



סקר צרכים ומענים של אנשים מבוגרים ומזדקנים עם פיגור שכלי החיים בקהילה בעיר ת"א-יפו

ד"ר מרים ברזון,

בה"ס לעבודה סוציאלית, אוני' תל אביב

ניצה בוכנר וחני דניס מור,

תחום נכויות, מנהל השירותים החברתיים,

עיריית תל אביב-יפו

רות וייס צוקר

לשעבר, מנכ"ל עמותת צ'יימס



מחקר זה נערך בסיוע מענק מחקר מקרן שלם
הקרן לפיתוח שירותים לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית ברשויות המקומיות

2001

תודות

ברצוננו להודות לכל אלה שסייעו לנו בביצוע הסקר על שלביו השונים.

לסיגל כהן ומיקי סלומון - על הראיונות עם הנחקרים.

לדנה סגל - על איסוף ועריכת הרקע התיאורטי.

להלה פריינטה - על עיבוד הנתונים וסיכומם בפרק הממצאים.

למייק שלם - המנהל האדמיניסטרטיבי של צ'יימס ישראל - על ניהול התקציב.

המחקר בוצע במימון קרן שלם לפיתוח השירותים למפגר ברשויות המקומיות.

ברצוננו להודות באופן מיוחד לגב' פרנסואז הופמן, מנכ"ל הקרן, שלוותה אותנו ותמכה בנו לאורך כל הדרך.

תוכן עניינים

1-4.....	תקציר
5-6.....	מבוא
7-28.....	סקירת ספרות
29-33.....	א. זקנה אצל אנשים עם פיגור שכלי
34.....	ב. תהליכי הזדקנות בקרב המוגבלים בשכלם
35.....	ג. השפעת תהליכי ההזדקנות על התחומים השונים
36-37.....	ד. משפחתו של האדם עם הפיגור השכלי
38-25.....	מהלך הסקר, שיטת איסוף ועיבוד הנתונים
26-51.....	ממצאי הסקר
54.....	דיון, מסקנות והמלצות
63-65.....	ביבליוגרפיה

תקציר

התארכות תוחלת החיים של אנשים עם פיגור שכלי הפכה את הקבוצה של אנשים אלו בגילאים מתקדמים למשמעותית יותר בקרב אוכלוסיית המפגרים בשכלם, החיים בקהילה ובמוסדות. למרות זאת, נראה היה שלא נערכה בדיקה יסודית של הצרכים המיוחדים של קבוצה זו. ייתכן שמצב זה קשור לתפיסה הרווחת שאנשים עם פיגור שכלי הם "ילדים נצחיים", "חניכים" כל חייהם ולמעשה התפתחותם נעצרת ואינם נחשפים למאפייני גיל הזיקנה כמו ירידה בתפקודים פיזיים ומנטליים, פרישה מהעבודה, מוות של קרובים וחברים, ומאידך יתר ניסיון חיים כתוצאה מבגרות. הסקר בא לזרוק אור על אוכלוסיית המבוגרים והקשישים החיים בקהילה ולאתר את צרכים המיוחדים שלהם.

החיים בקהילה משמעותם לגבי רוב אוכלוסייה זו מגורים עם משפחת המוצא, מפני שרק לעיתים רחוקות הם מקימים משפחה משלהם. החיים בקהילה (כולל דיור מוגן) מחייבים שימוש בשירותים שהקהילה מציעה לכלל האוכלוסייה. הסקר בא לבדוק באיזו מידה נתונים שירותים אלו תשובה גם לצרכיה המיוחדים של קבוצת אוכלוסייה זו.

איסוף הנתונים נעשה קודם כל מן המבוגרים והמזדקנים עצמם, שהם למעשה צרכני השירותים וחשוב לאפשר להם (למרות הקושי הקיים לעתים לראיין אנשים עם פיגור שכלי) לבטא את עמדתם. במקביל רואיינו גם המטפלים העיקריים של אנשים אלו, בהנחה שתופעת הפיגור השכלי הטומנת בחובה גם את התלות בגורם המטפל, נותנת למטפלים מקום מרכזי בחיי אנשים אלו ובכך יכולים גם הם להיות מקור חשוב לאיתור צרכים ולהתייחסות למענים הקיימים לקבי מטופליהם.

הנחקרים

הנתונים על אוכלוסיית הסקר התקבלו מהיחידה לטיפול באדם עם פיגור שכלי הפועלת כחלק מתחום הנכויות באגף הרווחה של עיריית תל-אביב-יפו.

מתוך אוכלוסייה זו איתרנו בני 45 ומעלה בדרגת פיגור קל עד בינוני קשה החיים בקהילה. מתוך 68 האנשים שאותרו רואיינו 61 (18 נשים ו-43 גברים). כמו כן רואיינו המטפלים "העיקריים" של אנשים אלו שהיו רובם קרובי משפחה ואחרים, מדריכים בדיור המוגן או ההוסטל. לצורך הראיונות חובר שאלון שהתייחס לתחומים הבאים:

- א. נתונים אישיים
- ב. תפקוד בחיי יום יום
- ג. תפקיד חברתי וחיי חברה
- ד. בילוי שעות פנאי
- ה. הסתייעות באנשי מקצוע (בשנה האחרונה)
- ו. קשרם עם שירותים בקהילה (בשנה האחרונה)
- ז. דיווח ען שינויים פיזיים, מנטליים, נפשיים והתנהגותיים בשנה האחרונה.

הראיונות עם האנשים עם הפיגור השכלי ומטפליהם העיקריים התקיימו בנפרד, תוך שימוש באותו שאלון.

נתוני הרקע של הנחקרים מלמדים שהגיל הממוצע שלהם היה 50. מחציתם הוגדרו כלוקים בפיגור קל עד בינוני. 80% היו יתומים מאב, 50% למדו בבתי ספר מיוחדים. 76% דיווחו שהנם בריאים בדרך כלל. 50% התגוררות בבית הוריהם או קרובי משפחה מדרגה ראשונה ו-40% בדיור המוגן או ההוסטל (השאר במקומות שיקום). 53% היו מועסקים בתעסוקה מוגנת, 27% בשוק החופשי ו-15% היו חסרי מסגרת תעסוקתית. 35% השתכרו פחות מ-500 ש"ח לחודש.

ניתוח הנתונים הנוספים שהתקבלו מהשאלון התמקד בתחומים הבאים:

1. השוואה בין האינפורמציה שהתקבלה מהאנשים עם הפיגור השכלי לזו שנאספה ממטפליהם בכל הנושאים בהם עסק השאלון.
2. השוואה בין המתגוררים על-פי המשפחה למתגוררים בדיר המוגן או ההוסטל.
3. השוואות שהתייחסו לדרגת הפיגור (קל עד קל בינוני לעומת בינוני עד קשה), להבדלים על-פי גיל (49-45 לעומת 50-64) ועל-פי מין.

