השפעת דיכאון על תהליך השיקום של קשישים לאחר שבר בצוואר הירך

מיכל הוכהויזר, אבישג לוי, אוולין כהן, שירית הרם

מיכל הוכהויזר, OT, PhD, המחלקה לניהול מערכות בריאות, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל. michalho@ariel.ac.il

אבישג לוי, MHM, RN, מכבי שירותי בריאות. avishagl68@gmail.com

אוולין כהן, MHM, RN, בית חולים וולפסון. eveshbr@walla.com

שירית הרם, MHM, RN, בית בלב רעננה. shirit72@gmail.com

מילות מפתח: אבחון מוקדם, איכות חיים, זִקנה, טיפול עצמי שברים, מוגבלות

תקציר

עם העלייה בתוחלת החיים וכתוצאה מכך עלייה בפגיעות שלדיות בקרב קשישים, יותר ויותר אנשים זקוקים לטיפול שיקומי. דיכאון בקרב קשישים נפוץ ביותר ומצוי במקום השני בסולם האבחנות הקשורות לתחום הנפשי, והוא גורם ראשון במעלה למוגבלות תפקודית המובילה לירידה משמעותית באיכות החיים. דיכאון מחריף כתוצאה ממוגבלות הנוצרת מעצם הפגיעה בעצמאות היום-יומית. בקרב האוכלוסייה הקשישה מוגבלות תפקודית ודיכאון הם אפוא מכשולים עיקריים לחיים עצמאיים ואיכותיים. דיכאון בקרב מטופלים לאחר שבר בצוואר הירך יכול להשפיע הן על מידת שיתוף הפעולה והיוזמה של האדם המטופל, והן על היבטים התנהגותיים נוספים החשובים לקידום התהליך השיקומי מבחינת יכולת הטיפול בעצמי, שיפור יכולת הניידות התפקודית ומידת ההשתתפות בפעילויות יום-יומיות והמעורבות החברתית. ועם זאת, לעיתים הצוות המטפל אינו נותן את הדעת די הצורך להשלכות של דיכאון על השיקום של קשישים לאחר שבר בצוואר הירך ומכאן שאיתור מוקדם של דיכאון אינו מספק. סקירת ספרות זו בוחנת את השפעת הדיכאון על תהליך השיקום בקרב קשישים לאחר שבר בצוואר הירך וההשלכות על התפקוד בתחומי חיים שונים. העלאת המודעות לחשיבות אבחון מוקדם של דיכאון בקרב אוכלוסייה זו, ומציאת אסטרטגיות לזיהוי ולמניעת דיכאון עשויים לקדם את הניצול המרבי של תקופת השיקום ובכך את איכות הטיפול השיקומי.

תודתנו נתונות לד"ר **בתיה מרום** ולד"ר **שרון קירשנר** על ייעוץ כמומחיות תחום ועריכת תוכן.

מבוא

בספרות הגרונטולוגית "גיל" הוא מונח כרונולוגי שמשקף את כשירותו האישית של כל אדם על פי אמות מידה של תפקוד גופני, ביולוגי, מצב קוגניטיבי, יכולת רגשית וקשרים חברתיים (רבינוביץ, 2003). ההגדרה המקובלת בעולם ובישראל לזקן/קשיש מתייחסת לגיל 65 ומעלה. עם זאת, יש לציין כי הגדרה זו כוללת טווח רחב מאוד של גילאים, והיא אינה מתייחסת לשוני התפקודי, למאפיינים הייחודים ולצרכים השונים של הקשיש בטווח גילאים רחב זה. נמצא שהאוכלוסייה שגדלה בקצב המהיר ביותר בשנים האחרונות היא אוכלוסיית בני ה-80+, ואף קצב הגידול של בני ה-75+ מהיר יותר מזה של בני ה-65+ (ברודסקי ועמיתים, 2016). עם הזדקנות האוכלוסייה בעולם מעריכים שעד 2050 יסבלו כ-6 מיליון קשישים כל שנה משבר בצוואר הירך (Feng et al., 2010). העלייה בתוחלת החיים מובילה לעלייה בפגיעות שלדיות בכלל ולשברים בצוואר הירך בפרט, והדבר מצריך טיפול שיקומי ונעשה לנטל הולך וגדל על מערכת הבריאות העולמית (שמר, 2015). על פי התוכנית למניעת נפילות של משרד הבריאות (2017), נתוני העלות השנתית הישירה והכוללת למשק בגין שברים בצוואר הירך במבוגרים מעל גיל 65 בשנה הראשונה שלאחר השבר, נאמדת בסכום של כ-500 מיליון ש"ח, לטווח הארוך בכ-265 מיליון ש"ח והעלות הכלכלית העקיפה מוערכת בכ-365 מיליון ש"ח.

עוד מצב שכיח בגיל הזִקנה הוא דיכאון. כ-8%-25% מן הקשישים סובלים מדיכאון וכ-15% סובלים מתסמיני דיכאון (אלישר, רשף, שוסהיים ובלוך, 2015; Hill, Backman, & Stigsdotter-Neely, 2000). דיכאון מוגדר כהפרעה נפשית המאופיינת בדפוס נרחב ומתמשך (בדרך כלל שבועות וחודשים) של מצב רוח ירוד, שאליו מתלווים הערכה עצמית נמוכה ואובדן עניין והנאה מפעילויות מהנות, חרדה, הפרעות שינה ותיאבון, חוסר מרץ, תחושת ריקנות, מחשבות פסימיות בדרגות שונות - עד כדי מחשבות של חוסר טעם לחיים ואובדניות, ירידה בריכוז ובזיכרון ופגיעה של ממש בתפקוד. אוסף תסמינים זה קיבל את שמו המקצועי, תואר וסווג כהפרעת דיכאון משנת 1980 על פי האגודה האמריקנית לפסיכיאטריה ה- DSM-5 (APA, 2013). זאת ועוד, דיכאון הגורם למוגבלות תפקודית ולירידה ניכרת באיכות החיים, מחריף כתוצאה מירידה בתפקוד הגופני ומפגיעה בעצמאות (טל, 2011; צורף, 2007).

מטרת סקירת ספרות זו היא לבחון את השפעת הדיכאון על תהליך השיקום בקרב קשישים לאחר שבר בצוואר הירך ועל ההשלכות התפקודיות בתחומי חיים שונים כדוגמת מגבלת ניידות, פעילות יום-יום, כאב ושינה. וכן לבחון מהי השפעתה של מוגבלות תפקודית בעקבות השבר בצוואר הירך על הדיכאון.

מאחר שנמצא שדיכאון בקרב קשישים לאחר שברים בצוואר הירך יכול להתבטא כתחלואה נלווית שלעיתים הופכת את השיקום למורכב יותר (Hoenig & Colon-Emeric, 2017), סקירה זו תסייע בהבנת צרכיהם הייחודיים בתהליך השיקום. הבנה זו תוכל לסייע במיצוי פוטנציאל השיקום והתערבות מותאמת יכולה לקדם תפקודים עצמאיים וחזרת המטופל הקשיש לאחר שבר צוואר הירך לקהילה ולסביבתו המוכרת (Dubljanin Raspopović et al., 2014).

שברים בצוואר הירך בקרב קשישים

שבר בצוואר הירך הוא אחד הגורמים השכיחים

למוגבלות בתפקוד ובאיכות החיים בקרב קשישים (משרד הבריאות, 2009). ירידה בניידות כתוצאה מן השבר (אפילו למרחקים קצרים בבית ומחוצה לו) משפיעה על היכולת לנהל חיים עצמאיים ולהשתתף באופן פעיל בפעילויות יום-יום (Salpakoski et al., 2014). כ-20% מן המטופלים יזדקקו לאשפוז במסגרת סיעודית במהלך השנה הראשונה לאחר השבר (Prestmo et al., 2015), דבר שהוא בגדר נטל כספי על החברה בכלל ועל מערכת הבריאות בפרט (Oude Vosbaar et al., 2007).

גיל מבוגר, שינויים פיזיולוגיים כגון: אוסטיאופרוזיס ונפילות, הם גורמי הסיכון העיקריים לשברי צוואר ירך (Rebagllati et al., 2016). על פי נתוני פרויקט SHARE (סקר הבריאות, ההזדקנות והפרישה באירופה, 2013), 14.8% קשישים מעל גיל 65 בישראל דיווחו על נפילה בחצי השנה שקדמה לסקר. מתוכם, אחוז אחד עד שניים סבלו משבר צוואר הירך כתוצאה מן הנפילה. ממצאים נוספים הראו, כי נפילות שכיחות יותר עם העלייה בגיל ובפרט בקרב נשים, וככל שהן מתרחשות בשלב חיים מבוגר יותר, כן יכולת הפיצוי נמוכה יותר והתפקוד נפגע יותר (ערליך ועמיתים, 2017). כמו כן, שיעור האשפוז עקב נפילות בקבוצת הגיל 65-69 עומד על 3.8 ל-1000 תושבים, לעומת שיעור 27.1 ל-1000 תושבים בקבוצת הגיל של בני 85 ומעלה.

