לקיום הקשר השוטף עם המועדונים ועם המטפלים העיקריים במבקר. זאת, משום שבמצב הנוכחי מציינים אנשי המקצוע המטפלים באוכלוסייה זו כי לעיתים הטיפול "נופל בין הכסאות" בין הרשויות השונות.

ד. הרחבת מערכת ההדרכה והייעוץ לבני משפחה

הממצאים מצביעים על רמת שביעות רצון גבוהה של בני המשפחה ממסגרת המועדון ומהתרומות שהם חשים בתחומים שונים. יחד עם זאת, נראה שהמועדון לא הפך עבורם למקום לקבלת ידע נוסף, הדרכה או ייעוץ, בנושאים שונים הקשורים למצבו של המבקר ולטיפול היומיומי בו. זאת, למרות שיש קשר עם צוות המועדון ואף נערכו מספר פגישות קבוצתיות לבני המשפחה. לאור הקשיים הרבים הכרוכים בטיפול בחולים אלו והעומס הרב, הן הפיסי והן הנפשי, שחשים המטפלים, נראה כי יש להרחיב ולפתח שירות זה של הדרכה וייעוץ, הן במסגרת קבוצתית והן במסגרת פרטנית במידת הצורך.

3. רקע תאורטי

בשנים האחרונות גדלה המודעות לצורך במסגרות חברתיות וטיפוליות לאנשים הסובלים מפגיעה אורגנית במוח. מודעות זאת נובעת בעיקר מגידול בממדי הבעיה של ירידה שכלית בקרב קשישים. תופעה זו קשורה לעליה בתוחלת החיים של האוכלוסייה, כאשר שיעור הפגיעה האורגנית עולה עם העליה בגיל. לדוגמא, אם שיעור הסינדרום האורגני (Royal College, 1981) בגיל 65 הוא 2.1%, בגיל 75 מגיע שיעור זה ל-8%, ובגיל 85 ומעלה הוא מגיע ל-17.7%.

מה היא המשמעות של הפגיעה האורגנית ומה הם ביטוייה של המחלה והשלכותיה על חיי היום יום של החולים ושל המטפלים העיקריים שלהם? נציג כאן את המאפיינים העיקריים של הפגיעה, שהם חלק בלבד מתוך היריעה הרחבה והמורכבת המדווחת בספרות.

פגיעה אורגנית או בשמה הכללי The Dementias, היא פגיעה בתפקודים הגבוהים של המוח (Holden, 1982) של אדם שנמצא בהכרה מלאה. את התפתחות המחלה קושרים לשינויים החלים במוח כגון נלווון תאים, הופעת כתמים, מחלות כלי דם במוח. בשנים האחרונות עלו ממצאים הקושרים שינויים ביוכימיים במוח לשינויים תפקודיים (Royal College, 1981). למרות ההתקדמות הרבה שחלה בזיהוי הסיבות לפגיעה האורגנית, הטיפול הפרמקולוגי והביוכימי בגורמים אלה נמצא עדיין בחיתוליו (Royal College, 1981). הטיפול העיקרי כיום הוא עדין טיפול בסימפטומים, הווה אומר, ניסיון טיפולי באמצעות שינויים סביבתיים-חברתיים.

הסימפטומים של הפגיעה באים לידי ביטוי במספר תחומים. בדמנציה חלים שינויים בתפקודים: קוגניטיביים וריגשיים, והדרדרות בתפקודי האישיות. הסימנים הבולטים הראשוניים קשורים לירידה בזיכרון. לעובדה זו יש השלכות חמורות על היכולת ללמוד דברים חדשים, ועל היכולת להתמצא במקום או בזמן, ונפגם הכושר הבסיסי להכיל אינפורמציה על מנת להשתמש בה לשם פתרון בעיות בחיי יום-יום. השלכות נוספות של מצב זה הן ירידת הביטחון העצמי של האדם, הרגשת חוסר אונים, ולעתים קרובות מופיעה תגובה דכאונית או חרדתית, וגדלה באופן משמעותי החלות של החולה במטפל בבית או במוסד. להתפתחות המחלה אופינית ירידה ביכולת החשיבה האבסטרקטית, נפגמת היכולת להסיק מסקנות, השפה הופכת לדלה או קונקרטיית והאדם איננו מודע למצבו. לעיתים נפגמות גם היכולת המוטורית והקורדינציה בין האברים. אנשים אינם

מתנהגים בחברה בצורה נאותה, לעתים מזניחים את עצמם או אינם מסוגלים לטפל בצרכים הכסיסיים, כגון לבוש רחצה ואכילה (Holden, 1982). יש לציין, שבמסגרת התמונה הכללית שצוירה לעיל, בולטת שונות גדולה בין אדם לאדם באופי הפגיעה ובקצב השינויים. אצל חולים מסוימים חלה ירידה חריפה בתפקוד ובאישיות, ואילו אחרים מצליחים לשמור על חזות חברתית מתאימה ולקיים קשרים חברתיים מוגבלים, למרות שבתפקודם חלה הדרדרות משמעותית.

תוחלת החיים של אנשים חולים בדמנציה קצרה בהשוואה לאנשים בני גילם. התקופה הממוצעת להישארות בחיים היא 7 שנים מתחילת הופעת הסימפטומים. תוחלת החיים הממוצעת של אנשים שאובחנו כסובלים ממחלה זו (Royal College, 81), והשוהים במוסדות הוא בין 2 ל-3 שנים.

מחקרים אחדים כגון: Zarit, 1980 מצביעים על כך שכ-90% מכל אלה שסובלים מדמנציה חיים בקהילה. אולם יש מחקרים אחרים המצביעים על שיעור נמוך יותר בין 60%-ל-85% בהתאם לדרגת החומרה של דמנציה - (Sheldon, 1982). למרות חילוקי הדעות בדבר השיעור המדויק של אנשים הלוקים בדמנציה החיים בקהילה, ברור שרק שיעור נמוך מאלה הסובלים מהמחלה מאושפזים במוסדות, והנטל הטיפולי נופל בדרך כלל על בני המשפחה ועל השרותים בקהילה.

בשנים האחרונות בולטת בספרות המקצועית הגישה שיש לפתח אלטרנטיבות למוסדות. הסיבות לגישה זו נעוצות בממצאים אודות התוצאות השליליות הנגרמות עקב העברה למוסד, בעיקר לקשישים הסובלים מדמנציה. הממצאים בספרות מדווחים על שיעור תמותה גבוה בקרב חולים אלה בעקבות המעבר למוסד (relocation). תוצאות שליליות אחרות מתיחסות לתגובות של חרדה ודכאון, הסתגרות וקשיים רבים בהסתגלות לסביבה החדשה, בעוד שהמסגרת הרגילה והמוכרת בבית מאפשרת רציפות בצורת חיים ובמנהגים המוכרים והקלה על התפקוד (Zarit, 1980). חשוב לציין שההעברה למוסד איננה נקבעת אך ורק על פי חומרת המחלה או חומרת המוגבלות ובמקרים רבים מטופלים על ידי המשפחה ו/או הקהילה חולים עם תפקוד נמוך במיוחד (Holden, 1982).

כאשר בודקים את מרכיבי ההוצאה הציבורית לבריאות ורווחה ניתן לראות גידול בהוצאה לבריאות ופיתוח בשירותי רווחה, אולם גידול זה הופנה בעיקר לטיפול בקשישים בודדים, המופנים למוסדות ופחות לתמיכה במשפחות הממשיכות לטפל בחולה הדמנטי בקהילה (Sheldon, 1982).

בספרות הגרונטולוגית מדברים על המחיר הנפשי והכלכלי הכבד, שמשלמים המטפלים העיקריים בחולה הדמנטי. בדיקת הספרות מלמדת שלמרות שקיימת התרופפות ביחסים הבין-דוריים (מרחק מגורים, כמות המגעים), המשפחה ממשיכה למלא תפקיד חשוב בטיפול באדם המבוגר, במיוחד בחולה הכרוני. המטפלים העיקריים בחולים המוגבלים הם בנות/בני זוג (Treas, 1977). בגלל השינויים במבנה המשפחה המודרנית, למטפלים עצמם יש פחות אחים ואחיות אתם ניתן להתחלק באחריות ובטיפול. בנוסף על כך, תופעת היציאה של נשים רבות לעבודה הפחיתה באופן משמעותי את מספר הנשים (בנות, ובנות זוג) הפנויות לטפל בכך משפחה חולה, ובת שלוקחת על עצמה את הטיפול נקדעת בדרך כלל בין ריבוי התפקידים שלה כבת להורה חולה, כרעיה וכאם לילדים משלה (Sheldon, 1982). הלחץ הנפשי והעומס, שהמטפלים מתנסים בהם, נובעים לא רק מהצורך בסייעוד, אלא מן התמודדות עם סימפטומים של הדמנציה שנמנו קודם, כגון: התנהגויות מדאיגות, האפשרות שהחולה יזיק לעצמו או לאחרים, התנהגויות מוזרות ולא מקובלות, חוסר שקט ביום ובעיקר בלילה. המטפלים מדווחים על חוסר זמן לעצמם ועל הפרעות בשינה, כדברים שקשה מאוד לשאתם (Zarit, 1980). מעבר לקשיים אלה, בני המשפחה, ובעיקר בנות הזוג, עוברים שינויים משמעותיים בכל מערך חייהם. בנות הזוג למשל צריכות לקחת על עצמן אחריות או תפקידים שבאופן מסורתי הבעל נהג לשאת בהם, לקבל החלטות שלא היו רגילות לקבל ולעתים אף לצאת לעבודה עקב אובדן פרנסה. מלבד שינויים אלה חלים שינויים במערכת היחסים האינטימיים בין בני הזוג, ובהרגלי הזמן הפנוי שלהם (Shanas, 1979). המטפלים מדווחים על מצב רוח ירוד, תחושה של בדידות, יאוש לגבי העתיד, רגשי אשמה וגם התנגדות לחולה ולטיפול.

הנתונים שהוצגו עד כה מבהירים, שאוכלוסיית היעד של כל התערבות טיפולית למען החולים הדמנטיים כוללת גם את המטפלים העיקריים שלהם בבית. ברור שקיום משפחה קרובה בדרך כלל מאפשר לאדם המוגבל לחיות זמן רב יותר מחוץ למוסד. יש לציין, שהחברה אשר בשנים האחרונות דואגת לפתח תחליפים חלקיים למשפחה (מרכזי יום, מטפלות בית, ארוחות חמות וכו'), איננה ערוכה לפצות את המשפחה אשר לוקחת על עצמה את ההתמודדות והטיפול, ואינה מעבירה את החולה למוסד.

את הטיפול ההתנהגותי והסביבתי בחולים הדמנטיים ניתן לחלק לשני סוגים עיקריים: שרותים שונים שנועדו "לטפל", ושרותים אחרים שנועדו לגרום גם "לשינוי" במצב. Haugen, 1983, במאמרו מתריע נגד הגישה הפסימיסטית והניהיליסטית האומרת "זה לא חשוב למבוגר, כי הוא ממילא דמנטי". לדעתו, בגישה זו אנו מוציאים את החולה הדמנטי מכל מסגרת או פעילות מאחר ואנו מחליטים מראש ששום דבר כבר לא ישתנה אצלו.

גישה זו מונעת מאיתנו להתייחס לדברים שאתם עדיין אפשר לעבוד. לדעת המחבר, מטרת ההתערבות לא צריכה להיות להבריא או להחזיר את המצב לקדמותו, אלא לאבחן את המצב, להשפיע על התפתחות הדמנציה, ולקוות לשפר את התפקוד בגבולות סבירים. לדעתו, להתערבות חברתית ופסיכולוגית יש תפקיד חשוב בשינוי המצב ומחקרים שנערכו לאחרונה הראו בברור, שדמנציה איננו מצב שניתן להסבירו אך ורק על ידי שינויים אורגניים. כנראה, שירידה שכלית קשורה גם לאובדנים אחרים: חברים, בני זוג, עבודה, התמעטות הגירויים בסביבה, והעדר תמיכה משפחתית.

עד היום ההתערבות הטיפוליות בארץ ובעולם לא הוכיחו, שניתן להצביע על שינויים קוגניטיביים משמעותיים, בעיקר לא לטווח ארוך. התחום בו השיפור הוא המשמעותי ביותר, הוא באיכות חיו של החולה ובשביעות רצונו הכללית (גולדברג, 1985). לכן ניתן לסכם את החשיבות בפיתוח שרותים חדשניים בקהילה המיועדים לאוכלוסייה של קשישים דמנטים ולמטפלים העיקריים שלהם, כדלקמן:

1. השינויים הדמוגרפיים הבליטו בעשרות השנים האחרונות את הגידול בשיעור המבוגרים שסובלים מדמנציה ומפגיעות אורגניות אחרות.

2. העדר מוסדות מתאימים וכן רתיעת המשפחה מהסידור המוסדי, גרמו לכך שרוב רובה של אוכלוסייה זו נשאר בקהילה ומטיל עומס כלכלי ונפשי רב על השרותים בקהילה ועל בני המשפחה.

3. שינויים במבנה המשפחה גורמים לכך שאחריות טיפולית רבה נופלת על בני משפחה מועטים, בדרך כלל על בת/בן זוג או בת.

לאור התהליכים שנמנו לעיל, נשאלת השאלה האם ניתן לשפר את איכות החיים של החולים הדמנטים הנשארים בקהילה ושל מטפליהם בבית?

הדיווח המוצג כאן מסכם כאמור את אחד הניסויים הפועלים בכיוון זה.

4. *תאור' המועדונים

א. כללי: ליסוד ארגון מלב"ב

ההשקפות השליליות לגבי החולה הדמנטי, על חוסר המעש הנובע מהן, שימשו גירוי לקבוצת נשים מקצועיות, רובן עובדות סוציאליות או עובדות קהילתיות, לנקוט פעולה כדי לעזור לחולים אלה, כל עוד הם חיים בקהילה. חלקן היו קשורות לחולים דמנטיים באמצעות המחלקה הגריאטרית של המרכז הרפואי "שערי צדק", ונחשפו לאתגר במצב האומלל של החולה הדמנטי הגר בביתו, או המשתחרר מבית החולים, לאחר מחלה גופנית חולפת, ללא הכוונה לעיסוק מתאים וללא הדרכה למשפחתו. משום כך, הן יצאו ליישם את העקרון שאם החולה אינו מתאים לסביבתו (כדי לפעול), יש ליצור עבורו סביבה שחתן לו את האפשרות לפעול, לעבוד, להתבטא ולהתקשר לחברה המתאימה לו. מתוך מחשבות אלו נולדו המושג והמבנה של מלב"ב - מרכז לטיפול בקשיש בקהילה, כאשר הדגש מושם גם על הגישה החמה הנובעת מהלב כדי שחולה יחוש את הרגשות והיחס המופנים אליו מצד המטפלים בו.

בשלהי 1980 הוקמה המסגרת של מועדון עבור קבוצה בת כ-15 אנשים ונשים קשישים, הסובלים מליקוי קוגניטיבי, מבעיות שכליות לאחר מאורע מוחי וסקולרי, מחוסר תפקוד בפעולות יום יומיות מחמת סרבול וחוסר הרגלים, עקב ירידה בתפקוד המוח. כן נמנו עם קבוצה זו קשיש או שניים שלא תפקדו בבית, אלא שכבו רוב היום בבדידות, שקועים באדישות או בדכאון. הנהלת המרכז הקהילתי על שם ג' לימס רוס בגבעת שאול הואילה להעמיד חדר לרשות הקבוצה, והיא עוזרת ומעודדת את המשך הפעולה עד עצם היום הזה.

כ-6 חודשים לאחר הקמת המועדון הראשון הוקמה קבוצה נוספת בקרית היובל במרכז קהילתי על שם פיליפ ליאון, בשיתוף פעולה עם חברת המתנ"סים. שתי קבוצות נוספות החלו לפעול כשנתיים לאחר מכן, האחת בקטמון והיא פועלת כתוך בית החולים לחולים כרוניים ברח' תל חי, הודות לשיתוף פעולה אדיב מצד ד"ר קיזלשטיין והנהלת בית-החולים והשניה בבית פומרנץ, שנועד לשרת את תושבי האיזור מסביב לרח' שמואל הנביא וסנהדריה המורחבת. בהתפתחות זו יישמו דגם שהוא בר יישום בכל איזור או שכונה בעיר ובפרבריה.

(* פרק 4 נכתב על ידי פרופ' א. רוזין, מנהל המחלקה הגריאטרית בבית-החולים "שערי צדק", שהיה מיוזמי הקמת המועדונים, והוא מלווה אותם עד היום בהיבט המקצועי-ארגוני.

ב. מטרות הפעילות במועדונים

מטרות התוכנית של כל מועדון היו דומות זו לזו וכן שיטות ההפעלה, אם כי פרטי התכניות עובדו על ידי המרכזות בהתאם לסוג האוכלוסייה שבה פעלו. הכוונה היתה:

1. להוציא את האדם מביתו ולהביאו אל סביבה חברתית פעילה שבה יוכל להתמודד ולפעול.
2. להגביר את התקשורת המילולית והבלתי מילולית בין איש לרעהו.
3. לעורר את הפעילות הפוטנציאלית של כל אחד בתחומים שונים הקשורים לרגשות או לזכרונות מהעבר.
4. להעניק לאדם תחושת זהות ולתת לו להרגיש שהוא נחשב חלק חיוני מאותה חברה, על-ידי פעולות יצירתיות.
5. לאפשר לבן-הזוג או בני המשפחה המטפלים מספר שעות מנוחה בהן יוכלו להיות שקטים היות שקרובם נתון בהשגחה מוסמכת.
6. לתת לאדם מספר מוקדי מטרה בשבוע להם הוא מחכה, ולצפות לאירוע חברתי בו הוא מעורב אישית.
7. להבטיח הסעה כדי לוודא שהאדם אכן יגיע ויחזור בביטחון, וכדי לחסוך מבני המשפחה את הקושי הכרוך בשיכנוע ובהסעת החולה למועדון.

ג. בחירת המשתתפים

בעקבות כל פניה נערך ביקור בית על ידי המרכזת, במגמה להעריך את עוצמת הבעיה החברתית בקרב המשפחה, וכן את המצב השכלי של החולה¹. לאחר מכן המרכזת מדווחת על המועמד לועד המארגן אשר מחליט אם הפונה מתאים למסגרת וליעדי המועדון. חולים שלא התקבלו היו חולים פסיכוטיים, או שלא יכלו להלך, או שלא שלטו על הצרכים או שבעיתם לא נבעה מנזק מוחי אורגני אלא מבדידות או שעמום בלבד. חלק מהמועמדים שהתקבלו לא הגיעו או חדלו להשתתף לאחר פגישה אחת.

האבחנות של 90 המשתתפים הראשונים שהתקבלו והשתתפו במועדונים היו: דמנציה - 55, מצב לאחר מאורע מוחי וסקולרי - 20, מצבים שונים של הידרדרות בגלל מחלת פרקינסון, דכאון, בדידות - 15.

1. מאז פותחו שיטות מאורגנות יותר של איבחון ודיווח.

מכיוון שיעד המועדונים הוא לטפל במבוגרים ובזקנים שאינם מתפקדים בגלל נזק במוח, נקבעו קריטריונים ונוהלי קבלה עבור אלה שהופנו.

הפניות במשך השנתיים הראשונות הסתכמו ל-140 מועמדים והגיעו דרך הגורמים הבאים:

37%	מביה"ח "שערי צדק" - רופאים ועובדות סוציאליות
33%	עובדות סוציאליות בקהילה
12%	רופאים ומרפאית
13%	המשפחום, מתנדבים והמדריכות
5%	אחר

ד. שיעור ההשתתפות והנשירה

מראש היה מקום לצפות שתהיה נשירה לא מבוטלת ושנשירה זו תאפשר הצטרפות מועמדים חדשים מהשכונה, ואכן הנשירה היתה גדולה יחסית למועדון רגיל. מתוך 85 משתתפים, בתום השנתיים הראשונות 42 עדיין המשיכו להשתתף, 11 נפטרו, 3 הועברו למוסד, 9 לא התאימו יותר למסגרת לאחר שחלה החמרה במצבם, 14 לא רצו להמשיך (או משפחותיהם לא רצו) ו-6 עברו דירה. יש לציין שהמשפחות התכוונו להעביר למוסד 4 מתוך אלה שנפטרו אך דחו את העברה בגלל אפשרות הטיפול והפעולות במועדון.

ה. סוגי הפעולות

להלן תיאור תמציתי של הפעולות השונות במועדונים מטרותיהן והשפעותיהן. כל קבוצה מונה עד 15 חברים ויש לה מדריכה ועוזרת.

1. Reality Orientation - פעולה זו מכוונת להכרת הסביבה והחברים, ולהתייחסות לזמן לתאריך ולמשמעותו בקשר לאירועי השנה, כגון חגים ומועדים. פעולה זו גורמת לאוריאנטציה מסוימת בתחילת כל מפגש, באמצעות מילים, לחיצת ידיים וכד'.

