



בית איז שפירא
לשינוי באיכות חיייהם של אנשים עם מוגבלות
Beit Issie Shapiro
Changing the lives of people with disabilities
במקמפוס ווילי וסיליה טראמפ
On the Willie & Celia Trump Campus

"זקנה מיוחדת"

אנשים מזדקנים עם
מוגבלות שכלית
התפתחותית
סקירה ספרותית



ענת אלון-פרדו

2012

תוכן העניינים

4.....	תקציר
6.....	מבוא
7.....	1. היבטים תיאורטיים
7.....	1.1 שלב 8 במעגל החיים על פי אריקסון
8.....	1.2 הפסיכולוגיה ההתפתחותית של טווח החיים
9.....	2. היכרות עם עולם הזקנה
9.....	2.1 זקנה רגילה
9.....	2.1.1 אינטראקציה בין שלושה ממדים
9.....	2.1.1.1 ממד ביולוגי
10.....	2.1.1.2 ממד רגשי
10.....	2.1.1.3 ממד חברתי
10.....	2.1.2 מגדר
11.....	2.1.3 נתונים דמוגרפיים
11.....	2.2 זקנה מיוחדת
12.....	2.2.1 אינטראקציה בין שלושה ממדים
12.....	2.2.1.1 ממד ביולוגי
13.....	2.2.1.2 ממד רגשי
13.....	2.2.1.3 ממד חברתי
14.....	2.2.2 תסמונת דאון
15.....	2.2.3 רמות פיגור
15.....	2.2.4 מגדר
16.....	2.2.5 נתונים דמוגרפיים
17.....	2.3 דמנציה
19.....	3. מודלים יישומיים
	3.1 מודלים לזקנה מוצלחת
20.....	3.1.1 Rowe & Kahn
21.....	3.1.2 Baltes
23.....	3.1.3 Heller

23.....	3.1.4 חוסן נפשי.....
24.....	3.1.5 איכות חיים וסנגור עצמי.....
24.....	3.1.6 תיאוריית ההמשכיות.....
	3.2 זקנה מוצלחת לאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית –
25.....	מסקנות בשלושה ממדים.....
27.....	3.3 מדיניות משרד הרווחה.....
28.....	3.4 סיוע טיפולי בעזרת בעלי חיים בגיל השלישי.....
31.....	3.5 סביבה רב חושית - סנוזלן בגיל השלישי.....
32.....	3.6 אמנות ויצירה בגיל השלישי.....
33.....	3.7 הומור בגיל השלישי.....
34.....	3.8 סיפור חיים - הנרטיב האישי בגיל השלישי.....
35.....	3.9 וידאו - תרפיה וקולנוע מסייע בגיל השלישי.....
36.....	3.10 טכנולוגיות מסייעות – גרונטכנולוגיה.....
38.....	סיכום.....
39.....	רשימת מקורות.....
46.....	תקציר באנגלית.....

רשימת לוחות ואיורים:

לוח 1.: השוואה: דמוגרפיה –

17.....	מוגבלות שכלית התפתחותית לעומת כלל האוכלוסייה.....
18.....	איור 1.: הגורמים לדמנציה בקרב כלל האוכלוסייה.....
18.....	איור 2.: ליקויים בפעילויות הקוגניטיביות בדמנציה.....
21.....	איור 3.: מודל זקנה מוצלחת של Rowe & Kahn.....
22.....	איור 4.: אופטימיזציה סלקטיבית עם פיצוי (Baltes).....
29.....	איור 5.: סיוע טיפולי בעזרת בעלי חיים: משולש טיפולי.....

תוחלת החיים של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית עולה בשנים האחרונות במקביל לכלל האוכלוסייה ויוצרת אוכלוסייה חדשה – אוכלוסיית הזקנים החדשים, אנשים מזדקנים וזקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

סקירה ספרתית זו, מציגה שתי תיאוריות המאפשרות צמיחה גם בגיל הזקנה של ההיבט ההתפתחותי המתמשך כחלק ממעגל החיים: שלב שמיני במעגל החיים על פי Erikson (1982) והפסיכולוגיה של טווח החיים של Baltes (1971).

ההיכרות עם עולם הזקנה מתמקדת בזקנה המיוחדת, אך לשם הבנה מובאת סקירה גם בנושא הזקנה הרגילה (כלל האוכלוסייה). הזקנה בכלל והזקנה המיוחדת בפרט תיוצג כהליך המשלב שלושה מרכיבים מרכזיים: גוף, נפש וחברה.

הזקנה מוגדרת כגיל הפרישה מהעבודה, על פי ביטוח לאומי כגיל 67 שנים. לאנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית הגדרה זו אינה רלוונטית שכן רובם לא עובדים בעבודות ממוסדות (ברזון, מור וצוקר, 2000) לכן נקבע בישראל גיל 50 שנים כגיל זקנה לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית למעט אנשים עם תסמונת דאון להם נקבע גיל 45 שנים.

תהליך הזקנה מלווה בהשפעות אופייניות המשותפות לכלל האוכלוסייה ולאוכלוסיית המזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית אם כי קצב ההופעה והעוצמה שונה מאדם לאדם. הן כוללות בעיקר הפחתה וחוסר התחדשות הבאים לידי ביטוי בשלושה ממדים המשולבים זה בזה ובתהליך הזקנה: הממד הביולוגי (פיזי וקוגניטיבי), הממד הרגשי והממד החברתי. אדם מזדקן עם מוגבלות שכלית התפתחותית חווה, כאמור, את אותן השפעות על שלושת הממדים אך אליהם נוספים קשיים והפרעות הנגרמים כתוצאה ו/או נלווים למוגבלות שכלית התפתחותית

בשל השונות והמורכבות אצל אוכלוסיית האנשים המזדקנים עם המוגבלות השכלית ההתפתחותית (Janicki, 1994), ישנם מאפיינים ייחודיים בזקנה המחולקים לתסמונת דאון, לרמות הפיגור השונות וכן להבדלים במגדר.

אחת התסמונות השכיחות בזקנה בכלל היא הדמנציה כאשר מחלת האלצהיימר הינו גורם עיקרי לה. אוכלוסיית המזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית שכלי לוקה באלצהיימר בהיקף דומה לזה של כלל האוכלוסייה אם כי בגיל צעיר יותר ובחומרה קשה יותר (Janicki & Keller, 2012), למעט אנשים מזדקנים עם תסמונת דאון להם יש סיכוי גבוה בהרבה לחלות באלצהיימר בשל המבנה הכרומוזומלי שלהם. אצל האחרונים, הליקויים ההתנהגותיים אינם באים לידי ביטוי בניגוד לסימנים הקליניים הבולטים.

היות והזקנה מוגדרת כתהליך התפתחותי, ניתן ליצור זקנה מוצלחת. ישנם מודלים רבים כדוגמת המודל של Raw & Kahn (1997) לפיו, מפגש בין בריאות, תפקוד ועניין ביומיום ייצור זקנה מוצלחת. מודל נוסף שם במרכזו חוסן נפשי ואחר איכות חיים וסנגור עצמי. לצד המודלים ישנם דרכי עבודה וטיפול היכולים לעזור וליישם את הזקנה המוצלחת גם בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית: סיוע טיפולי בעזרת בעלי חיים, עבודה בסביבה רב חושית (סנוזלן), אמנות ויצירה, הומור, סיפור חיים, ווידאו תרפיה וקולנוע מסייע והשימוש בטכנולוגיות מסייעות המקלות על התפקוד תוך שימור יכולות.

כאמור, כל אלה תורמים בדרכם הייחודית ובהתאם לנטיית האדם לפיתוח זקנה מוצלחת לה מסוגלים וזכאים גם אנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

אחד השינויים הגדולים ביותר שהתרחשו במאה העשרים הינו העלייה בתוחלת החיים. שינוי זה מביא עמו בשורות גם בתחום האוכלוסיות המיוחדות: יותר אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית מגיעים לגיל זקנה כאשר תוחלת החיים שלהם מתקרבת לזו של האוכלוסייה הכללית (נירי, 2010) עקב עלייה במודעות ושיפור שירותי הרווחה הכולל מעבר מדיר מוסדי לקהילתי (עואטף, אשרף וחנאן, 2008), ברמת הטיפול, השירותים הרפואיים, החברתיים, תזונה וסגנון החיים של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

עד כה, נאסף מידע ומחקר מועט על אוכלוסיית אנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ואוכלוסייה זו אף כונתה "הזקנים הבלתי נראים" (עמינדב וניסים, 2010; כהן-לוינסון, 2004).

סקירת ספרות זו תציג את הזקנה בכלל והזקנה המיוחדת בפרט כתהליך המשלב שלושה מרכיבים מרכזיים: גוף, נפש וחברה וכן מודלים תיאורטיים ויישומיים ודרכי עבודה להגשמת זקנה מוצלחת.

1. היבטים תיאורטיים

בתקופת הזקנה האדם חווה ומתמודד עם אבדנים רבים ועם המפגש הקרב עם המוות. יחד עם זאת, יש יכולות להתפתחות גם בגיל הזקנה (שמוטקין, 2003). הזקנה משלימה את מעגל החיים ומטרתן המרכזית של תיאוריות פסיכולוגיות של ההזדקנות היא לאפיין את ההזדקנות כהליך התפתחותי. למרות החשיבות של תיאוריות פסיכולוגיות של ההזדקנות, לא התפתחה תיאוריה פסיכולוגית מקיפה בנושא הזקנה מזה עשרות שנים (בן שאול, 2011).

1.1 התיאוריה הפסיכו-חברתית של אריקסון: שלב 8

על פי אריקסון, התפתחות האדם מורכבת משמונה שלבים מובחנים היוצרים את מעגל החיים - מהלידה ועד המוות. בכל שלב, משבר טיפוסי שמקורו בקונפליקט בין שני קטבים של התנסות פסיכולוגית. על האדם לעבור תוך פיתרון שלילי או חיובי בעזרת ה"אני" על מנת להתקדם לשלב הבא. צורת הפתרון, התוצר הפסיכולוגי, משפיעה על המשך התפתחות אישיותו של האדם. אריקסון שם דגש על השפעת ההתפתחות הנפשית שהיא פרי של קונפליקט מתמיד בין צרכים ביולוגיים ודחפים פנימיים לבין כוחות חברתיים. בנוסף, מדגיש Erikson (1982) את מעגליות השלבים לצד דרכם הסדרתית: שלב הזקנה כולל אינטגרציה של השלבים הקודמים לו ומשקף בכך את הדינמיקה ההתפתחותית שהובילה אליו לאורך החיים.

השלב העוסק בזקנה הינו השלב השמיני, האחרון בחיים:

שלב הבגרות המאוחרת - השלמה, אחדות האני לעומת ייאוש (*integrity versus despair*): על פי שלב זה, חוויות חיים מהעבר אשר נבחנות עתה, עם התקרבות המוות, יעלו תחושות שליליות ו/או חיוביות ויהוו מעין "חשבון נפש" או "סקירת חיים" (Butler, 1963). לכן, שלב זה מתאפיין בנטייה מעשית של המזדקנים להעלאת זיכרונות עבר ולחלוק אותם (שמוטקין, 2003). כאשר האדם יחוש סיפוק מראייה זו, תהיה "אחדות האני". כלומר, האדם חש השלמה וסיפוק עם עברו ועם המוות הקרב. חוזק פסיכולוגי זה נקרא "חכמה" (*wisdom*). הייאוש מתרחש כאשר אין השלמה עם המוות ועם מעגל החיים אשר האדם עבר. עולות תחושות החמצה וחרטה וכן פחד מפני המוות ועלולה להיות גרסיה לתלות ילדותית. אריקסון מדגיש את חוכמת הזקן - לא כאינטליגנציה אלא כניסיון חיים התורם לקבלת החיים ממקום יותר מיושב.

אחת התרומות הגדולות של התיאוריה של אריקסון היא בגישתו כי גם אישיות המבוגר (ולא רק הילד והמתבגר) עוברת שלבים של התפתחות ושינוי (שמוטקין, 2003).

1.2 הפסיכולוגיה ההתפתחותית של טווח החיים

Baltes פיתח את הפסיכולוגיה ההתפתחותית של טווח החיים (Life span developmental psychology) במהלך שנות השבעים (שמוטקין, 2003). זוהי מסגרת עקרונית המדגישה את המשכיות התהליכים ההתפתחותיים לאורך כל טווח החיים ואת האינטגרציה שהתהליכים הללו יוצרים בין גורמים ביולוגיים, פסיכולוגיים וחברתיים – גם אלו המשותפים למרבית האוכלוסייה וגם האישיים לכל אדם כפרט (למשל, זכייה בפרס, תאונה). על פי תיאוריה זו, גיל הזקנה מהווה שיא בהשפעות האינטגרטיביות של ההתנסויות האישיות לאורך כל החיים.

בהתייחסותו של Baltes (1991) לפסיכולוגיה ההתפתחותית של טווח החיים אותה גיבש, הציג תיאוריה להסברת תהליכים המאפשרים "הזדקנות מוצלחת" (פרק 3.1.2 בסקירה זו).

2. היכרות עם עולם הזקנה

"אתה יודע שאתה מלדקן כשהנרות צולפים יותר מהצואה" (בוב הופ)

2.1 זקנה רגילה

למרות שסקירה ספרותית זו עוסקת בזקנה המיוחדת, חשוב להכיר את תהליך ההזדקנות של כלל האוכלוסייה על מנת להבין את תהליכה של אוכלוסיית המזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. לכן, סקירת פרק זה אינה מעמיקה ומציגה תמונה כללית בלבד.

על פי חוק הביטוח הלאומי ((נוסח משולב), התשנ"ה - 1995), תחילת שלב הזקנה נקבע במדינת ישראל כגיל הפרישה מהעבודה ותחילת קבלת קצבת זקנה - גיל 67. לרשות ציבור הקשישים בישראל, מעבר למגיע להם מבחינת אשפוז ושירותי בריאות בקהילה, עומדים לרשותם מרכזי יום ושירותים קהילתיים הניתנים בבית האדם וכן שירותים מוסדיים במסגרות חוץ ביתיות.

תהליך הזקנה הוא תהליך של הפחתה וחוסר התחדשות הבא לידי ביטוי בשלושה ממדים המושפעים ומשפיעים אחד על השני: ביולוגי, רגשי וחברתי המופיעים אצל כל אדם בזמן ועוצמה שונים.

יחד עם זאת, על מנת לאפשר קביעת זכאות לפרישה מעבודה ולקבלת קצבה ושירותים מיוחדים, מודדים את הזקנה על פי חלוקה גילאית בשונה מחלוקה תפקודית בריאותית המתבקשת:

65-75 - זקנה צעירה.