שיעור התמותה בשנה הראשונה לאחר שבר נע בין 14% ל-36% ובשנה השנייה עולה ל-47%. זאת ועוד, רק מחצית מן המטופלים המאושפזים לאחר שבר בצוואר הירך יחזרו לקהילה ומתוכם רק שליש מן המטופלים יחזרו לתפקוד דומה לתפקוד טרום השבר (Hershkovitz et al., 2007; Oude Vosbaar et al., 2007). על פי הספרות, 42% מן המטופלים לאחר שבר בצוואר הירך לא יחזרו ליכולת הניידות שהייתה טרם השבר, 35% לא ישיגו הליכה עצמאית כלל, ו-20% לא יהיו מסוגלים לבצע קניות באופן עצמאי (Prestmo et al., 2015).

כשמתווספים למוגבלות הפיזית תסמינים של דיכאון, תמונת המצב נעשית מורכבת יותר ומשפיעה על תהליך ההחלמה והשיקום.

דיכאון בגיל הזִקנה

דיכאון בקרב קשישים הינו האבחנה השנייה הנפוצה ביותר הקשורה לתחום הנפשי והוא הגורם מספר אחת למוגבלות בתפקוד הטיפול האישי, לירידה משמעותית באיכות החיים, לתחלואה גופנית ואף לתמותה (טל, 2011; Dubljanin Raspopović et al., 2014). דיכאון עלול להופיע כתוצאה מדרך ההתמודדות עם אובדנים המאפיינים את תקופת הזִקנה: אובדנים פיזיולוגיים הכוללים מצבי חולי שונים הגורמים למגבלות תפקודיות וקוגניטיביות, אובדנים חברתיים, למשל פרישה מן העבודה ואובדנים אישיים הכוללים ירידה בתחושת השליטה בחיים, ירידה בדימוי העצמי וקושי בהתמודדות עם מצבי לחץ ומשבר (רון, 2001). הירידה הרגשית הכרוכה בהופעת דיכאון עלולה לדרדר מאוד את מצבו הגופני ואת מצבו התפקודי של הקשיש, עד לאובדן עצמאותו (שחר ודוברוסין, 2012). ועם זאת, 20% עד 50% ממקרי הדיכאון בגיל הזִקנה אינם מאובחנים כראוי ואינם מקבלים טיפול (טל, 2011). מקורו של היעדר האבחון טמון בחלקו בקשישים הממעטים לדווח ולבקש עזרה, וכמו כן במצבים כרוניים, לעיתים קרובות, תלונות על דברים אחרים תופסים את מוקד הזמן במהלך ביקורים רגילים אצל הרופא

כללי (Dubljanin Raspopović et al., 2014).

כאמור, דיכאון מחריף במצבים פיזיולוגיים כגון במצבי שבר בצוואר הירך (Burns et al., 2007). נצפה כי גורמי סיכון הנכללים בהופעת דיכאון בעקבות שבר בצוואר הירך כוללים: חרדה גבוהה, היסטוריה של אירועי לחץ, אי-שביעות רצון לצד תמיכה מועטה, טיפול תרופתי אנטי דיכאוני, עישון, היסטוריה רפואית של דיכאון וסוג השתל בהחלפת מפרק המכתיב את קצב ההחלמה (Cristancho, Lenze, Avidan, & Eawson, 2016). תסמיני דיכאון לאחר שבר בצוואר הירך בקרב קשישים נעים בין 9% ועד 47%, אך רק 2% עד 10% מדווחים עליהם (Oude Vosbaar et al., 2007). דיכאון בקרב מטופלים לאחר שבר בצוואר הירך שכיח כמעט פי שניים בהשוואה לבני גילם שלא עברו שבר בצוואר הירך, ויכול להתפתח בתוך מאתיים הימים הראשונים לאחר השבר. זאת ועוד, דיכאון המופיע לאחר ניתוח שבר בצוואר הירך מוכר יותר ויותר כמנבא חשוב ובלתי תלוי של מידת ההתאוששות מן השבר והניתוח (Chih-Yu et al., 2014).

דיכאון, שברים בצוואר הירך ותפקוד. שני התחומים המשמעותיים ביותר הנפגעים אצל קשישים הסובלים משברי צוואר ירך הם השתתפות בפעילויות יום-יום וניידות, ודיכאון עלול להעצים את הקשיים האלה כפי שמתואר בהמשך.

דיכאון משפיע לרעה על תפקודם של קשישים עם שבר בצוואר הירך בפעילויות יום-יום בסיסיות ומורכבות (Salpakoski et al., 2014; Cristancho et al., 2016). במחקר איכותני שנערך באנגליה באמצעות ראיונות (Griffiths et al., 2015), ציינו מטופלים שהיו עצמאיים לפני שבר בצוואר הירך את התסכול שנובע מהגבלה בפעילות היום-יום בשבועות שלאחר השבר. ממצאי המחקר קשרו בין דיווח המשתתפים על מצבם התפקודי בעיקר בתחומי הניידות, טיפול עצמי, קניות ופעילות פנאי, ובין דיווח על תחושת דיכאון.

מחקר שחילק 104 קשישים, שישה שבועות לאחר שבר בצוואר הירך, על פי ה-GDS; Geriatric Depression Scale (מדדיו 0-5 תקין, 6-10 דיכאון קל, 11-15 דיכאון רב), לשתי קבוצות, אחת עם דיכאון ואחת ללא דיכאון, מצא קשר מובהק בתום שישה חודשים בין דיכאון לפעילויות יום-יום (ניידות וטיפול עצמי). זאת ועוד, אלו שהוגדרו ללא דיכאון השתפרו בתפקודי יום-יום לעומת הקבוצה עם דיכאון (Atay, Aslan, Burç, & Demirci, 2016). בדומה לכך, חוקרים אחרים מצאו שככל שתסמיני הדיכאון היו נמוכים יותר, כן השיפור התפקודי היה משמעותי יותר ולהיפך (Kiosses & Alexopoulos, 2005; Zin Nyunt, Lim, Yap, & Pin Ng, 2012). גם במחקר אנגלי (Phillips et al., 2013) נצפו תוצאות דומות עד חצי שנה לאחר השבר בצוואר הירך. עוד נמצא במחקר אורך, שאפשר לנבא רמת ביצוע של פעילויות יום-יום בנקודות זמן של עד שנתיים על פי רמת הדיכאון (Fredman, Hawkes, Black, Bertrand, & Magaziner, 2016).

במחקר אורך של שמונה שנים לאחר שבר בצוואר הירך בקרב קשישים, דיכאון נמצא כמנבא של ירידה תפקודית ועלייה בתלות בביצועי פעולות יום-יום בסיסיות מ-13% ל-38.9% ובביצועי פעולות יום-יום אינסטרומנטליות עלייה מ-35.4% ל-75.6% לאחר השבר (Piirtola et al., 2012). בניגוד למאמרים אלו, מאמר קנדי (Egan, Warren, Hessel, & Gilewich, 1992) מצא ש-50.8% מן המטופלים לאחר ניתוח בצוואר

הירך היו זקוקים לעזרה לפחות בפעילות חיים אחת בבית, אך לא נצפה קשר מובהק בין דיכאון לתלות בביצוע מטלות יום-יום.

במחקר ארוך טווח של שלוש שנים שנערך בקרב אוכלוסיית קשישים, נמצא כי דיכאון המלווה בהידרדרות במצב הבריאות מוביל לירידה במשקל וכי מטופלים עם מגבלת ניידות, (למשל לאחר שבר בצוואר הירך) סבלו יותר מדיכאון ומתנודות במשקלם (Koster et al., 2010).

במחקר אחר נמצא שכאשר לדיכאון נלווית גם ירידה קוגניטיבית, הירידה התפקודית חדה יותר (Boonen et al., 2004). מאמר זה לא יעסוק בהשלכות קוגניטיביות מאחר שמדובר בתחום נרחב ומסועף העומד לעצמו.

יש תסמינים המלווים דיכאון שאם מזהים אותם בזמן, יכולים להעיד על הקושי הנוסף ולסייע באיתור דיכאון ולהבנת השפעתו על הקשיש עם השבר בצוואר הירך.