סיכום הממצאים העיקריים ודיון

נתוני הרקע של הנחקרים מלמדים כי רובם נמצאים במסגרות תעסוקתיות ומתמידים לבוא למקום עבודתם. יחד עם זאת רק מעטים מבינהם מקבלים שכר העולה על 500 ש"ח בחודש ויש גם כאלה מאינם מקבלים שכר כלל. את הסיבה מדוע הם מתמידים לבוא למסגרות התעסוקה ניתן להסביר בכמה אופנים. יתכן שבני המשפחה מעודדים אותם לעשות זאת כדי שיהיו מועסקים רוב שעות היום. נראה שהיציאה לעבודה מאפשרת תחושה של שגרה, מסגרת וסדר יום קבוע ומהווה גם הזדמנות למפגש חברתי. הנחקרים ציינו כי הם נוטים להתעייף מהר יותר בעבודה בשלב הזה של חייהם ולמאות זאת הם מתמידים לבוא לעבודה. עובדה זו מעוררת מחשבה לגבי הצורך להיערך לפרישה בהדרגה (בשלב הראשון הפחתת שעות העבודה) תוך פיתוח אלטרנטיבות למסגרות התעסוקתיות, שמטרתן תהיה ממוקדת סביב בילוי שעות פנאי (כמו מועדוני קשישים).

המימצאים העיקריים לגבי ההבדלים המשמעותיים שנמצאו בין האינפורמציה שהתקבלה מהאנשים עם הפיגור השכלי לזו שהתקבלה ממטפליהם העיקריים מתמקדים בעיקר בשני נושאים:

- א. דרגת העצמאות במה שקשור לתפקוד יומיומי. ניידות וסיוע בעבודות הבית. בנושא זה העריכו האנשים עם הפיגור השכלי את יכולתם לתפקד באופן עצמאי כגבוהה יותר משמעותית לעומת ההערכה של המטפלים.
- ב. בנושא הבילוי מחוץ לבית סברו המטפלים העיקריים שקיימת תלות חזקה יותר במשפחה לעומת עמדתם של האנשים עם הפיגור השכלי בסוגיה זו שציינו כי הם מבליים יותר בלי בני המשפחה.

ייתכן שההבדלים הללו נובעים מהקושי של המטפלים העיקריים להכיר ביכולת הגוברת של האדם עם הפיגור השכלי בהגיעו לבגרות ואף לזיקנה לתפקד בצורה עצמאית יותר כאשר הוא חי בקהילה. המגמה לראות בהם "ילדים נצחיים" מונעת לקבל את העובדה שגם אצלם חלה התפתחות במעגל החיים והם רוכשים במקרים רבים (במסגרת התעסוקה, הדיר, הפנאי ועקב ניסיונות חיים) מיומנויות המאפשרות עצמאות רבה יותר ממה שהסביבה מוכה להעריך. נראה, כי שימור יחסי התלות מהווה הכבדה עם המטפלים העיקריים, אולם ייתכן שהדבר נובע ממניעים שאינם בהכרח קשורים לצרכיו של האדם עם הפיגור השכלי.

השוואה שנערכה בין דיירי הדיר המוגן וההוסטל לאלו החיים עם המשפחה בנושאים אלו מאירה את הממצאים שתוארו באור נוסף. הדיירים המוגן וההוסטל מייחסים לעצמם בהשוואה לאלו המתגוררים עם משפחתם דרגת עצמאות גבוהה יותר באופן מובהק בכל מה שקשור למיומנויות, עזרה בבית, ניידות וכד'. כמו הן בהשוואה לחבריהם המתגוררים בחיק המשפחה הם ממעטים לבלות עם בני משפחתן ומבלים בזמן רב יותר במחיצת בני גילם. נראה איפוא שהיציאה מן הבית מאפשרת יותר הזדמנויות לצורת את כישורי העצמאות שנרכשו.

היכולת לנהל חיים עצמאיים ככל האפשר מעלה את איכות החיים של הפרט ומאפשרת להגשים בצורה טובה יותר את רעיון הנורמליזציה והשילוב בקהילה.

הממצאים המתייחסים לבילוי שעות הפנאי, מצביעים אף הם על הבדל משמעותי בין המתגוררים בדיר המוגן או ההוסטל לבין אלו החיים עם משפחתם. הראשונים מבלים יותר, באופן משמעותי,

לבלות במקומות כגון בתי קפה, מוזיאונים, קולנוע ונופש בארץ ובחו"ל. כמו כן הם עוסקים בצורה אינטנסיבית יותר בפיתוח תחביבים. מכאן, ניתן ללמוד שאיכות חייהם של המתגוררים בדיון המוגן או ההוסטל טובה יותר גם בהקשר למגוון הפעילויות שלהם בשעות הפנאי. פעילויות המאפיינות את האדם החי בקהילה ומפגישות אותו עם האוכלוסייה הרחבה.

אולם, מהממצאים מסתבר שלגבי מה שקשור לשינויים פיזיים ונפשיים שחלו בשנה האחרונה דיווחו המתגוררים בדיון המוגן או ההוסטל על עלייה במצבי וכחנות, רוגז, מריבות ודיכאון בשיעור גבוה יותר בצורה מובהקת בהשוואה לחבריהם המתגוררים עם המשפחה. יתכן שהדבר קשור בתנאי המגורים בדיון (צפיפות, חוסר אינטימיות, רעש וכד') שאינם מותאמים לאנשים מבוגרים ומזדקנים המחפשים יותר שלוה, שקט ופרטיות במקום מגוריהם. מכאן, יש לשקול שינויים במערך הדיון בהתייחס לקבוצת הגיל הזאת כדי שלא תפגע איכות החיים שלהם.