75-85 - זקנה אמצעית.

86 ומעלה - זקנה מופלגת. (חזן, 1984)

2.1.1 אינטראקציה בין שלושה ממדים

2.1.1.1 הממד הביולוגי

רשימת פעולות היומיום, ADL= Activities of Daily Living, מתמקדת בחמש פעולות יומיומיות (הלבשה, רחצה, איכלה, שליטה בסוגרים, ניידות) המכוונות לטיפול האדם בגופו ובעזרתן ניתן להעריך את יכולת האדם לעצמאות.

בתהליך ההזקנות ישנם שינויים פיזיים הבאים לידי ביטוי בירידה בפעולות ADL כאשר מירידה מסוימת ומטה, נחשב הזקן סיעודי וזכאי לקצבת סיעוד המגיעה לו בחוק. בנוסף, תהליך ההזדקנות חרוש בשינויי מראה כמו קמטים, הלבנת שיער, שינוי יציבה ועוד וכן באיבוד גמישות וכוח.

מבחינה קוגניטיבית, ישנה בזקנה האטה בתפקודים קוגניטיביים כמו זמני תגובה איטיים יותר, האטה בשליפת אינפורמציה מהזיכרון ובקליטה ועיבוד אינפורמציה בכלל, שליטה על קשב וחלוקתו (אלגום, 2003).

2.1.1.2 הממד הרגשי

מבחינה רגשית, תהליך ההזדקנות רצוף אבדנים הדורשים התמודדות רגשית ואף עיבוד תהליכי אבל על תפקודים שירדו או נעלמו, שינוי מראה, אובדן עצמאות וזהות תעסוקתית ולעתים אף כלכלית ומעמד משתנה. האדם המזדקן חווה אבדנים משפחתיים וחברתיים (המזדקנים ומתים סביבו).

בתקופה זו ישנו חשבון נפש עם העבר ופחד מלהסתכל קדימה לעבר המוות. בנוסף, זו תקופה המאופיינת לעתים קרובות בבידוד עקב ירידה במספר חברים בעקבות מוות, מחלות, מוגבלות ומשפחה העוסקת בענייניה בעוד למזדקן זמן פנאי מתפתח. הסביבה נעשית פחות נגישה פיזית ותפעולית כמו מכשירים טכנולוגיים חדשים ועוד.

2.1.1.3 הממד החברתי

האדם הינו יצור חברתי וצורך בשייכות חברתית וקהילתית וכן יחסים בינאישיים חשובים לכל אורך חייו ובמיוחד בגיל הזקנה. Benet (2002) מצא כי קיים קשר בין בריאות ותמותה לרמת השייכות החברתית והקהילתית.

הזדקנות האוכלוסייה נחשבת כהישג מרשים לאנושות מחד, אך מציבה אתגרים חברתיים חדשים מאידך (ברודסקי ודייוויס, 2003).

הממד החברתי כולל את המעגל החברתי האישי של הפרט כמו גם את הקהילה. האדם המזדקן מוצא עצמו בשכבה המבוגרת באוכלוסייה והתקופה בה הוא חי הכוללת דרישות חברתיות והתרחשויות היסטוריות כגון: מהפיכת המחשוב, משבר כלכלי, מלחמה. כאמור, המזדקן חווה אבדנים חברתיים כמו זהות תעסוקתית משתנה וכן מעמדו בחברה. הסביבה החברתית של הזקן מזדקנת אף היא והבידוד הולך וגדל.

2.1.2 מגדר

57% מאוכלוסיית הקשישים הן נשים. עם עליית הגיל עולה אחוז הנשים במקצת ביחס נשים-גברים (61% בגילאי +80).

תוחלת חיי הנשים ארוכה מזו של הגברים. לכן, בקרב הגברים, אחוז הזקנים הצעירים גבוהה מהמופלגים. השלכה נוספת, 77% מהגברים נשואים לעומת 42% בלבד מהנשים. רוב הקשישים שאינם נשואים הם אלמנים.

נשים מדווחות יותר על תחושת בדידות מגברים (19.6% לעומת 9.5%).

2.1.3 נתונים דמוגרפיים (על פי נתוני השנתון הסטטיסטי, 2011):

- תוחלת החיים: גברים 79.7 שנים, נשים 83.4 שנים.
- בסוף שנת 2010, היוותה אוכלוסיית הקשישים (+65) בעולם 7.9% מכלל האוכלוסייה.
- בסוף שנת 2010, מנתה אוכלוסיית הקשישים בישראל כ-763 אלף איש (9.9% מכלל האוכלוסייה).
- מאז שנת 1955, גדלה אוכלוסיית הקשישים פי 8.9. קצב הגידול של הקשישים בישראל הוא פי שניים מזה של האוכלוסייה הכללית. יתרה מכך, קצב הגידול המהיר ביותר בשנים האחרונות הינו של אוכלוסיית בני ה-80+. מבין המדינות המפותחות, עומדת ישראל בקצב גידול הקשישים מהמהירים ביותר בעולם.
- רוב הקשישים היהודים הם ילידי חו"ל (83%).
- רבע מבני 65+ הגרים בקהילה גרים לבד במשק הבית.
- לפי התחזיות, עשוי אחוז בני ה-65+ באוכלוסייה לעלות ל-12% עד שנת 2020.
- 47% מבני 65+ עוסקים בפעילות גופנית.
- 34.4% מבני 65+ למדו +13 שנים. (רמת ההשכלה היא אינדיקציה כללית למצב חברתי-כלכלי בגלל הקשרה לדפוס ביולוגי, שימוש בשירותי בריאות, תעסוקה, הרגלי בריאות ועוד).
- 14.9% מבני 65+ מתנדבים וכ-12% מועסקים בענפים אזרחיים. (תעסוקה הינה חשובה הן כמקור הכנסה והן כמשפיעה על מעורבות חברתית ורווחת האדם).

2.2 זקנה מיוחדת

גיל הזקנה הרגילה, כאמור, נקבע לפי גיל כרונולוגי בו מתבצעת הפרישה מהעבודה. לאנשים מבוגרים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, גיל זה אינו רלוונטי שכן לרוב הם אינם מועסקים בעבודות ממוסדות (ברזון, מור וצוקר, 2000).

קביעת גיל זקנה אצל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית תלוי באטיולוגיה, סוג הליקוי ודרגת הפיגור של הפרט. למרות שלא ניתן לקבוע גיל זקנה ביולוגי אחיד, מוסכם כי אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית מזדקנים, ביולוגית, מוקדם יותר מכלל האוכלוסייה. לכן, ארגון הבריאות העולמי (WHO, 2000) קבע כי תחילת תהליך הזקנה אצל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית הינו מגיל 50.

בישראל, נקבע גיל הזקנה לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית על ידי וועדה של האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית במשרד הרווחה והוא עומד על גיל 50 ולאנשים עם תסמונת דאון-45.

בנוסף להשפעות ההזדקנות המופיעות אצל כלל האוכלוסייה, לאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית נוספים קשיים והפרעות הנגרמים כתוצאה ו/או נלווים למוגבלות. גם במקרה זה, אופן ועוצמת התסמינים שונה מאדם לאדם ועל כן הגיל התפקודי, בניגוד לכרונולוגי, יכול לשקף נאמנה יותר את הגעת האדם עם ה מוגבלות שכלית התפתחותית לגיל זקנה.

ליפשיץ (1997) מציעה הגדרה ביולוגית לזקנה של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית: "זקנה באוכלוסיית (אנשים) מוגבלים בשכלם היא תקופה של שינוי בהתפתחות התלויה ברמת התפקוד הבסיסית של הפרט".

2.2.1 אינטראקציה בין שלושה ממדים

על מנת לחזות את תחילת תהליך ההזדקנות, יש צורך בבחינת שלושה ממדים בחיי האדם המתרחשים יחד ומשפיעים זה על זה: ביולוגי, רגשי וחברתי/משפחתי. האינטראקציה בין שלושת ממדים אלו אצל אדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית היא הגורם המשמעותי ביותר לתוצאות תפקודיות נמוכות (Walsh, 2002).

2.2.1.1 ממד ביולוגי

למרות הדמיון בתהליכי ההזדקנות הביולוגיים אצל כלל האוכלוסייה לאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, אצל האחרונים התהליכים קורים בגילאים מוקדמים יותר וייתכנו בעוצמה חמורה יותר בשל אורח חיים פאסיבי ושימוש מוגבר בתרופות נירולפטיות (ליפשיץ, 1998). בנוסף, בהשוואה לכלל האוכלוסייה, למזדקן עם מוגבלות שכלית התפתחותית יש תחלואת יתר המתבטאת בעיקר לב, כלי דם, סרטן (Merrick, 2004), סוכרת, נשימה ומערכת עצבים מרכזית. תחלואת היתר נובעת מתת אבחון בשל קושי תקשורתי וכן היעדר שיתוף פעולה העלולים ליצור אבחון לקוי ותת-טיפול בבעיות בריאותיות. גם בתחום הפיזי-מוטורי נמצאה נחיתות של המזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

גורמים העלולים להאיץ תהליכי הזדקנות ביולוגיים אצל מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית הם ריבוי מחלות כרוניות כמו מומי לב, פעילות לא תקינה של בלוטת התריס והתקפי אפילפסיה הגורמים עם הזמן לירידה קוגניטיבית, ומעניק להם מעמד בקבוצת סיכון. גורם נוסף, ריבוי נטילת תרופות, בעיקר לטווחים ארוכים, עלול לגרום לאי יציבות, הפרעות בתפקודי כליות וכבד. גורם חשוב נוסף להאצת תהליכי הזדקנות ביולוגיים הינו חוסר בפעילות גופנית הקשור לסגנון חיים פאסיבי יחסית המביא להתנוונות מהירה של מערכת השלד והשרירים, ירידה בתפקודי לב וכלי דם, בעיות במערכת עיכול ועוד. כתוצאה מכך וכן ממזון שמן ותזונה לא מאוזנת, אוכלוסיה זו נוטה להשמנת יתר וכולסטרול.

2.2.1.2 ממד רגשי

ידע מקצועי ספציפי על תופעות נפשיות אצל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית הינו חסר מאוד (עמינדב וניסים, 2010), אך ידוע כי אוכלוסייה זו נתונה למחלות נפשיות הנשארות איתם גם בגיל ההזדקנות והזקנה. בנוסף, הפרעות חרדה ופוביות נפוצות וכן סיכון גבוה לתגובות דיכאוניות חריפות (ברזון, מור וצוקר, 2000). בדומה למזדקנים בכלל האוכלוסייה, גם לאוכלוסיית האדם המזדקן עם מוגבלות שכלית התפתחותית יש חוויית פרידות ואבדנים ולרוב היעדר תמיכה חברתית, חסך באסטרטגיות התמודדות במצבי לחץ (נירי, 2010) וירידה בתפקודי היומיום ישפיעו על התנהגותו ומצבי רוחו עד כדי פיתוח דיכאון ומחלות נפש אליהם האחרונים רגישים יותר (Webber & Fritsch, 1999). בנוסף, ישנו קושי להבין את המצב החדש כאשר במקביל, חסרה הכנה לקראת הזקנה (ברזון, מור וצוקר, 2000).

2.1.2.3 ממד חברתי

זקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית נתונים לאפליה כפולה מצד החברה: הם מופלים על עצם היותם זקנים וכן על היותם עם מוגבלות שכלית התפתחותית. כהן-לוינסון (2004) מצאה במחקרה כי תמיכה משפחתית נתפסת כפחות משמעותית למדד הזקנה המוצלחת מאשר תמיכת אדם קרוב וחברים. על כן, הממד החברתי הינו חשוב ביותר, בעיקר אצל אנשים מאוכלוסייה זו בה הקשרים החברתיים רופפים ועל מערכת הדיור למצוא פתרונות ותיווך לכך.

לרוב אין בני זוג, ילדים או קרובים ביחסים אינטנסיביים. רובם תלויים באנשי מקצוע או אחרים לביצוע תפקודי היומיום. עם העלייה בגיל, ישנה ירידה במעורבות וקשר המשפחה עם האדם המזדקן. ישנה התמודדות עם אובדן הורים וקשרים משפחתיים וחברתיים. כך, מצטמצמת הרשת החברתית של מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. הצטמצמות קשרים חברתיים ומוטיבציה נמוכה ליצירת קשרים חדשים מחד, ומאידך צורך עולה בתמיכה רגשית, גילוי חיבה ורגש וביסוס תחושת השייכות.

עקב קושי או פטירת הורים, אלו החיים בבית עוברים למוסד ומוצאים ממעגל קהילתי מוכר ולעתים הקשר מתרופף ואף מתקיים ניתוק בין האדם עם המוגבלות שכלית התפתחותית למשפחתו. ממחקרים עולה, כי מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית שחיו במעון, פתחו מערכת עצמי מובחנת וכן יצרו רשתות חברתיות אשר שיפרו משמעותית את איכות חייהם לעומת אלו שחיו בבית (Higgins & Mansell, 2009).

שינוי חברתי נוסף המתרחש בזקנה בכלל הינו שינוי תעסוקתי. רוב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית מועסקים בשוק הפתוח בעבודות פיזיות (גינן, ניקיין ועוד) וירידה בתפקוד פיזי בגיל מוקדם מוביל לשינוי תעסוקתי. לעתים נאלצים להחליף גם עבודות מוגנות, לרוב

באזור גיל 45. לכן, ישנו מעבר מחיי עבודה לחיי פרישה. שינוי זה מוביל לירידת הערך והביטחון העצמי כפי שבא לידי ביטוי גם באוכלוסייה הכללית.

עקב השינוי התעסוקתי, השינוי החברתי והמשפחתי וצמצום הרשת החברתית כמתואר, ישנו מעבר לאורח חיים המתבסס על אחד הגורמים המשמעותיים בחיי אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית: תחום שעות הפנאי. עם הזדקנות ופרישה מתעסוקה, תחום זה הופך למשמעותי אף יותר. אולם מחד, מתפנה זמן רב בשל ירידה בתעסוקה ופעילויות אחרות וישנו צורך בלקיחת חלק בפעילויות פנאי, אך מאידך ישנה ירידה במוטיבציה לעשייה והשתתפות וכן צורך רב יותר בליווי לפעילויות.

