
Learned Helplessness among Elderly Patients / חוסר אונים נלמד בקרב מטופלים קשישים

Author(s): עדי גולדהירש and Adi Goldhirsch

Source: *IJOT: The Israeli Journal of Occupational Therapy* / כתב עת ישראלי לריפוי
גיליון מיוחד בנושא גריאטריה, מוקדש / גיליון מיוחד בנושא גריאטריה, מוקדש
Geriatrics: In memory of Dr. Nurit Weinblatt / גיליון מיוחד בנושא גריאטריה, מוקדש
לזכרה של ד"ר נורית וינבלט ז"ל (אוגוסט - נובמבר 2010), pp. H233-H253

Published by: Israeli Society of Occupational Therapy / העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק

Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/23470034>

REFERENCES

Linked references are available on JSTOR for this article:

https://www.jstor.org/stable/23470034?seq=1&cid=pdf-reference#references_tab_contents

You may need to log in to JSTOR to access the linked references.

JSTOR is a not-for-profit service that helps scholars, researchers, and students discover, use, and build upon a wide range of content in a trusted digital archive. We use information technology and tools to increase productivity and facilitate new forms of scholarship. For more information about JSTOR, please contact support@jstor.org.

Your use of the JSTOR archive indicates your acceptance of the Terms & Conditions of Use, available at <https://about.jstor.org/terms>



JSTOR

is collaborating with JSTOR to digitize, preserve and extend access to *IJOT: The Israeli Journal of Occupational Therapy* / כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק

חוסר אונים נלמד בקרב מטופלים קשישים

עדי גולדהירש

מילות מפתח: חוסר אונים נלמד - Learned helplessness, שליטה נלמדת - Learned mastery, תחושת מסוגלות - Self-efficacy, העצמה - Empowerment, כבוד עצמי - Dignity.

תקציר

"חוסר אונים נלמד" - "Learned Helplessness" הוא מושג הלקוח מתחום הפסיכולוגיה ומקורו בגישה ההתנהגותית. המושג נטבע בידי הפסיכולוג האמריקאי Seligman בשנות ה-60 של המאה ה-20, וממשיך לשמש כמודל בהבנת מצבים של התנהגות חסרת אונים גם בתקופתנו. המושג מתייחס למצב פסיכולוגי שבו אדם לומד להתנהג באופן פסיבי וחוסר אונים, בשל תחושה של היעדר שליטה ואיבוד האמונה ביכולת לשנות את המצב, אף כי בפועל יש בידו יכולת להשפיע ולצור שינוי. במאמר תיבחן תופעת חוסר האונים הנלמד וייבחנו הסברים אחרים להתנהגות דומה. קשישים חווים שינויים רבים ובהם אובדנים משמעותיים רבים. מרבית השינויים מתרחשים מחוץ לשליטתם. לבד מזה מטופלים קשישים, ובייחוד מי שמצויים במסגרות אשפוז, מתמודדים גם עם שינוי ופגיעה בעצמאות בעקבות בעיה רפואית ועם תלות בסיוע טיפולי ושיקומי. לאוכלוסייה זו יש אפוא סיכון מוגבר לפתח חוסר אונים נלמד. מטופל קשיש במצב של חוסר אונים נלמד יתפקד ברמה הנמוכה מן המצופה ממנו על פי יכולותיו ויתקשה להפיק תועלת מן הטיפול ומן השיקום. לסביבה, ובכלל זה לסביבה הטיפולית, השפעה רבה על התהוות והתפתחות התנהגות חסרת אונים בקרב מטופלים קשישים, או על צמצומה. במאמר יוצגו דוגמאות למצבים שבהם טיפול ויחס פוגעים בתחושת השליטה ומעודדים תחושת חוסר אונים. הנחה בסיסית בהתערבות בריפוי בעיסוק היא, שבאמצעות פעילות תכליתית ומשמעותית אפשר לספק למטופלים תמריץ והזדמנות להשיג שליטה, ובכך לסייע להם לפתח תחושת מסוגלות ולהגביר את השתתפותם במארג החיים. למעשה, אפשר לראות בטיפול בריפוי בעיסוק טיפול שפועל ליצירת מצב ההפוך למצב של חוסר אונים נלמד. מצב זה מכונה בספרות "Self efficacy" (תחושת מסוגלות), "Learned mastery" (שליטה נלמדת) או "Empowerment" (העצמה). קווים מנחים לצמצום ולמניעה של חוסר אונים נלמד בקרב מטופלים קשישים יוצגו, תוך שימוש במושג "Dignity" (כבוד עצמי) כמסגרת התייחסות.

עדי גולדהירש, BOT, המרכז לבריאות הנפש באר יעקב, והוסטל לנפגעי נפש "הדרים", מזכרת בתיה. ddcorner@hotmail.com

המאמר מבוסס על הרצאה, שהוצגה במסגרת ההכשרה הקלינית הפסיקלית בבית חולים גריאטרי-שיקומי בלימודי התואר הראשון. מאמר זה מוקדש לזכרה של סבתי שרה (סולי) (Suli) גולדהירש, אישה אשר צעדה את מסע חייה בנחישות רוויית המור, אמונתה בי לא ידעה גבול.

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט - נובמבר 2010, 19 (4-3)

מבוא

המאמר שלפניכם נולד בתקופת הילדות המקצועית שלי. במסגרת ההכשרה הקלינית בבית חולים גריאטרי-שיקומי, נתבקשתי להכין הרצאה בנושא הרלוונטי למקום. דרך המשקפיים הסטודנטיאליים, שטרם עברו שחיקה או הורגלו במראות וקולות בית החולים, זעקו מולי קולותיהם הבלתי נשמעים של אותם מטופלים קשישים שסדר יומם מורכב מאוסף של פעילויות פסיביות (מאכילים אותם, רוחצים אותם וכדומה), וקולותיהם הנשמעים של אחרים, כמו אותה אישה באה בימים שהייתה צריכה ללכת לשירותים ולא יכלה לגשת לבד. היא פנתה לעוברים ולשבים בבקשה לעזרה, אולם היו שהשיבו שאין זה מתפקידם, אחרים התעלמו כלא שומעים. לבסוף היא ויתרה. כשהגיע הסיוע, כבר לא היה בו צורך. חשבתי גם על אותה אישה ערירית ששכבה על יד סבתי בבית חולים, קשורה כדי לא להוציא את האינפוזיה. היא הייתה אישה בת יותר מ-90, את שעותיה האחרונות בילתה בקריאות ללא מענה. נכון, התיאורים קשים, לא פעם נוכחתי במראות אחרים, שמחים, מרגשים, אבל עדיין אפשר לראות מראות קשים כאלה (Lothian & Philp, 2001). ארווינג גופמן, סוציולוג מוביל מן המאה העשרים, כתב בספרו על מאפייני המוסדות הטוטליים (גופמן, 2006). אף כי גופמן כתב על הנושא לפני כ-50 שנה והתבסס על תיאורים של חוסים בבית חולים פסיכיאטרי, קשה להתעלם מן הדמיון המטריד בין מראות של קשישים רבים בבתי חולים ובבתי אבות, לבין תיאוריו. על פי תיאוריו, המוסד הטוטלי מונע מן החושה יכולת בחירה ושליטה עד הפרטים הגופניים האינטימיים ביותר תוך כדי דיכוי שיטתי, גם אם שלא במתכוון, של גבולות האני, פירוק הזהות ונישול תפקידי. תרגום הספר אך לפני שנים ספורות יכול אולי לרמז כי, לצערנו, הספר עודו רלוונטי.

המושג "חוסר אוניס נלמד", שטבע הפסיכולוג Seligman (1975) בשנות ה-60 של המאה העשרים, נטבע, שלא במפתיע, אך שנים מעטות לאחר שפרסם גופמן את חיבורו המקורי על המוסדות הטוטליים (2006). המושג משמש גם בתקופתנו להסברת מצבים שבהם אנשים, על אף יכולת להגיב ולהשפיע, מגיבים באופן פסיבי כאילו היכולת איננה.

מאמר זה נועד להציג את המושג חוסר אוניס נלמד והתפתחותו, לצורך הבנת התנהגות חסרת אוניס שנצפית לא פעם אצל מטופלים קשישים בין באשפוז, בין בבית אבות ובין בטיפול בידי מטפל אישי בבית. הבנת התופעה מהווה בסיס לבחינת דרכי מניעה והתמודדות. היות שהמוקד המקצועי בריפוי בעיסוק הוא בקידום מעורבות בעיסוק והשתתפות במארג החיים (ילון-חיימוביץ ואחרים, 2006), אפשר לראות בטיפול בריפוי בעיסוק טיפול שפועל ליצירת מצב ההפוך למצב של חוסר אוניס נלמד - מצב של תחושת מסוגלות ומעורבות אקטיבית בחיים. חיבור בין הבנת תופעת חוסר האוניס הנלמד בקרב מטופלים קשישים, ובין הכלים המקצועיים בריפוי בעיסוק עשוי לקדם את המאבק בתופעה.