2. שיחות על נושאים שוטפים - סיפורים ומעשים המסופרים על ידי החברים עצמם, או בשיתוף פעולה עם המרכזת. לעיתים קרובות פעולה זו מחיה כשרונות מהעבר - כגון חזנות, שירה, כושר לספר אגדה או אפילו לדרוש ממקורות היהדות.

3. פעילות חברתית - כגון הגשת כיבוד קל ותפקידים הקשורים עם הבילוי בקבוצה.

4. אומנות - פעולה זו אינה מוגבלת רק לציור או מלאכת יד, תוך כדי ההדרכה והבילוי עולים אסוציאציות וביטויים של קשרים נפשיים עם הטבע, חילי יום-יום, שימוש בחפצים

פשוטים, וסיפורים הקשורים לנושא האומנות. כמו כן ביצוע משותף באריגה או בציור וכד', גורם ליצירת קשר משמעותי גם בין חברים שאינם מסוגלים ליצור קשר מילולי או לנהל שיחה ספונטנית בעצמם.

5. פזיזיוטרפיה והתעמלות - למרות המצב הגופני הירוד של חלק מהחברים, פעילות זו פופולארית מאוד, כי היא משלבת את הקבוצה לגוף מאוחד, והלחץ החברתי גורם להשתתפות של רובם ככולם מבלי שהמדריכה צריכה לשכנע במילים. כמו כן נוצר קשר באמצעות העברת חפצים ושיתוף מספר חברים בבת אחת. הפעילות הגופנית גורמת להתעוררות אצל חברי הקבוצה.

6. רפוי ברקוד - פעולה זו שונה בהרבה מהפזיזיוטרפיה, אם כי אף היא מיועדת להביא להתעוררות ולתקשורת באופן בלתי מילולי. כאן הקשר נוצר באמצעות מוסיקה וקצב, והוא מתורגם לתנועה החל מהרמת יד או רגל, וכלה בצעידה במעגל לפי קצב המוסיקה. יש אפשרות לריקוד קבוצתי או בזוגות. מוסיקת רקע מעוררת לעתים זכרונות תרבותיים, מהווה גירוי דינאמי להמשך הפעולה.

7. תנועה וטיולים - אמצעי נוסף לעודד ולהעביר גירוי לא מילולי. ביקורים במוסדות, בכותל המערבי וכד' נערכים מדי פעם לפי יוזמת המדריכות.

8. הסעה - הודות להסעה, פעולת המועדון מתחילה למעשה מדלת ביתו של החולה, ומסתיימת עם שובו הביתה. בדרך כלל הנהג לוקח את אותם החולים, ונוצר קשר ידידותי ופעולת המועדון אינה נפסקת פתאומית, בסיום התוכנית במרכז הקהילתי. כמו כן מתאפשר מעקב אחרי אלה שאינם יכולים להגיע למועדון בגלל מחלה או ירידה בתפקוד. למרות עלות הנסיעות והטרחה הגדולה בארגון ההסעה, ראינו חשיבות רבה באספקת שרות זה. לא תמיד החולה מכיר בכך שכדאי לו לצאת מביתו, וחלקם אינם מסוגלים להבין את משמעות התכנית לפני שהם מגיעים למועדון. זאת ועוד, חלק מההקלה שהמשפחה זוכה לה טמון בידיעה, שלא הם אחראים לשכנע את הקשיש לצאת אל המועדון. כמו כן רוב החולים אינם מסוגלים להגיע בעצמם, ואצל חלק לא מבוטל מהם קיימת הסכנה של טעות בדרך אם אינם מוסעים למקום ובחזרה.

9. מעקב ודיווח - מאז ליסוד המועדון הראשון ועד עתה, גובש גוהל של ישיבות צוות מדי חדשים כדי לשוחח ולדון על מצבם של המטופלים. בישיבות אלו משתתפים פרופ' א. רוזין, המרכזות, ועובדות אחרות בצוות הטפול- הפזיזיוטרפיסטית, המדריכה לאומנות, ולעתים קרובות אחת מעובדות הסוציאליות של הצוות. מתקיים דיון על המצב הרפואי, ולפעמים מוחלט להפנות קשיש לרופא המטפל, למרפאה גריאטרית או לפסיכיאטר ליעוץ נוסף. כמו- כן דנים על התאמתו של החולה במועדון, על התועלת מהשתתפותו, הן עבורו והן עבור משפחתו. כן מדווחים על הקשר עם המשפחה באמצעות ביקורי בית, בשיחות בטלפון או בפגישות ישירות עם המדריכות.

כשחבר במועדון אינו מופיע, המדריכות נוטלות על עצמן לברר את הסיבה, ואם הוא חולה הן עורכות מעקב אחר מצבו בבית או בבית"ח.

10. ביקורת רפואית - רוב המשתתפים מופנים למרפאה הגריאטרית של בית-החולים "שערי צדק", לשם בדיקה, הערכה רפואית וקשר עם הרופא המטפל במידת הצורך ביחס להמשך טפול. לאחר הבדיקה נשלח דו"ח על המצב לרופא המשפחה ולמרכזת, וכך מוזרם למועדונים מידע על המצב הרפואי והתפקוד השכלי של המשתתפים.

11. קבוצות תמיכה למשפחות - אחת ההשלכות שהתבררו בשלב מוקדם בפיתוח הארגון היתה, שיש צורך לטפל גם במשפחות וזאת באמצעות תמיכה והידברות עמהם. הוקמו קבוצות תמיכה שנפגשו פעמיים בחודש, בהנחיית המרכזת, וכמובן בלי השתתפות החולים. השיחות התנהלו בצורה חופשית והמשתתפים העלו בדרך כלל נושאים שהכבידו עליהם ביחס לקרוביהם. הנושאים נעו מבעיות נפשיות קשות, כגון אשמה, מתח, התמרמרות, לשאלות מעשיות על טפול פיזי, או עצות בקשר להכנסת הקרוב למוסד. במרוצת הזמן התפתח מנגנון שלם של תמיכה קבוצתית, עם הדינמיקה שלה בכל קבוצה, וכן תמיכה אינדיבידואלית על ידי ביקור בית, או יצירת קשר עם השרותים הקהילתיים. צוות המועדונים רואה את הטפול במשפחות כחלק אנטגרלי של ארגון מלבב.

5. היקף הפעולות, כוח האדם ותקציב המועדונים

כפרק זה יוצגו נתונים מהם ניתן ללמוד על מסגרת הפעילות השוטפת במועדונים. נתונים אלה התקבלו מעובדי המועדונים אשר התבקשו לפרט לגבי היקף הפעולות במועדונים - קבועות ומיוחדות, ועל כח האדם שמפעיל פעולות אלה.

בשלושה מועדונים (להוציא תל-חי) מתקיימות 3 פגישות בשבוע, וכל פגישה נמשכת שעתיים עד שעתיים וחצי. בתל-חי מתקיימות שתי פגישות שבועיות, וכל פגישה נמשכת כשלוש וחצי שעות.

כוח האדם במועדונים כולל עובדים בשכר ומתנדבים. בכל מועדון יש רכזת ועוזרת לרכזת. בנוסף עליהן יש פיזיותרפיסטית, מרפאה בריקוד ומרפאה באומנות. כל העובדים בשכר הם בעלי הכשרה אקדמאית או מקצועית מתאימה, כגון בוגרי עבודה סוציאלית, עובדי הוראה או גרונטולוגיה. בחלק מהמועדונים יש מתנדבים שעוזרים בהסעה, או בזמן הפגישות עצמן.

בפעולות הקבועות במועדונים הרכזות מציינות את המרכיבים הבאים:

1. שיחה קבוצתית על נושא אקטואלי או בנושא שקשור למבקרים כגון תעסוקה בעבר, אינפורמציה על חגים שמתקרבים וכו'. הדגש בשיחות אלה הוא על הקשר למציאות העכשווית והשימוש הוא בטכניקה של

2. אחת מהפעולות הבאות: פיזיותרפיה, ריפוי במחול או ריפוי באומנות.

3. משחקים קבוצתיים (כדור, בינגו, קלפים), שירה או מלאכת יד.

פעולות מיוחדות - מבין הפעולות המיוחדות שהרכזות הזכירו היו: מסיבת חנוכה יחד עם בני/בנות הזוג, הכנת חנוכיות ולביבות לחנוכה, שיחה על תהליך הורדת הגשם וניסוי של הפיכת אדים לנוזלים, פגישה עם מנגן בכינור ושירה בציבור.

על פי הנתונים שנמסרו על ידי מלב"ב, במימון המועדונים השתתפו בשנת 1983/4 הגורמים הבאים:

1. השתתפות הקשישים - כ-5% מכלל התקציב
2. עיריית ירושלים - כ-20% מכלל התקציב
3. אש"ל (כולל משרד הרווחה) - כ-75% מכלל התקציב

6. מחקר הערכה - אוכלוסיה ושיטות

א. כללי

מחקר הערכה של הפרויקט התמקד במספר תחומים:

1. תאור כללי של הפעילות במועדונים
 2. תאור אוכלוסיית המבקרים והמטפלים העיקריים
 3. תאור ובחינת מרכיבי העומס הטיפולי והשפעתם על המטפלים העיקריים בבית ועל עבודת הרכזות במועדונים
 4. בחינת תרומת המועדונים למבקרים ולמטפלים העיקריים וגורמים הקשורים לדפוסי התרומה, וזאת בשני מישורים:
(א) בדיקת מידת השינוי לטובה או השיפור במצב ובהתנהגות המבקר ובמצב המטפלים בבית, מאז שהחל הקשר הטיפולי עם המועדון
(ב) הערכת התרומות בהשוואה למטרות של מתכנני הפרויקט.
- כפרוש ובניתוח ממצאי מחקר זה יש לקחת בחשבון את מספרם הקטן של הנבדקים, ניתוח הנתונים בחלק מהלוחות מצביע על מגמות בלבד.

ב. אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר כללה 46 מבקרים ו-46 מטפליהם העיקריים.

מטפל עיקרי הוגדר כאדם שהלערכת הרכזת במועדונים נושא בנטל העיקרי של הטיפול במבקר ונמצא בקשר שוטף עם המועדון ביחס למבקר ולפעילות במועדונים. אוכלוסיית המבקרים כללה את המבקרים שבקרו בארבעת המועדונים מאז נובמבר 1983 עד פברואר 1984. רשימות המבקרים סופקו ע"י רכזות המועדונים. מתוך רשימה של 52 התקבלו נתונים על 46 מבקרים ומטפליהם. לגבי 6 הנותרים לא התקבל מידע, היות שהראיונות עם המטפלים העיקריים לא יצאו לפועל בגלל קשיי שפה, התנגדות לעצם הרעיון וכו'.

התפלגות המבקרים לפי מועדונים היא כדלהלן:

מועדון קרית יובל	- 12 מבקרים
מועדון גבעת שאול	- 11 מבקרים
מועדון תל-חי	- 16 מבקרים
מועדון בית פומרנץ	- 7 מבקרים

ג. כלי המחקר ואיסוף הנתונים

תיכנון כלי המחקר נעשה בתאום מלא עם פרופ' א. רוזין וגב' לאה אברמוביץ ובשיתוף רכזות המועדונים. התקיימו מספר פגישות לצורך קבלת הערות וחוות דעת לגבי בחירת תחומי המחקר ואופן הביצוע.

עקב תיפקודה המנטלי הירוד של אוכלוסיית המבקרים הוחלט לא לראיין את המבקרים עצמם, ולהסתפק בהערכה באמצעות המטפלים בבית והרכזות במועדונים. להלן פרוט כלי המחקר:

1. ראיון עם המטפל העיקרי - הראיון בוצע בביתו של המטפל באמצעות שאלון מובנה, המורכב משני חלקים. בחלק אחד המטפלים התבקשו להתייחס למבקר, ובחלק השני התבקשו להתייחס לעצמם. מרבית השאלות היו סגורות ומקצתן פתוחות.

2. שאלון למילוי עצמי לרכזות - כל רכזת התבקשה למלא שאלון על כל אחד מהמבקרים במועדון שלה. השאלון היה מורכב ברובו משאלות סגורות ומספר שאלות פתוחות.

3. שאלון לרכזות ולאנשי הצוות הקבוע - הרכזות ויתר אנשי צוות התבקשו למלא שאלון על פרטיהם האישיים, כישוריהם המקצועיים והערכה כללית של פעולות המועדונים. בסך הכל התקבלו שאלונים מ-11 אנשי צוות.

לפני תחילת ביצוע הראיונות נשלח לכל המטפלים מכתב המבהיר את מטרת המחקר וכן רכזות המועדונים התבקשו לשוחח על כך עם המטפלים. בעקבות המכתב נקבע בשיחה טלפונית עם המטפל מועד לראיון בביתו. את הראיונות ערכו שלוש חוקרות ושתי מראינות שהודרכו לכך מראש. הראיון נמשך בין 60 ל-90 דקות. רוב הראיונות נערכו תוך שיתוף פעולה מלא מצד המטפלים.

ד. תחומי המחקר

באמצעות השאלונים נאספו הנתונים בתחומים הבאים:

א. בהתייחס למבקרים במועדונים

1. נתונים אישיים - מין, גיל, הרכב משק בית, מצב משפחתי, ארץ לידה, שנת עליה, השכלה, משלח יד, תנאי מגורים, מספר ילדים, הכנסה.

2. מצב בריאות ותפקוד - מחלות פיסיולוגיות, עיקריות, מצב רגשי, רמת תפקוד פיסי בטיפול אישי, נילדות בבית ומחוצ לבית, שימוש במכשירי עזר שונים, יכולת לבצע פעולות משק בית, רמת תפקוד קוגניטיבי בתחומים של זכרון, התמצאות בזמן ובמקום, התנהגות בחברה, ויכולת ליצור קשר עם אחרים.

3. בעיות התנהגות במועדון וצורת התמודדות של הרכזות עם בעיות אלה.

4. הערכת תרומה ושינויים אצל המבקרים : הערכה כללית של התרומה, הערכת שינויים בתפקוד בבית ובמועדון, הערכת שינויים במצב הריגשי והקוגניטיבי.

ב. בהתיחס למטפלים העיקריים

1. נתונים אישיים - סוג המטפל, גיל, ארץ מוצא, מצב משפחתי, מספר ילדים, מצב תעסוקתי, מצב בריאות, מצב כלכלי.

2. קשיים בטיפול ועומס טיפולי - סוג הקשיים בטיפול, הזמן המוקדש לטיפול, רגשות סוביקטיביים של קושי סביב הטיפול, הנכונות להמשיך בטיפול ותוכניות בקשר לסידור מוסדי.

3. מקורות עזרה מבחוץ ותדירות עזרה.

4. תרומות המועדונים למטפלים : - הערכה כללית של תרומה והערכה בתחומים ספציפיים כמו זמן פנוי רב יותר, איכות חיים, קשר עם אנשים, הבנה טובה יותר של התנהגות המבקר, אפשרות פניה למועדון בתקופת משבר.

5. המלצות לשינויים ושיפורים במועדון.

ג. בהתיחס למועדונים

1. תאור ההתפתחות, פעילות שוטפת, כוח האדם, תקציב.

מ מ צ א ל י ם

1. תאור אוכלוסיית המחקר

בפרק זה מוצגים נתונים על אוכלוסיית המבקרים במועדונים ועל המטפלים העיקריים שלהם בתקופת עריכת המחקר. המטרה היא לתאר את האוכלוסייה לפי איפיונים שונים, וזאת במגמה להשוותה במידת האפשר לאוכלוסיות קשישים אחרות שמצבם דומה.

1.1 נתונים דמוגרפיים של המבקרים

אוכלוסיית המחקר מנתה כאמור 46 מבקרים, מהם 59% גברים ו-41% נשים. 70% מהאוכלוסייה היו נשואים, כ-90% מהגברים נשואים ולעומתם פחות ממחצית מהנשים נשואות. 5 מבקרים התגוררו לבד, 21 עם בת/בן זוג בלבד, 8 נוספים התגוררו עם בן/בת זוג ואחרים (ילדים כדרך כלל) ו-12 מבקרים התגוררו במשק בית משותף עם ילדים או קרובים רחוקים אחרים.

לוח מס. 1 - מצב משפחתי וצורת מגורים של המבקרים לפי מין (אחוזים)

מצב משפחתי/ צורת מגורים	מין	גברים	נשים
סה"כ	מספרים אחוזים	(27) 100	(19) 100
לא נשוי, גר לבד		4	21
לא נשוי, גר עם אחרים		11	48
נשוי, גר עם בן זוג בלבד		59	26
נשוי, גר עם בן זוג ואחרים		26	5

מלוח מס. 1 בולט ההבדל בדפוס המגורים בין גברים לנשים, אשר מלמד גם על הבדלים חשובים במערך המשאבים הפוטנציאליים של המבקרים. דפוס המגורים השכיח של גברים היה עם בת זוג או בת זוג ואחרים, ולעומת זאת מצבן של הנשים היה קשה יותר: בקרב הנשים היה שיעור ניכר של לא נשואות המתגוררות לבד או עם אחרים (ילדים או קרובי משפחה אחרים). בשל ההבדל במצב המשפחתי יש הבדל בין גברים ונשים גם מבחינת סוג המטפל העיקרי. בעוד שלושה רבעים מהגברים מטופלים על ידי בנות זוג, ורק רבע על ידי ילדים ואחרים, מחצית מהנשים מטופלות על ידי הילדים ואחרים.

הגיל הממוצע של המבקרים היה 73.1, כאשר טווח הגילאים נע בין 55 ל-92. כמחצית מהאוכלוסייה הם בגיל 75 ל-85 שנה. 63% הם ילידי אירופה אמריקה, 28% הם ילידי אסיה ואפריקה ומיעוטם ילידי הארץ. רוב רובם של המבקרים (ילידי אירופה ואפריקה) עלו לארץ בשנים הראשונות לאחר קום המדינה ורק 20% עלו לארץ לאחר 1970 או אף מאוחר יותר. ניתן לאפיין את האוכלוסייה כבעלת השכלה גבוהה יחסית. 37% סיימו בית ספר מקצועי על יסודי ו-17% נוספים למדו יותר מ-12 שנות לימוד. עברם המקצועי של המבקרים תואם את השכלתם. 22% היו עקרות בית, 24% עסקו במקצועות אקדמאיים או חופשיים, 30% נוספים היו פקידים, אנשי מכירות, או בעלי עסק ו-24% היו פועלים.

השוואת ארבעת המועדונים, מצביעה על מספר הבדלים במאפיינים הדמוגרפיים של המבקרים. במועדון תל-חי ובבית פומרנץ שיעור המבקרים ילידי אסיה-אפריקה גבוה יחסית לשני המועדונים האחרים בהם רוב האוכלוסייה הם ילידי אירופה אמריקה. במועדון תל-חי יש שיעור גבוה יחסית של מבקרים שאינם דוברי עברית, ושיעור המבקרים שהנם צעירים יותר הוא גבוה בהשוואה למועדונים האחרים. מאחר והמועדונים הם שכונתיים יתכן שהבדלים אלה משקפים הבדלים דמוגרפיים קיימים בין השכונות בעיר, לרבות הבדלים בארץ מוצא.

ניתן לקבל אינדיקציה ראשונית על המערכת המשפחתית המורחבת של המבקרים ממספר הילדים, בסך הכל ל-87% מהמבקרים יש ילדים, ל-38% מתוכם היה ילד או שניים, לשיעור דומה 3 או 4 ילדים ול-28% - 5 ילדים ויותר. למבקרים רבים (70%) יש לפחות ילד אחד המתגורר בירושלים. נתון מעניין הוא ההבדל המשמעותי בין גברים לנשים בגודל המשפחה המורחבת, אחוז הגברים שיש להם מספר רב יחסית של ילדים גדול יותר מאשר זה של נשים.

על פי נתונים אלה נראה, שלמועדונים מגיעה אוכלוסייה "מיוחדת" מכמה בחינות. מגיעים יותר גברים למרות ששיעורם באוכלוסיית הקשישים נמוך מזה של נשים, ומגיעים יותר גברים נשואים, שיש להם בפוטנציה מערך תמיכתי רחב יותר מזה של הנשים, שחלק ניכר מהן בודדות או עם מספר קטן יותר של ילדים. נשאלת השאלה כיצד ניתן להסביר את משקלם הגבוה יחסית של הגברים באוכלוסיית המבקרים? האם הדבר משקף שיעור פגיעה אורגנית שונה בין גברים ונשים? אמנם מחקרים אפידמיולוגיים קיימים אינם מכסים את כל סוגי הפגיעות האורגניות המאפיינות את אוכלוסיית המבקרים במועדונים, אך המחקרים המתייחסים רק לשיעורי הדמנציה אינם מצביעים על קיום הבדלים לפי מין. יתכן כי ההבדל בין שיעור הגברים והנשים במועדונים נובע משיעור אישפוז גבוה יותר של נשים שרובן אלמנות, עקב העדר מטפלים ומסגרת משפחתית תומכת, ולכן בקהילה יש יחסית, פחות נשים עם פגיעה אורגנית.