הזדקנות חברתית מתייחסת לבילוי בשעות הפנאי המגלם בתוכן מעורבות אקטיבית וחברתית, ביטויים של העדפה אישית ובחירה התורמים לתחושת שליטה החשובה להזדקנות מוצלחת (Schultz & Heckhausen, 1996), קבלת החלטות, שימוש במשאבים קהילתיים ואחרים תוך יצירתיות, ביטוי עצמי ודמיון וראייה פרואקטיבית משמעותית (E. Kahana & B. Kahana, 1996). עולה צורך להקניית כלים לניצול שעות הפנאי (Hawkins, 1993; בתוך: ברזון, מור וצוקר, 2000). כמו כן, יש לבנות תכנית לפעילויות המתאימות לפרט המזדקן (ברזון, מור וצוקר, 2000).

השונות הרבה בין אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (Janicki, 1994) בהיסטוריה הרפואית, בסיבות לפיגור ובטווח הרחב של התפקודים האינטלקטואליים והפיזיים תורמת לשונות גם בתהליכי ההזדקנות שלהם (Janicki, 1988). לכן, אסקור בהמשך את תהליכי ההזדקנות תוך הבחנה בין תסמונת דאון ובין רמות הפיגור השונות. בנוסף, אבחן הבדלים במגדר, נושא שעד לשנים האחרונות לא נבדק כלל.

2.2.2 תסמונת דאון

תוחלת החיים של אנשים עם תסמונת דאון הינה הנמוכה ביותר מבין אוכלוסיות המוגבלות שכלית התפתחותית. כיום, הם זוכים להגיע לגיל זקנה אם כי עדיין צעירה יחסית (Cooper, 1998).

לאנשים עם תסמונת דאון, שכיחות גבוהה של מום לבבי מולד המגבירה את הסכנה לבעיות קרדיוולוגיות בזקנה. באוכלוסיה זו גם שכיחות בעיות שריר ושלד מולדות, מה שמוביל בזקנה למחלה בשם $Atlantoaxial\ instability = AA$ היכולה להוביל לדחיסה השדרה, שיתוק ומוות. בנוסף, לאנשים מזדקנים עם תסמונת דאון, שכיחות עולה של אפילפסיה, רגישות לזיהומים ועוד. לכל זאת מתווסף סיכוי גבוה משמעותית לפיתוח אלצהיימר או דמנציה שכן אחד הגנים האחראים על האלצהיימר שוכן על כרומוזום 21 (Bush & Beail, 2004). יש לציין כי האלצהיימר מתבטא לרוב בתסמינים נוירולוגיים כמו התקפים אפילפטיים, וסימנים קליניים

אותם ניתן לבחון בניתוח לאחר המוות ופחות בשינויים התנהגותיים וירידה בכישורים ותפקוד (Nochajski, 2000).

2.2.3 רמות פיגור

אצל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, החרפה בירידה התפקודית והגופנית תלויה בשלושה משתנים: רמת המוגבלות שכלית התפתחותית, ריבוי לקויות נלוות וגיל. ככל שרמת הפיגור קשה, כך נמצאו מאפייני הזדקנות בגיל צעיר יותר (Lifshitz, 2001). ככל שמשנתנה רמת הפיגור יורד וריבוי הלקויות עולה, כך התדרדרות האדם בזקנה קיצונית יותר (ליפשיץ, 1997 ; Lifshitz, 2001).

לעומת זאת, לאור נתוני מחקר שבדק ממוצע גיל פטירה לפי רמת פיגור, לא נמצא הבדל משמעותי בין פיגור קל לבין אנשים עם פיגור בינוני וקשה (Janicki, 1994). ניתן להסביר ממצא זה על פי גישת "ההישרדות" לפיה למזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית עמוק אין החמרה בתפקוד ובכישורי חיים ולעתים אף נצפתה עלייה ביכולות. ההסבר הוא כי קבוצת אנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית היא דווקא קבוצה בריאה וחזקה יחסית לצעירים בגיל בשל תהליך הישרדות החזקים (Bar-Haee, 2001). כך, למעשה, אלה השורדים ומגיעים לזקנה הם בריאים יותר ומתפקדים טוב יותר מהצעירים (Holland, 2000).

הקשרים החברתיים נמצאו כמשמעותיים בגיל הזקנה בכלל והמיוחדת בפרט ומשפיעים הן על תהליך ההתדרדרות בתפקוד, שימור אורח חיים, התגברות על אבדנים ועוד. ככל שרמת הפיגור קשה, כך קיימות יותר הפרעות בתקשורת מה שמוביל לעיכוב יצירת רשת חברתית (קסל, 1988). Edgerton (1994) עקב אחר אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ברמת פיגור קלה במשך 30 שנים והסיק כי הם מזדקנים ומסתגלים טוב יותר מבצעירותם. הכישורים החברתיים והסיפוק מהחיים גברו עם השנים.

2.2.4 מגדר

תוחלת החיים של נשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ארוכה מזו של הגברים (Dew, Llewellyn & Gorman, 2006).

נמצא דמיון בין נשים מזדקנות עם ובלי מוגבלות שכלית התפתחותית בשינויים גופניים כמו הפסקת הוסת (אם כי מתרחש כ-3-5 שנים מוקדם יותר (נירי, 2010), סרטן השד וצוואר הרחם. למרות הסיכון, הן מקבלות טיפול גניקולוגי לקוי בשל אותן סיבות של תת אבחון ותת טיפול בקרב אוכלוסיה זו וכן עלויות בדיקות יקרות שלא מסובסדות כולן על חשבון המדינה (Gill & Brown, 2000). הבלבול והקושי הפיזי והרגשי עלולים להחמיר בעקבות זאת (רוט, 2007).

באוכלוסייה הכללית, כמו גם באוכלוסייה זו, לנשים אחוזי דיכאון גבוהים מגברים יותר כאשר חלק גדול מהאחרונות עברו התעללות רגשית, פיזית ו/או מינית בעבר ומדווחות על תמיכה מעטה ואבטלה (Gill & Brown, 2000). בנוסף, ישנה תחלואה הדומה לכלל הנשים באוכלוסייה המתבטאת בירידה בחושים, הפרעות בקצב הלב והפרעות בשריר ושלד. תחלואה המיוחדת לנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית נובעת משימוש ארוך טווח בתרופות פסיכיאטריות או אנטי-אפילפטיות. נשים מזדקנות עם מוגבלות שכלית התפתחותית נוטות לחלות ביותר מחלות פר אישה והן גם נוטות יותר תרופות (Cooper, 1998) למרות שעל פי Lifshitz (2001) בעיות לבביות בקרב אוכלוסיית המזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית מאפיינות רק את הגברים בה.

במדינות מפותחות, אנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית חשופים יותר להשמנת יתר וכולסטרול מכלל האוכלוסייה ונשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית יותר מגברים מקבוצה זו. לעומת זאת, במדינות מתפתחות נשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית סובלות מתת תזונה יותר מגברים מקבוצה זו.

2.2.5 נתונים דמוגרפיים

מניתוחי שיעורי התמותה של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית בארץ, משתקפת תמונה מקבילה לזו בעולם כאשר קיים צמצום פער בתוחלת החיים אצל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ללא מוגבלויות או מחלות נוספות לזו של כלל האוכלוסייה, למעט אלו עם תסמונת דאון.

- בגיל +65 הפער בין כלל האוכלוסייה לאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית הולך ומצטמצם.
- תוחלת החיים במוסדות נמוכה מזו בקהילה. הסבר להבדל: במעונות חיים אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ברמת פיגור קשה ועמוקה המלווים פעמים רבות בפגיעות ומחלות נוספות.
- בשנת 2009, אוכלוסיית המזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית מעל גיל 45 מנתה 10,000 אנשים ו-1,400 אנשים מעל גיל 65. לשם השוואה: בשנת 2004 - 3,700 אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית בגילאי +40 (נתוני משרד הרווחה).

לוח 1. השוואה: אנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית לעומת כלל האוכלוסייה

קטגוריה	אדם מזדקן	אדם מזדקן עם מוגבלות שכלית התפתחותית
1 תוחלת חיים	גיל *81	מעל גיל 70 (תסמונת דאון - גיל 55.8)
2 גיל הזקנה	גיל *65	גיל 50 (תסמונת דאון - גיל 45)
3 אוכלוסיית המזדקנים בישראל	+65 - 65,000 איש	+45 - 10,000 איש +65 - 1,400 איש
4 בחירת מקום מגורים למזדקן (יאול, 2004)	לרוב החלטת האדם עצמו ובן/בת זוגו. במקרים מסוימים, גם ילדיהם לוקחים חלק בהחלטה זו.	לרוב החלטת האפטרופוס והשירות לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית בשיתוף המזדקן עצמו, שכן לרוב הוריו זקנים מאוד או שאינם בין החיים והוא נטול בן/בת זוג ו/או ילדים.
5 גיל הופעת בעיות בריאות האופייניות לזקנה (Lifshitz, 2001)	גיל 60	גיל 40

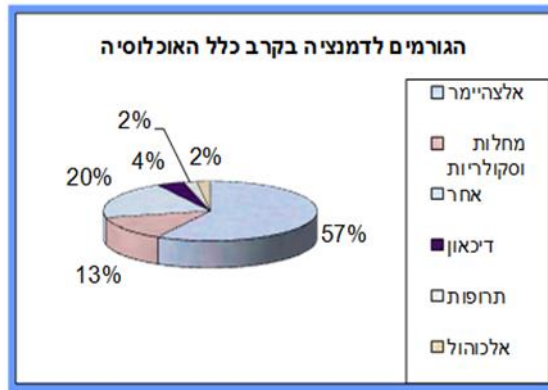
*ממוצע בין גברים לנשים

2.3 דמנציה ואלצהיימר

"טוב ילד מסכן וזוכם ממלך זקן וכסיל אשר לא ידע להיזהר עוֹד" (קהלת ד', 13)

דמנציה, שטיון ותשישות נפש הם כולם שמות המתארים מצבים של פגיעה אורגנית הפוגעת בתפקודי המח. הדמנציה היא תסמונת שמקורה במחלות ו/או חומרים שונים הפוגעים בעיקר בזיכרון ובכשרים אינטלקטואליים אחרים.

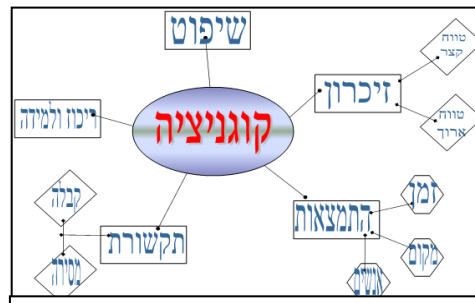
בשנת 1907, דיווח הפסיכיאטר הגרמני אלצהיימר על המקרה המתועד הראשון אבל, עוד בתנ"ך מוצאים תיאורי תחלואה וזקנה, ובקהלת יש תיאור על הקשר שבין הזדקנות, ירידה תפקודית ופגיעה בזיכרון ובשיפוט כמצוטט בתחילת פרק זה. מחלת האלצהיימר הינה מחלה פרוגרסיבית, בלתי הפיכה ומהווה את הגורם העיקרי לדמנציה (איור 1). אבחון המחלה נעשה בדרך של אבחנה מבדלת, אבחון סופי ייתכן רק בבדיקת רקמות הנעשית לאחר המוות.



איור 1. הגורמים לדמנציה בקרב כלל האוכלוסייה

האבחון בקרב אוכלוסיית המזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית הינו בעייתי בחלקו שכן מבחנים נירו-פסיכולוגיים המשמשים לכך יוצאים מנקודה נורמטיבית התחלתית שאינה נכונה לאוכלוסייה זו (Palmer, 2006).

הדמנציה פוגעת ביכולת הקוגניטיבית בתחומי החיים השונים וקצב ההעמקה של הפגיעה הינו אישי. בסוף התהליך, יתקבל מצב קוגניטיבי המשותף לכולם הכולל ליקויים בפעולות הקוגניטיביות כמתואר באיור 2.



איור 2. ליקויים בפעילויות הקוגניטיביות בדמנציה

הליקויים בקרב אוכלוסיית המזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית זהים לתחומי הליקוי של כלל האוכלוסייה (Palmer, 2006). בנוסף, נצפה בשינוי התנהגותי והשטחה רגשית וכן בירידה בתפקודי היומיום: ישנה ירידה במוטיבציה ויכולת לטיפול עצמי עד לכדי עזרה מלאה, ירידה במוטוריקה העדינה ובפענוח ותגובה למסרים הנקלטים מהסביבה כגון חום-קור, מכשולים. הבנה בביצוע פעולות היומיום כמו לבישה, שמירה על היגיינה יורדת אף היא. שינוי ביכולת היציבה, שיווי משקל עד לכדי פגיעה קשה בניידות. האדם הדמנטי מאבד שליטה בסוגרים בתחילה היכן ומתי ועד לחוסר שליטה. שינויים בתיאבון (שכח שהוא אכל אז אוכל

ללא הפסקה / שוכח לאכול) וביכולת האכילה עד לחוסר יכולת לבלוע וישנם שינויים בשינה ועלייה בתלות באחר עד לכדי מצב סיעודי מלא.

אומדן שכיחות מחלת הדמנציה בשנת 2010 היה 20% מקרב בני 65+ מתוכם 88% גרים בקהילה והיתר במוסדות (שנתון סטטיסטי, 2011). הדמנציה הנובעת ממחלת האלצהיימר פוגעת במזדקנים וזקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית בשכיחות זהה לזו בכלל האוכלוסייה אם כי תיתכן בגיל צעיר יותר ובחומרה יתרה (Janicki & keller, 2012), למעט קבוצת האנשים עם תסמונת דאון - בהם היא פוגעת בשכיחות גבוהה יותר וכבר החל מגיל 40. גורמי סיכון ידועים למחלת האלצהיימר בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית: תסמונת דאון, גיל מבוגר, השכלה מועטה, היסטוריה משפחתית, פגיעת ראש, השמנת יתר, פגיעה קרדיו-וסקולרית, חסך בפעילות גופנית, חברתית ותזונה לקויה (Shultz et al., 2004; ברק, 2011; Janicki & keller, 2012). ברק (2011), מציג במאמרו את תיאוריית המאגר הקוגניטיבי (Cognitive reserve). לפי תיאוריה זו, ככל שהמאגר הקוגניטיבי המתבטא בחומרה של המח (גודל מח, למשל) ובתוכנה של המח (המתפתחת עקב השכלה, פעילות פנאי, תעסוקה וכדומה) גדול יותר - כך סיכוי נמוך יותר לפתח דמנציה. לאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, מעצם הגדרתם, הגבלות במאגר הקוגניטיבי וכן חסך מהשכלה וגירויים קוגניטיביים וחברתיים דלים יחסית. לכן, תיאוריית המאגר הקוגניטיבי תנבא למזדקנים אלו סיכון גבוה יותר לדמנציה בגילאים צעירים יחסית.

