
מטפלים זרים, דמנציה ומה שביניהם

אדמית טל

אדמית טל, MSc, OT, היחידה לטיפול בית וגריאטריה מכבי שירותי בריאות, היחידה לשיקום בית שירותי בריאות כללית, עוזרת מחקר בקריה האקדמית אונו. adamit33@bezeqint.net

תודות: המאמר נכתב על בסיס עבודה במסגרת קורס גריאטריה כחלק מלימודי תואר שני באוניברסיטה העברית. תודות לד"ר **עדינה מאיר** שהנחתה את הקורס.

הבהרה: השימוש במינוח "מטפלים זרים" בגוף העבודה, הוא המינוח הנפוץ בישראל, ולכן גם בעבודה זאת נעשה שימוש במינוח זה. אין כוונתי להביע עמדה מסוימת.

מילות מפתח: מטפלים זרים, קשישים, בני משפחה, דמנציה, ריפוי בעיסוק

תקציר

שכיחותה והשלכותיה הרבות של מחלת הדמנציה על האדם וסביבתו הופכות אותה לבעיה רפואית, משפחתית, חברתית, ציבורית וכלכלית. זוהי מחלה כרונית ודגנרטיבית, הגורמת לקשיים בזיכרון וביכולות קוגניטיביות נוספות, ולאובדן עצמאות בתפקודי היום-יום. עם הידרדרות תפקוד האדם, עולה הצורך בהענקת עזרה ותמיכה בתפקודי היום-יום, הניתנות בעיקר באמצעות העסקת מטפלים זרים. על אף העלייה במספר העובדים הזרים המועסקים בתחום במדינות המפותחות בכלל ובישראל בפרט, פלח דמוגרפי זה נחקר מעט מאוד. כלל המטפלים ממקצועות הבריאות, העוסקים מדי יום בטיפול באוכלוסייה הקשישה, נתקלים במטפלים הזרים ומקיימים אתם קשר יום-יומי, כאשר מעט מאוד ידוע על רמת הידע שלהם ועל ותפסתם את מחלת הדמנציה. בשלבים מתקדמים של המחלה המטפלים הזרים נעשים מושא הטיפול, ובאמצעותם אנו מטפלים בקשיש הדמנטי ובמקביל משפרים את מיומנותיהם ואת דרכי התמודדותם עם המצב. תהליך ההתערבות בקשיש דמנטי החי בקהילה עם מטפל זר, מציב אתגר גדול בפני המרפאה בעיסוק, שצריכה להתמודד במקביל עם הקשיש הדמנטי, המטפל הזר ובני המשפחה, ונדרשת למצוא את האיזון בין צרכיהם ולכוון לפתרונות האידאליים המתאימים ביותר. תחום ידע ומחקר בנושא זה הוא דל, ועדיין אין בנמצא תכנית התערבות ממוקדת הכוללת התייחסות לצורכי הקשיש, המטפל ובני המשפחה. מקצוע הריפוי בעיסוק יכול לספק בסיסי ידע הקשורים למיומנות ביצוע, תחומי תפקוד ואיכות חיים בעבור הקשיש הדמנטי והמטפל הזר תוך התייחסות לסביבה ולהקשרים הפיזיים, החברתיים, התרבותיים והרוחניים.

מבוא

מושא הטיפול, שכן באמצעותם ודרכם אנו מטפלים בקשישים ובמקביל מתייחסים למימונויותיהם ולדרכי התמודדתם של המטפלים עם המצב.

תהליך ההתערבות בקשיש הדמנטי החי בקהילה עם מטפל זר, מציב אתגר גדול בפני המרפאות בעיסוק, שצריכות להתמודד במקביל עם לקוח מרכזי וכמה שותפים לטיפול בו זמנית (הקשיש הדמנטי, המטפל הזר ובני המשפחה) והן נדרשות למצוא את האיזון בין הצרכים השונים ולכוון לפתרונות האידאליים המתאימים ביותר. עם זאת, תחום הידע והמחקר באוכלוסיית המטפלים זרים דל ביותר וחסר בריפוי בעיסוק. עדיין אין בנמצא תכנית התערבות ממוקדת הכוללת התייחסות לצרכים של הקשיש הדמנטי, של המטפל הזר ושל בני המשפחה. מאמר זה יסקור ויסביר את המאפיינים הייחודיים של המטפלים הזרים, נותני השירותים העיקריים לקשישים דמנטיים בארץ. הוא ידגיש את חשיבותה של סוגיה זו ואת הצורך בראיית המטפלים הזרים כאוכלוסייה חדשה שטרם נחקרה בריפוי בעיסוק. כמו כן, יבדוק המאמר מה יכולה להיות תרומתם של המרפאים בעיסוק בבואם לטפל בקשישים דמנטיים המטופלים במסגרת ביתית על ידי מטפלים זרים.

דמנציה - הגדרה וקלסיפיקציה

הזדקנות האוכלוסייה בעולם המערבי נתפסת כתופעה הדמוגרפית הבולטת ביותר של שלהי המאה ה-20 וראשית המאה ה-21 (הלר, 2003; צ'רניחובסקי וקורא, 2007; Dohner, 2003; Ludecke, & Eickhoff, 2008). שיעור הגידול של האוכלוסייה הקשישה בישראל בגיל 65 פלוס כפול מזה של כלל האוכלוסייה, בסוף 2011 מנו בני 65 פלוס 804,000 ושיעורם כ-10% מסך כל האוכלוסייה בישראל (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה).

העלייה בתוחלת החיים בעולם המערבי גורמת להתרבות תחלואות הקשורות לגיל, ואחת הנפוצות ביותר היא דמנציה על סוגיה הרבים, ובהם אלצהיימר (הלר, 2003). השכיחות והשלכותיה של מחלת הדמנציה הופכות אותה לבעיה רפואית, משפחתית, חברתית, ציבורית וכלכלית (Burns & Zaudig, 2002). הירידה בזיכרון וביכולות קוגניטיביות נוספות המאפיינת את מחלת הדמנציה, משפיעות במידה ניכרת על בטיחות החולה, על עצמאותו, על ירידה בשביעות רצונו ובאיכות חייו, כמו כן הירידה הזאת משפיעה גם על משפחתו ועל סביבתו של החולה (Gitlin & Corcoran, 2005; Graff et al., 2007b). ככל שהמחלה מתקדמת, כן התלות והעומס הטיפולי גדלים, ועולה הצורך בעזרה פורמלית מ"סביב לשעון", הניתנת בעיקר באמצעות העסקת מטפלים זרים (הלר, 2003; Gitlin & Corcoran, 2005; Karner, 1998; Lyons, Zarit, & Townsend, 2000; Lyons & Zarit, 1999).

העסקת מטפלים זרים נעשתה לתופעה בולטת במדינות המפותחות ובייחוד בישראל, ועם זאת מעט מאוד ידוע על אמונותיהם ועל עמדותיהם בנוגע למחלת הדמנציה. כמו כן, הידע וההכשרה לגבי אופן הטיפול היום-יומי וצורתו בקרב קשישים דמנטיים אינו ברור. המטפלים הזרים צריכים להתמודד עם קשיים רבים הן במישור האישי והן במישור התעסוקתי, כשנלווית לכך ההתמודדות עם משפחת הקשיש הדמנטי (מתוך דוח הוועדה לעיצוב מדיניות בנושא עובדים לא ישראלים, מרפא בעיסוק נתקל, כמעט על בסיס יום-יומי עם מטפלים זרים בבואם לטפל בקשיש הדמנטי, וכן עם משפחתו. בשלבים מתקדמים של המחלה המטפלים הזרים הופכים להיות

בשירות בין קופות החולים השונות ובאזורים דמוגרפיים שונים בארץ (הרשקוביץ ושצמן, 2008).