1.2 מצב כלכלי סביבתי

נבדקו שני תחומים המעידים על תנאייהם החומרניים של המבקרים - מקורות ההכנסה שלהם ותנאי מגורים. הממצא הבולט ביותר הוא שבקרב המבקרים שהם יחסית ותיקים בארץ וחלקם הגדול עבד בעבר, שיעור הזכאות להשלמת הכנסה היה גבוה. 84% מהמבקרים מקבלים קיצבת זיקנה או נכות והשלמת הכנסה. מיעוטם (16%) מקבלים קיצבת זיקנה או נכות בלבד, דהיינו, הם נהנים מהכנסות כגון פנסיה מעבודה, בנוסף על הקיצבה.

מחצית מהמבקרים הם בעלי הדירה בה הם מתגוררים, והיתר גרים בשכירות או בדמי מפתח. מחשבות לשאלה פתוחה לגבי בעיות בדור, נראה שבאופן כללי רוב רובה של האוכלוסייה נהנה מתנאי מגורים סבירים (כגון גודל דירה, מצב הדירה, ציוד וכו'). בחלק גדול מהדירות יש טלפון. הקושי העיקרי שהוזכר ביחס ל-22% מן המבקרים הוא מספר מדרגות רב מדי בהתחשב במגבלותיהם הפיסיקות.

1.3 מצב בריאות

הנתונים על מצבם הבריאותי של המבקרים התקבלו מהמטפלים העיקריים בבית ומרכזות המועדונים. המטפלים התבקשו לציין מהי הבעיה הבריאותית העיקרית והאם יש מחלות נוספות מהם המבקרים סובלים. ההגדרות והסימפטומים שציינו המטפלים מוינו למספר קבוצות כלליות המוצגות בלוח מס. 2.

לוח מס. 2 - התפלגות המבקרים לפי בעיות בריאות עיקריות על-פי דוח מטפלים ורכזות (במספרים מוחלטים)

לפי רכזות	לפי מטפלים	הבעיה הרפואית
45	*42	סה"כ
23	18	מאורע מוחי
8	8	פרקינסון
5	10	דמנציה וסקלרוזה
7	6	בעיות זיקנה
2	-	בעיה נפשית

(* לא התקבלו נתונים לגבי כל המבקרים.)

הנתון הבולט ביותר בלוח מס. 2 הוא שהבעיה העיקרית של רוב המבקרים קשורה לפגיעה במערכת העצבים המרכזית או ההקפית, כמו מאורע מוחי (C.V.A), פרקינסון, או דמנציה מסוג אלצהיימר. לגבי האחרים התמונה ברורה פחות והבעיה מתוארת כשכחה, בלבול או הזדקנות. נתונים אלה מעידים שרוב רובם של המבקרים כלולים באוכלוסיית היעד של המועדונים - דהיינו קשישים הסובלים מפגיעה אורגנית.

מנתונים נוספים מתברר שמלבד בעיות אלה המבקרים סובלים ממחלות כרוניות נוספות; 35 מבקרים סובלים ממחלות כלי דם ולחץ דם (מחלה המתקשרת גם לבעיה העיקרית), 8 מבקרים סובלים מסכרת ו-13 נוספים מבעיות במערכת העצבים. 13 מבקרים אושפזו לפחות פעם אחת בבית חולים בשנה שקדמה לביצוע המחקר.

1.4 יכולת תפקוד פיסי

בפרק זה מוצגים נתונים המתארים את מידת התלות של המבקרים בתחומים השונים של יכולת תפקוד פיסי יומיומי. המטפלים העיקריים התבקשו לציין כיצד הם מעריכים את מידת העצמאות של המבקר בתחום של טיפול אישי, שכלל רחצה, אכילה והלבשה, שימוש בשרותים, יכולת להכנס ולצאת מהמיטה. תחום שני כלל נידות: לעלות ולרדת במדרגות, ולצאת לסביבה הקרובה, והתחום השלישי כלל עבודות בית קלות.

לוח מס. 3 - מידת התלות של המבקרים לפי תחומי תפקוד פיסיים

תחום תפקודי/מידת התלות	סך-הכל במספרים	סך-הכל אחוזים	זקוק לעזרה מלאה	זקוק לעזרה חלקית	עצמאי לחלוטין
הלבשה	(46)	100	35	37	28
רחיצת ידיים ופנים	(46)	100	18	17	65
רחצה במקלחת או באמבטיה	(46)	100	74	4	22
אכילה ושתייה	(46)	100	9	19	72
שימוש בשרותים	(46)	100	15	18	67
נכנס ויוצא מהמיטה	(46)	100	11	30	59
עולה ויורד במדרגות	(46)	100	28	18	54
יוצא לסביבה הקרובה	(*38)	100	39	18	43
מכין תה, קפה	(45)	100	53	14	33
עושה עבודות נקיון קלות	(*38)	100	63	8	29

(* לגבי חלק מפעולות אלה אין מידע עבור כל המבקרים.)

מלוח מס. 3 ניתן ללמוד על מספר מאפינים כלליים של יכולת התפקוד של המבקרים. בתחום של הטיפול האישי רמת התלות הגבוהה ביותר בעזרת אחרים נמצאה ברחצה במקלחת או באמבטיה. גם בתחום של הלבשה שיעור ההזדקקות לעזרה מלאה או חלקית מהזולת הוא גבוה יחסית. לשם השוואה, בסקר על כלל הקשישים בבני ברק (זילברשטיין 1982) נמצא ששיעור ההזדקקות לעזרה מלאה בפעולות יום יום בקרב אנשים בני 65 ומעלה הוא 2.1% ובקרב אנשים בני 85 הוא 12% ואילו שיעור ההזדקקות לעזרה מלאה ברחצה בקרב המבקרים במועדונים הוא 74%. בתחום של ניידות, 28% מהמבקרים זקוקים לעזרה מלאה לעלות ולרדת במדרגות, ולשם השוואה 1.3% מכלל הקשישים בבני-ברק זקוקים לעזרה מלאה בניידות. השוואה זו מעידה שרמת התלות באחרים בקרב אוכלוסיית המבקרים גדולה באופן משמעותי בהשוואה לרמת התלות של אוכלוסיית הקשישים הכללית, ואף בהשוואה לאנשים בקבוצות הגיל הגבוהות ביותר שאופינו בבני-ברק בשיעורי מוגבלות גבוהים.

באשר לניידות יצויין כי 18 מבקרים משתמשים במקל הליכה והליכון ולגבי 5 מבקרים המטפלים מעריכים שהם זקוקים לכסא גלגלים. בתחום של עבודות בית קלות, נמצא שגברים זקוקים ליותר עזרה מאשר נשים. סביר להניח, שהבדלים אלה נובעים בעיקר מהבדלים בעיסוקים המסורתיים של הנשים והגברים באוכלוסייה.

הבדל משמעותי נוסף באוכלוסייה נמצא בין מבקרים לא נשואים שהתגוררו לבד לבין אלה הנשואים שהתגוררו עם בת או בן זוג. כללית, תפקודם של אנשים לא נשואים המתגוררים לבד או לבד ועם ילדים וקרובים אחרים טוב יותר מאלה שהתגוררו עם בת או בן זוג. נתון זה תואם את ההשערה המקובלת שהעובדה שיש לקשיש המוגבל באופן משמעותי בן או בת זוג מאפשרת לו להשאר בקהילה, בעוד שקשישים מוגבלים בודדים נוטים יותר להכנס למסגרת מוסדית. מכאן, קשישים שאינם נשואים ומתגוררים בקהילה הינם למעשה אלה שמצב תפקודם טוב יותר.

דרך נוספת לבחון את חומרת המוגבלות ביכולת התפקוד הפיסי של המבקרים, היתה לבדוק את מספר התחומים בהם מבקר מוגבל מאוד, דהיינו זקוק לעזרה מלאה. מדד זה מראה (לוח מס. 4) שיש מספר רמות מוגבלות ותלות. 9 מבקרים אינם זקוקים לעזרה רבה באף אחד מהתחומים, 22 מבקרים (כמחצית) מוגבלים מאוד ב-2 או 3 תחומים, ואילו 6 מבקרים מוגבלים מאוד בשישה תחומים ויותר, דהיינו, כפי שידוע, מוגבלות בתחום אחד מלווה בדרך כלל במוגבלויות במספר תחומי תפקוד נוספים.

לסיכום פרק זה יאמר כי 37 מבקרים תלויים במידה רבה בעזרת הזולת, לפחות בתחום אחד של תפקוד פיסי, ולחלק ניכר מהמבקרים יש תלות מלאה בשנים או בשלושה תחומים. תשעה מבקרים מהווים קבוצה עצמאית יותר והם זקוקים לעזרת אחרים באופן חלקי בלבד.

לוח מס. 4 - התפלגות המבקרים לפי מספר תחומי תפקוד בהם יש הזדקקות לעזרה מלאה
(במספרים מוחלטים)

מספר המבקרים	מספר התחומים בהם יש הזדקקות לעזרה מלאה
סה"כ 46	
9	0
3	1
12	2
10	3
3	4
3	5
2	6
0	7
1	8
3	9

1.5 יכולת תפקוד קוגניטיבי

בפרק זה נתיחס לתוצאות הפגיעה האורגנית בתחום של תפקוד קוגניטיבי. השינויים החלים בתפקוד הקוגניטיבי מתוארים בספרות כשינויים הדרגתיים, או כהליך. בשלב הראשון נפגע הזכרון, וכתוצאה מכך נפגעת מאוד היכולת ללמוד דברים חדשים, בעוד שזכרונות מהעבר הרחוק או מנהגים ישנים נשמרים יותר אצל האדם. בשלב מאוחר יותר חלה ירידה ביכולת ההפשטה, ביכולת לפתור בעיות ולהחליט החלטות. בשלב השלישי בולטים שינויים חריפים באישיות, וביכולת הפרט לדאוג לעצמו (גם כאשר הוא מסוגל לכך באופן פיסי) ומתגלה שיפוט לקוי לגבי התנהגות חברתית.

על מנת להעריך את התפקוד הקוגניטיבי של המבקרים במועדונים, נתבקשו המטפלים לדווח על מידת היכולת של המבקרים בתחומים שהם אינדיקטיביים לאספקטים השונים של הפגיעה ולתהליך שהוזכר לעיל. הנתונים התקבלו באמצעות מטפלים, ולא היה נסיון להשתמש במבחנים הקוגניטיביים המקובלים להערכת אוכלוסייה דמנטית. התחומים שנבדקו הם:

- א. זכרון לטווח ארוך
 - האם המבקר זוכר שמות בני משפחה
 - האם המבקר זוכר שמות חברים או שכנים ותיקים
- ב. זכרון לטווח קצר
 - האם המבקר זוכר שמות של אנשים חדשים
 - האם המבקר מסוגל לספר מה עשה אתמול
 - האם המבקר זוכר היכן שם דברים בבית
- ג. התמצאות
 - האם המבקר זוכר את הכתובת שלו
- ד. התנהגות
 - האם המבקר מתנהג בסדר בחברה
- ה. מעורבות ועניין בסביבה
 - האם המבקר מתעניין בבית ובמשפחה
 - האם המבקר מתעניין בחדשות
 - האם המבקר מדבר עם אנשים בבית ומחוץ לבית
- ו. תחומי תפקוד קוגניטיבי נוספים
 - יכולת לטלפן בכוחות עצמו (פיזי וקוגניטיבי)
 - יכולת לזהות ולקחת תרופות בכוחות עצמו.

לוח מס. 5 - יכולת התפקוד בחומים קוגניטיביים (באחוזים)

התחום הקוגניטיבי/יכולת תפקוד	ס ה " כ במספרים	באחוזים	בדרך כלל	לפעמים	לעתים רחוקות	כמעט אף פעם לא
1. זוכר שמות בני משפחה	(46)	100	56	22	4	18
2. זוכר שמות של חברים או שכנים ותיקים	(46)	100	41	15	13	31
3. זוכר שמות של אנשים חדשים	(43)	100	21	12	18	49
4. מסוגל לספר מה עשה אתמול	(45)	100	36	11	11	42
5. זוכר את הכתובת	(43)	100	60	-	12	28
6. זוכר היכן הניח דברים	(45)	100	27	13	18	42
7. מתנהג בסדר בחברה	(44)	100	75	11	3	11

לוח מס. 6 - מידת ההתענינות בסביבה (אחוזים)

תחומי התענינות	ס ה " כ		מדת התענינות מתענין הרבה	התענינות מתענין בכלל לא מתענין
	במספרים	באחוזים		
מתענין במה שקורה בבית במשפחה (46)	100	32	35	33
מתענין בחדשות (45)	100	29	27	44

בלוח מס. 5 ניתן לראות שכאשר מדובר במשתנים הבודקים זכרון לטווח ארוך, כגון זכרון לשמות בני משפחה וחברים ותיקים, זכרון לכתובת וכן התנהגות חברתית, שיעורי המבקרים בעלי תפקוד תקין גבוהים (56%-75%), לעומת תחומים הבודקים זכרון לטווח קצר (שמות אנשים חדשים, היכן הניח דברים (21%-27%), או מעורבות בנעשה מסביב (29%). לצורך ההשוואה יצוין שבמחקר על כלל אוכלוסיית הקשישים בבני-ברק (1981, זילברשטיין), נמצא שרק 6% מהקשישים במדגם היו בעלי ליקוי קוגניטיבי קשה.

ממד נוסף בפגיעה הוא בקושי ליצור קשר עם הסביבה. בתשובה לשאלה האם המבקר מדבר עם אנשים בבית ומחוץ לבית, אמרו המטפלים שכשליש מהמבקרים מנהלים שיחות מיוזמתם עם אנשים בבית ומחוץ לבית, 39% מגיבים רק כאשר פונים אליהם, 14% מגיבים לעתים רחוקות או אינם מדברים כלל. יתר על כן כ-70% מהקשישים אינם מסוגלים לטלפן בעצמם עקב מוגבלות פיסית וקוגניטיבית וכמחציתם אינם מזהים את התרופות ואינם מסוגלים לקחתם בכוחות עצמם. כאמור גם בתחום של מעורבות בסביבה המשפחתית או הרחבה יותר, שיעורי ההתנהגות התקינה היו נמוכים (ראה לוח מס. 6).

בתחום הקוגניטיבי נבחנה חומרת הפגיעה ע"י בדיקת מספר התחומים בהם כל מבקר מתקשה לתפקד, ז"א, מסוגל לתפקד לעתים רחוקות או כמעט אף פעם לא.

לוח מס. 7 - התפלגות המבקרים לפי מספר תחומים בהם התפקוד הקוגניטיבי לקוי (במספרים מוחלטים)

מס. מבקרים	מספר תחומים בהם יש לקוי
8	0
6	1
10	2
5	3
5	4
3	5
2	6

* האינדקס מתיחס רק ל-39 מבקרים מאחר שעבור חלק מהם חסרה אינפורמציה במשתנה אחד או בשניים.

כלוח מס. 7 ניתן לזהות 8 מבקרים שאינם סובלים מליקוי קוגניטיבי לפי הגדרה זו. 5 מבקרים פגועים קשה בחמישה או בשישה משתנים, 20 מבקרים סובלים באופן חמור ב-2-4 תחומים. בניתוח הקשרים בין התחומים הקוגניטיביים השונים נמצא שלזכירת שמות משפחה, לזכירת שמות חדשים ולהתנהגות בחברה יש מתאם גבוה עם התפקודים האחרים. ניתן להסיק מכך שמשתנים אלה יכולים לשמש כבסיס לניבוי יכולת התפקוד בשאר התחומים.

בסיכום פרק זה יאמר כי הממצאים מצביעים על אוכלוסייה בעלת יכולת קוגניטיבית מוגבלת בעיקר בתחומים של יכולת ללמוד דברים חדשים ולזכור אינפורמציה חדשה, וניתן להבחין בין המבקרים בקבוצות בעלי חומרת מוגבלות שונה. למוגבלויות אלה יש השלכות משמעותיות על יכולת התפקוד היומ-יומי ועל היכולת ליצור קשר עם הסביבה בה הם חיים.

1.6 הקשר בין תפקוד פיסית לקוגניטיבי

בפרקים האחרונים הוצגו בנפרד נתונים המתייחסים ליכולת התפקוד הפיסי והקוגניטיבי של המבקרים במועדונים. הנתונים מורים שבכל תחום תפקודי ניתן להבחין בין קבוצות בעלות דרגת ליקוי שונה. מתעוררת אפוא השאלה, מה מידת הקשר בין שני תחומי התפקוד האלה? על מנת לבדוק את הקשר נבנו שני אינדקסים, המחלקים את המבקרים לפי שלוש רמות של מוגבלות בכל תחום. טווח הציונים בתחום תפקוד הפיסי נע מ-8 (עצמאי ביותר) ל-24 (התלוי ביותר). טווח הציונים בתחום התפקוד הקוגניטיבי נע מ-11 (בתפקוד הטוב ביותר) ל-44 (הלקוי ביותר).

לוח מס. 8 - התפלגות המבקרים לפי רמות התפקוד הפיסי והקוגניטיבי (במספרים)

רמת תפקוד פיסית / רמת תפקוד קוגניטיבי	במזכה	כינונית	גבוהה
סה"כ	15	14	15
נמוכה	9	5	2
כינונית	5	5	5
גבוהה	1	4	8

$$\chi^2 = 10.04$$

$$p = 0.04$$

מלוח מס. 8 עולה שבקרב אוכלוסיית המבקרים קיים קשר מובהק בין שני התחומים. יש רק מעט מבקרים שאופינית להם פגיעה חמורה בתחום הפיסי ופגיעה קלה בתחום הקוגניטיבי, או להיפך. העובדה שיש מתאם גבוה בין תפקוד פיסי לקוגניטיבי מאפשרת לבנות משתנה חדש המשלב את שני התחומים, ואשר מבטא את מצב המבקרים בשני התחומים גם יחד. שילוב זה יוצר 4 דרגות תפקוד פיסי-קוגניטיבי. בקצה אחד של הדרוג נמצאים מבקרים המתפקדים טוב יחסית בשני התחומים, ובקצה השני, מבקרים המתפקדים באופן לקוי ביותר בשני התחומים. המשתנה החדש נקרא תפקוד פיסי-קוגניטיבי.

לוח מס. 9 - התפלגות המבקרים לפי רמת תפקוד פיסי-קוגניטיבי (אחוזים)

רמת תפקוד סה"כ	שיעור המבקרים *39	במספרים באחוזים
1. גבוהה	21	
2. בינונית-גבוהה	23	
3. בינונית-נמוכה	33	
4. נמוך ביותר	23	

(* האינדקס מתיחס רק ל-39 מבקרים מאחר שעבור חלק מהם חסרה אינפורמציה במשתנה אחד או בשנים.

יש לציין שלא נמצאו הבדלים בין ארבעת המועדונים בהתפלגות משתנה זה. כך לא נמצא הבדל בין גברים לנשים אולם נמצא שרמת התפקוד יורדת ככל שגיל המבקר עולה. כך נמצא ששיעור בנות הזוג והילדים המטפלים במבקרים מוגבלים מאד, גבוה יחסית לשיעור המטפלים האחרים.

לסיכום, למועדונים הפסיכוגריאטריים מגיעה אוכלוסייה המאופינת ברמות שונות של מוגבלות בתחום הפיסי והקוגניטיבי, וקיים מתאם גבוה בין חומרת המוגבלות בשני התחומים.

1.7 מצב נפשי

לפגיעה אורגנית יש השפעות ישירות פיזיות ושכליות, כחלק מהפגיעה, וכן השפעות עקיפות המתבטאות במצב הנפשי של המבקר. בדיקת המצב הנפשי של המבקר חשובה עקב השפעתו על סוג ועומס הטיפול בבית והסיוע הדרוש במועדון.

לוח מס. 10 - התפלגות המבקרים, לפי מצב נפשי אופייני (אחוזים)

תאור המצב הנפשי	
סה"כ באחוזים	100
מצב רוח טוב	37
מדוכא, עצוב	21
אדיש, שקוע בעצמו	22
כועס	11
חשדן	4
לא שקט	5

בלוח מס. 10 בולטות שלוש קבוצות עיקריות: מבקרים שמצב רוחם טוב בדרך כלל (37%), מבקרים מדוכאים ועצובים (20%), וכאלה שבדרך כלל אדישים או שקועים בעצמם (22%). שיעורי המבקרים שמאפיו אותם מצב של אי-שקט, חשדנות או התפרצויות כעס נמוכים יותר. נמצא שיש הבדלים במצב הנפשי לפי מין. בקרב נשים נמצא שיעור גבוה יותר של מקרים אדישים ואילו בקרב הגברים שיעור גבוה יותר שמאפיו אותם אי-שקט. יתכן שהבדלים אלה מבטאים שוני בביטוי הנפשי הרגשי של הפגיעה, אולם אין לנו עדויות על כך ממחקרים אחרים.