נושא נוסף שבדקנו בהרחבה קשור לשימוש בשירותים בקהילה. הממצאים מלמדים כי הפניות לשירותי הבריאות (בעיקר המרפאה הקהילתית) הן בשכיחות הגבוהה ביותר. האנשים עם הפיגור השכלי ובני משפחותיהם נוטים יותר להסתייע בשירותים חברתיים בהשוואה למתגוררים בדיון. אצלם, לעומת זאת, יש נטייה לפנות לעתים קרובות יותר לבית חולים ולהסתייע יותר בבעלי מקצועות פרא-רפואיים. אליה בשימוש בשירותים רפואיים מאפיינת את קבוצת הגיל האלו גם באוכלוסייה הכללית אולי מאחר ולא ערכנו השוואות בנושא זה לגבי אוכלוסיית האנשים עם הפיגור השכלי (צעירים יותר) אין באפשרותנו לתת תשובה חד משמעית לסוגיה זו. מה גם שכאשר ניסינו ללמוד על שינויים במצב הבריאות שחלו בשנה האחרונה הדיווח של האנשים עם הפיגור השכלי ומטפליהם הצביע על מעט שינויים משמעותיים שהתמקדו בעלייה בעייפות ובכאבים בחלקי גוף שונים. בנוסף לכך שהתבקשו הנחקרים להגדיר את עצמם (צעירים, מבוגרים, מזדקנים) בחרו 40% מהם להתייחס לעצמם כאל "צעירים" וגם 41% ממטפליהם הסכימו עמם לגבי הגדרה זו. כנראה שהדימוי העצמי והחברתי של קבוצה זו מביא לפחות ערנות לשינויים הקשורים בבגרות והזיקנה. אולם יתכן שבגילאים שחקרנו שינויים אלו פחות ניכרים, כמו בכלל האוכלוסייה, וההשערה המתעוררת לעתים שתהליכי ההזדקנות מתחילים אצל אנשים עם פיגור שכלי בשלב מוקדם יותר אינה מקבלת כאן חיזוק לפחות בממד הסובייקטיבי.

כפי שצוין ערכנו השוואות תוך התייחסות לרמת הפיגור השכלי, לגיל ולמין הנחקרים. ההבדלים המשמעותיים ביותר נמצאו בהשוואה שערכנו בין גברים לנשים (יש להתייחס לממצאים בהירות כי קבוצת הנשים היתה קטנה יחסית). הנשים יותר מן הגברים באופן מובהק דיווחו על הרעה בזיכרון, ברמת העייפות, במצבי רוגז ומריבות. כמו כן ציינו שמרבות יותר לבקר במרפאות ולקחות תרופות באופן קבוע. למרות ההסתייגות שצוינה לעיל נראה לנו שניתן היה ללמוד מן הממצאים שנשים עם פיגור שכלי ערות יותר לשינויים החלים עם העלייה בגיל או אולי מוכנות יותר מהגברים, לדווח על שינויים אלו. יתכן שההבדל נעוץ בקשר בין מגדל, גיל ורמת הפיגור השכלי אך נראה שסוגיה זו ראויה לבדיקה נוספת.

להלן מספר המלצות הנובעות מתוצאות הסקר.

- א. יש להיערך לדעתנו לתהליכי פרישה מוסדרים גם לאנשים עם פיגור שכלי, דהיינו, לאפשר הפחתה הדרגתית של שעות העבודה ולפתח מסגרות חילופיות לתעסוקה כדי לשמור על איכות החיים של המזדקנים.
- ב. היכולת לנהל חיים עצמאיים בבגרות והזיקנה, בעיקר אצל אנשים החיים בקהילה מותנית בחינוך לעצמאות מגיל צעיר, הגברת המודעות של המשפחות והמטפלים לגבי רמת התלות הנדרשת בכל שלב במעגל החיים, והכנה לעזיבת הבית כחלק מתהליך הנורמליזציה.
- ג. יש להגביר את הסיוע למשפחות בהן מזדקן האדם עם הפיגור השכלי יחד עם הוריו. כמו כן יש להתאים את הדיור המוגן לצרכים המשתנים של האוכלוסייה הבוגרת והמזדקנת.
- ד. העובדה שהפנייה לאנשי מקצוע מתחום הרפואה עולה והנה בשכיחות גבוהה אצל הגילאים האלו מעלה את הצורך להגביר את ההבנה והתובנה של אנשי מקצוע אלו לצרכים המיוחדים הנובעים מהשילוב שבין פיגור שכלי להזדקנות.
- ה. מחקרים נוספים בנושאים הקשורים לשינויים בבריאות, להבדלים בין המינים וכד' מומלצים כמקור לפיתוח הידע לגבי תהליכי ההזדקנות של אנשים עם פיגור שכלי ומשמעותם ברמה האישית והחברתית.

מבוא

התארכות תוחלת החיים של האדם עם הפיגור השכלי, במקביל להתארכות תוחלת החיים של כלל האוכלוסיה, הגדילה את הקבוצה של אנשים עם פיגור שכלי בגילאים מתקדמים (מזדקנים וקשישים), בקרב אוכלוסיית המפגרים בשכלם במסגרת המוסדות ובקהילה. למרות זאת, לא חלה התפתחות מספקת בשירותים, תוך התייחסות לצרכיה המיוחדים של קבוצה זו, ועיקר המאמצים לפיתוח שירותים התמקדו בגילאים הצעירים יותר.

ניתן להסביר תופעה זו מכמה היבטים: מאז ומתמיד היתה התעלמות מסוימת בקרב הורים ואנשי מקצוע מן העובדה שגם האדם הלוקה בפיגור שכלי עובר שלבים במעגל חייו. שלבים אלו באים לידי ביטוי בתהליכי התפתחות ושינוי בכיוון של גדילה וצמיחה, ובגיל מאוחר יותר גם בכיוון של ירידה בכישורים. קשה היה לחברה, להורים ולאנשי המקצוע להתעלם מהשינויים הפיזיולוגיים הנראים לעין, אבל לא בהכרח היתה התייחסות להיבטים אחרים כמו שינויים במצב הנפשי, האינטלקטואלי, התפקודי וכו'. אנשים עם פיגור שכלי נחשבו ל"ילדים נצחיים" במובנים מסוימים, למרות שבבגרותם עסקו בפעילויות שאינן מאפיינות ילדים כמו תעסוקה ולימוד הרגלי עבודה. הם חדלו להיות תלמידי ב"ס אבל המשיכו להיות "חניכים" גם בהגיעם לגיל בגרות וזיקנה. ההתעלמות משינויים הכרוכים בגיל באה לידי ביטוי בצורה קיצונית יותר ככל שנמצאו בקרבנו יותר אנשים מזדקנים עם פיגור שכלי. ההתעלמות כללה גם את השינויים בכיוון החיובי כמו למשל למידה שהתרחשה כתוצאה מנסיון חיים ומפגש עם חוויות חיים המאפיינות את שלב הבגרות (נישואים במשפחה, פטירת הורים, מוות של חברים, חולי וכו'). מאידך, עם העלייה בגיל היה צורך להתמודד עם ירידה בתפקודים השונים וההשלכות שיש למצב זה על הפרט המזדקן.