תסמינים נוספים האופייניים לדיכאון כגון: הפרעות שינה, תזונה וכאב נמצאו משפיעים על שגרות של אנשים עם שברי צוואר ירך. אחד התסמינים לדיכאון על פי ה-DSM-5 (APA, 2013) הינו נדודי שינה כמעט כל יום או הפרעות שינה מכל סוג. מחקרים אפידמיולוגיים מראים כי יותר ממחצית אוכלוסיית הקשישים סובלת מהפרעות שינה, ושבעיות שינה כרוניות הן בגדר דאגה בריאותית חמורה בקרב קשישים (Fung, Vitiello, Alessi, & Kuchel, 2016). נמצא קשר מובהק בין איכות שינה ירודה ובין תלונות בריאותיות. יתרה מכך, אירועים חריפים כגון שברים בצוואר הירך ותסמינים של דיכאון משפיעים לרעה על איכות השינה. מטופלים דיווחו שהשינה הטובה ביותר זכורה להם טרום אירוע חריף של חולי כדוגמת שבר בצוואר הירך (Foley et al., 1995; Orhan et al., 2012).

תסמין נוסף על פי ה-DSM-5 (APA, 2013) הוא ירידה ניכרת במשקל שלא בעקבות תזונה דיאטטית, המתבטאת בירידה של יותר מ-5% ממשקל הגוף במהלך חודש או בשינוי בתיאבון מדי יום. שחר (2009) במאמרה מציינת שקשישים שדיווחו על תיאבון ירוד סבלו באופן מובהק יותר מדיכאון, בהשוואה לבעלי תיאבון תקין (12% לעומת 4% בהתאמה). בדומה, במחקר שבדק את הקשר בין דיכאון לתזונה בקרב קשישים (Mokhber et al., 2011) נצפה הבדל מובהק בין מטופלים הסובלים מדיכאון, ואצלם השכיחות של תת תזונה הופיעה ב-14.5% וסיכון לתת-תזונה הופיע בשכיחות של 45.8%, לעומת אוכלוסייה בריאה שאינה בדיכאון, ובה שכיחות של תת-תזונה הייתה 10.6% וסיכון לתת-תזונה היה 43.3%.

מצד אחד דיכאון בקרב קשישים הגורם לתת-תזונה לעיתים קרובות יכול להוביל להתפרצות של מחלות גופניות, ומצד אחר: תנאים פיזיים כגון תת-תזונה בקרב קשישים יכולים לגרום לדיכאון (Mokhber et al., 2011). אנשים מעל גיל 60 נוטים לצרוך פחות חלבון, וזה מעלה את הסיכון לשבר. מטופלים הסובלים מהיפואלבומינמיה (רמה נמוכה של אלבומין בדם, המשמש מדד למצב תזונתי) (Koval, Maurer, Su, Aharonoff, & Zuckerman, 1999), לאחר ניתוח שבר, מצויים בסיכון גבוה יותר למוות בשנה הראשונה לאחר השבר וכן פחות צפויים לחזור לתפקודם טרום השבר (Sweitzer, Rondeau, Guido, & Rasmor, 2013).

לבד מתסמיני שינה ותזונה המלווים דיכאון,

יש תסמינים של כאב המלווים את השבר. נמצא שיש קשר הדוק בין דיכאון לכאב. חומרת הכאב ותדירותו של הכאב נמצאו כמנבאים דיכאון בקרב קשישים (Dieter Denkinger, Lukas, Nikolaus, Peter, & Franke, 2014). השלכות של דיכאון לא מטופל יכולות להוביל להגברת תסמינים של כאב ומצוקה אישית, המובילים לאיכות חיים ירודה, היעדר הנאה וירידה בקשרים החברתיים (Reinhardt, Horowitz, Cimarolli, Eimicke, & Teresi, 2014). במחקר אחר (Oude Vosbaar et al., 2007) נמצא שמטופלים שסבלו מדיכאון נעזרו באופן מובהק יותר במשככי כאבים מסוגים שונים, לעומת מטופלים שלא סבלו מדיכאון (אופייטים 68% בקרב מטופלים הסובלים מדיכאון, לעומת 63% בקרב מטופלים ללא דיכאון ונון-סטרואידאליים בקרב 32% בהשוואה ל-23% בהתאמה). מסקנת החוקרים הייתה שאפשר אפוא לראות במדידת רמת הכאב כלי עזר העשוי לסייע לזהות מטופלים הסובלים מדיכאון.

קשר בין דיכאון, ניידות ונפילות בקרב קשישים

ניידות מתייחסת לתנועה בכל צורותיה, מעבר ממיטה לכיסא, הליכה למטלות יום-יומיות ולפנאי, שימוש בתחבורה ציבורית או פרטית (Buckmaster & Hunter, 2011; מתע"מ מחודש, 2016). המרכז לבקרת מחלות ומניעתן (Centers for Disease Control and Prevention, 2008) הגדיר ניידות מיטבית כיכולת האדם ללכת בבטחה וביעילות לכל מקום ובכל זמן. הניידות נתפסת על-ידי המטופלים כדבר החשוב ביותר ואי-ניידות מתבטאת כפגיעה בחופש ועלולה להוביל לדיכאון (Griffiths et al., 2015). נצפה כי הירידה בתפיסת איכות חיים בקרב קשישים שעברו שבר בצוואר הירך עולה בקנה אחד עם השכיחות הגבוהה של תסמיני דיכאון (Tseng et al., 2016), וכן נמצא כי דיכאון מגדיל את הסיכון לירידה בעצמאות ובניידות בהשוואה לקשישים ללא דיכאון (Cristancho et al., 2016). כמו כן, נמצא שהגבלה בניידות לעיתים קרובות גורמת לבידוד חברתי, בידוד שהוא לעצמו גורם סיכון לדיכאון (Djernes, 2006).

עוד היבט שיש לו קשר ישיר לניידות בקרב קשישים לאחר שבר בצוואר הירך, הוא הקשר לנפילות חוזרות: דיכאון עלול להגדיל את הסיכון לנפילות חוזרות ב-45% (Lloyd et al., 2009). ההסבר כרוך בכך שמצב דיכאון גורם להימנעות מפעילות כללית ופעילות גופנית, וזו גורמת לנפילות חוזרות (ערליך ועמיתים, 2017). ממצא זה חוזר על עצמו גם במחקר המבוסס על ראיונות עם מטופלים ובו עולה כי בקרב אנשים שחוו שבר בצוואר הירך הפחד מן הנפילה עלול לגרום לדיכאון, שבתורו גורם לרמת ניידות מופחתת ובכך היכולות הפיזיות נחלשות (Griffiths et al., 2015). במחקר אחר (Painter et al., 2014) בקרב קשישים, ש-30% מהם חוו נפילה עם פגיעה פיזית ומתוכם 10% שבר בצוואר הירך, נמצא קשר מובהק בין פחד מנפילה, דיכאון והגבלת פעילות. דיכאון ניבא מוגבלות בפעילות בגלל פחד מנפילה. ובמחקר אחר (Van den Berg et al., 2011) נמצא קשר ישיר בין נוכחות דיכאון לאחר שבר בצוואר הירך ובין נפילות חוזרות. המחקר מצא כי נשים שסבלו מדיכאון נופלות במידה ניכרת יותר מנשים מבוגרות באוכלוסייה הכללית. אחת הסיבות לממצא זה טמונה בטיפול התרופתי נגד דיכאון ותרופות הרגעה. הבעייתיות המוצגת היא מצד אחד תסמיני דיכאון המשויכים לסיכון לנפילה, ומצד אחר הטיפול התרופתי בדיכאון וחרדה גם

הוא בגדר גורם סיכון לנפילה. לפיכך יש חשיבות מרובה בהתאמת הטיפול התרופתי לאוכלוסייה ספציפית זו המאובחנת עם דיכאון לאחר שבר בצוואר הירך ומצויה בסכנת נפילות חוזרות ושברים חוזרים (Salpakoski et al., 2014).

שיקום גריאטרי אורתופדי לאחר שברים בצוואר הירך

שיקום מוגדר כ"שלב טיפולי בתהליך ריפוי מתמשך, שמטרתו לשפר תפקודים מוטוריים וקוגניטיביים ספציפיים שנפגעו על ידי מחלה או פציעה, להגדיל עצמאות אישית ולהקטין תלות בזולת לקראת חזרתו של המטופל לסגנון חיים פעיל ובריא" (חוזר מספר: 4/2009; משרד הבריאות, 2009). הקו המנחה את הטיפול השיקומי הוא התייחסות לאורח החיים של האדם, הקשבה לצרכיו האינדיבידואלים וטיפול תוך שמירת הכבוד והאוטונומיה של האדם (משרד הבריאות, 2009; רוזין, 2002).