מענין היה לבדוק האם קיים קשר בין המצב הנפשי לבין רמת התפקוד הפיסי או הקוגניטיבי של המבקר. כאשר נבדק הקשר בין מצב נפשי לבין התפקוד הפיסי, נמצא, כצפוי, שליכולת תפקוד פיסי טובה אופייני מצב רוח טוב. יכולת תפקוד פיסי לא נמצאה קשורה למצבים הנפשיים האחרים. לעומת זה נמצא קשר בין יכולת תפקוד קוגניטיבי לבין דכאון. בלוח מס. 11 בולט, שככל שהתפקוד הקוגניטיבי טוב יותר, כך עולה שיעור המבקרים שאופייני להם מצב של דכאון, ואלו כרמות תפקוד נמוכות שיעור הדכאון נמוך ביותר. לא נמצא קשר משמעותי בין תפקוד קוגניטיבי למצבים נפשיים אחרים. יתכן מאוד, שתגובה דכאונית היא תגובה אופיינית יותר לאנשים הנמצאים בשלבים הראשונים של ירידה קוגניטיבית. בשלב זה אנשים עדיין מבינים ומודעים למצבם ולעצם ההדרדרות ומגיבים בהתאם. בשלבים מאוחרים יותר של המחלה אין מודעות לחומרת המצב, והתגובה הנפשית האופיינית יותר היא של אפאטיה או הינתקות. בנוסף, כאשר החולה דמנטי, קשה להבחין בין דכאון ודמנציה, ויתכן שכאשר התפקוד נמוך המטפלים מייחסים את המצב לדמנציה ולא לדכאון.

לוח מס. 11 - התפלגות המבקרים לפי רמת תפקוד קוגניטיבי ודכאון
(במספרים מוחלטים)
 $N = 44$

דכאון	רמת תפקוד קוגניטיבי		
	נמוכה	בינונית	גבוהה
סה"כ	15	14	15
אין	13	8	7
יש	2	6	8

לסיכום, הממצאים בפרק מצביעים על כך, שמצבם הנפשי של המבקרים קשור לחומרת הפגיעה הפיסית והקוגניטיבית. תפקוד פיסי טוב יותר מלווה במצב רוח טוב יותר, אולם רמת המודעות וההבנה של מהות המחלה קשורה כפי הנראה להופעת תגובה דכאונית.

1.8 תאור המטפלים העיקריים

בפרק זה יתוארו המטפלים העיקריים במבקרים. הקבוצה הגדולה ביותר של מטפלים הם בני הזוג: 20 בנות זוג ו-6 בני זוג. הקבוצה השנייה בגודלה הם ילדי המבקרים והיא כוללת 13 בנות ו-2 בנות. הקבוצה השלישית מונה 5 מטפלים ביניהם עובדת סוציאלית וקרובי משפחה רחוקים. בולטת העובדה ש-80% מבין המטפלים הן נשים. בולט בלוח ששיעור ניכר מן הגברים במועדונים מטופלים על ידי בנות הזוג ואילו שיעור ניכר מן הנשים מטופלות על ידי ילדים וקרובי משפחה אחרים.

לוח מס. 12 - התפלגות סוג המטפל, לפי מין המבקר (במספרים מוחלטים)

סוג המטפל	מין המבקר	
	גברים	נשים
סה"כ	27	19
בת זוג	20	-
בן זוג	-	6
ילדים	6	9
אחרים	1	4

העובדה שיש 15 ילדים, שהם המטפלים העיקריים, משפיעה על האפיונים הדמוגרפיים של כלל קבוצת המטפלים. רבע מהמטפלים הם ילידי הארץ. 87% מהמטפלים נשואים, ולחלקם ילדים קטנים מתחת לגיל 10. ל-27% השכלה תיכונית וליותר משליש השכלה על-תיכונית. כ-40% מהמטפלים עובדים, מחציתם במשרה מלאה והיתר במשרות חלקיות. יש לציון, שמחצית מבני הזוג המטפלים עבדו בתקופת המחקר, ושני שלישי מן הילדים עבדו אף הם. לעומת זאת רק 20% מבנות הזוג עבדו מחוץ לבית. שיעור ניכר מבין אלה שעבדו (73%) עסקו במקצועות אקדמאיים או חופשיים. לרוב המטפלים יש טלפון בבית ול-23% יש מכונית.

לוח מס. 13 - השוואת המטפלים על פי אפיונים שונים (באחוזים)

תאור האפיון	סה"כ אחוז	בת זוג	בן זוג	ילדים	אחרים	רמת P
סה"כ במספרים		(20)	(6)	(15)	(5)	
מצב בריאות לא טוב	24	45	17	7	0	0.14
הרעה במצב בריאות	20	40	17	0	0	0.11
מטפלים במבקר בן פחות מגיל 75	41	45	67	20	60	0.04
מטפלים במבקר לא מכיר ולא מסוגל לקחת תרופות	57	65	67	60	0	0.05
מטפלים במבקר בעל תפקוד פיסיונמוך	35	40	67	27	0	0.20
מטפלים במבקר בעל תפקוד קוגניטיבי נמוך	34	35	17	54	0	0.03

(* השיעורים בלוח הם מתוך סך האוכלוסייה בכל קבוצת מטפלים. נמצאו הבדלים משמעותיים בין המטפלים השונים במספר משתנים. אפשר לראות ששיעור ניכר מבנות הזוג (כמחצית) מדווחות שמצב בריאותן לא טוב ו-40% הרגישו שחלה הרעה משמעותית כתוצאה מהטיפול במבקר. שיעור בנות ובני הזוג המטפלים במבקרים בעלי מוגבלות תפקודית קשה גבוה יותר מזה של המטפלים האחרים. כשמדובר במוגבלות קוגניטיבית, שיעור בנות הזוג והילדים המטפלים במבקרים בעלי מוגבלות קשה גבוה יותר ממטפלים אחרים. בני ובנות זוג גם מדווחים שהכנסתם אינה מספיקה לצרכים שלהם, ולעומתם רוב הילדים מרגישים שהכנסתם מספקת.

מנתונים אלה ניתן להסיק, שבקרב המטפלים בנות הזוג הן הקבוצה הפגיעה יותר מבחינת המצב הבריאותי ואף הכלכלי. בנות הזוג מטפלות במבקרים בעלי התפקוד היום-יומי הנמוך ביותר, ואילו הקבוצה הקטנה שכוללת עובדת סוציאלית וקרובי משפחה רחוקים מטפלת במבקרים העצמאיים ביותר. ניתן אפוא לחזור ולסכם, שהטיפול בקהילה באנשים המוגבלים ביותר נעשה בתוך המסגרת הקרובה ביותר, שהיא המשפחה הגרעינית.

2. עומס טיפולי - מטפלים עיקריים

בפרק זה נתמקד בתאור ההרגשה הסוביקטיבית של העומס והקשיים בטיפול. בבחינת העומס נברקו מספר מימדים:

- סוגי הקשיים המתעוררים בטיפול
- זמן המוקדש לטיפול ולהשגחה
- רגשות המטפל סביב הטיפול
- הנכונות להמשיך ולטפל בבית לעומת העברה למוסד

לוח מס. 14* - קשיים בטיפול על פי דיווחי מטפלים (באחוזים)

תאור הקושי בטיפול	אחוז המזכירים קושי זה
1. קשיים פיסיים (להרים, לרחוץ)	59
2. הרגשת מתח ודכאון עקב המצב	35
3. דאגה וחוסר אונים לגבי המצב	33
4. ניתוק חברתי ובדידות של המטפל עקב הטיפול	30
5. העדר זמן לעצמם ולסידורים	24
6. תלות יתר של המבקר	15

(* כל מטפל יכול היה לציין מספר קשיים).

בלוח מס. 14 מוצגים הקשיים העיקריים בטיפול. על פי לוח זה ניתן לזהות שלושה תחומי קושי. הקושי הראשון הוא קושי פיסי הכרוך בטיפול עצמו. התחום השני הוא הקושי הנפשי שמתעורר עקב מצבו של המבקר. הביטויים לכך הם רגשות של מתח דכאון ודאגה סביב המצב הטיפולי או עייפות נפשית עקב התלות היתר במטפל. תחום הקושי השלישי קשור להעדר זמן פנוי וזאת כתוצאה מכך שזמן רב מוקדש לטיפול במבקר על חשבון קשרים חברתיים, התפנות לסידורים או זמן פנוי לעצמם. תחומי הקושי שנמנו דומים לקשיים עליהם מדווחים מחקרים אחרים. (Larit 1982) חקר את המשתנים הקשורים להרגשת העומס שמרגישים מטפלים בחולים דמנטיים. המשתנים שנמצאו קשורים להרגשה זו היו: העדר זמן לעצמם, תלות יתר של החולה במטפל, ודאגה של המטפל להתדרדרות נוספת במצבו של החולה. באוכלוסייה שלנו הודגש גם הקושי הפיסי הנובע מהמוגבלות הפיסית של המבקרים.

המרכיב השני שנבדק בעומס הטיפול הוא היקף הזמן המוקדש לטיפול ולהשגחה. המטפלים התבקשו לציין את מספר השעות ביום ואח מספר הימים בשבוע שהם מקדישים לטיפול. כן התבקשו המטפלים לציין את מספר השעות ביום שיש להשגיח על המבקר כי אין אפשרות להשאירו לבד. יש להניח, שקיימת חפיפה מסוימת בין הערכת זמן הטיפול והזמן המוקדש להשגחה. ההתייחסות להערכת הזמן משקפת הרגשה סובייקטיבית של השקעת זמן. נמצא ש-42 מטפלים מעריכים שהם מטפלים במבקר במשך כל ימות השבוע. רק 4 מטפלים מעריכים שהם מטפלים רק מספר ימים בשבוע. מבחינת מספר שעות טיפול ביום, 27 מטפלים מעריכים שהם מטפלים במבקר במשך 9 שעות ביום ויותר, 6 בין 5 ל-8 שעות ביום ו-13 משקיעים בטיפול 4 שעות או פחות ביממה. כצפוי נמצא שכלל שהמוגבלות התפקודית גדלה כך גדל מספר השעות ביום המוקדשות לטיפול, אולם לא נמצא קשר דומה עם מספר ימי הטיפול. באשר לצורך בהשגחה, שאף הוא הוגדר כמרכיב בעומס הטיפול, שליש מהמבקרים לא ניתן כלל להשאיר בבית ללא השגחה ושליש נוסף ניתן להשאיר לשעה או שתיים בלבד. כצפוי, נמצא שאלה שמתגוררים לבד אינם זקוקים להשגחה מלאה. ככל שהמצב הפיסי-קוגניטיבי ירוד יותר כך יש צורך בשעות השגחה רבות יותר ($p = 0.01$).

כאמור המימד השלישי המתאר את העומס הטיפולי היה בחינת רגשות ועמדות של המטפל סביב הטיפול. בפני המטפלים הוצגו שלושה משפטים, המתיחסים לרגשות שעשויים להתעורר במצבי טיפול. כל אחד מהמטפלים התבקש לציין באיזו מידה הוא מסכים או אינו מסכים עם הנאמר. המשפטים אתם מזדהים רוב המטפלים מבטאים את הרגשת הבדידות שמלווה את ההתמודדות בטיפול ואת הדאגה מפני התדרדרות במצבו של המבקר. רק רבע מהמטפלים הביעו כעס על חוסר עזרה מבני משפחה אחרים.

לוח מס. 15 - התפלגות רגשות המטפלים סביב הטיפול (באחוזים)

תאור ההרגשה	מספרים	אחוזים	אף פעם	לעיתים רחוקות	לעיתים קרובות
1. אני מרגיש שאני מתמודד לבד עם כל הטיפול, אף אחד לא עוזר	(45)	100	20	18	62
2. אני כועס על בני משפחה אחרים שלא עוזרים לי מספיק	(45)	100	65	11	24
3. אני דואג שמצב המבקר יהיה גרוע יותר ולי יהיה עוד יותר קשה	(45)	100	9	28	63

למרות הקשים השונים אותם ביטאו המטפלים בתחומים השונים, נמצא ש-46% מהם מוכנים להמשיך ולטפל במבקר ללא הגבלת זמן בכל התנאים, 27% מוכנים להמשיך במידה ויקבלו עזרה נוספת, 17% מוכנים להמשיך רק עוד תקופת זמן מסוימת ורק 22% ציינו שאין הם מוכנים להמשיך ולטפל עוד. הנכונות להמשיך בטיפול מתבססת על רגשות של קרבה, חיבה וקשר עם האדם במשך שנים. רק שיעור נמוך מבין המטפלים (16%) מדווחים שהם מוכנים להמשיך בטיפול מתוך חובה (חובת בת לאמה או אישה לבעלה).

המטפלים נשאלו, האם הם התעניינו בסידור מוסדי עבור המבקר. 26 מטפלים לא התענינו בעבר בהעברה למוסד כפתרון לקשים שלהם בטיפול. 9 מבקרים נמצאים ברשימת המתנה ו-7 מטפלים נוספים מעוניינים במוסד, אולם לא עשו עדיין צעדים למימוש ההחלטה. אלה ששוקלים פתרון מוסדי מרגישים שאינם מסוגלים להתמודד עם הטיפול או מעריכים שהמוסד יכול לספק טיפול אינטנסיבי וטוב יותר מאשר זה הניתן בבית.

יש לציין שמידת הנכונות להמשיך בטיפול וההתייחסות לסידור מוסדי לא נמצאו קשורים לרמת המוגבלות הפיסית והקוגניטיבית של המבקר, כמו כן לא נמצאו הבדלים מובהקים בין המטפלים לגבי העברה למוסד, אם כי שיעור הילדים המעוניינים בכך גבוה יותר יחסית לשאר המטפלים. מבין כל המשתנים שבדקים קשים בטיפול, רק הרגשת העומס עקב תלות המבקר נמצאה קשורה לאי-נכונות להמשיך בטיפול ($p = 0.03$).

אחת השאלות המעניינות בהבנת עומס טיפולי היא אלו משתנים קשורים להרגשת העומס? באופן מובהק הרגשות של קושי פיסית בטיפול, הרגשת דאגה, הרגשת תלות יתר במטפל, נמצאו קשורות לרמת תפקוד פיסית-קוגניטיבית של המבקר.

לוח מס. 16* - שיעור המטפלים שמציינים קשים בטיפול לפי רמת תפקוד פיסית-קוגניטיבית של המבקר (באחוזים)
 $N = 39$

P	רמת נמוכה ביותר	רמת בינונית			סה"כ אחוז שציינו קושי זה	סוג הקשים
		תפוקה בינונית נמוכה	גבוהה	גבוהה		
	9	13	9	8		סה"כ במספרים
0.01	100	54	67	25	50	שיעור המטפלים שציינו קשים פיסיים
0.01	44	62	11	0	33	שיעור המטפלים שציינו דאגה וחוסר אונים
0.008	56	8	11	0	15	שיעור המטפלים שציינו תלות יתר במטפל

(* השיעורים בלוח הם מתוך סך האוכלוסייה בכל קבוצה תפקודית.)

בלוח ניתן לראות, שככל שתפקוד הפיסי-קוגניטיבי נמוך יותר, כך גדלים שיעורי המטפלים המזכירים קשיים בטיפול. הקשיים שלא נמצאו קשורים לרמת התפקוד הם הרגשת ניתוק חברתי והעדר זמן פנוי. יתכן שההסבר לכך הוא שקושי של ניתוק חברתי והעדר זמן פנוי קיימים גם כאשר המבקר יחסית עצמאי בתפקודו. הרגשת זכאון ומתח נמצאה קשורה רק לרמת התפקוד הקוגניטיבי. מענין לציון שבמחקר אחר (Zarifi, 1982) לא נמצא קשר בין ההרגשה הסוביקטיבית של עומס טיפולי לבין רמת התפקוד הפיסי-קוגניטיבי.

כצפוי, ההרגשה של העדר זמן פנוי למטפלים נמצאה קשורה למשך הזמן המושקע בטיפול. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין סוגי המטפלים לפי סוגי הקשיים, אך שיעור בנות הזוג המדווחות על קשיים פיסיים ועל ניתוק חברתי והרגשת דאגה הוא גבוה קצת יותר מאשר בקרב מטפלים אחרים.

3. קשיים התנהגותיים ודרכי התמודדות בטיפול על פי דוח רכזות במועדונים

בפרק זה מוצגים נתונים המתייחסים לקשיים טיפוליים שמתעוררים במסגרת העבודה עם המבקרים במועדונים. נעשה ניסיון לזהות ולאפיין את ההתנהגויות של המבקרים המהוות קושי טיפולי, ולבחון באלו אמצעים ודרכים משתמשות הרכזות על מנת להתמודד עם קשיים אלה. העובדה שעבודת המטפלים במועדונים היא עם אוכלוסייה שמתפקדת ברמה פיסית וקוגניטיבית נמוכה ביותר ונמצאת בתהליך של התדרדרות והרעה, מהווה חלק בלתי נפרד מההתמודדות היום-יומית עם הטיפול.

הרכזות התבקשו לציין לגבי כל אחד מהמבקרים אילו התנהגויות, מתוך הרשימה המפורטת למטה, מהווה קושי טיפולי במועדונים.

לאור הערכת הרכזות בולט, שהקשיים השכיחים ביותר בהתנהגות המבקר קשורים להתנהגות פאסיבית (50%) ולהתנתקות מהנעשה בזמן הפעולה (37%). סימפטום של פאסיביות והתנתקות יכול לשמש ביטוי לירידה בתפקוד, או הגנה בפני דרישות שאינן קשה למבקרים להתמודד. ברור שהתנהגויות אלו מקשות מאוד על עצם הפעילות במועדונים ומפריעות ליצירת קשר עם האנשים בינם לבין עצמם.

לוח מס. 17 - הקשיים ההתנהגותיים של המבקרים במועדונים (באחוזים)

תאור הקושי ההתנהגותי	* אחוז המבקרים עם קושי בתחום זה
1. אפסיה (חוסר יכולת לדבר)	28
2. מצב של בלבול	33
3. פאסיביות	50
4. חוסר שקט	24
5. בעיה בשפה	24
6. מצב של חרדה	15
7. חוסר התאמה לקבוצה	27
8. ניתוק מהסביבה	37
9. הלוצינציות	15

(* סך כל האחוזים אינו מסתכם במאה מאחר וכל רכזת יכולה לציין מספר קשיים לגבי כל מבקר.)

הרכזות התבקשו לציין כיצד הן מתמודדות עם קשיים אלה, וניתוח תוכן התשובות מבליט מספר אמצעים עיקריים, ולא קיבלנו תשובות מלאות מכל הרכזות לגבי כל המבקרים במועדונים. להלן פרוט האמצעים העיקריים:

1. נסיון להפעלה אקטיבית על ידי מתן משימות בתחומים שהמבקרים מכירים, מסוגלים ואוהבים לעשות.

2. הפעלה באמצעות מינוי מבקרים לתפקידים קבועים במועדון, כגון אחראי לסידור שולחנות, הכנת תה וכו'.

3. נסיון להפעלה אקטיבית על ידי שכנוע להשתתף בחוגים שונים, עידוד לביצוע, הצגת אלטרנטיבות שונות (לצייר לרקוע בנחושת או לרקום) והרבה תשומת לב אישית.

שימוש בקבוצה הוא אחד האמצעים המקובלים ביותר על הרכזות כדי להתמודד עם בעית ההתנתקות. השימוש בקבוצה נעשה באופן הבא:

1. הרכזות מעודדות שיחות בין אנשים בקבוצה.

2. הרכזות מנסות לשלב מבקרים מנותקים בקבוצה, או מחזקות את הקבוצה לשלב את הפרט בתוכה.

3. הרכזות מנסות להשאיר את המבקר במצב של ערנות ולא לאפשר לו להרדם, מספקות לו גירזים ומעודדות אותו להתבטא.

תחום בעייתי נוסף, שצינו הרכזות, קשור להתנהגות במצב של בלבול ושכחה (33%). ההתמודדות עם קשיים אלה במועדונים היא בעיקר באמצעים קוגניטיביים ולימודיים.

1. תרגילים לחיזוק הזכרון על ידי משחקי זכרון שונים, שינון חוזר של שמות, תאריכים, מאורעות ושיחות רבות על עכרם של המבקרים ועל חיהם.

2. נסיונות חוזרים להבהיר ולהסביר את המציאות שבה הם חיים, כגון המקום והזמן.

3. נסיונות ללמד מחדש דברים שהמבקרים ידעו לעשות בעבר כגון כישול זסריגה.