דמנציה (שיטיון) אינה מחלה ספציפית. היא בבחינת מונח כללי, המתאר מגוון רחב של תסמינים הקשורים לירידה בזיכרון או ביכולות חשיבה אחרות (תקשורת ושפה, קשב וריכוז, שיפוט והסקת מסקנות והתמצאות מרחבית), תסמינים חמורים דיים כדי לגרום לפגיעה ביכולת הביצוע של פעילויות היום-יום (Alzheimer Society; APA, 1994). בשלבים המוקדמים של המחלה, הפגיעה היא בעיקר בתפקודי היום-יום המורחבים, כגון ניהול משק בית ועבודה, ובהמשך יש פגיעה גם בתפקודי היום-יום הבסיסיים עד למצב שבו החולה הופך לסייעודי (Gitlin & Corcoran, 2005).

מהלך המחלה איטי והדרגתי, פעמים רבות אינו מורגש ולרוב מאובחן בשלבים מתקדמים של המחלה (לפחות כשנתיים לאחר הופעת סימנים קליניים) (מינר ורוזמן, 2012; Boise, Morgan, Kaye, & Camicioli, 1999; Caltagirone, Perri, Carlesimo, & Fedda, 2001). המחלה מתאפיינת בשלושה שלבים אופייניים: שלב "טרום קליני", המתחיל שנים רבות לפני הופעת הסימנים, שלב "ירידה מתונה בזיכרון" - (MCI) "Mild Cognitive Impairment", המאופיין בירידה קוגניטיבית ללא פגיעה ביכולת תפקודית. והשלב השלישי הוא "שלב השיטיון/ דמנציה מסוג אלצהיימר", שבו יש ירידה ניכרת בתפקודי הזיכרון, בחשיבה ובהתנהגות (מינר ורוזמן, 2012; Budson & Solomon, 2012). כמו כן האטיולוגיה של דמנציה היא רבה ומגוונת, בסוגיה השונים נמנים דמנציה מסוג אלצהיימר, דמנציה וסקלורית, על רקע מחלות כמו HIV, על רקע שימוש בחומרים או שילוב בין הגורמים (APA, 1994). דמנציה

עם העלייה הדמוגרפית מתרבות גם תחלואות הגיל, ואחת הנפוצות ביותר היא כאמור דמנציה על סוגיה הרבים, ובהם אלצהיימר. כיום, ההערכה כי לקראת שנת 2030 מספר המאובחנים עם דמנציה יגיע ברחבי העולם לכ- 65 מיליון איש ול-113 מיליון לקראת שנת 2050, ושני שלישים מהם יהיו במדינות מתפתחות (Alzheimer Society). במדינת ישראל אחד מכל חמישה קשישים סובל מדמנציה ברמות שונות. כ-70 אלף ישראלים לוקים באלצהיימר, וההערכה היא שבתוך 15 שנים יגדל מספרם ל-120 אלף. ככלל, ככל שעולה תוחלת החיים, גדלה שכיחותה של המחלה, שפוגעת באופן שווה בגברים ובנשים מכל הגזעים ומכל השכבות הסוצי-אקונומיות. שכיחות המחלה בקרב בני 65 פלוס היא כ-5%, ואצל אוכלוסיית הגיל 85 פלוס השכיחות נעה בין 0%-20% (עמדא - עמותה לאנשים עם דמנציה, אלצהיימר ומחלות דומות בישראל).

עם העלייה בשיעור הקשישים הדמנטיים באוכלוסייה עולה הצורך למנוע מוגבלות בקרבם, והמשימה הזאת היא אחת מן האתגרים החשובים של שירותי הבריאות. לשם כך, פותחו כלי הערכה גריאטרית כוללנית, הנעשית בבתי חולים, במרפאות בקהילה ובביקורי בית על ידי צוות רב מקצועי הכולל רופא גריאטרי, אחות, עובדת סוציאלית, מרפאה בעיסוק ולעתים דיאטנית ופיזיותרפיה. בהתאם לחוזר מנכ"ל משרד הבריאות, שירות זה הוא חלק מסל השירותים, המחייב את הקופות לפי חוק ביטוח הבריאות הממלכתי (בנטור, שטרנברג, ספלטור, למברגר ושרון, 2011; הרשקוביץ ושצמן, 2008). נכון להיום, שיעור נמוך מן הקשישים הדמנטיים מגיעים להערכה גריאטרית מקיפה, מסיבות הנובעות מגורמים שונים, כמו היעדר מודעות של הרופאים בצורך הטיפולי, אי-שוויון

35, מחציתן נשואות, ולרובן בני זוג וילדים, שאינם חיים עמם בארץ. 16% מהן עבדו כאחיות והשאר במקצועות שונים (הלר, 2003; נתן, 2006; מתוך דוח הוועדה לעיצוב מדיניות בנושא עובדים לא ישראלים, 2007; Tung, 2000; Ayalon, 2009b).

בשנים האחרונות ממשלת ישראל הוציאה שורת החלטות במאמץ להסדיר את תחום העסקת העובדים הזרים בישראל ובינואר 2010 קיבלה החלטה חד משמעית לצמצם את מספר העובדים הזרים, באמצעות קיצוץ המכסות עד ביטולן, וצמצום תופעת ההעסקה הבלתי חוקית של עובדים זרים. החלטות הממשלה התקבלו לנוכח העלייה במספר העובדים הזרים החוקיים, שנכנסו לישראל באשרת עובד או באשרת תייר וכן של העובדים הלא חוקיים, כלומר המסתננים (נתן, 2010). מספר אשרות שהיה והעסקה הניתנות למהגרי עבודה באופן רשמי על ידי המדינה משתנות משנה לשנה, בהתאם לצורכי המדינה. אשרות אלה תקפות לתקופה מוגבלת, והן ניתנות בהתאם לחוק הכניסה לישראל וחוק שירות התעסוקה. כיום הטיפול בשוהים זרים בישראל, לרבות עובדים זרים, נתון בידי הרשות האוכלוסין וההגירה, שמרכזת את אישורי הכניסה לעובדים, לתיירים ולסטודנטים (נתן, 2010; רשות האוכלוסין וההגירה).

הגידול במספר הקשישים במדינות המפותחות ובהן ישראל, מחייב מתן מענה לצורך ההולך וגובר בסיעוד (הלר, 2003; צרניחובסקי וקורא, 2007; Ayalon, 2009a; Kemper, 1992; Tung, 2000). יש לציין כי גידול במספר ההיתרים להעסקת עובדים זרים בענף הסיעוד בעשור האחרון היה מהיר מקצב הגידול של מספר הקשישים. אחת הסיבות היא ההעדפה המדינית להציע פתרונות במסגרת הקהילה ולא במסגרת

לא זו בלבד שהיא פוגעת בהיבטים רחבים של תחומי החיים של האדם, אלא אף פוגעת באיכות חייו. ככל שהמחלה מתקדמת, והתסמינים הקוגניטיביים, ההתנהגותיים, האישיותיים והתפקודיים מחמירים, כן התלות במשפחה ובסביבה עולה (Graff et al., 2006a). בשלבים אלו המשפחה עומדת בפני אתגר טיפולי לא פשוט, ולעתים נעזרת בשירותים של מטפלים זרים או בסידור מוסדי, המספקים את צרכי התפקודיים של הקשיש (הלר, 2003).