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט - נובמבר 2010, 19 (3-4)

בסיכום המאמר ייבחנו כיצד אפשר, על אף נסיבות מגבילות, למנוע או לצמצם את תחושת חוסר האונים בקרב מטופלים קשישים ולהגביר את תחושת השליטה והמסוגלות. בלי להמעיט בחשיבות השונות הרבה בין תת קבוצות בתוך אוכלוסיית הקשישים, המאמר יתייחס בעיקר למשותף לאוכלוסייה זו בכל הנוגע להתפתחות חוסר אונים נלמד ולהתמודדות עם התופעה (DeVries & Ogland-Hand, 2007; Krothe, 1997; Robnett & Chop, 2010; Saxon, Etten & Perkins, 2009; Walter & McCoyd, 2009). חשיבות המאמר ברענון הנושא ובהעלאתו לדין ולמודעות בקרב ציבור המרפאים בעיסוק. השאיפה היא לסייע לעודד את סובביו של הקשיש לבחון דרך זכוכית מגדלת כל סיטואציה שבה השליטה של האדם הקשיש וכבודו מצויים בסיכון, לעצור רגע, להקדיש לכך את תשומת הלב הראויה ולפעול בהתאם. המאמר רלוונטי לקשישים ולקשישים לעתיד, ולכל מי שבא במגע עם קשישים אם בחיים האישיים ואם בחיים המקצועיים.

חוסר אונים נלמד

חוסר אונים נלמד - Learned Helplessness (LH) הוא מושג הלוקח מתחום הפסיכולוגיה ומקורו בגישה ההתנהגותית. המושג נטבע על ידי הפסיכולוג והחוקר האמריקאי Seligman (1975) בשנות ה-60 של המאה העשרים וממשיך לשמש כמודל במחקר ובקליניקה גם בתקופתנו (Flannery, 2002). המושג LH מתייחס למצב שבו אדם (או בעל חיים) לומד להתנהג באופן פסיבי, חסר אונים בשל תחושה של אי שליטה ואיבוד האמונה ביכולת לשנות את המצב (Seligman, 1975). התנהגות זו נלמדת לאחר שהאדם חש לא פעם שאינו מסוגל לשלוט בסיטואציה מסוימת, אם בשל היעדר תגובה מן הסביבה, תגובה לא צפויה או עמומה, או תגובה שאינה קשורה לצורך שביטא ומניח בצורה מוטעית שלא תהיה לו שליטה גם בסיטואציות עתידיות (Solomon, 1990). כתוצאה מכך הוא מוותר מראש על ניסיון להתמודד (Seligman, 1975). אדם שלמד להתנהג באופן חסר אונים אף לא ינסה לעזור לעצמו ולהימנע מנסיבות לא נעימות שאליהן ייחשף. Seligman מציין סמיכות בין LH לדיכאון מבחינת סימפטומטולוגיה, אטיולוגיה, טיפול ומניעה. בעקבות ביקורת על המודל המקורי של LH, שהתמקדה בכך שהוא פשטני מדי ככל הנוגע לבני אדם ואינו מתייחס למגוון התגובות של אנשים שונים למצבים בלתי נשלטים, שכן קצתם עשויים שלא להגיב ב-LH (Miller & Norman, 1979), ניסח Seligman מחדש את המודל, בהתאמה לבני אדם (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978). בהתאם לרוח התקופה, ולהתייחסות הגוברת לגורמים קוגניטיביים (Dember, 1974), הוסיף Seligman למודל את ההסברים של האדם לגבי האירועים השלילים שהוא חווה, כגורם מכריע במבחן התוצאה (אם ובאיזו מידה יתפתח LH). לאופי ההסברים קרא "סגנון ייחוס" (Attributional style) וציין שבעלי סגנון ייחוס פסימי, שייטו לראות באירועים שליליים תופעה כללית, בלתי משתנה שמקורה בהם, ייטו לפתח LH ודיכאון יותר

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט - נובמבר 2010, 19 (3-4)

מעמיתיהם האופטימיים. התיאוריה של Seligman נתמכה במחקרים שבהם נמצא שאנשים אופטימיים חווים בריאות טובה יותר לעומת עמיתיהם הפסימיים (Peterson & Seligman, 1984; Peterson, Seligman & Vaillant, 1988). במחקרים ובמאמרים מאוחרים יותר עולות ביקורות גם על הנוסח המיוחד של המודל של LH (Abramson et al., 1978). בין הביקורות מצוין כי יש הסברים אלטרנטיביים או מתערבים להתנהגות שלעתיים מובנת, שלא בצדק, רק כפועל יוצא של LH. ההסברים האלה כוללים: מגבלה ריאלית בשל היעדר אפשרויות, או היעדר מיימוניות, ומקרים שבהם אדם מעדיף שלא לפעול בשל התנגדותם של הסובבים, פחד, אשמה, מניע הישרדותי וכיוצא באלה, ולא בשל אי אמונה ביכולת (Flannery & Harvey, 1991). ביקורת נוספת על המודל מתייחסת לכך שסגנון ייחוס אופטימי אינו בהכרח אדפטיבי יותר מן הפסימי, אלא יש חשיבות לאיזון ביניהם (Chang, 2001).

על סמך הביקורות, אפשר להסביר התנהגות פסיבית כנובעת בהכרח מ-LH, לאחר שווידאנו שהייתה נוכחות חוזרת של מצב בלתי נשלט, ונפגעה האמונה של האדם ביכולתו לשנות את המצב, אף כי היכולת בפועל קיימת, וכן לאחר ששללו הסברים אחרים להתנהגות זו. אף כי לא ברור באיזו מידה LH נובע ממאפייני האדם, ובאיזו מידה ממאפייני הסביבה, ברור שהתופעה נובעת מן האינטראקציה המורכבת בין האדם, האירוע וגורמים סביבתיים (Harvey, 1989, as cited in Flannery & Harvey, 1991).

מטופלים קשישים וחוסר אונים נלמד

בישראל, כמו בכל העולם המערבי, אוכלוסיית הקשישים (בני 65 ומעלה) הנה קבוצה באוכלוסייה שהולכת וגדלה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2009; Anderson-Hanley, Meshberg & Marsh, 2003; Mauk, 2009; Perkins, Multhaupt, Perkins & Barton, 2008; Robnett & Chop, 2010; Saxon et al., 2009; אף כי האוכלוסייה המזדקנת היום צפויה להיות בריאה יותר ובעלת משאבים רבים יותר מאוכלוסיות הקשישים בעבר, שיעור המטופלים הקשישים עדיין צפוי להתרחב. כן, יש צורך להרחיב את ההבנה לגבי גורמים החשובים לרווחתה (Well-Being) של אוכלוסייה ייחודית זו, ולגבי ממדים של הערכה והתערבות באוכלוסייה זו (DeVries & Ogland-Hand, 2007; Post, 1999).

המודל של LH יכול להסביר תופעה של היעדר מטיבציה, היענות נמוכה, תלות, פגיעה ביצועית, ייאוש ודיכאון שנפגוש אצל המטופלים הקשישים. מחקר ודיון לגבי התופעה הלך והתפתח בשנות ה-80 וה-90 של המאה העשרים (Barder, Slimmer & LeSage, 1994; Faulkner, 2001b; Foy & Mitchell, 1990; Solomon, 1990; Teitelman, 1982). מן הספרות עולה כי למטופלים קשישים עשוי להיות סיכון מוגבר לפתח LH בהשוואה לאוכלוסיות אחרות. ראשית, הקשיש המזדקן חווה לעתים יחסית קרובות שינויים, בהם אובדנים מרובים ומשמעותיים, רבים מהם

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט - נובמבר 2010, 19 (3-4)

מתרחשים בו זמנית ומחוץ לשליטתו, ויכולים להוות גורמי לחץ. מדובר באובדנים סנסומוטוריים הדרגתיים, אובדנים הקשורים ביציאה לפנסיה - אובדן סטטוס וצמצום תחומי אחריות והשפעה, פגיעה בהכנסה, אובדן שגרת היום-יום ואובדנים חברתיים - אובדן חברים, אובדן בן זוג, המובילים להצטמצמות מערכת התמיכה (Barder et al., 1994; DeVries & Ogland-Hand, 2007; Foy & Mitchell, 1990; Hage & Lorensen, 2005; Mauk, 2009; Robnett & Chop, 2010; Rowe & Kahn, 1997; Saxon et al., 2009; Schulz, 1976; Solomon, 1990; Teitelman, 2009; Walter & McCoyd, 1982). התחושה שהמוות קרב יכולה להיות גורם לחץ נוסף (Seligman, 1975). במחקר שפורסם לאחרונה נמצא כי חרדה מן המוות נוכח אצל קשישים אם הם מתגוררים במסגרת מוסדית ואם בקהילה (Ron, 2010). אף כי מרבית הקשישים יתגברו על האובדנים והלחצים, עם או בלי עזרה, ככל שכמות ותדירות הלחצים תגדל, יגדל הסיכון למשבר נפשי (DeVries & Ogland-Hand, 2007; Maribel, 2000; Mauk, 2009; Rowe & Kahn, 1997). התוצאה תלויה במידה שבה האירועים והנסיבות יחו סובייקטיבית כאיום וכאובדן שליטה (Abramson et al., 1978; DeVries & Ogland-Hand, 2007; Post, 1999; Walter & McCoyd, 2009).