שיעור של 90% מן הקשישים לאחר שבר בצוואר הירך עוברים שיקום במסגרת אשפוזית. מסגרות שיקומיות נוספות כוללות מכוני שיקום בקהילה, שיקום ביתי ואף שיקום מרחוק. 3% בלבד אינם מקבלים טיפול שיקומי כלשהו (Ireland, Kelly, & Cumming, 2016). מדד נוסף שארגון הבריאות העולמי (WHO-QOL, 1995) מגדיר הינו איכות חיים. על פיו איכות חיים מוגדרת כתפיסתו של היחיד את מעמדו בחיים בהקשר התרבותי ובהקשר הערכי, תוך ראיית מטרותיו, ציפיותיו, הסטנדרטים והדאגות שלו. זהו מושג רחב טווח הכולל הן היבט פיזי: חולי ובריאות ותפקוד פיזי, והן היבט נפשי: איכות התדירות ועוצמות החוויות הרגשיות היום-יומיות, למשל: שמחה, מתח, עצב, כעס וחיבה. מחקר סקירה שנערך לאחרונה הסיק כי בקרב קשישים לאחר שבר בצוואר הירך יש קשר בין דיכאון ובין תפיסת איכות חייו של הקשיש, וככל שהמערכת השיקומית מאתרת את קשייו הנפשיים ומספקת התערבות, כן תפיסת איכות חייו משתפרת (Alexiou, Roushias, Varitimidis, & Malizos, 2018).

תקופת השיקום הגריאטרי-אורתופדי המקובלת במסגרת אשפוזית היא ארבעה שבועות בממוצע לאחר שבר בצוואר הירך (Salpakoski et al., 2014). מטרת השיקום היא להשיג שיפור מיטבי במצבו של המטופל ולהחזירו ככל הניתן למצב תפקודי טרם הפגיעה. הצוות השיקומי הוא רב מקצועי וכולל רופאי שיקום, צוות סיעודי, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, תזונה, קלינאות תקשורת, פסיכולוגיה ועבודה סוציאלית. יעילות השיקום כרוכה בגישה מולטי-דיסציפלינרית (Riemen & Hutchison, 2016). גישה זו מזהה ומתייחסת לא רק לצרכים הכירורגיים, אלא גם לצורכי רפואה וכאב מורכבים, צרכים קוגניטיביים, תזונתיים, חברתיים ושיקומיים של המטופלים ובכך משפרת את תוצאות השיקום.

רווחת תמימות דעים באשר לחשיבות התערבות של ריפוי בעיסוק כמה שיותר מוקדם לאחר ניתוח השבר (Edwards, Baptiste, Stratford, & Law, 2007). מטרות הטיפול בריפוי בעיסוק בתחום השיקומי האורתופדי הוגדרו על ידי קבוצת חוקרים (Edwards, Baptiste, Stratford, & Law, 2007), באמצעות ה-Canadian Occupational Performance Measure COPM Law, (Law et al., 1998), ושלבי ההערכה כוללים: 1) איסוף מידע על הפרופיל העיסוקי של האדם לפני הפגיעה; ו-2) כיצד מתבצעת פעילות ושביעות רצון המטופל מתפקודו לאחר הפגיעה. הערכה זו מתבצעת באמצעות אבחונים, הערכות ותצפיות על מיומנויות ביצוע ומרכיבי תפקוד (כגון תצפית על ADL, שימוש

במבחנים קוגניטיביים והערכה סנסו-מוטורית). מגבלות בביצוע העיסוקי ניתנות לניתוח על פי תת-התפקודים האלה: טיפול עצמי, פרודוקטיביות ופנאי. החוקרים מצאו שהכלי תקף ושהשימוש ב-COPM כאמצעי מדידה בשיקום בעבור אנשים עם שבר בירך הוא יעיל ורגיש למדידת שיפור.

מאמר סקירה שיטתי שפורסם ב-2017 (Dorsey & Bradshaw, 2017), מצא ראיות מוצקות התומכות בתפקיד של ריפוי בעיסוק בשיקום קשישים עם שבר בצוואר הירך. ההתערבויות מתמקדות בעיסוקים משמעותיים בעבור הלקוחות והתוצאות הראו שיפור בתפקוד ב–ADL. המאמר מציין שמרפאים בעיסוק מבצעים הערכות גם בתחום הקוגניציה בקרב אוכלוסיית קשישים עם שבר בצוואר הירך. הרציונל שעומד מאחורי זה הוא שמצב של ירידה קוגניטיבית דורש התערבות שונה והגדרת יעדים טיפוליים מותאמת. עוד מציינים החוקרים את תפקיד הריפוי בעיסוק בקרב אוכלוסייה זו: הדרכה בנושא התאמות סביבה והנגשת המרחב הביתי לצורך קידום תפקוד ומניעת נפילות. מדריכים את המטופלים ומשפחתם לגבי טיפול עצמי ובטיחות, הכולל מציאת פתרונות לתפקוד עצמאי לאחר השחרור. באופן אידאלי, מרפאים בעיסוק עורכים ביקורי בית כדי להמליץ על שינויי דיור והתאמות. כמו כן, המערך האשפוזי מפנה את הקשיש לאחר השחרור לקהילה וליחידות להמשך טיפול (Riemen & Hutchison, 2016).

מצויה ספרות די נרחבת המתארת את יעילות ההתערבות בריפוי בעיסוק בשיקום קשישים לאחר שבר בצוואר הירך. במחקר שבדק 100 קשישים לאחר שבר בצוואר הירך, נמצא בעת השחרור כי המטופלים שקיבלו טיפול בריפוי בעיסוק לעומת מטופלים שלא קיבלו ריפוי בעיסוק, הגיעו באופן מובהק לרמת תפקוד גבוהה יותר (לבוש, טיפול עצמי, הליכה עצמאית לשירותים ורחצה), ומשך האשפוז שלהם היה קצר יותר. עוד נמצא כי במעקב כעבור חודשיים הם היו זקוקים לפחות עזרה בבית (Hagsten, Svensson, & Gardulf, 2004), וכי דווח על תחושת איכות חיים הדומה לזו שקדמה לשבר (Hagsten, Svensson, & Gardulf, 2006).

במחקר סקירה (Lockwood, Taylor, & Harding, 2015) שבחן את יעילותם של ביקורי בית של מרפאים בעיסוק לקראת שחרור של מטופל לאחר שבר בצוואר הירך, נמצא שביקורי בית מצמצמים נפילות חוזרות עקב התאמת הבית ומגדילים את כמות פעילויות היום-יום שהמטופל מבצע. הספרות מציגה אסטרטגיות ריפוי בעיסוק שונות שנמצאו כיעילות (כגון, תרגול באביזרי עזר והתאמת הסביבה) על מנת להשיג את המצב התפקודי המיטבי בעיסוקים שאותם הגדיר הלקוח כמשמעותיים בעבורו לאחר שבר בצוואר הירך (Edwards, Baptiste, & Stratford, 2007).

תרגול ניידותו התפקודית של הקשיש (לדוגמה: הגעה למקלחת באופן עצמאי) נכלל בתוכנית ההתערבות בריפוי בעיסוק במטרה לקדם את הביצוע העצמאי של הקשיש במגוון פעולות היום-יום ולקראת חזרתו של הקשיש לסביבתו המוכרת טרום הניתוח (Riemen & Hutchison, 2016). שיפור הניידות התפקודית מביאה גם לשיפור בשיווי משקל וביציבה, ומפחית את הפחד מנפילה שבתורו מאפשר ביצוע פעילויות יום-יומיות (Pighills, Torgerson, Sheldon, Drummond, & Bland, 2011).

דיכאון כגורם מעכב בתהליך השיקום של אנשים עם שבר בצוואר הירך

במחקר שנערך במיזורי שבארה"ב (Cristancho et al,. 2016) נמצא כי מידת השיפור בניידות הייתה נמוכה יותר בקרב קבוצת המטופלים עם הפרעת דיכאון והם אף נזקקו יותר לאביזרי עזר, לעומת מטופלים שעברו תהליך ניתוחי זהה, אך ללא הפרעת דיכאון. המטופלים עם הפרעת הדיכאון התאוששו רק ב-77% מתפקודם בפעולות יום-יום שביצעו טרום הניתוח כפי שנמדד על פי ה-Functional Recovery Score-FRS (Zuckerman, Koval, Aharonoff, Hiebert, & Skovron, 2000), ואילו קבוצת הביקורת, קשישים ללא הפרעת דיכאון, התאוששו באופן מובהק טוב ומהר יותר (ב-89% מתפקודם). חוקרים אחרים (Gluyas, Lum, Chong, Borg, & Haines, 2011) הדגישו אף הם כי תסמיני הדיכאון בעת אשפוז הינם רלוונטיים ביותר בהשפעתם על אי-הצלחת התהליך השיקומי בתחומי הניידות, טיפול עצמי ופעילויות יום-יום שנמדדו באמצעות השאלון להערכת תפיסת איכות חיים, ה-EQ-5D (Rabin & de Charro, 2001). קבוצת חוקרים מישראל (Hershkovitz et al., 2007) מצאה קשר ישיר מובהק בין דיכאון ובין משך שהייה ארוך בשיקום לאחר שבר בצוואר הירך, וכי דיכאון היה ערך מנבא שלילי משמעותי באשר לחזרה הביתה בסיום תהליך השיקום.