העלייה בתוחלת החיים בקרב האוכלוסייה עם מוגבלות שכלית התפתחותית יצרה קבוצת זקנים "חדשה" (ברק, 2011) - אלו אנשים המתמודדים כל חייהם עם השפעות המוגבלות שכלית התפתחותית ומגבלותיו ובהגיעם לזקנה, הם עומדים מול התמודדות חדשה - הדמנציה. לסל ההתמודדות מצטרפים המשפחה וצוות המטפלים (Moss & Patel, 1997). כאמור, אין דרך למנוע או לרפא את הדמנציה הנובעת ממחלת האלצהיימר, אך ניתן להאט את הידרדרותה. במחקרם של Buono et al. (2008) נמצא כי שעת "אפשר יומית" (Daily habilitation) המכילה בתוכה: מרחב פיסי ופסיכולוגי מאפשר, ואימון ממוקד לבריאות ותחזוק אישי וכן רכישת אסטרטגיות למידה לאנשים עם רמות פיגור שונות גרמו להאטה בהידרדרות קוגניטיבית ומסתגלת למרות רמת פיגור נמוכה וגיל מבוגר.

3. מודלים יישומיים

"אל תתחרט על הזדקנותך. זו אותרות שלא כולם זכו לה" (אלמוני)

בשונה מהמקובל לחשוב בעבר ולמרות השונות במושג זקנה מוצלחת בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, ניתן להסיק מסקנות לגבי הגורמים המשפיעים על הזדקנות מוצלחת בקרב אוכלוסייה זו (כהן-לוינסון, 2004).

Janicki (1994) מגדיר זקנה מוצלחת כ"שמירה אינדיבידואלית של תפקידים ותפקוד עצמאי עד כמה שניתן; שמירה על האוטונומיה והשליטה בכל הפעילויות של חיי היום יום; המשך עיסוק בפעילות פורה ויצרנית מתוך בחירה אישית". (מתוך: עמינדב ונסים, 2010).

3.1 מודלים לזקנה מוצלחת

3.1.1 Rowe & Kahn

Rowe & Kahn (1997), הציעו מודל המתאר את הזקנה המוצלחת כמתקיימת במפגש בין שלושה גורמים: שמירה על בריאות, תפקוד פיזי וקוגניטיבי ועניין מלא בחיי היומיום הכולל פעילות יצרנית והשתייכות חברתית.

1. בריאות

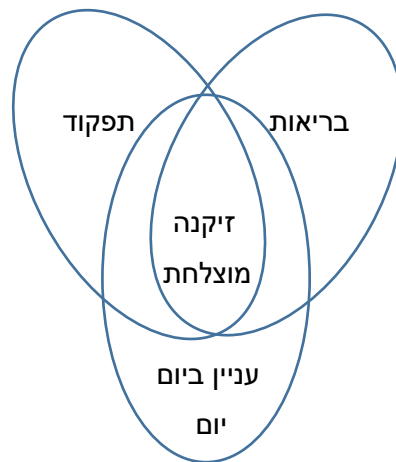
ככל שהאדם מזדקן, השפעת הגורמים הגנטיים על בריאותו פוחתת וגורמים חיצוניים (כגון: סגנון חיים, מערכות תמיכה) מתחזקים. על פי מודל זה, יש לשמור על בריאות האדם המזדקן מעל הממוצע.

2. תפקוד

בגיל הזקנה ישנה ירידה הן בתפקוד הפיזי והן בתפקוד הקוגניטיבי. על פי מודל זה, תפקוד פיזי וקוגניטיבי מקסימאלי הינו חיוני להזדקנות מוצלחת.

3. עניין בחיי היומיום

הדגש מושם על פעילות יצרנית, בניגוד לזו הבלתי יצרנית המוגדרת בחברה כחסרת ערך ומפחיתה ממצבו הרגשי של האדם וכן על עניין בסובב הבא לידי ביטוי בשייכות משפחתית, חברתית וקהילתית. קיומן של מערכות יחסים ותקשורת תורמים למרבית האספקטים התורמים לזקנה מוצלחת (Bergstrom & Holmes, 2000).



איור 3. המודל של Rowe & Kahn

Baltes 3.1.2

המודל לזקנה מיוחדת של Baltes (1991) נשען על תיאוריית ההתפתחות של טווח החיים (פרק 1.2 בסקירה זו). Baltes ניסח שבעה עקרונות המדגישים את השונות הביולוגית והפסיכולוגית בין אנשים:

1. **מהלך ההזדקנות מראה הטרוגניות בין אישית רבה:** ממצאים התומכים בהרחבת השונות בגיל זקנה במחקרם של Nelson & Dennefer (1992).

2. **חשוב להבחין בין הזדקנות פתולוגית (הצמודה למחלה פיזית או מנטלית כמו דמנציה), הזדקנות נורמאלית (כשמצליחים לשמור על תפקוד עצמאי למרות עלייה בתחלואה) והזדקנות מוצלחת -** כההליך בו אנשים זקנים מצליחים לשמור על בריאות ורווחה נפשית תוך היעזרות מקסימאלית בתנאי הסביבה. הבחנה זו נתמכת במודל של Rowe & Kahn (1997) המוצג בסעיף הקודם.

3. **בגיל הזקנה יש מידה רבה של יכולת התפתחותית רזרבית:** Baltes מדגיש את המילה התפתחותית כדי לציין יכולות המסוגלות להשתפר בגיל המאוחר. במחקר הבודק אם ניתן להפעיל ביעילות תהליכי השתנות באוכלוסיית אנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית על מנת לשפר את כושרם הקוגניטיבי, עולה כי אכן יש

שיפור ברמת תפקודם של מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (ליפשיץ, רנד והר אבן, 1998).

4. עם ההזדקנות, חל אובדן ב"מכאניקה הנזילה" של המוח: יחד עם האמור בעקרון הקודם, ישנם תפקודים קוגניטיביים כדוגמת מהירות תגובה וזיכרון לטווח הקצר היורדים משמעותית בתהליך ההזדקנות.

5. ידע ופרגמטיות קוגניטיבית יכולים לפצות על האבדן במכאניקה הקוגניטיבית: ישנם תפקודים אשר עמידים יותר בפני שינויי ההזדקנות כמו ידע הנצבר מניסיון חיים היכול לפצות על אובדן כפי שמתואר בעקרון הקודם.

6. עם ההזדקנות, המאזן בין הישגים לאבדנים נעשה פחות חיובי ואף שלילי: במהלך כל החיים האדם חווה הישגים כמו רכישת שפה והתמקצעות הבאים על חשבון אופציות אחרות. בהזדקנות, מתרבים האבדנים כמו ירידות תפקודיות טבעיות ופרישה ממעגל העבודה. הפרט תופס אבדנים כפחות נשלטים מהישגים ולכן נפגע המאזן ביניהם.

7. העצמי בגיל זקנה ממשיך להיות מערכת חזקה של התמודדות ושל שמירה על שלמות האישיות: למרות האמור בעקרון הקודם, ממשיכים אנשים זקנים לשמור על רמה גבוהה של הערכה עצמית, תחושת שליטה ובריאות נפשית. גם לנוכח תנאי קיום קשים, קיימים מנגנונים השומרים על העצמי.

במרכז תיאוריית ההזדקנות המוצלחת של Baltes, עומדת אסטרטגיה הנקראת "אופטימיזציה סלקטיבית עם פיצוי" שמטרתה להסתגל למצב חדש בעזרת ניצול הרזרבות של אנרגיה ומשאבים:

פיצוי

של תפקודים מוחלשים או אבודים על ידי משאבים פנימיים או חיצוניים

סלקציה

של תחומי תפקוד מועדפים/אפשריים

אופטימיזציה

של שימוש במשאבים זמינים

איור 4. אופטימיזציה סלקטיבית עם פיצוי

רוב האנשים הזקנים מצליחים לשמור בדרך זו על תחושות המשכיות וערך עצמי ובריאות ושלמות נפשית (שמוטקין, 2003).

3.1.3 Tamar Heller

על פי מודל זה לזקנה מוצלחת, ההנחה היא שההזדקנות היא תהליך לאורך החיים ומידת ההזדקנות המוצלחת תלויה בחוויות בגילאים צעירים יותר. זהו תהליך דינאמי המערב את הפרט בהקשר התרבותי ההיסטורי. אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית פגיעים יותר למצבי תלות וחוסר יציבות מהעבר שיעיבו על ההזדקנות המוצלחת.

מודל ההזדקנות הזה, מציג גישה האורכת תקופת חיים תוך תמיכה בריאותית ותפקודית באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית ובמשפחתו תוך הדגשת תרומת התמיכה לזקנה מוצלחת. Heller (2000) מצביעה על מרכיבי תמיכה לא פורמלית כמו גם פורמלית מטעם הרווחה וכן עזרים טכנולוגיים. המרכיבים כוללים 7 מצבי תמיכה ממקודים:

- (1) הוראה
- (2) עזרה למגורים בבית
- (3) נגישות קהילתית
- (4) תמיכה בריאותית
- (5) תמיכה חברתית
- (6) תכנון פיננסי
- (7) תמיכה התנהגותית

תמיכה אפקטיבית תיווצר כאשר האדם במרכז לאורך כל חייו תוך הקניית ידע ובחירה (Heller, Miller, Hsieh & Sterns, 2000). פעמים רבות, מבוגרים עם מוגבלות שכלית התפתחותית מקבלים פחות שירותים מאשר ילדים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. לכן, מושם דגש על האווירה בה נמצא האדם הכוללת את מקום הדיור, הלימוד והקהילה בכלל הנגישה לנכויות ומוגבלויות.

תוצאות מודל ההזדקנות המוצלחת של Heller הם שימור בריאות ותפקוד פיזי ומנטלי ועצמאות. כמו כן, מעורבות אקטיבית עם החיים הכוללת רשת חברתית, תרומה לקהילה ועוד.

3.1.4 חוסן נפשי

חוסן נפשי (resilience) מוגדר כיכולת האדם להתמודד עם מצוקה המשלב מאפיינים פנימיים וחיצוניים. חוסן נפשי נוצר כאשר האדם מצליח להתמודד ולהתגבר על קשיים (נירי, 2010). אדם זקן בעל חוסן נפשי גבוה יותר, יהיה חשוף פחות לדיכאון ויחווה את בריאותו כחיובית יותר (Hardy, Concato & Gill, 2004).

במחקר שערך Dew et al. (2006), נמצא כי נשים מזדקנות עם מוגבלות שכלית התפתחותית מקשרות בין תחושת הזדקנות מוצלחת לבין תחושת השגת חוסן נפשי המושפע

מבריאות טובה והשקפה עצמית חיובית. בדומה, במחקרו של נירי (2010) נמצא חוסן נפשי כמרכיב חשוב בהזדקנות מוצלחת.

3.1.5 איכות חיים וסנגור עצמי

על פי Schalock (2004), המונח איכות חיים משקף את רצון האדם לתנאי חיים על פי שמונה מימדים מרכזיים של חייו: רווחה נפשית, יחסים בינאישיים, רווחה חומרית, פיתוח אישי, רווחה פיסיית, נחישות עצמית, שילוב חברתי וזכויות. בנוסף, לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית יש זכויות בסיסיות כמו לאדם בכלל האוכלוסייה בהתאם לאמונותיו וערכיו האישיים (Reiter & Schalock, 2008).

הזדקנות מוצלחת בכלל ושל האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית בפרט תלויה ביכולת שלו לקבל יותר החלטות ושליטה בחייו והתאמות אישיות לו וראויות בעיניו בתהליך ההזדקנות כפועל יוצא של גישת איכות החיים והסנגור העצמי. על מנת להשיג איכות חיים, נעזר האדם בסנגור עצמי. כלומר, ייצוג האינטרסים האישיים שלו תוך הגנה על זכויותיו. איכות חיים עם תמיכה ראויה ושילוב חינוך והעשרה קוגניטיבית הינה הכרחית ואף תורמת גם לאנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ודמנציה הן להאטת תהליך ההידרדרות והן לשיפור איכות החיים העכשווי (Janicki & Keller, 2012). יש לשים לב לשונות בצורות התמיכה הנדרשות בשל השונות הגבוהה בקרב אוכלוסייה זו (Janicki, 1994). אחת הדרכים להשיג איכות חיים דרך בחירה ושילוב האדם עם המוגבלות שכלית התפתחותית בקבלת החלטות על פי יכולותיו תוך התחשבות בהעדפותיו ואמונותיו בתחומי חיים מרכזיים: דיור, חינוך, עבודה ופנאי. כיום, בארץ, בנייה ותפעול תכנית קידום אישית היא חובה עבור כל אדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית בארץ בכל גיל (נסים, 2006). העשרת שעות הפנאי היא אחד הגורמים העיקריים לאיכות חיים. ניתן למלא אותן, בין היתר בעבודה עם בעלי חיים, אמנות ותנועה.

3.1.6 תיאוריית ההמשכיות

תיאוריית ההמשכיות (Continuity Theory) גורסת כי אנשים יחוו זקנה מוצלחת אם יצליחו לשמור על תפקודים מועדפים מתוך מאפייני אישיות מרכזיים הנשמרים לאורך חייו של אדם. כלומר, לשמור על האדם אשר היית והינך.

תיאוריית ההמשכיות מדברת על המשכיות פנימית - המבנה הפנימי של האדם בעבר נקשר למי שהוא בהווה והמשכיות חיצונית - הפעילויות הפיזיות והחברתיות שאדם יעשה בזקנתו ישתנו, אך יישארו באותו תחום בו הוא מתעניין (Atchely, 1999). בארץ, מדיניות משרד הרווחה היא כי הדיור הקהילתי לאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית הינו בית

לחיים (מדיניות, סטנדרטים, נהלים והנחיות בתחום הדיור בקהילה לאנשים עם פיגור שכלי, 2003). לכן, לרוב, ההמשכיות החיצונית נשמרת בדיור, בחברה וגם בפעילויות הפנאי אשר מתגברות בדרך כלל עם ירידת שעות עבודה בזקנה על אף השינויים המתרחשים בסביבה החברתית (הזדקנות הסביבה ואף מות המטפל העיקרי).