מדיניות ועובדים זרים

תופעת הגלובליזציה הביאה להתרחבות ניכרת של ההגירה לצורכי עבודה. רמת החיים והשכר במדינות המתפתחות נמוכים בהרבה מאשר במדינות המפותחות, ועקב כך נמשכים תושבי המדינות המתפתחות לחפש עבודה (ולו ארעית) ולהעתיק את מקום מגוריהם למדינות המפותחות (מתוך דוח הוועדה לעיצוב מדיניות בנושא עובדים לא ישראלים, 2007; Tung; Ayalon, 2009a; 2000). בישראל, במחצית הראשונה של שנות ה-90, בעקבות אירועים ביטחוניים, החלה העסקת עובדים זרים במקום העסקת עובדים פלסטינים (הלר, 2003). לפי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה היקף העסקתם של עובדים לא ישראלים התרחב במרוצת השנים ועומד כיום על יותר מרבע מיליון, מהם מאתיים אלף עובדים זרים, וכמחציתם לא חוקיים (11% מכלל המועסקים בארץ). ההסתיעות בעובדים לא ישראלים (זרים ופלסטינים) משרתת מטרות חברתיות ולאומיות ונפוצה בעיקר בענפי הסיעוד (50% מכלל שיעורם), החקלאות (36%) והבינוי (26%). מספר העובדים הזרים בסיעוד בהיתר נאמד היום ביותר מ-38,000, ורובם הגדול נשים פיליפיניות, שגילן הממוצע הוא

התרחבות התופעה מלמדת על שביעות רצון של כל הצדדים: המדינה, שחוסכת את המחיר הגבוה של האשפוז הסיעודי; הקשיש, שנשאר בביתו; המשפחה, בזכות הטיפול המסור בדרך כלל המוענק במחיר שאפשר לעמוד בו; והמטפל הזר, שמשתכר סכומים גבוהים בהשוואה לשכר שהיה מקבל בארץ מוצאו (הלר, 2003; מתוך דוח הוועדה לעיצוב מדיניות בנושא עובדים לא ישראלים, 2007; Ayalon, 2009a, 2009b).

מאפיינים של מטפלים זרים

הגדרת העיסוק. עובד שאינו אזרח בישראל או תושב בה, וקיבל אשרת עבודה לעסוק בטיפול סיעודי "מסביב לשעון" (24/7) בעבור קשיש שזקוק להשגחה במהלך שעות היום. התפקיד כולל טיפול בצרכיו האישיים של הקשיש (לבוש, רחצה, היגיינה אישית ועוד), בסביבתו הפיזית (בישול, ניקיון, קניות ועוד) ובצרכיו הרוחניים והחברתיים (יציאה מחוץ לבית, שיחות, משחק ועוד) (הלר, 2003).

המניעים העיקריים לעבודה בישראל.

המניע העיקרי לעבודה של המטפלים מחוץ למולדתם הוא כלכלי, בעיקר דאגה למימון השכלה תיכונית או גבוהה לילדיהם. שכר העבודה המשולם בישראל גבוה בהרבה מן המשכורות הנהוגות בארצות מוצאם. מניעים נוספים הם משפחתיים, כמו למשל הרצון להימלט מנישואים (קתולים) מעורערים או עידוד הממשלות של מדינות העולם השלישי, כמו ממשלת הפיליפינים המעודדת עבודה מעבר לים ורואה בעובדים כ"גיבורים חדשים". עובדים אלו מכניסים לקופת מדינתם יותר מתשעה מיליארדי דולרים, שהם 58% מן התוצר הלאומי הגולמי. הגורמים המחזקים את המשיכה של ישראל הם מניעים דתיים, קרובי משפחה ומכרים העובדים בארץ (הלר, 2003; נתן, 2006; 2006; Tung, 2000; Ayalon, 2009a).

מוסדית אשפוזית, עקב העלות הגבוהה של הפתרון האחרון. העדפתם של הקשישים ומשפחותיהם להאריך את השהות בביתו של הקשיש ובסביבה המוכרת לו, ככל האפשר, מגדילה את הצורך בהעסקה של עזרה פורמלית. במקביל יש גורמים המפחיתים את יכולת המשפחה לטפל בקשיש והמחייבים העסקת כוח אדם בתשלום, גורמים כגון, גידול/צמצום כוח הקנייה של המשפחות, עלויות הטיפול למשפחות (מוסד אל מול מטפל זר), העלייה בשיעור המשפחות החד הוריות, ריבוי האלמנות, יציאת הנשים לעבודה, הפריסה הגאוגרפית והתפרקות המשפחה המסורתית שבה חיו כמה דורות תחת קורת-גג אחת.

סיבה נוספת לעלייה בדרישה לתמיכה פורמלית היא העלייה ברמת ההשכלה וההכנסה בקרב השנתונים החדשים של המצטרפים למעגל הקשישים, שיצרה פלח אוכלוסייה שמשנה את הרכב סל השירותים הנדרש, ושמצבו הכלכלי מאפשר לו לקנות שירותי סיעוד. זאת ועוד, המטפלות הביתיות הישראליות (המט"ביות) אינן מוכנות לעלות את שיעור משרותיהן ולטפל בקשישים 24/7 שעות ביממה, כי לרוב הן משכילות ומבוגרות שבחרו בעיסוק זה בליט ברירה (הלר, 2003). המט"ביות מספקות שירותי סיעוד, הכוללים טיפול אישי, סביבתי, פעילות חברתית ואינטראקציה עם הקשיש ומשפחתו. לרוב הן מועסקות בחוזים אישיים בעמותות ובחברות עסקיות פרטיות, המספקות שירות זה מטעם חוק הסיעוד. מקצוע זה אינו אקדמי ואינו מוסמך על ידי רשות ממשלתית. לעתים עוברים העובדים במקצועות אלה קורס או השתלמות על ידי הגוף המעסיק טרם תחילת העבודה או במהלך מילוי תפקידן (הלר, 2003).

העובדים הזרים מצויים לעתים במצב של בדידות חברתית ומשפחתית, וכפופים למערכת איסורים העומדת בניגוד לצרכים חברתיים ופיזיולוגיים בסיסיים (מתוך דוח הוועדה לעיצוב מדיניות בנושא עובדים לא ישראלים, 2007; הלר, 2003). מלבד זאת, העובדים האלה נקראים בשם "עובדים זרים". עולה אפוא השאלה: "מדוע ניתן להם השם הזה? מהי הכוונה ומהי המשמעות הסמנטית של מילה זאת? האם המשמעות היא, שהם מרוחקים, זרים, מנוכרים - אינם חלק מאתנו? בקנדה ובארה"ב טיפול זה מכונה "עזרה פורמלית" או "עזרה בתשלום" (formal caregiver, paid caregiver, live in worker informal), לעומת טיפול של בני משפחה המכונה "עזרה בלתי פורמלית" (Futrell, Saulnier, & Reinhard, 2001). האם השם משקף שוני בתפיסות ובעמדות שלנו כלפי העובדים הזרים לעומת קנדה וארה"ב? וכיצד הדבר משפיע על התמודדותם בחברה? שאלות אלו ואחרות הן שאלות תיאורטיות, שאינן מורות על קשר ישיר או אינן בגדר הוכחה ליחסה של החברה כלפי האוכלוסייה הזאת.