בניגוד לממצאים אלו במחקר שנערך בסינגפור נצפה כי מטופלים הסובלים מירידה קוגניטיבית משולבת בדיכאון הראו ירידה תפקודית לאחר ניתוח שבר בצוואר הירך מבחינת תפקוד, פעולות יום-יום בסיסיות וניידות, אך קבוצת המטופלים עם הפרעת דיכאון בלבד לא הייתה שונה בתפקודה בהשוואה לקבוצת הביקורת ללא הפרעת דיכאון (Feng et al., 2010).

כפי שצוין בתחילת המאמר, יש גורמים נוספים שיש לתת עליהם את הדעת בשיקום הקשיש עם שבר בצוואר הירך בהקשר לתסמיני דיכאון (תזונה, כאב ושינה) המשפיעים על התקדמות התהליך השיקומי. מומלץ שריפוי בעיסוק יעבוד בשיתוף פעולה עם חברי צוות השיקום כדי לקבל ולספק מידע רלוונטי על המטופל.

דוגמה לכך מצוינת במחקרם של הרשקוביץ ועמיתים (Hershkovitz et al., 2007) ובו נמצא שמצב תזונתי ירוד בקרב קשישים עם שבר בצוואר הירך מנבא באופן מובהק תהליך שיקום לקוי. יתרה מכך, נמצא כי רמת דיכאון נמוכה ורמת אלבומין גבוהה היו הגורמים העיקריים המשפיעים על הצלחת תהליך השיקום ושיפור ברמת האלבומין הביא למשך תקופת שיקום קצרה יותר. זאת ועוד, רמות אלבומין בעת האשפוז היו קשורות למצב תפקודי בשחרור ולמשך השהייה בשיקום.

כמו כן, נמצא גם שרמת הכאב ברגל המנותחת וכאב בפלג גוף תחתון משפיעים על תהליך השיקום והשגת יעדי ניידות (Salpakoski et al., 2014). נמצא קשר ישיר בין רמות גבוהות של כאב שנמדד לאורך כל תקופת השיקום לאחר ניתוח שבר בצוואר הירך באמצעות מדד ה-(VAS) ;Visual Analogue Scale, לבין רמת הדיכאון שממנו סבל המטופל. וכן נבדק מודל "הערכת חזרת הכאב" באמצעות ה-Generalized Estimating Equation (GEE). המחקר מצא דיווח יתר על כאב והתמדתו אצל מטופלים הסובלים מדיכאון לעומת קבוצות ללא דיכאון וחזרתו של הכאב בתוך פרק זמן קצר יותר בקרב מטופלים הסובלים מדיכאון (Cristancho et al., 2016).

בגורם השינה, נצפה כי ניכרת מעגליות: שינה ירודה היא זרז לאירוע בריאותי חריף כגון שבר בצוואר הירך, האירוע הבריאותי יכול להוביל לדיכאון ותסמיני הדיכאון משפיעים על קצב ההתאוששות במהלך השיקום לאחר שבר בצוואר הירך (Buecking, Struewer, Waldermann, & Horstmann, 2014). אבל יש גם מעגליות שניונית: דיכאון גורם להפרעות שינה ואלה מזרזות אירוע בריאותי חריף המוביל בתורו לתסמיני דיכאון המשפיעים על תהליך השקום (Martin, Jouldjian, Mitchell, Josephson, & Alessi, 2012).

דיכאון ומוטיבציה לשיקום

אי-מוטיבציה ואדישות עלולות להתעורר לאחר אירוע פגיעה רפואית כדוגמת שבר בצוואר הירך (Lenz, Minim, Dew, Marin, & Butters, 2009). אחת ההשערות של החוקרים היא כי ההגבלה בתנועה והכאב מוסיפים ללחץ הפסיכולוגי ומובילים לירידה במוטיבציה. נמצא כי צוות רב מקצועי בשיקום הגדיר אי-מוטיבציה של המטופלים כשאנשיו לא הצליחו לשתף את המטופלים במטרות השיקום שנבנו בעבורם (ייתכן שנתפסו על ידם כתהליך פטרוני), בעוד שהמטופלים עצמם סבלו מדיכאון וממחשבות על איך להתמודד עם המצב החדש ולא היו פנויים מבחינה רגשית לתהליך השיקום (Dyrstad, Testad, Aase, & Storm, 2015). זאת ועוד, מאחר שיש קשר ישיר בין דיכאון ובין עצמאות תפקודית ונידות לטווח הקצר, ייתכן שבשל היעדר מוטיבציה לבצע פרוטוקול שיקומי, יש צורך בזיהוי דיכאון בשלב מוקדם יותר של השיקום (Raspopović et al., 2014; Rebagllati et al., 2016). במאמר סקירה (Dyrstad et al., 2015) שבחן את הקשר שבין המטפל למטופל, נטען שצוות השיקום לעיתים נתפס פטרנליסטי בגישתו לקשיש, כלומר הצוות הוא המוסמך הבלעדי והראוי ביותר לקבל החלטות בעבור המטופל. המאמר מזכיר, לדוגמה, שיש מטפלים הטוענים כי המטופלים אינם רוצים להיות מעורבים בדיונים שעוסקים בטיפול שלהם, ולכן אינם מעבירים להם מסרים טיפוליים. בפועל, כתוצאה מכך המטופלים נזקקים לתקשורת מתווכת ולתלות בבני משפחותיהם, חברים או אחרים על מנת לבטא את צרכיהם ורצונותיהם להמשך טיפול. משמעות הדבר כי המטופל ומשפחתו חשים כי הצוות השיקומי אינו תקשורתי או אינו מזהה את צרכיו של הקשיש, ובעקבות כך ייתכן שזה יפתח דיכאון. זאת ועוד, המאמר מדגיש כי במקרים של היעדר קשרים משפחתיים ותמיכה משפחתית - הדיכאון יכול להחריף.

במחקר שנערך באיטליה (Rebagllati et al., 2016), נמצא קשר חיובי מובהק בין חוסן אישי (יכולת להתמודד עם מצבי דחק ומשבר והסתגלות לנסיבות החיים שנגרמו בעקבותיהם), איכות חיים ומצב תפקודי בקרב האוכלוסייה הקשישה עם פגיעה פיזית. חוסן אישי נמוך ומוטיבציה נמוכה בעת פגיעה פיזית נקשרו עם מצב תפקודי ירוד בסיום תהליך השיקום, ואילו מוטיבציה גבוהה וחוסן אישי גבוה בתחילת תהליך השיקום היו מנבא חיובי למצב תפקודי טוב בסיום תהליך השיקום. במחקר אחר שנערך במחלקת שיקום, נמצא קשר מובהק בין היעדר מוטיבציה בקרב קשישים (37%) לאחר שבר בצוואר הירך ובין התאוששות תפקודית לקויה לאחר השיקום (Lenze et al., 2009).

מלבד חוסן אישי, משפחה וקהילה יכולים לסייע בתהליך השיקום מאחר שהם מקור

משמעותי של תמיכה אינסטרומנטלית ורגשית בגיל הזִקנה. לאחר ניתוח שבר בצוואר הירך, קשישים מפתחים תלות באחרים מבחינה פיזית ורגשית, לצד השאיפה לשמור על עצמאותם (Kiefer, 2011). דרך אחת לשמר עצמאות הינה השתתפות חברתית המתייחסת לאופן שבו ה"ביצוע העיסוקי" (Occupational Performance) של האדם בא לידי ביטוי במעורבות בעיסוקים במסגרת החברה והקהילה שבה הוא חי (מתע"מ מחודש, 2016). חיזוק הטענה בעניין השפעת קשרים משפחתיים חברתיים על דיכאון מודגש במחקר (Mahmutović et al., 2015) שבו נצפה כי מצבם המשפחתי של קשישים היה משמעותי והשפיע על תוצאות אבחון ה-GDS-Scale (Sheikh & Yesavage, 1986). ציונים נמוכים יותר נצפו מובהקים בקרב קשישים נשואים, והופעת דיכאון הייתה נפוצה יותר בקרב משיבים ללא בני זוג (גרושים ואלמנים). במחקר אחר, נמצא שקשישים לא ניידים בעלי תמיכה חברתית נמוכה הראו תסמינים גבוהים יותר של דיכאון לעומת נבדקים בעלי תמיכה חברתית בינונית או גבוהה (Lee et al., 2012). יש לציין, כי חשיבות התמיכה היא באיכותה ולא רק בכמותה. נצפה כי נוכחות משמעותית של תמיכה חברתית היא גורם המונע דיכאון בזִקנה ולכן מספר התומכים משמעותי פחות ממידת הקִרבה והאינטימיות עם התומכים (צורף, 2007).

לאור ממצאים אלו יש צורך לבחון לעומק את הקשר בין דיכאון ובין ירידה במוטיבציה בקרב קשישים לאחר שבר בצוואר הירך ולמצוא ערוצי תמיכה מתאימים (משרד הבריאות, 2014).