בנוסף, בגילאי הזיקנה הסיכוי למחלות כרוניות גדל, ולמעשה למרבית האנשים יש לפחות מחלה כרונית אחת (Hoy, Wagner & Hall, 2007; Mauk, 2009; Spar & Rue, 1997, as cited in Maribel, 2000). עצם קיום של סבל או מחלה, כשהוא לעצמו, עשוי לחזק את תחושת היעדר השליטה (Hage & Lorensen, 2005; LH & Lorensen, 2005; Schulz & Heckhausen, 1999; Teitelman, 1982; Seligman, 1975). אפשר להניח שככל שהשינוי הבריאותי יהיה פתאומי יותר וטראומטי יותר, כך יגדל הסיכוי להתפתחות LH. הסביבה, הפיזית והאנושית, אף היא גורם מכריע בהתהוות LH. לדוגמה, משפחה, (או גורם אחר) שמתוך רצון לעזור, או מתוך רגשות אשם, עוזרת לקשיש יתר על המידה, עשויה לעודד LH (Krothe, 1997; Robnett & Chop, 2010). יתר מזה, אם אדם קשיש, בשל מצבו, צריך לעזוב את ביתו, הוא נאלץ להיפרד מחפצים רבים ומשגרות מוכרות שתמכו בתפקוד עצמאי. לעתים ההחלטה אף לא נעשית על ידי האדם עצמו (Foy & Mitchell, 1990). המעבר מועד להחווה כאובדן משמעותי של שליטה ועשוי להוביל ל-LH (Balts & Horgas, 1997, as cited in Anderson-Hanley et al., 2003; Foy & Mitchell, 1990; Walter & McCoyd, 2009).

במאמרים רבים נסקרת התופעה שבמסגרות מוסדיות ואשפוזיות מטופלים קשישים נחשפים להזדמנויות מועטות לבטא שליטה ולמצבים רבים במיוחד המוכתבים מגבוה, ללא התחשבות בצרכים וביכולות האישיים של כל אדם (גופמן, Anderson-Hanley et al., 2003; Faulkner, 2001b; Shulz, 1976; Solomon, 2006). תופעה זו יכולה לנבוע מגישת הצוות, או מן הצורך "לייעל" את השירות, או בשל הבדלי תפיסות בין הצוות לבין המטופלים בנוגע לצורכיהם וליכולותיהם של

ענדי גולדהירש

המטופלים (Foy & Mitchell, 1990; Jang, 1992; Mauk, 2009; Scot et al., 2003). במבחן התוצאה תיפגע ההשתתפות של האדם בפעילויות בעלות משמעות בעבורו, החיונית לבריאותו ולרווחתו, ויגדל הסיכוי ל-LH (ילון-חיימוביץ ואחרים, 2006). כדוגמה אפשר להביא את תחום הרחצה והשירותים במוסדות (Mauk, 2009). קשיש שיחווה שהעזרה הניתנת לו אינה תואמת את צרכיו, ויחוש שאין הבדל אם יבקש עזרה אם לאו, עשוי לבסוף לוותר על השליטה, במקרה זה - על השליטה בסוגרים.

במחקר שבחן LH ודיכאון אצל מטופלים קשישים במסגרות טיפוליות שונות (Barder et al., 1994), נמצא שקשישים במסגרות ממושכות מועדים יותר לפיתוח LH מאשר קשישים במסגרות אקוטיות ושיקומיות. הסבר הגיוני הוא שבמחלקות אקוטיות ושיקומיות תחושת השליטה והאמונה בשינוי גדולות יותר. עוד נמצא שהתקופה הקריטית לפיתוח LH ודיכאון הייתה בקרב נבדקים ששהו במסגרת בין 7 שבועות לחצי שנה. מחקר זה תמך במחקרים נוספים שבהם הוסק שאפשר להיטיב להסביר דיכאון בקרב קשישים על פי התיאוריה המקורית של LH, ללא תיאוריית הייחוס לגבי הסיבה לאובדן השליטה (Abramson et al., 1978), אם כי ראוי לציין שמחקר קודם לזה שעשו עורכי מחקר זה תמך בתיאוריית הייחוס (Barder et al., 1994).

גורם נוסף שיכול לעודד LH אצל אדם קשיש בטיפול ושיקום הוא קצב ההתקדמות. כיוון שההתקדמות של קשישים בטיפול עשויה להיות איטית, מטופל קשיש שבתחילה יראה מוטיבציה וישקיע את מיטב מאמציו בטיפול, אך לא יראה תוצאות בזמן שיצפה, עשוי להתייאש ולוותר כי יחוש שלמאמציו אין כל השפעה (Hunt, 1980, as cited in Teitelman, 1982). גורם זה יכול להתחבר לממצא מעניין ועל פיו אצל קשישים דווקא סגנון ייחוס אופטימי, אשר מייצר ציפייה ותקווה, יכול לשמש גורם סיכון יותר מאשר סגנון ייחוס פסימי (Isaacowitz & Seligman, 2001).

סטראוטיפים וגישות שליליות בחברה כלפי קשישים, הבאים לידי ביטוי בטווח רחב של מקומות ומצבים, תורמים מטבע אופיים לעידוד תופעת ה-LH (Hage & Lorensen, 2005; Solomon, 1982, 1990). סטראוטיפים כלפי קשישים כוללים אמונות שאדם קשיש, ולו מפאת גילו, יהיה חולה, סנילי, פסיבי ופסימי, חסר תחומי עניין, חסר אישיות וחסר יכולת להתקדם. אף שידוע שהתפיסות הסטראוטיפיות אינן תואמות הזדקנות טבעית, הדימוי הפסיבי והתלותי עדיין דבק במיוחד בקשישים במוסדות (Foy & Mitchell, 1990), אולי בשל נוכחות של מגבלה ממשית (Solomon, 1990). בתפיסות סטראוטיפיות כלפי הקשיש עשויים להחזיק גם בני המשפחה, המטפל האישי בבית, והאדם הקשיש עצמו והצוות המטפל (Foy & Mitchell, 1990; Robnett & Chop, 2010; Thornstam, 1992, as cited in Hage & Lorensen, 2005).

סטראוטיפים שליליים מצד הצוות ישפיעו על היחס והטיפול בקשישים. סטראוטיפים עשויים להוביל ליחס מתנשא, כאילו היו ילדים (Foy & Mitchell, 1990).

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט - נובמבר 2010, 19 (4-3)

להשקעה מצומצמת בטיפול, או לחלופין - לעזרה מוגזמת, בלי להתייחס לצרכיו האמיתיים של האדם (Solomon, 1990). כך יכול להיווצר מעגל שלילי המזין את עצמו שבו התנהגות שנובעת מ-LH אצל הקשיש, עשויה לחזק את הסטראוטיפים (Solomon, 1990).

כדוגמאות ליחס מן הצוות המטפל שמפחית את תחושת השליטה אפשר לציין: חדירה לפרטיות, אי מתן הסברים או הזדמנויות לבחירה בהקשר לטיפול, זלזול בתלונות ובבקשות, ואף קשירה (Faulkner, 2001a). נמצא שככל שאדם מוגבל יותר, כן פוחתת חשיפתו לפעולות מעודדות שליטה (Faulkner, 2001a). עוד נמצא שככל שמטופל קשיש יותר וחולה יותר, כן יפחת רצונו לקחת שליטה בטיפול (Ende et al., 1989). נשאלת השאלה: מה הקשר הסיבתי בין שני הממצאים? על סמך מכלול הנתונים, אפשר להניח שככל שלאדם הקשיש יחסרו משאבים פנימיים, וככל שיחסרו מערכות תמיכה חיצוניות, כן יגדל הסיכוי שיפתח LH (Teitelman, 1982).

אם התפתח LH יהיה אפשר לצפות לליקויים בכמה ממדים (Abramson et al., 1978; Seligman, 1975): ליקוי במוטיבציה, ליקוי קוגניטיבי - המוביל לקושי בקבלת החלטות ובלמידת מידע חדש, בשל פגיעה בקשר תגובה-תוצאה (Nelson McDermott, 1993), וליקוי אפקטיבי - המתייחס לאפקט דיכאוני, ויכול אף להתבטא בדיכאון תגובתי המאופיין בפגיעה בייזום תגובה ובהיעדר תקווה (Seligman, 1975). כמו כן, תיתכן פגיעה בביטחון העצמי (Foy & Mitchell, 1990; Teitelman, 1982). הליקויים עשויים לתרום לירידה נוספת במצבו הפיזי והפסיכולוגי של המטופל (Schulz & Heckhausen, 1999). כך יכול להיווצר "מעגל קסמים" שבו חוסר אוניס מושפע מן המצב ומחמיר אותו. LH אף יכול להוביל למוות מוקדם (Foy & Mitchell, 1990; Seligman, 1975). על סמך ההנחה שמעורבות בעיסוק מונעת במהותה ממוטיבציה פנימית, וחיונית להשתתפות במארג החיים (ילון-חיימוביץ ואחרים, 2006), הליקויים שנובעים מ-LH יובילו בהכרח לפגיעה בעצמאות התפקודית ובהשתתפות במארג החיים (Hoy et al., 2007), ומכאן צפויה פגיעה במדדים הקשורים באיכות החיים (George & Bearon, 1980, as cited in Maribel, 2000). במאמרים מתוארים מגוון ממצאים מחקרניים התומכים בקשר בין LH אצל הקשיש, לתלות ופגיעה בעצמאות, החל בתפקודי ADL בסיסיים ועד תפקודים גבוהים יותר (Faulkner, 2001b; Post, 1999; Rogers, 1997; Solomon, 1990; Teitelman, 1982). הקשיש, במצב זה, יתפקד מתחת למצופה לעומת יכולותיו הממשיות (Foy & Mitchell, 1990) ועם הזמן עשוי לאבד יכולות בשל אי שימוש (Sherman, 2009). לצד הפגיעה התפקודית, צפוי להצטמצם התפקוד של הקשיש כאדם בוגר בעל יכולת בחירה, בעיני האדם וסובביו (Anderson-Hanley et al., 2003; Solomon, 1982).