3.2 זקנה מוצלחת אצל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית

מסקנות בשלושה ממדים

כיום, כאמור, אנו עדים לעלייה בזקנים החדשים – אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית המגיעים לגילאים הקרובים לאלו של כלל האוכלוסייה. בשל השינוי, על המוסדות, מערכת נותני השירות והקהילה להיערך כיאות לטיפול והתנהלות יומיומית עם אוכלוסייה זו. המסקנות מתוך סקירה זו, מחולקים לשלושת הממדים המשולבים בתהליך הזקנה ודורשים שינוי מערכתי של כוח אדם והכשרתו, השקעה כספית ובדיקה מעמיקה של תכניות טיפול ותנאים בשטח על מנת לאפשר שינוי משמעותי של מבנה (נגיש, בטיחותי-מעקות, ריצוף אחיד, אסתטי, ועוד) וסדרים קבועים וכן הגברת כוח אדם במידה ונחוץ. ככלל, יש להיערך לתקופת הזקנה לאורך כל חייו של האדם בשל היותה שלב התפתחותי המושפע מטווח החיים כולו.

הממד הביולוגי:

ראשית, יש לזנוח הגדרה קשיחה של גיל הזקנה ובהתאם לאינטראקציה בין שלושת הממדים המשולבים בתהליך הזקנה, ניתן לקבוע גיל זקנה אישי עבור כל אחד כחלק מתכנית הקידום האישית.

חשוב למנף את שירותי הבריאות לאורך החיים ובזקנה בפרט על מנת ליצור לזקן עם מוגבלות שכלית התפתחותית רווחה בריאותית עד כמה שניתן. יש להקטין ככל האפשר את הסכנות לתת אבחון ותת טיפול על ידי בדיקות תקופתיות שגרתיות החל מגיל הזקנה (המוגדר 50 שנים) ולאנשים עם תסמונת דאון ומחלות וסיכונים נוספים, אף מוקדם יותר (המוגדר 45 שנים) תוך מתן שירותים מתקדמים. בנוסף, לאותה מטרה קריטי לפתח כלי אבחון מותאמים. יש ליצור תחום התמחות של רופאים, אחים ומטפלים בתחום הבריאות והפסיכוגריאטריה ממוקד לאנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. שימת דגש מיוחד על נשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית אשר נמצאות בסיכון בתחום הגניקולוגי אשר לוקה בחסך טיפולי ואבחוני בשל קשיים שהועלו. יש להקפיד על תזונה מתאימה לכל טווח חייו של האדם עם

מוגבלות שכלית התפתחותית ולעדכן בהתאם לשינויים בפיקוח צמוד של דיאטנים ורופאים מוכשרים לכך.

שימור וטיפול תפקודים קיימים ואף פיתוח תפקודים מסוימים מתוך מודעות והכשרה מתאימה במסגרת תכנית קידום אישית השואפת לקדם את האדם בכל גיל ובכל תחומי חיו תוך התחשבות באמונותיו והעדפותיו ותוך שיתופו ככל שניתן. במידת הצורך להיעזר בעזרים מותאמים על מנת להמשיך בתפקוד ולא להפסיקו ולאבדו. מאוד חשוב לא לוותר על לימוד והעשרה ותרגולים קבועים על מנת לשמר ולקדם יכולות.

סביבת הדיור צריכה להפוך לנגישה לירידה בתפקוד הפיזי כמו גם הקצאת כוח האדם המתאים לתמיכה פיזית יותר ומוכשר לצרכי אוכלוסייה זו. כלומר, יש צורך להנגיש מבנה פיזי (Janicki & Keller, 2012).

הממד הרגשי:

הכנה נכונה של המזדקן עם המוגבלות שכלית התפתחותית לשם תפיסת הזקנה כתהליך נורמטיבי הפותח פרק חדש במעגל החיים ועיבוד האבל. תכניות טיפול שהוגדרו כמוצלחות בגילאים צעירים יותר, אינן מתאימות עוד ויש לעדכן בתהליך המתפתח תוך בניית מודלים מותאמים והכשרת צוות טיפולי ממוקד לאוכלוסייה זו. לאפשר לאדם שליטה בהתנהלות חיו עד כמה שניתן בלי שתפגע, כמובן, בעצמו או בסובבים לו. להכשיר צוות מטפל ישיר להכלה והתמודדות עם שחיקה ועם השפעות גיל הזקנה, כאשר יש לזכור שהן מגיעות מספר שנים לפני הופעתן בכלל האוכלוסייה על מנת ליצור סביבה תומכת.

הממד החברתי:

למי שמעוניין ומסוגל, יש להרשות להמשיך תעסוקה תוך שינויים מותאמים – פיזיים, או מערכתיים (שעות, הסעות).

במידה והמגורים בקומות והניידות מוגבלת, ניתן ליצור מרפסת מקורה בה ניתן לשבת בקבוצה באוויר במקום יציאה לחצר / טיול.

יש לעזור למשפחות לערוך תכנון עתידי שהכרחי להתנהלות בזמני משבר כמו מות המטפל העיקרי (Freedman, Wyngaarden & Seltzer, 1997). גם המשפחות חוות את הזקנה החדשה ויש לעזור להן ולהקנות כלים ואפשרויות להתנהלות מוצלחת אל מול הזקנה והמוות המתקרב עם שני דורות של מזדקנים: ההורים והילדים המזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. יש לכלול, כמובן, אחים וקרובים רלוונטיים נוספים העשויים לרשת את הטיפול בהם.

כהן לוינסון (2004), במחקרה, הצביעה על קשר בין המודל של Rowe & Kahn להזדקנות מיוחדת בכך שככל שהתמיכה החברתית הבלתי פורמאלית של המזדקן עם

מוגבלות שכלית התפתחותית משמעותית יותר, כך הזדקנה שלו מוצלחת יותר. יש לשים דגש על הנגשת והעשרת פעילויות הפנאי למזדקן עם מוגבלות שכלית התפתחותית (Janicki & Keller, 2012) על מנת שיוכל וירצה להגיע למרות הירידה במוטיבציה.

3.3 מדיניות משרד הרווחה

בשנים האחרונות, לאור הגידול במספר המזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, החל האגף לפתח מענים מותאמים וייחודיים לאוכלוסיה זו (עמינדב וניסים, 2010). על מנת לשפר את איכות חייהם של מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, פועלת תוכנית בהיקפים שונים המקיפה 5 רמות:

0. הפרט - היכרות והתייחסות לצרכיו הייחודיים והכנתו לקראת זקנה, שימור יכולות

ופיתוח רשתות תמיכה תוך שמירה על שלוש עקרונות:

1. שיתוף המטופל - פירוק פעולה לפעולות בטווח יכולתו של הפרט ופיתוח עזרים תומכים לשם כיבוד עקרונות השמירה על אוטונומיה ועצמאות גם בשלב זה בחייו אם במידה מלאה ואם חלקית או בהסכמה בלבד. עקרון זה נתמך במודל "הזדקנות מוצלחת" של Schultz & Heckhausen (1996) המבוסס על שליטה. הם הניחו כי לאנשים יש מוטיבציה בסיסית לשליטה בסביבתם.

2. שמירה על כבוד המטופל - מתבטאת בהקשבה והבנה, דרך פנייה, הגנה על פרטיות, בחירה חופשית בבניית סדר יום מותאם תוך עיסוק במעגל החיים המשתנה.

3. תכנית חיים אישית היא כלי העומד לרשותו של כל אדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית. התכנית מתחשבת בגיל המזדקן ובירידה התפקודית ומאפשרת עיסוקים השומרים על הקיים או מפתחים אלטרנטיבות לתפקודים הנחלשים תוך שמירה על שני העקרונות הקודמים.

2. המשפחה - המשפחה כאפיק לקשרים חברתיים וכרשת תמיכה וסיוע. מועברות לצוות המטפל סדנאות המלמדות כיצד לשמר קשרים קיימים עם בני משפחה (כמו שיתופם בבניית תכנית אישית או קיום סדנאות לאחים) וכן שימור הזיכרון האישי והמשפחתי של המזדקן (כדוגמת בניית אלבום אישי או הכנת מתנות לבני המשפחה).

3. הסביבה החברתית - עקב הצטמצמות קשרים חברתיים של האדם המזדקן עם מוגבלות שכלית התפתחותית, ישנה שאיפה לסייע בשימור קשר עם מסגרות חברתיות ואורח חיים פעיל של המזדקן. לכן, הפעילות ההתנדבותית גדלה כמו גם פעילויות להעלאת

מודעות קהילתית לאוכלוסיה זו. פעילויות אלו מסייעות בחיזוק הקשרים והקטנת העמדות השליליות בקרב הסביבה החברתית של מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

4. המאפיינים הסביבתיים - חשובים מאוד לאיכות חייו של האדם המזדקן עם מוגבלות שכלית התפתחותית. מבחינת מגורים, יש להימנע ממקום חדש ולנסות למצוא פתרון בתוך המסגרת בו שוהה האדם שכן היא מהווה את סביבתו הטבעית. יש להתחשב עד כמה שניתן בהעדפת האדם מבלי לפגוע בבריאותו, ביטחונו ובשלום הסובבים אותו. דגש גדול מושם על הנגשת שירותים ציבוריים בכל תחומי החיים על מנת להגדיל את טווח הפעילויות בהן יוכל להשתלב.

5. הצוות המטפל - נבנה מערך תמיכה לשם הגברת יכולות מקצועיות, ניטור וצמצום רמות שחיקה ועומס. כל עובד מצוות הטיפול הישיר זכאי להדרכה אישית ו/או קבוצתית בה מועלות דילמות וסיטואציות וכן סיוע להתמודדות רגשית והעצמה. בנוסף, נבנה מערך קורסים והשתלמויות המספקים הכשרה ייעודית לתחום הזקנה המיוחדת, לפי תחומים מקצועיים (מנהלים, רכזי תכניות קידום, פיזיותרפיסטים, עו"ס, עובדי מסגרות תעסוקה וכו'). בין היתר, נכללות השתלמויות בנושאים: הדרכת נשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית לקראת גיל המעבר, תכניות פנאי, תכניות תזונה ופרוטוקול התייחסות במקרים של מסירת הודעה קשה על מוות ואובדן.

3.4 סיוע טיפולי בעזרת בעלי חיים בגיל השלישי

"שתי התקופות בהן אדם נתרם הכי הרבה מאצלי החיים הן בילדות ובזקנה"
(באסטד)

בעלי החיים הם חלק בלתי נפרד מחיינו. עם ההתרחקות של העולם המתועש מהטבע, ישנה מגמה לחזור ולהתקרב אליו בעזרת צמחייה ובעלי חיים. הסיוע הטיפולי בעזרת בעלי חיים, נעזר בבעלי החיים כמתווך לטיפול הרגשי ובכך נוצר משולש טיפולי בעל שלושה קודקודים חיים המזמנים מפגשים ייחודיים. הוא מהווה בראש ובראשונה גירוי חושי שעובד על מרבית החושים (גילשטרומ, 2003) מעבר למילים. התקשורת עם בעלי החיים הינה קלה ואינטואיטיבית ולא דורשת ידיעת שפה (כאמור בפרק הדמוגרפיה, אחוז ניכר מהזקנים אינו יליד הארץ) או יכולת מילולית רהוטה וברורה, שלחלק מהקשישים אין (שליו, 1996).



איור 5. משולש טיפולי

בממד הביולוגי, קיזזאק (2000), הציגה מחקרים רבים התומכים בהשפעתם החיובית של בעלי החיים על קשישים ועל אנשים עם מוגבלויות מבחינת בדידות, בריאות, שביעות רצון ועוד. בין היתר, היא מציגה סקר דמוגרפי נרחב בו מצטיירת תמונה בה מחזיקי חיות מחמד חולים פחות בסרטן, סובלים פחות מלחץ דם גבוה ובעיות לב וחווים פחות כאבי ראש (Franti, Kraus,) (Borhani, Johnson & Tucker, 1980). המפגשים עם בעלי חיים מוכחים כמורידים מתח אצל קשישים וכן גורמים לרגיעה כללית ולבריאות טובה יותר. רמת עוררות גופנית כמו לחץ דם, זיעה ודופק מהיר יורדים במפגש זה. בנוסף, ניתן להיעזר בבעלי חיים בעבודה קוגניטיבית תוך שימור ופיתוח מיומנויות קוגניטיביות כמו זיכרון, שמות, מיון, ספירה, העלאת זיכרונות. בעלי חיים משמשים כגורם מוטיבציוני לתנועה והפעלה של הגוף, גם לחלקים פגועים, תוך ליטוף, החזקה והאכלה וכן ניקיון וטיפול הכלוב ובעלי החיים, כל אחד לפי יכולתו והעדפותיו. כך אנו יכולים להיעזר בבעלי החיים לאוכלוסיית אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית כגורם מוטיבציוני לגרייה תנועתית: הנעת איברים, מודעות גופנית, סיוע לזקיפת ראש וגב וסיוע בתפקודי ידיים (גילשטרם, 2003).

בממד הרגשי, כאמור, האדם המזדקן חווה אבדנים רבים. בין היתר, גם אבדן בעל החיים האישי שלו בשל מוות או בשל מעבר למסגרת בה לא מורשה בעל החיים להתלוות אליו. בסיוע הטיפולי בעזרת בעלי חיים, ימצא אותו אדם סוג של נחמה ועיבוד האבדן וכן אבדנים נוספים ללא קשר לבעלי חיים דרך עבודה על מעגל החיים שבשל תוחלת החיים הקצרה של בעלי חיים רבים, האדם נחשף למעגל שלם או חלקי. כך ניתן, למשל, לעבד מוות ואובדן כמוצע על ידי מורבר וקסל (2000).

אחת ההנחות הרגשיות המרכזיות בתחום הסיוע הטיפולי בעזרת בעלי חיים נעוץ בכך שבעלי חיים הופכים את האדם ממטופל למטפל. הנחה זו נכונה לכלל האוכלוסיות ולאוכלוסיית הקשישים בפרט. אנשים מזדקנים היו מטפלים בחייהם (בחייהם האישיים ואף כמקצוע) וקעת,

עם הזקנה הם הופכים למטופלים. במפגש עם בעלי חיים, הזקנים חוזרים להיות מטופלים ביצור חי ומגיב – כל אחד כפי יכולתו. אנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית היו מטופלים כל חייהם על ידי גורמים רבים – הורים, אחים, צוות מטפל, צוות רפואי, צוות טיפול... מול בעל החיים ניתנת להם ההזדמנות לשנות את המצב ולמשך המפגש להפוך ממטופל למטפל. מצב זה מעצים ונותן ביטחון ומוטיבציה להמשך עבודה והחלמה.