מסיבות אלו ואולי גם בגלל שיקולים שאינם קשורים בהכרח לקשר בין צרכים ומענים, נראה היה כי לא נערכה חשיבה ובדיקה יסודית של מערך השירותים המיועדים לאוכלוסיה זו, החיה בקהילה, תוך התייחסות דיפרנציאלית לצרכים של מבוגרים ומזדקנים עם פיגור שכלי. חוסר המובחנות באה לידי ביטוי בתחומים שונים. במקומות התעסוקה (המוגנת בעיקר), אנשים צעירים ומזדקנים נדרשו להמשיך ולבצע אותן משימות פחות או יותר, באותם תנאים (אותו מספר שעות עבודה, תנאים פיזיים, תגמולים על הספק וכו'). האפשרות שיש מקום להתארגנות לקראת פרישה החל מגיל מסוים, כמו גם רעיון הפרישה, לא נלקחו בחשבון.

המזדקנים החיים עדיין בקהילה נמצאים רובם עם משפחת המוצא שלהם אולם גם כאן יש התעלמות מהשינויים החלים בקרב המערכת המשפחתית. אנו מוצאים לעתים קרובות שהפער הבין דורי הולך ונעלם כאשר האדם המזדקן עם הפיגור השכלי ממשיך להתגורר עם הוריו הקשישים, בעוד כל החלק "הצעיר" של המשפחה עזב את הבית. במצב זה אין עירנות מספקת ואף חוסר ידע לגבי מבנה משפחתי כזה, שבו יתכן שמצבם של כל בני המשפחה מצריך מענים דומים (למשל בתחום הבריאות). כמו כן יש להתייחס לשינויים בחלוקת התפקידים במשפחה, שינויים במבנה הבית, והזדקנות לשירותים שונים. גם לגבי מזדקנים החיים במסגרת דיור מוגן או הוסטל, יש יחסית מעט התייחסות דיפרנציאלית בהשוואה לחבריהם הצעירים מהם בגיל, והיא מתמקדת בהיבט הרפואי בעיקר.

אנשים שהיו עצמאיים וחלה ירידה בתפקודם עקב הגיל המתקדם לא תמיד זוכים לסיוע באמצעות הקצאת כח-אדם והתייחסות לצורכיהם הנובעים מתהליך ההזדקנות ולהשלכות של מצב זה על יכולתם להתמודד עם מיומנויות יום-יומיות.

תחום נוסף שלגביו נראה שלא נעשתה חשיבה מספקת הוא נושא שעות הפנאי. המועדונים החברתיים הקיימים בקהילה אינם מותאמים במידה מספקת מבחינת הפעילויות ושעות הפעילות לצרכיה של האוכלוסיה המזדקנת. אותה פעילות, פחות או יותר, מוצעת לגילאים הצעירים יותר ולמי שמתמיד וממשיך לפקוד את המועדון החברתי בגיל מתקדם. נראה שלא רבים ממשיכים לעשות זאת וייתכן

שהדבר נובע, בין השאר, מתחושתם שהמקום אינו מספק מענה הולם לצורכי הבילוי שלהם בשלב זה של חייהם.

אי התייחסות מספקת לצרכים והעדר מענים משפיעים על איכות החיים של קבוצת אוכלוסיה זו שגם בגלל העליה בגיל והירידה בכישורים שונים, חשה את השינוי באיכות החיים. חלק מהקושי להתאים את המענים לצרכים נעוץ לדעתנו בהעדר מידע מספיק על קבוצת אוכלוסיה זו החיה בקהילה. גם כאשר אנשים אלו נמצאים במסגרות מוכרות – בתעסוקה, בדיר, בקשר עם אנשי מקצוע, במקומות הבילוי המיועדים להם וכו' יש להם רק לעתים רחוקות הזדמנות לבטא את רצונותיהם וצורכיהם באופן ישיר מכיוון שהורגלו להיות "חניכים" שמישהו אחר "מחנך" אותם ומחליט עבורם מה מתאים להם ומה לא. חלק לא מבוטל מקבוצה זו נעלם מעינינו רוב שעות היום ונבלע בבית המשפחה מבלי שניתן לעמוד על איכות ותנאי חייו.

מטרת הסקר היתה לנסות וללמוד מקרוב באמצעות האנשים עצמם והמטפלים העיקריים שלהם (care-givers) על הצרכים המשתנים כתוצאה מתהליך ההזדקנות וממצב הזיקנה. רצינו לבדוק, בין השאר, האם המענים הקיימים כיום בקהילה אכן מתייחסים לצרכים הספציפיים של קבוצה זו. הסקר בא להרחיב את הידע שנאסף בעקבות תצפיות והתערבויות של אנשי מקצוע בשטח, אבל הפעם באנו ללמוד על כך מפי צרכני השירותים ולא באמצעות אלו המספקים אותם. ראינו בעצם מתן האפשרות לתת לאנשים עם הפיגור השכלי לבטא את עצמם, באמצעות הראיונות, פעילות של סגור והעצמה, ובבואנו לסכם את תוצאות הסקר תהיה זו קריאה לשינוי שתבוא קודם כל מצד צרכני השירותים באמצעות אנשי המקצוע והחוקרים.

אנו מקוות שממצאי הסקר יסייעו למתכנני השירותים והמדיניות בתחום, להתאים את המענים לצרכיה המיוחדים של האוכלוסיה שנחקרה. תקוותנו היא שיחולו שינויים בשירותים הקיימים כיום, כמענה אפשרי לטווח הקצר.

הפרק הבא יעסוק בסקירת הספרות הדנה בנושאים הקשורים לתהליכי הזדקנות אצל אנשים עם פיגור שכלי וההשפעה שיש לתהליכים אלו על תחומים שונים בחייהם.

סקירת ספרות

מבוא

סקירת הספרות תעסוק בנושאים הבאים :

- א. זקנה אצל אנשים עם פיגור שכלי : הגדרת הפיגור השכלי, תוחלת החיים של אנשים עם פיגור שכלי וקביעת גיל הזקנה של אוכלוסייה זו.
- ב. תהליכי ההזדקנות אצל אנשים מוגבלים בשכלם מנקודת מבט פיזית- בריאותית , פסיכולוגית וחברתית.
- ג. השפעת תהליכי ההזדקנות על תחומים שונים בחייו של האדם עם הפיגור השכלי. ייסקרו התחומים - דיור, תעסוקה ובילוי שעות פנאי.
- ד. משפחתו של האדם המזדקן עם הפיגור השכלי. בנושא זה יידונו סוגיות הקשורות לתפקיד המטפל העיקרי (care-giver) וההשלכות של הזדקנות בן המשפחה עם הפיגור השכלי על הוריו, אחיו ואחיותיו.

א. זקנה אצל אנשים עם פיגור שכלי

פיגור שכלי- הגדרות

פיגור שכלי הוא מצב של עצירה או עיכוב בהתפתחות האדם, מתאפיין בעיקר בפגיעה במיומנויות בתחום הקוגניטיבי, בשפה, ביכולת המוטורית ובהתנהגות החברתית, ויכול להופיע עם או בלי הפרעה נפשית או גופנית אחרת (קסל, 1998).