לבד מכל הקשיים שהוזכרו כאן, עובדי הסיעוד בהיתר חווים קשים נוספים וייחודיים, ובהם שכר שעה נמוך מן השכר המקובל במשק תמורת הטיפול שהם מספקים וקשיים רגשיים. בהשוואה בין מט"ביות למטפלים זרים נמצא כי המטפלים הזרים מבצעים שיעור גבוה יותר של פעילויות טיפול אישי וסביבתי כמו רחצה, הלבשה, בישול וכולי, וכי שכר השעה שלהם לעומת כמות השעות ועומס העבודה נמוך במידה ניכרת. קושי פיזי בטיפול היום-יומי, נובע מן הצורך בהשגחה צמודה, כאשר הוא מחמיר עקב הפרעות שינה של הקשיש (מתוך דוח הוועדה לעיצוב מדיניות בנושא עובדים לא ישראלים,

תהליך ההיקלטות בישראל. היתר להעסקת עובד זר בענף הסיעוד יינתן בדרך כלל על פי הזכאות והמבחנים שנקבעו במסגרות תביעות לגמלאות/קצבאות מטעם המוסד לביטוח לאומי. לאחר קביעת הלקות התפקודית אצל הקשיש, מוגשת בקשה להעסקת עובד זר לרשות האוכלוסין וההגירה. לאחר קבלת אישור העסקה של עובד זר, פונה המשפחה לסוכנויות סיעוד פרטיות, המבוקרות על ידי ממשלת ישראל. סוכנויות הסיעוד הפרטיות אחראיות על הבאת העובדים ארצה, התאמתו של העובד הזר לקשיש, פיקוח על עבודת המטפלים והבטחת רווחת הקשישים. לעתים הסוכנויות מספקות לעובדיהם הכשרה לפני הגעתם ארצה ובתחילת תקופת עבודתם, עם זאת הדרכה זו משתנה ואינה מבוקרת באופן קבוע (וייסבלאי, 2005; Ayalon, 2009a).

קשיי ההתמודדות של המטפלים הזרים

בשנים האחרונות עולה ומתרחבת המצוקה וההזנחה בקהילותיהם של המטפלים הזרים. מכיוון שרצונם של העובדים הזרים לחסוך כסף, הוצאות המחיה שלהם נמוכות, ועל כן הם בוחרים להתגורר באזורים שבהם שורת הזנחה סביבתית גבוהה (הוועדה לעיצוב מדיניות בנושא עובדים לא ישראלים, 2007). כמו כן הם חסרי זכויות אזרחיות בסיסיות, כגון זכויות פוליטיות, חוץ מזכות הפנייה לערכאות המשפטיות. מדינת ישראל רואה בעובדים הזרים גורם ארעי, הם אינם רשאים להתחיל הליך של התאזרחות בישראל ואינם זכאים למעמד של תושבי קבע או תושבים ארעיים (נתן, 2007). קיום קשרים זוגיים, הולדת ילדים או כניסה לישראל של קרובים מדרגה ראשונה, יכולים לסכן את מעמדם של העובדים הזרים ולהביא להרחקתם מן המדינה. עקב כך,

להתגרות בהן בכוונה, 60% חושבות שעדיף שלא לערב משפחה בעניין בעיות התנהגות אצל הקשיש, 56% חושבות שתרופות הן הדרך היחידה והיעילה להרגיע קשיש, 51% סבורות שזה תהליך "נורמלי" שלאדם המזדקן תהיה דמנציה. ההסברים לכך יכולים לנבוע מן ההבדלים התרבותיים בין מזרח למערב. באסיה דמנציה היא חלק מ"זקנה נורמלית" והאחריות הטיפולית היא של בן משפחה קרוב. חשוב לציין כי יש לראות בזהירות את תוצאות מחקר זה, מכמה סיבות: מדגם מסוג "כדור שלג", משתתפים מאזור המרכז בלבד, מדגם מוטה מגדרי (נלקחו רק נשים), לא ידוע מה מספר המסרבים וכמו כן הנבדקים נלקחו מפלח אתני אחד של מטפלים זרים (עובדי הפיליפינים) ולכן אינו מייצג את כלל המטפלים הזרים.

עם זאת מחקר איכותני זה, מספק לנו כמראים בעיסוק מידע רב על רמת הידע ועל עמדותיהם של המטפלים הזרים על קשישים דמנטיים. בזכות יכולותיו המקצועיות של המרפא בעיסוק אפשר לגשר על פערים אלו, אם בהדרכה ובלימוד של המטפל הזר את המחלה ומאפייניה, דרכי התמודדות ואסטרטגיות תפקוד יום-יומיות, טכניקות התנהגותיות להרגעה שיקלו על תפקודו כמטפל בקשיש דמנטי ואם בהתייחסות כוללת לכל המרכיבים הסובבים והעוטפים את הקשיש והמטפל הזר: סביבתו הפיזית, האנושית, המשפחתית והחברתית. זאת ועוד, מציאת איוון בין כל מרכיבי המערכת תאפשר תפקוד יעיל, שביעות רצון ותפיסת איכות חיים טובה יותר של הקשיש ושל המטפל הזר.

תפיסות המטפלים ובני המשפחה את היחסים ביניהם - fictive kin/family like
ארגון הבריאות העולמי הציע כי שיתוף הפעולה בין מספקי שירותי הטיפול הפורמלי

Fitzgerald, 2001; Kerner, ;2003, הלר, 2007; (1998; Tung, 2000). מקורם של הקשיים הרגשיים של המטפלים הזרים בכמה גורמים: אם זה עקב העזיבה והריחוק מן המשפחה ואם זה כתוצאה מן הטיפול היום-יומי והצפייה בהידרדרות הפיזית והמנטלית של הקשיש (Ayalon, 2009a; Tung, 2000).

ידע ועמדות של מטפלים זרים בקרב דמנציה

יש מיעוט מחקרים בעולם ובארץ העוסקים בידע ובעמדות של מטפלים עיקריים (בני משפחה ומטפלים זרים) העובדים עם אוכלוסייה דמנטית. בארץ, נעשה מחקר אחד על ידי Ayalon (2009a), באוכלוסייה של 184 מטפלות זרות ממוצא פיליפיני. הממצאים העיקריים של מחקר זה היו כי המטפלות מחזיקות בידע כללי באשר לסימנים ולתסמינים של דמנציה, 70% סבורות כי שכחה היא סימן לדמנציה ו-83% מהן סבורות כי קשיש המציג לקויות קוגניטיביות זקוק להשגחה צמודה. כמו כן הן הביעו ידע על השינוי האישיותי המלווה דמנציה ועל הטבע הפרוגרסיבי שלה. הן דיווחו כי דרכי ההתמודדות שלהן עם הידרדרות המצב, כוללות שימוש בטכניקות התנהגותיות, לדוגמה לא להתווכח עם הקשיש ו"לזרום" עם אמירותיו ובקשותיו. כמו כן אהבה, רחמים, אמפתיה, סבלנות וסובלנות לזולת היו כלים נוספים שהן ציינו. עם זאת, שיעור גבוה מהן, טענו כי לא הכירו אנשים עם דמנציה, משתי סיבות עיקריות, האחת תוחלת חיים נמוכה בפיליפינים, והשנייה היעדר ניסיון טיפולי בקשישים.