בעלי החיים מעוררים זיכרונות ומעודדים סיפור סיפורי עבר ואף מעלים תחושות חיוביות כגון אהבה, הנאה וכן שליליות כגון כעס או פחדים. האדם יכול להעלות תכנים מעולמו הפנימי תוך התייחסות לגורם השלכתי חיצוני – בעל החיים.

בעל החיים מספק מטרה בחיים. סיבה לקום ולדאוג. משהו צריך אותי, מעין הורות. בעלי החיים הופכים בתפיסה תת הכרתית למעין תחליף לתינוק ומעלים רגשות הוריים תוך תחושה שטוב לבעל החיים אצלי. ברגע שהתפיסה היא שטוב לבעל החיים בחיק הקשיש, גם לקשיש עצמו טוב (שליו, 1996). בנוסף, בעל החיים מהווה התמקדות חיובית באחר במקום שלילית בעצמי, מהווה תעסוקה ותצפית.

בממד החברתי, בעל החיים יוצר תקשורת בלתי מילולית ראשונית מעבר למילים ומשמש כזרז חברתי דרכו ניתן לעבוד ולעבד קשר עין, הבעות פנים, הגיית שם, ניסיון לגעת ועוד (גילשטרומ, 2003). בנוסף, בעלי החיים מסייעים ביצירת יחסים בין אישיים כמתווכים בין המסייע הטיפולי לאדם או בין חברי קבוצה, בין הדיירים, בין הדיירים לצוות ועם בני משפחה. התקשורת עם בעלי החיים, כאמור, הינה קלה ואינטואיטיבית וחסרה את התקשורת המילולית השלילית בה נתקלים מרבית האנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית על בסיס יומיומי. במפגשים טיפוליים עם בעלי חיים, אנו עדים לדיבור כפי שלא נשמע ביומיום, לחיוכים וצחוקים שלא נראים בדרך כלל אצל האדם (שליו, 1996). כלומר, ההתרכזות היא בקשרים חיוביים ובמתן תפקיד ומשמעות חברתית.

מתוך האמור, ניתן לראות כי מרכיבי הזדקנות מוצלחת רבים באים לידי ביטוי במפגשים טיפוליים בעזרת בעלי חיים כגון עצמאות, כל אחד כפי יכולתו והעדפתו והעלאת איכות החיים. אחד הגורמים העיקריים להזדקנות מוצלחת, כאמור, הינו שליטה (Schultz & Heckhausen, 1996). דרך הפיכת המטופל למטפל, ניתן להקנות תחושת שליטה בסביבה - אם אני לא אאכיל את בעל החיים, הוא ימות. המפגש עם בעלי חיים נותן לאדם חווית שליטה, לפחות חלקית במצב בניגוד להתנהלות היומיומית בו לרוב הוא פאסיבי ומובל. בנוסף, בתיווך נכון, ניתן להיעזר בבעלי החיים למתן בחירה ופיתוח מיומנות זו (גילשטרומ, 2003).

בסיוע הטיפולי בעזרת בעלי חיים מתרחש חיזוק דימוי, ביטחון והערכה עצמית מה שמהווה בסיס איתן לכל מפגש טיפולי מוצלח.

3.5 התאמת הסביבה - סנוזלן בגיל השלישי

”צלייה בסף זכריו fe חוש הריח אחרי זיף 65 ואובדן כאצט-afn-afn אצף

זיף 80” (ענת דימנטמן)

מתוך מחקר כיצד אנשים עם צרכים מיוחדים מגיבים לגירויים שונים, יצרו סביבות פעילות ומרגיעות בצורה מאוזנת בשם סנוזלן. הסנוזלן הראשון הוקם בהולנד עבור אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. המילה סנוזלן מורכבת משתי מילים הולנדיות שמשמעותן לרחרר = Snuffelen כפי שכלב חוקר את סביבתו והשנייה הירגעות = Doezelen (Shapiro, 2011). חדר הסנוזלן הראשון הוקם בשנת 1993, בבית איזי שפירא. מאז, הוקמו מאות חדרי סנוזלן ברחבי הארץ אשר משרתים אוכלוסיות מגוונות. כמו כן, הוקמה בריכת שחייה המשמשת כבריכה הידרותרפית בשילוב סביבה רב חושית בה ילדים עם עיכובים התפתחותיים יכולים בהדרגה להתרגל למים וכן מרפאת שיניים משולבת עם סנוזלן המעוצבת במיוחד עבור אנשים עם צרכים מיוחדים להפחתת חרדה והירגעות (Shapiro, 2011). כיום, מקובל להשתמש במונח סביבה רב חושית (MSE=Multi-Sensory Environment) (Pagliano, 2001). הגרייה החושית ניתנת לשליטה על פי צרכי האדם איתו עובדים, ללא גירויים לא צפויים מתוך הסתכלות דרך עיניו שלו ולא של המטפל. זהו, בעצם, תפקידו העיקרי של המטפל בחדר הסנוזלן – להתאים את הגירויים לאדם איתו הוא עובד. העיקרון בעבודה בסנוזלן מושתת על האדם במרכז דרך הירגעות והפחתת מצבי חרדה או כאב תוך התמקדות עצמית ופיתוח ערוץ תקשורת. ישנם חדרי סנוזלן המעוצבים בצורות שונות ומפיקים גרייה חושית שונה. למשל, חדר אשר בסיסו לבן לעומת חדר אשר בסיסו כהה, חדר בו התאורה והצלילים מתחלפים ומשתנים בהתאם לתנועות/קולות האדם בחדר לעומת חדר בו האורות סטטיים וניתנים לשליטה מראש.

Staal (2005) (בתוך: Shapiro, 2011), מצא כי זקנים עם דמנציה חוו הפחתה בנסערת ועלייה בתפקודי יומיום (ADL) אחרי שילוב של טיפול בחדר הסנוזלן, טיפול התנהגותי וטיפול תרופתי ופסיכיאטרי סטנדרטי לעומת זקנים עם דמנציה שהיו נתונים רק לטיפול התנהגותי ותרופתי ופסיכיאטרי סטנדרטי. בדומה, נמצא כי חדר הסנוזלן משפר את יכולת הזיכרון, הריכוז והקשב של חולים דמנטיים (פורטל אלצהיימר, 2011).

חדר הסנוזלן מעודד את הזקנה המוצלחת בכך שהוא מסייע לאנשים בו לעבור ממצב פאסיבי וחסר שליטה למצב אקטיבי ורצון לחקור, מטרה. הסביבה הבטוחה שהחדר מאפשר מספק מקום מכיל ומקדם בצעדים המתאימים לאדם בתוכו בשימור ופיתוח יכולות וכן ביצירת קשר בינו לבין המטפל.

3.5 אמנות ויצירה בגיל השלישי

*"מכל הדעות הקדומות שצליהן מדברית, זו שצוסקת האנשים לקניט וביצירה
כפי מאוחר היא הפחות מדוברת" (זיו אייל)*

הבסיס בתחום זה נעוץ בעבודה כי כל ילד קטן יצייר בהצלחה גם ללא הדרכה ודרך הציור לומד להבין ולהכיר את המציאות (גפני, 2005).

בתהליך ההזדקנות, עם פניות הזמן אצל המזדקן וכן ניסיון שנצבר, היצירתיות מתבטאת בצורה שונה מבעברו. כל אחד יכול לתפוס מקום ולהשמיע את קולו, לצבור תחושת ביטחון וכן תחושת חופש במרחב היצירתי.

תהליך התרפיה באמנות תוך השימוש בחומרים אמנותיים עוזר להוריד הגנות ולהעלות רגשות (דאלי, 1995). התהליך מושתת על שלושה שלבים: סדר, תווה ובוהו וסדר מחדש. רק עם ההשתחררות מהדפוסים הישנים (שלב 1) ניתן להבנות דפוסים חדשים (שלב 3) (האל, 1995) ולהתמודד במצבי מתח, מעברים ומצבי טראומה וכן בשיפור התפקוד הקוגניטיבי, החברתי והמשפחתי. התכנים העולים ביצירה נשמרים מעבר למלים. זהו כלי עצמתי ליצירת השלכות, גם אם תוקפניות (וייר, 1995) ואלימות ללא שיפגעו באיש ותוך יכולת הבנייה מחודשת ללא עונשים. רגשות שלא מתקבלים בחברה כמו רגשות תוקפניים, אלימים וארוטיים העולים במרחב היצירתי מפחיתים את הצורך להעלותם מחוץ למפגשים (שטיינהיידרט, 2004).

לאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית בכלל ולמזדקנים בפרט, הארגון הנדרש משיח במלים הינו קשה ואף מעורר לעתים חרדה. במרחב האמנותי, מתגברים על קושי זה. האמנות מאפשרת גם לאדם מבולבל או בעל מחשבה מעורפלת להביע את עצמו (האל, 1995). מנגד, יש את אלו המכבירים במילים ומתחבאים מאחוריהן. המרחב היצירתי מנטרל את המניפולציות המילוליות העצמיות ומאפשר חלון לעולמו הפנימי האמיתי של האדם.

בממד הביולוגי, האמנות מציגה בפני האדם חומרים ומרקמים שונים וכן מעודדת תנועות ותיאום עין יד ושימוש קוגניטיבי למען שימור ואף שיפור. בממד הרגשי, כאמור, האדם מבטא את עצמו מעבר למלים ולנורמות ויכול להעלות תכנים מעברו המציאותי וכן פנטזיה תוך סידור והבנייה מחודשים. בממד החברתי, האדם מפתח מעמד וביטחון בעקבות יצירתיות וחיזוק וכן קשרים חברתיים קבוצתיים.

אמנות ויצירתיות בגיל הזקנה תורמת לזקנה מוצלחת בהעלאת איכות החיים ובריאות הזקנים וכן השפעה חיובית על מצב רוחם, דימוי העצמי ומעמד החברתי (גפני, 2005).

"צ'צ'יר שלא ככה הוא פרא, זקן שלא צחק הוא כסיל" (אלמוני)

ההומור והצחוק הם אוניברסאליים וקיימים בכל חברה אנושית. הם מקיפים אותנו גם מבלי שנקדיש לכך תשומת לב מיוחדת. הסברה היא כי אנשים בעלי חוש הומור חיים חיים מהנים ובריאים יותר. התייחסות זו אינה חדשה ומוצגת עוד בכתביו של היפוקרטס ומאז המושג הומור וכן מושאי הצחוק עברו גלגולים רבים (גרינגוז, 2008).

השימוש בהומור דרך יצירות הומוריסטיות ובדיחות בעולם הזקן, מקל על התקשורת בינו לחברה ומקל על בדידות. שימוש בהומור עצמי עוזר בשמירה על הביטחון למרות היחס המזלזל, לעתים, מהסביבה ומחדד פרספקטיבה על החיים. כמו כן, במרחב הטיפולי, ההומור מסייע לתחושה מוגנת ומאפשרת יותר וכן לחזק את תחושת השליטה תוך הסתכלות הומוריסטית על סיטואציות מאיימות (גליק וזיו ביימן, 2010) והמטפל נתפש כבעל עמדות חיוביות יותר בפני האדם בו הוא מטפל (זיו, 1981).

הספרות המחקרית אינה מאששת במחקרים מבוקרים את יכולות הריפוי של ההומור אך עמוסה בדיווחים על שיפור הבריאות (גרינגוז, 2008).

בממד הביולוגי, נמצא כי לצחוק השפעה מעוררת על אברי גוף והגברת עמידות בפני מחלות (כהן, 1994). בזמן הצחוק, פעולת הסרעפת מה שמשפיע על כל מערכת הנשימה תוך הרחבת ריאות והמרצת מערכת הדם. מבחינה קוגניטיבית, בהומור קיים ביסוציאציה, קישור של רמות תוכן שאינם מקושרים במצבים רגילים (Koestler, 1964) תוך תהליך שאינו מורכב כזה של האמנות (רימור, 2010).

בממד הרגשי, פרויד טען כי בעזרת הומור אנו יכולים להתעמת עם טאבוים חברתיים (תוקפנות, למשל) ללא תחושת איום ולעבדם ולפרוק מתחים בניגוד להדחקתם (גליק וזיו ביימן, 2010). הצחוק מפחית רמת מתח ומקושר לעלייה במצב הרוח. כמו כן, נמצאו בזכות הצחוק שיפור בביצועים קוגניטיביים וכן בעלייה ברווחה נפשית (Herzog & Stervey, 2008). בממד החברתי, ההומור ממלא פונקציות חברתיות חיוביות כגון זרז לקידום יחסי אנוש ושיפור חברתי. ההומור השחור משמש כ"מרחק נפשי" העוזר בהגנה והתמודדות עם גורם הלחץ. ההומור יכול לעורר ראייה מחדש, הבנייה מחודשת של מצב חברתי והשתחררות מדרך מקובעת (רימור, 2010) ומתפישות המגבילות את האדם (גליק וזיו ביימן, 2010).

ההומור מסייע לזקנה מוצלחת בכך שמעלה רווחה נפשית ובריאות ויוצר אינטראקציות חברתיות ובכך מעלה את איכות חייו של הזקן. בנוסף, ישנה הסתכלות מחדש על דברים דרך הומור מה שגורם לעלייה בתחושת השליטה.

3.7 סיפור חיים-הנרטיב האישי בגיל השלישי

"לזקן שנפטר, כאוהו כספרייה עצמה בלהבה" (פתגם אפריקני)

סיפור החיים הוא הסיפור הקרוב, המרכזי, האישי והחשוב ביותר של האדם. הדרך בה נספר את סיפור חיינו עשויה להשתנות בהתאם לסיטואציה בה נספר אותו (ראיון עבודה, פגישה רומנטית, אוטוביוגרפיה וכו'). העובדה שאדם בוחר לפתוח את סיפור חייו בפרט מסוים, מצביע על הדגשים והדברים החשובים לו.

McAdams (2001) מניח כי כלל האנשים שותפים להנחה הבסיסית שהאדם בטבעו הוא מספר סיפורים והנטייה של האדם לתאר את ההתרחשויות של חייו בתור סיפור היא בסיסית ועמוקה. לפיו, הסיפור הוא מערכת התרחשויות על פני זמן ועליו להכיל 2 דברים: אירועי חיים וזמן חיים.

"הגישה הנרטיבית" היא אסכולה של מחקר וטיפול. אנחנו העורכים של הסיפור שלנו כדבר מתפתח ומשתנה, בהתאם לאילוצים חיצוניים ופנימיים. מה שצריך להדחיק מעצמנו או להקל על עצמנו בזמן מסוים לא דומה לזמן אחר, ולכן כל הזמן עורכים את הסיפור מחדש. הרציונאל הטיפולי הינו בכך שאומנם הסיפור עוסק בעבר, אך הסיפור הוא עכשווי. הסיפור מתאר אותנו בהווה, כמו שאנחנו מתארים את העבר שלנו. ההבדל בין סיפור חיים להיסטוריה חיים טמון בהתמקדות הראשון במסר, במשמעות ואילו השני מתמקד בעובדות.