האגודה האמריקנית בנושא ליקוי שכלי (AAMD) מגדירה את הפיגור השכלי כמצב בו מתקיימים באדם בו זמנית תפקוד אינטלקטואלי כללי ירוד באופן משמעותי מהמוצע באוכלוסייה הכללית, וליקויים בהתנהגות מסתגלת, וכל זאת בתנאי שמאפיינים אלו הופיעו לראשונה במהלך תקופת ההתפתחות. תפקוד אינטלקטואלי ירוד באופן משמעותי מוגדר כמנת משכל הנמוכה לפחות בשתי סטיות תקן מהמוצע באוכלוסייה הכללית, תקופת ההתפתחות הנה מלידתו של האדם עד גיל 18, והתנהגות מסתגלת הנה המידה בה הפרט עומד בציפיות החברה מבחינת תלות הדדית ואחריות חברתית, וזאת בהשוואה למתאים לגילו וקבוצתו התרבותית (קסל, 1998). הנכות ההתפתחותית ממוינת על פי ארבע קטגוריות שכיחות (לפי AAMD):

פיגור קל- דרגת פיגור שמנת המשכל על פי מבחן אינטליגנציה נעה בין 2-3 סטיות תקן מתחת לנורמה (52-67 במבחן סטנפורד בינה). נכללים בקטגוריה זו מפגרים ברי חינוך. הילדים מסוגלים ללמוד והמבוגרים מסוגלים לתפקד באופן עצמאי למדי בקהילה.

פיגור בינוני- דרגת פיגור שכלי שמנת המשכל על פי תוצאות אינטליגנציה נעה בין 3-4 סטיות תקן מתחת לנורמה (36-51 במבחן סטנפורד בינה). ברי אימון, מסוגלים לטפל בעצמם וליצור תקשורת, מבצעים פעולות תעסוקתיות פשוטות או מיומנויות למידה פשוטות.

פיגור קשה- דרגת פיגור שמנת המשכל על פי מבחן אינטליגנציה נעה בין 4-5 סטיות תקן מתחת לנורמה (20-35 במבחן סטנפורד בינה). זקוקים לטיפול ולפיקוח מתמשך. מסוגלים לטפל בעצמם עם הדרכה צמודה. מסוגלים לבצע פעולות פשוטות בפיקוח.

פיגור עמוק- דרגת פיגור שמנת המשכל על פי מבחן אינטליגנציה נמצאות בה 5 סטיות תקן מתחת לנורמה (19 ופחות במבחן סטנפורד בינה). דורשים פיקוח תמידי. חלק מהמוגדרים מסוגלים לבצע רק פעולות פשוטות ביותר.

השרות למפגר בישראל הגדיר מפגר בשכלו על פי חוק. ההגדרה על פי חוק הסעד (טיפול במפגרים תשכ"ט-1969).

"מפגר"- אדם שמחמת חוסר התפתחות או התפתחות לקויה של כושרו השכלי מוגבלת יכולתו להתנהגות מסתגלת והוא נזקק לטיפול.

לחוק זה קיימת תוספת (תיקון מס' 2, תשל"ה 1975) לפיה, הגדרת פיגור שכלי צריכה לכלול שלושה קריטריונים: רמת משכל 65 ומטה, רמת תפקוד מתחת לנורמה, ושהפיגור יאוחר עד גיל 5).

תוחלת החיים של אוכלוסיית המוגבלים בשכלם

חשיבותן של מגמות ההתפתחות הדמוגרפית באוכלוסיית המוגבלים בשכלם, כתוצאה מהארכת תוחלת החיים שלהם, רבה ביותר לשם היערכות החברה לטיפול בצרכיה של אוכלוסייה זו, הן בטווח הקצר והן בטווח הארוך. עד שנות ה-70 התמקדו תכניות הרווחה לאוכלוסיית המוגבלים בשכלם בשכבות גיל צעירות בלבד, לא עמדו על צרכיה המיוחדים של האוכלוסייה המבוגרת יותר, והתפיסה הייתה שמערכת הצרכים של קשישים המוגבלים בשכלם דומה לזאת של הצעירים יותר (ליפשיץ, 1995). נתונים על צרכיהם המיוחדים של הקשישים המוגבלים בשכלם עשויים לקבוע את סוג המענים שיינתנו וכן את תכנון המשאבים האנושיים והכספיים שיוקצו לכך. אחד השינויים הדמוגרפיים המשמעותיים ביותר המתרחשים בימינו, הוא הגידול המואץ באוכלוסיית הקשישים בחברה. כמו השינויים באוכלוסייה הכללית, כך חלים גם שינויים באוכלוסיית האנשים עם פיגור שכלי, וידוע כי תוחלת החיים שלהם הולכת ומתארכת בדומה לזו של האוכלוסייה הרגילה (Janicki, 1988). ליפשיץ (1995) מציינת כי אין בעולם נתונים מדויקים על שיעור אוכלוסיית הקשישים המוגדרים כמוגבלים בשכלם, אך יש מידע לפיו תוחלת חייהם של אנשים המוגבלים בשכלם מגיעה כיום עד גיל 75 ואף למעלה מזה, וכי מספר המוגבלים בשכלם, המגיע לגילים אלו, נמצא בעליה מתמדת.

לפי קסל (1998) המחקר מראה כי בשנת 1929 היתה תוחלת החיים הממוצעת של אדם הסובל מתסמונת דאון תשע שנים בלבד, בשנת 1963 דווח כי תוחלת החיים עלתה ל-18.3 שנים, ובתחילת שנות ה-90 כבר הגיעה ל-56 שנה, עליה של יותר מ-60 אחוזים. גם בקרב אנשים עם פיגור ללא תסמונת דאון חלה תמורה משמעותית ודרמטית, כאשר במהלך שנים האחרונות עלתה תוחלת החיים מ-25 ל-65 שנה.

במחקר שנערך בשנת-1932 נמצא כי רק 28% מהאנשים שהוגדרו כמפגרים בשכלם חיו עד גיל 60. במחקר מאוחר יותר בשנת-1976 הראו הממצאים כי חלה עליה של כ-14% במצב זה, ויותר מ-40% מאוכלוסיית המפגרים חיים כיום עד גיל מופלג זה (Walz et.al, 1986 אצל קסל 1998).

על פי נתוני האגודה האמריקנית לפיגור שכלי (AAMR, 1998) מוערך מספר האנשים עם נכויות התפתחותיות בני 60 ומעלה בארצות הברית בכ-526,000 נפש, וכי עד שנת 2030 צפויה אוכלוסייה זו לגדול למספר של יותר ממיליון בני-אדם.

קביעת גיל הזקנה של אוכלוסיית המוגבלים בשכלם.