תחום נוסף של קשיים בטיפול קשור להתנהגות שמתבטאת בחרדה, חוסר שקט והלוצינציות. קשיים אלה איפיו פחות מאשר פאסיביות או בלבול, אך הפריעו מאוד למהלך הפעילות, גרמו לחוסר שקט ואיימו מאוד על שאר המבקרים.

הגישה הטיפולית הנקוטה במצבים אלה מכוונת להפחתה של החרדה או של חוסר השקט. הרכזות ציינו את הדרכים הבאות להתמודדות:

1. גישה אישית ומרגיעה - מגע פיסי, ליטוף, החזקת ידיים.
2. הסחת הדעת ממקור החרדה על ידי שיחות על נושאים אחרים או נסיון להעסיק את המבקר.
3. שימוש באמצעים מרגיעים אחרים ובעיקר במוסיקה.
4. ניסיון להתמודד עם החרדות והפחדים באמצעות שיחה על הדברים מהם האיש חרד, או שיחה על הנושא שמטריד וגורם לאי-שקט.

תחום קשיים נוסף קשור לבעיות בקומוניקציה על רקע אפסיה או אי-ידיעת שפה. הרכזות ציינו את הדרכים הבאות להתמודד עם קשיים אלה:

1. שימוש באמצעים לא מילוליים או שימוש במתרגמים, כדי לשפר את הקומוניקציה.
2. שימוש בחברי הקבוצה כמתרגמים וכשותפים לתהליך של יצירת קומוניקציה.
3. דיבור איטי, תוך תשומת לב לכך שהמבקר יבין את הנאמר.

אם ננסה לסכם את הגישות הטיפוליות והאמצעים שבשימוש במועדון נוכל לומר שהמבקרים מציבים בפני המטפלים קשיים שונים, ולעיתים צירופים של קשיים. במבוא לדו"ח זה צוינו העקרונות הטיפוליים הכלליים, אולם מתוך תשובות הרכזות ניתן להוסיף מספר עקרונות נוספים. ראשית, הטיפול נעשה בשתי רמות: רמה של טיפול אישי ורמה של טיפול קבוצתי, כאשר הנקודות המשותפות מעבר לאמצעים הטיפוליים הן:

1. מושקע מאמץ רב ליצור במועדונים אוירה של קבלה ותמיכה, ללא יצירת לחצים וציפיות מהמבקרים.
2. ניסיון ליצור מסגרת מוכרת ובטוחה ככל האפשר.
3. ניסיון להמנע מיצירת מצבי חרדה וחוסר ודאות, כגון שאלות קשות מדי.
4. הפעלה של מבקרים בגבולות יכולתם, תוך ניסיון לשמר או להחזיר יכולת על ידי חזרה ותירגול של פעולות בסיסיות חיוניות.
5. תשומת לב רבה ניתנת לשילוב הפרט בתוך הקבוצה ושימוש בקבוצה על מנת לעזור לפרט להשתנות או להשתפר.

4. המערכת התומכת במטפל העיקרי

בפרק זה יוצגו נתונים המתייחסים לרשת התומכת והעוזרת למטפלים העיקריים בקהילה ובמשפחה. על מנת לברר נושא זה המטפלים התבקשו לדווח האם אחיות, עו"ס, מתנדבים, שכנים וכו', עוזרים בטיפול, ואם כן באיזה היקף ובמה מתבטאת העזרה. מן הנתונים מתברר, שהקשרים עם בעלי מקצועות רפואיים ופרה רפואיים אינם קבועים ומתקיימים אך ורק לפי הצורך. המעורבות של שכנים מתנדבים או של בני משפחה רחוקים יותר נמוכה או כמעט אפסית. למעשה, עזרה משמעותית מקבל המטפל משלושה מקורות: מט"ביות, עוזרות בית, וילדים שאינם המטפלים העיקריים.

לוח מס. 18 - אחוז המבקרים המקבלים עזרה ממקורות העזרה העיקריים (אחוזים)

קבלת עזרה	מקורות העזרה		ילדים
	מט"ב	עוזרת בית	
סה"כ במספרים	(46)	(46)	(46)
סה"כ באחוזים	100	100	100
איך	40	69	46
יש	60	31	54

ל-60% מבקרים יש עזרה של מטב"ית. ל-25% מבקרים יש עזרה במשך 9 שעות בשבוע ויותר, ול-35% מהמבקרים יש עזרה במשך 6 שעות בשבוע או פחות. התפקידים של המט"בית כללו השגחה או טיולים עם המבקרים, עזרה ברחצה או באכילה. 43% מהמבקרים לא שלמו עבור עזרה זו והיא מומנה על ידי שרותי הרווחה או קופת חולים. ל-31% מהמטפלים יש עזרה של עוזרת בית. עזרה זו ניתנת רק מספר שעות בשבוע (עד 4 שעות), איננה כוללת טיפול ישיר במבקר, והמימון הוא של המטפלים.

54% מהמטפלים מקבלים עזרה של בני משפחה (לרוב מילדים). עזרה זו איננה קבועה בהקפה וניתנת בדרך כלל לפי הצורך. היא כוללת ביקורים חברתיים, עזרה בהסעה לקופ"ח או למקום אחר ועזרה בסידורים שונים שיש לבצע מחוץ לבית.

נבנה משתנה המבוסס על שלושת מקורות העזרה שהוזכרו למעלה.

לוח מס. 19 - התפלגות לפי אינדקס מקורות עזרה (באחוזים)

במספרים	סה"כ	לא מקבלים עזרה	מט"ב בלבד	מט"ב ועוזרת	בנים ואחרים
46	100	22	37	22	19

מלוח מס. 19 מתברר, ש-10 מטפלים אינם מקבלים עזרה מאף אחד משלושת המקורות העיקריים. קבלת עזרה, ובעיקר עזרה של מט"ביות, נמצאה קשורה לתפקוד נמוך, הן בתחום הפיסי והן בתחום הקוגניטיבי, למצבי דכאון ולהערכה שיש צורך בהשגחה רבה ובטיפול רב מבחינת שעות טיפול. מטפלים שהביעו דאגה רבה יותר וחוסר אונים נטו לקבל יותר עזרה. משתנים אחרים, כגון מינו של המבקר, סוג המטפל או מצב בריאותו לא נמצאו קשורים למתן או אי מתן עזרה. עזרה של ילדים היתה יחסית שכיחה יותר כאשר המטפל העיקרי הוא בן זוג (גבר) וכאשר דווח על הרעה במצבו הבריאותי של המטפל העיקרי, או כאשר המבקר מוגבל בתפקודו הפיסי.

בסיכום פרק זה יש לציין, שמתן עזרה על ידי המערכת הקהילתית קשור לתפקוד המבקר, ולמידת העומס שהוא מטיל מבחינת שעות טיפול ומבחינת הצורך בהשגחה. מתן עזרה על-ידי הילדים שכיח יותר בקרב אלה שאינם עובדים. קבלת עזרה מילדים קשורה גם היא לרמת תפקודו הפיסי של המבקר, אך לא באותה המידה כמו קבלת עזרה מהקהילה.

חשוב לציין שקבלת עזרה מהמקורות העיקריים אינה מפחיתה את ההרגשה הסובייקטיבית של המטפלים שבסופו של דבר הם מתמודדים לבד עם הטיפול. עם זאת נמצא קשר בין קבלת עזרה ונכונות להמשיך בטיפול. בקרב המטפלים שמקבלים עזרה ממט"ב ומילדים יש שיעור גבוה יותר של אלה שמוכנים להמשיך ולטפל בבית ואינם שוקלים סידור מוסדי. הנתונים מעידים על כך שגם אם מבחינה סובייקטיבית המטפל מרגיש שהוא מתמודד לבד, הרי בפועל לקבלת עזרה מאחרים יש חשיבות רבה מבחינת הנכונות להמשיך ולטפל בבית ולא להעבירו למוסד.

5. הקשר עם המועדונים

פרק זה מתמקד בתאור הקשרים ויחסי הגומלין בין המועדונים לבין המבקרים והמטפלים העיקריים שלהם. במסגרת הרחבה של "קשרים" כללנו נתונים שהתייחסו לגורמי ההפניה למועדונים, לדפוסי הביקור ולתגובות לביקור. כמו כן נבדקו הסיבות להפניה על-פי דיווחי המטפלים והסיבות לקבלה על פי הרכזות. דפוסי הקשרים בין צוות המועדונים לבין המטפלים נבדקו גם הם מתוך מטרה לא רק להעריך את תכיפות הקשר, אלא לנסות ולהעריך את איכותו.

המבקרים הופנו למועדונים על ידי קשת רחבה של גורמים בקהילה. העובדים הסוציאליים היו המקור למספר ההפניות הגדול ביותר (31% מן המבקרים). מטפלים אחרים כגון רופאים, פיזיותרפיסטים, מרפאות בעיסוק הפנו ביחד 56% מן המבקרים, והמחלקה הגריאטרית בשערי צדק הפנתה 13% מהם*. בעת הראיון עם המטפלים, 15 מבקרים בקרו במועדונים עד 10 חודשים, 21 בקרו בין 12 ל-20 חודש ו-9 מבקרים שהם "הוותיקים" בקרו במועדונים יותר מ-20 חודש. תדירות הביקור במועדון היתה גבוהה ביותר. יותר מ-90% דיווחו על הגעה לכל פגישה או כמעט לכל פגישה. שיעור זה איננו מפתיע, מאחר ובמסגרת ההסעה שיש למועדונים, אוספים את המבקרים מהבית. תכיפות הביקורים הגבוהה מלווה בדרך כלל בהרגשה טובה לקראת הביקור. להערכת המטפלים בבית, כשלושה רבעים מהמבקרים מצפים ושמחים לקראת הביקור, וכרבע יש לשכנע. לא נמצא הבדל בתגובה לביקור בין אלה השוהים במועדון זמן רב לבין החדשים יותר. 5 מבקרים אינם מודעים לכך שהם מוסעים למועדון.

באשר לשינוי בתגובה מאז החלו לבקר במועדון, יותר ממחצית מהמבקרים היו מרוצים לבוא למועדונים כבר מן ההתחלה. 30% בקרו במועדונים בזמן הראיון יותר ברצון מאשר בעבר. כיום בסך הכל 4 מבקרים מעוניינים במועדון פחות או לא היו מעוניינים בו מן ההתחלה. יש לזכור שהביקור תלוי ברצונם של המבקרים, ובעיקר של המטפלים. אלה שאינם מעוניינים בכך מפסיקים לבקר. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין המועדונים מבחינת התגובה לביקור, אולם בולט שכל המבקרים במועדון גבעת שאול מצפים ושמחים לקראת הביקור, ואילו במועדונים האחרים יש שיעור מסוים שיש לשכנע. נמצא ש-82% מהמבקרים בגבעת שאול

(* ראוי לציין, שעל פי דיווחו של פרופ' רוזין (ראה מבוא) 37% מהפניות בשנתיים הראשונות באו מ"שערי צדק" לעומת 13% על פי הנתונים שלנו, ו-56% מההפניות הן של גורמים בקהילה לעומת 12% בסיכום של פרופ' רוזין. יתכן שנתונים אלה מרמזים על כך שכעבור ארבע שנות הפעלה המועדונים ידועים היטב בקהילה, וזו הסיבה לשינוי המהותי בדפוסי ההפניה.

תמיד רצו לבקר במועדון, לעומת כ-40% ביתר המועדונים. בנוסף על כך, ככל שהתפקוד הקוגניטיבי חמור יותר כך דווח יותר על תגובות שליליות לביקור במועדון. הנתונים לגבי תדירות הביקור והתגובה לביקור שדווחו על ידי הרכזות, חופפים את ההערכה של המשפחות. בלוח הבא מפורטות המטרות שנתנו המטפלים להשתתפות המבקר במועדון על פי מטרה עיקרית, וסך כל שצינו מטרה זו.

לוח מס. 20 - המבקרים על פי מטרות ההפניה למועדים לפי תשובות המטפלים (באחוזים)

מטרות ההפניה	התפלגות לפי מטרה עיקרית	סך הכל % שצינו מטרה זו
סך הכל	100	-
על מנת להיות בחברת אנשים	69	61
על מנת לצאת מהבית	29	57
על מנת לאפשר זמן פנוי למטפל	13	28
על מנת לקבל יותר טיפול	17	43
אחר	2	-

מלוח זה ניתן ללמוד שרוב רובם של המטפלים בבית מזכירים מטרות המתייחסות למצבו של המבקר כמטרת הפניה למועדון, ובעיקר מטרה חברתית. רק שיעור נמוך מבין המטפלים הפנו את המבקרים על מנת שלהם יהיה יותר זמן פנוי, או לצורך קבלת טיפול.

לוח מס. 21 - מטרות בקבלת המבקרים לפי תשובות הרכזות (באחוזים)

מטרת הקבלה	אחוז מסך כל המבקרים
1. על מנת לתת יותר שיקום	76 *
2. על מנת לספק מסגרת חברתית	72
3. על מנת להקל על מטפל	17

(* ניתן היה לציין יותר ממטרה אחת עבור כל מבקר, ולכן הסך הכל מסתכם ביותר מאשר 100%.

במקביל נשאלו רכזות המועדונים מה היו הסיבות לקבלת המבקרים למועדונים. בתוך לוח 21 בולט שבנוסף למטרה חברתית אשר צוינה בשיעור ניכר גם על ידי המטפלים העיקריים, הרכזות מדגישות מאוד מטרה שיקומית (76%) וזאת לעומת 43% בלבד מן המטפלים העיקריים. כמו המטפלים, גם הרכזות התיחסו בעיקר למצבו של המבקר ולא למצבו של המטפל כמטרה או כסיבת קבלה למועדון. נמצא שאצל שיעור ניכר מן המבקרים היתה התאמה בין מטרת ההפניה ומטרת הקבלה (20 מבקרים).

הקשרים בין המועדונים למטפלים

הקשרים בין צוות המועדונים לבין המטפלים הם אינטנסיביים למדי. כ-70% מהמטפלים דיווחו ששוחחו עם הרכזות בשבוע-שבועיים שקדמו לראיון. בחלק ניכר מהמקרים (כ-50%) היוזמה לשיחות באה מצד הרכזות, או שאלה התקיימו בזמן שהרכזת או איש צוות אחר בא לאסוף את המבקר. הנושאים העיקריים של השיחות היו: מצבו של המבקר (שיפור או סידורים הנוגעים להסעות וארועים מיוחדים במועדונים, כגון מסיבות.

הנתונים מבהירים, שקיימת מעורבות ויש העברת אינפורמציה שוטפת ודו-כיוונית. אמנם יותר ממחצית המטפלים לא בקרו כלל במועדונים או בקרו רק בארועים מיוחדים כגון מסיבות אך כ-30% בקרו לעיתים קרובות יותר. אולם, יש לצייץ שמדיניות המועדונים היא לא לערב את המטפלים בזמן הפעולות. הקבוצה המעורבת ביותר בנעשה במועדונים הן בנות הזוג, והקבוצה המעורבת פחות הם ילדי המבקרים. בנות הזוג השתתפו גם בפגישות קבוצתיות עם צוות המועדונים, כאשר 13 בנות/בני זוג השתתפו בקביעות ו-6 נוספים השתתפו רק לפעמים.

6. תרומות המועדונים

נושא מרכזי במחקר זה הוא בחינת תרומות המועדונים לאוכלוסיית היעד: המבקרים במועדונים והמטפלים העיקריים בבית. בחינת התרומות בפרקים הבאים מונחת על ידי מספר שאלות עקרוניות.

השאלה הראשונה היא, באיזו מידה התרומות והשינויים שדווחו לגבי המבקרים והמטפלים, תואמים את המטרות אותן קיוו להשיג המתכננים והיוזמים של הפרויקט? יוזכר כי המתכננים הדגישו שהמטרה העיקרית של פעילות המועדונים היא ניסיון לשפר את איכות החיים הכללית של המבקרים ואילו הניסיון לגרום לשינויים ספציפיים בתפקוד הקוגניטיבי והפיסי היתה מטרה משנית בלבד. להערכת המתכננים פעילות המועדונים מאפשרת מפגש חברתי ופעילות חברתית לאנשים, שעקב מצבם יצאו מרוב המסגרות החברתיות ולעתים אף המשפחתיות. ניסיונם כמטפלים ואנשי מקצוע מעיד כי אורח חיה של אוכלוסייה זו מאופיין בדרך כלל על ידי ניתוק, חוסר פעילות, חוסר כוון וחוסר מעורבות. באמצעות פעילות קבועה ושוטפת במועדון נוצר מערך של ציפיות ומטרות למשך יום או שבוע. תוך כדי כך נוצרת מסגרת התיחסות קבועה בעלת תוכן ממשי בה כל מבקר מבטא את עצמו בתחומי עשייה ויצירה שונים. למרות שהשינויים הקוגניטיביים הם, כאמור, רק מטרה משנית לפעילות המועדונים, הוחלט לנסות ולבחון באיזו מידה המועדונים תורמים למבקרים גם בתחום זה. בהתיחסות למטפלים העיקריים, המתכננים ציינו שהמועדונים יתרמו בעיקר בכך שבזמן שהמבקר במועדון יהיו להם מספר שעות חופש לסידורים ולמנוחה. מטרה נוספת היתה לעזור למטפלים מבחינה נפשית. עזרה זו מתבטאת בכך שהצוות מוכן לשמוע ולהשתתף בקשיים ובעצם העובדה שהמטפלים יודעים שהמבקר נמצא במסגרת מקצועית ותחת השגחה מתאימה.

השאלה השניה היא האם בתוך התמונה הכללית של תרומות ניתן להצביע על מגמות ודפוסים. למשל האם המועדונים תורמים לכל המבקרים או רק לחלקם? האם התרומה למטפלים קשורה לגורמים אחרים, כגון קבלת עזרה מאחרים?

6.1 תרומת המועדונים למבקרים

הניסיון לתאר ולהעריך את התרומות למבקרים התבסס על הנתונים שנאספו מהמטפלים באמצעות מספר שאלות פתוחות וסגורות. השאלות התייחסו למרכיבים הבאים:

1. שאלה פתוחה הבודקת באופן כללי את תחומי התרומה של המועדונים למבקרים
2. שאלה פתוחה הבודקת את השינויים שחלו בהתנהגות היום-יומית של המבקר מאז שהחל לבקר במועדון.

3. שאלה סגורה הבודקת את השינויים שחלו במספר תחומים מוגדרים מאז שהחל לבקר במועדון. תחומים אלה כללו מצב רוח, רצון וחשק לעשות דברים, שיתוף פעולה בטיפול, התמצאות מחוץ לבית, זכרון לשמות וקומוניקציה עם אנשים.

שיטת בדיקה זו ננקטה בראיון על מנת לאפשר למטפלים ראשית לבטא את הרגשתם תוך הכוונה מינימלית, וכך לבחון באיזו מידה המטפלים מרגישים שינויים ספציפיים בתחומים שנמנו למעלה.

לפני הצגת הנתונים נביא דברים שנאמרו על ידי בת זוגו של אחד המבקרים במועדונים, המבטאים מחשבות ורגשות של מטפלים רבים אחרים שהושמעו במהלך הראיונות אתם.

"אם לפנסיונרים בריאים יש מועדונים, יש חשיבות עוד יותר גדולה ותועלת ממועדונים אלה למוגבלים. בלי מועדונים היו מרגישים עזובים. פנסיונר בריא יכול ללכת, ופנסיונר מוגבל רק עם עזרה יכול להגיע למועדון. החשיבות של מועדונים אלה גדולה מאוד ובתחום זה יש עוד לעשות הרבה בכל הארץ".

א. תאור התרומות

השאלה הכללית שנשאלו המטפלים בנושא התרומות היתה: "מה אתה מרגיש כתרומה עיקרית של המועדון למבקר?" נעשתה אבחנה בין תרומה עיקרית ותרומות נוספות. לוח 22 מראה את התפלגות המבקרים לפי תרומה עיקרית וסך כל שיעור המבקרים שעבורם צויינה תרומה מסוימת.

לוח מס. 22 - התרומות למבקרים לפי תחומי התרומה על פי מטפלים (באחוזים)

סוג התרומה למבקר	% שציינו תרומה עיקרית	סה"כ % שציינו תרומה זו
סה"כ במספרים אחוזים	(45)	(45)
	100	-
1. לא היתה תרומה	9	-
2. תרומה חברתית - מפגש עם אנשים	28	59
3. שיפור באיכות חיים - מסגרת ומטרה לחיים	24	24
4. שיפור במצב הרגשי ובמצב הרוח	13	26
5. שיפור בתפקוד קוגניטיבי - זכרון התמצאות	-	20
6. תרומה בתחום שיקומי - בתפקוד פיסי יום-יומי	26	52

מתוך הלוח ניתן לראות שרק בהתיחס ל-9% מהמבקרים ציינו המטפלים שלמועדונים לא היתה תרומה כלל. כתרומה עיקרית ציינו בעיקר התחום החברתי, איכות החיים והתחום השיקומי. אך בולט שהמטפלים ציינו לגבי יותר ממחצית המבקרים, תרומה בתחום החברתי והשיקומי. מעניין כי שיפור קוגניטיבי לא הוזכר כתרומה עיקרית אך היו 9 מבקרים (20%) שלגביהם תרומה בתחום זה צוינה כתרומה נוספת.