דיון

מאמר סקירה זה נועד להאיר על השפעת הדיכאון על תהליך השיקום בקרב קשישים לאחר שבר בצוואר הירך. אף שמגבלת הניידות היא הנושא הבולט ביותר לאחר שבר בצוואר הירך, כפי שנצפה בסקירה, אין הוא היחיד. בסקירה זו נסקרו מאמרים הבודקים את השפעת הדיכאון על תפקודי פעולות יום-יום בסיסיות ופעולות יום-יום אינסטרומנטליות. כמו כן, תואר האופן שבו דיכאון בקרב מטופלים לאחר שבר בצוואר הירך מתבטא ברבדים שונים, כגון: כאב, הפרעות שינה, תזונה לקויה, מוטיבציה ומצב חברתי וכיצד כל אלה מעכבים ומקשים על התהליך השיקומי.

מלבד המגבלות הפיזיות, נידון כיצד שבר בצוואר הירך משפיע על איכות החיים, על צמצום הקשרים החברתיים ועל פעילויות פנאי, מה שעלול להוביל להתפתחות בדידות ודיכאון (Egan et al., 1992; Piirtola et al., 2012). נמצא ששבר בצוואר הירך משפיע הן על הטווח הקצר והן על הטווח הארוך. בטווח הקצר (ב-51% מן המקרים כבר לאחר שלושה חודשים מן הניתוח), נצפה שינוי באיכות החיים, ואילו בטווח הארוך (כשנה או יותר) נצפה תפקוד פיזי ירוד (Buecking et al., 2014). מכאן, נראה כי נוצר מעגל קסמים כאשר השבר גורם לירידה בפעילות יום-יום, המחריפה את הדיכאון.

כאמור, לא זו בלבד ששבר בצוואר הירך גורם למוגבלות בניידות בקרב קשישים, אלא הוא אף גורם לפחד מפני נפילה, דבר העלול להוביל להגבלה בפעילות הפיזית והתעסוקתית ובעקיפין להגבלה בפעילויות חברתיות ופנאי, ללחץ כרוני ולבידוד, שעלולים להעצים דיכאון (Chun-Te et al., 2012). השכיחות של המגבלה בניידות עולה

עם הגיל, יתר על כן, ממצאים ממחקרים ארוכי טווח מראים כי הופעת המגבלה בניידות היא סימן חיזוי בלתי תלוי לתסמיני דיכאון ומובילה לעליית תסמיני הדיכאון לאורך זמן. מגבלה זו היא מכשול עיקרי לחיים עצמאיים ואיכותיים (DSM-5, APA, 2013). הממצאים מראים שמבוגרים שהיו פעילים יותר ב-ADL/IADL חוששים פחות מנפילות וסובלים פחות מדיכאון.

המאמר מתאר כיצד מעורבות המשפחה והשתתפות חברתית ממלאות תפקיד חשוב בתהליך השיקום וההחלמה ומשמרות את העצמאות של המטופל שעבר שבר בצוואר הירך, ובעקבות כך, יש לו סיכוי מופחת לפתח דיכאון. זאת ועוד, לגישה של אנשי הצוות המטפל שלעיתים נתפס כפטרוני או מרוחק יש מידת השפעה על המצב הרגשי של המטופל והקניית תחושה של היותו שותף עשויה למנוע דיכאון.

ממצאים אלו נתמכים על-ידי תיאוריית הפעילות של ההזדקנות (Lemon, Bengtson, & Peterson, 1972), הגורסת שככל שהקשישים מצליחים לשמור על רמת פעילותם ומעורבותם בסביבה, כן נשמרת ועולה רווחתם הנפשית (קיז'נר וורמן, 2000), המשמשת גורם מגן משמעותי נגד דיכאון (בר-טוב, 2005).

עוד נמצא כי מעורבות בעיסוק (Engagement in Occupation) משמעותי בעבור המטופל מתוך מוטיבציה ובחירה עצמית לאחר שבר בצוואר הירך, מאפשרת השתתפות בחיי היום-יום ועשויה להפחית את הצורך בתמיכה ולהגביר את רמת העצמאות (מתע"מ מחודש, 2016). לעיסוקי האדם חשיבות רבה בהיותם תורמים מרכזיים לעיצוב זהותו של האדם ותחושת מסוגלותו וכך עשויים להשפיע על בריאותו הפסיכו-סוציאלית (לדוגמה, חיוניות במקום דיכאון) (Kielhofner, 2008).

מאחר שמעורבות בפעילות וביצוע עיסוקי הם עיקרי מקצוע הריפוי בעיסוק, נחוץ שמרפאים בעיסוק יעריכו את המטופלים הקשישים לאחר שבר בצוואר הירך בנושאי נטייה לסיכונים, חשש מנפילות, חרדה והגבלת פעילות בעקבותיהם (AOTA, 2008) וכן יפתחו התערבויות אישיות מתאימות על מנת להעלות את הביצוע העיסוקי בקרב אוכלוסייה זו.

עוד עולה מן הסקירה כי דיכאון הוא הבעיה הנפשית הנפוצה ביותר בקרב קשישים, גורם להחרפת אי-הביצוע של פעילויות ומגביר את אי-ההשתתפות במצבי חיים הפוגעים לטווח ארוך בבריאותם וברווחתם. לפיכך, חשוב לאבחן ולטפל בתסמיני הדיכאון בזמן בקרב קשישים לאחר שבר בצוואר הירך, דבר המשפיע במידה ניכרת על תהליך השיקום.

ממצאי סקירת הספרות מחדדים את חשיבות הזיהוי המוקדם של דיכאון כגורם מנבא להצלחת תהליך השיקום האורתופדי וחזרתו של הקשיש לתפקוד בקהילה ואיכות חייו ובו זמנית ייתכן שישפיעו על צמצום עלויות שירותי הבריאות. יש לשקול אפוא התערבויות ואסטרטגיות יישומיות לזיהוי מצב דיכאוני קרוב ככל האפשר לניתוח. במרכזים רפואיים שאינם עוברים אקרדיטציה (בקרת איכות) ובהם מדד ה-GDS אינו מיושם, המלצתנו היא כי טרם התחלת תהליך השיקום ראוי לשקול ביצוע אבחון GDS כמדד בריאות, ובהתאם לתוצאותיו לבחון התערבויות טיפוליות מתאימות. בריפוי בעיסוק מכירים בכך שמעורבות בעיסוקים המשמעותיים לפרט מאפשרת השתתפות במארג החיים, תומכת ושומרת על בריאות האדם. לכן מלבד איתור מוקדם של

הדיכאון, חשוב בהתערבות הטיפוליות לכוון את המטופל להכיר בקשר שבין יכולתו לבצע פעילויות יום-יומיות, לבין מעורבותו בעיסוקים ובמצבי חיים משמעותיים בעבורו. גישה זו תסייע לכך שתקופת השיקום תהיה יעילה בטווח הקצר וכי התוצאות יוכיחו יעילות גם בטווח הארוך. מכיוון שנצפה קשר ישיר בין טיפול תרופתי לנפילות בקרב קשישים יש מקום להמשך מחקר התערבות בנושא.

סיכום והמלצות

העלייה בתוחלת החיים מובילה לעלייה בפגיעות שלדיות בכלל ובשברים בירך בפרט, המשפיעים על התפקוד ואיכות החיים של הקשישים, ומצריכים טיפול שיקומי שנעשה, בין השאר, נטל הולך וגדל על מערכת הבריאות העולמית. כאמור, דיכאון הוא הבעיה הנפשית הנפוצה ביותר בקרב קשישים, ואיתורו וטיפול בזמן בקרב קשישים לאחר שבר בצוואר הירך, משפיע במידה ניכרת על תהליך השיקום. לפיכך יש לשקול התערבויות ואסטרטגיות יישומיות לזיהוי מצב דיכאוני בקרב קשישים לאחר שברים בצוואר הירך קרוב ככל האפשר לניתוח. כמו כן, יש חשיבות באיתור מוקדם של דיכאון בקרב קשישים לאחר שבר בצוואר הירך שאינם מאושפזים ומקבלים שיקום בבית או במרכז בקהילה. וכן יש מקום לבדוק אם איתור מוקדם של דיכאון וטיפול מכוון לכך במסגרת השיקום משפרים תפקוד.

מקורות

אלישר, ל', רשף, א', שוסהיים, ג' ובלוך, ב' (2015). ההיבטים הייחודיים של דיכאון בגיל המבוגר: סקירת ספרות. *Israeli Family, 183*. http://www.medicalmedia.co.il/publications/ArticleDetails.aspx?artid=7474&sheetid=573

ברודסקי, ג', שנור, י' ובאר, ש' (2017). *בני 65+ בישראל - שנתון סטטיסטי 2016*. ירושלים: מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

ועדת המתע"מ המחודש. (2016). *העשייה המקצועית בריפוי בעיסוק בישראל - מרחב ותהליך*. תל-אביב: העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק.