תחילת גיל הזקנה אצל אנשים מוגבלים בשכלם היא שאלה אשר מעסיקה את החוקרים. לפי ליפשיץ (1995), בגרונטולוגיה המודרנית קיימות שתי הגדרות מקובלות לזקנה: הגדרה חוקית והגדרה ביולוגית. מן ההבדלים שבין שתי ההגדרות נקבעו גם המונחים גיל זקנה כרונולוגי וגיל זקנה ביולוגי. **גיל הזקנה הכרונולוגי** הוא גיל שבו חלה למעשה הפרישה לגמלאות, והוא נקבע על ידי החוקים החברתיים של המדינה הנתונה. הגיל המקובל של הפרישה מהעבודה (בישראל: 60 לנשים ו-65 לגברים), אינו רלוונטי בדרך כלל לאוכלוסיית המפגרים בשכלם, כיוון שעל פי רוב הם אינם מועסקים בעבודות ממוסדות ואין אצלם תהליך פורמלי של פרישה מהעבודה.

גיל הזקנה הביולוגי הוא הגיל שבו מתחילה אצל היחיד ההזדקנות מבחינה ביולוגית. באשר לתחילת גיל הזקנה באוכלוסייה הרגילה יש התייחסות לגילים שונים מנקודת מבט דמוגרפית, ואין בעצם גיל זקנה אחיד מבחינה ביולוגית. מאחר שההגדרה הביולוגית באוכלוסיית המפגרים בשכלם סובלת מאותה אי בהירות הקיימת בנוגע להגדרה זו באוכלוסייה הכללית, אין עדיין קונסנזוס בדבר תחילת גיל הזקנה באוכלוסייה זו.

בספרות העוסקת בגריאטריה נמנות הגדרות נוספות לזקנה המבוססות על הערכות פסיכולוגיות, חברתיות ותפקודיות המתייחסות לאוכלוסיית הקשישים הכללית. מעטים הם הניסיונות להחיל הגדרות אלו על אוכלוסיית המפגרים ומרבית החוקרים מדברים על ממד הגיל הכרונולוגי בלבד, מה שפוגע ביכולת להעניק טיפול. הולם לקשישים עם נכויות התפתחותיות (קסל, 1998).

החוקרים חלוקים בנוגע להגדרת תחילת תקופת הזקנה בקרב אוכלוסיית האנשים עם הפיגור השכלי, אך קיימת הסכמה כמעט מלאה כי תהליך ההזדקנות מתחיל בגיל צעיר יותר מאשר באוכלוסייה הכללית (Janicki, 1988).

ליפשיץ (1995) טוענת כי המודל של Seigel (1980) שלפיו הזקנה מתחילה N שנים לפני המוות, קשה ליישום באוכלוסיית מוגבלים בשכלם בשל העובדה שאין נתונים מדויקים על תוחלת חייהם של הסובלים מפיגור שכלי, ומפני שיש הבדל בתוחלת החיים של תת-קבוצות באוכלוסייה זו. יש גם הבדל בתהליכי ההזדקנות ובאפיוני הזקנה של קטגוריות שונות של הפיגור, כגון מוגבלים הסובלים מנזק אורגני, בעלי נכויות פיזיות, אפילפטיים וכדומה.

הקושי ביישום ההגדרות המקובלות בגרונטולוגיה המודרנית באוכלוסיית מוגבלים בשכלם נובע גם מהעובדה שהקריטריונים המשמשים לתיאור אפיוני הזקנה באוכלוסייה הרגילה (מרכיבים ביולוגים, פסיכולוגים וחברתיים) מכילים אלמנטים זהים לאלה המשמשים בהגדרה הפסיכו-סוציאלית של הפיגור השכלי (Seltzer & Seltzer, 1985). הגדרת שתי תופעות באותם פרמטרים עלולה לגרום לאי-בהירות, היות וקשה לדעת האם יש לייחס את השינויים שנגרמו בתקופת הזקנה לתהליכים נורמלים של הזקנה, או לשינויים שחלו כתוצאה מן הפיגור השכלי עצמו (ליפשיץ, 1995).

מרבית החוקרים מדברים על גיל 50 ואילך כגבול התחתון של הזקנה בקרב המוגבלים בשכלם. ליפשיץ (1995) מציינת כי השונות בין החוקרים בקביעת גיל הזקנה קשורה, בין היתר, גם לשנת פרסום המאמר. מחקרים משנות ה-70 הציבו בדרך כלל את הסף התחתון של גיל הזקנה בגילאי ה-40-50 ואילו מחקרים משנות ה-80 ואילך העלו את הסף לגילאי 50 ומעלה. (Carlsen et. al, 1994) מציינים כי למרות השיפור בטיפול בשנים האחרונות, תוחלת החיים של אוכלוסיית המוגבלים בשכלם עדיין קצרה באופן משמעותי מזו של האוכלוסייה הרגילה, ולכן הם מציעים שלמען צרכים דמוגרפיים ומחקריים גיל 55 יחשב כגיל הרשמי לזקנה עבור קשישים עם פיגור שכלי. לפי Seltzer (1985) מתרחשת התדרדרות תפקודית בקרב מוגבלים בשכלם במהלך שנות ה-50 לחייהם. יש גם עדויות להתפתחות מוקדמת של מחלת האלצהיימר ומחלות נוספות האופייניות לקשישים בקרב מוגבלים בשכלם, בייחוד בקרב הסובלים מתסמונת דאון, מה שמעלה את המורכבות בהגדרת גבול הזקנה באוכלוסייה זו.

Seltzer & Krauss (1987) אצל ליפשיץ (1995) מציגים רשימה של למעלה מ-50 חוקרים, שכל אחד מהם מצביע על גיל אחר כעל תחילת גיל הזקנה. לסיכום, בכל מקרה של התייחסות לגיל הזקנה, יש להבדיל בין הזדקנות הפרט, שהיא אינדיבידואלית ושונה מאדם לאדם, לבין הזדקנות האוכלוסייה, שמתייחסת לשיעור נוכחות האנשים בגילים גבוהים באוכלוסייה (ליפשיץ, 1995). בדומה לאוכלוסייה הרגילה קיימת התפתחות שהיא אינדיבידואלית ושונה מאדם לאדם ותלויה גם באטיולוגיה של הפיגור, בסוג הליקוי ובדרגת הפיגור ולא בהכרח בתהליך ההזדקנות.