כתשובות הרכזות לשאלה דומה, ניתן לזהות מספר תרומות, שחופפות לאלה שהוזכרו על ידי המטפלים העיקריים בבית, וחלקן מתייחסות לפעולות מקצועיות ספציפיות המתבצעות במסגרת המועדון.

לוח מס. 23 - תרומות למבקרים על פי דווח הרכזות (אחוזים)

סוג התרומה למבקר	סה"כ % שצינו * תרומה זו
סה"כ במספר	(46)
1. תרומה חברתית	67
2. שיפור באיכות חיים	39
3. תרומה שיקומית	74
4. שיפור בתפקוד קוגניטיבי	13
5. שיפור בדימוי ותפיסה עצמית	40

(* הלוח מציג את אחוז המבקרים שעבורם צוינה תרומה מסוימת.

כלוח זה ניתן לראות, שלהערכת הרכזות שתי התרומות העיקריות הן בתחום החברתי והשיקומי, תרומה שיקומית צוינה בשיעור גבוה בהרבה על ידי הרכזות בהשוואה למטפלים, נמצאה מגמה דומה לזו שבלטה אצל המטפלים בבית והיא שהתרומה בתחום הקוגניטיבי צוינה עבור שיעור נמוך יחסית למבקרים לתחומים אחרים. התחום שהוסיפו הרכזות ולא הוזכר ישירות על ידי המטפלים, הוא שיפור הדימוי העצמי של המבקרים. להערכתן, הפעילות במועדונים גורמת למבקרים להרגיש "שונים יותר", מאחר שמתאפשר להם למלא תפקידים או להביא מתנות הביתה מעשה ידיהם.

שאלה מעניינת היא באיזו מידה יש קשר בין הערכת התרומות על ידי המטפלים העיקריים לבין הערכתן של הרכזות. מתוך ארבעת התחומים החופפים (חברתי, איכות חיים, שיקומי וקוגניטיבי), נמצא קשר מובהק רק בהערכת שיפור באיכות חיים ($\beta=0.05$) כלומר היתה הסכמה בין המטפלים והמרכזות בתחום זה.

ממצאים דומים לאלו נמצאו גם במחקרים אחרים. מהסקירה של (Haugen, 1982), על שרותים קהילתיים שונים לאוכלוסיה הסובלת מדמנציה עולה, שהשרותים הביאו לשיפור משמעותי באיכות החיים הכללית של האוכלוסיה (well being), לשיפור בסיפוק מהחיים, להעלאת זהמורל ולמעט שינויים אינטלקטואליים. בסקירתו מציין המחבר, ששימוש באמצעים פסיכולוגיים וחברתיים משפר את היכולת הפונקציונלית של החולה הדמנטי, אולם להערכתו יש להדגיש שמטרת הטיפול איננה ריפוי. המטרה צריכה להיות דחית התפתחות הדמנציה ושיפור התפקוד בגבולות האפשר. ניתן לומר שהתחומים שהוזכרו על ידי המשפחות והרכזות - שיפור בתחום החברתי, שיפור באיכות חיים או שיפור בתפיסה עצמית - יכולים להכלל תחת המכנה המשותף של שיפור כללי באיכות החיים.

עם זאת, שיעור ניכר מן המטפלים ציינו במפורש תרומות שיקומיות המתבטאות בתפקוד פיסי, בדיבור וכו'. יתכן ששיפור תפקודי מסויים אכן חל בקרב האוכלוסיה כתוצאה מהביקור במועדון. נקודה זו נבדקה באמצעות שאלה פתוחה נוספת, אשר הופנתה רק למטפלים בבית. הם התבקשו לציין באיזו מידה חל שינוי בתפקוד היום יומי של המבקר מאז שהחל ללכת למועדון. המטפלים מעריכים שאצל קצת יותר משני שלישי מבין המבקרים חל שיפור מסויים בתפקוד היום-יומי, ואצל 38% אף צוין שיפור ניכר.

לוח מס. 24 - מידת השינוי שחל בתפקוד היום-יומי בבית (באחוזים)

מידה ותאור השינוי	
סה"כ באחוזים	100
סה"כ במספרים	(45)
1. לא חל שינוי - פאסיבי, בד"כ נמצא במיטה, בכיסא, לא פעיל	33
2. שינוי מועט - יותר פעיל, רואה טלוויזיה, קצת קורא	29
3. שינוי ניכר - פעיל, יוצא החוצה, מטייל, מכין ארוחה קלה	38

אם נשווה את הערכת התרומות שציינו המטפלים למטרות שבגללן החליטו לשלוח את המבקר למועדון (ראה לוח מס. 20) נראה שלרוב רובם של המטפלים היו ציפיות כלליות מאוד מהמועדונים. ציפיות אלה התייחסו בעיקר לתחום החברתי ולאיכות החיים הכללית. רק שיעור נמוך מאוד של המטפלים ראו במועדונים מקום שהטיפול בו יביא לשיפור ולשינוי תפקודי. נראה שציפיות אלה הוגשמו בדרך כלל. כ-60% מהמטפלים מרגישים שהמועדונים ענו לציפיות ואף מעבר מכך, ל-20% לא היו ציפיות כלל ו-20% מהמטפלים קיוו לשיפור ניכר יותר במצב המבקר.

6.2 תאור השינויים

המטפלים והרכזות נשאלו מספר שאלות מובנות שמטרתן למדוד את מידת השינוי בהתנהגות ובתפקוד המבקר מאז התחיל לבקר במועדון. התחומים בהם התבקשו המטפלים והרכזות במועדונים לציין את מידת השינוי היו: מצב-רוחו של המבקר, רמת פעילותו ותפקודו הקוגניטיבי, והתנהגותו בתוך המועדון.

לוח מס. 25 - מידת השינוי שחל אצל המבקרים, בתחומי התנהגות שונים על פי מטפלים עיקריים (אחוזים)

מידת השינוי	מצב הרוח	רצון וחשק לעשות דברים	תחומי התנהגות שיתוף פעולה בטיפול	התמצאות מחוץ לבית	זכרון לשמות	קומוניקציה עם אנשים
מספרים	(44)	(44)	(44)	(43)	(45)	(43)
אחוזים	100	100	100	100	100	100
היתה הרעה	2	2	5	5	2	2
לא חל שינוי	35	50	75	65	75	65
היה שיפור מסוים	38	27	11	12	16	19
היה שיפור ניכר	25	21	9	18	7	14

מעיון בלוח 25 בולט שב-5 מתוך 6 תחומים שנבדקו, המטפלים לא יכלו להצביע על שיפור כמותי לגבי מחצית המבקרים ויותר. עם זאת היו שינויים בהתנהגות המבקרים בכל התחומים. השיפור הרב ביותר חל במצב הרוח וברצון וחשק לעשות דברים. מגמות אלה תואמות את הממצאים הכלליים שצויינו קודם, באשר לתחומים הקוגניטיביים, המטפלים מציינים שחל שיפור בהתייחס ל-30% מהמבקרים בתחום של התמצאות מחוץ לבית ובהתייחס ל-23% בתחום של זכרון לשמות.

לוח מס. 26 - מידת השינוי שחל אצל המבקרים בתחומי התנהגות שונים על פי רכזות
(באחוזים)

מידת השינוי	המוטיבציה לבוא למועדון	קשר עם מבקרים	השתתפות בפעולות	הערנות לנעשה	יחסינות והצעות	מידת קומוניקציה עם הצוות
מספרים	(46)	(45)	(46)	(46)	(43)	(46)
אחוזים	100	100	100	100	100	100
היתה הרעה	2	7	9	9	5	9
לא חל שינוי	65	36	30	46	58	24
היה שיפור מסוים	11	37	37	28	26	37
היה שיפור ניכר	22	20	24	17	11	30

כללית, ניתן לומר שהרכזות במועדונים דווחו על שינויים התנהגותיים במועדון במידה רבה יותר מאשר המטפלים בבית. שיפור ניכר ביותר נמצא בתחומים שמתאימים למידת ההשתתפות בפעולות (61%), לקשר של המבקרים עם אנשים אחרים במועדון (57%), מידת קומוניקציה עם הצוות (67%).

שיפור נמוך יותר צוין לגבי תפקוד המבקר בהתייחס למידת הערנות לנעשה מסביב (45%) ומידת היוזמה שמגלה המבקר (37%). יש לציין שהרכזות דווחו על שיעורים גבוהים יותר של הרעה במצבם של המבקרים מכפי שעשו המטפלים בבית.

6.3 גורמים הקשורים לתרומות ולשינויים שחלו אצל המבקרים

בחלק זה יוצגו הממצאים המתייחסים לקשר בין התרומות והשינויים שחלו אצל המבקרים לבין משתנים אחרים שנבדקו במחקר, על מנת לאבחן דפוסי תרומה לשינוי אצל אוכלוסיית המבקרים. משתנים אלה הם:

1. משתנים אישיים של המבקרים: מין, גיל, מצב משפחתי, צורת מגורים, רמת תפקוד פיסי וקוגניטיבי; מצב רגשי, מחלה עיקרית.
2. סוג המועדון, תקופת השהיה במועדון, תגובה לביקור במועדון.
3. הערכת עומס טיפול: זמן טיפול וזמן השגחה, קשיים בטיפול, עומס סובייקטיבי ונכונות המטפל להמשיך בטיפול.

יש לציין כי הממצאים מחייבים התיחסות זהירה ביותר, בגלל מספרם הקטן של המבקרים, לכן נציג כאן רק את המגמות הבולטות.

1. משתנים אישיים: מבין המשתנים הדמוגרפיים נמצא שהתרומות והשינויים קשורים בעיקר לגיל המבקר. המבקרים חולקו לשתי קבוצות גיל: בני פחות מגיל 75 ובני 75 ומעלה.

כללית הערכת התרומה למבוגרים ביותר נמוכה בהשוואה לקבוצת הגיל הצעירה ביותר.

לוח מס. 27* - תרומות למבקרים על פי גיל (באחוזים)

סוג התרומה	סה"כ מבקרים לגביהם צויינה התרומה	עד 74	גיל +75
סה"כ במספרים		(19)	(27)
התחום החברתי	59	47	67
באיכות החיים	17	32	7
במצב הנפשי	26	42	15
בתחום הקוגניטיבי	19	5	30
בתחום השיקומי	52	68	41
בפעילות יום-יומית	38	53	26

(* השיעורים בלוח הם מתוך סך האוכלוסייה בכל קבוצת גיל.

בעוד שבקרב המבוגרים התרומה הבולטת שהוזכרה היתה בתחום החברתי, אצל המבקרים הצעירים בלטה בעיקר התרומה השיקומית. כן דווח לגבי קבוצה זו על שיעורים גבוהים יותר של תרומה באיכות החיים, במצב הנפשי ובפעילות המבקר בתוך הבית. בניגוד לצפוי, תרומה בתחום הקוגניטיבי צויינה עבור שיעור גבוה יותר של מבוגרים לעומת צעירים. שיעור הנשים לגביהן צויינה תרומה בתחום הקוגניטיבי היה גבוה בהשוואה לגברים. הבדלים לפי מין לא נמצאו בתחומי התרומה האחרים.

היכולת הפיסית והקוגניטיבית של המבקרים נבדקו ביחס לתרומה השיקומית. כמצופה, ככל שהמבקרים היו עצמאיים יותר מבחינה פיסית ובעלי יכולת טובה יותר מבחינה קוגניטיבית כך היתה התרומה בתחום השיקומי גדולה יותר.

לוח מס. 8 - התפלגות המבקרים על פי רמת תפקוד קוגניטיבי ותרומה שיקומית (מספרים מוחלטים)

תרומה שיקומית	רמת תפקוד קוגניטיבי		
	גבוהה	בינונית	נמוכה
סה"כ מספרים	15	14	15
אין תרומה בשיקום	4	5	12
יש תרומה בשיקום	11	9	3
	$\chi^2 = 9.7$		
	$p = 0.007$		

מבין שלושת המצבים התפקודיים (פיסי, קוגניטיבי ומשולב) התפקוד הקוגניטיבי היה המבחין ביותר עבור הערכת התרומה בשיקום כאשר גם כאן בולט שכלל שהתפקוד הקוגניטיבי נמוך יותר לפחות מבקרים יש תרומה שיקומית.

כמו כן נבדק הקשר בין סוגי התרומות והשינויים לבין המצב הנפשי של המבקר. לגבי מבקרים שמצבם הנפשי היה טוב, או אפילו אלה שסבלו מדכאון היו יותר שינויים וביותר תחומי התנהגות, לעומת אלה שסבלו מאי שקט או מאדישות והנתקות. באשר למחלה העיקרית ממנה סובל המבקר. הנתונים מורים שבתחום של שיפור קוגניטיבי והפעילות היום-יומית בבית ניכרים הבדלים לפי המחלה העיקרית. שיפור רב יותר בפעילות בולט בקרב מבקרים שסובלים מפרקינסון או שלקו בשטף דם במח. לעומת זה שיפור קוגניטיבי בולט בעיקר אצל אנשים שסובלים מדמנציה סנילית ($p = 0.009$).

אם נזכור שהפגיעה האופינית בפרקינסון ובשטף דם במח היא פגיעה מוטורית (קשיים בתנועה וניידות) ואילו פגיעה קוגניטיבית אופיינית לאנשים הסובלים מדמנציה, נראה שהשיפור האופייני היה בתחום שנפגע. למשל אצל 8 מתוך 20 מבקרים שהבעיה שלהם היתה C.V.A, המטפלים העריכו שחל שיפור חלקי ברמת הפעילות ולגבי 8 נוספים הערכה היתה שחל שיפור ניכר (יוצא החוצה, מטייל וכו').

2. הקשר עם המועדונים

נבדק הקשר בין סוג התרומה למבקר לבין תגובת המבקר לביקור במועדון. נעשתה אבחנה בין ארבע תגובות לביקור:

- א. המבקר מצפה ושמח לביקור
- ב. יש התנגדות וצריך לשכנע את המבקר
- ג. יש הרבה התנגדות ולבסוף המבקר משתכנע
- ד. המבקר אינו מודע לאן הוא מוסע.

שיעור המבקרים שלגביהם דווח על תרומה ושינוי היה גבוה יחסית אצל אלה שמצפים ושמחים לביקור במועדון, לעומת מבקרים שמגלים התנגדות או אינם מודעים לאן הם נלקחים עקב מצבם הקוגניטיבי אירוד. מגמה יזו בולטת כשמדובר לא רק בשיפור הקוגניטיבי אלא גם בתחומים של איכות חיים ובמצב הנפשי. יתכן מאד שההסבר לדפוס זה הוא, שבשלבים הראשונים של הביקור במועדון, המטפלים מרגישים שחל שינוי ניכר בתפקוד וכעבור זמן הסיכוי לשינוי קטן יותר בתחום זה אך מתחילה לבלוט התרומה הכללית באיכות החיים ובמצב הרגשי.

היה מעניין לבחון האם היו הבדלים בתרומות ובשינויים שדווחו המטפלים בין המועדונים השונים. כאמור בפרויקט השתתפו ארבעה מועדונים, כל מועדון ממוקם באזור שונה ומופעל על ידי צוות שונה במקצת. השאלה שנשאלה היתה האם למרות המדיניות האחידה וההדרכה המשותפת שהצוות מקבל, יש הרגשים שונים הבאים לידי ביטוי בתרומות שמדווחים המטפלים.

לוח מס. 29 - התפלגות המבקרים על פי תרומות עיקריות בכל מועדון (באחוזים)

סוג תרומה	מועדונים		
	קרית יובל	גבעת שאול	תל-חי
סה"כ במספרים	12	11	16
סה"כ באחוזים	100	100	100
אין תרומה	16	0	6
תרומה חברתית	42	0	50
איכות חיים	8	55	19
תרומה נפשית	17	36	0
תרומה שיקומית	17	9	25
בית פומרנץ			7

(* תרומה קוגניטיבית לא הוזכרה בתרומה עיקרית.)

באופן כללי היו הבדלים בין המועדונים. ראשית, השיעור הגבוה ביותר של מבקרים עבורם לא צויין שינוי היה בקרית יובל ובבית פומרנץ. תרומה חברתית למבקרים הוזכרה במיוחד במועדוני תל-חי וקרית-יובל. לעומת זאת שיפור באיכות החיים ותרומה נפשית צוינו בשיעורים ניכרים בהתייחס למבקרים במועדון גבעת-שאול. תרומה שיקומית הוזכרה בשיעור ניכר לגבי מבקרים במועדון בית-פומרנץ. בתחום שינויים התנהגותיים-קוגניטיביים בלט, ששיפור ניכר ברצון לעשות דברים ושיפור בקומוניקציה עם אנשים צוינו בשיעורים גבוהים יותר בהתייחס למבקרים בגבעת שאול ואילו שיפור בהתמצאות בלט יותר לגבי מבקרים בקרית-יובל.

אין בנתונים אלו כדי להסביר מדוע יש הבדלים בין המועדונים. יתכן שוותק המועדון תורם לכך חלקית: מועדון בית פומרנץ בו הוזכרה תרומה שיקומית, הוא המועדון הצעיר ביותר, ויוזכר שוב שנמצא קשר בין תרומה למשך שהיה במועדונים. לעומת זאת תרומות לאיכות החיים ולמצב הנפשי בולטות במועדונים הוותיקים יותר, שהם גבעת שאול וקרית-יובל. משתנים אחרים שעשויים לשמש הסבר להבדלים הללו, כגון אגירה במועדון, סוג וגישת הרכזות לא נבדקו במסגרת מחקר זה.

3. עומס טיפולי

בשל טבעה הסוביקטיבי של הערכת התרומות על ידי המטפלים העיקריים, סביר להניח שהערכת התרומות והשינויים למבקרים, שיקפה במידה זו או אחרת גם את הרגשת העומס והקשיים שהם מרגישים בטיפול. באופן כללי, נמצא קשר בין הערכת התרומה למבקרים לבין הרגשת העומס הטיפולי. כצפוי, מטפלים שדווחו על תרומה למבקרים (נפשית, חברתית, שיקומית) היו אלה שגם דווחו פחות על עומס וקשיים בטיפול, כגון פחות קשיים פיסיים והביעו נכונות להמשיך בטיפול. לא נמצא קשר מובהק בין הערכת התרומות והשינויים למבקר לבין יחס קרבת המטפל בו.

4. גורמים הקשורים להערכת התרומות לפי דווח הרכזות

כללית, דפוסי הקשר בין גיל, מצב נפשי, סוג המועדון, תקופת שהיה וסוג המחלה לבין תרומות ושינויים על פי הרכזות היו דומים לאלה שנמצאו על פי דווח המטפלים העיקריים. מענין שהרכזות העריכו שהיתה תרומה לאיכות החיים בשכיחות גבוהה יותר כאשר למבקר היה בן או בת זוג. תרומה חברתית נמצאה קשורה אף היא למצב משפחתי - תרומה רבה יותר יוחסה לבודדים מאשר לנשואים, בעוד שמצב משפחתי לא הבחין בין התרומות לבין דווחי המטפלים העיקריים. יתכן שהרכזות בהיותן אנשי מקצוע, נטו לראות את סוגי התרומה בהקשר של המסגרת המשפחתית בה חי הקשיש.

7. תרומת המועדונים למטפלים העיקריים

בפרק זה נתאר ונבחן את תרומת המועדונים למטפלים העיקריים. בדיקת התרומות נעשתה בשתי צורות: ראשית, המטפלים התבקשו להשיב באמצעות שאלה פתוחה מהי התרומה העיקרית של המועדון לעצמם, כן נשאלו שאלות סגורות שהתייחסו למטרות המתכננים. כמו כן נבדקה תרומת המועדונים כמקור לקבלת מידע לגבי מצב המבקרים.

בשאלה הפתוחה הכללית 84% מהמטפלים העריכו שהמועדונים תורמים להם באופן ישיר. 4% העריכו שלא היתה תרומה כלל ו-12% נוספים אמרו שהתרומה היא רק באמצעות המבקר - אם טוב למבקר במועדון, אז טוב להם.

המטפלים הבחינו בין תרומה נפשית, כלומר הקלה נפשית ושקט נפשי הנובעים מעצם הידיעה שהמבקר נמצא במקום שבו הוא מקבל טיפול אחראי ומקצועי, לבין הקלה הנובעת מכך שגורם נוסף משתתף ומתחלק בטיפול בפועל. התרומה שהוזכרה בשיעור הגבוה ביותר היא זמן פנוי לעצמו, זמן המאפשר לעשות דברים שהתקשו לעשות קודם.