מכלול האפקטים השליליים צפוי להשפיע על ההיענות לטיפול ולשיקום, מאחר שקשיש במצב זה צפוי להניח ששום מטפל או טיפול לא יעזרו (Faulkner, 2001b).

Flannery, 2002; Solomon, 1990; Teitelman, 1982). יש לראות בקשישים הסובלים מ-LH אנשים הזקוקים להכוונה ולעזרה על מנת לפתח אקטיביות והחלטיות, ועל המטפל יהיה מוטל התפקיד לקדם את השליטה וההשתתפות (Hoy et al., 2007).

חוסר אוניס נלמד בקרב מטופלים קשישים והקשר לריפוי בעיסוק

מבחינת הנחות היסוד העומדות מאחורי תיאוריית ה-LH (Abramson et al., 1978; Seligman, 1975), עולים קווי דמיון להנחות היסוד העומדות בבסיס מקצוע הריפוי בעיסוק. בדומה לאלו של LH, ההנחה הבסיסית בריפוי בעיסוק היא שבאמצעות פעילות מותאמת אפשר לספק למטופלים תמריץ והזדמנות להשגת שליטה ומכאן הזדמנות לפיתוח תחושת מסוגלות ורווחה אישית (Fidler, 1981). בהתאם, יש קווי דמיון בין עולמות התוכן והמושגים של שני התחומים. למרפאים בעיסוק, בדומה ל-Seligman ועמיתיו, יש עניין באינטראקציה של האדם עם סביבתו, כמעצבת התנהגות עיסוקית, אשר מרכזית להשתתפות במארג החיים. זאת ועוד, בשני התחומים המוטיבציה של האדם (או "תת מערכת הרצויה") נתפסת ככוח מניע הכרחי להתנהגות עיסוקית. התנסות חיובית או שלילית תעצב ציפיות והתנהגות עתידית (ילון-חיימוביץ ואחרים, 2006; Kielhofner, 2008).

לנוכח קווי הדמיון, נראה שתופעת ה-LH רלוונטית במיוחד למרחב העשייה המקצועי של הריפוי בעיסוק. למעשה, אפשר לראות בהתערבות בריפוי בעיסוק התערבות שמטרתה ליצור מצב ההפוך למצב של LH. בספרות מציינים כמה מושגים סמוכים המתארים את התהליך הזה (Hage & Lorensen, 2005), בהם: Learned Mastery (LM) – "שליטה נלמדת" (Faulkner, 2001b); Self efficacy "תחושת מסוגלות עצמית" – מושג שטבע Bandura (1997) ומתייחס לאמונת האדם ביכולתו לבצע פעולות בהתבסס על התנסות קודמת. על פי Bandura, אדם המאמין ביכולתו לבצע פעולות, ינקוט צעדים פעילים כדי להשיג את מטרותיו. Empowerment (העצמה) – המושג מתייחס לתהליך חברתי של הכרה, קידום וחיזוק היכולת של האדם למצוא מענה לצרכיו, לפתור את בעיותיו, ולנייד משאבים הכרחיים לצורך תחושת שליטה בחייו (Gibson, 1991). האמונה היא שעצמאותם של מטופלים ואיכות חייהם יגיעו למיטב אם יסייעו להם להיות פעילים, ולקחת שליטה על חייהם (Faulkner, 2001a). האחריות להעצמה חלה על האדם, על המוסד ועל החברה (Gibson, 1991).

במאמרים רבים נסקר הקשר החיובי בין תחושת שליטה ומסוגלות לבין ממדים של חיוניות, השתתפות, בריאות ואיכות חיים אצל קשישים

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט - נובמבר 2010, 19 (3-4)

Anderson-Hanley et al., 2003; Faulkner, 2001a; Hage & Lorensen, 2005; Rowe & Kahn, 1997; Shulz, 1976; Schulz & Heckhausen, 1999; Scot et al., 2006; Teitelman, 1982; Tu, Wang & Yeh, 2006). מסקירת מחקרים שערך Faulkner (2001b) עולה שהתערבויות ויחס שמחזקים תחושת שליטה, משפרים תוצאות בשיקום. דוגמאות לגורמים היכולים לעודד תחושת שליטה בקרב קשישים, הן: עריכת היכרות עם סביבה חדשה, וידוא קיומו של אמצעי קריאה לעזרה בעת הצורך, ומתן מענה בזמן סביר, וידוא כי מידע שנמסר לקשיש הובן כראוי, מתן זמן במידה מספקת לסיום ארוחה, ויחס של כבוד ואמפתיה (Faulkner, 2001a).

במחקר שבחן את תיאוריית ה-LH אל מול תיאוריית ה-LM אצל קשישים באשפוז (Faulkner, 2001b), נמצא שאי שליטה עודדה התנהגות תלותית, והיה אפשר להפחיתה דרך עידוד LM. אף כי במחקר זה LH נוצר במסגרת משימה מתחום האכילה, נצפתה הכללה של ההתנהגויות האופייניות ל-LH גם למשימות אחרות. אותה תופעה התרחשה ככל הנוגע ללמידה ולהכללה של LM (Faulkner, 2001b). עם זאת, ראויים לציון ממצאים שמציג Faulkner ממחקרים אחרים המראים שסיפוק הזדמנויות לשליטה למטופלים קשישים עשוי במקרים מסוימים להוביל לתוצאות שליליות כגון: מתח, דאגות והאשמה עצמית. במחקר אחר נמצא שתוצאות חיוביות לא בהכרח יבואו לידי ביטוי לטווח הרחוק (Schulz, 1976). לנוכח השונות בתוצאות עולה האפשרות שמגוון גורמים עשויים להשפיע על מידת היעילות של התערבות מקדמת שליטה. למשל, המידה שבה אדם מעוניין בשליטה בחייו (Faulkner, 2001b). גורמים אפשריים העשויים לנבא אילו קשישים יפיקו יותר תועלת מהתערבות מקדמת שליטה נבחנו במחקרן של Anderson-Hanley et al. (2003). במחקר נמצא שבעלי קוגניציה גבוהה ובעלי מוקד שליטה פנימי יטו להפיק יותר תועלת מהתערבות מחזקת שליטה ככל הנוגע לתחושת המסוגלות להשפיע על בריאותם (Anderson-Hanley et al., 2003). ממצאים אלו מעלים כמה שאלות - ראשית איזו התערבות, בתחום השליטה, יש לספק לבעלי מוקד שליטה חיצוני עם LH, וכן איזו התערבות תתאים למטופלים עם קוגניציה ירודה? עם זאת, יש לציין שקוגניציה נבחנה על פי קריטריון יחיד ומדגם המחקר היה קטן, על כן יש לנקוט זהירות בשימוש בתוצאות. כפי שאפשר להתרשם במאמר, ממדים הקשורים ב-LH אצל קשישים נבחנו בהרחבה לאורך השנים. עם זאת, נמצא מידע מועט על תכניות מובנות המיועדות באופן ספציפי להתמודדות עם תופעת ה-LH אצל מטופלים קשישים. בסקירת מאמרים ועבודות נמצאו תיאורים של קווי מתאר של שתי תכניות מובנות להתמודדות עם LH באוכלוסייה זו. תכנית אחת מיועדת למטופלים קשישים בקהילה הסובלים מדלקת פרקים (arthritis) ואשר פיתחו דיכאון. תכנית זו מבוססת בעיקרה על טיפול קוגניטיבי התנהגותי ומטרתה - לסייע למשתתפים לפתח דפוסי חשיבה מסתגלים יותר ואופטימיים יותר על מנת להפחית את

הליקויים שנגרמים מ-LH. תכנית זו כוללת מרכיב פסיכו-חינוכי (מידע על המחלה ואספקטים נלווים), מרכיב קוגניטיבי, עבודה על ניהול מתחים, פסיכותרפיה ותרפיה משפחתית. התכנית מורכבת מטיפול פרטני וקבוצתי (Maribel, 2000). תכנית נוספת, המיועדת להתמודדות עם LH בקרב מטופלים קשישים הסובלים מדמנטיה, מכונה SMART - Stress Management and Relaxation Training, והיא תכנית שיקומית, פסיכוסוציאלית המבוססת על לימוד מיומנויות שהוכחו כחיוניות לפתרון בעיות ולהתמודדות עם לחצים, ומכאן מקדמות שליטה. נקודת המוצא היא שלאנשים הסובלים מ-LH חסרות מיומנויות אלו בדיוק. התכנית הנה תכנית קבוצתית המורכבת מממדים תזונתיים, פעילות גופנית, תרגילי הרפיה ותרגול פתרון בעיות במצבים שונים להפחתת לחץ. התכנית נמצאה יעילה במגוון אוכלוסיות המתמודדות עם מחלה או סבל נפשיים (Flannery, 2002). עם זאת בספרות לא נמצא מידע לגבי יישום התכניות ויעילותן בטיפול בקשישים, כי אם רק קווי מתאר למימושן.