נקודה חשובה נוספת שהופכת את סיפור החיים לכלי רב עוצמה בטיפול היא שהבעיות שלנו הופכות לחיצוניות ומנוטרלות מהאדם וכך ניתן לעבוד איתן ביתר קלות וכן היכולת לנסח מחדש סיפור חיים שנחוה ככושל ומאכזב במונחי יכולות, הצלחות וכוחות. כלומר, עבודה טיפולית נעשית בפרשנות שונה לסיפור החיים מבלי לשנות את זהותו.

בגיל השלישי, לדבריו של Batler, הצורך והנטייה של האדם הזקן הוא לספר את סיפור חייו – life review – סקירת החיים וסיכומם. הזקן מארגן מחדש את הסיפור שלו על מנת להגיע להשלמה פנימית. הצורך לסגור ולהשלים את מעגל החיים הרבה יותר קריטי לזקן בגלל הסופיות הקרבה של חייו.

באנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ישנו הכרח לעתים לעזור בלכתוב ולערוך וכן לבנות את סיפור החיים באיטיות ותוך תקשורת חלופית. הקושי טמון בהבנה הדדית וכן הביקורת על שיטה זו מוקצנת כאן – הסיפור חשוף לדעותיו הקדומות והאישיות של המטפל ולא לכבד מספיק את אלו של המטופל לא במתכוון, כמובן. הסיפור הוא סיפורו של המספר ואנו אמורים להשאירו סובייקטיבי גם אם האירוע רחוק מזה שהתרחש במציאות וגם אם הוא אינו לטובת המעון, הצוות או המשפחה. נקודה אחרונה זו יש לבחון היטב ונשאלת השאלה על ידי חיה לוי, מנהלת מעון בית דוד בבלוג בנושא – האם טובת הדייר המזדקן עם המוגבלות שכלית

התפתחותית היא לפרסם את סיפור החיים האישי שלו למרות שעלול להיווצר נזק מול המעון ו/או המשפחה בעקבות כך?

נקודת חוזק חשובה בגישה הנרטיבית היא שהכוח נמצא בידי האדם עצמו ולא בידי מטפל "מומחה" שכן הוא היודע הכי טוב מה עבר בחייו. (בלום, פסיכולוגיה עברית ברשת).

3.8 וידיאו-תרפיה וקולנוע מסייע בגיל השלישי

"צינייט מתהוננות, אינן אלדקנות" (רחל שדה-חן)

הוידאו-תרפיה הינו כלי טיפולי אשר ההתערבות איתו יכולה להיות פאסיבית, כלומר לצפות בסרטון רלוונטי תוך התערבות המטפל במקומות ייעודיים להעלאת רגשות רלוונטיים בהקשר הסרט (Kagan, Krathwohl & Miller, 1963) ו/או תצפית ועבודה עצמית אישית כפי שנעשה אצל נערות עם בולימיה, כאשר הוקרנו להם סרטונים באופן תדיר. לאחר תקופה, רובן הראו שיפור במחלה (Simpson, Bell, Britton, Mitchell, Morrow, Johnston & Brebner, 2006). הרציונאל הוא שמעבר לכך שהסרט משקף את עמדתו ורגשותיו של היוצר, הוא גם מציף אצל הצופה תכנים מעולמו הפנימי. מטפלים רבים מעשירים את מרחב המטפל – מטופל שלהם בסרטים (ישראל, המכללה האקדמית לחברה ואמנות). לראות את עצמך על המסך מספק חוויה עוצמתית, מעמיקה ומרחיבה ומציעה כלי התבוננות אחר על העצמי ובכך גם מקור לשינוי.

אפשרות התערבות נוספת נקראת סינמה-תרפיה או קולנוע מסייע והינה אקטיבית יותר ומתבססת על יצירת סרט ככלי השלכתי. העבודה יכולה להיעשות פרטנית או קבוצתית. דרך הדמויות הדמיוניות וההקשר העקיף אל יוצרי הסרט, ניתן לעסוק בנושאים מעולמם הפנימי של האנשים. שלב השיח משולב בעשייה המעשית הקשורה להפקה. המטרה היא ליצור סרט הבנוי מסרטים אישיים. כל סרט אישי מביא את סיפור הסרט ובימויו של אחד מחברי הקבוצה כאשר בסרטים האישיים האחרים הוא עוסק בעבודה קולנועית אחרת: משחק, צילום, הפקה ועוד.

שלב העבודה בווידיאו-תרפיה או קולנוע מסייע כפי שמציג ישראל (2008):

שלב א'- בניית קבוצת השתייכות: כולל יצירת היכרות וחווית הצלחה קבוצתית דרך עשיית סרט קצר וצפייה בחומרי הגלם כמו בסרטון המוגמר. הבנה לסיבת פעילות הקבוצה מתוך רציונאל כי האדם רוצה להשתייך לקבוצות מוצלחות.

שלב ב'- התבססותה הראשונית של הקבוצה: העלאת ציפיות ובניית חוזה קבוצתי מצולם. התנסויות קולנועיות תוך תרגילים.

שלב ג'- הצפת תכנים מתוך עולם התוכן של חברי הקבוצה: דרך תרגילים מצולמים ומשחקים קולנועיים, יוצפו תכנים אותנטיים ללא קישור למשתתף. התכנים יפותחו לסיפורים עלילתיים וכך יהוו סיפור רחוק מספיק כדי לספק ביטחון אך קרוב מספיק לשמור על רלוונטיות ומשמעות לקבוצה ולמשתתף.

שלב ד'- דינמיקה קבוצתית ותפקוד אישי בקבוצה בהפקת הסרטים: חברי הקבוצה מתנסים בתפקידים שונים ומתחלפים בהם במסגרת צילומי הסרטים. דרך הדינמיקה הקבוצתית הנוצרת, מתפתחים כישורים חברתיים, כישורי חיים וחוסן נפשי.

שלב ה'- פרידה, סיכום ותהודת התכנית: שלב זה כולל מספר מפגשים המתנקזים לרגע שיא בערב הקרנה חגיגי. חלקו של תהליך הפרידה והסיכום מצולם ונערך לסרט קצר המוקרן אף הוא. הסרטים יוצרים מעגלי תקשורת חדשים עם בני משפחה ודמויות חשובות בחיי המשתתפים.

מחד, יש לשקול את דרכי העבודה בווידיאו תרפיה עם קשישים בשל הקושי הטכנולוגי. מאידך, פיתוח החוסן הנפשי ותחושת מסוגלות והתגברות על קשיים והצלחה ואף העלאת תכנים לאיכות חיים וסנגור עצמי תורמים לפיתוחה של הזדקנות מוצלחת.

3.9 טכנולוגיות מסייעות – גרונטכנולוגיה

"הצ'ר הוא הצ'ר צינייט טובות יותר, אק הזקן מיטיב לראות אמנו"
(הנרייטה סולד)

גרונטכנולוגיה זהו תחום חדש יחסית המשלב בין טכנולוגיה ובין הגיל השלישי תוך פיתוח כלים טכנולוגיים התורמים לרווחת הקשיש. טכנולוגיה מסייעת היא כל מכשיר המאפשר לאדם לבצע משימות הקשות לו תוך הגברת בטיחות ושימור יכולותיו. המכשיר יכול להיות מזכוכית מגדלת פשוטה ועד מערכת של "בית חכם" (דולמן וגולדברג-מאיר, 2008). הטכנולוגיה המסייעת נחלקת לארבעת תחומי החיים השונים: עבודה, לימודים, טיפול עצמי ופנאי. חשובה לא פחות הדרך בה מקנים נכונה את השימוש בטכנולוגיה המסייעת אלו. העזרים מקלים על הקשיש עצמו, כאמור, וכן על בני משפחתו ואף אנשי מקצוע העובדים איתו. מדובר בעזרים טכנולוגיים המסייעים הן בפעולות היומיום (כמו כוסות עם ידיים אחיזה מותאמות, הליכונים, יד עזר, אביזר להחזקת מפתח) והן בפעולות הפנאי והספורט (כמו עזרים לתפירה וסריגה, מספרים מותאמים או עם נקבי אצבעות כפולים ליד אדם נוספת, מכשירי אימון ואופניים עם תמיכות).

לצד הרווחה, ישנו חשש מפני טכנולוגיה. במחקר שנערך על עמדות כלפי טכנולוגיות מסייעות נמצאו גם עמדות חיוביות אך גם שליליות. רוצה אך נרתע. נמצא כי אנשים מזדקנים

אכן מתעניינים בעזרים טכנולוגיים אך גם חוששים מפניהם (Cohen-Mansfield & Biddison, 2007). על פי כהן-מנספילד (2008), מצב זה נובע מכמה מחסומים: מחסור בידע, אי התאמה (בשל ירידה בראייה, למשל, קושי בתפעול מכשיר), תכנון לקוי (למשל, כלי בולט ומגושם מפחיד מבחינת המסר הסטיגמטי לגביו), חוסר אימון בהפעלת העזרים (כאימון מקדים והסבר בקצב ולפי היכולות הקוגניטיביות של האדם המזדקן) ומחסור במערכות תמיכה (תפעול שוטף ועזרה בבעיות שצצות לאחר האימון הראשוני. על מנת להתגבר על מחסומים אלו, יש צורך בהדרכה ראשונית טובה ומערכת תמיכה קבועה, ידידותית וזמינה. כל זאת במטרה להבטיח את רווחת ותועלת הקשיש מהעזר הטכנולוגי ולא ליצור מצב כמו, למשל, חוסר שימוש במכשיר בשל קושי בהחלפת בטריות.

הטכנולוגיה המסייעת משתלבת בשלושת הממדים המשתתפים בתהליך ההזדקנות: בממד הביולוגי: ישנה שמירה ואף שיפור של תפקודים גופניים (כמו תותבות, עזרי ניידות) וחושיים (כמו מגדלות, מכשירי שמיעה) בעזרת עזרים טכנולוגיים. עזרים לשיפור ו/או פיצוי על ירידה בזיכרון כגון סוללת תרופות המחולקת לפי ימים ושעות. שימוש בעזרים חדשים כמו מחשב, למשל, מעוררת ומאתגרת את הקשרים במוח כי זה לא נשען על ניסיון ישן ובכך, בעצם, מאטה הידרדרות קוגניטיבית (אייל ורייכנטל, 2008). בנוסף, ישנם עזרים המשמשים להגברת בטיחות כגון – מניעת נפילות.

בממד הרגשי: בעזרת הטכנולוגיות המסייעות, הקשיש חווה עליה בעצמאות דרך הקלה בתפקודי היומיום ושמירה על תחושת ערך תוך שינוי סביבתי מינימלי וכן נהנה מרווחים פסיכולוגיים (כהן-מנספילד, 2008).

בממד החברתי: הטכנולוגיה המסייעת עוזרת לקשיש להישאר בסביבה הטבעית שלו גם במצבי מחלה ומוגבלות ולדבוק במוכר תוך שימור עצמאות עד כמה שניתן. ישנה קבלה חיובית על ידי החברה של המעטת התלות בה וכן תותבות למיניהן, כולל הפחתת השונות ועזרה באסתטיקה. השימוש בטכנולוגיה מסייעת אף מוביל לירידה בהוצאות כספיות (דולמן וגולדברג-מאיר, 2008). עזרים לתת"ח (תקשורת חליפית תומכת) על מנת לאפשר תקשורת ושיח למרות מוגבלות גוברת בדיבור. עזרים להנגשת תחבורה ומקומות בילוי וחברה. בנוסף, השימוש בטכנולוגיה מסייעת יכול לפתוח ערוץ לטכנולוגיות נוספות כמו המחשב, אז הממד החברתי מקבל פן חדשני ושונה לחלוטין.

הטכנולוגיה המסייעת מאפשרת אופטימיזציה סלקטיבית עם פיצוי של משאב חיצוני ומעלה את איכות החיים, התפקוד היומיום, חוסן נפשי בהתגברות על קושי בעזרת הטכנולוגיה וכן סביבה מאפשרת ובכך תורמת לזקנה המוצלחת.

סיכום

סקירה ספרותית זו הקיפה את תחומי הזקנה בכלל והזקנה המיוחדת בפרט דרך התייחסות לשלושת הממדים המשתלבים בתהליך הזקנה: הממד הביולוגי (פיזי וקוגניטיבי), הממד הרגשי והמדמד החברתי. בנוסף להשפעות תהליך הזקנה אותן חווה כלל האוכלוסייה, אנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית חווים גם הפרעות וקשיים הנלווים למוגבלות עצמה.

הוצגו שתי תיאוריות המאירות את הזקנה כתהליך התפתחותי ומשמשות פלטפורמה לבדיקה ואפשר זקנה מוצלחת המוצגת דרך מספר מודלים יישומיים ודרך מספר דרכי טיפול ועבודה התומכים בה ומאפשרים אותה.

הסקירה מצביעה על העלייה בתוחלת החיים של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית כמצב אליו יש להיערך עוד מינקות, במשך כל טווח החיים. בנוסף, רצוי להכשיר אנשים להתמחות בתחום הזקנה אצל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית וזאת בשל המורכבות, השונות והצרכים הייחודיים לה. יש להיערך ולהנגיש סביבה ותכניות פנאי על מנת להעלות איכות חיים ולתמוך בזקנה מוצלחת לה זכאים גם אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

אייל, נ. ורייכנטל, י. (2008). סביבות וטכנולוגיות לשיפור הזיכרון. הגיל החדש-עיתון לאנשים מתחדשים, 3, 13-16.

אלגום, ד. (2003). ההזדקנות של החושים והשלכותיה התפקודיות. בתוך: רוזין, א. (עורך), הזדקנות וזקנה בישראל. ירושלים: אשל, 385-408.

בלום, ר'. טיפול נרטיבי - לצבוע בצבעים אחרים את סיפור החיים. בתוך: פסיכולוגיה עברית: <http://www.hebpsy.net/community.asp?id=53&page=0>

בן שאול, י'. (2011). מגה חיים. קונטנטו דה סמירק.

ברודסקי, ג', דייזיס, מ. (2003). דמוגרפיה ואפידמיולוגיה של ההזדקנות ואוכלוסיית הזקנים. בתוך: רוזין, א. (עורך), הזדקנות וזקנה בישראל. ירושלים: אשל, עמ' 289-342.