כמו כן, נמצא כי המטפלות מביעות אמונות ביחס לדמנציה שאינן תואמות את התרבות הישראלית והידע המחקרי על דמנציה. לדוגמה, 33% מן המטפלות חושבות כי קשישים הצועקים או מקללים מנסים

העמוקה והטבעית, אפשר לשמוע אמירות כמו "אני אוהב את הקליינט שלי, הוא כמו סבא בשבילי", "היא מטפלת בי כמו בת או נכדה ולא כמו מטפלת". היחסים נעשים קרובים, המטפל הופך להיות כמו אחד הילדים או הנכדים של מקבל השירות. המטפלים בשלב זה מקבלים על עצמם מחויבות רגשית ואחריות לא רק לגבי המשימות שהם צריכים לעשות, אלא לגבי הטיפול הכולל בקשיש. "להיות חלק מן המשפחה" תורם לטשטוש הגבולות בין טיפול מקצועי לאישי, ולעתים המטפל יתחיל לבצע משימות שהן מעבר להגדרת תפקידו וללא תשלום נוסף, כמו להביא ארוחות לסוף שבוע, ביקור הקשיש בבית החולים, עזרה בצביעת ביתו בסוף שבוע וכיוצא בזה, ובכך בעצם עלול להפר את כללי העבודה ונהליה מול סוכנות הסייעות. אימוץ המטפל כמשפחה, מאפשר למקבל השירות לשמר פרטיות ואינטימיות, ולשאת את העובדה שמשפחתו הביולוגית אינה מעורבת בטיפולו או שהטיפול הופך להיות בשלט רחוק. גם בעבור המטפל הקשר האנושי שנוצר יכול להיות מספק ולעזור בהתמודדות עם אתגרי העבודה. מחקרים אחרים מראים שגם אם מטפלים נראים באופן כלשהו כחלק מן המשפחה, בהרבה מובנים הם "לא נחשבים" או בלתי נראים, הנוכחות שלהם נראית רק אם מתעוררת בעיה כלשהי, דבר המאפשר למשפחות ולמקבל השירות נפרדות, שונות ועצמאות מן המטפל.

ריפוי בעיסוק כחוט המקשר בין הקשיש הדמנטי ומשפחתו למטפל הזר, יכול להציע ולתרום לרמת שיתוף הפעולה בין כל הגורמים המעורבים. בתהליך התערבות

(מטפלים זרים) לנותני השירות הבלתי פורמלי (בני המשפחה), הוא הבסיס לטיפול באדם הקשיש, בייחוד בקשישים הירודים מבחינה קוגניטיבית, במטרה להפחית את העומס והלחץ הטיפולי (הלר, 2003; 2009a; Ayalon, 2005; Gitlin & Corcoran, 1998; Karner, 1998; Lyons & Zarit, 1999; Lyons, Zarit, & Townsend, 2000). שיתוף הפעולה ויצירת הקשר בין שלושת הגורמים, כוללים בתוכם תהליך היקשרות (bonding), המורכב משלושה שלבים (Ayalon, 2009b; Karner, 1998; Tung, 2000):

1. **שלב ההיכרות/אימון** - שלב זה מתחיל עם שני זרים המשתפים פעולה כדי לבצע משימות ספציפיות יום-יומיות. במהלך שלב זה, מוצגות ומבוססות נורמות, ונוצרים גבולות ואינטימיות. בהתחלה אפשר לראות כי מקבל השירות (הקשיש) מעלה חשדות, בזמן שהמטפל הזר מנסה למצוא את מקומו בבית. התפקיד של המטפל הזר והתפקיד של מקבל השירות אינם ברורים תמיד, ולעתים זהו מצב חדש לשני הצדדים. מקבלי השירות רואים עצמם כ"מאמנים" ומלמדים את המטפל הזר לבצע דברים בדרכם, כדי לשמור ולשמר את תפקידם כמנהלי הבית, ואילו המטפל ממוקד במשימה. בשלב זה רצוי שתהיה תקשורת, כדי שמקבל השירות והמטפל יוכלו להכיר זה את זה, ולבסס אמון וביטחון ראשוני.
2. **שלב השיתוף** - זהו שלב המעלה את הקשר לרמה של ידידות, כאשר שני הצדדים מרגישים שותפים ברמה האנושית, האישית והחברתית אנושית, מעבר ליחסי עובד-מעביד. שלב זה מעלה את איכות הטיפול, ומגיע באופן טבעי.
3. **שלב האימוץ המשפחתי/להפוך לבן משפחה פיקטיבי** - זה שלב הידידות

שתכלול התייחסות לכמה לקוחות בו זמנית כחלק ממערכת אחת בעלת מטרה משותפת והבנה הדדית. מה שיביא לבסוף להרגעת חשדות, להפחתת כעסים, לתקשורת פתוחה מכילה, אמפתית ואוהדת ולהיווצרות של תהליך ההיקשרות.

תפקיד הריפוי בעיסוק בטיפול באדם עם דמנציה

ריפוי בעיסוק הוא מקצוע המקדם בריאות ורווחה אישית דרך עיסוק. המטרה העיקרית היא לאפשר לאנשים השתתפות בפעילויות יום-יומיות המשמעותיות להם, דרך אימון מיומנויות במטלה או על ידי התאמה ושינוי הסביבה. ריפוי בעיסוק ניתן במסגרות שונות ובקרב אוכלוסיות שונות, בהן קשישים הסובלים מדמנציה. בעבר, הטיפול בקשישים דמנטיים ניתן בעיקר בבתי חולים, אבל כיום מרביתם חיים בביתם עם בני משפחה או עם מטפלים זרים, כאשר הטיפול העיקרי ניתן במסגרות של ביקורי בית, מרפאות גריאטריות ומכוני שיקום בקהילה (Corcoran & Gitlin, 1992; Gitlin & Corcoran, 2005; Miller & Butin, 2000).

התערבות טיפולית בריפוי בעיסוק באוכלוסיית קשישים דמנטיים החיים בקהילה מבוססת על פרספקטיבה "ממוקדת לקוח", השמה את צרכיו, את אמונותיו ואת מטרותיו של הקשיש במרכז. עם זאת בשלבים מסוימים של המחלה הטיפול מתבסס גם על עקרונות של ה"קהילה במרכז". באותה עת המטרות הטיפוליות נקבעות עם הקשיש הדמנטי, בני משפחתו והמטפל הזר כל אחד לחוד וביחד. ההתייחסות הטיפולית היא לקשיים האינדיבידואליים של הלקוח בסביבתו החברתית (תפיסה של המשפחה במרכז) ולקשיים האישיים של המטפל העיקרי כלקוח. כאשר קבלת החלטות לגבי תכנית ההתערבות צריכה להיות כזאת שתתאים לצרכיו של הלקוח העיקרי (הקשיש), לשותפי הטיפול ולכל המערכת כאחת (Graff et al., 2006a).

התערבות בקרב בני משפחה של קשישים דמנטיים נחקרה לא מעט בספרות, והעומס הטיפולי, שינוי התפקידים והיחסים, בדידות וחוסר אונים נמצאו כמרכיבים העיקריים שעליהם בני המשפחה מדווחים כמשפיעים על תפקודם היום-יומי, הרווחה האישית ותפיסת איכות החיים (Graff et al., 2006a; Futrell et al., 2001; 2007b). לימוד על מאפייני המחלה, לימוד טכניקות לפתרון

מטרת ההתערבות של מקצוע הריפוי בעיסוק עם מטופלים דמנטיים החיים בבית, היא לקדם ולאפשר תפקוד והשתתפות בחיי היום-יום בבית באופן היעיל והבטוח ביותר בעבורם, להפחית עומס טיפולי ולהעלות שביעות רצון ותפיסת איכות חיים של הקשיש ושל המטפל העיקרי שלו (Gitlin & Corcoran, 2005; Graff et al., 2006c, 2007b). במקביל, ההתערבות בריפוי בעיסוק ממלאת תפקיד חשוב בתמיכה במטפל העיקרי (המטפלים הזרים ו/או בני המשפחה): חיזוק תחושת המסוגלות שלו והיכולת בביצוע היום-יומי, הפחתה של תחושת חוסר האונים ותחושת הבידוד החברתי שלו (Graff

המטפל הזר, ולראות בהם מטרה חשובה לא פחות מן האחרות. העומס הטיפולי רב מאוד, ועל המטפל מוטלות משימות רבות הן פיזיות והן רגשיות. והעומס הזה גובר כשהמשימות הרגשיות והחברתיות עולות, בייחוד כשבת הזוג של הקשיש הדמנטי בחיים, וחלה הידרדרות אצלו (Ayalon, 2009b; Tung, 2000).