ראוי לציון בהקשר זה רעיון חדשני שנקרא - Green House ופותח בארה"ב בידי ד"ר וויליאם תומאס, ונועד להחליף את המסגרות המוסדיות הממושכות המסורתיות לקשישים (Mauk, 2009). המטרה הייתה לפתח בשביל אותה אוכלוסייה בדיוק מסגרות חלופיות, ביתיות, שאינן מעודדות את תפקיד החולה, אינן מעודדות תלות, ומכאן אינן מעודדות LH, כי אם שומרות על הזהות האישית, ומעודדות שליטה, תפקוד ואיכות חיים. ה-Green House הוא בית גדול הממוקם בסביבה ירוקה, ובו כעשרה דיירים קשישים בעלי מוגבלויות פיזיות וקוגניטיביות האופייניות לקשישים החוסים במוסדות. לכל דייר חדר משלו, כולל חדר רחצה. יש חדרים "משפחתיים" משותפים, והריהוט מסודר באופן המותאם למגבלות הדיירים, ועם זאת מעודד עצמאות. המסגרת אינה מכתיבה אחידות לכלל הדיירים כפי שמקובל במסגרות טוטליות - כל דייר מחליט מתי ומה לאכול, מתי לישון. אף התרופות של כלל הדיירים אינן מאוחסנות יחדיו ואינן מחולקות יחדיו לכולם. הצוות מיומן במיוחד, ומתוגמל בהתאם. מסגרות על פי מודל ה-Green House הוקמו לראשונה בשנת 2003 בטופלו שבמדינת מיסיסיפי וכיום הן מצויות גם במדינות אחרות. אף כי נמצא שיש לערוך התאמות מסוימות במודל המקורי (Cutler & Kane, 2009), בסך הכול המודל נמצא יעיל בקידום מצב תפקודי ואיכות חיים בהשוואה למסגרות המוסדיות (Kane, Lum, Cutler, 2007). ככל הידוע, מסגרות מסוג זה אינן מצויות בארץ. אף כי בספרות יש מידע מועט על תכניות התערבות ספציפיות המיועדות להתמודדות עם LH אצל מטופלים קשישים, אפשר לסרטט קווים מנחים למניעה ולהתמודדות עם התופעה בהתבסס על המידע המצוי:

1. צמצום סטראוטיפים ועמדות שליליות כלפי קשישים בקרב בני המשפחה והצוות המטפל. ההנחה היא שסטראוטיפים אלו מהווים מצע חברתי שממנו צומחים גורמים רבים התורמים להתפתחות LH. לחלופין עידוד עמדות ריאליות, חיוביות יותר כלפי קשישים יכול לתרום למניעה ולהתמודדות עם

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט - נובמבר 2010, 19 (3-4)

- התופעה. לשם כך יש צורך בהתערבות חינוכית הכוללת מידע רלוונטי ואמצעים להגברת המודעות לכך שרווחות דעות קדומות כלפי קשישים (Barder et al., 1994; Faulkner, 2001b; Foy & Mitchell, 1990; Hage & Lorensen, 2005; Lothian & Philp, 2001; Mauk, 2009; Solomon, 1982). בעזרת יחס שאינו מבוסס על סטראוטיפים, התקדמות בטיפול יכולה להתרחש אצל מטופלים גם אם הם קשישים (Rowe & Kahn, 1997).
- כמרפאים בעיסוק, אנו מתמחים בהבנת העיסוק האנושי ובהערכת צרכים ויכולות של אנשים, ומאמינים ביכולת ההשתנות של אנשים בכל גיל ובכל מצב (פרישטיין, 1998). מאפיינים אלו מחזקים את התאמתנו ליטול חלק פעיל כסוכני שינוי במאבק נגד הסטראוטיפים.
2. שילוב הערכה של ממדים של שליטה כתמה העומדת לעצמה בהערכה בריפוי בעיסוק של קשישים. ראוי שתחילת כל התערבות תכלול זיהוי גורמים המאפשרים או מעכבים ביצוע עיסוקי (ילון-חיימוביץ ואחרים, 2006). במסגרת אסטרטגיית ההעצמה יש צורך לגלות את המשאבים והמגבלות של האדם בזמן מחלה ופגיעה תפקודית, לקידום כושר התמודדות (Hage & Lorensen, 2005). היות שממדי שליטה הם תמה משמעותית בעולמו של הקשיש (Krothe, 1997) והיות ש-LH, אם יש, מהווה גורם מעכב משמעותי, יש לבחון את נקודת מבטו של האדם לגבי אספקטים שונים של שליטה בחייו בהקשר למפגשו עם זיקנה ומחלה (Hage & Lorensen, 2005). כלומר, חשוב לבחון באילו אספקטים בחייו חשוב לאדם לשמור על שליטה ומסוגלות, ועד כמה (Faulkner, 2001b). כמו כן יש לבחון באילו אספקטים של חייו האדם מרגיש ששליטתו שמורה, באילו אספקטים הוא חש שהשליטה נפגעה או מועדת להיפגע בשל מצבו, וכיצד הוא מתייחס לאובדנים בתחום השליטה. חשוב לוות את הערכת ממדי השליטה כפי שתופס אותם האדם, בהערכה אובייקטיבית של יכולותיו בפועל ובהערכת האינטראקציה עם העיסוק והסביבה (ילון-חיימוביץ ואחרים, 2006; Flannery & Harvey, 1991; Faulkner, 2001a). רצוי להימנע מלגשת באופן אוטומטי לעזור לאדם קשיש, כדי שלא להחמיץ מידע חשוב על תפקודו בסביבתו (Sherman, 2009). ההערכה תאפשר לבחון אם יש התאמה בין אמונותיו של האדם לגבי יכולותיו, לבין יכולותיו בפועל ותסייע להבחין בין LH להסברים אחרים. הבחנה זו חשובה לתכנון ההתערבות - האם יש לעבוד על תחושת מסוגלות - דרך פעילויות שממחישות את קיומה, ובאמצעים קוגניטיביים, או יש לעבוד על המיומנויות עצמן או לערוך שינוי בסביבה (Abramson et al., 1978; Bandura, 1977). יש להביא בחשבון שחלק מהחולים מוגבלים ביכולתם להשיג שליטה ועצמאות, כדוגמת מטופלים הסובלים מדמנטיה (Hage & Lorensen, 2005).
- כלים שיכולים לסייע בשלב ההערכה הנם:
- א. (Nelson McDermott, 1993) (Learned Helplessness Scale (LHS) - LHS, הוא כלי
- ב. (Faulkner, 2001a) Patient Empowerment Scale (PES) - PES, הוא כלי

- למידת LH, ובו מוצגים לנבדק 20 משפטים, ועליו לדרג באיזו מידה כל משפט מתאר אותו. הכלי פותח במקור בעבור אוכלוסייה בוגרת ובריאה עד גיל 65, אבל שימש גם להערכת LH בקרב מטופלים קשישים מעל גיל 65 (Post, 1999; Rogers, 1997). ה-PES הנו כלי שמטרתו להעריך באיזו מידה הסביבה חושפת את המטופלים למצבים המעודדים LH, ולחלופין באיזו מידה הסביבה מעצימה ומעודדת עצמאות. הכלי כולל תיאור של 40 אינטראקציות עם הגורם המטפל, בהן 20 אינטראקציות מעצימות, ו-20 אינטראקציות הפוגעות בשליטה. ההערכה נעשית בעזרת מידע שמתקבל מן הנבדקים. הכלי יכול לסייע באיתור גורמי סיכון להתפתחות LH שמקורם בסביבה.
3. מומלץ לערוך את ההתערבות תוך כדי מעורבות פעילה וחיובית של המטופל הקשיש בתכנון וביישום (ילון-חיימוביץ ואחרים, 2006; Faulkner, 2001a; Solomon, 1990). מעורבות פעילה של קשישים בהתערבות טיפולית חשובה גם ברמת המקרו - יש להתייחס לעמדותיהם של הקשישים בתחום קביעת מדיניות בנושאים הנוגעים לאוכלוסייה זו. לדוגמה, חשוב לשלב קשישים בדיונים לגבי צרכים של קשישים בקהילה, ובקרת השירותים הניתנים (Krothe, 1997).
4. כפועל יוצא של חשיבות המעורבות של הקשיש בתהליך ההתערבות, שני ממדים מרכזיים שחשוב לעודד בתהליך ההעצמה הם: קבלת החלטות וקבלת מידע (Scot et al., 2003). לשם כך יש צורך בהגברת ההזדמנויות לבחירה (Solomon, 1990; Teitelman, 1982), ובמתן מידע (Lothian & Philp, 2001). ההנחה היא שבהכרח ייתכנו כמה אפשרויות בחירה, לדוגמה בחירה בין אמבטיה למקלחת. אם אין בנמצא אפשרויות בחירה, יש ליצור אפשרויות כאלה, למשל לגבי שעת הרחצה. נמצא שאפילו החלטות קטנות הנוגעות לפעילויות היום-יום - במסגרת מוסדית יכולה להיות השפעה על תחושת השליטה של האדם (Davies, Laker & Ellis, 1997), למשל לבחור איפה לשבת, מתי להיפגש, לבחור צבעים לעבודה, או אף באיזה אוכל מן המוגש להתחיל, בהיעדר אפשרויות אחרות. עם זאת, במציאות היום-יומית במוסדות לקשישים לעתים קרובות מדי אי אפשר לספק לקשישים הזדמנויות לבחירה בשל מחסור קשה בכוח אדם ובשל העומס הרב שנתון בו הצוות המטפל, המחויב לסיים מטלות מרובות בזמן קצר.
- יש להביא בחשבון שמטופלים קשישים לעתים יעדיפו שלא לקבל החלטות בעצמם (Ende et al., 1989). מתן הזדמנויות לבחירה כולל כיבוד זכותו של המטופל לומר "לא" לפעילויות מסוימות (Hoy et al., 2007), או "לא" לנטילת השליטה לידי (Faulkner, 2001b). ייתכן שבהקשר תרבותי של חלק מן הקשישים כך מקובל. אמצעי זה מדגיש שיש לייחס חשיבות רבה להעדפות המטופל גם אם הן אינן עומדות בקנה אחד עם עמדת המטפל (Rodwell, 1996, as cited in Hage & Iorensen, 2005). חשוב לתת מרחב בחירה המותאם התאמה דינאמית ליכולת של המטופל (Teitelman, 1982).