ברודסקי, ג', שנור, י., ובאר, ש. (2012). קשישים בישראל: שנתון סטטיסטי 2011. <http://mashav.idc.org.il/?CategoryID=233&ArticleID=162>

גילשטרומ, ר. (2003). חיות מיוחדות לאוכלוסיות מיוחדות. קריית ביאליק: אח בע"מ.

גליק, ל., וזיו ביימן, ש. (2010). יהודי, מוסלמי ונוצרי הולכים לפסיכולוג... על צחוק והומור בפסיכותרפיה. כוורת, 18, 36-39.

גריזגרוז, ג. (2008). מה כל כך מצחיק? האבולוציה של הצחוק וחוש ההומור. גלילאו, 115, 42-51.

דאלי, ט., קייס, ק., שבריאן, ג', וויר, פ., האלידיי, ד., האל, פ.נ. ווואלטר, ד. (1995). תרפיה באמנות: התפתחויות חדשות-תיאוריה ומעשה. קריית ביאליק: אח בע"מ.

דולמן, ש. וגולדברג-מאיר, ש. (2008). "עזר כנגדנו" בגיל מתחדש: על טכנולוגיה מסייעת ועמותת מילב"ת. הגיל החדש-עיתון לאנשים מתחדשים, 3, 18.

זיו, א. (1981). פסיכולוגיה של ההומור. תל אביב: יחדיו.

חזן, ח. (1984). הזקנה כתופעה חברתית. תל אביב: ספריית האוניברסיטה המשודרת.

ישראל, ש. (2008). הגישה. בתוך: מרכז שרון לקולנוע מסייע:

<http://www.kolnoam.com/index.php/approach>

ישראל, ש. סינמה ווידאו-תרפיה. בתוך: המכללה האקדמית לחברה ואמנות:

<http://www.asa.ac.il/%D7%A1%D7%99%D7%A0%D7%9E%D7%94-%D7%95%D7%95%D7%99%D7%93%D7%90%D7%95-%D7%AA%D7%A8%D7%A4%D7%99%D7%94.aspx>

כהן-לוינסון, ד. (2004). השפעת מערכת התמיכה הבלתי פורמלית על הזדקנות מוצלחת של אנשים עם פיגור שכלי. עבודת גמר לתואר "מוסמך האוניברסיטה". אוניברסיטת חיפה: הפקולטה ללימודי בריאות ורווחה החוג ללימודי זקנה.

כהן-מנספילד, י. (2008). מהי גרונטולוגיה ומדוע חוששים מטכנולוגיות חדשות?. הגיל

החדש-עיתון לאנשים מתחדשים, 3, 4-6.

ליפשיץ, ח. (1997). ההעשרה האינסטרומנטלית: תוכנית לשיפור הכושר הקוגניטיבי בקרב

אנשים מוגבלים בשכלם, מבוגרים ומזדקנים. בתוך: דובדבני, א., חובב, מ., רימרמן, א.

ורמות, א. (עורכים), הורות ונכות התפתחותית בישראל. ירושלים: מאגנס, עמ' 198-222.

ליפשיץ, ח., רנד, י., והר-אבן, ד. (1998). שיפור הכושר הקוגניטיבי באוכלוסיית מבוגרים

ומזדקנים מוגבלים בשכלם. מגמות (3), 270-285.

מדיניות, סטנדרטים, נהלים והנחיות בתחום הדיור בקהילה לאנשים עם פיגור שכלי (2003).

מתוך: אתר משרד הרווחה:

www.molsa.gov.il/MisradHarevacha/Disabilities/MentalRetadation/community/Services/

מורבר, מ., וקסל, שץ (2000). הועדה בנושא הזדקנות האדם עם פיגור שכלי במעונות

הפנימייה. משרד העבודה והרווחה, האגף לטיפול באדם המפגר, השרות למעונות פנימייה.

נסים, ד. (2006). תכניות אשיות ויכולת החלטה עצמית של אנשים עם פיגור שכלי. בתוך: חובב, מ., וגיתלמן, פ. (עורכים), *מבידול לשילוב, התמודדות עם מוגבלויות בקהילה*, (עמ' 103-126), ירושלים: כרמל.

נירי, ד. (2010). חווית הזקנה בעיניהן של נשים מזדקנות עם פיגור שכלי. *עבודת גמר לBA: הפקולטה למדעי החברה והבריאות, החוגר לגרונטולוגיה, אוניברסיטת חיפה*.

עואטף, ח., אשרף, ח., וחנאן ח. (2008). תוכנית להפעלת מרכז יום למזדקן עם פיגור שכלי בתמרה וסח'נין. *עבודת גמר בקורס "טיפול באדם המזדקן עם פיגור שכלי", קרן של"ם*.

עמינדב, ח., נסים, ד. (2010). מדיניות הטיפול במזדקנים עם פיגור שכלי. בתוך: צבע, י. (עורך), *סקירת השירותים החברתיים 2010*. ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים, עמ' 475-496.

פורטל אלצהיימר (2011). טיפול בסנוזלן לחולי אלצהיימר. בתוך: פורטל אלצהיימר:
<http://www.alzheimer.co.il/02/%d7%98%d7%99%d7%a4%d7%95%d7%9c-%d7%91%d7%a1%d7%a0%d7%95%d7%96%d7%9c%d7%9f-%d7%9c%d7%97%d7%95%d7%9c%d7%99-%d7%93%d7%9e%d7%a0%d7%a6%d7%99%d7%94>

קיזאק, א'. (2000). מפגשים טיפוליים עם חיות מחמד. קריית ביאליק: אח.

קסל, ש. (1998). כשאדם עם פיגור מזדקן: הקשר בין ההזדקנות והפיגור השכלי: סוגיות טיפוליות וחברתיות ותכנית התערבות לטיפול באוכלוסיית הקשישים במעון נווה נטוע, חדרה. *עבודת MA, אוניברסיטת חיפה*.

רוט, א. (2007). גיל המעבר אצל נשים עם מגבלה שכלית. מתוך: אתר קהילה מקצועית בתחום פיגור שכלי של משרד הרווחה:
www.molsa.gov.il/Kehilot/Pigur/SideMenuChannels/ChosenIssues/GettingOld/Special/Research4.htm

רימור, מ. (2010). הומור-בראי הפסיכולוגיה והחברה. *כורת*, 18, 25-29.

שטיינהיידרט, ל. 2004. בין כוכבי שמיים לחול הים. רמת השרון: שער הים.

שליו, א. (1996). המרפא הפרוותי. תל אביב: צ'ריקובר.
שמוטקין, ד. (2003). תיאוריות פסיכולוגיות של ההזדקנות. בתוך: רוזין, א. (עורך), *הזדקנות וזקנה בישראל*. ירושלים: אשל, עמ' 345-384.

Atchley, R.C. (1999). Continuity theory, self, and social structure. In: Ryff, C.D., & Marshall, V.W. (eds.), *The Self and Society an Aging Processes* (pp. 94-121). New York, NY: Springer Publishing Company.

Baltes, P. B. (1991). The many faces of human ageing. Toward a psychological culture of old age. *Psychological Medicine*, 21, 837-854.

Bergstrom, M. J., & Holmes, M. E. (2000). Lay theories of successful aging after the death of a spouse: A network text analysis of bereavement advice. *Health Communication* 12(4), 377-406.

Buono, S., Mongelli, V., Carruba, A., Di Fatta, E., Mascali, G., & Trubia, G. (2008). The condition of adults with ID: A comparative study on health and life status. In: Abstracts from the 16th annual roundtable of the IASSID special interest research group in aging and intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 5(1), 24-32.

Butler, R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the edge. *Psychiatry*, 26, 65-76.

Cohen-Mansfield, J., & Biddison, J. (2007). The scope and future trends of gerontechnology: Consumers' opinions and literature survey. *Journal of Technology in Human Services*, 25(3), 1-19.

Dew, A., Llewellyn G., & Gorman, J. (2006). "Having the time of my life": An exploratory study of women with intellectual disability growing older. *Health Care for Women International*, 27, 908-929.

Edgerton, R.B. (1994). Quality of life issues: Some people know how to be old. In: Seltzer, M.M., Krauss, M.W., & Janicki, M.P. (eds.), *Life course perspective on adulthood and old age* (pp. 53-66). Washington DC: American Association on Mental Retardation.

Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed: A review*. New York: Norton.

Frani, C.E., Kraus, J.F., Borhani, N.O., Johnson, S.L., & Tucker, S.D. (1980). Pet ownership in rural northern California (El Dorado Country). *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 176, 143-149.

Freedman, R.I., Wyngaarden, M., & seltzer, M.M. (1997). Aging parents' residential plans for adult children with mental retardation. *Mental Retardation*, 35(2), 114-123.

Gill, C. J., & Brown, A. A. (2000). Overview of health issues of older women with intellectual disabilities. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 18(1), 23-36.

Hardy,S.E., Concato, J., & Gill, T.M. (2004). Resilience of community-dwelling older persons. *Journal of American Geriatrics Society*, 52, 257-262.

Heller, T., Miller, A.B., Hsieh, K., & Sterns H. (2000). Later-life planning: Promoting knowledge of options and choice-making. *Mental Retardation*, 38(5), 395-406.

Herzog, T.R., & Strevey, S.J. (2008). Contact with nature, sense of humor and psychological well-being. *Environment and Behavior*, 40(6), 747-776.

Higgins, L., & Mansell, J. (2009). Quality of life in group homes and older person's homes. *British Journal of Learning Disabilities*, (37), 207-212.

Janicki, M.P. (1988). Aging and persons with mental handicap and developmental disabilities. *Journal of Practical Approaches to Developmental Handicap*, 12(2).

Janicki, M.P. (1994). Policies and supports for older persons with mental retardation. In: Seltzer, M., Krauss, M., & Janicki, M. (eds.), *Life course perspectives on adulthood and old age*. Washington DC: American Association on mental retardation, 146-164.

Janicki, M.P., & Keller, S.M. (2012). 'My thinker's not working': A National strategy for enabling adults with intellectual disabilities affected by dementia to remain in their community and receive quality supports. *Report of the national task group on intellectual disabilities and dementia practices*: www.aadmd.org/ntg/thinker

Kagan, N., Krathwohl, D. R., & Miller, R. (1963). Stimulated recall in therapy using video tape: A case study. *Journal of Counseling Psychology*, 10(3), 237-243.

Kahana, E., & Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In V.L. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 18-40). New-York: Springer.

Kostler, A. (1964). *The act of creation*. London: Hutchinson.

Lifshitz, H. (2001). Aging phenomena among people with mental retardation in community residence in Israel. *Education and Training in Mental Retardation and developmental Disabilities*, 36(1), 30-41.

McAdams, D.P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology, 5*(2), 100-122.

Moss, S., & Patel, P. (1997). Dementia in older people with intellectual disability: Symptoms of physical and mental illness and levels of adaptive behavior. *Intellect Disabil Research, 41*(1), 60-69.

Pagliano, P.J. (2001). Using a multisensory environment: A practical guide for teachers. London: David Fulton.

Rowe, J. W., & Kahn, R. I. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science, 237*, 143-149.

Rowe, J. W., & Kahn, R. I. (1997). Successful aging. *The Gerontologist, 37*, 433-440.

Schultz, R., & Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American Psychologist, 51*, 702-714.

Shapiro, M. (2011). Beit Issie Shapiro's approach to multi-sensory environment (Snoezelen): A Handbook for practitioners. Ra'anana: Beit Issie Shapiro.

Simpson, S., Bell, L., Britton, P., Mitchell, D., Morrow, E., Johnston, L.A., & Brebner, J. (2006). Does video therapy work? A single case series of bulimic disorders. *European Eating Disorders Review, 14*(4), 226-241.

Abstract

The life span of people with mental retardation is increasing in accordance with the general population over the past years. As a result of this, a new population has been created: a population of aging and elderly people with mental retardation.

In this literature review, two theories that support the view of growth with aging, as part of the circle of life from the aspect of continuous development are reviewed: Integrity versus Despair, the eighth level of the circle of life according to Erikson (1982) and Life Span Developmental Psychology of Baltes (1971).

The acquaintance of old age focused on special aging demands an understanding of the generally aging population. Aging and special aging in particular, will be shown as a process that integrates three major components: body, soul, and society.

According to the National Social Security, old age is defined from the age of 67 with retirement from work. This definition is not relevant for aging people with mental retardation as they are not employed in institutionalized establishments. Therefore, in Israel the age of 50 years has been established as old age for people with mental retardation. An exception to this is people with the Down syndrome, where old age is from the age of 45 years old.

The process of aging is accompanied by characteristics with typical effects that are common with the general aging population and the aging population with mental retardation, although the rate and intensity of their appearance differ from person to person. They especially include reducing and lack of regeneration that are expressed in three dimensions that are intertwined with each other and with the aging process: biological dimension (physical and cognitive), emotional dimension and social dimension. An aging person with mental retardation experiences, as stated, the same influence of the three dimensions but in addition has difficulties and disturbances that are a factor of, or a part of, their mental retardation.

Due to the variance and the complexity of the aging population with mental retardation, there are unique characteristics of their aging that are categorized by Down syndrome, level of retardation and gender.

One of the common syndromes of old age is dementia, from which Alzheimer's disease is a main cause. The aging mental retardation population becomes ill with Alzheimer's disease at a similar rate as the general aging population, although at a younger age due to aging people with Down syndrome who are at high risk due to their chromosome structure. They also have behavioral disorders that are not expressed as opposed to prominent clinical symptoms.

Due to the fact that aging is defined as a developmental process, successful aging can be established. There are many models that support successful aging such as Rowe and Cahn (1997). According to them the integration of health, functioning and daily interest creates successful aging. An additional model centers upon resilience while another centers on quality of life and self advocacy. Beside these models that are techniques and treatment that can help and implement successful aging among people with mental retardation. Among them are Animal Assisted Therapy, working in a multi sensory environment (Snoezelen), crafts and creativity, humor, life's story, video and cinema therapy, and Assistive Technology that eases functioning while conserving abilities.

As stated, all the above contribute in their own unique way and according to the individual's tendency to develop successful aging that the aging people with mental retardation are capable of and entitled to.



בית איזי שפירא
לשינוי באיכות חיינו של אנשים עם מוגבלויות
Beit Issie Shapiro
Changing the lives of people with disabilities
בקמפוס ווילי וסיליה טראמפ
On the Willie & Celia Trump Campus

"Special Aging"

Aging people with intellectual developmental disability

Literature Review



Anott Alon-Pardo

2012