ב. תהליכי ההזדקנות בקרב המוגבלים בשכלם

אוכלוסיית הזקנים עם פיגור שכלי מהווה תת-קבוצה הטרוגנית המורכבת מאנשים המתפקדים בטווח רחב של תפקודים פיזיים ואינטלקטואליים. הפרופיל הביולוגי של ציבור זה מגוון מאד וקיימת שונות רחבה בין אדם לאדם (Janicki, 1988). אורך חייו של האדם אינו בהכרח מושפע

מרמתו השכלית וניתן למצוא כיום גם אנשים בעלי פיגור קשה ועמוק בגילאים מתקדמים מאד. לעיתים חיים לצד הקשישים אנשים צעירים יחסית (פחות מגיל 50) אשר למרות גילם מפגינים סימנים של הזדקנות. אוכלוסייה זו מאופיינת, אם כן, במגוון רחב של צרכים, ועל הגורמים המטפלים מוטלת החובה לתת מענה הולם לצרכים אלו (קסל, 1998).

חוקרי תופעת הזקנה באוכלוסיית המפגרים בשכלם בודקים אילו תופעות זקנה המתרחשות באוכלוסייה הרגילה, מתרחשות גם באוכלוסייה זו, והאם ישנן תופעות בעלות אופי דיפרנציאלי ביחס לאוכלוסייה הרגילה הן באשר לתחומי התפקוד והן באשר לגיל שבו הן מתרחשות. שאלה נוספת היא, האם היכולת התפקודית של אנשים עם פיגור שכלי יורדת עם הגיל, או שהיכולת נשמרת באותה רמה גם בתקופת הזקנה (ליפשיץ, 1995). לשאלות אלו חשיבות מרובה באשר לקביעת צרכיה המיוחדים של אוכלוסיית הקשישים בעלי הפיגור השכלי. להלן נסקור את תחומי התפקוד העלולים להיות מושפעים מתהליך הזקנה, ואת הסממנים הספציפיים המאפיינים קשישים עם פיגור שכלי בכל תחום ותחום.

התחום הפיזי-בריאותי

עם השנים, ניכרת אצל האדם, ללא קשר למצבו הקוגניטיבי, ירידה מסוימת בתפקודו, חיוניותו ומצבו הרפואי. לפי קסל (1998) שינויים תלויי גיל בולטים יותר על רקע מגבלות הקיימות כתוצאה מהפיגור השכלי, ויש להבחין בין מגבלות אלו לבין השינויים המתרחשים בעקבות ההזדקנות.

Adlin (1993) מציין כי מצבים אשר יוחסו להזדקנות נורמטיבית, הנם למעשה תוצאה של מחלות אופייניות, גורמים סביבתיים והתניה בעקבות חוסר שימוש בגוף האדם.

Seltzer & Seltzer (1985) מציגים מחקר אורך שערכו Callison et. al בו הם השוו בין תהליכי הזדקנות בקרב אנשים נורמלים, סכיזופרנים ומוגבלים בשכלם. שלושת הקבוצות נבחנו ביחס לשינויים החלים במהלך ההזדקנות ביכולת הראיה, השמיעה, וכוח לחיצת היד. הממצאים הראו שעם העלייה בגיל חלה ירידה בכל התחומים שנבדקו ובכל הקבוצות, אולם בקבוצת המוגבלים בשכלם הירידה הייתה חריפה יותר מאשר בשתי הקבוצות האחרות.

Bair & Leyland (1959) אצל ליפשיץ (1995) מצאו כי אנשים מוגבלים בשכלם בני 40-50, המתגוררים במוסדות, נראים כמו בני 60-70, היינו כמבוגרים הרבה מגילם האמיתי. הסממנים החיצוניים באים לידי ביטוי בין היתר, בשיער לבן ודליל, וכן בקימוט ויובש בעור הפנים והגוף.

לפי ליפשיץ (1995) ממחקר שערכו O'Connor et. al בשנות ה-70 במוסדות בהם אנשים עם

פיגור שכלי בקליפורניה עולה, כי כבר בגיל 40 אפשר להבחין אצלם בעייפות מרובה ובכבדות תנועה. הופעתם הכללית מרושלת יותר בהשוואה לגילים צעירים יותר. לעומת זאת אצל אותם אנשים שהתגוררו בקהילה, חלו השינויים בהופעה חיצונית, בערך באותו הגיל שבו הם חלים באוכלוסייה הרגילה.

ממחקר נוסף שמציגים Seltzer & Seltzer (1985) עולה כי לקשישים עם פיגור שכלי קיים סיכוי גבוה יותר לחלות במחלות כגון אפילפסיה, טרשת נפוצה, בעיות שמיעה ומחלות ריאה. לעומת זאת, קיימת אצלם סבירות נמוכה יותר לחלות במחלות לב ובלחץ דם גבוה.

Lawton (1966) אצל ליפשיץ (1995) טוען שבניגוד לדעה הרווחת בציבור, אין הבדל בסימני זקנה הביולוגיים ובמועד הופעתם באוכלוסיית המוגבלים בשכלם בהשוואה לאוכלוסייה הרגילה. במחקר שערך Lawton באוכלוסיית המוגבלים בשכלם, נמצא שירידה בתחום הבריאותי חלה רק בגיל 60-70. כלומר, מוגבלים בשכלם אמנם חשופים למחלות כרוניות בשכיחות גבוהה יותר עם העלייה בגיל, אך לגבי מועד הופעתן של מחלות אלו אין שוני בין אוכלוסייה זו לבין האוכלוסייה הרגילה.

בתחום המוטורי השוו Jacobson et.al (1985) את תהליך ההזדקנות בזיקה לרמות תפקוד שונות, והם מדווחים על ממצא מפתיע: בעוד שאצל בעלי הפיגור הקל, ירידה בכישורי המוטוריקה העדינה חלה כבר בגיל 50, אצל בעלי הפיגור העמוק הירידה חלה רק בגיל 70. הירידה המאוחרת מוסברת בכך שהיכולת הבסיסית של אוכלוסייה זו נמוכה יותר מלכתחילה, ולכן לא היה לה ממה לרדת. הפוטנציאל של בעלי הפיגור הקל לעומת זאת, גבוה יותר, עובדה המאפשרת להם תגובות רבה יותר בכיוון של ירידה (ליפשיץ, 1995).

Adlin (1993) מציין כי קשישים המוגבלים בשכלם משתמשים בסוגים רבים ומגוונים של תרופות, ולמעשה מקבלים טיפול תרופתי במשך תקופה ארוכה מאד בחייהם. כיוון שהגוף נעשה רגיש לתרופות עם עליית הגיל, וכיוון שבתקופת הזקנה מקבלים המוגבלים בשכלם תרופות נוספות לאלו שקיבלו במשך השנים, הם נמצאים בסיכון גבוה מאד לסיבוכים שעלולים לנבוע מלקיחת התרופות.

Carlson et . al (1994) מדווחים שכמעט ולא משתמשים בהערכה גריאטרית עבור קשישים המוגבלים בשכלם. ממחקר שערכו, הם הסיקו כי הערכה גריאטרית כוללת ומקיפה, הנה חיונית ושימושית להערכת הצרכים הבריאותיים של קשישים המוגבלים בשכלם.