לסיכום, טיפול בריפוי בעיסוק בקרב קשישים דמנטיים מורכב וכולל מושאי טיפול רבים. התפיסה הטיפולית של "קהילה במרכז" באוכלוסייה הזאת, משנה את הגישה שהלקוח העיקרי הוא הקשיש הדמנטי ויש להתייחס לצרכיו בלבד. לרוב, המערכת החברתית הסובבת את הקשיש הדמנטי החי בבית מורכבת ממשפחתו וממטפל זה, מה שמוביל להפיכתה של מערכת הזאת למערכת מורכבת, שבה לכל אחד מן הפרטים יש מערכת אמונות ותפיסות שונה, ולכן יש למצוא את האיזון בין כל הפרטים, כדי לספק פתרונות אידיאליים לטיפול היום-יומי בקשיש הדמנטי: יצירת תקשורת פתוחה והדדית, הפחתה של העומס הטיפולי ועלייה ברווחה האישית ותפיסת איכות החיים של כל אחד מן הגורמים.

דין

דמנציה היא מחלה כרונית ודגנרטיבית, הגורמת לקשיים בזיכרון, בעיות התנהגות, היעדר יוזמה, אובדן עצמאות בתפקודי היום-יום וירידה בהשתתפות חברתית. קשיים אלו משפיעים באופן ישיר על איכות חייהם של הקשישים הדמנטיים ועל המטפלים העיקריים (מטפלים זרים ובני משפחה) (Graff et al., 2006a, 2007b). כיום בארץ, רוב הקשישים הדמנטיים מטופלים במסגרת ביתם בידי מטפלים זרים (הלר, 2003; Ayalon, 2009a).

בעיות יום-יומיות, אסטרטגיות מפצות וסביבתיות ושיפור השתתפות בתפקוד היום-יום הן חלק ממטרות התהליך הטיפולי בריפוי בעיסוק בקרב בני משפחה של אנשים שאובחנו עם דמנציה (Graff et al., 2006c). לעומת זאת, ראיית המטפלים הזרים כשותפי טיפול בריפוי בעיסוק היא מושג חדש, שאין עליו אָזכור בספרות המחקרית: לא מאוזכר הרציונל לכך ולא עצם היותם המטפלים העיקריים של קשישים דמנטיים החיים בקהילה בארץ. ומכאן עולה הצורך לראות במטפל הזר חלק מן המערכת הטיפולית ולהידרש לרצונותיו, למצוקותיו, לקשייו היום-יומיים ולסדרי עדיפותו באשר לטיפול היום-יומי הפרקטי, תוך מתן כבוד לסיפורו האישי, לערכיו, לאמונותיו ולתרבותו. על המטפל הזר להיות חלק ושותף פעיל בכל תהליך ההערכה וההתערבות, יש להתחשב ברעיונותיו ובניסיונו בטיפול היום-יומי עם אותו קשיש דמנטי. ראוי לכוון אותו למצוא את הפתרונות המתאימים ביותר בעבור שגרת יומם, לכוון אותו לפיתוח אסטרטגיות התמודדות ויכולת חשיבה עצמאית לסיטואציות עתידיות עם התקדמות המחלה. שיפור מיומנויותיו של המטפל הזר, ייעשה על ידי חינוך ומתן ידע בנוגע למחלה ולשירותים קהילתיים כמו מרכז יום, לימוד של אסטרטגיות של פתרון בעיות ואסטרטגיות התמודדות עם התנהגויות מורכבות, מתן עזרים פרקטים יום-יומיים, הצעה של פעילויות שונות ומשמעותיות ולימוד של ניתוח פעילות (Gitlin & Corcoran, 2005; Graff et al., 2006a). חשוב ללמד את המטפל הזר על החשיבות של סדר יום פשוט קבוע וצפוי מראש, על סביבה מוכרת ובטוחה, המספקת לקשיש את הגירוי המתאים ובכמות הרצויה. כמו כן עלינו להתייחס לביטחוננו הפיזי והרגשי ולאיכות חייו של

קשר זה לקשר עם משפחותיהם, "אני מרגיש שאמא (הקשיש הדמנטי), היא כמו אימא שלי". בד בבד יש המדווחים כי בני המשפחה תופסים אותם כמו "מכונה" או "עבדים", וכי דרישותיהם חורגות מן המקובל. במקביל, קבלת המטפל הזר לחיק המשפחה, אינו תהליך פשוט בעבור בני המשפחה של הקשיש הדמנטי. יש חשש התחלתי בקרבם להכניס גורם זר לבית הוריהם, ורק עם הזמן הופך המטפל לחלק מן המשפחה, שותף בחגים, מקבל מתנות ותנאי עבודה נאותים (Ayalon, 2009b).

לתכניות הטיפול הכוללניות, ובפרט לתכניות טיפול בריפוי בעיסוק בקרב קשישים דמנטיים ובני משפחותיהם, נמצאו השפעות חיוביות ועילות במושגים של האטה בהחמרת תפקודם, הפחתת העומס הטיפולי ושיפור תפיסת איכות החיים (הרשקוביץ ושצמן, 2008; Gitlin & Corcoran, 2005; Graff et al., 2006a, 2006c). ועם זאת, עדיין אין תכנית התערבות באוכלוסייה הזאת, שמביאה בחשבון גם את המטפל הזר כחלק מן הטיפול וכשותף בטיפול. טיפול שכזה עלול להיות מורכב וליצור דילמות מקצועיות ואתיות. תהליך התערבות כזה יכול להיעשות מסובך במיוחד אם לא תהיה אחידות ברמת הציפיות של הגורמים המעורבים בדבר: הקשיש, בן המשפחה והמטפל הזר. לכן על המרפאה בעיסוק להביא בחשבון את כל הגורמים לתוך מערכת השיקולים המורכבת, ולבצע אינטגרציה בין המידע שנאסף בשלב ההערכה מן הקשיש הדמנטי, מבני המשפחה ומן המטפל הזר ולשלב את הידע התיאורטי והחשיבה הקלינית, על מנת לפתח תכנית התערבות מותאמת.

בשלב ההערכה של הפרופיל והביצוע העיסוקי של הקשיש הדמנטי, של בני משפחתו ושל המטפל הזר, יש צורך בהבנה

הביאה לארץ פלח דמוגרפי חדש שנחקר עד כה מעט מאוד.

כלל המטפלים ממקצועות הבריאות, ובפרט אנחנו המרפאים בעיסוק, העוסקים מדי יום באוכלוסייה הקשישה והגריאטרית נתקלים ומקיימים קשר יום-יומי עם המטפלים הזרים, המטפלים בלקוחותינו, כאשר מעט מאוד ידוע לנו על רמת הידע ואמונותיהם על מחלת הדמנציה (Ayalon, 2009a). עולה אפוא השאלה: "האם גישתנו השיקומית המעודדת תפקוד עצמאי מרבי עולה בקנה אחד עם תפיסותיהם ועם דרך עבודתם של המטפלים הזרים, כאשר מנגד מצויים בתמונה גם בני המשפחה שלעתים אינם רואים עין בעין את הדברים כמו המטפלים הזרים או כמו המרפאים בעיסוק?" תפיסתם של בני המשפחה את תפקיד המטפל הזר כאחראי על כל הפעילויות היום-יומיות, ובכללן טיפול במשימות פיזיות (כמו לבוש, רחצה והחלפת טיטולים), שגרת היום, תחזוקת הבית והטיפול הרגשי. המשפחות מתארות את תפקידם כ"מנהלי הטיפול", מי שאחראים על כל ההיבטים של חייהם של הקשישים הדמנטיים, בהם ניהול הטיפול, הבית והכספים (Karner, 1998; Ayalon, 2009b). המטפלים הזרים תופסים את חברי המשפחה כמנהלים, מתווכים, נושאי המסורת, ומלמדי המנהגים והתרבות הישראלית. ולכן לרוב הם נדרשים לרצות את ציפיותיהם ולעמוד בדרישותיהם מלבד דרישותיו של הקשיש עצמו (Ayalon, 2009b).