טל, א' (2011). דיכאון בגיל השלישי הלכה למעשה. *כתב העת הישראלי לרפואת המשפחה עדכון ברפואת המשפחה, 163*, 6-8.

מנהל רפואה (2009). *אמות מידה למתן טיפול שיקומי לקשישים, חוזר 4/2009*, ירושלים: משרד הבריאות. https://www.health.gov.il/hozer/mr04_2009.pdf

משרד הבריאות. *הערכה תפקודית (FIM) במחלקות שיקום לאחר שבר בצוואר הירך - בכניסה וביציאה* (2014). https://www.health.gov.il/Subjects/Patient_Safety/hospitals/National_plan_dimensions_of_quality/Pages/02-14-1-04-002.aspx

משרד הבריאות. *התכנית הלאומית למניעת נפילות*. (2017). https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/FallPreventionNationalProgram.pdf

ערליך, ב', טבב, נ' ודונסקי, א' (2017). *נפילות בקרב אזרחים ותיקים בישראל ובהשוואה בינלאומית*. מבוסס על נתוני SHARE ישראל. IGDC ירושלים, ישראל.

צורף, א' (2007). הזדקנות האוכלוסייה ודיכאון בזיקנה – השלכות למדעי הרפואה והצגת דגם טיפולי. *הרפואה, 146*(1), 38-41.

קיז'נר, ט' וורמן, מ' (2000). תאוריות ביולוגיות לתהליך ההזדקנות. *גרנטולוגיה, 27*(2-3), 207-213.

רבינוביץ, מ' (2003). *גילו של אדם וזמנו האישי.* ירושלים: מוסד ביאליק.

רוזין, א' (2002). שיקום גריאטרי: הווה ועתיד. *גרנטולוגיה, 29*(1-2), 45-56.

רון, פ' (2001). דיכאון, חוסר תקווה ונטיות אבדניות בקרב קשישים: השוואה בין קשישים המתגוררים במוסדות ובקהילה. *גרנטולוגיה, 28*(2), 83-103.

שחר, א' ודוברוסין, מ' (2012). דיכאון בקשישים: אבחון, גישה וטיפול תרופתי בטוח. *כתב העת הישראלי לרפואת המשפחה עדכון ברפואת המשפחה, 167*, 30-33.

שחר, ד' (2009). תיאבון בגיל השלישי כמנבא תחלואה ותמותה. *כתב העת הישראלי לרפואת המשפחה עדכון ברפואת המשפחה, 145*, 30-31.

שמר, י' (2015) *הערכת העלות הכלכלית הכוללת של שברי צוואר הירך באוכלוסיית הקשישים בישראל.* אסכולה - ייעוץ כלכלי ומימוני.

Alexiou, K. I., Roushias, A., Varitimidis, S. E., & Malizos, K. N. (2018). Quality of life and psychological consequences in elderly patients after a hip fracture: a review. *Clinical Interventions in Aging, 13*, 143-150.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Atay, İ. M., Aslan, A., Burç, H., Demirci, D., & Atay, T. (2016). Is depression associated with functional recovery after hip fracture in the elderly? *Journal of orthopaedics, 13*(2), 115-118.

Boonen, S., Autier, P., Barette, M., Vanderschueren, D., Lips, P., & Hanentjens, P. (2004). Functional outcome and quality of life following hip fracture in elderly women: A one year prospective controlled study. *Osteoporosis International, 15*, 87-94.

Buckmaster P. & Hunter R. (2011). Optimal living: getting around. CDC-HAN Environmental and Policy Change Action Brief Series. *CDC-HAN Healthy Aging Research Network*. Retrieved from http://www.prc-han.org

Buecking, B., Struewer, J.,Waldermann, A., & Horstmann, K. (2014). What determines health-related quality of life in hip fracture patients at the end of acute care?--a prospective observational study. *Osteoporosis International, 25*(2), 475-484.

Burns, A., Banerjee, S., Morris, J., Woodward, Y., Baldwin, R., Proctor, R., & Horan,

pain, pain frequency and pain severity are associated with depression in older. *Age and Ageing, 43*(4), 510-514.

Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 113*(5), 372-387.

Dorsey, J., & Bradshaw, M. (2017). Effectiveness of occupational therapy interventions for lower-extremity musculoskeletal disorders: a systematic review. *American Journal of Occupational Therapy, 71*(1), 7101180030p1-7101180030p11. https://doi.org/ 10.5014/ ajot.2017.023028

Dubljanin Raspopović, E., Marić, N., Nedeljković, U., Ilic', N., Tomanovic' Vojadinovic, S., & Bumbasirevic', M. (2014). Do depressive symptoms on hospital admission impact early functional outcome in elderly patients with hip fracture? *Psychogeriatrics, 14*, 118-123.

Dyrstad, D. N., Testad, I., Aase, K., & Storm, M. (2015). A review of the literature onpatient participation in transitions of the elderly. *Cognition, Technology & Work, 17*(1), 15-34.

Edwards, M., Baptiste, S., Stratford, P.W., & Law, M. (2007). Recovery after hip fracture: What can we learn from the Canadian Occupational Performance M. (2007). Treatment and prevention of depression after surgery for hip fracture in older people: randomized, controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society, 55*(1), 75-80.

Center for Disease Control and Prevention. (2008). *Self-reported falls and fall-related injuries among person over 65 years. 57*, 225-229. Retrieved from www.cdc.gov/ home and recreation safety/falls.htm

Chih-Yu, C., Wen-Liang, C., Yi-Fan, L., Chih-Chi, K., Hua-Chin, L., Hui-Ling, H., . . . Yan-Ren, L. (2014). Increased risk of major depression in the three years following a femoral neck fracture–a national population-based follow-up study. *PLoS One, 9*(3), 1-8.

Chun-Te, L., Chih-Jung, Y., Meng-Chih, L., Hui-Sheng, L., Vincent, C. H. C., Ming-Hong, H., . . . Te-Jen, L. (2012). Leisure activity, mobility and stress as modifiable risk factors for depressive symptoms in the elderly: Results of a national longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 54*, 221-229.

Cristancho, P., Lenze, E. J., Avidan, M. S., & Rawson, K. S. (2016). Trajectories of depressive symptoms after hip fracture. *Psychological Medicine, 46*, 1413-1425.

Dieter Denkinger, M., Lukas, A., Nikolaus, T., Peter, R., & Franke, S. (2014).Multisite

National Institute on aging bedside-to-bench conference on sleep, circadian rhythms, and aging: new avenues for improving brain health, physical health, and functioning. *Journal of the American Geriatrics Society, 64*(12), e238- e247.

Gluyas, C., Lum, C., Chong, S.Y., Borg, C., & Haines, T.P. (2011). Prevalence and influence of psychiatric comorbidity on rehabilitation outcome for older hospital inpatients. *International Psychogeriatrics, 23*(9), 1502-1514.

Griffiths, F., Mason, V., Boardman, F., Dennick, K., Haywood, K., Achten, J., . . . Costa, M. (2015). Evaluating recovery following hip fracture: a qualitive interview study of what is important to patients. *British Medical Journal, 5*(1), 1136-1146.

Hagsten,B., Svensson,O., & Gardulf, A. (2004). Early individualized postoperative occupational therapy training in 100 patients improves ADL after hip fracture. *Acta Orthopaediaca Scandinavica, 75*(2), 177-183.

Hagsten,B., Svensson,O., & Gardulf, A. (2006). Health-related quality of life and self-reported ability concerning ADL and IADL after hip fracture. *Acta Orthopaedica, 77*(1), 114–119.

Hershkovitz, A., Kalandariov, Z., Hermush, V., Weiss, R., & Brill, S. (2007). Factors Measure? *American Journal of Occupational Therapy, 61*(3), 335-344.

Egan, M., Warren, S. A., Hessel, P.A., & Gilewich, G. (1992). Activities of daily living after hip fracture: Pre-and post discharge. *The Occupational Therapy Journal of Research, 12*(6), 342-356.

Feng, L., Scherer, S.C., Tan, B.Y., Chan, G., Fong, N.P., & Ng, T.P. (2010). Comorbid cognitive impairment and depression is a significant predictor of poor outcomes in hip fracture rehabilitation. *International Psychogeriatrics, 22*(2), 246-253.

Foley, D. J., Monjan, A. A., Brown, S. L., Simonsick, E. M., Wallace, R. B., & Blazer, D. G. (1995). Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. *Sleep, 18*(6), 425–432.

Fredman, L., Hawkes, W. G., Black, S., Bertrand, R. M., & Magaziner, J. (2006). Elderly patients with hip fracture with positive affect have better functional recovery over 2 years. *Journal of the American Geriatrics Society, 54*(7), 1074-1081.