לפי Adlin (1993) הבעיה המרכזית בהערכת המצב הבריאותי של קשישים מוגבלים בשכלם נובעת מהקושי בהשגת היסטוריה רפואית מדויקת עבור קשישים אלו. שינויים תכופים במקום המגורים שלהם, או שינויים תכופים בצוות המטפל, מותירים את הקשיש עם הפיגור השכלי, שלרוב אינו מסוגל לספק בעצמו את המידע הדרוש, ללא היסטוריה מדויקת על תפקוד קודם ובעיות רפואיות. גם כאשר קיים מטפל עיקרי לאורך שנים רבות ההיסטוריה הרפואית לא תמיד מדויקת, כיוון שלבני משפחה אין את מיומנויות האבחנה הדרושות. בני משפחה ומטפלים ישירים נוטים לא להיות מודעים לשינויים המתרחשים עם הגיל.

Edgerton et.al (1994) מציינים כי לקשישים המוגבלים בשכלם אשר חיים במוסדות או בדור מוגן בקהילה, יש גישה קלה יותר לשירותים העונים על צוריהם הרפואיים לעומת אלו החיים באופן עצמאי. הם מדגישים את הצורך ההולך וגובר לתכניות מיוחדות בתחום הבריאות שיבטיחו מענה למגוון הרחב של הצרכים של אוכלוסייה זו.

התחום הפסיכולוגי

הרובד הרגשי: כמו הקשישים באוכלוסייה הכללית, עומדים הקשישים עם הפיגור השכלי בפני אתגרים רגשיים הקשורים באובדן כשרם הגופני והתמיכה החברתית בחייהם. אך החוקרים מצאו כי לאדם עם פיגור שכלי סיכוי כפול להפגין סימנים של הפרעה נפשית. הם מצביעים על גורמים אפשריים כגון העדר קבלה חברתית, חוסר אינטגרציה בקהילה, פגיעה ביכולת עיבוד מידע, נכויות פיזיות ובריאותיות ופגיעה בכישורי התקשורת (קסל, 1998).

לאור העובדה כי בקרב אוכלוסיית הקשישים ללא נכויות התפתחותיות בארצות הברית שיעור השכיחות של מחלות נפש נעה בין 10%-28% סיכוי המוגדל להתפתחות הפרעה נפשית בקרב הקשישים המוגבלים בשכלם דורש מודעות מוגברת והיערכות רחבה של אנשי מקצועות בריאות הנפש (Foelker & Luke, 1989 אצל קסל 1998).

בני אדם עם פיגור שכלי סובלים ממרבית ההפרעות הנפשיות המוכרות על ידי האגודה האמריקאית לפסיכיאטריה. הערכות החוקרים מעמידות את שכיחות קיומה של מחלת הסכיזופרניה בקרב כלל המוגבלים בשכלם בשיעור של בין 5.6%-12.4%. לאחרונה נמצאו עדויות לשכיחותן של הפרעות אפקטיביות באוכלוסיית הקשישים המוגבלים בשכלם, ובפרט הדיכאון (Menolascino & Potter, 1992 אצל קסל, 1998; Seltzer & Seltzer, 1985).

אוכלוסיית המבוגרים עם פיגור שכלי הנה בעלת סיכון גבוה להיווצרות תגובה דכאונית חריפה, גם במצבים של כאורה אינם גורמי מתח. הפרעות חרדה ופוביות מאד נפוצות בקרב אוכלוסייה זו.

קסל (1998) מציין כי נכות התפתחותית עלולה לטשטש את הסימפטומים המצביעים על קיומן של בעיות בריאות הנפש הרגילות הנובעות מן ההזדקנות. לקיחת אפשרות זו בחשבון עשויה לתרום להבנת מצבו של הקשיש המוגבל בשכלו. בהערכותיהם, על אנשי המקצוע לגלות רגישות לטווח רחב של בעיות בריאות הנפש.

הרובד הקוגניטיבי: אחת השאלות המרכזיות בספרות המקצועית העוסקת בחקר הזקנה באוכלוסיית המוגבלים בשכלם, היא, האם חלה ירידה באינטליגנציה או בתפקוד הקוגניטיבי עם העלייה בגיל, או שהיכולת ורמת התפקוד נשמרת באותה רמה גם בתקופת ההזדקנות. מתוך בחינת החומר האמפירי בנושא זה מתקבלת תמונה המראה שלמרות קיומם של הבדלים בין האוכלוסייה הרגילה לאוכלוסיית האנשים עם הפיגור השכלי, יש ביניהם גם קוים מקבילים מרובים. מחקרים שפורסמו עד לפני 20 שנה, מדווחים על ירידה בתפקוד האינטלקטואלי החלה בגילים צעירים, החל מגיל 30 (ליפשיץ, 1995). אולם הממצאים המתייחסים לשינויים החלים ברמת התפקוד של האדם המוגבל בשכלו עם העלייה בגיל אינם חד משמעיים. מחקרים שנערכו בשני העשורים האחרונים, מדווחים על יציבות ברמת האינטליגנציה ואף על עליה בגילאי הבגרות המתמשכת, עד גיל 60 בערך ואף למעלה מזה (Fisher & Zeaman, 1970) אצל ליפשיץ, (1995). ליפשיץ (1995) טוענת כי בכוחה של סביבה מתאימה לשפר את התפקוד הקוגניטיבי של מוגבלים בשכלם, גם בגיל מבוגר.

תפקוד חברתי

מרבית החוקרים בתחום הגרונטולוגיה מדגישים את חשיבות התמיכה הבלתי פורמלית והחברתית (הכוללת בני משפחה, חברים או שכנים) עבור הקשישים. התמיכה הבלתי פורמלית מצמצמת את ההשפעות של תהליך ההתדרדרות בתפקוד, מסייעת לקשיש לשמר את אורח חייו, מגבירה את יכולתו להתמודד עם האובדן השכיח בגילאים אלו ומעודדת השתתפות בפעילות חברתית. העדר או מיעוט מקורות תמיכה או בידוד חברתי אצל האדם הקשיש עלולים לפגוע באופן משמעותי באיכות חייו, ומגבירים את הסיכוי שיוזקק לטיפול מוסדי (Seltzer, 1985 ; קסל, 1998).

לפי Seltzer (1985), מספר חוקרים התמקדו בתפקיד הקשר החברתי כגורם תמיכה עבור הקשיש עם הפיגור השכלי. חלקם מצאו כי אכן קיימים קשרים חברתיים בקרב אוכלוסייה זו. התרומה והאיכות של קשרים חברתיים אלו, לא נחקרו במידה מספקת.