- סיוע למטופל ברכישת מידע חיוני ליכולתו לבחור (Faulkner, 2001a). אספקט אחד של מידע כולל מידע הקשור למצב הרפואי ולטיפול (Hage & Lorensen, 2005). כשלא מדובר במידע אישי מדי, מסירת מידע יכולה להתבצע בפורום קבוצתי. אספקט נוסף של מידע מתייחס למידע על העומד להתרחש (גם אם אין יכולת בחירה במצב), שלעתים יעיל באותה מידה כמו עצם השליטה על העומד להתרחש (Schulz, 1976; Teitelman, 1982). כמו כן, נמצא שעדכון על כך שאירועים עתידיים יהיו נשלטים יכול לבדו להפחית אפקטים שליליים שנגרמו כתוצאה מ-LH (Thornton & Powell, 1974, as cited in Faulkner, 2001b). דוגמאות למסירת מידע על העומד להתרחש כוללות עדכון המטופל לפני מתן זריקה, או פנייה לאדם שיושב בכיסא גלגלים וחוסם דרך כשיש צורך שיזוז, גם אם אינו יכול להסיע את כיסא הגלגלים בעצמו. מסירת מידע מסוג זה חשובה להפחתת חרדה. דוגמה נוספת, המעוגנת בנהלי משרד הבריאות בתחום הריפוי בעיסוק בגריאטריה, היא אחריותו של מדריך התעסוקה במוסד הגריאטרי לפרסם בכתב את תכנית הפעילות השבועית במקום לפי שעות (האגף לגריאטריה, 2007). זאת כדי לספק הזדמנות לכל קשיש שמעוניין ומסוגל, לממש את זכותו לבחור בפעילויות העדיפות עליו מבין היצע האפשרויות, גם אם מרבית הקשישים במקום אינם מסוגלים לממש זכות זו. חוקים ונהלים מסוג זה, המתקפים את זכות הקשיש לקבל מידע ולקבל החלטות, וקידום חקיקה נוספת בנושא, תורמים למימושם של הממדים האלה.
5. שיפור מיומנויות, ומעורבות בעיסוק וצמצום אובדן תפקודי - תחום המומחיות של מרפאים בעיסוק - לצורך חיזוק הביטחון של מטופלים קשישים ביכולתם לגלות שליטה ולהשתתף בפעילויות, כמניעה, וכטיפול ב-LH (Perkins et al., 2008; Solomon, 1990). לצורך זה יש לקבוע מטרות ריאליות, קצרות טווח, ולא ליצור ציפיות שווא. יש להשתמש ביכולות של המטופלים ולאפשר חוויות של הצלחה כבר בשלבים הראשונים של ההתערבות, כ"חיסון" אפשרי ל-LH וכתמריץ להמשך. אין לדרוש מעבר ליכולותיהם כדי למנוע תוצאות שליליות כמו מתחים, דאגות והאשמה עצמית (Abramson et al., 1978; Faulkner, 2001a; Foy & Mitchell, 1990; Nelson; McDermott, 1993; Rodin, 1986, as cited in Faulkner, 2001b; Teitelman, 1982). התנסות ישירה עם פעילויות מתאימות תחזק תחושת מסוגלות (Bandura, 1997).
6. רצוי לעודד מעורבות חברתית כאלמנט שמחבר לתפקידים בריאים ומעודד תחושת ערך עצמי (Foy & Mitchell, 1990; Hoy et al., 2007). Bandura (1997) מוסיף שצפייה בהתנהגותם של אחרים יכולה לחזק תחושת מסוגלות. מכאן אפשר להניח שקרבה לקשישים היכולים לשמש כמודל לחיקוי לתפקידים בריאים, יכולה במצבים מסוימים לשמור על מטופלים קשישים מפני הישאבות לתפקיד החולה. לשם כך, במוסדות, מומלץ ליצור סביבות כגון אזורי "סלון", שיאפשרו אינטראקציה כזאת, ולצמצם סביבות הומוגניות של

עדי גולדהירש

מטופלים מוגבלים ופסיביים. על מנת לעודד את האינטראקציה אפשר לקיים ב"סלון" התערבויות קבוצתיות המחברות לתפקידים ותפקודים בריאים, כדוגמת קבוצת פנאי שבה מתייחסים לעיסוקי הפנאי האהובים של הקשישים. כחלק מן הסביבה החברתית, מומלץ להדריך צוות, מטפלים אישיים ומשפחות לגבי אינטראקציות משמרות ומחזקות תחושת ערך.

7. הקצאת משאבים רבים יותר לשירותים לקשיש בקהילה כדי לסייע לקשישים להישאר זמן רב ככל שאפשר בביתם ולשמור על שליטה בחייהם. למעשה, שום מוסד אינו יכול לספק איכות חיים של בית (Krothe, 1997; Mauk, 2009). בהתאם, במחקרים שבחנו את עמדותיהם של קשישים בסוגיה, נמצא שהעדיפו באופן ברור להזדקן בביתם (Harrefors, Savenstedt & Axelsson, 2009; Krothe, 1997). זאת ועוד, בקהילה אפשר לספק על נקלה שירותים המתייחסים לייחודיות של כל קשיש וקשיש (Freedman & Kemper, 1996). במבחן התוצאה, קשיש המתגורר בביתו לרוב ישמור על עצמאותו ועל בריאותו, זמן ממושך יותר. סביר להניח שככל שקשישים יוכלו להישאר זמן רב יותר בביתם, כן תפחת תופעת ה-LH באוכלוסייה זו. במקביל צפויה הקלה בעומס הפיזי והכלכלי במוסדות לקשישים. על מנת לקדם מגמה זו, יש מקום לבחון במבט רחב, רב מקצועי את צורכיהם של אוכלוסיית הקשישים בקהילה, ולהרחיב ולפתח מערך כוללני של שירותים מתאימים. דוגמאות לשירותים בריפוי בעיסוק שיכולים להיות חלק מרכזי במערך מסוג זה הם ביקורי בית מניעתיים אצל בני האוכלוסייה המזדקנת והמתפקדת (לשם הדרכה על שירותים רלוונטיים ועל התאמת הסביבה, וזיהוי מוקדי קושי צפויים), כמו גם התערבות קבועה של ליווי והדרכה של קשישים בעלי מוגבלויות המתגוררים בקהילה ומטפליהם האישיים (פורמאליים ובלתי פורמאליים). אפשרות נוספת היא הקמת מסגרות ביתיות על פי מודל Green House (Mauk, 2009).

סיכום

הזדקנות מוצלחת נתפסת כמורכבת משלושה מרכיבים: סיכון נמוך למחלה ולמוגבלויות נלוות, תפקודים פיזיים וקוגניטיביים גבוהים והשתתפות אקטיבית במארג החיים, בייחוד במישור החברתי והפרודוקטיבי (Rowe & Kahn, 1997). בין אם מבינים התנהגות פסיבית וחסרת אונים אצל מטופלים קשישים בעזרת המודל של LH, ובין אם משתמשים בהסברים אחרים, ברור שהתנהגות זו אינה רצויה, שהיא פוגעת ביכולת האדם להזדקן בהצלחה, ופוגעת בטיפול ובשיקום. התרחבות אוכלוסיית הקשישים מחזקת את הצורך בהתייחסות מעמיקה לתופעה. כמרפאים בעיסוק, המעוניינים לעודד מעורבות בעיסוק והשתתפות במארג החיים אצל קשישים כמרכיב מרכזי בהזדקנות מוצלחת, חשוב לתת תשומת לב מיוחדת לתופעה זו, בתוך חדר הטיפולים ומחוצה לו. במחקר שבחן את עמדותיהם של נותני שירות בתחום הבריאות לאוכלוסיית הקשישים בעניין ערך הליבה בקידום הבריאות באוכלוסייה זו, נמצא שערך

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט - נובמבר 2010, 19 (3-4)

הליבה, לדעתם, שאותו יש לשמר ולקדם הוא "Dignity" (Hoy et al., 2007). מושג קרוב, אם כי לא ממצה, בעברית הוא "כבוד עצמי". המושג נמצא מרכזי גם במחקר שבחן את עמדותיהם של קשישים בריאים לגבי האופן שבו הם מעוניינים להיות מטופלים (Harrefors et al., 2009). עוד נמצא במחקר שבחן את עמדות נותני השירות (Hoy et al., 2007) שהתמות המרכזיות שגלומות במושג Dignity הן: אוטונומיה, זהות וערך, תמות השלובות זו בזו בקשר הדוק.