Fung, C. H., Vitiello, M. V., Alessi, C. A., Kuchel, G. A., AGS/NIA Sleep Conference Planning Committee and Faculty, Arora, V., ... & Irwin, M. R. (2016). Report and research agenda of the American Geriatrics Society and

Kiosses, D. N., & Alexopoulos, G. S. (2005). IADL functions, cognitive deficits, and severity of depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 13*(3), 244-249.

Koster, A., Van Gool, C. H., Kempen, G. I. J. M., Penninx, B.W.J. H., Sun Lee, J., Rubin, S. M., . . . Kritchevsky, S. B. (2010). Late-Life depressed mood and weight change contribute to the risk of each other. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 18*(3), 236-244.

Koval, K. J., Maurer, S. G., Su, E. T., Aharonoff, G. B., & Zuckerman, J. D. (1999). The effects of nutritional status on outcome after hip fracture. *Journal of orthopaedic trauma, 13*(3), 164-169.

Lee, C. T., Yeh, C.Y., Lee, M.C., Lin, H. S., Chen, V. C. H., Hsieh, M. H., . . . Lai, T. J. (2012). Leisure activity, mobility limitation and stress as modifiable risk factors for depressive symptoms in the elderly: Results of a national longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 54*, 221-229.

Lemon, B. W., Bengtson, V. L., & Peterson, J. A. (1972). An exploration of the activity theory of aging: activity types and life satisfaction among in-movers to retirement community. *Journal Gerontology, 27*, 511–523.

affecting short term rehabilitation outcomes of disabled elderly patients with proximal Hip fracture. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 88*, 916-921.

Hill, R. D., Backman, L.,, & Stigsdotter-Neely, A. (2000). Cognitive Rehabilitation in Old Age. Cary, US: Oxford University Press, 174-176.

Hoenig, H., & Colon-Emeric, C. (2017). Overview of geriatric rehabilitation: Patient assessment and common indications for rehabilitation Retrieved May 1, 2018, from https://www.uptodate.com/contents/hip-fractures-in-adults

Ireland, A. W., Kelly, P. J., & Cumming, R. G. (2016). Associations between hospital-based rehabilitation for hip fracture and two-year outcomes for mortality and independent living: an Australian database study of 1,724 elderly community-dwelling patients. *Journal of rehabilitation medicine, 48*(7), 625-631.

Kiefer, R. (2011). The effect of social support on functional recovery and well-being in older adults following joint arthroplasty. *Rehabilitation Nursing, 36*(3), 120-126.

Kielhofner, G. (2008). Model of human occupation: Theory and application (4th Ed.). Baltimore, Maryland: Lippincott Williams & Wilkins.

elderly people in Razavi Khorasan: A population based-study in Iran. *Iranian Journal PublHealth, 40*(2), 67-74.

Orhan, F. Ö., Tuncel, D., Tas, F., Demirci, N., & Özer, A. (2012). Relationship between sleep quality and depression among elderly nursing home residents in Turkey. *Sleep and Breathing, 16*(4), 1059-1067.

Oude Vosbaar, R., Banerjee, S., Horan, M., Baldwin, R., Pendleton, N., Proctor, R., . . . Burns, A. (2007). Predictors of incident depression after hip fracture surgery. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 15*(9), 807-814.

Lockwood, K. J., Taylor, N. F. & Harding, K. E. (2015). Pre-discharge home assessment visits in assisting patients return to community living: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine, 47,* 289–299.

Peeters, C. M., Visser, E., Van de Ree, C. L., Gosens, T., Den Oudsten, B. L., & De Vries, J. (2016). Quality of life after hip fracture in the elderly: a systematic literature review. *Injury, 47*(7), 1369-1382.

Phillips, A. R., Upton, J., Arora Duggal, N., Carroll, D., & Lord, J. M. (2013). Depression following hip fracture is associated with increased physical frailty in older adults: the role of the cortisol:

Lenze, E. J., Munin, M. C., Dew, M. A., Marin, R. S., & Butters, M. A. (2009). Apathy after Hip Fracture: A Potential Target for Intervention to Improve Functional Outcomes. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 21*(3), 271-278.

Lloyd, B. D., Williamson, D. A., Singh, N. A., Hansen, R. D., Diamond, T. H., Finnegan, T. P., . . . Fiatarone, S. (2009). Recurrent and injurious falls in the year following hip fracture: a prospective study of incidence and risk factors from the Sarcopenia and Hip Fracture study. *The Journals of Gerontology: Series A, 64A*(5), 599-609.

Mahmutović, J., Rudić, A., Pašalić, A., Jusupović, F., Branković, S., & Jaganjac, A. (2015). Risk factors for depression in residents of gerontology center in Sarajevo. *Journal of Health Sciences, 5*(1), 19-24.

Martin, J. L., Jouldjian, S., Mitcbell, M. N., Josepbson, K. R., & Alessi, C. A. (2012). A longitudinal study of poor sleep after inpatient post- acute rehabilitation: The role of depression and pre illness sleep quality. *The American Journal of Psychiatry, 20*(6), 477-484.

Mokhber, N., Majdi, M. R., Ali-Abadi, M., Shakeri, M. T., Kimiagar, M., Salek, R., . . . Soluti, S.S. (2011). Association between malnutrition and depression in

orthopedic surgery in geriatric patients with multiple comorbidities. *Functional Neurology, 31*(3), 171-177.

Reinhardt, J. P., Horowitz, A., Cimarolli, V. R., Eimicke, J. P., & Teresi, J. A. (2014). Addressing depression in a long term care setting: A phase 2 pilot of problem-solving treatment. *Clinical Therapeutics, 36*, 1531-1537.

Riemen, A. H., & Hutchison, J. D. (2016). The multidisciplinary management of hip fractures in older patients. *Orthopaedics and trauma, 30*(2), 117-122.

Salpakoski, A., Törmäkangas, T., Edgren, J., Sihvonen, S., Pekkonen, M., Heinonen, A., . . . Sipilä, S. (2014). Walking Recovery after a Hip Fracture: A Prospective Follow-Up Study among Community-Dwelling over 60-Year Old Men and Women. *BioMed Research International*. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1155/2014/289549.

Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. Clinical Gerontologist: The *Journal of Aging and Mental Health, 5* (1-2), 165-173.

Sweitzer, V., Rondeau, D., Guido, V., & Rasmor, M. (2013). Interventions to improve outcomes in the Elderly after dehydroepiandrosterone sulphate ratio. *BMC Geriatrics, 13*(60), 1-9.

Pighills, A. C., Torgerson, D. J., Sheldon, T. A., Drummond, A. E., & Bland, J. M. (2011). Environmental assessment and modification to prevent falls in older people. *Journal of the American Geriatrics Society, 59*(1), 26-33.

Piirtola, M., Löppönen M., Vahlberg T., Isoaho R., Kivelä S.-L., & Räihä I. (2012). Fractures as an independent predictor of functional decline in older people: A population-based study with an 8-year follow-up. *Gerontology, 58*, 296-304.

Prestmo, A., Haen, G., Sletvold, O., Helbostad, J. L., Thingstad, P., Taraldsen, K., . . . Saltvedt, I. (2015). Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomized, controlled trial. Retrieved from www.thelancet.com, 385, 1623-1633.

Rabin, R., & Charro, F. D. (2001). EQ-SD: a measure of health status from the EuroQol Group. *Annals of medicine, 33*(5), 337-343.

Rebagllati, G. A. A, Sclume, L., Iannello, P., Mottini, A., Antonietti, A., Caserta, V. A., … Callegari, C. (2016). Frailty and resilience in an older population. The role of resilience during rehabilitation after

hip fracture. *The Journal for Nurse Practitioners, 9*(4), 238-242.

Tseng, M. Y., Liang, J., Shyu, Y. L., Wu, C. C., Cheng, H. S., Chen, C. Y., & Yang, S. F. (2016). Effects of interventions on trajectories of health-related quality of life among older patients with hip fracture: a prospective randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders, 17*, 114-122.

Van den Berg, M., Verdijk, N. A., Leusink, G. L., Wijnands-van Gent, C., Romeijnders, A. C., JM Pop, V., & PW van den Bergh, J. (2011). Depression after low-energy fracture in older women predicts future falls: a prospective observational study. Retrieved from http://www.biomedcentral.com/1471-2318/11/73.

World Health Organization. (WHO). (2001). International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva, Switzerland: Author.

WHOQoL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine, 41*(10), 1403-1409.

Zin Nyunt, M. S., Lim, M. L., Yap, K. B., & Pin Ng, T.(2012). Changes in depressive symptoms and functional disability among community-dwelling depressive older adults. *International Psychogeriatrics, 24*(10), 1633-1641.

Zuckerman, J. D., Koval, K. J., Aharonoff, G. B., Hiebert, R., & Skovron, M. L. (2000). A functional recovery score for elderly hip fracture patients: I. Development. *Journal of orthopaedic trauma, 14*(1), 20-25.