לוח מס. 30 - התפלגות המטפלים לפי התרומה העיקרית וסך כל שיעור המטפלים שהזכירו תרומות אלה (באחוזים)

סוג תרומה	תרומה עיקרית	סה"כ שהזכירו תרומה זו %
סה"כ במספרים	(46)	-
סה"כ באחוזים	100	
(1) לא היתה תרומה	4	4
(2) תרומה לא ישירה - אם טוב למבקר טוב לי	12	22
(3) הקלה נפשית, שקט נפשי	28	37
(4) הקלה בכך שגורם נוסף משתתף בטיפול באופן מעשי	17	33
(5) משחרר זמן, יותר זמן פנוי	39	50

בשאלות הסגורות נבדקו התחומים:

1. הקף הזמן הפנוי
2. הקף זמן חופשי לעצמם
3. האפשרות לצאת לעבודה
4. האפשרות לנוח
5. האפשרות להיות בקשר עם אנשים

כללית, גם בתשובות לשאלות הסגורות בלט שלתרומות בזמן היתה חשיבות רבה עבור המטפלים.

לוח מס. 31 - מידת ההשפעה של המועדונים על המטפלים בתחומים השונים
(באחוזים)

יש יותר אפשרות להיות בקשר עם אנשים	יש יותר אפשרות לנוח	יש יותר אפשרות לצאת לעבודה	יש יותר זמן פנוי לעצמם	האפשרות להתפנות לסידורים	סוג תרומה	מידת ההשפעה
(43)	(43)	(43)	(43)	(43)	סה"כ מספרים	
100	100	100	100	100	סה"כ אחוזים	
55	60	77	35	24	לא היתה השפעה	
21	14	9	14	16	השפעה חיובית מסוימת	
24	26	14	51	60	השפעה חיובית רבה	

שיעורים גבוהים יחסית של מטפלים ציינו, שהמועדונים תרמו להם מבחינת האפשרות להתפנות לסידורים (לבצע קניות, לשלם תשלומים, להגיע לקופת-חולים) והעניקו להם זמן חופשי לעשות דברים גם בשביל עצמם. כלומר, התרומה העיקרית היתה שחרור זמן לעשות דברים שלא יכלו לעשות בנקל קודם לכן.

פחות מטפלים ציינו שיש להם יותר זמן לנוח או אפשרות רבה יותר לקיים קשר עם אנשים אחרים. 23% מהמטפלים ציינו שהביקור במועדון פותח אפשרויות רבות יותר לצאת לעבודה. (יש לזכור שעבור חלק גדול מהמטפלים יציאה לעבודה אינה רלוונטית כלל בשל גילם הגבוה).

נוסף על אלה, נשאלו המטפלים, באיזו מידה הקשר עם המועדון סייע להם להבין טוב יותר את מצב המבקר, כלומר, האם המועדון היה מקור לקבלת מידע ובעיקר האם עזר להבנת הסימפטומים של מחלת המבקר, וזאת לאור ההנחה שלמגע השוטף והקבוע בין צוות המועדון לבין המטפלים, ולמפגשים הקבוצתיים עם בני/בנות הזוג תהיה גם השפעה חשובה על הבנת מצב המבקר.

לוח מס. 32 - מידת העזרה של המועדונים בהכנת מצב המבקרים
(באחוזים)

האם המועדון עזר לך להבין טוב יותר	סה"כ מספרים	סה"כ אחוזים	לא עזר	עזר מעט	עזר הרבה
את העובדה ששוכח שמות או דברים	(38)	100	61	18	21
את הבלבול וחוסר ההתמצאות	(39)	100	64	13	23
את השינויים במצב הרוח	(39)	100	67	13	20
את השינויים בהתנהגות החברה	(35)	100	71	11	18

כלות 32. בולט שהמועדונים לא גרמו לשינוי מהותי בהכנת הסימפטומים שמאפיינים את הירידה הנפשית והקוגניטיבית של רוב המבקרים. עם זאת, בכל תחום לפחות כשליש מהמטפלים מדווחים על שינוי מסוים בהכנת מצב המבקר.

ניתן אפוא לסכם כי המטרה הראשונה של הפרויקט, הענקת זמן פנוי למטפלים, הושגה במידה רבה. בנוסף לכך, מטפלים רבים מרגישים שהמועדונים אכן מביאים להקלה נפשית ונוטלים חלק בטיפול המבקר. ממצאים אלה קיבלו חיזוק בתגובות החיוביות מאוד של המטפלים בעת הראיון, כאשר המטפלים חזרו והדגישו את חשיבות המועדונים למבקרים ולעצמם.

גורמים הקשורים לתרומות למטפלים

הגורמים שנבחנו ביחס להערכת התרומות למטפלים היו:

- מאפייני המטפלים: יחס קרבת המטפל, מצב משפחתי, השכלה, מצב תעסוקתי, הערכת מצב כריאות.
- קשרים של המטפלים עם המועדון: סוג המועדון, היעזרות בצוות המועדון בתקופת משבר, ציפיות מהמועדון, תכיפות ביקורים במועדון.
- מאפייני המבקרים שבטיפולם: מצב תפקודי, מצב רגשי, מחלה עיקרית.
- קבלת עזרה מאחרים.
- הרגשת קשיים ועומס בטיפול של מטפלים עיקריים.

בבדיקת הקשר בין תרומות למטפלים לבין המשתנים האישיים שלהם, נמצא שהמשתנה המשמעותי ביותר ברוב התחומים היה, האם המטפל העיקרי עובד או אינו עובד מחוץ לבית. שיעור גבוה יותר בקרב עובדים לעומת אלה שאינם עובדים, הרגישו תרומה בזמן פנוי והקלה בכך שגורם נוסף משתתף בטיפול. מאידך, מטפלים שאינם עובדים ציינו יותר את האפשרות להפגש עם אנשים אחרים כתרומה של המועדון.

משתנה נוסף שסוגי התרומה נבדלו לפיו היה קרבת המטפל למבקר.

*לוח מס. 33 - התרומות לפי סוג המטפלים (אחוזים)

סוג התרומה/סוג המטפל	שיעור המטפלים שציינו תרומה רבה	בני/בנות זוג	ילדים ואחרים
אפשרות להתפנות לסידורים	60	68	50
יותר זמן חופשי לעצמך	51	64	33
אפשרות לצאת לעבודה	14	8	21
אפשרות לנוח	25	36	11
אפשרות להיות בקשר עם אנשים אחרים	24	32	12

(* השיעורים בלוח הם מסך כל האוכלוסייה בכל קבוצת מטפלים.

כללית, תרומת המועדונים לבני/בנות הזוג גבוהה יותר מאשר לילדים ואחרים ברוב התחומים, מלבד באפשרות לצאת לעבודה. בני/בנות הזוג נטו להרגיש את התרומה במיוחד כמונחים של זמן פנוי - אפשרות להתפנות לסידורים ויותר זמן חופשי לעצמך.

בני הזוג ובעיקר הגברים, נטו לראות את התרומה כתרומה למבקר (אם טוב למבקר טוב לי). יש להניח שגברים כמטפלים עסוקים פחות בקניות, ניקיון וכו', ולכן התרומה בזמן משמעותית עבורם פחות מאשר עבור הנשים. יתר על כן, בנות הזוג מקבלות פחות עזרה ממש"ב ומנהלות בעצמן את משק הבית ומטפלות במבקר, ולכן הערכת התרומה של המועדונים בכל מה שקשור לזמן ולהקלה בטיפול משמעותית מאד לגביהן.

ממצא מעניין הוא, שמספלים מקרית-יובל נטו לציין הקלה נפשית ושקט נפשי בשיעור גבוה יותר מאשר במועדונים אחרים. לעומת זה מטפלים שקרוביהם מבקרים בתל-חי ובית פומרנץ נטו להזכיר יותר תרומה בזמן הפנוי.

לא נמצא קשר בין תכיפות הביקור של המטפל במועדון להערכת התרומות. לעומת זאת, הערכת התרומה בתחומים כמו זמן רב יותר, אפשרות לנוח, ואפשרות לצאת לעבודה קשורה למידה שהמטפלים מרגישים כי קיבלו מהמועדון את שציפו לו. כצפוי, שיעור הערכה חיובית נמוך יותר כאשר יש הרגשה שהציפיות לא התמלאו. בדומה, מטפלים שפנו למועדון בתקופה של משבר העריכו בשכיחות גבוהה יותר הקלה בתחום הנפשי, או הקלה בהרגשת הלחץ והדאגה.

בדרך כלל, הערכת התרומות למטפלים לא נמצאה קשורה למאפייני המבקר. עם זאת, מכלל המשתתפים שנבדקו נמצא, שמחלת המבקר קשורה לסוג התרומה. כאשר המחלה העיקרית היא C. V. A, שיעור גבוה מכין המטפלים ציינו שהתרומות למטפלים הן בהקלה נפשית והקלה מעשית בטיפול. הקלה זו בולטת פחות כאשר המבקרים סובלים מפרקינסון ודמנציה.

לסיכום, ניתן לציין, שהמטפלים העיקריים מעריכים שהמועדונים תורמים להם באופן ישיר לשיפור איכות חייהם, אם זה בשחרור זמן פנוי, כגורם תומך, או שותף לנטל הכבד שבו הם נושאים. התרומות נמצאו קשורות להרגשת המטפל באיזו מידה המועדונים ענו לצפיותיהם, או באיזו מידה הם הרגישו שנעזרו בצוות המועדון בתקופה של משבר. בלט בנתונים שהתרומות לבנות/בני הזוג משמעותיות אף יותר מאשר למטפלים האחרים, ונראה שאף למטפלים עובדים התרומה היא ניכרת.

8. המלצות לשיפורים במועדונים - מטפלים עיקריים

לסיכום הראיון, התבקשו המטפלים העיקריים להתייחס לשיפורים או שינויים רצויים במועדונים.

* לוח מס. 34 - שיעור המטפלים המעוניינים בשינויים במועדון (באחוזים)

סוג השינוי	אחוז המטפלים שמעוניינים בשינוי*
1. להגדיל שעות הפעלה ביום	45
2. להוסיף מספר ימים בשבוע	84
3. להפעיל את המועדון בשעות אחה"צ	8
4. להקפיד יותר בבחירת המשתתפים במועדון	12
5. להגדיל את כח האדם	15
6. לשנות את מקום המועדון	19
7. להגיש ארוחה במועדון	37
8. לקיים פעילות למשפחות	43

(* שיעור המשיבים בכל תחום מתוך כלל המטפלים.)

השינוי הבולט בו מעוניינים רוב המטפלים הוא תוספת ימים בשבוע בהם המועדון פועל. 52% מבין המטפלים מעוניינים שהמועדון יהיה פתוח יום יום ו-30% מעוניינים בתוספת של יום או יומיים בשבוע, זאת אומרת ארבעה או חמישה ימי הפעלה בשבוע. 45% היו מעוניינים בהגדלת מספר השעות ביום בהם המועדונים פועלים. מתוך 20 המטפלים המעוניינים ביותר שעות, 55% מעוניינים בתוספת של שתיים ביום ויתרם מעוניינים ביותר משעתיים. 37% בסך הכל מעוניינים שיגישו ארוחה במועדונים בנוסף להפסקת תה שנהוגה היום, ומתוכם 90% מעדיפים ארוחה חמה. 43% מבין המטפלים מעוניינים בפעולות למשפחות. אלה הביעו התעניינות בהרצאות, רצון להיות שותפים לכל מה שנעשה במועדון ולבקר יותר במועדונים, ולהשתתף בפעילות בעלת אופי חברתי, כגון פגישות חברתיות או טיולים עם מטפלים אחרים. חלק קטן מהמטפלים מעוניינים בשינויים הקשורים בצוות או במיקום המועדונים. אלה שחושבים שיש להקפיד יותר בבחירת מבקרים ציינו שרצוי לא לכלול אנשים המוגבלים מאד מבחינה תפקודית.

המלצת המטפל להגדיל את היקף הפעילות במועדונים (בשעות זכימים) לא היתה קשורה לרמתו התפקודית של המבקר (פיסיית וקוגניטיבית). אולם משאלה זו נמצאה קשורה לצורת המגורים של המבקרים. יש יותר נטיה מצד המטפלים להמליץ על הגדלת מספר השעות במקרה של מבקרים המתגוררים עם אחרים (ילדים או בני משפחה רחוקים יותר). בנוסף לכך, ככל שהמטפל מוכן יותר להמשיך ולטפל במבקר, הוא מעוניין גם ביותר שעות הפעלה של המועדונים.

ההמלצה להגדיל את מספר ימי הפעלה של המועדונים נמצאה אף היא קשורה לצורת המגורים של המבקרים. שיעור המטפלים המעוניינים בהגדלת ימי הפעלה גבוה יותר כאשר המבקר מתגורר לבד או עם בן/בת זוג בלבד. מבין המטפלים שהגדירו את מצבם הכלכלי כלא טוב, יש שיעור גבוה יותר הממליצים על יותר ימי הפעלה וארוחה חמה במועדון. כצפוי, מטפלים עובדים העדיפו יותר מאחרים שתנתן ארוחה במועדונים.

גם מצבם הנפשי-רגשי של המבקרים נמצא קשור להמלצה להגדיל את מספר ימי השבוע. שבהם המועדונים מופעלים. כאשר המבקרים סובלים מדכאון או ניתוק, יש יותר נטיה מצד המטפלים להמליץ על הרחבת הפעילות. גם ההמלצה לקיים פגישות קבוצתיות ניתנה בשיעור גבוה יותר על ידי מטפלים שהמבקרים כטיפולם סובלים מדכאון או ניתוק, וכאשר המטפלים חשבו להעביר את המבקר למוסד.

לסיכום השינויים העיקריים עליהם ממליצים המטפלים מתחסיים להרחבה של פעילות המועדונים. מצד אחד הרחבה מבחינת הזמן (שעות וימים) ומצד שני הרחבה מבחינת הפעילות (תוספת של ארוחות ותוספת של פעילות למטפלים עצמם).

רשימה בבליוגרפיה

1. Organic Mental Impairment in the Elderly: A report of the Royal College of Physicians, Journal of the Royal College of Physicians of London, Vol. 15, No. 3, July 1981.
2. Haugen, P.K. "Treatment of Dementia in Old Age in Institutional Environment;" paper presented in: Scientific Group in Senile Dementia, Paris, 1983.
3. Holden, U. "Approaches to the Confused Elderly," Churchill Livingstone Press, 1982.
4. Sheldon, F. "Supporting the Supporters: Working with the Relatives of Patients with Dementia", Age and Ageing, 11: 184-188, 1982.
5. Treas, A. "Family Support System for the Aged," Journal of Gerontology, Vol. 6, No. 17, 1977.
6. Zarit, S.H., Reever, K.E. "Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden," The Gerontologist, Vol. 20, No. 6, 1980.
7. גולדברג, א. "פרוייקט קהילתי ביסיוני לטיפול קבוצתי בחולי דמנציה", גרנטולוגיה מס' 29-30, 1985.
8. זילברשטיין, י. "סקר על צרכים רפואיים וסוציאליים של קשישים מוגבלים בבני ברק - שירותים בתוצים ועלותם", המוסד לביטוח לאומי, יולי 1981.

נספחים

המוסד לביטוח לאומי

אגף למחקר ותכנון

תאריך _____

מועדונים פסיכוגריאטרים

חלק 1 : פרטים לגבי המבקר במועדון

בחלק הראשון אנו מעוניינים לשמוע כמה פרטים לגבי המבקר במועדון.

שם המבקר _____ כתובת המבקר _____

שם המטפל העיקרי _____ כתובת המטפל העיקרי _____

הקרבה למבקר _____ ת.ז. של המבקר _____

ת.ז. של המטפל _____

א. נתונים דמוגרפיים של המבקר

1. מין

1. זכר

2. נקבה

2. שנת לידה _____

3. ארץ לידה

1. ישראל

2. אסיה/אפריקה

3. אירופה מזרחית

4. אירופה מערבית

5. אמריקה

4. שנת עליה

1. עד 1930

2. מ-1931-48

3. 1949-59

4. 1960-69

5. 1970-79

6. 80+

5. מצב משפחתי

1. נשוי

2. אלמן

3. רווק }
עבור לשאלה 7 }
4. גרוש }

6. שנת לידה של בן/בת הזוג של המבקר _____

7. מספר שנות לימוד

1. לא למד כלל

2. עד 4 שנות לימוד

3. 5 - 8

4. 9 - 12

5. +12

8. משלח יד עיקרי _____

9. האם מדבר עברית

1. כן

2. לא, איזו שפה _____

למבקרים שיש להם ילדים

10. סה"כ מספר הילדים בחיים _____ מס' ילדים בישראל _____

11. פרטים על בני משפחה המתגוררים בארץ.

1. באותה דירה
2. באותו בנין
3. באותה השכונה
4. באותה העיר
5. בעיר אחרת

מרחק	מצב משפחתי + מספר ילדים מהמבקר	גיל	מין	יחס קרבה
				.1
				.2
				.3
				.4
				.1
				.2

ילדים
עד 4
הקרובים ביותר
גאוגרפית

אחים/אחיות
עד 2 הקרובים ביותר
גאוגרפית

ב. תנאי מגורים ומשאבים חומריים של המבקר

12. עם מי גר המבקר בדירה?

1. לבד
2. עם בן/בת זוג בלבד
3. לא נשוי עם בן נשוי אחד לפחות
4. עם בן/בת זוג ועם בן נשוי
5. עם בן/בת זוג ועם בן רווק
6. לא נשוי עם בן רווק
7. אחר, איזה _____

13. מי בעל הדירה בה מתגורר המבקר?

1. בבעלות המבקר
2. בשכירות
3. בדמי מפתח
4. בבעלות בן משפחה אחר
5. אחר

14. אם בשכירות, מי משלם את השכירות?

1. בעצמו

2. עמידר/סוכנות

3. אחד הבנים

4. בני משפחה אחרים

15. כמה חדרים יש בדירה _____

16. באיזו קומה גר המבקר _____

17. האם תנאי הדיור מקשים על המבקר?

1. לא

2. כן, כיצד? _____

18. האם המבקר עבר לדירה אחרת עקב מצבו?

1. לא

2. כן, עבר לקומה נמוכה יותר

3. עבר לגור עם אחד הבנים

4. אחר, פרט: _____

19. האם יש טלפון בדירה בה מתגורר המבקר?

1. כן

2. לא

20. האם המבקר מסוגל לטלפן בעצמו?

1. כן

2. לא

21. מהם מקורות ההכנסה של המבקר (לסמן את כל מקורות ההכנסה)

1. קצבת זיקנה

2. קצבת נכות

3. קצבת נכות + שרותים מיוחדים

4. פנסיה מעבודה בארץ

5. פנסיה מעבודה בחוץ לארץ

6. שילומים או רנטה

7. קצבה ממשרד הבטחון

8. תמיכה מקרובי משפחה

ג. נתונים אישיים של המטפל העיקרי

22. שנת לידה _____

23. ארץ לידה

1. ישראל

2. אסיה אפריקה

3. אירופה המזרחית

4. אירופה המערבית

24. שנת עליה

עד 1930

מ-1931 עד 1948

מ-1949 עד 1959

מ-1960 עד 1969

מ-1970 עד 1979

מ-1980

25. מצב משפחתי:

1. נשוי

2. אלמן

3. רווק

4. גרוש

26. מספר שנות לימוד:

1. לא למד כלל

2. עד 4 שנות לימוד

3. 5 - 8

4. 9 - 11

5. 12 ויותר

27. האם עובד בשכר:

1. כן - להמשיך ב-28

2. לא

3. עקרת בית

28. מהו משלח היד העיקרי _____

29. כמה ימים בשבוע עובד _____

30. כמה שעות בשבוע עובד _____

31. האם חל שינוי בהיקף המשרה בעקבות הטיפול במבקר?

1. לא

2. כן, פרט _____

למטפלים העיקריים שיש להם בן/בת זוג.

32. מספר שנות לימוד של בן/בת הזוג _____

33. האם עובד בשכר?

1. לא

2. כן

34. אם כן, מה משלח הילד? _____

35. כמה ימים בשבוע עובד? _____

36. כמה שעות בשבוע עובד? _____

פרטים עבור ילדי המטפלים שאינם בני זוג:

37. שם הילד שגר בבית _____ גילו _____

_____ .1

_____ .2

_____ .3

_____ .4

_____ .5

למטפל העיקרי

38. האם אתה מטפל בחולה נוסף?

1. לא

2. כן, פרט _____

39. האם יש לכם טלפון?

1. כן

2. לא

40. האם יש לכם מכונית?

1. כן

2. לא

41. מהו המרחק בין מקום המגורים של המטפל העיקרי למבקר (לאילו שאינם גרים

באותה הדירה)?

1. באותו בנין

2. באותה שכונה - במרחק קצר

3. באותה שכונה - במרחק ניכר

4. באותה עיר

5. בעיר אחרת

42. איך אתה מגיע בד"כ למבקר?