במערכת היחסים המורכבת והאמביוולנטית בין כל הגורמים יש לראות כחלק מהקשרי הטיפול. מצד אחד, המטפלים הזרים מדגישים את חוזק הקשרים עם הקשיש הדמנטי, על ידי שימוש במילים כמו "אימא", "אבא", "סבא", "סבתא" וכדומה, ועל ידי השוואת

הרגלים ושגרות יום-יומיות חדשות. התאמה של אביזרים ושל הסביבה, שמירה על מצבו הבריאותי של הקשיש הדמנטי ומניעה של נזקים בריאותיים משניים למטפל הזר עקב העומס הטיפולי הפיזי והרגשי ושמירה על בטיחותו. שיתוף הפעולה בין המרפאה בעיסוק, הקשיש הדמנטי, המטפל הזר ובני המשפחה יכול להיות הכלי החשוב ביותר להצלחת טיפול כזה והעברה ויישום של ההמלצות הטיפוליות.

סיכום

העלייה המתמשכת בשיעור האוכלוסייה הקשישה הדמנטית והעלייה במספר העובדים הזרים המגיעים לארץ מצריכות את התייחסותה של מערכת הבריאות. תפיסותיהם, אמונותיהם הייחודיות והשונות התרבותית של המטפלים הזרים עדיין לא נחקרו די הצורך, לא בארץ ולא בעולם. התפיסה הייחודית של מקצוע הריפוי בעיסוק יכולה לתרום למטפלים הזרים בטיפול הפרקטי היום-יומי. המרפאה בעיסוק מסוגלת לספק הדרכה וייעוץ למטפלים זרים, המטפלים בקשישים עם דמנציה, בתחומים נרחבים, ממתן ידע על המחלה ושלביה ולימוד אסטרטגיות טיפוליות יום-יומיות ועד התאמת עזרים והתאמת הסביבה, על מנת להקל עליהם את הטיפול. ובמקביל לספק טיפול יעיל ומיומן יותר בעבור הקשישים ובני משפחותיהם. עם זאת, אין תכנית התערבות ממוקדת הכוללת התייחסות לצרכים של הקשישים הדמנטיים, של בני המשפחה ושל המטפלים הזרים בפרט.

שאלות מקצועיות רבות צפות בבואנו לחקור את הנושא: האם למרפאות בעיסוק ידע בהדרכת מטפלים זרים? האם יש צורך בהבנה מעמיקה של תפיסתם התרבותית טרם מתן ההדרכה? ומהן העמדות של

של הצרכים, של הבעיות ושל הדאגות היום-יומיות. כמו כן יש לבדוק את סדרי עדיפויותיהם תוך כדי התייחסות לתפקידים, לערכים ולסיפור האישי. וכן יש לתת את הדעת להקשרים תרבותיים (פער תרבותי), להקשרים פיזיים (הסביבה הביתית), להקשרים חברתיים (רצונות של בני משפחה, תמיכה חברתית ושירותי קהילה) ולהקשר הרוחני (אמונה דתית) שעלולים להתנגש עקב שונות בין הקשיש ומשפחתו למטפל הזר. מציאת תכנית התערבות מותאמת לכל

שותפי הטיפול והיכולת למצוא את האיזון בין הקשיש, משפחתו והמטפל הזר יכולות להיות לעתים משימה לא פשוטה ומורכבת ואף מורכבת ביותר במקרים שבהם הקשיש הדמנטי לוקה בקשיים בתקשורת, בבעיות התנהגות ובהיעדר שיפוט וכן כשמופנית אלימות או התנהגות שאינה הולמת כלפי העובד הזר. מקרים כאלה מעמידים את השאלה: "מיהו הלקוח העומד שלפנינו: הקשיש הדמנטי, בני משפחתו או המטפל הזר?"

מצבים שכאלה עלולים ליצור קונפליקט בין בני המשפחה (שהם לרוב האפוטרופוסים של הקשיש הדמנטי) לבין המטפל הזר. ולכן הטיפול צריך להתנהל מתוך שותפות והתייחסות לאופייה הייחודי של המשפחה והמטפל הזר, תוך מתן כבוד, תמיכה, הקשבה, קבלת השונות והתייחסות לצרכיו של כל אחד מחברי המערכת. כמו כן על המרפאה בעיסוק לדאוג להפחתה בניגודי עניינים על מנת לא ליצור לחץ על המטפלים הזרים, שיכולים להימצא באמצע בין דרישות המרפאה בעיסוק לבין דרישות מעסיקהם, הקשיש הדמנטי ובני משפחתו.

מטרות התערבות כזאת יכולות להיות לימוד ושיפור מיומנויות ודפוסי ביצוע של הקשיש הדמנטי והמטפל הזר, והטמעת

אחת, ויש צורך בהדרכת מרפאים בעיסוק הפוגשים באוכלוסיית הקשישים הדמנטיים ובלימוד הנושא וראייתו כחלק מעבודתם השוטפת.

מקורות

בנטור, נ' ת', שטרנברג, ש', ספלטור, ט', למברגר, י' ושרון, א' (2011). *מרפאות להערכה גריאטרית כוללנית בישראל*. מאיירס-גוינט-מכון ברוקדייל ומכבי שירותי בריאות.

בנטור, נ' ת', שטרנברג, ש', ספלטור, ט', למברגר, י' ושרון, א' (2011). *מרפאות להערכה גריאטרית כוללנית בישראל*. מאיירס-גוינט-מכון ברוקדייל ומכבי שירותי בריאות.

הלר, א' (2003). *הטיפול בקשישים בישראל: דיון בסוגיית עובדי הסיעוד הזרים ומטפלות הבית הישראליות על רקע מיפוי הצרכים וסקירת הפתרונות הקיימים* - מוגש לוועדה לבחינת בעיית העובדים הזרים ולוועדת העבודה, הרווחה והבריאות. הכנסת, מחלקת מידע ומחקר, ירושלים.

הרשקוביץ, א' ושצמן, ח' (2008). *גריאטריה: מדריך וושינגטון סדרת התמחויות המשנה ברפואה*. ידע, ישראל.

וייסבלאי, א' (2005). *הליך ההעסקה של עובדים זרים בענף הסיעוד אצל קשישים* - מוגש לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות. הכנסת, מרכז מחקר ומידע, ירושלים.