הכבוד העצמי של האדם, ערכו וזכותו להשתתף בעיסוקים משמעותיים הם גם מן הערכים המרכזיים של מקצוע הריפוי בעיסוק (Kielhofner, 2008). למעשה, התערבות בריפוי בעיסוק יכולה לקדם את הכבוד העצמי של האדם הקשיש בכל שלושת הממדים: אוטונומיה – על ידי תמיכה בעצמאות עיסוקית מיטבית, דרך שימור ושכלול מיומנויות, ביצוע התאמות בסביבה הפיזית והדרכת אנשים בסביבה האנושית, זהות – על ידי התייחסות לתפקידים ולעיסוקים, בהווה ובעבר, שהם חלק מן הזהות האישית, הייחודית של האדם הקשיש. כמו כן התייחסות לצרכיו הייחודיים, לערכיו ולתפיסת עולמו, וערך – על ידי יחס של כבוד כפי שבא לידי ביטוי באינטראקציות עם הקשיש, במשימות שנבחרות להתערבות, בשיתוף פעולה עמו בבניית תכנית ההתערבות ויישומה, ובכלל זה התחשבות ברצונותיו ובהעדפותיו. הן מאבק בסטראוטיפים, והן קידום שירותים ומסגרות שיאפשרו לקשישים לשמור על כבודם, על עצמאותם ועל איכות חייהם, אף הם חלק בקידום השמירה על הכבוד העצמי ומעמדם בחברה של בני אוכלוסייה זו.

בארץ, ההכרה בחשיבות השמירה על הכבוד העצמי של האדם הקשיש המצוי במוסד מעוגנת ב"מדריך זכויות לדיירי השהה במוסד גריאטרי" של משרד הבריאות (האגף לגריאטריה, n.d.). המדריך כולל מרכיבים רבים המבטאים את השמירה על הכבוד העצמי של הקשיש, כגון: הזכות לקבלת מידע, הזכות לקבלת החלטות בנוגע לטיפול, הזכות ליחס אישי ומכובד, והזכות לשמירה על פרטיות, הזכות לחפצים אישיים שישוו למקום אופי ביתי, הזכות להשתתפות בעיסוקי פנאי מהנים ומספקים, ועוד.

למעשה, שימוש במושג Dignity בעבודה עם מטופלים קשישים יכול לספק מסגרת התייחסות כוללת שתסייע בהתמודדות עם LH והשלכותיו, וגם תדגיש שמרחב ההתערבות הטיפולית הוא כוללני ומתקיים מעבר למפגש הטיפולי, בכלל האינטראקציות בין האדם הקשיש, תפקידיו ועיסוקיו, וסביבתו הפיזית והאנושית, אם בחדר הטיפולים ואם במסדרון. המושג מתווה דרכי התמודדות עם LH בקרב מטופלים קשישים גם כשהאפשרויות אינן מיטביות. מן המושג, למשל, נגזר שבמצב שבו אדם אינו יכול לבטא את עמדותיו ורצונותיו, ולדאוג לצרכיו הבסיסיים, עדיין נקפיד שיהיה לבוש באופן הולם, נכבד את פרטיותו ונפנה אליו בצורה רגישה ומכובדת. יחס אנושי, קשוב ואכפתי, כשהוא לעצמו יכול להיות צורת התערבות משמעותית (Hoy et al., 2007; Teitelman, 1982). באמצעות הבנת תופעת ה-LH והבנת מושג ה-Dignity אפשר, בעזרת הכלים המקצועיים בריפוי בעיסוק, לתת מענה משמעותי לתופעה הבעייתית. ייתכן שהקווים להתמודדות עם תופעת

ה-LH אין בהם הרבה מן החידוש, אולם יש חשיבות רבה ברענון הנושא, בהעלאתו לדיון ולמודעות, כדי שבכל פעם שיש סיטואציה שבה השליטה של האדם הקשיש וכבודו העצמי מצויים בסיכון, נקדיש לכך את תשומת הלב הראויה ונפעל בהתאם.

במפגש בין מודל ה-LH לבין המציאות הטיפולית בעבודה עם קשישים, עולות כמה מגבלות שיש להביאן בחשבון. ראשית, לעתים קרובות מדי, אי אפשר ליישם את ההמלצות להפחתת LH, ובכלל זה יחס אישי והזדמנויות לבחירה, בשל מחסור קשה בכוח אדם ובשל העומס הרב שנתון בו הצוות המטפל. בעיות של שפה ותקשורת שיש לעתים בין הצוות המטפל לבין מטופליהם הקשישים יכולות אף הן להעמיד מכשול בהתמודדות עם LH. כמו כן, כפי שצוין במאמר, יש לזכור שלא כל מטופל קשיש יפיק תועלת מהתערבות מעצימה ומקדמת בחירה ושליטה. מטופלים בעלי פגיעה קוגניטיבית, למשל, עשויים שלא להבין את משמעות הבחירה, או אף להילחץ מקבלת הזדמנויות לשליטה. על כן חשוב לשים לב למצבו של המטופל, ולרצונו ליטול את השליטה לידיו או לא ליטול אותה, ולנסות ולזהות מטופלים שההתערבות תתאים להם. כמרפאים בעיסוק, לצד כישורינו המקצועיים הרלוונטיים, יש להפנים שהאינטראקציות שלנו עם המטופלים הקשישים הן לרוב רק חלק מוגבל מכלל האינטראקציות בשגרת יומם של כלל המטופלים הקשישים במסגרת. ההשלכה היישומית של פן זה היא שעל מנת להתמודד באופן מיטבי עם תופעת ה-LH בקרב מטופלים קשישים, אין להסתפק ביישום הקווים המנחים באינטראקציות הישירות שלנו עם המטופלים. חשוב, בנוסף, ליצור שיתוף פעולה רחב עם הצוות הרב מקצועי, להגביר את המודעות לתופעה ולקחת חלק פעיל בהדרכת הצוות והמשפחות בנושא LH באוכלוסיית הקשישים מנקודת מבטנו המקצועית. ההשלכות היישומיות של המאמר נחלקות לכמה תחומים: מחקר, הערכה, מניעת התופעה והתמודדות עמה. בתחום המחקר - היות שאוכלוסיית הקשישים הנה אוכלוסייה הטרוגנית במיוחד, מומלץ לבחון את תופעת ה-LH בתת קבוצות מובחנות באוכלוסייה: לפי קבוצות גיל, לפי סוג הדיור ועוד, מעבר לסקירה הכללית שניתנה במאמר זה. כמו כן, היות שמרבית המידע על התופעה מבוסס על חומר מתחום הסייעוד, מומלץ להרחיב את ההבנה לגבי התופעה דרך ההסתכלות המקצועית של ריפוי בעיסוק, ולבחון את הקשר בין LH ובין ממדים של עיסוק - לבחון איך LH מתבטא במישור העיסוקי, לבחון את יעילותן של תכניות התערבות שונות בריפוי בעיסוק בהשפעה על תפיסת השליטה של קשישים, ובכלל זה קשישים שנמצאו סובלים מ-LH ועוד. בתחום ההערכה - חשוב, כפי שצוין במאמר, לשלב בהערכה בריפוי בעיסוק של קשישים הערכה של ממדים של שליטה, כתמה העומדת לעצמה שמשמעותית בעולמו של הקשיש המזדקן. יש לתת את הדעת במיוחד לממדים של שליטה שחשובים לקשיש ומצויים בסיכון להיפגע. גם הכרת הכלים הרווחים להערכת LH מצד אחד ולהערכת העצמה מצד אחר ובחינת התאמתם לאוכלוסיית הקשישים בארץ, וגם פיתוח כלים חדשים בתחום זה, יכולה לסייע בהערכה ובהתערבות בריפוי בעיסוק עם אוכלוסייה זו. בתחום

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט - נובמבר 2010, 19 (3-4)

המניעה - חשוב לבחון דרכים למנוע אובדן שליטה בתחומים שנמצאו חשובים לקשיש. חשוב לאפשר מידה מותאמת של שליטה לקשיש כבר בתחילת הקשר הטיפולי. רצוי לפעול תוך התייחסות לשמירה ולקידום הכבוד העצמי של הקשיש, בשיתוף עם כלל הצוות והגורמים הבאים במגע עם הקשיש. סיוע לקשיש להישאר בביתו יכול להפחית את הסיכון ל-LH. במקרה שהקשיש עובר למסגרת טיפולית, יש לתת את הדגש להתערבות מונעת לפני תקופת הזמן הקריטית להתפתחות LH. נמצא שהתקופה הקריטית להתפתחות LH נעה בין 7 שבועות לחצי שנה (Barder et al., 1994). רצוי לבחון מחדש ולעדכן את הנתון הזה לגבי מסגרות טיפול שונות. בתחום ההתערבות - חשוב להדגיש את קידום תחושת השליטה והמסוגלות. היות שתוצאות חיוביות לעתים אינן נשמרות לטווח הרחוק, חשוב לבחון ולתחזק תוצאות לאורך זמן. במישור הרחב - מומלץ להיאבק בסטראוטיפים כלפי קשישים על ידי הסברה והדרכה, לקדם תכניות ומסגרות המקדמות שליטה, כבוד עצמי ואיכות חיים, ולערב קשישים בדיונים לקביעת מדיניות הקשורה באוכלוסייה זו.