1. ברגל

2. ברכב פרטי

3. בתחבורה ציבורית

43. כמה זמן לוקח לך להגיע למבקר?

44. האם הכנסתך מספיקה לצרכים שלכם?

1. יש לי יותר מהדרוש לי

2. יש לי מספיק לצרכים שלי

3. יש לי קצת פחות מהדרוש לי

4. חסר לי הרבה להסתדר מבחינה כספית

45. איך אתה מעריך את מצב בריאותך?

1. טוב

2. לא כל-כך טוב

3. בכלל לא טוב

46. האם חלה הרעה במצב בריאותך מאז שהתחלת לטפל במבקר?

1. לא חלה הרעה

2. חלה הרעה מסוימת

3. חלה הרעה משמעותית

4. אחר, איזה

47. האם מצב בריאותך מגביל אותך מבחינת הטיפול במבקר?

1. אין לי הגבלות

2. כן, כיצד אתה מוגבל בטיפול

ד. הקשר עם המועדון (של המבקר והמטפל העיקרי)

48. ממי שמעת על המועדון?

1. רופא המשפחה

2. עו"ס

3. אחות קופ"ח/לשכת הבריאות

4. קרובים/חברים/שכנים

5. רכזת המועדון

6. אחר

49. מה היו הסיבות שבגללן החלטת לשלוח את המבקר למועדון?

(לנסות לקבל סיבות הקשורות למבקר ולמטפל)

1.

2.

3.

50. כיצד המבקר מגיב כאשר באים לאסוף אותו למועדון?

1. בד"כ הוא מצפה ושמח לקראת הביקור

2. הוא בכלל אינו מודע/או זוכר לאן לוקחים אותו

3. בד"כ יש קצת התנגדות וצריך לשכנע אותו

4. בד"כ יש הרבה התנגדות ולבסוף הוא משתכנע

51. האם אתה מרגיש שינוי ברצון שלו ללכת למועדון מאז שהתחיל לבקר?

1. תמיד רצה ללכת וכך גם היום

2. היום הולך יותר ברצון מאשר בעבר

3. היום הולך בפחות רצון מאשר בעבר

4. בהתחלה לא כ"כ רצה ללכת וגם עכשיו לא

52. האם המבקר הולך באופן קבוע גם למועדונים אחרים?

1. לא

2. כן, איזה?

53. מספר פעמים בשבוע _____
54. מתי דברת לאחרונה עם המדריכה במועדון?
1. השבוע
2. לפני כשבועיים
3. לפני יותר משבועיים
55. כיצד נוצר הקשר? (השיחה האחרונה)
1. אני יזמתי אותו
2. המדריכה יזמה
3. במקרה נפגשנו
4. אחר, _____
-
56. מה היתה הבעיה עליה שוחחתם? _____
-
57. האם אתה מבקר במועדון?
1. לא יוצא לי לבקר
2. מבקר בערך פעם בחודש
3. מבקר כפעם בשבוע-שבועיים
4. מבקר יותר מפעם בשבוע
58. כאשר אתה מבקר במועדון, מה אתה עושה בד"כ?
1. רק מלווה את החולה
2. נשאר קצת יותר וצופה בפעולות.
3. עוזר למדריכה במה שאפשר
4. לפעמים רק מלווה, לפעמים נשאר

59. באופן כללי, כיצד אתה מעריך את פעולות המועדון?

קודם כל, מה אתה מרגיש כתרומה העיקרית של המועדון לך ולמשפחתך?

- עיקרית
1. _____
 2. _____
 3. _____

60. מה אתה מרגיש כתרומה העיקרית של המועדון למבקר?

- עיקרית
1. _____
 2. _____
 3. _____

61. האם אתה מרגיש שהצוות במועדון עוזר לך להכיר שרותים נוספים בקהילה?

1. הצוות לא עזר לי בכך
 2. כן, קיבלתי מידע על שרותים אחרים, איזה? _____
- _____

62. האם נעזרת במועדון בזמן של משברים בטיפול?

1. לא
 2. כן - הבא דוגמא: _____
- _____

63. האם היו לך ציפיות מהמועדון שלא התקיימו?

1. _____
2. _____
3. _____

פרק ה' - מצב בריאותו ותפקודו של המבקר

בחלק זה אנו מעוניינים לקבל פרטים על מצב בריאותו של המבקר ועל תפקודו בחיי יום-יום.

64. מהי המחלה העיקרית ממנה סובל המבקר? _____

65. האם יש מחלות נוספות?
1. לא
2. כן, פרט: _____
-
66. האם המבקר אושפז בבית-חולים בשנה האחרונה?
1. לא
2. כן, איזה בל"ח? _____
-
67. סה"כ ימי אישפוז _____
68. האם משתמש המבקר במכשירי עזר רפואיים? (לסמן את כולם)
1. לא משתמש
2. משתמש בהליכון, טריפוד
3. משתמש במקל הליכה
4. משתמש במכשיר שמיעה
5. משתמש בפנרוס
6. משתמש בקטטר
7. אחר, _____
-
69. האם המבקר לוקח תרומות באופן עצמאי או שצריך לדאוג לו?
1. לא זקוק לתרופות
2. מכיר את התרופות ולוקח בעצמו
3. מכיר את התרופות אך לא מסוגל לקחת בעצמו
4. לא מכיר את התרופות ולא מסוגל לקחת אותן
70. באיזה מצב נפשי (או מצב רוח) נמצאת בד"כ המבקר/ת?
1. בד"כ כמצב רוח טוב
2. בד"כ מדוכא ועצוב
3. בד"כ במצב כועס, רוגז
4. בד"כ אדיש, שקוע בעצמו.

5. במצב לא שקט, מתפרץ, תוקפני

6. במצב של חשדנות חוסר אמון

7. יש שינויים תכופים במצב הרוח, תאור: _____

אנו מעוניינים לדעת באיזו מידה המבקר מתמצא בסכיבה, מבין וזוכר, מהדכרים הכאים:

בדרך כלל	לפעמים	לעיתים רחוקות	כמעט אף פעם לא
----------	--------	---------------	----------------

71. האם הוא זוכר את שמות בני המשפחה

הקרובים (ילדים, נכדים, אחים, בן/בת זוג)

72. זוכר שמות של חברים או שכנים ותיקים

73. זוכר שמות של אנשים חדשים

74. מסוגל לספר מה עשה אתמול

75. זוכר את הכתובת שלו

76. עונה לעניין כאשר שואלים שאלה

77. זוכר איפה שם דברים בבית

78. מתנהג בסדר בחברה

79. האם המבקר מתעניין במה שקורה בבית ובמשפחה?

1. בכלל לא

2. מתעניין מעט

3. מתעניין הרבה

לתת דוגמא _____

80. האם המבקר מתעניין בחדשות?

1. בכלל לא

2. מתעניין מעט

3. מתעניין הרבה

נא לתת דוגמא

81. האם המבקר מדבר עם אנשים בבית, או מחוץ לבית?

1. כן, גם כיוזמתו

2. רק כאשר פונים אליו

3. לפעמים כן ולפעמים לא

4. בדרך כלל לא מדבר עם אחרים

5. בכלל לא מדבר עם אחרים

6. אחר, איזה?

82. אנו מעוניינים לדעת מה המבקר עושה בבית, כאשר לא הולך למועדון. נא לתאר יום רגיל בבית (בשבוע האחרון), והאם הרגשת שינוי מאז שהתחיל ללכת למועדון?

אנו רוצים לשאול האם היה שינוי בדברים הבאים מאז שהמבקר התחיל ללכת למועדון?

האם היה שינוי ב:	לא חל שינוי	היה שיפור מסוים	היה שיפור ניכר	הרעה
------------------	-------------	-----------------	----------------	------

83. מצב הרוח

84. רצון וחשק לעשות דברים

85. שיתוף פעולה בטיפול

86. התמצאות מחוץ לבית

87. בזכרון שלו לשמות

88. בקומוניקציה עם אנשים

בשאלות הבאות אנו רוצים לשמוע ממך על תיפקוד המבקר בחיי היום-יום. באילו תחומים הוא עצמאי ובאילו תחומים הוא זקוק לעזרה?

תאור הפעולה	עצמאי לחלוטין	זקוק לעזרה חלקית	זקוק לעזרה רבה
89. מתלבש			
90. מתרחץ - ידים ופנים			
91. מתקלח או עושה אמבטיה			
92. אוכל ושותה			
93. מגיע ומשתמש בשרותים			
94. נכנס ויוצא מהמיטה			
95. מכין תה, קפה, ארוחות קלות			
96. עולה ויורד במדרגות			
97. יוצא לסביבה הקרובה			
98. עושה עבודות נקיון קלות			
99. איזה דברים נוספים צריך לעשות בשבילך?			

100. האם המבקר נופל בבית או בחוץ?

1. לא נופל בכלל

2. רק לעיתים רחוקות

3. נופל לעיתים קרובות - כמה פעמים בשבוע? _____

4. נופל יום יום

101. כמה זמן אפשר להשאיר את המבקר ללא השגחה?

1. אפשר להשאירו בבית ללא הגבלת זמן

2. אפשר להשאירו רק לכמה שעות, כמה _____

3. אי אפשר להשאיר אותו ללא השגחה.

102. מאז שהתחיל ללכת למועדון האם חלו שינויים בעצמות המבקר, כמו אכילה,

רחצה וכו'?

1. היתה הרעה

2. לא היה שינוי

3. היה שיפור קל

4. היה שיפור משמעותי

103. באלו תחומים אתה מרגיש שינוי?

1. (עיקר) _____
2. _____
3. _____

ו. המצב הטיפולי

104. כמה ימים בשבוע אתה מטפל במבקר? _____

105. כמה שעות ביממה אתה מטפל במבקר? _____

106. מה הבעיה העיקרית בטיפול מבחינתך? (לבקש פרוט)

1. בעיה פיזית _____
2. בעיה נפשית _____
3. בעיה כספית _____
4. בעיה חברתית _____

גורמים נוספים שמשתתפים בטיפול

מי מהאנשים הבאים עוזר בטיפול, הכוונה לטיפול בחולה עצמו, או כל עזרה שנדרשת עקב מצבו של החולה. איזה סוג עזרה מגיש כל אחד מהגורמים, ובאיזה היקף?

הגורם	מס' שעות בשבוע	תאור הפעולות/עזרה
107.	רופא	
108.	אחות קופ"ח	
109.	אחות מ. הבריאות	
110.	עובד/ת סוציאלית	
111.	מט"ב	
112.	מט"ז	
113.	עוזרת בית	
114.	פזילוטריפליסטית	
115.	מרפאה בעיסוק	
116.	שכנים	
117.	קרובי משפחה אחרים	
118.	בנים	
119.	מתנדבים	
120.	מדריכה רכזת במועדון	
121.	רב	
122.	אחר - מי	

איזה עזרה נוספת אתה מקבל מגורמים שונים בקהילה?

האם אתה מקבל -

123.	ארוחה חמה	כן	לא
124.	עזרה כספית	כן	לא
125.	תיקונים בדירה	כן	לא
126.	מכשירים רפואיים	כן	לא

127. האם עבור חלק מהעזרה אתה משלם?

1. לא

2. כן

המשפטים הבאים מתארים מחשבות/רגשות המתעוררים לפעמים אצל אנשים שצריכים לטפל בחולה קשה. האם אתה הרגשת דברים דומים? אם כן - האם זה קרה לך לעיתים קרובות או רחוקות?

אף פעם	לעיתים רחוקות	לעיתים קרובות
--------	---------------	---------------

128. אני מרגיש שאני מתמודד לבד עם כל

הטיפול, אף אחד לא עוזר לי

129. אני כועס על בני משפחה אחרים

שלא עוזרים לי מספיק

130. אני חושב ודואג שהמצב של המבקר

יהיה יותר גרוע ולי יהיה עוד

יותר קשה

131. איך אתה מרגיש לגבי המשך הטיפול במבקר (להקריא את האפשרויות ולבקש לבחור אחת).

1. האם אתה מוכן להמשיך בטיפול, ללא הגבלת זמן, בכל התנאים.

2. האם אתה מוכן להמשיך בטיפול במידה ותקבל עזרה נוספת

3. האם אתה מוכן להמשיך בטיפול רק עד תקופת זמן. כמה

4. האם אתה מרגיש שאינך מוכן להמשיך ולטפל עוד?

(לאלה שאינם מוכנים להמשיך לטפל)

132. למה אינך מוכן להמשיך?

(לאלה שמוכנים להמשיך ולטפל)

133. למה אתה מוכן להמשיך?

אנו רוצים לדעת האם אתה חושב שהביקור במועדון השפיע עליך בתחומים הבאים

<u>לא היתה</u>	<u>השפעה חיובית</u>	<u>השפעה חיובית</u>
<u>השפעה</u>	<u>מסוימת</u>	<u>רבה</u>

134. אפשרות להתפנות לסידורים

135. יותר זמן חופשי לעצמך

136. אפשרות לצאת לעבודה

137. אפשרות לנוח

138. אפשרות להיות בקשר עם אנשים

אחרים (ילדים, שכנים)

תאור השילובים

האם הקשר עם המועדון עזר לך להבין יותר טוב את הדברים הבאים אצל המבקר?

לא עזר עזר מעט עזר הרבה

139. את העובדה ששוכח שמות או דברים

140. את הבלבול וחוסר ההתמצאות

141. את השינויים במצב הרוח

142. את השינויים בהתנהגות בחברה

143. באילו תחומים נוספים עזר לך המועדון?

ז. תוכניות למיסוד

144. האם התענינתם להכניס את המבקר במוסד?

1. לא התענינו בכלל

2. התענינו לגבי מוסדות, אבל לא רשמנו

3. המבקר נמצא ברשימת המתנה

4. המבקר היה רשום וקיבל מקום, אבל התחרטנו.

לאלה שנרשמו:

145. האם קיבלתם אישור ממשרד הבריאות לאחד המוסדות?

1. כן

2. לא

לאלה שלא נמצאים ברשימת המתנה:

146. האם אתה מעונינים כיום להכניס את המבקר למוסד?

1. כן

2. לא

147. אם כן, מדוע?

148. אם לא, מדוע?

ח. קבוצה ומועדון

149. האם את/ה משתתף בפגישות קבוצתיות של בני המשפחה?

1. לא משתתף בכלל
2. השתתפתי פעם והפסקתי
3. השתתפתי רק במספר פגישות
4. אני משתתף/ת קבוע/ה בכל הפגישות.

150. האם את/ה נפגש/ת איתם גם מחוץ לקבוצה?

1. לא
2. כן, באיזו תכיפות? _____

151. מה תורמת לך ההשתתפות בפגישות הקבוצתיות (אפשר יותר מתשובה אחת). מה

התרומה העיקרית?

1. הרגשה של קשר ושותפות עם אנשים עם בעיות דומות
2. החלפת מידע ואינפורמציה לגבי קשיים בטיפול
3. לומדים על שרותים ולמי לפנות
4. לומדים דברים חדשים בקשר למצב המבקר
5. מקבלים התיחסות אישית ויש הרגשה שדואגים לו
6. אחר _____

152. האם אתה חושב שיש צורך לשיפורים או שינויים בנעשה במועדון?

1. כן
2. לא

153. אם כן, על אלו שינויים היית ממליץ?

1. עיקרי _____
2. _____
3. _____

אנו מעוניינים לקבל את דעתך בקשר לשינויים הנוגעים למועדון.

כך

לא

בכמה _____

154. האם יש להגדיל את מספר השעות ביום

בכמה _____

155. האם להוסיף ימים בשבוע

לאיזה שעות _____

156. האם לשנות את שעות ההפעלה

איזו אוכלוסייה מתאימה

157. האם להקפיד יותר בבחירת המשתתפים במועדון

איזה כח אדם נחוץ

158. האם יש להגדיל את כוח האדם

159. האם יש לשנות את מקום המועדון

קרה או חמה _____

160. האם יש צורך להגיש ארוחות

איזה _____

161. האם יש צורך בפעולות למשפחות

162. איזה מהדברים הם החשובים ביותר?

נספח מס' 2 - שאלון לרכזת - תאור המבקר

ב. פרטים על המבקר

שם המבקר _____ תאריך התחלת הביקור במועדון _____

1. המחלה העיקרית ממנה סובל המבקר _____
2. מי הפנה את המבקר למועדון? _____
3. מדוע הוחלט לקבלו למועדון? _____
4. מה המטרות הטיפוליות לגבי מבקר זה? (התחילי מהמטרה החשובה ביותר)

_____ .1
_____ .2
_____ .3

5. כמה פעמים בשבוע מבקר במועדון?

1. מגיע לכל פגישה או כמעט לכל פגישה.
2. מגיע בערך פעם בשבוע או פחות
3. מגיע רק מפעם לפעם.

6. מה לדעתך התגובה של המבקר לביקור במועדון?

1. מצפה בד"כ לביקור
2. אדיש למדי לביקור
3. מגלה גם התנגדות

לפניך רשימה של בעיות בתיפקוד או בקומוניקציה, היכולות להקשות על הטיפול במבקר במסגרת המועדון. אלו קשיים יש לך עם המבקר הזה? ומה מידת הקושי שיש לך בטיפול? ליד הבעיה הקשה ביותר סמני 1, 2 ליד בעיה קשה פחות וכך הלאה.

<u>דרוג</u>	<u>בעיה</u>	<u>עבור כל בעיה שציילנת, כיצד את מתמודדת אתה</u>
.7	אפסיה - חוסר דיבור	
.8	כלבול	
.9	פאסיביות	
.10	חוסר שקט	
.11	חרדה	
.12	בעיה בשפה	
.13	חוסר התאמה לקבוצה	
.14	מנותק, סגור	
.15	סובל מהלוצי נציות	
.16	אחר, פרט	
.17	אחר, פרט	

לפניך מספר תחומים אפשריים של שינוי בהתנהגות המבקר, מאז שהתחיל לבקר במועדון,

ציילני לגבי כל תחום, האם את מרגישה שינוי מאז שהתחיל לבקר במועדון:

האם חל שינוי ב:

אין שיפור שיפור שינוי נא לתת
שינוי מועט משמעותי לרעה דוגמא לשינוי

.18	<u>במוטיבציה לבוא למועדון</u>	
.19	<u>במידת הקומוניקציה עם הצוות</u>	
.20	<u>בכמות השיחות עם אחרים במועדון</u>	
.21	<u>במידת ההשתתפות בפעולות</u>	
.22	<u>במידת הערנות לנעשה מסביב</u>	
.23	<u>ביוזמה ובהצעות</u>	
.24	<u>בקשר לא מילולי עם אחרים</u>	
.25	<u>אחר, איזה</u>	
.26	<u>האם המבקר מקובל בקבוצה?</u>	

1. כן, מדוע

2. לא, מדוע

27. האם חל שינוי בתחום זה מאז שהתחיל לבקר במועדון?

- 1. כן, פרט _____
- 2. לא, פרט _____

28. כיצד את מעריכה את התיחסות המשפחה למבקר?

- 1. התיחסות חמה ודואגת
- 2. ההתיחסות בעיקר לצרכים היום-יומיים
- 3. אין התיחסות מספקת אפילו לצרכים היום-יומיים

29. מה לדעתך התרומות העיקריות של המועדון למבקר? התחילי מהתרומה החשובה ביותר.

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____

30. מה לדעתך התרומות העיקריות של המועדון למטפל העיקרי בבית? התחילי מהתרומה החשובה ביותר.

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

תודה על שיתוף הפעולה

נספח מס' 3 - שאלון לרכזת - תאור המועדון

המוסד לביטוח לאומי

אגף מחקר ותכנון

לרכזת המועדון:

שם המועדון _____

שם הרכזת _____

א. פרטים על המועדון

1. מס' פגישות בשבוע _____
2. מס' שעות כל פגישה _____
3. מי הם עובדי המועדון? (שמות ותפקידים)

עובדים בהתנדבות (קבועים)

עובדים בשכר

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

4. תאור פעולות בשבוע שעבר

תאור פעולות קבועות

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

5. תאור פעולות מיוחדות שהיו בשבוע שעבר

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

6. מספר מבקרים ממוצע בשבוע שעבר _____

7. תארי את השינויים העיקריים במועדון מאז הפעלתו?

_____ .1

_____ .2

_____ .3

_____ .4

8. מדוע נעשה כל אחד מהשינויים שפרטת?

_____ .1

_____ .2

_____ .3

_____ .4

9. מי החליט עליהם? _____

10. האם היית שותפה להחלטות?

1. לא

2. כן

11. היינו רוצים להבין כיצד את מפעילה את האנשים במועדון

1. כפרטים _____

2. כקבוצה _____

12. איזה בעיות מיוחדות יש לך היום במועדון? _____

13. אם היו נותנים לך את האמצעים הכספיים, אלו שינויים היית רוצה להכניס למועדון שלך? התייחס לשינויים ההכרחיים ביותר לדעתך והתחילי מהחשוב ביותר.