מרפאות בעיסוק כלפי מטפלים זרים? האם ביכולתה של המרפאה בעיסוק להידרש להיבטים הקשורים לרווחתם הפיזית והחברתית של המטפלים הזרים, האם הדבר בתחום אחריותה המקצועית? או שהיא עלולה להיכנס לתחומי התמחות שאין בידיה המיומנות והידע לכך? האם אין זה די להפנות אותם הלאה? ואם כן למי להפנות, לעובדת סוציאלית בסוכנות הסיעוד או לעובדת סוציאלית בקופת החולים? האם על המרפאה בעיסוק להתערב במשולש האינטר-פרסונלי שנוצר במערכת המשפחתית הזאת? מה קורה כשמתעוררות דילמות אתיות או כשהמטפל הזר מעלה קשיים פיזיים בטיפול היום-יומי, כמו קושי בביצוע מעברים, שכנוע להאכיל את הקשיש, או משפחה שאינה דואגת לצידוד רפואי הולם (כמו מנוף, כפפות וכיוצא באלה)? איך מגשרים על בעיות תקשורת בין הקשיש הדמנטי ומשפחתו למטפל הזר? מה קורה כשהמטפל הזר מדווח על בעיות התנהגות, אלימות או התנהגות מינית לא מקובלת של הקשיש כלפיו או להפך? מה עושים כשהקשיש הדמנטי מראה תסמינים של היעדר שיפוט, של אי יכולת להביע צרכים באופן ברור ועקבי? ואז מי הלקוח שלנו? - מקבל השירות, המטפל או המשפחה? לאילו אינטרסים אנו דואגים? מה קורה כשיש ניגוד עניינים? שאלות אלו ורבות אחרות מעלות את הצורך להמשיך לחקור ולהעמיק את הידע של מקצוע הריפוי בעיסוק המטפל באוכלוסיית הקשישים הדמנטיים ובתופעת המטפלים הזרים, כחלק מלקוחותיה. שכן תופעה זו הפכה לכמעט השגרה הטיפולית שלנו, ואי אפשר להתעלם ממנה ולהתכחש לקיומה. יש צורך בהמשך פיתוחם של כלי הערכה והתערבות הרואים בצרכיהם של הקשישים, במשפחה ובמטפלים מערכת

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Ayalon, L. (2009a). Beliefs and practices regarding Alzheimer's disease and related dementias among Filipino home care workers in Israel. *Ageing & Mental Health, 13*(3), 456-462.
- Ayalon, L. (2009b). Family and family-like interactions in households with round-the-clock paid foreign carers in Israel. *Ageing & Society, 29*, 671-686.
- Boise, L., Morgan, D. L., Kaye, J., & Camicioli, R. (1999). Delays in the diagnosis of dementia: Perspectives of family caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease, 14*(1), 20-26.
- Budson, A. E., & Solomon, P. R. (2012). New diagnostic criteria for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment for the practical neurologist. *Practical Neurology, 12*, 88-96.
- Burns, A., & Zaudig, M. (2002). Mild cognitive impairment in older people. *The Lancet, 360*, 1963-1965.
- Caltagirone, C., Perri, R., Carlesimo, G. A., & Fadda, L. (2001). Early detection and diagnosis of dementia. *Archives of Gerontology and*
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה - http://www.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa_template.html?hodaa=201211261
- מינר, ז' ורוזנמן, ח' (2012). סמנים ביולוגיים באבחון שיטיון ומחלת אלצהיימר. *הרפואה, 151*(5), 289-292.
- נתן, ג' (2006). הסדרת העסקתם של העובדים הזרים בענף הסיעוד. הכנסת, מרכז המחקר והמידע, ירושלים.
- נתן, ג' (2007). מעמדם של עובדים זרים, גיוסם והעסקתם - סקירה משווה. הכנסת, מרכז המידע ומחקר, ירושלים.
- נתן, ג' (2010). מדיניות הממשלה בנושא עובדים זרים - החלטת ממשלה מס 1274 מינואר 2010. הכנסת, מרכז המידע ומחקר, ירושלים.
- עמדא - עמותה לחולי דמנציה, אלצהיימר ומחלות דומות בישראל - [/http://www.alz-il.net](http://www.alz-il.net)
- צ'רניחובסקי, ד' וקורא, מ' (2007). קווים לרפורמה בניהול ובמימון של הטיפול הממושך בקשישים בישראל. הכנסת, מרכז המחקר והמידע ירושלים.
- רשות האוכלוסין וההגירה - <http://www.piba.gov.il/Pages/default.aspx>
- Alzheimer Society – <http://alzheimer.org.uk/>
- מתוך דוח הוועדה לעיצוב מדיניות בנושא עובדים לא ישראלים, 2007

BMJ, 333, 1196.

Geriatrics, 7, 67-75.

- Graff, M. J. L., Vernooij-Dassen, M. J. M., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H. L., & Olde Rikkert, M. G. M. (2007b). Effects of community occupational therapy on quality of life, mood and health status in dementia patients and their caregivers: A randomized controlled trial. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 62(9), 1002-1009.
- Graff, M. J. L., Vernooij-Dassen, M. J. M., Zajec, J., Olde Rikkert, M. G. M., Hoefnagels, W. H. L., & Dekker, J. (2006c). How can occupational therapy improve the daily performance and communication of an older patient with dementia and his primary caregiver? *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice*, 5(4), 503-532.
- Karner, T. C. (1998). Professional caring: Homecare workers as fictive kin. *Journal of Aging Studies*, 12(1), 69-82.
- Kemper, P. (1992). The use of formal and informal home care by the disabled elderly. *Health Services Research*, 27(4), 421-451.
- Lyons, K. S., & Zarit, S. H. (1999). Formal and informal support: The great divide. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 183-196.
- Corcoran, M. A., & Gitlin, L. N. (1992). Dementia management: An occupational therapy home-based intervention for caregivers. *American Journal of Occupational Therapy*, 46(9), 801-808.
- Dohner, H., Ludecke, D., & Eickhoff, V. (2008). Migrant workers in home care for older people in Germany: The use and problems of legal and irregular care. *GeroBilim – Journal on Social and Psychological Gerontology*, 1(8), 2-13.
- Fitzgerald, J. (2001). Better-paid caregivers, better care. *The American Prospect*, 12(9), 30-32.
- Futrell, M., Saulnier, C. H., & Reinhard, S. C. (2001). Formal caregiving in home care. *Journal of Gerontological Nursing*, 27(1), 1-7.
- Gitlin, L. N. & Corcorane, M. A. (2005). *Occupational therapy and dementia care*. Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association.
- Graff, M. J. L., Vernooij-Dassen, M. J. M., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H. L., & Olde Rikkert, M. G. M. (2006a). Community based occupational therapy for patients with dementia and their caregivers: A randomized controlled trial.

Lyons, K. S., Zarit, S. H., & Townsend, A. L. (2000). Families and formal services usage: Stability and change in patterns of interface. *Aging & Mental Health, 4*(3), 234-243.

Miller, P. A., & Butin, D. (2000). The role of occupational therapy in dementia-C.O.P.E (Caregiver Options for Practical Experiences). *International Journal of Geriatric Psychiatry, 15*, 86-89.

Tung, C. (2000). The cost of caring: The social reproductive labor of Filipina live-in home health. *A Journal of Women Studies, 21*(1/2), 61-82.

הצטרפות לעמותה - זו ההזדמנות שלך להיות שותף בקידום מקצוע הריפוי בעיסוק בישראל!

יתרונות נוספים של חברות בעמותה:

- ← כתב עת מדעי - 4 גיליונות בשנה
- ← צפייה בגיליונות הישנים באתר העמותה
- ← הנחה בימי עיון, כנסים והשתלמויות של העמותה ושל ארגונים אחרים
- ← פרסום חינמי במדור קליניקות ומטפלים
- ← כניסה למדור דרושים
- ← הנחה בפרסומים במידעון ובאתר

ההירשמה **אשת 2014** נמשכת **הירשמו עוד היום**

www.isot.org.il