מקורות

- גופמן, א' (2006). על מאפייני המוסדות הטוטליים. תל-אביב: רסלינג.
- האגף לגריאטריה. (2007). קובץ נהלים לבתי חולים גריאטריים. ירושלים: משרד הבריאות.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2009). ישראל במספרים. ירושלים: הלמ"ס.
- ילון-חיימוביץ, ש', זק"ש, ד', ויינראוב, נ', נוטה, א', מזור, נ', ושות' (2006). מרחב ותהליך העשייה המקצועית בריפוי בעיסוק בישראל. תל אביב: העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק.
- האגף לגריאטריה. (n.d.). מדריך זכויות לדייר השוהה במוסד גריאטרי. ירושלים: משרד הבריאות.
- פוירשטיין, ר' (1998). האדם כישות משתנה - על תורת הלמידה המתווכת. משרד הביטחון - ההוצאה לאור.

-
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(1), 49-74.
- Anderson-Hanley, C., Meshberg, S. R., & Marsh, M. A. (2003). The effects of a control- enhancing intervention for nursing home residents: Cognition and locus of control as moderators. *Palliative and Supportive Care, 1*, 111-120.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory on behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215.
- Barder, L., Slimmer, L., & LeSage, J. (1994). Depression and issues of control among elderly people in health care settings. *Journal of Advanced Nursing, 20*, 597-604.
- Chang, E. C. (Ed). (2001). *Optimism & pessimism: Implications for theory, research, and practice*. Washington D. C.: American Psychological Association.
- Cutler, L. J., & Kane, R. A. (2009). Post-occupancy evaluation of a transformed nursing home: The first four Green House® settings. *Journal of Housing For the Elderly, 23*, 304-334.
- DeVries, H. M., & Ogland-Hand, S. M. (2007). Crisis with older adults. In F. M. Dattilio, & A. Freeman (Eds.), *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention* (3rd ed., pp. 377-396). New York: The Guilford Press.
- Davies, S., Laker, S., & Ellis, L. (1997). Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: A literature review. *Journal of Advanced Nursing, 26*, 408-417.
- Dember, W. N. (1974). Motivation and the cognitive revolution. *American Psychologist, 29*, 161-168.
- Ende, J., Kazis, L., Ash, A., & Moskowitz, M. A. (1989). Measuring a patients' desire for autonomy. *Journal of General Internal Medicine, 4*(1), 23-30.
- Faulkner, M. (2001a). A measure of patient empowerment in hospital environments catering for older people. *Journal of Advanced Nursing, 34*, 676-686.
- Faulkner, M. (2001b). The onset and alleviation of learned helplessness in older hospitalized people. *Aging & Mental Health, 5*, 379-386.
- Fidler, G. S. (1981). From crafts to competence. *The American Journal of Occupational Therapy, 35*, 567-573.
-

-
- Flannery, R. B. (2002). Treating learned helplessness in the elderly dementia patient: Preliminary inquiry. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 17, 345-349.
- Flannery, R. B., & Harvey, M. R. (1991). Psychological trauma and learned helplessness: Seligman's paradigm reconsidered. *Psychotherapy*, 28, 374-378.
- Foy, S. S., & Mitchell, M. M. (1990). Factors contributing to learned helplessness in the institutionalized aged: A literature review. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 9(2), 1-23.
- Freedman, V. A., & Kemper, P. (1996). Designing home care benefits: The range of options and experience. *Journal of Aging & Social Policy*, 7(3/4), 129-148.
- Gibson, H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.
- Hage, A. M., & Lorensen, M. (2005). A philosophical analysis of the concept empowerment; the fundament of an education-programme to the frail elderly. *Nursing Philosophy*, 6, 235-246.
- Harrefors, C., Savenstedt, S., & Axelsson, K. (2009). Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: An interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 353-360.
- Hoy, B., Wagner, L. & Hall, E. O. (2007). The elderly patient's dignity. The core value of health. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2, 160-168.
- Isaacowitz, D. M., & Seligman, M. E. P. (2001). Is pessimism a risk-factor for depressive mood among community-dwelling older adults? *Behaviour Research and Therapy*, 39, 255-272
- Jang, G. (1992). Autonomy and institutionalised elderly: Resident and staff perceptions. *Canadian Journal of Ageing*, 11, 249-261.
- Kane, R. A., Lum, T. Y., Cutler, L. J., Degenholtz, H. B., & Yu, T. (2007). Resident outcomes in small-house nursing homes: A longitudinal evaluation of the initial Green House program. *Journal of American Geriatrics Society*, 55, 832-839.
- Kielhofner, G. (2008). *A model of human occupation: Theory and practice* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Krothe, J. S. (1997). Giving voice to elderly people: Community-based long-term care. *Public Health Nursing*, 14, 217-226.
-

- Lothian, K., & Philp, I. (2001). Care for older people: Maintaining the dignity and autonomy of older people in healthcare setting. *British Medical Journal*, 322, 668- 670.
- Maribel, N. (2000). A program design to ameliorate learned helplessness and depression in the elderly with arthritis. (Doctoral dissertation.) Retrieved from ProQuest Nursing & Allied Health Source database. (AAT 9987012).
- Mauk, K. L. (Ed.). (2010). *Gerontological nursing: Competencies for care* (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Miller, I. V., & Norman, W. H. (1979). Learned helplessness in humans: A review and attribution-theory model. *Psychological Bulletin*, 86(1), 93-118.
- Nelson McDermott, M. A. (1993). Learned helplessness as an interacting variable with self-care agency: Testing a theoretical model. *Nursing Science Quarterly*, 6(1), 28-38.
- Perkins, J. M., Multhaup, K. S., Perkins, H. W., & Barton, C. (2008). Self-efficacy and participation in physical and social activity among older adults in Spain and the United States. *The Gerontologist*, 48(1), 51-58.
- Peterson, C., Maier, S. F. & Seligman, M. E. P. (1993). *Learned helplessness: a theory for the age of personal control*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.
- Peterson, C., Seligman, M. E. P., & Vaillant, G. E. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(1), 23-27.
- Post, C. S. (1999). The relationship between the self-maintenance activities of daily living and learned helplessness in the well elderly. (Master's dissertation). Retrieved from Dissertations & Theses: A&I. (AAT 1395717).
- Robnett, R. H., & Chop, W. C. (2010). *Gerontology for the health care professional* (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Rogers, M. J. (1997). The effect of learned helplessness on functional independence in the elderly. (Master's dissertation). Retrieved from Dissertations & Theses: A&I. (AAT 1383843).
- Ron, P. (2010). Elderly people's death and dying anxiety: A comparison between elderly living within the community and in nursing homes in Israel. *Illness, Crisis, & Loss*, 18(1), 3-17.

-
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Saxon, S. V., Etten, M. J., & Perkins, E. A. (2009). *Physical change and aging: A guide for the helping professions* (5th ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Schulz, R. (1976). Effects of control and predictability on the physical and psychological well-being of the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33, 563-573.
- Schulz, R., & Heckhausen, J. (1999). Aging, culture and control: Setting a new research agenda. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B, 139-145.
- Scot, P. A., Valimaki, M., Leino-Kilpi, H., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., & Kalijonen, A. (2003). Perceptions of autonomy in the care of the elderly people in five European countries. *Nursing Ethics*, 10(1), 28-38.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco, CA: W. H. Freeman.
- Sherman, F. T. (2009). Learned helplessness in the elderly: Stop fostering frailty. *Geriatrics*, 64(2), 6-7.
- Solomon, K. (1982). Social antecedents of learned helplessness in the health care setting. *The Gerontologist*, 22, 282-287.
- Solomon, K. (1990). Learned helplessness in the elderly: Theoretic and clinical considerations. *Occupational Therapy in Mental Health*, 10(3), 31-51.
- Teitelman, J. L. (1982). Eliminating learned helplessness in older rehabilitation patients. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 1(4), 3-10.
- Tu, Y. C., Wang, R. H., & Yeh, S. H. (2006). Relationship between perceived empowerment care and quality of life among elderly residents within nursing homes in Taiwan: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 673-680.
- Walter, C. A., & McCoy, J. L.M. (2009). *Grief and loss across the lifespan: A biopsychosocial perspective*. New York: Springer Publishing Company.
-